



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Specifika sociální práce s jednotlivcem

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Silvie Havlíčková

Vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Specifika sociální práce s jednotlivcem jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

(podpis)

Poděkování

Ráda bych vyjádřila poděkování doc. PhDr. Davidu Urbanovi Ph.D., za odborné vedení, čas a ochotu řešit náměty a připomínky při zpracování diplomové práce.

Specifika sociální práce s jednotlivcem

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřená na problematiku specifik sociální práce s jednotlivcem. Jelikož se jedná o velice rozsáhlé téma a obtížně uchopitelné pro dotazované, došlo k užšímu zaměření, a to na oblast duševního zdraví/onemocnění. Teoretická část je rozdělena do dvou sekcí. V první je k nalezení popis duševních onemocnění pro základní přehlednost a vytvoření si obrázku práce u této cílové skupiny. Druhá část je orientována na sociální činnost, problematiku péče o duševně nemocné a v neposlední řadě Reformu psychiatrické péče, kdy vznik Center duševního zdraví (dále jen CDZ) souvisí i s úpravou práce sociálních pracovníků, metodik a přístupu.

Praktická část byla vytvořena na základě kvalitativního výzkumu, pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky, se zaměřením na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. V důsledku vytvoření CDZ ve FOKUSU Vysočina z.ú. a spolupráci se zdravotním sektorem, tedy i s Psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod, došlo k realizaci výzkumu na Havlíčkovobrodsku jako spádové oblasti.

Cílem práce je popsat specifika sociální práce sociálních pracovníků na Havlíčkovobrodsku s lidmi s duševním onemocněním (s jednotlivcem). Pomocí výzkumné otázky: Jaká specifika uvádějí sociální pracovníci při práci s jedinci s duševním onemocněním a zjistit jak vnímají práci u této cílové skupiny.

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že mezi nejčastěji využívané specifické teorie a techniky patří rozhovor, aktivní naslouchání, krizová intervence a přístup orientovaný na klienta. Dále v oblasti bydlení, financí, vztahů a v samotném duševním onemocnění. Pracovnice neziskového úseku vidí specifikum i ve spolupráci se zdravotním sektorem, která je nezbytná při práci v CDZ a přístupu Recovery (metoda CARE)

Klíčová slova

Duševní onemocnění; specifika sociální práce; reforma psychiatrické péče; jedinec

Specifics of social work with the individual

Abstract

The diploma thesis is focused on the problem of the specific features of working with an individual. As this is a very wide topic difficult to grasp for the interviewees, a narrower focus was created, on the area of mental health/illness. The theoretical part is divided into two sections. In the first one, a description of mental illness is found, to permit basic clarity and the imagination of working with this target group. The second part focuses on social activity, on the problem of caring for the mentally ill, and last but not least on the Reformation of psychiatric care, when the origin of Mental Health Centers (further mentioned as MHC) is related also to the adjustment of the work, methodology and approach of social workers.

The practical part was created based on a qualitative research, via a semi-structured interview with workers, focusing on social work with mentally ill people. Due to creating an MHC in FOKUS Vysočina Region and via cooperating with the medical sector, i.e. also the Psychiatric Hospital in Havlíčkův Brod, the survey was implemented in the Havlíčkův Brod area serving as a catchment area.

The aim of this thesis is to describe specific features of social work from social workers' side working with mentally ill people (individuals) in the Havlíčkův Brod area. Using the research question: What specific features do social workers claim when working with mentally ill individuals.

The executed research has proven that the specific theories and techniques used most include the interview, active listening, crisis intervention and the approach focused on the client. Further in the area of housing, finance, relationships, and the mental illness itself. The non-profit sector workers see a specific feature in cooperating with the medical sector, necessary for working in MHC and in the Recovery approach (the CARE method).

Key Words

Mental illness; specific features of social work; psychiatric care reform; individual

OBSAH

1	SOUČASNÝ STAV	10
1.1	PROBLEMATIKA OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	10
1.1.1	<i>Organické poruchy včetně symptomatických F0</i>	11
1.1.2	<i>Poruchy duševní poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek F1</i>	11
1.1.3	<i>Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy F2</i>	12
1.1.4	<i>Afektivní poruchy (poruchy nálady) F3; Neurotické a somatoformní poruchy F4</i>	14
1.1.5	<i>Syndrom poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F5; Poruchy osobnosti a chování u dospělých F6</i>	15
1.1.6	<i>Mentální retardace F7; Poruchy psychického vývoje F8 a Poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání F9</i>	16
1.2	NÁMĚTY TEORIÍ A METOD V SOCIÁLNÍ PRÁCI S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	17
1.2.1	<i>Sociální psychiatrie</i>	17
1.2.4	<i>Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné trpící schizofrenií</i>	30
1.2.5	<i>Specifické potřeby duševně nemocných</i>	31
1.2.6	<i>Reforma psychiatrické péče</i>	33
2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	36
2.1	CÍL PRÁCE.....	36
2.2	VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	36
3	METODIKA	37
3.1	METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	37
3.2	ZKOUMANÝ SOUBOR.....	38
4	VÝSLEDKY	39

4.1	VÝSLEDKY KÓDOVÁNÍ.....	40
5	DISKUZE	62
6	ZÁVĚR	69
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	71

Úvod

Pracuji jako sociální pracovnice v neziskové organizaci, která se zabývá rehabilitací lidí s duševním onemocněním. Pro svou práci jsem si tedy zvolila téma specifika sociální práce s jednotlivcem s duševním onemocněním na Havlíčkobrodsku. S touto problematikou se setkávám denně ve své praxi, proto je mi toto téma velice blízké. Cílová skupina je zastoupena sociálními pracovníky, kteří přímo vykonávají práci s lidmi s duševním onemocněním.

Problematika péče lidí s duševním onemocněním je velice rozsáhlá. Od roku 2013 dochází v České Republice k Reformě psychiatrické péče ve všech sektorech. Dle reformy by mělo dojít k vytvoření tzv. Center duševního zdraví (CDZ). Od roku 2015 byl dle plánu stanoven provoz těchto center. V současné době je strategie, neboli realizace ve formě CDZ ve zpoždění. Právě nezisková organizace FOKUS Vysočina, z.ú. (dále FOKUS Vysočina) ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod a ambulantními psychiatry se snaží o začínající praxi CDZ, ještě před jejich zahájením. Je tedy na místě se tomuto aktuálnímu tématu věnovat.

Cílem práce je popsat specifika sociální práce, sociálních pracovníků na Havlíčkobrodsku s lidmi s duševním onemocněním (s jednotlivcem). Pomocí výzkumné otázky zjistit, jaká specifika vnímají sociální pracovníci během praxe. Jaký je jejich pohled na cílovou skupinu z jejich postavení v péči o duševně nemocné.

Péče o duševně nemocné je velice stigmatizační téma. Jedná se o systém, ve kterém by měl kooperovat sociální systém se zdravotním. V důsledku rozdílnosti těchto sektorů, jak v oblasti jejich financování, tak v přístupech k cílové skupině, nedochází ke spolupráci v takové míře, jak by bylo žádoucí.

Ze zahraničí stále více přicházejí podoby péče o duševně nemocné, nejčastěji nahlížíme na holandský systém, který je zaměřen na Recovery (zranitelnost a úzdravu) a spolupráci s peer konzultanty. Jedná se o pracovní pozici (dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách) - pracovníka v sociálních službách, který ale má svou osobní/bezprostřední zkušenost s duševním onemocněním, prochází procesem uzdravy a má náhled na své onemocnění. Jde o nedoceníitelného člena týmu. Tento pracovník

pracuje se svým osobním příběhem úzdravy a tedy klientům může nabídnout něco, co sociální pracovník, ani zdravotní pracovník nedokáže. Proto je dle mého názoru důležité se v současné době touto problematikou zabývat, jelikož oba rezorty (sociální, zdravotní) jsou v důsledku úpravy legislativy a reformy nabádání ke spolupráci. Čili nabádání k vytvoření úplně nové struktury péče o duševně nemocné.

1 Současný stav

Matoušek et al., (2005) uvádí, že lidé s psychickými problémy potřebují od sociálního pracovníka cílenou pomoc, tj. informace v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního, rodinného práva a pomoc s problémy v těchto sférách či specifické intervence (poradenství, rodinná psychoterapie). Komplexní zdravotně-sociální péči potřebují zejména ti lidé, jejichž fungování je kvůli duševním problémům omezeno ve více oblastech po delší dobu. Komplexnost jejich potřeb vyžaduje, aby kvalitní zdravotní a sociální služby poskytovali profesionálně zdatní jedinci za spolupráce jednotlivých složek péče na různých úrovních, např. tým, zařízení, region, stát (Matoušek et al., 2005).

V roce 2013 dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) bylo ošetřeno 603 205 tisíc pacientů, od roku 2000 se jedná o nárůst téměř 64 %. V roce 2012 zahájilo Ministerstvo zdravotnictví přípravu Strategie reformy psychiatrické péče, jde o završení dlouhodobé snahy odborné veřejnosti zahájit transformaci péče o duševně nemocné a přiblížit ji tak evropskému standardu (Hosák et al., 2015).

1.1 Problematika osob s duševním onemocněním

Podle mého profesního názoru pro představu a objasnění, bychom se měli v následujících kapitolách zaměřit na rozlišení duševního onemocnění. V následujících kapitolách dojde k rozdělení duševních poruch tak, jak je vnímají a rozdělují i sociální pracovníci, zabývající se touto problematikou. V každé kapitole zaměřené na stručný popis určitého duševního onemocnění získáme představu, čeho by se týkala sociální práce u této skupiny. Jelikož se tato práce nesoustředí na zdravotnickou část, bude toto rozdělení představovat jen základní pohled do této problematiky. Byl zde použit systém Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů (dále jen MKN). Tento systém je rozdělen

na určité oblasti a v první fázi označen velkými písmeny. Duševní onemocnění nalezneme pod písmenkem F (MKN).

1.1.1 Organické poruchy včetně symptomatických F0

Dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) můžeme pod tuto skupinu zařadit demenci u Alzheimerovy nemoci, vaskulární demenci, demenci u jiných nemocí zařazených jinde, neurčenou demenci, organický amnestický syndrom (který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami), delirium (které nebylo vyvoláno alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami), jiné duševní poruchy (způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí), poruchy osobnosti a chování (způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku) a neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha.

Češková et al. (2012) uvádí, že organické duševní poruchy tvoří skupinu, u které známe příčinu, přítomna je kognitivní dysfunkce s nejzávažnějším typem organické duševní poruchy je demence. Jedná se o syndrom vyvolaný chorobou mozku, objevují se mnohočetné poruchy vyšších mozkových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, úsudku, počítání, schopnosti učení, řeči a soudnosti (WHO). Češková a Prikryl (2013) uvádí, že Alzheimerova nemoc představuje 40-60 % demencí, výskyt se výrazně zvyšuje věkem a v ČR je celkový počet odhadován na sto tisíc. Také uvádí, že u nemocných s kognitivní poruchou je nutné získat údaje od pečovatелů, rodiny a příbuzných, protože nemocný se snaží příznaky, hlavně poruchy paměti, zamaskovat.

1.1.2 Poruchy duševní poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek F1

Pod tuto skupinu řadíme „závislosti“. Dle WHO nalezneme poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním: alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, jiných stimulantů, včetně kofeinu, halucinogenů, tabáku, prchavých

rozpuštěl, více drog a jiných psychoaktivních látek. V současné době je na postupném rozkvětu řešení problematiky duševního onemocnění a závislosti, řečeno jako duální diagnóza (Fox et al., 2011).

Závislost přivádí postiženého člověka do tělesné, psychické a sociální bída a vede často k předčasné smrti, ničí důstojnost, protože narušuje sebeúctu a rozvrací akceptování takového člověka sociální sítí (Rahn a Mahnkopf, 2000).

Fox et al. (2011) rozlišuje pojem zneužívání látek, což znamená, že klienta doposud neovládá psychický a fyziologický syndrom závislosti, naopak pojem závislost na látkách již představuje ztrátu kontroly nad užíváním látek a cítí silné nutkání vyhledat intoxikaci navzdory negativním následkům. Motivem prvního užití může být zvědavost, snaha dosáhnout příjemné změny psychického stavu, nebo naopak snaha zmírnit existující nepříjemné pocity, kdy motivem opakovaného užití jsou příjemné změny psychického stavu, postupně se však užívá, aby se necítil nepříjemně (Hosák et al., 2015)

1.1.3 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy F2

Do této skupiny řadíme schizofrenii, schizotypální poruchu, poruchy s trvalými bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukované poruchy s bludy, schizoafektivní poruchy, jiné neorganické psychotické poruchy a neurčené neorganické psychózy (MKN). Jedná se o závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost jedince vnímat správné podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě, zasahuje hluboko do osobnosti a také do jeho vztahů s okolím (Raboch et al., 2012). Bankovská Motlová et al. (2012) uvádí, že onemocnění schizofrenního okruhu se vyznačují pestrostí příznaků, průběhových variant i prognostickou nejistotou, kdy bludy, halucinace, dezorientace myšlení, řeči a chování, poruchy emotivity, motorika kognitivních funkcí jsou nejčastější příznaky tohoto onemocnění. Dle Michalíka et al. (2011) jsou schizofrenní poruchy a poruchy s bludy nejzávažnějšími duševními poruchami, kterými trpí přibližně 1% populace, přičemž nejrizikovější věk pro nástup onemocnění je od 16 do 25 let.

V souvislosti se schizofrenií se hovoří o halucinacích, které jsou nejzávažnější poruchou smyslového vnímání. Jedná se o klamné vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu a o jejich realitě je jedinec dokonale přesvědčen (Zvolský et al., 2003). Ve své praxi jsem se nejvíce setkala s halucinacemi - sluchové (hlasy, různé zvuky, hučení, aj.), zrakové (osoby, zvířata, mystické bytosti, aj.), čichové, ale i chuťové a tělesné. Mimo halucinace je blud také častou součástí schizofrenního onemocnění, jedná se o poruchy myšlení - chorobná a nevyvratitelná představa (Michalík et al., 2011) Neurokognitivní schopnosti, jako paměť, pozornost, exekutivní psychické funkce, představují významné předpoklady každodenního fungování jedince, kdy deficit těchto schopností vede k problémům ve fungování v komunitě, s osvojováním si nových zručností a taktéž k problémům při řešení sociálních skutečností (Hajduk et al., 2016). Češková a Příkryl (2013) se domnívají, že jedinec, který onemocní schizofrenií, má specifickou biologickou náchylnost (zranitelnost), která vlivem zátěže vyústí v manifestaci schizofrenních příznaků, náchylnost může být vrozená nebo získaná. O zranitelnosti již hovoří Raboch a Pavlovský (2012) v souvislosti zátěže a dispozice. Uvádí, že každý jedinec trpící schizofrenií si nese určitou míru dispozice čili zranitelnost – vulnerabilitu, která se pak v běžném životě setkává se zátěží, čili stresem. Jedinci jsou často odkázáni na život doma či v ústavech a potřebují celodenní péči rodiny, přátel či profesionálů, dá se říci, že u nemocných schizofrenií se třetina vyléčí (má třeba pouze jednu ataku a poté je zaléčen), jedna třetina má občasné epizody a jedna třetina trpí chronickými potížemi (Benson a Loon, 2005). V současné době se hovoří o uzdravování a zotavení, tento pojem nalezneme již ve Vágnerové (2014), která uvádí, že v tomto období pociťují nemocní paradoxně často smutek a prázdnotu. Lidé trpící schizofrenií by se měli adaptovat na reálný svět, což dle Vágnerové (2014) může být velice náročné, protože se po proběhlé akutní atace mohou cítit unavení a vyhaslí.

„Člověk se začíná čím dál více vzdalovat realitě, obvykle v pozdním dospívání či časně dospělosti, projevuje se nesmyslně či hloupě a přestává dbát o svůj zevnějšek.“ (Benson a Loon, 2005, str. 22).

1.1.4 Afektivní poruchy (poruchy nálady) F3; Neurotické a somatoformní poruchy F4

„Mánie je pestrý cirkusový stav postavený nad jámou deprese.“ (Kalina, 2001)

U těchto poruch je základní vlastností porucha efektivity nebo nálady směrem k depresi nebo k euforii. Patří sem manická fáze, bipolární afektivní porucha, depresivní fáze, periodická depresivní porucha, perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady), jiné afektivní poruchy a neurčená afektivní porucha (MKN). Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné situaci, narušuje jeho uvažování, chování i somatické funkce, kdy důsledkem jsou adaptační potíže a sociální selhávání, u každého se střídají období, kdy se cítí šťasten - je aktivní, optimistický a fáze smutku - pesimistický, vše se mu jeví obtížně (Vágnerová, 2014). Poruchy nálady patřily mezi nejdůležitější psychózy a jsou jedny z nejzávažnějších psychických onemocnění, která nás postihují, a co se týče depresí, tak jedny z nejfrekventovanějších poruch a prudce narůstající tendencí výskytu v současném světě (Michalík et al., 2011). Jedinci s mánií nebo smíšeným stavem jsou často akutně přijímáni ve vysoce agitovaném/neklidném stavu, ve kterém znamenají nebezpečí pro ostatní, ale i pro sebe. V praxi vyhledávají pomoc hlavně během deprese, která je často neodlišitelná od depresivní poruchy (Češková a Prikryl, 2013). Vágnerová (2014) uvádí, že rozvoj a průběh depresivní i bipolární poruchy může být různý, skutečnost, že jde o poruchu, si nemusí uvědomovat ani nemocný, ani jeho příbuzní. V případě deprese si nemocný negativní změny všimne, ale nemusí ji hodnotit jako projev choroby, občas jí chápe jako vlastní selhání, které mohl nějak ovlivnit (Vágnerová, 2014).

Dle MKN do skupiny F4 řadíme fobické úzkostné poruchy, jiné anxiózní poruchy, obsedantně-nutková porucha, reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, asociativní (konzervativní poruchy), somatoformní poruchy a jiné neurotické poruchy. Charakteristickým znakem je chronická nepřiměřená úzkost, projevuje se jako vyhrocené akutní ataky, iracionálním vystupňovaným strachem, který nemocní nejsou schopni ovládat, ale mají na nesmyslnost chování nadhled (Vágnerová, 2014). Úzkost se vyznačuje tím, že její příčina nemá konkrétní podobu a na rozdíl od strachu

je ovlivňována jak genetickými, tak psychogenními a sociálními faktory (Doušek, 2015). Dle Petra et al. (2014) se u obsedantně – kompulzivní poruchy opakují vtíravé myšlenky – obscese (obava z nějaké katastrofy), které jsou vnímány jako nesmyslné a zatěžující, není však schopnost je potlačit, a nutkavé akty – impulze, opakující se úkony, opakované mytí rukou, kontrolování. Průběh bývá dlouhodobý a chronický, postihuje stejně často muže jako ženy, začíná v dětství nebo rané dospělosti (Marková et al., 2006).

1.1.5 Syndrom poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory F5; Poruchy osobnosti a chování u dospělých F6

Dle MKN zde nalezneme poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku, sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí, duševní poruchy a poruchy chování související se šestinedělím (nezařazené jinde), psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo poruchami, abúzus a neurčené poruchy chování. Tato skupina zahrnuje poruchy, které souvisí s určitým patofyziologickým mechanismem, z nichž se jeví nejzávažnější poruchy příjmu potravy (Češková et al., 2012). Poruchy příjmu potravy jsou bio-psycho-sociálním onemocněním, nejčastěji vznikají v dospívání, nyní se rozvíjí častěji a onemocnění vzniká během několika měsíců a trvá v průměru šest let (Hosák et al., 2015). Vágnerová uvádí, že se jedná o patologickou změnu postoje k vlastnímu tělu, neadekvátní hodnocení jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývající narušení vztahu k jídlu, jedinci bývají nápadně koncentrováni na své tělo. Mezi poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii, mentální bulimii a další. Mezi krizové skupiny patří modelky, muži pracující v modelingu, baletky, vrcholové sportovkyně, zpěvačky a dospívající dívky (Procházka et al., 2014).

Do oddílu F6 se řadí specifické poruchy osobnosti, smíšené a jiné poruchy osobnosti, přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku, nutkavé a impulzivní poruchy, poruchy pohlavní identity, poruchy sexuální preference, poruchy psychické a chování související se sexuálním vývojem a orientací, jiné poruchy

osobnosti a chování u dospělých a neurčená porucha osobnosti (MKN). Osobnost znamená individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, utváří se během vývoje, projevuje se v sociálních vztazích, kdy vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti (Praško et al., 2015). Dle Vágnerové (2014) je porucha osobnosti definována jako trvalý vzorec extrémně vyhraněných osobnostních rysů, které vedou k poklesu pohody, tyto vlastnosti se projeví v odlišnosti citového prožívání, uvažování i chování (narušením spokojenosti a vztahu k sobě i ke světu). Praško et al. (2015) uvádí, že specifické projevy nejsou omezeny jen na určitý „spouštěcí podnět“, ale projevují se v širším okruhu osobních a sociálních situací. Dle Orela et al. (2009) se projevuje od dětství nebo dospívání nepružným, neadaptivním, podivínským nebo dysfunkčním chováním, kdy rysy jsou dlouhodobé, až trvalé a zpravidla obtížně ovlivnitelné.

1.1.6 Mentální retardace F7; Poruchy psychického vývoje F8 a Poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání F9

Dle MKN sem řadíme lehkou, středně těžkou, těžkou, hlubokou, jinou a neurčenou mentální retardaci. Mentální retardace je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, narušen je vývoj řeči, poznávacích, pohybových a sociálních schopností (Raboch a Pavlovský, 2012). Jedinci s mentální retardací mohou být postižení celou řadou duševních poruch (Valenta et al., 2012). V lehké mentální retardaci si lidé osvojí řeč, jsou nezávislí v osobní péči a praktických dovednostech, vývojově dosahují úrovně 12ti let, retardace se více začíná projevovat až při potřebě abstrakce, logického uvažování, předvídání nebezpečí či řešení problémových situací, dobrá bývá mechanická paměť (Pešová a Šamalík, 2006). Naopak u hluboké mentální retardace jsou jedinci převážně imobilní nebo výrazně omezeni v pohybu, jsou těžce omezeni v schopnosti rozumět požadavkům, či instrukcím, dosahují vývojové úrovně cca 3 let, tyto informace slouží pro představu, jaké formy se skrývají za pojmem mentální retardace (Bendová a Zikl, 2011).

Jelikož se tato práce nezaměřuje na dětskou psychiatrii, bude skupina F8 a F9 jen krátce popsána. Do tohoto sektoru patří specifické vývojové poruchy: řeči a jazyka, školních dovedností, motorických funkcí, smíšené, jiné, neurčené a pervazivní vývojové poruchy (MKN). Dále uvádí, že pod F9 řadíme hyperkynetické poruchy, poruchy chování, smíšené poruchy chování a emocí, emoční poruchy (se začátkem specifickým pro dětství), poruchy sociálních funkcí (se začátkem v dětství a dospívání), tiky, jiné poruchy chování a emocí (se začátkem obvykle v dětství a dospívání).

1.2 Náměty teorií a metod v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním

V dnešní době je na místě nahlížet na lidi s duševním onemocněním dle Praška et al. (2011), jako na konkrétního člověka, a ne jako na diagnózu. Také uvádí, že jedinec s podobnými problémy či diagnózou, má své originální charakteristiky a potřebuje kromě diagnózy, respekt a porozumění jeho originalitě.

1.2.1 Sociální psychiatrie

Jelikož termín sociální psychiatrie je obsažen v mnoha zdrojích, bylo by vhodné poznamenat, o co se přesně jedná. Dle Praška et al. (2011) se zabývá významem sociálního prostředí na vznik, vývoj, léčbu a udržování psychických poruch. Z tohoto popisu sociální psychiatrie vyplývá, jak je důležitá multidisciplinarita a Hejzlar et al. (2010) sděluje, že komunitní týmy nefungují jako multidisciplinární, a považuje je za jeden z mála nešťastných limitů sociální práce. Sociální psychiatrie vidí psychicky nemocného v jeho sociálních a ekologických vztazích (rodina, sociální skupiny, práce, volný čas, kulturní aktivity), v jeho psychosociálním rozvoji a v jeho individuální a konkrétní životní praxi (Češková et al., 2006). Dle Rabocha a Pavlovského (2012) zde nalezneme pojem stigma, které je znamením méněcennosti, které vede k odmítání jedince okolím a kdy zdrojem je tzv. nálepkování. Také uvádí boj proti stigmatizaci v ČR vznikem celonárodního programu a on-line poradnou (www.stopstigma.cz).

Stigmatizace odkazuje na stereotypní sadu negativních postojů, zavádějících přesvědčení a obav z diagnózy, které jsou ovlivněny tím, jak je tento syndrom chápán ostatními (Ocisková a Praško, 2015). Také uvádí, že pohled veřejnosti je utvářen nedostatkem znalostí, předsudky a diskriminujícím chováním a může být umocněn vědecky nepřesným důrazem na biogenetický model nemoci ze strany části odborníků Janoušková (2007). NUDZ – výzkumná zpráva (2016) uvádí, že role profesionálů, kteří jsou součástí užšího, či širšího systému péče o duševní zdraví, je zásadní, jednak coby experti ovlivňují názor veřejnosti a jednak tím, že jsou v každodenním kontaktu s lidmi s duševním onemocněním, významně ovlivňují jejich zdravotní/sociální situaci a případný rozvoj sebestigmatizace. Dle Probstové a Pěče (2014) je nejvhodnější cestou pro dosažení komplexní kooperující péče, spolupráce v multiprofesním týmu, v němž jsou svou odbornou specializací nezastupitelní rovněž sociální pracovníci, ale optimální týmová spolupráce je však u nás zabezpečena jen na některých místech a tam, kde není, by se měli sociální pracovníci snažit dosáhnout co nejefektivnější spolupráci se zdravotními pracovníky.

1.2.2 Sociální práce s jednotlivcem (individuální sociální práce, případová práce, Casework/ case management)

Pěč et al. (2009) uvádí, že se jedná o metodu koordinace služeb, způsobu práce s lidmi, jimž závažné duševní onemocnění způsobuje potíže v životě. Janoušková (2007) vymezuje individuální sociální práci jako práci sociálního pracovníka s jedním klientem, může zahrnovat jak jednotlivce, pár, či rodinu, kdy je kladen důraz na jednotlivce – individualitu. Dále uvádí, že se v současné době orientuje na klienta v prostředí – tedy na klienta v rodině, na jeho formální a neformální vztahy, jeho okolí a systém pomoci. Podobně vymezuje individuální práci Mahrová a Venglářová (2008), která hovoří o individualizaci, jako vyjádření jedinečnosti klientova problému. Souhrnem hlavních znaků jsou dle Pěče et al. (2009):

1. Získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta;

2. Plánování péče a podpory;
3. Uskutečňování plánu s využitím zdrojů klienta a jeho sociální sítě;
4. Monitorování dosažených výsledků;
5. Vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Dle Matouška et al. (2003), je zaměření na jedince v oblasti sociální práce zejména v problematice duševního zdraví, přestože je to přístup náročný z hlediska profesionální vybavenosti i osobnostních dispozic sociálního pracovníka, obecně jde o způsob věnovat soustředěnou pozornost člověku, jenž sociální službu potřebuje. Také uvádí, že základem případové práce je pochopení jedince, ale také porozumění rodině, komunitě, společnosti, kultuře a znalost těch sociálně – zdravotních služeb, které nabízejí možnost zbavit se nedůstojných životních podmínek. Případový pracovník musí dobře znát možnosti, nabídky nejrozličnějších institucí poskytujících sociální služby, stejně jako způsoby, jak s nimi komunikovat, zprostředkování potřebné služby je jedním z nejvýznamnějších úkolů případové práce (Matoušek et al., 2003). Pěč et al. (2009) rozdělují modely case managementu na:

- Brokerský model – podstata je zprostředkování služeb, práce na individuálním plánu, počet klientů na pracovníka podstatně vyšší než u ostatních modelů; není zdůrazněna potřeba týmové práce, intenzivního vztahu s klientem, asertivní nabídka podpory a pomoci;
- Klinický case management - case manažeři v tomto modelu poskytují sami (část služeb), důraz kladen na dovednosti a týmovou spolupráci, podstatou je zprostředkovat další potřebné služby pro klienta, individuální práce s klientem (členové týmu poskytují konzultace a vzájemnou zastupitelnost);
- Intenzivní case management - organizačně shodný s klinickým, důraz na podporu klienta v sociální síti, než orientace na řešení klinických otázek;
- Case management založený na silných stránkách klienta – organizační uspořádání stejné jako u intenzivního a klinického managementu, zásadní je rehabilitační přístup orientovaný na silné stránky klienta (nikoli na psychopatologii), význam přikládán práci s přirozenými zdroji klienta

v komunitě (rodina, přátelé, služby pro veřejnost atd.), pravidlo, že klient využívá specializovanou službu tehdy, pokud podpora nelze zajistit jinde;

- Asertivní komunitní léčba (ACT) – model určen pro menší část 10 – 20% dlouhodobě duševně nemocných s nejzávažnějšími problémy; cílem je zabránit psychiatrické hospitalizaci, zajistit kvalitní život v komunitě, intenzivní a komplexní podpora, služba poskytována multidisciplinárními týmy, parametrem je nepřetržitá dostupnost služby, není kladen důraz na zprostředkování dalších služeb, tým by měl být schopen zajistit většinu potřebné péče vlastními zdroji.

V případové práci jsou velice důležité kompetence pracovníka jako: komunikace, navazování a udržení vztahu, definování své role v pomáhajícím vztahu, pomáhat klientovi vyjádřit své emoce a postoje, sdílet s klienty emoce a postoje, pomáhat klientovi definovat problémy, hledání zdrojů pro řešení situace a koordinování jejich působení, práce s kulturními rozdíly a pomáhat hledat smysl života (Matoušek et al., 2013). Ten také označuje fáze případové práce: hodnocení potřeb klienta, hodnocení prostředí (z hlediska zdrojů pro uspokojení potřeb i překážek v uspokojování potřeb), hodnocení interakce mezi klientem a prostředím; plánování a poskytování služby; průběžné hodnocení s případnou úpravou plánu a závěrečné hodnocení případu.

Podobné rozdělení fází vnímá i Pěč et al. (2009), kteří je popisují takto:

- Navazování kontaktu a budování vztahu – v klinické praxi přichází klient sám vyhledat pomoc nebo je ve svém rozhodnutí omezen například nedobrovolnou hospitalizací, naproti tomu case manager získává zakázku z okolí klienta (nejčastěji od rodiny či ošetřujícího lékaře), je důležité popsat svoji roli, možnosti a získat důvěru klienta;
- Mapování potřeb klienta - neomezuje se na potřeby klienta, case manager by měl mít znalost v oblastech (potřeby, přání, požadavky; schopnosti, dovednosti a omezení; možná rizika a hrozby; získání podpory, jaké lze využívat zdroje a za jakých podmínek; příležitosti a omezení daná prostředím klienta), základním způsobem mapování je rozhovor, lze použít i formu strukturovaného rozhovoru,

dotazníky, specifické diagnostické nástroje jako například CAN – Camberwell Assessment of Needs → škála sociálního fungování;

- Stanovení cílů – klient může chtít: něco získat, dosáhnout, nějakého zlepšení; udržet současný stav; něco zásadně změnit; někdy je proces stanovení cílů snadný a rychlý (dojde k sjednocení pracovníka s klientem), ale může nastat zjištění po řadě neúspěšných intervencí, že cíl nebyl nastaven správně – potřeba jej upravit;
- Plánování – definování kroků vedoucí k dosažení cíle, jejich časové vymezení, určení odpovědnosti účastníků, měl by být písemný, ale není to podmínkou, měl by obsahovat termíny, které lze kontrolovat či vyhodnotit;
- Realizace plánu – postupy case managerů se mohou lišit v důsledku týmu, používané metody či díky technickému zázemí, realizace se může týkat: základních životních dovedností, rodinných vztahů, práce, bydlení, hospodaření, jednání s úřady, zdravotního stavu, medikace, zprostředkování služeb a poradenství;
- Hodnocení výsledků – kritéria pro hodnocení výsledku by měla být součástí plánu, mělo by dojít ke shodě klienta a case managera, hodnocení má probíhat společně – klient má rozhodující úlohu při hodnocení také jako u stanovení cílů;
- Ukončení služby – pravidla o končení se liší, může se jednat o uspokojivou stabilizaci situace klienta, klient další spolupráci odmítá, je agresivní, ohrožení sebevraždou, ale měla by být klientovi před ukončením zajištěna adekvátní podpora.

Sociální práce s klientem je vymezena v rámci typů intervencí, kdy rozlišujeme individuálně zaměřenou intervenci, intervenci v rámci skupiny, intervenci v rámci rodiny a komunitní práce a tedy při řešení problematiky jedince využíváme individuální sociální práce (Špiláčková a Nedomová, 2013). Dále uvádí, že metody nejsou striktně vázány na daný subjekt pomoci, jelikož jednotlivé typy intervencí se vzájemně prolínají, navazují na sebe a nemají ostré hranice, v činnosti mohou tvořit jeden celek.

Dle Pěče et al. (2009) můžeme určit hlavní zásady case managementu:

- Zaměření na zdravé silné stránky klienta více než na psychopatologii – diagnóza může klienta stigmatizovat, nevypovídá o jeho potížích, schopnostech a nadějích do budoucna, existence, intenzita a frekvence symptomů jsou významnými faktory, nikoliv ale jako schopnost fungovat klienta v sociálních vztazích;
- Podstatný je vztah klienta a case managera – významný je vztah nežli přesný plán intervencí, ve vztahu má case manager silnější roli (zpočátku), budování vztahu by mělo být na bázi postavení klienta jako partnera (ne jako pasivního příjemce pomoci) → intervence budou odpovídat skutečným klientovým potřebám, vztah se lépe udržuje, pokud samotný case manager poskytuje nějakou službu;
- Intervence jsou založené na klientových rozhodnutích – v důsledku práce s klienty trpící duševním onemocněním mohou nastat situace, kdy klient je nebezpečný sám sobě, případně okolí, case manager poté musí učinit rozhodnutí v zájmu klienta (rozpor s přáním klienta) → potřeba předcházet těmto situacím například vytvoření plánu, který zahrnuje v těchto případech klientovo přání a volbu;
- Asertivita intervencí – přehlednost case managera o klientově situaci, nemůže být spoleh na požádání pomoci směrem od klienta, například to, že se klient nedostavuje na schůzky, nemůže být důvodem k ukončení služby (potřeba klienta nalézt a nabídnout mu pomoc, pokud je jí třeba);
- Terapeutický optimismus – i lidi s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním, se mohou měnit, učit, zlepšovat → potřeba podpory v těchto procesech;
- Komunita je zdrojem podpory – pro naplnění klientových potřeb by měly být použity přirozené zdroje, potřeba smysluplně vyplnit čas a rozšířit sociální kontakty, směr najít klientovi zaměstnání, přátele, zábavu a koníčky, využití profesionálních služeb je na místě, pokud ostatní postupy selhávají.

Probstová a Pěč (2014) hovoří o navázání kvalitního vztahu pro předpoklad dobrého výsledku sociální práce, kdy vytvoření důvěry bývá komplikovanější u klientů podezřívavých, nedůvěřivých, pasivních či nemotivovaných a obzvláště také u klientů,

kteří nemají náhled na svou nemoc, odmítají léčbu/pomoc v sociální oblasti a důležitou součástí pro navazování vztahu je rozhovor/komunikace. Brinkmann (2014) uvádí, že rozhovor je jedním z nejrozšířenějších praktik ve společnosti a existuje v různých formách: formální rozhovory (po telefonu, po internetu nebo face to face interakce) a neformální konverzace. Provádějící úvodní rozhovor může být náročný i pro zkušeného pracovníka, jelikož je většinou časově omezený, ale cílem je poznat co nejvíce klienta poměrně v krátkém časovém období, efektivně, ale i empaticky komunikovat (Hodgson et al., 2007). Bankovská Motlová a Španiel (2011) uvádějí základní doporučení při komunikaci s klientem s duševním onemocněním: mluvit v krátkých větách (obtížné udržení pozornosti); v jedné větě předávat jednu informaci (obtíže se zpracováním více informací najednou); v jedné otázce se ptát pouze na jednu věc; používat názorné pomůcky (kreslit, ukazování věcí, pomůcky pro usnadnění zapamatování → klienti trpí poruchami paměti); často opakovat a emočně podporovat (bludy nevyvracet, klienti mají obavy a jsou v tenzi). Dle Matouška et al. (2013) je předpoklad úspěšného rozhovoru autentičnost, empatické porozumění klientovi, otevřenost ke změnám, snaha být nápomocen a dodržovat zásady profesní etikety.

1.2.3 Teorie a metody sociální práce

V této kapitole najdeme popis teorií a metod používaných při praxi s cílovou skupinou, duševně nemocní.

Kognitivně behaviorální teorie (KBT) nachází své uplatnění zejména v oblasti psychoterapeutické péče o duševní zdraví, jedná se o adekvátní bázi různých metod a technik, z nich některé lze používat v každodenní praxi sociálních pracovníků (Matoušek et al., 2013). Dále uvádí, že je důležité dodržovat určité zásady, a to se: orientovat do budoucnosti; orientovat na chování; orientovat na řešení; pozitivně orientovat na silné stránky klienta; použít strategii krok za krokem a flexibilně přizpůsobovat pracovníkovy postupy osobnosti klienta. Procházka et al. (2014) uvádí, že každé chování je výsledkem toho, co se člověk naučil, případně nenaučil, představuje jednotlivé, strukturované formy učení (podmiňování, posilování, nácvik, trénink atd.)

a také poukazuje na druhy učení, které dělí takto: operační učení (dochází k posilování změny v načasovaných sekvencích); imitační učení (modelové chování nápodobou – hraní určitých rolí); kognitivní učení (instrukce napomáhající je změně); emocionální učení (klasické podmiňování, nahrazuje nepříjemné emoce příjemnými) a sociální učení (proces osvojování dovedností, návyků, a postojů na základě styku s ostatními lidmi). Vymětal (2010) zdůrazňuje, že pro lidské jednání je nejdůležitější vnímání určité skutečnosti a souvislostí, teprve pak následuje hodnocení, prožívání, rozhodování a chování. Chování má čtyři aspekty: motorické (zjevné pozorované chování); kognitivní; emoční (afektivní) a fyziologické (somatické), vztah mezi těmito aspekty může být volný, to znamená, že jedinec například při akutním stresu reaguje silně emočně, ale jeho motorické chování reakci nemusí ukazovat (Raudenská a Javůrková, 2011).

Přístup zaměřený na klienta vychází dle Špiláčkové a Nedomové (2013) z humanistických a existencionálních teorií, jedná se především o navazování vztahu ke klientovi, nedirektivní typ pomoci a jak tyto vztahy klient vnímá (důraz na přítomnost a vztah klienta a pracovníka). Dále uvádí, že tento přístup zdůrazňuje kongruenci a opravdovost (pracovník jedná v souladu se svým prožíváním, s klientem sdílí svůj vztah); nezpodmíněnou zpětnou vazbu (klient je přijímán bez hodnocení); empatii (snaha, vcítit se do klientovy situace) a základem tohoto přístupu je respekt a důvěra v individualitu a možnosti jedince. Šiffelová (2010) uvádí, že přístup zaměřený na klienta vnesl do terapie téma důvěry v člověka, kdy každý člověk má v sobě obrovský potenciál porozumět sám sobě a svému prožívání a má schopnost změnit své základní životní postoje, své sebepojetí i své chování. Dále poukazuje na zaměření ve významu vztahu pro konstruktivní změnu v klientově životě, vztah mezi klientem a jeho okolím, které mohou podporovat jedince. Matoušek et al. (2013) poukazuje na lidi, kteří jsou oceňováni a akceptováni, sílí vlastní zájem o prožitky (zejména pozitivní), také se domnívá, že lidé si začínají více vážit sami sebe a měnit své sebepojetí, které bylo obvykle negativní. Přístup zaměřený na klienta se zaměřuje na aktuální prožitky, které jsou významnější než potřeby pramenící z minulosti (Matoušek et al., 2013). Dále upozorňuje na lidskou psychiku, ve které dle přístupu jsou dvě

instance (vedou permanentní dialog), kdy prvním je organismus (osoba s potřebami, prožitky a s tendencí k seberozvoji), a druhým je JÁ – Self (které je sférou reflexe organismu, v níž může být organismus akceptován, popírán nebo vnímán zkresleně). Lze zde nalézt koncepty jako plně fungující osoba či dobrý život, charakteristika dobrého života jako procesu je chápáno následovně: vzrůstá otevřenost prožívání (člověk přijímá vše, co mu život přinese jako zkušenost); vzrůstá existenciální kvalita života (nesnaží se ovládat život, směřuje k tomu, aby se na něm hodnotně účastnil); vzrůstá důvěra v organismus (člověk se nechává vést vlastním organismem) a osoba plně fungující po všech stránkách – společenská a angažovaná v situacích, ve kterých se právě nachází (Matoušek et al., 2013).

V systemickém přístupu dle Špiláčkové a Nedomové (2013) hledá pracovník kontext, ve kterém jsou problémy řešitelné, exploduje různé úhly pohledu, přístup pracuje se základními pojmy, jako pomoc, kontrola, dojednání a stanovení silů spolupráce (objednávka, zakázka). Dle Matouška et al. (2013) pracuje tento model s pojmy: adaptabilita, stav rovnováhy, ekvifinalita (schopnost dojít k výsledku různými cestami), hranice, organizace, negativní zpětná vazba (minimalizují odchylky od stavu rovnováhy), pozitivní zpětná vazba (maximalizuje od stavu rovnováhy). Dále uvádí, že profesionálové v tomto přístupu buď nabízejí pomoc, nebo přebírají kontrolu, kdy pomoc je příjemná, užitečná, respektující a kontrola se opírá o normy a je vykonávána nezávisle na vůli toho, komu je starost věnována. Úlehla (2005) uvádí fáze dialogu pracovníka s klientem, tyto fáze se cyklicky opakují, navazují na sebe a znovu se prolínají:

- příprava – vše, co probíhá před rozhovorem s klientem, týká se zásadních otázek (zdroje, východiska), úkolem pracovníka je zde vědět, kdo je a čím pomáhá;
- otevření – společné práce s klientem, sjednání schůzky, první rozhovor, vytvoření dostatek bezpečí pro klienta;
- dojednávání – objednávka klienta, ujasnění přání klienta a toho, co může pracovník nabídnout;
- průběh – dosažení cíle, vyřešení problému, pracovní vztahy;
- ukončení – reflexe společné práce, ověření úspěchu;

- příprava – další seberozvoj a vzdělávání.

Psychosociální přístup se považuje dle Kuzníkové (2011) za pomoc jednotlivcům, kteří ztroskotali ve svém sociálním přizpůsobení a mají zájem o poskytnutí pomoci. Dále zdůrazňuje porozumění člověku jako jedinci, žijící v interakcích se svým prostředím. Dle Matouška et al. (2013) se přístup hlásí k perspektivě *člověk v situaci*, sociálního pracovníka to vede k zájmu o: fungování jednotlivce; situaci a interakci mezi nimi. Základními metodami práce s klientem v tomto přístupu jsou: modifikace prostředí; poskytování podpory; posilování schopnosti klienta vnímat jasně realitu situace a posilování schopností klienta vnímat jasně intrapersonální realitu (Matoušek et al., 2013). Dle něho je psychosociální přístup přínosný pro oblast vztahů mezi klientem a pracovníkem, poskytuje vodítka pro práci s klientem, který je hlediskem struktury lidské osobnosti a nejedná se o komplexní teorii o vztazích mezi osobnostními a situačními aspekty klientových problémů.

Krizová intervence je dle Pěče et al. (2009) odborná metoda, která pomáhá lidem v psychické krizi, napomáhá k dosažení psychosociální rovnováhy a vychází z individuálního charakteru krize a jejího časového omezení (zaměřuje se na řešení problému a na posilování klientovy kompetence. Dále uvádějí model krizové intervence: plánování a vedení zásahu; navazování psychologického kontaktu (rychlé vytvoření vztahu); určení závažnosti problému a jeho definování; podpora vyjádření pocitů a emocí; explorace minulých vyrovnávacích strategií a pokusů; obnova kognitivních funkcí vytvořením akčního plánu a vytvoření plánu návazné péče. Dle Matouška et al. (2013) jsou cíle krizové intervence:

- zpřehlednit a strukturovat prožívání člověka v krizovém stavu;
- zastavit ohrožující tendence v jeho chování, tak aby ovládal svůj život;
- redukovat nebezpečí;
- snížit riziko prohlubování krizového stavu;
- umožnit jedinci návrat na úroveň fungování – povzbudit pokrmový růst;
- podpořit jedince řešit problém, zprostředkovat mu možnosti, aby dokázal zapojit vlastní síly.

Dále uvádí, že základním prostředkem krizové intervence je rozhovor, délka přizpůsobena aktuální situaci, v níž se klient nachází a má určitou strukturu (posouzení – plánování – provedení – vyhodnocení). Krizová intervence má i svoje principy jako:

- má být snadno dostupná, telefonem 24 hodin a 365 dnů v roce (nejméně dosažitelná pro osobní návštěvu na pracovišti);
- je krátkodobá, kontakt je omezen na malý počet setkání (1-3), další setkání již přechází do rehabilitačního/terapeutického úseku;
- zahrnuje prostor biopsychosociálně-duchovní;
- zabývá se vztahovým rámcem klienta a zahrnuje (dle možností) osoby, kterých se krize týká;
- zaměřuje se pouze na minulost klienta, jež souvisí bezprostředně a jeho krizovou situací;
- měla by mít návaznost v další odbornou práci, pokud to situace vyžaduje (Matoušek et al., 2013).

Aktivní naslouchání znamená dle Scharlau (2010), že se aktivně ujišťujeme, zda jsme pochopili to, co nám bylo sděleno, co má protějšek na mysli a také poukazuje, abychom ve vypjatých situacích přesně sdělili naši potřebu přesně pochopit situaci, mohlo by dojít k nesprávnému pochopení ze strany klienta, že se jedná o vyptávání se. Jedná se o specifickou komunikační techniku, jejímž cílem je dosáhnout v komunikaci maximálně pozorného vnímání toho, co potřebuje, chce sdělit a poskytuje kvalitní zpětnou vazbu (Matoušek et al, 2013). Také hovoří o dovednosti pro předpoklad kvalitního naslouchání, jako zaměřenost na nejvěrnější význam slov, jež druzí v komunikaci ke svému okolí směřují. Dle Matouška et al. (2013) se od sociálních pracovníků předpokládá dovednost průběžně věnovat svou pozornost i neverbálním projevům klienta, zejm. jeho mimice, gestikulaci, celkovému postoji těla, zbarvení hlasu a rytmu řeči. Aktivní naslouchání lze podpořit řadou nástrojů:

- povzbuzování – projev zájmu o situaci klienta;
- objasňování – cesta k dalšímu získávání informací;
- parafrázování – ověření skrze interpretaci vlastními slovy, že nějakou dílčí část slyšeného chápeme správně;

- reflexe – zrcadlení vlastních pocitů;
- sumarizace – shrnutí většího celku vyprávění klienta;
- ocenění - uznání toho, co již klient ve svém problému dokázal (Matoušek et al., 2013).

1.2.4 Recovery – Care

Dle DE Wet et al. (2015) uvádí, že se jedná o dynamický, vyvíjející a jedinečný proces v životě každého člověka, potýkajícího se s výzvami. Dále uvádí, že se jedná spíše o způsob života, (Recovery) není samoučelné a nejedná se o úspěch. Jedná se o hluboce osobní, jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností nebo rolí (Royal College of Psychiatrists, 2014). Také uvádí, že Recovery je úzce spojeno se sociálním začleněním a budováním smysluplných a uspokojivých sociálních rolí v rámci komunity. Naděje je zásadní pro zotavení každé osoby, aby se získala aktivnější kontrola nad životem a aby jedinci našli, cestu vpřed (Royal College of Psychiatrists, 2014). Tento model vyžaduje od poskytovatelů služeb, aby umožnili uživatelům identifikovat a rozvíjet své vlastní silné stránky a zdroje, které hrají hlavní roli při zlepšování jejich kvality života (Field a Reed, 2016). Zotavení je vyjádřeno jako proces osobního růstu a rozvoje, který může vést ke znovuzískání kontroly nad svým životem, aby mohlo dojít k jeho naplnění a smysluplnosti (Field a Reed, 2016). Hollander a Wilken (2016) uvádí, že metoda CARE se zaměřuje na kvalitu života lidí zranitelných v oblasti duševního zdraví i v sociálním kontextu, kdy pro pomáhající pracovníky představuje nástroj k podpoře klientů na jejich cestě k dosažení takové kvality života, jakou si sami přáli. Rozlišují dvojí procesy zotavování – osobní a sociální, kdy při osobním se člověk vypořádává s proběhlými událostmi (učí se nakládat s vlastní zranitelností a znovu hledá pevné záchytné body v přítomnosti i v budoucnosti), naopak sociální zotavování se týká zapojení a opětovného začlenění do společnosti (Hollander a Wilken, 2016). Aspektem integrace v metodě CARE je souběžná práce s klientem ve třech oblastech: plnění přání a cílů související s kvalitou života; vyrovnávání se se zranitelností a posilování silných

stránek; zpřístupnění zvoleného prostředí a maximalizace kvality života v daných životních a sociálních podmínkách (Hollander a Wilken, 2016). Dále také uvádějí fáze procesu zotavení: stabilizace, reorientace a reintegrace, kdy se soustředíme na přání a silné stránky v doménách: péče o sebe sama, zdraví, bezpečí, sociální vztahy, zaměstnání, učení, rekreace, dům a sousedství. Ridgway et al. (2014) uvádí, že zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů a cílů svých rolí, jedná se o způsob jak vést život, který člověka uspokojuje, dodává mu naději k vytvoření nového významu a smyslu svého života, jakmile se člověk vymaní z katastrofálních následků duševní choroby. Představa je umožnit jednotlivcům vypracovat individuální plány obnovy v osobní složce, která obsahuje řadu svépomocných strategií s cílem zlepšit schopnost převzít odpovědnost za své vlastní zotavení (Horan a Fox, 2016). Hollander a Wilken (2016) uvádějí, že silné stránky se u této metody mapují, plánují, uchopují a vyhodnocují pomocí:

- osobního profilu - ten obsahuje informace z minulosti (zkušenosti, co se již povedlo), také informace ze současnosti (jak vypadá dnešní podoba, co se dá vylepšit) a veškeré tyto informace jsou rozdělené na oblasti bydlení, práce, vzdělávání, zdraví a pocit pohody, vztahy, bezpečí, péče o sebe a ostatní;
- přehledu osobních preferencí – osobní preference součást plánu, představa o výsledné situaci (místo, lidé, činnosti, dovednosti, zdroje, čas a hodnoty);
- přehledu možností volby – určen cíl, (výhody, možnosti, nevýhody) → vznik osobního plánu,
- osobního plánu - obsahuje samotný cíl, kterého chce klient dosáhnout, důležitost (proč je tolik důležitý pro klienta), co udělá klient, co mají udělat ostatní, kdy chce cíle dosáhnout, kdy cíle dosáhnul a případné poznámky k jednotlivým krokům;
- plánu osobní podpory – co klient potřebuje právě teď ve svém životě, čeho chce dosáhnout, obsahuje, jakým způsobem klienta sociální pracovník podporuje, jakým způsobem ho podporují kolegové/ostatní a případné poznámky;
- analýza, kruh a karta sociální sítě – určuje členy sítě, jak je tento člověk pro klienta důležitý, četnost kontaktu s tímto člověkem (silně emotivní, zjištění

problému v rámci nejbližší rodiny, vše je viditelné na papíře – opatrně s nakládáním této pomůcky);

- profilu prostředí – souvisí s plánem, cílem u kterého je potřeba zmapovat prostředí, v kterém se klient pohybuje, obsahuje obecnou charakteristiku, prostředky, aktivity, lidé, specifické podmínky dané prostředím, zdroje, které lze využít, další informace, silné stránky a slabé stránky;
- dotazníku prevence relapsu – popsání stresových faktorů (napětí, co klienta dokáže vyvést z rovnováhy), příznaků (jaké, posloupnost), co může klient udělat sám/a k předcházení zhoršení příznaků (dokáže rozpoznat stres u sebe, co dělá, když stres obtěžuje) a pomoci od ostatních (co mohou pracovníci udělat, co konkrétně pomůže, v jaké fázi je neúčinnější používat medikaci, jména lidí pro potřeby konzultace stavu);
- plánu časných varovných příznaků – rozděluje se do tří fází: zelené (znamená „bezpečnou situaci“), oranžové (přiblížení k hranici bezpečné zóny) a červené (překročení hranic), v každé této fázi se popisou: příznaky z klientova pohledu, z pohledu ostatních, co má dělat klient a co mají dělat ostatní.

1.2.4 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné trpící schizofrenií

Přístup sociálních pracovníků ke klientům se schizofrenií by měl respektovat několik specifických skutečností, jako podpora nedostatečně rozvinutých kapacit zvládat běžné životní nároky vlastními silami do té míry, pokud je chtěná a neostrou/nepevnou hranicí mezi vnitřním a vnějším světem psychózy (Probstová a Pěč, 2014). Dále také uvádějí, že podpora by měla být empatická, pouze takovou si klient může osvojit. Gerdes a Segal (2011) sdělují, že empatie je důležitější než kdy jindy, převážně v praxi sociální práce, kdy klienti, kteří zažívají při léčbě/podpoře empatický přístup mají lepší výsledky. Dle Mahrové a Venglářové (2008) je práce s lidmi s psychotickým onemocněním složitá a klade velký důraz na komunikaci, kvalitu vztahu a přístupu, kdy

se velice dobře osvědčuje přirozené chování s respektem a zájmem směrem ke klientovi. V dnešní době jsou sociální pracovníci vyzýváni, aby v praxi řešili komplexní škálu profesionálních, organizačních a institucionálních požadavků (Cameron a Keenan, 2010). Mahrová a Venglářová (2008) uvádí, že mezi principy podporující dobrý vztah (sociální pracovník – klient) je respekt (akceptace klienta takového, jaký je), dobrý úmysl (ve prospěch klienta, při nesplnění slibu může dojít k narušení důvěry), flexibilita (reakce na aktuální situaci klienta), důvěra (zacházení s informacemi) a partnerství (spolu s klientem vytvářet plán spolupráce, společně hledání příčiny → řešení). V moderní psychiatrii, která chce být sítí služeb nabízející kontinuální léčbu, ubytování, zaměstnání a sociální podporu by měl sociální pracovník plnit role jakéhosi vyslance (spojky mezi duševně nemocným a komunitou), chápat individuality (jedinečnost každého klienta a jeho role), ovlivňovat prostředí (ve kterém klient žije, aby bylo citlivější k jeho potřebám), mapovat zdravotně – sociální potřeby (klienta), chápat a podporovat koncept úzdravy a sociální integraci (Matoušek et al., 2005). Také uvádí, že kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi a jeho okolí, sestavit a realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky, vědět, jak prací s klientem ukončovat a být velice vnímavý ke všem aspektům této práce.

1.2.5 Specifické potřeby duševně nemocných

Mezi specifické potřeby duševně nemocných řadí jak Matoušek et al. (2005), tak Šupa (2006) potřeby bydlení, práce a volný čas. Šupa (2006) uvádí možnosti bydlení v rámci sociálních služeb a to chráněné bydlení, tréninkové byty, podporované bydlení v bytové jednotce s dalšími lidmi, podporované bydlení samostatné, či domy na půl cesty. Dále hovoří o souvislosti s domácí péčí, která je poskytována ve známém prostředí, rozvoj terénních krizových týmů, které mohou zasáhnout v případě krize, aniž by bylo nutné vytržení z původního prostředí a nutná hospitalizace. Matoušek et al. (2005) uvádí, že podpora by klientovi měla být poskytována v jednom prostředí co nejdéle a přednost dostává bydlení „v přirozených podmínkách“ tak, aby mohl klient rozvíjet své dovednosti, ale také posílit pocit bezpečného zázemí. Dále zdůrazňuje ideál péče –

normalizaci (přiblížení co nejběžnějším podmínkám), kdy nácvik dovedností probíhá v přirozeném prostředí a měl by být spojen s budováním přirozené sociální sítě klienta. Podporu v bydlení rozděluje Matoušek et al (2005) do několika skupin a to: mladí jedinci v období „startu do života“ (v tomto období je komplexní péče včetně podpory v bydlení rozhodujícím momentem pro jejich budoucnost nebo při nevyhovující domácnosti); klienti, u kterých nemoc ovlivnila funkční kapacitu (mohou se cítit izolováni, vyřazení ze společnosti a potřebují podporu zaměřenou na nácvik a obnovení sociálních dovedností); klienti žijící doma a zvládají z menších problémů běžné životní situace (v zátěžových situacích mohou postrádat kapacitu pro jejich zvládnutí); dlouhodobí klienti institucí, kdy toto umístění je často ze „sociálních důvodů“ – ztráta zázemí, nevyhovující prostředí a ztráta dovednosti samostatného fungování. Dle Hosáka et al. (2015) patří mezi podpory ve službách: udržování a vedení domácnosti (úklid, vaření, praní); sebeobslužné dovednosti (osobní hygiena, životospráva, oblékání), dovednost vyhledávat a využívat běžné veřejné služby, prevence relapsu onemocnění, komunikační dovednosti, naplňování role nájemníka a souseda (aktivní účast na životě v domě), trávení volného času, nakupování, hospodaření s penězi, jednání s úřady (placení nájemného, zařizování sociálních příspěvků). Další potřebou dle Matouška et al. (2005) je práce/zaměstnání, pro mnohé klienty je největší zátěž, boj s pozorností, kdy každá skupina bere přiznání invalidity jinak (někteří to prožívají jako stigma, jiní jako jednu z mála jistot). Pracovní rehabilitace má být zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností (Matoušek et al., 2005). Dle Šupy (2006) je význam práce veliký, zaměstnání není důležité pouze jako aktivita, příležitost pro sociální kontakty, ale také pro rozvoj sebedůvěry, rozvíjení schopnosti zacházet s vlastní emocí, pro integraci do komunity, a zvýšení kvality života. Dále hovoří o práci jako aktivitě, která strukturuje čas a vytváří příležitost pro získání osobních, sociálních kompetencí a sociálních kontaktů. Dle Hosáka et al. (2015) je zaměstnanost duševně nemocných velmi nízká a je mnohem nižší než u lidí s tělesným handicapem. Dále uvádí, že příčiny tohoto stavu leží vně klienta (nezaměstnanost ve společnosti, preference produktivních pracovníků, předsudky vůči duševně nemocným, nedostatek pracovních míst s nízkým stresujícím prostředím, preference tělesně postižených oproti duševně handicapovaným

na pracovních místech pro postižené), tak i na straně klienta (projevy duševního onemocnění, nedostatečná kvalifikace, problematická pracovní anamnéza, deficit sociálních a komunikačních dovedností, negativní sebeobran), kdy pracovní rehabilitace usiluje o snížení vlivu těchto faktorů a směřuje ke zlepšení, udržení a rozvoji pracovních kompetencí klienta. V neposlední řadě hovoří Matoušek et al. (2005) o potřebě volného času, kdy dlouhodobě nemocní žijí často izolovaně, síť jejich sociálních kontaktů je velmi malá, sociální pracovník by měl mít za úkol budovat spojení mezi klientem a okolím. Hosák et al. (2015) sděluje, že tato oblast rehabilitace trávení volného času se zaměřuje na omezenou sociální síť dlouhodobě duševně nemocných, na pasivitu a nečinnost v trávení volného času. Šupa (2006) uvádí, smysluplné trávení dne podporuje proces socializace, vystavuje klienta realitě všedního dne, podporuje vytváření mezilidských vztahů, psychohygienicky přispívá k duševní pohodě, kvalitě života a přispívá v procesu recovery (zotavení).

1.2.6 Reforma psychiatrické péče

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2013) uvádí, že ČR patří mezi menšinové země Evropské Unie, která neměla doposud program péče o duševní zdraví, důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity a nedostatek zařízení komunitní péče. Dále hovoří o neuspokojivé dostupnosti psychiatrické péče, rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbáván a opožděn, v nastalé situaci, kdy se v ČR každoročně zvyšuje počet lidí vyhledávající psychiatrickou péči, bylo tedy nutné revidovat současný model péče. Reforma systému psychiatrické péče dle Winklera (2013) v ČR, by měla vycházet ze zkušeností učiněných v kulturně blízkých zemích, detailní analýza umožní neopakovat neefektivní či dokonce kontraproduktivní kroky. Pfeiffer (2015) hovoří o současném systému tak, že je nastaven, aby sytil své vlastní potřeby a ne potřeby lidí (kterým má sloužit), o jeho podobě rozhodují psychiatři, kteří jsou sami součástí systému a je málo pravděpodobné, že se budou snažit systém zásadně změnit. Dále uvádí, že péče by měla být poskytována tam, kde nemocný člověk žije,

aby to pro něj bylo co nejpřirozenější a současně, aby měl dostupnou škálu psychiatrické péče. Strategie reformy si klade za cíl:

- 1) zvýšit kvalitu psychiatrické péče změnou organizace jejího poskytování;
- 2) omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně;
- 3) zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí;
- 4) zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti;
- 5) zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšení podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.);
- 6) zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb;
- 7) humanizovat psychiatrickou péči (Anders et al., 2013).

Winkler (2013) uvádí doporučení pro všechny země Evropské Unie a to, že: každý má rovné právo realizovat svou duševní pohodu v kterémkoli věku, a toto právo je zajištěno zvláště těm, kteří jsou nejvíce zranitelní nebo ohrožení; lidská práva lidí s duševními problémy jsou naplňována, ceněna, podporována a chráněna; služby v oblasti duševního zdraví jsou dostupné, finančně dosažitelné a poskytované v komunitě; lidé mají právo na respektující, bezpečnou a efektivní léčbu, o které mohou spolurozhodovat; zdravotnické systémy poskytují dobrou fyzickou i duševní péči pro všechny; systémy péče o duševní zdraví pracují v rámci dobře koordinovaných partnerství s ostatními relevantními sektory; politika a poskytování péče se řídí náležitými informacemi a znalostmi, tato doporučení by měla brát každá země, která vytváří/zavádí reformu péče o duševní zdraví. Dle Ministerstva zdravotnictví ČR (2013) a Andrese et al. (2013) implementace strategie proběhne ve třech fázích a to:

- 1) iniciace a zajištění podmínek (2014 – 2015) – pilotní provoz tzv. Center duševního zdraví (dále jen CDZ) a podrobné pasportizační a ekonomická studie
- 2) realizace a provoz (2016 – 2023) – většina realizačních projektů ve všech oblastech, legislativní změny;
- 3) vyhodnocení (2023) – konečné vyhodnocení jednotlivých oblastí.

Oblasti, ve kterých strategie proběhne, zahrnují tvorbu standardů a metodik; rozvoj sítě psychiatrické péče; humanizace psychiatrické péče; destigmatizace a komunikace;

výzkum a vzdělání; legislativní změny; udržitelné financování a meziresortní spolupráci. Základním krokem reformy, tedy i pilířem psychiatrické péče bude psychiatrická ambulance, kdy reforma právě ambulancím přinese větší množství v rozšíření služeb a bude vítána spolupráce s CDZ – nebude podmínkou pro fungování ambulance (Reforma psychiatrické péče, 2014). Také uvádí, že největší systémová změna bude v jednoznačném začlenění CDZ do systému péče, kdy CDZ je zařízení umístěné v běžné občanské zástavbě, které poskytuje komplexní zdravotně sociální péči klientům s cílem pomoci jim žít v jejich přirozeném prostředí, případně jim ho pomoci spoluvytvořit. Centrum pro sociální a ekonomické strategie a Ministerstvo zdravotnictví ČR (2013, str. 6) uvádí pracovní definici CDZ, „*Centrum duševního zdraví (CDZ) je soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujícími v daném regionu služby osobám s psychickým onemocněním. Primárním posláním centra duševního zdraví je poskytování zdravotních a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí.* Dále uvádí, že CDZ poskytuje specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, krizové služby a denní stacionáře, rezidenční péči v komunitě, služby psychiatrické rehabilitace (psychoterapie) a preventivní programy a služby. Ve struktuře pilíře CDZ bychom měli naleznout psychiatra, klinického psychologa, psychiatrickou sestru, sociálního pracovníka, case managera (osobní asistent), krizové centrum, mobilní tým, denní stacionář, asertivní komunitní léčbu a tým pro léčbu duálních diagnóz.

2 Cíl práce a výzkumná otázka

2.1 Cíl práce

Cílem práce je popsat specifika sociální práce sociálních pracovníků na Havlíčkovobrodsku s lidmi s duševním onemocněním (s jednotlivcem).

2.2 Výzkumná otázka

Pro dosažení cíle práce byla stanovena výzkumná otázka:

VO: Jaká specifika uvádějí a vnímají sociální pracovníci na Havlíčkovobrodsku při práci s jedinci s duševním onemocněním?

3 Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Na praktickou část diplomové práce byl použit kvalitativní výzkum. Pro určení cíle byla vytvořena jedna výzkumná otázka.

Marlow (2011) hovoří o kvalitativním přístupu jako o sběru kvalitativních informací, pod tímto pojmem nalezneme non-numerické zkoumání jevů, použití slov na místo čísel, základních významů a vzory vztahů. Kvalitativní výzkum se snaží porozumět realitě, formuluje problém, který je zakotven v nějaké teorii nebo sociální realitě (Huk, 2013). Dle Hendla (2008) kvalitativní výzkumník určuje na počátku výzkumu téma a základní otázky, které může modifikovat, doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. Olecká a Ivanová (2010) uvádějí, že pro kvalitativní metodologii je typický přístup, který zkoumá zvláštní, jedinečné, neopakující se jevy, nesnaží se popsat sociální skutečnost obecnými zákonitostmi, ale prostřednictvím pojmů. Dále také hovoří o tomto typu výzkumu, že nenabízí univerzální či obecně platné poznatky, ale umožňuje poměrně hluboký a detailní vhled do určité oblasti sociálních jevů.

Při realizaci výzkumu byla použita metoda rozhovoru a technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor neboli interview je základní technikou kvalitativního výzkumu a jako nástroj je náročný na čas a schopnost jej řídit (Matoušek et al., 2013). Talmy (2010) uvádí, že výzkum v rozhovorech se výrazně zvýšil právě v kvalitativních studiích, které se zaměřují na zkoumání identit účastníků a orientaci na řadu jevů. Dle Reichela (2009) se polostrukturovaný rozhovor vyznačuje tím, že má připravený soubor témat/otázek, které jsou jeho předmětem, aniž by bylo striktně stanoveno jejich pořadí.

K analýze dat byla použita metoda otevřeného kódování. Dle Švaříčka a Šved'ové (2014) je otevřené kódování technika, která je používána dle zakotvené teorie, v důsledku své jednoduchosti a zároveň účinnosti je používána ve velmi široké škále

kvalitativních projektů. Prvním krokem při analýze dat je jejich rozbití na určité segmenty tvořící významový celek, v rámci otevřeného kódování jsou tyto jednotky označovány pojmy (kódy), které obsahují vystižení podstaty označeného jevu (Gulová a Šíp, 2013). Dále uvádí, že dalším krokem je kategorizace (kódy jsou seskupovány do kategorií) a proces otevřeného kódování odhaluje nejen kategorie, ale i jejich vlastnosti a dimenze.

3.2 Zkoumaný soubor

Cílový soubor tvořilo celkem 6 sociálních pracovníc. Pro vhodný výběr jsem použila následující kritéria. Pro výzkum byly vybrány sociální pracovníce, pracující s lidmi s duševním onemocněním na Havlíčkovobrodsku. Kromě toho byly vybrány ty, které byly ochotny ke spolupráci. Jedná se tedy o 3 pracovníce neziskové organizace a 3 pracovníce pracující ve státním sektoru.

3.3 Vlastní realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v období března a dubna 2017. Veškeré informace byly se souhlasem respondentek nahrávány na diktafon a následně přepsány do textové podoby. Rozhovory probíhaly na pracovištích účastnic výzkumu.

3.4. Etika výzkumu

Dle Matouška et al. (2013) je důležité stanovit, jak budou zpracovány osobní údaje a tedy určit etické parametry, které je nutné při realizaci výzkumu dodržovat. Účastníci rozhovoru byli obeznámeni s tématem výzkumu. Také došlo k ubezpečení, že sdělené informace budou použity pouze pro účely tohoto výzkumu a dojde k anonymizování jejich jmen. Rozhovory proběhly bez přítomnosti dalších osob, individuálně a zcela dobrovolně.

4 Výsledky

Základní informace o respondentech jako délka praxe, profesní zkušenosti výkonu praxe u této cílové skupiny, úsek a způsob výkonu sociální práce jsou znázorněny v tabulce č. 1. Výzkum absolvovalo 6 respondentek, 2 pracují jako sociální pracovnice Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, 3 pracují jako sociální pracovnice organizace FOKUS Vysočina a 1 je zaměstnána na odboru sociálních věcí v Chotěboři.

Tabulka 1: Obecné informace účastníků výzkumu

Respondentky	Délka praxe	Profesní zkušenosti výkonu praxe	Způsob výkonu sociální práce	Úsek výkonu sociální práce
SP 1	7 let	Před touto praxí - pracovala v Charitě, kde se občas objevili duševně nemocní klienti	Ambulantní/terénní S jednotlivcem i se skupinou	Nezisková organizace
SP 2	12 let	Před touto praxí – v občanské poradně v zásadě se stejnou cílovou skupinou	Ambulantní/terénní S jednotlivcem i se skupinou	Nezisková organizace
SP 3	2 roky a 4 měsíce	Před touto praxí – komunita s duševně nemocnými, dobrovolná služba	Ambulantní/terénní S jednotlivcem i se skupinou	Nezisková organizace
SP 4	9 let	Hned po škole nástup do současného zaměstnání	Ambulantní S jednotlivcem	Státní, zdravotnický sektor
SP 5	28 let	Hned po škole nástup do současného zaměstnání. Předtím 11 let na pozici dokumentační pracovnice (stále stejná cílová skupina)	Ambulantní S jednotlivcem	Státní, zdravotnický sektor
SP 6	21 let	Hned po škole, 10 let na pozici veřejného opatrovníka (převážná práce s lidmi s duševním onemocněním)	Ambulantní/ terénní S jednotlivcem	Státní sektor

Zdroj: vlastní výzkum

4.1 Výsledky kódování

Dle získaných informací z polostrukturovaného rozhovoru jsem stanovila následující témata, která jsem rozdělila do těchto šesti podkategorií:

- Specifika práce s jedincem s duševním onemocněním
- Kde je sociální práce vykonávána
- Použití Teorií a Metod u této cílové skupiny
- Zranitelnost
- Úzdrava
- Potřeby a problémy sociálních pracovníků v praxi

4.1.1 Specifika práce s jedincem s duševním onemocněním

Pro větší přehlednost bude následující tabulka sloužit jako výklad specifik, které dotazované uvedly.

Tabulka 2: Souhrn specifik v praxi

Veškerá vnímaná specifika dotazovaných								
SP 1	Komunikace	Vztah SP s KL + sociální vztahy KL	Bydlení	Finance	Duševní onemocnění	asertivita	Multidisciplinarita → zdravotníci v terénu	Volný čas
SP 2	Komunikace	Vztah SP s KL + sociální vztahy KL	Bydlení	Finance	Duševní onemocnění → duální diagnózy (duš. onem. + závislost)	Kreativita pracovníků	Multidisciplinarita → kooperace se zdravotníky	X
SP 3	Komunikace	Vztah SP s KL + sociální vztahy KL	Bydlení	Finance	Duševní onemocnění → duální diagnózy	asertivita	X	Volný čas
SP 4	Komunikace	Sociální vztahy KL	Bydlení	Finance	Duševní onemocnění	Hranice	X	X
SP 5	Komunikace	X	Bydlení	Finance	Duševní onemocnění		X	X
SP 6	Komunikace	X	X	Finance	Duševní onemocnění	Pomalé krůčky k úspěchu	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Podkategorie, kterou jsem zde uvedla, jednoznačně vplynula z rozhovoru a cíle práce. Jedná se o specifika při práci s jedincem s duševním onemocněním. Tato oblast ukázala několikero kódů, z kterých uvedu jako nejpočetněji zastoupené:

- Vztahy/ sociální izolace
- Komunikace jako nejdůležitější prvek
- Duševní onemocnění jako specifikum
- Finance
- Bydlení
- Vnímaný rozdíl oproti jiným (neurčeným) skupinám

U těchto kódů je zaznamenáno, jaká specifika sociální pracovnice nejčastěji uvedly při práci s jedincem u této cílové skupiny. Dle jejich odpovědí došlo k sestavení a pojmenování kódů.

Kód: vztahy/ sociální izolace

SP 1 uvádí: „**Vztah** je hrozně důležitý, řekla bych, že důležitější než u jiných, protože prostě ty lidi s duševním onemocněním, jsou třeba víc sociálně izolovaní, více osamělí a ten vztah je tam důležitější než u těch ostatních. Myslím si, že to může trvat dýl, než se naváže, často to vyžaduje delší čas než někde jinde. Když se nad tím zamyslím, co třeba byla právě ta skrytá zakázka nebo okolo čeho se to vlastně točilo, tak opravdu nějaká osamělost, izolovanost a sociální vztahy nebo rodina, ať už to bylo maskováno čímkoli, nějakým jako volný čas, třeba i práci, hodně si myslím, že ta nenaplněná oblast jsou ty vztahy.“ SP 3 také zdůrazňuje specifikum vztahu: „Hodně ve **vztazích**, často v rodině, třeba špatný vzpomínky nebo nevyřešený vztahy, to je někdy stahuje dolů. Pak vůbec v těch sociálních kontaktech.“ SP 4 hovoří o vztahu jako specifiku převážně ve smyslu mapování: „My se tady konkrétně zaměřujeme často na rodinu ze začátku, abychom zjistili nějaké vazby, **vztahy**, s kým je problém nebo tak my s tím zas tak nic moc neuděláme ale ať máme nějaký to mapování.“ Zbylé respondentky v průběhu rozhovoru také zmínily vnímání vztahu jako důležitý prvek, ale již jako automatikum v této práci.

Kód: komunikace jako nejdůležitější prvek

Následující výroky potvrzují důležitost komunikace, na které se shodly všechny sociální pracovnice. Například SP 2 uvádí: – „*Myslím si, že opravdu to je ta **komunikace**, umět přizpůsobit komunikaci tomu posluchači, že asi stačí, když je ten člověk v terénu zvědavý a autentický. Když seš zvědavá na to, co ten člověk má a proč to tak má, tak seš potom i vnímavá vůči věcem (jak na tebe mluví, to prostředí, kde je), protože to není jenom to, co ti ten člověk řekne, ale je to širší, v tom ti ta zvědavost to zajistí. No a autentická, prostě tak to je snad v každé teorii sociální práce, pokud nejseš autentická, tak to hrozně rychle prohlédnou, to potom nemá vlastně smysl.*“ SP 5 také zdůrazňuje důležitost rozhovoru: „*Používám hodně **rozhovor**, ten stoprocentně.*“ SP 6 upozorňuje na komunikaci v rámci struktury rozhovoru: „*V podstatě je důležitá ta **komunikace** s nimi, kdy je potřeba jednoduchý věty, pomalu mluvit, zřetelně mluvit. Prostě to jsou takový specifika v té řeči, důležitý je si nestanovovat velký cíle, ale spíš jít po nějakých těch dílčích a postupně se vlastně dobírat k tomu třeba většímu.*“

Kód: duševní onemocnění jako specifikum

Tento kód zdůrazňuje samotné specifikum té nemoci (duševní), výroky pracovnic, které následují, tuto větu potvrzují.

SP 6: „*Zdravotní stav, ten je hodně řešený s touhle cílovou skupinou, kdy se tyhle lidi cítí hodně ukřivděný, špatná léčba, vynucujou si něco jiného, než ten odborník. Já myslím, že ten zdravotní stav můžete vnímat jako komplex, protože ono to spolu souvisí, protože ta psychická stránka ovlivňuje i to ostatní.*“

SP 4 konstatuje již projevy té nemoci jako komplikaci v praxi: „*Tak jako že někdy, skoro pokaždé, že pracujeme s nima v té akutní fázi **nemoci** a ta se projevuje různě na různých odděleních. Tady můžou bejt lidi depresivní., smutný, že jo, nemaj náladu cokoliv řešit. Jinde jsou zase psychotičtí, zatím prostě první tejdny, čtrnáct dní, než je s nima nějaká řeč, takže to určitě je v začátku problém.*“

SP 1 a SP 2 potvrzují určitou problematiku v kooperaci se „zdravotníkama“, vnímají tento problém jako špatnou provázanost těchto dvou sektorů, ale jako nezbytnost a nutnou potřebnost do budoucna při práci s touto cílovou skupinou. SP 1: *„A potom ta specifika přímo k tomu **duševnímu onemocnění**. Tak to bych řekla prostě, že by měla být ta provázanost nebo ta kooperace s těma zdravotníkama, že tady je hodně ta zdravotně sociální složka jako důležitější než třeba v těch vyloučených lokalitách. Myslím si, že jak se střídají ty období ty úzdravy a prostě toho kdy propukne ta **nemoc** třeba, takže ta spolupráce by měla být nějakým způsobem dlouhodobá, protože ta **nemoc** se takto proměňuje často a ten člověk může být relativně v pohodě a nebude nic moc potřebovat a po nějaký době se ty symptomy třeba zhorší a bude toho potřebovat spoustu, to je ta dlouhodobost. Být schopnej takhle pružně reagovat, to souvisí s tou kapacitou, vědět o těch lidech.“* SP 2 : *„Pořád narážíme na ten jiný pohled těch zdravotníků a sociálních pracovníků, ať už se to týká psychiatrické nemocnice, ambulantních psychiatrů i našich sester nebo doktora a to je ten největší problém. A to je ta potíž, že nemáme shodu v těch pohledech, jako jsme v začátku, naučit se pracovat spolu.“*

SP 5, která v této oblasti působí nejdéle, poukazuje na projevy stigmatizace v souvislosti s duševním onemocněním: *„Myslím si, že je musí mít člověk rád, ty **duševně nemocný**, to si myslím, že je hodně důležitý, nebrat je jako přítěž ale jako součást společnosti. Já si myslím, že jako mi v ničem nevadí, mám je ráda, dokonce mám i potřebu se jich zastávat, když je někde něco špatně.“*

Kód: finance

Většina dotazovaných se shodla na tomto specifiku jako jednom z nejdůležitějších (pro toho klienta) a nejvíce probíraných při výkonu praxe s klientem. Kdy SP 1 uvádí, že: *„Určitě je zranitelnost i to že mají **nížší příjmy**, že ono to není na žádný vyskakování, že leccos si prostě nemůžeš dovolit. Ty lidi mají třetí stupeň invalidity, ale s příspěvkama na péči, víš jak to je, obecně mají nízký příjmy. A když žijou s rodičema tak to zase je takový, že seš závislá na tý rodině.“*

Následující výtahy z rozhovoru již popisují přímo vykonávané práce u tohoto specifika, zkušenosti pracovníků, co přesně v praxi vykonávají a jakou mají zkušenost.

SP 6: „*Tak já z pozice veřejného opatrovníka jsem to měla o to složitější, že vlastně jsem těm lidem hospodařila s **financema**, takže to bylo neustále ožehavé téma, máte málo peněz, málo všeho, takže to jde v podstatě pořád kolem dokola.*“

SP 3: „*Často řešíme praktické věci jako zařízení dávek, případně exekucí nebo zařízení exekucí, nějaké zjišťování exekucí, řešení exekucí, případně důchody, **finance**, vydávání peněz nebo je mají u sebe a pomáháme jim to rozpočítat.*“

SP 4 : „***Finance**, tam taky jestli potřebujou hned vystavit neschopenku nebo pobírají důchod, jestli ho budou chtít sem, a nebo když to je někdo nově nemocný, tak třeba se jim může i pomoci zažádat o ten důchod. A zároveň, když je třeba třetina nesvéprávných, tak spolupracujeme s těma opatrovníkama, řídíme se limitem, třeba na ty finance. Jakoby na to musíme dohlížet během tý hospitalizace, zase když má od opatrovníka povoleno 500,- na týden, tak aby se to jako nepřesahovalo.*“

SP 5 : „*Oni ze všeho nejčastěji mají potřebu zajistit **finance**. No a ze všeho nejvíc při každém přijetí úplně každýho zajímá, kdy bude mít peníze, aby mohl jít kouřit, to z 90%. Pak je teprve zajímá, jestli někde něco nedluží, a to si vzpomínají asi tak po měsíci. Si najednou vzpomenu, že někde něco dluží, hodně je zajímají hlavně ty dávky tý hmotný nouze, aby se zajišťovaly hned. Ale málokdo přijede a je zajištěnej finančně.*“

Kód: bydlení

Jediná pracovníce SP 6 neuvedla v rozhovoru jako specifikum bydlení. Nedovedu posoudit, z jakého důvodu jí tato potřeba nevyvstala, ale z rozhovoru vyplynulo, že její klienti mají tuto oblast zajištěnou.

SP 1 nepřidala k této oblasti vyjádření, jen mezi řečí pronesla soupis oblastí, na kterých s klienty pracuje a mezi nimi byla i oblast bydlení.

Naopak pracovnice SP 2, SP 3, SP 4 a SP 5 více rozvedly tuto záležitost i do formy problematiky v současnosti (při práci s touto cílovou skupinou), například i návratnost klienta do běžného prostředí (či nového) po ukončení hospitalizace.

SP 2 si uvědomuje důležitost řešení této potřeby klientů jako nejpálčivější téma v současné sociální práci s lidmi s duševním onemocněním: „*Pracujeme hodně s **bydlením**, to je teďka, jako v tuto chvíli nejpálčivější. Ten problém, co se týká bydlení a toho, kam s těmi lidmi, a je to dané tou psychiatrickou nemocnicí a tím, že vlastně u hodně lidí furt dokola řešíme, jako jak jim pomoci, aby mohli bydlet, ale oni se nechtějí odstěhovat, vlastně chtějí zůstat, tak to bydlení je jako něco, co teď budeme řešit a z těch oblastí je jako nejaktuálnější.*“

U výroku SP 3 je patrná praktická stránka sociální práce při zajišťování bydlení: „*Často řešíme praktické věci, jako nastěhování, pak zároveň ty lidi kolikrát ještě nikdy **nebydleli** sami, takže hodně takový praktický věci ohledně domácnosti, nácviky (vaření, úklidu, nákupů). Je to hodně různorodý, podle schopností těch lidí.*“

SP 4 se spíše zaměřuje na návaznost hledání bydlení po ukončení léčby: „*Potom se zaměřujeme na **bydlení**, kde bydlí a z toho všeho pak vyplyne, jestli potřebuje někde pomoci, mnohdy mají bytovou situaci špatnou. A pak jako výhled, kam výhledově, kam půjde, jestli do původního bydlení nebo jestli se bude hledat ubytovna, nebo má zájem o nějaký jiný řešení.*“ To samé popisuje tato pracovnice SP 5 : „*Potom je třeba zajistit, kam by se mohli vrátit.*“

Kód: vnímaný rozdíl oproti jiným (neurčeným) skupinám

U tohoto kódu nalezneme názory pracovnic na rozdílnost práce s cílovou skupinou duševně nemocní a jinou nespecifickou skupinou. Obě pracovnice FOKUSU Vysočina SP2 a SP3 pocítují rozdíl oproti jiným skupinám právě v recovery modelu (zranitelnost a respekt k přání, partnerský přístup), u kterého jsem zaznamenala samostatný kód viz. dále.

Naopak SP 1 a SP 6 vnímají tento rozdíl úplně z jiného hlediska jako:

Pracovnice SP1 vnímá rozdílnost v informovanosti a znalosti teoretických konceptů či zdravotnických diagnózách: „Myslím si, že při práci s duševně nemocnými se hodí mít nějaké teoretické znalosti o těch diagnózách a určitě něco jako z psychologie ve smyslu jako komunikace, toho jak vůbec funguje psychika člověka, já nevím asertivita, krizová intervence a tyhle věci, ale to nevím na kolik do hloubky se to probírá, když studuješ sociální práci. Myslím si, že celkově ten terén je jinej, že ať už je to s duševně nemocnýma, nebo aby to bylo, já nevím, s lidma bez domova nebo jako v nějakých lokalitách vyloučených. Myslím si, že ta terénní práce je jiná. Je jako jedno specifikum ten terén. Asertivní pojetí mě přijde jako hrozně důležitý právě u těch duševně nemocných, právě opravdu se snažit i tam, kde ten člověk si potom sám nevolá, protože po tom volat tady prostě nemusí.“

Také tato dotazovaná uvádí rozdíl v uvědomování si atak onemocnění a v naplňování cílů klientů SP 6: „Rozdíl tam určitě vnímám, protože já při práci s touhle cílovou skupinou vidím, že sociální pracovník se pohybuje na takový tý pověstný sinusoidě. Jo, prostě jsou ataky tý nemoci, pak zase dochází k tomu zklidnění a pořád kolem dokola, takže tohleto si myslím, že to tam vidím jiný, vůči jiným cílovým skupinám. Řekla bych, že u těch ostatních skupin dochází k naplnění cílu lépe.“

SP 4 a SP 5 uvádějí, že nevidí nebo nemohou posoudit rozdílnost vůči jiným skupinám.

4.1.2 Kde je sociální práce vykonávána

U této podkategorie se ukázaly kódy ve smyslu, kde vykonávají sociální pracovnice praxi a jaké vnímají rozdíly u těchto sektorů. Respondentky SP4 a SP5 neuvádějí svázanost státního nebo pružnost neziskového sektoru jako jejich vnímaný rozdíl, ale spíše hovořily o financích jako problematice (financování obou sektorů, dlouhodobé východisko).

Kódy:

- Svázanost státního sektoru
- Pružnost/volnost v neziskovém

Kód: svázanost státního sektoru

Tento kód poukazuje na představy jednotlivých pracovníků v druhém sektoru, ve kterém se zrovna nenachází. Ukazuje to na náhled a získané zkušenosti s jiným sektorem během spolupráce při výkonu praxe.

Dle SP 1 je státní sektor více ohraničený pravidly a normy: „*V tom státním je to více sešněrovaný a nějaký ty směrnice a postupy dostávají někde jako z hora a asi to nebude fungovat tak pružně. Je to více rozčleněnější.*“

Naopak SP 3 vnímá rozdíl, převážně ve způsobu výkonu práce a zaměření na individualitu: „*Ta státní asi ta psychiatrie, že třeba tam ta sociální pracovníce je jedna na celé oddělení a ta práce je v tom, že třeba hledá návazný služby. Představuji si to, že to není až tak individuální práce na rozvoj toho člověka jako v tý neziskovce v tom, že ta práce není až tolik zaměřená na tu změnu v tom smyslu, že pomáhá hledat nějaký bydlení, ale asi se zaměřuje do hodně oblastí toho člověka, tak si to představuju.*“

SP 6 chápe legislativu, jako prvek svázanosti státního sektoru: „*Z tý státní správy tohle se samozřejmě taky snažíme, klientům vycházet vstříc, ale asi jsme tam víc **vázáni** tou legislativou.*“

Kód: pružnost/volnost v neziskovém

Zde je patrné, jak vnímají sociální pracovníci neziskový sektor. Pracovníci, které zde nemají citované výroky z rozhovoru, nepocítují rozdílnost u těchto sektorů, či jak již bylo uvedeno výše, se přiklánějí k problematice financování a ne výkonu práce.

SP 1 hovoří o pružnosti neziskového sektoru a spolu kooperaci pracovníků: „*Myslím si, že je to **pružnější** v tom neziskovém, že se hodně ty pracovníci mohou spolupodílet na vytváření tý služby nebo pravidel. V neziskovém dělají všichni všechno.*“

Také SP 2 poukazuje na určitou pružnost a flexibilitu neziskového sektoru: „*Myslím si, že neziskový není tak svázaný pravidly, že to je jeho výhoda oproti státnímu. Tím pádem může být, měl by být a asi snad je **flexibilnější**, měl by schopně, flexibilně reagovat na to, co je potřeba, vlastně řešit v té společnosti. A měl by být nezávislý, na*

rozdíl od toho veřejného nebo má tu možnost být nezávislý, což je samozřejmě nějak omezeno tím, kdo tě platí, ale v zásadě má tu šanci být nezávislý.“

Dle názoru SP 6 je práce v neziskovém sektoru zaměřená více na přání klienta: „*U těch neziskovek je ta práce s tím klientem na hodně volný bázi, to znamená, že se opravdu plní přání toho klienta, pracuje se s tím klientem defakto dle jeho.*“

4.1.3 Použití Teorií a Metod u této cílové skupiny

Následující tabulka bude sloužit pouze jako souhrn teorií a metod, které uvedly respondentky jako nejčastěji používané v praxi.

Tabulka 3: Souhrn teorií a metod

Souhrn teorií a metod							
SP 1	Aktivní naslouchání + Rozhovor	Krizová intervence	Kognitivně behaviorální teorie	CARe	Existencionální teorie	Aktivační programy	Psychosociální přístup
SP 2	Aktivní naslouchání + Rozhovor	Krizová intervence	Kognitivně behaviorální teorie	CARe	Přístup orientovaný na klienta	Systematický přístup	Sociálně ekologická teorie
SP 3	Aktivní naslouchání + Rozhovor	Krizová intervence	Kognitivně behaviorální teorie	CARe	Přístup orientovaný na klienta	Systematický přístup	Psychosociální přístup
SP 4	X	Krizová intervence	X	X	X	X	Případová práce
SP 5	Aktivní naslouchání + Rozhovor	Krizová intervence	X	X	Přístup orientovaný na klienta	Úkolově orientovaný přístup	Případová práce
SP 6	Aktivní naslouchání + Rozhovor	Krizová intervence	X	X	Přístup orientovaný na klienta	X	Případová práce

Zdroj: vlastní výzkum

Zde se v průběhu rozhovorů vyselektovaly teorie a metody, jak je vnímají/používají sociální pracovníci při výkonu praxe. Během rozhovorů bylo patrné, jak je sociálním pracovnícům toto téma nepříjemné v důsledku jejich nevědomosti teorií a metod. Následující teorie a metody byly pracovníci vybrány pouze na základě jejich určité „intuice“. Pracovníci dostaly soupis teorií a metod, v případě potřeby jim byla určitá teorie a metoda představena/přiblížena a až následně reagovaly na jejich použitelnost přímo v praxi. Nejčastější shody v rozhovorech vyústily v přiřazení kódů.

Kódy:

- Aktivní naslouchání jako základ
- Přístup orientovaný na klienta – individualita
- Nová metoda CARE, Recovery (CDZ)
- Krizová intervence
- Případová práce

SP 1 v rozhovoru uvedla důležitost Kognitivně behaviorální teorie a existencionální teorie jako při práci s cílovou skupinou. Ale také poukázala na to, že tyto teorie „nepoužíváme, protože to prostě neumíme, neděláme to dobře“.

Tyto teorie použila i SP2 pouze v tom rozdílu, že uvedla příklad použití v léčbě diagnózy „OCD F4“, tedy spíše použití psychology. Také zdůraznila jako jediná systemický přístup „Systemický, ten nás učili kdysi, když jsem nastupovala, ten byl naprosto zásadní, před těmi deseti lety, ale na systemice jako takovou tu hlavní zakázku a tak, to si myslím, že je překonané v přístupu k duševně nemocným“.

Kód: aktivní naslouchání jako základ

Zde jsou vypsány úryvky z rozhovorů týkající se tohoto kódu. V rozhovoru následující oslovené, určily aktivní naslouchání jako základ pro komunikaci či tvorbu vztahu s klientem SP 2: „**Aktivní naslouchání, tak to je základ jako komunikace.**“;

SP 3: „Přijde mi hodně důležitý to **naslouchání**, samozřejmě v každé profesi, ale tady ty lidi jsou někdy tak zraněný a je hodně důležitý si dát záležet na budování toho vztahu a myslím si, že často nevěří těm lidem, že mají špatný zkušenosti.“; SP 5: „**Aktivní naslouchání** je důležitý určitě, že jo.“ SP 6: „**Aktivní naslouchání**, no, tak bez toho to nejde.“

Kód: přístup orientovaný na klienta – individualita

Pracovnice SP3 a SP5 uvádějí, že využívají tento přístup, respektive jeho prvky, které ale současně neumí popsat. Jedná se o jejich pocit, že tento přístup v praxi využívají.

SP 2: **Přístup zaměřený na klienta, ano, ale nevím, co přesně je tím myšleno, já vlastně neznám jak vypadá teorie, která se jmenuje přístup zaměřený na klienta, jestli je to co já si myslím, nebo ne. Dejme tomu, že já v tom vidím nějaký obsah, ale nemusí to být ten správný. Některé si myslím, že patří hodně k terapiím, které defakto sociální pracovník nedělá.**“

SP 6 zdůrazňuje individualitu u tohoto přístupu: **Já určitě tam vidím ten přístup zaměřený na toho klienta. Jo, opravdu práci s tou individualitou, to si myslím, že je tam hrozně důležitý. Přiznám se, že to člověk potom v praxi neřeší. Slyšela jsem to ale, že bych si teď dokázala představit definici jednotlivých metod, tak to fakt úplně nevím a myslím si, že tady je to na tu individualizaci, na toho klienta a pokud se člověk zaměří na toho klienta, tak to ostatní pak přichází automaticky.**“

Kód: Nová metoda CARE, Recovery (CDZ)

Tento kód je potřeba vysvětlit, proč došlo k jeho zastoupení ve výzkumu. Jelikož dochází v posledních letech k reformě psychiatrické péče a otázka recovery, CDZ a metody CARE je aktuální, pracovnice FOKUSU Vysočina pochopitelně v rozhovorech popisují tyto termíny a jejich důležitost při práci s klienty. Proto není v následujících tvrzeních zastoupení ostatních respondentek, jelikož na ně týkající se změny patrně tolik nepůsobí.

Pracovnice tedy popisují:

SP 1: „*Ta centra CDZ je dobrej model, ktorej by moh bejt jako aplikovatelnej. Já si furt představuju ten model toho CDZ, to je pro mě ten ideál nebo to, jak by to mělo fungovat.*“

Dle SP 2 je Recovery model zaměřený na práci s respektem vůči přání klienta a na jeho údravu: *No já nevím, jestli prostě všechno zaměřený na údravu je úplně nový. Není to úplně nový, je tady léta, ale vlastně díky té metodologii, díky tomu přístupu, díky tomu modelu, oni tomu říkají **model CARE**, tak díky tomu modelu a díky tomu, že jsme vlastně zakoupily kurz, který tady vlastně veřejně nebyl přístupný, díky tomu jsme se konečně rozhoupaly, jako skutečně to nějak realizovat. **Recovery** v tom přístupu zaměřeném na údravu, který nevím, jestli vůči jiným cílovým skupinám je nějak jako uplatňován. Což znamená jako úplně jinak pracovat s respektem vůči tomu přání, jinak pracovat s tím, že ten člověk je ten, kdo tu údravu dělá, ne já. Jo, prostě jako jiný pohled na to, že vždycky je ten člověk v centru a tady je to v tom **recovery**.*“

SP 3 poukazuje na silné stránky, brané v úvahy během práce s klientem na plnění jeho přání: *Tak třeba ta metoda **CARE**, která je zaměřená na silných stránkách toho klienta, takže na základě těch silných stránek hledáme to, jak docílit nějakých nejvyšších životních přání/cílů toho člověka.*“

Kód: Krizová intervence

SP 1, 3 a SP 5 taktéž uvádějí, že tuto metodu používají nebo si myslí, že ji používají. Připojují se tedy k následujícím tvrzením: SP 2: „***Krizovou intervenci** používáme v nějakých chvílích*“; SP 4: „***Krizovou intervenci** částečně jakoby, když někdo potřebuje trochu ve vztahových problémech a tak.*“ SP 6: „*No, **krizová intervence** určitě, protože to jsou často tyto lidi v krizích, takže taková ta okamžitá pomoc určitě.*“

Kód: Případová práce

Sociální pracovníce pracující ve státním sektoru, určují jako teorii a metodu i případovou práci. Zde jsou jejich výroky:

SP 4: „V *tý* **případová práci** část využíváme.“ SP 5: „**Případová práce** – no, to děláme všechno, že jo.“ SP 6: „**Případová práce s jednotlivcem**, teď nevím, ale taky asi, protože o tom klientovi, pracuje s ním víc organizací, víc lidí, takže bych tam viděla tu případovou, jako že vlastně společně potom komunikujeme na to téma toho klienta, co je potřeba, jak je to potřeba.“

4.1.4 Zranitelnost

Pojem zranitelnost vnímaly respondentky jak ve smyslu ke klientovi, tak směrem k sobě samé, či pozici sociálního pracovníka. Tento pojem byl použit vzhledem k současné situaci reformy psychiatrické péče, kdy směrem ze zahraničí do ČR stále více přichází pojem recovery tedy i zranitelnost a následná úzdrava (viz. dále).

Kódy:

- Zranitelnost u klienta
- Zranitelnost u sociálního pracovníka

Kód: zranitelnost u klienta

Tento kód byl vytvořen, jelikož byl podmíněn otázkou v polostrukturovaném rozhovoru, proto jsou zde k nalezení výroky všech dotazovaných (co pro ně znamená pojem zranitelnost).

SP1 chápe pojem zranitelnost právě v sociální izolovanosti a duševní nemoci: „U *tý* **zranitelnosti** právě často ta sociální izolovanost, že když už potom navážeš ten vztah, tak mnohdy to je jeden z mála vztahu, kterej ten člověk vlastně má. Někdy skoro jedinej, že vlastně ten pracovník může bejt někdy i zdrojem *tý* zranitelnosti. Si myslím, že ta **zranitelnost** pramení právě z *tý* duševní nemoci jako takový. Ten klient si to

vyjednávání, uplatňování vlastních práv, neumí tak prosadit nebo být tak jako asertivní.“ také SP 5 souhlasí s výrokem SP 1 : „Pro mě pojem **zranitelnost** jsou tydlencti moji duševně nemocní, ty jsou hodně **zranitelní**. Spočívá v tom duševním onemocnění, bejvaj vystrkováni na okraj společnosti, že se jich často bojeje, to že jo, vysmívaj se jim. Cítím v tom, že se jim dá ublížit. Dají se napálit a taky podfouknout, hodně jich chodí a jsou bílí koně někoho, koupí si na ně mobil, vyberou si na ně půjčky. Vlastně jim ubližujou, někdy teda oni zase ubližujou někomu jinýmu, ale hodně často jsou oběti oni.“

Dle SP 2 se jedná o specifickou citlivost na krizové podněty, které přicházejí v průběhu života klienta: „Nějaká specifická citlivost vůči určitým podnětům, kdy vlastně ty podněty, pokud ty podněty působí, tak vzniká riziko relapsu nebo té krize dá se říct. Toho projevu toho duševního onemocnění, tak takhle to školsky je nebo takhle si myslím, že to je takhle zpracovaná **zranitelnost** v teorii pro duševně nemocné. Že to je ta specifická citlivost na nějaký podnět a ten podnět může být, nevím, nějaká životní krize, nějaká událost nebo v nějakém rozhovoru s matkou, nevím, vlastně něco, co je stres, něco co prostě souvisí se stresem.“

Naopak SP 3 reaguje na pojem zranitelnost, že jej vnímá v určité životní krizi, kdy je zapotřebí nějaké podporující osoby: „Tak asi to, když člověk není schopnej sám sebe se obhájit ve všem, zvládnout nějaký těžký životní situace, i když si myslím, že každý je v nějakým životním období zranitelný, takže to můžou bejt i chvíle v životě, kdy potřebujeme někoho dalšího.“

SP 4 uvádí přímo situace či životní potřeby, ve kterých jsou dle jejího názoru klienti zranitelní: „Tak u některých často dochází ke zhoršení, že ta údrava není tak často, ale je to individuální. Potom někteří můžou být takový zneužitelný, třeba v tý společnosti v tom terénu. Vzhledem ke svému onemocnění nebo jak působí na venek. Někteří jsou **zranitelní** i na tom trhu práce, že jo, když opakovaně neuspějou nebo než třeba se dopracujou k nějakýmu důchodu v chráněný dílně, tak jako to je jasný, že je to sráží dolů, než si třeba přiznaj, že to prostě normálně nepůjde. Často i ten nedostatek financí, vzhledem k jejich situaci, protože i když pak mají důchod někteří, tak ho mají nížkej, takže řeší peníze pořád.“

SP 6 vnímá tento pojem převážně v pocitech křivdy klientů v přístupech okolí, k jejich životů: *„Ale já jinak pod pojmem **zranitelnost** si představuju jakoby nějaký problém v člověku, nějaký slabší místo, přes který se mu vlastně dějou ty věci, který vnímá jako křivdy jako příkoří. Takhle já tu zranitelnost vnímám. Říkám z pozice klienta určitě, tyhle lidi jsou hodně **zranitelní**.“*

Kód: zranitelnost u sociálního pracovníka

V průběhu výzkumu došlo k vyplynutí zranitelnosti i směrem k pracovníkovi. Pracovnice SP 1 až SP 3 nepocítují zranitelnost vůbec k sobě samé, ani ve spojitosti s profesí sociální pracovnice. Níže uvedené respondentky pocítují určitý druh zranitelnosti.

Zde se názory liší SP 4 si myslí, že by sociální pracovník měl s případnou zranitelností pracovat: *„Člověk musí umět s tou zátěží tady tak nějak pracovat, protože kdyby si každý osud, každého pacienta bral úplně k srdci, tak asi prostě musíme umět se od toho odpoutat. Celkově k týhle problematice, protože asi by to člověk takhle dlouho nevydržel dělat.“* naopak dle SP 6 si sociální pracovník zranitelnost u své osoby neuvědomuje: *„Já si myslím, že sociální pracovník si zranitelnost u této práce neuvědomuje. Kdyby si jí uvědomoval v té chvíli tam, tak nevím, jestli by s tou cílovou skupinou mohl dělat.“*

SP 5 spíše reaguje na zpracování kritiky ze strany okolí k výkonu samotnému výkonu práce: *„Asi když udělám něco špatně, hlavně když ta rodina toho pacienta je naštvaná a jako neprávem, tak to pak potom přemejšším, přijde mi to líto. Tak asi to by mohla být zranitelnost.“*

4.1.5 Úzdrava/Zotavení

Z rozhovorů vyplynula úzdrava celku jako jedince, osobnosti a úzdrava člověka s duševním onemocněním (úzdrava toho onemocnění). Jak již bylo nastíněno u pojmu zranitelnost, tento kód také vznikl v důsledku položení otázky a navedení dotazovaných

k odpovědi na tento pojem (co pro ně znamená pojem úzdrava). Jak lze z rozdělených kódů rozpoznat, došlo k rozpolcení pojmu úzdravy.

Kódy:

- Duševní onemocnění
- Jako celku

Kód: duševního onemocnění

5 ze 6 dotazovaných hovoří o úzdravě jako o životě s nemocí, kterou si uvědomují a znají její rizika a hlavně mají náhled navzdory negativním příznakům.

SP 2: „*Je to schopnost žít plnohodnotný život dle představ i s **onemocněním**.*“

SP 3 hovoří o náhledu na duševní nemoci, jako součásti osoby: „*Mají **náhled na to onemocnění**, vědí asi, co jim pomůže, znají sami sebe, dokáží sami sobě naslouchat, říct si o pomoc, vědí komu říci o pomoc, případně si dokážou v některých věcech poradit i sami, ale pokud je to nutný, tak se nebojí říct o pomoc. Třeba onemocnění úplně odešlo nebo nevím, že třeba kdybych měla zlomenou nohu nebo kdybych neměla nohu, tak prostě se mi ta noha nevrátí, ale je to nějaký smíření, ale ne jenom smíření, ale zároveň žít ten život i podle svých představ i s tímhle tím.*“ také SP 4 vnímá náhled na nemoc spolu se zdravotní kompenzací za důležitý prvek v procesu úzdravy: „*Tak aby ta hospitalizace měla smysl. Taky je to odlišený od diagnózy od oddělení, aby šel domů v relativně kompenzovaným stavu a pokud možno, aby vydržel co nejdýl v domácím prostředí a tak nějak **zdravotně kompenzovaněj**. Asi jak u koho, u někoho to může znamenat, že cítí, že už se tady nikdy neocitne, ale jí vidím spíš ty všechny, co se pak vrací. Někdo to tak bere, že už bude mít klid, a někdo to bere tak, že už s tím musí nějak bojovat, no jakoby, že už to bude takový jakoby výstražný vykřičník vzadu tam někde, že se to může kdykoliv ozvat.*“ S výroky předešlých pracovníků se v určitém bodě SP 5 ztotožňuje: „*Je asi když se ten člověk cejtí spokojenej a dovede se smířit s tou svojí **nemocí**, prostě když je spokojenej i s tím přetrvávajícím třeba bludem, ale jo naučí se s tím žít, ví, že to je blud nebo něco, ale tak by to mohlo bejt.*“

SP 6: „*Tak pod úzdravou já si představuju, pokud ten člověk po atace tý **nemoci**, pokud se zase dokáže vrátit jakoby do toho běžného způsobu života. Žít životem, který mu vyhovuje i s tím, že teda tam probíhá ta nemoc a že ten život je teda nějakým způsobem jakoby omezovanej tou nemocí, ale dokázat fungovat.*“

Kód: jako celku

Dle SP 1 se jedná o úzdravu celého jedince a působení naděje v tomto životním procesu: „*Mě to přijde hrozně fajn, že to je jako takový legalizování té naděje. Myslím si, že to je pro ty pracovníky hrozně důležitý se v této teorii vůbec pohybovat, aby prostě aktivně žili s tou nadějí a takhle prostě s těma klientama pracovali. Myslím si, že je potřeba o tomhle prostě nepochybovat. Myslím si, že sociální pracovník, který dělá s touto cílovou skupinou, tak by o tom neměl vůbec pochybovat, že to je nebo není možný, že by to neměla být vůbec otázka. Myslím si, že tohle by mělo být úplně výchozí paradigma a pak když tu naději máš, tak to všechno jde, všechno má smysl a můžeš různý věci zkoušet. Když ten pracovník tomu nevěří nebo má na to svůj názor a drží se při zdi, tak začne toho klienta odrazovat, vlastně by ho odrazoval, protože by to vlastně podle něj možný nebylo třeba kvůli té diagnóze.*“

Také SP 3 poukazuje na úzdravu jako smíření s minulostí a zároveň ve vytvoření zdravého sociálního okolí: „*Představuju si to asi obecně tak, že dojde jak ke smíření s minulostí a s tím, jak to třeba v životě je, nemusí to pro mě nutně znamenat, že jsou všechny problémy vyřešený. Tak asi to, že dokážou žít pokojně, asi si neumím představit člověka, že je v úzdravě a je úplně sociálně izolovaný. Takže mají asi kolem sebe zdravé sociální okolí, pro ně dostatečný sociální okolí, podpůrný.*“

4.1.6 Potřeby a problémy sociálních pracovníků v praxi

Každá z dotazovaných uvedla potřeby a komplikace, o kterých se ne/domnívá, že se dotýkají práce sociálního pracovníka s jedinci s duševním onemocněním.

Kódy:

- Potřeby sociálního pracovníka
- Komplikace při výkonu sociální práce s klientem (bariéry)

Kód: potřeby sociálního pracovníka

Zde jsou uvedené potřeby, o kterých si respondentky myslí, že jsou nezbytné při práci sociální pracovnice s duševně nemocnými.

SP 2: „Myslím si, že opravdu to je ta komunikace, umět přizpůsobit komunikaci tomu posluchači a že asi stačí, když je ten člověk v terénu zvědavý a autentický. Prostě to je pro mě nějaká věc, která je podle mě zásadní. A dneska si myslím, že k tomu přibývá i kreativita, že hrozně **potřebujem**, aby ty lidi byli kreativní, aby byli schopni vymyslet na tom místě to dobré řešení, a myslím si, že moc ty lidi neumíme vybrat nebo, že se spíš na to nesoustředíme nebo, že málo na to klademe důraz při výběrkách a tak, aby byli schopni vymyslet to kreativní řešení na místě. **Potřebují** dobré zázemí, dobré zázemí týmu, to znamená, že by tam měl být někdo odpovědný za to, že ten tým funguje, že jim dá tu oporu vzájemnou, že si můžou dát tu vzájemnou oporu, fungují týmově. A pak potřebují, aby je ta práce bavila, aby se tam cítily dobře, což se nechá ovlivnit z vnějšku asi.“

Dle SP 3 je potřeba být více hloubavý v zjišťování informací a vytvářet klima pochopení: „Asi mít nějaké pochopení, no, nebo mu nějak porozumět, co mi chce říct, co vlastně ho trápí, zkoušet se koukat trochu víc pod povrch těch lidí, často je **potřeba** být trpělivý a počkat na ten vztah a na základě toho, až toho člověka trochu víc poznáš, tak zjistíš, tak je **potřeba** zjišťovat, co ten člověk v životě chce a kam chce směřovat. Tak asi potřebuje dokázat jednat trošku i s těma dalšíma subjektama, takže potřebuje bejt schopnej zastat se toho člověka, když je třeba potřeba pomoci, třeba s jednáním na úřadě práce.“

SP 4 si uvědomuje potřebu empatie při práci s touto cílovou skupinou: „Asi nějakou empatii, nebát se těch pacientů konkrétně tady. Někde nebo skoro všude je **potřeba** mít svoje hranice a umět jim ukázat ty hranice, třeba na uzavřených odděleních, když chtěou

pořád peníze, tak člověk musí být na ně i přísněj, protože se řídí nějakýma limitami, umět pracovat v týmu zároveň i dost samostatně. Určitě nějaké zdravotnické vzdělání se hodí vědět, aspoň trochu o těch diagnózách. Také SP 6 vnímá empatii jako důležitý prvek v praxi: „Myslím si, že nejdůležitější jsou ty charakterové vlastnosti, ty, kdy musí mít silnou dávku empatie, musí mít dobrou komunikativní schopnost, musí mít velkou trpělivost. Jo, ale to gro si myslím, že je v těch charakterových vlastnostech, protože ten klient nás vnímá jako parťáka.“

SP 5 vnímá potřeby během výkonu práce jako prostor pro realizaci kroků při podpoře klienta: *„Myslím si, že je důležitý hlavně, aby člověk měl klid, čas, zachoval si chladnou hlavu a všechno si rozvážil, že jo. A což někdy nejde, protože tlačí jak ten pacient, tak to okolí a myslím si, že je důležitý, jsem zjistila, jako nechat všemu čas a promyslet to, protože kolikrát to jsou situace, to je hrozný.“*

Kód: komplikace při výkonu sociální práce s klientem (bariéry)

Tento kód popisuje komplikace, jak je vnímají sociální pracovnice. Vlastně každá našla určitou komplikaci, která stěžuje výkon práce sociální pracovnice s touto cílovou skupinou.

SP 1 uvádí komplikaci právě v duševní nemoci, náhledu na život kolem klienta: *„Ještě mě napadá jedno, že v nemoci ten člověk často nevidí, že je v nemoci nebo že má potíže. Často prostě pracuješ s tím, že tu zakázku má jako okolí nebo, že ten člověk nevnímá, že by něco chtěl, potřeboval a ty se snažíš k němu dostat, vůbec jako navázat nějaký kontakt.“* Takto vnímá komplikaci i SP 5, jako nedostatečný náhled své okolí v důsledku ataky duševní nemoci: *„No, někdy ta duševní nemoc sama taková, protože oni si tu nemoc někdy v sobě nepřipustí. V počátku jsou nedůvěřivý, vztahovačný, potom odmítání terénu, že jo, taky to **komplikuje** nebo terénu, spíš tý rodiny, že než je přesvědčíme, že za to nemůžou to, co dělají, protože jim kolikrát udělají strašný věci, že tu rodinu opravdu zlikvidují, že jo, finančně i psychicky, no tak to. A to všechno chce, jak jsem říkala, čas a pomalu všechno řešit s rozvahou.“*

Naopak SP 2 vidí problém v samotném přístupu pracovnice, kdy jim práci ztěžují jejich osobnostní vzorce: „*Myslím si, že to těm lidem **komplikují** různé jejich osobní vzorce nebo věci, které si nesou a které třeba vlastně neumí poznat nebo nemají zpracované a že pro někoho je těžké, já nevím třeba téma smrti, pro někoho to může být něco jiného, já nevím, že prostě někdo s někým nemůže pracovat. Obecně to je nízké ocenění té práce, nízká prestiž té práce, kdy v zásadě musíš někde jako trochu žebrat u doktorů a kde všude, abys byla braná jako partner.*“

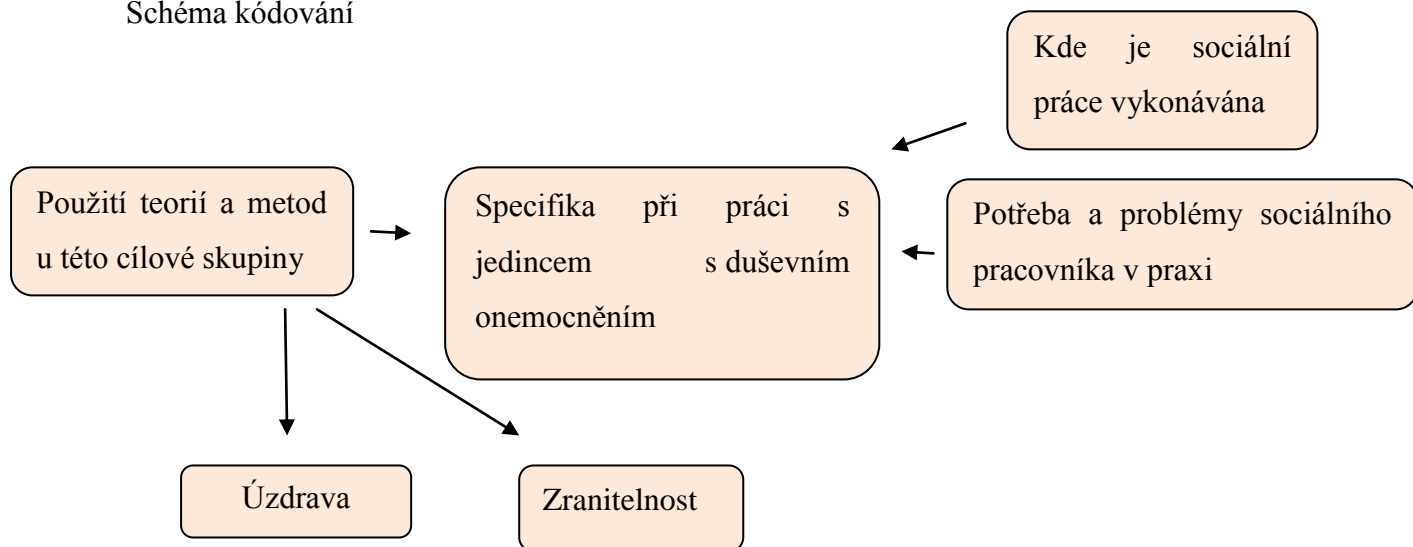
Dle SP 4 se jedná o komplikace během výkonu přímé práce s klientem jako nedostatečné následné služby po ukončení léčení: „*Tak někdy určitě nedostatečný služby v terénu, když potřebujeme navazující zařízení á la Věž nebo podobně (Věž – pobytová služba se zvláštním režimem, pro osoby chronicky duševně nemocné) tak jich je nedostatek, tak tohle. Někdy, ač to chápu, nějaká ochrana údajů našťestí se to tolik nedodrží tak do puntíku všude, protože někdy někam voláte, relativně to jde, ale někdy se stane, že nám řeknou, že nám nic nesdělí, že jo, a tak člověk je chápe. Někdy to může **komplikovat** nespolupráce pacienta.*“

Na druhé straně následující výroky u dvou dotazovaných dokazují i komplikace z třetí strany, tedy ze sociálního okolí klientů SP 3: „*Předsudky vůči duševně nemocným, špatná zkušenost nějaká nezpracovaná, špatný vedení může komplikovat práci.*“

SP 6: – „*Tu sociální práci s tím psychiatrickým klientem bych řekla, že **komplikuje** nepochopení okolního světa. To okolí většinou nechápe, že ten člověk je nemocnej a díky tý nemoci se prostě chová jinak, než běžná populace, tak v tom vidím komplikaci vůči sociální práci s touhle cílovou skupinou. Jinak si myslím, že sociální pracovník, který umí s touhle skupinou komunikovat, takže tam problémy, že se neustále vracíme, mluvíme o stejných tématech, tak to k tomu patří, to bych neviděla jako nějakou komplikaci, to tak přesně je a musí to tak člověk brát. Takže komplikace sociální pracovník vs klient, **komplikace** tam jsou, ale sociální pracovník tam je od toho, aby ty problémy řešil.*“

4.1.7 Otevřené kódování

Schéma kódování



5 Diskuze

„Lidé s duševním onemocněním jsou jednou z cílových skupin, jež se nachází na pomezí působnosti více resortů, přičemž řešení její nepříznivé sociální situace vychází z konceptu multidisciplinárního řešení, síťování a koordinované spolupráce.“ (Hejzlar et al., 2010, s. 127). S tímto výrokem se ztotožnily pracovnice již ve výzkumné části, kdy kladly důraz na spolupráci se „zdravotníky“ a dle jejich názoru je nezbytně důležité mít „zdravotníky v terénu“. Hejzlar et al. (2010) také hovoří, že jestliže odstranění nebo zmírnění symptomů nemoci není účelem, ale prostředkem k dosažení rehabilitace nemocného, pak rehabilitace začíná již při první návštěvě nemocného v ordinaci či nemocnici, nicméně v ČR stále přetrvává názor, že rehabilitace je jakýmsi následným doplňkem léčebných procesů. S tímto postojem se setkávám i ve své praxi, proto tázající ve výzkumné části určily specifikum právě samotné duševní nemoci ve spolupráci se zdravotním úsekem. Tuto, dalo by se říci, potřebu sociálních pracovníků vyslovily pouze ty, které se nachází mimo zdravotnický systém, tedy v neziskové organizaci a ne v psychiatrické nemocnici. S výrokem Hejzlara et al., (2010) taktéž sympatizovaly SP1: *„Asertivní pojetí mě přijde jako hrozně důležitý právě u těch duševně nemocných. Právě opravdu se snažit i tam, kde ten člověk si potom sám nevolá.“* a SP 3, které určily asertivitu jako potřebnou během výkonu praxe. V důsledku reformy psychiatrické péče je zapotřebí vytvářet tzv. „asertivní týmy“. Probstová a Pěč (2014) popisují asertivní tým jako tým odborníků, péči o každého klienta sdílí celý tým, vysoká četnost kontaktů a cílovou skupinou jsou klienti, kteří vlivem své nemoci vypadávají ze služeb, ať ze zdravotních (nedochází k ambulantnímu psychiatrovi, neužívají medikaci), tak ze sociálních (vznik potíží v sociální oblasti – bezdomovectví, špatné finanční a bytové podmínky).

Na čem se všechny respondentky shodly jako specifiku u této cílové skupiny, je komunikace. Hejzlar et al. (2010) v publikaci uvádí takový seznam „funkcí“ pracovníka v oblasti péče o duševní zdraví. Zde popisuje schopnost efektivní komunikace (používat jazyk a styl, který je pro klienta srozumitelný, používat podpůrné interpersonální dovednosti, posilovat silné stránky, komunikovat s klienty za účelem zjištění

zdravotních a sociálních potřeb klienta). Dle Úlehly (2005) je schopnost pracovníka používat rozhovor přímo závislá na tom, jak porozumí tomu, co se v rozhovoru odehrává, a klíčová pro vytvoření pocitu bezpečí při komunikaci s klientem. O rozhovoru při šálku kávy, společné procházce, karetní hře nebo ping-pongu hovoří již Probstová a Pěč (2014), kteří uvádějí, že takovýto rozhovor může přinést více uvolnění a námětů než v kanceláři.

Vachková (2008) přikládá důležitost rehabilitačním programům zaměřeným na bydlení u lidí s duševním onemocněním, aby mohli žít v co nepřirozenějším prostředí. SP 2 s tímto výrokem souhlasí, přikládá k problematice bydlení důležitou roli: *Pracujeme hodně s bydlením, to je teďka, jako v tuto chvíli nejpálčivější problém, co se týká bydlení a toho, kam s těmi lidmi.* I další účastnice výzkumu určily bydlení jako specifickou oblast, kterou s klienty nejčastěji řeší.

Ve své praxi se taktéž s touto problematikou často setkávám, jelikož z finančních a regionálních důvodů mnohdy nedokážeme klientovi sehnat vhodné bydlení, dle jeho potřeb a představ. Největší problém se nachází v tom, že psychiatrické nemocnice mají větší spádovost. Podporované bydlení, ač jako sociální služba nebo forma městského bytu, má podmínky přijetí klienta/občana dle místa trvalého bydliště (samozřejmě často určené na město či bývalý okres), proto nedochází k úspěšnému nalezení bydlení v působnosti služby, jako podpůrného prostředku při resocializaci. Hosák et al. (2015) sděluje, že při nedostatku sociálních bytů se systém služeb „ucpává“, ne všude jsou k dispozici kompletní navazující služby. S tímto výrokem sympatizuje SP 4, která taktéž vidí komplikaci v navazujících službách: *„Nedostatečný služby v terénu, když potřebujeme navazující zařízení á la Věž nebo podobně, tak jich je nedostatek.“* Dle Hosáka et al. (2015) má rehabilitace v oblasti bydlení pomoci vytvořit stálý domov a prostředí podporující zotavení z duševní nemoci. Zotavení je jedno ze specifíků sociální práce u lidí s duševním onemocněním. Dle výzkumu se ukázalo, že každá z dotazovaných chápe pojem zotavení rozdílně. Koncept zotavení (Recovery) je dlouhodobý proces osobní proměny duševně nemocného, který vede ke smysluplnému životu a jeho společenskému zapojení i přes některé přetrvávající příznaky. Takto si představila pojem zotavení většina z respondentek, (SP 2): *„Je to schopnost žít*

plnohodnotný život dle představ i s onemocněním.“; (SP 4): *„Vydržet co nejdýl v domácím prostředí a tak nějak zdravotně kompenzovanéj.“* (SP 6): *„Tak pod úzdravou já si představuju, pokud ten člověk po atace tý nemoci, pokud se zase dokáže vrátit jakoby do toho běžného způsobu života.“* Naopak Hollander a Wilken (2016) popisují pojem zotavení jinak, dle nich se člověk učí nakládat s vlastní zranitelností, znovu hledá pevné a záchytné body v přítomnosti a budoucnosti a sociální zotavení se týká opětovného začlenění do společnosti. Zde není nikde vnímáno duševní onemocnění jako ta zranitelnost, takto tento pojem cítí SP 3: *„Představuju si to asi obecně tak, že dojde jak ke smíření s minulostí a s tím, jak to třeba v životě je. Nemusí to pro ně nutně znamenat, že jsou všechny problémy vyřešený.“* Ridgway et al. (2014) popisují zotavení jako využití vlastních předností k získání vytyčených cílů jako: pocit, že jste někde doma; rozšiřování vědomostí a vzdělávání; jaký typ práce by chtěl klient do budoucna dělat; žádoucí vývoj vztahů s lidmi v okolí; zkvalitnění sexuálního a intimního života; zlepšení celkové kondice; nalezení volnočasových aktivit a rozvinout svoji spiritualitu. Pracovnice během rozhovoru zdůrazňovaly individualitu klientů. Dle jejich názorů je potřeba nahlížet na klienta jako na jedince, který má svoje potřeby – tuto stránku převážně zdůrazňovaly ty, které vykonávají terénní způsob práce. Jako další specifika se ukázala během výzkumu problematika financí. Matoušek et al. (2013) popisuje chudobu jako nedostatek uspokojování základních lidských potřeb, a to jak ve fyzickém (extrémní podoba: hlad, podvýživa, nemoci) tak i v sociálním slova smyslu (stigmatizace, sociální izolace, neadekvátní bydlení, vyloučení atd.). Ze své praxe vnímám, jak finance výrazně ovlivňují životy duševně nemocných. Setkávám se s lidmi, kteří jsou „diagnozováni“ až po 18 letech svého života. Většinou se tito lidé pokouší nalézt nějaké zaměstnání, ale pro nemoc nezvládají práci na plný úvazek, často v zaměstnání vydrží velice krátkou dobu. V důsledku těchto „pokusů“ a pozdního diagnostování nemají nárok na invalidní důchod, respektive výplatu, jelikož nedošlo k naplnění počtu odpracovaných dob. Jak již vnímá SP 5: *„Hodně jich zajímá hlavně ty dávky hmotný nouze, aby se zajišťovaly hned, to je takový u nich častý. Ale málokdo přijede a je zajištěnej finančně.“* V praxi se velice často řeší oblast financí a vyřizování dávek. Lidé s duševním onemocněním bývají často na hranici chudoby. Jako další

problematika v této oblasti je pojem příspěvku na péči. SP 1 taktéž vnímá příspěvek na péči jako určitý druh problému při zajišťování služeb péče o duševně nemocné: „*Ty lidi mají třetí stupeň invalidity, ale s příspěvkama na péči, víš jak to je, obecně mají nízký příjem.*“ Posuzováním příspěvku na péči v podobě takové, jaká je dnes, dochází k nemožnosti plnění podmínek u klientů s duševní nemocí. Například při psychotickém stavu (v důsledku halucinací či bludů) nedokážou plnit péči o vlastní osobu či bydlení. To se týká i jiných diagnóz, třeba depresivní stavy mohou člověka ochromit na delší časový úsek. Jelikož reforma žádá řešení propuknutí ataky v přirozeném prostředí, samozřejmě dle druhu ataky, je žádoucí, aby tito jedinci měli zajištěné v případě potřeby – finance (pro ulehčení rehabilitace). S touto oblastí se pojí i vysoká zadluženost klientů, řešení exekucí, insolvenčí a dalších. Matoušek et al. (2013) uvádí, že zadlužení znamená, že člověk již není schopen v dlouhodobější perspektivě splácet své závazky a předlužení může znamenat celou řadu společensky nebezpečných strategií (nárůst závislosti, kriminality, rozpad rodiny a další). Tento negativní efekt může dojít k takzvaným duálním diagnózám, což je spoj duševního onemocnění se závislostí. Tomuto jevu příkládají důležitost pracovníce SP 2: „*Máme před sebou nějaké, jako co si ty FACT týmy vyžadují je to, aby tam vlastně byl nějaký duální program. To jsou věci, které jako zatím moc neumíme.*“ a SP 3: „*A taky specifikum mě napadá, že je tady těch hodně duálek, takže práce se závislostí je hodně specifická.*“

Dalším určeným specifíkem sociálních pracovníků je vztah, ať již vnímán jako vztah sociálního pracovníka s klientem či vztah klienta a jeho okolí (sociální síť). Tomuto specifíku připsaly důležitost SP1 až SP4. Například SP1 uvádí: „*V tom vztahu je více izolovanéj a v tom, že se hůře může prosazovat v tom, co chce nebo hůř může uplatnit svoje práva.*“; „*U tý zranitelnosti právě často ta sociální izolovanost, že když už potom navážeš ten vztah, tak mnohdy to je jeden z mála vztahů, kterej ten člověk vlastně má.*“ a SP 3 taktéž sděluje důležitost vztahu: „*Je hodně důležitý si dát záležet na budování toho vztahu a myslím si, že často nevěří těm lidem, že mají špatný zkušenosti. Pochopení a dát najevo to, že i když někdo má pocit, že v životě udělali spoustu bot a bojí se, že je za to někdo odsoudí, tak o tom se nebát mluvit, dát najevo že i toho člověka takhle přijímáš – partnerský vztah.*“ Hejzlar et al. (2010) příkládá důležitost komunikaci

s klienty služby, rodinnými příslušníky, pečovateli a udržování vztahu s nimi, dát najevo chápání zásadního významu vztahů pro sociální a psychologickou pohodu. Dále poukazuje na pomoc v dosahování cílů a naplňování přání klientů prostřednictvím partnerského přístupu, podporovat dobré vztahy, vazby s širokou škálou komunitních zdrojů a snažit se o rozšiřování sociální sítě.

Mnoho autorů přikládá význam volnému času. Například Hosák et al. (2015) uvádí, že se tato oblast zaměřuje na omezenou sociální síť dlouhodobě duševně nemocných a na pasivitu a nečinnost v trávení volného času. Také Vágnerová (2014) uvádí, že pro nemocné je třeba zorganizovat denní režim a program, oni sami toho nejsou schopni, mívají spíše tendenci izolovat se a nic nedělat. Volný čas jako takový zmínily dvě respondentky. U ostatních dotazovaných, jak již lze i z přímé řeči vyvodit, se jednalo o specifikum nebo spíše potřebu v oblasti vztahů. V předešlém odstavci se vztahům věnujeme. Když nahlédneme do popisu volného času dle přítomných autorů, jeví se jako evidentní, že dotazované použily pouze jiné pojmenování, sociální síť klientů řeší jak odborná literatura, tak pracovníci v přímé praxi.

Při zaměření na teorie a metody, které vnímají sociální pracovníci jako užívající při výkonu práce, jedná se tedy o aktivní naslouchání s rozhovorem, krizovou intervenci, kognitivně behaviorální teorii, přístup orientovaný na klienta, případovou práci a jako novinku uvedli, metodu CARE.

Krizová intervence utkvěla všem dotazovaným, reagují na tuto metodu jako na potřebnou při péči o jedince s duševním onemocněním, samozřejmě v důsledku atak nemoci. Ale také uvádějí určitou neznalost těchto teorií a metod. Myslí si, že je v praxi používají, respektive prvky každé z nich, ale již si v přímé práci neuvědomují ten moment použití. Dle respondentek jde o již instinktivní jednání. Tedy specifika právě v použití teorií a metod sociální práce nespatřují, ale v důsledku aktivní a aktuální neznalosti je nevidí, nedokážou je pojmenovat. Některé dotazované ale přesto určily kognitivně behaviorální teorii. Hovoří o ní jako o teorii, kterou by chtěly, měly znát a chtěly používat určité prvky. Plně si uvědomují rozdílnost použití těchto teorií a metod v práci sociálních pracovníků na rozdíl od léčebného procesu (u psychologů,

psychoterapeutů a lékařů). U této skupiny lze vnímat specifikum pouze v určené „novince“ - v metodě CARE, která přišla do ČR z holandského systému. Sociální pracovníce vidí přínos právě v zaměřování se na silné stránky jedince, SP 3 hovoří: *„Metoda CARE, která je zaměřena na silných stránkách toho klienta, takže na základě těch silných stránek hledáme to, jak docílit nějakých nejvyšších životních přání/cílů, toho člověka.“* Hollander a Wilken (2016) uvádějí silné stránky v tomto přístupu (zaměřené na minulost a současnost), jako na tom, co jsem (osobní kvality), umím (dovednosti), mám (silné stránky v prostředí), chci (zájmy, touhy) a vím (znalosti). Jedná se o nový přístup a přepracování nejen práce s klienty ale také přepracování něčeho v sobě samém. Tuto metodu jako novinku označily pouze dotazované v neziskovém sektoru, a to v důsledku nedávného vzdělávání právě této metody. Spatřuji rozdílnost i v samotné komunikaci. Vymazávají se negativa z konverzace jako, neptáme se na to, co klient nechce, ale na to, co by se mělo stát, aby se tento stav zlepšil. Dalším příkladem je, zaměření konverzace na pozitivní „skloňování“, jestli to takto mohu pojmenovat, každé slovní vyjádření jde přetvořit na vcelku pozitivní. Otázka pracovníka ke klientovi: „co se vám nedaří“ ale metoda CARE žádá, aby tato formulace byla použita například takto „co si myslíte, že vám jde, v čem jste dobří“ nebo „co si myslíte, že vám komplikuje, abyste dosáhly toho, čeho si přejete“ – určení překážek vnímaných ze strany klienta. Takto získáte také informace, které potřebujete, jelikož lidé mají schopnost převážně dobře hovořit o těch negativních věcech, takže sami poté řeknou, co je špatně, aniž by je k tomu někdo vybízel. Proto je tato metoda zpočátku náročná i pro samotného pracovníka, jelikož i on sám musí dojít ke změně. Jedná se o metodu, na které se musí dohodnout celá organizace, zda ji budou v praxi používat, jinak ztrácí význam ji zavádět.

S metodou CARE souvisí pojmy zotavení a zranitelnost. Těmto pojmům se již věnoval prostor v předchozích odstavcích.

Na závěr bych ráda věnovala slovo zaměstnanosti u lidí s duševním onemocněním. V průběhu výzkumu se tato otázka neotevřela, ale mnoho autorů ji považuje za důležitou. Třeba Hosák et al. (2015) uvádí, že zaměstnanost nehospitalizovaných

dlouhodobě duševně nemocných je velmi nízká, je mnohem nižší než u lidí s tělesným handicapem. Příčiny vidí jak vně klienta (nezaměstnanost ve společnosti, preference produktivity, stigmatizace duševně nemocných, nedostatek pracovních míst s nestresujícím prostředím) tak i na straně klienta (symptomy duševní nemoci, nedostatečná kvalifikace, problematická pracovní minulost, deficit sociálních a komunikačních dovedností a negativní sebeobraz). Dle Vágnerové (2014) je pracovní zařazení používáno jako měřítko sociální adaptace, návrat do práce vnímá jako obtížný, protože lidé po atace bývají méně výkonní, jsou hůře adaptabilní a je potřeba uvážit, zda takovou zátěž zvládne. Těmito výtahy z odborné literatury je patrné, jak je zaměstnávání lidí s duševním onemocněním obtížné. Již v předchozích kapitolách se věnuji finančním problémům této cílové skupiny. Jak si pak lidé trpící duševním onemocněním mají zvýšit svůj rozpočet, když je takováto problematika i v oblasti zaměstnávání. Dotazované nehovořily o tomto tématu, jelikož samotná nezisková organizace, ve které sociální pracovnice působí, má zavedenou dlouhodobou formu podporovaného zaměstnávání. Ať již jako samostatnou sociální službou – sociální rehabilitace (název: tým podporovaného zaměstnávání, který vyhledává zaměstnání převážně na volném pracovním trhu všem cílovým skupinám), tak i výraznou strukturou dnes již sociálních podniků (v minulosti chráněných dílen). Proto si myslím, že se touto oblastí nezabývají, jelikož má takovouto tradici v jejich zařízení. Proč se tomuto tématu nepřiblížili ostatní dotazované, nedokážu posoudit, jejich klienti pravděpodobně mají primárně potřeby v jiných oblastech.

6 Závěr

V diplomové práci zaměřené na specifika sociální práce s jednotlivcem s duševním onemocněním na Havlíčkovobrodsku byl použit kvalitativní výzkum. Cílem bylo popsat specifika sociální práce sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním (s jednotlivcem). Za účelem získání informací byl použit polostrukturovaný rozhovor. Ke zpracování výsledků došlo pomocí otevřeného kódování.

Oslovení respondenti uvedli následující specifika práce s lidmi s duševním onemocněním. Dle jejich odpovědí je jedním z největších specifíků komunikace samotná, i v souvislosti s navozením vztahu, pocitu bezpečí. Určují komunikaci jako jeden z nejdůležitějších prvků pro výkon praxe. Také, jak již bylo nastíněno, je vztah, ať již sociálního pracovníka s klientem nebo samotné klientovi vztahy, nedílnou součástí péče o duševně nemocné. Výrazná specifika vnímají dotazované v oblastech bydlení a financí. Právě tyto dvě oblasti spolu nedílně souvisí. Pracovnice popisují výrazné komplikace při zařizování vhodného/požadovaného bydlení. Právě tato oblast pomáhá při sociálním začlenění klienta, ale též pro jeho soběstačnost a budování si důvěry ve své schopnosti. Finance jsou nedílnou součástí každého člověka, proto také není výjimkou, že lidé s duševním onemocněním tuto potřebu taktéž vnímají. V důsledku nízkých invalidních důchodů či pouze pobíráním hmotných dávek je jejich životní úroveň na velmi nízkém měřítku. Stres z nedostatku financí je nedílnou součástí mnoha klientů a stres jako takový může působit jako „spouštěč“ duševního onemocnění. To také uvedly dotazované jako další specifikum u této cílové skupiny, a to samotné duševní onemocnění. Jeho projevy, které se dle rehabilitačních postupů snaží všichni pracovníci eliminovat, potlačit, vymazat a odstranit všemi dostupnými prostředky. Sociální pracovníci právě tím navázáním vztahu (komunikací), doprovázením a podporou. Jako další specifikum uvádějí multidisciplinaritu – spolupráci se zdravotním personálem, a to snad do budoucna v terénu. Během výzkumu vyplynula další specifika jako asertivita (v kontaktování), duální diagnózy (souběh duševního

onemocnění se závislostí) a volný čas (trávení volného času je častým tématem při resocializaci klienta).

Při určení teorií a metod používaných dle dotazovaných v praxi, určily jako základ aktivní naslouchání s rozhovorem, krizovou intervencí, kognitivně behaviorální teorii, přístup orientovaný na klienta, případovou práci a jako novinku, čili i určitý druh specifika - metodu CARE. Tuto metodu určily právě pracovníce neziskové organizace, u kterých došlo k rozsáhlému nedávnému vzdělávání právě této metody. Spatřují pozitivní vnímání metody již v praxi, při práci s klientem.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1) ANDERS, Martin, Ivan DUŠKOV, Martin HOLCÁT, Martin HOLLÝ a Jiří RABOCH. *Tisková zpráva Ministerstva zdravotnictví: MZ představuje strategii reformy psychiatrické péče v ČR*. Praha, 2013. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-predstavuje-strategii-reformy-psychiatricke-pece-v-cr_8306_2778_1.html
- 2) BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2494-5.
- 3) BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a kol. *Psychoedukace u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. 71 s. ISBN 978-80-87142-16-5.
- 4) BENDO VÁ, Petra a ZIKL, Pavel. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 140 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3854-3.
- 5) BENSON, Nigel C. a Borin Van LOON. *Psychoterapie*. Praha: Portál, 2005. Seznamte se---. ISBN 80-736-7005-4.
- 6) BRINKMANN, Svend. Interview. *Encyclopedia of Critical Psychology*. New York, NY: Springer New York, 2014, , 1008. DOI: 10.1007/978-1-4614-5583-7_161. ISBN 978-1-4614-5582-0. Dostupné také z: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-5583-7_161
- 7) CAMERON, M. a E. K. KEENAN. The Common Factors Model: Implications for Transtheoretical Clinical Social Work Practice. *Social Work*. 2010, **55**(1), 63-73. DOI: 10.1093/sw/55.1.63. ISSN 0037-8046. Dostupné také z: <https://academic.oup.com/sw/article-lookup/doi/10.1093/sw/55.1.63>
- 8) Centrum pro sociální a ekonomické strategie a Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Jak si myslíme, že mají vypadat Centra duševního zdraví?: Výsledky fokusních skupin realizovaných v průběhu pracovní konference 2. 4. 2013*. Praha, 2013. Dostupné také z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2013/07/18/jak-by-mela-vypadat-centra-dusevniho-zdravi/>

- 9) ČEŠKOVÁ, Eva a PŘIKRYL, Radovan. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, ©2013. 143 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.
- 10) ČEŠKOVÁ, Eva, Mojmir SVOBODA a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012, 317 s. ISBN 978-80-262-0216-5.
- 11) DE WET, Anneliese, Leslie SWARTZ a Bonginkosi CHILIZA. Hearing their voices: The lived experience of recovery from first-episode psychosis in schizophrenia in South Africa. *International Journal of Social Psychiatry*. Anderson Development Group, 2015, **61**(1), 27-32. DOI: 10.1177/0020764014535753. ISSN 0020-7640. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764014535753>
- 12) DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 646 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.
- 13) FIELD, Brian I a Kirk REED. The Rise and Fall of the Mental Health Recovery Model. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. Anderson Development Group, 2016, **20**(2), 86-95. ISSN 9781326927028.
- 14) FOX, Lindy et al. *Integrovaná léčba duálních poruch = (Integrated dual disorders treatment - IDDT): aktualizovaná a rozšířená příručka: nejlepší postupy, dovednosti a zdroje pro úspěšnou péči o klienty*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ©2011. xxii, 334 s. ISBN 978-80-260-1338-9.
- 15) GERDES, K. E. a E. SEGAL. Importance of Empathy for Social Work Practice: Integrating New Science. *Social Work*. 2011, **56**(2), 141-148. DOI: 10.1093/sw/56.2.141. ISSN 0037-8046. Dostupné také z: <https://academic.oup.com/sw/article-lookup/doi/10.1093/sw/56.2.141>
- 16) GULOVÁ, Lenka a Radim ŠÍP, ed. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, 2013. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4368-4.
- 17) HAJDÚK, Michal, Anton HERETIK, Miroslava ZIMÁNYIOVÁ, Viera KOŘÍNKOVÁ a Jan PEČENÁK. Prediktory funkčnosti u pacientov so

- schizofréniou. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. Praha: Galén, 2016, **112**(5), 226-231. ISSN 1212-0383.
- 18) HEJZLAR, Petr, ed. *Na cestě ke komunitní psychiatrii--: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakl. Theo, ©2010. 136 s. ISBN 978-80-904009-6-2.
- 19) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- 20) HODGSON, Jennifer; LAMSON, Angela L.; REESE, Lauren. *The Biopsychosocial-Spiritual Interview method*. 2007.
- 21) HOLLANDER, Dirk Den a Jean Pierre WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: Úvod do metody CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.
- 22) HORAN, Linda a Jackie FOX. Individual Perspectives on the Wellness Recovery Action Plan (W.R.A.P.) as an Intervention in Mental Health Care. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. Anderson Development Group, 2016, **20**(2), 110-125. ISSN 9781326927028.
- 23) HOSÁK, Ladislav a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 647 stran. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 24) HUK, Jaroslav. *Výzkum veřejného mínění a mediální publikum*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2013. ISBN 978-80-74-52-031-0.
- 25) JANOUSHKOVÁ, Klára. *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách: sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007, 351 s. ISBN 978-80-7368-229-3
- 26) KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 247 s. ISBN 80-7178-563-6.

- 27) KUZNÍKOVÁ, Iva. A kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- 28) MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- 29) MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, ©2006. 352 s. Sestra. ISBN 80-247-1151-6.
- 30) MARLOW, Christine. *Research methods for generalist social work*. 5th ed. Belmont, CA: Brooks/Cole, c2011. ISBN 978-0840033277.
- 31) MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8548-2.
- 32) MATOUŠEK, Oldřich, Libor MUSIL a Martin SMUTEK, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- 33) MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7002-X.
- 34) *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2., aktualiz. vyd. [Praha]: Bomton Agency, 2008- . sv. ISBN 978-80-904259-0-3.
- 35) MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- 36) Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie refotmy psychiatrické péče*. Verze 1.0. Praha, 2013. Dostupné také z: <https://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/3cba95de-e355-4225-8838-625ee0cf153c/Strategie-reformy-psych-pece.pdf?ext=.pdf>
- 37) OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché. ISBN 978-80-247-5199-3.

- 38) OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.
- 39) OREL, Miroslav a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 256 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2617-5.
- 40) PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ (eds.) *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- 41) PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1216-4.
- 42) PEŠOVÁ, Ilona a ŠAMALÍK, Miroslav. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 150 s. Psyché. ISBN 80-247-1216-4.
- 43) PETR, Tomáš a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 295 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.
- 44) PFEIFFER, Jan. Transformace musí mít jasně stanovený cíl. *Esprit*. Praha, 2015, XIX(3), 10 - 11. ISSN 1214-2123.
- 45) PRAŠKO, Ján a kol. *Poruchy osobnosti*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. 359 stran. ISBN 978-80-262-0900-3.
- 46) PRAŠKO, Ján, Klára LATÁLOVÁ, Anežka TICHÁČKOVÁ a Libuše STÁRKOVÁ. *Klinická Psychiatrie*. 1. Praha: Tigris, 2011. ISBN 978-80-87323-00-7.
- 47) PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- 48) PROCHÁZKA, Roman et al. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. 249 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4451-3.
- 49) RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012, 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
- 50) RAHN, Ewald a MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. 466 s. Psyché. ISBN 80-7169-964-0.
- 51) RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

- 52) Recovery. *Royal College of Psychiatrists* [online]. Londýn: Royal College of Psychiatrists, 2014 [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <http://www.rcpsych.ac.uk/policyandparliamentary/recovery.aspx>
- 53) Reforma psychiatrické péče. *Postgraduální medicína*. Praha: Mladá Fronta, 2014, **16**(6), 5 - 11. ISSN 1212-4184.
- 54) REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- 55) RIDGWAY, Priscilla, Diane MCDIARMID, Lori DAVIDSON, et al. *Cesty k zotavení*. Lawrence: University of Kansas school of social welfare, 2014. ISBN 978-1-5031-7191-6.
- 56) SCHARLAU, Christine. *Trénink úspěšné komunikace: Jak uspět v každém rozhovoru v práci i osobním životě*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3301-2.
- 57) *Slovník psychiatrických termínů*. 3. české vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2008. 102 s. ISBN 978-80-87142-03-5.
- 58) ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2938-1.
- 59) ŠPILÁČKOVÁ, Marie a Eva NEDOMOVÁ. *Metody sociální práce s jednotlivcem: Studijní opora je jedním z výstupu projektu ESF OP VK*. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. ISBN 978-80-7464-434-4.
- 60) ŠUPA, Jiří. Expertíza pro CÍLOVOU skupinu „Osoby s duševním onemocněním“. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Dostupné z: <http://www.kpss.brno.cz/index.php>, 2006.
- 61) ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 62) TALMY, Steven. Qualitative Interviews in Applied Linguistics: From Research Instrument to Social Practice. *Annual Review of Applied Linguistics*. 2010, **30**, 128-148. DOI:10.1017/S0267190510000085. ISSN 0267-1905. Dostupné také z: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0267190510000085

- 63) ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-864-2936-9.
- 64) VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- 65) VACHKOVÁ, Lenka. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatr. prax*, 2008, 9.3: 136-140.
- 66) VALENTA, Milan a kol. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 349 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.
- 67) VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.
- 68) WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL, Ladislav CSÉMY, Miroslava JANOUŠKOVÁ a Linda KREJNÍKOVÁ. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. ISBN 978-80-87142-21-9.
- 69) WINKLER, Petr. Systémy psychiatrické péče v Evropě I: Popis reformních procesů ve 12 zemích EU. *Psychiatrie: Časopis pro moderní psychiatrii*. Praha: Tigris spol, 2013, 17(2), 65 - 68. ISSN 1211-7579.
- 70) *Zdravotnická statistika. Psychiatrická péče ...* Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 1965-2013 . ISSN 1210-8588.
- 71) ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1997, ©1994. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.

Seznam použitých zkratk

ACT – asertivní komunitní léčba

CAN – Camberwell Assesment of Needs

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČR – Česká Republika

KBT – Kognitivně – behaviorální terapie

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví

OCD – Obsedantně – kompulzivní porucha

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO – Světová zdravotnická klasifikace