

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Sociální práce s duševně nemocnými

Social care and support to clients with mental disorders

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Miloslav Čedík

Autor:

Klára Němcová

Praha 2018

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu PhDr. Miloslavovi Čedíkovi za vedení mé práce a velmi lidský, ochotný přístup po celou dobu mého studia, a paní PhDr. Magdě Němcové za podporu a motivaci ke studiu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sociální práce s duševně nemocnými“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15.7.2018 Klára Němcová

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Sociální práce	9
3	Základní pojmy	11
3.1	Sociální pracovník pracující s lidmi s duševním onemocněním	11
3.2	Klient s duševním onemocněním	11
3.3	Sociální služby.....	12
3.4	Vliv na klienta ze strany sociálního prostředí a víry	12
3.4.1	Sociální prostředí.....	12
3.4.2	Duchovní vliv	12
3.5	Systém možných služeb.....	13
4	Role a náplň práce sociálního pracovníka.....	15
5	Multidisciplinární tým.....	17
6	Základní metody sociální práce.....	18
6.1	Komunitní práce	18
6.1.1	Komunitně podpůrný systém	19
6.2	Individuální sociální práce.....	21
6.3	Skupinová sociální práce	21
6.3.1	Typy skupin.....	22
7	Klasifikace duševních onemocnění	23
7.1	Dělení duševních onemocnění dle MKN-10 dle ÚZIS	23
7.1.1	F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických	24
7.1.2	F10 – F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.....	24
7.1.3	F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.....	24
7.1.4	F30 – F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady).....	25

7.1.5	F40 – F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	25
7.1.6	F50 – F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	25
7.1.7	F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých	25
7.1.8	F70 – F79 Mentální retardace	26
7.1.9	F80 – F89 Poruchy psychického vývoje	26
7.1.10	F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání	26
7.1.11	F99 Neurčená duševní porucha	26
8	Schizofrenie	29
8.1	Příznaky	29
8.2	Diagnostika	29
9	Autismus	31
9.1	Příčina autismu	31
9.2	Léčba autismu	31
9.3	Příznaky autismu	32
9.3.1	Komunikace	32
9.3.2	Sociální chování	32
10	Léčba	33
10.1	Akutní péče	33
10.2	Následná péče	33
10.3	Pastorační péče	33
10.3.1	Role kaplana a víry pro pacienta, rodinu a personál	34
10.3.2	Nemocniční kaplan	35
11	Praktická část	36
12	Závěr	54
13	Seznam obrázků	55
14	Zdroje	55

Abstrakt

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část se týká vysvětlením základních pojmů týkajících se sociální práce s klienty s duševním onemocněním, rolí sociálního pracovníka, jaké metody práce sociální pracovník využívá, klasifikace duševních onemocnění, popis schizofrenie a autismu, včetně druhů léčby. Praktická část se skládá z rozhovorů se sociálními pracovníky, kteří pracují s klienty se schizofrenií a poruchou autistického spektra.

Cílem práce bylo popsat náplň sociální práce s duševně nemocnými lidmi a zmapovat postoj sociálních pracovníků k jejich práci.

Pro výzkumnou část byla použita kvalitativní výzkumná strategie, tedy metoda dotazování. Informace byly získané formou rozhovorů, které byly realizované v Praze a Ostravě. Dotazovaná skupina se skládala ze čtyř žen a jednoho muže. Dvě ženy pracují s lidmi s poruchou autistického spektra, zbytek dotazovaných pracuje s lidmi s duševním onemocněním. Dvě skupiny sociálních pracovníků s rozdílnými cílovými skupinami jsem zvolila pro porovnání postojů k jejich práci.

Klíčová slova: sociální práce, sociální pracovník, multidisciplinární tým, duševní onemocnění, schizofrenie, autismus, léčba

Abstract

The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with the explanation of basic concepts concerning social work with clients with mental illness, the role of the social worker, the methods of work the social worker uses, the classification of mental illness, description of schizophrenia and autism, including types of treatment. The practical part consists of interviews with social workers who work with patients with schizophrenia and autism.

The aim of the work was to describe the content of social work with mentally ill people and to map the attitude of social workers towards their work.

The research part used qualitative research strategy, ie the method of questioning.

Keywords: social work, social worker, multidisciplinary team, mental illness, schizophrenia, autism, treatment

1 Úvod

Lidské nemoci jsou naší součástí a byly významným hybatelem světové historie. Nejen civilizační choroby zanechaly svou stopu a umíralo po nich tisíce lidí, ale také nemoci duše jsou důležitými aktéry lidských dějin. Někteří za sebou zanechali velká města, světoznámá díla, jiní zapříčinily kruté války, nazývali se vyvolenými nebo byli nazýváni jako božské zření. Pohled na duševní onemocnění se s postupem let mění. Přesto, nynější pohled na duševní onemocnění stále není rovno onemocnění tělesnému a má mezi jinými nemocemi zcela svérázné postavení. (Chromý, 1990)

Pohled na duševní onemocnění se ze stran odborníků různí a jednotnou definici je těžké vyslovit. Dle Hartla a Hartlové (2010) je duševní nemoc choroba, která narušuje nebo úplně vytrácí svou duševní funkci. Vše se tedy vymyká normálu, což je považováno za dysfunkční stav, tedy stav nemocný. Nemoc je sociální kategorie, která označuje stav, u kterého společnost předpokládá, že nositeli znemožňuje plnění obvyklých rolí. Prolíná se do různých oblastí života a taktéž zasahuje do fungování v jeho přirozeném prostředí. U duševního onemocnění na rozdíl od toho tělesného dochází k oslabení osobnosti. Některé duševní nemoci nelze rozpoznat od prvního projevu, přesto některé je možné předvídat, především dle životního stylu jedince. Nemoc se může objevit jen jednou nebo se může opakovat či mít trvalý charakter s nemalými následky. Porucha se projevuje opakovanými atakami, které jsou jen těžko předvídatelné. Stejně tak je těžké určit, jakým způsobem se bude nemoc projevovat a vyvíjet, neboť každý člověk je jedinečný a dopady nemoci jsou individuální.

Přesto se v dnešní době může s duševním onemocněním setkat téměř každý z nás, ať už prostřednictvím vlastní zkušenosti nebo ze zkušenosti svého okolí. Moderní doba a tlak společnosti, která sebou nese stres, a genetické predispozice mohou zapříčinit větší sklony či rozvoj duševního onemocnění.

2 Sociální práce

„Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.“ (Navrátil, 2000).

Podle Matouška (2008) je sociální práce společenskovední disciplína s cílem vysvětlování a řešení sociálních problémů jednotlivců. Sociální práce se snaží o sociální uplatnění pro jednotlivce, rodiny, ale i skupiny. V případě klientů, kteří se už nemohou společensky uplatnit, pomáhá sociální pracovník na zachování důstojného způsobu života.

Jelikož je definic a popisů sociální práce hodně, tak v roce 2014 v Melbourne vznikla na základě spolupráce Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) a Mezinárodní asociací škol sociální práce (IASSW) nová definice sociální práce:

„Sociální práce je na praxi založená profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost a posílení a osvobození lidí. Pro sociální práci jsou zásadní principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní zodpovědnosti a respektu k rozmanitosti podpořeno teoriemi sociální práce, sociálních a humanitních věd a domorodých znalostí. Sociální práce zapojuje lidi a struktury do řešení problémů a zlepšování životní pohody.“

Mezi hlavními cíli sociální práce jsou (Šveřepa, 2005, Matoušek, 2012):

- Podpora při řešení problémů
- Poskytnutí informací o možných službách a institucích
- Zmírnění chudoby
- Pomocť se zapojením pro zranitelné lidi
- Dosažení lidských potřeb
- Rozvoj možností

Posláním sociální práce je poskytování služeb jednotlivcům, skupinám nebo komunitám. Cílem služeb je pomoci klientů vyrovnat se a najít řešení svých problémů či tíživé situace. Sociální práce přispívá ke zlepšení situace sociálních poměrů a vede dialog mezi tím, co chce společnost a tím, co chce klient. Rozvíjí tedy vzájemnou spolupráci.

Sociální práce přistupuje komplexně k řešení sociálních situací. Především z hlediska ekonomického, zdravotního, psychologického, sociologického, pedagogického a právního. Rovněž, se sociální práce zabývá lidskými vztahy a uplatněním sociálních rolí.

Sociální práce a psychiatrie má mnoho společného. Sociální práce je zaměřená na sociální vztahy, prostředí, ale především na podporu a obnovu sociálního fungování klienta. Naopak psychiatrie se zabývá léčením nemocí a zkoumá chování, jak individuální, tak ve skupině. Oba obory spojuje práce s lidmi, kteří mají osobní či sociální problémy, zlepšují sociální vztahy a mají vliv na vnitřní stavy (Navrátil, 2001).

Sociální práce a psychologie má mnoho společného, stejně jako sociální práce a psychiatrie. Oba obory pozorují chování osob a emotivní procesy. Psychologie studuje faktory biologické a sociální, které mají vliv na lidské chování. Psycholog pracuje v pozici psychoterapeuta, ale sociální pracovník řeší vztahy a problémy klienta a jeho sociální fungování (Navrátil, 2001).

Součástí sociální práce je koncept sociálního fungování. Sociální práce se snaží o zlepšení sociálního fungování, a to především pomocí realizování různých aktivit, které jsou hlavně zaměřené na sociální vztahy, jak jednotlivců, tak i komunit. Aktivity zaměřené na sociální vztahy můžeme rozdělit do tří skupin. První skupina aktivit je zaměřená na odstraňování problémů klientů. Druhá skupina se věnuje rozvoji klienta, včetně jeho potenciálu. Poslední skupina se zabývá kontrolou, prevencí a případné odstranění problémů, které by mohly vést k problémům v sociálním fungování (Navrátil, 2001).

3 Základní pojmy

3.1 Sociální pracovník pracující s lidmi s duševním onemocněním

Sociální pracovník není psychologem, přesto musí mít při práci s lidmi s duševním onemocněním určité vědomosti a dovednosti. Sociální pracovník by se měl umět orientovat v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Mít schopnost rozeznat počínající duševní onemocnění a zajistit včasnou léčbu a psychosociální podporu. Případně upozornit lékaře klienta na změny v chování, vědomí, orientace atd. Zná základy krizové intervence pro včasnou podporu při zvládnání náročných životních situací a projevů nemoci. (Kuzníková, 2011)

Probstová (2005) zároveň uvádí, že sociální pracovníci se při práci s lidmi s duševním onemocněním mohou specializovat v několika oblastech: psychiatrická rehabilitace, která opětovně začleňuje člověka do každodenního života. Psychoedukace, která informuje o nemoci ve spojitosti s prací a bydlením. Psychoterapie, která je nejčastěji rodinná, individuální a skupinová nebo případové vedení. K výbavě sociálního pracovníka patří znalost symptomatologie a dynamiky duševního onemocnění, terapeutických intervencí, znalost standardů zdravotní a sociální péče. Důležité je, aby měl sociální pracovník jasno v etice práce a věděl jak pracovat s informacemi o klientovi.

3.2 Klient s duševním onemocněním

Za klienta v sociální práci je považován člověk, který využívá služeb sociálního pracovníka. Sociální pracovník vystupuje vůči klientovi v rovnocenném a partnerském vztahu, ovšem konečná volba způsobu života záleží na klientovi. Ne vždy mohou být tyto předpoklady naplněny. Lidem s duševním onemocněním, kteří jsou často dlouhou dobu v patientské roli v rámci hospitalizace, nemoc velmi výrazně ovlivňuje jejich život. To vede k omezenému sociálnímu fungování. Tento fakt ztěžuje udržení s klientem rovnocenný vztah. Pro některé klienty je patientská role pohodlná a snaží se předávat zodpovědnost a rozhodování na sociálního pracovníka. Ať je diagnostikováno jakékoliv duševní onemocnění, na klienta by mělo být nahlíženo především, jako na člověka se specifickými potřebami a s respektem vůči zátěži kterou sebou nemoc klientovi přináší.

3.3 Sociální služby

Mají pomáhat klientovi řešit jeho nepříznivou situaci. Motivují klienta k jeho vlastní odpovědnosti, podporují samostatnost a chrání jeho důstojnost. Pro lidi s duševním onemocněním by měl být vytvořen ucelený systém služeb. Sociální pracovník by měl volit správnou službu, která bude klienta provázet a spolupracovat s ním v konkrétní oblasti. Velmi důležité je aktivní vyhledávání správné sociální služby, ale taktéž aktivní zapojení komunity, ve které člověk s duševním onemocněním žije (Máhrová,2008).

3.4 Vliv na klienta ze strany sociálního prostředí a víry

3.4.1 Sociální prostředí

Do zdravotnického střediska a sociálních služeb se klienti často dostávají vlivem sociálního prostředí. Během hospitalizace má sociální prostředí omezenou působnost, přesto po propuštění zpět, dochází k opakování stejné situace. Sociální pracovník může této situaci předejít sociálním šetření v klientově prostředí a nabídnout vhodnější varianty návratu. Z globálnějšího hlediska je pak vhodná komunitní práce, která může případná rizika v prostředí eliminovat.(Kuzníková, 2011)

3.4.2 Duchovní vliv

Víra může být pomocníkem v procesu uzdravení klienta. Pomáhá klientovi přijmout změny v jeho životě, vyrovnat se s těžkými situacemi aj. S hodnotami víry lze kvalitně pracovat. Nejlépe tato spolupráce funguje při skupinové sociální práci. Taktéž může být víra překážkou ve spolupráci, pokud má klient příslušnost k některým náboženským hnutím. Toto může vyvolat strach a obavy ve vztahu k sociálnímu pracovníkovi či naopak.(Kuzníková, 2011)

3.5 Systém možných služeb

Pro klienty s duševním onemocněním, a nejen pro ně, je řada možných služeb, které mohou pro zlepšení kvality života využít. Zmíněné služby se týkají především bydlení, které je základním kamenem pro započítí navrácení klienta do jeho přirozeného sociálního prostředí.

- **Psychiatrické nemocnice** jsou pobytové instituce, které poskytují akutní a dlouhodobou lůžkovou péči. Zajišťují diagnostiku a komplexní léčbu.
- **Denní a týdenní stacionáře** poskytují pobytové služby osobám s chronickým duševním onemocněním, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby.
- **Domovy se zvláštním režimem** poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu duševního onemocnění a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim je přizpůsoben specifickým potřebám klientů.
- **Terapeutické komunity** – služba na přechodnou dobu, ale také služba pobytová pro osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života. Jde o společenství lidí v přirozeném sociálním prostředí a o spoluspráva. Osoby v terapeutické komunitě mají možnost ovlivňovat chod komunity a vzájemně se hodnotí a motivují k uzdravení.
- **Komunitní bydlení** – chráněné prostředí, výpomoc s běžným chodem domácnosti, sociální práce, výpomoc s běžnými starostmi a osamostatňováním, společné aktivity a program, více pokojů v jednom domě versus tréninkové byty.
- **Podpora samostatného bydlení** - terénní služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu duševního onemocnění.
- **Chráněné bydlení** - pobytová služba konstruovaná pro lidi s chronickým duševním onemocněním, kteří mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby po všech stránkách života. Chráněné bydlení má formu skupinového nebo individuálního bydlení.
- **Domy a byty na půli cesty** – jedná se o mezistupeň mezi léčebným prostředím a běžnou společností. Program je zaměřený na zlepšení sociálních dovedností v co nejběžnějším prostředí.

- **Služby následné péče** – jde o službu terénní, která je poskytovaná osobám s chronickým duševním onemocněním, které absolvovaly léčbu ve zdravotnickém zařízení, ambulantní léčbu nebo se jí podrobují.
- **Přechodné zaměstnávání** – práce na částečný úvazek či na určitou dobu. Selhání v práci je bráno jako zkušenost. Testování místa sociálním pracovníkem, trénink a podpora, pokrytí absencí sociálním pracovníkem. Zaměstnávání zahrnuje nácvik běžných dovedností v pracovním procesu a zvýšenou toleranci. V určitých případech jde o přípravu na zaměstnávání na běžném trhu práce.
- **Podporované zaměstnávání** - zaměstnávání na běžném trhu práce. Jedná se o integraci rehabilitaci a služby duševního zdraví. Pozornost sociálního pracovníka a zaměstnavatele je zaměřena na preference uživatelů. Sociální pracovník většinou poskytuje časově neomezenou podporu. Podporované zaměstnávání podpořilo ústup od chráněných dílen, ty postupem času segregovaly, z důvodu tendence zde setrvávat dlouho a malého postupu.
- **Centra duševního zdraví** – jde o nově vznikající pilíř v psychiatrické péči. Jádrem je multidisciplinární tým, složený z psychiatra, psychiatrických sester, sociálních pracovníků, psychologa a peer konzultantů, kteří poskytují komplexní zdravotně sociální služby. Za pomoci case managementu navazují zainteresovaní zdroje podpory v komunitním prostředí.



4 Role a náplň práce sociálního pracovníka

Hlavní náplní sociálního pracovníka je zajistit pro klienta sociální rehabilitaci, která vede k získání kvalitního života, udržení si dosažené kvality a zároveň působí preventivně před návratem do zdravotnického zařízení. Pracovní náplň upravuje zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., konkrétně náplň sociálně zdravotního pracovníka paragraf 10 zákona 96/2006 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních. Hlavní náplní, jenž mají oba zákony společné je vytváření preventivní činnosti a diagnosticko-rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Konkrétní náplň práce zpracovává každé zdravotnické zařízení a sociální služba zvláště ve svých standardech kvality.

V rámci *sociální pomoci* je základní náplní sociální poradenství, plánování péče a sociální rehabilitace, jednání s institucemi, zprostředkování speciálních služeb a pomoci. Pomáhá řešit finanční situaci a základní dluhové poradenství. Spolupracuje s rodinou a blízkými lidmi klienta a zprostředkovává psychosociální podporu klienta.

Do *sociální prevence* patří odborný sociální rozhovor, který mapuje sociální potřeby. Pracovními nástroji, které sociální pracovník dále využívá, je depistáž a sociální poradenství. Povinností sociálního pracovníka je stanovení anamnézy s cílem opětovně začlenit klienta do jeho přirozeného prostředí a obnovení ztracených rolí. Pokud klientova reintegrace není možná, sociální pracovník by měl navázat klienta na adekvátní podpůrné služby na základě jeho schopností. (Kuzníková, 2011)

Dle Úlehly (2005) existují následující profesionální způsoby v práci s lidmi s duševním onemocněním. První role sociálního pracovníka je **doprovázení**. To začíná v momentě, kdy si klient přichází říct o pomoc v souvislosti s nesnází, kterou nelze změnit. Klient tedy neočekává změnu situace, ale chce mít při sobě někoho, kdo mu obtížnou situaci pomůže zvládnout.

Pokud klient přichází k sociálnímu pracovníkovi, protože zjistil, že má mezery ve svých znalostech, zkušenostech, vědomostech a žádá si vysvětlení. Odborník klienta **vzdělává**, což je jedna z jeho dalších rolí. Pracovník je klientovi nápomocen. Důležité, je, aby se pracovník ujistil, zda klientovi poskytuje opravdu to, o co si žádá ve formě, které klient rozumí.

Jestliže klient usiluje o rozšíření vlastních schopností a dovedností, aby mohl překonávat překážky, které mu stojí v cestě v dosáhnutí svých cílů a zároveň žádá pracovníka, aby mu poskytl rady, nápady nebo náměty, které mu pomohou odstranit to, co mu brání v rozšíření jeho možností. Jedná se o *poradenství* poskytované sociálním pracovníkem.

Poslední forma práce je *terapie*, o tu se jedná v případě, kdy si klient přeje zbavit svého trápení, zmenšit svou bolest a zároveň se domnívá, že zlepšení jeho situace je možné.

Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu viz kapitola níže.

5 Multidisciplinární tým

Jak je z názvu patrné jedná se o týmovou spolupráci, která hraje důležitou roli v souvislosti se sociální prací s duševně nemocnými lidmi. Duševně nemocní klienti potřebují pokrýt široké spektrum potřeb. Často jsou potřeby klientů propojeny s různými odbornostmi. Tyto potřeby řeší multidisciplinární tým, který se skládá z profesionálů různých oborů. Velkou výhodou je, že tým je tu pro všechny členy v jakémkoliv případě. Toto je důležité např. při sdílení těžkých situací, zvládnání stresu či řešení problémů mimo vlastní obor. Multidisciplinární tým má i své nevýhody. Mezi největší nevýhodu patří to, že je to spolupráce a každý je tedy na každém závislý (Matoušek, 2008).

Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je dlouhý a systematický proces na kterém se podílí s týmem odborníků. Jsou to například lékaři, zdravotní sestry, psychologové/psychoterapeuti, sociální pracovníci, pracovníci krizových center a linek, vedoucí podpůrných skupin a další. Úkolem sociálního pracovníka v tomto týmu je poskytnout klientovi cílenou pomoc, kterou v danou chvíli potřebuje. Sociální pracovník by měl klienta seznámit s tím, co může od zdravotně-sociální péče očekávat. Nejčastěji jde o výpomoc s nemocenskými dávkami, invalidním důchodem, o podporu zaměstnávání, bydlení a rehabilitace. Dále jde o seznámení s možnostmi péče, kam můžeme zařadit kontakty na zařízení a instituce, které mohou pomoci v konkrétních situacích. Nejčastěji se jedná o rehabilitaci, domácí péči, právní a dluhovou pomoc a rekvalifikaci. Sociální pracovník může klienta také podpořit formou poradenství nebo rodinné psychoterapie. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Sestava multidisciplinárního týmu je pro každé oddělení či potřeby jiné. Složení tým bude jiné v Centru duševního zdraví a ve zdravotním středisku např. logopedii. V každém multidisciplinárním týmu by měl být sociální pracovník.

6 Základní metody sociální práce

Metody sociální práce můžeme rozdělit na tři skupiny: individuální sociální práce, skupinová sociální práce a komunitní práce. Vždy záleží na klientovi a jeho potřebách, která metoda mu bude vyhovovat. Pro klienty s duševním onemocněním je doporučována sociální práce především individuální (Matoušek, 2010).

6.1 Komunitní práce

*„Slovo komunita pochází z latinského slova *communitas*, v slovenském jazykovém prostredí znamená společenství, pospolitost, obec, ale též společné prožívání lidí. Je to druh územní, resp. lokální, sociální skupiny, která je založena na fyzické blízkosti svých členů. Je to sociální útvar charakterizovaný vnějšími vnitřními znaky na dvou úrovních:*

a. sociální vazby mezi členy v rámci vlastní komunity,

b. sociální vazby a specifické postavení komunity v rámci širšího sociálního prostředí.“ (Definice komunity podle Velkého sociologického slovníku, Petrušek a kol. 1996)

Komunitní práce či péče jsou tzv. společenství, která se vyvíjela už od poloviny minulého století, ale pouze v některých zemích. Na území České republiky, je velmi malé množství komunitní péče. U komunitní péče je důležitá organizovanost a pocit, že člověk někam patří. Do komunitní péče se zapojuje řada odborníků např. ambulantní lékaři, psychologové, odborníci z různých oddělení, možnost lůžkové péče, denní stacionář a podobně (Probstová, 2014). Jak jsem zmínila výše, komunitní péče v ČR je velmi špatná, ale i tak se na území komunity najdou. Mohou být součástí velkých nemocnic s psychiatrií, kde jsou ambulance pro klienty. V současné době není možnost sociální péče v potřebné míře, proto musí duševně nemocní klienti někam dojíždět. Kdyby byla možnost komunitní léčby a sociální péče by byla v její blízkosti, vše by se usnadnilo (Jarolímek 2010).

Na území České republiky se na komunitní péči zaměřila společnost Fokus. Týká se především psychiatrické rehabilitace. Fokus má několik poboček, např. v Praze, Pardubicích apod.

6.1.1 Komunitně podpůrný systém

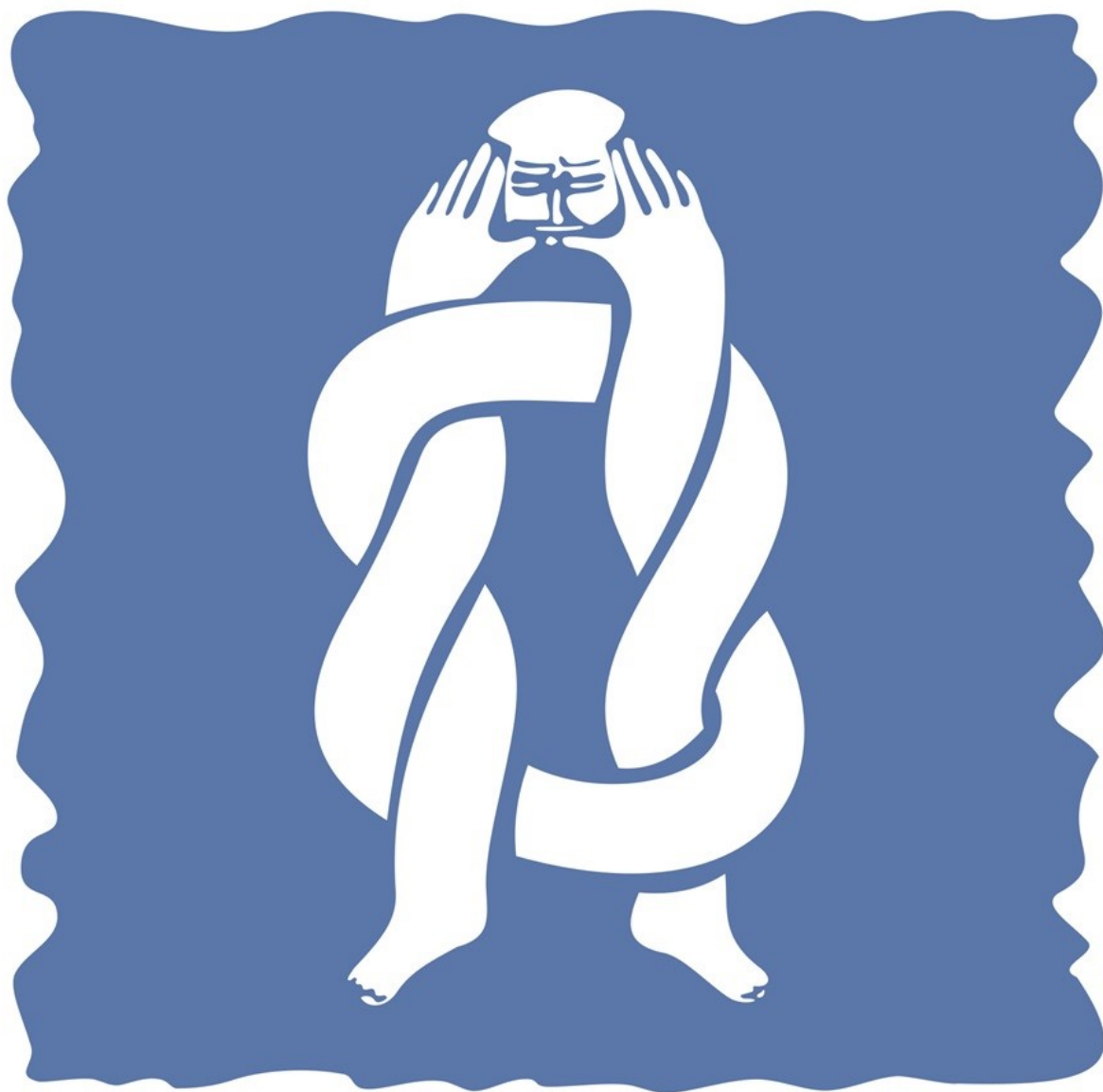
Carling(1995) popsal tři základní modely péče.

První *medicínský model*, který fungoval v 50. letech 20. Století. V době institucionalismu dochází k izolaci duševně nemocných lidí od komunity a civilizace. Duševně nemocní jsou nazýváni pacienti a přijímají pasivní roli nad svým životem a nemocí. Předpokládá se, že stav onemocnění se již nezlepší. Ke změně tohoto modelu vedly především tyto důvody: dlouhodobý pobyt, který způsoboval institucionální neurózu a odnaučování se sociálním dovednostem v instituci a také skutečnost, že vznikly nové léky – antipsychotika a vzestup sociálního státu. Rušení velkých psychiatrických léčeben, tzv. deinstitucionalizace byla spojena s předpokladem, že komunitní péče přinese úspory, což se nepotvrdilo.

60. léta 20. století se pojí s komunitní psychiatrií a redukcí velkých psychiatrických nemocnic a jejich náhradou službami. Vznikaly komunitní centra, centra duševního zdraví.

Druhý model, který vznikl po 50. letech a je uplatňován do devadesátých let, až do současnosti se nazývá *rehabilitační*. V tomto období dochází k podstatným změnám v péči a přístupu k lidem s duševním onemocněním. Rozvíjí se systémy komunitních služeb a diferencují se profesionální poskytovatelé. Člověk s duševním onemocněním přestává být pacientem a stává se klientem, přesto stále především pasivně přijímá péči. Je zde však snaha připravit klienta na život v komunitě. Jako příklad můžeme uvést dva hlavní projekty, které vznikly ve 40. a 50. letech 20. století v Americe a Velké Británii. Prvně se objevily Programy pracovní rehabilitace, což byly placené zakázky v průmyslu. Jako druhý programy byly Centra psychosociální rehabilitace, která najímala profesionály na různých úrovních. Zde můžeme zařadit podporované bydlení, přechodné zaměstnávání...dnes jsou tyto centra po celém světě.

Třetí model je *integrační*, vznikl v 80. letech v Kanadě pod názvem *Rámec pro podporu*. Důraz péče se přesouvá na neformální pečovatele. Podpora služeb v životě člověka s duševním onemocněním je důležitá, ale není tím hlavním, co člověk potřebuje. Hlavní podporu má poskytovat rodina, přátelé, sousedé a služby, které jsou běžně dostupné včetně svépomocných skupin, církevních spolků a farností. Pokud komunita je hlavním nositelem péče, musí být zaštitěná profesionály a mít finanční podporu. V tomto modelu se dřívější klient stává osobou.



Obrázek 2 Logo Fokus

6.2 Individuální sociální práce

Individuální sociální práce je základem pro sociální práci s duševně nemocnými klienty. Vše se týká pouze jednoho konkrétního klienta, řeší se pouze jeho věci a vše individuálně. Díky tomu vzniká mezi klientem a sociálním pracovníkem pevné pouto, které by jinak nevzniklo. Individuální sociální práce má kořeny již v 19. Století. První záznamy o tomto typu práce pocházejí z USA. Za zakladatele zmíněné práce je považována Marie Richmondová (Mahrová & Venglářová, 2008).

Case management, též individuální případová péče, je metoda snažící se vyzdvihnout zdravé stránky klienta a využít je pro začlenění do společnosti, práce, k nalezení přátel, ale i zájmů. Klientům s duševním onemocněním, kteří odešli z psychiatrické léčebny domu, je třeba poskytnout právě individuální péči např. v rodině. Pro každého klienta s duševním onemocněním je potřeba zajistit individuální následnou péči. Role sociálního pracovníka v individuální případové péči je poměrně těžká. Sociální pracovník by měl klienta motivovat, vést ho ke zlepšení (doma, v práci, v zájmech apod.), ale i k tomu, aby se sám rozhodoval a věřil si. Sociální pracovník pomáhá řešit vzniklé problémy (Matoušek, 2008).

6.3 Skupinová sociální práce

Skupinová sociální práce je nejznámějším typem péče. Jedná se o menší skupinku lidí, kteří mají stejné problémy nebo zájmy. Schůzky se konají pravidelně a hlavním cílem je dosáhnout vytyčených cílů. Nejdůležitějším úkolem sociálního pracovníka ve skupinové práci je vedení skupiny, správná motivace, soudržnost. Rozmach tohoto typu práce nastal začátkem 20. století. Oficiálně tuto práci přijala Národní konference sociální práce s těmito cíli (Levická, 2006):

- Sociální pracovník vede členy skupiny k aktivní účasti ve skupině a plnění úkonů
- Sociální pracovník ochraňuje přirozený rozvoj skupiny
- Sociální pracovník vede skupinu k rozvoji a zároveň pomáhá individuálnímu rozvoji jednotlivce ve skupině
- Sociální pracovník má zavčas zakročit v případě dysfunkce skupiny

Mezi cíle skupinové práce lze zařadit spoustu věcí a každý autor vybere jiné. Nejdůležitější cíle skupinové práce jsou (Levická, 2002, Matouška, 2008):

- Podpora v plnění cílů
- Snížení nebo odstranění překážek v rozvoji
- Zlepšení kvality života
- Vliv skupiny na jednotlivce (chování, rozvoj sociálního myšlení apod.)
- Pocit sounáležitosti a jistoty
- Výměna zkušeností

6.3.1 Typy skupin

V případě sociální práce můžeme skupinovou práci rozdělit do různých skupin. Skupiny mohou být zaměřené na konkrétní problémy, používat stejný typ technik apod. (Mátel, 2013):

- Skupinová psychoterapie - skupina je léčebným nástrojem, sociální pracovník pro tuto skupinu potřebuje speciální psychoterapeutický výcvik
- Skupinové poradenství - jedná se o skupinu s podobným problémem např. nezaměstnanost. Členové skupiny si navzájem vyměňují názory a zkušenosti, jedince si pak může z řešení vybrat, co mu lépe vyhovuje.
- Skupiny vzdělávací - soustředí se na rozvoj jednoho zájmu. Sociální pracovník může být jako lektor
- Skupiny zájmové - jako skupiny vzdělávací jsou zaměřené na rozvoj v jednom zájmu, např. kreslení, šachy
- Skupiny diskusní - sociální pracovník hraje roli moderátora apod. Cílem diskusní skupiny je výměna zkušeností nebo povídání o zvoleném tématu (např. knihy, filmy)
- Skupiny sociální akce - jedná se o skupiny, které mají za cíl veřejně prospěšné činnosti. Role sociálního pracovníka je koordinátor těchto činností.

7 Klasifikace duševních onemocnění

V literatuře je možné se setkat s označením duševní onemocnění, tak i s termínem duševní porucha. Přesné definování těchto pojmů je obtížné. S termínem „duševní porucha“ se můžeme setkat v českém právním řádu, týká se především nedobrovolných hospitalizací. MKN-10 poruchou nazývá více symptomů a příznaků než termín onemocnění. V této práci bude na termín duševní porucha a duševní nemoc nahlíženo významově stejně.

Duševní onemocnění jak již bylo popsáno výše, je určitou odchylkou v prožívání a chování od společenského očekávání. Zasahuje do života každého člověka, především do plnění společenských rolí. Aby byla nemoc správně a účinně léčena, musí být dobře rozpoznána a diagnostikována. Hlavním diagnostickým nástrojem je Mezinárodní klasifikace nemocí, označovaná jako MKN-10, která je v České republice platná ode dne 1. 1. 2013. Tato statistika nemocí vychází ze Světové zdravotnické organizace (WHO) uplatňována především v evropských státech, která je v provozu od roku 1954.

Klasifikace popisuje nemoci pomocí společných příznaků, které se vyskytují v daném souboru a odlišují se od ostatních lidských onemocnění od tělesných až k těm duševním. Duševní onemocnění a poruchy chování se označují písmenem F. (ÚZIS, 2014).

Klasifikace je pro sociálního pracovníka vodítkem ke znalosti symptomů, syndromů a diagnózy duševního onemocnění, aby dokázal rozlišovat nejdůležitější příznaky, průběh a dopad duševního onemocnění na život člověka. (Peč, Probstová, 2014)

7.1 Dělení duševních onemocnění dle MKN-10 dle ÚZIS

F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10 – F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30 – F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40 – F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50 – F59 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70 – F79 Mentální retardace

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

F90 – F98 Poruchy chování a emocí, se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha

Kapitola F z MKN-10 je velmi rozmanitá skupina onemocnění.

7.1.1 F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Do této skupiny organických a symptomatických onemocnění řadíme nemoci vzniklé na základě morfologické změny v mozku, ale také poruchy psychické, které se objevily v důsledku systémového onemocnění. Patří sem různé typy demence, delirium, organický amnestický syndrom, poruchy nálad, poruchy osobnosti a chování vyvolané poruchou mozku či tělesnou nemocí a psychózy.

7.1.2 F10 – F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Do této kategorie spadají onemocnění vzniklé užíváním návykových látek, které ovlivňují funkci mozku. Jako jsou například léky předepsané lékařem. Patří zde závislosti a odvykací stavy, akutní intoxikace, stavy vyvolané užíváním psychoaktivních látek a jiné.

7.1.3 F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Do této kategorie řadíme rozmanitou škálu schizofrenních poruch. Schizofrenie je psychotické onemocnění, které se projevuje poruchami myšlení a vnímání. Patří zde schizofrenie paranoidní, katatonii, nediferencovaná, hebefrenií, reziduální a postschizofrenní deprese. Také zde najdeme schizotypální poruchu a jiné neorganické psychotické poruchy, poruchu s trvalými bludy, přechodné psychotické poruchy a indikovanou poruchu s bludy.

7.1.4 F30 – F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Jedním z hlavních příznaků, kterými se tato nemoc projevuje je porucha nálady vedoucí k depresi nebo k mánii. Do základních okruhů poruch nálad dále řadíme bipolární afektivní poruchu, periodickou depresivní poruchu a trvalé poruchy nálad. Rozlišujeme stupně závažnosti a typ průběhu s nebo bez psychotických příznaků.

7.1.5 F40 – F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Řadíme sem neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy.

Charakteristickým znakem jsou úzkosti. Patří sem fobické poruchy a jiné úzkostné poruchy, porucha obsedantně-kompulzivní, reakce na stres a poruchy přizpůsobení, disociativní poruchy a jiné poruchy neurotické.

7.1.6 F50 – F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Do této kategorie řadíme neorganické poruchy spánku, sexuální poruchy, poruchy příjmu potravy a především duševní onemocnění a poruchy chování způsobené šestinedělím. Dále zde můžeme zařadit zneužívání látek, které nezpůsobují závislost a poruchy chování související s fyziologickými a somatickými faktory.

7.1.7 F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Klasifikace poruch osobnosti je založena na popisu nerovnováhy jednotlivých rysů osobnosti a velké nevyváženosti. Do této kategorie patří paranoidní, schizoidní, asociální a emočně nestabilní porucha osobnosti. Dále histrionská porucha, anankastická, anxiózní, závislá a nespecifická porucha osobnosti. Toto onemocnění je obecně popisováno jako stabilní způsob myšlení, cítění a chování, což vede k adaptačním potížím v sociální a profesní rovině a taktéž v oblasti subjektivního prožívání. Taktéž zde můžeme zařadit nutkavé a impulzivní poruchy, poruchy pohlavní identity, které souvisí se sexuálním vývojem.

7.1.8 F70 – F79 Mentální retardace

Jedná se o mentální retardaci, která je výsledkem nedokončeného zastaveného duševního vývoje, který vede z poruchy dovedností v určitém vývojovém stádiu člověka. Retardace se hodnotí na základě standardizovaných testů inteligence nebo testy jinými. Řadíme sem poruchy způsobené lehkou, střední, těžkou nebo hlubokou mentální retardací.

7.1.9 F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

Tyto poruchy splňují vždy určitá kritéria. Začátek poruchy je v kojeneckém věku nebo v dětství. Porucha se týká vývoje funkcí, které mají vliv na biologickou vyspělost centrální nervové soustavy, a průběh je zejména trvalý bez relapsů a remisí. Mezi poruchy psychického vývoje patří specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností, motorických funkcí, smíšené specifické vývojové poruchy, celostní vývojové poruchy a jiné.

7.1.10 F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

V této kategorii nalezneme hyperkinetické poruchy, smíšené poruchy chování a poruchy emoční se začátkem specifickým pro dětství, dále tiky, poruchy sociálních funkcí a jiné poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a dospívání.

7.1.11 F99 Neurčená duševní porucha

Znalost duševních poruch je pro sociální pracovníky důležitá, neboť se setkává se širokou škálou klientů, mezi které často patří rodiny a blízcí nemocného nebo sami duševně nemocní, a je zapotřebí mít povědomí, jakým způsobem se nemocný člověk chová a jaké jsou s jeho onemocněním vázané okolnosti.

Alespoň okrajová znalost duševních poruch a poruch chování je pro sociální pracovníky důležitá také z hlediska rozpoznatelnosti duševní nemoci u klientů, kteří nevyhledali odbornou pomoc, aby jim dokázali doporučit adekvátní, vhodné služby kde bude jejich stav diagnostikován. Duševní nemoci mohou být sekundárním problémem, který vychází ze způsobu života klienta nebo z jeho životní situace. Sociální pracovník se znalostí

psychických onemocnění vycházející z MKN-10 tak bude připraven lépe řešit konkrétní případ a následně odkázat na příslušného profesionála – psychologa nebo psychiatra.

Jak uvádí Probstová a Pěč (2014, str. 21), pomáhající profese mají k diagnostikování rozdílné přístupy vedoucí k odmítání psychiatrické diagnostiky: *„Přehnaný respekt sociálních pracovníků k diagnostice plyne z pocitů neznalosti a nedostatečné kompetence ve srovnání s psychiatry a klinickými psychology. Ti mají diagnostiku a znalost mezinárodní klasifikace onemocnění, která zařazuje a popisuje onemocnění podle jednotlivých kritérií, „v popisu práce.“* Dobrá diagnóza je však základ. Odvíjí se od ní další postupy, jako je například psychoterapie, rehabilitační a léčebné postupy.

Důležité je podchycení rizikových faktorů. Které mohou signalizovat změnu stavu a vést ke vzniku duševního onemocnění. Samotné diagnostikování sociálním pracovníkem může být pro klienta velmi stigmatizující a narušující jejich vztah.

Kolik je psychicky nemocných

600 tisíc

lidí ročně musí navštívit psychiatra

100 tisíc

lidí je kvůli psychiatrické chorobě v invalidním důchodu

183 milionů

denních dávek antidepressiv spotřebují čeští pacienti (třikrát víc než před 15 lety)

1 člověk z 15

trpí depresí

3 lidi ze 4

nemají adekvátní léčbu své deprese

Pětinu

svého života prožijí Češi v průměru s nějakou psychiatrickou chorobou (mj. deprese, demence, úzkosti apod.)

20 %

o tolik by se měl do roku 2020 snížit počet lůžek na klinikách, nahradit by je měla místa v komunitních centrech



ZDROJ: OECD, WHO, MZČR FOTO: SHUTTERSTOCK

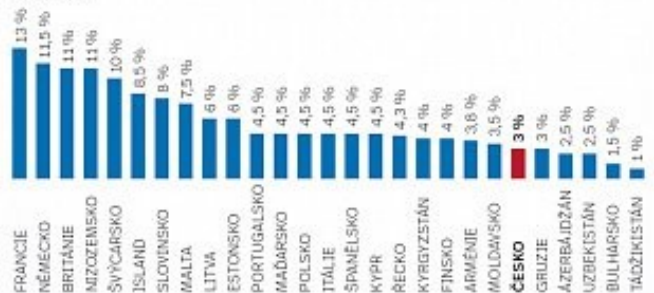
Kolik stojí psychiatrické choroby

100 miliard

korun ročně plyne na duševní nemoci (léčení, sociální služby, invalidní důchody, pracovní absence)

Náklady na léčení psychiatrických nemocí

(podíl HDP)

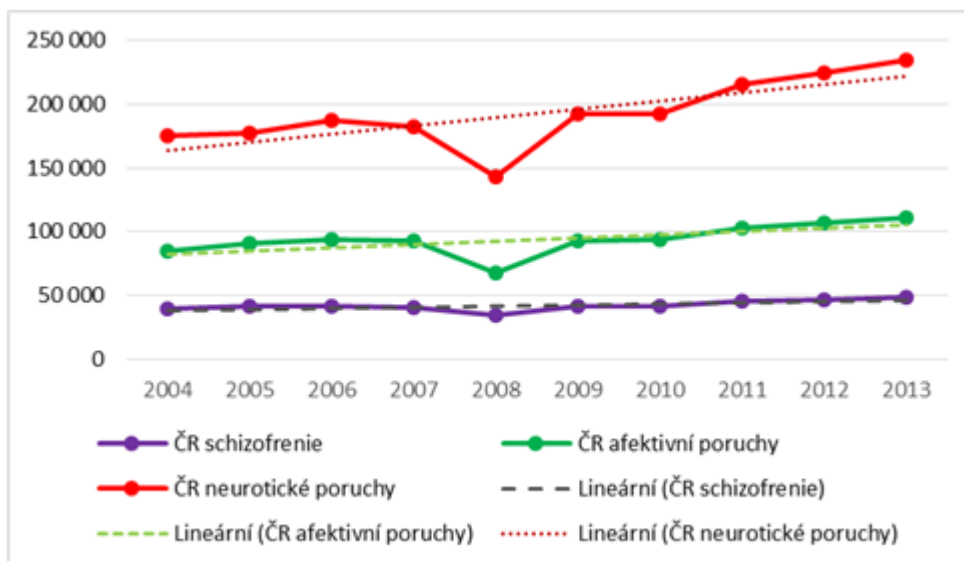


Jak léčíme psychiatrické pacienty

(počet míst v psychiatrických léčebnách na 100 tisíc obyvatel)



Obrázek 3 Vyobrazení počtu psychicky nemocných lidí v ČR



Zdroj: UZIS ČR

Obrázek 4 Znárodnění nárůstu počtu pacientů s duševními nemocemi

8 Schizofrenie

Schizofrenie je onemocnění staré jako lidstvo samo. Název onemocnění pochází z řečtiny, schizein= štípat, dělit a frén= mysl. Jedná se o duševní poruchu, která postihuje psychické funkce. Typické příznaky nemoci se nedají říct, každý pacient má jiný průběh nemoci. Zásadní u schizofrenie je porucha myšlení a vnímání, také může dojít k nepřiměřené emotivitě či narušenému chování. Začátek nemoci lze odhalit v adolescentním věku, protože se jedná o typické období začátku této nemoci. Schizofrenie není vyléčitelná, ale v dnešní době se dá udržet v remisi (Svoboda et al., 2012, Orel et al., 2016).

Pohlaví na výskyt nemoci nemá vliv. Nemoc většinou vzniká za předpokladu predispozice klienta a spouštěče nemoci. Za spouštěč může sloužit – užívání návykových látek, tragická událost, úmrtí v rodině apod. (Peterková, 2008).

8.1 Příznaky

Jak je uvedeno výše, nemoc může probíhat pokaždé jinak. Proto její rozpoznání je velmi těžké. Mezi nejčastější příznaky patří: změna v péči o sebe, prázdný pohled, nevhodný smích, zapomnětlivost, neschopnost soustředit se, pozměněné myšlení apod. (Schizofrenie a její kompletní příznaky, 2015).

Příznaky lze podle Kučerové (2013) rozdělit na základní tři skupiny - nápadné, méně nápadné nebo nenápadné. Mezi nápadné příznaky můžeme zařadit halucinace, nesouvislost v myšlení, deprese, agresivita. Další dvě zmíněné skupiny příznaků jsou poznatelné pouze pro zkušené oko, např. lékařem. Můžeme sem zařadit příznaky jako je sebevražedné myšlenky, hypobulický syndrom apod.

8.2 Diagnostika

K zjištění diagnózy se používají dvě klasifikace - Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a statistický manuál (DSM V). U obou klasifikací jsou přesně popsána kritéria duševních chorob. MKN-10 vytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO) a DSM V vypracovala Americká psychiatrická asociace (Češková, 2007).

Stanovení tohoto onemocnění není snadné, je pro to potřeba zjištění příznaků z první a druhé skupiny symptomů. To je dané MNK-10, včetně toho, že symptomy musí trvat minimálně měsíc. Mezi příznaky patří:

- První skupina symptomů - slyšení vlastních myšlenek, bludy, samomluva apod.
- Druhá skupina symptomů – halucinace, ztráta zájmu, stažení ze společnosti, zárazy (Češková, 2007).



Obrázek 5 Vyobrazení schizofrenie od umělce Bionmi

9 Autismus

Autismus je v dnešní době rozšířená a častá porucha. U autismu dochází k poruše sociální interakce a komunikace. Tím dochází k tomu, že dítě či dospělý, se chová a myslí jinak, než jeho vrstevníci. Lidé s autismem nejsou schopni v běžných situacích běžně jednat. Tento deficit lidé s autismem kompenzují vlastnostmi pouze v určitém oboru, ve kterém mohou značně převyšovat ostatní. V rámci nácviků sociálních dovedností, terapií apod. je snaha o snížení deficitu díky naučení se nových vzorců chování a interakcí.

V případě autismu, jsou různé formy, kdy klient může být schopný, žijící samostatně, mít rodinu a dobré zaměstnání (Aspergerův syndrom), ale také může být natolik závažný, že jsou klienti na celý život odkázáni na celodenní péči (nízkofunkční autismus spojený s mentální retardací). I přesto, že klient nebude potřebovat neustálý dohled a bude splňovat sociální předpoklady, je velmi pravděpodobné že bude potřebovat v různých životních situacích profesionální podporu.

Epidemiologické studie uvádějí 1-2 případy poruch autistického spektra na 100 osob (podle šířky diagnostických kritérií). Potencionálně tedy žije v České republice 100 000-200 000 osob s poruchou autistického spektra, každý rok se narodí v České republice okolo 1000-2000 dětí s PAS nebo obtížemi blízcími se PAS. (<https://nautis.cz/cz/autismus>)

9.1 Příčina autismu

Přesná příčina není objasněná, určitou roli hraje genetická predispozice, některá infekční onemocnění a různé kombinace těchto věcí. Kontroverzním tématem, které se ve společnosti často vyskytuje, je spojování autismu a očkování v raném věku dítěte, tento mýtus je již vědecky vyvrácen avšak ve společnosti stále rozšiřován.

9.2 Léčba autismu

Úplná léčba autismu není. V případě speciální výchovy, může dojít ke zmírnění problematického chování a rozvoji schopností. Velmi účinnou péčí je péče s využitím metodiky kognitivně behaviorální terapie.

9.3 Příznaky autismu

9.3.1 Komunikace

- Žádná reakce na vlastní jméno
- Nereaguje na pokyny
- Může působit jako neslyšící
- Moc nekomunikuje
- Neukazuje
- Viditelně opožděný vývoj jazyka

9.3.2 Sociální chování

- Raději je o samotě, než v kolektivu
- Je samotářský
- Jiný oční kontakt
- Nezájem o ostatní vrstevníky
- Záchvaty vzteku
- Řeší věci stále dokola
- Srovnává věci do řad
- Fixace na určité předměty
- Může reagovat přehnaně na jisté věci (zvuky, předměty apod.)
- Může se objevovat hyperaktivita (<http://www.autistickedite.cz/co-je-to-autismus>)

Jak rozpoznat Autismus?

<p>Není schopný vzájemnosti ve vztahu s dětmi a dospělými</p> 	<p>Mluví málo, špatně nebo vůbec</p> 	
<p>Přecitlivělý nebo nechápající běžné či dráždivé zvuky</p> 	<p>Hry s hračkami jsou nevhodné či neobvyklé</p> 	<p>Obtížně snáší změny ustálených zvyků</p> 
<p>V nevhodných chvílích se projevuje smíchem nebo pláčem</p> 	<p>Nedostatek povědomí o nebezpečí</p> 	<p>Hyperaktivní nebo příliš pasivní</p> 
<p>K doteku či fyzickému kontaktu je přecitlivělý nebo jej nechápe</p> 	<p>Má zvláštní zájem o věci nebo specifické činnosti</p> 	<p>Nevyhledává oční kontakt</p> 

10 Léčba

Při léčbě je nejdůležitější spolupráce klienta s lékařem a také spolupráce rodiny. Jelikož klient nemusí vše zvládat sám. Důležité je brání předepsaných léků a předcházení relapsu (navrácení) nemoci. Navrácení nemoci může pacient poznat sám, ale i rodina to může poznat ze změny chování. Pokud se relaps podchytí včas, nemusí k atace dojít. Tím by měl klient lepší kvalitu života (EUFAMI, 2012).

10.1 Akutní péče

V akutní péči je kladen důraz na snížení projevů a ukončení nemoci. V případě jasných příznaků je možnost podání antipsychotických léků. Součástí akutní péče je zabránění ohrožení pacienta i jeho okolí. U pacienta se sleduje řada věcí, např. reakce na podané léky, hmotnost, celkový stav pacienta, denní režim i orientace v čase a prostoru (Hosáková et al., 2007).

10.2 Následná péče

Následná péče je velmi důležitá, protože některé nemoci nejsou vyléčitelné, ale je možnost mírnit nemoc správnou péčí. Následkem pravidelných kontrol, užívání léků, psychiatrické rehabilitaci i psychosociálním opatřením, lze u pacientů vykazovat značné zlepšení situace (Bankovská Motlová, 2010). Pro klienta a jeho rodinu je důležitá rodinná terapie, která může velmi pomoci na obou stranách.

10.3 Pastorační péče

Zvláštním typem péče je pastorační péče. Abychom mohli správně pochopit, co vlastně pastorační péče je, je potřeba říct, co je pastore.

Podle Opatrného je pastore: „*Pastore znamená zabývání se lidmi v konkrétních životních podmínkách, tedy v určité zemi, v určité dějinné situaci, v určitém historickém a kulturním kontextu. Jejím posláním je řešit konkrétní problémy konkrétních lidí ve světle a síle evangelia*“ (OPATRŇ, A. Pastore v postmoderní společnosti)

Pastorace je zmíněná ve Skutcích apoštolů: „*Vytrvale poslouchali učení apoštolů, byli spolu, lámali chléb a modlili se. Každého dne pobývali svorně v chrámu, po domech lámali chléb a dělili se o jídlo s radostí a upřímným srdcem. Chválili Boha a byli všemu lidu milí. A Pán denně přidával k jejich společenství ty, které povolával ke spáse.*“

(<http://www.bible.net.cz/b/Acts/2>)

Základ pastorace vychází ze čtyř funkcí křesťanského společenství: *martyria* – služba hlásání Božího slova, *leiturgia* – slavení svátostí, *diakonia* – služba lásky, charitativní činnost potřebným, *koinonia* – vytváření bratrského a sesterského společenství. (AMBROS, P. Fundamentální pastorální teologie)

Pastorační péče v lékařských zařízeních vyhází z příkazu Ježíše „*Uzdravujte nemocné!*“. Samozřejmě se nejedná pouze o fyzický stav, ale i psychologický a spirituální. V nesnázích a v nemoci tíhne člověk více k víře v boha. Pro tyto účely je možné spojení s nemocničním kaplanem.

Úlohou kaplana v nemocnici není snadná. Je tu pro všechny, pro pacienty, jejich rodinu a blízké, ale i pro personál. Kaplan sám za klienty dochází a pomáhá zmírnit problémy a zároveň nalézt smysl, popřípadě naději (*EVROPSKÁ SÍŤ NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ. Standardy pro poskytování nemocniční kaplanské služby v Evropě. – Finsko: Turku, 2000*).

10.3.1 Role kaplana a víry pro pacienta, rodinu a personál

Nemocniční kaplan pomáhá pacientům:

- Kteří se chtějí svěřit nebo si jen popovídat
- Kteří mají pocit osamělosti, strachu nebo smutku
- Kteří potřebují pomoc při řešení naléhavých situací
- Kteří nemají smysl života a naději

V případě rodiny a blízkých, pomáhá víra:

- Při načerpání nové síly a naděje
- Při sdílení pomoci u nemocné osoby
- Při ztrátě blízké osoby
- Při emočním chaosu

Pomoc u zdravotníků může být:

- Při problémech na pracovišti
- U problémů v rodině mající vliv na práci
- Pomoc při vyčerpání a hrozícímu syndromu vyhoření
- Při potřebě svěřeni
- Apod.

10.3.2 Nemocniční kaplan

Nemocniční kaplan je mezinárodní označení pro osobu vykonávající pastorační péči.

„Nemocničním kaplanem se rozumí osoba (muž nebo žena), která poskytuje duchovní péči pacientům, personálu a návštěvníkům, řídí práci dobrovolníků v oblasti duchovní péče a zajišťuje kontakt s duchovními ostatních církví podle přání pacienta“¹ To je definice nemocničního kaplana, která je součástí Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice.

Nemocničním kaplanem se může stát osoba, která splní následující podmínky:

- Ukončené vysokoškolské vzdělání v teologii
- Minimálně tříletá praxe v obecné pastorační péči
- Specializovaný kurz či odpovídající vzdělání, které zahrnuje velké množství oborů (např. bioetika, lékařská etika, organizace nemocnic, právní minimum ve zdravotnictví, kurz komunikace apod.)²

¹ ČBK a ERC. Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice

² ČBK a ERC. Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice, část II

11 Praktická část

Pro výzkumnou část byla použita kvalitativní výzkumná strategie, tedy metoda dotazování. Informace byly získané formou rozhovorů. Pro výzkumnou část jsem navázala spolupráci se sociálními pracovníky pracujícími v organizaci BONA o.p.s a NAUTIS z.ú.

Z důvodu zachování anonymity jsou jednotliví dotazovaní označeni písmeny A až E.

Dotazovaný **A**: žena, 26 let, pracující v sociální sféře 7 let, s lidmi s duševním onemocněním 3 roky a 2 měsíce (oblast chráněného bydlení), momentálně na mateřské dovolené

Dotazovaný **B**: žena, 25 let, pracující v sociální sféře 6,5 let, s lidmi s duševním onemocněním 3,5 roku, momentálně v oblasti chráněného bydlení

Dotazovaný **C**: muž, 31 let, pracující v sociální sféře 9 let a 9 měsíců, po celou dobu pracující s lidmi s duševním onemocněním, momentálně v oblasti chráněného bydlení

Dotazovaný **D**: žena, 30 let, pracující v sociální sféře 8 let, s lidmi s PAS 4,5 roku, momentálně v oblasti sociální rehabilitace

Dotazovaný **E**: žena, 26 let, pracující v sociální sféře 5 let a 3 měsíce, s lidmi s PAS 3 roky, momentálně v oblasti sociální rehabilitace

1. V jaké oblasti sociální práce pracujete?
A: Sociální pracovník na chráněném bydlení.
B: Pracuji v oblasti chráněného bydlení.
C: Na chráněném bydlení.
D: Dělán sociální rehabilitaci.
E: Sociální rehabilitace, jsem pracovní konzultant.
2. Jaká jsou, podle Vás, pozitiva sociálního systému služeb v ČR pro Vaší cílovou skupinu?
A: Je dobré, že není jediná možnost ústavní péče, jako to bylo před tím, ale přesouvá se to do komunit a snaží se o propojení s rodinou. Přibližuje se běžné společnosti víc, než jak tomu bylo v předešlých letech.
B: Pozitivem je přesun k nějaké komunitní péči a snaha o deinstitucionalizaci. Také zvyšování povědomí o schizofrenii, které může pomoci při žádostech o dávky. Jinak tam těch pozitiv moc nevnímám.
C: To je těžká otázka. Pozitivem je, že péče je po celé ČR na úrovni, kdy je ve větších městech kvalitnější, např. Plzeňsko, Ostravsko, Brněnsko i v Praze. Co mi přijde skvělé na

neziskovkách je to, že jsou schopné spolupracovat. Nevím, jak to funguje v jiných sociálních odvětvích, ale minimálně pražské neziskovky se vzájemně podporují, sdílejí informace, jsou otevřené novým podnětům ze zahraničí a i lidé, kteří v nich pracují, se hodně snaží přejímat trendy a posouvat kvalitu péče. Když to srovnám s úrovní péče v době, když jsem nastupoval, tak participace klientů byla úplně nulová. V tuto chvíli se i do způsobu poskytování sociální práce zapojují i tzv. peeři, kteří svým příkladem pomáhají ukazovat naději lidem s duševním onemocněním. Zároveň jsou platnými členy týmu. Myslím, že to je velké pozitivum.

D: To, že se lidé s PAS dostali do povědomí sociálního systému, mi přijde důležité. Dlouho to tady nebylo. Z mé zkušenosti, za dobu, co s těmi lidmi pracuji, tak například posudková lékaři neměli povědomí o této diagnóze, brali to jen jako jeden klinický obraz a vůbec nepřikládali důraz na to, že ti lidé jsou rozliční. To považuji za největší úspěch.

E: Určitě se o lidech s PAS více mluví a sociální systém si, podle mě, více uvědomuje, že tu lidé s PAS jsou a potřebují profesionální péči a podporu.

3. A jaký má, podle Vás, tento systém nedostatky pro Vaši cílovou skupinu?

A: Nedostatek je, že stále není dostatek těchto služeb a že tyto služby nejsou propojené. Také to, že nejsou pro všechny. Jsou tam velké limity a bariéry, přes které se nedostane každý. Dále nesystematičnost. Bývá to přes neziskové organizace, takže je nefinancuje stát. A ještě to, že je to u nás rozděleno do dvou služeb, tedy na zdravotnictví a sociální služby, což je ve světě dáno do jednoho systému. Tím rozdělením je způsobeno, že to každý systém řeší úplně jinak. Nedostatků vnímám hodně.

B: Největším nedostatkem je problém bydlení. Klienti jsou vázaní na pobyt v chráněných bydleních přesto, že by mohli bydlet samostatně s nějakou podporou, ale nemůžou si to finančně dovolit. Jako další velký problém vnímám nízké důchody. Ta nemoc se projevuje nejčastěji v době, kdy běžný člověk studuje, dokončuje střední školu nebo je na vysoké, tudíž mají důchod minimální výše, protože nemají odpracované žádné roky. Potom jsou ve smyčce nedostatku peněz a nemožnosti chodit do práce kvůli diagnóze. I těmto lidem nakonec může hrozit spád do exekučního systému, když např. jede někde na černo, následně je hospitalizovaný a během toho mu naskáče ohromný dluh. Zároveň se proti tomu neumí bránit, popřípadě neví jak. Ta nemoc ho může natolik zatížit, že nemá kapacitu něco takového řešit.

C: Pokud se to vezme celkově, systémově, tak je tady obrovský nedostatek v podobě

financování klientů - nějaký základní důchodový pilíř, který nefunguje a invalidní důchody, které nejsou vyplácené. Lidé jsou tlačeni do toho, že jsou odkázáni na dávky v hmotné nouzi bez nějaké velké naděje, že by se jejich příjmová složka mohla v budoucnosti zlepšit. Vzhledem k tomu, že to onemocnění přichází v raném věku nebo v adolescenci, tak ti lidé jsou po zbytek života dalších 50 let odkázáni na příjem např. 3410 Kč. To je obrovský nedostatek, protože potom jakákoliv sociální práce s nimi je pouze o nějakém přizpůsobování se systému a vyrovnávání se s onou situací. Ale je velmi těžké něco v tuto chvíli měnit, protože systém je takto dlouhodobě nastavený.

Druhý nedostatek je ten, že sociální práce je obecně podfinancovaná. Lidé, kteří tam pracují, tu práci nemůžou vykonávat celoživotně. Pokud to má být jejich způsob obživy, je velmi těžké s tímto platem fungovat.

Teď se to mění a pomalu narůstají platy i v sociální sféře. Ale dlouhodobě je to podfinancovaný obor, což vede i k nějaké fluktuaci kvalitních zaměstnanců, kteří jsou nuceni si hledat práci v jiném oboru.

Zásadní nedostatek, zvláště v ranku, kde fungujeme my, čili poskytování psychosociální rehabilitace a zároveň bydlení, je v nedostatku finančně dostupných bytů. My tady máme stupňovitý systém postupné péče, kdy člověk musí trénovat na tom nejzákladnějším stupni s největší mírou podpory. Pak se posouvá výš a výš, až do stupně, kde by měl být schopnější a samostatnější. Nicméně pak je problém, že ten člověk zůstává viset v sociálních službách, protože nemá šanci finančně uplatit nějaké bydlení mimo tento systém péče. Tím pádem se ten systém zašpuntovává, není průchozí a pro spousty potřebných klientů, kteří by tu službu potřebovali využít, je nedostupný. Protože v té službě je nedostatečná kapacita pro uspokojení cílové skupiny, na kterou by se měla primárně zaměřovat, protože tento stupňovitý systém "hasí" nedostatek bytů a tím pádem lidé zůstávají v té službě mnohem déle, než by potřebovali.

Ještě mě napadá jeden problém, jímž je velká stigmatizace společností této cílové skupiny, u lidí s duševním onemocněním. Někteří je vnímají jako líné nebo že se zdráhají pracovat, odmítají se zapojit do společnosti, jiní je vnímají jako hrozbu a mají pocit, že tito lidé jsou nevyzpytatelní, že jim můžou nějakým způsobem ublížit, což určitým způsobem komplikuje sociální práci, protože to v něčem omezuje možnosti, které tito lidé mají.

D: Chybí pobytové služby pro lidi s problémovým chováním, denní stacionáře, služby pro sourozence, atraktivnější nabídka služeb pro rodiny a pro pečující. V této oblasti je toho ještě hodně k zlepšování.

E: Nedostatků je spousta, například příspěvek na péči. Klienti s PAS, třeba s Aspergerovým syndromem, na něj nedosahují, přestože potřebují velmi odbornou pomoc ale sociální šetření je nastavené tak, že vždycky vyjdou s tím, že na něj nemají nárok, protože si dokážou přečíst knížku, umýt se, uklidit a nakoupit si. To, v čem jsou moji klienti oslabení nemá sociální šetření v kritériích. Také bydlení, pobytové služby pro klienty s těžší formou autismu, problémovým chováním, ty zcela chybí. Bohužel je toho opravdu spousta.

4. Myslíte, že péče, kterou nabízí Česká Republika, je dostupná pro všechny klienty Vaší cílové skupiny, stejně?

A: To určitě ne. Protože každá nezisková organizace si stanovuje vlastní kritéria a nejsou pevně stanovená. Ne každý potom splňuje podmínky k tomu, aby se do tohoto systému dostal.

B: Rozhodně není. Problém je, že stát péči moc neposkytuje a potom to závisí na neziskových organizacích. Potom se stává, že jsou místa, kde vůbec není péče a klienti nemohou využívat služby z jiných krajů, např. v Praze nebo v jiném městě.

Je spousta klientů, kteří tímto sítím propadávají, protože z nějakého důvodu nevyhovují požadavkům nebo kritériím neziskovek. V případě, že by to měl na starost stát, byla by podmínkou celoplošná dostupnost a to neziskové organizace nemusí.

C: Myslím si, že se stoprocentně ukazuje, že je hodně lidí s duševním onemocněním bez domova, to znamená, že pro tuto cílovou skupinu, která není motivovaná a je dlouhodobě v nějakém akutním duševním onemocnění, neexistuje, a tudíž dlouhodobě vypadává z tohoto systému. Chybí asertivní týmy, které by tyto lidi zachytávaly a navazovaly s nimi kontakty a nějakým způsobem je také zapojovali do běžného fungování.

To je, podle mě, část cílové skupiny, která je hodně opomíjená, ale přitom tvoří značnou část nejohroženějších sociálním vyloučením nebo prakticky sociálně vyloučených.

Co se týče regionality, tak tam se ukazuje, že i v Praze jsou oblasti, kde neoperují žádné sociální služby ani žádné terénní týmy. Například v okrajových částech Prahy, které jsou hůř dostupné, by musely týmy dojíždět na místo. Tím pádem lidé mají jedinou možnost, a to dojet do sídla toho terénního týmu, který operuje primárně pro jiné části Prahy. Takže ta péče určitě není pro všechny stejná.

Pak jsou regiony, kde je sociální péče velmi kvalitní, kde se daří spolupráce s městem jako je Ostrava, kde se hodně propojují městské části se sociálními službami, ale i se soukromými investory a vznikají tam i nějaké možnosti bytového fondu pro lidi s duševním

onemocněním. To samé v Brně, kde je Housing First, čili aktivní vytahování lidí s ulice, nebo pomoc těm, kteří jsou ohrožení tím, že by se mohli dostat na ulici. Tam je tedy mnohem větší šance získat bydlení a být zachycen, než v jiných částech Republiky.

Volají mi různí zájemci z Prahy, kteří se snaží takové bydlení získat, a u některých je velmi těžké doporučit jiné alternativy, protože v těch částech Prahy neoperuje žádný tým a nenabízí se tam žádné varianty sociálního bydlení, které by byly poskytované danou městskou částí. Nakonec je člověk odkázaný na přestěhování se z regionu, kde vyrůstal a kde má kořeny. Nestěhuje se za práci, ale za nějakou možnost sociální podpory.

Co se týče některých diagnóz, tak např. pro lidi s poruchami osobnosti je ta péče velmi střídá. Funguje jenom pár služeb, které se odborně věnují této cílové skupině. V nemocnicích tyto lidi velmi často a rychle propouštějí, protože jim nemají co nabídnout. Přitom ti lidé potřebují nějakou dlouhodobou terapii a nějakou dlouhodobou podporu. Ty sociální služby i nově vznikající centra duševního zdraví vůbec nepočítají s tím, že by lidem s poruchou osobnosti byli dlouhodobě schopní pomáhat a poskytovat péči. Takže to je třeba část lidí, ze skupiny s duševním onemocněním, která určitě vypadává. Zatímco na lidi se schizofrenií se myslí víc, protože je to jasné a závažnější duševní onemocnění, kde je péče mnohem propracovanější a ten systém je takový intenzivnější.

D: Nemyslím si, protože služby v rámci ČR jsou hrozně nerovnoměrně rozloženy. Takže jsou lidé, kteří jsou izolovaní tím, že žijí někde v zapadlých končinách a nemají vůbec možnost ty služby využívat, protože neexistují.

E: Určitě nejsou, ve větších městech jsou služby na dobré úrovni avšak pro rodinu, která žije někde na vesnici nemusí být vůbec realizovatelné za tou službou dojet do většího města a organizace nemusí být také schopna za nimi terénně dojíždět kvůli časové i finanční náročnosti.

5. Jaké vlastnosti by, podle Vás, měl mít sociální pracovník pracující s Vaší cílovou skupinou?

A: Určitě by měl být empatický a autentický, aby tam byl sám za sebe. Neměl by klienta odsuzovat, ale přijímat ho takového, jaký je. Měl by se snažit učit novým věcem a být blízko lidem. Stejně tak by měl být otevřený novým věcem. Měl by lidem rozumět a nemít předsudky.

B: Zejména empatii, trpělivost a zároveň určitou pomalost a nectíživost. V situaci, kdy by člověk chtěl být hodně ctíživý, tak by to moc dlouho nezvládal. Kupříkladu moji klienti nikdy nedokážou to, co dokáže zdravý člověk, takže si člověk nemůže dát za cíl, že bude

fungovat tak, jako funguje každý z nás. Důležité je, aby měl pracovník potřebu se rozvíjet a vlastní přesvědčení, že to dělá správně. V případě, že se něco nepovede a klient musí znovu na hospitalizaci, pracovník by si to neměl brát osobně jako své selhání.

C: Myslím, že úplně nejzákladnější vlastností je osobnostní zralost, protože se bude často setkávat s velmi nepředvídatelnými situacemi, které ta práce přináší. Když je dotyčný člověk nějak dekompenzovaný, může to být v něčem nepříjemné a je tedy důležité, aby si pracovník zachoval klid a nějakou sebedistanci, tzn., aby se nenechal pohltit situací, nebral si to osobně jako útok na něj samotného, ale vnímal to jako součást onemocnění, která přijít může.

Je potřeba se obrnit trpělivostí, protože ty pokroky jsou často velmi pomalé. Může se stát, že se rehabilitace vrací zpátky na začátek, v rámci toho, že se zhorší zdravotní stav toho člověka. U věcí, které zvládal a které se podařilo naučit a natrénovat, na základě psychotické ataky nebo stresové situace, se může ukazovat, že tyto dovednosti není schopen využít. Nebo je nucen být hospitalizován a během toho ty schopnosti ztrácí. To znamená, že je třeba mít trpělivost, aby člověk znovu a znovu nalézal energii pro řešení situace, aby znovu začal s tréninkem.

To platí i pro lidi, kteří mají duální diagnózu, kde se počítá s tím, že při kombinaci nebo zkušeností s návykovými látkami je tam návrat k užívání pravděpodobnější, relaps je součástí onemocnění, přičemž pro pracovníka může být hodně těžké znova a znova procházet s klientem všechny fáze, řešit s ním proč by měl abstinovat, motivovat ho k tomu a bavit se s ním o tom.

Další z důležitých vlastností je empatie, kdy je důležité, aby pracovník dokázal být autentický, aby vnímal, co mu klient říká a unášel ty těžké situace a nesnažil se z nich utíkat jenom tím, že by řekl, že to má těžké nebo aby ho litoval. Je důležité, aby s ním byl a prošel s ním to těžké, ukázal mu, že to lze vydržet a že to nějakým způsobem lze ustát.

Mnohdy je těžké nepodléhat tomu "radění"; je důležité udržet jako primární cíl zkompetentňování klienta. Lidé s duševním onemocněním jsou z nemocničního prostředí zvyklí na to, že expertem je pracovník, tzn., že jsou zvyklí přijímat rady a nechávat zodpovědnost na druhých, což je pro sociální pracovníky něčím, co je lákavé, protože my jsme zvyklí přijít s dobrými radami, nějakým způsobem těm lidem kolem vštěpovat naše názory. Ale tady je to hodně rizikové, protože lidé jsou zvyklí ty názory přijímat, jsou zvyklí se jimi řídit a také jsou zvyklí zodpovědnost automaticky delegovat na pracovníka. Takže je důležité hlídat si vlastní hranice, ale zároveň vnímat hranice klienta, respektovat, kde jsou jeho přání, postojte k životu, netlačít ho do něčeho, co je naše. My máme nějakou představu o

životě, zatímco klient může mít úplně jinou, a proto je třeba ji respektovat, nesnažit se říkat, že je špatná, že by měl změnit svůj životní styl tak, aby byl šťastnější.

Obecně je důležitá zodpovědnost, protože součástí této práce je spousta administrativy, takže je potřebná jistá schopnost seberegulace. Dále je důležité držení hranice, např. v případech, kdy klienti fungují ve službě chráněného bydlení, protože jsou pracovníkovi hodně nablízko, tráví tam spoustu času, takže je důležité udržet nějakou profesionální hranici. To může být někdy složitější, protože tam vznikají blízké vztahy, ale měly by zůstat v profesionální rovině a nespadávat do té osobní.

Potom je důležitá schopnost vnímat, kdy přebírám kontrolu a kdy deleguji zodpovědnost na klienta. Součástí duševního onemocnění jsou i relapsy, které jsem zmiňoval, kdy člověk ztrácí náhled na nemoc a kontakt s realitou se nějakým způsobem rozostřuje.

Pracovník pak musí být schopen velmi zodpovědně zvážit moment, kdy je třeba převzít zodpovědnost, začít ty věci více řídit a kontrolovat, ať už se jedná o užívání medikace, kontroly u psychiatra nebo i dodržování denního režimu, který se může rozpadat; nebo stravovacích návyků, kdy může klient přestávat jíst nebo jakkoliv stravu "šidit" a hrozí zdravotní kolaps. To jsou momenty, kdy pracovník musí vědomě převzít kontrolu a třeba i přistoupit k nedobrovolné hospitalizaci, což je nástroj, který je samozřejmě nejzazší a pracovník musí být schopen unést, že převzal kontrolu a klientovi dobře zreflektovat, že to bylo nutné.

D: Mám představu normálního člověka, který má teoretické vzdělání, ale nemyslím, že je nezbytně nutné, aby to byly vždycky vysokoškolsky vzdělaní lidé. Myslím, že by měli být více prověřovaní pracovníci v sociálních službách, kteří třeba jenom prošli kurzem. Často jsou to lidé, kteří jsou demotivovaní z toho, že nemůžou sehnat jinou práci a tak si udělají kurz. Potom jdou uplatňovat metody, o nichž mají povrchní přehled, a tudíž nemusí odvádět dobrou práci.

Obligátní je empatie a zdravý rozum, sebenáhled, schopnost přiznat chybu a mít ochotu se neustále rozvíjet a učit se nové věci. Když srovnám, kolik se toho změnilo za dobu mého studia, kolik přístupů dobrým i špatným směrem, tak si myslím, že je důležitá určitá dynamičnost člověka, aby neustrnul a byl ochoten se učit a pokračovat s tím celý život.

E: Určitě by měl umět přijímat i kritickou zpětnou vazbu a nebrat si to osobně, potřebu se rozvíjet, posouvat se dál, být kreativní a hodně trpělivý. Samozřejmě by měl být empatický a chápat specifika klienta, umět ho brát jako individuální osobnost a tak ke každému klientovi přistupovat.

6. Co je pro vás na pozici sociální pracovníka nejtěžší?

A: Pracovat za ty peníze, které jsou. Potom stigma společnosti, protože ta pozice není společností úplně přijímána. Ale nejtěžší pro sociálního pracovníka je ustát ten tlak a povinnosti. Po psychické stránce bývá náročné s klienty pracovat.

B: Určitě mzda, ale i to se trochu lepší. Tato práce není společensky dobře přijímána. Mnozí lidé, kteří nejsou z oboru, mají problém pochopit, co a proč to dělám. Pro mě osobně je nejtěžší nebrat si osobně neúspěchy. Nejnáročnější je, když vidím, že klient dělá něco špatně, myslím si, že by to měl dělat lépe, ale když to klient nechce a sám si k tomu nedojde, bolí mě, že by se mu mohlo hodně ulevit, ale je proti tomu zablokovaný. Zároveň se někdy nabízí, že by pracovník mohl využívat manipulaci, protože ho klienti často berou jako autoritu a mají tendence zodpovědnost přehazovat na něj, v takovém případě je důležité toho nezneužít a nezmanipulovat klienta tak, aby dělal, co já si myslím, že je správné.

C: Je to asi, jak už jsem zmiňoval, respekt k hodnotám klienta. Mnohdy se dostáváme do situace, kdy klientův hodnotový systém spočívá v užívání dávek, v nějakém přijímání podpory a kdy nemá zájem o nějakou činnost nebo je jeho hodnotou trávit pasivně volný čas, nechodit do práce apod. Je hodně momentů, které jsou spojeny s náročností nebo nedostatkem vůle. Klient prošel nějakým svým životním příběhem a my bychom měli být průvodci, nikoliv strůjci jeho dalšího vývoje.

Je nutné udržet hranici, kdy je vhodné klientovi reflektovat nějaká rizika, ale zároveň udržet to, že rozhodnutí je na něm a za toto rozhodnutí nese zodpovědnost. Takže nepřehánění péče a respekt ke klientům je zároveň delegování zodpovědnosti na ně.

D: Někdy je to boj se systémem, jindy je těžké hledat motivaci, když nejsou v práci vidět výsledky a táhne se to na dlouhé lokty. Takže nejtěžší je najít sama v sobě sílu a vůli v tom pokračovat. Neustále se musím přesvědčovat, že to má smysl a racionalizovat si to. Kdybych o tom přestala přemýšlet, tak bych odešla a už bych se k té práci nevrátila.

E: Nejtěžší je pro mě zvládat tuto práci ve chvíli kdy mám osobní problémy, poté je strašně náročné zvládat být oporou pro druhé, zrovna pro lidi s poruchou autistického spektra kteří se můžou občas zdát, že jsou vůči Vám necitliví, tak v tu chvíli si to nebrat osobně, přestože se to dotkne citlivého místa, opětovně si uvědomovat že to je součást jejich diagnózy a získat tím nadhled.

7. Má pro Vás pozice sociálního pracovníka nějaký osobní přínos?

A: Ano, dala mi jiný pohled na svět a na společnost. Zmenšila mé vlastní problémy proti osudům, které tito lidé zažívají.

B: Obrovský. Pro mě to musí mít osobní přínos, protože ten finanční to nemá. Poznala jsem několik kolektivů v oboru a vždy to byli lidé, kteří mi sedli, z kterých se stali moji přátelé, kteří jsou podobného ražení a až na nějaké drobné výjimky si s nimi rozumím. Většinou to byli lidé, které chci mít v životě. Navíc když se člověk pohybuje mezi duševně nemocnými, tak si uvědomí, jak se má dobře. Najednou si uvědomí, co sám řeší za hlouposti a bagatelní záležitosti. Také si uvědomí, kolika věcí si v životě může vážit a kolik jich bere za samozřejmost, co se týká dětí, rodiny nebo sociálního zázemí.

C: Logicky má. Je to o osobním rozvoji, který člověk zažívá při tom, když se setkává s lidmi s duševním onemocněním a s jejich problémy. Učí se hranicím, tomu, jak dobře komunikovat, jak hlídat nějaké rizikové způsoby jednání, ať už je to v rámci nějakých bludů a halucinací, které klienti mívají, nebo se učí, kde je vhodné klientovi reflektovat to, že je již za hranou, kde není vhodné aplikovat princip nevyvracení bludů. Člověk se učí citlivosti, jak s těmi lidmi jednat.

Druhá věc je obrovská rozmanitost té práce, kdy od somatického stavu, od zdraví přes volný čas s klienty, člověk řeší trénink financování až po jednání s exekutory či úřady. Přejde mi, že rozmanitost té práce pomáhá udržovat takový stav, kdy člověk není tak ohrožený rizikem vyhoření, protože práce sama přináší různorodost bez stereotypu.

D: Zatím jsem měla štěstí, že jsem se v sociálních službách většinou setkávala s dobrými lidmi. Má to pro mě osobní přínos v rámci vztahů s kolegy a kolektivem. Víím, že to není samozřejmé a přijde mi to hodně důležité. Jinak se raduji, jako každý člověk v každé práci, z úspěchů, které nastanou. Zrovna tato konkrétní práce mě baví v tom, že mám volné pole působnosti a to mě pořád posouvá dál.

E: Velký. Je to práce, která mě baví a má smysl. Víím, že to co dělám, není zbytečné a že svoji energii nepodporuji business nebo výdělek někoho jiného ale osobu která to opravdu potřebuje. Jsem vedena svoji rodinou k tomu, že člověk by měl dělat to, co ho baví a že peníze jsou druhořadou záležitost. Nedokážu si představit, že bych chodila do práce si to jen odsedět, baví mě kontakt s klienty i kolegy, kteří jsou skvělí. Už jen pocit z toho že kdyby se mi dělo něco v osobním životě, mohu se bez problému svěřit kolegům a víím, že od nich získám pomoc i pochopení. To je pro mě hodně velký osobní přínos.

8. Je, podle Vás, důležité mít vztah ke klientovi, vzhledem k výkonu Vaší práce?

A: Ano, napůl profesionální a napůl osobní. Aby pracovník nebyl jen jako striktní úředník, který vyplní nějakou žádost, ale aby tam byl celou svou osobností.

B: Bez toho to nejde. Kdybych neměla navázaný vztah s klientem, mohla bych mu maximálně udělat úřednický, informační balíček, poskytnout mu informace, ale co se týče rozvoje klienta, to by se bez vztahu neobešlo.

C: Ano, to je bazální kámen. Ve výzkumech psychoterapií se ukazuje, že terapeutický vztah je tím, co léčí a co přináší největší užitek pro klienta. Ty terapeutické techniky nejsou tak zásadní. Pokud pracovník není schopen vytvořit dobrý vztah s klientem, tak ta sociální práce je hrozně technická a je to jen o cíli a nácviku, ale nesvědčí to o tom, že by se s klientem pracovalo do hloubky na jeho mentálních zacykleních a na důvodech proč v tom selhává.

D: Určitě. Bez navázání jakýchkoliv vztahů a důvěry s klientem to nejde. Takže je to důležité. Stává se, že se vztah nenaváže nebo se ukáže, že z mé strany nebo ze strany klienta jsou nějaké nesympatie nebo nepochopení. Takže ne vždy si to úplně sedne a někdy se musí spolupráce ukončit.

E: Ve výjimečných, krátkodobých zakázkách to lze i bez vybudování vztahu. Avšak taková zakázka je taková zcela pragmatická, je důležité aby se mi klient nebál ozvat, když bude mít nějaký problém a to bez vybudovaného vztahu nelze.

9. A co je pro vás nejdůležitější pro dobré vybudování vztahu s klientem?

A: Na nic si nehrát. Jako kdybych mluvila s člověkem, kterého potkám na ulici. Nebýt v roli pracovníka, ale být tam za sebe, abych mohla vytvořit nějaký opravdový vztah.

B: Pro mě osobně je to vztah, založený na důvěře. Na tom, že jsme si rovni, na tom, že oba dva můžeme chybovat a je to normální a v pořádku. Jen se nesmíme bát přiznat, že se něco nepovedlo. Dále pak autentičnost, aby pracovník nebyl za profesionála, který všechno umí, všechno zná a na všechno má odpověď, ale aby byl jako člověk, u kterého je běžné právo na únavu nebo právo se zlobit. A to samé očekávám od toho klienta. Aby se nebál na mě zlobit, když se něco nepovede, aby se nebál říct, že je unavený apod.

C: Autenticita pracovníka. Že je tam i trochu sám za sebe a není vůči klientovi uzavřený, projevuje otevřenost k názorům klienta, nehodnotí, dává zpětnou vazbu, reflektuje, co klient říká, bez toho, aby pejorativně hodnotil, že se mu to nezdá nebo má na to jiný názor.

Klienti jsou z nemocničního prostředí zvyklí na to, že se setkávali s personálem, který už prožíval určitou míru vyhoření a tím pádem tam chyběla vřelost a lidskost, které jsou pro klienta hodně cenné.

D: Nevím, jestli dokážu popsat nějakou konkrétní věc, ale asi to, když je člověk autentický, nepředstírá a nejde za své limity.

E: Pochopení klienta, systém jak uvažuje, co má rád, co naopak nemá rád, abych dokázala předvídat, vidět za roh a tím třeba předcházet nějakým problémům, dokázala ho díky tomu namotivovat.

10. Jaké jsou, podle vás, nejčastější překážky a problémy v navázání vztahu s Vašimi klienty?

A: Střet mých představ o tom, jak by to mělo být a následné chování klienta. Často se ze strany klientů objevuje manipulace, kdy já jsem tam za sebe, ale oni ne. Velikou roli také hrají léky, které užívají. Díky nim nebývají stabilní. Roli hraje také jejich a můj věk, protože jinak se buduje vztah s podobně starými a jinak s někým, kdo je o polovinu starší. Dále hraje roli pohlaví.

B: Psychický stav klientů, který hodně kolísá. Jedna schůzka může být skvělá a můžu mít pocit, jak jsme dobře začali, a další schůzka může být plná nepochopení z důvodu, že klient není v dobrém psychickém stavu. Klient někdy očekává, že mu budu radit a říkat, co má dělat a to je taková prvotní překážka, kdy se musíme nejdříve poznat, a musím klientovi nastínit, že nebudu přikazovat, co má dělat a že je to na něm.

C: To je hrozně těžká otázka. Myslím, že je to mnohdy taková nezralost pracovníka, kdy si tam řeší svoje osobní problémy a potřeby a není tím pádem všímavý k tomu, co se mezi ním a klientem odehrává. Tím pádem není schopen citlivě reagovat na situaci a to může klienta zavírat, protože necítí přijetí, ale spíše tlak nebo podsouvání vlastních představ, jaký by chtěl, aby klient byl.

Co může, ten vztah komplikovat může být naskakování na požadavky okolí. Když zakázka nevychází z klienta a pracovník tu zakázku přijímá (i klient o této zakázce může mluvit jako o svém cíli), nicméně když se pracovník snaží ten cíl naplnit a klient pro něj není motivovaný, tak to pracovníka může frustrovat a tím pádem může na klienta přenášet větší tlak i svoji frustraci a to může vztah velmi rychle uzavírat. Takto špatně nastavený cíl blokuje rehabilitaci a frustrace rozbíjí vztah nebo může přijít nějaké naštvání pracovníka na klienta.

D: Hodně se setkávám s nemotivovaností klientů. Často bývají motivovanější jejich rodiče

než oni sami, takže se stává, že nechtějí docházet na konzultace. Pak dochází k tomu, že ten člověk nepřijde na smlouvenou schůzku, neomluví se apod.

E: Nereálné očekávání o dokonalé práci, kterou dokážu klientovi nabídnout, nedostatek sebereflexe o svých schopnostech a také nereálné očekávání rodičů.

11. Myslíte, že mezioborová spolupráce funguje?

A: Myslím si, že nefunguje. Síť není dostatečně vybudovaná a klienti jezdí z jedné organizace do druhé. V organizaci samotné to, myslím, funguje, ale mezi jinými organizacemi ne.

B: Myslím, že obecně nefunguje. Určitě by se našly i dobré příklady, ale spíš jsou to nějaké světlé výjimky, kdy se stane, že s námi nějaký lékař nebo opatrovník komunikuje, ale tohle vždycky beru jako malý zázrak a jsem za to hrozně vděčná. Je to ohromné usnadnění práce a zlepšení péče o klienta. Ale takhle to téměř vůbec nefunguje. Lékaři s námi odmítají komunikovat nebo s námi nemůžou sdílet informace. Pokud s námi nechtějí komunikovat opatrovníci, tak nekomunikují. Ta spolupráce je jen na základě dobrovolnosti, a když jedna strana nechce, tak se nedá nic dělat.

C: To je hrozně individuální. Musím říct, že systémově to není dobře ukotvené a nastavené. Hodně záleží na konkrétních sociálních pracovnících a zdravotnících, jestli jsou naslouchající druhé straně. Mnohdy se stává, že sociální pracovníci mají svůj pohled na to, jak by měla spolupráce s klientem fungovat a strana zdravotníků má svůj pohled. V momentě, kdy jedna složka nenaslouchá druhé a nevnímá její potřeby, tak ta spolupráce funguje velmi kostrbatě.

U těch sociálních pracovníků je to zrovna o tom, že oni vědí, jak je to správně a jak by se to mělo dělat, zatímco u těch zdravotníků vnímají, že mnohem více tlačí na klienta, radí mu a mají expertní pohled.

Doktoři často nevnímají sociální pracovníky jako relevantní partnery. Mívají pocit jakési nadřazenosti, že jsou těmi, kteří jsou v rehabilitaci klienta klíčoví, přitom si už nezjišťují informace, které má sociální pracovník mnohem obsáhlejší, protože tráví s klientem více času a více věci mapuje, dokáže zachytávat i drobné nuance zdravotního stavu klienta, kterého dobře zná.

Ale i to se mění. Je tu velká snaha o to, aby se mezioborová spolupráce stala standardem. Zejména pro cílovou skupinu s duševním onemocněním. Jednotlivé segmenty si uvědomují, že se od sebe hodně vzdálily a že pokud jeden segment dělá něco a druhý segment o tom nemá ani potuchu, tak se můžou nejen dablovat, ale i vzájemně vylučovat.

Když klient se sociálním pracovníkem trénuje vystavování se obtížnějším situacím, například

obnovování kontaktu s rodinou nebo něco podobného, kdy z toho klient může být dočasně psychicky rozhozený a doktor neví, že je to součást 48 rehabilitačního procesu, tak může toho klienta medikovat a tím zhatit proces, který s klientem započal. Medikace může pocity nebo negativní emoce, které s tím souvisí a které jsou přirozené, potlačovat.

Napadá mě příklad klientky, která řešila obtížnou situaci s partnerem ohledně rozchodu a v rámci sociální práce se snažila, aby se zvyšovala její frustrační tolerance, aby se s tím naučila vyrovnávat. Když přišla za svojí psychiatrickou, navýšila jí antidepresiva, protože to vnímala tak, že potřebuje léky, aby tu situaci zvládla. Což je zrovna ten moment, kdy jsme se moc nepotkávali.

Opačný případ může být ten, kdy psychiatr trvá na tom, že je třeba navýšit léky a sociální pracovník na to nereflektuje a naopak nabádá klienta k tomu, aby v tom stavu vydržel, i když může být rizikový. Aby to nebylo jen jednostranné, že doktoři jsou špatní, ty chyby ve spolupráci nebo nespolepráci můžou dělat obě strany a je potřeba se od sebe učit.

Další zajímavou stranou jsou i peči, kteří jsou lidmi s vlastní zkušeností, aktivně se podílející v týmech a kteří do jisté míry tvoří takovou zvláštní skupinu, která přispívá k multidisciplinarity. Zároveň můžou mít úplně jiný pohled na to, jak by měla probíhat rehabilitace klientů. Můžou přinášet mnohem víc aspektů, zaměřených třeba na zotavení, respekt ke klientovi i větší svobodu, což může být pro sociální pracovníky ohrožující, protože potřebují mít nějaký systém pravidel a kontrol. Vzájemné naslouchání umožní to, aby se od sebe jednotlivé složky obohatily.

D: Ano. Ta spolupráce funguje poměrně dobře. I v rámci naší organizace, kde máme několik středisek, kde předávání informací a provázanost služeb funguje dobře. Docela dobře funguje i spolupráce s lékaři nebo s jinými odbornými pracovníky.

E: Půl na půl. Třeba u nás v organizaci to probíhá velmi dobře, mezi jednotlivými středisky. Je to ale tím, že se většinou osobně známe. Přijde mi, že se jiné obory zajímají o spolupráci až ve chvíli, kdy je klient v nějakém velkém maléru. Moc nefunguje v rámci prevence rizikového chování, jen na základě zájmu se kolem klienta sjednotit ve spolupráci a vzájemně si vypomoci.

12. Je, podle Vás, důležitá podpora rodiny a role psychoedukace?

A: Ano, myslím, že právě proto sociální služby a komunity vznikly. Je důležité, aby se rodina napojila zpátky na klienta.

B: Rozhodně. To je přesně to, co probíhá na chráněném bydlení, kde jde o znovunavázání sociálních kontaktů s rodinou, se známými a s lidmi, kteří jsou pro klienta důležití. Často řešíme problematické vztahy s rodinou a snažíme se podporovat jak rodinu, tak klienta. Edukujeme rodinu o tom, co se jejich dětem stalo, co je to za nemoc, aby své děti více pochopili.

C: Role rodiny a její podpora je zásadní. Pokud má klient zázemí v podobě fungujícího rodinného systému, tak jsou to přirozené opory ve světě, na které se může obrátit. V momentě, kdy je rodina ochotná s klientem trávit čas, občas ho vytáhnout na dovolenou, nebo ho jednou týdně pozvat na návštěvu, tak už jenom tohle pomáhá v tom, že se udržují přirozené vazby a klient to nepotřebuje saturovat jinak.

Na druhou stranu, když klient rodinu nemá nebo se na ní nedá spolehnout, neznamená to, že by bylo beznadějně rehabilitovat. Ale rodina je přesto důležitá. Podpora rodiny může být někdy i nevhodná, když je rodina příliš pečující, vnímající klienta více v dětské roli a má tendenci mu zasahovat do života, pomáhat mu ho organizovat a brání mu v tom, aby si zažil důsledek špatného rozhodnutí. Pokud ho rodina podporuje příliš, klient často vypadává z běžného společenského trendu. Člověk dělá chyby a za ně pak nese nějakou odpovědnost. Když za něj rodina tyto chyby vyřeší, tak on ztrácí tu zkušenost svobodného rozhodnutí.

Psychoedukace ve smyslu vysvětlování nebo pomoci pochopení pro klienta, co se s ním děje, je nesmírně důležitá, pokud nemají náhled do svého onemocnění a nejsou schopni si ho přiznat. Je důležité, aby psychoedukace nebyla o diagnózách, ale o tom, jaké konkrétní projevy klient má. Přirovnává se to k zážitku jiných lidí a jde se víc po podstatě než po obsahu a škatulce diagnózy.

Psychoedukace je důležitá při prožívání úzkosti, protože lidé jsou většinou zvyklí užívat na úzkost nějakou krizovou medikaci v podobě anxiolytik, rivotrilů apod., které jsou potom náročné z hlediska závislosti, která se může vytvářet. Ale jsou i jiné varianty, jak s úzkostí pracovat a klient se nemusí spoléhat jenom na prášek a může hledat i jiné cesty. Tam je, myslím, role psychoedukace nezastupitelná, protože mnohdy to jsou zbytečná přemedikování klientů v touze po rychlé úlevě, která přichází po stejné době, kdy by klient počkal, a úzkost by odezněla sama.

D: Určitě! Pokud rodina člověka podporuje a zbytečně ho na sebe nenavazuje a dovolí mu,

aby se rozvíjel, tak vítám zapojení rodiny.
E: Absolutně. Spolupracující, dobře funkční rodina dokáže práci velmi urychlit a zjednodušit jak pro klienta, tak i pro pracovníka.
13.Co myslíte, že by Vám nejvíce pomohlo zlepšit Vaší práci?
A: Uvítala bych větší plat a sjednocení, zasíťování, organizací, aby spolu více spolupracovaly. Aby tam byl např. nějaký centrální registr apod. Dále by mi pomohlo nějaké užitečné školení, které bych si mohla vybrat, popřípadě nějaký výcvik. A pomohlo by mi očkování proti žloutence a proti nějakým infekčním nemocem, které se tam občas vyskytují.
B: Aby se zvětšila mzda a byla větší podpora ze strany zaměstnavatele. Pracuji ve velké organizaci, kde se necítím jako vnímaný jedinec. Člověk je v nějakém kolektivu a pomalu ani nezná své vedení. V takové situaci člověk nemůže nic měnit a vše se stává náročnějším. Jsme tam s infekčními klienty, a přesto není možnost, aby nám zaplatili očkování, což by měl být standard. Běžně připravuji stravu s infekčními lidmi, kteří mají žloutenku a to je něco, čemu mě tato práce vystavuje, ale zároveň nezaštiťuje mi ochranu. To podmiňuje to, jak se člověk v organizaci cítí maličký a v případě, že se nakazí a odejde, bude snadno nahrazen. Neříkám, že je to tak ve všech organizacích, ale v mojí práci by mi to pomohlo. Stejně tak by bylo dobré, kdybychom v komunikaci s klienty mohli být ve dvou, i kdyby tam měl být někdo jenom jako pozorovatel, který by mohl říct, jak to vnímá ten druhý apod.
C: Podle toho, z jakého úhlu to vezmu. Když to budu brát z hlediska vnitřního seberozvoje, tak co by mi pomohlo zlepšit je mít dobře naučené motivační rozhovory, což je základní nástroj práce s lidmi s duální diagnózou, kde je to přesně o tom reflektování, naslouchání, velmi citlivém dotazování, ale s minimem rad a podsouvání vlastních pohledů a názorů. To je něco, co by mi pomohlo tu práci zlepšit z hlediska vnitřního. Z hlediska vnějšího je to touha po systémovější změně, přístupu k péči o lidi s duševním onemocněním, ve smyslu více terénních služeb, které by kvalitně poskytovaly péči přímo u klientů v bytech nebo v městských částech, ze kterých pochází. Zároveň by bylo dobré změnit momentální nastavení invalidních důchodů, kdy je neudržitelné, že dotyčný člověk má přiznanou invaliditu, ale nemá nárok na výplatu důchodu, takže se dostává pod hranici chudoby a je celoživotně odkázán na hmotnou nouzi. Tady mi přijde důležité, aby se změnila legislativa a politická vůle, aby byly nastaveny nějaké minimální invalidní důchody, které by zajišťovaly základní možnost obživy pro klienta a zároveň možnost získat si levnější bydlení bez toho, aby musel žádat o dávky v hmotné nouzi.
D: Asi další odborné vzdělávání, ale teď nevnímám nějakou zásadní překážku, kterou bych

potřebovala překlenout.
E: Jsem teď ve své práci opravdu spokojená, takže mě nic nenapadá. Možná více dovolené, té asi není nikdy dost.
14. Jaké semináře, školení a kurzy jsou, podle Vás, nejdůležitější pro práci s Vaší cílovou skupinou?
A: Záleží na zkušenostech každého pracovníka. Když budeme předpokládat, že nemá žádné, tak je potřebné mít psychiatrické minimum. Dobrá jsou farmaceutická školení, kde je vysvětleno, jak to funguje s léky, co se může a nemůže kombinovat a co a jak na člověka působí. Dále kurz ohledně manipulace a sebeobrany.
B: Určitě psychiatrické minimum, krizová komunikace, kurzy na zvládnutí úzkostí, na práci s člověkem v depresi a motivační rozhovory.
C: Myslím, že úplný základ je psychiatrické minimum, protože to je něco, co pracovník potřebuje znát. Takže nějaký kvalitnější kurz tohoto ražení, kdy to není jen o tom, že umí vyjmenovat diagnózy, ale slyší nějaké kazuistiky, chápe zásadní rozdíly, že diagnózy jsou pouhou nálepkou a za nimi se skrývá nějaká škála nebo variabilita lidí a že je dobré a důležité vnímat, čím klient prochází a mít nějaké teoretické zázemí. Potom mi přijdou zásadní motivační rozhovory, protože to je jiný způsob myšlení, který nutí pracovníky, aby respektovali přání klienta. Další kurz by stoprocentně mělo být sociálně právní minimum, které je základním vědomostním zdrojem sociální práce. Zaměřené na konkrétní případy kazuistiky, aby se lidé, zaměřeni na toto školení, vyznali v systému. Protože klienti nevědí, na co mají nárok, netuší na který úřad zajít nebo o co mohou požádat. Nejsou to lidé, kteří by ten systém měli zmapovaný a věděli co a jak. Takže to závisí na expertním pohledu pracovníka, jak on je schopen vytipovat na co klient nárok má. A podle toho s jakou cílovou skupinou se pracuje, tak se odvíjí i školení. Takže u lidí s duální diagnózou musí pracovník znát přesně cykly tohoto onemocnění a účinky návykových látek a také aby rozuměl tomu, proč jsou důležité pevné hranice a aby je dokázal aplikovat. Dále podle onemocnění kurz Recovery čili na zotavení, aby se pracovníci naučili jinak myslet, protože to je o přemýšlení o respektu k osobní cestě klienta a jeho příběhu. Je o naději, zkompetentňování, a myslím, že je to kurz, který může pomoci ve změně myšlení pracovníkům a přinést jim naději a chuť do práce.
D: To, které jsem naposledy absolvovala, a které vnímám jako velice důležité, je

psychiatrické minimum, protože spousta těch lidí má přidružený psychiatrické diagnózy. Proto si myslím, že je dobré mít poněkud odbornější vhled.

Vyloženě konkrétních školení pro pracovníky s lidmi s PAS není tolik, takže si vybírám kurzy, které se točí kolem komunikace a motivace.

E: Určitě individuální plánování zaměřené na klienta, psychiatrické minimum, kurzy o PAS v rámci naší organizace, kurzy úchopů.

15.Jsou, podle Vás, tyto kurzy dostačující?

A: Určitě ne všechny kvůli malé praktičnosti. Mám např. dobré zkušenosti ze školení první pomoci. Kdyby to tak bylo s ostatními školeními, tak by to bylo dobré.

B: Myslím, že jsou dostačující a že jsou skvělé, ale pro mě jsou nedostižitelné kvůli vysoké ceně. Zaměstnavatel má omezený finanční obnos a nemůže mi takový kurz zaplatit. Kvůli tomu musím na levnější kurz, který je méně kvalitní, abych splnila počet povinných vzdělávacích hodin.

Trh kurzů je rozmanitý. Byla jsem např. na kurzu krizové komunikace a byli tam pracovníci v sociálních službách, pracující někde v domově důchodců a chtěli od kurzu něco úplně jiného než my. Ve výsledku jsem se nedověděla nic nového, protože jsme šli od základů, které si člověk přinese třeba z vysoké školy. Téma kurzu bylo dobré, ale obsahově se přizpůsobilo většině návštěvníků a já byla bohužel ta menšina.

C: Za těch x let jsem navštívil obrovskou řadu kurzů a myslím si, že většina kurzů na trhu, od rolí manažera přes hranice až po individuální krizové plánování atd., pokud jsou otevřené a přihlašují se tam pracovníci z různých organizací, je obohacující a člověk se dovídá informace i z jiných služeb a může mu to přinášet nové pohledy a výhledy. V takových případech vnímám, že jsou kurzy a školení hodně přínosné a není to jen o tom, co řekne lektor kurzu, ale obsah spoluvytváří i účastníci.

Kdy je vnímám jako velký nedostatek, tak to je u kurzů, které jsou na klíč. Když si organizace s velkým počtem zaměstnanců objedná kurz a pozve si k sobě lektora, kde by si měl lektor dopředu zmapovat, jaké jsou potřeby organizace, účastníků kurzu, s jakými nástroji jsou zvyklí pracovat, a ten kurz na klíč přizpůsobil té organizaci, aby se výtěžilo maximum z toho, co už vědí a s čím umí pracovat.

Problém je, pokud si organizace za tímto nejde a po lektorech to nevyžaduje a lektoři mají naučený způsob výkladu kurzu a v tom nějakým způsobem jedou, navzdory tomu, že je kurz na klíč. Sice si zmapují, co by účastníci chtěli, ale ve výsledku se tomu nakonec nevěnují a jenom si odškrtávají, co se stihlo. Dají minimum prostoru tomu, aby se kurz individualizoval.

V takových případech cítím hodně nedostatků.

D: Věřím, že by se uplatnilo víc odborných kurzů, otázkou ale je, jak moc o ně lidi stojí. Z mé zkušenosti musím říct, že ne až tak moc. Prozatím to, co je na trhu, se dá považovat za dostačující.

E: Kurzů je opravdu nepřehledné množství, určitě jsou dostačující jen je pro mě těžké v tom množství najít ty kvalitní.

12 Závěr

V teoretické části byl zmapován systém sociální péče a jednotlivé služby pro osoby s duševním onemocněním. Dle výčtu služeb je sociální péče rozmanitá, vnímající individualitu potřeb klientů, avšak kapacitně zcela nedostačující vzhledem k množství zájemců, které stále narůstá. Služby poskytují převážně neziskové organizace.

Důležitou složkou péče o klienta s duševním onemocněním je duchovní rozvoj. Vzhledem k časté absenci naděje, náročnosti akceptování nové diagnózy, nemoci, a vlastního životního osudu může být duchovní vliv velmi nápomocný ke zvládnutí těchto těžkých životních situací. Ve výjimečných případech může být překážkou pro spolupráci z důvodu nemožnosti přizpůsobení se podmínkám daného náboženství nebo bludům zaměřených na víru.

Sociální práce s duševně nemocnými je pro určité cílové skupiny (např. schizofrenie) na poměrně dobré úrovni s tendencí se neustále zlepšovat, inspirovat se v zahraničí a aplikovat moderní metody práce. Standardů západních organizací stále nedosahuje, avšak pomalu se k nim přibližuje.

Praktická část měla sloužit k získání hlubšího vhledu do problematiky vykonávání sociální práce z pohledu sociálních pracovníků. Zaměřuje se na závažné, dlouhodobé poruchy. Zajímavým poznatkem je, že z rozhovorů nevyplývaly žádné výrazné rozdíly v představách sociálních pracovníků o ideálních osobnostních předpokladech a povahových rysů pro výkon profese.

Všichni dotazovaní vnímali jako důležité rozšíření vzdělání o psychiatrické minimum s ohledem na cílovou skupinu. Tento typ vzdělání může práci velmi usnadnit díky základním znalostem symptomů, příznaků a průběhu nemoci, které může vést k lepšímu pochopení potřeb klienta a rozpoznání akutního zhoršení psychického stavu.

Dotazovaní vnímali za nejzásadnější překážky pro výkon své práce nedostatek bytů pro klienty a obecně aktuální nastavení bytové politiky, dále podfinancování sociální sféry jak z pohledu platových podmínek tak i důchodového pilíře, nerovnoměrné pokrytí sociálních služeb v jednotlivých regionech ČR. Speciální pozornost byla věnována multidisciplinaritě, kterou v rámci rozhovorů hodnotili jako nesystematickou a příliš závislejší na ochotě konkrétních lidí.

Velký potenciál mají multidisciplinární týmy, které by mohli zajišťovat mezioborovou, sjednocenou spolupráci, díky kterým by mohl výrazně klesnout počet nutných opakujících se hospitalizací a následných znovunavracování klienta do jeho přirozeného prostředí. U klientů s dlouhodobým duševním onemocněním by se díky tomu rozpoznávali vznikající krize dříve a dali by se řešit ambulantní cestou. S ohledem na podfinancování sociálních služeb by tento model měl být ekonomicky výhodnější z hlediska hospodaření státu. Náklady na hospitalizaci klienta výrazně převyšují provoz terénních týmů. Multidisciplinární týmy jsou nyní nově tvořeny v rámci Center duševního zdraví, které jsou v zahraničí velmi úspěšné.

Do Center duševního zdraví se nyní vkládá mnoho nadějí, bude tedy velmi zajímavé pozorovat jejich úspěšnost v České republice a následný rozvoj této služby.

13 Seznam obrázků

Obrázek 1 Podpora	14
Obrázek 2 Logo Fokus	20
Obrázek 3 Vyobrazení počtů psychicky nemocných lidí v ČR.....	28
Obrázek 4 Znárodnění nárůstu počtu pacientů s duševními nemocemi	28
Obrázek 5 Vyobrazení schizofrenie od umělce Bionomi.....	30
Obrázek 6 příznaky autismu.....	32

14 Zdroje

- MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2012. *Základy sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.
- PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava (eds.), 2009. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
- HARTL, P. & HARTLOVÁ, H. (2015). *Psychologický slovník* (Vyd. 3.). Praha: Portál.
- CHYTIL, O. & MAHROVÁ, G. (2008) Metody sociální práce. In G., Mahrová & M., Venglářová. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. (s. 18-27). Praha: Grada.
- LEVICKÁ, J. (2008). Kontola a jej miesto v sociálnej práci. In R., Janebová, M., Kappl & M., Smutek. *Sociální práce mezi pomocí a kontrolou*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- MAHROVÁ, G. & CHYTIL, O. (2008). Sociální práce jako profese. In G., Mahrová & M., VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- MAHROVÁ, G. & VENGLÁŘOVÁ, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- MATOUŠEK, O., Křišťan, A., Musil, L., & Smutek, M. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O., Kodymová, P., & Kolářková, J. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (Vyd. 2.). Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. (2008). *Metody a řízení sociální práce* (Vyd. 2.). Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. (2007a). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. (2007b). *Základy sociální práce*. (Vyd. 2.). Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.

OREL, M. et al., 2016. Psychopatologie. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. 338 s. ISBN 978-80-247-5516-8

SVOBODA, M., 2012. Psychopatologie a psychiatrie. 2. vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0216-5

PETERKOVÁ, M., ©2008. Schizofrenie- Vše o schizofrenii podrobně a srozumitelně pro každého. [online]

KUČEROVÁ, H., 2013. Psychiatrické minimum. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.

KUZNÍKOVÁ, I., 2011, Sociální práce ve zdravotnictví, Praha: Grada,

ČEŠKOVÁ, E., 2007. Schizofrenie a její léčba. Praha: Maxdorf. 99 s. ISBN 978-80-7345-114-1.

EUFAMI, 8/2012. Život se schizofrenií. Příručka pro pacienty a jejich pečovatele. [online]

HOSÁKOVÁ, J. et al., 2007. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Opava: Slezská univerzita. 160 s. ISBN 978-80-7248-442-3.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., ©2010. Prognóza: A co bude dál?. [online]

OPATRNÝ, A. Pastorage v postmoderní společnosti

EVROPSKÁ SÍŤ NEMOCNIČNÍCH KAPLANŮ. Standardy pro poskytování nemocniční kaplanské služby v Evropě. – Finsko: Turku, 2000

ČBK a ERC. Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice

<https://nautis.cz/cz/autismus>

<http://www.autistickedite.cz/co-je-to-autismus>

<http://www.biblenet.cz/b/Acts/2>