

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Inkluze duševně nemocných osob ve vybraných regionech kraje Vysočina**

2007

Jméno autora: Marie Doudová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Francová

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou prací na téma Inkluze duševně nemocných osob ve vybraných regionech kraje Vysočina vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Pelhřimově 23. 4. 2007

.....

podpis studenta

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Haně Francové za cenné informace, připomínky a odborné vedení diplomové práce.

## **Inclusion of Mentally Ill People in Some Chosen Parts of Vysočina Region**

The subject of this diploma paper is Inclusion of Mentally Ill People in Some Chosen Parts of Vysočina Region. It is focused not only on service providers, who deal with people suffering from some mental disorders, but also on service users, it means on people with illnesses from the domain of psychoses, above all schizophrenia and affective disorder (according to MKN-10, F20 – F29, F30 – F39). It is about people, whose social roles have been disrupted because of their illness and they are in danger of isolation and also social exclusion. The aim of this paper is to find out whether and in what way the inclusion is carried into effect in some chosen parts of Vysočina Region.

In the theoretical part of this diploma paper the writer deals in a complex way with the problems of inclusion of disordered people from medical, social and juridical point of view. In the introduction the author qualifies the current situation of these problems. The first subchapter is focused on mental disorders, from the domain of psychoses, their description, their social importance, precaution and therapy. The second chapter covers inclusion and its importance. In the following part full rehabilitation and its partial parts are described. The fourth chapter deals with social work, which is focused on helping people with mental disorders and in the last chapter the author writes about problems of rights of mental ill people. The research part is based on qualitative analysis, which examines the above mentioned aim. To examine the results at the service providers it was used a method of semi-standard dialogue, which is done not only on the base of fixed questions but also on the possibility of expressing their own opinions. The case reports were worked out at the service providers. These case reports were based on the method of concerned supervision. According to the results it is obvious, that inclusion of users is carried into effect in given institutions, because 55% of respondents answered yes and 39% of respondents answered more likely yes. The result is above all the cooperation of partial parts of full rehabilitation, whose aim is to contribute mainly to inclusion.

The conclusion of this paper is benefit of this knowledge, that during planning of service, intervention, analyses of needs, it is necessary to consider individuality of every

client as much as possible and always emphasize individual approach. In this procedure it is also important trained staff. The author has experience of several years, which she can rely on, and she believes, that in the future community centers will be still founded and they will mostly replace big hospitals. This will be a next important step to re-socialization and to following inclusion of mental ill people.

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1 Současný stav</b> .....	<b>10</b>
1.1 Duševní onemocnění – psychózy .....	13
1.1.1 Psychózy schizofrenního okruhu .....	14
1.1.2 Afektivní poruchy .....	16
1.1.3 Sociální význam psychóz .....	19
1.1.4 Prevence .....	21
1.1.5 Terapie duševního onemocnění .....	22
1.2 Inkluze – integrace .....	26
1.2.1 Pojmy a definice inkluze – integrace .....	26
1.2.2 Historie a význam inkluze .....	29
1.3 Ucelená rehabilitace a její složky .....	30
1.3.1 Léčebná rehabilitace .....	32
1.3.2 Sociální rehabilitace .....	36
1.3.3 Pracovní rehabilitace .....	41
1.3.4 Pedagogická rehabilitace .....	46
1.4 Sociální práce zaměřená na pomoc lidem s duševním onemocněním .....	46
1.4.1 Psychosociální rehabilitace .....	47
1.4.2 Komplexní metoda šetření potřeb CAN-C .....	49
1.4.3 Empowerment – přístup zapojení a posílení .....	50
1.4.4 Supervize v pomáhající profesi .....	50
1.5 Práva duševně nemocných .....	52
1.5.1 Situace v České republice .....	53
1.5.2 Možnosti řešení .....	54

<b>2</b>	<b>Cíl práce</b> .....	55
	2.1 Cíl práce.....	55
	2.2 Dílčí cíle práce.....	55
<b>3</b>	<b>Metodika</b> .....	56
	3.1 Definice výzkumu.....	56
	3.2 Použité metody a techniky výzkumu.....	56
	3.3 Zpracování a analýza dat.....	57
	3.4 Charakteristika souboru a časový harmonogram výzkumu.....	57
	3.4.1 Soubor – poskytovatelé služeb.....	57
	3.4.2 Soubor – uživatelé služeb.....	58
	3.5 Kazuistiky.....	59
	3.5.1 Kazuistika č. 1.....	59
	3.5.2 Kazuistika č. 2.....	61
	3.5.3 Kazuistika č. 3.....	62
	3.5.4 Kazuistika č. 4.....	63
	3.5.5 Kazuistika č. 5.....	64
<b>4</b>	<b>Výsledky</b> .....	67
<b>5</b>	<b>Diskuze</b> .....	90
	5.1 Diskuze k 1. části šetření.....	90
	5.2 Diskuze k 2. části šetření.....	92
<b>6</b>	<b>Závěr</b> .....	100
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	102
<b>8</b>	<b>Klíčová slova</b> .....	108
<b>9</b>	<b>Přílohy</b> .....	109
	9.1 Seznam příloh.....	109
	<b>Seznam použitých zkratk</b>	

## Úvod

V posledních letech dochází k zásadním změnám v celé společnosti, tím i v sektoru sociálních služeb. Mění se vztah a postoje k lidem s postižením, mění se i definice postižení ve smyslu handicapu. Významně se rozvíjí také nestátní neziskový sektor, který lidem s postižením poskytuje sociální služby. Jejich cílem je inkluze člověka s postižením do společnosti, vyrovnání jeho příležitostí se uplatnit, jeho zrovnoprávnění v přístupu ke všem běžným občanským právům, možnostem, ale i povinnostem. Vznikají nové systémové nástroje, které by celou škálu podpůrných služeb sjednotily, vymezily pravidla a umožnily logické propojování dílčích složek.

Lidé, kteří mají vzhledem ke svému postižení omezené možnosti, potřebují naši pomoc a podporu v různých oblastech života. Formou pomoci mohou být sociální služby a podpora v zaměstnávání při pracovním uplatnění a všechny složky ucelené rehabilitace.

Již řadu let pracuji v oboru, který se zabývá především podporou lidí s dlouhodobým duševním onemocněním, kterým pomáhám najít si své místo ve společnosti. Díky své profesi a studiu, při němž jsem měla možnost načerpat i určité znalosti z oboru psychiatrie, vybrala jsem si jako téma této diplomové práce právě problematiku inkluze duševně nemocných osob. Vzhledem k tomu, že je mi tato problematika z pracovního hlediska blízká a velmi mne zajímají další možné postupy, rozhodla jsem se v co největší míře a co nejhlouběji proniknout do problematiky inkluze, o které se v posledních letech stále více hovoří.

V této práci se zaměřím jak na poskytovatele služeb, kteří jsou zaměřeni na práci s duševně nemocnými osobami, tak na uživatele služeb, tedy na osoby s onemocněním z okruhu psychóz, především schizofrenie a afektivní poruchy (dle MKN-10; F20 – F29, F30 – F39). Jedná se o osoby, u nichž v důsledku duševního onemocnění došlo k narušení jejich sociálních rolí. Tito lidé mají potřeby ve více životních oblastech a jsou ohroženi izolací i sociálním vyloučením. Budu hodnotit, zda a jakým způsobem dochází k inkluzi osob s duševním onemocněním ve vybraných regionech kraje Vysočina.



V teoretické části své diplomové práce se zabývám komplexně problematikou inkluze duševně nemocných osob ze zdravotnického, sociálního i právního hlediska. V kapitolách výzkumné části zjišťuji, zda a jakým způsobem dochází k inkluzi osob s duševním onemocněním.

## 1 Současný stav

V současné době tvoří lidé zdravotně znevýhodnění duševní poruchou nemalou část populace. Počet osob s duševním onemocněním je jen těžko odhadnutelný. Podle údajů Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) trpí každý pátý člověk duševním onemocněním (včetně lehkých forem). Odhaduje se tedy, že v každé rodině je někdo, kdo trpí duševními problémy (67).

Podle studie o globálních důsledcích nemocí vypracované WHO představovaly duševní poruchy v roce 1990 9,5 % nepříznivých zdravotních důsledků pro obyvatele zemí se stabilním tržním hospodářstvím a zemí bývalého komunistického bloku. Prevalence v naší zemi takto handicapovaných lidí je 1 – 6 %, a ve vyspělých zemích se podle některých studií tento poměr zvyšuje až na 10 % z celé populace (44). Foitová ve své práci uvádí, že v současné době žije v České republice (dále jen ČR) zhruba sto tisíc lidí s diagnózou psychóza (10).

Statistiky jasně ukazují, že počty hospitalizovaných psychiatrických pacientů i ambulantních psychiatrických vyšetření nepatrně stoupají. S velkou pravděpodobností je tento stav určen zejména způsobem života a danými životními podmínkami, v neposlední řadě i genetickými předpoklady jedince.

Společenské postavení lidí, kteří onemocněli duševní poruchou se v historickém kontextu měnilo v závislosti na kulturních, ekonomických, politických a sociálních podmínkách. Šramatá ve své habilitační práci hovoří o ojedinělých případech, kdy přístupy k duševně nemocným lidem byli na vysoké úrovni humánního postoje a předběhli tak svoji dobu, ale šlo pouze o výjimky. Všeobecně se dá říci, že tato skupina lidí trpěla a byla za svou nemoc trestána. Tento postoj byl podmíněný názorem společnosti na vznik duševního onemocnění (55). Příklady nelidského zacházení můžeme sledovat již od středověku, kdy byli duševně nemocní považováni za posedlé ďáblem.

Koncem 17. století začalo umísťování duševně nemocných lidí do ústavů hromadně s kriminálníky, mentálně retardovanými a válečnými invalidy. Spoutání v nelidském prostředí, takřka bez potravy byli podrobováni drastickým terapiím.

Historickým přelomem bylo období osvícenství, kdy bylo odmítnuto chápání duševní nemoci jako důsledek čarodějnicví, viny apod. Toto období se označuje také jako první revoluce v péči o duševně nemocné (55).

Hlavním představitelem nových a pokrokových myšlenek se stal lékař Phillipe Pinel (1743 – 1826), který je známý jako osvoboditel duševně nemocných z okovů. Pinel začal zavádět nový pořádek v péči o takto nemocné lidi. Veřejně prosazoval názor, že duševní onemocnění je nemoc jako každá jiná a zaslouží si také přiměřenou pozornost. Radikálně zreformoval a zlidštil ústavní léčbu (63).

Rezidenční forma péče však nepřinesla žádanou kvalitu života a v 60. letech 20. století došlo ve vyspělých zemích ke změně ústavních podmínek – odstraňovaly se bariéry, měnili se postoje, osobní a sociální potřeby klientů se stávaly prioritním zájmem odborníků. Tento proces se označuje jako humanizace a normalizace (55).

V našich podmínkách došlo ke zlomu v ústavní péči po společensko-politických změnách po roce 1989. Postupně docházelo k odtabuizování témat psychiatrických onemocnění. Vznikala občanská sdružení a neziskové, příspěvkové a jiné organizace zabývající se péčí o duševně nemocné. Byly vypracovány a přijaty důležité dokumenty jako „Práva duševně nemocných“, program péče formou „Ucelené rehabilitace“. Právě moderní pojetí rehabilitace jako celospolečenského systému klade důraz na důstojnost, toleranci a inkluzi osob se zdravotním postižením, na to, aby dosáhly co nejvyšší možné samostatnosti a podílení se na jejich aktivní účasti na vlastní rehabilitaci a následného začleňování. Dále dochází ke snižování počtu akutních nemocničních lůžek. V roce 1996 vznikla Česká asociace pro psychické zdraví, která je otevřená jednotlivcům a organizacím, laikům i odborníkům různých profesí v oblasti péče o duševní zdraví, uživatelům této péče, jejich rodinám a blízkým a všem, které tato oblast zajímá. Má ve svém poslání začleněno:

- Podporovat rozvoj moderních, humánních, komunitě orientovaných přístupů k lidem s duševní nemocí.

- Vytvářet a podporovat politiku zasazující se o ochranu duševního zdraví, o budování, rozvoj a propojení jednotlivých složek komplexní péče o osoby s duševní nemocí.
- Osvětovou a vzdělávací činností vytvářet prostor pro širokou diskusi a rozšiřovat tak představu občanů o vyhovujících službách v oblasti duševního zdraví.
- Hájit a prosazovat zájmy svých členů a aktivně podporovat vytváření podmínek umožňující lidem duševně nemocným co nejvyšší participaci na životě společnosti.
- Poskytovat prostor pro dialog mezi různými skupinami a zájmy v oblasti péče o duševní zdraví (5).

Světová federace pro duševní zdraví (dále jen WFMH) vyhláší každoročně 10. říjen za Světový den duševního zdraví. Rok 2004 byl zaměřen na téma: Vztah fyzického a psychického zdraví: současný výskyt tělesné a duševní poruchy.

V současné době sílí trend přesunu od institucionální péče ke službám poskytovaných v běžné komunitě člověka. K dispozici jsou různá extramulární zařízení, která mají podobu denních center se širokým spektrem volnočasových a vzdělávacích aktivit, či nejrůznější formy sociální, pracovní a léčebné rehabilitace podílející se tak na inkluzi duševně nemocných. Je stále kladen větší důraz na zlepšování a zkvalitňování péče pro postižené občany. Přibývá kvalifikovaných zaměstnanců, došlo ke změně v koncepci, mění se sociální podmínky a v letošním roce vešel v platnost nový zákon o sociálních službách.

Česká republika se obdobně jako ostatní země Evropské unie (dále jen EU) postupně zapojuje do strategie EU v oblasti sociálního začleňování. V roce 2002 byly zahájeny práce na přípravě Společného memoranda o sociálním začleňování. Tento vládní strategický dokument zhodnotí sociální situaci, identifikuje hlavní problémy a úkoly pro budoucí politiku České republiky (47).

## **1.1 Duševní onemocnění – psychózy**

WHO charakterizovala duševní poruchu jako klinicky prokazatelnou změnu duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech. Duševní onemocnění v širším pojetí znamená, že změna některých psychických procesů projevujících se v chování a prožívání člověka, znesnadňuje jeho interakci s jeho sociálním okolím. Duševně nemocní lidé ztrácí nebo nikdy nenabývali sociální dovednosti potřebné k získání a udržení zaměstnání, mezilidských vztahů, bydlení a péči o sebe (67).

Typickým onemocněním, se kterým se u dlouhodobě duševně nemocných lidí setkáváme, je psychóza schizofrenního okruhu nebo afektivní porucha (deprese, mánie), která má epizodický nebo chronický průběh, který způsobuje postiženým handicap i v sociálním fungování.

Psychóza je těžké duševní onemocnění, při němž nemocný ztrácí kontakt se skutečností, kterou jinak vnímá, jinak ji hodnotí, a jinak se proto chová. Tato ztráta kontaktu souvisí s halucinacemi a bludy, pod jejichž vlivem se nemocný může dopouštět pro okolí zcela nepochopitelných činů. Psychotikovi, který se však nepovažuje za duševně nemocného (nemá „náhled“), připadají zcela v souladu s jeho vnímáním světa (63). Charakter onemocnění, kterým trpí duševně nemocní lidé, vytváří v těchto lidech představu jakéhosi vlastního světa, uvnitř kterého jsou uzavřeni jako v bludném kruhu.

Jak uvádí Kříž, v počátečních fázích onemocnění může být vědomí nemoci zachováno, nemusí se vyskytovat poruchy orientace a další symptomy, jež se objevují až u rozvinutých nebo akutně probíhajících forem onemocnění (25).

Intelligence zde nehraje žádnou roli – onemocnět může jak člověk s inteligencí nadprůměrnou, tak s průměrnou či podprůměrnou.

U psychóz existují různé průběhové varianty a platí tzv. pravidlo třetin. Jedna třetina lidí se zcela vyléčí, mají zkušenosti např. pouze jedné psychotické epizody.

Druhá třetina lidí dlouhodobě zažívá remise a relapsy nemoci. Třetí třetina lidí již od první epizody trpí víceméně trvalým projevem nemoci, který se výrazně nemění (62).

Příčiny psychóz jsou většinou neznámé. Zřejmě spočívají v odchylných biochemických pochodech v mozku. Zkoumají se rovněž vlivy psychické a psychosociální, změny metabolismu a infekce (63). Jistě nezanedbatelnou roli zde také sehrává genetická dispozice, neboť za duševní poruchy se označují jak stavy podmíněné zejména vrozenou organickou specifickou výbavou člověka, tak stavy, u nichž se za rozhodující příčinu vzniku pokládá vliv prostředí a životních událostí. Dle Vágnerové se podíl dědičnosti a vliv prostředí na vznik určité psychické odchylky různí, v závislosti na povaze této vlastnosti. Míra dědičnosti se obvykle velmi těžko určuje, protože zde spolupůsobí celá řada různých faktorů. Navíc může mít prostředí rozličný význam u hraničních genotypů, to znamená u nadprůměrně a podprůměrně disponovaných jedinců (59).

Foitová hovoří o tom, že dědičnost zde sice určitou roli zastává, ale nikoliv osudovou. I když jeden z rodičů (či sourozenec) má schizofrenii, má dítě 90% naděje, že neonemocní. I když onemocnělo jednovaječné dvojče, druhé má zhruba 60% naděje, že neonemocní. I když onemocněli oba rodiče, má dítě také ještě 60% naděje, že neonemocní (10).

### *1.1.1 Psychózy schizofrenního okruhu*

„Schizofrenie je těžké duševní onemocnění, pro které je charakteristický rozklad osobnosti, těžká porucha myšlení, vnímání, jednání a cítění. Příznaky se dělí na pozitivní a negativní. Toto rozlišení má svůj význam i s ohledem na léčbu (např. výběr neuroleptika). Pozitivní příznaky jsou nadměrné nebo zkrácené normální funkce, patří k nim např. bludy, halucinace, dezorientace v řeči, podivné pohyby a neobvyklé činnosti“ (63).

Pozitivní příznaky také daleko rychleji ustupují po farmakologické léčbě, kdežto negativní příznaky (oploštění emoce, neschopnost radovat se, úbytek vůle a sociální izolace) jsou hůře ovlivnitelné. U lidí s těžkou formou schizofrenie dochází k odcizení a podivné změně ke všem emočně blízkým osobám, ke ztrátě schopnosti fungovat

v zaměstnání, v běžném životě. Objevuje se rozpad osobnosti. Nemocný není schopen od začátku onemocnění vykonávat své zaměstnání, interpersonální vztahy jsou narušeny nebo se výrazně zhoršila schopnost starat se sám o sebe. Člověk se stává trvale invalidním (28).

Příznaky se však u jednotlivých nemocných mohou značně lišit a zřídka se vyskytují dlouhodobě. Většinou po období zhoršení nemoci odeznívají.

Vnější projevy akutního onemocnění mohou vypadat tak, že člověk je nervózní, mluví nesouvisle, mění rychle plány, často se něčeho strachuje, je napjatý, úzkostný, mluví o ohrožení, pomlouvání apod. Dotyčný může podnikat i různé akce na svoji ochranu proti domnělému nebezpečí – ucpává okna, dveře, vypíná si plyn, odpojuje televizi a rádio, vyhazuje jídlo uvařené příbuznými atd. (10). V důsledku vnitřní nepohody bývá podrážděný, hádavý a často trpí výkyvy nálad.

U mužů a žen je schizofrenie stejně častá. Vzniká obvykle v mladém věku, nejčastěji v období adolescence, může se však vyskytnout i v dětství a ve starším věku (21). Někdy se vyskytuje s prodromálními příznaky či po závažné životní situaci (která ovšem nemoc pouze spouští).

V léčbě se uplatňují metody biologické (zejména farmakologické – neuroleptika), psychologické a sociální (63).

#### Základní formy schizofrenie:

- *paranoidní schizofrenie* – jde o nejčastější a nejobvyklejší typ schizofrenie (28). V klinickém obraze převažuje chorobná vztahovačnost, paranoidita. Časté jsou halucinace (převážně sluchové), mohou se vyskytovat i bludy (63).
- *hebefrenní schizofrenie* – dominantní jsou emotivní změny, poruchy myšlení, nálad s nepředvídatelným chováním, které se stává bezcílné a zakrývané povrchními tématy náboženskými, filozofickými a abstraktivními tématy (avšak povrchně bez cíleného zájmu). Dále je zde oploštělá emotivita a dezorientací v řeči. Její příznaky připomínají

nadsazené a nepřiměřené pubertální projevy, nevhodné vtípkování až koprolalie (14).

- *katatonní schizofrenie* – její vedoucí symptomatologií jsou výrazné psychomotorické poruchy. Rozlišujeme produktivní, hyperkinetickou formu se stereotypiemi a manýrováním a formu stuporosní s typickými tzv. nástavami – zaujetí a delší udržování nezvyklých poloh končetin nebo celého těla (25).
- *simplexní schizofrenie* – u této formy schizofrenie nebývají bludy ani halucinace. Její prognóza je však velmi nepříznivá, postupně se rozvíjí rozvrat osobnosti se ztrátou zájmů, temperamentu a vede poměrně brzy k defektu ve formě demence. Také terapie je méně účinná, než u předcházejících forem (14).

Obecně pro všechny formy schizofrenního onemocnění platí, že čím je jejich výskyt častější, tím větší nebezpečí rozvoje demence, tj. úbytku rozumových schopností a dateriorace tj. změn osobnosti (25).

Do tohoto okruhu psychóz zařazujeme také schizoafektivní poruchy (F25, MKN 10), u nichž jsou význačné jak afektivní tak schizofrenní příznaky objevující se během stejné ataky onemocnění – dalo by se říci, že dokonce současně nebo alespoň během několika dnů. Rozlišujeme typ manický, depresivní a smíšený, podle afektivních příznaků (63).

### ***1.1.2 Afektivní poruchy***

Afektivní poruchy jsou charakterizovány poruchou nálady a to ve smyslu snížení (deprese) či zvýšení (mánie), obvykle provázené změnami aktivity, chování. Afektivní poruchy mají tendenci k epizodickému průběhu, přičemž poruchy nálady mohou být vždy stejné (unipolární typ) či se střídají (bipolární typ).

Na rozdíl od epizodních poruch nálady jsou poruchy nálady trvalé, po dobu alespoň dvou let a mohou mít proměnlivou závažnost (63).



Rozdělení afektivních poruch:

- *bipolární afektivní porucha* – dříve označována jako maniodepresivní nebo maniomanenchoická psychóza. Dochází ke střídání fází depresivních a manických, případně s obdobím normální nálady; fáze mohou být různě dlouhé a mohou se různě střídají; část nemocných má jen depresivní fázi, většinou se ale fáze střídají, v nestejně délce, zřídka probíhá fáze pouze manická (14). Pokud dochází k opakování manických epizod, obvykle se zkracuje období remise a objevuje se rychlé střídání deprese a mánie. Jde o závažné celoživotní onemocnění s vysokou genetickou zátěží (28). U mnoha nemocných jsou depresivní fáze častější než manické (23). Vědci se domnívají, že bipolární psychóza je způsobena kombinací biologických a psychologických faktorů. Běžně jsou počátky této poruchy přirovnávány ke stresovým životním událostem. Cykly depresivních a manických symptomů se vracejí a mohou se projevovat častěji, mnohdy narušují práci, školu, rodinu a život ve společnosti. Manická epizoda může plynule přejít v depresi a naopak, nebo mezi jednotlivými epizodami (atakami) může být různě dlouhá doba - i více let bez příznaků, tzv. remise (68). Některé práce však ukazují, že i přes kvalitní remisi mohou přetrvávat některé reziduální příznaky, které mohou nemocnému vadit např. letargie a únava (23).
- *manické projevy* – vyznačují se nadměrnou aktivitou tělesnou i duševní, zvýšenou podnikavostí, nepřiměřeným optimismem, poruchou společenského chování, nespavostí, navazováním známostí. Mohou se vyskytnout toulky, neúčelná trestná činnost. Chybí pocit nemoci, výkonnost je nekvalitní, překotná. Rozlišujeme mírnější formu (hypomanie) a formy s výraznými psychotickými příznaky (25). Nálada může mít expanzivní či podrážděný charakter, musí trvat alespoň jeden týden. Duševní činnost, myšlení i řeč jsou zrychlené, postižený působí nezdolným dojmem a má velké sebevědomí. Dopouští se různých excesů (v sexuální sféře, v konzumu alkoholu), bezhlavě nakupuje a utrácí,

spřádá ohromné plány, jejichž plnění často nedokončí (63). Duševně nemocný člověk může někdy působit dojmem dobrého společníka, ale jeho nekritičnost a prchavost myšlení mohou později vyvolat v ostatních lidech negativní postoj, který může u nemocného vyvolat i agresivní chování.

- *depresivní stavy* – duševní stav charakterizovaný nadměrným smutkem. Těžké deprese mohou být provázeny bludy, vedoucími někdy až k sebevraždě (63). Častá je somatizace, kdy nemocný trpí i tělesnými obtížemi (zácpa, nechutenství, nespavost, ranní nevolnosti atd.), které mohou někdy v klinickém obraze převládnout. „Označení deprese se běžně užívá v lidské mluvě pro stresové a jiné stavy („Mám depku.“ apod.), ale většinou jde o chybné označení“ (68). Depresivní porucha není vázána na nějaké konkrétní události. To znamená, že emoční ladění ztrácí svou adaptačně regulační funkci (60). Deprese zcela rozvrátí na přechodnou dobu dosavadní život člověka. Není slabostí charakteru, ale duševní poruchou, která není vůlí ovlivnitelná (57). Deprese deformuje životní hodnoty, pracovní a sociální sféru jedince; depresivní jedinci hodnotí záporně sebe i svět, za vše berou vinu, očekávají selhání namísto úspěchu; kritickým obdobím je dospívání, klimakterium, involuční věk ale i jarní a podzimní měsíce; nebezpečí deprese je sníženo u žen, které mají dobrý intimní vztah s partnerem (14). Dále se mohou vyskytovat poruchy spánku, příjmu potravy, sexuální aktivity a různé bolestivé – somatické syndromy provázené únavou (28).

Podle charakteru převládajících příznaků rozeznáváme deprese útlumové, agitované, atypické a karbované. *Útlumová deprese* je charakteristická psychickým a pohybovým útlumem, zpomaleným myšlením a řečí, krátkými zpomalenými odpověďmi, tichým, monotónním hlasem, opožděnými reakcemi, v extrémních případech úplnou pohybovou strnulostí (tzv. stuporem). *Agitovaná (neklidná) deprese* má v popředí neklid až vzrušenost, vnitřní napětí, naříkání a pláč jako pohybově projevované zoufalství. *Atypická deprese* se vyznačuje proti předchozím typům určitou

odklonitelností nálady, a zejména opačnými příznaky – zvýšenou chutí k jídlu s váhovým přírůstkem, zvýšenou spavostí i přes den. *Při larvované depresi* jsou v popředí tělesné obtíže, jako únava, nechutenství s váhovým úbytkem, svírání na hrudi a v hrdle, zácpa, suchost v ústech, nespavost, stěhovavé nevysvětlitelné bolesti aj. (57).

### **1.1.3 Sociální význam psychóz**

Schizofrenie je ze sociálního hlediska výrazně stigmatizujícím onemocněním. Chování nemocného je podivné a obtížně ovlivnitelné. Proto je i velice těžké se do postiženého člověka vcítit a porozumět jeho projevům.

Chování a reakce nemocných nelze předvídat, nelze s nimi běžným způsobem ani komunikovat, mnohé jejich projevy vyvolávají bezradnost, která je spojena s ambivalentním, nebo jen negativním emočním hodnocením. V postoji k nemocným schizofrenií převažuje kombinace odporu a určitých obav, resp. strachu (59).

Schizofrenie představuje značnou zátěž i pro rodinu. Domov, který by měl být klidným zázemím, tuto funkci ztrácí, neboť zde duševně nemocný působí rušivě – nemocný hodnotí běžné situace jinak, dává jim jiný význam, jenž je z pohledu zdravého člověka nesmyslný a nesprávný.

Většina lidí si vytváří od nemocného odstup, nedokáže ho akceptovat s jeho chorobnými projevy. Vzácněji dochází k indukci bludného uvažování někomu dalšímu z rodiny, obvykle člověku, který je s nemocným citově spojen, např. matce. Psychiatrii nazývají tuto situaci „folie à deux“ (60).

Ze sociálního hlediska významně ovlivňují člověka také poruchy nálady. Depresivní člověk působí na lidi ve svém okolí tísnivě, neboť na ně přenáší svou patologickou náladu. Jeho nepřiměřené negativní hodnocení zasahuje i mezilidské vztahy. Hypoaktivita depresivního člověka, neschopnost cokoli dělat, v kombinaci s jeho emočním laděním ostatní členy rodiny dráždí. Ani vědomí, že jde o chorobu, nezabrání vzniku určité nechuti a změně vztahu k tomuto člověku (59). Depresí postižený jedinec ztrácí schopnost prožívat radost, je úzkostný a pesimistický. Takto nepříznivě a pesimisticky hodnotí i okolního svět (60).

Manický nemocný je na opak velice aktivní. Jeho excesy mohou narušovat rodinné vztahy i finance. Nemocní v této fázi totiž nadměrně utrácejí nebo nesmyslně investují. „ Jejich chování může být pro nejbližší lidi natolik obtížné, že s nimi nejsou schopni žít“ (59).

To samozřejmě ve velmi výrazné míře ovlivňuje jejich vztahy k sociálnímu okolí. Vzhledem k tomu, že nejsou schopni navazovat ke svému okolí funkční vztahy a často se chovají neobvykle, stávají se terčem negativní pozornosti svého okolí. Tato neschopnost navazovat běžné sociální vztahy a vazby vede u duševně nemocných lidí k izolaci a osamocení. Izolace však často podporuje ještě větší prohloubení onemocnění. Duševně nemocní mají v takovémto případě tendence se ještě více uzavírat do svého myšlenkového světa neskutečných představ až bludných myšlenek.

Další problémovou oblastí, se kterou se duševně nemocní potýkají, je oblast pracovní. Zvláště dlouhodobě duševně nemocní mají problémy s nezaměstnaností. K tomu, aby mohli vykonávat zaměstnání, což má pro ně nesporně terapeutický účinek, potřebují uzpůsobení pracovních podmínek. Těmto podmínkám nejlépe vyhovují chráněné dílny a pracoviště. V nich lze práci vykonávat takovým způsobem a v takovém tempu, jak to odpovídá zdravotnímu stavu nemocného (55).

Psychická nemoc se ještě v dnešní moderní době velice stigmatizující. Málokdo se odváží o této situaci hovořit. Na jedné straně nastupuje úzkostlivé zatajování, na straně druhé neporozumění a odmítání. Rodiny sami nemají sílu se na někoho obrátit, vzniká fatální bludný kruh. Vlastní potřeby a přání se dostávají stále více do pozadí, ustává společná činnost. Většina lidí má tendenci vytvářet si své vlastní představy, že například lidé s duševní poruchou nejsou schopni se racionálně rozhodovat o svém životě, že jsou agresivní, nebezpeční, že nemohou pracovat a že nejsou schopni spolehlivě informovat o věcech, které se jim dějí. Toto stigma se aplikuje na nemocného bez ohledu na to, v jaké je fázi nemoci. To samozřejmě může vést k vážné diskriminaci, která zvyšuje utrpení lidí s duševní poruchou. Stigma neovlivňuje pouze jedince, kteří nemocí trpí, ale i jejich rodiny a poskytovatele péče všeobecně.

Je tedy nezbytné měnit postoje lidí pomocí osvěty a vzdělávání profesionálů a dostatečné informovanosti klientů a jejich rodin o tom, jak žít s touto nemocí.

Všeobecný postoj k duševně nemocným je ve společnosti hluboce zakořeněný a lze jej pozorovat i ve stigmatizovaném jazyce (užívání výrazů „cvok“, „blázen“ apod.) Je tedy jisté, že lidé s duševní nemocí jsou vystaveny velice nepříznivému sociálnímu postavení, které je pro ně velice nepříjemné (13).

Nesmíme však opomíjet, že z těchto skutečností vyplývají často dva krajní přístupy okolí k jedinci se zdravotním znevýhodněním.

„Na jedné straně přeceňování jedince, které někdy vede až k přičítání abnormálních schopností, a na straně druhé jsou jedinci s postižením podceňování, či nedoceňování i v těch oblastech, ve kterých handicapováni nejsou“ (39).

#### ***1.1.4 Prevence***

Prevence v psychiatrii je chápána jako soubor činností a postupů, jejichž cílem je omezit nebo odstranit působení škodlivých faktorů, které se podílejí na vzniku psychiatrických poruch (14). Jako v jiných oblastech, tak v práci s duševně nemocnými rozlišujeme tři úrovně prevence.

Primární prevence je zaměřená na předcházení vzniku duševního onemocnění. V rámci programů primární prevence je věnována pozornost všem věkovým kategoriím a hlavně tzv. ohroženým skupinám. Zde je důležitá role jak lékaře, tak i sociálního pracovníka. Součástí primární prevence je i spoluúčast nestátních a charitativních organizací na vzdělávání a poskytování informačních a poradenských služeb. Nesmíme však zapomínat, že v první řadě záleží na jednotlivci, který by měl ke svému zdraví přistupovat zodpovědně a ve vlastním zájmu si ho chránit a dělat vše pro jeho zachování (48).

Sekundární prevence spočívá ve včasném odhalení tzn. i detekování a diagnostikování duševních chorob a jejich sociálních důsledků, v okamžitém zahájení léčby a případné sociální pomoci (55). Důležité je včas rozpoznat začátek nemoci a zabezpečit včasnou pomoc, která nejen zkrátí trvání nemoci, ale i zabrání vzniku trvalých nežádoucích změn.

Terciární prevence je zaměřená na minimalizaci negativních důsledků nemoci, na předcházení relapsů a brzké navrácení nemocného do původního sociálního a pracovního prostředí.

V rámci terciární prevence sociální pracovník zajišťuje klientovi zejména tyto služby:

- poradenství
- výchovnou a vzdělávací činnost
- pomoc při hledání zaměstnání
- pomoc při jednání s úřady

Při přístupech zaměřených na prevenci, je kladen důraz na řešení problémů. Cílem je předcházení zhoršení psychického stavu klienta, prostředkem je psychoedukace, při které se klient seznamuje se složkami a mechanismy nemoci, zacházení se symptomy a dalšími okolnostmi choroby a její léčby. Profesionál spolu s klientem sestavuje anamnézu, která vede k diagnostice obtíží (48).

Nové přístupy rozšiřují možnosti; podstatu lidských potřeb, komunikace a vztahů. Zdůrazňovaná přednost nových postupů napovídá, že v prevenci jde stále o totéž: najít někoho, kdo mu pomůže způsobem odpovídajícím tomu, co daný člověk potřebuje (1).

### ***1.1.5 Terapie duševního onemocnění***

Jelikož samo duševní onemocnění nemívá většinou jednu jedinou příčinu, mluvíme o multifaktoriální etiologii. U těchto onemocnění sehrávají svou roli dědičnost, psychosociální vlivy, struktura osobnosti, sociální patologie a další činitelé, kteří následně vytvářejí celkový obraz choroby (75). Sociální psychiatrie vychází z předpokladu, že změna jednoho prvku v tomto systému není dostačující pro úplnou kompenzaci nemoci, a proto se snaží pracovat se všemi najednou. Jednou ze snah o komplexní přístup je právě komunitní péče, která v sobě obsahuje prvky terapie, pomoci a podpory tak, aby docházelo nejen ke zlepšování zdravotního stavu, ale také aby byly posíleny schopnosti klienta vést plnohodnotný život (8).

Léčba může spočívat buď v odstraňování příčin poruchy, nebo v úpravě jejích následků. Léčba psychóz je dlouhodobý proces, který se skládá z těchto základních terapií: farmakoterapie, psychoterapie a socioterapie.

Cílem terapie či rehabilitace je co nejvíce posílit klientovy schopnosti a dovednosti, využít a podpořit jeho potenciální zdroje podpory a pomoci v klientově okolí, aby byl schopen samostatnosti a nezávislosti v co největším rozsahu a co nejběžnějších podmínkách a vytvořit tak klientův život co nejsmysluplnějším.

Terapie se stala jednou ze základních metod práce moderní integrované psychiatrie. Spolu s farmakologickou léčbou by měla být užita již na začátku práce s pacientem. Jakmile poleví akutní příznaky psychické dekompenzace, už by měl být vytvořen terapeutický plán a jeho naplňování. Celkové výsledky terapie pak závisí přímo na jejím včasném zahájení. U chronických pacientů je situace podobná – nemá smysl čekat na výraznější zlepšení zdravotního stavu, ale je potřeba začít pracovat takovými technikami, které vyhovují momentálnímu stavu klienta (74).

Terapeutický postup pak zohledňuje individuální možnosti klienta, tj. prognózu jeho zdravotního stavu, sociálního zázemí budoucích možností tak, aby mohla péče na sebe vzájemně navazovat. Ztráta kontinuity mezi jednotlivými kroky by mohla zapříčinit opětovnou ztrátu již získaných dovedností a tím vést k prodloužení celého procesu integrace. Je proto nezbytné vytvářet tým odborníků (psychiatr, psycholog, sociální pracovník a další), kteří se tak spolupodílejí na návaznosti terapeutických kroků. Na rozdíl od medicínských technik se zde mění vztah profesionála ke klientovi. V lékařské praxi se více jedná o vztah asymetrický, kdy na jedné straně stojí jasná autorita lékaře a na straně druhé pasivní pacient přijímající pomoc, který není objektivně schopen posoudit svoji situaci. Při užití psychosociálních technik získává vztah rovnocennosti, kdy se i klient aktivně zapojuje do procesu nápravy a stává se spolurozhodovatelem o sobě samém, čímž se posiluje jeho vlastní autonomie a zodpovědnost za průběh terapie (48).

### ***Farmakoterapie***

Těžištěm dobré léčby psychóz je farmakoterapie. Pro vhodný výběr psychofarmak lékař zvažuje individuální poměr rizika a zisku, které vhodná léčba přináší. Po 4 – 6 týdnech farmakoterapeutické léčby by mělo dojít k významnému zlepšení zdravotního stavu (55).

Při léčbě psychóz se užívají neuroleptika (antipsychotika), antidepresiva, psychostimulancia apod. Odborníci z oblasti psychiatrie uvádějí, že přínos antipsychotik 2. generace je v ovlivnění negativní symptomatiky, v zachování kognitivních funkcí a v nízkém sedativním účinku léků. Vedlejší účinky těchto léků však nejsou jednoznačně vyhodnocené.

Styx říká, že samotná farmakoterapie nesplnila očekávání. Stále zůstaly atypické psychózy s nepříznivým průběhem, těžké deprese s nebezpečím sebeztrouky, u řady nemocných se rozvinuly zneklidňující vedlejší příznaky a ve stále častějších případech nemocní na léky nereagují (48).

V posledních letech se do popředí opět vrací elektrokonvulzivní terapie, která je však indikována pouze v nevyhnutelných případech (15).

Vzhledem k častým úkazům této léčby, mezi které patří amnézie a zmatenost, která se někdy rozvíjí až v amnestický syndrom, je velice důležitá příprava na zákrok a individuální péče i po něm (48).

### ***Psychoterapie***

Psychoterapie si klade dva základní cíle: odstranění nebo zmírnění chorobných příznaků a dosažení pozitivních změn v pacientově osobnosti (28).

Psychoterapie znamená léčbu psychologickými prostředky. Jedná se o individuální, skupinové nebo rodinné rozhovory s terapeutem, které umožňují hlubší pochopení souvislostí života a nemoci, smyslu psychotických prožitků, porozumění vztahovým obtížím v rodině apod. (10).

Moderní vědecké poznatky potvrzují zkušenost, že pokud vyjádříme své problémy slovy, oslabíme tak jejich negativní emoční dopad (54). Tyto rozhovory rovněž pomáhají obnovit komunikační schopnosti pacienta i jeho blízkých, posílit jejich



sebeúctu, předcházet novému onemocnění i hledat cesty, jak žít v budoucnosti kvalitní život s nemocí (10).

Pro některé nemocné je ovšem prospěšné vyhnout se při psychoterapii slovům – pak se k vyjádření používají jiné prostředky: výtvarné (arteterapie), hudební (muzikoterapie), divadelní (dramaterapie), pohybové (taneční terapie) apod.

Základním předpokladem úspěšné psychoterapeutické spolupráce je vytvoření psychoterapeutického vztahu mezi klientem a terapeutem, který je založený na důvěře a ochotě spolupracovat (55).

Pochopení a význam terapeutického vztahu je různé a vychází z jednotlivých psychoterapeutických škol a směrů.

Hlavním nástrojem *dynamické psychoterapie* je analytický vztah se snahou o mapování klientova vnitřního světa (38).

*Behaviorální psychoterapie* nepovažuje terapeutický vztah za podstatný, ale připouští možnost, že v některých případech může být i užitečný.

*Kognitivně-behaviorální terapie* je psychoterapeutický směr, který se zaměřuje na analýzu a změnu v oblasti myšlení i v oblasti zjevného chování (32). Jedná se o interpersonální vztah mezi klientem a terapeutem základem pro posilování kapacity klienta, jeho myšlení a jednání s cílem naučit ho kontrolovat základní symptomy. Mezi relativně novou kognitivně-behaviorální techniku patří tzv. motivační terapie, která uplatňuje pět základních principů – vyjádření empatie, předcházení hádkám, podpora důvěry ve vlastní schopnosti, využívání odporu a vytvoření diskrepance (cvičení, ve kterém klient definuje své cíle) (9).

*Rodinná psychoterapie* se snaží korigovat negativní chování v rodině. Hlavními metodami psychoedukace tzv. stress-management a krizová intervence (55).

Dále se psychoterapie dělí na individuální a skupinovou. *Individuální psychoterapie* má v případě psychóz podpůrný charakter. Zabývá se realitou a jejím cílem je korigovat u klienta zkreslené vnímání sebe sama i druhých a redukovat pocity izolace a odcizení. *Skupinová psychoterapie* využívá k terapeutickým účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce, které se vytvářejí mezi členy skupiny

terapeutem navzájem. Cílem je pomoc při obnově a vytváření smysluplných lidských vztahů. Základní technikou je skupinová diskuze (38).

### ***Socioterapie***

Socioterapie zastává zrovna tak důležité místo jako psychoterapie a farmakoterapie. Právě ona je tím činitelem, který tvoří rámec pro ostatní léčebné postupy, zabezpečuje jejich účinnost a umožňuje uživateli aby je absolvoval (21).

Socioterapie je označována jako léčba prostředím. Podle WHO má socioterapie za úlohu poskytnout nemocnému nebo nemocí ohroženému možnosti, vytvořit si sociální kontakty příznivé pro udržení sociálního postavení nebo pomoci při jeho integraci (8).

Sociální programy pomáhají nemocným se základními životními potřebami: jídlem, ošacením, bydlením, financemi, volným časem atd. Sociální pracovníci udržují dlouhodobý kontakt k uživatelem a nabízejí informace a podporu v náročných životních situacích. Mohou také spolupracovat s nejbližším okolím nemocného – rodina, přátelé, ambulantní psychiatr, atd.

Podle názorů odborníků se lidé s duševními chorobami velmi často potýkají s obtížemi, které jsou spojeny s neschopností organizovat svůj vlastní život. Běžné jsou obtíže se strukturací všedního dne a zabezpečením jeho obvyklých nároků. To se mimo jiné projevuje v nedostatečném vědomí vlastních potřeb a přání, jakož i v obtížích při jejich dosahování. Pomoc duševně nemocným pak v těchto případech směřuje k uspořádání jejich vlastního života a k identifikaci potřeb a následné pomoci s jejich naplňováním (31).

## ***1.2 Inkluze – integrace***

### ***1.2.1 Pojmy a definice inkluze – integrace***

Inkluze – integrace, začleňování, socializace (4). Znamená také sjednocení, ucelení, splynutí, proces spojování ve vyšší celek; začlenění, zapojení; (46).

Pojem integrace je odvozen z latiny. Slovo „integer“ má podle slovníku latinsko-českého význam čerstvý, zdravý, zachovalý, ale také úplný, neporušený. „Integrāliter“ – úplně, bez újmy, „integrātio“ – obnovení osvěžení, „integritās“ – neporušenost, bezúhonnost, „integrō“ – napravit obnovit (52).

Definice přijatá WHO formuluje integraci jako sociální rehabilitaci, schopnost příslušné osoby podílet se na obvyklých společenských vztazích. Integrace je stav, kdy se zdravotně postižený jedinec vyrovnal se svou vadou, žije a spolupracuje s nepostiženými, prokazuje výkony a vytváří hodnoty, které společnost intaktních uznává jako rovnocenné, společensky významné a potřebné (50).

Proces společenské integrace osob zdravotně znevýhodněných (dále jen OZZ) determinují tři základní faktory: biologický, psychologický a sociální (39).

Integrace představuje nejvyšší stupeň socializace, tj. úplné splynutí. Jejím opakem je segregace definovaná jako stav, kdy je postižený vyloučen ze společnosti nebo se sám pro svůj defekt ze společnosti vyčleňuje (47).

Socializace znamená schopnost jedince zapojit se do společnosti, formovat k ní pozitivní vztahy, vztahy ke vzdělání, k práci.

Mezi základní stupně socializace patří:

- integrace – naprosté zapojení a úplné splynutí znevýhodněného jedince ve společnosti. Nejvyšší stupeň socializace, kdy jedinec plně splyne se „zdravou“ společností
- adaptace – přizpůsobení se znevýhodněného jedince společenskému prostředí za určitých podmínek, je nutné vycházet z individuálních vlastností, schopností a potřeb jedince
- utilita – sociální upotřebitelnost znevýhodněného jedince, možnosti rozvoje jsou omezené, pracovní a společenské uplatnění pod dohledem jiných osob
- inferiorita – sociální nepoužitelnost, segregace jedince, nevytvoření popř. ztráta sociálních vztahů

V mnoha publikacích je poslední dobou pojem integrace nahrazován termínem inkluze. Termín „inkluze“ je oproti termínu „integrace“ chápán v širším významovém i aplikačním smyslu. Je odvozen z anglického výrazu „include“ – zahrnovat, obsahovat, započítat. Je pravým opakem slova „exclude“ – vyloučit (45).

Inkluze znamená rovnoprávný vztah (vyrovnání příležitostí), tedy úplné začlenění (zařazení) (17). Dle Valentové je inkluze koncept, který popisuje kvalitu sociální integrace jedinců do společnosti (61).

Inkluze znamená:

- integrované zaměstnávání, což znamená nabídku pracovních míst pro lidi s postižením na volném trhu práce
- nezávislý život
- poskytování podpory pro lidi s postižením a pro jejich rodiny směřující k bydlení v běžných podmínkách
- integrované vzdělávání
- podpora učitelům, zaměstnancům, spolupracovníkům
- povzbuzování přátelství mezi lidmi s postižením a jejich kolegy, sousedy a všemi ostatními lidmi, kteří je obklopují
- vzdělávání společnosti tak, aby porozuměla odlišnostem a akceptovala je

Inkluze je jak cíl, tak metoda, jejíž pomocí dochází k vytváření společenství, které si osob zdravotně znevýhodněných váží a pomáhá jim, aby cítili jistě a aby věděli, že ostatní přijímají je samé i jejich projevy. Inkluze je také přesvědčení, že lidé pracují a žijí v inkluzivních prostředích, kde se setkávají s lidmi různých názorů, vyznání, různého etnického původu, různých zájmů a životních orientací, s lidmi zdravými, nemocnými, postiženými a lidmi každého věku. Inkluze znamená dát každému to, co právě potřebuje; to může někdy znamenat i individuální a speciální přístup (26).

Z toho tedy vyplývá, že inkluze souvisí s přirozeným a nenásilným začleňováním (integrací) lidí se zdravotním postižením do společnosti v tom smyslu, aby tvořili integrální součást této společnosti. Souvisí to s vyrovnáváním příležitosti, jde o vztah majority (intaktní populace) a minority (lidí s postižením), jehož kvalita se

pomítá do všech oblastí vzájemného soužití (např. volný čas, sport, zaměstnání, politika, samozřejmě edukace, aj.) (17).

Podstatné v inkluzi je vytvořit takovou společnost, která je pružná, otevřená a dokáže si vážit rozdílů. Princip inkluze je tedy postaven na právech všech lidí bez rozdílu, učení se a vytváření zdravých vztahů. Vychází z přesvědčení, že každý má právo na důstojný a spokojený život.

Sociální inkluze je v individuální rovině chápána jako sociální participace, jako přístup k životním šancím a k důležitým kvalitám života. V sociální rovině je spojována se sociální integrací, s kolektivitou, solidaritou, právy a legitimitou (51).

### ***1.2.1 Historie a význam inkluze***

Tento pojem je však poměrně novým přístupem v péči o osoby se zdravotním znevýhodněním, alespoň pokud se jedná o ČR. Začátek integračních snah u nás je spojen s koncem šedesátých let a koncepcí rovných příležitostí pro tyto občany. Realizace však neprobíhala úplně podle původních představ. Muselo se nejdříve změnit společenské myšlení ve vztahu k lidem se zdravotním omezením a také politická a ekonomická situace. Proto se hovoří o tom, že principy inkluze jsou v České republice aplikovány až v posledních deseti letech, ale zato v poměrně velké míře. Snad každá instituce, která se zabývá pomocí osobám se zdravotním znevýhodněním se na inkluzi zaměřuje. Zde je i viditelná snaha vlády o zvýšení zaměstnanosti zdravotně znevýhodněných osob.

Direktiva Evropské komise o Národních akčních plánech sociálního začlenění operuje konceptem, který má pozitivně ovlivnit jak možnosti začlenění na trhu práce, tak i možnosti sociálního začlenění (33).

Inkluze se stala doslova znamením doby a pronikla do všech oblastí mezilidské interakce. Při integraci nejde jen o vyrovnávání příležitostí pro handicapované, úpravu vztahů majority a minority a jejich soužití, ale o úspěšnost začleňování jedinců s omezením do společnosti. Je závislá také na postoji každého z nás, na tom, jak jsme schopní tento proces akceptovat a identifikovat se s ním. Pak právě hovoříme spíše o inkluzi, která by měla být součástí našeho hodnotového systému a stát se osobním

přesvědčením každého člověka. Inkluze znamená rovnoprávný vztah, ale především postoj, přístup, hodnotu a přesvědčení (17).

Pro Giddense se sociální inkluze v širokém slova smyslu vztahuje k občanství, k občanským a politickým právům a závazkům, jež by měli sdílet všichni členové společnosti. Rovněž se vztahuje k příležitostem a účasti lidí ve společenském životě (55).

Problematika sociální inkluze a exkluze se dostala na přelomu 20. a 21. století v zemích Evropské unie do centra pozornosti agendy sociální politiky. Evropská komise dokonce v souladu s uplatňováním metody „otevřené koordinace“ zavázala v roce 2000 členské země ke zpracování Národních akčních plánů sociální inkluze (51).

Madridská deklarace sestavila pro inkluzi jednoduchý vzorec:

zákaz diskriminace + pozitivní akce = sociální inkluze (67).

V srpnu 2002 uspořádalo MPSV ČR pod patronací delegátů Evropské komise první konferenci v České republice k problematice sociální inkluze.

Za účelem podpory politiky sociální inkluze probíhá reforma sociálních služeb, která spočívá především v komunitním plánování, tzn. ve zvýšení schopnosti obcí identifikovat ohrožené skupiny v lokalitě, využít místních zdrojů a navrhnout nejefektivnější způsoby pomoci těmto skupinám ve spolupráci se zástupci občanské společnosti i zástupci ohrožených skupin. Druhou oblastí je zavádění standardů kvality poskytovaných služeb, které vypracovalo MPSV ve spolupráci s poskytovateli a uživateli služeb. Standardy mají zajistit, že služby budou orientovány na potřeby, cíle, dovednosti a osobní aspirace svých uživatelů. Ve svém důsledku budou plnit svoji funkci - přispívat k sociálnímu začleňování ohrožených skupin (47).

### ***1.3 Ucelená rehabilitace a její složky***

Pojem ucelená rehabilitace (dále jen UR) je překladem z anglického termínu comprehensive rehabilitation (44). O pojmu ucelené rehabilitace hovoříme tehdy,

jestliže důsledky nemoci nebo postižení nemohou být odstraněny pouze medicínskými prostředky a zdravotní stav klienta je trvalý či dlouhodobý.

Rehabilitace je podle definice Světové zdravotnické organizace z r. 1969 „včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků.“

Z této definice vyplývá, že již označení rehabilitace samo o sobě by mělo být bráno jako rehabilitace ucelená. Protože se však často chápe rehabilitace především jako součást léčebného programu, vyjadřujeme označením ucelená právě skutečnost, že zasahuje kromě zdravotní péče i do dalších oblastí (**64**).

Ucelenost v rehabilitaci znamená především časnost, návaznost jednotlivých složek rehabilitace (léčebné, sociální, pedagogické a pracovní) na sebe a také její komplexnost. Ucelené provádění rehabilitace je důležité nejen pro samotného zdravotně postiženého člověka, ale i pro celou společnost (**18**).

Cílem ucelené rehabilitace je především návrat k původnímu stavu zdraví, které je chápáno jako nepřítomnost nemoci, nebo podle mezinárodní definice „stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha“. Pokud ale není možné odstranění nemoci či postižení, nebo je v některých směrech omezené, je nutné stanovit další rehabilitační cíle (**56**).

Dalším takovým cílem je integrace osob se zdravotním postižením do společnosti. Zde by mělo docházet k vyrovnávání příležitostí s osobami nepostiženými. Tedy např. příležitostí v oblasti vzdělávání, pracovních příležitostí, bydlení, rekreace, cestování, komunikace apod.

Aby se dalo hovořit o ucelené rehabilitaci, musí se podle definice skládat z několika (nejméně dvou) složek, jejichž provádění musí být vzájemně propojeno (**64**).

Nejčastěji bývá první složkou rehabilitace léčebná, kterou zajišťují zdravotně vzdělaní pracovníci danými prostředky přímo ve zdravotnických zařízeních. Zahajovat rehabilitační program léčebnou rehabilitací však není absolutní pravidlo (**56**).

Sociální rehabilitace na léčebnou úzce navazuje, protože každý člověk od narození vyrůstá v nějakém sociálním prostředí, na které má určité vazby. Ty si udržuje

i při pobytu v nemocničním zařízení a s nimi se opět do společnosti vrací, pokud mu k tomu vytvoříme předpoklady. U lidí v tzv. produktivním věku často navazuje rehabilitace pracovní, tedy příprava na pracovní uplatnění a vlastní zařazení do pracovního procesu. U dětí a mladých jedinců se zdravotním postižením je velice důležitá rehabilitace pedagogická (výchovná a vzdělávací).

Kromě těchto základních složek je možné do UR zahrnout další různá hlediska, Např. hledisko ekonomické, architektonické, legislativní, technické, psychologické, otázky volného času aj.

Ucelenost rehabilitace je dána tím, že zde dochází k propojování jednotlivých složek. Koordinátoři ucelené rehabilitace tedy musí vědět, jaký odborník je za určitou složku odpovědný, kdo a s kým bude při řešení konkrétních úkolů spolupracovat. Měl by také být schopný svým klientům poradit, co mohou v rámci celé ucelené rehabilitace očekávat a na koho se obrátit (64).

### ***1.3.1 Léčebná rehabilitace***

Léčebná rehabilitace (dále jen LR) je zajišťována zdravotnickými zařízeními. Jejím cílem je provádět léčbu, tedy odstraňovat následky nemoci či úrazů. Podílí se tedy na odstraňování handicapů, na kterém se však podílí i další složky UR a společnost.

Představuje postupy a procesy navazující na léčení (nebo prolínající se s léčením). Prioritně usiluje o odstranění defektů a funkčních poruch, sekundárně přispívá i k odstraňování následků zdravotního postižení (defekt, disaptibility, handicap). Hranice mezi léčením a léčebnou rehabilitací jsou dodnes povětšinou neostré. Splývají hlavně při přechodech mezi akutním stavem onemocnění (prevalence léčení) a neakutním stavem – rekonvalescence a remise (postupná prevalence léčebné rehabilitace a hlavně dalších složek ucelené rehabilitace).

Z uvedeného vyplývá, že v LR se po jistou dobu používají jak léčebné prostředky, tak prostředky léčebné rehabilitace. Současně se v nejednom případě s cílem léčebné rehabilitace používají i komplementární prostředky jiných pracovních oblastí a dalších složek ucelené rehabilitace (např.: psychorehabilitace, arteterapie, ergoterapie, atd.) (18).



Votava, Pfeiffer i Godstadt rozlišují LR na vertikální, kdy v důsledku LR-prostředků podaří obnovit původní stav organismu a pacient se vrací do pracovního procesu. Dále rozlišují LR horizontální, kdy poškození má trvalý (chronický) charakter a přináší širší okruh důsledků (disaptibility, handicap a defektivita). Právě v těchto případech se LR nejvíce spojuje s dalšími složkami UR.

Ke specifickým prostředkům léčebné rehabilitace patří:

- a) léčebná tělesná výchova (dále jen LTV), pohybová léčba = kinezioterapie
- b) fyzikální terapie
- c) ergoterapie

K prostředkům úzké spolupráce léčebné rehabilitace patří:

- d) psychodiagnostika (metody kvalitativní – klinické nebo psychometrické – testové); psychoterapie
- e) dietoterapie
- f) arteterapie
- g) animoterapie (hipoterapie, canisterapie)
- h) muzikoterapie
- i) další možné postupy související s léčebnou rehabilitací (**64**)

- a) LTV, pohybová léčba

Je hlavní metodou LR je fyzioterapie, která se zabývá pohybovým ústrojím. Její základní formou je tělesné cvičení, které je realizováno individuálně i skupinově. Pohybová léčba spolu fyzikální terapií se nazývá fyzioterapie (**56**).

- b) fyzikální terapie

Metodami fyzikální terapie jsou např. různé druhy masáží (klasická, reflexní, podvodní atd.) a elektroléčba (nízkofrekvenční, středně frekvenční a vysokofrekvenční proudy). Dalšími metodami je léčba ultrazvukem, magnetoterapie, a léčba světlem (infračervené a ultrafialové záření). Specifickou kapitolou je laserové záření (např.: stimulace akupunkturálních bodů, vodoléčba (perličková lázeň, rehabilitační bazén, vířivky, apod.). Dále je to léčba přírodními léčivými prostředky, zde se jedná o balneoterapii, která se v některých případech udává i jako samostatná jednotka.

c) ergoterapie (léčba prací)

Ergoterapii provádí vyškolený pracovník – ergoterapeut. Má široký záběr činností od zaměstnávání k vyplnění volného času, přes cílenou ergoterapie až po ergotesting ke stanovení zbytkového psychosenzomotorického potenciálu.

Rozvíjí různé pracovní schopnosti, postupným zatěžováním organismu. Je chápána jako léčba smysluplnou činností. Nelze ji tedy směřovat s pojmem pracovní rehabilitace, i když může tímto směrem dále postupovat.

d) psychoterapie

Léčba užívající psychologických prostředků, které mohou zahrnovat několik uvedených oblastí: psychodiagnostiku (která zahrnuje metody kvalitativní – klinické, nebo psychometrické – testové), kognitivní rehabilitaci, psychologické poradenství, psychoterapii a posuzování psychické způsobilosti k různým činnostem (64).

e) dietoterapie

Léčebná metoda používající prostředky šetřícího, podporujícího a racionálního stavování (18).

f) arteterapie

Je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Můžeme ji klasifikovat jako formu psychoterapie, kdy prostřednictvím grafické, malířské a sochařské činnosti působí jako prostředek výchovy, sociální integrace a komunikace (36).

Používá umělecké prostředky, např.: kresba, práce s keramickou hlinou a jinými materiály. Umožňuje uvolnění tenzí, rozvíjí kreativitu, estetické vnímání, sebereflexe a navozuje psychickou pohodu (18).

g) animoterapie (canisterapie, hipoterapie)

Canisterapie je léčba pomocí kontaktu se psem. Touto léčebnou metodou je možné zlepšit jak pohybové schopnosti, tak i zlepšit psychickou pohodu. Jde o uznávanou terapeutickou metodu, která se u nás neustále rozšiřuje.

Hipoterapie prožívá ještě značnější vzestup, než canisterapie. K léčebným účelům je zde užíváno koně, Jde o specifické prvky, které jsou podmíněny působením koně a jeho kroku, který je jedinečný a nenahraditelný. Rehabilitace pomocí koně

podporuje oblast medicínskou, pedagogicko psychologickou a sportovní. Používá se též název hiporehabilitace, kterou může provádět pouze speciálně vyškolený fyzioterapeut (17).

h) muzikoterapie

Léčba pomocí hudby, rytmu a písni.

Rozdělujeme ji na: - aktivní – kdy dochází k přímému projevu hlasu či práci s nástrojem a receptivní (pasivní), což je třeba poslech. Je velice individuální a složitější, než aktivní muzikoterapie. Zde se používá i tzv. hudební farmakologie, kde najdeme seznam hudby, která se hodí k určité diagnóze. Je velice důležité mít dobrý terapeutický vztah s klientem a se dá pracovat s další neverbální technikou např. arteterapie a psychodrama. Nelze opomenout emoční ladění a vnímání klienta, projekce, atd. (53).

i) další možné potupy související s léčebnou rehabilitací

Zvláštní a velmi specifickou kapitolou medicínské péče je situace, kdy je volena v rámci rehabilitačních postupů (zejména u dítěte s DMO) léčba pomocí chirurgických zákroků. Velký význam mají dále nejrůznější kompenzační pomůcky Další specifickou kapitolou je farmakoterapie a korekční chirurgie (17).

Skupina odborníků představuje rehabilitační tým, kteří v rámci pracoviště rehabilitační medicíny vzájemně spolupracují na dosahování společných rehabilitačních cílů. Práce v týmu má i u nás určitou tradici, hlavně z větších rehabilitačních pracovišť, např. rehabilitačních ústavů, klinik, Jedličkova ústavu apod. Přesto lze říci, že důležitým vzorem jsou pro nás dosud pracoviště zahraniční.

U nás by se měl rehabilitační tým skládat z lékaře, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinického psychologa, sociální pracovnice, popřípadě i speciálním pedagogem. Podle typu zařízení a druhu pacientu jsou součástí týmu také zdravotní sestry a protetiční odborníci (64).

### ***1.3.2 Sociální rehabilitace***

Sociální rehabilitace ( dále jen SR) je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich

specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb (58).

„SR se týká všech osob se zdravotním postižením, nezávisle na věku, od časného dětství do pozdního stáří, a je tedy významnou složkou ucelené rehabilitace. Prostředky a cíle SR se z části překrývají s prostředky a cíli ostatních složek UR. Definice uvedená v připravovaném zákoně o ucelené rehabilitaci uvádí: SR je proces, při němž osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace“ (64).

Zatím největší část sociálních služeb je však uskutečňována v Ústavech sociální péče. S novým zákonem O sociálních službách by se tato situace měla změnit.

V průběhu posledních let se sociální rehabilitace rozvíjí působením nejrůznějších organizací a sdružení, které se specifikují podle typů zaměření na různá zdravotní postižení (např.: pro duševně nemocné - Fokus, pro tělesně postižené – Meta, pro mentálně handicapované – Lada apod.)

Důležitým programem občanských sdružení je vytvářet společnost lidí, které mají podobné postižení a umožňují jim získávání informací, pomáhají řešit jejich problémy, snaží se o jejich inkluzi zpět do společnosti. Mezi další programy patří nabídka volnočasových aktivit, chráněné bydlení či domy na půli cesty, podporované a přechodné zaměstnávání a v neposlední řadě osobní asistence (66).

Základním cílem sociální rehabilitace je zajištění ekonomických jistot. Společnost poskytuje výhody (slevy na dopravě, příspěvky na pořízení motorového vozidla, telefonu apod.). Avšak státem poskytované dávky jim zajišťují pouze základní potřeby (64).

Specialisté podílejí se na sociální rehabilitaci:

### ***Sociální pracovník***

Je pracovník poskytující sociální služby. Pracuje buď přímo na sociálních odborech úřadů či na půdě neziskových organizací poskytujících sociální služby (69). Profese sociálního pracovníka je dnes již stavěna na profesionálních základech – např. každý sociální pracovník se řídí schváleným kodexem (viz příloha č.2).

Mezi nejčastější pracovní úkoly patří:

- poradenství klientům a jejich rodinám v oblasti sociálně právní
- pomoc při jednání s úřady, lékaři, zaměstnavateli a dalšími zařízeními
- sociální šetření v místě bydliště
- pomoc při získávání nových dovedností
- pomoc při získávání pracovních příležitostí
- pomoc v orientaci a řešení svých problémů

Vedle vědomostí má právě v psychiatrickém a psychoterapeutickém setkání velký význam i představa o člověku vůbec a znalost chování a jednání duševně nemocných zde hraje velkou roli (7).

Jednou z priorit tohoto oboru se jeví vzdělávání v sociální práci na vysokoškolské úrovni. „Odbornost sociálního pracovníka se vyznačuje tím, že je schopen se znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotní, práva a sociální politiky diagnostikovat konkrétní potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení. Sám však neposkytuje psychologické, zdravotní, právní nebo jiné specifické služby, ale odkazuje klienta na příslušné odborníky“ (29).

Tuto významnou profesi většinou zastávají ženy, které pomáhají klientům znevýhodněným, rizikovým, nepřizpůsobivým a problémovým.

Sociální pracovník by měl uplatňovat ve své profesi kromě odborných znalostí hlavně etický přístup, který zahrnuje bezpochyby všechny kladné, humánní hodnoty. Umět využívat schopnost empatie, udržovat si své hranice, zdravý egoismus a zdravý altruismus, používat ve vztahu k uživateli nedirektivní přístup s podporou a umět naslouchat (24).

„Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost“ (58).

Důležitým předpokladem sociálního pracovníka zvláště při práci s duševně nemocnými lidmi je, aby byl zralou osobností, která je citově vyrovnaná, dovede snášet psychické a emocionální zatížení. Musí umět ukázat citový zájem, ale zároveň si nesmí připustit dlouhé prožívání hlubokého soucitu s klienty, neboť to by nepříznivě ovlivňovalo jeho schopnost objektivně posoudit jejich situaci a vést je k jejich realistickému řešení.

Jeho úkolem je klienty podporovat, aby reflektovali svá legislativně podložená práva a povinnosti. Jeho nejdůležitější úloha však spočívá v neustálém upozorňování na následky sociální nespravedlnosti a nikoli je před zrakem společnosti retušovat (7).

Cílem sociální práce je podpořit schopnost klienta řešit problém, zprostředkovat mu kontakt s jinými institucemi a pomoci mu při jeho inkluzi a rozvíjet a zlepšovat sociální politiku (30).

### ***Posudkoví lékaři***

„Posudkový lékař hraje významnou roli v oblasti sociální a také pracovní rehabilitace. Svým rozhodnutím určuje, zda má postižený nárok na plný či částečný invalidní důchod, na tzv. bezmocnost, na některé jednorázové příspěvky“ (64).

Posudkoví lékaři se také podílejí na rozhodování o přidělování mimořádných výhod (TP, ZTP, ZTP/P). Bohužel rozhoduje podle přesně daných kritérií vycházejících ze strukturálních diagnóz. Nikoli však z funkčního postižení jedince, který by byl vyšetřen týmem ergodiagnostického pracoviště s jasnými posudkovými závěry.

### ***Osobní asistenti a pečovatelky***

Navštěvují klienty převážně v domácnostech, kde jim pomáhají zvládat běžné práce, které se převážně týkají sebeobsluhy, vedení domácnosti apod.

### ***Dobrovolníci***

Současný zákon charakterizuje dobrovolníka takto: „Dobrovolník je fyzická osoba starší 15 let, jde-li o výkon dobrovolnické služby na území České republiky; fyzická osoba starší 18 let, jde-li o výkon dobrovolnické služby v zahraničí, která se na základě svých vlastností, znalostí a dovedností svobodně rozhodne poskytovat dobrovolnickou službu“ (70).

Dobrovolnictví je svobodně zvolená činnost, konaná ve prospěch druhých bez nároku na odměnu. Dobrovolník dává část svého času, energie a schopností ve prospěch činnosti, která je časově i obsahově vymezena. Za tuto činnost nedostává finanční odměnu, ale často nedocenitelný dobrý pocit z pomoci ostatním, získává zkušenosti a nečíska i přátelství (22).

Dobrovolníci přinášejí klientům nenásilnou formu přirozené inkluze do běžného života.

Koordinační činnost dobrovolníků zastávají Dobrovolnická centra. Cílem dobrovolnických center je metodická podpora organizací spolupracujících s dobrovolníky. Patří do něj zejména výběr, výcvik a supervize dobrovolníků, dále výcvik a supervize koordinátorů dobrovolníků a supervize organizace z hlediska dobrovolnictví, vydávání odborných publikací, pořádání seminářů a poradenství. Dobrovolnická centra také zajišťují propagaci dobrovolnictví a vedení databází dobrovolníků i organizací s dobrovolníky spolupracujícím (42).

U dobrovolníků zařazených do programu delší dobu, je možné rozlišit určitou jim vlastní specializaci, např. schopnost naslouchat, hovořit s uživatelem a tzv. rozmluvit ho, společná rukodělná práce, apod. Úlohou dobrovolníka je tedy vyplnit volný čas lidem, kteří tuto službu potřebují (22).

Dobrovolníci se dále mohou zapojit do přípravy a pořádání akcí pro širokou veřejnost, realizovat své nápady a mohou dávat zpětnou vazbu – reflexi. Dobrovolnictví se v České republice začíná rozvíjet v mnoha oblastech a jeví se jako perspektivní a přínosné pro celou společnost (42).

### ***Chráněné bydlení***

Jako chráněné bydlení ( dále jen CHB) se označuje situace, kdy obvykle více OZZ bydlí ve společném bytě, avšak protože by samy péči o sebe a o byt nezvládly, mají zorganizovaný dohled a pomoc. Tento byt může být majetkem některého postiženého, ale také organizace nebo obce. Nejčastěji se tento způsob bydlení organizuje pro osoby s mentálním postižením a pro pacienty psychiatrické, se stabilizovanou fází psychózy. Takto postiženým dělá hlavní problém udržovat denní řád a pořádek v bytě, hospodaření s penězi, rozhodovat o nákupech, vaření, úklidu, dojíždět samostatně na chráněná pracoviště či do jiných míst. Mohou potřebovat i psychologickou podporu a radu v případě nově vzniklých situací, např. při vzájemných konfliktech či při navazování partnerských vztahů (64).

CHB má formu individuálního nebo skupinového bydlení; osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu (33).

Klient by se pro trénink bydlení měl sám rozhodnout a měl by být ochoten aktivně spolupracovat s asistentem bydlení na rozvoji svých dovedností. Tato služba není určena těm, kteří by tímto způsobem chtěli jen přechodně řešit svou nevyhovující bytovou situaci. Je určena lidem v obtížné životní situaci, kteří se rozhodli svůj život změnit či zlepšit, ale potřebují určitou míru pomoci a podpory. Nejčastěji se jedná o podporu těchto typů:

- samostatné rozhodování o způsobu a stylu vlastního života
- vytváření a upevňování sociálních návyků potřebných k životu v obci
- využívání svých schopností
- užívání veřejných míst, služeb a zdrojů obce, ve styku s běžnou komunitou
- směřování k podporovanému bydlení



- samostatnosti, právu na přiměřené riziko, rozhodování o vlastním životě, zodpovědnosti za svůj život

Chráněné byty jsou obvykle vedeny organizací, která o jejich obyvatele dlouhodobě pečuje (např. Duha o mentálně postižené, Fokus o psychotiky). Organizace zhodnotí osoby, navržené pro chráněné bydlení a uváží, zda mají pro tento způsob bydlení předpoklady a zda jsou pro něj motivovaní. Úkolem asistenta bydlení je vybrané klienty s nároky na bydlení seznámit, a pomoci naučit zvládnout dílčí úkoly, které mají pravidelně provádět. Potom průběh bydlení kontroluje a dle potřeby dále pomáhá (64).

Metody práce asistentů bydlení se odvíjejí od respektování práv uživatelů v maximální možné míře. Asistenti respektují práva uživatelů na sebeurčení, soukromí, na osobní zájmy atd. a zjišťují míru podpory, kterou uživatel potřebuje.

### ***1.3.3 Pracovní rehabilitace***

Pracovní rehabilitace je zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti definována jako soustavná péče, poskytovaná starým občanům a OZZ, směřující k tomu, aby mohli vykonávat dosavadní nebo jiné vhodné zaměstnání (71).

Pracovní rehabilitace představuje především proces obnovy pracovního potenciálu a proces přípravy za účelem pracovního uplatnění (17). Nemá být chápána jako náhrada, nýbrž jako možnost vyzkoušet si, jak jednat při práci a naučit se základním pracovním návykům (7).

Hlavním cílem pracovní rehabilitace je návrat osob se zdravotním postižením zpět do pracovního procesu. S ním jsou těsně spjaty dílčí cíle PR: motivace, získání asertivity, společensko-pracovní prestiže, ekonomické nezávislosti a sociálně pracovní integrace (64).

Od 1. 10. 2004 platí novela zákona o zaměstnanosti, kde se hovoří o tom, že do pracovní rehabilitace lze zařadit jedince už v době pracovní neschopnosti na doporučení ošetřujícího lékaře, nikoliv jako před tím, až po ukončení pracovní neschopnosti, tj. v invalidním důchodu (58).

Systém pracovní rehabilitace:

### ***Chráněné dílny***

Chráněná dílna (dále jen CHD) je pracoviště zaměstnavatele – dohodnutého s úřadem práce, přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením (osoby s částečným nebo plným invalidním důchodem; osoby se zdravotním znevýhodněním). Poskytuje pracovní místa pro uživatele se značně sníženou možností se uplatnit na otevřeném trhu práce, jejichž cílem je umožnit klientovi pracovat v maximálně chráněných podmínkách, případně mu umožnit nácvik pracovních a sociálních dovedností a dále poskytnout klientovi stálé pracovní a společenské uplatnění včetně mzdy (69).

„Chráněné dílny a chráněná pracoviště jsou pracoviště provozovaná právníky a fyzickými osobami, pracuje-li v nich alespoň 60 % občanů se změněnou pracovní schopností. Chráněným pracovištěm je též pracoviště zřízené v domácnosti občana se změněnou pracovní schopností“ (65). O této problematice pojednává zejména § 6 až § 8 vyhlášky MSPV ČR č. 115/1992 Sb. (viz. příloha č. 3).

Každá CHD je charakterizována podle zaměření svým výrobním programem a kapacitou dílny.

Chráněné dílny jsou nejčastěji zřizovány pro duševně nemocné a mentálně postižené klienty. Tato rehabilitace je nejčastěji uskutečňována v denních stacionářích, léčebnách a ústavních zařízeních. Tento typ pracovního uplatnění navazuje na další péči, především chráněné bydlení, přechodné a podporované zaměstnání.

### ***Přechodné zaměstnávání***

Přechodné zaměstnávání (dále jen PdZ) je časově omezený pracovní rehabilitační proces umožňující lidem, kteří pro svůj handicap nejsou dočasně schopni obstát v běžném zaměstnání bez cizí pomoci a potřebují nácvik sociálních dovedností potřebných k získání zaměstnání a udržení se v něm, a to za pomoci pracovníka služby (43).

Základním cílem je příprava duševně nemocného člověka na běžné zaměstnání. Důležitým předpokladem je nácvik pracovních dovedností za podpory pracovního

asistenta přímo na pracovišti zaměstnavatele - v běžných pracovních podmínkách. Klient má možnost získat základní pracovní kompetence a sociální dovednosti s vyhlídkou dalšího uplatnění (69).

Tato příprava obsahuje přizpůsobení klienta na nové prostředí, spolupracovníky, a to v běžném zaměstnání, zaučení v práci, postupné vybudování návyku pracovního režimu a zvládnání pracovní zátěže a běžné komunikace (43).

PdZ je poskytováno klientovi na základě individuálního plánu, který odpovídá jeho potřebám a požadavkům. Uživatel služby musí být zletilý, motivovaný a jeho zdravotní stav musí být stabilizovaný. Uživatelé služby jsou zaměstnáváni na běžných pracovních místech na přechodnou dobu a většinou na částečný pracovní úvazek. Po uplynutí této doby mohou přejít na jiné rehabilitační místo nebo do normálních pracovních podmínek. Za práci je uživateli poskytována odměna, kterou stanovuje zaměstnavatel a je závislá na počtu odpracovaných hodin.

Pracovník služby zaučuje uživatele přímo na pracovišti přechodného zaměstnávání, poté za ním dochází dle dohody a potřeby uživatele.

### ***Pracovní asistence***

Je podpora poskytovaná pracovním asistentem (nikoliv samotným zaměstnavatelem) obvykle přímo na pracovišti. Cílem je pomoci klientovi zorientovat se na pracovišti a naučit ho potřebným pracovním a sociálním dovednostem tak, aby mu zaměstnavatel nemusel věnovat větší pozornost než ostatním pracovníkům. Úkolem asistence je pracovníka s postižením vést k samostatnosti (69).

### ***Podporované zaměstnávání***

Podporované zaměstnání (dále jen PZ) má pomoci zdravotně postiženým lidem překonávat překážky spojené s nástupem do zaměstnání, připravit ho na jiné situace a začlenění - inkluzi do nového pracovního zařazení.

PZ je metodou pracovní a zároveň sociální inkluze klientů do společnosti. Vychází z myšlenky, že východiskem podpory jsou silné stránky a schopnosti klienta a ne jeho deficity (55).

PZ je časově omezená služba určená lidem, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální osobní podporu poskytovanou před nástupem do práce i po něm (62). Smyslem PZ je vyrovnávat pracovní příležitosti pro lidi se ztíženým přístupem na trh práce vlivem jejich handicapu (69).

Každý uživatel má svého asistenta - pracovního konzultanta, který mu radí a dohlíží, aby uživatel nebyl vystaven příliš nevhodným rizikům. Sestavuje společně s uživatelem osobní profil, mapují trh práce a vytvářejí představy vhodného pracovního místa, pracují na získávání dovedností, vytipovávají vhodné pracovní příležitosti a dojednávají osobní schůzky se zaměstnavatelem (37). Vždy se jedná o individuální práci s podporou uživatele a jeho rodiny. Další úlohou pracovního konzultanta je také seznámení zaměstnavatele s agenturou, poskytnutí informací o PZ, vysvětlení principu služby (agentura zprostředkovává naplnění potřeb obou stran – jak uživatele služeb PZ, tak i zaměstnavatele) (62).

„PZ je poskytováno lidem, kteří za účelem získání a udržení práce potřebují odbornou individuální podporu postavenou na osobní pomoci. Vysoká míra znevýhodnění přitom není důvodem k neposkytnutí této služby“ (20).

V dnešní době vznikají Agentury podporovaného zaměstnávání, které si vymezují tuto praktickou metodu jako službu. Principy jsou vymezeny smyslem, pro který je PZ realizováno, cílovou skupinou lidí, kterým je PZ poskytováno, cíli, kterých má být v PZ dosahováno, kritérii, která popisují pracovní místo a charakteristikami podpory, kterými je metoda PZ nesena (6). Tyto principy a cíle jsou podrobněji popsány v příloze č. 4.

Vláda ČR přijala pro rok 2002 usnesení, ve kterém bylo důležité vytvořit jednotný systém, který umožní zviditelnit důvěryhodné a nezávislé značky kvality, ty které jsou založené na objektivním ověřování kvality výrobků nebo služeb třetí stranou. Zároveň měl tento systém vyloučit značky bez vypovídající schopnosti, které jsou jako informace pro spotřebitele pouze zavádějící (73).

### ***Sociální firma***

„Je regulérní firmou poskytující určité služby (např. pohostinství, restaurační služby, prádelna apod.) a s tím i spojená pracovní místa lidem, kteří díky svému handicapu mohou jen těžce sehnat jiné zaměstnání. Zaměstnanci normálně pracují bez pomoci asistenta či rehabilitačního pracovníka. Tento model je běžný v Anglii. V ČR se vyskytuje ojediněle a má jinou právní formu (např. chráněná dílna), ačkoliv svým obsahem naplňuje poslání sociální firmy“ (69).

### ***Příprava na zaměstnání (Motivační kluby)***

Motivační klub nebo-li Job klub je motivační kurz pro menší skupinu osob, ve kterém se zájemci naučí jak si najít zaměstnání a udržet se v něm. Kurz obsahuje 8 lekcí, tedy 8 setkání po třech hodinách. V teoretické části kurzu získá zájemce přehled o zabezpečení v nezaměstnanosti, o zdrojích a způsobech hledání zaměstnání, má možnost vytvořit si vlastní životopis a dozvědět se o pracovněprávních vztazích. V praktické části zaměřené na komunikaci se připraví na konkurz, přijímací pohovor a na první dny v novém zaměstnání. O absolvování Motivačního klubu získá osvědčení (11).

V kurzu přípravy na zaměstnání získávají účastníci teoretický přehled o pracovně právní problematice, sociálním zabezpečení, zdrojích a způsobech hledání práce. Po praktické stránce mají možnost trénovat osobní rozhovory se zaměstnavatelem, vytvořit si vlastní životopis a inzerát, ve kterém hledají zaměstnání (12).

Motivační klub přináší uživateli kromě nabytí určitých znalostí a dovedností týkajících se zaměstnání další zisky: uživatel dochází na setkání pravidelně ve stanoveném čase a plní určité úkoly. Obě tyto skutečnosti znamenají přípravu na reálné zaměstnání, kdy bude třeba unést odpovědnost za plnění zadaných úkolů ve stanoveném čase, být dochvilný apod. Také se zde aktivně cvičí v sociální interakci, ztrácí strach z kontaktu s lidmi, získává sebedůvěru a schopnost diferencovat své chování v souvislosti s různými sociálními rolemi. Výhodou je také možnost inspirovat se zkušenostmi ostatních uživatelů a posílení motivace pro vyhledávání vhodného

pracovního uplatnění. Důležitým prvkem je také zpětná vazba od ostatních účastníků kurzu (62).

#### ***1.3.4 Pedagogická rehabilitace***

Pedagogická rehabilitace je jednou z dalších složek ucelené rehabilitace a její provádění má úzkou souvislost a provázanost s dalšími složkami ucelené rehabilitace. Zahrnuje prvky vzdělávací i výchovné, proto se tato oblast někdy označuje jako rehabilitace pedagogicko-výchovná. Zaměřuje se jak na školní, tak i mimoškolní aktivity. Pedagogická rehabilitace je v praxi nový pojem, který není definován a zakotven v žádném platném právním předpise. Svým obsahem však odpovídá pedagogickému působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky, která má v naší zemi dlouhou tradici. Odborníci, kteří jsou za tuto část ucelené rehabilitace zodpovědní, jsou především pedagogičtí pracovníci – speciální pedagogové (64).

„Ačkoliv se pedagogické prostředky rehabilitace prolínají s prostředky rehabilitace léčebné, sociální i pracovní, je nesporné, že ucelenou rehabilitaci je nutno chápat také právě jako pedagogický jev. Při socializaci člověka hraje totiž výchova (edukace) významnou roli a nelze ji rozhodně vnímat jen jako aktivitu, která má vztah pouze k dětství či dospívání“ (17).

Mezi hlavní cíle pedagogické rehabilitace především patří dosažení co nejvyššího stupně vzdělání, samostatné rozhodování a pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením.

#### ***1.4 Sociální práce zaměřená na pomoc lidem s duševním onemocněním***

Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí. Dalším cílem je zabezpečit psychosociální pohodu. Prostředkem je podpora a

usnadňování rozvoje klientů. Principiální důraz je kladen na komunikaci a budování vztahu (29).

Důležitou roli zde hrají sociální vlivy. Je to důležité proto, že tím nejen legitimuje kompetence psychosociální práce, ale také se vytváří možnost zužitkovat získané poznatky (66).

Sociální práci lze vykonávat přímo v organizaci poskytující sociální služby nebo formou terénních služeb.

Metody sociální práce, které jsou využívány při práci s duševně nemocnými rozdělujeme do třech základních skupin – individuální intervence, intervence v rámci skupiny a komunitní péče (55).

*Individuální intervence* – je metoda, která má strukturovanou formu, její jednotlivé kroky jsou jasně definované a formulované. V případě práce s duševně nemocnými má individuální charakter v přístupu k určitému problému. Tento přístup je založený na tom, že sociální pracovník vystupuje ve vztahu ke klientovi jako partner, který posiluje a rozvíjí jeho silné stránky osobnosti. Cíle a úlohy, které má klient splnit si vybírá on sám na základě vlastních preferencí. Sociální pracovník pomáhá klientovi sestavit individuální (rehabilitační) plán, který obsahuje cíl, jednotlivé úkoly, je časově omezen a po té se hodnotí (66).

*Intervence v rámci skupiny* – využívá různé postupy a techniky, jejichž cílem je rozvíjet sociální dovednosti klienta. Jde zejména o nácvik komunikace, řešení konfliktů a zvládání běžných situací v přímém kontaktu s lidmi. Skupiny zaměřené na duševně nemocné mají terapeutický, socializační, vzdělávací a podpůrný charakter (55).

*Komunitní péče* – smyslem pomoci lidem s duševním onemocněním je zaměřená na rozvoj sociálních sítí, s cílem uspokojit potřeby těchto lidí. Úlohou komunitní péče je koordinace a zefektivnění různých zdrojů a služeb v příslušné komunitě (66).

#### ***1.4.1 Psychosociální rehabilitace***

Psychosociální rehabilitace (dále jen PSR) je především určena pro osoby, kteří mají závažné psychické postižení a diagnostikovanou psychiatrickou nemoc, která omezuje jejich schopnosti a dovednosti.

„Psychosociální rehabilitace pomáhá lidem s dlouhodobými psychickými problémy a postiženími zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si sami vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory“ (35).

Psychosociální rehabilitace se vztahuje nejen na práci s klientem, ale také s okolím klienta a celou společností.

Metodou psychosociální rehabilitace je rozvoj dovedností klienta a rozvoj zdrojů podpory. Rozdíl mezi PSR a psychiatrickou léčbou je takový, že léčba dokáže zmírnit nebo odstranit symptomy závažných psychiatrických poruch, ale nedokáže zmírnit funkční deficity, které z poruchy vyplývají. Rehabilitace se tedy nezaměřuje na hledání příznaků nemoci a jejich odstraňování, ale na rozvoj dovedností a získání co největší nezávislosti (55).

Principem PSR je zlepšení osobních kompetencí lidí s duševním onemocněním, aktivní účast klienta na rehabilitačním procesu, emancipace, normalizace a participace.

Proces PSR je cyklický a má tyto základní fáze:

- *navazování vztahu* – základním prvkem rehabilitačního procesu je dobrý vztah s klientem, který je rovnocenný a umožňuje pravdivý dialog
- *mapování potřeb* – shromažďování, třídění a rozbor informací, hledáme body, které vedou k jasnému cíli; zjišťujeme přání a potřeby klienta, schopnosti, omezení a možnou podporu od profesionálů
- *stanovování cílů* – vychází se z fáze mapování, kdy na základě zmapovaných informací stanovujeme cíle. Zaměřujeme se na dlouhodobé cíle, které dávají perspektivu do budoucna, definují se zásadně pozitivně a je pojmenované místo, osoba a časové období. Krátkodobé (specifické) cíle jsou zaměřeny na zmenšení nebo překonání překážek, které stojí na cestě k realizaci dlouhodobého cíle
- *plánování* - realizace plánu a hodnocení

Rozvoj osobnosti je možný ve čtyřech životních doménách (oblastech): bydlení, práce, učení, volný čas. Osobní spokojenost je možné rozvíjet ve čtyřech osobních doménách (oblastech): zdraví, péče o sebe, sociální vztahy, smysl a význam (35).



#### ***1.4.2 Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných – CAN-C***

Cílem komunitních služeb pro duševně nemocné a tedy i celé komunitní psychiatrie je poskytování komplexní zdravotně-sociální péče především v přirozeném prostředí klienta, tedy nikoli jen péče zaměřená na redukci symptomů (41).

Důležitá je především efektivita intervencí, která se odráží v tom, nakolik je služba schopna pozitivně ovlivnit následující ukazatele:

- životní spokojenost jednotlivce
- kognitivní funkce, emoce
- zdraví (symptomatika)
- spokojenost se službami
- interpersonální fungování (sociální integrace)
- společenské ukazatele (např. ekonomické)
- zatížení rodiny (pečovatelů)

Výsledky výše uvedených ukazatelích jsou nejčastěji měřenými proměnnými v šetření efektivity komunitních služeb.

Zkoumání potřeb a kvality života duševně nemocných jedinců je východiskem k procesu plánování, rozvoje a šetření služeb s rostoucím zapojováním uživatelů do plánování (40).

Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb CAN (Camberwell Assessment of Need) – mapuje zdravotní a sociální oblasti závažně duševně nemocných. Potřeby upozorňují na oblasti, ve které může péče či terapie pomoci. Potřeby tedy nejsou totožné s přáním, ale je to „schopnost mít nějaký prospěch ze zdravotní a sociální péče.“ Účelem šetření je zjistit, ve kterých oblastech uživatel péče potřebuje pomoc (nenaplněná potřeba), ve kterých oblastech se mu ji dostalo (naplněná potřeba) a ve kterých oblastech žádnou pomoc nepotřebuje (žádná potřeba – se označuje nepřítomnost naplněné nebo nenaplněné potřeby (41).

Tato metoda je strukturovaná do 22 oblastí a každá oblast má 4 sekce. Hodnotí se situace uživatele za poslední měsíc (40).

### ***1.4.3 Empowerment – přístup zapojení a posílení***

Doslovný překlad zní „posílení“, „zmocnění“, „zplnomocnění“ (45). Termín empowerment vyjadřuje způsob práce a přístup k uživateli sociálních služeb a dalším osobám. Je vyjádřením změny paradigma – ne poskytovatel služby, ale její uživatel je zodpovědný za výsledek. Uživatel je ústřední osobou, která něco vykonává, k dosažení svého cíle ale potřebuje podporu. Služba mu tuto podporu poskytne, iniciativa, rozhodnutí a zodpovědnost za ně je ale na uživateli (62). Umožňuje tedy lidem rozvíjet jejich potenciál za účelem účasti na rehabilitačních procesech (61). Vychází z přesvědčení, že člověk je schopen řídit vlastní život (self-management) (1).

Přístup empowerment je zapojující, posilující, zplnomocňující. Směřuje k:

- aktivitě, vlastní iniciativě uživatele
- co nejvyšší možné nezávislosti uživatele
- vlastnímu informovanému rozhodování uživatele
- zodpovědnosti uživatele za rozhodnutí
- vlastního „sebeřízení“ uživatele (61)

„Na konci společné práce by klient měl odcházet do jisté míry nezávislý a do jisté míry v dobré pohodě nebo v naději na dobrou pohodu“ (1).

### ***1.4.4 Supervize v pomáhající profesi***

Slovo supervize k nám přešlo z angličtiny. Anglicko-český slovník překládá „supervision“ jako „dozor, dohled, kontrolu, řízení a inspekci (45). V tomto svém původním a běžném významu se u nás objevuje jen velmi zřídka. Daleko častěji je termín supervize užíván ve značně posunutém smyslu v psychoterapii, odkud proniká do dalších pomáhajících profesí.

Jde o proces praktického učení, v němž supervizor pomáhá supervidovanému řešit konkrétní problémové situace, které vznikají při jeho práci s klienty (24).

„Supervize je systematické zpracování psychodynamických procesů v týmu. Je však především příležitostí k bezpečnému porozhlédnutí se, kde jsou hranice schopnosti pomoci, zda je možné se změnit. Jednotliví pracovníci mohou při supervizi spatřit souvislosti své práce v širším kontextu“ (7).

„Supervize je chápána jako poradenská metoda vedoucí k reflexi vlastního profesionálního jednání“ (24).

Základní rozdělení supervize:

- individuální
- skupinová
- případová
- rozvojová

Funkce supervize:

a) Podpůrná

Tato funkce reaguje na skutečnost, že na pracovníky, kteří se účastní terapeutické práce s klienty, působí zoufalství, bolest a problémy klienta. Pracovníci si musí uvědomit, jakým způsobem je to ovlivňuje a musí se naučit zvládat své reakce. To je nezbytné, nemají-li být pracovníci přeplněni emocemi (7).

Cílem supervize je mimo jiné dobré zvládnání profesní zátěže, nabytí dalších sil pro práci s klientem, pocit sounáležitosti a smysl práce. Je také důležitá pro prevenci syndromu vyhoření a má pomoci pracovníkovi zvládnout emoce, rozvíjet schopnost sebereflexe a naučit ho hledat příčiny = autosupervize.

b) Vzdělávací – výuková, formativní, rozvojová

Tato funkce se týká rozvoje dovedností, porozumění a schopností supervidovaných. To se děje prostřednictvím reflektování a rozebírání práce supervidovaných s klienty. Pomáhá pracovníkovi se rozvíjet, přizpůsobovat se novým věcem, učit je řešit problémy a konflikty, umět pojmenovat cíle a umět se připravit tak, aby pro něj byla supervize přínosná.

Měl by zde být zahrnut i princip celoživotního vzdělávání, získávání nových profesních postupů, seznámení se s novými poznatky výzkumů, vzájemná výměna poznatků mezi kolegy – semináře, doporučená literatura, zahraniční stáže.

c) Řídící – administrativní, normativní, kontrolní

Plní při práci s lidmi funkci kontroly kvality, hodnocení práce lidí, navrhuje další vzdělávání, požadavky na jednotlivé funkce z hlediska personálu. Přispívá k přijetí a pochopení profesionálních hodnot, zprostředkovává komunikaci v týmu a napomáhá k vyjasňování hranic a kompetencí (24).

### **1.5 Práva duševně nemocných**

Přestože duševně nemocní mají stejná práva jako jiní občané, nejsou schopni je v důsledku svého onemocnění sami prosazovat a hájit (27). Spolu se špatnou či nedostatečnou legislativou pak dochází k tomu, že duševně nemocní jsou ve společnosti diskriminováni.

Problém ochrany práv duševně nemocných je však problém celosvětový, na který upozorňuje a reaguje i Světová zdravotnická organizace (WHO) a Rada Evropy (44).

Podle zprávy WHO za rok 2001 více než čtvrtina ze 160 zemí světa nemá specifickou legislativu pro oblasti péče o duševní zdraví a mezi tyto země patří i Česká republika. Více než polovina z existujících zákonů z této oblasti vznikla až v uplynulých deseti letech. Více než 1/5 zákonů je stará čtyřicet let, vznikla tedy dávno před tím, než byla vyvinuta řada moderních léčebných metod. Zákon o péči o zdraví lidu, základní právní norma upravující oblast zdravotnictví v ČR, který je z roku 1966, patří mezi ně.

Vlády jednotlivých zemí musí připravit nové moderní zákony, které budou odpovídat závazkům plynoucím z mezinárodních úmluv a které budou zakotvovat již zmíněné základní principy a lidská práva. Existence této legislativy je nezbytným garantem dodržování základních lidských práv psychiatrických pacientů (44).

### *1.5.1 Situace v České republice*

Náš stát je sice řazen k vyspělým zemím a na porušování lidských práv je pohlíženo jako na záležitost států s diktátorskými režimy, ale ve skutečnosti je u nás diskriminace osob s tímto postižením každodenní realitou. Ať už se to týká především nedobrovolné hospitalizace v psychiatrických léčebnách, dezintegrace či diskriminace na všech úrovních.

Všechny státy EU a dnes i většina států tzv. východního bloku chrání duševně nemocné samostatnými zákony především při nedobrovolné hospitalizaci. V tomto období je nutné obzvláště chránit osobnostní práva duševně nemocných a jejich lidskou důstojnost. České zákony (Občanský zákoník) umožňují léčbu pacienta, který trpí psychickým onemocněním i proti jeho vůli, a to za situace, kdy je nebezpečný sobě, nebo svému okolí. Při splnění těchto podmínek může příjmový psychiatr či ošetřující lékař pacienta rozhodnout o léčbě i navzdory přání pacienta nebýt léčen, či být propuštěn z nemocničního ošetření. V takovém případě musí psychiatrická léčebna do 24 hodin oznámit místně příslušnému soudu fakt, že pacient byl zadržen na psychiatrickém oddělení proti své vůli. Tím je zahájeno tzv. detenční řízení. Jmenovaný soudce do sedmi dnů vyslechne pacienta i ošetřujícího lékaře a vydá usnesení, v němž konstatuje, zda bylo zadržení pacienta v souladu s právem či nikoli. Pokud nikoli, pacient je okamžitě propuštěn. Pokud bylo zadržení pacienta v souladu s právem, je do jednoho měsíce zpracován odborný znalecký posudek z oboru psychiatrie, v jehož závěru je doporučení o nutné délce hospitalizace. Teprve po vypracování posudku soudce vydá definitivní usnesení, v němž určí maximální dobu, po kterou pacient může být léčen proti své vůli. Po uplynutí této doby (maximálně tři měsíce) je nutno, pokud stav pacienta propuštění neumožňuje, detenční řízení opakovat. Detenční řízení se zastavuje, pokud pacient podepíše tzv. „dobrovolný vstup“ (souhlas s hospitalizací) či pokud pominuly důvody k léčbě proti jeho vůli (v kterékoli fázi detenčního řízení). Pacient může být propuštěn z psychiatrické léčby i dříve, než po uplynutí doby léčby určené soudem, pokud tomu odpovídá jeho zdravotní stav.

„Česká republika dosud nevydala zákon na ochranu duševně nemocných“ ( 72).

Jiný než občanský zákoník v našem státě tuto situaci neřeší. Opírá se o Deklaraci práv duševně nemocných lidí, které schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971 (viz příloha č. 5) (34).

### ***1.5.2 Možnosti řešení***

Z těchto důvodů je proto zapotřebí vytvářet specifické mechanismy ochrany jejich práv. Vedle změny právních norem to v praxi znamená vytváření programů obhajování práv duševně nemocných a mechanismů kontroly nad jejich dodržováním, vzdělávání všech zúčastněných v systému péče o duševně nemocné (včetně veřejnosti), v otázkách práv duševně nemocných, vytváření koalic zájmových skupin, usilujících o dodržování práv duševně nemocných a jejich prosazování (44).

Všechny vyspělé státy vydaly zákony na ochranu duševně nemocných, ve kterých mají zahrnuty zásady OSN. Např. - podle Zásady 22 státy mají povinnost: zajistit, aby byly uváděny v činnost mechanismy, které zajistí soulad s těmito zásadami, mechanismy pro kontroly zařízení péče o duševní zdraví, pro podávání vyšetřování a řešení stížností, pro instituce provádějící disciplinární či soudní řízení u případů profesionálního pochybení nebo porušení práv pacientů (72).

Systémy práv by měly zajišťovat tvorbu a monitorování standardů kvality a implementaci legislativy na úseku duševního zdraví (19).

## **2 Cíl práce**

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem práce bylo zjistit, zda a jakým způsobem dochází k inkluzi duševně nemocných osob ve vybraných regionech kraje Vysočina.

### ***2.2 Dílčí cíle práce***

Hlavní cíl byl rozpracován na následující dílčí cíle:

- Provéřit, jak se poskytovatelé služeb podílí na upevnění vztahu jedince s duševním onemocněním k společenskému systému.
- Zjistit, jaký přístup mají respondenti k problematice ucelené rehabilitace.
- Analyzovat problematiku individuálních plánů.
- Zmapovat, jak sami klienti vnímají schopnost společnosti flexibilně a operativně reagovat na jejich potřeby.

## 3 Metodika

### 3.1 Definice výzkumu

V rámci této práce byl použit kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích, zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách (16). Úkolem kvalitativního výzkumu dle Surynka je odhalovat méně známé skutečnosti o sociálních a sociálně psychických jevech (49).

### 3.2 Použité metody a techniky výzkumu

Pro zpracování dat u poskytovatelů služeb byla použita *metoda dotazování technikou polostandardizovaného (polořízeného) rozhovoru*, který se rozvíjí na základě jak pevně stanovených otázek, tak možností vyjádření vlastních názorů. Mezi jeho nevýhody patří velká náročnost na tazatele (49). V rozhovoru byly použity uzavřené, polootevřené a otevřené otázky. První okruh otázek byl sociometrický, zjišťující osobní údaje o respondentovi. Druhý okruh otázek (otázka č. 4 až otázka č. 10) zjišťoval informace o oboru, ve kterém respondenti pracují, jejich náplň práce a postoje k inkluzi. Třetí oddíl otázek (otázka č. 11 až otázka č. 16) byl tvořen dotazy zjišťujícími provázanost dílčích složek ucelené rehabilitace a další společné spolupráce s jinými institucemi. Poslední ze skupiny dotazů (otázka č. 17 až otázka č. 33) se týkala možnosti a rozsahu poskytovaných služeb a využívání zpětné vazby.

U uživatelů služeb byly popsány *kazuistiky*, které umožňují zaznamenat existenční situaci jednotlivce v praxi. Její úlohou je popis případu a na něm založená hluboká, intenzivní analýza a podrobná interpretace případu. Primárním zdrojem pro sepsání kazuistik byla *metoda pozorování technikou zúčastněného pozorování*. Jak uvádí Hendl, zúčastněné (participantní) pozorování patří mezi nejdůležitější metody



kvalitativního výzkumu. Je jím možné popsat co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč. Tato strategie se používá v případových studiích, které se soustřeďují na hloubkový popis a analýzu nějakého jevu (16). Pozorovatel zde nefunguje jako pasivní registrátor dat, ale sám se zúčastňuje dění v sociální události, v níž se předmět výzkumu projevuje (49). V průběhu zúčastněného pozorování mohou být použity podle potřeby a možností všechny dostupné prostředky pro získání dat: různé typy rozhovorů, audio- a videonahrávky, deníky členů skupiny atd. (16). Proto také autorka tuto zmíněnou techniku využila. Zahrnula především prostředky nestrukturovaného rozhovoru, sekundární analýzu dat a analýzu osobních dokumentů, které zaznamenala do kazuistik.

### **3.3 Zpracování a analýza dat**

Všechny informace získané výše uvedenými metodami byly ručně zpracovány a přepsány do programu Microsoft Word. Pro výstupy ve formě grafů a tabulek byl použit počítačový program Microsoft Excel.

Celý výzkum byl anonymní a byla zajištěna ochrana použitých dat.

### **3.4 Charakteristika souboru a časový harmonogram výzkumu**

#### **3.4.1 Soubor – poskytovatelé služeb**

*Základní soubor* byl vytvořen osobami poskytujícími služby lidem s duševním onemocněním, kteří působícími v regionu Vysočina.

*Výběrový soubor* pro účel tohoto výzkumu byl tvořen poskytovateli služeb v těchto regionech a zařízeních: ve FOKUSu Vysočina v Pelhřimově, Havlíčkově Brodě, Hlinsku, Chotěboři, v denním stacionáři při Psychiatrické léčebně v Jihlavě a ve sdružení VOR v Jihlavě.

Sběr informací byl prováděn od 7. 6. 2006 do 26. 2. 2007.

*Velikost souboru:* Celkem bylo požádáno 60 respondentů a 51 respondentů bylo ochotno se na výzkumu podílet. Kontaktování probíhalo osobně a rozhovor trval v rozmezí od 40 – 50 minut.

### **3.4.2 Soubor – uživatelé služeb**

*Základní soubor* byl tvořen uživateli služeb, tedy dlouhodobě duševně nemocnými lidmi, kteří jsou uživateli služeb v regionu Vysočina.

*Výběrový soubor* tvořili uživatelé služeb z těchto regionů a zařízení: z FOKUSu Vysočina v Pelhřimově, Havlíčkově Brodě, Hlinsku, Chotěboři, z denního stacionáře při Psychiatrické léčebně v Jihlavě a ze sdružení VOR v Jihlavě, jež byli diagnostikováni některým z onemocnění z okruhu psychóz (dle MKN 10; F 20 – F 39). Jednalo se o prostý náhodný výběr. Z tohoto výběrového souboru bylo vypracováno pět níže uvedených kazuistik, dokládajících znevýhodněnou pozici uživatelů ve vztahu ke společnosti a využívání zdrojů směřující k jejich inkluzi.

Věk respondentů byl omezen pouze hranicí zletilosti.

Sběr informací byl prováděn během několikaleté praxe.

### ***3.5 Kazuistiky***

Autorka se ve své několikaleté praxi setkala s mnoha klienty. Měla možnost sledovat je při pracovní a sociální rehabilitaci, při volnočasových a vzdělávacích aktivitách, při individuální práci, navštěvovat je v psychiatrických léčebnách apod., mohla proto popsat i některé příběhy. Jednalo se o již zmíněnou metodu pozorování technikou zúčastněného pozorování, probíhající po dobu několika let, kdy postupně skládala mozaiku z jejich životů, postřehů, názorů na život a jejich boje s nemocí. Většina z nich hovořila velmi otevřeně, vzhledem k vzájemnému dlouhodobému pracovnímu vztahu. Některé poznatky, především číselného charakteru, doplňovala z dokumentace. Všichni uživatelé, kteří jsou v kazuistikách níže popsáni, mají dlouhodobé duševní onemocnění, jejichž diagnózy se týkají okruhu psychóz, a všichni byli několikrát hospitalizováni v psychiatrické léčebně. Většina zmíněných uživatelů patří k těm aktivnějším.

#### ***3.5.1 Kazuistika č. 1***

*Vzhledem k citlivosti údajů nejsou uvedené kazuistiky zveřejněny.*



### **3.5.2 Kazuistika č. 2**

*Vzhledem k citlivosti údajů nejsou uvedené kazuistiky zveřejněny.*

### **3.5.3 Kazuistika č. 3**

*Vzhledem k citlivosti údajů nejsou uvedené kazuistiky zveřejněny.*

#### **3.5.4 Kazuistika č. 4**

*Vzhledem k citlivosti údajů nejsou uvedené kazuistiky zveřejněny.*

### **3.5.5 Kazuistika č. 5**

*Vzhledem k citlivosti údajů nejsou uvedené kazuistiky zveřejněny.*







## 4 Výsledky

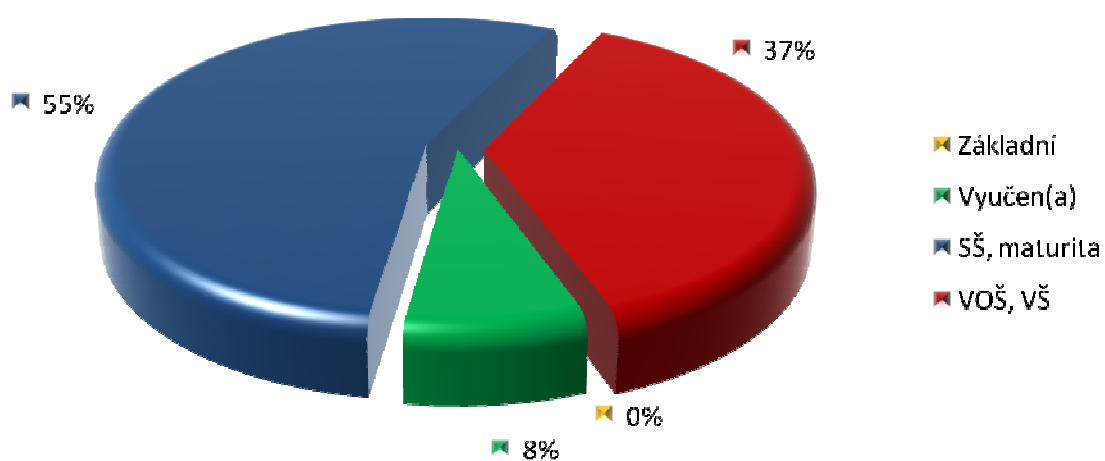
*Graf 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví ( v %)*



Zdroj: vlastní výzkum

První tři otázky v dotazníku byly sociometrické. V rámci této části výzkumu bylo zjištěno, že dle pohlaví převažují ženy 3/4, oproti mužům 1/4.

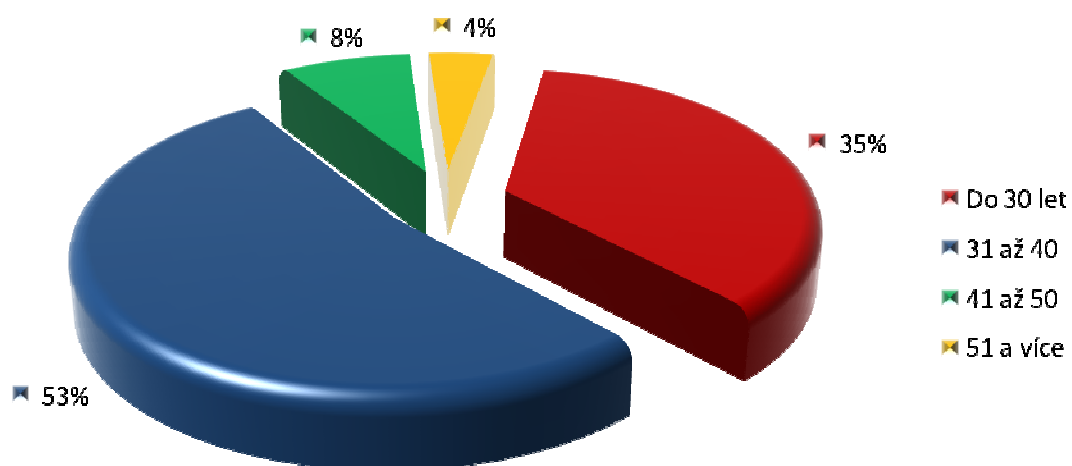
**Graf 2: Struktura respondentů dle dosaženého vzdělání (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentů dosahovalo středoškolského vzdělání s maturitou 55 %, vysokoškolské vzdělání bylo zastoupeno ve 37 %, v 8 % vyučení a nikdo z dotazovaných nebyl se základním vzděláním.

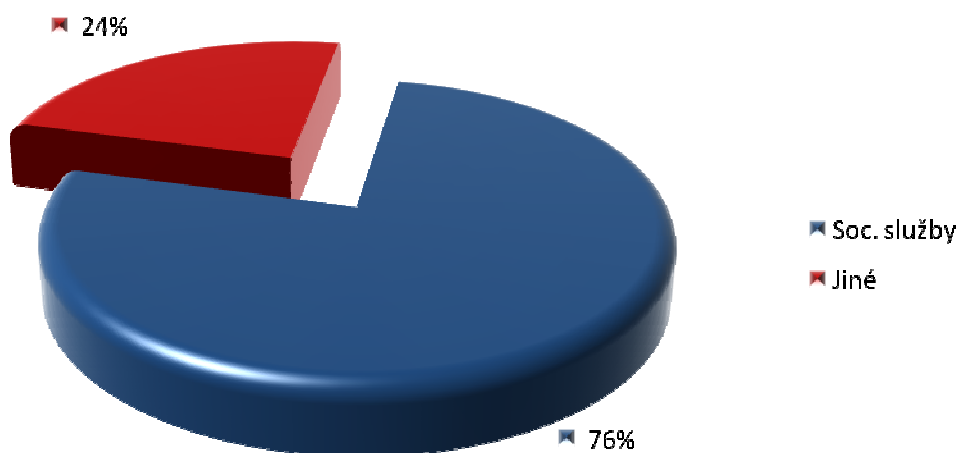
**Graf 3: Věkové rozdělení dotazovaných (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

Věková kategorie do 30 let byla zastoupena v 35 %. Věk největší skupiny dotazovaných 53 % se pohyboval v rozmezí od 31 do 40 let. Respondentů ve věku 41 až 50 let bylo 8 %. Nejméně zastoupenou skupinou osob je 51 let a výše ve 4 %.

**Graf 4: Specifikace respondentů podle oboru (v %)**

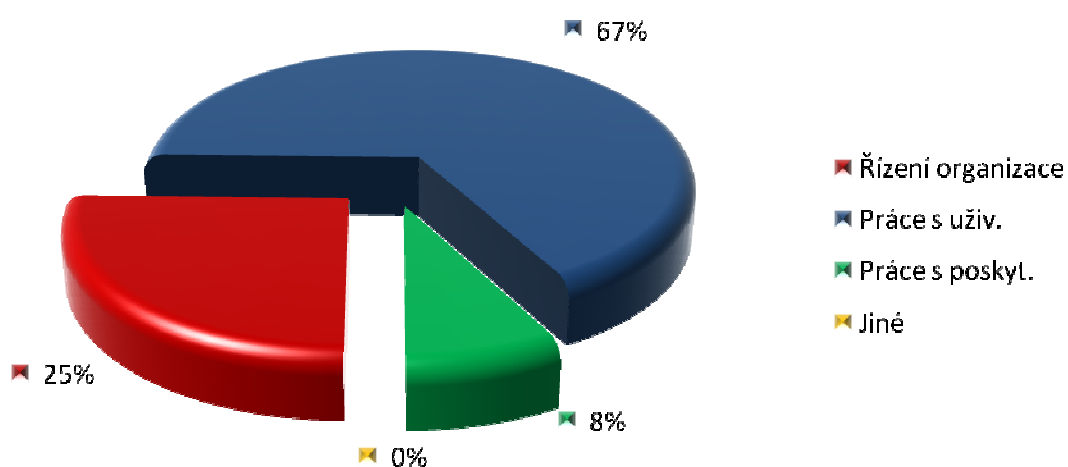


Zdroj: vlastní výzkum

Na polootevřenou otázku v jakém oboru, který se podílí na inkluzi, pracujete, odpovědělo 76 % respondentů, že se jedná o sociální služby, které jsou obsahem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V jiné oblasti, nevyplývající z tohoto zákona,

pracuje 24 % dotazovaných. Jedná se především o chráněné dílny, Agenturu podporovaného zaměstnávání, dobrovolnické centrum, arteterapii a psychologickou pomoc.

**Graf 5: Rozčlenění dotazovaných podle obsahu práce (v %)**



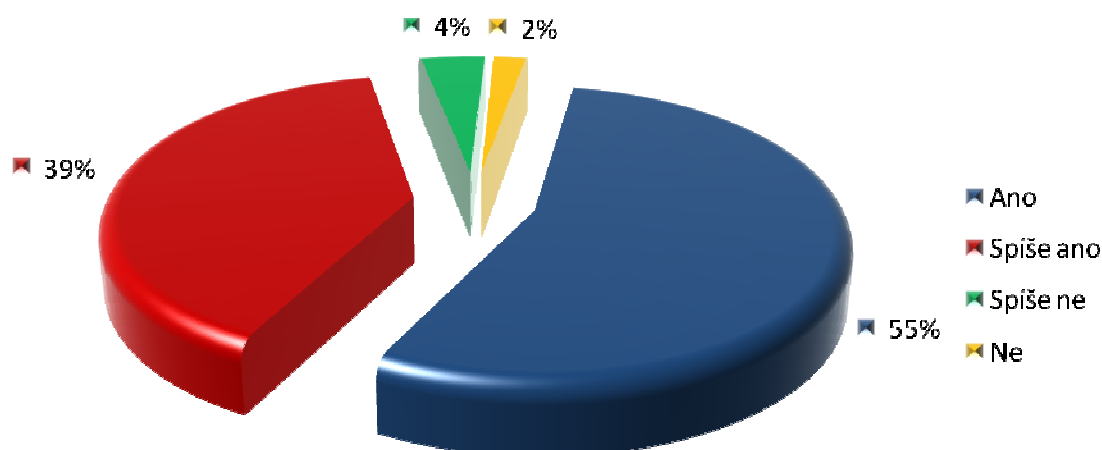
Zdroj: vlastní výzkum

Ve 25 % je náplní práce respondentů řízení organizace. Nejvíce je zde zastoupena možnost přímé práce s uživatelem v 67 %. Na práci s poskytovateli služeb (supervizoři, konzultanti apod.) je zaměřeno 8 % respondentů a žádný z dotazovaných nevedl jiné možnosti náplně práce.

#### **Otázka související s konkrétní náplní práce respondentů**

Konkrétní náplň práce respondentů spočívala především v individuální práci s uživatelem. Jednalo se zejména o psychosociální rehabilitaci, práci s rodinou, volnočasové a vzdělávací aktivity, pomoc při upevňování a získávání dovedností, terénní i ambulantní práci a poradenství. Dále o pomoc a podporu při hledání zaměstnání, vedení chráněných dílen, psaní projektů a zpráv, vytváření metodiky, vedení podřízených, vzdělávání zaměstnanců apod.

**Graf 6: Vztah obsahového zaměření jednotlivých subjektů k inkluzi (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

Podle výsledků je zřejmé, že v daných zařízeních k inkluzi uživatelů dochází, neboť v 55 % se jednalo o odpověď „ano“ a „spíše ano“ udává 39 % respondentů. 4 %



respondentů udávají, že k inkluzi spíše nepřispívá a 2 % udává, že jejich zařízení k inkluzi uživatelů vůbec nepřispívá.

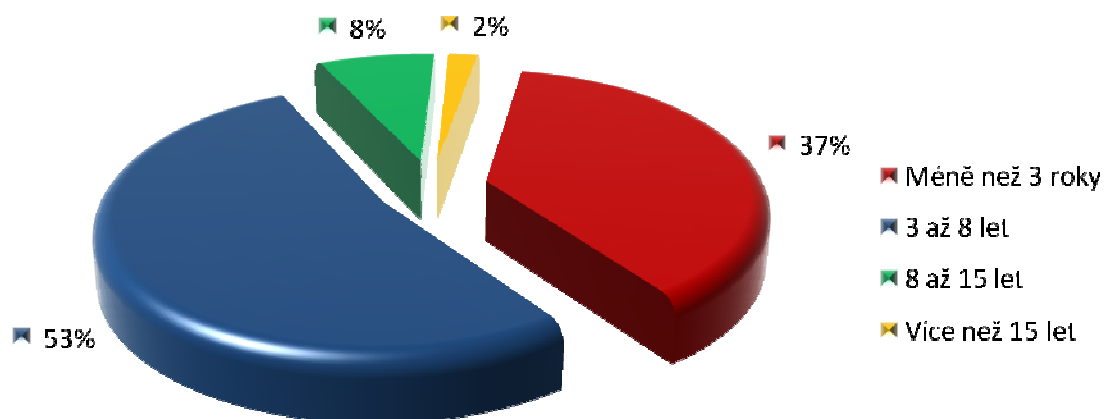
### **Otázka zaměřená na způsoby, kterými dochází k inkluzi**

Způsobů, kterými dochází k inkluzi osob s duševním nemocněním, byla v otevřené podotázce popsána celá řada. Jedná se především o spolupráci dílčích složek komplexní rehabilitace, jejímž cílem je právě inkluze. Jedná se především o psychosociální rehabilitaci, kde je důležité mapování potřeb uživatele, stanovování jeho osobních cílů a kroků, které k vytyčenému cíli směřují, a o aktivní zapojení uživatele do rehabilitace.

Dále se jedná o zapojení do pracovní rehabilitace, které vede k osvojování si základních pracovních návyků a následné podpoře APZ při začlenění na otevřeném trhu práce. Možnost využití služby chráněného bydlení, které vede k samostatnosti a osvojování základních návyků, které se týkají především nácvičku samostatného bydlení, učení se novým praktickým a sociálním dovednostem i zvýšení sebedůvěry uživatele.

Důležitá je též podpora při využívání veřejných zdrojů a kontaktů s běžnou komunitou, zejména ve volnočasových, vzdělávacích a kulturních aktivitách.

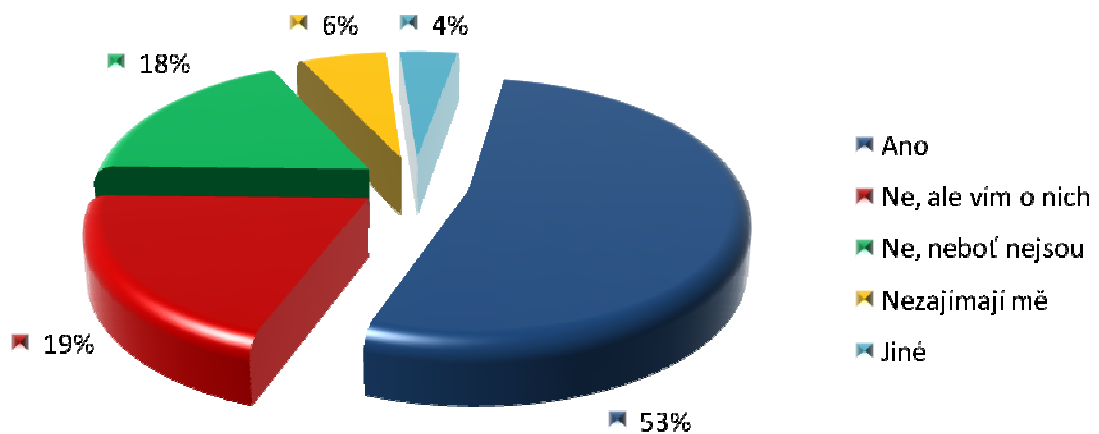
**Graf 7: Délka zaměstnání dotazovaných v oboru (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

Z tohoto grafu je patrné, že většina respondentů 53 % pracuje v tomto oboru 3 až 8 let. Méně než 3 roky zde pracuje 37 % respondentů. 8 % dotazovaných ve svém oboru pracuje 8 až 15 let a více než 15 let zde pracují 2 % dotazovaných.

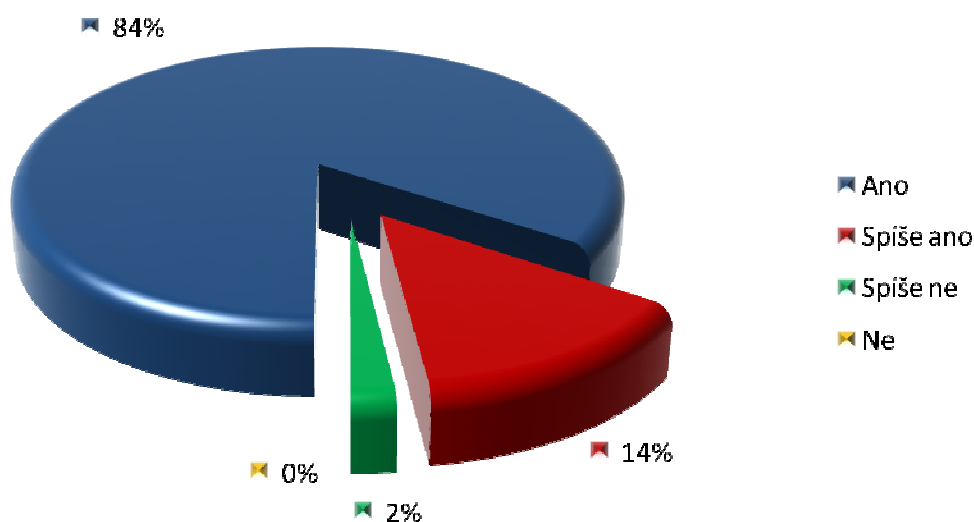
**Graf 8: Účast na odborných seminářích týkajících se inkluze (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

Seminář týkající se inkluze absolvovalo 53 % respondentů. 20 % dotazovaných o existenci seminářů týkajících se inkluze duševně nemocných ví, ale žádné zatím neabsolvovali. Že tyto semináře nejsou vůbec realizovány, se domnívá 17 % dotazovaných, a 6 % respondentů udává, že se o problematiku inkluze nezajímá. 4 % respondentů, kteří udávají jiné možnosti (popisují semináře např. psychiatrické minimum apod.), je ovšem také možno zařadit do účasti na seminářích týkajících se inkluze, neboť zde se o začleňování těchto osob nesporně hodně hovoří.

**Graf 9: Rozčlenění dle důležitosti spolupráce složek UR (v %)**



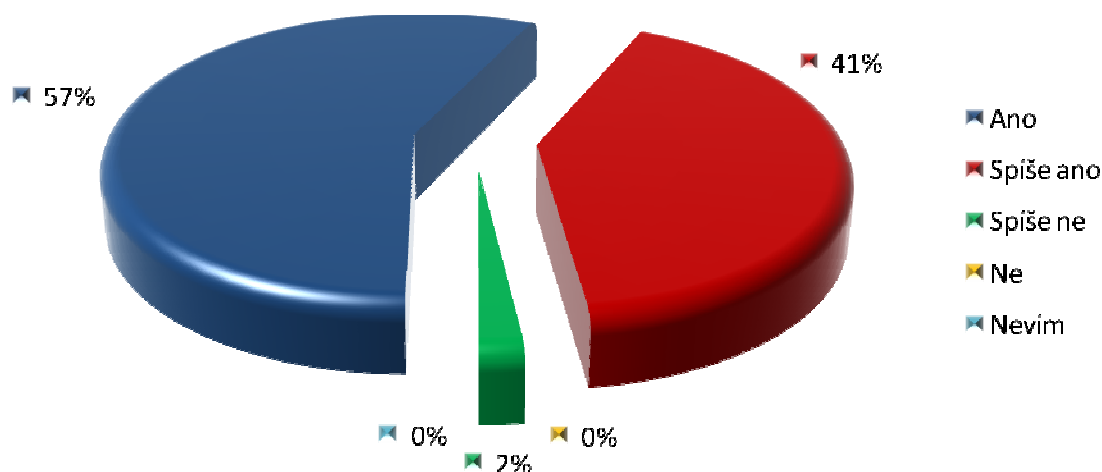
Zdroj: vlastní výzkum

O důležitosti úzké spolupráce dílčích složek ucelené rehabilitace je přesvědčeno 84 % respondentů. Dalších 14 % se k tomuto vyjádření spíše přiklání. To, že s tímto přesvědčením spíše nesouhlasí, vyjádřila 2 % respondentů. Žádný z dotazovaných neodpověděl, že tato spolupráce není důležitá.

### Otázka související s významem ucelené rehabilitace dle respondentů

V této otevřené doplňující otázce se většina poskytovatelů shodla v názoru, že význam ucelené rehabilitace spočívá v postupných návazných krocích systematicky propojených, které vedou ke zkvalitnění života uživatelů a pokrývají všechny oblasti života jedince. Propojení spočívá ve spolupráci a výměně informací a vzájemném doplňování dílčích složek. Významem UR je její nutný předpoklad pro efektivní pomoc.

**Graf 10: Součinnost ucelené rehabilitace v praxi (v %)**

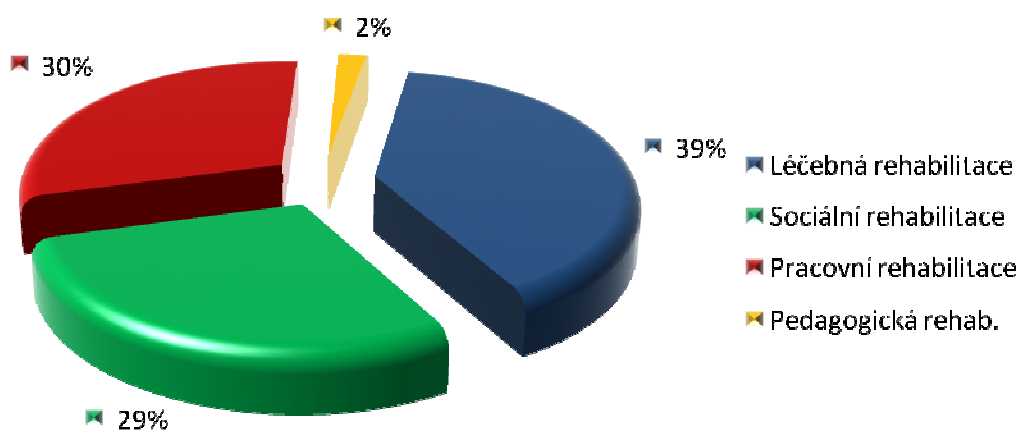


Zdroj: vlastní výzkum

Z tohoto grafu je zřejmé, že dochází k součinnosti dílčích složek ucelené rehabilitace při poskytování péče dlouhodobě duševně nemocným lidem. 57 %

respondentů uvádí, že v jejich praxi k této součinnosti dochází, 41 % udává, že „spíše ano“ a 2 % se přiklání k názoru, že „spíše ne“. Žádný z dotazovaných neudává možnost „ne“ ani „nevím“.

**Graf 11: Struktura zastoupení spolupráce dílčích složek UR v praxi (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří v předchozí otázce č. 13 odpověděli „ano“, či „spíše ano“. Mohli vyjádřit i více možností. Nejčastěji dochází ke spolupráci s léčebnou rehabilitací ve 37 %, dále s pracovní rehabilitací ve 28 % a 27 % respondentů odpovědělo, že spolupracují se sociální rehabilitací. Nejméně zde byla zastoupena pedagogická rehabilitace, a to z 8 %.

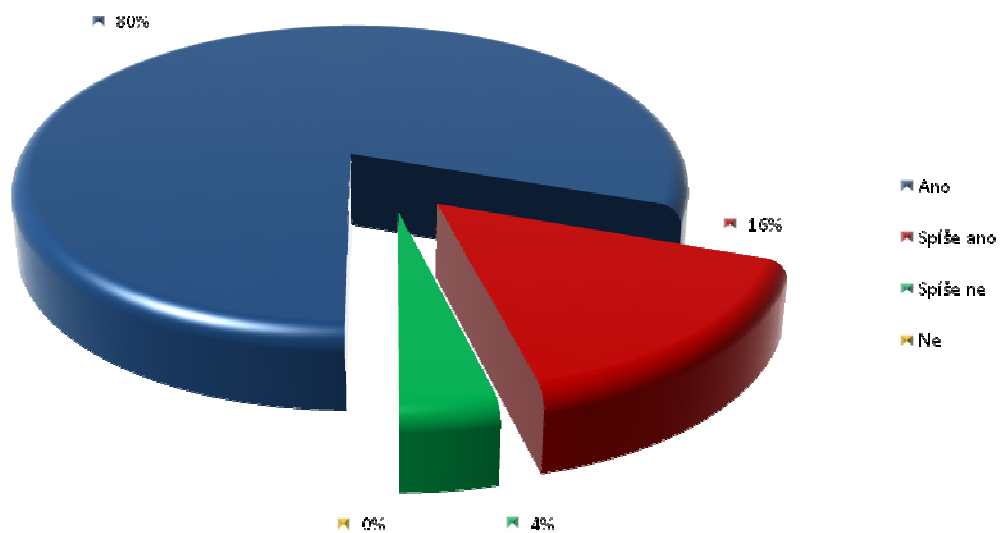
### **Spolupráce s jinými institucemi**

Spolupráci s jinými institucemi v tomto případě potvrdilo 51 respondentů, tedy celých 100 % .

### **Instituce, se kterými respondenti spolupracují**

Téměř ve všech odpovědích zde byly zastoupeny městské úřady (převážně odbor sociálních věcí), krajské a obecní úřady, ČSSZ a OSSZ. Další organice ve městě a blízkém okolí, které jsou poskytovateli sociálních služeb (např. charita, Sdružení zdravotně postižených, azylové domy, občanská poradna, pečovatelská služba apod.). Některá zařízení spolupracují ještě s technickými službami, kurátory, zaměstnavateli na otevřeném trhu práce, dobrovolníky, městskou knihovnou apod.

**Graf 12: Souběh nabízených druhů rehabilitace (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

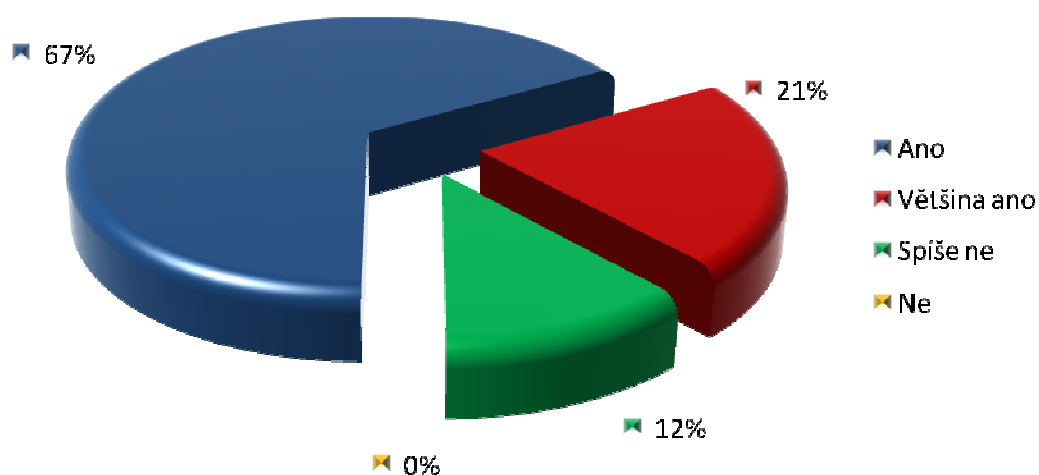
Z výsledků vyplývá, že 80 % uživatelů využívá několik služeb současně. „Spíše ano“ více služeb využívá 16 % a 4 % uživatelů jich podle dotazovaných poskytovatelů „spíše nevyužívá“. Žádný z respondentů neodpověděl, že uživatelé několika služeb současně nevyužívají.



### Nejčastěji využívané činnosti dle respondentů

Jedná se převážně o sociální rehabilitaci, volnočasové a vzdělávací aktivity, odborné poradenství a služby následné péče. Dále jsou zde zastoupeny chráněné a bazální dílny, služba chráněného bydlení a služby poskytované Agenturou podporovaného zaměstnávání.

**Graf 13: Informovanost uživatelů o možnostech a rozsahu dalších služeb z pohledu poskytovatelů (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku respondenti z řad poskytovatelů služeb odpověděli „ano“ z 67 %. Že většina uživatelů je dostatečně informována, odpovědělo 21 % dotazovaných. „Spíše neinformovanost“ hodnotilo 12 % tazatelů. Žádný z respondentů neodpověděl, že nedochází k informovanosti.

### **Možnost uživatelů hodnotit služby**

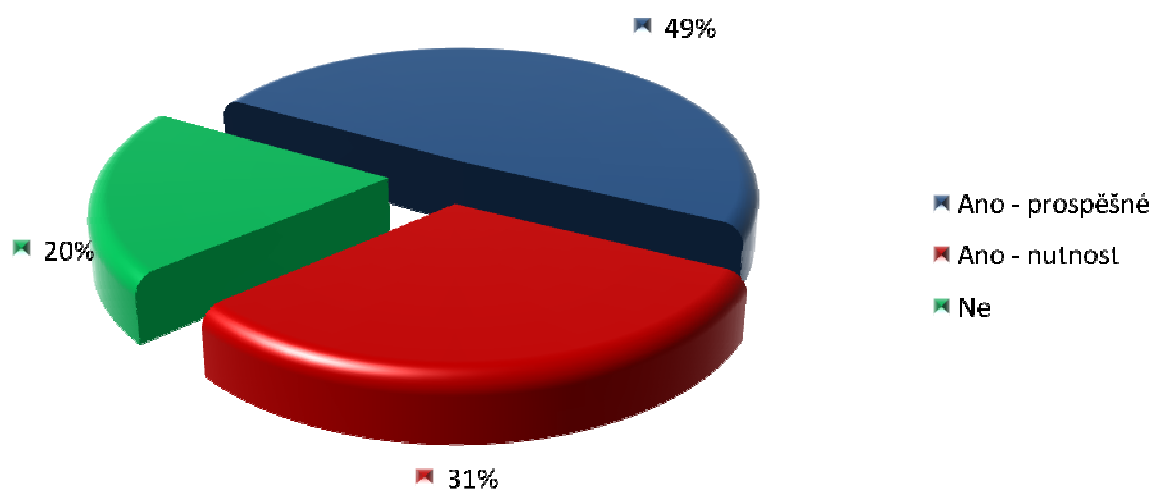
Všech 51 dotazovaných, tedy 100%, odpovědělo, že jejich uživatelé mohou hodnotit poskytované služby.

### **Otázka zaměřená na možnosti hodnocení služeb uživateli**

Uživatelé mají možnost hodnotit služby několika způsoby. Převážně formou anonymních dotazníků, které zpracovává nezávislá instituce (VIDA). Dále anonymně do schránky k tomuto účelu zřízené, individuálně zpětnou vazbou formou rozhovoru, při skupinovém setkání, při hodnocení úspěšnosti rehabilitačních plánů a možností uplatnění námětů, připomínek a stížností.

Tyto možnosti a způsoby jsou také hodnoceny auditory kvality poskytovaných služeb.

**Graf 14: Práce s rehabilitačními (individuálními) plány (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků je zřejmé, že převážná většina poskytovatelů služeb s rehabilitačními plány pracuje. Z toho 49 % respondentů uvádí, že je považuje za důležité a pro práci prospěšné. 31 % dotazovaných považuje rehabilitační plány za nutnost, kterou po nich požadují nadřízení, a 20 % dotazovaných uvádí, že s rehabilitačními plány nepracují.

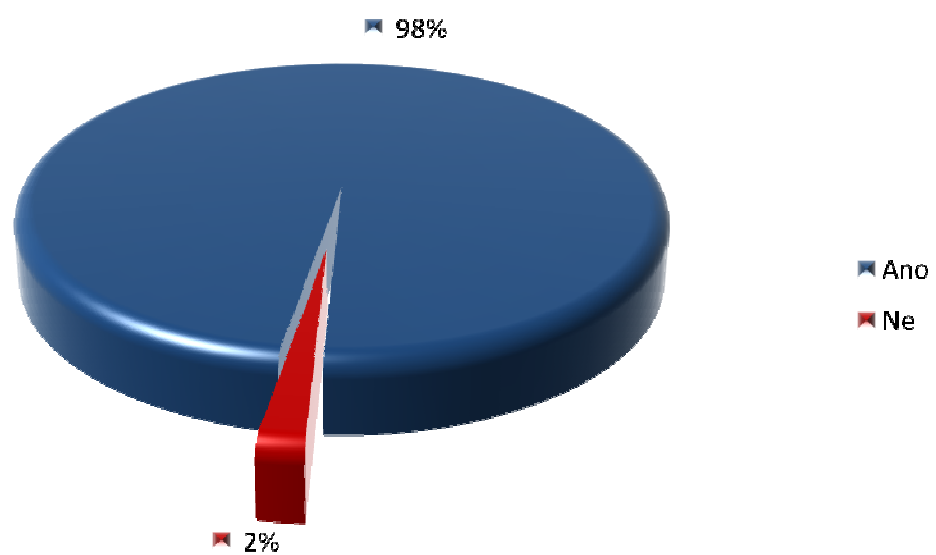
### **Otázka související s obsahem rehabilitačního plánu**

Rehabilitační plán obsahuje základní údaje (jméno a příjmení uživatele, poskytovatele a popřípadě další zúčastněné osoby), datum vzniku plánu, datum hodnocení plánu a někdy také popis aktuální situace. Mezi nejdůležitější části plánu patří dlouhodobý cíl a konkrétní cíle, kroky a úkoly, které k dosažení stanoveného cíle směřují. Dále kritéria úspěšnosti a hodnocení, jak se pozná, že byl cíl splněn, včetně časových termínů a podpisů všech zúčastněných stran.

### **Východisko pro vytvoření rehabilitačního plánu**

Východiskem pro vytvoření rehabilitačního plánu může být právě osobní cíl uživatele a zakázka od uživatele. Ne vždy však každý uživatel ví, co chce a co by bylo pro něho vhodné. Proto je nutné v této profesi pracovat na mapování potřeb uživatele. Lze použít některé z metod k tomu určených, např. hodnocení potřeb metodou Camberwellského formuláře CAN apod. Pomoci může také osobní návštěva v domácnosti uživatele, simulace nějaké situace a podrobnější osobní profil.

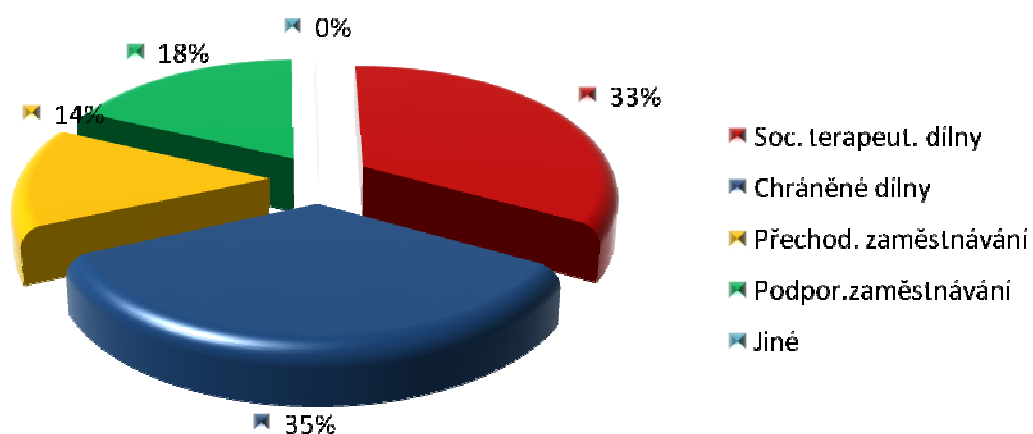
**Graf 15: Podíl organizací na zaměstnávání uživatelů (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

Zaměstnávání pro uživatele služeb je realizováno v 98 % organizací. Pouze ve 2% respondenti uvedli, že v jejich organizaci nedochází k zaměstnávání uživatelů.

**Graf 16: Způsoby zaměstnávání uživatelů (v %)**

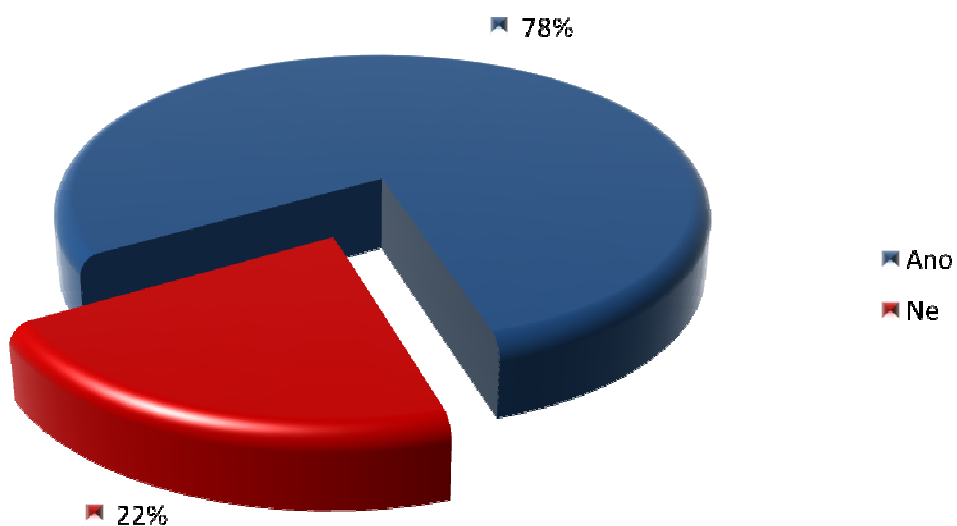


Zdroj: vlastní výzkum

Z tohoto grafu je patrné, jakými způsoby dochází k zaměstnávání uživatelů služeb. Respondenti měli možnost vyjádření několika variantami. Nejčastějším

způsobem zaměstnávání jsou chráněné dílny z 35 %. Sociálně terapeutické dílny jsou zastoupeny 33 %. 18 % respondentů označilo podporované zaměstnávání, přechodné zaměstnávání se vyskytuje ve 14 %. Jiný způsob zaměstnávání uživatelů se v těchto výsledcích neobjevuje.

**Graf 17: Podíl poskytování chráněného bydlení (v %)**



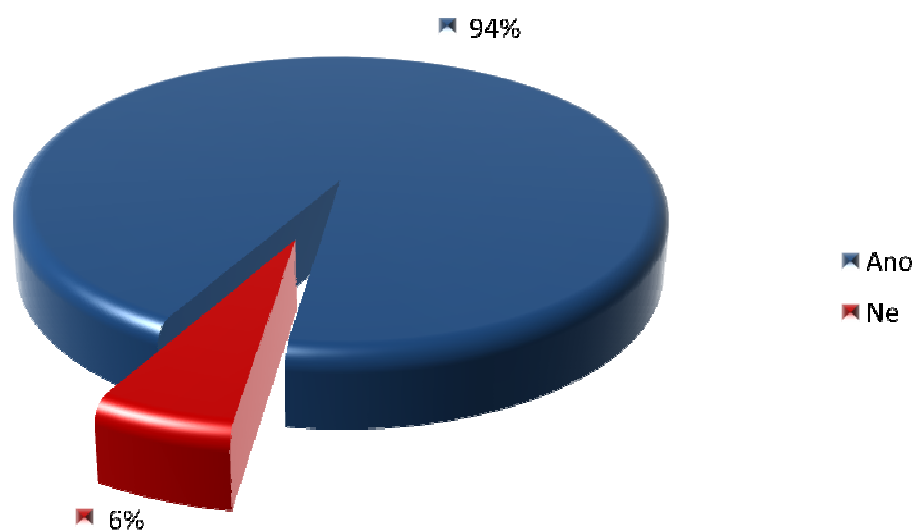
Zdroj: vlastní výzkum

Službu chráněného bydlení nabízí 78 % zařízení. 22 % tuto službu svým uživatelům neposkytuje.

### Otázka související s realizací služby chráněného bydlení

Jedná se o placenou službu na základě písemně uzavřené Smlouvy o poskytnutí služby. Základním předpokladem je práce s asistentem bydlení na rehabilitačním (individuálním) plánu s cílem podpory samostatného bydlení. Je zde stanovena maximální délka pobytu, která se liší podle zařízení od jednoho roku do tří let. Byty jsou buď majetkem organizace, nebo města, které je organizací pronajímá.

**Graf 18: Vzdělávací služby pro uživatele (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

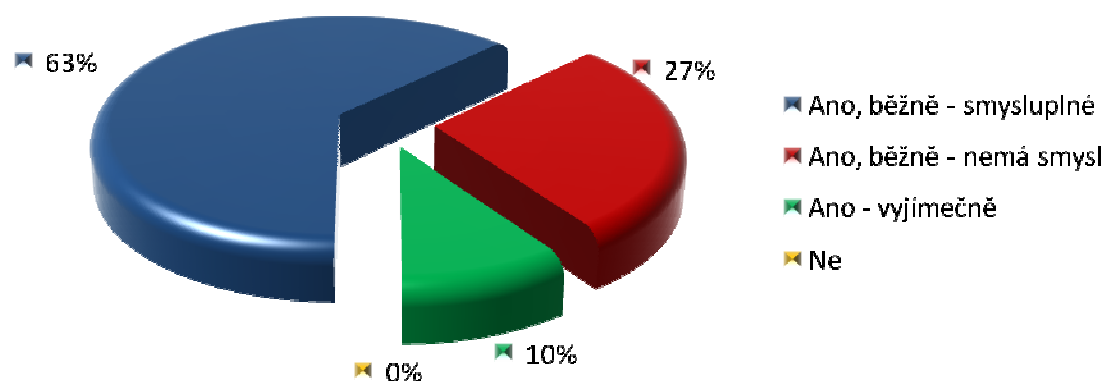
Vzdělávání uživatelům umožňuje 94 % poskytovatelů služeb. V 6 % zařízení nejsou vzdělávací služby realizovány.



### Způsob realizace vzdělávacích služeb pro uživatele

Jedná se především o výuku cizích jazyků (němčina, angličtina, esperanto). Dále mají uživatelé možnost získat nové dovednosti v oblasti práce s počítačem a s internetem, naučit se pletení košíků. Mohou se zúčastnit přípravných kurzů na zaměstnání na otevřeném trhu práce v tzv. Job klubech apod.

**Graf 19: Podíl využití supervize v praxi (v %)**



Zdroj: vlastní výzkum

Jak vyplývá z tohoto grafu, nikdo z respondentů nevedl, že by nevyužívali ve své praxi supervizi. Všichni dotazovaní tedy supervizi využívají a 63 % respondentů ji hodnotí jako smysluplnou a součást běžné praxe. 27 % dotazovaných ji využívá, ale nevidí v ní smysluplnost. 10 % respondentů podstupuje ve svém povolání supervizi jen výjimečně.

### Otázka týkající se typu a významu supervize v praxi

Typy supervize: skupinová – případová; týmová

individuální – případová; osobní

Hlavní význam supervize spočívá především ve sjednocení pracovního týmu, zkvalitnění vztahů, zprůchodnění komunikačních bloků, možnost konzultace případu, jeho vyjasnění, doporučení a stanovení plánu dalšího postupu. Může být velice účinná jako prevence syndromu vyhoření. Někteří z respondentů zdůrazňují, že je důležité odborné vedení.

## **5 Diskuze**

Téma této práce nahlíží do postavení osob s duševním onemocněním a má odkrýt problematiku inkluze. Tento úkol je nelehký, neboť podle zkušeností, které autorka získala při zpracovávání údajů a své sedmileté praxi s duševně nemocnými lidmi, si dovoluje konstatovat, že inkluze je dlouhodobý a velice náročný proces pro všechny zúčastněné.

Velmi pozitivně hodnotí přístup veškerého personálu v zařízeních, která v rámci své výzkumné praxe navštívila. Většina pracovníků těchto zařízení velmi ochotně při rozhovorech spolupracovala.

Výzkumu se zúčastnili jak uživatelé, tak poskytovatelé služeb, zaměřených na inkluzi duševně nemocných osob.

### **5.1 Diskuze k 1. části šetření**

Jak vyplývá z výsledků šetření mezi uživateli služeb, ze kterých byly vypracovány výše uvedené kazuistiky, k inkluzi duševně nemocných osob dochází. Nejvíce o tomto výsledku svědčí zejména kazuistiky č. 1, 2, 3, a 5. Zde je jasně znatelný postup provázanosti spolupráce dílčích složek ucelené rehabilitace s následným začleňováním těchto osob do společnosti. Dle Votavy je ucelenost rehabilitace dána tím, že právě její jednotlivé složky se vzájemně propojují (64). Ovšem jeden z uživatelů (kazuistika č. 4) uvádí, že *vidí svou perspektivu jasně. Chce docházet do chráněné dílny, řešit osobní situace se svou sociální pracovnící a psychiatrem a udržet si plný invalidní důchod*. Nemá zájem začlenit se zcela do společnosti a přijmout zodpovědnost za své

riziko, nebo je tu logická obava o ztrátu určité jistoty, kterou pro něho invalidní důchod představuje? Může však jít také o důsledek nemoci, který klientovi nedovoluje vyšší stupeň inkluze a jeho začlenění může zůstat takové, jaké je vidí on. Vše ještě pravděpodobně ukáže čas. Jak uvádí literatura, inkluze souvisí s přirozeným nenásilným začleňováním (17), jež je dlouhodobým procesem (35).

Vnímání klientů o schopnosti společnosti flexibilně a operativně reagovat na jejich potřeby se v mnoha případech značně liší podle toho, v jakém stadiu nemoci se uživatel nachází. Z kazuistiky č. 5: „*Moje léčba nikam nevede. Nemá to smysl. Nepomohli mi a já už skutečně nevěřím, že se z toho někdy dostanu.*“ Z kazuistiky č. 3 vyplývá, že *klientka prožívá pocity nedůležitosti s obviňováním se a nepřijetí okolím.* Tyto pocity vyplývají z charakteristiky duševního onemocnění. Dle Světové zdravotnické organizace se jedná o klinicky prokazatelnou změnu duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života, projevující se v chování a prožívání člověka a znesnadňuje jeho interakci se sociálním okolím (67). V kazuistice č. 4 klient uvádí, že *kamarády nemá, prý ho všichni zklamali. Prý mu také vztahy s ostatními lidmi komplikuje jeho duševní onemocnění a všichni by měli jeho jednání (i nepřiměřené) proto respektovat.* Česká asociace pro psychické zdraví má ve svém poslání kromě jiného začleněno podporovat rozvoj humánních přístupů k lidem s duševní nemocí, hájit a prosazovat jejich zájmy a vytvářet podmínky pro co nejvyšší participaci v životě celé společnosti (5). Zde však vyvstává otázka do jaké míry respektovat i nepřiměřené jednání klienta. Je důležité, zda nepřiměřené chování je důsledkem nepříznivého zdravotního stavu, nebo projevem charakteru osobnosti. Dále se musíme pozastavit nad ochranou dalších lidí, kteří přicházejí s tímto faktem do styku. Brát v potaz omezení způsobilosti, ale také dodržování práv uživatele, ze kterých však vyplývá i dodržování určitých pravidel pro samotného nemocného. Jak uvádí Dörner, každá společnost tím, že stanovuje hodnoty a normy, vyčleňuje takové lidi, kteří se nedají těmito normami přijmout. Základní hodnotou v naší společnosti je povinnost umožnit těmto lidem důstojný život (7).

Jak již autorka uvedla, vnímání klientů na schopnost společnosti flexibilně a operativně reagovat na jejich potřeby se liší v důsledku fáze nemoci. Je to velice patrné

v kazuistice č. 5, kdy *došlo k přehodnocení a postoji k nemoci. Klient si našel přítelkyni a mnoho dalších přátel, se kterými si velmi dobře rozumí, kteří ho neodmítají pro jeho onemocnění.* Dále je to zjevné v kazuistice č. 1, kde sám *klient kladně hodnotí přínos rehabilitačního procesu.* Jak uvádí Votava, v pojmu aktivního zdraví je zahrnuta schopnost přizpůsobit se životním podmínkám a správně reagovat na jejich změny (64).

## 5.2 Diskuze k 2. části šetření

Mezi respondenty poskytovatelů služeb, kteří odpovídali formou polostandardizovaného rozhovoru, převládaly ženy (76 %) oproti mužům (24 %). V sociální práci je tento jev většinou pravidlem. Není zde tedy žádný patrný rozdíl při poskytování péče v oblasti psychiatrie. Jak uvádí Votava, názvy odborných profesí v sociální práci se převážně vyskytují v ženském rodě (např. sociální pracovnice), neboť představují významnou část této profese (64).

Nejvíce respondentů dosahovalo středoškolského vzdělání s maturitou (55 %). Tento údaj odpovídá však požadavku na vzdělání minulých let a tehdejším možnostem dalšího vzdělávání se. Nyní se pracovníci podílející se na inkluzi duševně nemocných osob mají možnost nadále vzdělávat, což odpovídá 37 % dotazovaných, kteří dosáhli vysokoškolského nebo vyššího odborného vzdělání. Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách udává jako podmínku pro výkon činnosti pracovníka v sociálních službách způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odbornou způsobilost, která je dána vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním (58).. Nejvíce dotazovaných bylo ve věku 31 až 40 let (53 %) a druhé zastoupení tvořila kategorie do 30-ti let (35 %). Tento údaj autorka vnímá jako pozitivní i z hlediska dlouhodobého uplatnění svého vzdělání v této profesi.

Nejvíce zastoupeným oborem, který se podílí na inkluzi, jsou právě sociální služby (76 %), které jsou obsahem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V jiné oblasti, nevyplývající z tohoto zákona, pracuje 24 % dotazovaných. Jedná se především o chráněné dílny, Agenturu podporovaného zaměstnávání, dobrovolnické

centrum, arteterapii a psychologickou pomoc. Zde je nutné podotknout, že probíhají jednání na ministerské úrovni o zařazení některých těchto služeb do zákona o sociálních službách.

V náplni práce je nejvíce zastoupena možnost přímé práce s uživatelem (67 %). Zde je tedy důležité uplatňovat ve své profesi kromě odborných znalostí hlavně etický přístup, který zahrnuje všechny kladné humanistické hodnoty. Umět využívat schopnost empatie, udržovat si své hranice, zdravý egoismus a zdravý altruismus, používat ve vztahu k uživateli nedirektivní přístup s podporou a uměním naslouchat (24). Konkrétní náplň práce spočívá především v individuální práci s uživatelem. Jedná se zejména o psychosociální rehabilitaci, práci s rodinou, volnočasové a vzdělávací aktivity, pomoc při upevňování a získávání dovedností, terénní i ambulantní práci a poradenství. Dále o pomoc a podporu při hledání zaměstnání, vedení chráněných dílen, psaní projektů a zpráv, vytváření metodiky, vedení podřízených, vzdělávání zaměstnanců apod. Dörner uvádí, že vedle vědomostí má právě v psychiatrickém a psychoterapeutickém setkání velký význam i představa o člověku vůbec a znalost chování a jednání duševně nemocných zde hraje velkou roli (7).

Podle výsledků je zřejmé, že v daných zařízeních k inkluzi uživatelů dochází, neboť v 55 % se jednalo o odpověď „ano“ a „spíše ano“ udává 39 % respondentů. Možností je několik. Jedná se především o spolupráci dílčích složek komplexní rehabilitace, jejímž cílem je právě inkluze. V rámci ucelené rehabilitace je zastoupena především psychosociální rehabilitace, kde je důležité mapování potřeb uživatele, stanovování jeho osobních cílů a kroků, které k vytyčenému cíli směřují, a aktivní zapojení uživatele do rehabilitace. Tento přístup zapojení a posílení, o kterém se poskytovatelé zmiňují se odborně nazývá „empowerment“ a vychází z přesvědčení, že člověk je schopen řídit vlastní život a že právě uživatel je zodpovědný za výsledek rehabilitace (1). Respondenti dále uvádějí, že pokud má docházet ke kvalitní inkluzi, je důležité zapojení uživatelů i do pracovní rehabilitace, která vede k osvojování si základních pracovních návyků a následné podpoře APZ při začlenění na otevřeném trhu práce. Dále uvádějí možnost využití služby chráněného bydlení, které vede k samostatnosti a osvojování základních návyků, které se týkají především nácviu

samostatného bydlení, učení se novým praktickým a sociálním dovednostem i ke zvýšení sebedůvěry uživatele. Důležitá je též podpora při využívání veřejných zdrojů a kontaktů s běžnou komunitou zejména ve volnočasových, vzdělávacích a kulturních aktivitách. To se shoduje s tím, co uvádí Jankovský, že zcela konkrétní soubor aktivit vytváří podmínky pro přirozenou integraci do společnosti (17).

Doba, po kterou je většina dotázaných zaměstnána v oboru zabývající se inkluzí duševně nemocných, se pohybuje v rozmezí 3 až 8 let (53 %). Méně než 3 roky zde pracuje 37 % respondentů. 8 % dotazovaných ve svém oboru pracuje 8 až 15 let a více než 15 let zde pracují 2 % dotazovaných. Autorka se domnívá, že tento fakt, který ukazuje na nízké zastoupení pracovníků s dlouholetými zkušenostmi, je pravděpodobně dán několika hledisky – psychicky náročná a vyčerpávající práce, která ne vždy vede k pozitivním výsledkům, nezajímavé platové podmínky s vysokými nároky (vzdělání, psychická odolnost apod.).

S informovaností a vzděláváním souvisely i další otázky na téma odborných seminářů nebo školení týkajících se inkluze, kde 53 % respondentů toto vzdělávání absolvovalo. 20 % dotazovaných o existenci seminářů týkajících se inkluze duševně nemocných ví, ale žádné zatím neabsolvovali. Že tyto semináře nejsou vůbec realizovány, se domnívá 17 % dotazovaných, a 6 % respondentů udává, že se o problematiku inkluze nezajímají. 4 % respondentů udávají jiné možnosti (popisují semináře, např. psychiatrické minimum apod.), ty je ovšem také možno zařadit do účasti na seminářích týkajících se inkluze, neboť zde se o začleňování těchto osob nesporně hodně hovoří. Jak uvádí Matoušek, odbornost v sociální práci se vyznačuje tím, že je pracovník schopen se znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotní péče a sociální politiky diagnostikovat konkrétní potřeby konkrétního člověka a navrhnout řešení, s odkazem klienta na příslušné odborníky (29). Zde vyvstává otázka, jakou mají pracovníci různých zařízení vůbec možnost a zda jsou ochotni se dále vzdělávat, či jsou-li nějakým způsobem k dalšímu vzdělávání motivováni, ať finančním ohodnocením nebo profesním růstem, a jaká je podpora dalšího vzdělávání ze strany zaměstnavatele.

Úzkou spoluprací dílčích složek ucelené rehabilitace považuje za důležitou 84 % dotazovaných. Dalších 14 % se k tomuto vyjádření spíše přiklání. To, že s tímto přesvědčením spíše nesouhlasí, se vyjádřila 2 % respondentů. Toto tvrzení vymezuje i definice ucelené rehabilitace, která hovoří o jedolitém vzájemně provázaném procesu (56). Význam ucelené rehabilitace dle respondentů – poskytovatelů spočívá v postupných návazných krocích systematicky propojených, které vedou ke zkvalitnění života uživatelů a které pokrývají všechny oblasti života jedince. Propojení spočívá ve spolupraci a výměně informací a vzájemném doplňování dílčích složek. Význam ucelené rehabilitace hodnotí respondenti jako nutný předpoklad pro efektivní pomoc. Ucelená rehabilitace podle Jankovského představuje zcela konkrétní soubor aktivit, které mají za cíl vytvořit pokud možno optimální podmínky pro jejich přirozenou integraci ve společnosti (17). Dle Jesenského ucelenost v rehabilitaci znamená především časnost, návaznost jednotlivých složek rehabilitace na sebe a také její komplexnost (18), jejímž cílem je především návrat k původnímu stavu (56). Na otázku jestli k takovéto součinnosti dochází, odpovídá převážná většina kladně. S tím také souvisí otázka, jejímž předmětem je spolupráce dílčích složek ucelené rehabilitace v daných zařízeních. Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli „ano“, či „spíše ano“. Nejčastěji dochází ke spolupraci s léčebnou rehabilitací ve 37 %, dále s pracovní rehabilitací ve 28 % a 27 % respondentů odpovědělo, že spolupracují se sociální rehabilitací. Nejméně zde byla zastoupena pedagogická rehabilitace a to z 8 %. Autorka předpokládá, že důvodem tohoto nízkého výsledku je fakt, že poskytovatelé pracují s dospělými osobami. Jankovský připouští, že pedagogická rehabilitace je nejvýznamnější v období dětství a dospívání. Ovšem udává také, že při socializaci člověka hraje výchova (edukace) významnou roli. Jde totiž o permanentní celoživotní proces a vzdělání je nutno chápat jako otevřený systém (17). S ucelenou rehabilitací souvisí i otázka spolupráce s jinými institucemi. V tomto případě ji potvrdilo 51 respondentů, tedy celých 100 %. Instituce, se kterými respondenti spolupracují, jsou zejména městské úřady (převážně odbor sociálních věcí), krajské a obecní úřady, ČSSZ a OSSZ. Další organice ve městě a blízkém okolí, kteří jsou poskytovateli sociálních služeb (např. charita, Sdružení zdravotně postižených,

azylové domy, Občanská poradna, pečovatelská služba apod.). Některá zařízení spolupracují ještě s technickými službami, kurátory, zaměstnavateli na otevřeném trhu práce, dobrovolníky, městskou knihovnou apod. Na informovanost uživatelů o možnosti a rozsahu všech poskytovaných služeb, které by byly pro ně vhodné, odpovídali respondenti z řad poskytovatelů služeb „ano“ z 67 %. Že většina uživatelů je dostatečně informována, odpovědělo 21 % dotazovaných. Spíše neinformovanost hodnotilo 12 % tazatelů. Žádný z respondentů neodpověděl, že nedochází k informovanosti. To potvrzují i výsledky, které převážně vypovídají o tom, že uživatelé využívají několika služeb současně. Žádný z respondentů totiž neuvedl, že uživatelé několika služeb zároveň nevyužívají. Mezi nejčastěji využívané služby patří především sociální rehabilitace, volnočasové a vzdělávací aktivity, odborné poradenství a služby následné péče. Dále jsou zde zastoupeny chráněné a bazální dílny, služba chráněného bydlení a služby poskytované Agenturou podporovaného zaměstnávání.

Hodnotit poskytované služby mají možnost všichni uživatelé ve všech zkoumaných zařízeních, a to několika způsoby. Převážně formou anonymních dotazníků, které zpracovává nezávislá instituce (VIDA). Dále anonymně do schránky k tomuto účelu zřízené, individuálně zpětnou vazbou formou rozhovoru, při skupinovém setkání, při hodnocení úspěšnosti rehabilitačních plánů a možnost uplatnění námětů, připomínek a stížností. Vzhledem k zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, je možnost hodnocení služeb uživateli nezbytnou a velice přínosnou součástí práce v sociální oblasti (19). Tyto možnosti a způsoby jsou také hodnoceny auditory kvality poskytovaných služeb.

Převážná většina poskytovatelů služeb uvádí, že pracuje s rehabilitačními plány. Z toho 49 % respondentů uvádí, že je považuje za důležité a pro práci prospěšné. 31 % dotazovaných považuje rehabilitační plány za nutnost, kterou po nich požadují nadřazení a 20 % dotazovaných uvádí, že s rehabilitačními plány nepracují. To však nemusí vždy znamenat, že se jedná o nekvalitně poskytovanou službu. Cíle mohou být zaznamenávány jiným způsobem, a to převážně v poskytování péče jiné než sociální. Obsahem rehabilitačního plánu jsou základní údaje (jméno a příjmení uživatele, název



poskytovatele a popřípadě jméno další zúčastněné osoby), datum vzniku plánu, datum hodnocení plánu a někdy také popis aktuální situace. Mezi nejdůležitější součásti plánu patří dlouhodobý cíl a konkrétní (krátkodobé) cíle, kroky a úkoly, které k dosažení stanoveného cíle směřují. Dále kritéria úspěšnosti a hodnocení, jak se pozná, že byl cíl splněn, včetně časových termínů a podpisů všech zúčastněných stran. Východiskem pro vytvoření rehabilitačního plánu může být právě osobní cíl uživatele a zakázka od uživatele. Ne vždy však každý uživatel ví, co chce a co by bylo pro něho vhodné. Proto je nutné v této profesi pracovat na mapování potřeb uživatele. Lze použít některé z metod k tomu určených, např. hodnocení potřeb metodou Camberwellského formuláře CAN apod. Dle Probstové je právě systém hodnocení CAN jednou z nejvhodnějších metod šetření potřeb pro duševně nemocné. Mapuje zdravotní i sociální oblasti a upozorňuje na ty, ve kterých může péče či terapie pomoci (41). Vysokou podporou může být také osobní návštěva v domácnosti uživatele, simulace nějaké situace a podrobnější osobní profil.

Možnost zaměstnávání pro uživatele služeb je realizováno v 98 % organizací. Pouze ve 2 % respondenti uvedli, že v jejich organizaci nedochází k zaměstnávání uživatelů. Respondenti měli možnost vyjádření několika variantami. Nejčastějším způsobem zaměstnávání jsou chráněné dílny z 35 %. Sociálně terapeutické dílny jsou zastoupeny 33 %. 18 % respondentů označilo podporované zaměstnávání a přechodné zaměstnávání se vyskytuje ve 14 %. Zaměstnávání umožňuje klientovi nácvik pracovních i sociálních dovedností a dále mu poskytuje stálé pracovní a společenské uplatnění včetně mzdy (69).

Službu chráněného bydlení nabízejí čtyři zařízení ze šesti. Jedná se o placenou službu na základě písemně uzavřené Smlouvy o poskytnutí služby. Základním předpokladem je práce s asistentem bydlení na rehabilitačním (individuálním) plánu s cílem podpory samostatného bydlení. Je zde stanovena maximální délka pobytu, která se liší podle zařízení od jednoho roku do dvou let. Byty jsou buď majetkem organizace, nebo města, které je organizací pronajímá. Votava uvádí, že právě služba chráněného bydlení je velice vhodná, spolu s mentálně postiženými, právě pro psychiatrické pacienty se stabilizovanou fází psychózy. Organizace dále hodnotí osoby navržené pro

chráněné bydlení a uváží, zda mají pro tento způsob bydlení předpoklady a zda jsou pro něj motivováni (64).

Vzdělávání uživatelům umožňuje 94 % poskytovatelů služeb. Jedná se především o výuku cizích jazyků (němčina, angličtina, esperanto). Dále mají uživatelé možnost získat nové dovednosti v oblasti práce s počítačem a internetem, naučit se pletení košíků. Mohou se zúčastnit přípravných kurzů na získání a udržení zaměstnání na otevřeném trhu práce v tzv. Job klubech apod. Většina těchto aktivit je zařazena do odpoledních hodin, aby nezasahovaly příliš do pracovní doby uživatelů v chráněných dílnách. Tyto služby zajišťují sociální pracovníci, dobrovolníci, externí zaměstnanci a někdy i samotní uživatelé. Zde také vyvstává otázka, do jaké míry se zde může jednat o pedagogickou rehabilitaci. Vzhledem k tomu, že Jankovský uvádí, že edukace je celoživotní proces (17), se autorka domnívá, že se o pedagogickou rehabilitaci jedná. Tím však dochází k rozdílným výsledkům.

V pomáhajících profesích hraje nezastupitelnou roli supervize. Jak uvádí Kopřiva, jde o proces učení, v němž supervizor pomáhá supervidovanému řešit konkrétní situace, které vznikají při jeho práci s klienty (24). V rámci této práce dochází ke zpětné vazbě a podpoře v další práci. Nikdo z respondentů nevedl, že by nevyužívali ve své praxi supervizi. Všichni dotazovaní tedy supervizi využívají a 63 % respondentů ji hodnotí jako smysluplnou a je součástí běžné praxe. 27 % dotazovaných ji využívá, ale nevidí v ní smysluplnost. 10 % respondentů podstupuje ve svém povolání supervizi jen výjimečně. Pracovníci by si měli uvědomit, jakým způsobem je práce ovlivňuje, a měli by se naučit zvládat své reakce. To je nezbytné, nemají-li být pracovníci přeplněni emocemi (7). To platí ve všech pomáhajících profesích a při práci s duševně nemocnými dvojnásobně. Na otázku týkající se typu a významu supervize v praxi odpovídali respondenti, že využívají převážně supervize: skupinové – případová a týmová, dále podstupují individuální supervizi – případovou a osobní. Uvádějí, že hlavní význam supervize spočívá především ve sjednocení pracovního týmu, zkvalitnění vztahů, zprůchodnění komunikačních bloků, možnost konzultace případu, jeho vyjasnění, doporučení a plán dalšího postupu. Může být velice účinná jako prevence syndromu vyhoření. Někteří z respondentů zdůrazňují, že je důležité odborné

vedení. Tento význam supervize uvádí také Kopřiva, který dále hovoří o supervizi jako poradenské metodě vedoucí k reflexi vlastního profesionálního jednání a plnění funkcí kontroly kvality (24).

V závěru této diskuze si autorka dovoluje vytyčit hypotézy, které vycházejí z kvalitativního výzkumu. Na základě výpovědi u poskytovatelů služeb je inkluze patrná a je zřejmá především v kazuistikách u uživatelů služeb.

H 1. V rovině sociálního přístupu je v kraji Vysočina prostřednictvím služeb sociální péče vytvářeno příhodné prostředí pro inkluzi osob s duševním onemocněním.

H 2. V rovině individuálního přístupu občana s duševním onemocněním dochází k aktivní účasti na vlastní rehabilitaci.

## 6 Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda a jakým způsobem dochází k inkluzi osob s duševním onemocněním ve vybraných regionech kraje Vysočina. Cíl práce byl splněn, neboť výzkum prokázal, že k inkluzi duševně nemocných osob dochází. Způsob, jakým k inkluzi dochází, byl rozpracován do dílčích cílů, které byly taktéž splněny. Autorka zmapovala současný stav inkluze duševně nemocných osob ve vybraných regionech kraje Vysočina, na základě vyhodnocení výsledků výzkumu u poskytovatelů a uživatelů služeb. Jak vyplývá z výsledků šetření, ke kvalitní inkluzi může docházet za předpokladu, že funguje systém ucelené rehabilitace.

U uživatelů služeb bylo záměrem zejména analyzovat, jak vnímají schopnost společnosti flexibilně a operativně reagovat na jejich potřeby a zachytit subjektivní vnímání každého jednotlivce, porozumět způsobu jeho uvažování o své životní situaci a pociťovaných nerovnováhách. Empirické poznatky poukázaly na to, že právě vnímané nerovnováhy mají především celospolečenský a systémový charakter, což vyplývá z postavení duševně nemocných ve společnosti a z konkrétních zkušeností každého jednotlivce. Další zjištění plynoucí z tohoto výzkumu se týká poměrně značné variability životních situací lidí s duševním onemocněním, dané zejména různorodostí projevů nemoci a jeho sociálním zázemím. Výzkum také prokázal, že inkluze duševně nemocných osob do společnosti rozvíjí jejich osobnost, sebevědomí a sociální statut.

U poskytovatelů služeb byl záměr prověřit, jak se právě poskytovatelé služeb podílejí na upevnění vztahu jedince s duševním onemocněním ke společenskému systému, zjistit, jaký mají respondenti přístup k problematice ucelené rehabilitace, a analyzovat problematiku rehabilitačních plánů. K této problematice slouží vyhodnocení

z polostandardizovaných rozhovorů, které je patrné především z grafu 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17 a 18.

Zkušenost autorky se opírá o několikaletou praxi, kdy pomalu dochází k rozvoji komunitních zařízení a věří, že i nadále k tomuto rozvoji bude docházet a nahradí tak z větší části velké nemocniční instituce. Tím se učiní další důležitý krok k resocializaci a následné inkluzi osob s duševním onemocněním. Za důležitý pokládá také postoj profesionálů při plánování služeb a intervencí, při analýzách a hodnocení služeb, kde je třeba v co nejvyšší míře zohlednit jedinečnost každého klienta a vždy klást důraz na individuální přístup. V tomto procesu je také důležitým momentem i vyškolený personál.

Na závěr autorka uvádí, že tato práce byla pro ni další zkušeností, zároveň i poučením, a předpokládá, že by tato práce mohla být pro některé i praktickým přínosem. Přínos diplomové práce shledává především v možnosti využití výsledků jako podkladového materiálu pro pracovníky, kteří se podílejí na inkluzi osob s duševním onemocněním, nebo pro zájemce o danou problematiku. Vzhledem k tomu, že z tohoto kvalitativního výzkumu vzešly také dvě hypotézy, může být tato práce též podkladem pro další zpracování dané problematiky formou kvantitativního výzkumu.

S výsledkem studie budou seznámena zařízení, ve kterých byl výzkum prováděn.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÁ, Bohumila, et al. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
2. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 (01 0197): Část 1 – Metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2 (2002). © 1999-2002, poslední aktualizace 3. 9. 2002.  
URL: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.
3. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 (01 0197): Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 2.5 (2002). © 1999-2002, poslední aktualizace 3. 9. 2002. URL: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
4. BUCHTELOVÁ, Růžena, CONFORTIOVÁ, Helena, ČERVENÁ, Vlasta, et al. *Akademický slovník cizích slov*. 2. vyd. Praha: Academia. 2000. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
5. ČAPZ. *Česká asociace pro psychické zdraví*. [online]. Poslední revize 2006 [cit. 2006-11-11]. URL: <<http://www.capz.cz/o-nas/stanovy-capz/>>.
6. ČUPZ. *Česká unie pro podporované zaměstnávání*. [online]. Poslední revize 30. 6. 2004 [cit. 2006-12-21]. URL: <<http://www.unie-pz.cz/index.php/unie>>.
7. DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 353 s. ISBN 80-7169-628-5.
8. EIKELMANN, Bernd. *Sociální psychiatrie: Základné poznatky a prax*. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999. 172 s. ISBN 80-88952-02-6.

9. ESPRIT. Motivační terapie. *ESPRIT*. Praha: ČAPZ 2006, roč. 10, č. 4-5, s. 5-6. ISSN 1214-2123.
10. FOITOVÁ, Zuzana. *Schizofrenie*. Praha: MPSV, MZ a Fokus Praha. 2005, 15 s.
11. FOKUS Vysočina. *Agentura podporovaného zaměstnávání*. [online]. [cit. 2006-12-21]. URL: <http://www.apzvysocina.cz/cinnost.php>.
12. FOKUS Vysočina. *Výroční zpráva*. 2005. s. 43
13. FRANCOVÁ, Hana. *Přednáška z teorií a metod sociální práce*. Na zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. 1. 12. 2006.
14. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
15. HEJZLAR, Petr. *Kurz psychiatrického minima*. Havlíčkův Brod. Květen 2005.
16. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
17. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1.vyd. Praha: Triton, 2001. 146 s. ISBN 80-7254-192-7.
18. JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066941-1.
19. JOHNOVÁ, Milena, ČERMÁKOVÁ, Kristýna, et al. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – Průvodce poskytovatele*. 3. vyd. Praha: MPSV, 2004. 211 s. ISBN 80-86552-99-3.
20. JOHNOVÁ, Milena, et al. *Standards podporovaného zaměstnávání*. 1. vyd. Praha: Bestia Print, 2004. 16 s.
21. KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 247 s. ISBN 80-7178-563-6.
22. Kdo je dobrovolník. [online]. Poslední revize 2006 [cit. 2006-12-19]. URL: [http://www.dobrovolnik.cz/d\\_coje.shtml](http://www.dobrovolnik.cz/d_coje.shtml).
23. KONRÁD, Jiří. Kognitivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, roč. 6. ISSN 1213-0508.

24. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
25. KRÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2000. 155 s. ISBN 80-7040-386-1.
26. LANG, G. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Přel. S. Kosina, z : All children are speciál. 1.vyd. Praha: Portál,1998. 146 s.ISBN 80-7178-144-4.
27. Listina základních práv a svobod. [online]. [cit. 2006-12-02]. URL: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>.
28. MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144s. ISBN 80-7178-700-0.
29. MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
30. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 380 . ISBN 80-7178-548-2.
31. MEDICAL Tribune. *Hodnoty duševního zdraví*. [online]. [cit. 2006-09-9]. URL: <<http://www.medical-tribune.cz/src/cs/archiv/ppp/4/86>>.
32. MOŽNÝ, Petr, PRAŠKO, Ján. *Kognitivně-behaviorální terapie – úvod do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 304 s. ISBN 80-7254-038-6.
33. MPSV. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. Poslední revize 3.1. 2007 [cit. 2007-01-13]. URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/1>>.
34. MPSV. *Práva duševně postižených*. [online]. Poslední revize 27.4. 2005 [cit.2007-01-17]. URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/838>>.
35. MUŽÍK, Jan. *Kurz psychosociální rehabilitace*. V Praze 14. 2. – 16. 2. 2007 a 6. 3. - 8. 3. 2007.
36. PÁDLOVÁ, M. *Arteterapie: terapie, která těší*. [online]. [cit. 2006-10-12]. URL: <[http://serverl.upol.cz/multikultura/Edu\\_prace/padlova/index.htm](http://serverl.upol.cz/multikultura/Edu_prace/padlova/index.htm)>.
37. PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ. *APZ Vysočina*. [online]. [cit. 2006-12-21]. URL: <<http://www.apzvysocina.cz>>.



38. PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Hlubinně-psychologický pohled na strukturu a dynamiku psychogenních poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 203 s. ISBN 80-7254-050-5.
39. PRÁZDNÁ, Radka. Faktory determinující proces společenské integrace osob se zdravotním znevýhodněním. *KONTAKT – časopis ZSF JCU, České Budějovice*, červen 2005, roč.7, č.1-2. ISSN 1212-4117.
40. PROBSTOVÁ, Václava, et al. *CAN: Camberwellské šetření potřeb – Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných*. Česká verze. [online]. Poslední revize 2006 [cit. 2007-01-21]. URL: <<http://www.fokus-cr.cz/admin/soubory/CAN.pdf>>.
41. PROBSTOVÁ, Václava, KALVODA, Hynek, ŠELEPOVÁ, Pavla. Hodnocení potřeb duševně nemocných. *Sociální práce*. AVSV Brno, 2005, č. 2. ISSN 1213-6204.
42. PRÝMKOVÁ, Alena. *Zhodnocení projektu „Dobrovolníci v nemocnici“*. 2005, 31 s.
43. PZ. *Přechodné zaměstnávání*. [online]. [cit. 2006-12-21]. URL: <<http://www.pdz.cz>>.
44. RYPOVÁ, Lucie. *Ochrana práv duševně nemocných v ČR z perspektivy Světové zdravotnické organizace*. [online]. [cit. 2007-01-02]. URL: <<http://os-kolumbus.org/infoopravwho.htm>>.
45. ŘEŠETKA, Miroslav. *Anglicko-český a česko-anglický studijní slovník*. 3.vyd. Praha: FIN PUBLISHING, 2006. 1181 s. ISBN 80-86002-62-4.
46. Slovník cizích slov. [online]. [cit. 2006-10-15]. URL:<[http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=integrace](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=integrace)>.
47. STRUKTURÁLNÍ FONDY EU. *Sociální integrace*. [online]. [cit. 2006-11-08]. URL: < <http://www.strukturalni-fondy.cz/oprlz/socialni-integrace>>.
48. STYX, Petr. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.

49. SURYNEK, Alois, KOMÁRKOVÁ, Růžena, KAŠPAROVÁ, Eva. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2001. 155 s. ISBN 80-7261-038-4.
50. Světová zdravotnická organizace – WHO. [online]. [cit. 2006-10-09]. URL: <<http://www.who.cz/PDF/Czech-summary%20HiT%20cz.pdf>>.
51. SYROVÁTKA, Tomáš. Sociální inkluze. *Sociální studia* 9. Brno: Masarykova univerzita, 2003. č.9, 154 s. ISBN 80-210-3131-X, ISSN 1212-356X.
52. ŠENKOVÁ, Silva. *Latinsko-český a česko-latinský slovník*. 2. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 1999. 262 s. ISBN 80-7182-087-3.
53. ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 246 s. ISBN 80-7178-264-5.
54. ŠKRÁBOVÁ, Alena. Mluvit o problémech pomáhá.. *Psychologie dnes*. Praha: Portál 2006, roč. 12, č. 11., s. 46 – 47. ISSN1212-9607.
55. ŠRAMATÁ, Miriam. *Schizofrenik jako klient sociální práce*. Habilitační práce. Trnava: Trnavská univerzita. Fakulta zdravotnictva a sociální práce. 2005. 126 s.
56. ŠŤASTNÝ, Jan. Sborník materiálů. *Ucelená rehabilitace: Teorie a skutečnost*. Praha: IVPL, 2003. s.54
57. ŠVESTKA, Jaromír. *Deprese – léčitelná duševní porucha se vzrůstajícím výskytem*. 3. vyd. Praha: Glos 2000. 16 s. ISBN 80-86257-23-1.
58. Úplné Znění. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Ostrava: Sagit 2006. 240 s. ISBN-80-7208-571-9.
59. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN: 80-7178-802-3.
60. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.

61. VALENTOVÁ, Marie. *Evropský sociální monitoring: jak uchopit sociální kvalitu*. [online]. Poslední revize 2003 [cit. 2007-02-27]. URL: <[http://vupsv.cz/Valentova\\_Evrop\\_soc\\_monitoring.pdf](http://vupsv.cz/Valentova_Evrop_soc_monitoring.pdf)>.
62. VITÁKOVÁ, Petra, et al. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. 1. vyd. Praha: Rytmus, 2005. 127 s. ISBN 80-903598-0-9.
63. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, et al. *Velký lékařský slovník*. 2.vyd. Praha: MAXDORF, 2002. 925 s. ISBN 80-85912-77-5.
64. VOTAVA, Jiří, et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
65. Vyhláška MPSV ČR č. 115/1992 Sb. *O provádění pracovní rehabilitace občanů se změněnou pracovní schopností*. [online]. [cit. 2006-12-01] URL:<<http://www.abilympics.cz/html/zamestnavani/legislativa/vyh115-1992.htm>>.
66. VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan, et al. *Aplikovaná sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 384 s. ISBN 80-7178-269-6.
67. WHO. *Informace o právech*. [online]. [cit. 2006-10-14]. URL: <<http://www.kolumbus.wz.cz/infoopravwho.htm>>.
68. WIKIPEDIA- encyklopedie. *Duševní porucha*. [online]. [cit. 2006-11-13] URL: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evn%C3%AD\\_nemoc](http://cs.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evn%C3%AD_nemoc)>.
69. WOGURKOVÁ, Daniela, et al. *Práce neschopní? – Informační brožura k zaměstnávání lidí se zdravotním omezením*. Praha: Asociace komunitních služeb, 2006. 24 s.
70. Zákon o dobrovolnické službě. Zákon č. 198/2002 Sb. [online]. [cit. 2006-10-21]. URL: <<http://mvcr.iol.cz/sbirka/2002/sb082-02.pdf>>.
71. Zákon o zaměstnanosti. Zákon č. 435/2004 Sb. [online]. [cit. 2006-09-20]. URL: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost/>>.
72. *Zákony pro duševně nemocné* [online]. Poslední revize 27. 12. 2006 [cit. 2007-01-02]. URL: <<http://www.spdn-cr.org/zakony-pro-dusevne-nemocne/>>.

73. *Zpravodaj in. Kvalita podporovaného zaměstnávání. Ročník 4, číslo 3, říjen 2006, s. 14.*
74. ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Obecná psychiatrie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 194 s. ISBN 80-7184-690-2.*
75. ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Speciální psychiatrie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 208 s. ISBN 80-7184-203-6.*

## **8 Klíčová slova**

1. Inkluze
2. Integrace
3. Duševní onemocnění
4. Ucelená rehabilitace
5. Uživatelé služeb
6. Poskytovatelé služeb

## **9 Přílohy**

### ***9.1 Seznam příloh***

- č. 1 Polostandardizovaný rozhovor
- č. 2 Etický kodex sociálních pracovníků České republiky
- č. 3 Vyhláška MPSV ČR č. 115/1992 Sb., o provádění pracovní rehabilitace  
občanů se změněnou pracovní schopností, v platném znění
- č. 4 Smysl podporovaného zaměstnávání
- č. 5 Práva duševně postižených

**Příloha č. 1**

**Polostandardizovaný (polořízený) rozhovor s poskytovateli služeb**

**1. Pohlaví:**

- Muž
- Žena

**2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Základní
- Vyučen(a)
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné, vysokoškolské

**3. Váš věk:**

- Do 30 let
- 31 až 40 let
- 41 až 50 let
- 51 a více let

**4. Pracujete-li v oboru, který se podílí na inkluzi (integraci, sociálním začleňování), uveďte v jakém:**

- Sociální služby
- Jiné (prosím, uveďte) .....

**5. Co je náplní vaší práce? (můžete zvolit více možností)**

- Řízení organizace
- Přímá práce s uživatelem
- Práce s poskytovateli služeb
- Jiné (prosím, uveďte) .....

**6. V čem konkrétně náplň vaší práce spočívá? Stručně, prosím, uveďte.**

.....  
.....  
.....

**7. Domníváte se, že ve vašem zařízení dochází k inkluzi uživatelů?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**8. Pokud ano, můžete, prosím, stručně říci jakým způsobem?**

.....  
.....  
.....

**9. Jak dlouho ve svém oboru pracujete?**

- Méně než 3 roky
- 3 až 8 let
- 8 až 15 let
- Více než 15 let

**10. Zúčastnil(a) jste se někdy odborného semináře, nebo školení týkající se inkluze?**

- Ano, již jsem takový seminář absolvoval(a)
- O existenci seminářů, týkajících se inkluze duševně nemocných vím, ale žádný jsem neabsolvoval(a)
- Ne, neboť tyto semináře nejsou realizovány
- Ne, neabsolvoval(a), nezajímám se o problematiku
- Jiné (odpovězte, prosím, jaké) .....

**11. Myslíte si, že je pro vaši práci důležitá úzká spolupráce dílčích složek ucelené rehabilitace (komplexní péče)?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**12. V čem si myslíte, že spočívá význam ucelené rehabilitace.**

.....  
.....  
.....

**13. Dochází ve vaší praxi k takovéto součinnosti?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

**14. Pokud ano (či spíše ano), se kterými dalšími složkami ucelené rehabilitace spolupracujete? (můžete uvést i více možností)**

- Léčebná rehabilitace
- Sociální rehabilitace
- Pracovní rehabilitace
- Pedagogická rehabilitace

**15. Spolupracujete vzájemně (vy nebo vaše organizace) i s jinými institucemi?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**16. Pokud ano, sdělte, prosím, se kterými.**

.....  
.....  
.....

**17. Domníváte se, že vaši uživatelé jsou dostatečně informováni o možnosti a rozsahu všech poskytovaných služeb, které by byly pro ně vhodné?**

- Ano
- Většina ano
- Spíše ne
- Ne

**18. Využívají vaši uživatelé několika služeb současně?**

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

**19. Pokud ano, uveďte, prosím, maximálně 3 nejčastěji využívané služby.**

.....

**20. Mohou vaši uživatelé hodnotit služby Vámi poskytované?**

- Ano
- Ne

**21. Pokud ano, vyjmenujte, prosím, způsob a možnosti hodnocení služeb.**

.....

.....

**22. Pokud ne, uveďte, prosím, důvod, proč není této možnosti využíváno.**

.....

.....

**23. Pracujete ve vaší organizaci s rehabilitačními (individuálními) plány?**

- Ano a považují je za důležité a prospěšné
- Ano, jsou nutností
- Ne

**24. Pokud ano, sdělte, prosím, co tento plán obsahuje.**

.....

.....

**25. Co si myslíte, že může být východiskem pro vytvoření rehabilitačního plánu?**

.....

.....

.....

**26. Je ve vaší organizaci realizováno zaměstnávání uživatelů vašich služeb?**

- Ano
- Ne

**27. Pokud ano, jakým způsobem? (možno zvolit i více možností)**

- Sociálně terapeutické dílny
- Chráněné dílny
- Přechodné zaměstnávání
- Podporované zaměstnávání
- Jiné (vypište) .....

**28. Nabízí vaše zařízení službu Chráněné bydlení?**

- Ano
- Ne



**29. Pokud ano, informujte, prosím stručně, jak je tato služba realizována.**

.....  
.....  
.....

**30. Jsou ve vašem zařízení realizovány vzdělávací služby?**

Ano

Ne

**31. Pokud ano, sdělte, prosím, stručně, jak a kdy.**

.....  
.....  
.....

**32. Využíváte ve své profesní praxi supervizi?**

Ano, je to běžná praxe a je smysluplná

Ano, je to běžná praxe, ale nevidím zde smysluplnost

Ano, ale jen výjimečně

Ne

**33. Stručně popište typ a význam supervize, kterou využíváte:**

.....  
.....  
.....

## **ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY**

### **1. Etické zásady**

1. 1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny **v dokumentech relevantních pro praxi** sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a **dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách**. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1. 2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, **pohlaví, rodinný stav**, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1. 3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1. 4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společnostmi a jejich následků.

1.5. Sociální pracovník **dává přednost** profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

### **2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka**

#### **2. 1. Ve vztahu ke klientovi**

2. 1. 1. Sociální pracovník **podporuje své klienty k vědomí** vlastní odpovědnosti.

2. 1. 2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. **Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života**

**člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.**

2. 1. 4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. **V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy**, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5. Sociální pracovník **podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek** sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6. Sociální pracovník **podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.**

2.1.7. **Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.**

## **2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli**

2. 2. 1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2. 2. 2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2. 2. 3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

## **2. 3. Ve vztahu ke kolegům**

2. 3. 1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních

odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2. 3. 2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

## **2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti**

2. 4. 1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2. 4. 2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2. 4. 3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2. 4. 4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2. 4. 5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

## **2. 5. Ve vztahu ke společnosti**

2. 5. 1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2. 5. 2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2. 5. 3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2. 5. 4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2. 5. 5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

**2.5.6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.**

### **Etické problémové okruhy**

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

#### **A. Základní etické problémy jsou**

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,
- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

#### **B. Další problémové okruhy,**

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- při konfliktu klienta a jiného občana,
- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností,
- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

### **C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,**

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

### **Postupy při řešení etických problémů**

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost:

diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.

3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.

Zdroj: <http://sspcr.xf.cz/code.html>

## **VYHLÁŠKA MPSV ČR č. 115/1992 Sb.,**

### **o provádění pracovní rehabilitace občanů se změněnou pracovní schopností, v platném znění**

#### **§ 6**

1. Chráněné dílny a chráněná pracoviště jsou pracoviště provozovaná právníckými a fyzickými osobami, pracuje-li v nich alespoň 60% občanů se změněnou pracovní schopností. Chráněným pracovištěm je též pracoviště zřízené v domácnosti občana se změněnou pracovní schopností.
2. Do chráněných dílen a na chráněná pracoviště jsou zařazováni zejména občané se změněnou pracovní schopností, kteří mohou podávat jen zmenšený pracovní výkon a nelze je umístit na volných pracovních místech na trhu práce, a občané se změněnou pracovní schopností po dobu přípravy k práci.
3. Zaměstnavatel při plnění povinností podle § 24 odst. 1 písm. g) zákona eviduje též občany se změněnou pracovní schopností, kteří pracují v chráněných dílnách nebo na chráněných pracovištích.

#### **§ 7**

##### **Příspěvek na zřízení chráněných dílen a chráněných pracovišť**

1. Úřad práce poskytuje zaměstnavatelů příspěvek na zřízení pracovního místa pro občana se změněnou pracovní schopností v chráněné dílně nebo chráněném pracovišti nejvýše v částce 100 000 Kč na jedno pracovní místo. Příspěvek může být poskytnut zálohově a zúčtuje se nejpozději do šesti měsíců. Příspěvek poskytne, jsou-li splněny podmínky uvedené v § 6 a zaměstnavatel se v písemné dohodě zaváže provozovat pracovní místa v chráněné dílně nebo chráněném pracovišti nejméně po dobu dvou let od poskytnutí příspěvku, dohoda obsahuje rovněž závazek zaměstnavatele, že vrátí úřadu práce příspěvek nebo jeho poměrnou část odpovídající době, kterou nesplnil.
2. Jestliže byl poskytnut příspěvek na zřízení chráněné dílny nebo chráněného pracoviště, nenáleží již příspěvek podle zvláštního předpisu o zřizování společensky účelných pracovních míst.

#### **§ 8**

##### **Příspěvek na provoz chráněných dílen a chráněných pracovišť**

Úřad práce poskytuje zaměstnavatelům příspěvek k částečné úhradě provozních nákladů chráněné dílny nebo chráněného pracoviště až do výše 40 000 ročně na jednoho občana se změněnou pracovní schopností.

Zdroj:<http://www.abilympics.cz/html/zamestnavani/legislativa/vyh115-1992.htm>, 3.12.

2006

## **Příloha č. 4**

### **Smysl podporovaného zaměstnávání**

1. Smyslem PZ je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří v důsledku zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce a v důsledku toho mohou být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění. V rámci podporovaného zaměstnávání je poskytována podpora rovněž zaměstnavatelům uživatelů služby.

#### Cílová skupina podporovaného zaměstnávání

2. Lidé, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti získání a zachování vhodného zaměstnání.

3. Lidé, kteří z důvodu rozsahu snížení svých schopností získat a zachovat si vhodné zaměstnání, potřebují odbornou individuální podporu postavenou na osobní pomoci.

#### Cíle

4. Hlavním cílem PZ je umožnit lidem z cílové skupiny získat a zachovat si vhodné zaměstnání na otevřeném trhu práce.

5. Současně je cílem zvýšit míru samostatnosti uživatelů služeb, tedy jejich dovednosti potřebné k získání a zachování si práce, posílit jejich pracovní návyky a motivaci k dalšímu profesnímu rozvoji.

#### Kritéria získané práce

6. Pracovní místo je na otevřeném trhu práce.

7. Práce má stabilní charakter.

8. Velikost pracovního úvazku zohledňuje specifické potřeby zaměstnance-uživatele PZ.

9. Druh práce odpovídá potřebám, dovednostem a možnostem zaměstnance-uživatele služeb a současně umožňuje jeho profesní rozvoj.

10. Zaměstnanec-uživatel PZ pracuje za rovných pracovních podmínek, které odpovídají jeho potřebám i nárokům na vykonávání práce.

11. Jde o hodnotnou a smysluplnou práci.



12. Zaměstnanec-uživatel PZ má na pracovišti příležitost nejen k pracovnímu, ale i sociálnímu uplatnění.

Charakteristiky poskytované podpory

13. Podpora je orientovaná na konkrétního uživatele služeb a na konkrétní pracovní místo/zaměstnavatele.

14. Podpora je kontinuální, tzn. sleduje nejen získání, ale také zachování si zaměstnání. Je poskytována také po uzavření pracovního vztahu a i v jiných oblastech než je zvládnutí samotné práce.

15. Služba je časově omezená a v rámci stanoveného limitu se přizpůsobuje individuálním potřebám zaměstnance - uživatele.

16. Podporu lze využít opakovaně, pokud je to v zájmu zachování nebo získání nového zaměstnání.

17. Za běžný prvek podpory se považuje podpora poskytovaná přímo na pracovišti.

18. Podstatou podpory poskytované v rámci PZ je osobní pomoc, která zahrnuje např. poradenství a individuální konzultace, doprovázení, zastupování, pracovní asistenci apod.

19. Součástí podpory je příprava k práci.

20. Podpora je také orientována na rozvoj přirozené podpory na pracovišti.

21. Podpora se zaměřuje na zvládnutí dovedností přímo i nepřímo souvisejících s pracovním uplatněním.

22. V případě potřeby je součástí podpory také koordinace pomoci ze strany rodiny a dalších návazných služeb, které mohou ovlivnit získání a zachování vhodného zaměstnání.

23. Podpora je poskytována tak, aby byla pro konkrétního zaměstnance – uživatele služby a jeho pracoviště co nejpřirozenější.

24. Je poskytována právě taková míra podpůrných aktivit, která je aktuálně nezbytná k dosažení stanoveného cíle.

25. Podpora dává uživateli služby příležitost k aktivní účasti při hledání práce, dojednávání pracovních podmínek, stanovování míry podpory apod.

26. Způsob poskytování podpory dává uživateli služby příležitost rozhodovat o vlastním pracovním uplatnění (druh práce a místo výkonu práce, velikost pracovního úvazku apod.).

27. Podpora je poskytována prostřednictvím vyškoleného pracovního týmu, který pokrývá potřeby cílové skupiny.

28. Podpora je poskytována také zaměstnavateli pracovníka-uživatele PZ. Zahrnuje pomoc s administrativou, která souvisí s přijetím uživatele PZ do pracovního poměru, s úpravou pracovního místa a pracovní náplně, vytvoření podmínek pro přijetí pracovníka-uživatele PZ do pracovního kolektivu, motivace a podpora zaměstnavatele a jeho pracovníků apod.

29. V rámci podpory existuje systém sledující spokojenost uživatelů a dalších zájmových skupin.

## Práva duševně postižených

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakémukoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

*Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971*

## Seznam použitých zkratk

APZ	Agentura podporovaného zaměstnávání
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČUPZ	Česká unie pro podporované zaměstnávání
EU	Evropská unie
CHB	Chráněné bydlení
CHD	Chráněná dílna
LR	Léčebná rehabilitace
LTV	Léčebná tělesná výchova
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
OSN	Organizace spojených národů
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
OZZ	Osoba zdravotně znevýhodněná
PdZ	Přechodné zaměstnávání
PeR	Pedagogická rehabilitace (pedagogicko-výchovná)
PR	Pracovní rehabilitace
PSR	Psychosociální rehabilitace
PZ	Podporované zaměstnání
SR	Sociální rehabilitace
SŠ	Střední škola
TP	Těžce postižený
ÚP	Úřad práce
UR	Ucelená rehabilitace
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
WFMH	Světová federace pro duševní zdraví
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZTP	Zvlášť těžce postižený
ZTP/P	Zvlášť těžce postižený/průvodce