

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA
PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

PRAHA 2009

Bc. PETRA DIVIŠOVÁ

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ



**SPOLUPRÁCE S RODINOU PŘI VYTVÁŘENÍ
REHABILITAČNÍCH PLANŮ
(V TRENINKOVÉ KAVÁRNĚ DENDRIT
KAFÉ)**

Diplomová práce

Autor: Bc. Petra Divišová

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí práce: MUDr. Jan Stuchlík

PRAHA 2009

PRAGUE COLLEGE OF PSYCHOSOCIAL STUDIES



**FAMILY COOPERATION IN CREATING
REHABILITATION PLANS (VOLUNTARY
CAFEE HOUSE DENDRIT CAFÉ)**

Bc. Petra Divišová

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Jan Stuchlík

PRAHA 2009

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb. O právu autorském a o právech souvisejících s právem autorským).

V Praze, dne 21. srpna 2009

.....

Podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji tímto MUDr. Janu Stuchlíkovi za odborné vedení při vypracování této diplomové práce, za podnětné připomínky a metodické rady.

Rovněž také děkuji Ing. Ditě Ryškové za cennou pomoc a rady při zpracování této práce.

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Název diplomové práce:

SPOLUPRÁCE S RODINOU PŘI VYTVÁŘENÍ REHABILITAČNÍCH PLÁNŮ (V TRÉNINKOVÉ KAVÁRNĚ DENDRIT KAFÉ)

Bc. Petra Divišová

Vedoucí práce: MUDr. Jan Stuchlík

V této diplomové práci jsem se zabývala problematikou individuálního plánování a zapojení rodinných příslušníků či blízkých přátel do průběhu tohoto plánování v rámci pracovní rehabilitace dospělých osob s dlouhodobým duševním onemocněním.

Cílem mé práce bylo ukázat, že rodina a okolí člověka jsou důležité. Zvláště pak je důležitá při pomoci lidem s jakýmkoliv omezením, ať už fyzickým nebo duševním. Snažila jsem se poukázat na výhody i nevýhody vzájemné spolupráce a komunikace lidí s duševním onemocněním, jejich blízkého okolí a sociálních pracovníků. Chtěla jsem popsat, co obnáší individuální plánování s klientem v jednotlivých fázích pracovní rehabilitace za přítomnosti někoho blízkého.

Na začátku práce se zabývám vymezením pojmů z oblasti práce s lidmi s duševním onemocněním. Navazuje kapitola, která představuje pojmy sociální a pracovní rehabilitace. Před představením samotného procesu plánování, jsou uvedeny možnosti práce s rodinou, jako např. case management. Teoretická část diplomové práce je zakončena kapitolou o individuálním plánování a možnostmi, jak zapojit rodinu do tohoto procesu.

V rámci šetření jsem se snažila zjistit, zda je u rodin lidí s duševním onemocněním zájem o spolupráci a pokud ne, tak jaké jsou důvody. Výsledky šetření naznačují, že rodina má zájem spolupracovat, pokud vidí nějaké zlepšení nebo alespoň změnu.

V praktické části se budu věnovat zapojení rodiny nebo blízkých přátel do plánování rehabilitace v rámci individuálních plánů, jaké výhody nebo nevýhody může mít spolupráce třetí blízké osoby nad rozhodováním o budoucnosti.

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Diploma thesis title:

FAMILY COOPERATION IN CREATING REHABILITATION PLANS (VOLUNTARY CAFFE HOUSE DENDRIT CAFÉ)

Bc. Petra Divišová

Vedoucí práce: MUDr. Jan Stuchlík

In this diploma thesis I was engaged in individual planning and cooperation with family members and close friends during this process in terms of work rehabilitation adults with long term mental disorder.

Point of my diploma thesis is to show that family and vicinage is important in the rehabilitation process. This support is especially important in helping diseased with any limits mental or physical. I tried to point out on advantages as well as on disadvantages mutual cooperation and communication with people with mental disorder, their close friends and family and social workers. I described also how hard is the individual planning with client in each phase of rehabilitation work with close person.

First of all I specified terms and expressions from the area of cooperation with mental disorder people. Next is chapter specifying terms from social and work rehabilitation. Before introducing the planning process I listed some possibilities in family coo work e.g.: case management. The theoretic part of this diploma thesis is ended with chapter about individual planning and possibilities how to join family to this process.

I tried to find out if families where a member with mental disorder lives are interested in cooperation and if not what are the reasons. The result is that families are wily to coop when they can see any improvements or some changes.

Practical part is focused on connecting families or close friends to rehabilitation planning in individual plans, what are advantages and disadvantages when a third part is joined to decisions about somebody's future.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část	8
1 Vymezení pojmů.....	8
2 Sociální rehabilitace a její důležitost.....	12
2.1 Sociální rehabilitace.....	12
2.1.1 Rehabilitace.....	12
2.1.2 Pracovní rehabilitace.....	16
2.1.3 Současná legislativa pracovní rehabilitace	17
2.1.4 Druhy pracovní rehabilitace.....	19
3 Spolupráce s rodinou v rámci pracovní rehabilitace	21
3.1 Case management	21
3.1.1 Druhy služeb case managementu.....	25
3.1.2 Fáze case managementu.....	26
3.2 Case manager	28
3.3 Práce s rodinou klienta trpícího psychiatrickou poruchou	29
3.3.1 Vliv duševní nemoci na rodinu a její členy	30
3.3.2 Potřeby členů rodiny	31
4 Individuální plánování v rámci rehabilitace	35
4.1 Individuální rehabilitační plán.....	35
4.1.1 Obsah individuálního rehabilitačního plánu	37
4.1.2 Druhy individuálních rehabilitačních plánů.....	41
4.1.3 Vytváření individuálního rehabilitačního plánu	42
5 Tréninková kavárna občanského sdružení Eset-Help.....	45
5.1 Vymezení pojmu tréninkové kavárny.....	45
5.2 Dendrit Kafé	45
Praktická část	49

6	Individuální rehabilitační plán a zapojení rodiny do jeho vytváření....	49
6.1	Cíle a úkoly šetření	50
6.2	Otázky a průběh šetření	51
6.3	Popis respondentů	52
6.4	Úvodní individuální rehabilitační plán	53
6.5	Měsíční individuální rehabilitační plán	58
6.6	Závěrečný individuální rehabilitační plán	65
	Závěr	73
	Seznam bibliografických citací.....	75
	Přílohy	80

Úvod

V rámci své práce v občanském sdružení Eset-Help jsem měla možnost a příležitost setkat se s lidmi, kteří dlouhodobě trpí duševním onemocněním a s několika z nich i pracovat v rámci pracovní rehabilitace v tréninkové kavárně. Součástí takové rehabilitace je i vytváření individuálních plánů. Ze zkušeností získaných v rámci této dlouhodobé praxe budu vycházet ve své diplomové práci.

Cílem mé práce je ukázat, že rodina a okolí člověka jsou důležité. Zvláště pak je důležitá při pomoci lidem s jakýmkoliv omezením, ať už fyzickým nebo duševním. Já bych ráda poukázala na výhody i nevýhody vzájemné spolupráce a komunikace lidí s duševním onemocněním, jejich blízkého okolí a sociálních pracovníků. Chtěla bych popsat, co obnáší individuální plánování s klientem v jednotlivých fázích pracovní rehabilitace za přítomnosti někoho blízkého.

V první, teoretické části se budu zabývat vymezením pojmů z oblasti práce s lidmi s duševním onemocněním, individuálním plánováním a zapojení rodiny či blízkých lidí do procesu pracovní rehabilitace.

V druhé, praktické části se budu věnovat zapojení rodiny nebo blízkých přátel do plánování rehabilitace v rámci individuálních plánů, jaké výhody nebo nevýhody může mít spolupráce třetí blízké osoby nad rozhodováním o budoucnosti.

Sociální pracovník má mnoho možností, kde uplatnit svoje nabyté znalosti, a jak je vyzkoušet v praxi. Každý by si měl vybrat to, co ho nejvíce baví a naplňuje ho. Pro mě je velmi lákavá oblast sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Právě proto bude moje diplomová práce zaměřená

na tuto cílovou skupinu, respektive na možnosti jejich začlenění do společnosti pomocí sociální rehabilitace. Důležitou součástí sociální rehabilitace je individuální plánování sociální situace, dovedností, zkušeností, schopností a cílů, kterých bychom chtěli během života dosáhnout. A právě vytváření individuálních plánů bude předmětem mé diplomové práce.

Většina z nás má ve svém okolí blízkého člověka, přítele nebo rodinného příslušníka, kterému věří a který je mu oporou. I tito lidé jsou velmi důležití pro sociální rehabilitaci. Být v kontaktu s rodinou klienta vidím jako velkou výhodu pro rehabilitaci a pro její plánování. Zároveň je důležité, aby možnost kontaktovat sociálního pracovníka měl i rodinný příslušník či blízké okolí klienta. I touto spoluprací - sociální pracovník, klient a rodina – se budu v diplomové práci zabývat.

Znovuzapojení lidí s dlouhodobým duševním onemocněním do společenského života a na trh práce je velmi složité. Společnost o těchto lidech a o jejich životě příliš neví. Bohužel zároveň převažují obavy a iracionální strachy z nebezpečnosti těchto lidí vůči sobě a hlavně vůči okolí. S tím i souvisí informovanost o sociálních službách, která je možná ještě horší.

Lidé s duševním onemocněním, kteří byli dlouhodobě mimo pracovní proces, mají velmi nízké sebevědomí, strach z nových situací a z navrácení se zpět, tam kde před časem skončili. Právě pro tyto případy existují státní i nestátní organizace, které poskytují sociální služby pomáhající lidem s duševním onemocněním nabýt sebedůvěru a zapojit se zpět do společnosti.

Teoretická část

1 Vymezení pojmů

Na úvod diplomové práce je důležité vyjasnění některých pojmů, které se v práci vyskytují.

Case management¹: Jde o organizovanou pomoc osobám, u kterých se jedná o komplikovanější rehabilitační programy, kdy je potřeba zajistit plynulou a koordinovanou návaznost (Pfeiffer, 2008).

Case manager²: Je to klíčová osoba, která se stará nejen rehabilitaci, ale i o celý systém poskytování rehabilitace a služeb. Koordinuje celý tým, zodpovídá za vytváření a aktualizaci plánů péče atd. (Pfeiffer, 2008).

Cílová skupina: Může být také označována jako riziková skupina či problémové skupina apod. Jde o osoby, které potřebují zvláštní péči, zvláště při uplatitelnosti na pracovním trhu (Pfeiffer, 2008).

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav: jde o stav, který má podle poznatků lékařů trvat déle než jeden rok a velkou měrou omezuje fyzické, psychické nebo smyslové schopnosti a tedy i pracovní uplatnění. Tento termín se uplatňuje při posuzování plné nebo částečné invalidity (Pfeiffer, 2008).

Individuální rehabilitační plán: Je to plán, který zahrnuje jednotlivé kroky k dosažení dohodnutých cílů (mezi klientem a profesionálem). Je obvykle používán při zapojení klienta v pracovní rehabilitaci jako jedna

¹ Definice case managementu je mnoho. Dalšími definicemi se budu zabývat i v dalších kapitolách.

² Vymezením pojmu case manager se budu zabývat i v dalších kapitolách. Zde uvádím jen jeden pohled na definici na tento pojem.

z pomůcek pro úspěšnou rehabilitaci. Jde také o písemnou dohodu mezi klientem a profesionálem o tom, jaké cíle chce klient dosáhnout a pomocí jakých kroků by je rád dosáhl (Wogurková, 2006).

Integrace: jde o snahu o začlenění osob, které jsou sociálně nebo zdravotně znevýhodněny, zejména pak v oblasti pracovního uplatnění (Pfeiffer, 2008).

Invalidita: jedná se o trvalou změnu zdravotního stavu, kdy je tento stav natolik ustálený, že lze zhodnotit následky trvalejšího rázu (Hartl, 2000).

Klient: osoba, která se vyskytuje jak v psychologické, tak v psychiatrické péči. Tato osoba využívá jakýchkoliv služeb.

V mé diplomové práci budu termínem klient označovat osobu s dlouhodobým duševním onemocněním, která využívá sociální službu nabízející pracovní rehabilitaci.

Kvalita života: vymezuje, jak každý člověk vnímá své postavení ve světě a to z hlediska společenského, pracovního, kulturního, hodnotového systému, ve kterém žije, jakých cílů by chtěl dosáhnout a jakých už dosáhl a jak vypadá jeho životní standard (Pfeiffer, 2008).

Komunitní péče o duševně nemocné: je to široký soubor služeb, zařízení a programů, které primárně člověkem nepracují lékařsky a diagnosticky, nýbrž se snaží reagovat na potřeby klientů s ohledem na jejich možnosti a schopnosti. Jde o systém pomoci, která je zaměřena nejen na duševně nemocného a jeho nemoc, ale hlavně na člověka a jeho sociální síť, na síť vztahů, ve kterých je člověk zapojen, nebo do kterých není zapojený, ale měl by být (Paleček, 2006).

Politika péče o duševní zdraví je deklarovaný, do legislativy se promítající obecně sdílený názor na postavení duševně nemocných. Jedná se o praktické vyjádření vztahu, který společnost zaujímá k duševně nemocným: jak vnímá a zachází s jejich problémy, a jak se popřípadě chová v případě jejich rušivého chování. V politice se odrážejí představy o podstatě takového „rušivého“ chování, odráží se v ní i celkové postavení jednotlivce ve společnosti, pojetí hodnoty člověka jako individua, včetně morálních a etických norem doby (volně podle Politika péče o duševní zdraví, 1995).

Sociální dovednosti: zahrnují dovednosti, jak je člověk způsobilý řídit průběh sociální interakce, aby byla v souladu s jeho cíli. Zároveň jsou sociální dovednosti součástí životních zkušeností. Zahrnují spoustu dovedností, např. navazovat přátelské vztahy, komunikovat, dodržovat pravidla slušného chování, empatie, asertivně vyjádřit svůj názor apod. (Pfeiffer, 2008).

Tyto dovednosti se získávají díky učení v celém průběhu života. Jsou pro člověka velmi důležité, protože mají vliv na komunikaci, navazování vztahů, stanovení si cílů a hodnot atd. Mezi sociální dovednosti patří např. zvládat určité role ve společnosti, umět o sebe pečovat, naučit se schopnost naslouchat druhým, ale patří mezi ně i např. schopnost zajít na úřad a vyřídit si na něm, co právě člověk potřebuje (Wogurková, 2006).

Sociální pracovník: Jedná se o pracovníka, který poskytuje sociální služby, a to např. na sociálních odborech úřadů, na půdě neziskových organizací a mnoho dalších. Již dnes je profese sociálního pracovníka stanovena na profesionálních základech - základním kamenem pro každého sociálního pracovníka je zákon o sociálních službách (zákon 108/2006 Sb., platný od 1. 1. 2007).

Sociální služby: jde o specializované činnosti, které by měly pomoci každému člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Včasné poskytnutí

sociální služby by mělo člověka podporovat a motivovat k aktivnímu řešení jeho nepříznivé sociální situace. Zároveň by však nikdy neměla sociální služba přebírat odpovědnost za klienta a jeho život (Mahrová, 2008).

Stigma: jde o předsudek, kdy bereme duševně nemocné jako nežádoucí skupinu, kdy se těchto lidí musíme bát, a hlavně se jim vyhýbat. Stigmatizace a diskriminace duševně nemocných se odehrává na úrovni jednotlivce, komunity a společnosti. Duševně nemocní, jejich blízcí, profesionálové - sociální pracovníci – se mohou stát jak objekty, tak samozřejmě i subjekty stigmatizace. Klienti často stigma zvnitřňují a snaží se s tím vyrovnat, i za cenu neadaptivního vyrovnání, které se projevuje stažením se, izolací či agresivní konfrontací s okolím (Wogurková, 2005).

Zaměstnávání: V rámci pracovní rehabilitace se chápe pojem zaměstnávání jako placené zaměstnání (zprostředkovanou různou formou pracovní rehabilitace – chráněná místa, přechodná či podporovaná místa) a samozřejmě jde i o nezbytnou existenci těchto míst (Pfeiffer, 2008).

Tato kapitola byla důležitá pro vysvětlení základních pojmů, které se budou v mé diplomové práci vyskytovat. Tím bych chtěla předejít jakýmkoliv nedorozuměním, která by mohla vzniknout a zároveň usnadnit všem pochopení mé diplomové práce.

V další kapitole se budu věnovat sociální rehabilitaci osob s dlouhodobým duševním onemocněním, co to znamená, proč je důležitá a jaké její součásti by nikdy v poskytování sociální rehabilitace neměly chybět.

2 Sociální rehabilitace a její důležitost

2.1 Sociální rehabilitace

Pod sociální rehabilitací si můžeme představit mnoho různých definic a vysvětlení. Jednu už jsem představila v předešlé kapitole a je ze zákona o sociálních službách (zákon 108/2006, Sb.).

Další definice hovoří o sociální rehabilitaci jako o jakémkoliv obnovení sociálních dovedností a schopností, které jsou narušené díky duševnímu onemocnění. Jde o soubor různých opatření k příznivému ovlivnění a zlepšení sociální situace a stavu osob s duševním onemocněním (Pfeiffer, 2008).

Pro mě je sociální rehabilitace sociální službou, která slouží jako příprava nejen na zaměstnání na otevřeném trhu práce, ale i na každodenní život bez profesionální pomoci. Uživatel této služby si v prostředí chráněných a tréninkových míst osvojuje dovednosti a návyky nezbytné pro budoucí zaměstnání a samostatný a plnohodnotný život. Sociální pracovník je mu k dispozici v případě potřeby a snaží se ho podporovat k získání vytyčených cílů.

Sociální rehabilitace může poskytovat různé druhy intervencí, např. socioterapii, různé programy pro zvyšování sociálních kompetencí, pracovní rehabilitaci atd.

2.1.1 Rehabilitace

Pro začátek by bylo dobré vůbec vysvětlit pojem rehabilitace. Každý na tento pojem nahlíží svým způsobem a představí si pod tímto pojmem něco

jiného. Pro lepší pochopení rehabilitace, o které bude moje diplomová práce, zde uvádím tři.

První definice je podle WHO z roku 2001 a lze rehabilitaci definovat jako „včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“ (Vocelová, 1999).

Druhá definice je podle terminologického slovníku v oblasti sociálních služeb MPSV ČSSR z roku 1972, kde je pojem rehabilitace vysvětlen jako nedílná součást léčebné péče a zejména jako prevence sociálních škod. To znamená, že by měla začínat současně s léčením a zaručit navrácení člověku co možná nejvíce tělesných, duševních i sociálních funkcí, které mu poté pomohou k zapojení do společenského a pracovního života (Petermann, 2008).

Třetí definice rehabilitace stanovená Bostonským centrem pro psychiatrickou rehabilitaci (1981) zní: „rehabilitace znamená pomoc lidem s psychiatrickou nebo psychosociální poruchou, úspěšně a spokojeně žít, učit se udržovat sociální vztahy v prostředí podle vlastního výběru s co nejmenší mírou profesionální pomoci“ (Vocelová, 1999).

Tyto definice jsou na jednu stranu obecné, ale také vystihují základní myšlenku rehabilitace. Myslím, že by bylo vhodné u těchto definic mít cesty, jak je možné dojít ke spokojenému a kvalitnímu životu lidí s jakýmkoliv handicapem.

Pro mě je pojem rehabilitace dlouhodobým procesem, který může pomoci lidem, kteří by chtěli změnit svůj život. Změnit, aby byl kvalitnější a mohli fungovat v rámci společnosti. V rámci rehabilitace si může klient

ujasnit, co vlastně od života očekává, co mu chce obětovat, jakých cílů chce dosáhnout a jak těchto cílů může dosáhnout. Rehabilitace je také prospěšná k získání dovedností a schopností, které jsou potřebné k naplnění všech možných cílů a zároveň posilují klientům sebedůvěru a vědomí o vlastní potřebnosti. Pro všechny klienty je důležité, že celá rehabilitace se děje za podpory sociálního pracovníka, který se celé rehabilitace účastní. Dá se říct, že je pro něj průvodcem, který mu pomáhá najít správnou cestu.

V rámci rehabilitace jsou vyzdvihovány tyto důležité hodnoty:

- péče o lidské bytosti, ne o pacienty nebo o nemocné,
- podpora fungování a vykonávání sociálních aktivit, nikoliv léčení symptomů či analyzování problému,
- výběr prostředí dle klientových představ, nepřiručujeme prostředí, o kterém si ostatní myslí, že je pro klienta nejlepší,
- o dobrém výsledku mluvíme vždy z pohledu ostatních, ale o uspokojení pouze z hlediska klienta,
- společná snaha o úspěch a o uspokojení a naplnění potřeb klienta,
- založena na vývojovém přístupu,
- klient má vždy plnou odpovědnost za svoje vlastní chování a rozhodování, tzn. snažit o snižování závislosti na profesionální pomoci,

- kombinuje různé přístupy nebo dává odkaz na jiné modely péče (Vocelová, 1999).

Je zřejmé, že pro jakoukoliv handicapovanou osobu jsou tyto hodnoty velmi důležité. Díky nim může dojít ke zlepšení jejich společenského či pracovního života. Ale hlavně působí celkově jako zvýšení sebevědomí, potřeby a důležitosti patřit do „našeho zdravého světa“. Vždyť pro každého je důležité vědět, že patří k ostatním ve společnosti, kde žije, a není přehlížen či dokonce z ní vyloučen.

Ráda bych zde uvedla deset principů, na kterých by měla každá rehabilitace stavět:

- nácvik dovedností,
- podpora klientových schopností a možností,
- úprava okolí klienta,
- pracovní přizpůsobení,
- v průběhu celé rehabilitace je pořád naděje navrácení do pracovního procesu,
- postupné snižování závislosti klienta na odbornících a zvyšování jeho nezávislosti,
- za všech okolností aktivně zapojovat klienta do procesu rehabilitace,

- rozvoj dovedností a rozvoj podpory klientova okolí,
- psychofarmaka jsou sama o sobě často nedostačující, proto je dobré je kombinovat s rehabilitací,
- velký důraz je kladen na zakotvení v realitě, více než na rozvoj klientova náhledu (Vocelová, 1999).

2.1.2 Pracovní rehabilitace

Dalším pojmem, který je pro mou diplomovou práci důležité vysvětlit, je pojem pracovní rehabilitace. V mé diplomové práci je pracovní rehabilitace spíše chápána jako sociální služba, která je poskytována řadou státních i neziskových organizací. Je zřejmé, že každá organizace si tuto službu nastaví podle sebe a podle potřeb své cílové skupiny. V rámci organizací, které pracovní rehabilitaci nabízí lidem, s duševním onemocněním, nejsou v principech poskytování pracovní rehabilitace až tak velké rozdíly. Pro všechny je základ poskytování sociální služby stejný. Staví na individuálním přístupu k uživateli služby a snaží se mu pomoci, aby naplnil svoje cíle.

Na druhou stranu by každá pracovní rehabilitace měla nějakou specifickou mít, aby i klienti, kteří využijí tuto sociální službu, měli velký výběr v tom, kde začít a kam poté pokračovat. Tato rozdílnost a jedinečnost může být třeba jen v časovém fondu, tzn. někde je pracovní rehabilitace poskytována tři hodiny denně, jinde pět hodin denně nebo nepravidelná. Pro klienta to znamená, že si může postupně zkusit míru zátěže, zjistit svoje hranice a zároveň má možnost tyto svoje hranice zdolat a posunout se dál.

Pracovní rehabilitace - z pohledu profesionála, by měla být složena ze všech možných aktivit, které posléze vedou k uzdravení a k případnému

rozvoji pracovních dovedností a schopností klienta ve všech možných pracovních situacích, a samozřejmě k nalezení a udržení stálého zaměstnání ke spokojenosti klienta. Aktivita, které by tedy měly směřovat ke zlepšení psychického i fyzického stavu klienta, jsou definovány jako individuálně zaměřené metody na klienta, např. pracovní vedení, trénink pracovních dovedností nebo mediace v pracovní rehabilitaci (van Weeghel, 2004).

Vždy by mělo být v rámci pracovní rehabilitace jasné, co je jejím cílem, kam by se chtěl klient dostat, jaké by mohly nastat překážky, jakou roli by v celém procesu měl mít sociální pracovník a ostatní odborníci či blízcí lidé klienta. Toto vše se řeší v rámci individuálních rehabilitačních plánů. Těm bych ráda věnovala celou další kapitolu.

Přístupy pracovní rehabilitace jsou pokud možno jednoduché. Jedno z nejdůležitějších pravidel je to, že se klienta snažíme trénovat v reálném prostředí (počítačový program, který by ho učil, jak nakupovat, by byl zbytečný a neúčinný). Máme ponětí o tom, co klient potřebuje a chce se naučit, když mu dáme čas a podporu, nejspíš to půjde a dostaví se úspěch (samozřejmě ne naráz, ale postupně).

2.1.3 Současná legislativa pracovní rehabilitace

Lidé s duševním onemocněním mají možnost využívat velkou řadu jak sociálních tak zdravotnických služeb. Sociální služby jsou zakotvené a vymezené v rámci zákona o sociálních službách (zákon č.108/2006 Sb.). Měly by splňovat určitou kvalitu a standardizovanost, kterou zákon určuje. Teoreticky je díky tomuto zákonu více posilována úloha klienta v hledání a nalézání vhodné sociální služby. Zároveň také vytváří stejné podmínky činnosti pro státní i nestátní organizace.

Zákon o sociálních službách vymezuje tři druhy služeb – služby sociální péče, služby sociální prevence a služby sociálního poradenství. O pracovní rehabilitaci však explicitně nehovoří, ale v § 67 hovoří o sociálně terapeutických dílnách a v § 70 o sociální rehabilitaci a to takto: „Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívající zachování schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“.

Pracovní rehabilitace je služba, která je zařazena mezi služby sociální prevence. Služby sociální prevence mají obecně bránit sociálnímu vyloučení lidí v jakékoliv nepříznivé sociální situaci, případně i chránit společnost.

Jediné vymezení, které přímo o pracovní rehabilitaci hovoří, je v zákoně o zaměstnanosti (2004): „Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti“. Pracovní rehabilitace by měla být zajišťována úřady práce, ale v praxi však všechny úřady s touto službou nepracují.

2.1.4 Druhy pracovní rehabilitace

1. Chráněná pracovní dílna – pracoviště přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením (dohodnuté s úřadem práce, kdy je možné získat i příspěvek od úřadu práce) s cílem umožnit klientům pracovat v maximálně chráněných podmínkách a umožnit nácvik pracovních a sociálních dovedností. Nejde tu primárně o výkon. Klienti si sami určují tempo a přestávky v práci. V chráněné dílně pracují pouze lidé s postižením za podpory terapeuta nebo asistenta.
2. Chráněná pracovní místa – pracovní místo vytvářené s úmyslem zaměstnat osobu se zdravotním postižením, chráněné místo je vytvořené ve firmě na otevřeném trhu práce a je uzpůsobeno potřebám člověka se zdravotním postižením – po dohodě s úřadem práce (i v tomto případě úřad práce finančně přispívá zaměstnavateli na odměny) .
3. Tréninkové resocializační pracoviště – podobné jako chráněná dílna. Vzniká bez dohody s úřadem práce. Umožňuje trénink pracovních a sociálních dovedností zpravidla v méně chráněných podmínkách, kde klienti přicházejí do kontaktu s veřejností. Častým cílem je návrat na otevřený trh práce. Je časově omezeno (zpravidla na 0,5 – 1 rok).
4. Přejícné zaměstnávání – časově omezená pracovní pokus (půl roku až rok) – umístění klienta přímo na pracoviště zaměstnavatele v běžných pracovních podmínkách, za podpory terapeuta (terapeut není s klientem na pracovišti, zprostředkovává umístění klienta a pomáhá v řešení problémových situací).

5. Podporované zaměstnávání – časově omezená služba, jejímž cílem je poskytnout klientovi takovou míru podpory, aby si vybral, našel a udržel vhodné místo na otevřeném trhu práce (služba zprostředkovává pracovní místa na otevřeném trhu práce, poskytuje asistenci klientovi a zaměstnavateli při nástupu a pro udržení pracovního místa). Zde se již přihlíží ke klientovým profesním preferencím.

6. Sociální firma - firma poskytující služby pro veřejnost (nemusí být, může být i firma vydělávající jiným způsobem), firma na běžném trhu práce, která primárně zaměstnává lidi s handicapem, jsou zde zaměstnání handicapovaní lidé bez asistence terapeuta, případné zisky firmy jdou na financování služeb pro znevýhodněné občany (Novák, 2009).

Tuto kapitolu jsem věnovala popisu, co přesně pojem rehabilitace, sociální rehabilitace a pracovní rehabilitace znamená. Mým cílem bylo vysvětlit, jak tyto služby jsou chápány z různých pohledů. Dále jsem představila současnou legislativu pracovní rehabilitace a jaké druhy pracovní rehabilitace jsou lidem s duševním onemocněním u nás nabízeny.

V další kapitole se budu zabývat zapojením rodiny do rehabilitace, vysvětlím pojem case management a objasním jeho funkce a průběh.

3 Spolupráce s rodinou v rámci pracovní rehabilitace

Spolupracovat s rodinou v rámci pracovní rehabilitace je podle mě velmi důležité a mělo by to být součástí jakékoliv rehabilitace, kterou klient využívá.

V rámci své práce jsem se většinou setkala s pozitivními ohlasy od klientů i od jejich rodin či blízkých přátel, když jsme se domlouvali na společné schůzce. Samozřejmě se našli i klienti, kteří rozhodně nechtěli své rodiče zapojit do rehabilitace, nejčastěji ze strachu, že by se přišlo na něco, co jim tajili. Také se našli i nejbližší z řad rodinných příslušníků, kteří neměli zájem být součástí jakéhokoliv uzdravení svého člena rodiny (důvody mohou být různé – čas, nedůvěra v sociální služby či v sociálního pracovníka, strach z dalšího zklamaní apod.).

3.1 Case management

Pro začátek mi přijde důležité objasnit, co je case management, protože spolupráce s rodinou klienta je jedna z jeho složek. Definicí na tuto metodu práce je mnoho, proto case management zkusím objasnit z více zdrojů a to i ze své vlastní zkušenosti.

V první definici je case management popsán jako intenzivní metoda práce s klientem (jeho „vedení“ a doprovázení). Je to podpora, která již v základu zahrnuje navazování klienta na služby, které mu pomohou naplňovat jeho potřeby, jde o sledování a koordinaci péče, podporu ve vztahu k zařízením a sociálním sítím, pomoc a terapii klienta, poskytování poradenství, vyhodnocování výsledků služeb. Case management je pro takové klienty, kteří potřebují podporu ve více oblastech svého života. Cílem je, aby

se klientům umožnil co nejvíc samostatný život v jejich prostředí (Wogurková, 2006).

Tato definice velmi dobře vystihuje základní podstatu case managementu. Pro mě osobně v ní ale chybí formulace, že služba je zaměřena na individualitu každého klienta. Myslím tím, že je důležité v case managementu, ale samozřejmě i v jiných službách, vždy myslet na to, jaký klient je a co potřebuje. Samozřejmě pokud to situace dovoluje, tak je dobré na začátku rehabilitace pomoc klientovi přizpůsobit, tzn. např. klienta, jehož cílem je pracovat, bychom se měli snažit najít nebo vytvořit takové pracovní podmínky, které by nebyly pro klienta příliš stresující a fyzicky náročné. Samozřejmě je důležité, aby byla pro klienty i možnost zvýšení zátěže. Je to pro to, aby si klient vyzkoušel svoje hranice a kam až jeho síly stačí.

Za základní prvky case managementu lze považovat:

- mít přehled o klientových potřebách a schopnostech,
- plán péče musí mít jasně definované cíle,
- za pomoci klienta a jeho okolí uskutečnit navrhovaný plán,
- monitorovat a zaznamenávat jakýkoliv dosažený pokrok ale i nesplnění daného cíle,
- vyhodnotit cíle s klientem a se všemi, kdo se na dosahování cíle po celou dobu podíleli (Stuchlík, 2001).

Case management má mnoho předností a výhod. Mezi základní pilíře case managementu patří:

- dostupnost – jedná se o přehlednost poskytovaných služeb a to, koho kontaktovat, když je potřeba. Nebo naopak může i case manager kontaktovat potenciální uživatele služeb, pokud mají nějakou dřívější negativní zkušenost,
- kontinuita - u lidí s duševním onemocněním dochází v průběhu léčení ke zlepšování a zhoršování zdravotního stavu. Díky dlouhodobé spolupráci s case managerem, může být začínající zhoršování stavu včas zachyceno a může se předejít relapsu a navrhnout efektivnější řešení situace, aby se relapsu předešlo,
- koordinace – case manager je zodpovědný za to, aby se klientovi našli vhodné služby, které mu budou ku prospěchu, a které pomohou splnit jeho cíle,
- přizpůsobivost – jakákoliv služba by měla být orientována na klienta a na jeho individuální potřeby a měla by upustit od tradičního institucionálního modelu. Case manager přistupuje ke klientovi jako k individualitě a citlivě reaguje na jeho potřeby a to jak na ty dlouhodobé tak i na ty, co jsou potřeba okamžitě řešit,
- výkonnost – efektivita – vysoká míra efektivity se pozná podle toho, že klientovi jsou nabízeny služby, které přímo pokryjí jeho potřeby a nevyužívá ty, které jsou v tu danou chvíli zbytečné (Stuchlík, tamtéž).

Těchto pět základních principů je podstatou dobré, efektivní a prospěšné práce pro lidi s jakýmkoliv onemocněním, nejen pro ty, co trpí duševním onemocněním.

Case management se nedá vymezit jednou větou nebo jednou definicí. Jsou rozpory v tom, zda jde o metodu nebo o službu.

Všechny tyto definice a vymezení pojmu case management mají v popředí potřeby klienta a také to, co mu může pomoci hned a co do budoucna. Snaží se zmapovat jeho situaci, jak sociální, tak i zdravotní. Snaží se zkoordinovat jak zdravotní, tak sociální služby, aby byly přesně na míru klientovi a aby mu byly ku prospěchu.

Case management by měl zahrnovat širokou škálu činností a vědomostí. Je proto zřejmé, že by case management neměl stát jen na jednom jediném člověku. Měl by se na něm podílet tým lidí, kteří by jasně věděli, jakou v celém případě hrají roli. Samozřejmě by v tom měl mít jasno i klient. Zároveň by se mělo na začátku vyjasnit, kdo bude „styčný důstojník“, tj. pracovník, který bude celou pomoc koordinovat a na kterého se může jak klient, tak jeho okolí, kdykoliv v případě jakékoliv nesnáze či problému obrátit.

Důležitou součástí case managementu je i hodnocení průběhu služby a té dané intervence, která byla klientovi nabídnuta a kterou podstoupil. Samozřejmě nejen při ukončování spolupráce, ale i v průběhu.

3.1.1 Druhy služeb case managementu

Vždy záleží na tom jak je služba case managementu nastavena a jak vypadá celý case managementový tým. Je důležité mít jasné kompetence a role v týmu.

V rámci case managementu může být poskytováno mnoho služeb, záleží na daném pracovníkovi, na týmu i na cílové skupině.

Základní služby case managementu:

1. trénink denních životních dovedností – nákup potravin, vaření, nákup a péče o oděv, používání městské hromadné dopravy,
2. účast v rodině – krizový management, edukace rodiny, koordinace služeb pro členy rodiny,
3. trénink pracovních schopností – pomoc při hledání práce, navazování kontaktů se zaměstnavateli, edukace zaměstnavatelů, pracovní asistence v zaměstnání pro klienty,
4. jednání s úřady – pomoc při vyplňování formulářů a při získání rozhodnutí o dávkách, doprovod na úřady,
5. zdravotní podpora – zdravotnická edukace, ověřování zdravotního stavu, konzultace s ošetřujícím lékařem,
6. lékový management – edukace o medikace, asistence při nákupu léků v lékárně, monitorování vedlejších účinků,
7. podpora v bydlení – pomoc při hledání vhodného bydlení, asistence při běžných činnostech v domácnosti,

8. finanční management – pomoc při plánování rozpočtu a platbě účtů, zvyšování samostatnosti a nezávislosti při zacházení s penězi,
9. poradenství – edukace, rozvoj komunikačních dovedností, koordinace celého týmu, orientace na řešení problému (Fialová, 2006).

To je jen výčet mnoha intervencí a pomoci, které jsou v rámci case managementu důležitou součástí.

Pro mou diplomovou práci je nejdůležitější ta část case managementu, kde je v zájmu spolupráce s rodinou a blízkými přáteli.

3.1.2 Fáze case managementu

Jde o fáze, jak nejlépe a nejefektivněji navázat vztah s klientem nebo jeho rodinou, jak dosáhnout důvěry, aby společná práce spěla ke kýženému cíli, jak a kdy hodnotit spolupráci, aby se dalo předejít různým nedorozuměním a potížím a samozřejmě i jak spolupráci ukončit a popřípadě navázat na jiné služby.

Fáze case managementu:

1. Navazování vztahu - v této fázi jde hlavně o první kontakt a vzájemné poznávání case managera a klienta. Na konci tohoto poznávání by měl být mezi pracovníkem a klientem vztah založený na důvěře, rovina pracovní, osobní a partnerská by měla být rovnocenná. Jak pracovník, tak i klient by měl vědět o pozici a kompetencích toho druhého.
2. Mapování potřeb klienta – to je fáze, která probíhá různým způsobem. Dá se mapovat rozhovorem, dotazníkem či pozorováním. Předmětem

mapování jsou především přání a požadavky klienta, jeho osobní predispozice, zkušenosti, schopnosti a dovednosti, ale zároveň kde vidí svoje nedostatky a v čem vidí překážky v dosažení cíle. V téhle fázi se zároveň zkoumají zdroje podpory klienta, komu věří, kdo by mu mohl být podporou jak materiální, tak emoční.

3. Stanovení cíle – cíle mohou být různého druhu, ale vždy se týkají kvality života. Cílem může klient chtít dosáhnout něčeho nového. Nebo prostě jen udržet to, co teď zrovna má. Může to být i tak, že nemá jasnou představu a chce jen prostě změnu. Co se hodně osvědčuje - i v praxi - je rozkrokování cíle na menší dostupnější cíle, které se dají dosáhnout v kratším úseku. Díky tomu se zvyšuje sebevědomí klienta, že dosahuje toho, co chce.
4. Vytýčení, jak se bude cíle dosahovat - během plánování, jak cíle dosáhnout, se hlavně domlouvá: co se bude dít v nejbližší době, kde se splnění cíle bude odehrávat, jak se cíle dosáhne a jakou roli budou v plnění cíle mít všichni zúčastnění.
5. Vlastní naplňování cíle – v této fázi dochází k realizaci cíle, které klient společně s case managerem naplánoval. Samozřejmě i v této fázi může dojít k přehodnocení cíle a k jeho změně.
6. Hodnocení spolupráce – tato fáze nastává většinou po naplnění vytyčeného cíle, ale může k ní dojít i v celém průběhu procesu naplňování cíle. Hodnocení probíhá společně s klientem, může být přizván i rodinný příslušník (Fialová, 2006).

Každá fáze je velmi důležitá v procesu začleňování a zlepšování kvality života člověka s duševním onemocněním. Nikde není určené, že vždy bude následovat po fázi jedna fáze dvě, mohou se různě prolínat a střídat. Zároveň

se nedá říct, jaký časový úsek je potřeba na každou fázi, vždy záleží na klientovi i na case manažerovi.

3.2 Case manager

Case manager by měl být profesionál s příslušným vzděláním, který pracuje v rámci case managementového týmu dle pravidel a principů case managementu. Podle Stuchlíka (2008) je: „Case manager klíčovou osobou nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytování péče. Je koordinátorem práce týmu, zodpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče a v některých modelech je také osobou, která určuje rozdělení finančních prostředků v rámci systému“.

Pro case managera je tým velmi důležitý. Samozřejmě, že se svými klienty pracuje individuálně, ale v převážné většině je sdílí společně s týmem profesionálů. Do tohoto týmu může patřit celá řada odborníků, např. sociální pracovník, psycholog, psychiatr, psychiatrická sestra, zdravotní sestra atd.

Case manager je koordinátorem služeb v systému pro klienta, je jeho průvodcem a zároveň by měl předpokládat jakékoliv mezery v systému, aby se jim dalo vyhnout.

Zároveň by se měl case manager aktivně podílet na rozvíjení spolupráce s dalšími sociálními službami, státními i nestátními organizacemi pro tu danou cílovou skupinu. Měl by mít přehled o službách, které jsou v daném okolí pro klienty k dispozici. To, že má case manager zmapované poskytovatele služeb, mu usnadňuje práci při začleňování klienta zpět do komunity. Zároveň zmírňuje následky onemocnění a možné vyčlenění na okraj společnosti.

Case manager by měl klientovi zajistit komplexnost služeb, tzn. že klient využívá všechny služby, které by pro něj mohly být jakýmkoliv přínosem.

3.3 Práce s rodinou klienta trpícího psychiatrickou poruchou

Práce s rodinou či blízkými přáteli klienta je velmi náročná, ale vyplatí se. Díky ní je možné proces rehabilitace a resocializace urychlit a udržet kýženou kvalitu života pro jejich člena. Cílem by vždy měla být změna rodinných vztahů a zakomponování klienta do sociálních vztahů za pomoci rodinných příslušníků.

Pokud se u některého ze členů rodiny vyskytne duševní onemocnění, důsledky onemocnění se citelně projeví i u ostatních členů. Jakým způsobem se tyto důsledky projeví, závisí vždy na mnoha faktorech:

- 1) Rodinný vztah – kdo onemocněl (dítě, dospělý, manžel či manželka, sourozenec, prarodiče atd.).
- 2) Povaha poruchy – jedná se o chronické onemocnění nebo jen o krátkodobou krizi.
- 3) Typ rodiny – jaké jsou charakteristické rysy rodiny, typické reakce rodiny v podobných situacích (Pěč, 2009).

Rodina je jedním z hlavních zdrojů podpory pro člověka s duševním onemocněním, je nejdůležitější a často může být jediný.

Zároveň je důležité mít na vědomí, že i rodina a blízcí přátelé mají svoje cíle a přání, které by měly být ve spolupráci zohledněny. Znamená to tedy, že spolupráce s rodinou je dlouhodobá a vyžaduje časté schůzky case

managera a rodiny. Tyto schůzky se mohou konat, jak u něj v kanceláři, tak i přímo v bydlišti rodiny. Vždy je ale důležité přizpůsobit se prostředí, kde zrovna schůzka probíhá.

Ze začátku spolupráce je důležitá jistá edukace rodiny o potížích jejího člena a co to vše může obnášet, jaká omezení a rizika. Zároveň je ale důležité zdůraznit, že i přesto všechno je možné, že se vše zlepší nebo že se může tato situace ustálit v takové fázi, že to bude všem vyhovovat a půjde v takové situaci normálně žít.

To nejdůležitější, co může rodina udělat pro svého člena rodiny, který je dlouhodobě duševně nemocný, je vyjadřovat mu podporu, dávat mu naději, že je možné, že se jeho zdravotní stav zlepší. Zároveň může rodina svého člena vést k tomu, aby dodržoval léčbu, tak jak ji má nastavenou od odborníků.

Vždy je dobré, když je rodina ochotna zapojit se do procesu úzdravy svého člena, když se aktivně zajímá o to, co se teď bude dít, jak to bude probíhat. Zajímá se o to, jaký vliv může léčba mít na jednotlivce i fungování celé rodiny. Zároveň je velmi přínosné, když rodina či blízcí vyjadřují svůj vlastní názor na postup léčby, když se jim něco nelíbí. Veškeré připomínky a podněty od rodiny jsou pro pracovníka důležité, protože jen rodina zná svého člena nejlépe. Nesmí se bát mluvit do průběhu léčby, i když by měla mít jiný názor než odborník.

3.3.1 Vliv duševní nemoci na rodinu a její členy

Mít v rodině někoho, kdo je duševně nemocný, je často pro rodinu společenskou tabu. Nikomu o onemocnění a jeho důsledcích nepovídají, stydí se za to. Často mají pocit, že je to i jejich vina, rodiče špatně vychovali svého

potomka nebo syn či dcera mají pocit, že kdyby tolik nezlobili, nemusela by se maminka tak divně chovat. Rodina časem znejistí. Žít s někým, kdo je duševně nemocný, způsobuje ostatním členům v domácnosti různé psychické problémy, které neznají a nikdy je nezažili. Pociťují mnoho emocí, a to ve většině případů těch negativních. Příčiny jsou různé, může jít o velký tlak, který je na ně vyvíjen nebo se dostaví pocit ztráty (Pěč, 2009).

O člena rodiny, který onemocní nějakou psychiatrickou poruchou, je potřeba se starat, což často změní role v rodině. Z duševního onemocnění plynou také praktické důsledky – mohou se zvýšit výdaje (léky a léčení), nutnost starat se celý den (odejít ze zaměstnání) nebo otázka dědičnosti (některé tyto poruchy mají genetický základ). Člen rodiny, který trpí duševním onemocněním, narušuje stabilitu a rovnováhu rodiny a to mezi zátěží a vnitřní silou jednotlivého člena (Pěč, tamtéž).

3.3.2 Potřeby členů rodiny

Každá rodina má jiné potřeby, někteří si o ně umí říct a jiným trvá déle než zjistí, co potřebují.

Do dnešního dne bylo vyvinuto mnoho programů, které se mají zajímat o potřeby rodin a podporovat je. Tyto programy mají několik společných témat, a to:

- 1) **Edukace rodiny o nemoci** – proto, aby mohli členové rodiny adekvátně přistupovat ke svému členovi trpícímu duševní poruchou, musí znát základní informace o nemoci (co způsobuje, jak se projevuje, jaké může mít důsledky, jaká je prognóza, jaké může mít příčiny), musí vědět, jak bude probíhat léčba (o její nezbytnosti,

možnostech a alternativách, o vedlejších účincích) a kdo léčbu povede a jak se na ni budou podílet oni sami.

- 2) **Zaměření se na silné stránky** – sebedůvěra rodiny je velmi narušena, je potřeba, aby se v rámci poradenství soustředila pozornost na silné stránky rodiny a aby se struktura rodiny cítila jako funkční.
- 3) **Sdílení emocí** – emoce jednotlivých členů rodiny jsou truchlící reakcí na nynější skutečnost, skutečnost, že díky onemocnění jejich člena je všechno jiné a že je možné že už se to nikdy nevrátí zpět. Členové rodiny si musí srovnat svoje očekávání.
- 4) **Komunikace v rámci rodiny** – jasná a důsledná komunikace mezi všemi členy rodiny je důležitou součástí při zvládnání duševního onemocnění, stejně jako sdílet mezi sebou svoje pocity, smát se, akceptovat rozdíly a vyhnout se vzájemnému obviňování.
- 5) **Hranice v rodinném kruhu** – je důležité pro každého člena rodiny hlídat si své vlastní hranice (např. děti si hlídají, aby se nestaly příliš zodpovědnými za potíže, které zažívají rodiče. V manželství, pokud jeden pečuje o druhého, je důležité, aby si nastavil své vlastní hranice apod.). Nadměrná angažovanost může jednoduše způsobit velké zklamání.
- 6) **Řešení problémů** – pokud je v domácnosti člen, který je duševně nemocný, klade to na rodinu vysoké požadavky, jak tento problém řešit. Efektivní řešení problémů má několik fází: identifikování problému, prodiskutování problému (i s odborníky), hledání a nalezení řešení, zhodnocení. Pro některé rodiny může představovat projití těmito fázemi velký problém, pro jiné je to mnohem lehčí než

se naučit správně v rodině komunikovat. Základem je, aby se problémy řešily krok za krokem, od těch malých a jasně definovaných.

- 7) **Obnovení společenských vazeb** - pro rodinu je důležité prolomit společenské tabu o nemoci a obnovit kontakty s příbuznými a známými. Důležitou podporou a oporou jsou důvěrní a nejbližší rodinní přátelé.
- 8) **Jednání se zdravotníky** – docela často se stává, že rodina očekává od zdravotníků příliš mnoho a veškeré naděje vkládají právě do zdravotníků. Je důležité, aby rodina a zdravotníci vytvořili vztah založený na vzájemné spolupráci, protože zdravotníci jsou a nadále zůstanou součástí rodiny (Pěč, 2009).

Duševní onemocnění člena rodiny znamená nejen změnu pro něj samotného, ale i změny pro celou rodinu. Vážnost a průběh onemocnění závisí na vztazích uvnitř rodiny, na psychosociální povaze nemoci a na povaze rodiny samotné. Jsou výzkumy, které prokázaly, že podporování rodiny nejenom snižuje smutek, ale zároveň má pozitivní vliv na celkový průběh duševní nemoci (Pěč, tamtéž).

Tuto kapitolu jsem věnovala vysvětlení pojmu case management, jaké druhy služeb se v rámci case managementu poskytují, jaké fáze má case management, kdo je to case manager a co představuje výskyt duševního onemocnění v rodině a jak může vypadat zapojení rodiny do procesu úzdavy svého nemocného člena.

V další kapitole se budu zabývat individuálním plánováním, jaké mohou být druhy, jakým způsobem mohou být zaznamenávány a jaký význam mohou mít pro zlepšení a zkvalitnění života lidí s duševním onemocněním.

4 Individuální plánování v rámci rehabilitace

Individuální plánování v rámci rehabilitace je nedílnou součástí procesu resocializace. Na jejím základě se domlouvá, kam bude rehabilitace směřovat, jaký cíl je pro klienta důležité splnit a co mu může v jeho plnění pomoci nebo naopak v čem mohou nastat překážky.

U individuálního plánování jde tedy o mapování a šetření potřeb, stanovení cílů, silných a slabých stránek klienta. Tento proces se děje pomocí individuálních rehabilitačních plánů.

4.1 Individuální rehabilitační plán

Individuální rehabilitační plán (IRP) je brán jako jedna z mnoha metod práce s klientem. Jde vlastně o jednu z nejzákladnějších metod přímé práce s klientem v sociálních službách, která napomáhá k rozvoji pracovních a sociálních dovedností lidí s duševním onemocněním. Využívá se k nalezení klientových přání a cílů, čeho by chtěl během rehabilitace a samozřejmě i po ní dosáhnout. Cíle klientů jsou velmi rozmanité, od naučení se vstávat, přes osamostatnění od rodiny až po nalezení si partnera a založení vlastní rodiny. Během své práce jsem se setkala s mnoha cíli a přáními, některá byla nesplnitelná, k jiným vedla dlouhá cesta, ale vždy jde hlavně o motivaci a odhodlání cíle dosáhnout.

Individuální rehabilitační plán pracovní rehabilitace osob s duševním onemocněním by měl obsahovat: předpokládaný cíl pracovní rehabilitace, formy pracovní rehabilitace, které byly stanoveny pro osobu se zdravotním postižením, předpokládaný časový průběh pracovní rehabilitace, termíny a způsoby hodnocení účinnosti stanovených forem pracovní rehabilitace.

Plány mají mnoho různých podob. J.P Wilken (1999) mluví o tom, že se individuální rehabilitační plán připravuje na základě cílů, které si klient stanoví. Je to proto, aby bylo jasné, jakou konkrétní činností a jakým způsobem se bude cíl postupně naplňovat. Je potřeba zmapovat schopnosti a dovednosti klienta, abychom věděli, co je klient schopný udělat sám a naopak s čím bude potřebovat pomoc od poskytovatele péče.

Pod pojmem individuální rehabilitační plán si můžeme představit:

- dialog mezi uživatelem služby (klientem) a pracovníkem služby,
- dojednávání o tom, jaké jsou potřeby uživatele a zda mu je organizace může pomoci splnit (vychází z poslání poskytované služby, ne všechny potřeby uživatele může konkrétní služba naplnit),
- zaměření na rozvoj dovedností a schopností,
- cílem může být přidat něco nového,
- podpora běžného způsobu života klienta,
- se vztahuje k prostředí, které umožní dosažení cíle,
- se naplňuje v praktických a konkrétních krocích.

Individuální rehabilitační plán by rozhodně neměl sloužit jako:

- diagnostika (zdravotní, psychologická či sociální),
- hodnocení či posuzování klienta,

- popis problému nebo situace klienta,
- stanovení ošetřovatelských postupů,
- plánování individuálních služeb bez přítomnosti klienta,
- formální vyplňování papírů, protože se to po nás chce.

„Důležitým procesem rehabilitace je, že se co nejvíce přizpůsobujeme schopnostem klienta. Částí procesu zotavování se klienta je, že se sám musí naučit objevovat (znovu objevovat) své vlastní schopnosti“. (Wilken, 1999, s.89).

Snad každý má v sobě potenciál k uzdravení se, k učení se novým věcem a rozvíjení své osobnosti. Když se snažíme reagovat na klientův požadavek na péči, měli bychom mu nechat dostatečný prostor, aby v sobě tento potenciál našel a naučil se ho používat ku prospěchu svého života (Wilken, 1999).

4.1.1 Obsah individuálního rehabilitačního plánu

Obsah individuálního rehabilitačního plánu by měl být shrnutím a navržením řešení, jak budou řešeny dílčí cíle. Je důležité, aby plán byl proveditelný. Proto je lepší formulovat pár základních problémů a z nich nastavit dílčí cíle, než zkusit zrealizovat 20 cílů najednou (Wilken, 1999).

V individuálním rehabilitačním plánu mohou být zahrnuty tyto body:

- činnosti (kdo, kdy, kde, kolik času),
- dohody (jasné vymezení, kdo má jaké úkoly),
- potřeba zvýšené pozornosti (jde o témata, která nejsou aktuálně potřeba řešit, ale je přesto důležité je sledovat a díky tomu pak předejít různým komplikacím) (Wilken, tamtéž).

Do těchto plánů mohou být samozřejmě zahrnuty nejen činnosti sociálního pracovníka a klienta, ale také jeho rodiny a dalších osob. Pak je důležité sladit aktivity všech lidí, kteří spolupracují na splnění cílů v rehabilitačním plánu daného klienta (Wilken, tamtéž).

Individuální rehabilitační plán by měl tedy obsahovat:

- odpovědi na to, co je přání klienta a co je v možnostech pracovníka a služby s tímto přáním udělat,
- cíle, které by chtěl klient dosáhnout,
- rozdělení podle fází rehabilitačního procesu a měl by odrážet jeho jednotlivé fáze,
- odpovědi na otázky Kdo? Kdy? Kde? Co? a Jak? bude dělat, aby svého cíle klient dosáhl,
- dlouhodobé a krátkodobé cíle,
- možnosti a zdroje,

- omezení,
- potřeby,
- jednotlivé kroky vedoucí k naplnění potřeb,
- odpovědnost,
- očekávané časové naplnění.

Uvědomit si, jakého cíle chci dosáhnout, je někdy obtížné i pro mě samotnou, proto rozumím klientům, kteří přesně neví, co chtějí v životě dosáhnout. Často mají nějakou představu, ale nedokážou přesně vyjádřit, co to vlastně je. Proto bych ráda představila pár kritérií, jak vypadá dobře zformulovaný cíl. Zároveň to může sloužit jako návod, který ulehčí individuální plánování.

7 kritérií užitečně zformulovaného cíle:

1. Musí mít pro klienta význam. Pokud bude mít pro klienta cíl společné práce důležitost a bude pro něj osobním přínosem, bude do něj spíše investovat úsilí a snahu.
2. Musí být malý. Tak malý, aby byl splnitelný v představitelné době. Splnění velkého cíle může trvat i několik let, avšak většina práce s klientem se odehrává v poměrně kratší době. Navíc dosažení malého cíle je snazší, a pokud je dosažen, přináší klientovi sebedůvěru, pocit uspokojení a hlavně nadějí, že může dosahovat další a další cíle, které si stanoví. Je lepší stavět řadu malých cílů, než jeden velký. Klient může mít i jeden velký cíl, který je však třeba rozdělit na několik menších a plnit velký cíl postupně.

3. Měl by být zaměřený na chování a co nejkonkrétněji formulovaný. Pokud je cíl nekonkrétní, těžko jde pak zjistit, zda byl splněn, např. „být šťastný“ není moc konkrétní, je potřeba dodat, co musím udělat, abych se cítila šťastná – budu šťastná, až řeknu nadřízenému, aby mi zaplatil všechny přesčasy nebo že je přestanu dělat.
4. Musí být formulován pozitivně, tzn., musí se týkat výskytu a ne nepřítomností něčeho. Klienti dost často vědí, co se jim nemá dělat a co nechtějí. Užitečně a dobře zformulovaný cíl by se však měl týkat klientových přání, protože při jejich splnění, posiluje v klientech naději, že i další přání půjdou splnit.
5. Má pojmenovávat začátek něčeho a ne jeho konec. Např. ke spokojenému vztahu nestačí jen přestat druhého bít, ale je potřeba začít s učením jednotlivých kroků, jak ve vztahu fungovat a stresové situace lépe zvládat.
6. Dílčí cíle by měly být realistické. Někteří klienti si dávají velké a hned nedosažitelné cíle, ve kterých velmi často neuspějí. Tento neúspěch, pokud se opakuje, může vést k depresím a k rezignaci na resocializaci.
7. Dosahování cíle by mělo stát určité úsilí. Dosažení takového cíle pak zvyšuje klientovo sebehodnocení a současně může vést k realističtějšímu pohledu klienta na sebe tím, že ukazuje, jak může být náročné dosáhnout malého cíle, natož pak nějakého grandiózního. Když klient cíle nedosáhne, znamená to, že je potřeba vyvinout větší úsilí, pokud jej dosáhne, mělo by být jeho úsilí oceněno (Stupková, 2006).

4.1.2 Druhy individuálních rehabilitačních plánů

Každý, kdo pracuje s individuálním plánem, si určuje, jak bude tento plán vypadat, jakou formu bude mít a jakým způsobem se bude vyplňovat.

V praxi se rozlišují dva druhy plánů, a to dlouhodobý a krátkodobý plán. U některých organizací jsem se setkala i se střednědobým plánem, který má za funkci spíše kontrolní, jestli jsou cíle naplňovány podle dohody či ne.

Dlouhodobý plán má dvě formy:

- jedná se o plán k dosažení celkového cíle – jde tedy o plán, který obsahuje všechny domény potřebné k uzdravení a k osamostatnění (terapie, oblast práce, bydlení, volného času apod.). Plán pak slouží sociálnímu pracovníkovi jako nástroj koordinace péče a pro klienta může sloužit jako přehled všech aktivit, které by mu pomohly,
- zabývá se jen jednou doménou (bydlení, práce, volný čas atd.) – výsledkem tedy je dosažení a udržení si stanoveného cíle. V plánu jsou také zahrnuty činnosti, které jsou potřeba k dosažení vytyčeného cíle (Wilken, 1999).

Krátkodobý plán se zabývá zpravidla jedním nebo více dílčími cíli. Tyto cíle mohou být zaměřeny na:

- zmírnění nebo odstranění překážek, které stojí před dosažením vytouženého cíle

- takové druhy činností, které klient musí postupně zvládnout, aby dosáhl určitého cíle (Wilken, tamtéž).

Plány jsou jakýmsi vodítkem pro klienta nebo sociálního pracovníka, kteří tento plán provádějí. Pro klienta to má smysl v oblasti koncentrace na splnění cíle, který si určil. Na druhou stranu sociální pracovník dostává „návod“, jak nejlépe klientovi pomoci v dosahování vytyčeného cíle.

4.1.3 Vytváření individuálního rehabilitačního plánu

Proces vytváření individuálního rehabilitačního plánu, je skoro stejně důležitý jako samotný výsledný plán.

Zásady procesu plánování:

- Individuální rehabilitační plán je společným dílem klienta a sociálního pracovníka – s tím, co se v plánu vyskytuje, by měli souhlasit všichni, kdo se na něm podíleli. Proto je možné nabídnout klientovi, že pokud bude chtít, může se plánování účastnit někdo z blízkých lidí.
- Klient je centrem vytváření individuálního rehabilitačního plánu – plán je jen a jen o klientovi a o tom, čeho on chce dosáhnout.
- Klient je v procesu plánování aktivní – plán by měl vždy vycházet z klientových možností, sám by měl formulovat cíle a postupy, jak jich dosáhnout.

- Individuální rehabilitační plán by měl být pro klienta srozumitelný – výsledný plán by měl vycházet z potřeb klienta, sociální pracovník jen napomáhá srozumitelně formulovat vytyčené cíle.
- IRP vychází z aktuální situace a její reflexe – plán by měl navazovat na realitu klienta a vždy z ní vycházet. Při další revizi plánu by se mělo vycházet z toho, jak se původní strategie osvědčila, a zhodnotit výhody či nevýhody a popřípadě strategii změnit.
- IRP by měl jasně oddělovat směřování a prostředky, kterými má být cíl dosažen – pro klienta může být objevené a do budoucna velmi poučné, že k cíli je možné dospět postupnými kroky. Zároveň je možné s klientem pracovat na důsledcích jednotlivých kroků a neřešit hned velké potíže a velká zklamání z okamžitého nesplnění cíle.
- IRP určí konkrétní kroky, zapojené osoby, prostředky k dosažení cíle, jasné časové ohraničení – plán by měl obsahovat konkrétní údaje o tom, do kdy je potřeba splnit tuto část plánu, kdo co má do příště za úkol, v čem konkrétně může být sociální pracovník nebo rodina prospěšná apod. Čím více budou zřejmé konkrétní kroky, tím lépe bude plán kontrolovatelný. Klientovi to může přinést náhled na odpovědnost za úkoly, jaká je odměna při splnění a naopak co se stane při nesplnění úkolu.
- IRP je průběžně revidován – aby byl plán funkčním nástrojem je potřeba ho měnit a přizpůsobovat realitě, potřebám a cílům klienta.

- IRP by měl počítat s riziky a překážkami splňování vytoužených cílů – plán by měl počítat s individuálním průběhem spolupráce, a reagovat na realistické cíle a počítat s výskytem překážek. Pro klienta může být demotivující, když při revizi IRP zjistí, že většinu cílů se nepodařilo splnit. Tato situace může nastat při nastavení velmi ambiciózních cílů (Stupková, 2006).

V této kapitole jsem se věnovala individuálním rehabilitačním plánům, jejich významu a podstatě.

V další kapitole se budu zabývat tréninkovou kavárnou Dendrit Kafé občanského sdružení Eset-Help, jejím posláním, cíli, hodnotami a principy poskytování sociální služby a v neposlední řadě pro jakou cílovou skupinu je tato kavárna určena.

5 Tréninková kavárna občanského sdružení Eset-Help

5.1 Vymezení pojmu tréninkové kavárny

„Projekt tréninkové kavárny je zaměřen na pomoc dlouhodobě duševně nemocným, kteří se vlivem své nemoci a dalších vnějších faktorů ocitli v nepříznivé sociální situaci“ (Pěč, 2004).

Tento projekt se snaží pomáhat ke zlepšení nepříznivého stavu hned v několika oblastech – v oblasti mezilidských vztahů, sociální rehabilitaci a volnočasových aktivit. Rehabilitace v oblasti mezilidských vztahů umožněna tím, že tréninkovou kavárnu navštěvuje i běžná veřejnost a samozřejmě i mnoho klientů z celé organizace. Díky tomu je klient v práci vystaven sociálnímu kontaktu se zákazníky, musí s nimi komunikovat a řešit běžné denní problémy, což vede ke zlepšení jeho komunikačních a sociálních dovedností.

Kavárna Dendrit Kafe se snaží, pro zvýšení návštěvnosti z řad široké veřejnosti, pořádat různé kulturní večery – koncerty rozmanitých hudebních skupin, divadelní představení, vernisáže klientských děl nebo autorská čtení.

Jde tedy o setkávání jakkoliv znevýhodněných lidí s jinými lidmi se stejným znevýhodněním nebo naopak se zdravou veřejností v normálních každodenních situacích.

5.2 Dendrit Kafe

Projekt tréninkové kavárny Dendrit Kafe byl zahájen v roce 2002, jako další z cílů o.s. Eset-Help při budování systému péče a služeb pro osoby

se zkušeností s duševním onemocněním. Posláním projektu tréninkové kavárny Dendrit Kafe je poskytovat službu sociální rehabilitace lidem s duševním onemocněním, jejichž možnosti účastnit se pracovního života jsou v souvislosti s jejich nemocí výrazně omezené. Kavárna Dendrit Kafe vytváří bezpečné prostředí, kde si mohou vyzkoušet své schopnosti, nacvičit nové dovednosti a připravit se na další pracovní uplatnění. Smyslem existence kavárny je také přispět k odstraňování předsudků o duševním onemocnění a o lidech s duševní nemocí.

První finanční prostředky na projekt poskytla Holandská ambasáda v Praze (program MATRA/KAP) a Evropská Unie (program Phare Access 2000). První aktivity projektu byly technicko-stavební úpravy, které vyvrcholily slavnostním uvedením kavárny do provozu dne 1. 4. 2003. Od tohoto dne poskytuje kavárna nepřetržitě rehabilitační aktivity pro klienty sdružení.

Konkrétními cíli, které se v projektu tréninkové kavárny Dendrit Kafe propojují, jsou:

- aby uživatel získal pracovní návyky a pracovní dovednosti - např. zvládl pracovní režim, odpovědnost za práci, smysl pro kvalitní práci, komunikační dovednosti – jednání se zákazníky, s kolegy a nadřízenými,
- aby uživatel znal své možnosti, ověřil si, jak je připraven na další pracovní uplatnění a měl plán dalšího směřování (směřování ať už na volný trh práce, do další sociální služby či zaměření na jinou životní oblast),

- vytvoření příjemného kavárenského prostředí navštěvovaného veřejností.

Kavárna Dendrit Kafe slouží jako otevřený prostor pro společné setkávání, vzájemné pochopení, porozumění osob s dlouhodobým duševním onemocněním, širokou veřejností, atd. Tímto by měla předcházet sociální izolaci, exkluzi a stigmatizaci. Toto setkávání osob s dlouhodobým duševním onemocněním se „zdravou“ veřejností napomáhá k dlouhodobému úsilí odbourání institucionalizace a nálepkování osob se zkušeností s duševním onemocněním (Pěč, 2006).

Hlavními cílovými skupinami projektu tréninkové kavárny Dendrit Kafe jsou zejména lidé s dlouhodobým duševním onemocněním starší 18 let, kteří následkem své nemoci pozbyli řadu praktických a sociálních dovedností potřebných pro práci a chtějí se do práce opět zapojit.

Projekt tréninkové kavárny Dendrit Kafe má určité principy a hodnoty, které se snaží naplňovat, jsou to:

- služba je orientována na budoucnost uživatele a rozvoj jeho dovedností,
- aktivní podíl uživatelů na průběhu služby – velký prostor pro nápady a aktivity klientů, jak při poskytování služby, tak v chodu a provozu kavárny,
- aktivity a činnosti, které se v rámci služeb dějí, směřují k samostatnosti uživatelů.

V této kapitole jsem se věnovala konkrétnímu projektu tréninkové kavárny Dendrit Kafe občanského sdružení Eset-Help, jejímu vzniku, jaké má poslání, principy, hodnoty a jaké jsou hlavní cílové skupiny této sociální služby.

V praktické části diplomové práce se budu zabývat jednotlivými individuálními rehabilitačními plány, které se využívají při pracovní rehabilitaci v tréninkové kavárně a jaké jsou výhody či nevýhody zapojení rodiny do procesu plánování, a to od prvního kontaktu s klientem až po závěrečné hodnocení průběhu celé rehabilitace.

Praktická část

6 Individuální rehabilitační plán a zapojení rodiny do jeho vytváření

Individuální rehabilitační plány se vytváří společně s klientem během celé rehabilitace, a to hned od prvního kontaktu až po úplné ukončení rehabilitace.

V tréninkové kavárně Dendrit Kafe se s uživatelem služby během pracovní rehabilitace vytváří 3 typy individuálních rehabilitačních plánů a na závěr je sepsána tzv. předávací zpráva. Během všech schůzek nad rehabilitačními plány může být přítomna rodina klienta nebo jeho blízcí přátelé, samozřejmě se souhlasem klienta.

Schůzka nad vytvořením individuálního rehabilitačního plánu je pokaždé jiná. S každým klientem se k vytvoření plánu přistupuje tak, aby vše bylo srozumitelné, jasné a nevyvolávalo žádný stres. Mnoho klientů mělo hrůzu z vyplňování formulářů, že nebudou schopni utvořit větu, která by dávala smysl. Proto je vždy vhodné uzpůsobit schůzku potřebám a možnostem klienta. Nikde není napsáno, že je nutné během schůzky vyplňovat formulář, je možné si jen povídat a formulář pak vyplnit až zpětně. I já jsem se mnohokrát setkala s tím, že klienta unavuje a odpuzuje vědomí, že se půjde vyplňovat formulář. Na druhou stranu je pak také řada klientů, kteří mají rádi strukturu a předepsaný postup, tzn. že formulář pokaždé vyžadují.

Při každém vytvoření individuálního rehabilitačního plánu je klientovi nabídnuto, bude-li souhlasit, přizvat někoho blízkého z rodiny či z okruhu přátel. Tyto schůzky jsou velmi přínosné pro všechny zúčastněné strany.

Navzájem si předávají pocity a dojmy z rehabilitace, zlepšení či naopak zhoršení situace u klienta, postřehy, návrhy nebo také stížnosti.

Celá rehabilitace v kavárně Dendrit Kafé je rozdělena do dvou fází, první fáze začíná prvním dnem, kdy uživatel nastoupí na tréninkové místo. Této fázi se říká tréninkový měsíc a již z názvu vyplývá, že trvá po dobu jednoho měsíce. V této fázi se klient seznamuje s tréninkovým místem, s prostředím, s kolegy a i se sociálními pracovníky a je s ním sepsán úvodní rehabilitační plán.

6.1 Cíle a úkoly šetření

Během prvních pohovorů se zájemci o pracovní rehabilitaci jsem si všimla, že se často u nich objevuje pocit méněcennosti a zbytečnosti ve vztahu k rodině a blízkým přátelům.

Klienti za dlouhou dobu hospitalizace a následujícího léčení přijdou o svou práci, mohou mít pocit zbytečnosti a neužitečnosti. To samé může cítit i rodina či přátelé.

Mou výchozí hypotézou je, že spolupráce s rodinou je v sociální rehabilitaci důležitá a vede k lepším a trvalejším výsledkům než striktně individuální práce s klientem, proto jsem se snažila alespoň základním způsobem zmapovat překážky, které mohou bránit zapojení rodiny. Cílem dotazníkového šetření je zjistit, v jaké míře má okolí klienta zájem se zapojit do sociální rehabilitace a zároveň do jaké míry to chtějí sami klienti. Zároveň jsem chtěla zjistit cíle klientů, které si chtějí v rámci pracovní rehabilitace nebo do budoucna splnit.

6.2 Otázky a průběh šetření

První skupina respondentů

1)	Máte zájem zúčastnit se procesu individuálního plánování vašeho blízkého?
2)	Pokud ne, prosím zdůvodněte.

Druhá skupina respondentů

1)	Máte zájem, aby se procesu plánování zúčastnil někdo z vašich blízkých?
2)	Pokud ne, prosím odůvodněte.
3)	Jaký je Váš cíl, kterého chcete během pracovní rehabilitace dosáhnout?

Do šetření byly zapojeny dvě skupiny respondentů. První skupinu tvořila rodina nebo blízcí přátelé uživatelů pracovní rehabilitace v Tréninkové kavárně Dendrit Kafé, a to za období od ledna 2008 do prosince 2008. Další skupinou oslovených jsou samotní uživatelé služeb v oblasti pracovní rehabilitace za stejné období.

Celkový počet respondentů první skupiny je 26, v druhé skupině 15. Podrobnější popis respondentů je uveden v další kapitole.

Odpovědi jsem od respondentů získala prostřednictvím telefonického kontaktu (rodina či blízcí přátelé) a osobním rozhovorem (uživatele služby).

Rodinu a okolí klienta jsem kontaktovala telefonicky (za souhlasu klienta) a položila jsem jim dotaz ohledně spolupráce nad rehabilitačním plánováním, v případě souhlasu byla domluvena schůzka. Pokud rodina odpověděla záporně, ptala jsem se na důvody, proč nechce spolupracovat (samozřejmě jsem nabídla i možnost na otázku neodpovídat).

Uživatelů služby jsem se dotazovala osobně, zda chtějí, aby se rodina či blízcí přátelé zúčastnili procesu individuálního plánování v rámci pracovní rehabilitace, zbylá data jsem získala v rámci úvodního mapování (vzdělání, pracovní zkušenosti apod.).

Podrobnější popis respondentů je uveden v další kapitole.

6.3 Popis respondentů

Rodina a blízcí přátelé

Celkový počet respondentů je 26, z toho 8 mužů, 16 žen. Věk respondentů se pohybuje mezi 24 – 65 lety.

Uživatelé služby Tréninkové kavárny Dendrit Kafe

Celkový počet respondentů je 15, z toho 8 mužů, 7 žen. Věk respondentů se pohybuje mezi 18 a 45 lety.

Skoro polovina uživatelů má základní vzdělání (7), 6 uživatelů má středoškolské vzdělání a 2 uživatelé mají vysokoškolské vzdělání. Počet pracovních rehabilitací, kterými klienti prošli, se velmi lišil, 5 uživatelů mělo za sebou již 1-3 pracovní rehabilitace, 4 uživatelé využili již 4 a více pracovních rehabilitací a pro 6 uživatelů byla Tréninková kavárna prvním pokusem pracovní rehabilitace. Pro 4 klienty byla pracovní rehabilitace první trénink a nácvik pracovních dovedností, 5 klientů vyzkoušelo spíše jen krátkodobější brigády a 6 uživatelů mělo za sebou rok a více práce.

6.4 Úvodní individuální rehabilitační plán

Během prvního týdne tréninkového měsíce je ve spolupráci s uživatelem vytvořen úvodní individuální rehabilitační plán (příloha 1). V něm si uživatel pojmenuje cíl, kterého chce dosáhnout a stanoví jednotlivé kroky, které vedou k jeho naplnění. Společně s pracovníkem pojmenuje úkoly, které je potřeba udělat v určeném čase a jasně se domluví, jak se kdo bude podílet na naplnění daných cílů.

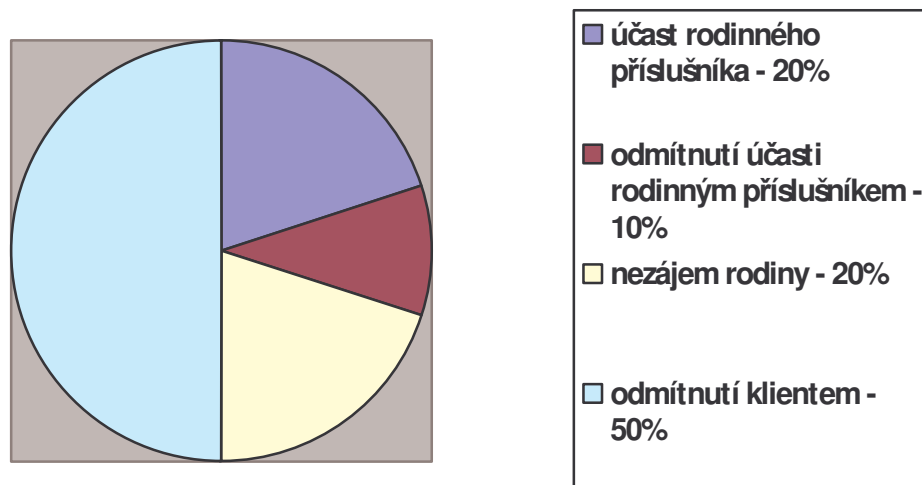
V úvodním individuálním rehabilitačním plánu se převážně mapuje situace klienta, např. zda už má za sebou nějakou pracovní rehabilitaci nebo je to jeho první setkání s tréninkovým místem. V neposlední řadě je součástí úvodního rehabilitačního plánu zamyšlení se nad možnými překážkami či obavami klienta, které by mohly během pracovní rehabilitace nastat.

Pokud je to uživatelem a pracovníkem vyhodnoceno jako účelné, jsou do procesu plánování a rehabilitace zapojeny i další služby či osoby (Přinejmenším se o nich jako o možných zdrojích pro uživatele při individuálním plánování mluví.).

Jestliže je potřeba se službami či osobami v okolí uživatele rozvinout větší spolupráci, stává se to součástí plánu uživatele. V plánu je domluveno, jak dojde k navázání spolupráce a v jakém rozsahu.

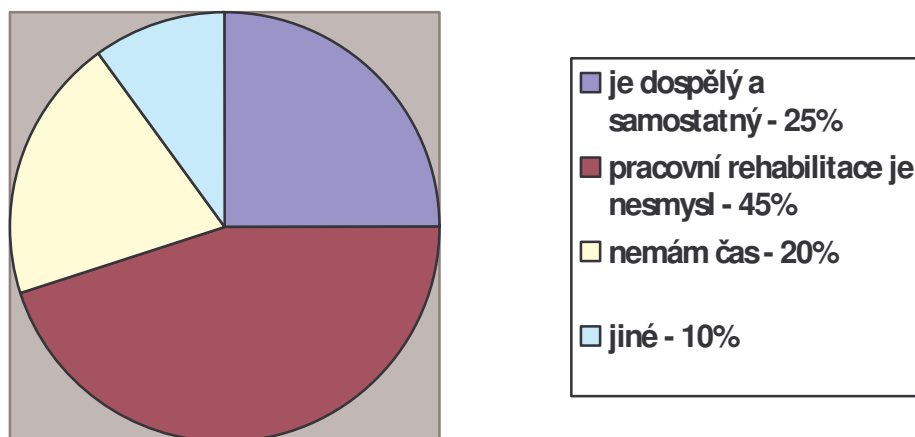
Důležitou součástí individuálního rehabilitačního plánu může být přítomnost rodiny či blízkého okolí klienta. Jejich pohled na celkovou situaci je důležitý, přínosný a často pro klienty překvapující. Ne však všichni z rodiny chtějí být součástí údravy svého člena nebo naopak klient tuto úzkou spolupráci může odmítat (viz graf 1).

Graf 1 Účast rodiny či blízkých přátel na vytváření úvodního individuálního rehabilitačního plánu.



Tento graf ukazuje, že ze začátku rehabilitace, nebývá pro klienty příjemné, kdyby se jejich rodina či přátelé dozvěděli, jak se jim daří zvládat pracovní dovednosti. Hlavními důvody, které klienti uváděli, byly, že si ještě tolik nevěří v rehabilitaci a že jim práce nejde tak, jak by si představovali.

Graf 2 Důvody nezájmu rodiny zúčastnit se úvodního individuálního rehabilitačního plánu.



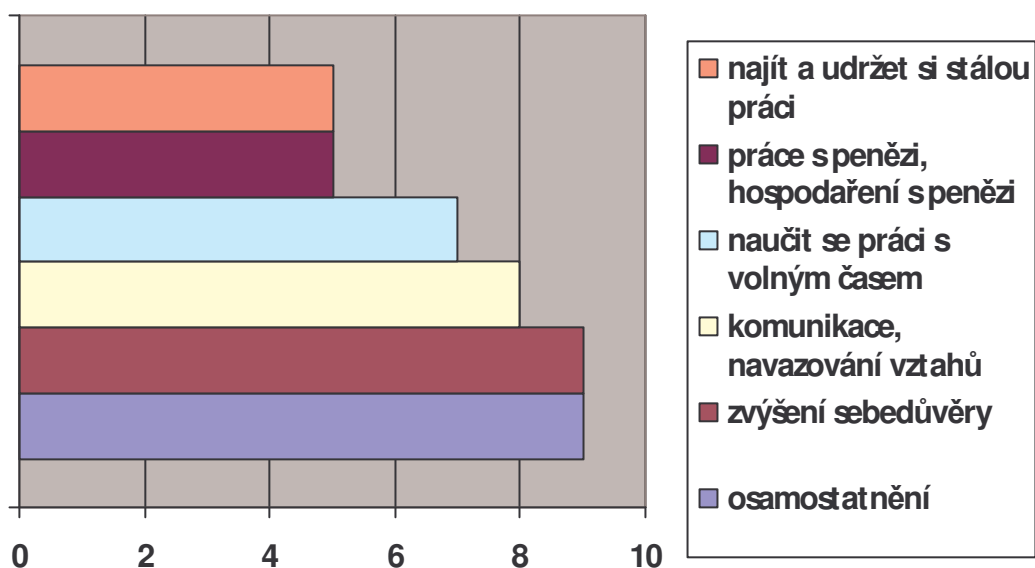
Graf ukazuje postoje rodiny, kdy skoro polovina z nich nepovažuje pracovní rehabilitaci jako jednu z možností léčení jejich člena. Tento negativní postoj může mít základ v nevědomosti a špatně informovanosti nebo může vycházet ze špatné zkušenosti z předešlé pracovní rehabilitace.

Důvod rodiny, že jejich člen je dospělý a samostatný spočívá v tom, že si nemyslí, že by měli do jeho života jakkoliv zasahovat. Ctí heslo, že se musí každý o sebe postarat sám.

Mezi důvody označované jako jiné patří např. že rodiče nebo přátelé nechtějí být viděni v blízkosti duševně nemocných nebo zařízeních, které jim poskytují sociální či zdravotní služby.

V této fázi plánování, tzn. počátek pracovní rehabilitace, jsou cíle klientů i rodin vesměs stejné a hodně naléhavé (viz graf 3.).

Graf 3 Cíle klientů a jejich rodin na začátku pracovní rehabilitace.



Většinou klienti nedokážou přesně popsat, co si pod těmito cíli představují a jak vlastně poznají, že stanoveného cíle dosáhli. V tomto směru může být přítomnost rodinných příslušníků prospěšná, mohou dopomoci klientovi, aby společně cíl ujasnili a upřesnili.

Výňatek z kazuistiky – pan Tadeáš

Panu Tadeášovi je 25 let, má dokončené základní vzdělání, střední školu – všeobecné gymnázium – po dohodě s rodiči ukončil po prvním roce studia, nestíhal ostatním, což ho zúzkostňovalo. Jeho diagnóza se trochu vymykala naší cílové skupině, jednalo se o Aspergerův syndrom s depresivními stavy. Pro mě to znamenalo se s touto diagnózou předem seznámit, abych věděla, co vše může obnášet a jak asi bude spolupráce vypadat.

Na první schůzku přišel pan Tadeáš i s matkou. Hned na úvod nám vylíčila celou Tadeášovu historii, jak už studijní, pracovní, tak i jeho volnočasovou.

Na otázku, proč se obrátili na naše služby a raději nevyužili jinou organizaci, která se tímto druhem onemocnění přímo zabývá, matka odpověděla, že ji už využili, ale že jim nevyhovovala spolupráce a ani sociální pracovníci, kteří tam pracují. Naše organizace jim byla doporučena ambulantním psychiatrem.

Pan Tadeáš po oboustranné dohodě nastoupil na místo úklidového pracovníka v kavárně Dendrit Kafé na dobu 4 měsíců. Při zaučování bylo vidět, že s typem této práce nemá moc zkušeností a že je potřeba mu vše pořádně a detailně vysvětlit, jak se co má dělat. Od začátku na něm byla vidět snaha se to naučit a pracovat dobře, což se mu asi po dvou týdnech podařilo a práci zvládal skoro bez jakéhokoliv zásahu sociálního pracovníka.

Po uplynutí prvních dvou týdnů rehabilitace jsme si domluvili schůzku nad individuálním rehabilitačním plánem. K této schůzce byla přizvána i matka pana Tadeáše. Na začátku jsme hodnotili průběh prvních čtrnácti dnů. Jaké změny na sobě pan Tadeáš vidí, co se posunulo k lepšímu a co naopak k horšímu. Do tohoto hodnocení hodně matka pana Tadeáše zasahovala a nenechávala moc prostoru svému synovi. Je pravda, že v důsledku onemocnění, které pan Tadeáš má, je pro něj hodně obtížné vyjadřovat své pocity a hodnotit na sobě zlepšení nebo zhoršení svého dosavadního stavu.

Já osobně jsem určité změny pozorovala, hlavně v komunikaci a ve větší samostatnosti při práci.

Matka pana Tadeáše vnímala změnu chování svého syna, ale spíše v negativním slova smyslu. Viděla na něm, že je hodně unavený a méně komunikativní. Také se hodně uzavíral do sebe a zbytek dne pak trávil ve svém pokoji čtením Bible a jiných náboženských knih. Měla tendence ukončit rehabilitaci, aby se její syn vrátil k „normálu“, jak to bylo předtím. Neviděla žádné zlepšení v jeho chování či fungování, ale spíše naopak. Pan Tadeáš byl unavenější a uzavřenější. Proto jsme po zbytek schůzky spíše probírali změny, jaké často nastávají u lidí, kteří nastoupí po dlouhé době do práce. Museli jsme hodně mluvit o důsledcích pravidelné činnosti a o zvykání těla na nový režim. Dá se říct, že zbytek schůzky byla spíše edukace matky, než vytváření individuálního plánu s panem Tadeášem.

Já osobně jsem ale v této schůzce viděla velký přínos. Měla jsem možnost nahlédnout do obav matky, která má o syna velký strach. Z jejího vyprávění bylo cítit, že na jednu stranu chce, aby se její syn osamostatnil a mohl žít svůj život podle sebe, ale na druhou stranu se o něj bojí. Byla by raději, kdyby byl pořád doma a nesetkával se s každodenními povinnostmi ani s nástrahami, které život přináší. Ale také si uvědomuje, že jednou

se o sebe bude muset pan Tadeáš postarat sám a činnosti s tím spojené si může teď zkusit v rámci pracovní rehabilitace v chráněném prostředí, kde může chybovat nebo nějakou situaci nezvládnout.

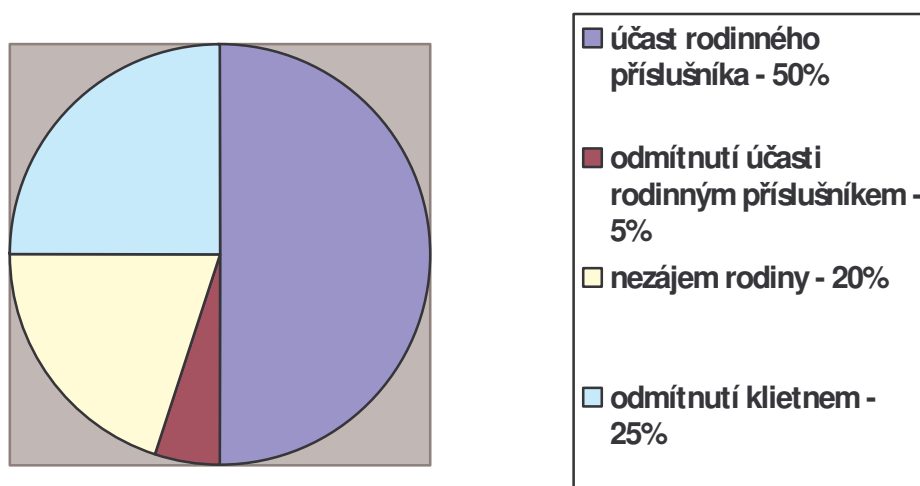
6.5 Měsíční individuální rehabilitační plán

Individuální rehabilitační plán je vyhodnocován a revidován každý měsíc rehabilitace, vytváří se tzv. měsíční individuální rehabilitační plán (viz příloha 2). Vyhodnocování se děje při osobní konzultaci s uživatelem. Při vyhodnocování plánů s uživatelem zjišťuje pracovník, co se dařilo a šlo lehce, zda se objevily nějaké překážky při plnění úkolů a jak s nimi uživatel naložil. Pokud se ukáže, že se vyskytly překážky, s nimiž si uživatel neví rady, začlení se do individuálního rehabilitačního plánu a je domluven způsob, jak je uživatel může překonat. Případně může pracovník s uživatelem zjišťovat, zda je zvolená cesta ke splnění úkolu jediná možná nebo zda existují i jiné cesty. Pokud ano, může si uživatel vybrat takovou, která mu nejvíce vyhovuje.

Úkolem pracovníka v tomto procesu je pomáhat uživateli se zorientovat v možnostech, doptávat se ho a zjišťovat zdroje uživatele osobní i v jeho okolí.

V rámci tohoto individuálního plánování je možné na schůzku přizvat rodinu či okolí klienta. Ne vždy se podaří, aby byl měsíční individuální rehabilitační plán vytvářen nejen s klientem, který je momentálně v pracovní rehabilitaci, ale i s jeho příbuznými či přáteli (viz graf 4.)

Graf 4 Účast rodiny či blízkých přátel na vytváření měsíčního individuálního rehabilitačního plánu.

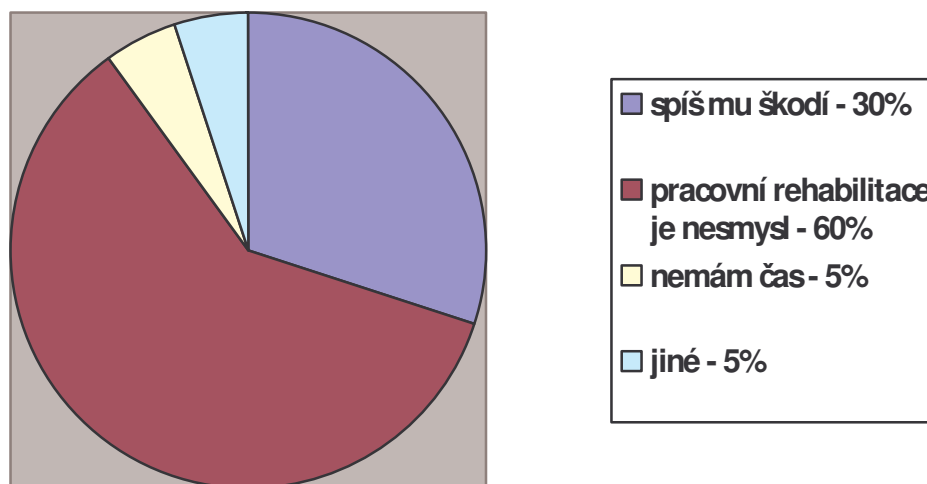


Na tomto grafu je vidět posun ve vnímání pracovní rehabilitace a jejího smyslu. Velká část rodinných příslušníků klientů změnila názor na tento druh sociální služby, když sami začali vnímat pozitivní změny v chování svých blízkých nebo když sami klienti posuzovali svoje působení v kavárně jako přínos a zlepšení svých obtíží.

Na druhou stranu u některých klientů pořád přetrvával strach z vlastní nedokonalosti a jejich nízké sebevědomí jim bránilo, aby kdokoliv věděl, jak pracovní rehabilitace probíhá. Ve většině případů bylo toto podhodnocování neopodstatněné. Všichni klienti v pracovní rehabilitaci se určitým způsobem zlepšovali, i když někteří jen nepatrným způsobem.

Malá část rodiny (5% z dotazovaných) se nechtěla zúčastnit individuálního plánování, důvody byly podobné, z větší části chtěli ponechat svého příbuzného samostatnosti a neplést se mu do jeho rozhodnutí. Někteří důvody, proč nechtějí spolupracovat, nechtěli uvést.

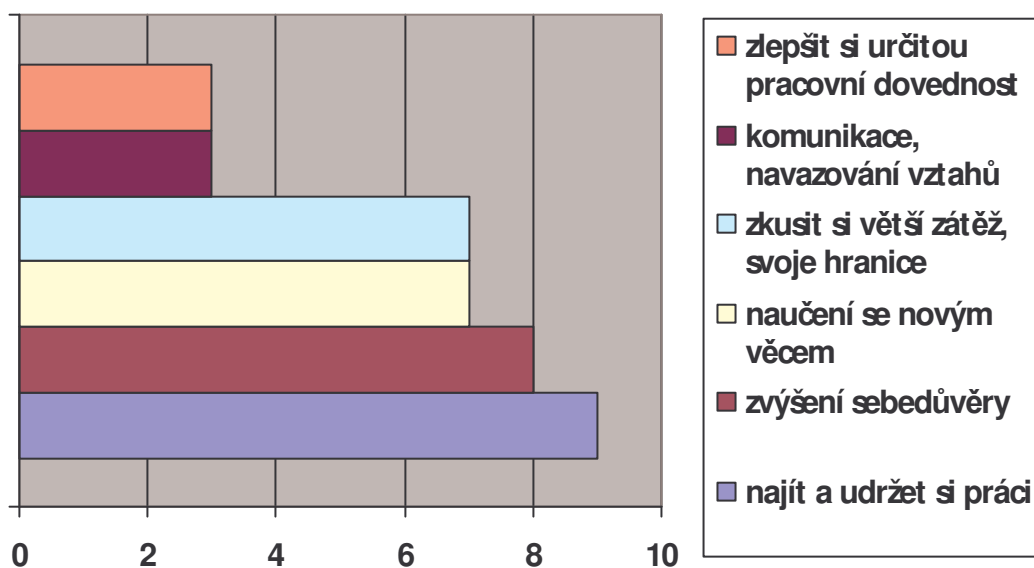
Graf 5 Důvody nezájmu rodiny zúčastnit se měsíčního individuálního rehabilitačního plánu.



Mnoho rodičů vidí pracovní rehabilitaci jako něco, co jejich milovaným a „nemocným“ dětem vůbec nepomohlo. Právě naopak, teď jsou více unavení, uzavřenější a více je trápí různé somatické bolesti (např. nohou a zad). Někdy se dokonce na nás, jako na pracovníky, zlobí, že vůbec nepomáháme, ale naopak škodíme. Mnohdy proto schůzky s blízkými klientů jsou o edukaci a o vyjasňování různých „vedlejších“ účinků, které mohou nastat, pokud někdo po dlouhé době začne denně někam docházet a pravidelně něco vykonávat.

Cíle (viz graf 6) v této fázi plánování se začínají pro klienty projasňovat a umí je lépe pojmenovat, co by konkrétně potřebovali zlepšit a co by chtěli do budoucna dělat. Do těchto cílů jim rodina ani přátelé nijak nezasahují, ve většině případů se snaží klienty ve svých cílech spíše podporovat a utvrzovat.

Graf 6 Zobrazuje cíle klientů po tréninkovém měsíci v kavárně Dendrit Kafe.



Po prvním měsíci rehabilitace se cíle klientů konkretizují a spíše se zaměřují na zvládnutí těch činností, které právě potřebují v probíhající rehabilitaci. Při otázce, čeho chtějí dosáhnout, jaký mají cíl, mluví spíše o cíli dlouhodobém (např. začít pracovat a vydržet v práci nebo být sebevědomí). Až postupně během hovoru tento dlouhodobý cíl rozkrýváme a nalézáme, co může dopomoci k naplnění tohoto cíle. Jaké kroky je důležité udělat pro splnění cíle.

Výňatek z kazuistiky – paní Jana

Paní Janě je 35 let, má dokončené základní vzdělání, střední učiliště nedokončila, navštěvovala zemědělskou školu. Během svého života nikde nepracovala, většinu času věnovala rodinné farmě a starosti o zvířata. Její diagnóza je bipolární porucha. Její výkyvy nálad jsou převážně pravidelné

a často předpokladatelné. Jsou spojené s menstruací, kdy pár dní před a pár dní po ní má většinou paní Jana deprese a fyzické bolesti.

Na druhou stranu je na paní Janě poznat i období mánie či relativní spokojenosti, v této fázi je usměvavá, nic jí nebolí, ale hlavním znakem je její výřečnost. Pokud jí je dobře, tak neustále mluví, odbíhá od tématu a je vidět její potřeba sdílení jejích radostí a starostí každodennosti.

Paní Jana přišla do kavárny v době, kdy už delší čas nic nedělala. V dřívější době prošla v o. s. Eset-Help už jinými programy zaměřený na pracovní rehabilitaci – přechodné a podporované zaměstnávání. V programu přechodného zaměstnávání měla úspěch a zvládla ho až dokonce, naopak v programu podporovaného zaměstnávání skončila po pár měsících z důvodu velké zátěže a zhoršení zdravotního stavu. Poté měla strach zkusit jakoukoliv rehabilitaci znovu.

Do tréninkové kavárny Dendrit Kafe se paní Jana dostala na doporučení psychiatra. Ten měl pocit, že je již dlouhou dobu doma a její úzkost ze selhání už není tak velká. Po úvodních schůzkách bylo s paní Janou domluveno, že nastoupí na místo úklidového pracovníka na dobu 6 měsíců.

Hned po prvních pár dnech, kdy paní Jana začala na tréninkovém místě pracovat, bylo vidět, že práce jako taková jí nedělá problém, horší to je s jejím zdravotním stavem a jak na něj sama nahlíží. Proto jsme v úvodním rehabilitačním plánu hodně probíraly, kdy se cítí dobře a naopak, jak jí to omezuje, když jí zrovna není dobře. Paní Jana dokázala své potíže podrobně a výstižně popsat, ale rozhodně nechtěla kvůli tomu jakékoliv zmírnění tempa či zmenšení náplně práce, když jí zrovna nebude dobře. Nakonec jsme se domluvily, že nebudeme předem stanovovat postup, co se bude dít, když jí zrovna nebude dobře, ale budeme se o tom bavit,

až ta situace nastane. Zároveň nám tento plán pomůže i do budoucna řešit, její náhlé zhoršení stavu a budeme vědět, čím si může pomoci sama a čím jí můžeme pomoci my.

Mě osobně zarážela jiná věc, a to vstávání a příprava paní Jany do práce. Přestože bydlela hodně daleko a dojíždění jí zabralo asi hodinu a půl, do práce chodila s velkým předstihem, a to třeba až s hodinovým. Po pár schůzkách jsem zjistila, že paní Jana má ráno spoustu naučených rituálů (např. mytí a foukání vlasů, nákup časopisů atd.), které ji nutí stávat dřív, aby je stihla. Zároveň se pořád bála, že přijede do práce pozdě, a proto jezdila autobusem minimálně o půl hodiny dřív, než musela. Společně jsme se snažily některé z těchto rituálů přesunout z rána na večer nebo na odpoledne, aby paní Jana nemusela vstávat tak brzo. Bohužel se nám to ani za měsíc domlouvání nepovedlo. Proto jsem se rozhodla, že na revizi rehabilitačního plánu, samozřejmě pouze pokud bude paní Jana souhlasit, pozvu někoho z rodiny. Zajímalo mě, jak ji vnímají doma a jak vůbec doma funguje.

Matka paní Jany byla velmi ochotná přijet a brala to za velmi pozitivní věc. Sama mi říkala, že se chystala se mnou spojit a domluvit společnou schůzku.

Z vyprávění paní Jany jsem pochopila, že matka je pro ni velkou oporou, že ji hodně poslouchá a nechá si od ní radit. S otcem měla vztah spíše chladnější, byl pro ni v první řadě jako zadavatel úkolů a kontrolor odvedené práce.

Celá schůzka probíhala ve velmi přátelském duchu, paní Jana i její matka byly velmi otevřené a uvolněné. Na začátku jsem oběma vysvětlila, o čem vlastně dnešní schůzka je a jak přibližně bude probíhat. Na začátku jsem s paní Janou probrala, jak se jí daří v práci nebo naopak co se jí nedaří,

v čem vidí překážky a poté jsme si povídaly o cílech, zda-li jsou stejné, jak si je naplánovala v úvodním rehabilitačním plánu, nebo se něco změnilo.

Matka paní Jany byla ze začátku spíše v roli pozorovatele. Vypadalo to, jako kdyby chtěla napřed vyslechnout názory všech stran (tzn. můj a svojí dcery), aby si mohla o dceřině rehabilitaci udělat nějakou přibližnou představu. Sama navrhla téma ranního vstávání a dojíždění do práce, připadalo jí nepochopitelné, že její dcera vstává o hodinu a půl dříve než odjíždí do práce. Mluvily jsme společně o tom, proč se to tak děje a zda by to nešlo upravit, tak, aby paní Jana přijela do kavárny včas. U paní Jany se neustále objevoval strach, že nějaký autobus přijede pozdě nebo že se po cestě stane autonehoda a ona se opozdí. Její strach nezmírnil ani fakt, že takováto situace po dobu její rehabilitace nenastala.

Společně jsme sepsaly všechny činnosti, které paní Jana ráno dělá, než odjíždí do kavárny (mytí a foukání vlasů, žehlení věcí do práce, nákup léků, časopisů a DVD) a domluvily jsme se, že některé činnosti bude paní Jana vykonávat večer nebo po cestě z kavárny domů. Samozřejmě ze začátku za pomoci matky, kdy svoji dceru bude hlídat a budou některé činnosti dělat spolu. Na konci setkání jsme se domluvily, že po 14 dnech se opět společně sejdem a zkusíme shrnout uplynulé dny, jak se dařily.

Tato schůzka se s matkou byla velmi přínosná a hodnocení bylo velmi pozitivní, za pomoci druhé osoby se nám podařilo, že paní Jana nemusela vstávat tak brzo a nebyla pak po práci unavená. Zdálo se, že i ustaly některé fyzické problémy, které byly spojené s brzkým ranním vstáváním.

Po zbytek rehabilitace se paní Janě převážně dařila naše vzájemná domluva s ranním vstáváním a dojížděním do práce. Velký vliv na to měla její matka, která nám všem s cílem pomohla.

6.6 Závěrečný individuální rehabilitační plán

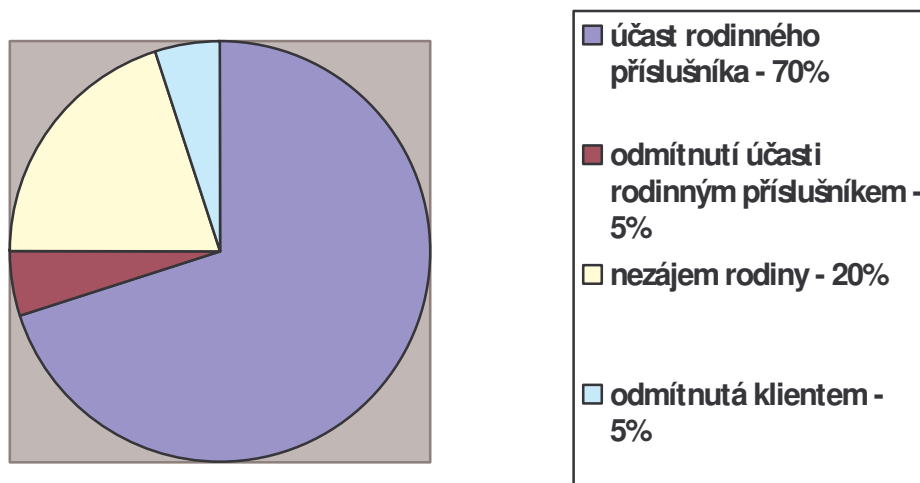
Při ukončení rehabilitace uživatele na pracovním místě je vytvořen závěrečný individuální rehabilitační plán (viz příloha 3). Tento plán shrnuje proces rehabilitace, kterým uživatel prošel, porovnávají se očekávání uživatele a realita služby, co se uživatel naučil a co se mu podařilo zvládnout, co chce ještě změnit či zlepšit a jak se posunul ve vztahu ke svému cíli a co plánuje v nejbližší době. Například, zda chce vyzkoušet ještě jiné tréninkové místo o. s. Eset-Help (např. v programu přechodného zaměstnávání), zda si chce hledat stálou práci za podpory služby Podporovaného zaměstnávání o. s. Eset-Help či samostatně, zda chce nastoupit do rehabilitačního programu jiné organizace či jiného typu programu nebo zda nastupuje do stálého zaměstnání.

Dále uživatel hodnotí svoji rehabilitaci v rámci týmového setkání, kde hodnotí jednotlivé oblasti příslušné k jeho tréninkovému místu (viz příloha 4).

Iniciativa k setkání nad závěrečným hodnocením celé rehabilitace vycházela velmi často od rodiny či okolí klienta. Většina z nich se přišla podívat na jednu ze směn svého člena rodiny, aby ho viděla, jak se chová v práci a jak mu to jde.

Pokud jsem rodinu kontaktovala já, velká část se ráda podílela na závěrečném zhodnocení celého průběhu rehabilitace (viz graf 7.)

Graf 7 Účast rodiny či blízkých přátel na vytváření závěrečného individuálního rehabilitačního plánu (závěrečné hodnocení).



Na konci pracovní rehabilitace jsem se setkala s daleko větším zájmem o schůzku od členů rodiny nebo blízkých přátel. Z velké části šlo o poděkování nebo o sdělení úlevy ze zmenšení napětí, které v jejich rodinách bylo a díky pracovní rehabilitaci se zmenšovalo nebo úplně vymizelo.

Odmítnutí společné schůzky bylo spojeno s nedostatkem času rodiny nebo neviděli nutnost se scházet, jejich blízký se určitým způsobem změnil, a to je pro něj největší úspěch.

Na konci pracovní rehabilitace klienti odmítali podstoupit společné schůzky hlavně z důvodů, že se momentálně nepohodli s ostatními a nechtěli s nimi sdílet žádné svoje úspěchy.

Výňatek z kazuistiky – pan Lukáš

S panem Lukášem jsem se poprvé setkala před více než rokem, když dokončil denní stacionář a se svou psychiatrickou se domluvili, že by mohl

zkusit začít pracovat. Doporučila mu naši organizaci s tím, že by mu ohledně práce či tréninku práce mohla pomoci. Jeho diagnóza je paranoidní schizofrenie, se kterou se již léčí 5 let.

Pana Lukáše jsem telefonicky kontaktovala, abychom si společně domluvili schůzku, která by vyhovovala oběma stranám. Pan Lukáš přišel včas a s velkou chutí pracovat. Na této schůzce jsme se výhradně bavili o jeho motivaci, proč chce začít pracovat, jakého cíle by chtěl dosáhnout. Bavili jsme se o jeho předešlých pracovních zkušenostech, nikdy ještě nepracoval, měl jen půlroční brigádu v galerii, kde dělal práci, která byla potřeba a to skoro nepřetržitě 24 hodin denně. Ke konci ho tato brigáda hodně vyčerpávala, a proto dělal spoustu chyb, tím pádem už s ním neprodloužili smlouvu. Po brigádě v galerii už nikde dlouhodobě nepracoval.

Na naší první schůzce jsem také panu Lukášovi představila program tréninkové kavárny, jak probíhá a co všechno je její součástí (tzn., jak probíhají směny, co vše má barman za náplň práce, vyplňování rehabilitačních plánů, dodržování pravidel apod.), se vším souhlasil a nemohl se dočkat, kdy konečně bude moci nastoupit.

Zdál se mi, že je hodně motivován a že opravdu chce na sobě pracovat a zlepšovat se a případně i po rehabilitaci nastoupit do stálé práce. Jeho psychický stav se také zdál stabilizovaný, při rozhovoru mě vnímal a odpovídal na ty otázky, které jsem mu kladla a zároveň i on sám se ptal na věci, které ho zajímaly. Na konci schůzky jsme se domluvili, že podstoupí zkušební směnu, což znamená, že přijde na směnu barmana, který už pracuje, aby viděl, co by bylo jeho náplní práce v praxi.

Zkušební směnu dle domluvy podstoupil, moc se mu to líbilo a stále chtěl nastoupit do rehabilitace. Ještě v ten den jsme spolu podepsali smlouvu

o poskytování služby a prošli podrobně pravidla rehabilitace, která podepsal, a domluvili jsme se, který den by mohl nastoupit na svoji první směnu.

Pořád na mě pan Lukáš působil velmi motivovaný, odhodlaný nastoupit a zvládnout celou rehabilitaci, a zároveň na sobě zapracovat.

Pan Lukáš nemá náhled na svoje onemocnění, právě naopak. Je přesvědčen, že je zdravý, že se se svou nemocí popral po svém. Uzdravil se díky tomu, že chtěl, a ne proto, že by mu pomohla psychoterapie nebo farmakoterapie.

Pomoc od okolí podle sebe moc nepotřebuje, snaží se být plně samostatný a starat se o sebe sám. Oporou mu jsou jeho rodiče, především maminka. Z našich rozhovorů jsem pochopila, že maminka ho do ničeho netlačí a spíše mu hodně povoluje a dovoluje. Ale to také bylo vidět na jeho vzhledu, že je poněkud zanedbaný a neupravený (měl svůj vlastní názor na osobní hygienu). Než pan Lukáš nastoupil do denního stacionáře, byl hodně fyzicky i sociálně zanedbaný. Nedodržoval denní režim i každodenní hygienické návyky, chtěl se přestěhovat a bydlet v jeskyni. V žádném případě nekomunikoval s jinými lidmi než s rodinou (i s tou jen minimálně), nedokázal vnímat potřeby jiných a vždy svoje upřednostňoval. Docházet do stacionáře ho donutila rodina (na doporučení ambulantní lékařky), jelikož si s ním už nevěděla rady a chtěla, aby se trochu zapojil do každodenního života. Po dokončení stacionáře byl pan Lukáš aspoň trochu fungovat ve společnosti, začal trochu pečovat o svůj zevnějšek a zároveň se začal zajímat o své okolí. Bylo důležité tento stav nadále posilovat a zároveň i přidávat nové dovednosti, činnosti a schopnosti.

V době, kdy nastoupil jako barman do kavárny, neměl invalidní důchod a ani neuvažoval, že by si o něj zažádal. Rodiče ho vedli jako zaměstnance ve své firmě a platili za něj zdravotní a sociální pojištění. Žádost o důchod

a jeho následné přiznání je vedlo k myšlence, že by to mohlo znamenat, že nebude mít snahu léčit se. Měli dojem, že přiznání invalidity jejich syna bude znamenat nevratnou cestu do duševní nemoci.

O tom, jak u něj nemoc propukla, nikdy nemluvil, dozvěděla jsem se to až zpětně od jeho maminky. Rodina pana Lukáše docházela na rodičovské skupiny, které pořádá občanské sdružení Eset-Help. Pan Lukáš onemocněl při odvodu na vojnu. Při prvním přezkoumání nebyl odveden kvůli nočnímu pomočování, následně byl pozván na přezkum a umístěn na psychiatrické oddělení, kdy u něj propukla schizofrenie. Rodina vůbec nechápala, jak je to možné a co to způsobilo. Chtěli na nemocnici podat žalobu, ale nakonec se dohodli, že je to zbytečné, že to stejně jejich synovi nepomůže. Od té doby se obrátil celý jejich život naruby. Hodně věcí podřizovali panu Lukášovi, protože si s ním ze začátku nevěděli rady. Maminka skončila v práci, aby byla aspoň ze začátku s panem Lukášem doma. Samozřejmě, že jí tato celodenní péče a starost o pana Lukáše vyčerpávala a stresovala. Od té doby, co začal pan Lukáš navštěvovat ambulantního psychiatra se situace vylepšila a maminka si hodně pochvaluje práci tohoto lékaře, který s panem Lukášem hodně intenzivně pracoval a nabízel mu i jeho rodině spoustu možností, co dělat. Pro všechny byl nejšťastnější volbou stacionář.

S panem Lukášem byla potřeba pracovat velmi intenzivně. Ze začátku byla veškerá naše spolupráce směřována na navázání vztahu a vyjasnění si hranic a pravidel, tak aby to oběma stranám vyhovovalo. Po navázání vztahu jsme se mohli bavit o cílech pana Lukáše, a jakých změn by chtěl dosáhnout.

Bylo nutné učit, trénovat a zkoušet i základní věci (umývání a utírání nádobí, pozdrav zákazníka a dotaz na výběr pití apod.). Přes tyto všechny

různé nedostatky byl pan Lukáš pln energie, chuti a nadšení se tomu všemu učit.

Na směny se snažil chodit vždy včas, řádně vyspaný a odpočatý, aby se svou náplní práce naučil co nejdříve a co nejkvalitněji. Ze začátku si pan Lukáš o pomoc nebo podporu nedokázal říct, chtěl všem i sám sobě dokázat, že to zvládne tzv. „levou zadní“. Často se také stávalo, že pan Lukáš udělal jednu chybu, kterou se snažil zamaskovat jinou chybou a tak dále. Nakonec to bylo vždy těžké rozplést a dostat se k jádru té počáteční chyby. Pan Lukáš bral to, že si musí zavolat terapeutku, jako svoje osobní selhání a dlouhou dobu se styděl si o pomoc říct. Bylo potřeba častých schůzek, aby pochopil, že říct si o pomoc je také dobré umět a že to není výraz slabosti nebo selhání, ale právě naopak, že každý potřebuje někdy pomoc a je dobré tuto dovednost mít a nebrat ji nijak negativně. Musela jsem mu říct i o svých chybách, které jsem dělala, když jsem se zaučovala v kavárně (rozbité skleničky, zmatky v objednávkách apod.). Po několika takovýchto schůzkách se situace obrátila a pan Lukáš si říkal o pomoc při jakékoliv činnosti, kterou měl udělat. Byly to i banality, které už dřív uměl, ale nebyl si jistý, jestli je náhodou nedělá špatně (jak oslovit zákazníka, do jakého hrníčku patří káva apod.).

Nastala tedy fáze dalšího domlouvání a ujasňování si hranic a míry samostatnosti, kterou by měl pan Lukáš mít a v určitých situacích by se měl rozhodovat sám (např. chce-li zákazník pustit CD s vlastní hudbou, tak ho slušně odmítnout, protože to není dovoleno a ne za každou cenu zákazníkům vyhovět a před terapeutky to pak různě schovávat, aby se na to nepřišlo), vždy je možné se na různých situacích domlouvat a hledat společné řešení, které by bylo přijatelné pro všechny strany.

Pokud si není s něčím jistý, tak je třeba se zeptat a nesnažit se situaci vyřešit jen ku prospěchu jedné strany. A bylo také nutné pana Lukáše naučit, že za všechna rozhodnutí je nutné brát i zodpovědnost s příslušnými důsledky.

Často se také stávalo, že když jsem panu Lukášovi něco vytkla, že se to takhle dělat nemůže, tak se naštvál a dělal chyby schválně. Byl to výraz pomsty a nesouhlasu s mým rozhodnutím. Dlouhou dobu jsme si ujasňovali, že je dobré být otevřený a když ho čímkoliv naštvu nebo se mnou nesouhlasí, tak je dobré o tom mluvit a tyhle situace si vyjasňovat.

Během jeho rehabilitace nastalo hodně vyhrocených situací, kdy pan Lukáš vědomě porušil pravidla rehabilitace, aby nejlépe posloužil zákazníkům, což vždy vedlo k rozhovoru a vyjasňování situace, která nikdy nebyla panu Lukášovi příjemná.

Stálo hodně sil na obou stranách, aby byly podmínky nastaveny pro všechny v únosné míře a hodně věcí bylo potřeba neustále dokola probírat, aby pan Lukáš pochopil, že nastavená pravidla mají smysl. Myslím, že se to podařilo, jak nejlépe to šlo, protože se pan Lukáš naučil poslouchat, tolerovat a respektovat názory a pravidla druhých a nesnažit se je za každou cenu porušovat, když s nimi nesouhlasil. Dokázal mluvit o věcech, se kterými nesouhlasil, dokázal přijímat kompromisy a dokázal respektovat naše pravidla pro práci barmana a dále je neporušovat nebo se snažit je jakkoliv změnit. Sám našel v pravidlech rehabilitace určitý smysl a potřebu je mít.

S rodinou jsem se poprvé setkala při závěrečném hodnocení pracovní rehabilitace. Na schůzku se dostavila matka a bratr pana Lukáše. Na začátku schůzky jsme mluvili o změnách, které na sobě pan Lukáš pozoroval, ať byly pozitivní nebo negativní. Zároveň jsem dala prostor i jeho blízkým, aby se k průběhu rehabilitace a k změnám mohli vyjádřit. Jejich zpětná vazba byla převážně pozitivní, mluvili o velmi zřetelných změnách. Samozřejmě ze začátku moc nevěřili, že panu Lukášovi by mohla nějak pracovní rehabilitace pomoci. Choval se pořád stejně, někdy i hůř. Zavíral se ve svém pokoji, nekomunikoval nebo naopak byl více hrubý k ostatním. Postupem času

se více zapojoval do debat celé rodiny a hlavně začal doma pomáhat s úklidem a údržbou domácnosti. Podle rodiny se konečně začal chovat jako její člen a jako normální dospívající jedinec.

Sám pan Lukáš si pochvaloval i změnu v chování jeho rodiny k němu samotnému, měl pocit, že se stal plnohodnotným členem rodiny, dostával více domácích úkolů a s tím spojenou zodpovědnost a zároveň ho rodina začala více poslouchat v jeho přáních nebo naopak v jeho potížích a problémech.

Může se zdát, že přístup k tomuto klientovi byl z mé strany direktivní. Pan Lukáš byl častým tématem na týmových supervizích, kdy jsem řešila, jak k němu přistupovat, aby naše spolupráce vedla k nějakému posunu. Ze začátku jeho rehabilitace jsem se snažila mít k němu nedirektivní přístup, ale nevedlo to k žádné změně. Využíval jakékoliv situace, aby porušil pravidla nebo aby si něco udělal po svém. Direktivním přístupem jsem se snažila nastavit jasné hranice, které nemůže porušovat. Jakmile pochopil, že mít jasná pravidla a hranice se vyplatí, došlo i ke změně mého přístupu k panu Lukášovi a samozřejmě i přístup pana Lukáše ke mně se změnil. Pan Lukáš mě začal vnímat jako někoho, kdo mu pomáhá a je tu kdykoliv k dispozici a já na něm začala vidět, že pochopil, jak to v životě funguje, aspoň tedy v jedné životní oblasti, v té pracovní.

Závěr

V této diplomové práci jsem se zabývala problematikou individuálního plánování a zapojení rodinných příslušníků či blízkých přátel do průběhu tohoto plánování v rámci pracovní rehabilitace dospělých osob s dlouhodobým duševním onemocněním.

V praktické části jsem se snažila ukázat, jaké výhody i nevýhody může mít spolupráce při rehabilitaci a při jejím plánování s rodinou a přáteli. Jak tato spolupráce může urychlit znovuzapojení nebo právě naopak, jak to může proces rehabilitace a začleňování zbrzdit.

V průběhu mé práce v občanském sdružení Eset-Help prošlo pracovní rehabilitací mnoho klientů, u většiny z nich se nám podařilo navázat kontakt s jejich okolím, kteří byli ochotni se na rehabilitaci podílet. Ale setkala jsem se i s negativními reakcemi a neochotou pomoci. Důvody byly různé – nic mu nepomůže, měl by radši brát víc léků a strávit život v ústavu apod. Takovéto reakce mohou plynout ze strachu z nemoci, změny či ztráty něčeho. Já jsem se převážně setkala se strachem ze změny, která byla vnímána spíše jako negativní a nežádoucí.

Smyslem této práce bylo zdůraznit to nejpodstatnější z teorie a praxe hlavně pro začínající pomáhající pracovníky v této oblasti socioterapeutické práce. Zaměřila jsem se nejprve na teoretická východiska, co znamená rehabilitace obecně a co může lidem s nějakým omezením přinést, jak může vypadat pracovní rehabilitace a jak se aplikuje do praxe. Důležitou součástí přímé práce s klienty je individuální plánování, co chtějí během rehabilitace získat nebo v čem se chtějí zlepšit. Pro moji práci byla důležitá spolupráce s rodinou a blízkými přáteli v rámci individuálního plánování, chtěla jsem poukázat na výhody a nevýhody, které může tato spolupráce přinášet. Shrнула jsem podoby práce v jedné specifické oblasti psychosociální rehabilitace,

kterou pracovní rehabilitace v tréninkové kavárně Dendrit Kafe občanského sdružení Eset-Help je.

Původně byl můj záměr zabývat se i úspěšností tohoto programu, nakonec jsem tuto musela problematiku vynechat, protože by mohla vydat na samostatnou práci. Zároveň zjišťování úspěchů, což může být například návrat do práce nebo nižší potřeba hospitalizace, je v této oblasti těžko měřitelné obvykle prokazatelné až v horizontu několika let. Kritérium úspěšnosti má každý člověk jiné a záleží na jeho cíli a motivaci něco udělat se svým životem.

Pracovní rehabilitace a individuální plánování by měla být součástí tzv. bio-psycho-sociálního přístupu k lidem s duševním onemocněním. Zároveň může napomáhat těmto lidem získat určitou spokojenost a kvalitu života.

Seznam bibliografických citací

COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. 190 s. ISBN 80-7178-497-4.

FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství, hledání historických kořenů duševní choroby*. přel. Věra Dvořáková. Praha: Lidové noviny, 1993. 187 s.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HONZÁK, R. *Strach, tréma a úzkost a jak je zvládnout*. Praha: Maxdorf, 1995. 70 s. ISBN-80-85800-05-5.

JANÍČEK, J. *Cyril Hóschl: Kde bydlí lidské duše (rozhovory)*. Praha: Portál, 2004. 173 s. ISBN 80-7178-954-2.

JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum, zdrav. nakladatelství, 1987. 221 s. ISBN 08-073-87.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Avicenum, zdrav. nakladatelství, 1987. 252 s. ISBN 08-080-87.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.

KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005, 79 s. ISBN 80-7254-663-7

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., aj. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2005. 127 s. ISBN 80-7178-992-5.

PALČOVÁ, A. *Slovník psychiatrických termínů*. 2.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2004. 102 s.

PĚČ, O. *Přechodné zaměstnávání v pracovní rehabilitaci závažně duševně nemocných*. Sociální práce, 2005, roč.3, č. 1, s. 56-63.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy (psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče)*. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, J., aj. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.

STUHLÍK, J. *Asertivní a komunitní léčba & case management*, Praha: Fokus - sdružení péče o duševní zdraví, 2001. 87 s.

STUPKOVÁ, V., OUPICKÁ, M., FRYŠOVÁ, I., *První dodatek souhrnné metodiky podporovaného zaměstnávání*. Praha: Česká unie pro podporované zaměstnávání, 2006. 134 s. ISBN 978-80-903939-0-5

VACEK, J. *O nemocech duše*. Praha: Mladá fronta, 1996. 416 s. ISBN 80-204-0535-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VAN DER LAAN, G. *Otázky legitimace sociální práce (pomoc není zboží)*. Boskovice: Albert, 1998. 262 s. ISBN 80-85834-41-3.

VINAŘ, O. *Léky pro duši*. Praha: Grada, 1995. 218 s. ISBN 80-7169-155-0.

VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

VONDRÁČEK, V. *Úvahy psychologicko-psychiatrické*, Praha: Avicenum, 1973. 248 s.

WILKEN, J.P., DEN HOLLANDER, D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Praha: Matra III, 1991. 132 s.

WOGURKOVÁ, D., aj. *Práce neschopní? Informační brožura k zaměstnávání lidí se zdravotním omezením*. Praha: Kolektiv autorů-zástupců organizací AKS, 2005. 24 s.

Nepublikované prameny

BERÁNKOVÁ, A. *Práce s rodinou psychiatrických pacientů* (studijní materiál pro distanční studium), Praha, PVŠPS, 2006.

FIALOVÁ, A. *Case management jako metoda a služba* (studijní materiál pro distanční studium), Praha, PVŠPS, 2006.

HUSÁKOVÁ, Š. *Sociální služby a úloha nestátních organizací v sociálním zabezpečení*. Diplomová práce. Praha:Univerzita Karlova,Právnická fakulta, Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení, 2006, vedoucí JUDr. Kristina Koldinská, PhD.

PALEČEK, J. *Komunitní péče*. (studijní materiál pro distanční studium), Praha, PVŠPS, 2006.

PĚČ, O. *Žádost o poskytnutí finančních prostředků z rozpočtu hlavního města Prahy sociálnímu neziskovému subjektu na sociální služby v roce 2006*. Praha, Eset-Help, 2006.

VAN WEEGHEL. Pracovní rehabilitace. In SOLOMON, aj. *Psychiatrická rehabilitace*. Praha: Matra III, 2004. 112 s.

VOCELOVÁ, K. *Systém přechodného zaměstnávání*. diplomová práce. Praha:Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 1999, vedoucí PhDr. Václava Probstová.

Elektronické prameny

PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Rehabilitace-Aktivace-Práce* /online/. Cit. 26.1.2009. Dostupné z <http://www.edost.cz/rap>.

PĚČ, O., aj. *Výroční zpráva 2006* /online/. Cit. 14.1.2009. Dostupné z: http://www.esethelp.cz/documents/vyrocní_zprava_2007.

Novák, P., Broukalová, L., Pěč, O. *Sít' služeb zaměstnávání pro dlouhodobě duševně nemocné* /online/. Cit. 28.5.2009. Dostupné z: www.mapasluzeb.cz

Přílohy

Příloha 1 Úvodní rehabilitační plán	80
Příloha 2 Měsíční rehabilitační plán	82
Příloha 3 Závěrečné hodnocení při ukončení rehabilitace	84

Příloha 1 Úvodní rehabilitační plán

**Úvod k rehabilitačnímu plánu - rehabilitace v
tréninkové kavárně**

Jméno klienta:

Adresa:

Telefon:

Ambulantní psychiatr:

Jméno klíčového pracovníka:

Typ práce : obsluha baru úklid kavárny výrobce toustů

Začátek rehabilitace v kavárně (datum nástupu) :

Ukončení rehabilitace v kavárně (datum předpokládaného ukončení):

Situace na počátku rhb:

Co očekávám od rehabilitace v kavárně? Jaký je můj hlavní cíl v rehabilitaci?

Co zvládám, co se mi daří?

S čím mám potíže, z čeho mám obavy?

Co bych chtěl, aby bylo jinak (změnit, zlepšit)?

Uvažuji o jiném typu práce po skončení rehabilitace v kavárně?

ANO

NE

(zatím neuvažuji o další práci)

Pokud ano, pokuste se vyjasnit jaká by byla Vaše představa o další práci?

Datum:

Podpis klienta :

Podpis terapeuta:

Příloha 2 Měsíční rehabilitační plán

Rehabilitační plán – průběžné hodnocení (revize cílů, dovedností, zdrojů podpory a obtíží sociální rehabilitace v kavárně)

Jméno a příjmení klienta :

Datum:

Jaký je můj cíl v rehabilitaci?

Pozoruji za uplynulé období v rehabilitaci nějaké změny? (zlepšení nebo zhoršení, beze změny)

- v oblasti pracovních dovedností v kavárně (příprava objednávek, práce s kasou, atp.
- v sociálním kontaktu
- v mém běžném životě (denní režim, koníčky, zájmy)
- v oblasti zdravotního stavu

Jaké jednotlivé kroky můžu a chci podniknout při naplňování hlavního cíle rehabilitace? (jednotlivé kroky a konkrétní úkoly pro příští měsíc)

Já –

Terapeut/ka -

Co ještě potřebuji k tomu, abych se při práci v kavárně cítil/a co nejlépe?

Datum příštího setkání:

Podpis klienta/klientky

Podpis terapeuta/terapeutky

Příloha 3 Závěrečné hodnocení při ukončení rehabilitace

Hodnocení při ukončení rehabilitace v kavárně

Jméno klienta :

Jméno klíčového pracovníka:

Ukončení rehabilitace ke dni:

Naplnila se Vaše očekávání, která jste měl/a před nástupem do rehabilitace? Dosáhl/a jste na začátku stanoveného cíle?

Pokud ano, napište, co vám k jeho naplnění nejvíce pomohlo, **pokud ne**, napište důvody, které vám v tom bránily.

Co se mi v rehabilitaci nejvíce líbilo?

Co se mi naopak v rehabilitaci nelíbilo?

Co mi v rehabilitaci dělalo největší obtíže?

Co bych ještě navrhoval/a z hlediska mé rehabilitace v kavárně změnit, zlepšit?

Jaké jsou mé další plány ohledně práce?

Myslím si, že náplň práce v kavárně jsem

- Zvládal/a velmi dobře
- Zvládal/a docela dobře
- Zvládal/a průměrně
- Zvládal/a podprůměrně
- Nezvládal/a

Pokuste se svými slovy napsat závěrečné zhodnocení Vaší rehabilitace:

Datum:

Podpis klienta:

Podpis terapeuta:

Posudek vedoucího diplomové práce

Diplomová práce:

SPOLUPRÁCE S RODINOU PŘI VYTVÁŘENÍ REHABILITAČNÍCH PLÁNŮ (V TRÉNINKOVÉ KAVÁRNĚ DENDRID KAFÉ)

Diplomant: Bc. Petra Divišová

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí diplomové práce: MUDr. Jan Stuchlík

Diplomová práce zpracovává problematiku spolupráce s rodinou v rámci psychosociální rehabilitace. Teoretická východiska diplomantka aplikuje na svou osobní zkušenost v práci v tréninkové kavárně pro duševně nemocné a doplňuje ji vlastním kvalitativním šetřením postojů uživatelů péče a rodinných příslušníků.

V teoretické části diplomantka zpřehledňuje základní pojmy. Postupuje od obecných témat - psychosociální rehabilitace - přes pracovní rehabilitaci ke case managementu a práci s rodinou. V teoretické části se opírá o dostatečnou bibliografii zahrnující 24 knižních titulů, 1 článek, 2 metodické materiály a 8 nepublikovaných zdrojů (studijní texty a projektové žádosti) a 3 internetové informační zdroje. Za pozitivum lze považovat, že diplomantka použila i zcela současné práce. Slabinou práce s literárními zdroji je fakt, že v kapitole týkající se práce s rodinnými příslušníky duševně nemocných (tedy problematika, kterou diplomantka předkládá jako hlavní téma své práce) se omezuje na jediný literární zdroj. Zařazení většího množství specializovaných odborných článků a prezentace více pohledů na danou problematiku a jejich vzájemné porovnávání by teoretické části práce jistě prospělo.

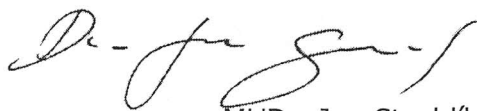
V praktické části diplomantka vychází ze svých pracovních zkušeností v rehabilitační kavárně. Přehledně popisuje systém rehabilitační práce na tomto pracovišti. Významné momenty ve spolupráci s rodinnými příslušníky klientů kavárny dokumentuje kasuistikami, které působí velmi živě a autenticky a velmi dobře dokládají potřebnost a efektivitu přístupů založených na spolupráci s klientem v jeho širší sociální síti. Naproti tomu pokus kvantifikovat výsledky opakovaného dotazníkového šetření a prezentovat je formou koláčových grafů působí (vzhledem k velikosti základního souboru) poněkud křečovitě. Diplomantka výsledky šetření interpretuje jako obecné postoje rodinných příslušníků, což je jistě velmi snadno zpochybnitelné.

Po formální stránce lze práci vytknout poměrně velké množství ponechaných překlepů. Jazyková úroveň textu je vyhovující a s literárními zdroji pracuje diplomantka korektně. Hlavní teze diplomové práce, že spolupráce s rodinnými příslušníky je důležitá a přispívá k efektivnější rehabilitaci, působí na první pohled

triviálně. Je však třeba si uvědomit, jak často bývá v praxi tato problematika sociálními i zdravotními službami z nejrůznějších důvodů opomíjena. Práci lze označit za solidní pokus přesvědčit sebe i ostatní, že vnímat klienta (pacienta, uživatele) jako součást jeho vlastní sociální sítě a také s ním tak pracovat je potřebné a z hlediska výsledku účelné, i když mnohem komplikovanější než individuálně zaměřený přístup.

Výběr tématu a beze všech pochybností původnost zpracování jsou jistě silnými stránkami práce.

Diplomovou práci hodnotím jako **velmi dobrou**.



MUDr. Jan Stuchlík
15.9.2009

Posudek oponenta diplomové práce

Název práce: **Spolupráce s rodinou při vytváření rehabilitačních plánů (v treninkové kavárně Dendrit Kafé)**

Autorka práce: **Bc. Petra Divišová**

Vedoucí diplomové práce: **MuDr. Jan Stuchlík**

Oponent diplomové práce: **Mgr. Pavel Říčan**

Aktuálnost zvoleného tématu

Téma práce je rozhodně aktuální. I když systémové transformační změny v naší psychiatrii neprobíhají, rozvoji konkrétních rehabilitačních nástrojů a metod nic nebrání. Práce je zaměřena prakticky a může bezprostředně najít uplatnění při šíření dobré praxe v komunitních službách pro duševně nemocné.

Struktura práce, vnitřní provázanost

Práce je vnitřně členěna do dvou navazujících celků.

V teoretické části autorka na základě dostupných zdrojů postupně vymezuje sociální a pracovní rehabilitaci, pojem case managementu, téma duševní nemoci v rodině a praktické zásady pro tvorbu rehabilitačních plánů. To jí slouží pro vymezení pole, ve kterém se profesně pohybuje i jako zarámování empirické části práce. V empirické části autorka předkládá výstupy z krátkých strukturovaných rozhovorů s uživateli služby Dendrit Kafé a členy jejich sociálního okolí, zvláště rodiči. Tyto výstupy jsou dále doplněny výňatky z kazuistik, na kterých je dokumentován přínos zapojení sociálního okolí uživatelů do rehabilitačního plánování.

Teoretická část je zpracována standartně. Výklad se především odkazuje na uznávané autority oboru (Pfeiffer, Pěč, Stuchlík, Wilken, Weeghel), kde je to vhodné jsou předloženy citace z platné legislativy a veřejně dostupných zdrojů. Autorka v zásadě témata především prezentuje. Jejím cílem není porovnávat ani analyzovat jednotlivé zdroje a přinášet nové pohledy.

Téma je teoretickou částí dostatečně zarámováno a autorka prokazuje, že mu rozumí.

Empirická část se soustředí na problematiku zapojování rodinných příslušníků/sociálního okolí do rehabilitační práce s klienty, kteří absolvují krátkodobou pracovní rehabilitaci v Dendrit Kafé.

Cíl šetření je formulován takto:

Mou výchozí hypotézou je, že spolupráce s rodinou je v sociální rehabilitaci důležitá a vede k lepším a trvalejším výsledkům než striktně individuální práce s klientem, proto jsem se snažila alespoň základním způsobem zmapovat překážky, které mohou bránit zapojení rodiny. Cílem dotazníkového šetření je zjistit, v jaké míře má okolí klienta zájem se zapojit do sociální rehabilitace a zároveň do jaké míry to chtějí sami klienti. Zároveň jsem chtěla zjistit cíle klientů, které si chtějí v rámci pracovní rehabilitace nebo do budoucna splnit. (str. 50)

Autorka se tedy soustředí na překážky spolupráce u klienta a u jeho sociálního okolí. Je zajímavé, že si v této souvislosti neklade otázku, jak může ovlivnit zapojení sociálního okolí sám rehabilitační pracovník svým přístupem a konkrétními kroky. Dalo by se říci, že zkoumá dva vrcholy trojúhelníku, kterým je rehabilitační práce zapojující sociální okolí klienta.

Prezentovaná data jsou ohromně zajímavá. Autorka dokládá, jak se jí (nebo pracovníkům služby) postupně u stále většího procenta klientů dařilo zapojit do rehabilitačního procesu i sociální okolí. Tuto skutečnost vysvětluje na straně rodiny získáním pozitivní zkušenosti s rehabilitací jejich blízkých a na straně klienta jeho rostoucím sebevědomím. S postupem rehabilitace se také mění rehabilitační cíle.

Kvantitativní data jsou doplněna třemi kazuistikami. Kazuistiky představují velmi cennou část celé práce – jsou psány poměrně podrobně a plasticky dokumentují okolnosti při zapojování rodičů do rehabilitačního procesu jejich dospělých dětí. Je škoda, že autorka příliš nekomentuje účel, který v její práci mají. Nicméně se jí daří poukázat na možná úskalí při spolupráci s rodinou klienta, účast rodiny může být pro pracovníka náročná. Cenné jsou i jakoby okrajové postřehy – například fenomén dočasného zhoršení kondice klienta po vstupu do pracovní rehabilitace.

Velmi zajímavá data jsou dále interpretována poměrně střídavě, podobně jako v teoretické části autorka především předkládá svá zjištění.

Práce s literaturou, prezentace výsledků

Práce s literaturou je solidní. V teoretické části se autorka opírá o publikace renomovaných autorů z posledních několika let, pracuje s veřejnými zdroji. Lze říci, že se jí podařilo shromáždit relevantní dostupné informace a zachovat srozumitelný výklad.

V závěru práce je uvedena i literatura, na kterou text přímo neodkazuje – není tedy jasné, proč tomu tak je.

Celkově příznivý dojem z textu je narušen některými stylistickými nepřesnostmi (například *získání vytyčených cílů* – str. 12, *rehabilitace může poskytovat různé*

druhy intervencí – str. 12, pracovní rehabilitace by měla být zajišťována úřady práce, ale v praxi však všechny úřady s touto službou nepracují – str. 18).

Hlavní zjištění mohla být přehledněji prezentována v závěrečné kapitole.

Závěr

Práce přináší dobrý vhled do problematiky zapojování rodiny do rehabilitační práce s klienty v pracovní rehabilitaci. Empirická část je inspirativní a může dobře posloužit při zaškolování nových pracovníků či při šíření dobré praxe, kterou zapojování rodinných příslušníků do rehabilitace je. Jak píše autorka na str. 73: *Smyslem této práce bylo zdůraznit to nejpodstatnější z teorie a praxe hlavně pro začínající pomáhající pracovníky v této oblasti socioterapeutické práce.*

Otázky pro diplomantku:

Mohla byste shrnout praktické zásady pro práci s rodinnými příslušníky při jejich zapojování do rehabilitačního procesu? Co považujete za nejdůležitější? Jaké chyby může pracovník udělat?

Z Vaší práce vyplývá, že v této formě pracovní rehabilitace se jedná o časově omezený pracovní pokus – pokud tomu dobře rozumím okolo 6 měsíců. Ovlivňuje podle Vás tato skutečnost – tedy poměrně krátká doba – možnosti spolupráce s rodinou? Není škoda, že navázaný pracovní vztah s rodinou v podstatě končí (tak brzy)? Mohli by klienti služby profitovat z delšího trvání tohoto typu podpory?

Práci doporučuji k obhajobě.



16. září 2009, Pelhřimov, Mgr. Pavel Říčan