

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie a sociologie

Bakalářská práce

**Využití psychosociální rehabilitace u schizofreniků v oblasti
podporovaného zaměstnávání**

Vedoucí práce: PhDr. Jan Polívka

Autor práce: Marie Křištofová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinovaná

Ročník: 4

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Lucie Kovářová

Děkuji vedoucímu bakalářské práce PhDr. Janu Polívkovi za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1 <u>Úvod do psychosociální rehabilitace</u>	8
1.1 Historie rehabilitace.....	8
1.2 Směry rehabilitace.....	9
1.3 Psychiatrická rehabilitace v ČR.....	11
1 <u>Psychosociální rehabilitace STORM</u>	12
2.1 Holandská škola STORM.....	12
2.2 Úvod do PSR STORM.....	13
2.3 Základní principy PSR.....	14
2.4 Metoda a fáze PSR.....	16
2.4.1 Fáze navazování vztahu.....	16
2.4.2 Fáze šetření.....	17
2.4.3 Fáze stanovování cíle.....	17
2.4.4 Fáze plánování.....	18
2.4.5 Fáze hodnocení.....	20
3 <u>Schizofrenie</u>	20
3.1 Psychotická onemocnění.....	20
3.2 Základní informace o schizofrenii.....	21
3.3 Druhy schizofrenie.....	22
3.4 Specifika práce s psychotickými klienty.....	23
4 <u>Podporované zaměstnávání</u>	24
4.1 Význam práce.....	24
4.2 Historie pracovní rehabilitace.....	25
4.3 PZ ve světě a v ČR.....	26
4.4 Definice a základní principy PZ.....	27
4.5 Cíle a cílová skupina PZ.....	28
4.6 Využití PSR v PZ.....	28
4.6.1 První kontakt a šetření.....	28
4.6.2 Stanovování cílů a plánování.....	29
4.6.3 Hodnocení a ukončení spolupráce.....	30
II. PRAKTICKÁ ČÁST	
5 <u>Sdružení Práh</u>	31
5.1 Základní informace.....	31
5.2 Služba PZ Sdružení Práh.....	32
5.2.1 Poslání služby.....	32
5.2.2 Cíle služby.....	32
5.2.3 Kritéria vstupu do služby.....	32

5.2.4	Postup práce s klientem.....	32
6	<u>Kasuistická část</u>	33
6.1	Cíle a metody výzkumu.....	33
6.2	Případové kasuistiky.....	34
6.2.1	Případová kasuistika č. 1.....	34
6.2.2	Případová kasuistika č. 2.....	36
6.2.3	Případová kasuistika č. 3.....	38
6.3	Vyhodnocení kasuistik.....	40
6.4	Shrnutí kasuistické části.....	41
	ZÁVĚR	42
	Seznam literatury.....	43
	Seznam příloh.....	45
	Přílohy.....	46

ÚVOD

Téma této bakalářské práce, Využití psychosociální rehabilitace u schizofreniků v oblasti podporovaného zaměstnávání, jsem si vybrala zejména proto, že mám možnost metodu psychosociální rehabilitace pracovat a to ve Sdružení Práh. Pracuji v tréninkové kavárně tohoto sdružení. Mám tedy zkušenosti s využíváním metody psychosociální rehabilitace při práci s klienty. Protože mě také tato problematika zajímá, rozhodla jsem se jí ve své bakalářské práci zabývat.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak konkrétně může být metoda psychosociální rehabilitace dle holandské školy STORM využita ve službě podporovaném zaměstnávání. Má podat základní informace o možnostech konkrétním postupu práce touto metodikou v této službě.

Metoda psychosociální rehabilitace dle holandské školy STORM není v České republice velmi rozšířena (viz. příloha I). Dosud také neexistuje český překlad knih *Comprehensive approach of psychosocial rehabilitation* (Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci), kterou napsali dva členové STORMu, Jean Pierre Wilken a Dirk den Hollander, v roce 1999. V této knize je kompletně, velmi obsáhle popsána metodika psychosociální rehabilitace podle této školy. Při psaní první a druhé kapitoly bakalářské práce jsem tedy čerpala z anglického originálu. V první kapitole se budu snažit nastínit historii rehabilitace ve světě a v ČR a také popsat současné směry rehabilitace. Ve druhé kapitole krátce představím holandskou školu STORM, a dále se již budu zabývat konkrétně popisem metodiky Komplexního přístupu k psychosociální rehabilitaci.

V další třetí kapitole podám základní informace o psychotických onemocnění a konkrétnější informace o schizofrenii. Zařazení této kapitoly bylo důležité zejména proto, že se budu dále v této práci zabývat využitím psychosociální rehabilitace u psychotiků, resp. schizofreniků. Také budou popsány v této kapitole specifika práce s touto cílovou skupinou.

Dále se budu zabývat problematikou podporovaného zaměstnávání. Na začátku poukážu na význam práce pro člověka, krátce podám informace o historii podporovaného zaměstnávání a pracovní rehabilitace, a o principech podporovaného zaměstnávání. Také se budu v této kapitole konkrétněji zabývat využitím psychosociální rehabilitace v podporovaném zaměstnávání a budu se snažit poukázat na to, jak je možné pracovat ve službě podporovaného zaměstnávání touto metodikou. Při psaní této čtvrté kapitoly jsem zejména čerpala z knihy, *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*, která podává poměrně podrobný návod k poskytování služeb podporovaného zaměstnávání. Touto kapitolou také končí teoretická část této práce.

Nyní se již dostáváme k praktické části, kterou zahajuje pátá kapitola, která představuje Sdružení Práh, tedy organizaci ve které jsem zaměstnána a která využívá ve všech svých nabízených službách při práci s klientem právě metodu psychosociální rehabilitace STORM. Konkrétněji se budu zabývat především její nabízenou službou podporovaného zaměstnávání a také využitím psychosociální rehabilitace v této konkrétní službě. Z této služby budou také pocházet tři kasuistiky, které jsou uvedeny v poslední šesté kapitole. Kasuistiky jsem zařadila do této práce zejména proto, že podávají konkrétní popis využívání psychosociální rehabilitace při práci s klientem ve službě podporovaného zaměstnávání. Kasuistická část je také poslední kapitolou práce.

Vzhledem k tomu, že informačních zdrojů a literatury o psychosociální rehabilitace dle holandské školy STORM a jejího využití ve službách podporovaného zaměstnávání není zatím v České republice mnoho, ráda bych tak prostřednictvím této bakalářské práce přiblížila zmíněnou problematiku jak odborníkům, tak i laikům a přispěla tím k šíření povědomí o této metodě rehabilitace a jejího využití ve službě podporovaného zaměstnávání širší veřejnosti.

1 ÚVOD DO PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

1.1 Historie rehabilitace

První základy sociálně psychiatrického systému se silným důrazem na rehabilitaci položil holandský doktor Querido. V třicátých letech Querido založil první mobilní tým péče o duševní zdraví v Amsterdamu. Tým se později stal sociálně-psychiatrickým servisem, předchůdcem RIAGGu, celonárodní sítě veřejně financovaných ambulancí péče o duševní zdraví. Asi 70 let po Queridově iniciativě, jeho ideje o mobilních týmech a sociálně-psychiatrické domácí péči, znovu vyvolávají mnoho profesionálního zájmu.

Ve větším, globálním měřítku, se rehabilitace do druhé světové války a v prvním poválečném období neprosadila. Lékaři ve Spojených státech amerických a Anglii si však v této době začali uvědomovat, že úsilí o snížení pacientova dočasného, nebo trvalého omezení si zaslouží stejně pozornosti jako medikamentózní, kurativní léčba. Vývoj psychiatrické rehabilitace a pracovní rehabilitace pro lidi s kombinovanou fyzickou a duševní poruchou následoval bezprostředně za somatickou rehabilitací.

Základním cílem rehabilitace v této první etapě byl návrat do zaměstnání. Během války byl velký nedostatek pracovních sil. S mladými muži bojujícími na frontě a válečným průmyslem běžícím naplno, byla každá pomocná ruka vítaná. Děti a postižení mohli také pomoci, pokud se provedly některé úpravy na pracovištích. Po válce, když se vojáci vrátili zpět domů, cítila společnost morální závazek vůči těm, kdo byli zranění během války, ať fyzicky, nebo duševně. Tito muži měli právo vést normální život, což v některých případech znamenalo zajistit jim práci s upravenými podmínkami.

Tyto historické události podnítily přesun těžiště od primárně medicínského léčení k sociální léčbě. Po ukončení léčby zahájili pacienti proces obnovy dovedností a pracovní rehabilitaci. Počet chráněných pracovních míst ve výrobních dílnách v nemocnicích rostl exponenciálně. V této době také došlo k významným zlepšením v prostředí terapeutických zařízení. Maxwell Jones představil v roce 1952 koncept terapeutické komunity. Ačkoliv jeho návrhy byly původně určeny oddělením nemocnic, připustil také, že mohou být užitečné při vzniku příležitostí k neintegraci do komunity. Přesto rozhodný posun k neintegraci lidí s vážným onemocněním nenastal až do rozmachu proti-institucionálního hnutí v sedmdesátých letech. Přestože hlavním důvodem k propuštění lidí z nemocniční péče v tomto období byly faktory ekonomické, byly ospravedlňovány ideologickými argumenty. Omezování či uzavírání nemocnic bylo mj. důsledkem Langova antipsychiatrického hnutí a hnutí za

demokratizaci psychiatrie, vedeným Bassagliou. Hlavní tezí těchto hnutí bylo, že chronické poruchy jako takové neexistují, ale že jsou udržovány institucionální subkulturou (důsledkem tohoto pojetí bylo omezení snah zřizovat alternativní zařízení pro nově propouštěné pacienty). Zanedlouho se však ukázalo, že velká skupina těchto ex-pacientů, kteří nebyli schopni se o sebe postarat, se stala obětmi nového konceptu. Pod tzv. nemocničním syndromem očividně zůstaly skryty základní poruchy a onemocnění, které přetrvávaly bez ohledu na prostředí, kde se daný jedinec nacházel. Toto zjištění sehrálo rozhodující roli při rozmachu rehabilitačního hnutí v osmdesátých letech.

Rehabilitace v osmdesátých letech byla původně zaměřená na vývoj alternativních forem péče, především jako kompenzace nedostatečností a omezení. V čele tohoto směru byli představitelé komunitní psychiatrie (Benett) a sociálních věd (Caplan). Benett, psychiatr z Anglie a ostatní, kteří přijali jeho pohled, byli částečně inspirováni Queridem, který praktikoval komunální psychiatrii v třicátých letech. Problémy, které Querido rozpoznal jako hlavní při procesu rehabilitace (klientovy ekonomické a sociální problémy, nezaměstnanost, neplacení nájemného a vystěhování) se znovu staly předmětem pozornosti v oblasti sociální psychiatrie. Toto přímo souviselo s obnoveným zájmem profesionálů o sociální postavení lidí s chronickými psychiatrickými nemocemi. A tak práci dřívější generace psychiatrických sester, které provozovaly domácí péči o své klienty je dnes převzatá novou generací pečovatелů. Pouze titul jejich profese se změnil: sociálně psychiatrická péče, kombinovaná s jinými disciplínami je dnes poskytována případovými manažery, intervenčními pečovateli nebo koordinátory péče.

V osmdesátých letech kliničtí psychiatři také znovu objevili velkou nezmapovanou oblast chronických poruch a nedostatečností. Výzkum se začal zabývat biologickými příčinami schizofrenie a depresí se závěrem, že základní projevy duševních poruch mohou být zpětně detekovány v abnormních procesech v mozku, které ve spojení s dalšími vlivy významně zvyšují dispozici jedince k duševnímu onemocnění.

1.2 Směry rehabilitace

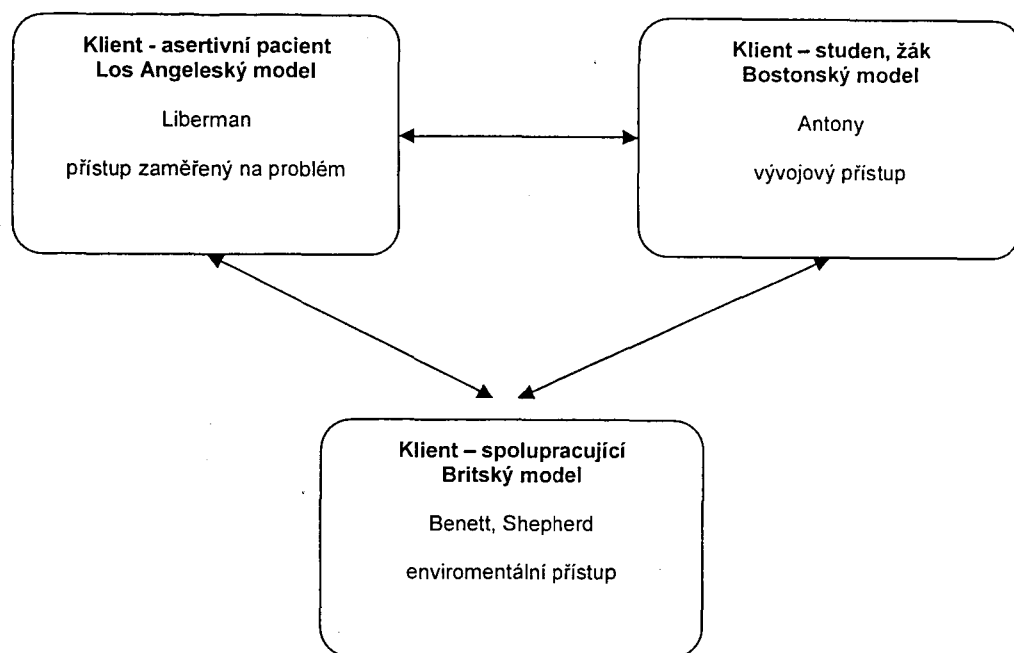
V současné době pod pojem psychiatrická rehabilitace spadá mnoho různých přístupů a aktivit. Všechny přístupy mají ale společné prvky – snaží se dát klientovi naději na lepší budoucnost, vyzdvihují důležitost práce a dlouhodobý charakter rehabilitace, který překračuje hranice jednotlivých institucí.

V současnosti můžeme rozlišit tři hlavní směry rehabilitace, které se nazývají podle místa vzniku. (Obr. 1) *Bostonský směr*, který reprezentuje *W. Antony*, představuje vývojový model. Klient je především žák. V *Los Angeles* je hlavním představitelem rehabilitac

R. P. Liberman. Klienta považuje za asertivního pacienta a rozpracovává podrobně trénink dovedností. *Britský model* je představován G. Shepherdem a D. Bennettem. Britská tradice dává přednost pečlivě vytvořenému systému péče a úpravě prostředí, ve kterém klient, uvědomělý uživatel, žije. Bennett upozorňuje na to, že to, jak člověk reaguje a chová se v určité situaci, závisí na tom, v jakém je prostředí. Dovednosti naučené v chráněném a podporujícím prostředí se automaticky nepřenesou do běžného, nechráněného prostředí.

Psychoterapeuti, Drees a Van Weeghel, rozlišili v roce 1994 na základě systému péče tyto směry na *vývojově zaměřený, na problém zaměřený a enviromentálně zaměřený přístup* k péči. Přístup zaměřený na problém, zdůrazňuje symptomy a problémy. Diagnóza problému je stanovena na základě popisu nebo šetření aktuální situace. To by mělo být vypracováno spolu s klientem, ale pokud je to nezbytné, může být diagnóza stanovena pouze profesionálem. K vyřešení problémů jsou vypracovány plány péče a intervencí. Klientovou rolí je role pacienta. Hodně disciplín medicíny používá přístup zaměřený na problém a hodně forem léčby v medicíně je takto orientováno. Rehabilitační přístup Liebermana, při kterém jsou klientům s psychickými poruchami podávány léky, informace (psychoedukace) a trénink dovedností, je v podstatě přístup zaměřený na problém. Hlavním zájmem tradičního enviromentálního přístupu je zajistit terapeutické prostředí nebo chráněné bydlení. V rehabilitaci je přístup orientovaný na prostředí zaměřen na vytvoření nebo udržení příjemného, funkčního, co nejpřirozenějšího životního prostředí. Životní prostředí je jako pomůcka, která může zmírnit dopady klientovy nemoci a dodat podporu a bezpečí. Ovšem klient může být také posilován, aby se odvážil opustit toto bezpečné prostředí, zkusit nové aktivity a rozšíření svého obzoru. Bennett a Shepherd zvláště zdůraznili důležitost vzniku adaptovaného prostředí. V jejich přístupu je věnována pozornost rovnoměrnému dělení mezi klientem a individualitou, jeho skupinou u poskytovatelů a fyzickým okolím. Poradenství je zaměřeno na interakci mezi klientem a jeho okolím v adaptovaném prostředí. Při tomto přístupu je hlavním úkolem pomáhajících profesí péče o vytvoření vhodného prostředí. Vývojově zaměřený přístup je soustředěn kolem klientových přání a potřeb. Klíčovým konceptem zde je osobnostní růst a učení. Řada psychoterapeutických proudů je na tomto přístupu založena, i když býval považován za nevhodný pro chronicky duševně nemocné pacienty, kteří byli považováni za neschopné zformulovat osobní cíle. A v tomto přístupu musí sám klient určit cíl a způsob jeho dosažení, bez cíle není směr, kam namířit klientův vývoj. Vývojový přístup je v podstatě také rehabilitační přístup Anthonyho, kde se klient spoluúčastní na vzdělávacím procesu.

Vymezit a představit tyto směry hlouběji bylo důležité zejména proto, že Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci STORM, kterým se budu zabývat dále, vznikl z kombinace těchto tří hlavních směrů rehabilitace.



Obr. 1 Rehabilitační směry

1.3 Psychiatrická rehabilitace v ČR

Rozvoj psychiatrické rehabilitace u nás nesledoval světový trend. Uniformní zdravotnické instituce, prosazující pouze medicínský model léčby duševních chorob, neumožňovaly dostatečné možnosti socioterapie a kreativity nutné k rozvoji rehabilitačních aktivit.

„Porozumění významu rehabilitace bylo do roku 1990 velmi nízké. Rehabilitace byla povětšinou vnímána jako pomocná, nespecifická metoda práce. Rehabilitací se nazývalo zaměstnávání pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních, které bylo často pouhým vyplňováním času či využíváním levné pracovní síly.“¹

Po roce 1989 vznikaly první nestátní neziskové organizace, které rozvíjely komunitní péči o duševní zdraví. V první fázi své existence se zaměřovaly hlavně na vytvoření přátelského prostředí, později si začaly osvojovat moderní principy psychiatrické rehabilitace a používat systematické individuální rehabilitační přístupy. „Specifické metody a postupy rehabilitace se začaly používat i v lůžkových zařízeních. Výuka psychiatrické rehabilitace je postupně

¹ PFEIFFER, J. a kol. *Moderní psychiatrie a komunitní péče*, s. 13.

zařazována do pregraduálního, a hlavně postgraduálního i kontinuálního vzdělávání psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků i psychiatrických sester.“²

Prosazování metod a přístupů rehabilitace mezi profesionály a vytváření podmínek pro její rozšiřování se v posledních letech zabývá řada skupin a organizací. Mezi ně patří například sekce sociální psychiatrie České psychiatrické společnosti, Asociace poskytovatelů komunitních služeb, Sdružení Fokus a další.

Konkrétně metoda Komplexního přístupu k psychosociální rehabilitace holandské školy STORM není ještě velmi rozšířena v ČR, je jen pár organizací, které tuto metodiku využívají při práci s klientem (viz. příloha I).

2 Psychosociální rehabilitace STORM

Na následujících řádkách se budu již zabývat metodu psychosociální rehabilitace STORM a krátce popíši školu, ve které tato metoda vznikla.

2.1 Holandská škola STORM

Holandská škola psychosociální rehabilitace STORM je Evropské centrum pro Psychosociální rehabilitaci a Společnost pro duševní zdraví. STORM začal svou činnost v roce 1987, jako lokální iniciativa, která používala ve své práci nové přístupy v rehabilitaci dlouhodobě duševně nemocných lidí. V roce 1992 se stal STORM národní institucí a v roce 1997 začala působit i na mezinárodním poli. Jejím cílem je poskytovat informace a znalosti o tom, jak dobře pečovat o duševní zdraví člověka. STORM má mnoho aktivit. Provozuje také informační centrum a „help-desk“, v jehož rámci poskytuje rady a to na úrovni individuální a institucionální. Pořádá také řadu výzkumných programů a prací. Mezi většinu důležitých aktivit, které poskytuje a provozuje, patří edukační programy.

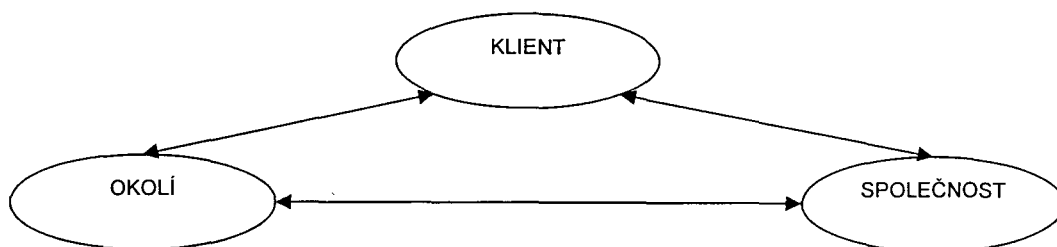
Dva členové, *Jean Pierre Wilken a Dirk den Hollander*, v roce 1999 vyvinuly *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci* (dále jen PSR), který v současné době využívá tisíce profesionálů ve světě.

V letech 1999 – 2002 probíhal projekt Matra holandského ministerstva zahraničních věcí v České republice. Projekt si kladal za cíl vytvořit mimo-nemocniční služby v ČR. Jako metoda práce se zde využívala právě metoda Komplexního přístupu k psychosociální rehabilitaci. Tak se tato metoda dostala také do ČR. V souvislosti s projektem Matra vzniklo i občanské sdružení Práh, o kterém se budu dále zmiňovat v praktické části a z tohoto sdružení budou pocházet také kasuistiky uvedené v této bakalářské práci.

² PFEIFFER, J. a kol. *Moderní psychiatrie a komunitní péče*, s. 13.

2.2 Úvod do PSR STORM

Komplexní přístup k PSR popisuje psychosociální rehabilitaci jako proces, ve kterém jsou aktivity zaměřeny k tomu, aby lidem s psychosociální nedostatečností pomohly optimalizovat jejich kvalitu života a soběstačnost tak, že mohou působit v různých, svobodně zvolených prostředích. Komplexní přístup k rehabilitaci je zaměřený *na klienta i jeho okolí a prostředí*. (Obr. 2) Cílem rehabilitace může být kupříkladu podpořit obnovu klientových schopností, nebo jej učít žít s chronickou nedostatečností. Můžeme toho dosáhnout korekcemi klientova prostředí, sítě sociálních služeb, poskytováním sociální substitute, nebo učením klientova okolí a prostředí, jak zacházet s klientovou poruchou a jejími projevy.



Obr. 2 Tři úrovně komplexního přístupu

PSR kombinuje přístup, zaměřený na problém (Los Angeleský model), environmentální přístup (Britský model) s přístupem vývojovým (Bostonský model). Snaží se najít jejich optimální kombinaci. Model je dynamický, péče je stále přizpůsobována klientově motivaci a možnostem při hledání nejvyššího cíle – nejvyšší kvality života. Cílem je pomoci klientovi vykonávat běžné činnosti, zatímco se učí akceptovat relativně trvalé postižení a možnost, že třeba bude potřebovat chráněné podmínky. A protože proces obnovy schopností je jen zřídka přímočarý, není neobvyklé, že se klientův stav v průběhu rehabilitace zhorší, nebo potřebuje medicínskou léčbu.

Léčení není dle komplexního přístupu náhradou rehabilitace, ale může být komponentou celkové péče, poskytované klientovi v průběhu procesu rehabilitace. Pokud má klient prospěch z léčení, mělo by být zahrnuto do rehabilitační péče. Samozřejmě i sama léčba by měla být rehabilitačně zaměřena.

2.3 Základní principy PSR

Psychosociální rehabilitace STORM je dynamický, kontinuální proces, který směřuje k zakotvení, opoře a zlepšení začlenění se do komunity. *Začlenění se a normalizace* jsou podstatné prvky PSR.

Tento proces pracuje ve třech dimenzích: *vztahy, činnost a čas*. Dimenze vztahů vypovídá o klientových vztazích s jeho prostředím. Sociální interakce i konkrétní činnost se odehrávají v dimenzi času. V komplexním přístupu k rehabilitaci se musíme pokusit porozumět klientovi v jeho časových perspektivách, tj. ve světle jeho osobní historie. Cílem tohoto trojdimenzionálního procesu je pomoci klientovi dosáhnout co nejvyšší míry nezávislosti pro sebe a ve vztahu k ostatním.

Rehabilitace je zaostřena na klientova přání a potřeby s ohledem na *čtyři životní domény a čtyři osobní domény*.

Čtyři životní domény jsou:

- doména bydlení
- doména práce
- doména učení se
- doména volného času.

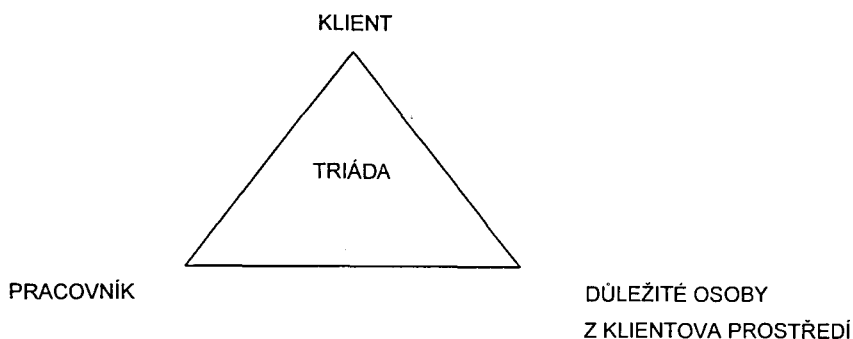
Čtyři osobní domény jsou:

- osobní péče
- zdraví
- účel a smysl
- sociální vztahy.

Tyto domény jsou univerzální a použitelné na kohokoli. Mnoho klientů s duševní nemocí projevují funkční nedostatečnost v naplňování jedné nebo více životních i osobních domén. Analýza těchto domén může odhalit klientova přání a potřeby.

Rehabilitačně zaměřené činnosti jsou poskytovány *v triádě pracovníků, klientů a jejich sociální sítě*. Triáda je primární systém, který je tvořen pracovníkem, klientem a nejvýznamnějšími lidmi z klientovy sociální sítě. Uvnitř této triády by měl být založen konstruktivní dialog, nejlépe „trialog“. Základna trojúhelníku je metaforou solidních základů podpory, kterou bychom měli klientovi vytvořit. Pokud se budou vztahy opírat pouze o vztah

mezi profesionály a klientem, bude naše těleso vratké a zranitelné. Spojnice mezi profesionály a klientovou sociální sítí je neméně důležitá.



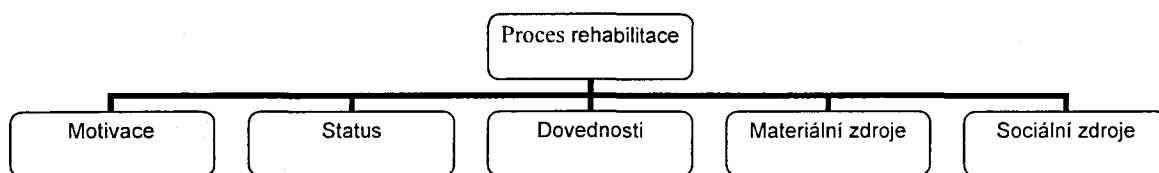
Obr. 3 Triáda a její prvky

Interakce uvnitř triády se obvykle opírá o naplňování sociálních rolí. „Role“ jsou vyjádřením vztahového konceptu. Role předjímají typ jednání a vystupování, které je v souladu s okolními normami a očekáváními pro jednotlivé situace. Role také mohou být naplněny či definovány jen ve vztahu k jedinci nebo referenčním skupinám, jež jsou sociálně či jinak významné pro klienta. Lidé s psychosociální nedostatečností mají často jen málo sociálních rolí, což je dáno jejich omezenou sociální sítí. Původní zázemí často ztratili kvůli své nemoci. Role mají i kvalitativní dimenzi. Nejde jen o to, jaké sociální role klient naplňuje, jako o to, co tyto role pro klienta znamenají. Čím větší smysl, nebo účelnost dává role klientovu životu, tím více bude klient motivován tuto roli zaujímat. Role může zvýšit klientův status. Čím více podpory klient získává naplňováním různých rolí, tím větší je klientova motivace i smysl a účel v jeho životě obecně.

Triáda obsahuje významné prvky rehabilitačního procesu, které jsou součástí *pěti pilířů rehabilitačního procesu* (Obr. 4). Těchto pět pilířů determinuje míru podpory, na kterou se může klient spolehnout. Rehabilitačně orientované aktivity by měly posilovat tyto pilíře, je-li to potřebné.

Prvním pilířem je klientova *motivace* účastnit se každodenních činností a činností, které směřují do budoucna. Rozeznáváme motivaci vnitřní a vnější. Vnitřní motivace pramení v osobnosti jedince, naproti tomu vnější motivace má původ v jedincově okolí, v jiných lidech. Obě formy motivace jsou ve vzájemné interakci. Druhým pilířem je *status*. V konceptu rehabilitace status vypovídá o rolích a činnostech, které jsou naplněny či vykonány jedincem a jsou jím vnímány jako smysluplné. Status podněcuje zvýšení sebeúcty

a podpoří získání respektu od ostatních. Status bývá velmi důležitý při získávání opětovné kontroly nad životem. Klientovy *dovednosti* tvoří třetí pilíř rehabilitace. Dovednosti jsou nezbytné pro osobní péči, práci mimo dům, sociální interakci. Více dovedností znamená pro klienta více kompetencí k činnostem a rozšiřují míru jeho nezávislosti. Posledními pilíři rehabilitace jsou *sociální a materiální zdroje*, které klient získává od svého nejbližšího okolí a služeb. Hlavními oporami sociálních zdrojů jsou vždy: člen rodiny, kolegové, přítel, osobní pracovník sociální služby. Svěpomocné skupiny a uživatelské kluby jsou také důležitými prvky podpory.



Obr. 4 Pět pilířů procesu rehabilitace

2.4 Metoda a fáze PSR

Nyní se budu zabývat už konkrétní metodou práce a jednotlivými fázemi procesu PSR. V každé fázi budu popisovat kroky a činnosti, které jsou důležité při práci s klientem.

2.4.1 Fáze navazování vztahu

V první fázi procesu klademe důraz na *zahájení dimenze vztahu*. V této fázi mohou být významné tyto čtyři individuální kroky:

- doporučení klienta
- první kontakt
- položení základů pro budování vztahu
- vzájemné poznávání, podmíněné tím, co považuje klient za důležité.

S dobrým doporučením je kontakt mnohem snazší. Doporučení znamená cestu, která předcházela prvnímu kontaktu. Zahájení práce s klientem, který o pomoc sám nežádal, se velmi liší od zahájení práce s dobře připraveným klientem.

Cílem této fáze je kontakt a položení základů pro budování vztahu. Konečným cílem je realizace pracovního vztahu. První fáze je zaměřena na vybudování vzájemné důvěry.

2.4.2 Fáze šetření

Informace potřebné k efektivní rehabilitaci jsou shromažďovány souběžně s rozvojem vztahu. Fáze šetření (mapování) je charakteristická *shromažďováním, tříděním a rozbořením informací*. Zkoumáme a analyzujeme.

V této fázi je důležité dostatečně odhalit ty správné potřeby. Nejlepší způsob jak toho dosáhnout je dialog s klientem a osobami, které jsou pro něj důležité. Navíc k tomuto dialogu nebo jako jeho rámec lze použít například dotazník.

Klient může mít přání a potřeby v určité oblasti. Přání nebo potřeby mohou souviset s kvalitou života nebo prostředí. Vyjádřil-li klient tedy jasný požadavek nebo cíl, bude vodítkem ve fázi šetření. Jeho cílem může být: „Příští rok chci studovat na univerzitě práva.“ Pak se šetření ubírá zvláště k vyhledání faktorů usnadňujících dosažení tohoto cíle nebo k vyhledání faktorů, které brání realizaci tohoto cíle.

Bylo-li šetření efektivní, pak jsme po jeho konci schopni odpovědět na následující otázky:

- Jaká má klient přání?
- Jaké jsou překážky, které brání naplnění těchto přání?
- Kvůli které překážce potřebuje klient pomoc nebo podporu?
- Jaké schopnosti má klient?

2.4.3 Fáze stanovení cíle

Cíle jsou sestavovány podle toho, o co je usilováno. Podkladem pro volbu cíle jsou výsledky, které byly získány ve fázi šetření. V metodologii PSR můžeme rozlišovat mezi *celkovými a specifickými cíly*.

Celkový cíl má následující charakteristiky:

- Celkový cíl směřuje k tomu, čeho chce klient dosáhnout v jedné nebo více životních doménách.
- Celkový cíl směřuje k získání nebo udržení žádané situace.
- Celkový cíl je středně nebo dlouhodobý. Dává klientovi perspektivu do budoucna.
- To také znamená, že celkový cíl je již z definice pozitivní.
- V celkovém cíli je co nejpřesněji pojmenováno místo, osoba nebo časové období.

Není vždy nutné, aby byl celkový cíl příliš určitý. Na začátku procesu rehabilitace nemusí být perspektiva budoucnosti ještě konkrétní. Mezi širokou, celkovou perspektivou (která je někdy charakterizována jako naděje nebo fantazie) a realitou, která je na pozadí přání, je cesta, která je důležitá a někdy i důležitější než skutečné dosažení samostatného cíle. Celkový cíl funguje jako maják při konzultacích a poskytování podpory.

Pokud se objeví v celkovém cíli příslovce či přídavná jména jako „nezávislý“, „příjemný“, je důležité vyvinout maximální snahu k ozřejmění, co měl klient na mysli. Když například celkový cíl zní: „Chci bydlet samostatně do 3 let.“, je důležité zjistit, co pro klienta znamená „samostatně“. Pro někoho to může znamenat bydlet zcela sám v bytě, pro někoho se např. odstěhovat od rodičů a bydlet v bytě s dalšími spolubydlícími.

Vedle celkového cíle existují také výše zmiňované *specifické cíle*. Specifické cíle jsou zaměřeny na zmenšení, kompenzaci nebo překonání překážek, které brání realizaci celkového cíle. Dílčí cíle by měly být v principu dosažitelné. Toto je důležité kritérium. Úspěchem si máme být jistí! Proto je také důležité udělat pečlivé šetření, abychom věděli, že cíl je reálně dosažitelný.

Při formulaci specifických cílů je důležité použít následující kritéria:

- Specifický cíl může být směřován k výběru, získání nebo udržení žádané situace.
- Specifický cíl je zaměřen krátkodobě/střednědobě.
- Specifický cíl je formulován konkrétními a ověřitelným jazykem.

Doporučuje se neformulovat více než pět dílčích cílů na jeden celkový cíl, aby se celý proces nevymkl z rukou a zůstal zvládnutelný. Jestliže má pacient vlastní cíl, bereme ho jako výchozí bod.

2.4.4 Fáze plánování

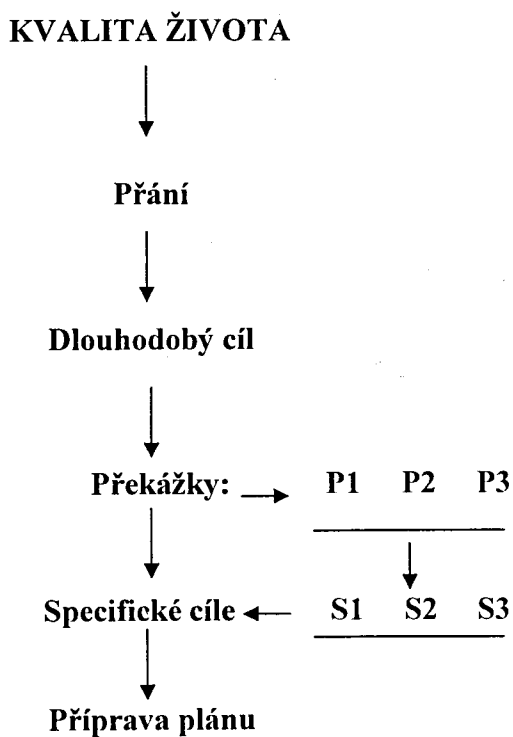
Plány připravujeme na základě stanovených cílů, aby bylo jasné jak a jakou konkrétní činnost budeme vykonávat k naplnění cílů. Mělo by být řečeno, kdo se bude věnovat jaké činnosti a do jaké míry mají být splněny. To vše je popisováno ve fázi plánování a začíná nabývat konkrétní podoby v rehabilitačním plánu. Rehabilitační plány vyplývají logicky z toho, co jsme již učinili v dosavadních fázích (Obr. 5).

V metodologii rozlišujeme mezi *dlouhodobým a krátkodobým plánem*. Dlouhodobý plán má dvě formy. V první řadě může být plánem k dosažení celkového cíle, který popisuje všechnu péči v doménách, kde je péče žádána. Za druhé se celkový plán může zabývat pouze jednou doménou, například bydlení. Výchozím bodem plánu je pak konečný dlouhodobý cíl.

zaměřený na výběr, získání nebo udržení požadovaných podmínek bydlení. V plánu jsou zahrnuty všechny činnosti poskytnuté podpory, které se týkají vytčeného cíle.

Krátkodobé plány se zabývají jedním nebo více specifickými cíli. Cíle, které jsou zaměřeny na zmenšení nebo odstranění jedné nebo více překážek, nebo obsahují aktivity, které jsou podstupovány k dosažení určitého cíle.

Plány jsou vodítkem pro klienta a pracovníka. Klient dostává v podobě plánu něco, co mu má pomoci koncentrovat se na způsob, jakým bude dosaženo jeho osobních cílů. Profesionál dostává něco, co může pomoci koncentrovat se na způsob, jakým má pomáhat klientovi. Plán je důležitým ukazatelem směru. Je vždy lepší, pokud jsou plány připravovány důsledně spolu s klientem, avšak ne vždy a ne v každé situaci je to možné. V každém případě musí být klient vždy seznámen s plánem a měl by být také vždy přizván k průběžným aktualizacím plánu a měl by jej odsouhlasit.



Vysvětlivky: P = překážka

S = specifický cíl

Obr. 5 Metodické kroky od přání k cíli

2.4.5 Fáze hodnocení

Hodnocení je závěrečnou fází PSR. Je velmi důležité, poskytuje *zpětnou vazbu* klientovi i pracovníkovi. Hodnocením se mapuje to, co se za uplynulé období událo. Zjišťuje se, jak se klient v uplynulém období cítil, jak vnímal určité situace. Hodnocení má také sloužit k zvyšování motivace klienta, k jeho pozitivnímu sebevnímání. Při hodnocení by měly vždy převažovat pozitiva, podpora a ocenění nad negativy a věcmi, které se nepodařily. Hodnocením dáváme také prostor klientovi k vyjádření jeho názorů, pocitů a emocí.

Hodnotit se má vždy verbálně. Hodnotí se každá schůzka, nácvik, aktivita klient. V rámci realizace rehabilitačních plánů probíhá hodnocení v předem stanovených termínech, ne jenom až při splnění plánu.

3 Schizofrenie

Psychosociální rehabilitace se speciálně zabývá chronickými psychiatrickými pacienty. Tzn. lidmi s dlouhotrvající nebo trvalou psychosociální dysfunkcí s původem v duševní nemoci.

Já jsem si pro praktickou část této bakalářské práce vybrala o.s. Práh, které má jako cílovou skupinu klienty s psychotickým onemocněním. Na následujících řádcích této kapitoly, proto pro vysvětlení a nastínění problematiky a také vzhledem ke kasuistikám v praktické části této bakalářské práce, okrajově popíši psychotická onemocnění zejména se budu věnovat nejčastěji se vyskytující schizofrenii.

3.1 Psychotická onemocnění

Schizofrenie patří do psychotických onemocnění. Jako psychózu označujeme takové duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je skutečné a co není. Psychické poruchy jsou velmi různorodé a mají rozdílnou míru závažnosti. Zjednodušeně si můžeme představit určité kontinuum, kdy na jednom pólu máme zdravého člověka, pak lidi s různými neurotickými obtížemi a na opačném pólu lidi nemocné psychózou.

Psychotické poruchy můžeme rozdělit do několika skupin:

1. Schizofrenie
2. Schizotypální poruchy
3. Duševní poruchy s bludy
4. Akutní a přechodné psychotické poruchy

5. Schizoafektivní poruchy

7. Organické a symptomatické psychózy

8. Jiné poruchy

3.2 Základní informace o schizofrenii

Z psychotických duševních poruch je nejčastější a nejzávažnější schizofrenie. Jde o onemocnění s výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování. Lidé nemocní schizofrenií ztrácejí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, a pod vlivem svých představ pak jednají neobvykle a nepřiměřeně. Objevují se u nich halucinace a bludy.

„Etiologie schizofrenie je různorodá, obecně jde o důsledek vzájemného působení dědičných dispozic a vyvolávajících podnětů. Dědičná dispozice se projevuje určitou změnou ve struktuře i funkci mozku. Takto disponovaný člověk bývá zvláště zranitelný i běžnými vlivy, má obecně nižší frustrační toleranci, i zátěže v běžném životě u něj mohou vyvolat schizofrenní onemocnění.“³

Schizofrenie vzniká nejčastěji v mladém věku, v rozmezí 16 - 25 let. To znamená, že se člověk obyčejně odpoutává od své původní rodiny a osamostatňuje se. Nemoc se však může projevit i později. Výskyt onemocnění nezávisí na pohlaví, postihuje muže i ženy přibližně stejně často.

„E Bleuler rozlišoval primární příznaky schizofrenie, obecně nazvané „čtyři A“ a sekundární příznaky. Primární příznaky tvoří porucha asociací, porucha afektivity, ambivalence a autismus. Nemocný své primární poruše přizpůsobí veškeré psychické projevy. Z tohoto vyplývají sekundární příznaky, tj. bludy, halucinace a změny aktivace.“⁴

Schizofrenie probíhá často jako epizodické onemocnění, to znamená, že se často objevuje v epizodách (v psychotických krizích – atakách), či posléze v opakovaných relapsech (znovuzplanutí choroby). Průběh onemocnění může být velmi různorodý, stejně tak i jeho prognóza. Obecně se používá třetinové pravidlo: jedna třetina nemocných se vyléčí po první atace, druhá třetina má opakované relapsy (návraty onemocnění), a poslední třetí třetina patří do chronického průběhu nemoci.

Léčba zahrnuje podávání léků a také terapii a rehabilitaci. Skupiny léků, které potlačují psychotické příznaky nazýváme antipsychotika. Skupiny antipsychotik představují starší klasická antipsychotika první generace a antipsychotika druhé generace, také se začínají používat antipsychotika třetí generace.

³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 177.

⁴ Tamtéž, s. 178.

3.3 Druhy schizofrenie

Dále uvedu nejčastější formy schizofrenie spolu s krátkou charakteristikou:

F 20.0 Paranoidní schizofrenie

„Je charakterizována patologickou podezíravostí vůči okolí, která bývá posilována paranoidními bludy: pronásledováním, kontrolováním a ovlivňováním. Často se u nemocných objevují halucinace, zejména sluchové, v formě hlasů, jež něco přikazují, hrozí apod. Pacient je přesvědčen, že je pronásledován, že mu hrozí zničení, že bude použit k nějakým účelům nadpřirozených sil.“⁵

F 20.1 Hebefrenní schizofrenie

„Je typickým onemocněním adolescence a rané dospělosti, vzniká obvykle ve věku 15 až 25 let. Mívá špatnou prognózu, protože zasáhne rozvoj osobnosti v období, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita jedince. Tato forma schizofrenie se jeví jako prohloubená a protahovaná puberta s nápadným klackovitým chováním. Nemocní bývají hrubí, neomaleni a často i vulgární.“⁶

F 20.2 Katatonní schizofrenie

Je typická nápadnostmi v oblasti motorické aktivity. Rozlišují se dvě varianty, produktivní forma a stuporózní forma. Produktivní forma se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou. Stuporózní forma se projevuje celkovým zpomalením nebo útlumem veškeré motorické aktivity.⁷

F 20.3 Nediferencovaná schizofrenie

Splňuje všeobecná kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídá žádnému předchozímu podtypu.

F 20.4 Postschizofrenní deprese

Depresivní syndrom, který přichází po odeznění schizofrenní psychózy. Někdy lze těžko odlišit od vlivu neuroleptik a od emočního oploštění způsobené schizofrenním procesem. Postschizofrenní deprese se diagnostikuje, jestliže dotyčný měl schizofrenní psychózu během posledních 12 měsíců, některé schizofrenní příznaky ještě přetrvávají, depresivní příznaky jsou výrazné a doprovázené pocitem tísně a trvají alespoň dva týdny.

⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 184.

⁶ Tamtéž, s. 185.

⁷ Tamtéž, s. 186.

F 20.5 Reziduální schizofrenie

Jde o chronické stadium schizofrenie, u kterého je jasný předchozí vývoj zahrnující několik atak s psychotickými příznaky a předcházející později v ireverzibilní negativní příznaky.

F 20.6 Simplexní schizofrenie

„Tento druh onemocnění je typický časným a plíživým vznikem. Nemocní bývají pasivní, apatičtí, bez zájmu o cokoli, jsou autističtí a izolují se od společnosti. Jsou nápadní svou neschopností zvládat i běžné požadavky, jakož i celkovou nevykonností. Jejich myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence. Nerespektují běžné sociální normy, potulují se a zahálí.“⁸

3.4 Specifika práce s psychotickými klienty

Jako každá cílová skupina, tak i psychotičtí klienti mají svá specifika, která jsou důležitá při práci s nimi. Zejména jednáme-li s klientem v období akutní fáze nemoci je dobré se řídit následujícími radami.

Jak už bylo výše zmiňováno, tak jedním z projevů schizofrenie jsou halucinace a bludy. Pro klienta mají jeho bludy a interpretace velký vnitřní význam, bývá jimi velmi zaujat, ostatní věci se mu nejeví tolik důležité, přitom si je alespoň z části vědom, že jeho paranoidní bludy či domněnky jsou pro druhé lidi obtížné přijatelné, proto o nich přestane hovořit. Při komunikaci bývá matoucí také to, že paranoidní člověk je někdy bludně přesvědčen, že partner v dialogu o něm a o jeho situaci mnohé ví. Komunikace bývá nesrozumitelná, ztrácí se souvislost vět, objevují se nelogismy. Při komunikaci s klientem by měl pracovník respektovat klientovu podezřívavost a nedůvěřivost. Sam by aktivně neměl zkracovat vzdálenost na kterou s klientem komunikuje. Pracovník má komunikovat vždy jasně, má se ujistovat, že mu klient rozumí. Komunikace mezi pracovníkem a klientem je velmi důležitá. „Má vliv na řadu potíží a na průběh řady onemocnění.“⁹

Seznámí-li klient pracovníka s obsahem bludů a dožaduje-li se vyjádření, je dobré, aby pracovník obsah bludu výslovně nepotvrdil ani nevyvrátil. Je důležité, aby potvrdil, že obsahu bludu porozuměl a chápe jeho význam pro života klienta. O bludu má mluvit pracovník obecně, neosobně. Měl by se vracet k reálným tématům věci.

Klienti s diagnózou schizofrenie mají utlumenou motivaci. Potřebují stimulování z vnějšku, aby získali v životě návyky, které měli před hospitalizací. To se týká obzvláště oblasti práce a bydlení. Jejich potřeba seberealizace je snižena. Právě proto je pro ně důležitý

⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 187.

⁹ VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*, s. 260.

denní režim, tvořený buď pracovní náplní nebo sebevzdělávacími aktivitami. Pracovník by proto měl klienta podněcovat k různým aktivitám a nácvikům dovedností. Má klienta chválit za dobře vykonaný úkol (práci). V případě, že klient uslyší převážně kritiku, může se úroveň jeho sebevědomí snížit. Pokud klient provádění úkolů nestíhá nebo mu není dobře, měl by se jej pracovník snažit podpořit a úkoly mu rozložit tak, aby je mohl lépe zvládnout.

Pracovník by neměl mít strach před klientem mluvit o jeho nemoci a problémech. Zároveň by ho však neměl trápit zbytečným vyptáváním, které nemusí být pro klienta příjemné.

4 Podporované zaměstnávání

4.1 Význam práce

„Možnost a schopnost pracovat a být zaměstnán je bezesporu důležitým aspektem hodnocení každého ve společnosti, ale i důležitým aspektem sebehodnocení a sebedůvěry. Zároveň je zaměstnání jednou ze základních částí sociálních vztahů budovaných mimo vlastní rodinu.“¹⁰

Pravidelnost práce, respektive zaměstnání dodává životu člověka řád, časovou strukturu.

„Bez práce je člověk ochuzován o nové vjemy, které musí analyzovat, a o problémy, které musí řešit. Jejich analyzováním a řešením obohacuje svůj intelektový a zkušenostní inventář a rozvíjí svou osobnost.“¹¹

„Práce může dodat bytí člověka smysl, tvoří zdroj vědomí identity a sebeúcty, poskytuje možnost kontaktů mimo rodinu, podporuje kapacity pro socializaci skrze zkušenosti pracovat s ostatními k dosažení cílů, které jsou pozitivně hodnoceny společností jako celkem. Je možností jak, zřetelně a viditelně i pro okolní svět demonstrovat své schopnosti a přednosti, rozvíjet se uvnitř sebe i ve vztahu k ostatním, jak dosáhnout respektu okolí i patřičné sebedůvěry.“¹²

Pro dlouhodobě duševně nemocné se nemožnost či neschopnost pracovat stává velmi zřetelným a citlivým hendikepem, který vrcholí invalidizací. Přiznání invalidního důchodu dává duševně nemocnému určité míry sociální jistoty, avšak stigmatizuje ho vyloučením z pracovního zařazení, vyloučením z části běžné společnosti. Proto je snaha o pracovní terapii či rehabilitace směřující k ideálnímu cíli stálého zaměstnání důležitým článkem péče o duševně nemocné.

Práce souvisí s individuálními příležitostmi ve vztahu k socializaci pacienta, produktivitě, spotřebě, kvalitě života, manželství a výchově dětí. Úroveň pracovních schopností

¹⁰ PFEIFFER, J. a kol. *Moderní psychiatrie a komunitní péče*, s. 18.

¹¹ Tamtéž, s. 18.

¹² NOVÁK, P.; PACHTOVÁ, M.; SKUČKOVÁ, J. *Pracovní rehabilitace*, s. 1.

a pracovního zařazení jsou samy o sobě jednak důležitou charakteristikou výsledku nemoci a zároveň důležitou determinantou průběhu nemoci. Například zaměstnanost může sloužit jako ochranný faktor proti relapsu symptomů a jako neutralizátor stresů. „Řada studií ukazuje, že mít zaměstnání (i neplacené či v chráněných podmínkách) je signifikantním predikátorem udržení kvalitní remise a udržení se ve společnosti. Sociální vztahy, které jsou neodlučitelně spojené s prací, mohou také vytvářet sociálně podpůrné prostředí a mohou být také zdrojem kontaktů pro zkvalitnění vyplnění volného času.“¹³

4.2 Historie pracovní rehabilitace

„Práce jako metoda léčby či zacházení s duševně nemocnými byla známa prakticky od doby, kdy se začaly duševní choroby léčit. Využití práce při léčbě a rehabilitaci duševně nemocných však procházelo v historii různými peripetemi a na práci jako prostředek léčby byl kladen různý důraz.“¹⁴

„V krátkosti lze uvést několik milníků, které ovlivnily vývoj pracovní rehabilitace:

- USA 1920 Federální zákon o pracovní rehabilitaci dal příležitost ukázat, že principy pracovní rehabilitace jsou užitečné i v oblasti psychiatrické péče
- Británie 1927 vznik první tovární zařízení Thermega
- Německo – Dr. Hermann Simon začal provozovat pracovní terapii v ústavech – práce je zde vnímána jako důležitá součást výchovně vzdělávacího procesu, jehož cílem je navrácení pacienta do života
- Anglie po 2. světové válce – základní Výrobní rehabilitačních oddělení (IRU) – mimonemocniční pracovní rehabilitace pro pacienty – ovlivnění nejen možnosti readaptace nemocných, ale také postojů ošetřujícího personálu i veřejnosti
- USA 70 – 90. léta – důraz na pracovní rehabilitaci jako nástroj a cestu k získání placeného zaměstnání na volném trhu práce, směřování od chráněných pracovišť, přes přechodné programy v běžných podmínkách k trvalému zaměstnání v běžných podmínkách (např. vznik Fountain House). V roce 1990 byl přijat Zákon o zdravotně postižených Američanech (ADA), podporující možnosti pracovního uplatnění zdravotně postižených.
- Itálie po 60. letech – vlna proběhlé deinstitucionalizace potencovala rozvoj pracovní rehabilitace – vznik výrobních družstev (co-operatives), která poskytovala rehabilitaci a integrované služby.

¹³ Tamtéž, s. 1.

¹⁴ NOVÁK, P.; PACHTOVÁ, M.; SKUČKOVÁ, J. *Pracovní rehabilitace*, s. 2.

- Svět 80. – 90. léta – vzrůstá tlak na naplnění práv duševně nemocných, rozšiřuje se škála podpůrných programů i podpora motivačních nástrojů pro běžné zaměstnávání.¹⁵

4.3 Podporované zaměstnávání ve světě a v ČR

Podporované zaměstnávání (dále jen PZ) vzniklo ve Spojených státech amerických v sedmdesátých letech jako alternativa k tradičním službám pro lidi s mentálním postižením v oblasti zaměstnanosti, které se ukázaly jako neúčinné. PZ bylo připraveno pro skupinu lidí, kteří byli vnímáni jako neschopní odvádět „skutečnou práci“. V roce 1984 bylo v USA PZ legislativně upraveno zákonem Developmental Disability Act. Z USA se PZ dostalo do Kanady a Austrálie, zemí, kde dnes tato metoda patří k běžným způsobům pomoci lidem s postižením, a v devadesátých letech konečně také do Evropy.

V Evropě patří k nejúspěšnějším průkopníkům skandinávské státy. Nejdále je Norsko, které se rozhodlo testovat v praxi podporované zaměstnávání ve snaze zvrátit nežádoucí trend zvyšování výdajů na sociální dávky. „V letech 1993-5 norská vláda financoval realizaci národního pilotního projektu. Jeho výsledky vedly v Norsku k legislativnímu zakotvení PZ (vyhláškou). Ekonomická výhodnost PZ byla jedním z argumentů pro to, aby se PZ od roku 1996 v Norsku zařadilo mezi standardní služby zaměstnanosti. Ze skandinávských zemích je PZ systémově zajištěno ve Švédsku, zatímco ve Finsku stále ještě přetrvává nesystémové financování prostřednictvím grantů.“¹⁶

Z ostatních evropských zemí najdeme fungující národní systém PZ v Německu. Zde podle zákona o rehabilitaci z roku 2000 musí být v každém regionu jedna organizace poskytující tento druh služeb na základě výběrového řízení a smlouvy uzavřené s místním úřadem práce.

„V ostatních západoevropských státech je PZ stejně jako v ČR nerovnoměrně dostupnou službou, protože síť poskytovatelů je nerovnoměrně vyvinutá. Stejný vývoj lze sledovat také na Slovensku. Tam se současně připravuje legislativní zakotvení PZ novým zákonem o zaměstnanosti. V dalších východoevropských zemích s výjimkou Maďarska, zatím vývoj PZ nebyl zaznamenán.

Pro rozvoj PZ je důležitý vliv zastřešujících organizací – Evropská unie pro PZ (European Union of Supported Employment – EUSE) a Světová asociace pro podporované zaměstnávání (World Association of Supported Employment – WASE).“¹⁷

V ČR došlo po listopadu 1989 vlivem vývoje české společnosti ke změnám v pojetí poskytovaných služeb a vnímání samotných uživatelů. Objevují se snahy o zajištění

¹⁵ Tamtéž, s. 2.

¹⁶ VITÁKOVÁ, P. Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání, s. 13.

¹⁷ Tamtéž, s. 13.

rovnoprávného postavení handicapovaných s majoritní společností. Příjemce služeb již není „objektem péče“ nýbrž „subjektem“ s pravomocí ovlivňovat jejich kvalitu a rozhodovat o svém životě.

Služba PZ začala být v ČR poprvé poskytována v roce 1995. I když v průběhu let počet organizací, které se tomuto programu věnují, mnohonásobně vzrostl. „Bohužel množství těchto programů je v ČR značně omezené, a to zejména na větší města. Větší variabilita programů je de facto pouze v Praze.“¹⁸

Některé zákony a vyhlášky se v ČR vztahují k PZ a upravují její, jde o:

Zákon č. 435/2004 Sb. (zákon o zaměstnanosti), který mimo jiné

- definuje pojem osoby se zdravotním postižením
- vymezuje pojem pracovní rehabilitace
- upravuje povinnost zaměstnavatele zaměstnávat osoby se zdravotním postižením.

Vyhlášku Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 518, kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti mimo jiné:

- upravuje obsah individuálního plánu pracovní rehabilitace
- stanovuje druhy nákladů na pracovní rehabilitaci hrazených úřadem práce a způsob jejich úhrady.

Zákon 586/1992 Sb. o daních z příjmu (úpravami terminologie podle zákona č. 436/2004 Sb.) mimo jiné

- upravuje podmínky slevy na dani při zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

4.4 Definice a základní pojmy PZ

„Každý člověk má právo na práci, na svobodnou volbu zaměstnání, na spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky a na ochranu proti nezaměstnanosti“

(4. Všeobecná deklarace lidských práv, článek 23)

Podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří hledají 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 dlouhodobou a průběžně poskytovanou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce.

¹⁸ PFEIFFER, J. a kol. *Moderní psychiatrie a komunitní péče*, s. 19.

„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 musí být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění.“¹⁹ V rámci podporovaného zaměstnávání je poskytovaná podpora rovněž zaměstnavatelům uživatelů služby.

4.5 Cíle a cílová skupina PZ

„Hlavním cílem PZ je umožnit lidem z cílové skupiny získat a udržet si takové zaměstnání na otevřeném trhu práce, které odpovídá jejich zájmům, schopnostem, nadání i osobním možnostem.“²⁰ 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.

Cílová skupina PZ jsou lidé, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti získání a zachování vhodného zaměstnání. Lidé, kteří z důvodu rozsahu snížení svých schopností získat a zachovat si vhodné zaměstnání, potřebují odbornou individuální podporu postavenou na osobní pomoci.

4.6 Využití PSR v PZ

V následujících kapitolách 4.6.1 až 4.6.4 popíši, jak se může metoda PSR využít v procesu podporovaného zaměstnávání.

4.6.1 První kontakt a šetření

V tomto období se může pomoci zájemci *s motivací pro vstup do programu*, ale také se zjišťuje, zda má zájemce natolik stabilizovaný psychický stav, dodržuje léčbu a je ochoten z vlastního přesvědčení absolvovat službu PZ, že může do programu vstoupit. Při vstupu do programu je však nutné si vyžádat krátkou charakteristiku současného psychického stavu zájemce od jeho ambulantního psychiatra. Na šetření pracovní motivace se mohou také použít dotazníky (viz. příloha II).

Když se na základě šetření zjistí, že je služba pro klienta vhodná a zájem z jeho strany bude nadále trvat, podává sociální pracovník klientovi informace o průběhu a pravidlech poskytování služby a uzavírá s ním dohodu o poskytování služeb, také mu podává informace o průběhu a pravidlech poskytování služby.

¹⁹ VITÁKOVÁ, P. Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání, s. 11.

²⁰ Tamtéž, s. 16.

Sociální pracovník může také zjistit, že je služba PZ pro klienta nevhodná. v tom případě odmítá spolupráci. Důvody pro odmítnutí spolupráce mohou být:

- neexistence konkrétní zakázky pro pracovní rehabilitaci
- nesouhlas s provozním řádem služby
- souběh více placených zaměstnání
- zdravotní stav neumožňující čerpat službu
- abusus návykových látek.

V případě odmítnutí spolupráce je nutné citlivou formou zájemci vysvětlit, proč ho nelze do programu přijmout a co by v jeho případě bylo vhodnější, poskytnout mu kontakty na dostupné služby, které může zájemce využít.

V případě přijmutí klienta do služby probíhá další fáze mapování pracovní oblasti. Kdy už pracovník mapuje s klientem podrobněji, do hloubky. Cílem tohoto období není jen samotné mapování, ale také snaha vytvořit dobrý a důvěryhodný vztah mezi klientem a pracovním asistentem, který by se měl samozřejmě posilovat a zlepšovat s přibývajícím délkou poskytované služby. Položení základů pro vztah je nutné pro dobrou spolupráci a vzájemné pochopení obou stran. Klient je pro pracovníka v PSR především partnerem. Nabídnutím partnerství a otevřenou komunikací tak posílí pracovník klientovu důvěru a vzájemný respekt. Pro budování důvěry je také nutné přesné ujasnění a stanovení pravidel o tom, kdo má přístup k osobním údajům a jak s nimi bude nakládáno.

Pro podrobnější mapování pracovní oblasti při vstupu do služby může pracovní asistent také použít dotazník (viz. příloha č III).

4.6.2 Stanovování cílů a plánování

Při stanovování dlouhodobého cíle se vychází z fáze mapování. Zejména jsou důležité informace o zkušenostech z předchozích zaměstnání, školy, brigády. Při sestavování cíle se konkretizuje co bylo klientovy příjemné nebo nepříjemné a co ho na těchto místech bavilo, těšilo nebo naopak. Pracovník se ptá na konkrétní zkušenosti a zážitky. Výhodné je také zahrnout do zjišťovaných informací negativní zkušenosti, které uživatel měl nebo stále má s ostatními lidmi obecně, na pracovišti, doma.

Cíl má být jasně formulován, má být měřitelný, konkrétní a také by měla být stanovena doba do kdy chceme cíle dosáhnout. V PZ má cíl mít podobu získání určitého pracovního místa na otevřeném trhu práce, nejčastěji do dvou let. Při sestavování cílů se vychází z klientových vlastních přání, pracovník mu pomáhá vyjádřit jeho představy o požadovaném

pracovním místě reálně a srozumitelně. Klient je podněcován k aktivitě, pracovní asistent mu jen poskytuje podporu důležitou pro dosahování jeho cílů, nabízí mu návrhy, rady a varianty řešení. Konečné rozhodování je vždy záležitostí uživatele. Po stanovení hlavního cíle se zjišťují překážky, které brání dosažení tohoto cíle a na jejich základě se stanoví krátkodobé dílčí cíle.

Rehabilitační plány jsou sestavovány na základě stanovených cílů, aby bylo jasné, jak a jaké konkrétní aktivity se budou vykonávat v souvislosti s realizováním těchto cílů. Plány obsahují cíle, a to dlouhodobé i krátkodobé, kterých chce klient dosáhnout. Dále časový horizont dosažení těchto cílů a překážky, které zabraňují jejich realizaci (viz. příloha IV).

4.6.3 Hodnocení a ukončení spolupráce

Hodnocení je velmi důležité, jak pro klienta, tak pro pracovníka. Pracovník tak může poskytnout klientovi zpětnou vazbu a reflexi a také oba společně zmapují a zjistí, co se jím podařilo splnit a na čem je potřeba ještě zapracovat. Pracovník také poskytuje při hodnocení klientovi podporu, ocenění, vyjadřuje své emoce a radost z odvedené práce.

Hodnotí se vždy ústně a to formou rozhovoru – dialogu. Dává se tak prostor klientovi na vyjádření jeho názoru. Hodnotí se po každé schůzce, dále se hodnotí nácviky pracovních dovedností, aktivity klienta. Při sestaveném rehabilitačním plánu probíhá hodnocení v dohodnutých termínech. Když se ještě nepodařilo sestavit rehabilitační plán hodnotí se za určité uplynulé období.

Při ukončení poskytování služby PZ pracovní asistent s uživatelem podepisuje dohodu o ukončení poskytování služby PZ.

Spolupráce může být ukončena po vzájemné dohodě mezi uživatelem a pracovním asistentem a to z důvodů:

- neplnění zakázky
- rozhodnutí uživatele, který již nemá zájem o využívání služby PZ
- neplnění povinností uživatelem, kdy tyto povinnosti vyplývají z poskytování služby PZ
- splněním zakázky.

Někdy mohou klienti vnímat tuto závěrečnou fázi jako opuštění, obávají se nejistého výhledu a nutnosti zvládat samostatně problémy. Úlohou pracovníka je podporovat sebevědomí klienta a reflektovat jeho schopnosti a to, co už všechno zvládl. Může také poskytnout klientovi kontakty na jiné služby a organizace, které by pro něj byly vhodné.

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 Sdružení Práh

Sdružení Práh jsem si pro svou praktickou část vybrala hlavně proto, že jako metodu práce s klienty používá Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci dle holandské školy STORM. Důležitá při výběru pro mě byla také skutečnost, že jednou z jejich nabízených služeb je právě služba podporovaného zaměstnávání. Mohu tedy dále konkrétně popsat, jak je tato metoda PSR používána v praxi. A v neposlední řadě, jsem ve Sdružení Práh rok a půl zaměstnána a mám tak možnost k velkému přístupu informací a zkušenosti s prací v této organizaci.

5.1 Základní informace

Informace o Sdružení Práh a jeho službě PZ, které jsou v této páté kapitole použity pocházejí z metodiky a koncepce tohoto sdružení.

Sdružení Práh vzniklo v prosinci roku 1999 v souvislosti s projektem MATRA II. holandského ministerstva zahraničních věcí, které mělo za cíl vytvoření mimo-nemocničních služeb pro psychotiky v Brně. Úzce spolupracuje s Psychiatrickou léčebnou Černovice. Černovická léčebna je členem sdružení a také nejvýznamnějším partnerem.

Posláním o.s. Práh je nabízet lidem s psychotickým onemocněním z Brna a okolí pomoc a podporu při jejich začleňování do jejich běžného života.

Cílem o.s. Práh je:

- poskytovat podporu v naplňování přání klientů pracovat, samostatně bydlet, vyplnit volný čas, vzdělávat se, najít přátele, zlepšit vztahy s rodinou, umět pečovat o své zdraví, najít smysl a význam svého života
- prosazovat a hájit práva klientů a jejich nejbližších
- podporovat svépomocné aktivity
- zlepšit vztah veřejnosti k lidem s duševním onemocněním.

Práh zřizuje tyto služby:

- Centrum denních služeb
- Chráněné dílny
- Podporované zaměstnávání
- Podpora bydlení.

Ve všech těchto službách se jako metoda práce s uživatelem využívá metoda psychosociální rehabilitace dle holandské školy STORM.

5.2 Služba PZ Sdružení Práh

5.2.1 Poslání služby

Posláním služby PZ je poskytnout podporu lidem z Brna, kteří onemocněli psychózou, tak, aby si našli a udrželi zaměstnání na volném trhu práce, které odpovídá jejich přáním, dovednostem a schopnostem. Smyslem této služby je vytvářet těmto lidem příležitosti pro plnohodnotný a integrovaný život.

5.2.2 Cíle služby

Cílem služby je:

- Podporovat uživatele služeb při integraci do společnosti a naplnění základního lidského práva na práci prostřednictvím metod psychosociální rehabilitace.
- Poskytovat individuální podporu uchazeči o zaměstnání na otevřeném trhu práce tak, aby byl schopen získat a udržet si práci, která odpovídá jeho požadavkům a možnostem.
- Přispět k orientaci uživatele na trhu práce, zvýšení jeho samostatnosti a rozvoji k tomu potřebných dovedností.
- Společně s uživateli prezentovat službu PZ, informovat veřejnost a zaměstnavatele a tím přispět k destigmatizaci duševně nemocných ve společnosti.

5.2.3 Kritéria vstupu do služby

Kritéria pro vstup uživatele do služby PZ jsou shodná s kritérii celého Sdružení Práh, tzn.:

- věk nad 18 let
- diagnóza z okruhu psychóz
- bydliště Brno-město
- specifickým požadavkem pro vstup do služby PZ je ochota pracovat na volném trhu práce

5.2.4 Postup práce s klientem

První kontakt zájemce o službu PZ probíhá v Centru denních služeb, kde sociální pracovník mapuje pět prvkontaktních schůzek, v průběhu mapování se zjišťuje zájem o službu PZ. V této fázi se používají motivační dotazníky pro službu PZ.

V případě, že má zájemce o službu PZ skutečný zájem, jeho očekávání souvisí s pracovní rehabilitací, domluví sociální pracovník schůzku uživatele s vedoucím služby PZ. Vedoucí PZ znovu projde s uživatelem motivační dotazník a informuje ho o tom, co mu může služba PZ nabídnout, seznamuje ho s cílem a posláním služby. Pokud není volné místo ve službě PZ, tak se uživatel zařazuje do pořadníku.

Po přijmutí uživatele do služby je uživatel seznámen s jeho pracovním asistentem a uzavírá se s ním dohoda O poskytnutí služby. Tím se stane ze zájemce uživatel/klient služby. Klient také podepisuje souhlas s poskytnutím osobních a citlivých údajů a je ústně i písemně seznámen s obsahem tohoto souhlasu. Dále je s ním vyplněn evidenční list a je požádán o donesení doporučení ambulantního psychiatra. Klient si s pracovním asistentem stanoví periodicitu individuálních konzultací. Ty slouží k sestavování individuálních rehabilitačních plánů k jejich hodnocení. Pracovní asistent provádí mapování pracovní oblasti, snaží se navázat vztah s uživatelem služby a společně zjišťují, který z programů služby uživatel využije. Po stanovené době proběhne vyhodnocení mapování a začne se již se stanovováním dlouhodobých a krátkodobých cílů a rehabilitačním plánů. Cíle, prostředky pro jejich dosažení a časové rozvržení jsou pravidelně zaznamenávány a v průběhu služby vyhodnocovány a aktualizovány.

Průběh spolupráce mezi uživatelem a pracovním asistentem se zaznamenává do dokumentace. Ta je uchovávána v uzamykatelné kartotéce, uživatel má právo do ní nahlížet.

6 Kasuistická část

6.1 Cíle a metody výzkumu

Cílem kasuistické části bylo analyzovat pomocí případových kasuistik údaje o tom, jak probíhala práce s klientem v jednotlivých fázích procesu PSR, jak probíhalo jednotlivé plnění plánů, údaje o úspěšnosti rehabilitace (splnění stanoveného cíle), o pracovní a sociální anamnéze klientů.

Pro svou práci jsem si zvolila kvalitativní formu výzkumu, jelikož umožňuje studovat jednotlivé případy a zkoumat je do hloubky. Jako konkrétní postup jsem vybrala konstantní komparaci, založenou na sbírání údajů, jejich třídění, hledání rozdílných a společných prvků a kategorií, ze kterých pak vzniká zobecňující teorie. Hlavní metodou jsou zde případové studie klientů služby podporovaného zaměstnávání Sdružení Práh. Byli zjišťovány zdravotní a pracovní anamnézy sledovaných klientů, celý vývoj a průběh spolupráce.

Výzkumným vzorkem kasuistické části jsou tři klienti PZ Sdružení Práh.

Údaje byly získány z kartotéky a archivu Sdružení Práh. z osobních spisů těchto klientů, které jsem měla možnost do hloubky prostudovat. Jedná se o písemné záznamy z průběhů schůzek, o dlouhodobé a krátkodobé rehabilitační plány, o mapovací a vstupní dotazníky. Jmenné a další identifikovatelné znaky byly pozměněny z důvodu ochrany osobních dat.

6.2 Případové kasuistiky

6.2.1 Případová kasuistika č. 1

Osobní anamnéza: Jedná se o mladého muže, J.M., ve věku 30 let, je povahově klidný, tichý.

Rodinná anamnéza: Žije s matkou a otcem v rodinném domě na okraji města. Nemá sourozence. S rodiči má bezproblémový vztah, rodiče ho velmi podporují. Je svobodný a bezdětný. V rodinně se doposud nevyskytlo žádné duševní onemocnění.

Zdravotní anamnéza: Má diagnózu F 20.0 Paranoidní schizofrenii. Léky: Solian, Akineton, Aerius. Poslední hospitalizace: 5. 1. 2004 – 11. 3. 2004. Celková délka psychiatrické léčby je od 8. 10. 2002. Převažující klinický stav v posledních třech měsících – kvalitní remise

Vzdělání: VŠ – Vojenská akademie, obor elektrotechnický.

Pracovní anamnéza: Od 1. 3. 2003 pobírá PID, krátce po ukončení školy onemocněl a z toho důvodu nikdy dosud nepracoval.

Fáze vstupu do služby: J.M. přišel 24. 8. 2004 do Centra denních služeb Sdružení Práh. Přišel na doporučení pracovníka z pracovní agentury Agapo. Měl již konkrétní zakázku, potřeboval pomoci s nalezením pracovního místa. Byla mu tedy domluvena schůzka s vedoucím služby PZ a pracovním asistentem na 28. 9. 2004. Ti mu na schůzce poskytli základní informace o službě a byla s ním také podepsána dohoda O poskytnutí služby. Celá práce s klientem (stejně tak i s ostatními klienty) probíhala ve stěžejních fázích, které jsou popsány níže.

Fáze mapování: Pracovní asistent (dále jen PA) si domluvil s klientem další schůzku na 3. 10. 2004. Na této schůzce PA zahájil s J.M. mapování. Z mapování vyplynulo, že J.M. má vysokoškolské vzdělání, nikdy nepracoval. J.M. uvedl, že má o práci zájem zejména proto, aby mohl být více v kontaktu s ostatními lidmi a také vidí práci jako prostředek pro vydělání peněz. Preferoval by práci skladníka na plný úvazek.

Fáze stanovování cíle a plánování: Na základě mapování si J.M. stanovil s pomocí PA na dalších schůzkách dlouhodobý cíl, překážky, kterému brání v jeho naplnění a z nich vyplývající krátkodobé cíle. Cíle byly zahrnuty do rehabilitačních plánů. Průběh práce na základě těchto plánů a obsah plánů popíši nyní dále. Také se PA s J.M. domluvil, že by bylo

vhodné vzhledem k jeho požadavkům nacvičení pracovních dovedností, aby docházela na nácviková místa do tréninkové kavárny Sdružení Práh.

Dlouhodobý rehabilitační plán:

Zahájení rehabilitačního plánu: 8. 11. 2004

Ukončení rehabilitačního plánu: 20. 9. 2005

Dlouhodobý cíl: „Chci pracovat jako prodavač na plný úvazek do 2 let.“

Překážky k dosažení cíle: strach z komunikace s lidmi, neschopnost si udržet pracovní dobu.

Specifické díle: „Chci odbourat strach z komunikace s lidmi do půl roku.“

„Chci zvládnout 8-hodinovou pracovní dobu od PO – PÁ do 8 měsíců.“

Vyhodnocení: Cíl se podařilo naplnit. Po společném vyhledávání míst spolu s PA a absolvování třech pohovorů získal J.M. v OD Jiskra místo prodavače kancelářských potřeb.

Den nástupu do zaměstnání byl 1. říjen 2005.

Specifický rehabilitační plán I.:

Zahájení rehabilitačního plánu: 9. 11. 2004

Ukončení rehabilitačního plánu: 9. 4. 2005

Specifický cíl: „Chci odbourat strach z komunikace s lidmi do půl roku.“

Kroky k jeho dosažení: schůzky s PA kavárny, komunikace se zákazníky kavárny → hodnocení komunikace po 14 dnech po dobu 2 měsíců.

Vyhodnocení: J.M. se podařilo tento cíl naplnit, na společných schůzkách s PA trénovali komunikační strategie. J.M. se velmi aktivně zapojoval do nácviků komunikace. Postupně se také odboural jeho strach z komunikace se zákazníky. Nyní mu již komunikace s lidmi nedělá žádný problém.

Specifický rehabilitační plán II.:

Zahájení rehabilitačního plánu: 9. 11. 2004

Ukončení rehabilitačního plánu: 9. 6. 2005

Specifický cíl: „Chci zvládnout 8-hodinovou pracovní dobu od PO – PÁ.“

Kroky k jeho dosažení: po dobu prvních dvou měsíců (listopad, prosinec) bude J.M. docházet do kavárny na tři dny v týdnu (PO, ÚT, ST) a to na pět hodin denně. Po dobu dalších 4 měsíců bude J.M. docházet do kavárny na pět dní v týdnu na 6 hodin denně. Po dobu dalších 2 měsíců bude docházet do kavárny na pět dní v týdnu na 8 hodin denně. V květnu 2005 proběhne celkové zhodnocení docházky.

Vyhodnocení: Tento cíl se podařilo také naplnit. Nejtěžším obdobím bylo pro J.M. druhé navýšení pracovní doby, ze tří dnů po 5 hodinách denně na pět dnů po 6 hodinách denně. Na začátku zvyšování pracovní doby, byl častěji unavený, ke konci směny se již nedokázal plně

soustředit. Spolu s podporou PA však toto období J.M. zvládl. Další konečné navýšení mu již nečinilo žádné větší potíže.

Ukončení spolupráce: na základě společné konzultace PA a J.M. ze dne 20. 9. 2005 vyšlo najevo, že J.M. již nepotřebuje další služby PZ a po oboustranné domluvě došlo k podepsání dohody O ukončení služby PZ. Podpisu předcházelo zhodnocení celé doby spolupráce formou rozhovoru. J.M. hodnotí službu PZ jako pro něj velmi přínosnou, zejména si váží vedení při práci PA a dobrého vztahu s ním. Na závěr bylo PA nabídnuta J.M. možnost opětovného využití služby PZ v případě potřeby.

6.2.2 Případová kasuistika č. 2

Osobní anamnéza: Jedná se o muže, A.M., ve věku 33 let.

Rodinná anamnéza: ženatý, bezdětný, žije s manželkou ve dvou pokojovém státním bytě v centru města. Se ženou má velmi pěkný vztah. Pochází z rozvedeného manželství. Matka s ním po jeho první atace ukončila veškeré kontakty, otec před čtyřmi lety zemřel. V rodině se nevyskytuje žádné psychické onemocnění.

Zdravotní anamnéza: diagnóza F 20.0 Paranoidní schizofrenie, poslední hospitalizace proběhla v období od 3. 4. 2003 – 8. 7. 2003, celková délka psychiatrické léčby je 17 let, převažující klinický stav v posledních třech měsících – kvalitní remise. Léky – Risperon, Rivotryl, Tizercin, Prothazin.

Vzdělání: základní

Pracovní anamnéza: A.M. má PID, nebyl ještě nikdy zaměstnán na otevřeném trhu práce, pracoval „pouze“ na rehabilitačním místě v Chráněné dílně rukodělně Sdružení Práh. A to od 4. 4. 2001 do 31. 10. 2004

Fáze vstupu do služby: A.M. pracoval předešlé čtyři roky v Chráněné dílně ve Sdružení Práh. Měl pocit, že si již nacvičil požadované dovednosti a chtěl by si proto najít místo na otevřeném trhu práce. PA Chráněné dílny mu proto domluvil schůzku s PA PZ a vedoucím služby PZ. Na první schůzce, která proběhla 13. 5. 2004 byl A.M. seznámen s řádem služby PZ, byli mu poskytnuty informace o službě a poté s ním byla sepsána dohoda O poskytnutí služby PZ.

Fáze mapování: Na další schůzce, na které byl přítomen PA a A.M. probíhalo mapování. PA zjistil, že A.M. má zájem o práci skladníka. O práci má zájem zejména proto, aby si mohl vydělávat více peněz. Také doufá, že mu práce přinese nové zkušenosti a více kontaktů s ostatními lidmi. Největší obavy má z toho, že když by si našel práci, mohl by mu být odebrán invalidního důchodu. I přes toto riziko, však má zájem o zaměstnání na otevřeném trhu práce.

Fáze stanovování cíle a plánování: Na dalších schůzkách se snažil PA spolu s A.M. sestavit rehabilitační plány a stanovit rehabilitační cíle. V této fázi vycházeli z výsledků mapování. Níže jsou uvedeny obsahy rehabilitačních plánů a popis práce při jejich realizaci.

Dlouhodobý rehabilitační plán:

Zahájení rehabilitačního plánu: 20. 5. 2004

Ukončení rehabilitačního plánu: 21. 11. 2005

Dlouhodobý cíl zněl: „Chci pracovat na pozici skladníka na plný úvazek do 1 roku.“

Překážky k dosažení cíle: A.M. neumí napsat životopis, má strach z pracovních pohovorů, neví kde a jak vyhledávat pracovní nabídky.

Specifické díle: „Chci odbourat strach z pracovních pohovorů a nacvičit si komunikaci do půl roku.“

„Chci se naučit psát strukturovaný životopis do dvou měsíců.“

„Chci se naučit aktivně vyhledávat pracovní nabídky.“

Vyhodnocení: Cíl se podařilo naplnit. A.M. nastoupil dne 1. 12. 2005 na místo skladníka v OD Kaufland.

Specifický rehabilitační plán I.:

Zahájení rehabilitačního plánu: 20. 5. 2004

Ukončení rehabilitačního plánu: 20. 10. 2004

Specifický cíl: „Chci odbourat strach z pracovních pohovorů a nacvičit si komunikaci do půl roku.“

Kroky k jeho dosažení: nacvičování komunikace formou vedeného rozhovoru na schůzkách s PA → hodnocení komunikace po 14 dnech po dobu 2 měsíců.

Vyhodnocení: A.M. se podařilo tento cíl naplnit, na společných schůzkách s PA trénovali komunikační strategie a komunikaci při vedeném rozhovoru. Procvičovali si otázky a odpovědi, které mohou zaznít při pohovorech. A.M. se velmi aktivně zapojoval do nácviků komunikace. Postupně se odboural jeho strach z pohovorů a nacvičil si také běžnou komunikaci.

Specifický rehabilitační plán II.:

Zahájení rehabilitačního plánu: 20. 5. 2004

Ukončení rehabilitačního plánu: 20. 6. 2004

Specifický cíl: „Chci se naučit aktivně vyhledávat pracovní nabídky do jednoho měsíce.“

Kroky k jeho dosažení: PA zmapuje po dobu 1 týdne možnosti vyhledávání pracovních míst, na společné schůzce po té předá výsledky mapování A.M., a ten si pak bude nacvičovat za pomoci PA aktivní vyhledávání pracovních nabídek.

Vyhodnocení: Tento cíl se podařilo naplnit. PA zmapoval možnosti vyhledávání pracovních míst. Na společné schůzce, po předání výsledků mapování, si A.M. již sám úspěšně zkoušel vyhledávat pracovní nabídky v různých periodikách a na internetu. Seznam těchto periodik a webových stránek mu předal PA.

Specifický rehabilitační plán III.:

Zahájení rehabilitačního plánu: 20. 5. 2004

Ukončení rehabilitačního plánu: 20. 7. 2004

Specifický cíl: „Chci se naučit psát strukturovaný životopis do dvou měsíců.“

Kroky k jeho dosažení: seznámení s formou a obsahem strukturovaného životopisu, nácvik psaní strukturovaného životopisu

Vyhodnocení: Tento cíl se podařilo naplnit. PA poskytl A.M. nejprve základní informace o obsahu a formě strukturovaného životopisu. A.M. poté začal spolu s PA pracovat na nácviku psaní životopisu. Po nácviku byl již A.M. schopný sám napsat svůj strukturovaný životopis.

6.2.3 Případová kasuistika č. 3

Osobní anamnéza: Jedná se o ženu, M.K., ve věku 32 let.

Rodinná anamnéza: vdaná, má dva syny (8 a 10 let), žije s manželem a dětmi v rodinném domě na vesnici. S manželem i dětmi vychází velmi dobře. Rodiče již nežijí.

Zdravotní anamnéza: diagnóza F 20.0 Paranoidní schizofrenie, poslední hospitalizace proběhla v období od 20. 3. 2003 – 25. 6. 2003, celková délka psychiatrické léčby jsou tři roky, převažující klinický stav v posledních třech měsících – nekvalitní remise. Léky – Moditen, Ciserdinol, Rivotryl.

Vzdělání: SŠ, obor zahradnice

Pracovní anamnéza: M.K. má PID, naposled pracovala před čtyřmi lety jako keramička po dobu jednoho roku, z práce kvůli zhoršujícímu zdravotnímu stavu odešla.

Fáze vstupu do služby: M.K. dostala kontakt na Sdružení Práh od svého psychiatra. Měla již konkrétní zakázku, potřeboval pomoci s nalezením pracovního místa. M.K. byla v Centru denních služeb domluvena schůzka s vedoucím služby PZ a pracovním asistentem na 3. 3. 2005. Ti jí na schůzce poskytli základní informace o službě a byla s ní také podepsána dohoda O poskytnutí služby.

Fáze mapování: Na další schůzce, na které byl přítomen PA a M.K. probíhalo mapování. PA zjistil, že M.K. má zájem o práci zahradnice. O práci má zájem zejména proto, aby si mohla přivydělávat peníze a chtěla by být také více v kontaktu s lidmi. PA se s M.K.

domluvil, že by bylo vhodné vzhledem k jejím požadavkům nacvičení pracovních dovedností, aby docházela na nácviková místa do tréninkové kavárny Sdružení Práh.

Fáze stanovování cíle a plánování: Na dalších schůzkách se snažil PA spolu s A.M. sestavit rehabilitační plány a stanovit rehabilitační cíle. V této fázi vycházeli z výsledků mapování.

Dlouhodobý rehabilitační plán:

Zahájení rehabilitačního plánu: 11. 2. 2005

Ukončení rehabilitačního plánu: 11. 7. 2006

Dlouhodobý cíl zněl: „Chci pracovat jako zahradnice na plný úvazek do 1,5 roku.“

Překážky k dosažení cíle: neudržení si pracovní doby, neschopnost vstávat do práce na ranní hodiny

Specifické díle: „Chci zvládnout 8-hodinovou pracovní dobu od PO-PÁ.“

„Chci se naučit docházet do práce na 9 hodinu ranní.“

Vyhodnocení: A.M. si sice nenašla místo zahradnice, ale místo prodavačky v potravinách, přesto je však s průběhem rehabilitace a s jejím výsledkem velmi spokojená. Takže cíle z pohledu A.M. podařilo splnit.

Specifický rehabilitační plán I.:

Zahájení rehabilitačního plánu: 12. 2. 2004

Ukončení rehabilitačního plánu: 15. 2. 2006

Specifický cíl: „Chci zvládnout 8-hodinovou pracovní dobu od PO-PÁ a to do 1 roku.“

Kroky k jeho dosažení: po dobu prvních třech měsíců bude M.K. docházet do kavárny na tři dny v týdnu (PO, ÚT, ST) a to na pět hodin denně. Po dobu dalších 4 měsíců bude M.K. docházet do kavárny na pět dní v týdnu na 6 hodin denně. Po dobu zbylých třech měsíců bude docházet do kavárny na pět dní v týdnu na 8 hodin denně. V únoru 2006 proběhne celkové zhodnocení docházky.

Vyhodnocení: Tento cíl se podařilo také naplnit. M.K. byla samostatná, velmi aktivní při plnění tohoto cíle. Postupné navyšování pracovní doby ji nečinilo žádné větší potíže.

Specifický rehabilitační plán II.:

Zahájení rehabilitačního plánu: 20. 5. 2004

Ukončení rehabilitačního plánu: 20. 6. 2004

Specifický cíl: „Chci se naučit docházet do práce na 8 hodinu ranní a to do 2 měsíců.“

Kroky k jeho dosažení: do 14-ti dnů zmapuje PA jakým způsobem se klient budí, jak vstává, jaké činnosti ráno vykonává. Zda je možné tedy nějakým způsobem čas vstávání posunuto o hodinu dopředu. V dalším kroku vypracuje pracovník s klientem postup dřívějšího vstávání

podle kterého se poté bude klient další měsíc řídit. A v posledním kroku si pracovník s klientem do 14-ti dní určí kdy v týdnu bude klient kavárnu navštěvovat na 8.00.

Vyhodnocení: tento cíl se také podařil splnit, nejprve dělalo M.K. problémy vstávat dle sestavovaného harmonogramu, ale během dvou týdnů mu již ranní vstávání nečinilo potíže. Klient byl po nácviku již schopen docházet každý den na 8.00 do kavárny.

6.3 Vyhodnocení kasuistik

Uvedené kasuistiky č. 1, 2, 3 byly vybrána a to s ohledem na shodné nebo podobné sledované prvky, aby je bylo možné vyhodnotit, případně porovnat.

Sledovaný objekt: Jednalo se o klienty Sdružení Práh, kteří využívaly jeho službu Podporovaného zaměstnávání. Všichni tři sledovaní klienti měli diagnózu F 20.0 Paranoidní schizofrenii. U všech těchto klientů došlo vlivem této psychické nemoci ke snížení pracovních schopností, které vyústilo až k získání PID.

Důvod vstupu do služby: Všichni klienti přišli již s konkrétní zakázkou. Potřebovali pomoci s nalezením místa na otevřeném trhu práce. Také si potřebovali nacvičit nebo pomoci obnovit dovednosti nutné k výkonu určitého druhu povolání.

Rehabilitační cíle a plány: Dlouhodobé rehabilitační cíle se týkali vždy nalezení pracovního místa na otevřeném trhu práce. Z nich sestavené specifické cíle směřovali k nacvičení různých dovedností, jako jsou brzké ranní vstávání, aktivní vyhledávání pracovních nabídek, osmihodinová pracovní doba, atd. Rehabilitační cíle a plány jsou jak pro klienty, tak pro pracovníky velmi důležité. Dávají jim směr, jakým se má ubírat celá společná práce.

Důvod poptávky pracovních míst: Ve všech třech kasuistikách byl důvod pro nástup do práce finanční výdělek a také větší možnost kontaktu s lidmi.

Úspěšnost plnění plánů a cílů: Cíle a tím i plány byli vždy splněny. Těmto klientům nečinilo naplnění cílů žádné větší obtíže. V praxi tomu však vždy tak nebývá, někdy se nepodaří splnit daný cíl, nebo se PA s klientem domluví na změně stávajícího cíle.

Spolupráce s klientem: Ve všech třech kasuistikách se klienti zapojovali sami velmi aktivně do společné práce s PA. Ve všech fázích PSR, ať už šlo o mapování, stanovování cíle a jeho realizaci, závisela úspěšnost práce zejména na aktivním zapojení klienta.

Důvod ukončení spolupráce: Důvodem ukončení spolupráce byl fakt, že si klienti našli pracovní místo na otevřeném trhu práce a k jeho udržení již nepotřebovali služeb PZ. Stav, kdy klient nepotřebuje služby PZ, protože je již samostatný, je tím nejideálnějším důvodem pro ukončení poskytování této služby.

6.4 Shrnutí kasuistické části

Na těchto případových kasuistikách jsem chtěla poukázat nato, jakým způsobem může být psychosociální rehabilitace využívána v konkrétních případech ve službách PZ. Kasuistiky tak přinášejí pohled na možný vývoj a průběh spolupráce klientů s PA.

ZÁVĚR

Závěrem této práce bych ráda uvedla některé důležité poznatky, které vyplynuly z mého výzkumu při psaní této bakalářské práce a z mé jeden a půl roční práce ve Sdružení Práh.

Myslím si, že psychiatrická rehabilitace se v ČR po roce 1989 a zejména v posledních letech velmi zlepšila. Nicméně organizací, které nabízejí služby pro duševně nemocné klienty a pracují přitom metodou psychosociální rehabilitace, není ještě natolik, aby mohli nabídnout své služby všem těmto klientům, kteří by tyto služby rádi využívaly. Například v Brně a v okolí je jen Sdružení Práh, které nabízí výše zmiňované služby. Takže zcela nedokáže pokrýt poptávku všech zájemců o tyto služby.

Co se týče zaměstnávání psychicky nemocných klientů, objevují se zejména v posledních letech snahy o zajištění rovnoprávného postavení handicapovaných s majoritní společností. Bohužel jsem se při své práci setkala také s klienty, kteří se rádi učili novým dovednostem a toužili po pracovním uplatnění, ale cesta vedoucí k získání zaměstnání byla narušena neochotou zaměstnavatelů takto psychicky nemocného člověka zaměstnat. I když první služba podporovaného zaměstnávání vznikla již před více než deseti lety, tak doposud je větší množství nabídky těchto služeb pouze v Praze a v ostatních částech republiky je velmi malá variabilita těchto služeb.

Jak metoda psychosociální rehabilitace, tak služba podporovaného zaměstnávání pomáhá klientům s psychiatrickou diagnózou v začlenění do společnosti. Pro úspěšné začlenění je však důležitá nejen rozšířenost výše zmiňovaných služeb, ale také destigmatizace. K destigmatizaci by měli přispívat samotné NNO, podáváním informací veřejnosti o svých službách, o duševních nemocech, pořádáním různých destigmatizačních akcí, atd.

Byla bych také velmi ráda, kdyby tato práce přispěla k informovanosti veřejnosti a tím by alespoň nepatrným dílem přispěla k destigmatizaci a k zintenzivnění humanitního cítění naší společnosti.

Seznam literatury

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

JOHNOVÁ, M. *Standardy podporovaného zaměstnávání*. Praha : ČUPZ, 2006. ISBN neuvedeno.

KREJČÍŘOVÁ, O.; MEDVECOVÁ, A.; OPATŘILOVÁ, D. aj. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. Praha : Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-1-7.

NOVÁK, P.; PACHTOVÁ, M.; SKUČKOVÁ, J. *Pracovní rehabilitace: Příručka k programům pracovní rehabilitace*. Praha : Fokus Praha, 1999. ISBN neuvedeno.

PFEIFFER, J. et al. *Moderní psychiatrie a komunitní péče*. Praha : Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2001. ISBN neuvedeno.

PLESNÍK, V.; FALDYNOVÁ, Z.; et al. *Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob se zdravotním postižením zpět do pracovního procesu*. Olomouc : Epava, 2004. ISBN neuvedeno.

PROBSTOVÁ, V. Rehabilitace: včera, dnes a zítra. *OBAX*, 2003, roč. 1, č. 1, s. 5 – 8.

Storm Rehabilitatie [online]. Utrecht: Storm Rehabilitatie, © 2003 [cit. 2006-09-13]. Dostupné na WWW: <<http://www.stormrehabilitatie.nl>>.

STYX, P. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno : Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. rozšíř. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

VITÁKOVÁ, P. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. Praha : Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-0-9.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

WILKEN, J.P.; HOLLANDER, D.d. *Comprehensive approach of psychosocial rehabilitation*.
Bilthoven : STORM Rehabilitatie, 1999. ISBN neuvedeno.

Seznam příloh

Příloha I – Seznam NNO pracující metodu PSR.....	46
Příloha II – Vzor dotazníku pro šetření pracovní motivace.....	47
Příloha III – Vzor dotazníku pro uchazeče o služby PZ.....	48
Příloha IV – Vzor dlouhodobého rehabilitačního plánu.....	49
Příloha V – Vzor specifického rehabilitačního plánu.....	50

Příloha I – Seznam NNO pracující metodu PSR

Zde uvádím pro zajímavost také tabulku se seznamem organizací působící v ČR, které pracují s klienty metodou psychosociální rehabilitace. V tabulce můžeme vidět, že z deseti organizací, které využívají při práci tuto metodu, jsou čtyři z Prahy. V ostatních částech ČR je tedy velmi malé zastoupení této metodiky.

Název organizace	Sídlo organizace	Webové stránky organizace
Fokus Praha	Doláková 24 180 00 Praha 4	www.fokus-praha.cz
Fokus Vysočina	Rozkošská 2331 580 01 Havlíčkův Brod	www.fokus-vysocina.cz
Fokus Mladá Boleslav	Ptácká 138 293 01 Mladá Boleslav	www.fokus-mb.cz
Fokus Liberec	Nezvalova 662 460 15 Liberec 15	www.volny.cz/fokus-myklub
o.s. ESET – HELP	Vejvanovského 1610 149 00 Praha 4 - Jižní Město	www.esethelp.cz
Nadace Bona	Pod Čimickým hájem 177/1 181 00 Praha 8 – Bohnice	www.nadacebona.cz
o.s. Green Doors	Pujmanové 1219/8 140 00 Praha 4	www.greendoors.cz
Sdružení Práh	Tuřanská 12 620 00 Brno	www.prah-brno.cz
Péče o duševní zdraví	Kyjevská 44 532 09 Pardubice	www.pdz.cz
Pěkná modrá	Soukupova nám. 91 Doubravice nad Svitavou	www.peknamodra.com

Příloha II – Vzor dotazníku pro šetření pracovní motivace

ŠETŘENÍ PRACOVNÍ MOTIVACE

Jméno zájemce o službu:

Jméno pracovníka:

Schůzka proběhla dne:

1. Pracovní anamnéza

- Jaká je Vaše původní profese, jak dlouho jste ji vykonával/la?
- Kdy jste naposledy pracova/a a jaké bylo Vaše poslední zaměstnání?
- Z jakého důvodu zaměstnání skončilo?
- Jaké povolání by jste rád/a vykonával/a v budoucnosti?

2. Motivace pro užívání služby PZ

- Na základě čeho jste se rozhodl/a ucházet o službu PZ (sám/a, rodina, lékař....)?
- Vyvíjel/a jste i jinou aktivitu k hledání zaměstnání (jakou, jakého)?

3. Očekávání

- Čeho byste chtěl/a v oblasti práce dosáhnout?
- Co očekáváte od pracovních asistentů?
- Jaké schopnosti a dovednosti z oblasti práce byste se chtěl/a naučit, nebo se v nich zdokonalit?

Podpis zájemce o službu:

Příloha III – Vzor dotazníku pro uchazeče o služby PZ

DOTAZNÍK PRO UCHAZEČE O SLUŽBY PZ

Jméno a příjmení	
Datum narození.	
Adresa trvalého bydliště	
Současný pobyt.	
Mobilní telefon č	Jiné tel. číslo

Dokončené vzdělání			
Vzdělání a kurzy			
Doba uplynutá od posledního zaměstnání			
Dosavadní pracovní zkušenosti (brigády, zaměstnání – datum a délka vykonávání)			
Jazykové znalosti			
Práce s PC			
Řidičský průkaz			
Jiné dovednosti (např. psaní na stroji, účetnictví....)			
Druh práce o kterou má uchazeč zájem			
Časové aspekty			
Dnů v týdnu		hodin denně	
Práce na směny (vyhovující zaškrtněte)	ano	ne	
Začátek pracovní doby	konec pracovní doby		
Fyzické aspekty (práce ve výškách, u strojů, pouze v sedě, aj.)			
Sociální aspekty (velikost kolektivu, věk, aj.)			
Zdravotní omezení (alergie, epilepsie, aj.)			
Preferovaná lokalita pracoviště			
Způsobilost k právním úkonům (vyhovující zaškrtněte)	ano	ne	
Invalidní důchod	nemám	ČID	PID: typ A typ B
Registrace na ÚP	ano	ne	
Průkaz	TP	ZTP	ZTP/P
Poznámky			
Níže uvedeným podpisem dále stvrzuji, že jsem byl/a sociálním pracovníkem informován/a o shromažďování a uchovávání osobních a citlivých údajů o mé osobě a jejich rozsahu. Zároveň souhlasím s tím, že tyto údaje mohou být využity k práci pracovníků Sdružení Práh pro účely statistické, vědecké a pro účely archivnictví.			
Datum:		Podpis klienta:	

Příloha IV – Vzor dlouhodobého rehabilitačního plánu

Dlouhodobý rehabilitační plán

Jméno klienta:

Jméno pracovníka:

Datum zahájení rehabilitačního plánu:

Datum ukončení rehabilitačního plánu:

Rehabilitační cíl:

Jak poznám, že je již rehabilitační cíl naplněný:

Překážky:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Krátkodobé cíle:

add 1.

add 2.

add 3.

Podpisy:

Příloha V – Vzor specifického rehabilitačního plánu

Specifický (krátkodobý) rehabilitační plán č. X

Jméno klienta:

Jméno pracovníka:

Datum zahájení rehabilitačního plánu:

Datum ukončení rehabilitačního plánu:

Rehabilitační cíl:

Krok. č. 1

Krok č. 2

Krok č. 3

Krok č. 4

Krok č. 5

Podpisy:

ABSTRAKT

KRIŠTOFOVÁ, M. *Využití psychosociální rehabilitace u schizofreniku v oblasti podporovaného zaměstnávání*. České Budějovice 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie a sociologie. Vedoucí práce. J. Polívka.

Klíčové pojmy: psychosociální rehabilitace, holandská škola STORM, podporované zaměstnávání, schizofrenie, Sdružení Práh, rehabilitační plány, fáze rehabilitace

Práce se zabývá psychosociální rehabilitací a to zejména metodikou psychosociální rehabilitace holandské školy STORM a jejího konkrétního využití v podporovaném zaměstnávání. Teoretická část podává základní informace o historii rehabilitace, dále se zabývá již samotnou metodikou psychosociální rehabilitace. Seznamuje s jednotlivými fázemi této metodiky a s rehabilitačními plány. Obsahuje také stručnou charakteristiku schizofrenie. Dále se zabývá podporovaným zaměstnáváním, jeho historií, stavem podporovaného zaměstnávání v ČR a ve světě.

Praktická část obsahuje informace o Sdružení Práh, jeho aktivitách a popisuje konkrétní práci s klientem metodou psychosociální rehabilitace ve službě PZ. Dále se zde nacházejí tři kasuistiky klientů tohoto sdružení, na kterých můžeme vidět již konkrétní postup práce ve službě PZ, při kterém byla použita metoda psychosociální rehabilitace.

ABSTRACT

The use of psychosocial rehabilitation of schizophrenics in supported employment

Keywords: psychosocial rehabilitation, Dutch school STORM, supported employment, schizophrenics, the Práh society, rehabilitation plans, and the phases of rehabilitation.

This thesis deals with psychosocial rehabilitation itself and especially the STORM school methodology of psychosocial rehabilitation and its use in supported employment. The theoretical part is considered to outline the history of rehabilitation and the methodology of psychosocial rehabilitation, and to introduce particular parts of this methodology and the plans of rehabilitation, and as well to characterize the basic features of schizophrenia. It also focuses on the issue of supported employment, its history, and the contemporary local (Czech) and world situation.

The practical part contains some information about the Práh society and its activities, and describes specific approaches towards clients via psychosocial rehabilitation in supported employment. The following part presents three case reports of Práh society clients that show the particular progress of work in supported employment with the use of psychosocial rehabilitation.

JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
TEOLOGICKÁ FAKULTA
knihovna
Kněžská 8
370 01 Budějovice