

Role zdravotně sociálního pracovníka při pomoci v rodině se schizofrenií

Markéta Veselá, DiS.

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Markéta Veselá, DiS.**
Osobní číslo: **H17138**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Role zdravotně sociálního pracovníka při pomoci v rodině se schizofrenií**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti psychiatrie, její reformy a zdravotně sociální práce v Centrech duševního zdraví

Příprava metodiky výzkumu

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru mezi sociálními pracovníky v Centrech duševního zdraví

Zpracování a analýza dat, včetně jejich interpretace

Prezentace výsledků výzkumu, shrnutí a doporučení pro praxi

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie; ŠPANIEL, Filip a Jana KOLÁČKOVÁ (ed). *Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4287-1.
- MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, 2014. ISBN:978-80-262-0731-3.
- ZAKOUŘILOVÁ, Eva a Ondřej PĚČ. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0583-8.
- LINDSAY, Trevor. *Social work intervention*. Los Angeles: Sage, 2013. ISBN 978-144-6266-649.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **10. října 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **15. května 2020**

Mgr. Lvoor Marek, Ph.D.
děkan

L.S.

PhDr. Pavla Kudrňová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce mapuje spektrum činností zdravotně-sociálního pracovníka (ZSP) v Center duševního zdraví (CDZ) při práci s klienty se schizofrenií a jejich rodinami. Teoretická část objasňuje východiska vztahující se k psychiatrické péči, reformě psychiatrie a k sociální práci ZSP. Praktická část je realizována metodou kvalitativního výzkumu, který proběhl technikou polostrukturovaného interview. Získaná data byla zpracována tematickou analýzou. Výsledky prezentují náhled na způsoby sociální práce v CDZ a na nejzávažnější problémy schizofreniků a jejich rodin.

Klíčová slova: Centrum duševního zdraví, schizofrenie, sociální práce, reforma psychiatrie, zdravotně-sociální pracovník

ABSTRACT

The bachelor thesis surveys the spectrum of activities of a health and social worker (ZSP) in Mental Health Centers (CDZ) in working with clients with schizophrenia and their families. The theoretical part clarifies resources related to psychiatric care, reform of psychiatry and the social work of ZSP. The practical part is realized by the method of qualitative research, which was accomplished using the technique of semi-structured interview. The obtained data were processed by thematic analysis. The results present an insight into the ways of social work in CDZ and the most serious problems of schizophrenics and their families.

Keywords: health and social worker, Mental Health Center, schizophrenia, social work, reform of psychiatry

„Zotavení (recovery) je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“

Bill Anthony (1993) (Co je zotavení, 2016)

Děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivaně Olecké, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při zpracování této práce. Poděkování bych také ráda věnovala všem účastníkům výzkumné části práce za spolupráci při získávání údajů, a v neposlední řadě bych chtěla také poděkovat rodině, přátelům a mým blízkým za velkou podporu a trpělivost.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SYSTÉM PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ	13
1.1 HISTORIE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ	13
1.1.1 Starověk, Středověk, Novověk.....	13
1.1.2 Novodobé dějiny	15
1.1.3 Psychiatrická péče v Čechách	15
1.2 VYMEZENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE	16
1.2.1 Hlavní metody sociální práce ve zdravotnictví	17
1.2.2 Sociální práce s rodinou	19
1.2.3 Etické otázky a kvalita sociální práce	20
2 REFORMA PSYCHIATRIE	22
2.1 SOUČASNÝ STAV PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR.....	22
2.2 STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	23
3 CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	24
3.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	24
3.2 CÍLOVÁ SKUPINA A SLUŽBY POSKYTOVANÉ CDZ.....	25
3.3 ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V CENTRU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	26
3.3.1 Odborná způsobilost a kompetence zdravotně sociálního pracovníka	26
4 SCHIZOFRENIE	29
4.1 EPIDEMIOLOGIE, ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY	29
4.2 KLINICKÝ OBRAZ A FORMY SCHIZOFRENIE	30
4.3 PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ, TERAPIE A JEJÍ CÍLE	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 DESIGN KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	35
5.1 CÍLE VÝZKUMU A METODIKA PRÁCE.....	35
5.1.1 Vymezení výzkumného souboru.....	36
5.1.2 Metoda zpracování dat	37
5.2 ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU	39
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	41
6.1 TÉMA Č. 1: JAKÝM ZPŮSOBEM PRACUJE SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK NEBO ZSP v CDZ?.....	42
6.1.1 Subtéma č. 1: Způsoby práce s rodinou	42
6.1.2 Subtéma č. 2: Způsoby práce s klientem.....	44
6.1.3 Subtéma č. 3: Specifika práce u schizofreniků	47
6.1.4 Subtéma č. 4: Sociální práce v multidisciplinárním týmu	48

6.2	TÉMA Č. 1: JAKÉ PROBLÉMY U KLIENTŮ A JEJICH RODIN ŘEŠÍ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK NEBO ZSP V CDZ?	50
6.2.1	Finance	50
6.2.2	Bydlení	52
6.2.3	Sociální kontakt.....	53
6.2.4	Zaměstnání	54
6.2.5	Kvalita života	55
	DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	57
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	68
	SEZNAM OBRÁZKŮ	69
	SEZNAM TABULEK.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Nevyhovující stav péče o psychiatricky nemocné v České republice v minulých desetiletích vyvolal potřebu reformy psychiatrie. Od roku 2013, kdy za finanční podpory Evropské unie tato reforma započala, jsou jednotlivé změny intenzivně realizovány. V rámci strategie zmíněné reformy psychiatrické péče vzniká v posledních letech nový typ zdravotně sociální služby nazvané Centrum duševního zdraví. Centra jsou specifická tím, že současně poskytují jak zdravotní, tak sociální službu se zaměřením na osoby s vážným duševním onemocněním.

Nová strategie poskytování péče klade důraz na změnu systému péče o osoby s duševním onemocněním. Prioritou inovativního přístupu psychiatrické péče je postupná deinstitucionalizace a přesun péče do komunitní sféry. V komunitě se zapojují do péče o osoby s vážným duševním onemocněním týmy odborníků, které se specializují na terénní práci s konkrétní cílovou skupinou. Hlavním tématem komunitní psychiatrické péče je kvalitní život a naplněné potřeby člověka s duševním onemocněním v jeho přirozeném prostředí. Protože zdravotní stav každého jedince ovlivňuje jeho sociální status, je nutné dosáhnout vzájemné provázanosti zdravotních a sociálních služeb. Spojení těchto služeb může pomoci řešit často obtížnou sociální situaci klientů a zamezit jejich propadu na sociální dno.

V centrech duševního zdraví má zdravotně-sociální pracovník širokou možnost působení a může zhodnotit své znalosti a dovednosti nejen ze sociální, ale i ze zdravotnické oblasti. Provázanost obou oborů v praxi představuje ideální pracovní pole pro zdravotně-sociální pracovníky. Tento příklad propojení oborů má perspektivu uplatnění i v dalších specializacích, nejen v oboru psychiatrie. I když je studijní obor zdravotně-sociální pracovník poměrně mladý, má vzhledem k potenciálu propojovat oba uvedené obory předpoklady intenzivního rozvoje. V důsledku stárnutí populace ČR a zvyšování hranice odchodu do starobního důchodu vzrůstá poptávka po zdravotní a sociální péči. Pro moderní společnost by mělo být běžným standardem postarat se o osoby se zdravotním znevýhodněním, protože se tím vytváří obraz o společnosti samotné.

Tato bakalářská práce je zaměřena na specifika a každodenní činnosti zdravotně-sociálních pracovníků při pomoci klientům se schizofrenií. Většina zdravé populace si zvládne zajistit své potřeby bez dopomoci jiné osoby. Když do života člověka vstoupí onemocnění jako schizofrenie, má to vážné důsledky pro něj i jeho rodinu. Mnohdy jedincům s tímto onemocněním trvá získat náhled na své onemocnění celý život. Denně bojují se svými strachy a na blízku nemají nikoho, kdo by jim poradil nebo pomohl. Rodina jim nerozumí a

sami nemocní nedokážou své trápení vysvětlit. Často si ze zoufalství volají záchrannou službu, aby je odvezla do bezpečí do psychiatrické nemocnice. Někteří schizofrenici ani nevycházejí z domu.

Práce je rozdělena na dvě základní části, teoretickou a praktickou, které jsou dále rozvedeny do jednotlivých kapitol a podkapitol. Teoretická část práce zabývá bližší specifikací problematiky systému péče o duševně nemocné, reformy psychiatrie v České republice, vzniku Center duševního zdraví a sociální práce s lidmi se schizofrenií. Vzhledem k charakteru výzkumného problému byla v navazující praktické části bakalářské práce zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Výzkumný soubor tvořili sociální a zdravotně-sociální pracovníci z Center duševního zdraví. Sběr dat byl realizován technikou individuálního polostrukturovaného interview. Výzkumné šetření mapovalo zdravotně-sociální práci v Centrech duševního zdraví. Zpracování dat proběhlo metodou tematické analýzy.

Profesním zaměřením autorky je pomoc schizofreniků v jejich domácím prostředí. Pracuje na pozici vedoucí zdravotnické sekce v rámci multidisciplinárního týmu Centra duševního zdraví (CDZ). Předkládaná kvalitativní studie je náhledem na zdravotně-sociální práci v těchto centrech. Detailní znalost a charakteristika rolí zdravotnického sociálního pracovníka může přispět k rozvoji a zkvalitnění služeb poskytovaných v těchto centrech, jejichž počet by se v souvislosti s reformou psychiatrie měl rozrůst až na sto poskytovatelů v České republice.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYSTÉM PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

S duševními chorobami se lidé potýkali od počátku věků. Nemoci se nevyhýbaly mladým, starým, bohatým ani chudým lidem. Pojmenování jednotlivých psychických onemocnění, charakteristika, diagnostika a léčba se měnily vzhledem k postavení člověka ve společnosti. Pochopení nemoci jako takové se krystalizovalo v návaznosti na vývoj lidstva. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

Počátky sociální práce na území České republiky jsou spojeny s činností charitativních organizací. Charitativní činnost má u nás dlouhou tradici a nabízí mnoho forem pomoci. Hnacím motivem je touha pomáhat nemocným, bezmocným, chudobným, lidem bez domova a jiným potřebným. (Kuzníková, 2011)

1.1 Historie péče o duševně nemocné

1.1.1 Starověk, Středověk, Novověk

Již v období Antiky dokázala medicína pojmenovat řadu duševních onemocnění, ale jejich povaha nebyla odlišována od tělesných chorob. V dějinách starého Řecka se péče o tělesné a duševní zdraví odehrávala v chrámových zařízeních zvaných asklepiony. Terapie se zaměřovala na posilující procedury, poskytována byla směs psychoterapie a duchovní péče. Vedoucí osobností tohoto období, která položila základy přírodovědné medicíny, byl Hippokrates. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

Představy o příčině duševních nemocí vycházely z Hippokratovy školy a poruchy ve smyslu mánie nebo melancholie byly vykládány humorálně jako přebytek žluté nebo černé žluče. Galénos, další představitel hippokratovské medicíny, rozlišoval čtyři typy duševních chorob – šílenství, máni, melancholii a slabomyslnost. Za jejich příčinu rovněž považoval nerovnováhu tělesných šťáv. Například za příčinu mánie považoval nadbytek žluté žluče a řadil ji k „horký“ nemocem. Z pohledu řecko-římského práva byly za péči o duševně nemocné odpovědné jejich rodiny, instituce typu „blázinců“ neexistovaly. S nástupem středověku snaha o medicínské vysvětlení příčin duševní onemocnění ustoupila náboženské interpretaci. (Porter, 2013)

Nástup křesťanství ve **středověku** a jeho vliv na chápání medicíny znamenal odklon od naturalisticky zaměřené medicíny reprezentované Hippokratem a Galénem. Z hlediska církevního učení byl za všemi jevy nadpřirozený božský záměr. Názory na léčbu byly velmi rozdílné a zahrnovaly praktiky jako vymítání, pouštění žilou a vzývání svatých. (Porter,

2013) Péče o duševně nemocné v křesťanské Evropě kombinovala předsudky a pověry s pozůstatky antického lékařství. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

Středověk byl pro psychicky nemocné velmi těžkým obdobím. Společnost se snažila o exkluzi nenormálních jedinců, kteří se na venek jeví jako posedlí ďáblem či bez rozumu. Venglářová, Marková a Babiaková (2006) spojují tento fenomén se vznikem tzv. „lodí a věží bláznů“, kdy byli psychicky nemocní jedinci separováni od zdravé společnosti a ponechávali se vlastnímu osudu. Loď bláznů přistávající u břehu byla pro evropská města patrně častým obrázkem. Vyhánění šílenců za městské hradby z nich dělalo tuláky pobíhající krajinou. Běžným zvykem to bylo především v Německu. Jiným fenoménem bylo předvádění pomatených, k čemuž byla zřízena zamřížovaná okna, jimiž bylo možné pozorovat připoutané šílence. (Foucault, 1994) Postoj společnosti se ovšem velmi různil. Zatímco někde vyháněli choromyslné mimo města, jinde byly zřizovány choromyslné kláštery, eventuálně pro ně vyčleňovali pokoje v nemocnicích. Díky vlivu Islámu byla také zřizována specializovaná léčebná zařízení. (Porter, 2013) Významnou událostí byl v roce 1657 vznik Všeobecného špitálu, kam byli umísťováni šílenci. Avšak zpočátku se nejednalo o léčebné zařízení, ale spíše o internaci (Foucault, 1994).

Období novověku je charakteristické Velkou francouzskou revolucí a osvícenskými reformami. Humanistické myšlenky měly zásadní vliv na proměnu péče o psychicky nemocenské. „*Pro psychiatrii představuje významný den datum 11. září 1793, kdy pařížský lékař Phillipe Pinel (1745-1826) vyvedl z podzemních kopek pařížského blázince Bicetre duševně choré na světlo a vzduch a zaručil jim ošetrovatelskou péči, lékařské ošetření, právo na svobodu a osobní hygienu.*“ (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 27)

Toto období znamenalo opuštění představ o posedlosti demony či duchy jako příčině duševních chorob a renesanci úvah o organických příčinách těchto nemocí. Proti tradiční humorální interpretaci bylo na lidský organismus nahlíženo jako stroj. Chápání choromyslnosti jako somatického onemocnění vedla k zavádění první farmakoterapie – například podávání opia. Avšak tato terapie ani další způsoby jako léčba šokem či omezovací prostředky nebyly příliš účinné. Nemocní byli zavíráni do azylových ústavů, které umožňovaly jejich kontrolu a mohly vytvářet až rodinnou atmosféru. Tyto instituce realizovaly ideály disciplinovaného pořádku a resocializace. (Porter, 2013)

Azylové ústavy tak poskytovaly prostředí, které duševně nemocné chránilo před ústrky společnosti. Na druhou stranu byli chovanci těchto zařízení v bezpečné vzdálenosti od společnosti. Dlouhodobý pobyt v léčebnách, často až charakteru celoživotního azylu, měl za následek závislost pacientů na zařízení a měnil jejich osobnost. Až nástup sociální

psychiatrie přinesl snahu o deinstitucionalizaci péče o duševně nemocné a budování komunitních center. Cíl byl kladen na zvládnání léčby a péče o psychiatricky nemocné v běžném prostředí. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

1.1.2 Novodobé dějiny

Přelom 19. a 20. století přinesl rozvoj nové psychoanalytické metody, kterou vytvořil a rozvinul Sigmund Freud. Chování člověka vysvětloval na základě střetu mezi nevědomou částí psychiky (id) a složkou řídící se skutečností (ego). Psychoanalýza pracovala s psychologickými obrannými mechanismy (potlačení, přesun a disociace) a za důležité pro odolnost jedince a zvládnání konfliktů považovala zkušenosti z dětství. K terapii využívala interpretaci volných asociací, analýzu snů a chybných výkonů a byla spíše zaměřena na nevědomé zdroje. Paralelně s postupy psychoanalýzy byla formulována škola behavioristické psychologie vysvětlující chování na základě oslabujících či posilujících podnětů. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

Rozmach medicínské techniky (EEG, CT, MRI, nukleární medicína) v 20. století znamenal nové příležitosti při studiu funkce mozku. Objevily se nové metody terapie včetně neurochirurgických zákroků a terapie indukci stavu bezvědomí. Nevýznamnější změnou byl však rozvoj farmakoterapie. Antipsychotický účinek prvních preparátů byl často pozorován při terapii jiných stavů, jako například u antihistaminika chlorpromazinu. Další vývoj přinesl syntézu další psychiku ovlivňující preparátů – imipraminu, diazepamu či chlordiazepoxidu. Moderní farmakoterapie měla významný účinek na atmosféru a vybavení psychiatrických zařízení i na délku hospitalizace. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

1.1.3 Psychiatrická péče v Čechách

Josefínské reformy přinesly v roce 1790 zřízení prvního ústavu pro duševně nemocné, který byl součástí pražské všeobecné nemocnice. Časem byl nahrazen ústavem pro choromyslné v Kateřinské ulici. V roce 1844 by tento ústav rozšířen o tzv. Nový dům, který je v současnosti působištěm psychiatrické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Mimo Prahu existovalo už od poloviny 19. století psychiatrické oddělení nemocnice U svaté Anny. Po 1. světové válce vznikla jako součást lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně klinika spojující psychiatrii a neurologii. Po 2. světové válce pak byly zřízeny a psychiatrická oddělení při nově vznikajících lékařských fakultách v Olomouci, Plzni a Hradci Králové. Nutno však poznamenat, že většina nemocných byla ošetřována nikoli v nemocnicích, ale ve velkých léčebnách. Příkladem je Ústav pro choromyslné v Brně, další

léčebny v Čechách pak byly filiálkami Zemského ústavu v Praze. Ambulantní sféra vznikala v druhé polovině 20. století jako síť státních psychiatrických ambulancí. Od roku 2013 se v rámci změny povahy péče změnily léčebny na psychiatrické nemocnice, došlo ke zmenšení počtu lůžek a poskytovaná péče se diferencovala. Aktuálně je v souvislosti s reformou psychiatrické péče v České republice snaha o podporu poskytované psychiatrické péče mimo lůžková zařízení. Docházková ambulantní forma péče umožňuje zachovat kontakt pacienta s rodinou. Součástí tohoto přístupu je budování sítě Center duševního zdraví. (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015)

V posledních letech vzrůstá zájem o mimoústavní péči. V České republice se realizují sociálně psychiatrické myšlenky v nově vznikajících institucích (Focus a další). Za těžiště sociální psychiatrie Höschl (2004) považuje pomoc pacientům v jejich původním prostředí. Principy sociální psychiatrie čerpal z výzkumů amerických sociologů z 50. let a kladl důraz na nepřetrhané sociální vztahy pacienta během hospitalizace a význam terapeutických komunit. (Höschl, Švestka a Libiger, 2004)

1.2 Vymezení sociální práce

Sociální práci je možno definovat z mnoha pohledů. Mátel (2019) třídí sociální práci podle oblastí na globální, národní a odbornou. Za globální definice jsou odpovědné mezinárodní organizace, národní definice jsou zakotveny ve formě zákonů nebo vyhlášek a odborné tvoří specialisté zaměřeni na teorii a praxi. Například Matoušek uvádí definici (2008 b, s. 200-201): „*Sociální práce je společensko-vědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Opírá se jednak o rámec společenské solidarity jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky.*“

Sociální práce může být různého charakteru a nabývat mnoha podob. Navrátil (2001) dělí aktivity sociální činnosti na aktivity zaměřené na problém, aktivity preventivního charakteru a aktivity zaměřené na klienta a jeho potenciál.

Brnula (2013) se zaměřuje v sociální pomoci na klienta v jeho celosti, na vše, co k němu a k jeho situaci patří. Důležitost přikládá zkvalitnění klientova života a také klade důraz na rozdíl v poskytování pomoci, podpory a péče. Rozdíl v poskytování pomoci, podpory a péče se odráží v míře angažovanosti klienta na řešení jeho životní situace. Klient tím přebírá vlastní zodpovědnost za svůj život.

Křivohlavý (2003) upozorňuje také na nevhodnou formou sociální pomoci, která může být nejen ve formě nadměrné pomoci, ale také jako pomoc jiného druhu, než je v dané situaci zapotřebí. Každý jedinec má jiné potřeby, představy a očekávání, a může se stát, že sociální pomoc nebude neodpovídat potřebám daného člověka.

1.2.1 Hlavní metody sociální práce ve zdravotnictví

Tato kapitola se zaměřuje na činnosti využívané při sociální práci ve zdravotnictví. Nepodává detailní a vyčerpávající obraz veškerých činností, ale nabízí osnovu hlavních nejčastěji používaných činností zdravotně-sociálního pracovníka.

Kuzníková (2011, s. 18) uvádí, že „*smyslem sociální práce ve zdravotnictví je zejména pomoci pacientovi/klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci.*”

Sociální práce užívá řadu rozmanitých technik, dovedností a činností, které jsou komplexně zaměřeny na jedince a jeho okolí. Sociální intervence čítají rozsah od úrovně psychosociálních procesů po oblast sociální politiky, plánování a rozvoje. Mimo jiné zahrnují poradenství, individuální sociální práci, skupinovou sociální práci, práci s rodinou a také možnost usnadňovat klientům využití komunitních služeb a zdrojů. (Mahrová, 2008)

Kuzníková (2011) zaměřuje pozornost na činnosti zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví od sociální anamnézy, přes psychosociální podporu, edukaci k poradenství.

Psychosociální podporou rozumí například zajištění podpory a pomoci ve finančních a existenčních záležitostech klienta, obhajobu potřeb klienta vůči sociálnímu okolí a jiné. Při **edukaci** klienta klade důraz na pomoc porozumět nemoci a psychosociálním důsledkům jak klientovi, tak jeho rodině. Edukace se může zaměřit také na rodinné příslušníky, na problematiku možností zdravotně sociální péče a na dávky sociální péče a podpory. (Kuzníková, 2011)

Sociální poradenství je dle zákona o sociálních službách rozlišeno na základní a odborné. Základní sociální poradenství sděluje osobám potřebné informace k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství je poskytováno podle zaměření na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin. Gulová (2011) zmiňuje, že v angličtině se používá místo termínu poradenství pojem „consulting“, který je výstižnější a navozuje více dojem konzultace než rady. Pokud dáváme klientovi rady, přebíráme tím zodpovědnost za jeho chování.

Individuální sociální práce pochází z USA a zakladatelkou byla Mary Richmondová. Richmondová se zaměřovala na sociální vztahy jedince a na studium klientova sociálního

prostředí, kam směřovala intervence. Zdůrazňovala rozvoj pevného vztahu se sociálním pracovníkem, který by měl vést klienta k aktivitám a vlastním rozhodnutím. (Mahrová a Venglářová, 2008)

Metody individuální sociální práce zahrnují **případovou práci**. Dle Gulové (2011) při případové práci sociální pracovník hledá optimální řešení klientovy situace, zaměřuje se na konkrétní případ. Důraz je kladen na porozumění rodině, kultuře a společnosti, ve které se jedinec nachází. Smysl případové práce je v takové sociální pomoci klientům, při které se klienti naučí sami sobě pomáhat.

Mezi další metody sociální práce řadíme **práci se skupinou**. Metoda vychází ze skutečnosti, že se člověk celoživotně zapojuje do různých sociálních skupin a ty na něj mají určitý vliv. Tento předpoklad využívá i skupinová práce. Skupiny mohou být různého zaměření. Příkladem jsou úkolově zaměřené, psychoterapeutické, svépomocné a pracovní skupiny. Skupinová práce nachází své uplatnění u psychiatricky nemocných pacientů. Tito pacienti se setkávají, aby spolu diskutovali o problémech s ostatními v léčebně i mimo ni. Skupinové sdílení zkušeností se ukazuje jako velmi efektivní metoda, která nabízí prostor pro výměnu názorů a myšlenek i pro nové pohledy na řešení problémů. „*Pravidla členství předpokládají mlčenlivost a důvěrnost, otevřenost a upřímnost, právo říci stop, odpovědnost, dodržování pravidel.*“ (Gulová, 2011, s. 58)

K metodám sociální práce využívané při sociální práci s duševně nemocnými dále řadíme **krizovou intervence a psychosociální rehabilitaci**. Vodáčková (2007, s. 60) definuje krizovou intervenci jako „*odbornou metodu práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací.*“

Do **psychosociální rehabilitace** je zahrnuta široká škála služeb, uspokojujících potřeby sociálně či duševně znevýhodněných lidí, která podporuje zotavení a zapojení jednotlivců do různých oblastí života. Procesu zotavení je v posledních letech udáván stále větší význam. Metodika CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation) od nizozemských autorů Hollandera a Wilkena nabízí kreativní nástroj psychosociální rehabilitace. Zotavení je individuálním procesem, také způsobem, jak se naučit žít s onemocněním a jeho důsledky. (Hollander a Wilken, 2016)

Potřeba **case managementu** vyvstala ze změny systému péče o duševně nemocné. Tato metoda se zaměřuje na zdravé stránky klientů, na vytvoření pevného partnerského vztahu

mezi case managerem a klientem. Zároveň jsou zapojeni ke spolupráci i rodinní příslušníci a další blízké osoby klienta. Cílem case managera je směřování klienta k tomu, aby se rozvíjel sociálních dovednostech a konstruktivně využíval volný čas. Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí. Takový způsob podpory osob s vážným duševním onemocněním vede ke změně postojů, k učení a ke zlepšení jejich životní situace. (Pěč a Probstová, 2009)

1.2.2 Sociální práce s rodinou

Sociální práce s rodinou vytváří důležité podmínky pro socializaci klientů s duševním onemocněním. Rodinná terapie se začala rozvíjet v období po druhé světové válce a je spojována s psychodynamicky orientovanými směry, hlavně s psychoanalýzou. Prvními klienty byly osoby diagnostikované jako delikventní nebo schizofrenní. (Kuzníková, 2011) Sociální terapie v rodině je podle Zakouřilové (2014, s. 15) „*specifickým druhem odborné intervence, jejímž cílem je dosahovat přímým i nepřímým působením žádoucích změn v chování klienta a v jeho sociálním okolí, řešit situaci, která jej bezprostředně ohrožuje, a předcházet vzniku rizikového chování.*“ Při kontaktu s rodinou bychom měli brát do úvahy typ rodiny, strukturu a postavení jednotlivých členů, kulturní a socioekonomickou úroveň rodiny a zaměřit se také na události, které rodinu potkaly, na existující rizikové faktory a patologie v rodině. Důraz by měl být také kladen na komunikaci členů rodiny, způsoby řešení problémů a vyjadřování pocitů.

Kuzníková (2011) poukazuje v našich podmínkách na rozdíl mezi rodinnou terapií a sociální prací s rodinou. Sociální pracovník v praxi řeší různorodé problémy a není plně kvalifikovaný na všechny oblasti. Z takové situace vyplývá, že se stává členem mezioborového týmu nebo odkazuje na jiné odborníky. Problémy řeší sociální pracovník a poruchy léčí terapeut.

Kuchařová (2019) uvádí, že se současné rodiny potýkají s problémy, které často vedou k omezenému plnění jejich základních funkcí. Mezi tyto funkce patří funkce ochranná, socializačně výchovná a také ekonomická. Duševní i tělesné zdraví členů rodin se promítá do životních situací rodin a je předmětem rodinné politiky především z hlediska zajištění péče a podpory těmto rodinám. Soudobá rodina je označována jako velmi různorodá. Liší se formy soužití, stejně tak i životní osudy členů rodin. Některé rodiny jsou považovány za vysoce autonomní, jiné potřebují z různých důvodů určitou společenskou podporu.

Rodina vždy stála a dodnes by měla stát na prvním místě v pomoci v obtížných životních situacích. Lidé si od počátků společností poskytovali pomoc a podporu v rámci rodin i

komunit a byli nuceni starat se o nemohoucí. Vedle rodiny byla pomoc poskytována i v širším prostředí ve smyslu komunity, která zajišťovala nutné pouto pro obranu i obživu (Kuzníková, 2011). V komunitě může člověk získávat pocit emocionální podpory a ocenění, ale také praktickou pomoc v každodenním životě. **Komunitní sociální práce** je často realizována ve formě terénní práce. **Terénní sociální práce** je popisována jako metoda sociální práce, kdy pracovník dochází přímo za klientem v jeho přirozeného prostředí, do jeho komunity. Takový způsob práce nabízí přístup ke klientům, kteří nejsou motivováni ke změně v rodině a ve svém okolí. Pozitivním přínosem je možnost vyhledávat klienty, kteří z různých důvodů sociální pracovníky nekontaktují (Gulová, 2011).

1.2.3 Etické otázky a kvalita sociální práce

Sociální pracovník má profesní i osobní odpovědnost za své jednání, z jeho jednání pak vyplývá možnost morální viny nebo ocenění. Fisher a Milfait (2008) kladou důraz na znalost sebe sama, na hodnoty a principy, ze kterých sociální pracovník vychází při posuzování daného problému. Moc a privilegia mohou být ovšem zneužita. Je důležité, aby měla každá profese deklarovány základní hodnoty v etickém kodexu. V etickém kodexu je stanoveno poslání profese, profesní identita, status profese a souhrnná poučení v oblasti etických dilemat. Etický kodex může sloužit k hodnocení praxe, ochraňuje klienty před zneužitím úřední moci a zanedbáním péče. Každý sociální pracovník by měl zohledňovat otázky lidských práv ve vyjádření potřeb klienta.

Sociální práce je založena na respektu k hodnotě a důstojnosti všech lidí a na základě práv, která z toho vyplývají. Sociální pracovníci podporují a chrání fyzickou, duševní, emocionální a duchovní celistvost a blaho každého člověka. (Global Declaration on the Ethical Principles of Social Work, 2018)

Existují rozdílné představy o kvalitě sociální práce a nárocích na ni. Tyto představy podléhají společenským a politickým změnám či osobním normám a hodnotám. Kvalitu sociálních služeb proto garantují Standardy kvality sociálních služeb. Ty se dělí na procedurální standardy (zahrnují cíle, postupy, poslání, služby), na personální a na provozní standardy (Gulová, 2011). Standardy kvality sociálních služeb upravuje vyhláška MPSV České republiky č. 505/2006 Sb. Povinnost zajistit uživatelům kvalitu služeb mimo jiné stanovuje také Zákon o sociálních službách. Podle české legislativy spadají do sociálních služeb pouze služby, které jsou v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí.

Podle Malík Holasové (2014) standardy stanovují popis kvalitní sociální služby a umožňují průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby. Nestanovují však pravidla a

povinnosti pro zařízení a pro uživatele sociálních služeb, ale popisují dobrou praxi. Standardy popisují měřitelná kritéria, která umožňují objektivní zjištění, zda je standard naplňován.

Standardy kvality tedy deklarují pro organizace takové podmínky, které zajišťují kvalitní poskytování sociálních služeb dle běžných evropských standardů, při tom respektují lidská a občanská práva a důstojnost uživatelů. (Čámský, Sembner a Krutilová, 2011) Je nutno zdůraznit, že vliv na kvalitu sociální práce má hlavně osobnost sociálního pracovníka, obzvlášť osobnostní a kvalifikační předpoklady (Elichová, 2017).

Česká republika je vnímána jako stát s poměrně zdařilým a funkčním systémem sociální politiky. Avšak čelí řadě různě závažných problémů a nedostatků hlavně v konkrétní realizaci sociální podpory i sociální práce. Jako zdroj potíží uvádí například nedostatečné technické zázemí sociálních pracovníků, velký objem administrativní práce, nízkou prestiž profese, špatné finanční ohodnocení, velký počet klientů a řadu dalších (Zakouřilová, 2014). Sociální práce přispívá ke zlepšení nepříznivé sociální situace lidí ve společnosti různými nástroji, mezi jinými je také finanční či materiální pomoc, osobní služby či výzkumné aktivity a spolupodílí se na sociálním začleňování a ochraně práv a zájmů osob v nepříznivé sociální situaci, udává Malík Holasová (2014).

2 REFORMA PSYCHIATRIE

2.1 Současný stav psychiatrické péče v ČR

Přístup k psychiatricky nemocným prošel dramatickými změnami a dlouhým vývojem. V České republice aktuálně probíhá významná reforma psychiatrie, která by měla výrazně zlepšit život duševně nemocných. Ke změně a nutné reformě mimo jiné přispěly špatné podmínky pro péči o psychiatricky nemocné, nerovnoměrně rozložená dostupnost psychiatrů, zastaralé vybavení a nízké financování oboru psychiatrie. Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v ČR dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn.

Pokud má člověk psychické obtíže, musí běžně čekat na vyšetření v časovém rozpětí týdnů až měsíců. Velké množství psychiatrů blížících se důchodovému věku, nízká atraktivita oboru psychiatrie pro mediky a přeplněné ordinace jsou hlavními důvody, proč je reforma psychiatrie nevyhnutelná. (Co je reforma?, 2018)

Psychiatrická péče o osoby s dušením onemocnění je realizována formou ambulantní, lůžkové a komunitní. Ambulantní péče je základním článkem a místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrií. Lůžková péče je poskytována v psychiatrických nemocnicích a klinikách, a je rozdělena na akutní, následnou a specializovanou péči. Za komunitní péči se označuje soubor služeb, programů a zařízení, jejichž cílem je naplňovat zdravotní, psychologické a sociální potřeby duševně nemocným při začleňování se do běžného života (Petr a Marková, 2014).

Dle ÚZIS dosáhl v roce 2018 počet ambulantních pracovišť psychiatrie 1163, což je 113,13 % stavu z roku 2013 (zahájení reformy psychiatrické péče) a 154 % roku 1999. Zatímco v oblasti ambulantní sféry došlo jednoznačně k rozšíření kapacit, v oblasti lůžkové péče nedošlo k významnějším posunům. Počet psychiatrických oddělení nemocnic se mezi lety 1999 a 2018 nezměnil (32) a počet lůžek lehce narostl na 1317. Ve sféře psychiatrických nemocnic a léčeben došla za stejné období k nárůstu počtu z 16 v roce 1999 na 19 v roce 2018. Počet lůžek se ovšem zmenšil z 9649 na 8684 a od roku 2013 je víceméně na stejné úrovni. Z pohledu počtu propuštěných a zemřelých se hodnoty v posledních 20 letech (1999-2018) podstatněji nemění s pouze mírným poklesem mezi lety 2013 a 2018 (pokles o 1,5 %). (Nechanská a kol., 2019)

2.2 Strategie reformy psychiatrické péče

Dne 8. října 2013 schválil ministr zdravotnictví Strategii reformy zdravotnictví, jejímž cílem je posílení oblasti komunitních služeb, humanizace poskytované psychiatrické péče a její destigmatizace, posílení akutní péče v rámci psychiatrických oddělení a kultivace prostředí psychiatrických nemocnic. (Co je reforma?, 2018) Reforma psychiatrie byla schválena jako součást Národního programu reformy 2013 a je financována ze strukturálních fondů Evropské unie.

Specifické cíle definované ve Strategii reformy psychiatrické péče (2013, s. 9):

„1/ Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.

2/ Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.

3/ Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.

4/ Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.

5/ Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).

6/ Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.

7/ Humanizovat psychiatrickou péči.“

Jak uvádějí Malík a Holasová (2014) sociální práce v určitém prostředí je ovlivňována sociální politikou daného státu, ekonomikou, globalizací a také mnoha dalšími vlivy.

Nynější klíčová opatření reformy psychiatrie zajišťují vznik Center duševního zdraví. Na sociální oblast se touto cestou naváže nový pilíř poskytování psychiatrické péče, která povede k rozšíření sítě poskytovatelů zdravotně sociálních služeb. (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013)

Psychiatrická reforma velmi úzce souvisí se sociálními programy, podporou bydlení a zaměstnáváním. V současné době jsou tyto služby zajišťovány zhruba třemi desítkami neziskových organizací specializovaných na osoby s vážným duševním onemocněním. Financování těchto organizací je realizováno zpravidla dotacemi na poskytování sociálních služeb ze státního rozpočtu prostřednictvím MPSV, dále z rozpočtů krajů, obcí a specifických grantových titulů. (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013)

3 CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

3.1 Základní charakteristika Centra duševního zdraví

Prosazování reformy psychiatrické péče přineslo do systému péče o lidi s duševním onemocněním nový článek, kterým je poskytování zdravotně sociální péče. (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017) K psychiatrickým ambulancím, psychiatrickým nemocnicím a oddělením se nyní připojují Centra duševního zdraví (CDZ) a rozšiřuje se tak systém psychiatrické péče v ČR o nový nízkoprahový pilíř. (Základní principy péče poskytované v CDZ, ©2010)

V rámci zmíněné reformy jsou gesci Ministerstva zdravotnictví od roku 2017 realizovány projekty zaměřené podporu vzniku a pilotní provoz CDZ. „V rámci těchto projektů by mělo vzniknout po celé České republice prvních 30 pilotních Center duševního zdraví financovaných po dobu 18 měsíců evropskými strukturálními fondy. Optimálním stavem je pak síť až 100 Center duševního zdraví, která budou rovnoměrně rozmístěna po celé České republice.“ (Malý průvodce Centry duševního zdraví, 2019, s. 5)

Základem práce CDZ je propojení zdravotní a sociální péče v multidisciplinární týmu. Solheim, McElmurry a Kim (2007) definují multidisciplinaritu jako všeoborové zastoupení v týmu, kdy členové mají své specifické role. Cílem je podporovat klienta na jeho cestě k zotavení, napomáhat k předcházení hospitalizací nebo přispívat k jejich zkracování, umožňovat včasnou diagnostiku a rychlý nástup léčby, a podporovat zapojení osob v dlouhodobé hospitalizaci do běžné komunity. Součástí multidisciplinárního týmu jsou psychiatři, kliničtí psychologové, všeobecné sestry, psychiatrické sestry, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách včetně IPS (Individual Placement and Support) pracovních konzultantů a peer konzultantů. Peer pracovník se nazývá osoba, která má osobní či zprostředkovanou zkušenost s duševním onemocněním. (Malý průvodce Centry duševního zdraví, 2019)

CDZ představuje novou formu poskytování zdravotně sociálních služeb. Veškerá činnost se řídí platnou legislativou, zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ), 2016)

3.2 Cílová skupina a služby poskytované CDZ

Cílové skupiny pro služby poskytované CDZ tvoří 3 typy klientů s duševním onemocněním. První skupinou jsou lidé s vážným duševním onemocněním (tzv. SMI – Severe Mental Illness). Do okruhu SMI jsou zahrnuta duševní onemocnění dle MKN z oblasti F2 schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, F3 afektivní poruchy (poruchy nálad), F42 obsedantně – kompulzivní porucha a F6 poruchy osobnosti a chování u dospělých. Onemocnění by mělo trvat déle než dva roky a u osob cílové skupiny by mělo být patrné funkční narušení (skóre GAF \leq 70). Funkční narušení se testuje klinický nástrojem GAF (Global Assessment of Functioning), který je důležitý pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění. (Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ), 2016) Dalšími skupinami jsou osoby s potřebou včasné intervence (tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI) a klienti v krizových situacích s akutními psychickými potížemi nevyžadující hospitalizaci. (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013)

Činnost CDZ je realizována ve formě všeobecně terénní, ambulantní, krizové i denní služby. V rámci možností zároveň nabízí individualizovanou péči zaměřenou na potřeby klientů a koordinuje pro klienty dostupné služby. Více než 50% péče by mělo probíhat v přirozeném prostředí klientů. (Malý průvodce Centry duševního zdraví, 2019)

„K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení klientů/pacientů (recovery), spolupracuje CDZ ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj.“ (Základní principy péče poskytované v CDZ, ©2010)

Multidisciplinární tým CDZ poskytuje služby psychiatra a klinického psychologa, psychoterapeutické služby a také podporu svépomocných činností. CDZ mimo jiné nabízí individuální, skupinovou a rodinnou psychoterapii, dále volnočasové a vzdělávací programy, kognitivní rehabilitace, krizové telefonické intervence, práci s rodinou, psychiatrickou rehabilitaci včetně podporovaného vzdělávání a podporovaného zaměstnávání, asertivní práci v terénu, zprostředkování hospitalizace a poradenství v oblasti dostupných sociálních služeb. Pro zachování efektivity služeb a péče bylo kalkulováno jedno CDZ na 100 000 obyvatel. (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013) Cílem je přesunout péči do komunity a snížit sociální vyloučení lidí s duševním onemocněním. CDZ zároveň koordinuje přechod klientů psychiatrické péče do sociálních služeb. (Malý průvodce Centry duševního zdraví, 2019)

3.3 Zdravotně-sociální pracovník v Centru duševního zdraví

Gulová (2011) profiluje profesi zdravotně-sociálního pracovníka (ZSP) do širokého spektra činností sociální práce, které zahrnují jak konkrétní sociálně správní činnosti, tak i vysoce specializované činnosti, jako jsou terapie, tréninky, supervize, diagnostiku, výzkum sociální práce a vzdělávání sociálních pracovníků. Sociální pracovník může vykonávat profesi na různých úrovních. Pro výkon povolání ZSP se předpokládají znalosti z různých oborů. K diagnostice problému a řešení situace klienta může sociální pracovník odkazovat klienta i na příslušné odborníky.

Za důležité předpoklady pro výkon zdravotně-sociálního pracovníka považuje Kuzníková (2011) schopnost empatie, autentičnost a vřelost, bezpodmínečný zájem o klienta, lidský vztah založený na důvěře mezi pracovníkem a klientem, a schopnost vymezení hranic ve vztahu s klientem.

Nejčastěji používané metody práce zdravotně-sociálního pracovníka v CDZ jsou blíže popsány v kapitole 2.1. Výčet metod je omezený vzhledem k rozsahu bakalářské práce. Mimo tyto metody využívá ke své práci sociální pracovník také standardizované dotazníky jako HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), GAF (Global Assessment of Functioning) a AQoL (Assessment of Quality of Life) 8D nebo 6D. HoNOS je tvořen z 12 oblastí a hodnotí zdravotní stav a sociální podmínky klienta. GAF se zaměřuje na funkční stav jednotlivce za poslední měsíc a AQoL slouží k vyhodnocení kvality života v souvislosti se zdravím. Označení 8D a 6D stanovuje rozsah dotazníků. Standardizované dotazníky jsou povinnou součástí vstupní anamnézy a průběžného hodnocení v CDZ. Dotazníky jsou k nahlédnutí v přílohách bakalářské práce. (Manuál k evaluaci CDZ II, 2019)

3.3.1 Odborná způsobilost a kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Odbornou způsobilost k výkonu povolání ZSP stanovuje zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Za výkon profese ZSP se považují činnosti preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační v oblasti zdravotně sociální péče, a činnosti spojené s uspokojováním sociálních potřeb pacienta v ošetrovatelské péči. Odbornost je získávána absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření nebo studiem

„1. na vyšších odborných školách v oborech nebo programech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, nebo

2. na vysokých školách v oborech se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník; podmínka absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu neplatí, jde-li o osobu s odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky nebo zdravotnického záchranáře,

c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5. “ (Česko, 2004)

Profesní kompetence zdravotně-sociálních pracovníků jsou rozděleny podle kvalifikačního standardu Ministerstva zdravotnictví na autonomní, kooperativní, v oblasti výzkumu a vývoje a v oblasti managementu.

Mezi **autonomní kompetence** patří uspokojování potřeb vzniklých v souvislosti se zdravotně sociální situací klienta, sociální prevence, sociální šetření, sestavování plánu psychosociální intervence, sociálně právní poradenství, spolupráce na integraci klientů do společenského prostředí, činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů, edukace klientů, informovanost dalších profesionálů a podpora multidisciplinární spolupráce při plánování řešení sociální situace klientů. Za **kooperativní kompetence** zdravotně sociálního pracovníka je považována spolupráce s ostatními profesionály při koordinaci a plnění odborných úkolů v multidisciplinárním týmu a předávání informací mezi jednotlivými členy v multidisciplinárním týmu.

Kompetence zdravotně-sociálního pracovníka **ve výzkumu a vývoji** jsou zaměřeny na každodenní praxi a její evaluaci, na kvalitu sociální péče, na výzkumnou práci a prezentaci výsledků a na odborný růst v rámci celoživotního vzdělávání.

Mezi **kompetence** zdravotně-sociálního pracovníka **v oblasti managementu** je zařazeno metodické vedení a řízení příslušných pracovníků při plánování, a koordinace zdravotně sociální péče ve vymezené územní působnosti. (Kvalifikační standard Zdravotně-sociální pracovník, 2018)

„*Nejdůležitějším zákonem, který upravuje nejširší oblast působení sociální práce, je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*“ (Kuzníková, 2011, s. 87) Podmínky výkonu sociální práce v sociálních službách jsou upraveny nepřímou, a to pouze způsobem, který upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. V legislativě našeho státu není vytvořen profesní zákon, který by komplexně stanovoval podmínky pro výkon sociální práce.

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se v paragrafu 9 stanovuje, že zdravotně-sociální pracovník může bez odborného dohledu a bez indikace vykonávat následující činnosti:

- „a) provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,*
- b) provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,*
- c) sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,*
- d) zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,*
- e) účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,*
- f) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,*
- g) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,*
- h) v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.“ (Česko, 2011)*

4 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění. Je charakterizováno zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání. Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění. Její název pochází z řečtiny a je složeninou slov *schizein* – rozštěp a *phren* – mysl. Historicky jsou popis onemocnění a názvy spojovány se jmény Kraepelina, který je (pod názvem *dementia praecox*) oddělil od maniodepresivity, a Bleulera, který je označil názvem schizofrenie, užívaným dodnes. (Češková, 2007, s. 13)

Uvádí se, že nemocných se schizofrenií je v populaci asi 1-3 % a obě pohlaví se na výskytu podílejí zhruba stejnou mírou. První ataka onemocnění přichází obvykle mezi 20. – 30. rokem věku. (Bankovská Motlová, 2013)

4.1 Epidemiologie, etiologie a rizikové faktory

Z posledních dostupných dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky z roku 2018 bylo s diagnózou ze skupiny schizofrenií v České republice ambulantně léčeno 51741 pacientů. Mírně převažovaly ženy (53,3 %). Z hlediska věkové struktury pacientů dominují pacient ve věkové skupině nad 20 let (98,6 %). (Nechanská a kol., 2019)

Vývoj počtu propuštěných a zemřelých pacientů s diagnózou schizofrenie (F20-29) v letech ukazuje na pokles z 11222 pacientů v roce 2014 na 10291 v roce 2018 (91,7 % roku 2014). Pacienti této skupiny tvořili 17,54 % všech psychiatricky léčených pacientů. Pokles počtu propuštěných může být důsledkem částečného přesunu léčby těchto pacientů do ambulantní sféry. Podíl pacientů se schizofrenií na opakovaných hospitalizacích dosáhl 24,22 % všech opakovaných hospitalizací. Tento údaj ukazuje na chronický charakter onemocnění s relapsy vyžadujícími opakovaní lůžkové terapie. Většina propuštěných (90,5 %) s diagnózou F20-29 je dále sledována a léčena v některém zařízení ambulantní péče, ústavní péče, ústavně-sociální péče nebo ošetrovatelské péče. (Nechanská a kol., 2019)

Z etiologického hlediska je základní poruchou u schizofrenie narušení procesu zpracování informací. „*Jedná se o proces, který je na biochemické úrovni přenosu informace mezi nervovými elementy realizován neurotransmitery (přenašeči nervového vzruchu). Z hlediska etiopatogeneze i terapeutických možností je u schizofrenní poruchy nejvíce zkoumaným neurotransmiterem dopamin.*“ (Češková, 2007, s. 15) Tzv. dopaminergní hypotéza, na které je současné chápání schizofrenie založeno, považuje pozitivní symptomy jako důsledek poruchy dopaminergní neurotransmise v mezolimbickém systému, zatímco negativní

symptomy jsou pak důsledkem poruch mezokortikální dráhy. (Stepnicki, Kondej a Kaczor, 2018)

K tomu, aby se u disponovaných jedinců schizofrenie projevila, je zapotřebí působení spouštěče. Spouštěčem mohou být různé vlivy prostředí, stresory v podobě tělesného onemocnění, ale také psychosociální zátěž v podobě ztráty partnera, neúspěch v zaměstnání a jiné. (Petr a Marková, 2014)

Mezi rizikovými faktory jsou uváděny mimo jiné zvýšená vulnerabilita pro schizofrenní onemocnění, pozitivní rodinná anamnéza (genetická predispozice), intrauterinní a porodní komplikace, onemocnění spojená se závažnou dysfunkcí CNS, dysfunkce CNS v důsledku užívání amfetaminu a jiných návykových látek, životní události a sociální faktory (nižší sociální ekonomická skupina, život v městských aglomeracích s hustším zalidněním jsou propojeny se zvýšeným rizikem rozvoje schizofrenie). (Češková, 2007, s. 13)

4.2 Klinický obraz a formy schizofrenie

Symptomy schizofrenie jsou velmi pestré a na jejich různé varianty lze proto pohlížet spíše jako na syndromy (skupiny příznaků) než jako na jednoznačně vymezené diagnostické jednotky. (Bankovská Motlová, 2013) U nemocných se setkáváme v různých fázích onemocnění s poruchami téměř všech psychických funkcí. Z hlediska terapie je vhodné rozlišovat pozitivní příznaky, negativní příznaky a kognitivní deficit. (Češková, 2007)

K pozitivním (psychotickým) symptomům řadíme dle Bankovské Motlové (2013) bludy (mylná přesvědčení), halucinace (halucinovali můžeme všemi smysly), dezorganizace řeči i chování, poruchy motoriky (manýrování, stereotypie, katalepsie, flexibilitas cerea – vosková ztuhlost, grimasování, negativismus – opačné pohyby, echomatismy – opičí se, excitace, raptus). Motorika může být změněna jak ve smyslu zvýšení (pacient je bezcílně neklidný až agitovaný) nebo naopak snížení – pacient se nepohybuje vůbec (stupor). Pozitivní příznaky jsou nejčastěji příčinou hospitalizace. (Bankovská Motlová, 2013)

Negativní příznaky se demonstrují jako ochuzení psychiky, a to nejvýrazněji v emotivní a volní složce. Zahrnují apatii, ztrátu motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení. Afektivní příznak – deprese je součástí akutní psychotické ataky a objevuje se hlavně v iniciální fázi onemocnění. (Češková, 2007)

Příznaky v kognitivní oblasti se projevují v poruchách paměti, pozornosti, v narušené schopnosti plánování a řešení konstruktivních problémů a pružné reakce na změnu. (van Os, 2009)

Klinické formy schizofrenie se dle z MKN – 10 dělí:

- Paranoidní schizofrenie F20.0 je charakterizována často persekčními bludy se sluchovými halucinacemi a poruchami vnímání. Afektivní poruchy, poruchy vůle, řeči a katatonní jsou méně časté.
- Hebefrenní schizofrenie F20.1 se projevuje nápadnými změnami chování s manýrismem. Myšlení je dezorganizované, řeč je inkoherentní a převládá tendence k sociální izolaci. Prognóza bývá obvykle špatná.
- Katatonní schizofrenie F20.2 je diagnostikována na základě výrazných psychomotorických poruch (hyperkinéza, stupor, povelový automatismus, negativismus, katalepsie, katatonie, flexibilitas cerea).
- Nediferencovaná schizofrenie F20.3 zahrnuje psychotické stavy, které splňují diagnosticky schizofrenii, ale nelze je zařadit do žádného podtypu.
- Postschizofrenní deprese F20.4 charakterizuje depresivní stav, který se jeví jako dozvuky schizofrenie. Některé symptomy schizofrenie jsou přítomny, ale nejsou tolik výrazné.
- Reziduální schizofrenie F20.5 se projevuje dlouhodobými negativními symptomy a poruchami (například psychomotorické zpomalení, chudá řeč, špatná neverbální komunikace v obličejí, snížená péče o vlastní osobu).
- Schizofrenia simplex F20.6 je poruchou s pozvolným progresivním vývojem, charakterizovaná podivnostmi v chování, neschopností vyhovět společenským požadavkům a úpadkem celkového projevu.
- Jiná schizofrenie F20.8
- Schizofrenie F20.9 (Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99), 2018)

4.3 Průběh onemocnění, terapie a její cíle

Jak už bylo uvedeno, dochází k první atace schizofrenie nejčastěji mezi 20. – 30. rokem věku. První atace mohou předcházet prodromální nespecifické příznaky ve formě podrážděnosti, náládovosti, nedostatku sebevědomí a energie, a to již od 15 roku věku. Fáze nemoci lze rozlišit na fázi prodromální, první ataku, remisi, časné varovné příznaky a relaps. Prodromální příznaky mohou být těžko odlišitelné od komplikovanějšího dospívání. Ataka obvykle trvá 6 měsíců. Pacienti, s kratším trváním psychotických příznaků v prvních dvou

letech nemoci, mají celkový průběh, míru postižení i symptomů v dlouhodobém horizontu mírnější. (Bankovská Motlová, 2013)

Nemocní prožívají onemocnění nejčastěji pod obrazem opakovaných psychotických epizod (relapsů), charakterizovaných exacerbací psychotických příznaků nebo mohou být psychotické příznaky dlouhodobě trvající. Jen asi u třetiny nemocných se dokáže po jedné nebo několika málo atakách vrátit k normálnímu životu a nemoc u nich ustoupí. U další třetiny pacientů se střídají epizody relapsu s následnými remisemi, avšak už nejsou schopni vrátit se k svému předchozímu zaměstnání. U poslední třetiny pacientů přetrvávají přes léčbu příznaky psychózy. Tato skupina nemocných není schopna samostatného života a jsou celoživotně odkázáni na pomoc rodiny eventuálně zdravotnických zařízení. (Češková, 2007) Cílem léčby schizofrenních onemocnění není v současnosti pouze odstraňování symptomů, ale „úzdrava“. Tento subjektivní pojem znamená nejen absenci příznaků, ale i schopnost obstat v životních rolích. Pro dobrý výsledek je důležité zahájit terapii časně. Je totiž doloženo, že čím dříve se schizofrenní onemocnění začne léčit a pacient akceptuje dlouhodobou systematickou léčbu, tím lepší je výsledek. (Bankovská Motlová, 2013)

Současná terapie schizofrenie je založena na 3 pilířích, které tvoří antipsychotické léky, psychoterapeutické přístupy a psychosociální léčba (například podpora zaměstnanosti) (Gaebel a Zielasek, 2015). Psychoterapie se realizuje, pokud je pacientův problém ovlivnitelný psychologickými prostředky. V rámci psychoterapie lze využít také formy jako arteterapie, muzikoterapie, psychogymnastiky, techniky práce s tělem a další. (Petr a Marková, 2014)

Z hlediska farmakoterapie se současná léčba opírá o podávání antipsychotik (dříve neuroleptik) a je směřována na odstranění pozitivních příznaků. Cílovou lékovou strukturou všech léků dostupných na trhu je dopaminergní D2 receptor. Celkem se rozlišují 3 generace neuroleptik. První generace je účinná na pozitivní symptomy schizofrenie (poruchy myšlení, bludy a halucinace), ale jejich vliv na negativní symptomy (apatie, sociální vyloučení) je menší. Do této skupiny řadíme fenothiazinové preparáty. Druhá generace, jejíž představitelem je clozapin (dalšími pak olanzapin a rispedon), se vyznačuje větší schopností redukovat negativní symptomy a je také označována jako atypická neuroleptika. Menšími vedlejšími účinky a léčebným potenciálem na negativní symptomy se vyznačuje třetí generace (aripiprazol, brexiprazol, cariprazin). Je nutné však zdůraznit, že schizofrenie je komplexní multifaktoriální onemocnění a podle toho, co je dnes známo, se nejeví pravděpodobné, že všechny symptomy mohou být léčeny lékem zaměřeným na jeden cíl. (Stepnický, 2018)

Nejúčinnější prevencí relapsu je dlouhodobá kontinuální léčba v kombinaci s psychosociální intervencí. Pro terapii je důležitá compliance pacienta. Complianci definujeme jako rozsah koincidence chování nemocného (užívání medikace, dietní opatření, změna životního stylu) s radou lékaře nebo zdravotnického profesionála. (Češková, 2007).

Holistické pojetí léčby schizofrenie zahrnuje také doplňkové intervence jako dietní změny, kognitivně-behaviorální terapii (CBT) nebo jógu. Bylo zjištěno že, strava pacientů se schizofrenií je nutričně méně vyhovující a může přispívat ke kardiovaskulární onemocněním, diabetu II. typu a systémovým zánětům. Tato onemocnění mohou přispívat ke kratší délce života pacientů se schizofrenií. CBT je terapeutickou technikou, která pomáhá modifikovat nežádoucí způsoby myšlení, porozumění a chování. Zahrnuje praktické svépomocné strategie, u kterých bych zjištěno zlepšení pozitivních symptomů. Terapie jógou pomáhá, ve spojení s farmakologickou terapií, léčit jak pozitivní, tak negativní symptomy. Také pomáhá redukovat váhový přírůstek v důsledku užívání antipsychotik. (Ganguly, Soliman a Moustafa 2018)

Na redukcí kognitivního deficitu je zacíleno anaerobní cvičení. Anaerobní cvičení je spojeno s kognitivním zlepšením a stimuluje kaskádu neuroplastických mechanismů, které podporují zlepšení funkce hippocampu. (Kandola et al., 2015)

K moderním trendům terapie schizofrenie jsou řazeny nová farmaka, další rozvoj psychoterapie schizofrenie (kognitivně-behaviorální terapie), nové druhy terapií (repetitivně transkraniální magnetická stimulace – rTMS, hluboká mozková stimulace – DBS), zlepšení kvality mentálního zdraví a implementace zásad (guidelines), a vývoj individuálních intervencí v časně fázi onemocnění (Gaebel a Zielasek, 2015).

„Díky pokrokům v oblasti neurovědy a dostupnosti nových psychofarmak je řada nemocných i se závažným psychickým onemocněním schopna vést smysluplný život mimo zdi psychiatrických zařízení.“ (Češková, 2007, s. 12)

Zatímco dnes umíme schizofrenii léčit, neumíme odstranit stigma, které je s ní spjaté, a to má závažné dopady pro pacienty a jejich blízké. Na rozdíl od deprese, která stigma nenese. (Bankovská Motlová, 2013)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 DESIGN KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

Vznik Center duševního zdraví představuje nový pilíř zdravotně sociální péče o osoby s duševním onemocněním. Existence těchto center vytváří ideální prostor pro uplatnění zdravotně-sociálního pracovníka. Znalost specifických sociálních činností v Centrech duševního zdraví může přispět k dosavadním poznatkům týkajících se péče o psychiatricky nemocné, jejich rodiny a modifikovat tak možnosti pomoci či péče o tuto cílovou skupinu. Záměrem bylo porozumět náplni pracovních činností zdravotně-sociálního pracovníka v CDZ, která jsou specializovaná na vážná duševní onemocnění, a rozšířit povědomí o těchto centrech. Na reformu psychiatrie se čekalo desítky let a nyní se nabízí nový přístup, který jistě bude v mnoha směrech zajímavým zdrojem k dalším výzkumům. Předkládaná bakalářská práce se zabývá kvalitativním výzkumem technikou polostrukturovaného interview se zaměřením na specifické sociální činnosti v CDZ.

5.1 Cíle výzkumu a metodika práce

Většina činností sociálního pracovníka CDZ se uskutečňuje v klientově přirozeném prostředí a v jeho rodině. Předkládaná práce má za cíl popsat sociální práci zdravotně-sociálního pracovníka či sociálního pracovníka CDZ s klientem se schizofrenií a jeho rodinou.

Výzkumné otázky:

- ✓ Jaké činnosti realizuje zdravotně-sociální pracovník nebo sociální pracovník v CDZ s klienty se schizofrenií?
- ✓ Jaké okruhy problémů s klienty a jejich rodinami se schizofrenií řeší zdravotně-sociální pracovníci nebo sociální pracovníci CDZ nejčastěji?

V praktické části bakalářské práce byla vzhledem k charakteru výzkumného problému zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Předností kvalitativního výzkumu je skutečnost, že výběr proměnných není prováděn výzkumníkem, ale o podaných informacích rozhodují zkoumané osoby. Participant není nucen do předem připravených schémat odpovědi, ve výpovědích se odrážejí jeho znalosti, zkušenosti, postoje či pocity. Výzkumníkovou úlohou je nalézt významné struktury v množině všech proměnných, které participant považuje za relevantní (Disman, 1993).

Jako pozitiva kvalitativního výzkumu uvádí Hendl (2005) získání podrobného popisu a náhledu zkoumané osoby, zkoumání fenoménu v přirozeném prostředí, umožnění studia procesů, možnost navrhování teorií a hledání souvislostí. Za negativa považuje časovou

náročnost sběru dat a jejich vyhodnocení a fakt, že získané výsledky nemusí odpovídat celé populaci. V neposlední řadě se teorie a hypotézy obtížněji testují v praxi. Také nedostatek nadhledu výzkumníka může negativně ovlivnit výsledky výzkumu.

Miovský (2006) chápe kvalitativní přístup ve výzkumu jako „*popis obecných pravidel či požadavků, které by alespoň v minimální míře měl splnit jakýkoliv konkrétní výzkumný projekt, chce-li jeho autor aplikovat kvalitativní metody.*“ Orendáč a Vránková (2013) spatřují úlohu kvalitativního výzkumu v odhalování neznámých skutečností o sociálních jevech, zejména o jejich existenci, struktuře, vlastnostech, funkcích a faktorech, které s jevy souvisí. Tyto předpoklady sehrály důležitou roli ve volbě metodiky pro tuto bakalářskou práci.

Pro získání dat byla v předkládané práci použita metoda individuálního polostrukturovaného interview (dále nazýváno jako rozhovor), které je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Podle Miovského (2006) je polostrukturovaný rozhovor technicky náročnější na přípravu než nestrukturovaný, kdy není potřeba vytvořit si určité schéma. U polostrukturovaného rozhovoru je definováno minimum otázek a oblastí, které musí tazatel probrat. Možnost využití kombinace prvků strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru tvoří téměř ideální výzkumný nástroj pro aplikaci v rámci kvalitativního přístupu.

Orendáč a Vránková (2013) doporučují u rozhovoru pořizovat záznam. Pokud je záznam zvukový nebo obrazový, je nutné zajistit souhlas zkoumané osoby. Rozhovor by se měl uskutečnit v takových podmínkách, ve kterých účastníci nebudou rušeni. Ukončování rozhovoru je pozvolné. Závěr rozhovoru nabízí prostor, kdy je možné podat návrhy či doporučení a poděkování. (Orendáč a Vránková, 2013)

Polostrukturovaný rozhovor představoval soubor otevřených otázek, jejichž schéma je uvedeno v Příloze č. II. Otázky pro polostrukturovaný rozhovor byly sestaveny se záměrem prozkoumat oblast rodinného života klientů, oblast zaměstnání nebo uplatnění schizofreniků na trhu práce, oblast finančních dovedností, sociální oblast, služby poskytované v CDZ a specifika práce se schizofreniky. Vzhledem k použité metodě nebylo pořadí otázek závazné a průběžně se přizpůsobovalo kontextu a situaci jednotlivých rozhovorů. Výzkum byl prováděn na základě dobrovolnosti participantů.

5.1.1 Vymezení výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili sociální (n = 3) a zdravotně-sociální pracovníci (n = 2) z Center duševního zdraví. Hlavním kritériem výběru participantů bylo jejich pracovní zařazení

v CZD na pozici sociální pracovník nebo zdravotně-sociální pracovník (ZSP). Vzhledem ke specifickému tématu bakalářské práce a nízkému počtu nově vznikajících CDZ nebyla další kritéria stanovena.

U participantů výzkumu byly v úvodu rozhovoru zjišťovány základní informace jako věk a stupeň dosaženého vzdělání. Otázka na délku praxe participantů v CDZ nebyla z důvodu krátkého období aktivní činnosti Center duševního zdraví zařazena.

Kvalitativního výzkumu se účastnilo pět participantů. Na výzkumu participovala CDZ z Hradce Králové, Uherského Hradiště, Strakonice, Brna a Kroměříže. Z každého dotazovaného CDZ se výzkumu podílel jeden participant. Z důvodů zachování anonymity participantů nebyla jednotlivá CDZ přiřazena v tabulce ke konkrétním participantům.

Původní záměr výzkumu byl realizovat rozhovory pouze se ZSP, avšak počet takto profilovaných pracovníků v CDZ je velmi nízký. Tento fakt je dán krátkou existencí poměrně mladého studijního oboru ZSP. V současné praxi jsou proto ZSP ve srovnání se sociálními pracovníky v menšině, a i ve výzkumném vzorku převažovali sociální pracovníci.

5.1.2 Metoda zpracování dat

Jako zdroje pro zpracování kvalitativních dat sloužily audiozáznamy na diktafon a transkripce rozhovorů. Kontrola transkripce byla zajištěna opakovaným poslechem, přičemž byl porovnáván původní záznam s přepsanou textovou podobou tak, aby nedošlo k chybné interpretaci získaných dat.

Při transkripci záznamu byla zvolena redukce prvního řádu, neboť s dílčími projevy mluveného slova, jako jsou pauzy a různé zvuky, nebylo pracováno. Za důležitý byl považován pouze obsah sdělení participantů. Redukcí prvního řádu se rozumí vynechání částí vět (tzv. slovní vaty) a výrazů, které nenesou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci a spíše narušují plynulost sdělení. Po vytištění textového dokumentu a byla použita technika barvení textu. Každé téma mělo přiřazeno určitou barvu a v textu byla označena všechna místa, která se specifikovaných témat týkala. (Mioviský, 2006)

Analýzu zkoumaných dat definují Věvodová a Ivanová (2015) jako proces poznání, který myšlenkově rozčleňuje celistvou skutečnost na její elementy, vlastnosti, vztahy a procesy. S metodou analýzy spojují metodu syntézy: *„ve které na základě určitého vědecky stanoveného kritéria vytváříme celistvou představu o zkoumaných jevech. Syntéza nám*

umožňuje odhalit strukturu, vzájemné procesy a vztahy a tím celkovou povahu jevu. Syntéza nemůže být prostá skladba částí, ale vědecké poznání celku.“

Hendl (2005) uvádí postup pro analýzu rozhovoru v následujících bodech: příprava dat, první seznámení, kódování a vytváření kategorií, návrh kódovacího schématu, vyhodnocovací proces, syntéza a prezentace.

Zpracování dat předkládané práce bylo realizováno metodou tematické analýzy, která teoreticky umožňuje flexibilní přístup k analýze kvalitativních dat a je vhodná i pro začátečníky ve výzkumné kariéře.

Tematickou analýzu definují Braun a Clarke (2006, s. 79) jako „*metodu identifikace, analýzy a odkazování ke vzorům (tématům) v datech.*“

Tyto autorky rozčlenily postup při analýze na šest hlavních fází:

1. Seznámení se s daty

Počátečním krokem je transkripce dat do vhodné podoby a jejich následné opakované pročitání, které slouží jako základ pro další kroky analýzy. Během této fáze je dobré začít si zapisovat poznámky nebo označovat nápady pro kódování.

2. Generování počátečních kódů

Fáze zahrnuje tvorbu počátečních kódů z dat. Kódy identifikují významy, které leží pod sémantickým povrchem dat. Výsledným krokem by měl být prvotní seznam nebo mapa kódů. Kódování se stále vyvíjí a definuje během celé analýzy.

3. Hledání témat

Fáze zahrnuje přezkoumávání kódů a jejich třídění do potenciálních témat, shromažďování všech relevantních údajů pro každé potenciální téma. K získání větší přehlednosti v datech je doporučeno použití tabulek a mentálních map.

4. Přezkoumání témat

Tato fáze by měla vyústit v konkrétní představu o různých tématech, jak do sebe zapadají a utváří ucelený příběh. Jedná se o kontrolu kvality vytvořených kódů a témat. Výzkumník znovu prochází zjištěné poznatky.

5. Definování a pojmenování témat

V této fázi dochází k definování témat, o tedy čem dané téma vypovídá, jaké jsou vztahy mezi tématy a jejich postavení a jaký aspekt dat každé téma zachycuje. Je důležité vytvořit mnoho složitých témat a vygenerovat jasné definice a názvy pro každé téma.

6. Podání zprávy

Závěrem analýzy je vypracování odborné zprávy o analýze získaných dat a o vztahu k výzkumné otázce a literatuře. (Braun a Clarke, 2006)

5.2 Organizace a průběh výzkumu

Na podzim 2019 proběhlo studium a zpracování relevantní literatury pro sepsání teoretické části bakalářské práce. V lednu 2020 byly vypracovány otázky pro polostrukturovaný rozhovor s participanty. Vlastní výzkum s participanty CDZ z Hradce Králové, Uherského Hradiště, Strakonice, Brna a Kroměříže byl realizován v březnu 2020. Rozhovory byly vedeny telefonicky a současně nahrávány na diktafon jiného zařízení.

K výzkumu náleželo vyplnit Žádost o umožnění výzkumného šetření. Vzhledem k nouzovým opatřením v České republice byly žádosti posílány k vedoucím pracovníkům CDZ emailem. Vedoucí pracovnice žádost, podepsanou vedoucí bakalářské práce, doplnily o schválení, podpis a razítko zařízení, které na výzkumu participovalo. Během procesu schvalování se objevila komplikace s ozařením dokumentu, protože pracovníci CDZ byli z epidemiologických důvodů rozděleni do pracovních skupin, aby nedošlo k možnému přenosu infekce COVID-19 v rámci týmu. Mnozí pracovníci měli nařízený homeoffice a neměli tedy přístup k razítku služby.

Proces realizace praktické části započal kontaktováním vedoucích pracovníků CDZ, kteří rozhodli, zda svolí k výzkumu na jejich pracovišti. Dalším úkolem bylo namotivovat participanty, aby s rozhovorem souhlasili. Většina dotazovaných pracovníků vnímala jako největší problém nahrávání rozhovoru a nechtěla se z tohoto důvodu účastnit.

Bylo osloveno pět CDZ a z každého se zúčastnil jeden participant. Před samotným nahráváním rozhovorů vedoucí pracovníci CDZ předali výzkumnici telefonické kontakty na participanty. Participanti byli kontaktováni nejprve telefonicky a v případě nedostupnosti jim byla zaslána informativní sms zpráva s prosbou o rozhovor pro bakalářskou práci. Po prvotním telefonickém kontaktu s jednotlivými participanty byl domluven termín a čas

nahrávání rozhovoru tak, aby nebyl nikdo z účastníků během nahrávání rušen. Participanty výzkumu zajímala délka rozhovoru a počet otázek polostrukturovaného rozhovoru.

Každý rozhovor byl zahájen neformální konverzací, během níž se participant mohl seznámit s výzkumníci, byl mu vysvětlen cíl a smysl výzkumu, a zároveň šlo o navození důvěrné atmosféry pro následné otázky rozhovoru. Všichni participanty byli ujištěni o zachování anonymity a o ochraně osobních údajů, taktéž byli informováni o pořízení audiozáznamu rozhovoru. Všichni participanty byli také v úvodu rozhovoru dotazováni, zda s nahráváním rozhovoru souhlasí a byla jim podána informace, že jejich sdělení budou použita výhradně pro účely bakalářské práce. Během polostrukturovaného interview byly pokládány doplňující otázky, které dále a hlouběji rozvíjely aktuální témata. Participantům byl ponechán prostor pro přemýšlení a vyjádření vlastních myšlenek technikou pomlky i delšího odmlčení. Pro ověření správného pochopení obsahu jednotlivých výpovědí byla využívána technika parafrázování, aby nedošlo k nepochopení na straně výzkumníka.

Audiozáznamy telefonických rozhovorů byly pořizovány na diktafon. Po nahrání rozhovorů proběhla transkripce do počítačového programu (textový editor Word). Každý přepis rozhovoru trval přibližně tři a půl hodiny. V závěru každého rozhovoru byl ponechán participantům prostor pro případné otázky a doplnění toho, co nezaznělo. Na konci následovala opět neformální konverzace, poděkování a rozloučení.

V měsíci dubnu 2020 byla doplněna teoretická část bakalářské práce, v květnu 2020 následovala analýza a zpracování dat ze záznamů rozhovorů. Pro zpracování dat byla zvolena transkripce audiozáznamu s redukcí prvního řádu, následně byla aplikována metoda barvení textu a metoda tematické analýzy. Transkripce rozhovorů byly opakovaně pročitány. Během čtení byly barevně vyznačeny určité pasáže textu a současně vznikl seznam kódů jako vedlejší dokument. Seznam kódů byl rozříděn na hlavní témata a subtémata, následně proběhla opět kontrola textu v souvislosti s hlavními tématy. V konečné fázi byla vydefinována všechna témata a vypracován závěr.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Základní charakteristika participantů byla pro přehlednější orientaci zpracována do tabulky. V tabulce je uvedeno pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a pracovní zařazení participantů.

Tabulka 1 Charakteristika participantů

Participant	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Pracovní zařazení
Participant č. 1	žena	25	Bc.	Zdravotně-sociální pracovník
Participant č. 2	žena	36	Mgr.	Sociální pracovník
Participant č. 3	žena	31	Bc.	Zdravotně-sociální pracovník
Participant č. 4	žena	26	DiS.	Sociální pracovník
Participant č. 5	žena	40	Bc.	Sociální pracovník

Na základě opakované analýzy textů vznikaly kódy, které byly následně zpracovány do přehledného seznamu. Seznam obsahoval čtyřicet sedm kódů. Ze seznamu kódů po podrobné analýze vyplynula dvě hlavní témata. První téma se zaměřovalo na způsob práce sociálního pracovníka nebo ZSP v CDZ. Pro druhé téma byly stěžejní problémy klientů a jejich rodin se schizofrenií, kterými se zabývali sociální pracovníci nebo ZSP v CDZ.

Hlavní témata byla dále rozvedena na jednotlivá subtémata. Každé subtéma podrobněji specifikovalo hlavní téma. Témata byla zpracována pro přehlednost do myšlenkových map v programu Edraw Mind Map (obrázek 1 a obrázek 2). Kódy ze seznamu byly rozříděny do subtémat a tím vznikla osnova pro zpracování dat z transkripce rozhovorů. Témata jsou dále rozvedena v následujících kapitolách.

6.1 Téma č. 1: Jakým způsobem pracuje sociální pracovník nebo ZSP v CDZ?

K tématu č. 1 byla seskupena největší část kódů ze seznamu. Hlavní téma bylo dále rozčleněno na čtyři subtémata (obrázek č. 1).

Obrázek 1 Mentální mapa sociální práce



6.1.1 Subtéma č. 1: Způsoby práce s rodinou

Způsoby sociální práce s rodinou nabývají mnoha podob. Konkrétně v CDZ se s rodinou sociální pracovníci nebo ZSP mohou setkat již při prvokontaktu. „Celkově duševní onemocnění, jsou pro celou rodinu hodně zátěžové, nejen pro toho samotného člověka.“ (participant č. 1)

Je běžnou praxí, že službu nejprve vyhledá rodinný příslušník, který mapuje, co služba nabízí nebo vyčerpaný péčí o svého blízkého hledá pomoc v nelehké životní situaci. „Významně ta nemoc ovlivňuje celou rodinu. Někdy nám vlastně i rodinní příslušníci telefonují, radí se s námi ohledně toho, jak přistupovat.“ (participant č. 1) „Je to samozřejmě i taková psychická podpora té rodiny. Třeba už to nezvládají, tak si zavolají, potřebují to někomu sdělit.“ (participant č. 3) V takovém případě se pracovníci seznámí s jeho problémem a jsou mu předány informace o službě CDZ. Pokud je problém vážnější, mohou mu být nabídnuty i služby psychologa z týmu. Přes tohoto rodinného člena se tým dále naváže na nemocného, což probíhá většinou v jeho domácím prostředí. „A být tomu člověku oporou, aby to nesypal na tu rodinu.“ (participant č. 4)

Někdy se stává, že rodina problémy řešit chce, ale klient to odmítá, protože u sebe problémy nevidí. V takových situacích se postupuje po malých krůčcích, navazuje se důvěrný vztah s potencionálním klientem a pomalu se klubíčko problémů začne rozplétat.

„Hodně se setkáváme s tím, že ta rodina vůbec nechápe, co se děje. Takže kolikrát mi přijde, že jsme jakoby takoví supervizoři mezi rodinou a tím klientem. Občas se nám stává, že vedeme rozhovory a jsme ta třetí osoba, která se trošičku snaží poodhalit náhled toho daného člověka na to, jak to může vnímat ta druhá osoba nebo prostě ten rodinný příslušník.“ (participant č. 3)
„Bud'to ta rodina si nepřipouští, že by tam byl nějaký problém. Nebo naopak je strašně zahlcující ve stylu – udělejte s tím něco.“ (participant č. 2)

Objevují se i ambivalentní postoje rodin v péči o své blízké. Některé rodiny problémy přehlížejí a nechtějí je řešit nebo zodpovědnost přehazují na službu. Jiní rodinní příslušníci navenek vystupují, že vše zvládají, ale je na první pohled zjevné, že by odborná pomoc byla na místě. Na sociálním pracovníkovi nebo ZSP je najít rovnováhu ve spolupráci s rodinou, klientem a CDZ a udržet hranice. *„Nebo jakoby aby bylo vyrovnané to zapojení rodiny a služby. Aby oni všechno nenakládali na nás nebo naopak aby nám moc nebránili v práci.“ (participant č. 2)*

Z výpovědí participantů vyvstaly dvě hlavní oblasti při práci s rodinou klienta. Prvním a zásadním tématem byla komunikace v rodině. Druhým nejčastějším tématem byla edukace rodiny. Komunikace v rodinách je z různých důvodů velmi často narušená. *„Tam je to spíš o té komunikaci s jeho synem, aby si některé věci vyříkali. Bavili se o nich otevřeněji, ale neútočně.“* *„Čili nějak pečlivě a s trpělivostí na sobě ukazovat, jak to druzí a okolí může vnímat. Zkusit třeba s tou rodinou rozvíjet nějaké komunikační dovednosti.“ (participant č. 5)*

Velmi často dochází k nepochopení členů rodiny navzájem. Mnohdy si klienti nedokážou říct o své potřeby, mohou být ponižováni a stigmatizováni svým onemocněním. *„Samozřejmě, že občas potřebuje nějaký individuální přístup, ale jakoby ne, aby se s ním jednalo jako s nesvéprávným, ale zase naopak, aby to tam nebylo takové, že... prostě aby brali v potaz, že ten problém tam je.“ (participant č. 2)* Díky osobnostním nastavením jednotlivých členů rodiny dochází ke zbytečným nedorozuměním. Nevhodnou komunikací se narušují vztahy v rodině a nemocný často bydlí izolovaně od své rodiny, protože rodina s ním soužití nezvládá. *„Někdy mám pocit, že ta rodina... že tam ta komunikace nefunguje, že tam si neumí o ty věci říct. Můj klient reaguje jakoby impulzivně, podrážděně, nedokáže v klidu si říct o to, co od té rodiny potřebuje. Zároveň i ta maminka a sestra jsou taky*

nemocné psychicky, takže taky reagujou nějak popudlivě. Takže zkusit nějak rozvíjet tu normální komunikaci. Zdravou komunikaci. Naučit se říkat si o ty věci nekonfliktním způsobem. Nereagovat nějak vznětlivě, nebrat ty věci osobně. Nějaký trénink asertivity.“ (participant č. 5)

Druhou oblastí při práci v rodině byla edukace. Edukace je zaměřena hlavně na podání informací rodině, vysvětlení onemocnění, způsoby léčby, dodržování medikace a režimu klienta. Edukace se mohou realizovat i jako skupinové setkání pro příbuzné nemocných. Může se jednat o jednorázové akce nebo o edukační cyklus zaměřený na onemocnění schizofrenie. Cyklus bývá rozdělený do témat týkajících se samotného onemocnění, příznaků, léčby, způsobů terapie a jiných. *„Občas se třeba pořádají nějaké přednášky pro rodinné příslušníky.“ (participant č. 2) „Tak děláme třeba například různá rodinná setkání, kde vlastně společně hovoříme o tom onemocnění, o tom, co se děje, o té situaci. Protože se to týká celé té rodiny.“ „Jsou v naší organizaci vlastně i setkání pro pečující osoby.“ (participant č. 1)*

Mimo edukaci a komunikaci mohou sociální pracovníci nebo ZSP pomáhat rodinám se zařizováním úředních záležitostí, s vyřizováním příspěvků, s kontaktováním jiných služeb a poskytují také poradenství. *„Pomáháme tomu rodinnému příslušníkovi vyřídit nějaké úřední záležitosti, které jsou potřeba, aby mohli doma s tím členem fungovat.“ (participant č. 3)*

6.1.2 Subtéma č. 2: Způsoby práce s klientem

Na způsob práce s klientem je možno nahlížet z mnoha úhlů pohledu. Počátek spolupráce začíná prvkontaktem. Většina participantů se shodla, že první kontakt probíhá za účasti sociálního a zdravotního pracovníka. *„Služba se poskytuje především v terénu.“ „Bud' klient přijde za námi nebo my jdeme za ním. Většinou je to tak, že jde sociální pracovník a zdravotní sestra, kdy vlastně zhodnotíme, zda je to vlastně náš pacient, zda spadá do služeb Centra duševního zdraví. Což je diagnóza a ORP.“ (participant č. 3)*

Pro poskytování sociální služby je nosným dokumentem smlouva, kterou sociální pracovník podepisuje s klientem a zakládá do dokumentace. Dokumentace o klientovi v CDZ je většinou společná se zdravotnickou částí a je vedena v elektronické i tištěné formě. *„Zapisujeme každou schůzku, i třeba telefonát. Celou práci v zájmu klienta, když nejednáme přímo s klientem, ale třeba s jeho opatrovníkem nebo úřadem.“ (participant č. 2)*

Metodikou práce s klientem si zpracovává každé CDZ dle vlastního uvážení. Často byl zmiňován nový přístup zaměřený na zotavení, který je popsán v teoretické části práce.

„Pracujeme s takovým přístupem zvaným Recovery, kde opravdu jde o to, že je individuuum, které je specifické, tam prostě jde o ty jeho potřeby, jak on to cítí, jak on to vnímá, z toho prostě vycházíme. Pracujeme se silnými stránkami toho člověka, takže je to hodně o vedení rozhovoru, na vnímání, co opravdu chce, nechce.“ (participant č. 3)

Na sociálního pracovníka nebo ZSP jsou kladeny vysoké nároky z pohledu osobního nastavení. Za základní výbavu k výkonu tohoto povolání jsou považovány empatie, trpělivost a porozumění. Mimo jiné podstatné vlastnosti je pro práci v CDZ vyžadována také osobnostní zralost, která zajišťuje profesionální přístup k psychiatricky nemocným klientům. *„Sociální pracovník by měl být především stabilní, takový usazený v sobě, v životě, měl by vyzařovat určitý klid, rovnováhu, kterou by potom mohl předávat těm klientům. Měl by být takový vyrovnaný, klidný, tolerantní.“ (participant č. 5)*

Činnosti, které sociální pracovník nebo ZSP v CDZ vykonává, jsou realizovány v širokém spektru. Většinou se s klienty pracuje technikou rozhovorů. Při práci s klientem se využívají často různé škály, formuláře, dotazníky, krizové karty a nástroje metodik, které mají jednotlivé služby zaužívané. *„Ano, různé dotazníky, škály, dotazník kvality života, mapování, dotazník pro samostatné bydlení.“ (participant č. 2) „GAF, AQOL, HONOS.“ (participant č. 5)*

Efektivita, kontinuita a naplnění cílů se při práci s klientem odráží v individuálním plánování. Mapovací oblasti jsou podobné ve všech CDZ a zaměřují se *„jestli je ten člověk finančně zajištěný, jestli má kde bydlet, jaké má vztahy, jaké má přátele. To jsou takové základní věci, které řešíme hned na začátku. Nebo jestli má práci. Jestli jsou zajištěny základní věci. A když tady to všechno je, pak teprve jdeme na volný čas a tady tyhle věci a nácviky.“ (participant č. 3)* Mimo tyto oblasti byly uváděny také schopnost sebepečce, komunikační schopnosti, péče o zdraví, fyzický a psychický stav, schopnost hájit svoje práva a mnoho dalších.

Způsob práce sociálních pracovníků nebo ZSP vychází z potřeb klientů. Potřeby a zakázky klientů jsou velmi individuální. Pokud klientovi pracovník nedokáže zajistit, co by potřeboval, může ho odkázat na jiné odborníky. Může také klientovi poskytnout doprovod k lékaři či do jiného zařízení, na úřady a do jiných služeb a organizací. *„Řešíme různé kompenzační pomůcky, hledáme bydlení, hledáme práci s nima, je to hodně široký rozptyl. V podstatě o cokoliv, o co nás ten člověk poprosí a my máme ty znalosti. A pokud ne, tak umíme nasměrovat tam, kde by to šlo.“ (participant č. 3) „S Charitou jako takovou. Že zase*

jsou třeba lidé, kteří potřebují třeba nějaké ošacení nebo potravinovou pomoc.“ (participant č. 5)

Při práci s klientem je využíván case management. Pracovníci většinou pracují v tandemu zdravotník a sociální pracovník. Převažující charakter problému určuje klíčového pracovníka. *„A potom se mu vlastně určí klíčový pracovník, což já jako třeba sociální pracovník, mám svoje klíčové klienty. A potom už jakoby ta spolupráce se vine v tom, co ten klient zrovna potřebuje.“ (participant č. 4) „... některých klientů je klíčový pracovník zdravotní sestra, u některých je to sociální pracovník, ale zároveň třeba spolupracují i oba.“ (participant č. 4)*

Inovativním přístupem je navázání se na klienta i za hospitalizace, protože je tak zajištěna kontinuita péče a snižuje se tak riziko opětovné hospitalizace. V psychiatrických nemocnicích také může docházet jak k prvokontaktu, tak i k návštěvám hospitalizovaných klientů CDZ.

Po propuštění má klient možnost se obrátit s čímkoliv na CDZ, kde s ním pracuje klíčový a stínový pracovník. Tento způsob podpory dává klientovi ujištění, že na své trápení není sám. Mnohdy se nemá na koho obrátit a hospitalizaci vnímá jako bezpečný prostor pro přežití. *„Ale pokud tam máme hospitalizovaného klienta, tak spolu spolupracujeme. A společně nějak pracujeme na tom, abychom klienty z lůžkového oddělení dostali zpět do domácího prostředí. Takže ta spolupráce je hodně důležitá a stále se zdokonaluje. Není to ještě dokonalé, ale je to vlastně v zájmu nás všech spolu spolupracovat.“ (participant č. 3)*

Spolupráce psychiatrických nemocnic s CDZ je zatím na počátku, jak reflektuje participant č. 1. Je to dáno prozatím krátkou dobou existence vzniklých center. *„Ale chtělo by to, aby nás bylo víc. Abychom mohli pomoci i více lidem. Aby bylo více center.“ (participant č. 1)*

Některá CDZ jsou v pilotním projektu Ministerstva zdravotnictví a některá již běží v ostrém provozu.

V psychiatrické péči je hojně využívána práce ve skupině. V rámci CDZ se nabízí pro klienty mnoho terapeutických skupin. Tyto skupiny mají různá zaměření, ať už terapeutické nebo volnočasové aktivity. V odpovědích participantů se často opakovala svépomocná skupina i skupiny pro rodinné příslušníky klientů. *„Je tam dobrovolná účast a snaží se tam řešit právě to, na co je ta skupina zaměřená. Třeba zvládání stresu nebo cvičení kognitivních dovedností.“ (participant č. 2) „Využívají právě skupin celé naší organizace. Ta nabídka aktivit je pestrá, od nějakých tanečních terapií až po nějaké jazyky a svépomocné skupiny a podobně.“ (participant č. 1)*

Pracovní prostředí se přizpůsobuje klientům a služba je poskytována především v terénu. Často se jedná o domácí prostředí, ale „snažíme se s nimi dávat schůzky i na veřejných místech. Třeba s některými se scházíme v kavárně. Nebo se s nimi jdeme projít. Primárně takto je motivujeme.“ (participant č. 2) „Nebo máme klientku, která toužila po pejskovi, tak chodíme občas do útulku si půjčit pejska, vyvenčit pejska. Anebo já mám svého pejska, tak jdeme vyvenčit mého pejska.“ (participant č. 4) Mnoho klientů nevychází z domu z důvodu svého onemocnění, a proto kreativita sociálních pracovníků a ZSP, jak namotivovat klienta, nemá hranice. „Máme paní, která nevyleze ven jinak, než když jdeme koupit léky nebo něco potřebného. Takže se teď snažíme rozepisovat recepty léků na víckrát, protože je to teď naše jediná možnost, jak ji vytáhneme ven z toho baráku.“ (participant č. 4)

6.1.3 Subtéma č. 3: Specifika práce u schizofreniků

Schizofrenie je onemocnění, které narušuje kognitivní funkce, ovlivňuje chování a mění celkovou osobnost člověka. Člověk s tímto onemocněním vybočuje z normality společnosti a život se pro něj stává nesmírně složitým. V CDZ je práce sociálních pracovníků nebo ZSP zaměřena přímo na potřeby takových klientů. Většina participantů udává, že práce se schizofreniky je náročná a vyžaduje zvláštní přístup ke klientovi. „Je obtížné rozpoznat do jaké míry to je jenom klientův blud. Nebo do jaké míry je ta informace, kterou nám předávají pravdivá. Nebo jak s ním prostě dále pracovat.“ (participant č. 2)

„Tak práce s touhle cílovou skupinou bych řekla, že je velmi náročná. Je specifická rozhodně v hodně věcech. V tom, že třeba často klienti nemají náhled nad svým onemocněním. Je to prostě hodně individuální.“ „... že mají nějaké ty hlasy, nějaké bludné představy, tak třeba s tím hodně pracujeme. Jak s tím třeba žít. Hodně pracujeme s dodržováním léčebného a podobně.“ (participant č. 1)

„Určitě by měl vědět něco o tom onemocnění. Myslím si, že je náročnost i na osobnost toho pracovníka. A na komunikační dovednosti. Že by měl nastudovat, jak komunikovat s nemocným klientem.“ (participant č. 1)

Každý pracovník vnímá postoj k tomuto onemocnění odlišně a má vlastní jedinečný přístup ke klientům se schizofrenií. Někteří participantů nerozlišují, jestli jde o klienta s diagnózou schizofrenie nebo jiným vážným psychickým onemocněním. Většina participantů se ale shodla, že je důležitý individuální přístup, trpělivost a důvěra. „Individuální přístup, empatický. Spíš takový, že opravdu toho člověka do ničeho nenutíme, je to vždycky na tom klientovi, jaký je jeho cíl. Jestli ho chce naplňovat, jestli chce vůbec spolupracovat. Jako nesnažíme se do toho zapojovat naše nějaké pocity, co my si myslíme, že je dobré pro toho

klienta. Ale co by ten klient prostě nějakým způsobem potřeboval. Samozřejmě doporučíme mu, jak to třeba vidíme my, ale vždycky záleží na tom, co ten klient, jak to vnímá. To si myslím, že je takové hodně specifické.“ (participant č. 3) Klient si sám volí svůj cíl spolupráce se službou a pracovník ho doprovází na cestě k cíli. Při práci se schizofreniky je velmi důležitá empatie a porozumění na jejich cestě k zotavení.

Pracovní vztah založený na důvěře je zásadní pro práci se schizofreniky. Získat si důvěru není mnohdy jednoduché, jako například u osob s paranoidní schizofrenií. Kromě důvěry by se vztah měl zakládat na podporujícím přístupu ke klientovi. *„Ale rozhodně podporující, ten člověk pro toho klienta. Takže ne jako pečovatelský, ale jako podpora. To si myslím, že je spíš vrací do toho normálního života. Já osobně jsem názoru toho, že když pro toho klienta děláme pak hodně moc, tak se na nás spíš upne ještě víc, než vlastně bysme měli mu takhle pomáhat.“ (participant č. 4) „Aby člověk maximálně pomohl se dostat z toho problému.“ (participant č. 2)*

Hranici míry podpory klienta vnímá každý participant odlišně, stejně jako rodinní příslušníci. Někdo má tendence více pečovat a dělat úkony za klienty, někdo klienty pouze vede, aby si cokoli zvládli zařídit sami. V každém případě není při práci se schizofrenikem vhodný nátlak a kladení podmínek, protože těžce nabytý důvěrný vztah se může narušit a mohlo by dojít ke zbytečnému ukončení spolupráce ze strany klienta. *„Trpělivost a rozhodně důvěra s tím klientem. Bez toho, si myslím, že se člověk nikam nehne.“ (participant č. 4) „Respektovat to, že ten člověk má třeba režim převrácený. Nebo že potřebuje jiný přístup. Nějaké úlevy třeba v plnění povinností v domácnosti. Ale zároveň třeba být i důsledný nebo nešetřit ho nějak úplně. Ale nenaléhat na něj.“ (participant č. 5)*

6.1.4 Subtéma č. 4: Sociální práce v multidisciplinárním týmu

Multidisciplinární tým je složen z mnoha odborníků, jak je již uvedeno v teoretické části práce. Ze získaných dat vyplynulo, že poskytovaná péče se jeví jako komplexní. Psychiatr má zásadní slovo pro přijetí žadatele do péče. *„Psychiatr je vlastně důležitý i pro to přijetí. Protože my třeba za tu sociální část, my sociální pracovníci třeba neposuzujeme ten zdravotní stav. Takže ten nám vlastně sdělí i to, zda s ním můžeme spolupracovat jako CDZ. Protože máme nějaké vymezení cílové skupiny.“ (participant č. 1)*

Spolupráci v týmu se daří naplňovat. Občas se v některých týmech objevují neshody kvůli zaměření jednotlivých oborů, kdy si jednotliví odborníci si stojí za svým názorem. *„Je to samozřejmě náročnější. Každopádně si myslím, že je to o lidech, jak se dokážou domluvit.“*

*Je pravda že, sociální část a zdravotní má prostě odlišné pohledy na určité věci a situace.“
„Za mě teda je super, že máme kolem sebe zdravotníky.“ (participant č. 3)*

V některých CDZ se objevují názory o tom, že zdravotnická část je výše nad sociální.
*„Každopádně většinou je to tak, že sociální pracovníci poslouchají zdravotníky, jak by bylo správné třeba postupovat. Přece jenom oni do toho vidí víc než ti sociální pracovníci.“
(participant č. 3)*

Multidisciplinarita se odráží zejména na hlavních poradách, kde se schází všichni členové týmu a dochází ke sdílení informací o klientech. *„Takže snažíme se hlavně asi ty informace sdílet. A vidět toho klienta z více stran. Od té jeho medicace až po nějaké sociální problémy, které řeší.“ „Jak by se dál dalo postupovat.“ (participant č. 5)*

Pravidelnost a délku porad má každé pracoviště stanoveno odlišně. Porady v týmu nabízí prostor pro setkání všech členů, protože personální obsazení není dostatečné a úvazky jsou různě tříštěné mezi více osob. Pro zajištění kontinuity péče se vedení porad ujímají buď vedoucí pracovníci, nebo jiní pracovníci na celý úvazek.

„A tím, že nás je tam na celý plný úvazek jenom 5 nebo 6 pracovníků, to si nejsem teď úplně 100% jistá, tak to většinou koordinuje vždycky buď zdravotní sestra, nebo sociální pracovník na plný úvazek.“ (participant č. 4)

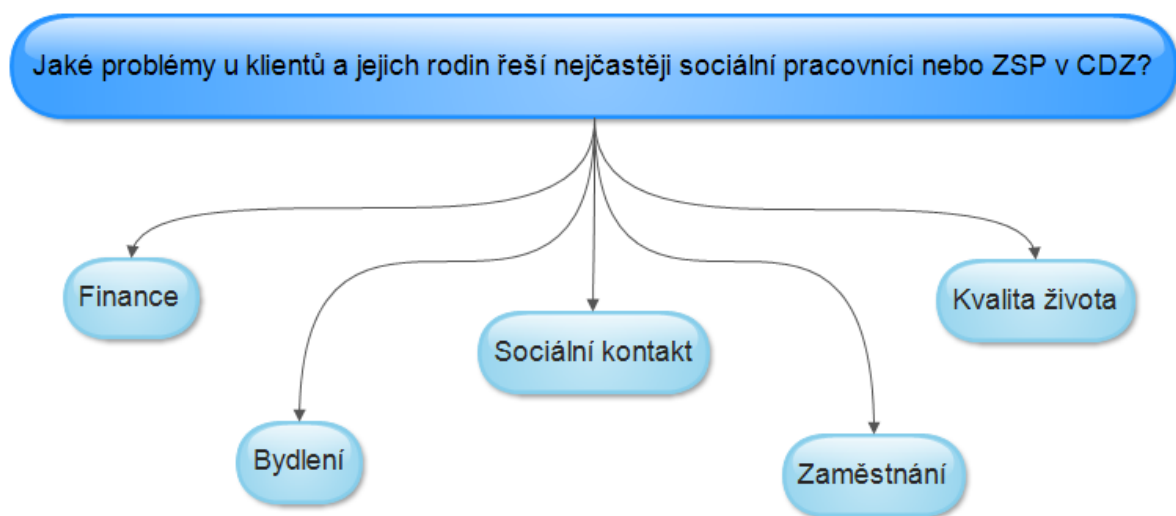
Novým přístupem práce v týmu je spoluúčast peer konzultantů a využití jejich vlastní zkušenosti s psychiatrickým onemocněním. Tito konzultanti jsou velmi vítáni jak personálem, tak klienty. *„Většinou si o ně klienti říkají sami. My máme teda jednu peer konzultantku. Je úplně skvělá.“ (participant č. 4) „A potom nějak nabídneme tu možnost. Když souhlasí, tak potom přizveme peer konzultantku, zapojíme ji. A ta její role je velmi důležitá, protože předává těm klientům to svoje. My tím, že nemáme tu zkušenost.“ (participant č. 1)*

Zkušenosti jednotlivých pracovníků v týmu jsou velmi důležité. Ať už se jedná o zkušenosti s psychiatrickým onemocněním nebo know-how z předchozího zaměstnání. *„Každopádně my tam máme super jednu pracovníci, která původně byla jako pracovní konzultant. Takže to máme hrozně hezky rozjetý v tom, když nějaký klient potřebuje práci, tak ona už má zmapované všechny možné zaměstnavatele u nás v okolí.“ (participant č. 4)*

6.2 Téma č. 1: Jaké problémy u klientů a jejich rodin řeší sociální pracovník nebo ZSP v CDZ?

Druhým tématem, které vyplynulo ze získaných kódů, byly sociální problémy, na které se sociální pracovník nebo ZSP při práci s klientem se schizofrenií a jeho rodinou zaměřuje. Hlavní téma bylo složeno z pěti subtémat, která se nejčastěji opakovala ve výpovědích participantů. Jednotlivé subtémata jsou dále znázorněna na obrázku č. 2 a rozvedena v následujících kapitolách.

Obrázek 2 Mentální mapa sociálních problémů



6.2.1 Finance

Mnoho klientů se schizofrenií pobírá invalidní důchod třetího stupně a jsou tedy plně odkázáni na finanční pomoc od státu. Některým toto onemocnění umožňuje zvládat jednoduché práce na pár hodin denně, ale přesto finanční příjem není dostačující. Hlavně u mladých lidí s tímto onemocněním vyvstává velký problém, jak dále popisuje participant č. 4.

„Já mám takový pocit, že když ti schizofrenici jsou mladí lidi, tak jsou většinou bez příjmů. Protože když chtějí, tak zkouší pracovat a po nějaké době třeba zjistí, že s touhle nemocí to prostě úplně nedají. A tam je průšvih v tom, že když už si pak požádají o důchod, tak se jim to počítá z toho jejich průměru a většinou na ten důchod nemají ani žádnou výplatu.“
(participant č. 4)

„... chtěli by se posunout dále. Ale je tam zase ta finanční stránka. Kolikrát je problém finanční stránka.“ (participant č. 2) *„Zlepšujeme třeba finanční situaci toho člověka.“*
(participant č. 1)

Mnoho mladých klientů se schizofrenií nemá dostatečný příjem na to, aby si sami zaplatili nájem a zbyly jim prostředky na základní životní potřeby. Sociální pracovníci nebo ZSP hledají cesty, jak klientům pomoci různými způsoby v jejich nelehké finanční situaci. *„Takže hledáme možnosti, jak si třeba přivydělat nebo hledáme nějaké levnější možnosti bydlení, protože touží se osamostatnit od své rodiny. Čili je to o tom plánování toho osobního rozpočtu. A jak vyjít s tím, co ten člověk má, kde ušetřit.“* (participant č. 5) *„Takže se snažíme to nějak řešit třeba přes tu hmotku nebo nějakou tou prací, aby se nějak nastartovali. To bývá hodně často.“* (participant č. 4)

Není pravidlem, že by všichni schizofrenici neuměli hospodařit s financemi, ale občas se projevuje zhoršený kognitivní deficit, který má na oblast financí a nakládání s nimi vliv. *„Většina klientů, co mám, jsou tak nějak samostatní, co se týče peněz.“* (participant č. 2)

Jak dále uvádí participant č. 1, někteří klienti mají i opatrovníka, který jim s financemi pomáhá. Mezi opatrovníkem a klientem se občas objevují třetí plochy ve finančním hospodaření, které mají klienti zájem řešit se sociální pracovníky nebo ZSP. *„Ne u všech klientů se schizofrenií je ten problém, že by nějak neefektivně hospodařili s financemi, ale někde samozřejmě ten problém je, že třeba tyhle problémy nějak jsou, že nezvládají úplně efektivně hospodařit, třeba mají i opatrovníky, třeba i omezení na oblast financí.“* (participant č. 1) *„Tam byl konflikt s jeho opatrovníkem, že klient by si představoval více peněz, ale opatrovník mu dával méně peněz. Tak třeba jsem ho zkusila motivovat, aby si schovával účtenky a pak si spočítal, kolik utratí versus, kolik dostane a kolik mu z toho všeho zbude. Aby tímto dokázal, že se orientuje v té finanční stránce.“* (participant č. 2)

V oblasti finanční stránky klientů se sociální pracovníci nebo ZSP v CDZ orientují hlavně na zajištění určitého finančního příjmu pro zajištění základních potřeb a na klientův finanční rozpočet. *„Mě třeba zajímá to, jestli má ten člověk nějaký příjem. Jestli je schopný z čeho využít.“* (participant č. 5) *„Jsme schopni s nimi sestavit i nějaký finanční rozpočet. S jedním klientem jsem v rámci individuálního plánování i sepisovala jeho příjmy a výdajem, aby měl přehled.“* (participant č. 1)

Pokud klient není schopen zvládat hospodaření s financemi, tak se nabízí i forma „kapesného“ na dny nebo týdny. Zařízení si tento způsob podpory musí ošetřit smlouvou a odsouhlasit ho musí obě strany. *„...tak mu nabídneme možnost, že si může odkládat peníze u nás. Samozřejmě máme to ošetřené dohodou, že s tím vlastně obě strany souhlasí. A vlastně dáváme třeba, buď každý týde, nebo u někoho i každý den, prostě nějakou finanční částku, se kterou on si prostě hospodaří.“* (participant č. 3)

Schizofrenici mohou být často zatíženi dluhy a běžně se stává, že podepíšíou nevhodné smlouvy, kterým sami nerozumí. Jejich nemoc jim neumožňuje správný náhled a klienti nedokážou vyhodnotit důsledky podepsané smlouvy. „*Nějak pak vlastně tu finanční oblast řešíme často, aby neuzavírali nevýhodné smlouvy, nebrali si půjčky, protože třeba to i tahle oblast té neúžitelnosti může být velký problém, tak i takováhle nějaká ochrana.*“ (participant č. 4) Na místě je potom edukace klientů o přebírání závazků. „*...poučit je o tom, jak vznikají dluhy, jak se splácí, jaké jsou úroky a podobně.*“ (participant č. 5)

V situacích, kdy se klienti dostanou do finančního mínusu, mají dluhy a nemají na základní potraviny, řeší se potravinová pomoc a hmotná nouze a eventuálně jiné možnosti finanční pomoci. „*... jsem měla klienta, který byl absolutně bez příjmů. Takže jsme se vinuli na to vyřídit hmotnou nouzi na úřadě práce, zajistit nějaký další možnosti, co by bylo možné.*“ (participant č. 4) „*Zařídíme třeba příspěvek na bydlení nebo nějakou hmotnou nouzi, životní existenční minimum, řešení dluhů.*“ (participant č. 3)

6.2.2 Bydlení

Otázka bydlení je propojena s finančními možnostmi klientů. Sociální pracovníci nebo ZSP při mapování sociální situace klienta vždy zjišťují, jak klient bydlí. Oblast bydlení patří mezi základní informace, které se od klienta participanta získávají. „*Především, jestli je ten člověk finančně zajištěný, jestli má kde bydlet.*“ (participant č. 3) „*Hodně bydlení, finance, to jsou takové ty hlavní ...*“ (participant č. 2) Pokud nemá klient dostatek financí na bydlení „*... tak zařídíme třeba příspěvek na bydlení nebo nějakou hmotnou nouzi, životní existenční minimum.*“ (participant č. 3) „*Hledáme nějaké levnější možnosti bydlení. Takže je to vždycky o tom hledat zdroje, třeba finanční v rodině, mezi přáteli.*“ (participant č. 5)

V situaci, kdy klient hledá nové bydlení a musí se z různých důvodů stěhovat, pomáhají sociální pracovníci nebo ZSP nové bydlení najít. „*..., aby měli třeba kde bydlet, pomoc se sháněním bydlení.*“ (participant č. 2) „*... hledáme bydlení.*“ (participant č. 3) „*Nebo třeba bydlí někde v tréninkovém bytě nebo na azylovém domě a chtěli by se posunout dále. Ale je tam zase ta finanční stránka.*“ (participant č. 2)

Domácí prostředí poskytuje schizofrenikům velmi důležitý prostor bezpečí. Velký počet osob s tímto duševním onemocněním nevychází z domu a žije v sociální izolaci. „*Třeba máme jednu paní, která nevyleze ven jinak, než když jdeme koupit léky nebo něco potřebného.*“ (participant č. 4) „*Bojí se třeba vycházet. Mám klienta, který má třeba úzkost na veřejnosti, což souvisí s nějakými paranoidními myšlenkami.*“ (participant č. 3)

Sociální pracovníci nebo ZSP ve spojitosti s bydlením často řeší soužití v rodinách. Vzájemné nepochopení a špatná komunikace narušují harmonii spolubydlících. „... *aby to tam bylo v nějaké rovnováze, aby to tam bylo nějaké udržitelné to žití.*“ (participant č. 2)

Některá CDZ nabízí také možnost tréninkových bytů, protože jsou součástí organizace, která touto možností disponuje. „*To jsou původně městské byty a město je jakoby dalo do nájmu nám – naší službě. S tím že my jsme z nich udělali tréninkové byty pro klienty. Kde klienti můžou nacvičovat dovednosti potřebné pro další život. Aby se prostě dokázali posunout dál. Máme dohromady 4 byty. V jednom bydlí 3 osoby, ve dvou bydlí 4 osoby. Správně by tam měli zůstat maximálně 3 roky a pak se posunout dál. Ale ne vždy se to dodrží.*“ (participant č. 2)

6.2.3 Sociální kontakt

Další významnou oblastí, která z výpovědí participantů vyplynula, byl sociální kontakt. Schizofrenici mají velmi omezený sociální kontakt, nemají mnoho přátel a těžko vychází i s rodinou. „*No rozhodně jim chybí kontakt, nějaký přátelé a společnost.*“ „*Rozhodně tam jsou potíže v rodinách jakoby ve vztazích. Jakoby když už ten klient tu rodinu má, tak já mám takový pocit, že hodně málo klientů je s těma rodinama v kontaktu.*“ (participant č. 4)

Sociální pracovníci nebo ZSP bývají u mnohých klientů jediným možným sociálním kontaktem, který mohou pravidelně využívat. Díky navázání se na službu mohou klienti využívat skupinové aktivity, které nabízí interakci s dalšími účastníky skupiny. „*A pak je to vlastně takový ten přirozený kontakt s tím člověkem. Nějak spolu navazujeme ten kontakt, postupně se spolu seznamujeme a pak spolu začínáme spolupracovat.*“ (participant č. 4) „*Je několik skupin. Většinou to mají pod palcem různé osoby. Některé mají psychologové, některé sociální pracovníci, myslím, že něco mají i zdravotní sestry. Je tam dobrovolná účast a snaží se tam řešit právě to, na co je ta skupina zaměřená. Třeba zvládání stresu nebo cvičení kognitivních dovedností.*“ (participant č. 4) Skupiny bývají často zaměřené na volnočasové aktivity nebo na nácviky různých činností, jak již bylo uvedeno v kapitole 6.1.2 praktické části. „*Ale máme třeba i klienty, pro které je těžké se nějak aktivizovat. Tak pro ně máme nabídku i volnočasových aktivit. Takže přímo naše zařízení má denní aktivity. Což je vlastně taková aktivita, která trvá 3 hodiny, kde se klienti setkávají. Tuto skupinu vede peer konzultantka, tedy člověk se zkušeností s duševním onemocněním. Je to takové každotýdenní setkání u kávy.*“ (participant č. 1)

Za účelem podpory sociálního kontaktu se schůzky s klienty realizují na různých místech v terénu, například v knihovnách, kavárnách a jiných zařízeních. Sociální pracovníci či ZSP mohou doprovázet klienty na různé akce, do zařízení a organizací a rozvíjet tím jejich možnosti sociálních kontaktů. *„Můžeme je například nakontaktovat, doprovodit. Třeba knihovny myslím. Když klient třeba rád čte, tak spolu jdeme do knihovny. Pak už si tam ten klient chodí sám. Takže taková nějaká motivace podle toho, co je baví.“* *„Tak snažíme se primárně na jeho přirozené navázat, co ho baví, to, co má dostupné v okolí.“* (participant č. 1)

1) Sociální kontakty znesnadňuje často i zdravotní stav klientů. Klienti nemají dostatek energie nebo se jim natolik zhorší nálada, že i opakovaně schůzky ruší. V takové situaci záleží na schopnosti sociálního pracovníka nebo ZSP jak namotivovat klienta, aby opět našel chuť vyjít mezi lidi. *„Ale často ti klienti jsou ve stavu, kdy tu aktivitu nemají. Kdy nechtějí nikam chodit, jsou v depresi. Pro mě je úspěch je vzít ven na procházku. Nebo vytáhnout je někam do kavárny.“* (participant č. 5) *„... třeba že podporuji klienty, aby vycházeli ven.“* (participant č. 1)

6.2.4 Zaměstnání

Schizofrenie je závažné onemocnění, které znesnadňuje klientům zapojení do pracovního procesu na plný úvazek. Většina schizofreniků má přiznaný invalidní důchod třetího stupně. Někteří klienti s druhým stupněm invalidního důchodu se pokouší zapojit do zaměstnání. *„Já mám klienty, kteří to uplatnění na trhu práce nemají, protože je tam nějaký invalidní důchod“* (participant č. 5)

Nároky na klienty v zaměstnání jsou vysoké a dlouho v pracovním procesu nevydrží. *„Jinak na volném trhu práce je to vcelku složité, jako hledat. Daří se nám, ale stává se nám často, že třeba po měsíci, dvou ten člověk zase vypadne, protože je to náročné a není ten trh práce přizpůsobený mu.“* (participant č. 5)

Sociální pracovníci nebo ZSP nabízejí alternativu zaměstnání v různých činnostech, které by klienta uspokojily v potřebě být užitečným. *„Já spíš svoji roli vnímám v tom, že bych jim rád pomohl najít nějakou činnost. Třeba v chráněné dílně nebo nějakou dobrovolnickou činnost, která by je jakoby zaměstnala, aby si připadali důležití, aby ten život měl prostě smysl, a není to apriori najít nějakou práci, ale spíš najít nějakou aktivitu a dát jim pocit té důležitosti.“* (participant č. 5)

Pokud se klient chce ucházet o zaměstnání a hledá cestu, jak toho dosáhnout, mohou mu sociální pracovníci nebo ZSP pomoci například v přípravě sepsáním životopisu, nácvikem pohovoru, sjednáním schůzky nebo hledáním vhodného zaměstnání. *„Můžeme pomoci třeba*

sepsáním životopisu. Mám třeba zkušenost, že jsem připravovala klientku na pohovor. Bavíme se o tom. Dělali jsme i praktický nácvik toho, jak to probíhá. S jednou klientkou jsme společně hledali. Vyhledávali jsme různé nabídky práce. A pak to vlastně probíhá individuálně. Jsme schopni je podpořit v tom zaměstnání, doprovodit je tam. A podporujeme je v tom, aby získali pracovní návyky.“ (participant č. 1) „Především hledáme na internetu na různých serverech nabízející práci.“ (participant č. 2)

Pokud si klient není jistý sám sebou, mohou sociální pracovníci nebo ZSP se svolením klienta komunikovat i se zaměstnavateli. „A potom společně kontaktujeme toho zaměstnavatele.“ (participant č. 4)

Dochází k situacím, kdy se klientův stav natolik zhorší, že už není schopen vrátit se do původního zaměstnání. V takových chvílích se komunikuje často i s rodinou. „... že asi reálný úplně nebude se na plný úvazek vrátit do práce. Že možná se do nějaký tý práce vrátí, ale rozhodně to nebude hned.“ (participant č. 4)

Sociální pracovníci nebo ZSP pracují s klienty na náhledu, jestli vybrané zaměstnání zvládne, jestli počet hodin nebude vyčerpávající a podobně. Nabízí se také prostor motivovat klienta, aby si zkusil, jaké to je být zaměstnaný. „...bud'ťo, že si myslí, že má navíc nebo naopak, že na tu práci nemá, ale i jakoby přesvědčit ho, aby to i tak zkusil, protože za to nic nedá.“ (participant č. 2)

Pro psychiatricky nemocné vznikají při nemocnicích a jiných organizacích různé programy zaměřené na lepší uplatnění na trhu práce. V takových programech se mohou klienti rekvalifikovat a zkusit se nechat zaměstnat v práci, která by je naplňovala. „Nebo jsme navázali spolupráci s psychiatrickou nemocnicí, kde mají program „Práce jako lék“. Kde se ten člověk může zapsat do nějakého kurzu, udělat si nějakou rekvalifikaci, nějaký kurz, který mu pomůže k tomu, aby dosáhl práce, která by ho v životě bavila nebo naplňovala. Ta práce je přizpůsobena tomu člověku, jakože úvazek nebo nějaká dohoda, kterou by zvládl. Dvě, tři hodinky denně a tak dále. Takže myslím, že to je úplně nejlepší, co se nám teď daří.“ (participant č. 3)

6.2.5 Kvalita života

Kvalita života je u klientů se schizofrenií velmi ovlivněna aktuálním zdravotním stavem a také tím, jestli dodržují léčebný režim. „A samozřejmě i ta zdravotní stránka. To znamená, jak spolupracuje s lékařem. Jestli pravidelně chodí. Jaké jsou jeho zkušenosti s tím lékařem. Jestli je to postavené na důvěře.“ (participant č. 5)

Někteří klienti nemají náhled na své onemocnění, mají přehnané ambice a nemoc si vůbec nepřipouští. „*Jak s tím třeba žít. Hodně pracujeme s dodržováním léčebného a podobně.*“ (participant č. 1) Schizofrenie ovlivňuje nejen kvalitu života klienta, ale i celé jeho rodiny. „*... pro celou rodinu hodně zátěžové, nejen pro toho samotného člověka, tak děláme třeba například různá rodinná setkání, kde vlastně společně hovoříme o tom onemocnění, o tom, co se děje, o té situaci.*“ (participant č. 1)

Přestože klienti se schizofrenií trpí vážným duševním onemocněním, mohou vést kvalitní život. Vnímání kvality života je ovšem subjektivní pocit. „*Je svým způsobem nemocný, ale že to není povětšinou nic ohrožujícího, nic, proč by nemohl vést normální kvalitní život.*“ (participant č. 2)

Finanční situace ovlivňuje jejich kvalitu života a nezdá se, že schizofrenici žijí na pokraji chudoby. Sociální pracovníci nebo ZSP v CDZ se jim v těžkých chvílích snaží různým způsobem pomáhat. „*Takže řešíme většinou nějaké dávky, aby měli z čeho žít. Takže, různé životní, existenční minima nebo jak jsem už říkala, doplatky na bydlení. To je tak nejvíc, co teď aktuálně řešíme, že prostě mají finanční problémy.*“ (participant č. 3) „*Samozřejmě když jim třeba nevyzbyde, tak vědí, že můžou přijít a dostanou třeba od nás potravinovou pomoc. To je jediný, co pro ně, když je krize, můžeme udělat.*“ (participant č. 4)

Někdy klienty kromě onemocnění trápí i dluhová problematika. „*Ty dluhy jsou tam taky nebo třeba to hospodaření taky, ale v menší míře si myslím, že spíš opravdu jsou to ty vztahy.*“ (participant č. 5)

Klienti při vnímání kvality vlastního života také řeší otázku smyslu života s omezeními, která nemoc přináší. Kvůli nedorozumění s okolím mohou řešit různé konflikty a nedaří se jim ve vztazích. „*Čili často nerozumí nebo jsou opuštění, často jsou tam nějaké konflikty se zákonem formou přestupku. Takže v oblasti těch vztahů.*“ „*Jestli má, na koho se obrátit. Jestli má, kde hledat oporu. Mít možnost s kým komunikovat. Často řeší i takové jako existenční problémy. Jestli jim ten život dává smysl. Že jim ta nemoc přináší různá omezení a bolest a podobně.*“ (participant č. 5)

DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě získaných teoretických znalostí, zjištění z praktické části výzkumu a vytyčeného cíle výzkumu byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První otázka směřovala ke zjištění: *Jaké činnosti realizuje zdravotně-sociální pracovník nebo sociální pracovník v CDZ s klienty se schizofrenií?* Druhá výzkumná otázka vedla ke zjištění: *Jaké okruhy problémů s klienty se schizofrenií a jejich rodinami řeší zdravotně-sociální pracovníci nebo sociální pracovníci CDZ nejčastěji?*

Ze získaných dat byly vygenerovány dva hlavní tematické okruhy. První tematický okruh byl nazván: *Jakým způsobem pracuje sociální pracovník nebo ZSP v CDZ?* Nejvýznamnější témata, která se ve výpovědích participantů ve vztahu k stanovené výzkumné otázce ukázala, byla dále rozpracována do subtémat. Jsou jimi: *způsoby práce s rodinou, specifika práce se schizofreniky, způsoby práce s klientem a sociální práce v multidisciplinárním týmu.*

Vzhledem ke skutečnosti, že Centra duševního zdraví jsou novinkou v poskytování zdravotně sociální péče, nebylo možné shromáždit větší počet studií ke komparaci. Výsledky jsou tedy porovnávány i s výzkumy zaměřenými na sociální práci s duševně nemocnými.

Způsob práce s rodinou

Z výpovědí participantů týkající se práce s rodinou vyvstala dvě zásadní témata, a to komunikace a edukace. Komunikace v rodinách je kvůli onemocnění je často narušená a participantů běžně řeší konflikty pramenící z nedorozumění. Edukace v rodině je zaměřena hlavně na podání informací o schizofrenii, vysvětlení onemocnění, způsoby léčby, dodržování medikace a režim klienta.

Psychoedukace při práci s rodinou je pro obohacení znalostí členů rodiny o nemoci a vytvoření správného přístupu ke klientovi velmi důležitá. Tento přístup by měl být naplněn porozuměním, tolerancí, přijetím a zajištěním pocitu bezpečí, což následně vede, navzdory neúplnému psychickému pohodlí, k obnovení možnosti hrát specifickou sociální roli. (Dziwota et al., 2018)

Dále se spolupráce s rodinou zaměřuje na hledání způsobů vyrovnávání se se stresem při souvislé zátěži v péči o schizofrenika a v neposlední řadě také na problémy v důsledku ekonomické zátěže rodin. Kuchařová (2019) potvrzuje, že duševní i tělesné zdraví členů rodin se promítá do životních situací rodin. Důraz by měl být kladen na zajištění péče a podpory těmto rodinám.

Způsob práce s klientem a specifika práce se schizofreniky

V CDZ není jasně stanovena metodika práce a každé CDZ postupuje dle vlastní metodiky. Pracovníci si volí sami vlastní způsob práce s klientem, dodržují vnitřní metodiku a legislativní normy. Při práci s klientem je využíván case management. Pracovníci většinou pracují ve dvojici tvořené zdravotníkem a sociálním pracovníkem. Převažující charakter problému určuje klíčového pracovníka. Sociální pracovníci a ZSP využívají vlastní know-how, někteří používají přístup CARE a způsob práce s klientem je v pozitivním smyslu velmi kreativní. Participantů se přizpůsobují potřebám klientů. Všechna CDZ uplatňují hodnotící škály jako GAF, HONOS a AQOL. Prokopová (2019) potvrzuje, že touto skutečností vzniká možnost vytvářet si vlastní optimální postupy na základě zkušeností z probíhající praxe. Většina participantů udává, že práce se schizofreniky je náročná a vyžaduje individuální přístup ke klientovi založený na empatii, trpělivost a důvěře. Kromě důvěry by se vztah měl zakládat na podporujícím přístupu ke klientovi a motivaci zapojit ho do společnosti.

Sociální práce v multidisciplinárním týmu

Multidisciplinarita se odráží zejména na hlavních poradách v CDZ, kde se schází všichni členové týmu a sdílí se informace o klientech. Přestože dochází k občasným názorovým neshodám, kdy jednotliví pracovníci prosazují názory z perspektivy svého oboru, všichni participantů se shodují, že práce v týmu je pro klienty velmi přínosná. Jak uvedla Prokopová (2019), neshody v týmu jsou běžné, ale jako celek tým odvádí dobrou práci se snahou být ještě lepší. Ve shodě s Prokopovou lze konstatovat, že multidisciplinární tým je přínosem jak pro klienty, tak pro pracovníky v týmu. Komplexní přístup týmu nabízí také prostor pro širší práci s rodinou. Eassom (2014) zdůrazňuje, že multidisciplinární přístup může v týmech vytvářet různé organizační výzvy a díky těmto výzvám vznikají nové praktické pokyny pro organizaci týmu.

Druhý tematický okruh byl pojmenován: *Jaké problémy u klientů a jejich rodin řeší sociální pracovník nebo ZSP v CDZ? Z výpovědí participantů vyplynulo pět subtémat. Jsou jimi: finance, bydlení, sociální kontakt, zaměstnání a kvalita života.*

Finance a bydlení

Ze získaných dat vyplynulo, že ne každý schizofrenik má z důvodu poškozených kognitivních funkcí potíže v hospodaření s financemi. Většina participantů byla ve shodě v tom smyslu, že osoby s tímto onemocněním mají nedostatek financí a vyřizování různých sociálních dávek je běžnou praxí.

Z výpovědí participantů bylo zjištěno, že domácí prostředí poskytuje schizofrenikům bezpečný prostor. Velký počet osob s tímto duševním onemocněním nevyhází z domu nebo bytu a žije v sociální izolaci. Sociální pracovníci nebo ZSP ve spojitosti s bydlením klienta řeší často soužití v rodinách, hledání nového bydlení, ale i možnosti alternativního bydlení, jako jsou tréninkové byty.

Sociální kontakt

Z výpovědí participantů vyplynulo, že schizofrenici mají velmi omezený sociální kontakt, nemají mnoho přátel a těžko vychází i s rodinou. Sociální pracovníci nebo ZSP u mnohých klientů bývají jediným možným sociálním kontaktem. Dosedělová (2017) uvádí, že většina schizofreniků se straní společnosti a sociální pracovník nabízí možnosti volnočasových aktivit, do kterých by se mohli zapojit, popřípadě poznat osoby se stejným onemocněním. Trénink sociálních dovedností výrazně zlepšuje sociální fungování klientů se schizofrenií. Je třeba dodat, že sociální izolace, samota a nedostatek mezilidských vztahů, které se často vyskytují mezi jedinci trpícími schizofrenií, výrazně snižují jejich spokojenost a kvalitu každodenního života. (Dziwota et al., 2018)

Zaměstnání

Participantů uvedli, že většina schizofreniků pobírá invalidní důchod a nepracují, protože jim to neumožňuje jejich zdravotní stav. Nejčastěji pomáhají klientům s hledáním vhodného zaměstnání, které by zvládli alespoň na pár hodin denně. Spíše se jedná o jednoduchou práci nebo zaměstnání v chráněných dílnách. Mundier (2014) potvrzuje, že právě v chráněných zaměstnáních se mohou osoby se schizofrenií nějakým způsobem uplatnit. Nemožnost stále pracovat vede k nízkému příjmu, a to zhoršuje již tak složitou sociální situaci.

Zpočátku byla forma chráněného zaměstnání velmi populární, ale v poslední době se věnuje pozornost zaměstnání na otevřeném trhu práce. Důležitou roli zde hrají faktory jako je stupeň zotavení pacienta, jeho současný blahobyt a způsob fungování před onemocněním, jakož i vzdělání a dovednosti, které má. (Dziwota et al., 2018)

Kvalita života

Vnímání kvality života je velmi individuální. Kvalita života pacientů se schizofrenií je subjektivním hodnocením, protože pacienti hodnotí svůj život vlastníma očima z hlediska fyzického, kulturního a sociálního, jakož i z hlediska úrovně a pohodlí života (Dziwota et al., 2018). Participantů kvalitu života řešili v souvislosti s finančním zabezpečením klientů. Důležitým byl také smysl života navzdory omezením, které nemoc přináší. Kvůli nedorozumění s okolím mohou řešit různé konflikty a nedaří se jim ve vztazích.

Doporučení pro praktické využití

Doručení vycházející z předkládané práce se ztotožňují s výsledky výzkumu. Přes úsilí všech pracovníků, kteří se na činnosti této služby podílejí, není o ní veřejnost dostatečně informována. Proto byl pro využití v praxi vytvořen informační leták o službě CDZ. Leták může sloužit jako informační materiál pro zájemce o službu a přispět k rozšíření povědomí veřejnosti o nové zdravotně sociální službě. Schizofrenici sami služby nevyhledávají, spíše se obracejí jejich rodinní příslušníci, které by leták mohl směřovat k nabídce pomoci. Na letáku jsou uvedeny základní informace, komu je služba poskytována a kontakt. Leták je vhodným prostředkem, který může být k dispozici před vstupem do sídla služby nebo na různých veřejných místech. Zde by jej mohly získat pro osoby, které se obávají sociálního kontaktu a chtěly by zjistit o službě více informací. Leták je k nahlédnutí v Příloze č. VI. Limitem prezentovaných doporučení je fakt, že CDZ zatím poskytují své služby poměrně krátkou dobu a možnost prozkoumat současnou praxi tím byla omezená.

ZÁVĚR

Role zdravotně sociálního pracovníka v CDZ při pomoci rodinám klientů se schizofrenií je neoddělitelně provázaná s pomocí klientům samotným a klíčovými oblastmi jsou finance, bydlení, sociální kontakt, zaměstnání a kvalita života. Činnost ZSP v rámci CDZ je významným prvkem při realizaci přesunu péče o schizofreniky do přirozeného prostředí jejich domovů a komunity. Základem takového přístupu je práce s rodinou klienta, její edukace, pomoc s komunikačními problémy a v neposlední řadě řešení sociální situace vzniklé v důsledku onemocnění.

Zdravotně sociální služba CDZ nabízí unikátní pomoc, kterou dosud neměli lidé s vážným duševním onemocněním a jejich rodiny k dispozici. Základem této terénní služby je podpora klientů v jejich přirozeném prostředí, komunikace s rodinou a pomoc při zvládnání obtíží v jejich běžném životě. Pokud klient nemá možnost být v kontaktu se svojí rodinou, CDZ mu může poskytovat pomyslnou péči jako „druhá rodina“ a nezřídka rodinu určitými činnostmi nahrazuje.

Ze získaných dat byly vygenerovány dva hlavní tematické okruhy. První tematický okruh se zaměřoval na způsob práce sociálního pracovníka nebo ZSP v CDZ. Jako nejvýznamnější se ukázala témata ve vztahu k stanovené výzkumné otázce: způsoby práce s rodinou klientů, sociální práce v multidisciplinárním týmu, způsoby práce s klientem a specifika práce se schizofreniky. Druhý tematický okruh poukázal na hlavní problémy u klientů a jejich rodin, které řeší sociální pracovník nebo ZSP v CDZ. Z výpovědí participantů vyplynulo pět subtémat, která jsou již zmíněna v úvodní větě závěru. Jak vyplývá z prezentace výsledků, výzkumné otázky byly podrobně zpracovány a cíl bakalářské práce byl naplněn.

Podpora a pomoc osobám v jejich přirozeném prostředí nese mnoho pozitiv jak pro člověka v tíživé životní situaci, tak pro zdravotní a sociální systém našeho státu. Z ekonomického hlediska je péče o osobu v jejím domácím prostředí méně nákladná než hospitalizace nebo pobytová služba. Výsledky výzkumu mohou sloužit jako zdroj informací k hlubšímu prostudování problematiky osob se schizofrenií. Sociální intervence a psychosociální rehabilitace mohou eliminovat příčiny rezignace pacientů na společenský život. Trénink sociálních dovedností může klienty se schizofrenií vrátit k samostatnějšímu fungování ve společnosti.

Vzhledem k rozvoji CDZ a rozšiřování jejich sítě v rámci České republiky mohou výsledná zjištění přispět také ke zlepšení poskytované péče klientům a jejich rodinám.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL, 2013. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.
2. BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE, 2006. *Using thematic analysis in psychology: Qualitative Research in Psychology*, [online]. [cit. 2020-04-12]. ISSN 1478-0887. Dostupné z: <https://core.ac.uk/download/pdf/1347976.pdf>
3. BRNULA, Peter, 2013. *Sociálna práca: dejiny, teórie a metódy*. 2. vydání. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89238-77-4.
4. Co je reforma?, 2018. *Reforma péče o duševní* [online]. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/
5. Co je zotavení, 2016. In: *Zotavení: Co je zotavení* [online]. [cit. 2020-04-11]. Dostupné z: <https://www.zotaveni.cz/co-je-zotaveni>
6. ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.
7. ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
8. ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb.: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
9. ČEŠKOVÁ, Eva, 2007. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-1141.
10. DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
11. DOSEDĚLOVÁ, Monika. Klient trpící schizofrenií v péči sociálního pracovníka. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Hradec

- Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: plk. PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.
12. DZIWOTA, Ewelina et al., 2018. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. In: *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 25(1), s. 50-55. DOI: 10.5604/12321966.1233566. ISSN 1232-1966. Dostupné také z: <http://www.journalssystem.com/aaem/Social-functioning-and-the-quality-of-life-of-patients-diagnosed-with-schizophrenia,72507,0,2.html>
 13. EASSOM, Erica et al., 2014. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open* [online]. 4(10) [cit. 2020-05-24]. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006108. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2014-006108>
 14. ELICHOVÁ, Markéta, 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0080-4.
 15. FISCHER, Ondřej a René MILFAIT, 2008. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok. ISBN 978-80-904137-3-3.
 16. FOUCAULT, Michel, 1994. *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. Edice 21. ISBN 80-710-6085-2.
 17. GAEBEL, Wolfgang a Jürgen ZIELASEK, 2015. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 661-673.
 18. GANGULY, Pronab, Abdrabo SOLIMAN a Ahmed MOUSTAFA, 2018. Holistic Management of Schizophrenia Symptoms Using Pharmacological and Non-pharmacological Treatment. *Frontiers in Public Health*. 1-9.
 19. Global Declaration on the Ethical Principles of Social Work, 2018. In: *International Federation of Social Workers* [online]. [cit. 2020-04-10]. Dostupné z: <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>

20. GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
21. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7040-2.
22. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN, 2016. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1.
23. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.
24. HÖSCHL, Cyril, Jaromír ŠVESTKA a Jan LIBIGER, 2004. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 80-900130-7-4.
25. KANDOLA, Aaron et al., 2016. Aerobic Exercise as a Tool to Improve Hippocampal Plasticity and Function in Humans: Practical Implications for Mental Health Treatment. *Frontiers in Human Neuroscience*.
26. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-717-8774-4.
27. KUCHAROVÁ, Věra et al., 2019. *Česká rodina na počátku 21. století: životní podmínky, vztahy a potřeby*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici s Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-275-3.
28. KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
29. Kvalifikační standard Zdravotně-sociální pracovník, 2018. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2020-04-08]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/kvalifikacni-standard-zdravotne-socialni-pracovnik_16347_947_3.html
30. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

31. MALÍK HOLASOVÁ, Věra, 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.
32. Malý průvodce Centry duševního zdraví, 2019. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2020-04-11]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Unie/obsah/pro-prijemce_3880_8.html
33. Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf
34. Manuál k evaluaci CDZ II, 2019. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Materiály pro příjemce dotace z Programu podpory Center duševního zdraví* [online]. [cit. 2020-04-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/materialy-pro-prijemce-dotace-z-programu-podpory-center-dusevniho-zdravi_17449_4027_8.html
35. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80247-1151-6.
36. MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN ISBN978-80-7367-502-8.
37. MÁTEL, Andrej, 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2220-2.
38. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
39. MUNDIER, Milan, 2014. *Analýza sociální situace osob se schizofrenií*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
40. NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903-0700-0.
41. NECHANSKÁ, Blanka a kol., 2019. *Psychiatrická péče 2018* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2020-05-07].

- ISBN 978-80-7472-183-0. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>
42. ORENDÁČ, Peter a Emília VRÁNKOVÁ, 2013. *Školské a závěrečné práce - Ako na to?*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. ISBN 978-80-89535-11-8.
43. PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
44. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
45. PORTER, Roy, 2013. *Dějiny medicíny: od starověku po současnost*. V českém jazyce vyd. 2. Praha: Prostor. Obzor (Prostor). ISBN 978-80-7260-287-2.
46. Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99): Schizofrenie, 2018. *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky* [online]. [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/F20-F29.html>
47. PROKOPOVÁ, Johana, 2019. *Multidisciplinární tým v implementaci Center duševního zdraví*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd. Vedoucí práce PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.
48. SOLHEIM, Karen, Beverly J. MCELMURRY a Mi Ja KIM, 2007. *Multidisciplinary teamwork in US primary health care*. 65(3), 622-634. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.03.028. ISSN 02779536. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953607001530>
49. Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ), 2016. In: *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/aktuality/standard-pece-poskytovane-v-cdz-uverejnen-ve-vestn/>
50. Strategie reformy psychiatrické péče: Ministerstvo zdravotnictví ČR, verze 1.0, vydáno 8. října 2013, 2013. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

51. STEPNICKI, Piotr, Magda KONDEJ a Agnieszka A. KACZOR, 2018. Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. *Molecules*. 3-29.
52. VAN OS, Jim a Shitij KAPUR, 2009. Schizophrenia. *The Lancet* [online]. 374(9690), 635-645 [cit. 2020-05-25]. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60995-8. ISSN 01406736. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673609609958>
53. VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ, 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.
54. VODÁČKOVÁ, Daniela, 2007. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-342-0.
55. Základní principy péče poskytované v CDZ: Principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz, ©2010. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Unie/obsah/vyzva_3929_8.html
56. ZAKOUŘILOVÁ, Eva, 2014. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0583-8.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AQoL	Assessment of Quality of Life
CARe	Comprehensive Approach to Rehabilitation
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CDZ	Centrum duševního zdraví
CNS	Centrální nervový systém
Covid – 19	Coronavirus disease 2019
CT	Výpočetní tomografie
DBS	Deep Brain Stimulation
EEG	Elektroencefalografie
GAF	Global Assesment of Functioning
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
IPS	Individual Placement and Support
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MRI	Magnetická rezonance
rTMS	Repetitivně transkraniální magnetická stimulace
Sb.	Sbírka
SMI	Severe Mental Illness
Sms	Short Message Service
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
ZSP	Zdravotně-sociální pracovník

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Mentální mapa sociální práce.....	42
Obrázek 2 Mentální mapa sociálních problémů	50

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Charakteristika participantů.....	41
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM INFORMACÍ

Příloha P II: SCHÉMA ROZHOVORU

Příloha P III: NÁHLED TRANSKRIPCE ROZHOVORU

Příloha P IV: LETÁK CDZ

Příloha P V: AQOL

Příloha P VI: GAF

Příloha P VII: HONOS

