

Sociální rehabilitace a samostatnost klienta

Nikola Panáčková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikola Panáčková**
Osobní číslo: **H160496**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Sociální rehabilitace a samostatnost klienta**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociálních služeb, sociální rehabilitace a duševních nemocí.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

ŠVÉDÍKOVÁ, Magda. Sociální rehabilitace a legislativa 1: studijní opora. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-338-5.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

STEHNOVÁ, Berit. Smysl a cíl práce Oddělení sociální rehabilitace. 2006.

Sociální práce: Na vlastní kůži. Zapojení lidí se zkušeností do rozhodování o podobně služeb pro duševně nemocné. 2016, 1-28.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

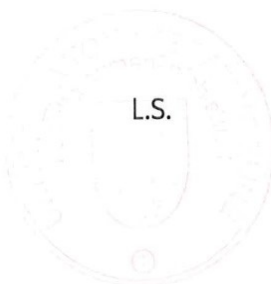
27. listopadu 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

26. dubna 2019

Ve Zlíně dne 27. listopadu 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

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 nevydávajíc 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) *Dizertační, 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 pořízovat 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, užíje-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 vzdělávacímu 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). *Odpirá-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 užit 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 jím 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 větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá sociální rehabilitací a samostatností klienta a skládá se ze dvou částí, a to z částí teoretické a praktické. Zaměřuji se na klienty s duševním onemocněním v sociální rehabilitaci, která sídlí na Vsetíně. Teoretická část obsahuje poznatky z odborné literatury, popisuje základní pojmy, které jsou úzce spjaty se sociální rehabilitací, jako jsou sociální služby, sociální rehabilitace a vzhled do problematiky duševních onemocnění. Praktická část se zabývá otázkou, jak sociální rehabilitace pomáhá k osamostatnění klienta s duševním onemocněním.

Klíčová slova: sociální rehabilitace, sociální služby, duševní onemocnění, diagnóza, samostatnost

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the social rehabilitation and the independence of the client. It consists of two parts, theoretical and practical. The focus is aimed on the clients with mental illness during the process of social rehabilitation, which is based in Vsetin. The theoretical part contains the expertise of terminology from the sources, description of the basic concepts that are closely related to social rehabilitation, such as social services, social rehabilitation and insight into the problematics of mental illness. The practical part discusses the question of how social rehabilitation helps to make a client with mental illness more independent.

Keywords: social rehabilitation, social services, mental illness, diagnosis, independence

Velmi ráda bych poděkovala paní PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D., za její odborné vedení, trpělivost a cenné rady, které mi během tvorby mé bakalářské práce poskytovala. Dále bych chtěla poděkovat pracovnícím ze sociální rehabilitace a jejich klientům za ochotu a spolupráci. Rodině a známým za morální podporu a pomoc, kterou mi během psaní bakalářské práce i po celou dobu studia poskytovali.

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

OBSAH

OBSAH.....	8
Úvod	9
I.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Sociální služby.....	11
1.1 Kategorie sociálních služeb.....	11
1.1.1 Sociální poradenství.....	11
1.1.2 Sociální péče	13
1.1.3 Sociální prevence	13
1.2 Kvalifikace sociálního pracovníka	15
1.2.1 Morálka v sociální práci.....	16
1.3 Klient s duševními problémy v systému sociálních služeb	17
2 Sociální rehabilitace.....	20
2.1 Rehabilitace.....	20
2.2 Sociální rehabilitace	20
2.2.1 Základní činnosti při poskytnutí sociální rehabilitace.....	21
2.3 Sociální rehabilitace duševně nemocných v ČR.....	22
3 Vhled do problematiky duševních onemocnění.....	24
3.1 Duševní zdraví	24
3.2 Reakce rodiny na duševní nemoc	25
3.2.1 Podpora rodiny.....	26
3.3 Sociální práce s dítětem s duševním onemocněním	26
3.4 Dospělý s duševním onemocněním	28
3.5 Senior s duševním onemocněním.....	31
II. Praktická část.....	33
4 Metodologie výzkumu	34
4.1 Výzkumné otázky a cíle	34
4.2 Sociální rehabilitace Camino.....	35
4.3 Výzkumný soubor	36
5 Analýza dat	39
5.1 Kategorie.....	39
5.2 Axionální kodování	48
5.3 Paradigmatický model.....	49
6 Interpretace dat	51
7 Doporučení pro praxi	53
Závěr.....	54
Seznam použité literatury	56
Seznam použitých symbolů a zkratek.....	59
Seznam tabulek.....	60

ÚVOD

V životě se při příležitosti narozenin, svátků i jiných oslavách přeje hodně štěstí a zdraví. Často slyšíme, že zdraví je to nejcennější, co každý může mít. Bohužel všichni lidé toto štěstí nemají a jsou závislí na pomoci druhých lidí. Mohou se tam řadit právě lidé s duševním onemocněním, kteří se snaží za pomoci sociální rehabilitace znovu začlenit do společenského života a osamostatnit se. V dnešní době je téma duševně nemocných odsouváno na okraj společenského zájmu a lidé často trpí různými nesmyslnými domněnkami a předsudky.

Sociální rehabilitace je bezplatná služba, která má klienty doprovázet na jejich nelehké cestě. Měla jsem možnost být v této službě po dobu 4 týdnů na praxi a lidé i prostředí mě nadchlo natolik, že jsem se rozhodla zaměřit svou bakalářskou práci právě na téma sociální rehabilitace a samostatnosti. Bakalářská práce se dělí na praktickou a teoretickou část. V první kapitole teoretické části jsou popsány sociální služby, jejich druhy, kvalifikace sociálního pracovníka a klient s duševními problémy v systému sociálních služeb. V další kapitole se můžete dočíst více o sociální rehabilitaci. Třetí kapitola se více zaměřuje na problematiku duševních nemocí, je tam zahrnuto duševní zdraví, podpora rodiny, sociální práce s dítětem, dospělým a seniorem s duševním onemocněním. Ve čtvrté kapitole se už přesouváme k praktické části bakalářské práce, jejímž hlavním cílem je zjistit, jak sociální rehabilitace pomáhá k osamostatnění klienta s duševním onemocněním. Toto zjišťování proběhlo na základě polostrukturovaných rozhovorů, které probíhaly v rehabilitaci s klienty i pracovníky služby. K sociální rehabilitaci nemáme mnoho literatury, proto mi přijde na místě se touto problematikou zabývat, rozšiřovat poznatky veřejnosti, popisovat, co právě pomáhá těmto lidem v jejich cestě k osamostatnění. V bakalářské práci naleznete mnoho zajímavých názorů a poznatků o rehabilitaci duševně nemocných osob a jejich samostatnosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby jsou poskytované lidem společensky znevýhodněným s cílem zlepšit jejich kvalitu života, snaží se je začlenit do společnosti a chránit před riziky. Berou na vědomí uživatele, jeho rodinu nebo skupinu, do které patří, a zájmy širšího společenství. V zahraničí se můžeme setkat s pojmem humanitní služby. Pracují v nich lidé, kteří jsou na to akreditováni nebo také dobrovolníci. (Matoušek, 2007) V květnu 2006 byl přijat zákon o sociálních službách ve Sbírce zákonů pod číslem 108 s účinností od 1. 1. 2007.

Primární zásady při poskytování sociálních služeb jsou v ustanovení § 2 toho zákona, a to: *„Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.“*

Míra podpory a forma pomoci dané ze strany sociálních služeb musí brát zřetel na lidskou důstojnost osob. Jejich pomoc vychází z individuálních potřeb jedinců. Musí mít aktivní vliv na osoby, podporovat jejich samostatnost, sociální začleňování a motivovat je. Poskytnutí sociálních služeb je v zájmu osob a musí být poskytnuto takovými způsoby a v náležité kvalitě, aby bylo vždy zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. (Matoušek, 2011)

Již zmíněné základní zásady jsou směrnici, podle které byly propracovány standardy kvality sociálních služeb. (Čámský, 2011)

1.1 Kategorie sociálních služeb

Kategorizace sociálních služeb je do jisté míry převzata z německé právní úpravy a dělí se na sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence. Dále máme 3 formy, v jakých se tyto služby poskytují, a to jsou služby pobytové, ambulantní, terénní. Tyto formy a jednotlivé druhy služeb nám definuje zákon ve svém ustanovení § 33. (Matoušek, 2007)

1.1.1 Sociální poradenství

Poradenstvím se v dnešní době zabývá většina pomáhajících profesí. Poradce můžeme najít v institucích, jako jsou vzdělávací instituce, věznice, armáda, kliniky, psychiatrická zařízení, podnikové sektory, sdružení a instituce v občanských komunitách a především sociální služby. K nezbytným schopnostem člověka patří umět se rozhodovat, spolupracovat, komunikovat, umět se učit, pracovat s informacemi, porozumět světu, a to v dnešní době vědí nejen školní poradci. Rady nám mohou poskytnout také přátelé, rodina, různé politické, náboženské, průmyslové, sociální a

vzdělávací instituce. V širším pojetí je poradenství získávání informací, které nám pomohou navýšit rozsah našich dovedností a znalostí. (Matoušek, 2003)

Sociální poradenství dělíme na základní a odborné. V základním poskytujeme potřebné informace, které napomáhají k řešení nepříznivé sociální situace, a je součástí všech druhů služeb.

„Podle zákona o sociálních službách je sociální poradenství základní formou sociálních služeb, kterou musí zajistit každý poskytovatel jakéhokoliv typu sociálních služeb. Toto poradenství zahrnuje kromě informací o sociálních službách také informace o možnosti získání pomoci z jiných sociálních systémů, zejména státní sociální podpory a pomoci v hmotné nouzi.“ (Oswald, 2010, s. 5)

„Odborné sociální poradenství se dle zákona vůči základnímu sociálnímu poradenství vymezuje jednak širším rozsahem, hloubkou poradenství a jednak zaměřením na příslušnou skupinu. V naší praxi se ovšem setkáváme s tím, že zákonem takto vymezené odborné sociální poradenství je obtížné v praxi naplňovat. Našimi klienty jsou všechny cílové skupiny, zejména osoby vyhledávající orientaci v nejrůznějších životních situacích.“ (Oswald © 2010)

B. Hopson a M. Scally (in Matoušek, 2003) vymezili podle potřeb osob, šest typů pomoci druhým:

1. Podání jednoduchých věcných informací, které jsou pro osoby, co potřebují řešit své situace, jako mohou být např. neznalost vyplnění formuláře, špatný přehled o agendách. Nedostatek informací, staví člověka do nepříjemné situace, proto jsou rady tohoto typu užitečné.
2. Poskytování rad, kdy odborník poskytuje své názory, na jisté situace, které jsou spojovány se situací dané osoby.
3. Umožnit získávání dovedností, znalostí prostřednictvím učení.
4. Psychologický náhled pomáhá s pochopením problému, snaží se vysvětlit, kde a proč vzniká zádrhel, a snaží se ukázat správnou cestu. Nejčastěji jde o to, aby si lidé dokázali pomoci sami.
5. Pomáhat prostřednictvím přímé akce znamená vykonávat za jinou osobu, obstarávat co právě teď moc potřebuje, např. bydlení, vyplnění formulářů, půjčka, jídlo.
6. Organizační úpravy, změny v předpisech, které jedinci startují problémy. Může jít o změnu, která se bude týkat ovlivnění změnou systému.

Pomáhat lidem, překonávat jejich problémy, naplňovat osobní cíle, to je jedna z cest poradenství.

1.1.2 Sociální péče

Služby sociální péče definuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 v § 38 jako služby, které pomáhají klientům zajistit jejich soběstačnost jak fyzickou, tak psychickou s cílem zapojení do běžného života společnosti, kdy jsou sami ve stavu, kdy to vylučuje jejich stav, a obstarat jim důstojné prostředí a zacházení. Do služeb sociální péče zařazujeme osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, podporu samostatného bydlení, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních.

1.1.3 Sociální prevence

Služby sociální prevence se snaží zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy krizovou sociální situací. „Cílem služeb je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé životní situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“ (§ 53 zákona č. 108/2006 Sb). Lidé nejsou schopni o sebe sami pečovat z důvodu věku či zdravotního stavu. Pod sociální prevencí se řadí i služba sociální rehabilitace, na kterou se zaměřuji v praktické části.

Druhy služeb sociální prevence dle oddílu 4 zákona č. 108/2006 Sb.:

1. Telefonická krizová pomoc je věnována osobám ve špatné životní situaci, v ohrožení života a zdraví. Je hlavně pro lidi s duševním onemocněním. Může být anonymní a pomůže nasměrovat člověka do sociálních a zdravotních služeb.
2. Ranná péče může být ambulantní nebo terénní a je poskytována dětem do sedmi let se zdravotními nebo duševními problémy.
3. Tlumočnické služby jsou poskytnuty osobám s kombinovaným nebo smyslovým postižením.
4. Azylové domy mohou být pro matky s dětmi, pro muže, ženy, pro mládež do 18 let. Poskytují se lidem, kteří jsou bez přístřeší nebo v tíživé životní situaci.
5. Domy na půl cesty jsou pro mladistvé, kteří dlouhodobě navštěvovali výchovné či školské ústavy, nebo pro mládež propuštěnou z výkonu trestu. Jsou do 26 let.
6. Kontaktní centra jsou pro osoby, které jsou ohroženy návykovými látkami nebo je užívají. Jsou formou ambulantní pomoci a orientují se na snižování sociálních a zdravotních rizik.
7. Krizová pomoc je pro osoby ohroženy na zdraví či v ohrožení života, pro osoby, které nejsou schopny řešit životní situace. Může být ambulantní i pobytová.

8. Intervenční centra pomáhají lidem, kteří jsou ohrožováni násilným chováním, a to na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající stejné prostory. Podle zvláštního právního předpisu o vykázaní ze společného obydlí, je osobě, která je ohrožena násilím, nabídnuta do 48 hodin pomoc intervenčního centra. Pomoc může být poskytnuta i bez takového podnětu, a to když se intervenční centrum dozví o ohrožení osoby násilným chováním. Služba je poskytnuta formou pobytovou, terénní a ambulantní a zahrnuje základní činnosti sociálně terapeutické, pomoc při uplatnění práv a obstarávání osobních záležitostí.

9. Nízkoprahová denní centra poskytují pomoc při řešení osobních záležitostí. Jsou určena pro osoby bez přístřeší. Nabízí hygienický a potravinový servis.

10. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež se soustředí na skupiny, které jsou ohroženy nežádoucími jevy, jako mohou být alkohol, drogy či kriminalita.

11. Noclehárny jsou pro osoby bez přístřeší a poskytují ubytování.

12. Služby následné péče se zaměřují na resocializaci klienta a prevence relapsu klienta. Navštěvují je lidé, kteří trpí duševními nemocemi nebo závislostmi.

13. Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi pomáhají zvládat dlouhodobé tíšňové nebo krizové sociální situace.

14. Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory slouží jako preventivní opatření sociálně vyloučených osob a nabízejí pomoc při běžných životních situacích.

15. Sociálně terapeutické dílny pracují na zlepšování pracovních dovedností a návyků. Jsou pravidelné a dlouhodobé.

16. Terapeutické komunity jsou určeny pro osoby závislé na návykových látkách a osoby s chronickým duševním onemocněním. Nabízejí pobytové služby.

17. Terénní programy jsou pro rizikové osoby, které žijí ve vyloučených komunitách. Snaží se vyhledat tyto osoby a začlenit je do společnosti. Nejvíce se služba týká uživatelů návykových látek.

18. Sociální rehabilitace má za úkol vést klienty k soběstačnosti, samostatnosti a rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti. Služba může být ambulantní i terénní. Je určena pro osoby se zdravotním postižením, duševním, sociálně vyloučeným (etnické odlišnosti, nezaměstnanost, chudoba).

Do rámce některých služeb sociální prevence spadají i resocializační programy, které uložil soud nebo státní zástupce, a probační programy pro mladistvé. Programy obsahují vzdělávací,

rekvalifikační, doškolovací služby, programy k rozvíjení osobnosti klienta a jeho sociálních kompetencí. (Sokol a Trefilová, 2008)

V další kapitole se věnuji sociální rehabilitaci, proto jsem sociální prevenci uvedla v celé šíři.

1.2 Kvalifikace sociálního pracovníka

V odborných činnostech mohou vykonávat službu podle § 115 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb. (dále jen ZSS): sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborně způsobilí pracovníci. V sociálních službách mohou působit i dobrovolníci podle § 115 ods. 2 ZSS, ale za určitých stanovených podmínek, které určuje zvláštní právní předpis, zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě.

K povolání sociální pracovník se váže předpoklad jako je odborná a zdravotní způsobilost, svéprávnost a bezúhonnost. Bezúhonnost se posoudí a dokazuje podle § 79 odst. 2 a 3 věty první až třetí. Zdravotní způsobilost prozkoumává a lékařský posudek o způsobilosti poskytuje registrující poskytovatel zdravotních služeb v oborech praktický lékař pro děti a dorost, všeobecné praktické lékařství a u zaměstnanců poskytovatel pracovně-lékařských služeb. Odbornou způsobilostí sociálního pracovníka je vysokoškolské vzdělání, které je získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studiu se zaměřením na sociální politiku, sociální práci, sociální pedagogiku, sociální patologii a právo, sociální péči, akreditovaném podle zvláštního předpisu. Dále může být vyšší odborné vzdělání, dosažené absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštních předpisů, v oborech zaměřených na sociální pedagogiku, sociální práci, sociální pedagogiku a práci, sociálně právní činnost, sociální a humanitní práci, sociální a charitní činnost. (§ 110 ZSS)

V zákoně o sociálních službách je sociální pracovník vymezen jako pracovník, který vykonává sociální šetření, řeší sociálně právní problémy, zabezpečuje sociální agendy v zařízení sociální péče, sociálně právní poradenství, koncepční, metodickou a analytickou působností v sociální oblasti, poskytnutí krizové pomoci, sociální rehabilitace, sociální poradenství, odhaluje potřeby obyvatel kraje i obce a koordinuje poskytnutí sociálních služeb.

Zaměstnancem sociálních služeb je osoba, která vykonává přímou a obslužnou péči, základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost, aktivizační, vzdělávací a výchovnou činnost. Pracovní náplň je stanovena v § 116 odst. 1 ZSS.

Kompetence sociálního pracovníka popisuje Matoušek (2003, s. 91) takto: „*Funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesní role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnosti reflektovat adekvátně a citlivě aplikovat hodnoty profese.*“

Výhradně sociální pracovník pracuje s klienty a jejich rodinami, s přirozenými skupinami (parta mládežníků na sídlišti), s uměle vytvořenými skupinami, jakými mohou být např. skupiny lidí, co jsou ve vězení, školní třídy, s organizacemi, komunitami. Může působit jako expert ve vytváření různých vyhlášek a zákonů, nebo jako oponent, jenž se k takovým věcem vyjadřuje. (Matoušek, 2003)

1.2.1 Morálka v sociální práci

Morálka popisuje naši stránku mravnosti. Každý máme nějaký druh chování a přejímáme pravidla s obecným souhlasem, poté je pokládáme za závazná pro své určité chování a jednání.

V sociální sféře se věnuje pozornost etice profesionální. Je to etika podle norem, předpisů, mravních zásad, které má pracovník v sociálních službách dodržovat a znát. Tato shoda legislativní zákonné úpravy a mravní normy se nazývá legislativa.

Principy etiky v pomáhajících profesích jsou:

- princip neškození – zakazuje ublížit či usmrtit;
- princip dobřechinění – předcházení poškození;
- respekt k autonomii – bez zevního ovlivnění, samostatné nezávislé jednání, můžeme ho dělit na formu model zákazníka nebo model smluvní, dohadovací;
- princip spravedlnosti – rozdělování prostředků. (Mahrová, 2008)

Dále jsou nutné etické kodexy, v nichž jsou témata jako důstojnost lidské bytosti, respekt k hodnotám, sociální spravedlnost a profesní celistvost. Etické kodexy vyrazují bezohledné jednání, které vede jen k osobnímu prospěchu. Pomáhající přiléhá k hranicím nejpodstatnějších hodnot člověka jako je autonomie, svoboda, zdraví, osobnost. Hodnoty nejsou na prodej, jde o vztah mezi klientem a pracovníkem. (Mahrová, 2008)

Mezi složky, které přispívají k důvěryhodnosti, mohou patřit diskrétnost, spolehlivost, využívání moci a porozumění. Diskrétnost je myšlena jako mlčenlivost, sdělené informace se nedostanou k dalším lidem. Je důležité, aby klient mohl věřit všemu, co pracovník říká. Předpokládáme, že se nám pracovník začne věnovat a bude se nás snažit pochopit.

Důvěryhodnost se může také odrážet od vzhledu pracovníka. Pokud je neupravený, nevhodně oblečen, může být těžké mu důvěřovat. Pověst pracovníka je dalším negativním nebo pozitivním zdrojem. (Matoušek, 2003)

1.3 Klient s duševními problémy v systému sociálních služeb

Z celé řady klientů se zaměřuji přímo na tuto skupinu, protože praktická část se zabývá klienty sociální rehabilitace s duševním onemocněním. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, má každá osoba, která by se mohla ocitnout v nepříznivé sociální situaci nebo se v ní ocitne, nárok na bezplatné sociální poradenství. (Matoušek, 2007)

Všichni blízcí lidé, kteří se vyskytují v blízkosti duševně nemocných, z obecného hlediska patří do systému péče. Myslíme tím rodinu, učitele, přátele, prostředí, v kterém žije, spolupracovníky. Všichni tito lidé jsou součástí světa duševně nemocného a provází jej jeho životem. Duševní onemocnění je velmi individuální, klient často nemusí vědět, že nějakou duševní nemocí trpí. Je to záludné onemocnění. Rodina ani přátelé problém často nevidí a lidé si pomocnou službu vyhledávají sami.

Pokud máme informace o klientovi a jeho duševní nemoci, vidíme jeho příznaky, je zásah sociálních služeb na místě. Zvolíme vhodnou formu, osobu, místo a nabídneme pomoc.

První reakce bývají záporné, ale to otevírá možnost prodiskutovat téma a nabídnout další možnosti. Je vhodné, aby pomoc přišla co nejdříve. (Mahrová, 2008)

Pracovník v sociálních sférách by měl mít znalosti, kontakty, letáky, měl by mít adresy na různé psychology, aby klienta navedl a ukázal mu cestu, kde mu dále může být poskytnuta pomoc. Každý pracovník sociálních služeb má své místo v systému. Pokud nemá vhodné kompetence, odkazuje klienta na jiné odborníky. Je velmi důležité znát své kompetence a dát klientovi reálnou nabídku. (Mahrová, 2008)

Důležitý je první kontakt s klientem, který může domluvit sám klient, jeho rodina nebo odborník. Nízkoprahová zařízení bývají často prvkontaktním bodem v sociální síti při práci s klientem, který trpí duševními problémy. Terénní pracovníci hledají aktivně osoby s psychickými nebo sociálními problémy a nabízejí různé možnosti pomoci. Klienti s poruchami chování bývají v péči těchto pracovníků běžně několik let. Každé dveře sociálních služeb jsou otevřené, pokud klient nebo rodina sociální pomoc sami vyhledají a mají o ni zájem.

Každý sociální pracovník by měl být způsobilý poskytovat základní informace. Ve většině případů klient spadá pod ambulanci nebo kontaktní centrum sociálních služeb. Pro osoby s duševním onemocněním je velmi těžké navštívit toto centrum a přiznat si svou duševní nemoc. Je důležité

klienta podpořit, dodat mu odvalu a netlačit na něj. Snažit se hezky vše vysvětlit, pokud nepřijde, nezlobit se, jen se třeba na příštím setkání zeptat, proč se nedostavil. Většina klientů poté dobrovolně navštěvuje tato centra a vrací se. Dalším krokem je stacionární péče a ta se prolíná s odbornou péčí v zařízení a pobytem doma. Klient je v kontaktu s rodinou a svým prostředím. (Mahrová, 2008)

Poté je rezidenční neboli pobytová péče, a to klienti bývají umístěni v různých psychiatrických léčebnách, klinikách apod. Tady se mohou dostat klienti i nedobrovolně, z důvodu narušování vlastního zdraví, kdy ohrožují sebe nebo okolí. V těchto zařízeních se o ně stará odborný multidisciplinární tým specialistů. Cílem je opět samostatnost klienta. Po ukončení hospitalizace v léčebných zařízeních může mít pacient po domluvě s lékařem doporučeno navštěvovat zařízení tzv. návazné doléčovací péče, které zařizuje sociální pracovník ve spolupráci s nemocným. Návazným zařízením může být myšlena ambulantní péče, domácí péče, služby následné péče, chráněné bydlení, sociálně-terapeutické dílny a sociální rehabilitace. (Mahrová, 2008)

Velké plus je spolupráce státních a nestátních sektorů o duševně nemocné. (Mahrová, 2008)

Lidé s duševním onemocněním mohou najít útočiště v domech na půl cesty, kde bydlí více klientů a podílí se tam na společných úkonech, jako jsou například vaření nebo uklízení. Napomáhá terapeut, který je k dispozici 24 hodin denně, tyto domy slouží jako předstupeň dalších forem bydlení. Dále existují chráněné byty, v nichž se žije po omezený čas. Mají tam k dispozici asistenční službu, kterou si mohou přivolat. Podporované bydlení je samostatné bydlení s návštěvami asistenční služby v podobě sociálních pracovníků, terapeutů nebo zdravotníků. Posledním bodem jsou sociální byty, které jsou vhodné pro mladé pacienty, kteří se chtějí vzdálit od rodin, které na ně mají negativní dopad. (Mahrová, 2008)

Do služeb sociální práce patří i chráněná práce, do které se řadí chráněné dílny, ve kterých není žádný plat, nebo jen symbolický. Nejdůležitější je smysluplnost vykonávané činnosti. O provoz nejrůznějších takových dílen a kováren se starají neziskové organizace. Další práce, která je k dispozici je přechodné a podporované zaměstnání. Jsou to místa v obyčejných firmách s možností integrace. V případě obtíží je možné se obrátit na asistenta, který pomůže řešit problém se zaměstnavatelem. (Mahrová, 2008)

V psychosociální rehabilitaci jsou i školy, které se zaobírají pomocí dlouhodobě nemocným. Jejich cílem je pomoci chronicky duševně nemocným zvládat jejich život v oblasti kde žijí. Jsou tři hlavní školy moderní psychiatrické rehabilitace, které se mezi sebou v praxi prolínají. (Probstová, 2005)

Britská škola klade důraz na podpůrné prostředí, bere v úvahu omezení v důsledku nemoci, primárně v chráněném bydlení a chráněných dílnách. Její představitelé jsou D. Bennett a G. Shepherd. Bennett

však poukazuje na to, že dovednosti naučené v chráněném prostředí se automaticky nepřenesou do nechráněného bydlení neboli běžného, protože chování a reakce závisí na parametrech prostředí. Další škola je Losangelská, ve které vznikl model se základem v posuzování kvality života, množství příznaků, dovedností, rolí a schopností. Představitelem je R. P. Liberman, který propracoval podrobně trénink sociálních dovedností, monitoring symptomů, jak získat strategii k řešení problémů a mapování stresorů. W. Anthony reprezentuje poslední model školy, který je zaměřen hlavně na význam učení a rozvoj schopností. Tento model nazýváme Bostonská škola a uživatelé jsou tam bráni jako „žáci“, kterým jsou předávány nové dovednosti. (Šupa, 2010)

D. Hollander a J. P. Wilken (in Šupa, 2010) uvedli šest fází procesu rehabilitace. A to fáze orientace a vzájemné poznávání a navazování vztahu, fáze šetření a mapování, stanovení cílů, fáze plánování, fáze intervencí a fáze hodnocení, zpětná vazba.

2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Tato kapitola se zabývá rehabilitací obecně, sociální rehabilitací, základními činnostmi, které se poskytují při sociální rehabilitaci a sociální rehabilitací duševně nemocných v ČR.

V rehabilitaci je důležité, ať v sociální, zdravotní nebo pracovní, slovo „snaha“, protože ne vždy může nastat očekávaný výsledek, ne pokaždé dochází k navrácení člověka do původního stavu. Rehabilitace začíná ve chvíli, kdy je nemocný přijat do lůžkového zařízení nebo navštíví ordinaci. V České republice převažuje názor, že rehabilitace je pouze dalším doplňkem léčby. Tuto skutečnost vyzdvihuje fakt, že rehabilitace je dělena na sociální a zdravotní služby. (Hejzlar, 2009)

2.1 Rehabilitace

Pojem rehabilitace je využíván v širokém obsahu. Často se pojí s plynulým a koordinovaným úsilím společnosti, která směřuje k sociální integraci jedince, zlepšení nebo stabilizaci jeho zdravotního stavu. Do tohoto procesu spadá velký soubor působení obsahující zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, ekonomickou, legislativní, politickou a organizační politiku. (Kolář, 2016)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala v roce 1969 rehabilitaci jako „*včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*“. (Votava, 2003) Záměrně tam není zmínka o tom, že by se rehabilitace měla nějak dělit na např. léčebnou, sociální. Jde o koordinované užití prostředků podle potřebnosti.

V současné době je možné rehabilitaci rozdělit do oblastí: léčebná rehabilitace, sociální rehabilitace, pedagogická rehabilitace a pracovní rehabilitace. Avšak v praxi nerozdělujeme jednotlivé oblasti z důvodu propojování a kombinování forem dle potřeb. (Kolář, 2016)

2.2 Sociální rehabilitace

O sociální rehabilitaci se začíná mluvit až ve 20. století. V dnešní době pojem sociální rehabilitace spojujeme s pomocí různým lidem žít plnohodnotný život, neohlížející se na zdravotní stav ani věk. Zdůrazňuje se snaha zapojit klienta co nejlépe do běžného života. Zdravotně postižený člověk se snaží dosáhnout nejvyššího stupně sociální integrace za pomoci soběstačnosti a samostatnosti. (Votava, 2003)

V zákonu 108/2006 Sb. § 70 je sociální rehabilitace definovaná takto: „*Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob,*

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

Mahrová (2008) popisuje sociální rehabilitaci jako službu, která pomáhá lidem k samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti.

Cílová skupina není zákonem definována, ale dle charakteru základních činností se dá vydedukovat, že jsou to osoby, kterým chybí soběstačnost, kontakt se společenským prostředím, jsou na okraji společnosti, mají nějaké zdravotní postižení.

Sociální rehabilitace je velkou součástí ucelené rehabilitace, kdy ucelený přístup vzhlíží na člověka jako na celistvou bytost, kterou je důležité chápat v jeho bio-psycho-sociální jednotě. Z toho vyplývá, že je důležité vnímat člověka z více úhlů pohledu, protože je ovlivňován mnoha faktory. (Jankovský, 2006) Ucelenost v rehabilitaci znamená provázanost, komplexnost a věcnost jednotlivých oblastí. Cílem je co největší a nejrychlejší zapojení osob s postižením do všech žádaných společenských aktivit s důrazem na úspěšné pracovní začlenění. (Jankovský, 2005)

S pojmem sociální rehabilitace se úzce váže pojem resocializace. Je to návrat k přijatelným normám společenského chování lidí, kteří se od něj odklonili. Mění se hodnotové orientace a postoje. Efekt je závislý na tom, jak bude klient spolupracovat. Spolupráce bývá dlouhodobá, intenzivní a poté jsou změny dosažené v resocializaci trvalé. Program se snaží motivovat ke změnám. Po ukončení je vhodná následná péče. (Matoušek, 2016)

2.2.1 Základní činnosti při poskytnutí sociální rehabilitace

Důležitý právní předpis, který se zabývá sociální rehabilitací je vyhláška č. 505/2006 Sb., ve které jsou v § 35 popsány jednotlivé činnosti, které by měla služba plnit.:

- Jako první je to sociální začlenění, soběstačnost a péče o vlastní osobu. Do této kategorie patří úkony, jako je zacházení s běžnými spotřebiči a zařízeními (např. kávovar, varná konvice, telefonní mobil, počítač), péče o domácnost, úklid, péče o děti, rodinu, samostatný pohyb v prostředí jak vnitřním, tak venkovním, úřední úkony.
- Za druhé jde o kontakt se společenským prostředím, kam se řadí doprovázení do školy, k lékaři, na zájmové aktivity aj., dále využívání dopravních prostředků, společenské situace s nacviky chování, alternativní způsoby komunikace a práce s informacemi.

- Za třetí aktivizační, výchovné a vzdělávací činnosti, kde se procvičují dovednosti, motorika a psychické schopnosti.
- Čtvrtý bod obsahuje uplatnění práv a osobních záležitostí, což obsahuje podávání informací a zprostředkování služeb.
- Za páté je to pobytová forma služby – ubytování, kam se řadí žehlení, praní, úklid, ošacení.
- Za šesté pobytová forma služby, do této kategorie patří strava, celodenní strava odpovídající věku, potřebná dietní strava, podávání jídla a pití.
- Posledním sedmým bodem je osobní hygiena v pobytových formách služby, kde se řadí pomoc s použitím toalety, pomoc při péči o nehty a vlasy, pomoc při úkonech osobní hygieny.

Služba sociální rehabilitace je poskytována zdarma, s výjimkou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Jedním z hlavních cílů rehabilitace je rozvíjení schopností jedince a jeho zachovalých schopností. (Jesenský, 1995)

2.3 Sociální rehabilitace duševně nemocných v ČR

Sociální rehabilitaci lze interpretovat jako průběh, který obsahuje určité programy a úkony a ty vedou k zlepšení sociálních dovedností a postavení duševně nemocných. Rehabilitace by se měla brát jako cíl zdravotních a sociálních intervencí, aby klienti mohli žít, pokud je to možné ve svém běžném prostředí, měli stejné role jak sociální, tak osobní a byli samostatní. V České republice je rehabilitačních zařízení málo, nejsou ještě zdaleka tak moc rozšířená. U psychiatrů převládá názor, že je rehabilitace nějakým následným dodatkem léčebných procedur. Takové názory rozdělují rehabilitaci na zdravotnictví a sociální služby. (Hejzlar, 2009)

Máme lůžková zařízení, ve kterých rehabilitace probíhá. Ve většině psychiatrických léčeben mají různá doléčovací a rehabilitační zařízení, která se snaží pacientovi nabízet aktivity vhodné k tomu, aby jej připravily na jeho přirozené prostředí a přichystaly jej na činnosti, kterých se ujme po propuštění. Informace o rehabilitacích různých léčeben se mohou vyhledat na internetových stránkách léčebny nebo se doptat u lékaře. (Hejzlar, 2009)

Denní stacionáře a rehabilitace se vyskytují spíše ve větších městech, dále máme různé neziskové komunitní organizace, které poskytují služby pro cílovou skupinu duševně nemocných. Větší část můžeme najít v Asociaci komunitních služeb. (Hejzlar, 2009)

Služby sociální rehabilitace se neprovádí u všech duševně nemocných. Jsou hlavním plus pro pacienty, kterým nemoc zhoršila schopnosti, dovednosti, oslabila jim jejich praktické výkony a ztížila sociální role. Je nezbytné brát zřetel na situaci nemocného, míru podpory, které mu prostředí dává, a dávat do úvahy jeho zvládací a adaptační dovednosti. (Hejzlar, 2009)

Sociální rehabilitace ve vydání Postupů při léčbě psychických poruch měla největší umístění u schizofrenie, kde bylo zmíněno chráněné bydlení, trénink kognitivních funkcí nebo nácvik dovedností. Jen okrajově byla zmíněna rehabilitace u dystymie a rekurentní depresivní poruchy, depresivní poruchy, úzkostné poruchy, panické poruchy, úzkostné, afektivní poruchy, poruch osobnosti, agorafobie, posttraumatické stresové poruchy. (Hejzlar, 2009)

3 VHLED DO PROBLEMATIKY DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Kapitola se snaží vysvětlit podstatu a původ současného pojetí duševního zdraví a sociální práce s duševně nemocnými.

Sociální práce je praktická činnost i společenskovední disciplína vyškolených pracovníků pro lidi, kteří se ocitli v nějakých sociálních problémech. Podstatou je jejich vysvětlování, náprava a odhalování. Jde o použití sociální solidarity, snahy o naplnění individuálního potenciálu člověka (Hartl, Hartlová, 2000)

3.1 Duševní zdraví

Duševní zdraví není jen v nepřítomnosti nějaké nemoci, ale je to stav duševní i tělesné pohody. Může ho mít každý člověk, i ten, co trpí duševní nemocí. (Matoušek, 2016) Je důležité pro lepší kvalitu života.

Je to celkové zdraví člověka, které nemusí mít jen objektivní projevy, ale i subjektivní jako jsou city, pocity, představy, pozornost a další projevy, které člověka ovlivňují. Zdravý člověk zpracovává a přijímá informace, logicky uvažuje, řeší problémy, dokáže se podílet na změnách, spolupracovat, vymýšlet nové věci, zvládá své emoce, je vyrovnaný a zvládá reagovat na situace. (Šimovcová, 2015)

U lidí s duševní nemocí, by léčba zdraví neměla zahrnovat jenom zdravotnické a psychiatrické služby, ale i ochranu jejich práv a měla by posílit uplatnění těchto lidí ve společnosti. (Matoušek, 2016)

David Seedhouse (in Křivohlavý, 2001) prezentuje na čtyřech příkladech to, co si různí lidé, vybaví pod pojmem zdraví. U lékaře se pojem „zdraví“ vykládá jako nepřítomnost choroby, nemoci nebo úrazu. Sociolog si pod pojmem zdraví zobrazí člověka, který je schopný dobře fungovat ve všech jeho sociálních rolích. Humanista nahlíží na pojem „zdravý člověk“ jako na člověka, který se pozitivně vyrovnává s životními úkony, a v poslední řadě idealista si představí člověka, kterému je dobře po tělesné, duchovní, duševní i sociální stránce.

Williams (in Křivohlavý, 2003) analyzoval lidová pojetí zdraví v odlišných kulturách. Rozpoznal, že v primitivních kulturách se setkáváme s lidovým holistickým pojetím zdraví. Zdraví je bráno jako určitý druh síly, který pomáhá člověku zdolávat různé těžkosti. Pokud má člověk této síly více, lehčeji zvládá situace. Síla může slábnout, vytrácet se, ale opět se dá získat a člověk, který zeslábl, se znovu vzchopí.

Zdraví chápeme jako důležitou podstatu při uskutečňování našich cílů a pohybuje se od kladného pólu, což je dobré zdraví, k zápornému pólu, jako může být nemoc. Pojem zdraví bereme jako velmi vysokou hodnotu našich potřeb. Mezi zdravím a kvalitou života se váže úzký vztah. Problém zdraví nevidíme jen jako individuální otázku, ale zaměřujeme pozornost i na ekologickou, komunitní a politickou podmíněnost. (Křivohlavý, 2003)

S duševním zdravím se lehce pojí pojem syndrom vyhoření neboli burnout. Je to stav marnosti, celkového vyčerpání, jak tělesného, tak i psychického, ztráta nadšení. Takový stav se může dostavit, když člověk něco očekává, má nějaké představy, ideály, ale realita se začne vymykat kontrole a nepříjemné okolnosti ho zavedou k závěru, že nemá cenu v tom pokračovat, nastane ztráta zájmu. H. Freudenberger popisuje definici vyhoření takto: „*Burnout je konečným stádiem procesu, při němž, lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a svou motivaci.*“ (Křivohlavý, 2012, s. 65)

3.2 Reakce rodiny na duševní nemoc

Rodiny mohou reagovat na duševní nemoc popíráním a šokem a až po nějakém čase začínají hledat dostupné formy pomoci a přijímají novou roli jejich blízkého. Reakce bývá popsána jako dvoufázová nálepkovací reakce. V prvních fázích se zvýší zájem, pečují o nemocného a snaží se jej „normalizovat“, zároveň klesá ochota předat nemocného do léčebny, zesiluje se kontakt s postiženým, snaží se ho přesvědčit, aby se vzchopil, vyřizují za něj úřední záležitosti. Rodina se začne soustředit výhradně na pacienta a ostatní problémy hodí stranou. Některé rodiny se i přestěhují, aby mohly začít „znovu“ a vytvoří pacientovi tzv. „skleníkové“ ovzduší. Po nezdařených pokusech s ním rodina začne kontakt omezovat. (Matoušek, 2003)

Pro pacienty je lepší, když si rodiny myslí, že nemoc vznikla z nějaké nepříznivé situace, např. jako reakce na stres, než pokud si rodina myslí, že to má jedince vrozené, že vznikla z genetických dispozic. (Janík, Chromý, Kubíčková, 1988) Rodina i pacient se cítí být stigmatizováni.

Rozbory strategií rodin ukazují, že pozitivní náhled si rodina vytváří za pomoci spirituální opory. Tedy naváže kontakt s církví a svými nejbližšími. Naopak za negativní strategii se považuje vyhýbavé chování, alkohol a drogy. (Matoušek, 2014)

V minulosti je zmínka o tzv. šílenství ve dvou, kdy šlo o nejbližšího člověka nemocného, třeba manželku, která s manželem byla uzavřena a sdílela jeho myšlenky a bludy, aby předešla citlivým tématům a konfliktům. (Matoušek, 2014)

3.2.1 Podpora rodiny

Velmi důležité je, aby rodina byla v neustálém kontaktu s lékařem a nemocný měl zajištěnou péči, jakou potřebuje. V akutnějších případech musí být hospitalizován v léčebně nebo docházet do psychiatrického stacionáře. Po zlepšení stavu je důležité vypracovat plán sociální a pracovní rehabilitace. V této fázi se pacient může navrátit do své práce, nebo se alespoň pokusit, zda by to zvládl. Pokud ne, jsou tady podporovaná zaměstnání. Pokud nemocný nepracuje, je dobré, aby docházel do komunitního centra, kde je v kontaktu s jinými lidmi než s rodinnými příslušníky. U vážných nemocí se stanovuje míra přičetnosti a domlouvá se invalidní důchod. Je nezbytné, aby se nepřerušil kontakt s rodinou, jedinec by se poté ocitl v úplné sociální izolaci. (Matoušek, 2014)

Sociální oporu člení Baštěcká (2005, s. 86) na psychickou a praktickou, očekávanou a obdrženou oporu, poskytovanou a přijímanou sociální oporu. Křivohlavý (2001, s. 96) k tomuto členění doplňuje, že je důležité rozdělit objektivní a subjektivní stránku věci u sociální opory. To, co může brát okolí objektivně za pomoc druhé osobě, se nemusí shodovat s tím, co osoba subjektivně jako pomoc vnímá.

Křivohlavý (2001, s. 97 – 98) rozlišuje a popisuje jednotlivé druhy sociální opory. Jako první zmiňuje oporu instrumentální, která je popisována jako konkrétní způsob pomoci potřebnému a to může být v praktickém životě poskytnutí financí, obstarání potřebných věcí nebo například vyřízení záležitostí. Druhá opora je opora nazývaná informační a poskytuje informace důležité při překonání nepříznivé situace. Takové informace mohou předávat odborní pracovníci, popřípadě osoby se stejnou zkušeností. Emocionální opora je založena na poskytnutí emocí člověku v tíživé situaci: soucítit s ním, dodávat sílu, povzbuzovat ho a být trpělivý. Poslední opora je hodnotící a ta je založena na vyjádření respektu a úcty. Posiluje se sebevědomí a sebehodnocení člověka.

3.3 Sociální práce s dítětem s duševním onemocněním

Téma duševně nemocného dítěte je velmi citlivé a rodiny zasahuje velmi do hloubky. Důležité je, aby pracovník poznal rodinné vztahy, podnětnost prostředí, protože bez takových znalostí může nastat problém směřování práce s mladým klientem. Bez získání spolupráce s rodinou to v tomto případě nejde.

Rodina je prvním místem, kde se utváří hodnoty, názory, postoje a přístup k druhým lidem. V sociologii je pojem rodina definován jako malá sociální skupina, v psychologii jako primární skupina. Z pohledu pedagogického je na předních místech výchovná a socializační funkce rodiny. V českém právním řádu není pojem rodiny přesně vymezen, dnešní rodina je založena na

dlouhodobém partnerství dvou osob opačného pohlaví. Charakteristika je dvougenerační skladba rodiny, kdy je dnešním trendem jedno dítě a pár, který spolu žije bez manželství. Rodina nám dává pocit bezpečí, emoční zázemí, biologické potřeby. (Mahrová 2008)

Rodinu tedy můžeme brát jako podpůrnou instituci.

Pro práci s duševně nemocným dítětem je důležité vědět, kdo všechno a jakým způsobem ho ve výchově ovlivňuje. Jak rodina plní nebo neplní svoje funkce. Především funkce biologické, výchovné, emocionální, stabilizační, kulturní nebo ekonomické.

Při práci s klienty se můžeme setkat i s tzv. rodinou rekonstruovanou, kdy je jeden rodič biologický a druhý nikoli.

Při práci s duševně nemocným dítětem je nutné se vyznat v dynamice a symptomatice onemocnění, vlivu medikace a terapeutických intervencí. Členem terapeutického týmu bývá sociální pracovník, který s nimi spolupracuje a má roli u rodiny v získávání informací, zprostředkovává vzájemný kontakt, může pomáhat rodině, provádět práci v domácnosti, a tím zajistit dítěti co nejlepší podmínky.

Objektem stigmatizace nejsou pouze klienti, ale také pracovníci, kteří jim poskytují pomoc. Rozdíl je v tom, že pracovníci se s takovou situací dokáží vyrovnat a ve většině případů se stanou jejími zastánci i mimo pracoviště.

Specifické přístupy k rodině dítěte s duševním onemocněním jsou převážně stejné jako u jiných klientů, až na ten rozdíl, že se jedná nejen s dítětem, ale především s jeho rodiči.

Zásady, které je důležité mít na mysli:

- individuální přístup;
- primárním cílem je dítě, jeho bezpečí a rozvoj osobnosti;
- kontakt s rodinou v zájmu dítěte;
- špatné prostředí zhoršuje zdravotní i psychický stav, sociální pracovník by měl pomoc při hledání řešení (Mahrová, 2008).

Spolupráce zdravotních a sociálních služeb je nezbytná, snažíme se rodině pomáhat najít vhodnou léčbu s možností být stále v kontaktu a využívat ambulantní nebo stacionární formy péče. Sociální pracovník pomáhá s následnou rehabilitací a resocializací. Zaměřuje se i na dění kolem rodiny po finanční, bytové, právní stránce, protože nemoc může mít sociální dopad na celou rodinu.

Duševní nemoc u dítěte ovlivňuje především vztahy s lidmi, dítě je odloučeno, protože je většinou dlouhodobě hospitalizováno. Dítě ztrácí zájem o okolí, přestane se aktivně projevovat a stagnuje ve vývoji. Syndrom je pojmenován jako hospitalizmus. Pacientům chybí prožívání běžných

mezilidských vztahů. Dobře cílená spolupráce s rodinou může předejít těmto problémům, pracovník se souhlasem rodiny využije všechny svoje znalosti a dovednosti. U dlouhodobě hospitalizovaného dítěte hraje významnou roli rodina, je důležité, aby věděli, jak dítě podpořit, jak se zachovat v situacích, které nemoc přivodí, jak se chovat aby dítě netraumatizovali. V takových případech i rodiče dítěte potřebují oporu a péči odborníků. (Mahrová, 2008)

V počáteční fázi pracovník posuzuje oblasti očekávání úrovně výkonu dítěte, tj. zařazení dítěte do běžného života, jak rodina funguje, vztah s vrstevníky dále akceptace duševní nemoci, intervence a případná léčba. (Mahrová, 2008)

V systému služeb u dítěte s duševním onemocněním je nezbytné udržovat spolupráci mezi výchovnými, sociálními, poradenskými zařízeními, psychiatry a pediatry. Pedopsychiatrická zařízení mohou být krizová centra, psychiatrické ambulance pro děti a dorost, denní stacionáře pro děti a adolescenty, dětská a dorostová oddělení při psychiatrických odděleních nemocnic, psychiatrická dětská a dorostová oddělení psychiatrických léčebn a dětské psychiatrické léčebny. (Mahrová, 2008)

Do spolupráce je důležité i začlenit výchovná a školská zařízení jako mohou být zařízení ochrany výchovy, školy, pedagogicko-psychologické poradny, neziskové organizace pracující s dětmi a mládeží a speciálně-pedagogická centra. (Mahrová, 2008)

Duševní nemoc je spíše proces, nikoli trvalý stav. Zařízení musí reagovat na měnící se potřeby nemocného. Takovému požadavku nejvíce odpovídá model řízené péče, kdy manažerem může být sociální pracovník, psychiatr nebo psycholog. (Matoušek, 2007)

V dnešní době je dávana přednost komunitním službám. V konceptu jde o zapojení praktických lékařů, ambulantní psychiatrické služby, týmů krizové služby, denních stacionářů, služeb psychiatrické rehabilitace a rezidenční péče v komunitě. (Probstová, 2014)

3.4 Dospělý s duševním onemocněním

Toto téma se blíží nejvíce mé praktické části, ve které se zabývám sociální rehabilitací Camino, která pracuje s klienty od 18 let, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním.

Materiál vytvořený Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, nazvaný „Priority rozvoje sociálních služeb“ říká, že cílová skupina lidí s duševním onemocněním je jednou ze skupin, která se nachází na hranici kompetencí více resortů, přičemž řešení její nepříjemné sociální situace vychází z konceptu multidisciplinárního řešení, koordinované spolupráce a síťování. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2009)

Jednotliví autoři, kteří se zabývají vývojovou psychologií, uvádějí různé členění životního cyklu osob. Nejčastěji můžeme najít období dělena chronologicky dle věku v kombinaci s nějakým důležitým vývojovým úkolem. (Machalová, 2006) Vágnerová člení dospělé období jako období mladé dospělosti, které trvá od 20 do 40 let, dále období střední dospělosti, které se vymezuje od 40 do 50 let, a v neposlední řadě období starší dospělosti, které je vymezeno od 50 do 60 let. (Vágnerová, 2007)

Dospělost podle J. Langmeiera a D. Krejčířové je rozdělena jako časná dospělost, kterou popisují jako přechodné období mezi adolescencí a dospělostí a vymezuje se od 20 do 25 až 30 let věku, dále se rozděluje na střední dospělost, která se počíná asi od 45 let a popisují ji jako období plné relativní stability a plné výkonnosti, posledním bodem rozdělení je pozdní dospělost, kterou označují jako dobu do začátku staří a určují ji do věku 60 až 65 let. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Sociální pracovník by měl ke klientovi, který má diagnostikovanou nějakou duševní nemoc přistupovat jako ke spolupracovníkovi nebo rovnocennému partnerovi. Filozofie solidarity vzájemného pracovního vztahu vychází ze sociální práce, psychosociálního pojetí, kdy konečná volba způsobu života je na klientovi a jeho rozhodnutí se respektují, ale jsou i příklady kdy tyto předpoklady nejsou úplně naplněny. Typickým příkladem jsou lidé s duševním onemocněním, kteří bývají obvykle nedobrovolně hospitalizováni a naplňují roli pacienta. Jejich způsob života je jejich nemocí ovlivněn natolik, že zasahuje i do ohrožení jejich zdraví a sociálního fungování. Tady vládne postavení sociální pracovník a klient, lékař a pacient. Pokud odborník naváže kontakt s klientem a zaměří se na podporu zdravého potenciálu, dává mu možnost zůstat v klientské roli. Není to jednoduché, protože některým klientům se v pacientské roli líbí, protože nemají tak velkou zodpovědnost za svá rozhodnutí. (Mahrová, 2008)

Jaku už bylo zmíněno v podkapitolách, i tady je důležitá podpora rodiny a musí se brát zřetel na to, že klient není pouze jeden člen s duševním onemocněním, ale i blízké okolí jedince, a pokud nám to situace dovoluje, snažíme se do spolupráce zapojit všechny zúčastněné, a to s cílem jaký si klade sociální rehabilitace – největší spokojenost, samostatnost a oprávnění v přístupu k duševní nemoci. Vhodné metody práce jsou v souladu s velmi podrobným a propracovaným plánem, který se sestavuje s klientem. Plán a cíle se průběžně vyhodnocují a doplňují. (Mahrová, 2008)

Na klienta se nikdy nemůže nahlížet jenom jako na diagnózu, ale jako na člověka, který má své potřeby, na něž dosahuje odlišnými způsoby. Potíže se vyskytují v oblastech psychických funkcí, případně v kombinaci poruch. Zdravotnické a sociální služby se pokoušejí potíže, které má klient, odstranit nebo je alespoň zmírnit. (Mahrová, 2008)

Duševně nemocným by měl být nabídnut ucelený systém služeb. Sociální pracovník by měl do systému sociálních služeb klienta přivést a pomoci mu zvolit okruh služeb, které on a jeho rodina může využívat, a pak ho nadále systémem doprovázet a spolupracovat s ním v dalších konkrétních postupech sociální práce. (Mahrová, 2008)

Velmi důležité je respektování zdravotních a sociálních potřeb v komunitě, k tomu se vyžaduje týmová práce profesionálů sociální a zdravotní sféry bez nějaké nadřazenosti jedné či druhé profese. Klienti jsou bráni v procesu péče jako partneři. Právě kvalitní péče má obsahovat prevenci stigmatizace duševně nemocných (Matoušek, 2005)

Nejlepší a nejvhodnější opatření pro dospělé klienty s psychickým onemocněním bývá v rámci komunitního přístupu, kdy klíčovou roli hraje rozmanitá nabídka služeb, propojení nejen sociálních, ale i zdravotních služeb. Ke každému klientovi se musí přistupovat individuálně, klienti využívající komunitní péči nejsou stejní, ale mohou mít potřeby jako potřebu dlouhodobé rehabilitace, stálé podpory a péče stejné. (Valentová in Mahrová, Venglářová, 2008)

„Psychózu nemůžeme brát jako „zlomenou nohu“ a nestačí pouze kombinace tréninku a vůle, aby člověk za pár měsíců chodil. U člověka s diagnózou závažné duševní nemoci patří mezi negativní příznaky snížená vůle. K tomu se přidávají poruchy paměti, pozornosti a exekutivních funkcí, komplexně nazývané kognitivní deficit. Další překážkou je stigmatizace okolím i sebou samým, spojená s předsudky a zkresleným vnímáním člověka s diagnózou, které znesnadňují jeho místo ve společnosti a ovlivňují jeho sebepojetí i sebevědomí“. (Vybíral, 2010, s. 476)

Valentová vymezuje pět oblastí potřebné péče. První popisuje jako překonání stigmatizace a společenské izolace. Člověk, který trpí duševním onemocněním, se lehce dostane do společenské izolace. Onemocnění často znehodnotí vztahy, vazby, které byly dříve vybudované a znemožní budování přirozených mezilidských vztahů. Média často podporují negativní společenský obraz lidí s duševním onemocněním, a proto často dochází k stigmatizaci. Všechny tyto body souvisí s předsudky a stereotypy, podle kterých lidé posuzují méně či více zjednodušeně. Duševně nemocný se potom začne podceňovat a cítit se méněcenný. Další oblast se vymezuje jako rozvíjení a získání určitých schopností a dovedností. Důležitým krokem je cílená rehabilitace, která se provádí již v podmínkách nemocniční péče, kde pacienti připravují co nejlépe na přechod do sociálního prostředí. Mají k dispozici různé terapie (arteterapii, pracovní terapii, muzikoterapii), různé kluby, besedy a programy k nácviku sociálních dovedností. Třetí oblast se zaměřuje na podporované a chráněné bydlení lidí s duševním onemocněním. Hodně klientů může fungovat i za zdmi léčebny, samozřejmě s ohledem na jejich zdravotní stav. Forma bydlení, která přispívá k samostatnosti klienta,

je vybrána podle jeho možností. Formy podporovaného bydlení mohou být například sociální byty, chráněné byty, podporované bydlení a domy na půl cesty. Čtvrtá oblast obsahuje chráněnou práci, ve které se klient v případě potřeby může obrátit na sociálního pracovníka nebo terapeuta. Poslední oblast se zaměřuje na smysluplné trávení volného času, kdy k naplnění přispívají vhodná denní centra, která nabízejí své rozmanité programy. (Valentová in Mahrová, Venglářová, 2008)

Kontakt duševně nemocného dospělého s dítětem je zajímavé téma. Škodí kontakt duševně nemocného s dítětem? To se těžko určuje. Člověk s depresí nemusí pro dítě znamenat bezprostřední ohrožení, ale nemusí poznat přiměřenost a reagovat na jeho potřeby. U malých dětí je vhodné, když vedle sebe mají ještě někoho, kdo by pro ně byl oporou a navazoval častý kontakt. Riziková situace nastává, když je matka sama a trpí depresí. Může začít zanedbávat potřeby dítěte. Lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční, když si v bludných představách interpretují ohrožení vlastní osoby, ale nikdy nemůžeme přesně určit, jak se člověk s duševní nemocí zachová. Každá nemoc má svá specifika, ale je vhodné, aby byla v přítomnosti ještě jiná osoba, která pečuje o dítě a neměla žádnou duševní nemoc. (Matoušek, 2014)

3.5 Senior s duševním onemocněním

Langmeier a Krejčířová (2006) stárnutí popisují jako souhrn změn ve funkcích organismu a struktuře, které navazují na pokles schopností a výkoností jedince, zvýšenou zranitelnost, které vrcholí v terminálním stádiu a smrti.

Stáří je přirozené období v lidském životě, které se vztahuje k životním obdobím jako mládí, zralost a dětství. Není to nemoc, je to přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více se projevují až v pozdějším věku. (Haškovcová, 1990)

Ve stáří se téměř nevyskytuje akutní schizofrenní onemocnění, ale na druhou stranu je zaznamenáno hodně dokonaných sebevražd, u kterých nejsou známy důvody. Sebevraždy mohou být z důvodu rozhodnutí odejít z tohoto světa, nemusí za nimi stát psychický spouštěč. Deprese je velmi častá a projevuje se ztrátou zájmu o okolí, jakoukoliv komunikaci, o dění v blízkosti člověka, mohou se začít vyskytovat i různé bludy, které vedou k schizofrenímu nebo paranoidnímu chování. Zhoršená chuť, může seniora navést k tomu, že ho chce někdo otrávit, při zhoršení zraku může vidět různé nepochopitelné stíny, které si vyloží jako nadpřirozené. Může se objevit strach z cizích lidí z důvodu malého kontaktu s lidmi. Pokud senior prožil nějakou negativní zkušenost jako třeba koncentrační tábor, válku nebo znásilnění může mít rozvinut postraumatický stresový syndrom, který se v tomto věku diagnostikuje jako přetrvávající změna osobnosti. (Mahrová, 2008)

Specifikem stáří mohou být Alzheimerova nemoc a vaskulární demence. To jsou organicky podmíněné poruchy, u kterých není známo, co je spouští, s věkem stoupá jejich riziko a neexistuje na ně léčba. Demenci můžeme popsat jako postižení mozku s výsledným zhoršením mentálních funkcí. Takoví lidé mají problémy se spánkem a jsou závislí na pomoci druhých. Mezi nejčastější onemocnění patří Alzheimerova nemoc, frontotemporální demence, demence s Lewyho tělísky, multiinfarktová demence a smíšené demence. (Mahrová, 2008)

Můžeme se setkat i s psychiatrickými pacienty, kteří mají sekundární postižení po cévní mozkové příhodě, tam je nejvíce ovlivněna řeč a motorika. Častá, ale méně zminovaná skupina seniorů jsou lidé, kteří jsou závislí na návykových látkách, lécích. (Mahrová, 2008)

Zmiňovaná onemocnění ve stáří podle Pavlovského (2001):

- poruchy nálad (F30-F36) – deprese, vyvolaný stres, postraumatická stresová porucha;
- organické duševní poruchy – Alzheimerova nemoc, vaskulární demence;
- poruchy vyvolané psychoaktivními látkami a duševní poruchy (F10-F19) – závislosti.

Včasná intervence je jeden z předpokladů úspěšné terapie. Léčba probíhá podle typu onemocnění a podle toho, jak je akutní. Akutní fáze probíhá zejména v ordinacích a zdravotnických zařízeních a účastní se jí především lékaři a zdravotnický personál. K dispozici musí být sociální pracovník, který rodinu navede na následnou péči. Důležitá je trpělivost, postoj pomáhajícího a dostatek času na pochopení. Uvědomovat si individuální rozdíly u seniorů je nezbytné. Všechna sdělení by měla být řečena jasně a srozumitelně. (Mahrová, 2008)

Péče o seniory může být poskytnuta jako asistenční služba, pečovatelská služba, domácí péče, nemocnice následné péče (LDN), rehabilitační zařízení, odlehčovací pobyt, denní centra a stacionáře, domovy seniorů, domovy seniorů se zvláštním režimem nebo gerontopsychiatrická oddělení. (Mahrová, 2008)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Pro svůj výzkum jsem si vybrala přístup kvalitativní, který je v knize Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách od Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 17) definován jako „*proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu*“. Definice stručně a nejlépe popisuje, o čem kvalitativní výzkum pojednává.

Jako design kvalitativního výzkumu jsem si zvolila zakotvenou teorii, která byla vytvořena v šedesátých letech 20. století a za jejíž autory se považují Anselm Strauss a Barney Glaser. Během uplynulé doby se zakotvená teorie různě prezentovala a modifikovala. (Švaříček, Šedová, 2007) Teorie tvoří komplex spořádaných induktivních postupů odvozených ze zkoumání jevů, které představuje. Z toho vyplývá, že je tvořena a ověřována systematickým shromažďováním údajů o jevu, který zkoumáme, a jeho analýzou. (Strauss, Corbinová, 1999, s. 14)

Data jsem shromažďovala za pomoci polostrukturovaného rozhovoru s klienty sociální rehabilitace Camino ve Vsetíně, kdy jsem si při rozhovoru vyhodnocovala, zda položím nějakou doplňující nebo navazující otázku. Rozhovory jsem si s dovořením a podepsáním vytvořeného souhlasu ke zpracování dat nahrávala a dále s nimi pracovala.

Podle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 160) je považován polostrukturovaný rozhovor za jeden z hlavních a nejčastějších typů rozhovorů, kdy si výzkumník nejprve připraví témata a otázky. Kvalitativní výzkum je časově náročný při přípravě, při sběru dat i analýze. Rozhovory probíhaly v měsících lednu a únoru roku 2019.

4.1 Výzkumné otázky a cíle

Jako hlavní cíl jsem si na začátku výzkumu stanovila zjistit, jak sociální rehabilitace pomáhá k osamostatnění klienta s duševním onemocněním se zaměřením na sociální rehabilitaci Camino, která sídlí na Vsetíně.

Dílní výzkumné cíle jsem stanovila následovně:

- Dozvědět se, co duševně nemocným klientům přináší služba sociální rehabilitace.
- Zjistit, jak sociální rehabilitace pomáhá duševně nemocným s osamostatněním.
- Zjistit, jaký vliv má sociální rehabilitace na schopnosti a dovednosti klientů.
- Zjistit, zda při práci s klientem záleží na jeho diagnóze.

Výzkumné otázky jsou vytvořeny za pomoci výzkumných cílů. Hlavní výzkumná otázka zní: Jak sociální rehabilitace pomáhá k osamostatnění klienta s duševním onemocněním?

Dílní otázky:

- Co duševně nemocným klientům přináší služba sociální rehabilitace?
- Jak sociální rehabilitace pomáhá duševně nemocným s osamostatněním?
- Jaký vliv má sociální rehabilitace na schopnosti a dovednosti klientů?
- Záleží při práci s klientem na jeho diagnóze?

Otázky položené v rozhovoru s klienty sociální rehabilitace:

- Co vám přinesla sociální rehabilitace?
- Jak dlouho navštěvujete sociální rehabilitaci?
- Která činnost v sociální rehabilitaci vám nejvíc pomohla k osamostatnění?
- Které činnosti vám bránily v osamostatnění?
- Kde chcete po osamostatnění žít?
- Je vaše diagnóza pro osamostatnění limitující?

Otázky položené pracovníkům sociální rehabilitace:

- Jak vidíte službu sociální rehabilitace?
- Které činnosti pomáhají k osamostatnění klienta?
- Které činnosti naopak zpomalují proces osamostatňování?
- Jaký vliv na osamostatňování má diagnóza?
- Jaký typ samostatného bydlení po procesu osamostatnění navrhuje?

4.2 Sociální rehabilitace Camino

Sociální rehabilitace Camino je zařízení, ve které byl prováděn můj kvalitativní výzkum, proto bych ji ráda více představila. V této rehabilitaci jsem byla i po dobu čtyřtýdenní praxe.

Zřizovatelem této organizace je Charita Vsetín, která vznikla v roce 1992 jako zařízení Římskokatolické církve. Sociální rehabilitace Camino byla zřízena až v roce 2009 a je pro osoby starší 18 let, které mají zkušenost s nějakým duševním onemocněním. Pomoc probíhá formou ambulantní a terénní. Jejím posláním je poskytnout podporu a pomoc lidem s duševním onemocněním, kteří mají problémy se začleněním a zvládáním situací. Ke každému klientovi přistupují individuálně, respektují ho a snaží se zvyšovat kvalitu jeho života. Cílem rehabilitace Camino je člověk soběstačný, samostatný, který si uvědomuje své kompetence, role, je schopný hledání a návratu do svého běžného života. Klienty se snaží co nejvíce aktivně zapojovat do nabízených možností centra. Nabízí bezpečné prostředí, příležitosti a vedou klienty k tomu, aby

převzali zodpovědnost za svůj život. Poskytnuté služby jsou odborné a personál má kvalifikace, které odpovídají službě, kterou vykonávají.

Je poskytnuta podpora a pomoc v oblastech finanční hospodaření, aktivní trávení času, práce a studium, vyřizování úředních a jiných záležitostí, sociální vztahy, péče o sebe a své zdraví a v oblasti péče o domácnost a bydlení.

Cílová skupina je ovlivněna věkem, dostupností a nemocí. Do Camina mohou přicházet lidé od 18 let. Horní hranice není stanovena, je to individuální podle pozorování, rozhovoru a toho, jak se člověk cítí.

Dle onemocnění je akceptováno duševní onemocnění z okruhu psychóz (F20-29 – dle MKN 10), duševní onemocnění z okruhu afektivních poruch (F30-39 – dle MKN 10) a neurotické poruchy (F40-49 – dle MKN 10). Po zvážení je možné poskytnout službu i lidem s jinou diagnózou, pokud jsou jejich projevy a potřeby podobné jako u lidí se zmíněnými diagnózami.

Terénní služba je poskytnuta lidem s dojezdem do 1 hodiny a bydlícím v dosahu. Je zdůrazněno, že sociální rehabilitaci mohou navštěvovat jen lidé ve stabilizovaném stavu.

4.3 Výzkumný soubor

Jako můj výzkumný soubor jsem si vybrala klienty a pracovníky sociální rehabilitace. Základní soubor tvořili klienti a pracovníci sociální rehabilitace Camino ve Vsetíně a můj konečný výběrový soubor utváří vybraní klienti a pracovníci sociální rehabilitace Camino. Na rozhovor přistoupili a podepsali souhlas ke zpracování dat 3 sociální pracovníci, byly to tři ženy, a z klientů to byly 4 ženy a 2 muži. Všechna jména jsou pozměněna a se získanými údaji bylo nakládáno jako s důvěryhodnými, a to v souladu s právními předpisy České republiky, především zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů v platném znění.

Tabulka 1 výběrový soubor klientů sociální rehabilitace

Klient	věk	diagnóza	délka soc. rehab.
Eva (E)	59	bipolární porucha	3 roky
Petr (P)	40	bipolární porucha	10 let
Jitka (J)	60	schizofrenie	5 let
Vladislava (V)	36	Aspergerův syndrom/ deprese	3 roky
Lukáš (L)	31	paranoidní schizofrenie	5 let
Katka (K)	48	paranoidní schizofrenie – psychóza s bludy	9 let

Více informací o respondentech, které jsem zaznamenala při mé praxi a při rozhovorech:

Eva (E)

Co jsem vypožadovala, tak paní Eva v rehabilitaci nejvíce využívá kreativní činnosti jako je vyrábění košíků, šití různých králíků, polštářů. Na praxi mě učila vyrábět košík, který jsem si poté odnesla domů. Byla trpělivá a prakticky je velmi zručná. Je to člověk, který potřebuje více času na to, aby se otevřel. Není moc výmluvná, při rozhovoru byla nervozní, potila se a odpovídala krátce. Paní Eva nemá žádnou práci ani brigádu, pobírá pouze invalidní důchod.

Petr (P)

Respondenta jsem neměla možnost poznat při mé praxi. Přišel do Camina, když jsem dělala rozhovory, ve velmi dobré náladě a po otázce, zda by se mnou rozhovor udělal, hned souhlasil a vtipkoval o své nemoci a svém osobním životě. Působil velmi přátelsky. Pan Petr bere invalidní důchod, nepracuje.

Jitka (J)

Dotazovanou jsem poznala už při své 4týdenní praxi. Už od začátku byla velmi přátelská a komunikativní. V rehabilitaci se snaží navštěvovat všechny nabízené aktivity. Velmi ráda kreslí a pomáhá při výzdobě Camina. Její kresby zdobí stěny, navštěvuje kurzy kreslení a celkově jí to naplňuje, potlačuje to její myšlenky myslet na špatné věci. Je velmi dobře zrehabilitovaná, účastní se všech výletů. Ráda jezdí na kole, je to velmi sympatická a dobrá duše. Při společné činnosti v rehabilitaci, konkrétně józe, jsme se nasmály a vtipkovaly. Nabídla mi, že nakreslí mého pejska, kterého viděla v mobilu na tapetě. Kresbu mám doma v rámečku. Nepocítila jsem, ani nešlo poznat, že by trpěla nějakou duševní nemocí, dokud se nezmíní její rodina. To je její slabé místo, je na ni hodně fixovaná. Paní Jitka bere invalidní důchod a nepracuje.

Vladislava (V)

Paní Vladislava se nestotožňuje se svou diagnózou, nepřijímá ji a v průběhu rozhovoru mi o sobě dávala špatné informace. Myslím si, že nemá moc realný náhled, je velmi negativní a ke konci rozhovoru začala mít špatnou náladu, začala polemizovat o životě. Rozhovor jsem ukončila po té, co začala mluvit o smrti. Camino navštěvuje každý den, ale v rozhovoru uvádí, že tam chodí jen z hlouposti. Velmi ráda píše a dokonce i vystavovala své příběhy na vernisáži, kterou zařízení pořádalo. Má velmi střídavé nálady, ale myslím, že je to kvůli její diagnóze, s lidmi neumí moc komunikovat. Své špatné nálady utlumuje pomocí psaní, kde vkládá své myšlenky. Po rozhovoru jsem se ptala sociální pracovnice na informace, které mi byly předány, a ta mi potvrdila, že svou diagnózu nepřijímá a dala mi správné informace o jejím věku a diagnóze. Paní Vladislava bere invalidní důchod, nepracuje.

Lukáš (L)

Lukáše jsem měla možnost poznat při společné angličtině. Působí velmi přátelsky a je velmi komunikativní. Rehabilitace ho velmi dobře zrehabilitovala. Do Camina chodí především na aktivity, které procvičují mozek, kde se mluví. Rád diskutuje nad tématy a v rehabilitaci je spokojený, cítí se tam uvolněný. Bere invalidní důchod, ale se svojí nemocí je schopný vykonávat práci, již si našel, ve které tráví 4 hodiny denně, ale dodal, že díky diagnóze by si netroufl dělat nějakou náročnější práci.

Katka (K)

Paní Katku jsem měla možnost poznat při praxi, kdy v Caminu byla na brigádě a pomáhala s úklidem. S rozhovorem souhlasila hned a byla nadšená, že se může vyprávět, vykládala by klidně hodiny. I když se během rozhovoru zasekávala a párkrát ani nevěděla, kde skončila nebo co řekla, rozhovor proběhl dobře. Jednou se i zeptala jestli nemluví blbosti. Působila nervózně, ale přátelsky a otevřeně. O rehabilitaci tvrdí, že ji velmi pomohla a neustále vychvalovala pracovníky rehabilitace. Respondentka právě teď nemá žádnou práci, ale tvrdí, že kdyby se jí naskytla, bere ji ihned. Má invalidní důchod, ale i při navštěvování Camina chodila po různých brigádách.

5 ANALÝZA DAT

V následující kapitole budu popisovat výsledky, které plynou z výzkumu. Kódy, které jsem si vytvořila za pomoci otevřeného kódování a rozdělila je do kategorií, jsem v dalším kroku za pomoci axialního kódování rozdělila v rámci paradigmatického modelu.

5.1 Kategorie

Kódovaná data byla rozdělena do následujících kategorií:

1. Kategorie „Mé začátky“

Kódy vybrané pro tutu kategorii: láska, samota, špatné myšlenky, předsudky.

Tato kategorie se zabývá příčinnými podmínkami, které klienty vedou k sociální rehabilitaci, z pohledu klientů. Důvody, proč navštěvují rehabilitaci, co je k tomu kromě diagnózy vedlo. Respondenti většinou uvádí samotu, že je nic nenaplňovalo a že se nudili. Doplněno poznatky sociálních pracovníků.

R-J „*Do rehabilitace chodím hlavně kvůli tomu sociálnímu kontaktu, dřív jsem měla doma děcka, teď už jsou odrostení a pryč, nejsi sama...*“ „*Že jsi mezi lidma, nejdou na tebe špatné myšlenky.*“

Paní J měla kdysi práci a děti doma, poté nikde nechodila, byla sama, šly na ní špatné myšlenky, proto začala navštěvovat Camino, je to pro ni nějaký smysl života. Nachází zde sociální kontakt a nové vědomosti, které ji vedou k jiným myšlenkám. Je velmi citlivá na téma rodina, která ji byla vždy oporou. Po osamostatnění dětí se cítila být sama a nic jí nebavilo. Jak nemoc, tak ztráta blízkých lidí ji přivedla do Camina, kde si začala rozvíjet své dovednosti, schopnosti. Začala lépe komunikovat s lidmi a soustředí se na jiné věci kolem sebe.

R-E „*Když jsem měla depresi a stav neustával, rok jsem nevyšla z domu.*“

Paní E ztratila kontakt s lidmi, měla nezvladatelné stavy, sociální rehabilitace ji pomáhá se socializací a naplní volného času. Její duševní nepohoda a negativnost, kterou občas má, odehnala všechny blízké kamarády a přestala pracovat. Nálady, které mívá, jí stimulují prášky a cestu se jí snaží už po dobu 3 let zpříjemňovat Camino, které navštěvuje velmi ráda, protože tam má kolem sebe bezpečné prostředí, nikdo ji neodsouvá na kraj společnosti.

R-P „*Potkal jsem tu babu, do které jsem se zamiloval...*“ „*... jiní lidé vás nechápou, člověk je sociálně vyloučený.*“ „*...žil jsem sám, staral se o sebe.*“ „*To jsem v takové depresi, kdy nemluví a jenom ležím.*“

Pan P se cítil být vyloučený, měl velké deprese, které nezvládal. Za pomoci rehabilitace začal mít mnoho koníčků a líp se naučil komunikovat s lidmi. Kdysi se nedokázal sám postarat ani o sebe a teď se zdárně pomáhá starat o syna své přítelkyně, která trpí také duševní nemocí.

R-V „... druzí ode mě mají odstup, tak vlastně nevím proč bych tady měla žít...“ „Jestli já se odstěhuju, tak jen proto, že tady už mě druzí znají, mám tu špatnou pověst...“ „... já funguju sama, já jenom co mě brzdí je, že nemám finanční zajištění...“

Respondentka V neměla žádné potěšení a smysl života, cítila se odepsaná a méněcenná, Camino ji nabídl socializaci a prostor pro psaní jejich příběhů a článku, které jí pomáhají přenášet své špatné myšlenky. V rehabilitaci našla pochopení a podporu, když Camino pořádalo vernisáž, paní V měla možnost vystavit své příběhy a nechat je přečíst lidem. Zájem lidí ji nadchnul a zlepšil náladu. I když tvrdí, že navštěvuje službu z hlouposti, tráví v ní veškerý svůj čas a našla si tam plno kamarádů, se kterými tráví čas i mimo budovu.

R-L „,Určitě mám sníženou fyzickou odolnost...“

Pan Lukáš má sníženou psychickou zátěž i fyzickou odolnost. Netroufl by jsi na nějakou zvýšenou psychickou zátěž ani dále studovat. Camino mu pomáhá uvědomit si věci a zamýšlet se. Fyzickou odolnost si v Caminu trénuje na různých společných výletech. Díky navštěvování služby poznal nové kamarády a jeho psychika začala být odolnější, našel si práci, kterou denně vykonává.

R-K „...aby člověk nebyl asociál.“

Paní Kateřina, proto aby nebyla asociál, začala navštěvovat rehabilitaci, kde se zapojuje do různých aktivit a pomáhá jí to k socializaci. Našla tady novou spoustu přátel a začala se cítit lépe. Na začátku jí Camino dokonce umožnilo brigádu, konkrétně úklid v budově, kterou měla zaplacenou. Posílila si tím hodně svou disciplínu, kterou neměla. Má problém chodit na čas, jako většina klientů, protože mají hodně silné léky, které lékaři obměňují. Některé nemusí sednout, stav je neodhadnutelný. Na to vše bere služba ohledy a snaží se jim pomáchat jejich stavy zvládat a doporučit, kdy co mají brát, aby jim bylo lépe. Kateřina si službu a konkrétní sociální pracovnice velmi vychvaluje a cítí se být spokojená v prostředí, které je jí poskytnuto službou, ale nebrání se přijmout nějakou další práci jinde, pracovníci jí pomáhají a podporují ji v obvolávání a hledání nové práce. Když nepřichází pomoc z okolí.

SP1 „...nejčastější zakázka u našich lidí je jakoby nezůstat sám, docházet někde mezi lidi, zanechat si aspon nějakým způsobem kontakty a a takové to běžné sociální prostředí...“

SP2 „...klient přijde sám s konkrétní zakázkou, že chce něco pro sebe dělat, něco změnit, někam se posunout...“

SP3 „...hledat znovu cesty ke svým blízkým, navazovat nová přátelství, zapojit se do místní komunity, obnovit schopnost pracovat, osamostatnit se...“

Sociální rehabilitaci vnímají pracovníci rehabilitace jako cestu, která klienty doprovází v jejich nelehké životní situaci. Vnímají ji jako potřebnou pro lidi, kteří bojují s nějakou psychiatrickou

diagnózou. Tito lidé bývají často sociálně izolovaní a nemají nikoho kolem sebe, žádnou podpůrnou síť lidí, kteří by je brali i s touto diagnózou a rozuměli tomu.

2. Kategorie „Sociální rehabilitace a samostatnost“

Pro tuto kategorii byly vybrány kódy: pochopení, bezpečné prostředí, individuální plánování.

Tato kategorie popisuje sociální rehabilitaci z pohledu pracovníků.

SP1 „... *spolupráce s nějakým pracovníkem na individuálním plánování, bez toho se to prostě, bez individuálních schůzek, kdy je opravdu klient navázaný na klienta, opravdu se bez toho nikam klient nehne.*“ „*Vzhledem k tomu, že si nastavují cíle, které jsou schopni zvládnout a které jsou odpovídající jejich schopnostem a možnostem.*“

SP2 „... *vytvoření bezpečného prostředí, podpora klienta v návratu do sociálních vztahů, obnovení důvěry v okolní svět. Postupně budovat mosty...*“

SP3 „... *preventivní činnost, která se zabývá doprovázením klienta na jeho nelehké životní cestě.*“

V rehabilitaci se posiluje nácvik kompetencí a jejich návrat. Každý máme nějaké ty kompetence, každý jsme někdy pracoval nebo studoval, jsme něčí syn, manželka, otec, dcera, ale lidé, kteří navštěvují rehabilitaci většinou nic takového nemají. Postupně se snaží budovat mosty a hledat znovu cesty ke svým blízkým, zapojit se do místní komunity, navazovat přátelství, osamostatnit se. Camino objevuje, co klient umí, v čem je dobrý, a rozvíjí silné stránky, nehledá omezení a nesleduje pouze příznaky nemoci jako lékaři.

Služba jim poskytuje pochopení. Nově i nabízí pracovní pozice, kdy se kolegyně pracovníc, přímo zaměřuje na zaměstnávání lidí bez rozdílu. Pouze se vstupním rozhovorem o tom, zda vůbec chtějí, nebo do budoucna uvažují o tom, že by se navrátili jakýmkoliv způsobem na trh práce i třeba jako dobrovolník. Snaží se tím klientům měnit myšlenky, aby vůbec začali uvažovat o tom, že by někdy mohli nějakým způsobem pracovat. Do této doby se jim podařilo zaměstnat 12 lidí a to nejdůležitější je, že se udrželi.

Ve Vsetíně v rehabilitaci nemají možnost chráněného bydlení, ale služba komunikuje s městem o uvolnění bytu pro jejich uživatele. Jako první podají žádost na město o byt, v případě, že využívají službu sociální rehabilitace, tak dostávají v procesu schvalování nějaké body navíc, jakousi výhodu oproti ostatním. Charita celkově nedisponuje žádnými byty, takže toto nabídnout nemůže, ale spolupracuje s místními azylovými domy.

3. Kategorie „Úhel pohledu“

Kódy pro kategorii úhel pohledu jsou: psychická nepohoda, trápení, stabilita, orientační bod.

V kategorii narazíme na vnitřní pocity klientů sociální rehabilitace, jak vidí svou diagnózu a náhled na diagnózu z pohledu pracovníků rehabilitace.

R-J „*Ted'ka už jsem si na to cosi zvykla, ani ne... ani ne nějak strašně, když chcu k rodině... akorát někdy člověk nespí nebo něco, ty léky to je taková udržovací dávka, to tě udržuje, jsi mezi lidma to tě udržuje, kdybys byla sama je to horší.*“

Na paní J byste nepoznali, že trpí nějakou duševní nemocí, je to veselá starší paní a s chutí se hrne do každé aktivity, kterou Camino nabízí.

R-E „*Určitě mě v určitém stádiu omezuje, ono záleží na tom, že vlastně bipolární porucha, to je člověk jednou nahoře a podruhé dole, takže když je člověk nahoře, tak docházím tady, když je člověk v té druhé poloze stresu, tak ten stres vlastně nutí člověka k tomu, aby žádné činnosti nedělal.*“

Respondetka se moc neprojevuje, je tichá a má ráda svůj klid, nerada se baví s jinými lidmi. Lidé to na ní vidí, a proto má problém navazovat sociální kontakty. Avšak v Caminu tento problém vyprchal, protože to s ní nikdo nevzdával a má tam i spoustu kamarádek, které učí šít a vyrábět.

R-P „*Jo úplně ve všem, nejsem schopný se zařadit nikam. Mám změny nálad, mě když se rozhoupe od hipo mánie do deprese, tak to lítá třeba co dvě hodiny že, a třeba třikrát za den se změní nálada. To jsem pak v takové depresi kdy nemluví a jenom ležím. Ale pak zase létám a pobíhám a jsem tvůrčí.*“

R-V „*No ono by mě to omezovalo, ale já se nedám.*“ „*... mám vlastně toto trápení a nemůžu před ním uniknout.*“ „*... prášky, které mám to je jenom na to, abych na tom nebyla hůř, nevím, proč mi dal život, když někteří to mají a někteří ne, a ono ta psychická pohoda, nepohoda je důležitá a já jsem na to hodně alergická, proto ty špatné nálady.*“

Něvědomky paní Vladislavu diagnóza hodně ovlivňuje, proto kolem sebe nemá moc blízkých lidí. Má dny, kdy všechny posílá pryč, ale na druhou stranu má dny, kdy je velmi sdílná a užívá si pozornost. Nemá realný náhled na svou nemoc, proto s ní stále neumí moc pracovat, proto dochází do Camina.

R-L „*... určitě bych dál nezkoušel znova studovat nebo dělat nějakou náročnější práci. Myslím, že bych to s tou diagnózou nezvládl.*“

R-K „*Trochu jo, ranní vstávání, jím léky, jako teď už je to lepší, mám ještě cukrovku na inzulín, jsem to měla ještě takové komplikované, že jsem nevěděla co dřív, čemu se věnovat...*“

Každý klient má určenou svou specifickou diagnózu a každá diagnóza má jiné příznaky. Jejich představy a domněnky o realitě se mohou podstatně lišit a poté přichází obavy a strach, na kterých se přiživují stigmata. Je důležité, aby spolupracoval klient s pracovníkem, ne jen pracovník. Camino má různé klienty, někteří pracují na plný úvazek a na první pohled byste nepoznali jejich diagnózu, jiní bydlí ve zralém věku s rodiči, kteří za ně vše dělají a nechtějí to nijak změnit. Rehabilitace u klientů, kteří navštěvují službu už několik let, většinou vidí jejich cestu, kterou díky Caminu ušli.

Všichni klienti, kteří se účastnili rozhovoru, mi nějakým způsobem potvrdili, že je diagnóza

ovlivňuje. Sociální pracovníci vidí diagnózu lehce odlišně:

SP1 „*To je individuální, nemyslím, že by se tohle dalo úplně říct, záleží samozřejmě na tom, kdy se daný člověk k nám dostane, jestli je to první epizoda, kdy je na začátku nemoci, nebo jsou to opakované relapsy, kdy opravdu už s tou nemocí x let bojuje. Hodně záleží na tom, jaké má prostředí kolem sebe a jaké má příznaky, každá diagnóza s sebou nese, někdo má halucinace, někdo není v realitě, někdo s tím umí pracovat, jsou třeba u nás lidé, kteří trpí schizofrenií, slyší hlasy, třeba 2, 3, 4, ale umí s tím pracovat, ví, že jsou to hlasy, ví, že je to jeden z projevů nemoci, dokáží žít normální život i s touto nemocí, někteří nemají náhled na tuhle nemoc a neví, nedokážou rozeznat, jestli ty hlasy přichází opravdu realně zvenčí nebo jsou to třeba hlasy, které mají v hlavě, nedokážou to rozeznat, neumí s tím pracovat. Do jisté míry samozřejmě diagnóza ovlivňuje, ale to je tak individuální, že nedokážu říct k tomu asi víc.*“

SP2 „*Diagnóza nehraje až tak velkou roli, spíše se jedná o nastavení jednotlivého člověka a o jeho celkové vybavě a osobnosti. Klienti nejsou povinni nám sdělovat své diagnózy...“* „*Diagnóza je pouze orientační a pomáhá nám pochopit, proč se daný klient chová tak, jak se chová.*“ „*... si myslím, že diagnóza neovlivňuje délku pobytu v naší službě.*“

SP3 „*Nijaký. Dle mého názoru neovlivňují. Já se v mé práci pracovního konzultanta například na diagnózy nedívám vůbec. Povídám si s člověkem a pozoruji jeho individualitu, jak on konkrétně pracuje se svojí nemocí. Délku účasti klienta na sociální rehabilitaci ovlivňuje více věcí. Nemáme ji časově ohraničenou. Pro mnohé lidi jsme jediný blízký, přátelé, často vznikají hezká přátelství mezi klienty, kvůli kterým jim stojí za to sem docházet. Činí jim život hezčím, snesitelnějším. Nikdy nevíte, kdy přijde relaps... Ale když vidíme, že klient má práci, vyplněný čas, přátele a fungující zázemí, motivujeme jej k ukončení služby.*“

Diagnóza podle pracovníku není až tak důležitá, ale základem každé spolupráce je hlavně chuť a motivace pracovat na něčem novém, na změně. Nejúspěšnější bývají individuální sociální práce, které zahrnují činnosti, o něž klienti jeví zájem a ve kterých se chtějí posouvat dál. Můžeme do toho zahrnout doprovody na úřady, naučit se vařit, starat se o sebe, nakoupit si, vybrat, být schopen si nastavit finanční plán na měsíc atd. Pracovník je velkou oporou v určitých oblastech, na kterých s klientem intenzivně pracuje.

4. Kategorie „Kamenitá cesta“

Kódy vybrané pro kategorii Kamenitá cesta: vyloučení, stigma nemoci, ekonomika, rodiče, relaps. V kategorii narážíme na vnější překážky, které ovlivňují, zasahují nebo brání v osamostatnění. Většinou klienti zmiňovali v rozhovorech nemoc jako hlavní činitel, kdy u nich probíhají různé změny nálad, halucinace a další příznaky, které je odsouvají na okraj společnosti. Pracovníci Camina

se ve všech případech shodli, že největším problémem je relaps, kdy se klienti po osamostatnění neustále a neustále vrací zpátky s příznaky. Rehabilitace může trvat i několik let, je to velmi individuální. Další velkou překážkou jsou zmínění rodiče klientů. Jejich láska a obětavost, ať už nevědomky, brání klientům k osamostatnění.

R-J „... *tak by člověk jen přemýšlel o nemocech všech, takto aspon přemýšlí o tom, co dělal.*“

Respondetka Jitka měla špatné myšlenky, které si za pomoci rehabilitace minimalizuje, tvoří různé věci, pomáhá jí to vyplnit volný čas, socializovat se, získává stabilitu a nachází smysl v životě.

R-E „... *všechny sociální kontakty s přáteli, spolupracovníky se přerušil.*“

Paní Eva měla nevladatelné stavy, co začala navštěvovat Camino, bylo vyloučená, měla deprese. V rehabilitaci tvoří a nachází nové přátele.

R-P „*Ano lidé vám nerozumí občas... No a tady si dám aspon kafe a jsem mezi svýma, jsou tady fajn lidi. Jiní lidé vás nechápou, člověk je vyloučený, tady přijde a je tu nějaké to souznění.*“

Pan Petr navštěvuje Camino, chodí na různé aktivity, které ho začleňují a cítí se dobře.

R-V „... *já jenom co mě brzdí je finanční zajištění.*“

Paní Vladislavu tíží finanční zajištění, se kterým jí pomáhají nakládat sociální pracovníci, když ho bude mít, tak se odtud odstěhuje, brání jí to k osamostatnění. V rehabilitaci ji učí, jak nakládat s financemi, dělají si měsíční rozpočty a probírají různá důležitá témata v oblasti ekonomiky, podpisování věcí i domácnosti.

R-L „... *v oblasti sociálních vztahů bych sociální rehabilitaci popsal jako bezpečné prostředí, člověk se tu nebojí zas až tolik navázat kontakt a projevit se, než třeba venku nebo v práci.*“ „*Mám sice trojku invalidní důchod, ale zvládám to, 4 hodiny denně pracuji.*“

Invalidní důchod bere jako souvislost, která ovlivňuje jeho osamostatnění.

R-K „*Člověk je vztahovačnej, domýšlivej, člověk musí mít nějaký ten trénink s lidma, nebo úplně zakrnl.*“ „... *že jsem nevěděla co dřív, čemu se věnovat...*“

Paní K byla vyloučená, měnily se jí nálady, neuměla pojmout informace, neměla náhled. Camino ji směřuje k tomu nejdříve něco v klidu promyslet a až pak udělat, udává jí disciplínu.

Náhled sociálních pracovníků:

SP1 „*Zpomaluje to samozřejmě relaps, což je vlastně návracení těch příznaků nemoci, samozřejmě musíme hodně pracovat i se závislostí našich lidí na službě, protože to co nachází u nás málokdy. Nebo takhle abychom nevytvářeli nějaké nereálné prostředí, které není přenositelné do běžného života. Takže tady se u nás něco naučí a vždy musí mít pracovníci na paměti jak to aplikovat potom do běžného života, protože bez toho pravdu vytváříme zbytečnou závislost klientů na nás.*“ „... *někteří nemají náhled na tuhle nemoc a neví, nedokážou rozeznat jestli ty hlasy přichází opravdu*

reálně zvenčí nebo jsou to třeba hlasy, které mají v hlavě, nedokážou to rozeznat, neumí s tím pracovat. “

SP2 *„Myslím si, že samotný proces osamostatňování zpomalují především rodiče našich klientů, kteří je tzv. přepečovávají, nedávají jim prostor pro to, aby se stali samostatnými. Např. tím, že vše dělají za ně, mají ten pocit, že jejich dítě je přece nemocné a potřebuje jejich každodenní péči. Přitom si neuvědomují, jak moc jim ve své dobré vůle pomoci vlastně ubližují a jak dítě po jejich odchodu bude v reálném světě ztracené a bezmocné. “*

SP3 *„U každé činnosti záleží na přístupu pracovníka. Všechny skupinové programy se dají vést stylem jako kroužky pro děti. Anebo stylem společné práce dospělých lidí, kteří mají možnost projevit svůj názor, samostatně se rozhodovat a ukázat ostatním, co umí. “ „... bydlí ve zralém věku s rodiči, kteří za ně dělají všechno a nechtějí to změnit. “*

V Caminu jsem se setkala s klientem, který tam dochází už po dobu 12 let, prošel si několikrát psychiatrickou léčebnou, drogovou závislostí a neustále se vrací na začátek. Práce s každým klientem je individuální a nemůže chtít jenom sám pracovník, ale musí se zapojit i klient. U klientů dochází k častým relapsům, kdy se vrací jejich příznaky, které se doktoři snaží podchytit práškami. Je důležité to nevzdávat, rehabilitace má plno klientů s kterými se dohodli, že už nepotřebují navštěvovat službu, ale bohužel je i hodně klientů co spáchali sebevraždu.

S těmito lidmi je velmi těžké pracovat, je hodně faktorů kromě nemoci, které jim brání v osamostatnění, a mohou to být i právě starostliví rodiče, kteří své 30 leté děti nechávají bydlet u sebe a starají se o ně. Jenže tito lidé s duševní nemocí tu péči potřebují. Většina klientů je zbavena svépravnosti z důvodu například, že budou chtít podepsat něco, na co nemají správný náhled, nebo na sebe vzít trestný čin za kamaráda, může toho být hodně. To je potom zodpovědnost na rodiči, nebo když nechce rodič, tak opatrovník. Je to velmi dlouhá cesta plná nástrah.

5. Kategorie „Vzhůru k výškám“

Kódy náležející této kategorii: aktivní trávení času, poradenství, procvičování, kreativní činnosti, přenesení myšlenek, motivace.

Kategorie popisuje aktivity, které využívají klienti sociální rehabilitace a pomáhají k osamostatnění. Za pomoci zmíněných aktivit si klienti rozvíjejí své dovednosti a schopnosti.

R-J *„... pořád něco děláme, cvičíme, nebo tady máme úkoly, kreslíme... “ „... procvičujeme tady aspon hlavu a to je také dobré pro nás. “ „... nemáš čas přemýšlet, když aktivně využíváš svůj čas. “*

Paní Jitka začala aktivně trávit svůj čas za pomoci Camina, má nové vědomosti, špatné myšlenky se jí minimalizují, nemá čas nad nimi přemýšlet. Rozvíjí své tvořivé schopnosti. Poznala tu nové přátele, posiluje zdraví sportem.

R-E *„vyžívám vlastně takové to tvoření, nějaké ty výlety, povídání s klientem. “ „... ráda tady*

vyrábím košíky a šiju.“ „*Kdyby nebylo Camino, nemám žádné sociální kontakty.*“

Camino respondentce pomáhá rozvíjet dovednosti, učí ji novým věcem a hlavně pomáhá se socializací.

R-P „... *sociální poradentví využívám, jako když něco potřebuju z hlediska právního...*“ „... *nejvíce se mi líbí tématická setkání, protože mi přijdou zajímavá, to diskutujeme o různých tématech.*“

Pan Petr tvrdí, že už se zaktivizoval natolik, že už to ani nestačí uspokojovat jeho koníčky.

R-V „... *chodím na jógu, angličtinu.*“ „... *psaní je největší terapie, do vět se dávají myšlenky, člověk je zformuje a vyjádří při komunikaci.*“

Paní Vladislava se neztotožňuje s diagnózou, na Camino má špatný náhled, ale neuvědomuje si, že jí pomáhá se sociálním kontaktem a že ji podporuje v psaní, které dále může vystavovat na vernisážích charity. Nemá nadhled.

R-L „*Využívám jenom některé, protože chodím do práce a po práci když mám volno, tak docházím sem, když bývá třeba angličtina, tématická setkání, teď jsme vlastně začali ty redakční činnosti.*“ „... *využívám angličtinu a tématická setkání, kdy angličtina je zkononování v angličtině, čtení, překlad textu. Tématická setkání je diskuze, zamyšlení nad určitým tématem.*“ „... *mimo to, že tady docházím na program, tady mám ještě jednou za 14 dní schůzku s pracovníci, kde probíráme různé vlastně osobní témata a musím říct, že mě to tak jako zajímá, je to určitě k zamyšlení a kolikrát si člověk vlastně uvědomí, co dělá za chyby nebo jak žije a co by mohl změnit.*“

R-K „... *občas využiju službu na spořitelnu třeba nebo na něco v domácnosti. Tady mě naučili vyrábět různé výrobky.*“ „... *využívám tvoření, protože jsem ženská tvořivý typ, ráda dělám s korálkami. Kdysi jsem tu i učila plést klienty košíky. Ještě sem chodívala na angličtinu pro začátečnický.*“ „... *využívám rady do domácnosti nebo jak se zachovat v nějaké situaci, třeba vztahové. Jsem si jednou všechno moc brala, když někdo něco řekl, tak tři roky jsem se tím trápila. Paní pracovnice mě naučila tak nějak s tím pracovat.*“

Všechny aktivity nabízené službou jsou něčemu prospěšné a mají v něčem klienta posunout dále. Pracovníci si vždy s klientem stanoví cíl, kterého by rádi dosáhli, a po nějakém čase si sednou a zhodnotí, jak se jim to podařilo, nepodařilo, co stálo v cestě. Pracovníci naslouchají klientům a snaží se jim porozumět, nacvičují s nimi jejich dovednosti, schopnosti, které jim přispívají k samostatnosti. Vedou s nimi individuální rozhovory, kde proberou vše co klient potřebuje vyřešit nebo probrat, vysvětlit. Procvičují jejich kognitivní funkce a snaží se pěstovat přátelské vztahy. Nabízí jistotu, sounáležitost, přijetí a bezpečí. Dále posilují paměť, různými treninky kognitivních funkcí, které si pracovníci připravují, posilují pozornost, pomáhají s plánováním. Neustále do programu zahrnují i sportovní aktivity, kterými si klienti udržují svou kondici a podporují zdravý životní styl. Také se zaměřují na relaxaci, uvolnění třeba za pomoci jógy. Navštěvují klienty v jejich přirozeném prostředí,

kde je kontrolují a zároveň dávají rady do domácnosti. A co je nezbytné učí je prevenci, poznat příznaky a vedou je k tomu, aby to začali řešit. Díky každé z těchto a mnoho dalších aktivit, malými krůčky posouvají klienta k samostatnosti.

6. Kategorie „Čas růže přináší“

Kody šesté kategorie jsou: socializace, lepší uplatnitelnost na trhu práce, uvědomění, smysl.

V kategorii je rozebráno, co sociální rehabilitace přináší jejím klientům.

R-J „... je super být mezi lidma, nemám čas přemýšlet nad sebou...“ „... že i kreslím pro tu charitu, je to takové, že to má nějaký smysl.“ „... nejsi sama, tady nepřemýšlíš, nemáš čas o tom přemýšlet, když aktivně využíváš svůj čas.“ „... člověk aspoň něco dělá je v kolektivu, tak by přemýšlel o nemocech všech, takto aspon přemýšlí o tom co dělal, vytvořil.“

Paní Jitka našla nějaký smysl v navštěvování rehabilitace, pomáhá jí to získávat sociální kontakty, aktivně využívá svůj čas, socializuje se.

R-E „Kdyby nebylo Camino, nemám žádné sociální kontakty.“

Paní Evě Camino pomohlo se socializací.

R-P „... téma koníčkama si udžuju nějaké to duševní zdraví.“ „... ted' pomáhám jejímu synovi se o něj starat, když je ona v blázinci.“

Respondenta sociální rehabilitace velmi dobře zaktivizovala, našel si mnoho koníčků a dokonce se už i dokáže postarat o syna své přítelkyně.

R-V „... do Camina chodím, abych byla mezi lidma, vypadla z baráku.“

Paní Vladislavě rehabilitace ukázala cestu jak komunikovat s lidmi a nebýt na pokraji společnosti.

R-L „... kolikrát si člověk vlastně, tak nějak uvědomí, co dělá za chyby nebo jak žije.“

Rehabilitace Lukášovi dává reálný náhled na věci, pomáhá mu s uvědomováním a tím ho vede k samostatnosti.

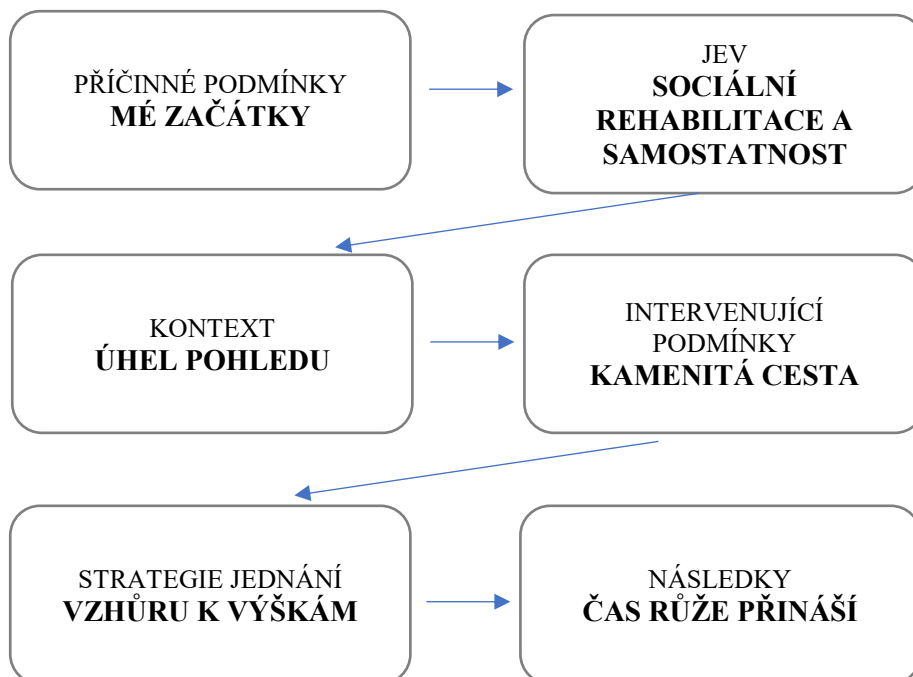
R-K „... když je člověk v invalidním důchodu, že aspon trošku má nějaká kolektiv.“ „Tematická setkání tady máme, aby člověk myslel třeba na jiné věci.“ „Pracovnice J mi strašně pomohla, když jsem si doma myslela, že budu muset volat elektrikáře, ale ona mi poradila, že to bude jen žárovkou, takže mi donesla a fakt to fungovalo a nemusela jsem platit nic.“ „Naučila jsem se chodit i do restaurace na oběd, tam bych v životě ani sama nevezla...“ „... že na vše nemůžu kývnout, ale promyslet to v klidu.“ „Ze začátku, když jsem tady začala chodit, jsem byla mín disciplinovaná...“

Paní Katce pomáhá rehabilitace se orientovat v dnešním světě a uvědomovat si všední záležitosti dne. Socializovala ji, že už sama dokáže jít do restaurace nebo obchodu.

Sociální rehabilitace má vést člověka k návratu jakoby běžnému životu, alespoň do jaké míry je ten daný člověk schopný. Každý klient přichází s jinou duševní nemocí, většinou tihle lidé touží jenom

po tom, aby nezůstali sami, aby mohli docházet někde mezi lidi. Většina klientů má invalidní důchod nejvyšší možné míry, takže hledání práce je velmi omezené, ale i tak se rehabilitace snaží klienty služby aktivně zaměstnávat alespoň na dohody nebo zkrácené úvazky a snaží se je plnohodnotně doprovázet na jejich cestě k samostatnosti.

5.2 Axionální kodování



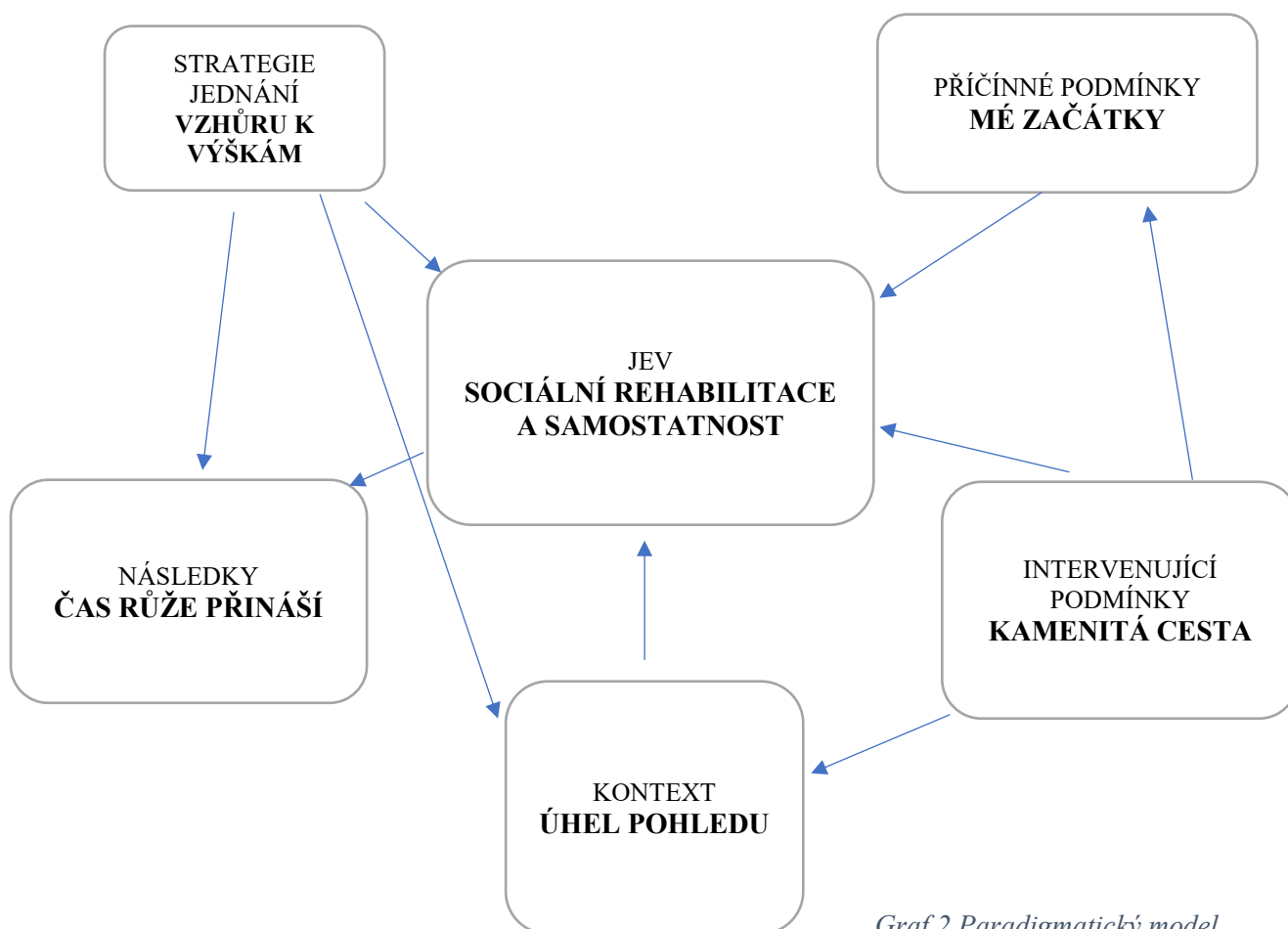
Graf 1 Axionální kodování

Příčinné podmínky značí úplné začátky klientů rehabilitace, proto jsem je pojmenovala *Mé začátky*. Kategorie zahrnuje důvody, které vedly klienty k navštěvování rehabilitace z jejich pohledů a i z pohledů pracovníků. Na příčinné podmínky navazuje jev, který se jmenuje sociální rehabilitace a samostatnost. Je to vlastně popis služby sociální rehabilitace, která je ve středu dění mé bakalářské práce a kterou klienti navštěvují. Pod kontext jsem zahrнула pohled klientů na svou diagnózu a také pohled pracovníků na diagnózu. Každý klient přiznal, že ho diagnóza v nějakém směru omezuje. Názory klientů se úplně neztotožňovaly s názory pracovníků. Každý to vidí z jiného pohledu, proto název *Úhel pohledu*. Intervenující podmínky zahrnují vnější souvislosti, podmínky, které klienty ovlivňují nebo do jejich osamostatnění nějak zasahují. Další kategorii jsem nazvala *Vzhůru k výškám* – ta pojednává o aktivitách, které rehabilitace nabízí. Díky těmto aktivitám se klienti dále rozvíjí. Poslední kategorií jsou *Následky*, v níž popisují, co sociální rehabilitace klientům přináší, jaké kroky udělali po dobu rehabilitace. Každý klient je individuální a záleží na mnoha faktorech, jak dlouho službu sociální rehabilitace bude navštěvovat. Někdo ji může navštěvovat 3 roky někdo 13 let. Lidé

v rehabilitaci dělají velké pokroky, které je vedou k osamostatnění, ale nejsou to pokroky, které jdou vidět za měsíc, je to většinou velký kus cesty, co ujdou, než se vůbec někam posunou, ale ty pokroky jsou, chce to čas, proto poslední kategorie má název *Čas různé přináší*.

5.3 Paradigmatický model

Vzniklé kategorie jsem roztřídila na základě jejich vztahů a vytvořila paradigmatický model, který jasně popisuje, co s čím souvisí.



Graf 2 Paradigmatický model

Kategorie sociální rehabilitace a samostatnost je záměrně uprostřed, protože na ni všechny jednotlivé kategorie navazují. Jako první bych chtěla zmínit kategorii *Mé začátky*, která navazuje na jev sociální rehabilitace a samostatnost. Tyto podmínky plus diagnóza se zapřičinují o to, že klient začne navštěvovat službu. Lidé se na klienty rehabilitace, klienty s duševní nemocí, dívají většinou s předsudky a nechápu je, proto se lidé cítí osamělí, většinou po diagnóze opouští svou práci, ztrácí sociální kontakty a snaží se hledat nový smysl, něco, co jim začne zaplňovat jejich špatné myšlenky

a tím něčím je sociální rehabilitace, u které najdou pochopení, bezpečné prostředí. Na příčinné podmínky navazují intervencující podmínky, jsou to vnější startéry, souvislosti, jako například vyloučení, změny nálad, stigma nemoci, které vedly právě k pocitům, které se objevují v příčinných podmínkách a také navazují na službu. Pocity, které vyvolávají intervenční podmínky, se přenášejí do kategorie *Úhel pohledu*, kde klienti popisují i za působení těchto faktorů svou diagnózu, jak je omezuje, jak se cítí. Všechny tady tyto pocity méněcennosti, vyloučenosti se snaží v rehabilitaci za pomoci kategorie strategie jednání měnit na nějaký smysl, zábavu, snaží se vytvářet sociální kontakty, rozvíjet jejich dovednosti, kreativitu za pomoci různého tvoření, šití, cvičení, psaní, kreslení. Velký zájem je o poradenství, kognitivní činnosti a tematická setkání, při nichž se zapojuje hlava, paměť, myšlení, klient se vypovídá, dozví nové věci, zamyslí se. Všechny tyto aktivity, co rehabilitace nabízí, se přenášejí do kategorie *Následky*, protože díky těmto aktivitám se lidé posouvají dál, třeba díky poradenství se učí nad věcmi víc přemýšlet a nebýt zbrklí nebo si za pomoci pracovníka mohou najít práci. Aktivity, které mají klienti k dispozici, ovlivňují jejich úhel pohledu na diagnózu.

Z praktického hlediska uvedu 3 příklady:

- Klient je sociálně vyloučený, nemá kamarády, kontakty to je překážka, která ho vede k tomu, aby začal navštěvovat sociální službu. Navštěvoval sociální poradenství, službu když potřeboval z hlediska právního a různé nabízené aktivity. Našel si plno nových koníčků. Díky těmto aktivitám se zaktivizoval natolik, že je teď schopný pomáhat přítelkyni starat se o syna.
- Klientka měla časté změny nálad, to považujeme za intervenující podmínky, které vedly k tomu, že rok nevycházela z domu a tudíž byla sama, ztratila veškeré sociální kontakty. Stalo se to, že začala chodit do rehabilitace, kde si našla různé aktivity, které ji začaly bavit, jako třeba tvoření, šití, vyrábění košíků, začala jezdit na různé výlety s Caminem a toto všechno směřovalo k následku socializace, kdy má nové kamarády, umí lépe komunikovat s lidmi a cítí se dobře.
- Respondentka ztratila své sociální kontakty, děti odrostly a odešly z domu, cítila se sama. V rehabilitaci tráví aktivně svůj volný čas s novými kamarády. Kreslí pro Camino obrazy, které služba vystavuje na svých zdech, pomáhá s různými charitativními aktivitami. Rehabilitace jí pomáhá zapomínat na špatné myšlenky a jako velmi dobrý následek bych označila smysl, který ve své práci a v životě našla.

6 INTERPRETACE DAT

Cílem výzkumného šetření bylo odpovědět na výzkumné otázky, které korespondují s výzkumnými cíli. Odpovědi získané z dílčích výzkumných otázek, nás vedou k naplnění hlavního cíle.

➤ **Co duševně nemocným klientům přináší služba sociální rehabilitace?**

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že klienty do služby sociální rehabilitace vede nejčastěji stigma nemoci, kdy okolní lidé, trpí milnými představami a předsudky o nich. Duševně nemocní lidé mohou trpět častými halucinacemi, bludy nebo dalšími příznaky. Na první pohled nemusíme poznat, že člověku vůbec něco je, v našem okolí můžeme mít někoho, kdo se léčí právě s duševním onemocněním, ale může přijít okamžik, kdy se tady tento člověk začne chovat neobvykle, začne se vyčlenovat ze společnosti, chovat se neočekávaně. Klienti rehabilitace jsou často odsouváni na okraj veřejného zájmu a bývají vylučováni ze společnosti, ztrácí své sociální kontakty, přátele, které dříve měli třeba v práci, kterou už nemohou kvůli diagnóze vykonávat. Často se cítí sami, nudí se z důvodu žádné práce, mají hodně volného času, což není dobré pro jejich duševní zdraví. Služba sociální rehabilitace jim nabízí nové bezpečné prostředí, v kterém se cítí dobře a rádi ho navštěvují. Dále tam najdou pochopení a porozumění, specializované pracovníky, kteří znají jejich nemoc, mají trpělivost a umí s nimi pracovat, podporu, kterou nemusí mít ze strany rodiny. Nalézají tam nová přátelství, necítí se vyloučení, jsou kolem nich lidé, kteří mají taky takové trápení, cítí, že v tom nejsou sami. Aktivně tráví svůj volný čas činnostmi, které sociální rehabilitace nabízí.

➤ **Jak sociální rehabilitace pomáhá duševně nemocným s osamostatněním?**

Každý klient sociální rehabilitace je jedinečnou osobou a potřebuje individuální přístup, který dostává od sociálních pracovníků. Za pomoci individuálních schůzek řeší každodenní záležitosti s klienty, jako může být pomoc v domácnosti, pomoc s počítačem, s mobilem, pomoc s úředními věcmi, s náhledem na nějakou věc, vztahy, problémy které se klientovi vyskytli. Pracovníci udávají realný náhled klientům a často jim vysvětlují hodně věcí pořád dokolečka, snaží se s nimi naplnit cíle, které si stanovují, které chtějí dokázat. Často i díky terénním formám služby je pracovníci kontrolují doma, jestli zvládnou dodržet určitý čas, jsou v dobrém stavu, nedělají něco špatného. Trénují s nimi disciplínu, kterou budou potřebovat v budoucím povolání, pomocí poradenství jim radí, jak brát léky, aby fungovali, jak vyplnit papír, který si přístě už budou moct vyplnit sami. Nabízí jim řadu činností, které rehabilitace realizuje, různé výtvarné kroužky, tématická setkání, cvičení jógy, cvičení na balonech, procvičování kognitivních funkcí, angličtina, kreativní činnosti, výlety. Díky těmto činnostem, které třeba klienti ještě neměli možnost poznat, si hledají nové koníčky, které jim udává nový smysl žít, nějak aktivně trávit čas, mají dostupné prostory, kde mohou třeba za pomoci psaní, přenášet špatné myšlenky na papír, poté to mohou praktikovat i doma, nachází lepší myšlenky a to se

určitě přenáší i do jejich osobního života. Učí se tam komunikovat s lidmi, aby se uměli lépe socializovat i v jejich domácím prostředí. Často trénují paměť, zamýšlejí se, díky rehabilitaci někteří dokáží pomoc nejen sobě ale i druhým. Cítí se být potřební a to vše ovlivňuje jejich život. Nachází motivaci, která jim pomáhá každý den s nemocí prožít a posouvat se dál. Cítí se začlenění.

➤ **Jaký vliv má sociální rehabilitace na schopnosti a dovednosti klientů?**

Rehabilitace rozvíjí zapomenuté nebo nemocí nějak ovlivněné schopnosti a dovednosti. Mají k dispozici činnosti, které služba nabízí. Posílují tam péči o své zdraví o sebe, posilují duševní zdraví, navazují sociální vztahy, chodí si pro rady, které se týkají hospodaření v domácnosti, s penězi, rady ohledně vyřizování praktických záležitostí. Kreativními činnostmi posilují mozek, jemnou, hrubou motoriku, pomocí angličtiny, tématických setkání komunikaci, vztahy. Snaží se pomocí konrol, klienty naučit disciplíny, aby mohli zase do práce, pomohou jim lépe pochopit, co proč, jak a navedou je. Získávají lepší uplatnitelnosti na trhu práce. Schopnosti, které měli vyvinuté za pomoci výcviku, opakování, zkušeností, se snaží znovu nalézt. Pracovníci je s nimi stále trénují a snaží se je rozvíjet. Každý klient je má jiné. Dovednosti se získávají učením, proto se ve službě neustále trénují určitými činnostmi. Někteří rodiče klientů, se snaží své děti chránit, všechno dělají za ně, ale neuvědomují si, že tím ho brzdí a že mu tím nepomůžou, v rehabilitaci jim dávají prostor a čas na to to dělat věci sami nebo s malou pomocí.

➤ **Záleží při práci s klientem na jeho diagnóze?**

Každý klient rehabilitace mi při rozhovoru odpověděl, že ho diagnóza vlastně v něčem omezuje, nebo brzdí, něco mu upírá, má v havě něco na víc, co jiní nechápou. Ale pracovníci berou diagnózu spíš jen jako nějaký orientační bod, snaží se povídat s klienty a pozorovat jejich individualitu a jak sám klient pracuje se svojí nemocí. Většinou více jak na diagnóze záleží na osobnosti člověka, jeho celkové výbavě. Klienti nejsou ani povinni sdělovat své diagnózy, pro pracovníky je pouze stěžejní, jestli zapadají do jejich cílové skupiny. Diagnóza na druhou stranu pomáhá sociálním pracovníkům pochopit chování, které klient vykazuje. Myslím, že z toho vychází, že diagnóza není až tak stěžejní, ale ulehčí práci pracovníkům služby, kteří bez ohledu na stanovenou diagnózu, ke všem klientům přistupují stejně.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Celkově téma sociální rehabilitace není moc známe a při psaní bakalářské práce jsem zjistila, že je velmi málo odborné literatury, která by se zaměřovala na tohle téma a klienty dané služby. Bylo by dobré více probádat tuto oblast sociálních služeb.

Dále bych chtěla upozornit na neznalost lidí a malou propagaci sociální rehabilitace. V práci jsme se zaměřovali na to jak sociální rehabilitace pomáhá k osamostatnění, tím chci poukázat na to, že bych do propagace zahrнула i praktické poznatky a zkušenosti klientů rehabilitace. Více zdůraznit to, co jim přinesla sociální rehabilitace, jaké činnosti využívají nejvíce, co se jim tam líbí, aby ostatní lidé s duševním onemocněním ztratili stud a sami přišli na to, že je pro ně sociální rehabilitace dobrým místem a že se nemusí ničeho bát. Klientům bývá na začátku velmi nepříjemné do takové služby vůbec přijít a připustit si, že s nimi něco není v pořádku a mají nějaký problém. Létáčky, větší informovanost, pocity klientů po navštěvování, výsledky by tyto bariéry mohly prolomit. Každý rok bývají dny duševního zdraví, které se snaží přiblížit témata spojená s duševním zdravím veřejnosti, zkušenosti lidí, různé druhy prevence. Měla jsem možnost zúčastnit se pestrého programu těchto dnů, kde byla mimo jiné i přednáška o psychoenergetické terapii, kde byla teorie doplněna o praktické ukázky technik a cvičení. Doporučovala bych více takových dnů, více hovořit o nemocech, duševním zdraví v médiích, ve školách, mezi sebou, aby se se tyhle témata dostaly do podvědomí rozsáhle veřejnosti.

Doporučovala bych pro náročnost práce s těmito klienty, více preventivních opatření i pro sociální pracovníky rehabilitace, protože ně všem klientům se dá pomoci, nemůže chtít jen pracovník, klient musí chtít spolupracovat, mnoho klientů nezvládne situaci, může dojít na sebepoškození, sebevraždu, všem se pomoci nedá. Pracovníci svoji práci dělají s odhodláním, ke každému přistupují individuálně a nemohou se při neúspěchu sesypat, musí odlišit práci a svůj reálný život. Každý den jsou ve styku s lidmi, kteří trpí depresemi, jsou negativní, nebo se neztotožňují s diagnózou, ti lidé potřebují pomoci, sociální pracovníci musí být emocionálně vyrovnaní, stabilní a silní, aby se s touto každodenní zátěží dokázali vyrovnat.

Ve službě sociální rehabilitace, kde byly uskutečňovány rozhovory, měli v hlavní místnosti umístěno akvárium s morčetem, kterému občas něco klienti rehabilitace dají na jídlo, pozdraví ho. Přišlo by mi zajímavé do programu zahrnout i nějaké ukázky terapie se zvířaty. Tyto terapie se většinou využívají u osob s nějakým tělesným handicapem, ale celkově zvířata, kontakt se zvířetem pozitivně působí na člověka a myslím, že by to bylo pro klienty nové, zajímavé a příjemná zkušenost.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala sociální rehabilitací, jak pomáhá klientům, kteří trpí duševním onemocněním s osamostatněním, co jim služba přináší, jaký vliv má rehabilitace na schopnosti a dovednosti klientů a jak moc, nebo jestli vůbec záleží na stanovené diagnóze při práci s klienty s duševním onemocněním a jak svou diagnózu vidí sami klienti.

V teoretické části byly rozebrány důležité pojmy k prohloubení znalostí o sociální rehabilitaci. Kde je ukotvena, pod jakou službu spadá, jak služba pracuje s lidmi s duševním onemocněním, jaké kvalifikace by měl mít sociální pracovník, jak může nebo by měla rodina reagovat na duševní nemoc a v neposlední řadě je popsáno dítě, dospělý a senior trpící duševním onemocněním. Na skupinu duševně nemocných dospělých v rehabilitaci se zaměřuji v druhé části práce.

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, jak sociální rehabilitace pomáhá s osamostatněním klienta s duševním onemocněním. Kvalitativní výzkum byl prováděn za pomoci polostukturovaných rozhovorů s klienty a pracovníky sociální rehabilitace. Data se analyzovala za pomoci otevřeného kodování, díky kterému vznikly kategorie, které navazují na axionální kodování a paradigmatický model, který popisuje vztahy mezi určitými kategoriemi. Z rozhovorů jsme se dozvěděli hodně zajímavých poznatků a odpověděli jsme si na dílčí otázky, které vedou k zodpovězení hlavní otázky a cíle.

Sociální rehabilitace nabízí pochopení, přijetí, ukazuje cestu. Za pomoci individuálních cílů klienti dělají malé krůčky, které je vedou k samostatnosti. Služba poskytuje rady v každodenních záležitostech, posiluje sebedůvěru. Díky aktivitám, které se ve službě realizují a neodolné trpělivosti sociálních pracovníků si klienti posilují svoji paměť, trénují komunikaci. Je to takový můstek, po kterém klient přechází, taková prevence, která ho připraví na návrat do jeho přirozeného prostředí. V průběhu výzkumu, jsem zjistila, že nezáleží ani tak moc na diagnóze, která klienta může v určitých směrech omezovat, ani na pracovnících, ale na samotném člověku, jak se ke své nemoci postaví, jestli ji přijme a bude se chtít s ní nějakým způsobem naučit pracovat. Jak je to i v životě, člověk musí chtít, mít tu sílu pracovat na sobě, aby něčeho dosáhl a udělal pokrok. Rehabilitace poskytne všechny své činnosti, poradenství, možnosti, aby klient mohl rozvíjet své schopnosti a dovednosti, nabídne bezpečné prostředí, sociální kontakty, rady a je jen na člověku, jak to všechno přijme. Rozdělila bych to na tři typy lidí. První jsou ti, co svou diagnózu přijímají a chtějí spolupracovat někam se posunout, daří se jim to. Druhá skupina jsou lidé využívající službu po dobu více let s malými pokroky, protože je trápí vracející se příznaky nemoci, relapsy. Mohou tady patřit i lidé, kteří svou diagnózu nepřijímají, nebo mají kolem sebe faktory, které je brzdí v osamostatnění, jako mohou být například různé

závislosti na alkoholu, drogách nebo rodiče, kteří vyřizují za dospělé klienty rehabilitace veškeré věci. Poslední typ lidí nemá tu vnitřní sílu a i přes veškerou nabízenou pomoc se nelepší, vidí vše negativně, nepřijímají diagnózu a bohužel to může dojít i k tomu, že si sáhnou na život. Je mnoho lidí co prošlo sociální rehabilitací a už jsou začlenění nějakým způsobem do společenského života a už službu nepotřebují, ale bohužel jsou i ty druhé případy.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAŠTECKÁ, Bohumila. Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0708-X.
- [2] ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [3] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178303x.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. Pyramida (Panorama). ISBN 80-7038-158-2.
- [5] HEJZLAR, Petr. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. Psychiatrie pro praxi [online]. [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200905-0007.php>
- [6] JANÍK, A., CHROMÝ, K., KUBÍČKOVÁ, N. Postoje příbuzných k ženám hospitalizovaným v psychiatrickém zařízení. Československá psychologie, 1988.
- [7] JANKOVSKÝ, Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-x.
- [8] JESENSKÝ, Ján. Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
- [9] KOLÁŘ, Pavel a Miloš MÁČEK. Základy klinické rehabilitace. Praha: Galén, [2015]. ISBN 978-80-7492-219-0.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0575-3.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- [13] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- [14] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

- [15] MACHALOVÁ, Mária. Psychológia vo vzdelávaní dospelých. Bratislava: Gerlach Print, 2006. ISBN 80-89142-07-9.
- [16] MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- [17] MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [19] MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- [20] MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- [21] OSWALD, Eduard. Kontakt aneb odborné sociální poradenství v praxi. 19.3. 2010. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/8468>
- [22] Priority rozvoje sociálních služeb – pracovní materiál: s.14: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, odbor sociálních služeb a sociálního začleňování. Praha, 2009.
- [23] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [24] SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb. Praha: ASPI, 2008-^^^^. Meritum (ASPI). ISBN 978-80-7357-316-4.
- [25] ŠIMOVCOVÁ, Darina. Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s poruchami duševného zdravia. Ve Zlíně: Univerzita Tomáše Bati, 2015. ISBN 978-80-7454-515-3.
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [27] VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
- [28] VYBÍRAL, Zbyněk, Jan ROUBAL a Jiří ŠUPA. Současná psychoterapie. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.
- [29] Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

[30] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

E	Eva
J	Jitka
K	Katka
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
L	Lukáš
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
P	Petr
R	Respondent
V	Vladislava
ZSS	Zákon č. 108/2006 Sb. – Zákon o sociálních službách

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 výběrový soubor klientů sociální rehabilitace	36
Graf 1 Axionální kodování	48
Graf 2 Paradigmatický model	49