

UNIVERZITA PARDUBICE

Fakulta filozofická

Péče o osoby s duševním onemocněním v Pardubicích

Lucie Řezníčková

Bakalářská práce

2019

Používané zkratky

PDZ – Péče o duševní zdraví

MKN – 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Řezníčková**
Osobní číslo: **H16306**
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**
Studijní obor: **Humanitní studia**
Název tématu: **Péče o osoby s duševním onemocněním v Pardubicích.**
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cílem práce je popsat systém zdravotní a sociální péče o lidi s duševním onemocněním na příkladu krajského města Pardubice. Teoretická část se bude věnovat systému sociální a zdravotní péče, jejich vzájemné kooperaci a perspektivě, jak bude vypadat jejich budoucí podoba. V práci bude představena problematika duševních onemocnění a konkrétní způsoby pomoci a podpory ze strany všech místně působících institucí. Vymezeny budou základní pojmy a nabídka služeb (poradenství, chráněné zaměstnání, sociální rehabilitace, sociálně terapeutická dílna). Součástí práce budou polostrukturované rozhovory s pracovníky institucí zabývající se problematikou duševního onemocnění.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

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.

GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno. Paido, 2000.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

NOVOSAD, Libor. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

Reforma péče o duševní zdraví [online]. Copyright ? [cit. 28.01.2018]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.

Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce: **1. dubna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2019**



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.
děkan



L.S.



Ing. Jaroslav Myslívec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. listopadu 2017

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a se směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012 bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 12. 6. 2019

Lucie Řezníčková

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí mé práce PaedDr. Zdence Šáňdorové, Ph. D. za odbornou pomoc, cenné rady, trpělivost a vstřícný přístup v průběhu psaní bakalářské práce. Poděkování patří také celé organizaci Péče o duševní zdraví, která mi byla po celou dobu psaní práce k dispozici. V neposlední řadě musím poděkovat všem respondentům za poskytnutí rozhovorů.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou péče o osoby s duševním onemocněním v Pardubicích, se zaměřením na organizaci Péče o duševní zdraví a snaží se přiblížit, jak probíhá inkluze osob s duševním onemocněním. Práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část je věnována duševnímu onemocnění. Popisuje historii organizace Péče o duševní zdraví a její současný stav. Zaměřuje se na sociální služby a podporu a intervenci duševně nemocným a nahlíží do problematiky reformy péče o duševní zdraví. Praktická část je zaměřena na inkluzi osob s duševním onemocněním do společnosti. Kvalitativní výzkum byl proveden prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s klienty a zaměstnanci organizace Péče o duševní zdraví.

KLÍČOVÁ SLOVA

duševní onemocnění, Péče o duševní zdraví, sociální služby, inkluze osob s duševním onemocněním,

TITLE

Caring for someone with mental illness in Pardubice.

ANNOTATION

This bachelor thesis deals with the care of people with mental illness in Pardubice, with a focus on the organization Péče o duševní zdraví and tries to explain how the inclusion of people with mental illness is taking place. This thesis is divided into two parts - theoretical and practical part. The theoretical part is focused to mental illness. It describes the history of organization Péče o duševní zdraví and its current situation. This part is also dedicated to social services and the support and intervention of the mentally ill and looks at the issue of mental health care reform. The practical part is focused on inclusion of people with mental illness in society. Qualitative research was conducted through semi-structured interviews with clients and employees of the Péče o duševní zdraví organization.

KEYWORDS

mental illness, organization Péče o duševní zdraví, social services, inclusion of people with mental illness

Obsah

Úvod	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Duševní onemocnění	11
1.1 Duševní nemoc	11
1.2 Klasifikace duševních onemocnění	12
1.3 Nejčastější duševní onemocnění v rámci organizace	13
1.3.1 Schizofrenie.....	13
1.3.2 Afektivní poruchy (poruchy nálady)	14
1.3.3 Poruchy osobnosti	15
2. Péče o duševní zdraví	16
2.1 Historie a současnost.....	16
3. Sociální služby	19
3.1 Sociální služba.....	19
3.2 Standardy kvality.....	20
3.3 Procedurální předpis.....	21
4.1 Účel reformy.....	28
4.2 Strategie a cíle	28
4.3 Péče o duševní zdraví a reforma.....	31
5. Podpora a intervence osobám s duševním onemocněním	33
5.1 Služby následné péče.....	34
5.2 Sociální rehabilitace	34
5.3 Středisko Výměník.....	35
5.4 Inkluze osob s duševním onemocněním.....	36
6.1 Dle diagnózy.....	38
6.2 Dle regionu	39
6.3 Dle věku	39
6.4 Dle potřebnosti	39
Shrnutí teoretické části	39
PRAKTICKÁ ČÁST	41
7. Cíl výzkumu	41
7.1 Metody výzkumu.....	41

7. 2 Výzkumný vzorek	42
7. 3 Výzkumné otázky.....	42
7. 4 Metodologie.....	44
7.4.1 Zakotvená teorie	44
7.4.2 Kódování	44
7. 6 Vyhodnocení dat.....	45
7. 7 Závěr praktické části	48
Závěr.....	50
Seznam použité literatury	52
Seznam příloh.....	55

Úvod

Duševní onemocnění je pro mnoho lidí stále tabuizované téma, ale díky narůstajícímu počtu osob s duševním onemocněním se toto téma pomalu stává běžnou součástí života větší části naší společnosti. Dle statistických údajů můžeme říci, že některá z forem duševních poruch postihne v průběhu života téměř každého druhého člověka. Osoby s duševním onemocněním jsou v dnešní době tedy významnou cílovou skupinou. S duševním onemocněním se setkává stále více lidí, a to i lidé v mém blízkém okolí. Hlavním důvodem výběru tohoto tématu byla jeho aktuálnost a má osobní zkušenost s lidmi s duševním onemocněním. Téma je mi blízké a zajímá mě, jelikož se téměř denně setkávám s lidmi s duševním onemocněním a zároveň i s lidmi, kteří pro tyto osoby nemají pochopení. I přesto, že stále roste počet osob s duševním onemocněním, má společnost vůči těmto lidem předsudky, kterých se těžko zbavuje. Ráda bych poukázala na zbytečnost těchto předsudků. Organizaci Péče o duševní zdraví jsem si vybrala z důvodu toho, že ji považuji za největšího poskytovatele sociálních služeb v Pardubicích, v oblasti duševního zdraví.

Cílem práce je popsat systém péče a jeho fungování o lidi s duševním onemocněním, v rámci organizace Péče o duševní zdraví. Teoretická část bude zaměřena na problematiku duševního onemocnění, dále bude představena organizace Péče o duševní zdraví, bude vymezena její cílová skupina a pozornost bude věnována sociálním službám a druhům podpory a intervencí ze strany organizace Péče o duševní zdraví. Empirická část práce se bude zabývat otázkami inkluze klientů a efektivností poskytovaných služeb. Kvalitativní výzkum bude zpracován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty a zaměstnanci organizace Péče o duševní zdraví. Většina práce využívá internetových zdrojů organizace Péče o duševní.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Duševní onemocnění

Cílem kapitoly je vymezit pojem duševní onemocnění a dále seznámit s dělením onemocnění podle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Závěr kapitoly se bude podrobněji věnovat nemocem, se kterými se v organizaci PDZ setkávají nejčastěji.

1.1 Duševní nemoc

Hartl a Hartlová (2009, s. 346) duševní nemoc označují za „*poruchu duševních funkcí ve smyslu hyperfunkce, hypofunkce, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce. V nejstarších dobách byla považována za následek provinění proti bohům. Příznaky duševních chorob jsou podobné na celém světě, i přes to, že jsou modifikovány vlivem kultury, která má vliv na obraz nemoci.*“ Můžeme tedy říci, že příznaky duševních nemocí jsou téměř stejné na celém světě, ale důležitou roli hraje společnost a kultura dané země. V každé společnosti je duševní onemocnění vnímáno odlišně, velkou roli zde hrají média. V naší společnosti se můžeme setkat s častými mediálními kauzami, které poukazují na lidi s duševním onemocněním pouze v tom negativním smyslu.

Světová zdravotnická organizace definuje psychiatrický případ jako „*zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání*“. *Duševně nemocní nejsou v době manifestace poruchy schopni adekvátně sociálně fungovat podle všeobecně akceptovaných norem svého sociokulturního prostředí*“ (Höschl, 1996 cit.dle Mahrové, 2008, s.69). V době, kdy se nemoc projeví, není člověk schopný fungovat podle norem většinové společnosti, ale tento stav je měnný a to si mnozí lidé neuvědomují a proto dochází ke špatnému začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti. Pokud člověk podstoupí určitou léčbu a podaří se nemoc dostat pod kontrolu, dokáže se chovat podle všeobecných norem jako většina společnosti.

„Duševní onemocnění mohou mít své biologické (genetické, vrozené) příčiny, mohou vznikat na základě psychogenních, sociálních vlivů. Nejčastěji se však jedná o kombinaci více faktorů. Jistě si lze dobře představit, že i u jednoznačně „biologických“ poruch, jako jsou např. různá organická postižení mozku, hrají vlivy okolí, výchova, stimulace, sociální podpora, velkou roli ve výsledných projevech daného postižení. U některých onemocnění si stále nejsme jisti, nakolik jsou při svém vzniku čistě psychogenně podmíněné a změny v CNS se objevují až sekundárně, po opakovaných atakách nemoci, nebo zda jsou nějaké, byť diskrétní změny přítomné již od narození. Je těžké, někdy až nemožné dohledat tu první, či „správnou“ příčinu.“ (Mahrová 2008, s.70)

1.2 Klasifikace duševních onemocnění

V současné době se můžeme nejen v České republice, ale v celé Evropské unii setkat se základním rozdělením nemocí, vydaným Světovou zdravotnickou organizací. Toto rozdělení nese název Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, (také známe pod zkratkou MKN -10). Toto dělení nám pomůže určit pacientovu diagnózu. Pro pomoc osobám s duševním onemocněním je nezbytně nutné, aby sociální pracovník znal diagnózu klienta a orientoval se v diagnostických kategoriích tohoto rozdělení. Toto rozdělení nám však nemůže zaručit, že dva pacienti se stejnou diagnózou budou mít stejné příznaky a průběh nemoci. V potaz se musí brát pacientovo okolí a jeho jedinečnost. Tato klasifikace obsahuje XXII kapitol a každá z nich se věnuje určité skupině onemocnění. V páté kapitole se setkáváme s dělením duševních onemocnění, kapitola nese název „*Poruchy duševní a poruchy chování*“. Diagnózy jsou rozděleny do 11 skupin, které se označují písmenem F (F00-F99):

F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických

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

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

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

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

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

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

F99 Neurčená duševní porucha (ÚZIS ČR, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, desátá revize 2018)

1.3 Nejčastější duševní onemocnění v rámci organizace

V práci bude kapitola věnována cílové skupině, která se bude podrobně věnovat vymezení cílové skupiny z několika hledisek. Vymezení z hlediska diagnózy je pro organizaci základní kritérium cílové skupiny. Z hlediska diagnózy, dle rozdělení MKN -10, tedy do cílové skupiny patří lidé s duševní poruchou kategorie F2 a F3. Okrajově jsou to duševně nemocní s diagnózou porucha osobnosti, úzkostné a neurotické poruchy, lehčí formy mentální retardace s další psychiatrickou komplikací. V této podkapitole, budou blíže představena onemocnění, se kterými se v rámci spolupráce s klienty, organizace setkává nejčastěji.

1.3.1 Schizofrenie

Podle výroční zprávy za rok 2017, nejvíce klientů organizace PDZ patří do kategorie F2 - schizofrenie. Organizace uvádí, že je to 65% klientů.

„Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Myšlení může být rozjízdivé až inkoherenční (nedává smysl). U pacientů se schizofrenním onemocněním bývá narušený filtr třídění informací. Jako by řada podnětů měla stejnou důležitost, je obtížné soustředit se jen na

to podstatné. Komunikace je pak pro takového pacienta velmi vyčerpávající. Mohou být přítomny bludy nejrůznějšího obsahu (perzekuční, vztahovačné, erotomanické, religiozní, extrapotenční, hypochondrické...). Schizofrenní onemocnění začíná většinou v časně dospělosti. Typicky po dvacátém roce života.“ (Mahrová, 2008, s. 75-76) Schizofrenie je dle statistických údajů označována za jednu z nejčastějších duševních poruch, proto v organizaci Péče o duševní zdraví polovinu klientů tvoří lidé s touto poruchou. Porucha má u každého člověka jiné příznaky a jiný průběh, ale hlavním projevem je poškozené vnímání a myšlení. Tyto lidé špatně vnímají realitu a nedokážou skutečnost oddělit od iluze.

1.3.2 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Afektivní poruchy můžeme označit za druhé nejčastější onemocnění v rámci organizace PDZ, kategorie F3 (12% klientů). Patří sem okruh deprese a mánie.

Deprese - tato porucha se dá označit jako velmi smutná nálada, která je doprovázena ztrátou zájmu a potěšení ze všech každodenních činností a zábav. „*K příznakům depresivního syndromu dále patří: porucha chuti k jídlu, změna tělesné hmotnosti, poruchy spánku, psychomotorický neklid či útlum, ztráta energie, pocity bezcennosti či viny, obtížné soustředění a přemýšlení, myšlenky na smrt nebo sebevraždu, případně sebevražedný pokus.*“ (Mahrová, 2008, s. 78) Lidé s touto poruchou mohou být podráždění a reagovat podrážděně nebo naopak mohou být klidní a nekomunikativní.

Mánie – „*vzrušená fáze maniodepresivní psychózy, projevující se změnami nálad, euforičností, mnohomluvností, hovorností až žvanivostí, vychloubáčností, přehnanou sebedůvěrou, nadměrnou podnikavostí, přebytkem energie, malou potřebou spánku, nedokončováním činností, přelétáním od jedné ke druhé., zvýšenou motorikou, hlučností, zvýšenou dráždivostí, nepodrobností, nezodpovědností, chováním spíše hostilním než radostným.*“ (Hartl a Hartlová, 2009, s. 300) Lidé trpící touto poruchou mají přebytek energie, dokážou několik dní nespát a jsou neustále optimističtí, často si půjčují velké množství peněz, které zbytečně utrácejí.

1.3.3 Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti spadají do kategorie F6 (10% klientů). Venglářová (2008, s.85) uvádí *„Jde o přetrvávající vzorec chování, který se značně odchyľuje od očekávání společnosti i jednotlivců v okolí člověka s touto poruchou. Je přítomna malá přizpůsobivost a odolnost. Osoby s poruchami osobnosti mají nízkou schopnost empatie a mívají problémy v interpersonálních vztazích.“*

2. Péče o duševní zdraví

Kapitola se zabývá podrobně organizací Péče o duševní zdraví, její historií a současnou podobou. Věnována je zde pozornost samotnému založení a důležitým krokům v jednotlivých letech.

2.1 Historie a současnost

Organice Péče o duševní zdraví je nestátní, nezisková a politicky nezávislá organizace, která se specializuje na pomoc duševně nemocným lidem. Organizace byla založena v roce 1995, přípravným výborem, který tvořil p. Šimek, p. Bašta a p. Kolomazník. PDZ bylo založeno za účelem „*POMÁHAT DLOUHODOBĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÝM LIDEM, ABY MOHLI ŽÍT V PROSTŘEDÍ PODLE SVÉ VOLBY, SPOKOJENĚ A CO NEJSAMOSTATNĚJI.*“ (Péče o duševní zdraví[online]⁶).

V začátcích organizace působila pouze v Pardubicích. V roce 1996 organizace založila Středisko denních aktivit pro klienty a snažila se do praxe zavést asistenční služby. V této době byl ředitelem MUDr. Filip Španiel, Ph.D. Rok 1997 přinesl nového ředitele organizace, který je ředitelem doposud, MUDr. Petr HEJZLAR. V roce 1998 Středisko denních aktivit rozšířilo své služby a zavedlo programy pro širokou veřejnost (přednášky, promítání atd.) Dalším důležitým krokem bylo navázání spolupráce s psychiatrickou léčebnou v Havlíčkově Brodě v roce 1999, kdy organizace kontaktuje hospitalizované klienty s nabídkou pomoci při přechodu z léčebny do domácího prostředí.

V roce 2000 za pomoci města Pardubice a Elektráren Opatovice začala přestavba nevyužívané budovy výměníku v Polabinách. V této budově založila organizace Chráněnou dílnu Kavárna Výměník. Organizace opět rozšířila své služby a následující rok založila službu Podporované bydlení, které probíhalo ve dvou tréninkových bytech v Pardubicích.

Organizace si počínala velice dobře a z důvodu maximálního využití služeb v roce 2002 zavedla nové metodiky služeb a zvýšila jejich kapacity. V roce 2004 Výměník díky grantu rozšířil své služby a v budově byl zřízen obchod s rukodělnou dílnou. Rok 2005 byl pro organizaci velmi úspěšný rok. Své služby posouvá za hranice města Pardubice a rozšířila

terénní služby do Chrudimi. Dalším velkým krokem bylo zvýšení počtu tréninkových bytů ze dvou na šest. V tomto roce se organizaci dále podařilo získat nové prostory pro denní centrum v Pardubicích na Dubině a klienti pro něj navrhli název „Pohoda“. Kavárna Výměník se stala samostatnou organizační jednotkou sdružení (nyní pobočný spolek).

V roce 2006 organizace přijala další zaměstnance a rozvíjela své služby v Chrudimi, kde založila volnočasové aktivity v klubu Polárka. Za důležitý krok je považován přechod na novou organizační strukturu, v roce 2007 fungovala střediska Pardubice, Chrudim a nově Hradec Králové. V roce 2008 organizace vlivem úspěšného projektu zvýšila kapacitu služeb, kdy služby využívá téměř 400 osob ročně. Následující rok organizace uspěla ve výběrových řízeních v Královéhradeckém a Pardubickém kraji a zakládá střediska v Jičíně a Rychnově nad Kněžnou.

V roce 2010 organizace slavila 15 let fungování a získala Národní psychiatrickou cenu profesora Vondráčka pro rok 2010 za práci Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. Mimo tohoto velkého úspěchu také založila nové středisko v Ústí nad Orlicí.

V roce 2011 organizace rozšířila služby sociální rehabilitace, od města najala 3 tréninkové byty. V roce 2012 Kavárna a obchod Výměník prošla rekonstrukcí a získala nový název, Obchod u soba a Café Robinson. Tréninkové bydlení se rozšířilo i do města Chrudim, kde byl k dispozici jeden byt. V roce 2013 se PDZ zapojila do projektu „*Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, který zavádí metodiku fungování tzv. peerů, tedy odborných pracovníků s vlastní zkušeností s duševní nemocí.*“ (Péče o duševní zdraví [online]⁷)

V roce 2014 organizace zrealizovala projekt zvyšování finanční gramotnosti nazvaný „Týká se to i tebe“: pomocí videospotů chtěli upozornit lidi trpící duševním onemocněním na nutnost orientovat se v základních pojmech finanční problematiky.

V roce 2015 uplynulo 20 let od založení organizace. Oslavy byly věnovány také vzpomínce na zakladatele organizace p. Antonína Šimka. V roce 2016 organizace opět uspěla ve výběrovém řízení v Královéhradeckém a Pardubickém kraji a na základě toho kapacitně rozšířila terénní týmy v Ústí nad Orlicí, Rychnově a v Náchodě. V říjnu 2016 PDZ získala cenu Duhové křídlo, v kategorii Poskytovatel sociálních služeb. Cenu uděluje Národní rada osob se zdravotním postižením a zástupci Pardubického kraje. Dále byla rozšířena služba sociálně rehabilitace o další provoz, technickou dílnu. V roce 2017 organizace vytvořila nové pracovní pozice pro peer konzultanty v Pardubicích, Ústí nad Orlicí, Hradci Králové a

v Rychnově nad Kněžnou. V rámci reformy psychiatrie, kterou se zabývá jedna z následujících kapitol, se organizace po celý rok připravovala na zavedení multidisciplinárních týmů v každém středisku. Rok 2018 se nesl v podobě příprav pro otevření Center duševního zdraví v Hradci Králové a Pardubicích. Za pomoci města Rychnov nad Kněžnou se podařilo zřídit potravinovou banku, která klientům poskytuje potravinovou pomoc. Tato potravinová banka funguje i v Hradci Králové.

Organizace má bohatou historii a neustále své služby rozšiřuje. Pokud bychom srovnali například rok 2007 s rokem 2017, uvidíme nemalý rozdíl v počtech klientů, které využívávají služby organizace. V roce 2007 to bylo konkrétně 414 klientů ve střediscích Pardubice, Chrudim a Hradec Králové. Kdežto v roce 2017 už své služby PDZ nabízelo ve více střediscích, ke třem zmíněným přibyla střediska Jičín, Rychnov nad Kněžnou, Náchod a Ústí nad Orlicí. Služby tak využilo dvojnásobně více lidí, konkrétně 877. V rámci sociální rehabilitace organizace poskytuje službu tréninkové bydlení, které se od jeho vzniku velmi rozšířilo. V roce 2019 má organizace k dispozici 17 tréninkových bytů v 5 městech.

3. Sociální služby

Organizace Péče o duševní zdraví je součástí Registru poskytovatelů sociálních služeb a na základě oprávnění, které dostala, může své služby poskytovat. Proto je součástí práce tato kapitola, zabývající se sociálními službami.

Nejprve se kapitola bude věnovat vysvětlení pojmu sociální služba. Následovat budou standardy kvality sociálních služeb, které jsou stejné pro všechny poskytovatele sociálních služeb. Tyto standardy byly vytvořené ministerstvem práce a sociálních věcí. Standardy kvality spadají pod Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Závěr bude věnován metodikám organizace Péče o duševní zdraví.

3.1 Sociální služba

Sociální službu můžeme nazvat souborem činností, který zajišťuje pomoc a podporu lidem v nepříznivé sociální situaci. Nepříznivá sociální situace může být například smrt partnera, vážné onemocnění blízké osoby, ztráta zaměstnání a mnoho dalších. Cílem tohoto souboru činností je sociální začlenění a ochrana před sociálním vyloučením ze společnosti. Užívat sociální služby může kdokoliv, kdo uzavře smlouvu o poskytování služby s poskytovatelem sociální služby. (Bílá kniha v sociálních službách, 2003)

Podle Vondrky (2008, s. 40-44) kvalitu všech poskytovaných sociálních služeb vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *„Lidé mají právo žádat o pomoc a podporu ze strany poskytovatelů sociálních služeb i ze strany státu, kraje a obce. Zákon o sociálních službách upravuje čtrnáct druhů služeb sociální péče. Služby sociální péče: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních aktivit, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Dále zákon upravuje sedmnáct druhů služeb prevence: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační*

služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace. “

3.2 Standardy kvality

Standardy kvality byly vytvořeny za účelem zkvalitňování sociálních služeb a každý poskytovatel by se měl dle těchto standardů řídit. Standardy jsou zaměřeny na dodržování základních zásad poskytování sociálních služeb, jako je zachování důstojnosti a lidských práv osob, které sociální služby využívají. Mimo těchto standardů, může mít poskytovatel vytvořené své vlastní standardy či metodiky, které jsou ale odrazem těchto základních standardů. Standardů je 15. (Ministerstvo práce a sociálních věcí)

Standard 1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb – každý poskytovatel služby je povinen jasně definovat co, kdy, kde, jak, pro koho a proč službu poskytuje.

Standard 2. Ochrana práv osob – poskytovatel musí dodržovat práva člověka a podporovat ho při jejich prosazování.

Standard 3. Jednání se zájemcem o sociální službu – poskytovatel je povinen poskytnout informace o službě tak, aby jim člověk rozuměl, projednat požadavky a cíle služby, pokud odmítne člověku službu poskytnout je povinen sdělit důvody odmítnutí.

Standard 4. Smlouva o poskytování sociální služby – poskytovatel je povinen uzavřít se zájemcem o službu smlouvu, kde je jasně uvedeno co, kde, jak, případně za kolik bude poskytováno.

Standard 5. Individuální plánování průběhu sociální služby – průběh poskytované služby si plánuje uživatel s pracovníky, v průběhu poskytování může své cíle uživatel změnit.

Standard 6. Dokumentace o poskytování sociální služby – poskytovatel zpracovává a eviduje informace o poskytování služby, dokumentace musí být k dispozici a uživatel má právo do ní kdykoliv nahlédnout.

Standard 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby – standard zaručuje možnost podat stížnost na kvalitu či způsob poskytování služby, stížnost by neměla uživatele poškodit

Standard 8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje – poskytovatel je povinen uživatele podporovat ve vztazích s přáteli, známými, s rodinou či jinými osobami, které si uživatel přeje.

Standard 9. Personální a organizační zajištění sociální služby – poskytovatel je povinen seznámit uživatele se všemi pracovníky a zaručit, že všichni pracovníci budou vědět, co a jak mají uživateli poskytnout.

Standard 10. Profesní rozvoj zaměstnanců – pracovníci v sociálních službách mají sestavený plán profesního růstu a stále se vzdělávají, aby mohli co nejlépe službu poskytnout.

Standard 11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby – poskytovatel určuje místo a dobu, kde je služba poskytována.

Standard 12. Informovanost o poskytované sociální službě – poskytovatel zpracovává soubor informací o poskytované službě, který je zveřejněn na internetu, v novinách atd. a měl by zájemcům poskytnout vše o nabízené službě.

Standard 13. Prostředí a podmínky – poskytovatel je zodpovědný za materiální, technické a hygienické podmínky v místě, kde je služba poskytována, prostředí musí být vždy důstojné.

Standard 14. Nouzové a havarijní situace – poskytovatel je povinen vypracovat postupy, jak se chovat při krizových situacích, jako je například požár, výpadek elektřiny či zdravotní obtíže uživatele.

Standard 15. Zvyšování kvality sociální služby - poskytovatel by měl od svých uživatelů zjišťovat, jak jsou se službou spokojeni, do rozvoje a hodnocení služby by měl zapojit i své pracovníky. (Ministerstvo práce a sociálních věcí)

3.3 Procedurální předpis

Organizace Péče o duševní zdraví se mimo standardů kvality sociálních služeb řídí svými vnitřními metodikami a organizačními směrnicemi. Základním dokumentem, který je společný pro celou organizaci a zaměřuje se na postupy společné pro všechny sociální služby, které organizace poskytuje je „Procedurální předpis“. Předpis upravuje základní principy a pravidla poskytovaných služeb organizací PDZ.

Procedurální předpis obsahuje tyto kapitoly: poslání, vize a cíle, zajištění kvality sociálních služeb, procedurální kompetence, nástroje procedurálního řízení, ochrana práv uživatelů sociálních služeb, stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb, návaznost služeb na další zdroje, získávání a zpracování osobních údajů při poskytování služeb, místní a časová dostupnost sociálních služeb, zveřejňování informací o sociálních službách, procedurální nouzové a havarijní situace, procedury sociálních služeb, orientace mezi poskytovanými službami. Z každé kapitoly budou vybrány nejdůležitější body.

II. Zajištění kvality sociálních služeb - Pro zajištění kvality poskytovaných sociálních služeb spolek používá tyto procesy a zdroje informací:

1. Stanoví jasnou organizační strukturu a zodpovědnost i kompetence zaměstnanců (obsaženo v Organizačním řádu).
2. Definiuje požadavky na předpoklady pro výkon pracovních pozic (v Personálním předpisu).
3. Zabezpečuje potřebné provozní zázemí sociálních služeb a pracovní podmínky zaměstnancům, kteří je poskytují (stanoveno Provozním řádem a souvisejícími předpisy).
4. Dbá na profesionální rozvoj svých zaměstnanců v podobě procesů zaškolování a individuálních vzdělávacích plánů (viz Personální předpis).
5. Provádí pravidelné hodnocení pracovníků přímé péče zaměřené na dovednosti potřebné pro výkon práce (dle pokynů Personálního předpisu).
6. Vedoucí středisek a ředitel provádějí vnitřní individuální a skupinová metodická hodnocení a konzultace.
7. Pro každé středisko jednotlivě a pro skupinu vedoucích pracovníků zabezpečuje vnější sdružení supervize prováděné najatým externistou.
8. Stanoví základní pravidla pro poskytování služeb tímto Procedurálním předpisem.
9. Podrobně popisuje procesy poskytování služeb v metodikách služeb.
10. Provádí komplexní hodnocení poskytování služeb.
11. Systematicky zjišťuje informace od uživatelů o jejich spokojenosti se službami.

12. Provádí vnitřní kontroly dodržování standardů kvality při poskytování sociálních služeb.

13. Stanoví etická pravidla pro poskytování služeb (Etický kodex).

14. Stanoví, jak mohou uživatelé služeb a jejich blízcí podávat stížnosti ohledně poskytování služeb

15. Veškeré předpisy stanovující pravidla a procesy činnosti sdružení pravidelně vyhodnocuje a reviduje. (Péče o duševní zdraví [online]⁵)

III. Procedurální kompetence - tato kapitola se věnuje kompetencím, které má pracovník na určité pracovní pozici. Zde jsou to konkrétně kompetence ředitele, zástupce ředitele, porady vedení (tj. skupina sestávající z ředitele, zástupce ředitele, finančního manažera, manažerky PR a vedoucích jednotlivých středisek), vedoucího střediska, pracovníků sociálních služeb / přímé péče v jednotlivých střediscích.

IV. Nástroje procedurálního řízení - mezi tyto nástroje patří: 1. předpisy, 2. porady, 3. metodické konzultace a hodnocení, 4. externí supervize, 5. týmová spolupráce

V. Ochrana práv uživatelů sociálních služeb - a) Postupy poskytování sociálních služeb respektují práva uživatelů dle obecně platných právních předpisů - zejména Listiny základních práv a svobod (publikované pod č. 2/1993 Sb.) a Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a svobod (publikované pod č. 209/1992 Sb.).

b) Spolek má písemně sepsaný Etický kodex, který mj. popisuje práva zájemců a uživatelů sociálních služeb sdružení. Ustanovení kodexu jsou závazná pro všechny zaměstnance sdružení.

c) Na dodržování a zohledňování práv uživatelů je také zaměřeno metodické vedení pracovníků vedoucími středisek a případová supervize externím supervizorem. Pokud nastane riziko porušení práv nebo k němu přímo dojde, je každý pracovník povinen konzultovat to s nadřízeným pracovníkem.

d) Praktické příklady, kdy může docházet k porušování práv zájemců a uživatelů služeb, a popis preventivních opatření, jak těmto porušení práv předcházet, obsahují metodiky služeb.

e) Dále jsou sledovány možnosti střetu zájmu pracovníka/organizace a uživatele sociálních služeb. V případě podezření na střet zájmu je každý pracovník povinen konzultovat jej s nadřízeným pracovníkem.

f) Praktické příklady, kdy může docházet ke střetu zájmů, a popis preventivních opatření, jak těmto střetům, obsahují metodiky služeb.

g) V případě, kdy je zájemce či uživatel služeb zbaven způsobilosti k právním úkonům, jsou právně závazná jednání o službách (podpis smlouvy o poskytování sociální služby, tvorba plánu a hodnocení poskytování sociální služby) vedena zároveň se zájemcem/uživatelem a jeho zákonným zástupcem najednou. (Péče o duševní zdraví [online]⁵)

VI. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb – Každý zájemce a uživatel sociálních služeb má právo se vyjadřovat ke způsobu a kvalitě poskytovaných služeb.

VII. Návaznost služeb na další zdroje – Každý uživatel služeb je aktivně informován o možnostech pomoci v sociální síti, pracovníci pomáhají a podporují uživatele při přechodu do jiného subjektu, poskytující služby. Organizace spolupracuje s institucemi, které poskytují veřejné služby, s institucemi poskytující sociální služby a se zdravotnickými institucemi. Uživatel je podporován v kontaktu s jeho blízkými osobami.

VIII. Získávání a zpracování osobních údajů při poskytování služeb -

a) Zpracování osobních údajů se při poskytování sociálních služeb řídí všemi souvisejícími platnými předpisy, zejména zákonem 101/2000 Sb. o ochraně osobních dat.

b) Organizace je pro zpracování osobních a citlivých údajů zaregistrována u Úřadu pro ochranu osobních dat. Organizace má zpracovánu vnitřní směrnici S0601/R2010 o zpracování osobních údajů uživatelů.

c) „ Získáváme a uchováváme pouze údaje nezbytné pro:

1. vedení osobní dokumentace uživatelů pro účely individuální práce s uživateli služeb,

2. vnitřní hodnocení efektivit a kvality služeb,

3. účely monitoringu projektů dle zadání poskytovatelů dotací na činnost sdružení,

4. účely povinností vyplývajících z platné legislativy pro oblast sociálních služeb.“(Péče o duševní zdraví [online]⁵)

IX. Místní a časová dostupnost sociálních služeb - organizace poskytuje ambulantní a terénní služby. Sociální služby jsou poskytovány v pracovní dny od pondělí do pátku od 9:00 do 17:00 hod s výjimkou střediska Výměník. Pracovníci přímé péče mají povinnost mít zapnutý služební telefon každý pracovní den od 8:00 do 18:00, tj. alespoň hodinu před a po stanoveném čase poskytování služeb. Terénní služby poskytují pracovníci v přirozeném prostředí klienta – u něj doma.

X. Zveřejňování informací o sociálních službách – veškeré informace o organizaci jsou zveřejněny na veřejně přístupných webových stránkách. Dále informace o organizaci poskytují letáky, které jsou sociálními pracovníky umístovány na klíčová místa- do ordinací, na úřad práce, do psychiatrických léčeben atd.

XI. Procedurální nouzové a havarijní situace - a) Nouzové a havarijní situace představují mimořádné či nenadálé události, které mohou nastat při poskytování sociálních služeb, a to na straně zájemce/uživatele, pracovníka či sdružení.

b) Každá nouzová a havarijní situace, která nastane při poskytování služeb, musí být (včetně způsobu jejího řešení) zaznamenána v osobní dokumentaci uživatele.

c) Každou nouzovou a havarijní situaci musí pracovník sociální služby neprodleně projednat s vedoucím střediska.

d) Specifickou nouzovou situaci v procedurální oblasti představuje „stop stav“ pro další přijímání zájemců do služby. Důvodem pro vyhlášení „stop stavu“ je naplnění kapacity pracovníka tak, že přijetím dalšího zájemce by pracovník překračoval dlouhodobě fond pracovní doby a/nebo musel snížit frekvenci kontaktu se stávajícími uživateli v jejich neprospěch.

e) Vyhlášení „stop – stavu“ pro přijímání nových zájemců může pracovník požádat i z vážných osobních důvodů (např. rozvod, nemoc nebo smrt v rodině). Toto vždy musí projednat s vedoucím střediska.

f) Jako prevence vzniku „stop stavu“ slouží metodické konzultace a dlouhodobé vzdělávání pracovníků, protože oba nástroje by měly zvyšovat efektivitu poskytovaných služeb.

XII. Procedury sociálních služeb – 1. Vstup do sociálních služeb – zájemce musí splnit vstupní kritéria (musí spadat do cílové skupiny), dalším hlediskem je potřebnost služby, zájemce se rozhoduje sám, zda vstoupí do procesu poskytování sociální služby, při poskytování služby je nutné uzavřít smlouvu,

2. Poskytování sociálních služeb – postupy poskytování služeb jsou rozpracovány v jednotlivých metodikách služeb. O průběhu služby je vedená písemná dokumentace uživatele. Každý uživatel má svého klíčového pracovníka, který koordinuje poskytování služby.

3. Ukončení nebo přerušování poskytování služeb – k ukončení služeb může dojít výpovědí smlouvy uživatelem, ze strany organizace nebo dohodou. Důvodem k ukončení může být naplnění cíle služeb, klient je přestane potřebovat, dalším důvodem může být nezájem klienta na dosažení cíle spolupracovat, nebo když dochází k porušování pravidel ze strany uživatele. Dohoda o ukončení musí mít vždy písemnou formu. Uživatel má právo kdykoliv ukončit nebo přerušit využívání služby z jakýchkoliv důvodů.

4. „ *Hodnocení poskytování služeb – hodnocení prováděná s uživatelem se provádí buď pomocí strukturovaného rozhovoru, nebo použitím dotazníků. Hodnocení je nutné provádět průběžně, souhrnně a periodicky, při ukončení nebo přerušování spolupráce. Dále se zde předpis věnuje typům dotazníků, které jsou připravené pro určité typy klientů. Camberwellský dotazník potřeb (CAN), Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace ve zkrácené verzi (WHOQoL-Bref), Dotazník spokojenosti uživatele se službou, Dotazník pro hodnocení standardů kvality služby. Hodnocení činnosti pracovníka je uplatňováno pomocí kvantitativního hlediska, kvalitativního hlediska a kontrolního hlediska, zda jsou v praxi dodržovány standardy kvality služeb.*

5. *Vedení dokumentace o poskytování služeb – pracovníci jsou povinni vést dokumentaci o uživateli, pravdivě a pravidelně. Po uzavření smlouvy tato dokumentace uživatele musí obsahovat jeho jméno příjmení, pohlaví, datum narození, adresu bydliště a stav právní způsobilosti. Zápisy by měli být stručné a měly by obsahovat informace, proč se s klientem pracuje, na čem se s klientem pracuje, kdo se na tom podílí, čeho bylo dosaženo, individuální plán klienta, záznamy o kontaktech/intervencích“.* (Péče o duševní zdraví [online]⁵)

XIII. Orientace mezi poskytovanými službami - a) Tato kapitola se týká středisek, v nichž jsou pro stejnou cílovou skupinu poskytovány dvě sociální služby, konkrétně střediska

Chrudim a Pardubice. Pozn.- středisko Výměník má též dvě služby, ale jsou od sebe jasněji ohraničené a není zapotřebí k tomu poskytovat zvláštní komentář.

b)“ *Kombinace služeb není nahodilá, nýbrž vychází ze zahraničních vzorů a metod jako jsou Case management nebo Asertivní komunitní léčba.*

c) *Tyto zahraniční vzory zpravidla spojují sektory sociálních služeb a zdravotnictví, protože u cílové skupiny duševně nemocných lidí je to efektivní a odpovídá to komplexním potřebám této cílové skupiny.*

d) *V legislativním prostředí a dotačním systému v České republice nemají služby pro duševně nemocné nijak specifické postavení a nejsou upraveny zvláštními zákony, jak tomu bývá v zemích EU či USA. Proto je potřeba naši praxi přizpůsobit platným legislativním normám.*

e) *Při zařazení našich činností do služeb podle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách jsme vycházeli z logických celků poskytovaných úkonů, intervencí a forem podpory a pomoci. Proto jsme naši činnost původně rozdělili do služeb následné péče, sociální rehabilitace a sociálně aktivizačních služeb. Sociálně aktivizační služby, resp. jejich úkony, od roku 2011 provádíme pod registrací služby sociální rehabilitace.*

f) *Služby ve Výměníku mají původ v tréninkovém zaměstnání a pracovní rehabilitaci (před platností zákona o sociálních službách). Zkušenost ukázala, že někteří nemocní mají potenciál připravit se na trh práce (a těm nabízíme službu sociální rehabilitace ve Výměníku) a jiní spíše potřebují zkombinovat bezpečné prostředí se strukturovaným programem (těm nabízíme sociálně terapeutickou dílnu).*

g) *Pro zájemce o služby, pro jejich blízké, pro spolupracující subjekty a v neposlední řadě pro vlastní zaměstnance, kteří služby poskytují, považujeme za vhodné rámově popsat vodítka pro orientaci mezi jednotlivými službami“.(Péče o duševní zdraví[online]⁵)*

V závěru předpisu je uveden přehled souvisejících předpisů, jako jsou například organizační směrnice zpracování údajů, organizační směrnice metodika služeb následné péče atd.

4. Reforma péče o duševní zdraví

Reforma psychiatrické péče je dlouho plánovanou záležitostí, která je potřebná a týká se i organizace Péče o duševní zdraví. Kapitola charakterizuje reformu psychiatrické péče, popisuje a zaměřuje se na strategické oblasti a jejich cíle. Závěr kapitoly bude věnován organizaci Péče o duševní zdraví a jejímu postoji k reformě.

4.1 Účel reformy

Česká republika reformu péče o duševní zdraví plánuje již 30 let. Hlavním důvodem je fakt, že od 90. let minulého století v psychiatrické péči nedošlo k žádným výrazným systémovým změnám, které by měly přispět ke zlepšení služeb a celkovému zkvalitnění péče o lidi s duševním onemocněním. A také se systém psychiatrické péče potýká s podfinancovaností. Strategie byla schválena v roce 2013, jako součást Národního programu reformy 2013. Tato strategie by měla mimo jiné společnosti pomoci, zvládnout čím dál větší nárůst duševních onemocnění. Za hlavní cíle strategie můžeme označit: rozvoj komunitní péče, zvýšit roli primární péče, transformace psychiatrických nemocnic/léčeben a samozřejmě podpora vzdělávání odborných pracovníků. Tyto dílčí cíle tvoří primární nejdůležitější cíl, který by měl vést ke zkvalitnění péče po celé republice. Tedy za obecný cíl je považováno, zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním. Reforma je dlouhodobou záležitostí a podle odborníků potrvá 15 -20 let.

4.2 Strategie a cíle

Ministerstvo zdravotnictví České republiky si stanovilo určité cíle a strategie, kterých by mělo být v rámci reformy dosaženo, nyní budou tyto jednotlivé cíle a strategie popsány.

CÍL1: „ZVÝŠIT KVALITU PSYCHIATRICKÉ PÉČE SYSTÉMOVOU ZMĚNOU ORGANIZACE JEJÍHO POSKYTOVÁNÍ.“(Reforma péče o duševní zdraví [online]) Tento cíl poukazuje na nutnou změnu, celkové organizace poskytování psychiatrické péče. Klíčovou změnou by mělo být zřízení Center duševního zdraví. Centra duševního zdraví by měla být úplnou novinkou v rámci poskytování péče. Každý region by měl mít vlastní centrum, které by mělo poskytovat komplexní péči, jejíž součástí by byly zdravotnické i sociální služby. Vznik těchto center lze považovat za jeden z nejdůležitějších kroků celé reformy, jelikož je nutností, aby poskytované služby byly přístupné všem napříč celou naší republikou. Aktuální stav péče tomu neodpovídá, a proto není zvláštností, že lidé s duševním onemocněním musejí dojíždět za svým lékařem desítky kilometrů a v místě svého bydliště nemají možnost žádné zdravotní, ani sociální pomoci.

CÍL2: „OMEZIT STIGMATIZACI DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH A OBORU PSYCHIATRIE OBECNĚ.“(Reforma péče o duševní zdraví [online]) Tento cíl se zaměřuje na postoj veřejnosti a celé společnosti, který zaujímá k duševně nemocným lidem a samotnému oboru psychiatrie. Společnost má značné předsudky k lidem s duševním onemocněním, což vede k vážným problémům při jejich začleňování do společnosti. Tím, že dojde k omezení stigmatizace duševně nemocných ze společnosti, dojde i ke zlepšení kvality jejich života. Lépe si budou hledat práci, přátele, budou lépe začleněni do kolektivu. Klíčovým opatřením cíle by měla být větší vzdělanost a informovanost společnosti o duševních nemocech. Velkým problémem jsou v této fázi média, která lidem podávají zkreslené informace, které v žádném případě pravdivě necharakterizují osoby s duševním onemocněním. Tento cíl reformy bude opravdu těžké splnit, vzděláváním budou muset projít pracovníci, blízké okolí nemocného – přátelé, rodina. Velkou roli bude hrát i samotná společnost, která bude muset přistoupit na přísun nových informací o této problematice.

CÍL3: „ZVÝŠIT SPOKOJENOST UŽIVATELŮ A JEJICH RODIN S POSKYTOVANOU PSYCHIATRICKOU PÉČÍ.“(Reforma péče o duševní zdraví [online]) V tomto cíli můžeme spatřit velkou podobu a celkovou provázanost s cílem předchozím. Nedostatečná psychiatrická péče má za výsledek nespokojenost osob s duševním onemocněním a jejich blízkých. Hlavní změnu by tedy měla podstoupit komunikace osob s duševním onemocněním s odbornou veřejností. Jak už jsem tedy zmiňovala, zde vidíme

spojitost cílů. Stejně jako u předchozího cíle, zde můžeme označit za klíčové opatření větší vzdělanost a informovanost odborné veřejnosti a veřejnosti. Dále se tento cíl zaměřuje na zvýšení provázanosti zdravotních a sociálních služeb. Z mých zkušeností je kooperace mezi nimi v současnosti nedostatečná.

CÍL4: „ZVÝŠIT EFEKTIVITU PSYCHIATRICKÉ PÉČE VČASNOU DIAGNOSTIKOU A IDENTIFIKACÍ SKRYTÉ PSYCHIATRICKÉ NEMOCNOSTI.“

(Reforma péče o duševní zdraví [online]) Dle Ministerstva zdravotnictví (2013, [online]) „*pro dosažení cíle je nezbytné zlepšit a rozšířit pregraduální i postgraduální vzdělávání lékařů a odborných pracovníků mimo oblast psychiatrie tak, aby se zvýšila schopnost odhalovat psychiatrickou nemocnost, což povede k časné léčbě a předání duševně nemocného do péče odborníkům. Skrytá nemocnost znemožňuje účinnou péči pro duševně nemocného, čímž zhoršuje kvalitu jeho života. Její odhalování má tak přímý dopad na dosažení globálního cíle strategie. Klíčová opatření spočívají v edukaci zdravotnických pracovníků. Další klíčovou roli zaujímá uplatňování konsiliární psychiatrie (týmu) ve všeobecných nemocnicích, která zajistí identifikaci skryté psychiatrické nemocnosti na somatických odděleních a poskytne asistenci somatickým lékařům v diagnostice a léčbě pacientů.*“ Toto opatření je velmi důležité, jelikož se v dnešní době setkáváme stále s větším nárůstem duševního onemocnění, které ale nemusí být odhaleno. Důležité je, aby si člověk uvědomil, že se duševní onemocnění může týkat i jeho samotného a měl se na koho obrátit. Tato včasná diagnostika je důležitá pro kvalitu života nemocného.

CÍL5: „ZVÝŠIT ÚSPĚŠNOST PLNOHODNOTNÉHO ZAČLEŇOVÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH DO SPOLEČNOSTI (ZEJMÉNA ZLEPŠENÍM PODMÍNEK PRO ZAMĚSTNANOST, VZDĚLÁVÁNÍ A BYDLENÍ AJ).“

(Reforma péče o duševní zdraví [online]) Právě v začleňování duševně nemocných do společnosti, je v současné době velký problém. Lidé s duševním onemocněním špatně hledají práci, což je samozřejmě spojeno s bydlením a po té i s celkovou životní situací. Pokud člověk s duševním onemocněním nemůže vyhledat práci, v mnoha případech mu invalidní důchod nestačí na zaplacení bydlení, což negativně ovlivňuje kvalitu jeho života. Zvýšit proces začleňování je opravdu nezbytné. Klíčové opatření, k naplnění tohoto cíle, je rozšíření sítě poskytovatelů psychiatrické péče a zvýšit provázanost mezi zdravotní a sociální oblastí.

CÍL6: „HUMANIZOVAT PSYCHIATRICKOU PÉČI.“ (Reforma péče o duševní zdraví [online]) Dle Ministerstva zdravotnictví (2013, [online]) *„Lůžková psychiatrická péče v ČR je primárně založena na modelu, který má své těžiště v institucionálním prostředí. Tento model je charakteristickým nedostatkem komunitních služeb poskytovaných v prostředí blíže duševně nemocným. Neméně důležitým aspektem v rámci humanizace je zlepšení podmínek péče ve stávajících zařízeních, jako jsou psychiatrické léčebny/nemocnice a psychiatrická oddělení nemocnic, a to za pomoci investic do kultivace tamějšího prostředí. Přiblížení péče k duševně nemocným a odklon od institucionálního modelu péče k modelu vyváženému ve svém důsledku povede ke zlepšení jejich kvality života. Rozvoj péče poskytované v rámci CDZ a dalších extramurálních¹ služeb, optimalizace sítě a modernizace lůžkového fondu s vazbou na definovaný cílový stav, kdy přirozeným důsledkem rozvinuté extramurální péče bude redukce lůžkové kapacity, patří mezi klíčová opatření pro dosažení cíle humanizace péče. Předpokladem pro dosažení cíle je primárně zajištění nového systému financování psychiatrické péče a adekvátní dotační podpora (ESF a další dotační tituly).“* Tento cíl považuji za nejdůležitější z celé reformy. Aby se zvýšila kvalita života osob s duševním onemocněním, a aby byli lépe integrováni do společnosti, je nutné zredukovat kapacitu lůžek v psychiatrické péči. Tato lůžková péče by měla být nahrazena péčí v přirozeném prostředí osob s duševním onemocněním, tedy vznik Center duševního zdraví v každém regionu.

4. 3 Péče o duševní zdraví a reforma

Jak se k reformě staví Péče o duševní zdraví? Z mé vlastní zkušenosti mohu říci, že organizace jde této reformě opravdu vstříc. Aktivně se podílejí na tvorbě metodik a standardů. Jak je v jedné z předešlých kapitol uvedeno, reforma chce zavést Centra duševního zdraví, i na tento krok se organizace připravuje. Centra duševního zdraví mají v plánu zřídit v Hradci Králové i v Pardubicích. Jejich otevření je naplánováno na červenec 2019. Jejich poslání je totožné s cíly reformy, která v oblasti psychiatrie probíhá. Změnu považují za velmi potřebnou. Organizace se už od počátku své existence snaží plnit cíle, které přináší nynější reforma. PDZ se snaží co nejvíce propojovat oblast zdravotní a sociální. Klientovi se snaží

¹ Pojmem „extramurální“ péče/služby máme na mysli péči a služby, které jsou poskytovány jindy a jinde než v lůžkovém zařízení v době trvání hospitalizace

pomocť v jeho přirozeném prostředí, s pomocí jdou přímo za klientem a pomáhají mu v začleňování do společnosti, tedy komplexně se snaží o zkvalitňování jeho života. Proto si organizace přeje, aby se tyto reformní cíle v co nejkratší době staly všeobecnou normou.

Z mého pohledu je tato reforma dobrým začátkem pro inkluzi osob s duševním onemocněním. Největší odtržení od společnosti, lidí s duševním onemocněním, způsobuje dlouhodobý pobyt v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních. Pokud budou po celé republice centra duševního zdraví, která lidem budou pomáhat v jejich prostředí, bez toho aniž by trávili delší dobu v léčebně, budou lépe zařazeni do společnosti. Pokud člověk bude ve většinové společnosti a bude za pomoci docházet do centra duševního zdraví, bude společností vnímán mnohem pozitivněji, než kdyby byl zavřen několik týdnů v léčebně. K úplnému začlenění osob s duševním onemocněním do společnosti vede velmi dlouhá cesta a myslím si, že to potrvá desítky let, než se to povede. Ale tato reforma je z mého pohledu důležitým prvním krokem.

5. Podpora a intervence osobám s duševním onemocněním

V této kapitole bude věnována pozornost jednotlivým druhům podpory a intervencí, které organizace Péče o duševní zdraví poskytuje svým klientům. Nejprve bude představeno místo působení organizace a města, kde se s organizací můžeme setkat. Představeny budou dvě základní sociální služby, poskytované organizací. Dále pozornost bude věnována konkrétnímu středisku v Pardubicích, které se liší od ostatních středisek službami, které nabízí. Závěr kapitoly bude věnován inkluzi osob s duševním onemocněním.

Organizaci můžeme najít v Pardubickém a Královéhradeckém kraji. V těchto krajích působí celkem v sedmi městech. V Pardubickém kraji jsou to města Pardubice, Chrudim a Ústí nad Orlicí, v Královéhradeckém kraji se můžeme s organizací setkat v Hradci Králové, Jičíně, Rychnově nad Kněžnou a v Náchodě. V každém z těchto měst můžeme najít středisko, které poskytuje sociální služby. Navštívit středisko může každý člověk, který podstupuje léčbu pro duševní potíže, má trvalé bydliště v jednom z krajů, kde organizace působí a poslední podmínkou je dovršení osmnáctého roku.

Organizace ke každému klientovi přistupuje individuálně, proto tedy každý klient s organizací spolupracuje v jiné oblasti, podle své potřeby. Nejčastěji jsou to však tyto oblasti: bydlení, finance, volný čas, práce, zdraví a provázení při krizových situacích.

a) bydlení – organizace pomáhá klientovi v běžném chodu domácnosti, součástí je nácvik domácích prací, napomáhá klientovi v kontaktu se sousedy

b) finance – organizace klientovi pomůže zprostředkovat sociální dávky, na které má klient nárok, pomoc při hospodaření s penězi, v případě potřeby pomoc při řešení dluhů

c) volný čas – organizace poskytuje kontakty na kluby, zájmové kroužky, organizace a na kulturní a vzdělávací instituce, které se zabývají volnočasovou aktivitou, možný doprovod a asistence do těchto organizací.

d) práce – organizace nabízí pomoc při hledání práce, asistence na pracovní úřad, pomoc při hledání práce na internetu. Pro studenty nabízí pomoc při organizaci studia, pomoc při vyjednávání individuálního plánu, poradenství jak se učit.

e) zdraví – organizace klienta učí zacházet se svou nemocí, informuje o projevech nemoci

f) provázení při krizových situacích – provázení krizovými a stresovými situacemi jako součást předcházení zhoršení projevů nemoci. (Péče o duševní zdraví [online]¹)

5.1 Služby následné péče

Služby následné péče jsou jednou ze sociálních služeb, které organizace poskytuje. Hlavním cílem této služby je pomáhat osobám s duševním onemocněním v zapojení do běžného života, hlavně po hospitalizaci v psychiatrických zařízeních.

„V Péči o duševní zdraví jsou tyto služby poskytovány bezplatně a spolupráce mezi poskytovatelem a uživatelem probíhá na základě dobrovolnosti. Cíle služeb jsou:

- 1. Zajistit základní sociální podmínky v místě bydliště uživatele*
- 2. Vyřešit krizové situace ohrožující uživatele, jako jsou dluhy, mezilidské konflikty, nevýhodné smlouvy*
- 3. Naučit uživatele, aby se do ohrožujících situací příště nedostával*
- 4. Najít a udržet kontakty na osoby v přirozeném okolí uživatele, které jej mohou podporovat*
- 5. Zajistit a udržet kontakt uživatele s lékařskou péčí.“* (Péče o duševní zdraví [online]²)

Služby poskytují sociální pracovníci, buď ve středisku, nebo v místě bydliště klienta. Sociální pracovník může klienta doprovázet například k lékaři, na úřady, k soudu či k jiným událostem, dle přání klienta.

5.2 Sociální rehabilitace

„Posláním sociální rehabilitace je pomáhat duševně nemocným lidem rozvíjet jejich dovednosti a vztahy s jejich okolím, aby mohli žít spokojeně a samostatně ve svém prostředí a s minimální nezbytnou mírou odborné pomoci. Tato sociální služba je vhodná hlavně pro lidi, kteří se léčí pro vážné a dlouhodobé duševní onemocnění, jako jsou schizofrenie, deprese či maniodepresivita. Spolupráce může trvat i několik let, podle potřeby. Lidi, kteří se potýkají s

jinými druhy duševních potíží, se na nás mohou také obrátit, nicméně spolupráce zde bývá krátkodobější, nejvýše v řádu měsíců. “ (Péče o duševní zdraví [online]³)

Jednou z forem sociální rehabilitace je tréninkové bydlení, které mají klienti možnost využít v Hradci Králové, Chrudimi, Pardubicích, Ústí nad Orlicí a nově v Náchodě. Sociální rehabilitace má také za poslání pomáhat duševně nemocným lidem v aktivním trávení volného času, aby nebyli osamělí a vyloučení ze společnosti. Aby bylo naplněno toto poslání, organizace pořádá společenská setkání a různé volnočasové aktivity.

5.3 Středisko Výměník

Středisko Výměník je součástí organizace, jakožto pobočný spolek. Středisko se nachází v Pardubicích. Jeho cílem je rozvíjet sociální dovednosti duševně nemocných lidí. Středisko nabízí svým klientům pracovní uplatnění v chráněném provozu, sociální rehabilitaci či pravidelnou návštěvu sociálně terapeutické dílny. Všechny služby, které jsou nabízeny, probíhají ambulantní formou.

Výměník nabízí sociální rehabilitaci, která může probíhat v chráněné kavárně, v chráněné šicí dílně a v chráněné technické dílně. V těchto provozech si klienti osvojují pracovní návyky a připravují se na budoucí zaměstnání, jak na otevřeném pracovním trhu, tak na zaměstnání v chráněném provozu. Klient se zde učí pracovat s domácími spotřebiči, obsluhovat pokladní systém, připravovat nápoje, obsluhovat zákazníky v kavárně, šít na šicím stroji a pracovat v kolektivu.

Organizace má vlastní chráněné provozy, kde klienti po absolvování sociální rehabilitace mohou získat pracovní místo. Prvním provozem je chráněná kavárna Café Robinson, která nabízí dvě pracovní pozice. První z nich je kuchař/ka. Člověk na této pozici si osvojí základní dovednosti jako je příprava a úklid kuchyně, příprava surovin, vaření, servírování pokrmů. Druhou pracovní pozicí je barman/ka, kde si opět člověk osvojí základní dovednosti pro práci v kavárně, například – příprava nápojů, obsluha hostů, obsluha kávovaru a výčepního zařízení, obsluha pokladního systému a s ním spojená práce s penězi. Dalším chráněným provozem je šicí dílna spojená s obchodem U soba. Kde člověk získá základní dovednosti pro práci v šicí dílně, šití na stroji, výroba dekorací, praní a žehlení. Posledním provozem je technická dílna, kde člověk získá základní dovednosti, například recyklace odpadu, kompletace výrobků či drobné manuální práce.

Další typ podpory, který Výměník nabízí, je sociálně terapeutická dílna. Cílem je, aby klienti trávili smysluplně volný čas a rozvíjeli své pracovní dovednosti. Tuto dílnu navštěvují zejména lidé, kteří mají problém s udržení denního programu. Z počátku mohou začínat drobnou jednoduchou manuální činností a postupem času se mohou dopracovat ke složitějším dovednostem. Klient se postupně snaží navyšovat čas strávený v dílně. V dílně je na výběr z mnoha volnočasových aktivit, například hraní divadla, vydávání časopisu nebo výtvarná skupina.

Klienti si tedy mohou vybrat, jaký typ služby využijí, někdo využije jen služby sociální rehabilitace, někdo naopak využije z počátku sociálně terapeutickou dílnu, po té se rozhodne využívat sociální rehabilitaci a pokud ji úspěšně zvládne, nastoupí do jednoho z chráněných provozů, či do jiného zaměstnání na otevřeném pracovním trhu.

5. 4 Inkluze osob s duševním onemocněním

Lidé s duševním onemocněním byli již od dávných dob považováni za odlišné. V průběhu historie se pohled na lidi s duševním onemocněním mění, ale můžeme říci, že v každé době jsou tito lidé určitým způsobem stigmatizováni. Sociolog Erving Goffman říká, že stigmatizovaný jedinec je často brán za někoho, kdo je něco méně než člověk. Stigma popisuje jako situaci, kdy je člověk vyloučen z přijetí společnosti, tedy normální většinou. Stigmatizace osob s duševním onemocněním předpokládá jejich morální slabost a nebezpečnost. Společnost zaujímá postoje, které jsou opakovány ve stereotypech. Těmito stereotypy jsou osoby s duševním onemocněním společností a médií hodnoceny. (Ocisková a Praško, 2015, s. 21 - 22) „*Jedním z typických stereotypů kolujících ve společnosti je stereotyp duševně nemocného. Promítá se do vtipů o bláznech, hovorových obrátů, zpráv v masmédiích i uměleckých děl. Je také posilován sdělovacími prostředky. Tento stereotyp může mít pro jedince pozitivní i negativní důsledky. Mezi pozitivní může patřit ochrana jedince, soucit s ním nebo kladení menších nároků na výkon a role v životě. Pozitivní důsledky však zjevně nepřevažují.*“ (Ocisková a Praško, 2015, s. 22).

S touto stigmatizací souvisí pojem inkluze. Inkluze pochází z latinského slova *inclusio*, tedy začlenění, být součástí. Lore Anderliková (2014, s. 42) pojem inkluze vysvětluje takto: „*Inkluze je založena na rovnocennosti jedinců, aniž by byla předpokládána normalita. Za normální se považuje spíše rozmanitost, přítomnost větších či menších rozdílů. Jednotlivci nejsou nuceni splňovat dané normy, naopak společenství vytváří struktury, do*

nichž se vejdou všichni a podle svých schopností dosahují cenných výkonů, které přispívají k budování celku. Inkluze znamená dalekosáhlou solidaritu s lidmi, kteří potřebují pomoc, ale nepotřebují dalekosáhlou pomoc (ve smyslu klasifikace těžce zdravotně postižených jako „osoba úplně bezmocná“).“ Lidé v důsledku svého duševního onemocnění se mohou stát ohroženou skupinou, která se potýká se sociálním vyloučením. Inkluzí osob s duševním onemocněním se mnoho autorů nezabývá. Inkluzi osob s duševním onemocněním můžeme tedy chápat jako začleňování do běžné společnosti. K inkluzi osob s duševním onemocněním může docházet několika způsoby, ale důležitá je komplexní péče. K inkluzi může docházet například v rámci sociální rehabilitace, kdy si člověk osvojuje pracovní návyky a připravuje se na vstup na pracovní trh. Další možností je chráněné bydlení, kdy se člověk učí žít sám a celkové samostatnosti. Dalším způsobem jsou volnočasové aktivity, kdy je člověk v kontaktu se společností a cítí sounáležitost, že někam patří.

6. Cílová skupina

Pro organizaci je důležité mít stanovenou cílovou skupinu. V této kapitole bude pozornost věnována cílové skupině a jejímu vymezení. Organizace si cílovou skupinu vymezila z několika hledisek, kapitola se bude věnovat všem hlediskům podrobně. Postupně zde bude popsáno vymezení cílové skupiny dle diagnózy, regionu, věku a dle potřeby.

6.1 Dle diagnózy

Toto vymezení organizace označuje za základní kritérium cílové skupiny. „*a) prioritní diagnostický okruh - duševně nemocní s psychotickou poruchou (okruhy F2 a F3 dle Mezinárodní klasifikace nemocí, touto klasifikací se zabývá jedna z předešlých kapitol práce)*

b) okrajové (z hlediska vymezení cílové skupiny) diagnostické okruhy:

- *duševně nemocní s diagnózou porucha osobnosti, pokud nastávají těžké adaptivní problémy*
- *úzkostné a neurotické poruchy s těžkým chronickým průběhem*
- *lehčí formy mentální retardace s další psychiatrickou komplikací*

c) u okrajových diagnóz obzvlášť pečlivě organizace zvažuje a hodnotí míru sociálního selhání a potřeby čerpat služby, popřípadě se uzavírá kontrakt na jasně limitované období

d) jiná zdravotní postižení: v případě, že není naplněna kapacita služby, je možné přijmout zájemce i s jiným zdravotním postižením než duševním“ (Péče o duševní zdraví[online]⁴)

Dle diagnózy můžeme říci, že cílovou skupinu tvoří prioritně klienti s diagnostickým okruhem F2 a F3, kam spadá například schizofrenie, porucha osobnosti či deprese. Ale tato cílová skupina není striktně daná, pokud o službu má zájem člověk s jiným diagnostickým okruhem, je mu ve většině případů poskytnuta, záleží na kapacitě daného střediska.

6.2 Dle regionu

Z tohoto hlediska do cílové skupiny patří lidé duševním onemocněním, jejichž bydliště se nachází v Pardubickém a Královéhradeckém kraji. V případě že člověk splňuje všechna kritéria cílové skupiny, vyjma bydliště, organizace mu služby poskytne, ale podmínkou je schopnost klienta dojíždět za službami do místa, kde organizace služby poskytuje.

6.3 Dle věku

Organizace své služby poskytuje lidem s duševním onemocněním, kteří dosáhli plnoletosti. Tedy spodní věková hranice, 18 let, je pevně stanovena. Co se týče horní věkové hranice, ta není určena. Ale v praxi se organizace setkává s minimem případů, kdy by měl zájem o služby člověk starší 60 let.

6.4 Dle potřeby

„Duševně nemocní, u nichž v důsledku onemocnění:

- a) došlo k narušení jejich sociálních rolí*
- b) mají nenaplněné potřeby ve více životních oblastech*
- c) jsou ohroženi izolací a sociálním vyloučením*
- d) míra postižení a funkčního handicapu ukazuje na potřebnost profesionální podpory a pomoci“ (Péče o duševní zdraví[online]⁴)*

Shrnutí teoretické části

Teoretická část práce přiblížila a vysvětlila pojem duševní nemoc a seznámila čtenáře s klasifikací duševního onemocnění, součástí této kapitoly byl přehled nejčastějších duševních onemocnění v rámci organizace Péče o duševní zdraví. Práce je zaměřena na organizaci Péče o duševní zdraví, v teoretické části byla tato organizace podrobně představena i se svou historií. Byla zde vymezena cílová skupina organizace dle několika hledisek. Dále v této části byla věnována pozornost sociálním službám a standardům kvality, kterými se řídí všichni poskytovatelé sociálních služeb. Čtenář se v teoretické části mohl seznámit s reformou péče o

duševní zdraví, která je v současné době velmi aktuálním tématem. Teoretická část práce zahrnuje kapitoly podpora a intervence duševně nemocným, kde jsou podrobně popsány služby, které Péče o duševní zdraví nabízí. Pozornost je v teoretické části věnována inkluzi osob s duševním onemocněním.

PRAKTICKÁ ČÁST

7. Cíl výzkumu

Cílem této práce je zjistit dostupnost a efektivitu služeb, které nabízí organizace Péče o duševní zdraví a zjistit jak je vnímána inkluze osob s duševním onemocněním ze strany zaměstnanců i klientů Péče o duševní zdraví. Výzkum se uskutečnil v organizaci PDZ v Pardubicích a Chrudimi, největší počet respondentů byl získán ze střediska v Pardubicích se sídlem v ulici Bělehradská. Mezi respondenty byli klienti organizace a také zaměstnanci.

7.1 Metody výzkumu

Výzkum byl prováděn pomocí kvalitativního přístupu, který umožnil problém zkoumat podrobněji, proto byl upřednostněn před šetřením kvantitativním. Sběr dat byl proveden pomocí polostukturovaného rozhovoru. Před samotným rozhovorem byly vytvořené otázky, které byly respondentům pokládány. Tyto sepsané otázky byly v průběhu rozhovoru doplněny dalšími rozvíjejícími otázkami. Rozhovory byly prováděny v přirozeném prostředí jak pro klienty, tak pro zaměstnance organizace, tedy v střediscích, které navštěvují či jsou v nich zaměstnáni.

Před samotným rozhovorem byli respondenti seznámeni s cílem výzkumu a za jakým účelem je výzkum prováděn. Každý respondent byl seznámen s možností, nahrávání rozhovoru na diktafon. S možností nahrávání rozhovoru ani jeden respondent nesouhlasil, proto tedy k zaznamenávání odpovědí nebylo využité nahrávací zařízení z důvodu zachování přirozeného prostředí pro respondenty. Odpovědi byly zaznamenávány do připraveného archu. Respondenti byli seznámeni s tím, že výzkum je anonymní a slouží pouze ke studijním účelům, dále byli seznámeni s možností kdykoliv rozhovor ukončit nebo na otázku neodpovídat, pokud jim to bude nepříjemné.

7. 2 Výzkumný vzorek

Respondenti z řad zaměstnanců byli vybráni na základě jejich pracovní pozice. Nejprve byli osloveni pracovníci na vedoucích pozicích a po té další zaměstnanci. Zaměstnance jsem pomocí elektronické komunikace seznámila se svým výzkumem a s připravenými otázkami k rozhovoru. Téměř všichni vedoucí pracovníci byli časově vytíženi a rozhovor nemohli poskytnout, ale byl předán kontakt na ostatní pracovníky, kteří s rozhovorem souhlasili a dohodli jsme se na možném termínu uskutečnění.

Nejprve byly provedeny rozhovory se zaměstnanci Péče o duševní zdraví. Výzkumu se zúčastnilo celkem 5 zaměstnanců PDZ. Rozhovory proběhly na pracovišti každého pracovníka. Tři rozhovory se uskutečnily ve středisku v Pardubicích v Bělehradské ulici a další dva ve středisku v Chrudimi v ulici Městský park. Zaměstnanci pomohli vybrat respondenty z řad klientů, jelikož ne všichni klienti byli ochotni tento rozhovor podstoupit. Tento fakt byl problémem ve výzkumu, jelikož se nepodařilo sehnat respondenty ze všech možných služeb, které organizace nabízí. Respondentů bylo 5, ale před zahájením rozhovoru jeden klient sjednaný rozhovor zrušil a dalšího respondenta z řad klientů se nepodařilo sehnat. Rozhovory s klienty PDZ tedy probíhaly z velké části v chráněné kavárně Café Robinson, kde to všichni klienti poskytující rozhovor dobře znají a je to pro ně příjemné prostředí.

7. 3 Výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit dostupnost a efektivitu služeb, které nabízí organizace Péče o duševní zdraví a zjistit, jak je vnímána inkluze osob s duševním onemocněním ze strany zaměstnanců i klientů Péče o duševní zdraví. Aby bylo možno cíle dosáhnout, bylo nutné stanovit si hlavní výzkumné otázky. Hlavní výzkumné otázky byly doplněny dílčími otázkami, které byly pokládány respondentům.

1. výzkumná otázka: Z jakého důvodu se klient rozhodl využít služeb organizace Péče o duševní zdraví?

a) Proč jste se rozhodl/a využít služeb organizace Péče o duševní zdraví?

b) Jak jste se dozvěděl/la o organizaci Péče o duševní zdraví?

c) Jaké máte zkušenosti s jinými organizacemi v oblasti Péče o duševní zdraví?

2. výzkumná otázka: Odpovídá nabídka služeb organizace Péče o duševní zdraví očekávání, které klient měl?

a) Jaké služby jste využíval/a a využíváte v rámci organizace Péče o duševní zdraví. Co je hlavním posláním poskytované služby.

b) Co vnímáte pozitivně a co negativně, v rámci služeb Péče o duševní zdraví?

c) Uvítal/a byste určitou změnu v nabízených službách Péče o duševní zdraví?

d) Doporučil/a byste služby Péče o duševní zdraví svým známým?

3. výzkumná otázka: Změnila se kvalita života klienta po zahájení spolupráce s organizací Péče o duševní zdraví?

a) Jak se aktuálně cítíte? Prosím, popište.

b) Jaké změny ve vašem životě po zahájení využívání služeb Péče o duševní zdraví jste zaznamenal/a?

c) Z jakého důvodu budete či nebudete využívat služeb Péče o duševní zdraví?

4. výzkumná otázka: Jak zaměstnanci vnímají inkluzi osob s duševním onemocněním do společnosti?

a) Jaká je vaše pracovní pozice?

b) Jak dlouho pracujete v organizaci PDZ

c) Jak vnímáte transformaci psychiatrické péče?

d) Považujete vznik Center duševního zdraví za největší úspěch v rámci reformy psychiatrické péče?

e) Charakterizujte, prosím, funkci CDZ.

f) V čem budou CDZ přispívat k inkluzi osob s duševním onemocněním?

7. 4 Metodologie

Analýza kvalitativního výzkumu může být provedena pomocí mnoha různých metod a jejich vzájemnou kombinací. V práci byla zvolena metoda zakotvené teorie s metodou kódování.

7.4.1 Zakotvená teorie

„ Zakotvená teorie je teorie induktivně odvozená z procesu zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je vytvořena a prozatímně ověřena prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a analýzy těchto údajů. Proto se fáze shromažďování údajů, jejich analýza a samotná teorie vzájemně doplňují.“ (Miovský,2006,s.226)

7.4.2 Kódování

„ Pod pojmem kódování, v kontextu zakotvené teorie, rozumíme operace, pomocí nichž jsou zjištěné údaje analyzovány, konceptualizovány a opět skládány novými způsoby, což je ústředním procesem tvorby nové teorie. Hranice mezi jednotlivými typy kódování mají především didaktický význam a v praxi se běžně stává, že přecházíme z jednoho typu do druhého a zpět, což v praxi probíhá obvykle opakovaně. Kódování je procesem analýzy údajů (dat) a jeho výsledkem jsou záznamy kódování.“ (Miovský, 2006, s. 228).

Kódování je možno rozdělit do třech fází:

- **Otevřené kódování** - významové jednotky jsou složeny z pojmů, které označují jednotlivé události (jevy, pocity, soudy...), v kódování vznikají tzv. kategorie, tím že vzájemně porovnáváme a třídíme významové jednotky. Snažíme se tím zjistit, zda náleží či nenáleží jinému podobnému jevu, nebo zda tvoří samostatný odlišný celek.
- **Axiální kódování** - soubor postupů, jehož pomocí jsou údaje po otevřeném kódování znovu řazena prostřednictvím vytvářených vazeb mezi kategoriemi.
- **Selektivní kódování** - proces, při kterém je vytvořena centrální kategorie. Tato kategorie je systematicky uváděna do vztahu s ostatním popsányými kategoriemi. Tyto

vztahy dále ověřujeme a je-li třeba, dále je rozvíjíme a prohlubujeme jejich popis a výklad. (Miovský, 2006, s.228-231).

7.6 Vyhodnocení dat

Získaná data byla vyhodnocena pomocí metody kódování. K jednotlivým výzkumným otázkám byly přiřazeny kategorie a kódy, které jsou jim podřazeny. Následující část popíše jednotlivé výzkumné otázky a jim přiřazené kategorie. Interpretace dat je u jednotlivých kategorií doplněna o doslovnou citaci respondentů. Byly vytvořeny 4 kategorie: důvody využití PDZ, očekávání, kvalita, inkluze.

Výzkumná otázka č. 1: Z jakého důvodu se klient rozhodl využít služeb organizace Péče o duševní zdraví?

Kategorie: důvod využití PDZ

Kódy: psychické problémy, zaměstnání, doporučení

V rámci sociálních služeb je nutné služby poskytovat velmi individuálně na základě potřeb člověka. V případě organizace Péče o duševní zdraví to platí dvojnásob, jelikož každý klient má jiné požadavky a jiné problémy. Je tedy důležité při zahájení spolupráce s klientem zjistit jaký je cíl, kterého chce klient v rámci spolupráce dosáhnout a postupně na něm pracovat. Každý klient přichází s jinými problémy ale hlavním společným prvkem, kvůli kterému se na organizaci obrací, je duševní onemocnění. S tím souvisí i problém při hledání zaměstnání, což je také častý důvod využití PDZ.

Klient č. 1 : *„Ze zdravotních důvodů a kvůli omezení, no moje psychické problémy mě omezovaly v životě.“*

Klient č. 2 : *„Protože jsem věděl, že se specializuje na duševní problémy, které mám a chtěl jsem pomoci při hledání práce.“*

Klient č. 3 : *„V nemocnici mi řekli, že bych to měl zkusit se obrátit na takovou organizaci.“*

Výzkumná otázka č. 2: Odpovídá nabídka služeb organizace Péče o duševní zdraví očekávání, které klient měl?

Kategorie: očekávání

Kódy: sociální rehabilitace, spokojenost, tréninkové bydlení, poradenství

Každý, kdo se rozhodne využít služeb organizace Péče o duševní zdraví, má samozřejmě jiné požadavky a očekávání. Důležité je, aby spolupráce odpovídala požadavkům klienta a byla v souladu s jeho očekáváním. Na základě zjištění, zda nabídka služeb odpovídá očekávání klienta, může organizace zapracovat na případném zlepšení nabídky služeb či může dojít k zjištění, že služby jsou poskytovány kvalitně a není důvod ke změně. V případě dotazovaných klientů došlo k naplnění očekávání a se službami jsou spokojeni a chtějí je v tomto rozsahu využívat i nadále.

Doplňková otázka : Jaké služby jste využíval/a a využíváte v rámci organizace Péče o duševní zdraví. Co je hlavním posláním poskytované služby.

Klient č. 2: „*Sociální rehabilitace, tréninkové bydlení, abych se naučil žít sám, uměl se postarat o domácnost a sebe.*“

Doplňková otázka : Co vnímáte pozitivně a co negativně, v rámci služeb Péče o duševní zdraví?

Klient č. 3 : „*Plus je pro mě komunikace s pracovníky organizace, vždy se s nimi dobře na všem domluví. S negativními věcmi jsem se nesešel.*“

Výzkumná otázka č. 3: Změnila se kvalita života klienta po zahájení spolupráce s organizací Péče o duševní zdraví?

Kategorie: Kvalita života

Kódy: zlepšení, psychický stav, samostatnost

Za jedno z nejdůležitějších měřítek kvality nabízených služeb je považovaná kvalita života klienta po zahájení spolupráce s organizací PDZ. Toto měřítko nám může ukázat, zda byl naplněn cíl, který si klient na počátku spolupráce stanovil a zda došlo k určité změně v jeho životě. Opět i zde je důležité soustředit se individuálně na každého klienta. Na výzkumném

vzorku tohoto výzkumu můžeme vidět, že cíle spolupráce jsou opravdu individuální. Pokud se zaměříme na tyto cíle, zjistíme, že na cílech se neustále pracuje, ale z velké části jich bylo dosaženo. Důležité je také to, že každý z dotazovaných klientů se po psychické stránce cítí mnohem lépe a to pomáhá k naplnění cílů, které si stanovili.

Doplňková otázka: Jaké změny ve vašem životě po zahájení využívání služeb Péče o duševní zdraví jste zaznamenal/a?

Klient č. 1: „*Zlepšení po psychické stránce se cítím lépe a jsem v kontaktu s více lidmi než předtím.*“

Klient č. 2: „*To, že jsem se naučil starat sám o sebe. Bydlím sám a nemusí se o mě nikdo starat. Někdy si taky sám uvařím a zvládnou to sám.*“

Klient č. 3: „*No mám lepší denní režim než předtím, když jdu na trénink do kavárny, musím brzo vstávat, nasnídat se a tak dále. Mám nějaký režim, předtím jsem neměl co dělat*“

Klient č. 4 : „*No jako společnost, nebo jak bych vám to řekl, jakože jsem víc mezi lidma rozumíte mi?*“

Výzkumná otázka č. 4: Jak zaměstnanci vnímají inkluzi osob s duševním onemocněním do společnosti?

Kategorie: inkluze

Kódy: potřebnost, změna, přirozené prostředí

Inkluze osob s duševním onemocněním je opravdu žádoucí krok, který musí být zrealizován. K této inkluzi napomáhá reforma psychiatrické péče, kterou se práce zabývá v teoretické části. Všichni dotazovaní pracovníci tuto reformu vítají a považují za potřebnou. Největší pozitivum v rámci reformy, která souvisí s inkluzí, pracovníci vidí v Centrech duševního zdraví. „*Částečně jo, ale jako důležitý se mi zdá snižování počtu lůžek v psychiatrických odděleních a léčebnách, což teda vlastně souvisí se vznikem CDZ, takže asi jo.*“

“ (Pracovník č. 3). Reforma psychiatrické péče je dlouhodobý proces, který má ještě mnoho před sebou, ale důležité je, že vůbec taková změna nastala, což potvrzují i pracovníci PDZ. „*Vnímám ji jako potřebnou a zároveň užitečnou změnu, která určitě spěje ke zkvalitnění služeb.*“ (Pracovník č. 2). Pokud v průběhu následujících let reforma dosáhne svých cílů, o

kteří se snaží, v plném rozsahu, myslím, že budeme moci hovořit o kvalitní síti služeb o osoby s duševním onemocněním. Tato síť fungujících služeb by měla významně pomoci i k inkluzi osob s duševním onemocněním. „*Tím, že člověk nebude muset být odtržen od své rodiny, přátel, ze svého domova a být dlouhodobě hospitalizován v léčebně, ale bude za ním dojíždět psychiatr nebo zdravotní sestra a on se tak bude moci léčit doma. Společnost taky uvidí, že duševně nemocný člověk nemusí být nutně nebezpečný a nemusí se zavírat do léčebny.*“ (Pracovník č. 1)

7. 7 Závěr praktické části

Na základě dat, která byla v průběhu výzkumu získána, shrnu celý výzkum. Výzkum byl proveden v rámci organizace Péče o duševní zdraví a zúčastnili se ho jak pracovníci, tak klienti. Výzkum probíhal pomocí kvalitativního přístupu, s respondenty byl veden polostrukturovaný rozhovor. Pomocí rozhovorů jsem zjišťovala, jaká je nabídka a dostupnost služeb a jak je vnímána inkluze osob s duševním onemocněním. Následující část vyhodnocuje výzkumné otázky.

Výzkumné otázky:

1. Z jakého důvodu se klient rozhodl využít služeb organizace Péče o duševní zdraví?
2. Odpovídá nabídka služeb organizace Péče o duševní zdraví očekávání, které klient měl?
3. Změnila se kvalita života klienta po zahájení spolupráce s organizací Péče o duševní zdraví?
4. Jak zaměstnanci vnímají inkluzi osob s duševním onemocněním do společnosti?

Využití služeb organizace Péče o duševní zdraví může využít člověk spadající do cílové skupiny, které je věnována jedna z předešlých kapitol teoretické části práce. Hlavním kritériem cílové skupiny je diagnóza, kam patří duševně nemocní s psychotickou poruchou (okruhy F2 a F3 dle Mezinárodní klasifikace nemocí). To znamená, že hlavním důvodem, proč všichni respondenti využili služeb organizace, byl zdravotní stav. Tento hlavní důvod spojuje všechny dotazované respondenty, ale jejich osobní důvody jsou individuální.

Například klient č. 1 se rozhodl využít služeb organizace z důvodu pomoci při hledání zaměstnání. Klient č. 3 měl takové zdravotní problémy, které ho omezovaly v běžném životě, že se rozhodl využít služeb organizace. Důvodu je mnoho, opravdu záleží na aktuálním zdravotním stavu člověka na jeho rozpoložení či na jeho zázemí. Větší část dotazovaných se rozhodla ze své vlastní vůle služeb organizace Péče o duševní zdraví využít, pouze jeden klient se rozhodl na základě doporučení od psychiatra.

Další výzkumná otázka byla, zda nabídka služeb organizace Péče o duševní zdraví odpovídá očekávání, které klient měl. Tato výzkumná otázka je propojena s otázkou předchozí. Důvody proč klient využil služby organizace, jsou individuální, proto i očekávání jsou odlišná. Výzkum ukázal, že všichni dotazovaní klienti jsou se službami spokojeni a nemají žádné negativní zkušenosti a netouží po změně nabízených služeb.

Třetí výzkumná otázka se zabývala kvalitou života klientů po zahájení spolupráce s organizací Péče o duševní zdraví. I přesto, že klienti nechtěli ve většině případů v rámci rozhovoru zacházet do detailů, podařilo se od každého z nich zjistit, že jejich život se zlepšil a cítí se mnohem lépe. V jak velké míře se jejich život změnil, nebylo zjištěno, klienti se na toto téma mnoho nerozpovídali. Klienti uvedli, že se cítí psychicky dobře nebo lépe, než před tím, než služeb začali využívat. Jeden z klientů uvedl, že se osamostatnil a bydlí sám a umí se o sebe postarat, což je pro něj velká životní změna. Další uvedl, že se změnil jeho denní režim, což je pro něj taky změna k lepšímu. Můžeme tedy říci, že určité změny nastaly, ale v jak velké míře tyto změny ovlivnily kvalitu života, se nedá na základě těchto rozhovorů definovat.

Poslední výzkumná otázka řešila inkluzi osob s duševním onemocněním, přesněji to, jak tuto inkluzi vnímají pracovníci organizace Péče o duševní zdraví. Všichni respondenti z řad pracovníků měli stejný názor, že mluvit o inkluzi je potřeba a že je důležité jí aplikovat do praxe. S tím souvisí reforma psychiatrická péče, která by měla této inkluzi velmi pomoci. Hlavní změnou, kterou by měla reforma přinést je vznik Center duševního zdraví, o kterých pracovníci mluvili velmi kladně a vítají jejich vznik. Vznik těchto center by měl umožnit lidem s duševním onemocněním žít v přirozeném prostředí, což je nejdůležitější věc, která v modelu dnešní psychiatrické péče chybí, jelikož jsou lidé zavíráni do léčeben a jsou odtrženi od společnosti.

Závěr

V bakalářské práci jsem si stanovila za cíl, zjistit efektivitu nabízených služeb organizace Péče o duševní zdraví a zjistit jak je vnímána inkluze osob s duševním onemocněním ze strany zaměstnanců i ze strany klientů využívajících služeb organizace. Zajímala jsem se o důvody, proč klienti začali organizaci využívat, zda mají zkušenosti s jinými organizacemi v oblasti duševního zdraví. Zjišťovala jsem, jaké změny nastaly po zahájení spolupráce klienta s organizací, jak se aktuálně cítí a zda jsou se službami spokojeni. Dále mě zajímalo, jak je vnímána reforma psychiatrická péče ze strany zaměstnanců organizace. Informovala jsem se, zda s reformou souhlasí a co považují za největší úspěch v rámci této reformy a jak vnímají inkluzi osob s duševním onemocněním.

V teoretické části práce jsem se věnovala problematice duševního onemocnění, tématu sociální služby a vymezila jsem cílovou skupinu organizace PDZ. Teoretická část také zahrnuje historii organizace Péče o duševní zdraví a její současný stav.

Výzkum byl realizován pomocí kvalitativního přístupu, s využitím pokostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly provedeny na základě předem připravených otázek. Respondenty jsem získala mezi zaměstnanci a klienty organizace Péče o duševní zdraví. Provedeno bylo 9 rozhovorů. Pět rozhovorů bylo provedeno s respondenty z řad zaměstnanců. Zbývající 4 rozhovory byly provedeny s respondenty z řad klientů Péče o duševní zdraví. Rozhovory se uskutečnily ve třech střediscích, ve středisku Pardubice, Chrudim a ve středisku Výměník v Pardubicích. Rozhovory měly za úkol zjistit informace, na základě kterých měly být zodpovězeny hlavní výzkumné otázky. Výzkumné otázky byly stanoveny čtyři. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všichni klienti Péče o duševní zdraví jsou se službami spokojeni a nechtějí je měnit. Klienti Péče o duševní zdraví odpovídali na otázku, jak se změnila kvalita jejich života po zahájení spolupráce s PDZ. Klienti přímo nezmiňovali, jaká je jejich kvalita života, ale všichni uvedli, že se jejich život změnil k lepšímu, u někoho v mnoha směrech u někoho třeba v jedné určité oblasti. Další zjištění je, že všichni dotazovaní zaměstnanci reformu péče o osoby s duševním onemocněním vítají a považují jí za velmi důležitý krok. Inkluze osob s duševním onemocněním je podle zaměstnanců v začátcích a k plnohodnotnému začlenění těchto osob dojde v případě, kdy budou po celé republice plně fungovat Centra duševního zdraví. Z výzkumu dále vyplynulo,

že organizace Péče o duševní zdraví je velmi důležitou součástí života každého klienta a služby klient vnímá jako efektivní. Na závěr je nutné říci, že výzkum nelze zobecnit, jelikož výsledky výzkumu jsou platné pouze pro respondenty, kteří se výzkumu účastnili, nikoliv pro všechny zaměstnance a klienty organizace Péče o duševní zdraví. I přesto, že výsledky není možné zobecnit, výsledky jsou pozitivní, organizace Péče o duševní zdraví se může považovat za úspěšného poskytovatele sociálních služeb a může ji těšit velká spokojenost jejich klientů.

Na základě provedeného výzkumu považuji organizaci Péče o duševní zdraví za velmi kvalitního poskytovatele sociálních služeb v oblasti duševního zdraví. Organizace má dle mého vysokou úroveň lidských i materiálních zdrojů. Péče o duševní zdraví se neustále snaží rozvíjet a rozšiřovat své služby, aby mohla pomáhat co nejvíce lidem. Na základě osobního setkání a komunikace s klienty organizace mohu říci, že je pro jejich život spolupráce s organizací velmi důležitá. Co mě ve výzkumu nepřekvapilo, bylo zjištění, že pouze jeden klient měl zkušenosti s jinými organizacemi, které se specializují na pomoc osobám s duševním onemocněním. I přesto, že v Pardubicích existují další organizace zabývajícími se osobami s duševním onemocněním, jsem předpokládala, že PDZ bude nejvyužívanější, jelikož nabízí široké spektrum služeb. Pokud se zaměřím na reformu psychiatrické péče, myslím si, že je opravdu v počátku realizace. Na základě studia organizace Péče o duševní zdraví zaujímám stanovisko, že v organizaci, strategie této reformy, funguje od počátku jejího založení. PDZ se snaží lidem pomáhat v jejich přirozeném prostředí. Vznik center duševního zdraví už připravují několik let a v červenci roku 2019 by tato centra měla otevřít. Proto se domnívám, že práce poukazuje na to, že reforma psychiatrické péče v praxi funguje a je efektivní.

Seznam použité literatury

ANDERLIK, Lore. Cesta k inkluzi: úvahy z praxe a pro praxi. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-765-1.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1

HÖSCHL, Cyril. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. In: MAHROVÁ, Gabriela; VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

VONDRKA, Josef. *Zákonná úprava systému sociálních služeb*. In: MAHROVÁ, Gabriela; VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

Elektronické zdroje

Reforma péče o duševní zdraví [online]. Copyright © [cit. 29.11.2018]. Dostupné z WWW: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf

Reforma péče o duševní zdraví [online]. Copyright © [cit. 29.11.2018]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

Péče o duševní zdraví¹ [online]. Copyright © [cit. 30.11.2018]. Dostupné z WWW: <http://www.pdz.cz/uploaded/dokumenty/s-cim-vam-pomuzeme.pdf>

Péče o duševní zdraví² [online]. Copyright © [cit. 30.11.2018]. Dostupné z WWW: <http://www.pdz.cz/uploaded/ve%20C5%99ejn%C3%BD%20z%C3%A1vazek%20PDZ.pdf>

Péče o duševní zdraví³ [online]. Copyright © [cit. 1.12.2018]. Dostupné z WWW: <http://www.pdz.cz/uploaded/dokumenty/nabidka-pro-vas-2018.pdf>

Péče o duševní zdraví⁴ [online]. Copyright © [cit. 6.12.2018]. Dostupné z WWW: http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/S0901_b_R2015_metodika%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20rehabilitace_final.pdf

Péče o duševní zdraví⁵ [online]. Copyright © [cit. 6.12.2018]. Dostupné z WWW: http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/P0704_R2013%20procedur%C3%A1ln%C3%AD%20p%C5%99edpis_final.pdf

MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů | ÚZIS ČR. ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Copyright © World Health Organization 2016 [cit. 12.12.2018]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

Péče o duševní zdraví⁶ [online]. Copyright © 2010 Péče o duševní zdraví [cit. 14.12.2018]. Dostupné z WWW: <http://www.pdz.cz/o-nas.html>

Péče o duševní zdraví⁷ [online]. Copyright © [cit. 14.12.2018]. Dostupné z WWW: <http://www.pdz.cz/uploaded/dokumenty/historie-pdz-k-2015.pdf>

Bílá kniha 2003 [online]. Copyright © [cit. 15.12.2018]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf

ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ÚZIS ČR | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Copyright © ÚZIS ČR 2010 [cit. 7.05.2019]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>

Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách [online]. Dostupné z:
https://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Seznam příloh

Příloha číslo 1 – rozhovor s respondentem číslo jedna

Příloha číslo 2 – rozhovor s respondentem číslo dva

Příloha číslo 3 – rozhovor s respondentem číslo tři

Příloha číslo 4 – rozhovor s respondentem číslo čtyři

Příloha číslo 5 – rozhovor s respondentem číslo pět

Příloha číslo 6 – rozhovor s klientem číslo jedna

Příloha číslo 7 – rozhovor s klientem číslo dva

Příloha číslo 8 – rozhovor s klientem číslo tři

Příloha číslo 9 – rozhovor s klientem číslo čtyři

Příloha číslo 10 – schéma cílů

Příloha číslo 1 – rozhovor s respondentem číslo jedna

Rozhovor s pracovníkem organizace Péče o duševní zdraví probíhal ve středisku Pardubice. Respondent byl před zahájením rozhovoru seznámen s cílem výzkumu a byl ujištěn, že je rozhovor anonymní.

Já: „*Jaká je vaše pracovní pozice?*“

R: „*sociální pracovník.*“

Já: „*Jak dlouho pracujete v organizaci PDZ ?*“

R: „*no asi nějak přibližně 1 rok a 8 měsíců.*“

Já: „*Jak vnímáte transformaci psychiatrické péče?*“

R: „*Vnímám to jako potřebné řešení, jako znak moderní společnosti, která neizoluje odlišné jedince.*“

Já: „*Považujete vznik Center duševního zdraví za největší úspěch v rámci reformy psychiatrické péče?*“

R: „*No nevím, jestli jako největší, ale velký úspěch to určitě je. Už bylo něco takového potřeba.*“

Já: „*Charakterizujte, prosím, funkci CDZ.*“

R: „*CDZ má sloužit k tomu, aby mohl být člověk při zhoršeném psychickém zdravotním stavu léčen v domácím prostředí a nemusel být hospitalizován. Má také hospitalizacím u lidí předcházet.*“

Já: „*V čem budou CDZ přispívat k inkluzi osob s duševním onemocněním?*“

R: „*Tím, že člověk nebude muset být odtržen od své rodiny, přátel, ze svého domova a být dlouhodobě hospitalizován v léčebně, ale bude za ním dojíždět psychiatr nebo zdravotní sestra a on se tak bude moci léčit doma. Společnost taky uvidí, že duševně nemocný člověk nemusí být nutně nebezpečný a nemusí se zavírat do léčebny.*“

Já: „*Děkuji vám za váš čas a spolupráci, to je ode mne vše.*“

Příloha číslo 2 – rozhovor s respondentem číslo dva

Rozhovor s pracovníkem organizace Péče o duševní zdraví probíhal ve středisku Pardubice. Respondent byl před zahájením rozhovoru seznámen s cílem výzkumu a byl ujištěn, že je rozhovor anonymní.

Já: „*Jaká je vaše pracovní pozice?*“

R: „*sociální pracovník.*“

Já: „*Jak dlouho pracujete v organizaci PDZ ?*“

R: „*ted' v červnu to bude rok.*“

Já: „*Jak vnímáte transformaci psychiatrické péče?*“

R: „*Vnímám ji jako potřebnou a zároveň užitečnou změnu, která určitě spěje ke zkvalitnění služeb.*“

Já: „*Považujete vznik Center duševního zdraví za největší úspěch v rámci reformy psychiatrické péče?*“

R: „*Považuji to za velký, ale ne největší úspěch. Za největší úspěch budu považovat fungující zaběhlou síť CDZ, na kterou si zvykne i většinová společnost.*“

Já: „*Myslíte si, že si na ní společnost zvykne?*“

R: „*To je těžká otázka, ale až se CDZ rozjedou v plném rozsahu a budou fungovat tak jak mají, bude pro společnost jednodušší si zvyknout na tento model.*“

Já: „*Charakterizujte, prosím, funkci CDZ.*“

R: „*To že mají umožnit lidem s duševním onemocněním žít v přirozeném prostředí, myslím tím místo svého bydliště, a poskytnout jim komplexní podporu.*“

Já: „*V čem budou CDZ přispívat k inkluzi osob s duševním onemocněním?*“

R: „*To je vlastně skoro to samé co jsem říkala v předešlé otázce, je to to umožnění žít lidem s duševním onemocněním v přirozeném prostředí, podpora okolí klienta, edukace sítě klienta*“

Já: „*Děkuji vám za váš čas a spolupráci, to je ode mne vše.*“

Příloha číslo 3 – rozhovor s respondentem číslo tři

Rozhovor s pracovníkem organizace Péče o duševní zdraví probíhal ve středisku Pardubice. Respondent byl před zahájením rozhovoru seznámen s cílem výzkumu a byl ujištěn, že je rozhovor anonymní.

Já: „*Jaká je vaše pracovní pozice?*“

R: „*jsem terénní sociální pracovníce.*“

Já: „*Jak dlouho pracujete v organizaci PDZ ?*“

R: „*Od července 2018.*“

Já: „*Jak vnímáte transformaci psychiatrické péče?*“

R: „*Podle mě je to dlouhotrvající počín, který konečně nabírá obrátky. A z mojí strany to bude přispívat k začlenění duševně nemocných do společnosti a to vnímám jako důležitou věc, o který by se mělo mluvit.*“

Já: „*Máte pocit, že se v poslední době začíná o této inkluzi více mluvit?*“

R: „*No já nevím, v mém okruhu lidí, ve kterém se pohybuji určitě jo, ale v širší společnosti nějaký nárůst je, ale určitě nějak velký nárůst tohoto tématu nevidím.*“

Já: „*Považujete vznik Center duševního zdraví za největší úspěch v rámci reformy psychiatrické péče?*“

R: „*Částečně jo, ale jako důležitý se mi zdá snižování počtu lůžek v psychiatrických odděleních a léčebnách, což teda vlastně souvisí se vznikem CDZ, takže asi jo.*“

Já: „*Charakterizujte, prosím, funkci CDZ.*“

R: „*Celkový zajištění sociálních, psychologických a zdravotnických služeb s možností bydlení ve svém vlastním, přirozeném prostředí.*“

Já: „*V čem budou CDZ přispívat k inkluzi osob s duševním onemocněním?*“

R: „*Umožní duševně nemocným lidem pobývat doma. To je největší možný krok v rámci inkluze osob s duševním onemocněním určitě, protože nebudou odtrženi od té společnosti.*“

Já: „*Děkuji vám za váš čas a spolupráci, to je ode mne vše.*“

Příloha číslo 4 – rozhovor s respondentem číslo čtyři

Rozhovor s pracovníkem organizace Péče o duševní zdraví probíhal ve středisku Chrudim. Respondent byl před zahájením rozhovoru seznámen s cílem výzkumu a byl ujištěn, že je rozhovor anonymní.

Já: „*Jaká je vaše pracovní pozice?*“

R: „*sociální pracovnice.*“

Já: „*Jak dlouho pracujete v organizaci PDZ ?*“

R: „*Od září roku 2017, takže něco přes roku a půl, pokud dobře počítám.*“

Já: „*Jak vnímáte transformaci psychiatrické péče?*“

R: „*Je to pro naši společnost fakt potřeba.*“

Já: „*Považujete vznik Center duševního zdraví za největší úspěch v rámci reformy psychiatrické péče?*“

R: „*Jo určitě to považuju za největší úspěch.*“

Já: „*Charakterizujte, prosím, funkci CDZ.*“

R: „*CDZ má být prevence při hospitalizacích a jejich zkracování v léčebnách a na psychiatrických odděleních. Další věc je to, že by měla pomáhat začlenit lidi s duševním onemocněním do komunity a běžného života a taky pomáhá lidem s duševním onemocněním na cestě k uzdravě. A myslím si, že má i funkci, která má za úkol včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění.*“

Já: „*V čem budou CDZ přispívat k inkluzi osob s duševním onemocněním?*“

R: „*No projekt transformace vlastně řeší podporu a začlenění osob se zdravotním postižením (lidí s dlouhodobým duševním onemocněním) do běžného života tím, že zavádí ověřený model péče multidisciplinárního týmu doplňující péči zdravotníků o sociální rehabilitaci v přirozeném prostředí člověka.*“

Já: „*Můžete prosím vysvětlit pojem multidisciplinární tým?*“

R: „*To je vlastně tým složený z několika pracovníků, každý ten pracovník má jiný odborný zaměření a mají za úkol dohromady poskytovat komplexní péči. Tento tým může tvořit například sociální pracovník, psychiatr, psycholog, zdravotní sestra nebo peer konzultant.*“

Já: „Dobře děkuji, mohu se prosím ještě zeptat, co je to ten peer konzultant, vysvětlete jeho náplň práce prosím.“

R: „Je to člověk, kterej má vlastně zkušenost s duševním onemocněním a dokáže o ní mluvit s dalšími lidmi a předávat jim své zkušenosti. Mohou svůj osobní příběh ukazovat za vzor nebo příklad pro ostatní klienty a taky určitě je tento člověk důležitý pro nás sociální pracovníky, protože nám poskytuje spoustu informací z pohledu člověka, který prochází nebo prošel určitou nemocí a vidí to teda z té druhý strany.“

Já: „Děkuji za vysvětlení a také děkuji za váš čas a spolupráci, to je ode mne vše.“

Příloha číslo 5 – rozhovor s respondentem číslo pět

Rozhovor s pracovníkem organizace Péče o duševní zdraví probíhal ve středisku Chrudim. Respondent byl před zahájením rozhovoru seznámen s cílem výzkumu a byl ujištěn, že je rozhovor anonymní. Rozhovor s respondentem číslo 5 byl přerušen z důvodu jeho pracovních povinností, proto rozhovor proběhl velmi rychle bez možnosti dalších doplňkových otázek.

Já: „*Jaká je vaše pracovní pozice?*“

R: „*sociální pracovník.*“

Já: „*Jak dlouho pracujete v organizaci PDZ ?*“

R: „*Pracuju tady dva roky*“

Já: „*Jak vnímáte transformaci psychiatrické péče?*“

R: „*Vnímám to pozitivně, protože umožňuje více lidem díky většímu množství peněz domácí hospitalizaci, léčbu v přirozeném prostředí a taky podporu v oblasti zdraví mimo zdravotnický zařízení.*“

Já: „*Považujete vznik Center duševního zdraví za největší úspěch v rámci reformy psychiatrické péče?*“

R: „*Úspěch to určitě je, ale pro mě osobně je největší úspěch v rámci reformy to, že psychiatrie přestává být tabuizována, do psychiatrie putuje více peněz, což přispívá ke kvalitnější péči.*“

Já: „*Charakterizujte, prosím, funkci CDZ.*“

R: „*je to nový prvek psychiatrické péče, který umožňuje dostupnější a modernější péči pro klienty.*“

Já: „*V čem budou CDZ přispívat k inkluzi osob s duševním onemocněním?*“

R: „*V tom že nebudou muset být zavřeni v léčebnách a budou moci žít ve svém přirozeném prostředí.*“

Já: „*Děkuji za váš čas a spolupráci, to je ode mne vše.*“

Příloha číslo 6 - rozhovor s klientem č. 1

Rozhovor s klientem proběhl ve středisku Výměník v Café Robinson, po jeho pracovní době. Klient byl seznámen s účelem a cílem výzkumu a s tím, že je rozhovor anonymní a že může rozhovor kdykoliv ukončit.

Já: „Proč jste se rozhodl/a využít služeb organizace Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Protože jsem věděl, že se specializuje na duševní problémy, které mám a chtěl jsem pomoci při hledání práce.“

Já: „Jak jste se dozvěděl/la o organizaci Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Od mého odborného lékaře.“

Já: „Jakého lékaře?“

Klient: „Od psychiatra.“

Já: „Jaké máte zkušenosti s jinými organizacemi v oblasti Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Dobré.“

Já: „Ano a s jakými organizacemi máte zkušenost?“

Klient: „No chvíli jsem chodil do dílny v CEDR.“

Já: „Jaké služby jste využíval/a a využíváte v rámci organizace Péče o duševní zdraví. Co je hlavním posláním poskytované služby.“

Klient: „Nejdřív jsem chodil na sociální rehabilitaci, to jsem se učil jak pracovat za barem a tady v kavárně, potom když jsem se to naučil jsem začal chodit do práce.“

Já: „A nyní využíváte jaké služby?“

Klient: „Teď pracuju tady v kavárně.“

Já: „Co vnímáte pozitivně a co negativně, v rámci služeb Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Nevím.“

Já: „Je něco, co vám v rámci služby, kterou využíváte, nevyhovuje?“

Klient: „Ne všechno je dobrý.“

Já: „Uvítal/a byste určitou změnu v nabízených službách Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Ne, všechno se mi líbí a jsem spokojen.“

Já: „Doporučil/a byste služby Péče o duševní zdraví svým známým?“

Klient: „Ano určitě.“

Já: „Jak se aktuálně cítíte? Prosím, popište.“

Klient: „Normálně, nechci o tom víc mluvit.“

Já: „Jaké změny ve vašem životě po zahájení využívání služeb Péče o duševní zdraví jste zaznamenal/a?“

Klient: „Zlepšení.“

Já: „Jaké zlepšení, můžete to více rozvést prosím?“

Klient: „No po psychický stránce se cítím líp a jsem v kontaktu s více lidmi než předtím.“

Já: „Z jakého důvodu budete či nebudete využívat služeb Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Budu, protože jsem spokojen.“

Já: „Děkuji vám za váš čas a vaše odpovědi.“

Klient: „Nemáte zař.“

Příloha číslo 7 - rozhovor s klientem č. 2

Rozhovor s klientem proběhl na předem domluveném místě ve Výměníku v Café Robinson, kde to klient zná. Byl seznámen s účelem a cílem výzkumu a s tím, že je rozhovor anonymní. Byl seznámen s možností rozhovor kdykoliv ukončit.

Já: „Proč jste se rozhodl/a využít služeb organizace Péče o duševní zdraví?“

Klient: „V nemocnici mi řekli, že bych to měl zkusit se obrátit na takovou organizaci.“

Já: „Kde v nemocnici?“

Klient: „Na psychiatrii.“

Já: „Jak jste se dozvěděl/la o organizaci Péče o duševní zdraví?“

Klient: „No v té nemocnici.“

Já: „Jaké máte zkušenosti s jinými organizacemi v oblasti Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Žádný.“

Já: „Nikdy jste nevyužil služeb jiné organizace, která by se zabývala duševními problémy?“

Klient: „Ne nikdy.“

Já: „Jaké služby jste využíval/a a využíváte v rámci organizace Péče o duševní zdraví. Co je hlavním posláním poskytované služby.“

Klient: „Sociální rehabilitace.“

Já: „Jakou konkrétní formu rehabilitace využíváte?“

Klient: „No mám byt od Péče o duševní zdraví, to tréninkový bydlení“.

Já: „A co je hlavním cílem tohoto tréninkového bydlení?“

Klient: „Abych se naučil žít sám, uměl se postarat o domácnost a sebe.“

Já: „Co vnímáte pozitivně a co negativně, v rámci služeb Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Negativně vnímám schůze kvůli bytu.“

Já: „Jaké schůze máte na mysli?“

Klient: „No bytový schůze.“

Já: „Aha a to je v rámci baráku, kde bydlíte? Tam řešíte, zda je v bytě všechno v pořádku?“

Klient: „Ne tam musím říkat jako o sobě jak se cítím a jak mi je.“

Já: „Ano, takže to je schůzka s pracovníkem PDZ?“

Klient: „Jo a taky tam jsou ostatní lidi, co bydlí v tréninkovém bytě.“

Já: „Kolik lidí se schůzky účastní?“

Klient: „No asi 8, počkejte.....jo 7 nebo 8.“

Já: „A jak často na tyto schůzky chodíte?“

Klient: „No každéj měsíc, nebaví mě to tam chodit.“

Já: „Uvítal/a byste určitou změnu v nabízených službách Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Asi ne, všechno je v pohodě.“

Já: „Doporučil/a byste služby Péče o duševní zdraví svým známým?“

Klient: „Jo doporučil.“

Já: „Jak se aktuálně cítíte? Prosím, popište.“

Klient: „Mizerně.“

Já: Z jakého důvodu? Chcete o tom blíže mluvit?“

Klient: „Nevím jsem unavenej a necítím se moc dobře psychicky dneska, nějaký den to je horší nějaký lepší.“

Já: „Jaké změny ve vašem životě po zahájení využívání služeb Péče o duševní zdraví jste zaznamenal/a?“

Klient: „To, že jsem se naučil starat sám o sebe. Mám kde bydlet a bydlím sám a nemusí se o mě nikdo starat. Někdy si taky sám uvařím a zvládnou to sám.“

Já: „Z jakého důvodu budete či nebudete využívat služeb Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Budu, protože se mi líbí, že bydlím sám a jsem samostatný.“

Příloha číslo 8 - rozhovor s klientem č. 3

Rozhovor proběhl ve Výměníku v kavárně, kam klient dochází na sociální rehabilitaci a místo zná. Respondent byl seznámen s účelem a cílem výzkumu a s tím, že je rozhovor anonymní a že ho může kdykoliv ukončit.

Já: „Proč jste se rozhodl/a využít služeb organizace Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Ze zdravotních důvodů a kvůli omezení.“

Já: „Jakému omezení?“

Klient: „No moje psychické problémy mě omezovaly v životě.“

Já: „Můžete, prosím popsat, jak vás omezovaly?“

Klient: „No že jsem někdy nechodil ani ven, když mi bylo špatně.“

Já: „Jak jste se dozvěděl/la o organizaci Péče o duševní zdraví?“

Klient: „V léčebně.“

Já: „Jaké máte zkušenosti s jinými organizacemi v oblasti Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Žádné, Péče o duševní zdraví je první organizace, kterou jsem využil.“

Já: „Jaké služby jste využíval/a a využíváte v rámci organizace Péče o duševní zdraví. Co je hlavním posláním poskytované služby.“

Klient: „Poradenské schůzky se sociálním pracovníkem, kde mi radili s různými problémy, které jsem měl a teď využívám sociální rehabilitaci, to je trénink tady v kavárně, kde se zkusím zapojit do práce.“

Já: „Co vnímáte pozitivně a co negativně, v rámci služeb Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Plus je pro mě komunikace s pracovníky organizace, vždy se s nimi dobře na všem domluví. S negativními věcmi jsem se nesetkal.“

Já: „Uvítal/a byste určitou změnu v nabízených službách Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Ne, takhle mi to vyhovuje.“

Já: „Doporučil/a byste služby Péče o duševní zdraví svým známým?“

Klient: „Ano doporučil, jsem se službami spokojený.“

Já: „Jak se aktuálně cítíte? Prosím, popište.“

Klient: „Psychicky se cítím fajn, fyzicky už je to horší, jsem unavený.“

Já: „Jaké změny ve vašem životě po zahájení využívání služeb Péče o duševní zdraví jste zaznamenal/a?“

Klient: „V denním režimu a zaměstnání.“

Já: „Jak to myslíte, popište blíže prosím.“

Klient: „No mám lepší denní režim než předtím, když jdu na trénink do kavárny, musím brzo

vstávat, nasnídat se a tak dále. Mám nějaký režim, předtím jsem režim neměl.“

Já: *„ Jak jste to myslel s tím zaměstnáním?“*

Klient: *„Zapojuju se zpátky do pracovního procesu a myslím si, že budu schopný najít si časem práci.“*

Já: *„Z jakého důvodu budete či nebudete využívat služeb Péče o duševní zdraví?“*

Klient: *„Budu kvůli zapojení do běžného života.“*

Příloha číslo 9 - rozhovor s klientem č. 4

Rozhovor proběh v kavárně Café Robinson, kde klient pracuje a navrhl toto místo k rozhovoru. Respondent byl seznámen s účelem a cílem výzkumu a s tím, že je rozhovor anonymní. Seznámen byl s možností rozhovor kdykoliv ukončit.

Já: „Proč jste se rozhodl/a využít služeb organizace Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Aby den měl řád a taky peníze.“

Já: „Jak to myslíte peníze, vysvětlíte prosím?“

Klient: „No abych si něco vydělal a měl nějaký svoje peníze.“

Já: „Jak jste se dozvěděl/la o organizaci Péče o duševní zdraví?“

Klient: „V Hradci Králové v nemocnici od sociální pracovnice.“

Já: „Jaké máte zkušenosti s jinými organizacemi v oblasti Péče o duševní zdraví?“

Klient: „No to mám špatný.“

Já: „Proč? A s jakou organizací jmenujte prosím.“

Klient: „Ne já o tom nechci mluvit.“

Já: „Dobře chápu, ale nezapomeňte, že rozhovor je anonymní, nikde nebude uvedeno vaše jméno. Ale do ničeho vás nenutím.“

Klient: „No tak teda jo, tak to byl Kosatec, tam se mnou nejednali dobře.“

Já: „Jaké služby jste využíval/a a využíváte v rámci organizace Péče o duševní zdraví. Co je hlavním posláním poskytované služby.“

Klient: „Chráněné pracovní místo. A hlavní je to, že mám práci na chráněném místě a můžu tady normálně pracovat a vydělat si peníze, a taky někdy chodím na schůzky se sociální pracovníci.“

Já: „Co vnímáte pozitivně a co negativně, v rámci služeb Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Pozitivní pro mě je slušné jednání, vždycky tady se mnou jednají slušně a dobře se vždycky domluvíme. Negativní je někdy zhoršení stavu a úzkost.“

Já: „Mohu se zeptat, jak myslíte ten zhoršený stav? Souvisí to s nějakým problémem v rámci poskytovaných služeb?“

Klient: „Ne jako můj zhoršený stav, někdy mám trochu úzkost a necítím se dobře, ale to je někdy když si nevezmu prášky.“

Já: „Uvítal/a byste určitou změnu v nabízených službách Péče o duševní zdraví?“

Klient: „Ne, to vůbec ne, takhle jsem spokojenej, líbí se mi to.“

Já: „Doporučil/a byste služby Péče o duševní zdraví svým známým?“

Klient: „Určitě ano, mám dobrý zkušenosti.“

Já: „*Jak se aktuálně cítíte? Prosím, popište.*“

Klient: „*Cítím se dobře.*“

Já: „*Myslíte po psychické stránce?*“

Klient: „*Ano psychicky jsem ok, někdy mám trochu úzkost ale to je třeba práškama jak jsem říkal, ale jinak mi je dobře.*“

Já: „*Jaké změny ve vašem životě po zahájení využívání služeb Péče o duševní zdraví jste zaznamenal/a?*“

Klient: „*No jako společnost, nebo jak bych vám to řekl, jakože jsem víc mezi lidma rozumíte mi?*“

Já: „*Ano, jste v rámci zaměstnání každý den v kontaktu s lidmi tak to myslíte?*“

Klient: „*Jojo přesně jsem ve společnosti a mám se s kým bavit a taky ty peníze, vydělám si a je to dobrý.*“

Já: „*Z jakého důvodu budete či nebudete využívat služeb Péče o duševní zdraví?*“

Klient: „*Nerozumím tomu, jak to myslíte?*“

Já: „*Jestli například plánujete služby organizace Péče o duševní zdraví přestat využívat.*“

Klient: „*Ne to určitě nechci, jsem spokojenej a chci tady dál pracovat.*“

Příloha číslo 10 –schéma cílů

Péče o lidi s duševním onemocněním v Pardubicích

