

# Pražská vysoká škola psychosociálních studií



*Písemná práce k diplomové zkoušce*

## **PROGRAM PŘÍPRAVY NA CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ BOHNICE**

–  
příručka socio-terapeuta

## **PROGRAMME PREPARING IN ASYLUM IN BOHNICE FOR SHELTERED ACCOMMODATION**

–  
**socio-therapist handbook**

Bc. HANA LANGOVÁ

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

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

Forma studia: kombinované NMGr. studium

Vedoucí práce: **MUDr. Vanda Valentová**

**Praha 2008**

*„Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k magisterské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.“*

*v Praze dne 19.8.2008 Bc. Hana Langová*

.....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych poděkovat MUDr. Vandě Valentové za trpělivé a flexibilní vedení této práce, svým blízkým a kolegům za pochopení a podporu. Můj dík patří i lidem, které každý den potkávám a kteří mě učí vnímat barevnost lidské duše.

Název diplomové práce:

**PROGRAM PŘÍPRAVY NA CHRÁNĚNÉ BYDELNÍ V PSYCHIATRICKÉ  
LÉČEBNĚ BOHNICE – příručka socioterapeuta**

**PROGRAMME PREPARING IN ASYLUM IN BOHNICE FOR SHELTERED  
ACCOMMODATION – socio-therapist handbook**

Bc. Hana Langová

Vedoucí práce (Supervisor): MUDr. Vanda Valentová

Cílem mé práce bylo především popsat přípravu dlouhodobě duševně nemocných v Psychiatrické léčebně v Bohnicích na přechod do služeb přímo podporujících samostatné bydlení a uvést Program přípravy na chráněné bydlení v teoretických souvislostech.

Na začátku práce se věnuji vymezení duševního onemocnění se zaměřením na duševní onemocnění z psychotického okruhu. Navazuje kapitola představující sociální problémy s duševním onemocněním související. Před představením samotné přípravy na chráněné bydlení, jsou uvedeny možnosti služby chráněné bydlení v historických souvislostech. Následuje popis vývoje přípravy na chráněné bydlení v PLB, jeho současná podoba a návrh doporučené metody další práce. Schopnosti a možnosti samostatného bydlení ovlivňují mimo nemoci i sociální problémy a sociální nouze. V dotazníkovém šetření, které jsem realizovala v Psychiatrické léčebně v Bohnicích a v organizaci Bona jsem se zaměřila na motivaci klientů a na cíle, které si vytyčují. Výsledky šetření naznačují, že sociální nouze je v těchto organizacích významným motivačním faktorem pro službu chráněné bydlení.

The aim of this dissertation was especially in creating description of how is arranged the preparation of mental ill people in Asylum in Bohnice for the social services, which give straight support in independent living. The second aim was introduce the Programme preparing for sheltered accommodation in connection with theoretical backround.

In the beginning of the dissertation i turn to the definition of mental illnes, particurarly of the psychosis. After comes the introduction to the social problemms connected with mental illenesses. Before description of the preparation for sheltered accommodation, i make an aproach to the options of this kind of servise in historical relationship. After comes the description of the trend of the preparation for sheltered accommodation in Asylum in Bohnice, its actual form and suggestion for recommended method of this work. Capabilities and possibilities for independent living are affected not only by the illnes itself, but by the social problemms and social distress. In investigation by questionnaires, realized in Asylum in Bohnice and in organization Bona, I aim the motivation of the clients and the goals, which they follow. The findings foreschadow, that important motivating factor for the sheltered accommodation in this organizations is the social distress.

## Úvod

Má motivace k výběru tématu této práce vychází z mé osobní a profesionální angažovanosti v přípravě lidí hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně Bohnice na přechod do některé ze služeb chráněného bydlení. Mou motivací je vlastně potřeba shrnout výsledky mého dvouletého působení v léčebně a taktéž působení mých předchůdců. Potřeba hlouběji porozumět kontextu psycho-sociální rehabilitace lidí s dlouhodobým duševním onemocněním a vytvořit ucelenou metodiku práce s lidmi připravujícími se na tento typ služby a taktéž práce s kolegy, jak v rámci organizace, tak mimo ni. Když jsem v srpnu 2006 nastoupila na pozici socioterapeuta do Programu přípravy na chráněné bydlení, byly pro mě pojmy jako chráněné bydlení a resocializace prázdné bubliny, naplněny snad troškou teoretického povědomí. Ani jsem si neuvědomovala šíři celé problematiky a začínala se pomalu učit. Cílem této práce je přednést nejdůležitější teoretická východiska, nutná k porozumění kontextu práce s lidmi trpícími duševním onemocněním, navrhnout praktické postupy v této konkrétní práci a možné změny stávajícího modelu. Výsledky mé práce by měly mít praktický význam pro mou každodenní práci a případně pro mé budoucí kolegy či následovníky – proto jsem jako podtitul zvolila název - příručka socioterapeuta.

V první kapitole bych chtěla vymezit základní pojmy a teoretický rámec práce. Jde především o popis základních parametrů samotného Programu přípravy na chráněné bydlení. Následně představím pojem „chráněné bydlení“, který je zatím v praxi používán i přes jeho vymezení zákonem nejednotně, díky

čemuž dochází nezdědka i mezi profesionály k nedorozumění. Dále nastíním problematiku vybraných duševních onemocnění a možností léčby. Představím základní okruhy problémů, se kterými se lidé léčící se s psychiatrickými obtížemi potýkají v běžném životě.

Než přejdu k samotné činnosti programu, zasadím ještě v další kapitole službu chráněného bydlení do kontextu historického vývoje psychiatrické péče směrem k péči tzv. komunitní a uvedu přehled základních služeb extramurální péče.

V další kapitole se budu věnovat vzniku, vývoji a současnému stavu přípravy pacientů PL na služby následné péče, k čemuž bude potřeba stručně nastínit organizaci a strukturu poskytovaných služeb v léčebně. Představím metodu práce programu přípravy na chráněné bydlení. Součástí mé práce je i menší dotazníkové šetření zaměřené na motivaci zájemců i uživatelů ke službě. Vycházím z hypotézy, že pro práci s lidmi je důležité vědět, s čím do spolupráce vstupují, jestli převládá nějaký významný postoj, nebo jestli se jejich motivy liší. Již během mé práce se zájemci o chráněné bydlení o tomto hovořím. Pro šetření jsem zvolila formu dotazníku pro maximalizování svobody ve vyjádření názoru, kterou poskytne anonymita dotazovaného.

## 1 ZÁKLADNÍ POJMY

### 1.1 *Program přípravy na chráněné bydlení*

Program přípravy na chráněné bydlení, který byl vytvořen v Psychiatrické léčebně v Bohnicích v rámci bývalého primariátu rehabilitace a resocializace (dnes Centrum resocializace a terapie), slouží především pro přípravu pacientů, kteří mají zájem o nějakou formu podpory v samostatném bydlení, na přechod do návazné služby. Vzhledem k vývoji organizace léčebny a návazné péče se dnes program zaměřuje převážně na cílovou skupinu lidí s dlouhodobým duševním onemocněním z okruhu psychóz, méně často pak lidem s poruchou osobnosti a ojediněle lidem s duální diagnózou či mentálním postižením. V názvu Programu přípravy na chráněné bydlení jsem zůstala u původního pojmenování, který je v této formulaci již v PL zaběhnutý a personál i pacienti mu rozumí. V programu se ale pacienti nepřipravují pouze na chráněné bydlení, ale i na ostatní služby v oblasti podpory samostatného bydlení.

Program je sestaven převážně ze skupinových aktivit nácvikového charakteru. Část probíhá ve cvičné kuchyňce a část v tématických skupinách, které mají funkci edukativní, nácvikovou a podpůrnou. Individuální práce s klientem je z časových a personálních důvodů omezena pouze na vstupní a motivační pohovory, mapování potřeb a na řešení výjimečných a naléhavých situací. Program plní i funkci informační a poradenskou jak pro zaměstnance tak pacienty léčebny.

## 1.2 Sociální služby v oblasti podpory samostatného bydlení v České republice

Po roce 1989 (Pěč, 2008) začaly vznikat neziskové organizace, které dle možností začaly budovat služby v oblasti podpory samostatného bydlení pro znevýhodněné občany. Jako sociální službu je vymezil zákon č. 108/2006 o sociálních službách, v němž jsou definovány tři základní typy služeb v oblasti podpory samostatného bydlení: a) chráněné bydlení, b) podpora samostatného bydlení, c) dům na půl cesty.

### 1.2.1 Chráněné bydlení

*„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. „  
Zákon č. 108/2006 Sb. Část 3, § 51*

### 1.2.2 Podpora samostatného bydlení

*„Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. „  
Zákon č. 108/2006 Sb. Část 3, § 43*



### 1.2.3 Domy na půl cesty

*“ Domy na půl cesty poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Způsob poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“*

*Zákon č. 108/2006 Sb. Část 3, § 58*

Další služby, které se zabývají mimo jiné i podporou v oblasti bydlení jsou např. odborné sociální poradenství, osobní asistence apod. Před tím, než zákon o sociálních službách vstoupil v účinnost, existovala výrazná nejednotnost v názvosloví služeb v oblasti podpory samostatného bydlení. V podstatě každá organizace nazývá i služby se stejnou náplní různým způsobem a služby s různou náplní – různou mírou podpory stejným způsobem. S vydáním zákona některé organizace názvy služeb upravily, jiné zůstaly při starých názvech. V kapitole o chráněném bydlení se budu zabývat jednotlivými typy služeb a názvy konkrétních organizací. Pro účely této práce budu užívat pojem chráněné bydlení v nadřazeném smyslu pro pobytové služby s jakoukoliv mírou podpory. Služby v oblasti podpory samostatného bydlení jsou v České republice poskytovány několika cílovým skupinám a) dlouhodobě duševně nemocní (okruh psychóz, poruchy osobnosti, mentální postižení), b) sociálně znevýhodněná mládež, c) matky s dětmi, d) oběti domácího násilí, e) lidé odcházející z léčby závislosti.

## 2 KDYŽ ONEMOCNÍ DUŠE

*„To podzimní, kdy člověk přestává jíst, někde tam je ten stav destrukce a katarze a už pak nezáleží, která kapka přeplní číši a který důvod, jindy nepodstatný, se stane tím stěžejním a všechno se stane jedním velikým šíleným problémem.“ ...*

*Jaroslav Kocvera (1996, s. 88)*

*„Možnost být sám sebou se ovšem v životě naplňuje nepřeborným množstvím konkrétních životních možností rozumět, vztahovat se, jednat, prožívat atd.*

*Nemoc znamená ztrátu tohoto „moci být sám sebou“.“*

*Oldřich Čálek (2004, s. 491)*

Když onemocní duše v psychiatrickém slova smyslu, mění se vnímání a prožívání světa, které zaplavuje svou krutostí ale někdy i krásou, nevyzpytatelností. Změny či odchylky se vyjevují na úrovni duše, a tak jako ona sama je těžko uchopitelná i její problémy a nemoci jsou lidem těžko přístupné a pochopitelné snad jen s obdobnou zkušeností. Psychiatrie a psychologie nemoci duše popisuje svým jazykem symptomů, což je účelné a potřebné v praxi psychiatra, psychologa, psychoterapeuta a dalších. Mnohé směry a metody práce s duševně nemocnými se snaží tento pohled překonat (např. existencionální přístupy v terapii, nebo case management zaměřený na silné stránky klienta). I mě přijde neuctivé psát na tomto místě o lidském boji a utrpení a redukovat je na pouhé symptomy, i když samotné příznaky někdy vyrazí dech. Protože jedinečnou zkušenost nemocného dokáže plně pochopit jen on sám, používám v této kapitole větší množství citací z uměleckých projevů autorů potýkajících se s duševním onemocněním, protože v této formě se nám daná symptomatologie zjevuje jiným způsobem a je nám blíže pochopitelná. Na celém světě se lidé - ať už sami nebo zprostředkovaně přes své blízké a známé -

setkávají s různými duševními onemocněními. Na celém světě mají tyto nemoci podobné příznaky, které jsou však ve svých specifických projevech kulturně podmíněné<sup>1</sup>. Pro nemoc duše se v odborné terminologii používá pojem duševní porucha a vyznačuje se ztrátou duševní funkce nebo její kvalitativní nebo kvantitativní změnou (Hartl, 2000, s. 347). Člověk trpící duševní nemocí, jak název napovídá, nemá moc v oblasti duševní. Čálek (2004, s. 130) tento stav objasňuje jako nemožnost svobodné volby, přičemž žádný člověk není zcela svoboden, proto míra omezení je i měřítkem duševní nemoci. Co je ještě duševní zdraví a co už je nemoc, je také kulturně podmíněné a vyvíjí se v souvislosti se stavem společenského poznání a uznávaných hodnot (Vágnerová, 2005, s. 22). Proto, abychom mohli duševní nemoci léčit, je důležité se zabývat jejich etiologií. Ne u všech duševních poruch je přesná příčina známa. Uvádí se spolupůsobení genetických dispozic, vlivu vnějšího prostředí a výchovy, jinými slovy se na vzniku duševního onemocnění podílejí faktory biologické, psychické a sociální. U každého člověka se tyto faktory ovlivňují zcela jedinečným způsobem (Vágnerová, 2005 s. 24 – 40; Svoboda, 2006, s. 35). Duševní poruchy se dělí obecně na poruchy vnímání, pozornosti, paměti, myšlení, řeči, inteligence, pudů, emotivity, vůle, jednání, vědomí a osobnosti (Svoboda, 2006, s. 85 - 135). Speciální psychiatrie dělí nemoci podle sdružení společných symptomů na: organické duševní poruchy, poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek, schizofrenní onemocnění, poruchy nálady, neurotické poruchy, behaviorální syndromy, poruchy osobnosti a chování u dospělých, mentální retardace, poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci a nespecifickou duševní poruchu

---

1 Ve všech kulturách, které pojmenovali schizofrenii jsou jejím příznakem poruchy vnímání - např. halucinace a bludy, ale liší se svým specifickým obsahem, který vychází ze zkušenosti dané kultury. (Hartl, Hartlová, 2000, s. 534)

(MKN-10; Svoboda, 2006). Vzhledem k typu klientely, se kterou v rámci této problematiky pracuji, se dále budu zabývat stručným popisem psychóz.

## 2.1 Psychóza

... *“Kdy člověk začne pochybovat o všem a vše provází strach. Přestane vycházet, protože se bojí lidí, všechno je odcizené, ale on je to cizorodé těleso, kterému se ten zdánlivě normální běh života vymkl z rukou. Přestává vnímat sdělovací prostředky způsobem, který je pro něj jindy běžný, hledá za věcmi, co za nimi není, začíná podezírat svoje okolí, svoje bližní. Mylně si vykládá slova, pohledy a pak to pokračuje, kdy už vše a nad vším ztrácí kontrolu, kterou si jinak ani třeba neuvědomuje, kdy mu vadí zvuky domu, zvuky zvnějšku a tím nejděním a nespaním se dostává do psychomotorických poruch, začnou se mu překrývat myšlenky, nedokáže se soustředit... “*

*Jaroslav Kocvera (1996, s. 88)*

*„Roztrhla jsem se na tisíc kusů a dostala jsem obrovskou sílu  
želbohu jen sílu utíkat  
za smyslem, který nebyl a mě se zdál jako jediný nutný  
Všechno bylo znamení a všechno souviselo se vším  
nezbývalo mi než opožděně luštit kódy  
mého domnělého průběžného zasvěcení  
Praha svítila celá jen pro mne a doprava se spikla podle něčí pečlivé ruky  
Plakáty města promlouvaly ke mně svým tajným jazykem  
říkaly vše, jen ne to důležité a propadaly se rychle do nebytí  
byla jsem živá voda prokapávající rychle umyvadlem času, metro mě vozilo  
jen po předem dohodnutých trasách. A přece jsem se neměla královsky, neměla.*

*Vždyť přede mnou trčelo pořád to hrůzné ještě nevím Děsivá vidina konečného  
dokonání všech časů najednou... “*

*Králů René (2008)*

Psychózou, která v životě potká 2 - 4 lidi ze sta, označujeme duševní onemocnění, které mění - obvykle bez náhledu nemocného - jeho vztahování se ke světu a k sobě samému do té míry, že dochází do stavu neschopnosti rozpoznat skutečnost a orientovat se v ní (Hartl, Hartlová, 2008, s. 489; Praško, 2005, s. 8; Možný, 1999, s. 10). Stav nazývaný psychóza se vyznačuje změnami v oblasti vnímání, myšlení a emocí, mezi typické příznaky patří bludy, halucinace, ztráta vůle, úbytek kognitivních funkcí, úzkosti, nesoustředěnost apod. (Praško, 1998). Psychózy mohou být funkční, toxické, organické nebo symptomatické. Petr Možný (1999, s. 3) uvádí ještě psychózu involuční, která je způsobena stárnutím. Funkční psychózy jsou od ostatních odlišné v tom, že nevznikají na podkladě prokazatelného poškození mozkové tkáně – např. úrazem, otravou, degenerativními změnami ve stáří apod., nebo ovlivněním mozkové tkáně např. intoxikací (Praško 1998, s. 17; Kalina, s. 17). Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí následující rozdělení psychotických poruch: a) Schizofrenie, b) Schizotypální porucha., c) Duševní poruchy s bludy, d) Akutní a přechodné psychotické poruchy, e) Schizoafektivní poruchy, f) Jiné poruchy (MKN-10). Dříve se mezi psychózy řadila i tzv. bipolární afektivní porucha (nazývaná maniodepresivní psychóza) (Libiger, 2005). Pro účely této práce se budu podrobněji zabývat schizofrenními onemocněními.

U organických nebo symptomatických psychóz jsou příčiny vzniku onemocnění zjevné. Jinak je tomu u psychóz funkčních, kde se dostupné prameny převážně shodují na společném působení více faktorů s velkým podílem vrozených dispozic 50% (Kulhánek, 2001) – 70% (Praško, 2005). Tyto faktory se souhrně nazývají bio-psycho-sociální a jejich působení ovlivňuje po celý život zdraví každého člověka. Kdy tedy člověk onemocní psychózou? Zjednodušeně řečeno, člověk pravděpodobně onemocní psychotickou poruchou, pokud se narodí s dispozicemi k této nemoci, v průběhu vývoje je vystaven nepříznivým vlivům a zátěží<sup>2</sup>, které se podílejí na maladaptivní organizaci osobnosti a následné zranitelnosti. Je-li takový člověk v dospělosti vystaven stresu nebo zatěžujícím životním událostem, může to vyústit v některou formu psychotického onemocnění. U každého člověka jsou tyto vlivy zastoupeny v různé míře (Možný, 1999, s. 11; Vágnerová, 2005; Kulhánek, 2001; Praško, 2005, s. 24 – 31; Kalina, 2001, s. 21 – 22). Psychóza většinou nenastupuje náhle, ale je charakteristická různě dlouhým obdobím tzv. prodromálních nebo-li varovných příznaků, které předcházejí samotnému propuknutí nemoci. Následuje akutní ataka nemoci a období vyhasínání nemoci (reziduální období) a období částečného nebo úplného vymizení příznaků – remise. Na průběh onemocnění mají vliv osobnostní dispozice, přístup okolí a samozřejmě i zvolená léčba. Prameny se shodují v tom, že schizofrenie se v podobě relapsů vrací u cca 2/3 nemocných, přibližně jedna třetina lidí, u kterých propukla schizofrenie se vyléčí. U 10 – 30% postižených je nemoc chronického charakteru (Jarolínek, 1996, s. 13; Praško, 2005, s. 18; Kalina, 2001, 29 – 32; Možný, 1999, s. 13 – 14). Klienti s touto problematikou jsou nejčastějšími

---

<sup>2</sup> Např. nepřiměřené chování důležitých vztahových osob, somatická onemocnění nebo traumatizující události.

uživateli Programu přípravy na chráněné bydlení, na ně je služba nejvíce cílena.

### 2.1.1 Možnosti terapie

Jak jsem uvedla v předchozí kapitole, na vzniku psychóz se podílí celá řada faktorů, které jsou u každého člověka vždy zcela jedinečné, proto je v léčbě důležité zmapovat celý kontext bio-psycho-sociální situace každého člověka a následně působit na všechny jeho složky. Z toho vychází i metody léčby psychóz, jimiž jsou hlavně farmakoterapie, psychoterapie a socioterapie. Cílem této práce není určit, která z možností terapie je ta nejlepší, nejméně efektivní, nehumánnější atd. Pro práci socioterapeuta je důležité vědět o existenci rozmanitých přístupů a metod práce s duševně nemocným.

Farmakoterapie využívá léčebného potenciálu psychofarmak, u psychóz jsou podávány převážně antipsychotika a na přidružené problémy i anxiolitika a antidepressiva. Dle Kaliny (2001) léky zpevňují 1 z pomyslných filtrů, které jsou u nemocného narušeny a vytváří tím onu zranitelnost, která stojí u zrodu psychotické ataky. V tomto případě jde o filtr mezi osobností a organismem. Léky působí především na funkční vlastnosti mozkové činnosti a usměrňují jejich působení na psychiku. Psychoterapie využívá k léčbě psychologických prostředků. Pohled na možnosti ovlivnění psychóz psychoterapií se vyvíjí od úplného zavržení po přikládání různého vlivu a významu některých psychoterapeutických metod. Psychoterapie zpevňuje filtr, který je uvnitř člověka mezi vědomím a nevědomím a používá k tomu různých metod dle dané

psychoterapeutické teorie. Léčení psychóz se věnují především různé nácvikové, kognitivně behaviorální, dynamické, transpersonální a rodinné terapeutické přístupy. Výzkumy v psychoterapii psychóz (Praško, 2003; Raboch, 2006b s. 58) ukazují, že tyto metody sice mohou ovlivňovat průběh onemocnění, zmírňovat negativní dopady onemocnění a působit na počet relapsů, předpokladem k úspěšnému zvládnutí nemoci však zůstává užívání psychiatrických léků. Pozitivní vliv při léčbě byl prokázán u různých druhů individuální (psychodynamické, kognitivně behaviorální terapie), skupinové psychoterapie (gestalt, podpůrná, nácvikové, analytické terapie) a rodinné terapie. Neposledním nástrojem při léčbě psychóz je socioterapie, která pomáhá zpevňovat první filtr mezi osobností a prostředím tím, že vytváří bezpečné a srozumitelné prostředí, ve kterém je možné se smysluplně realizovat a určit si své místo. Socioterapie využívá potenciálu korektivní sociální zkušenosti. Působí na člověka skrze nápravu či podporu v nápravě běžného sociálního kontaktu a života v komunitě. Důležitým nástrojem socioterapie je činnost, která na člověka působí příznivě v několika oblastech od stimulace rozvoje motorických a kognitivních funkcí, přes trénink specifických dovedností až po relaxaci a vliv na sebepojetí (Svoboda, 2006, s. 57 – 79; Kalina, 2001, s. 57 – 85).



## 2.1.2 Toxická psychóza a duální diagnóza

Toxická psychóza je specifická vznikem v souvislosti se zneužíváním či nadužíváním některých návykových látek (Hartl, 2000, s. 491). V praxi bývá někdy těžké odlišit, jestli vznikla skutečně jen na podkladu ovlivnění mozku drogou, nebo jestli jen urychlila již nastartovaný proces vzniku např. paranoidní schizofrenie, s níž má podobné příznaky jako pocit pronásledování, halucinace sluchové i zrakové apod. (Hartl, 2000, s. 491; MKN-10). V této souvislosti lze použít i termín duální diagnózy, která ve svém nejširším pojetí označuje souběh dvou diagnóz, ale v psychiatrické a sociální praxi nejčastěji označuje souběh psychózy se závislostí. Z praktického hlediska však lze říci, že na primárně toxickou etiologii nemoci lze usuzovat tehdy, je-li průběh rychlý, příznaky záhy (často během několika málo dní) odeznívají, porucha velmi dobře reaguje na léčbu antipsychotiky, a pokud pacient dále abstinuje, psychotické projevy se znovu neobjevují (MUDr. Vanda Valentová, osobní rozhovor). Tato problematika je široká a není smyslem této práce o ní pojednávat. Okrajově se jí budu věnovat v kapitolách, věnujících se indikaci klientů do služby chráněného bydlení a práci s touto klientelou v Programu přípravy na chráněné bydlení. Klienti s „pouhou“ diagnózou toxické psychózy se většinou do Programu přípravy v léčebně nedostávají, jsou směřováni na zařízení pracující s osobami s problematikou závislosti.

## 2.2 *Porucha osobnosti*

Poruchy osobnosti jsou takové duševní poruchy, které jsou charakteristické trvalým a neměnnými charakteristikami v osobnosti člověka, které se vyznačují cyklickým upevňováním v interakcích s okolím a nemožnosti takovou životní strategii změnit vůlí. V širším slova smyslu je to porucha schopnosti adaptace a projevuje se hlavně v náročných, stresujících situacích, kdy člověk není schopen maladaptivní vzorec chování nahlédnout ani změnit. Člověk s poruchou osobnosti se většinou dostává do péče psychiatrů jen v obdobích akutní dekompenzace z důvodu krize v pro ně neřešitelné životní události. Pro účely chráněného bydlení je pak na místě brát v potaz individuální projevy takovýchto klientů. I v rámci poruch osobnosti jsou psychopatologické projevy velmi různorodé. Indikovanější pro tento typ péče budou klienti s rysy závislosti, úzkostní, pasivní, naopak kontraindikováni budou klienti s rysy dissociality, s agresivními projevy, problematičtí ve skupinovém soužití jsou i klienti s manipulativními tendencemi.

### 3 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA LIDÍ ŽIJÍCÍCH S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

V předešlých kapitolách jsem se věnovala faktorům ovlivňujících vznik, průběh a prognózu onemocnění. Vedle biologických a psychologických přístupů se nyní klade důraz i na sociální aspekty v kontextu péče o zdraví. Tato kapitola pojednává o základních psycho-sociálních problémech, které souvisejí s dlouhodobým duševním onemocněním z okruhu psychóz. Sociálním problémům duševně nemocných se věnuje např. Fialová v příručce *Problémové sociální situace a události* (2007).

#### 3.1 *Vztahy*

Problematické vztahy a soužití mohou být nejen jedním z faktorů rozvoje duševní poruchy, ale již projevená porucha může vztahy zpětně ovlivňovat. Zaměříme-li se na poruchy schizofrenního okruhu, vztahovost se nám ukáže ještě trochu zapleteněji. Jelikož povaha nemoci tkví v selhávání hranic mezi osobností a okolím, v přemíře podnětů, které jdou jen těžko a s námahou zpracovat, je samozřejmě i vztahování se k druhým namáhavé a zatěžující. Interakce s okolím jsou zdrojem stresu, nejistoty a strachu. Okolní svět je pro nemocného cizí, nepřátelský a mnohdy nepochopitelný a nečitelný. To vše se samozřejmě odráží i ve vztazích k lidem. Nemizí potřeby lidské sounáležitosti a pochopení, ale navazování a udržení vztahu, který toto může přinést, je obtížný úkol. Každý, kdo onemocní schizofrenií, se potýká s problémy ve vztazích

v různé míře. Jsou lidé, kteří v obdobích remise žijí normální život se svou rodinou a přáteli, ale jsou lidé, kteří žijí s abnormální nejistotou v lidském kontaktu převážnou část života. Další důležitou stránkou problematiky vztahů je skutečnost, že v akutní atace nemoci může člověk být agresivní, chovat se nesnesitelně a nepochopitelně pro své okolí, může dělat věci, které se špatně zapomínají. Vztahy v rodině, přátelství i partnerství tím mohou být nenávratně poškozeny nebo změněny. V neposlední řadě trpí vztahy duševně nemocného i stigmatizací.

### 3.2 *Zaměstnání*

V oblasti práce a vzdělání se člověk, u kterého propuklo vážné duševní onemocnění, setkává s mnoha problémy. Když se duševní onemocnění objeví v rané adolescenci, může vyústit v problematickém dokončování vzdělání a z toho sekundárně vyplývají problémy s hledáním pracovního uplatnění. Další učení a vzdělávání může být komplikováno úbytkem kognitivních funkcí, problematickým soustředěním, ztrátou motivace. Stejně zátěžové je však onemocnění, v období, kdy člověk již práci má. Některé profese prostě dělat dál nelze (ať už kvůli vedlejším účinkům léků, přílišné náročnosti, kvůli úpravě způsobilosti k právním úkonům apod.). Duševně nemocní se také setkávají se zaměstnavateli, kteří z důvodu jejich postižení nemají zájem dále je zaměstnávat. V neposlední řadě jsou duševně nemocní diskriminováni i při hledání nového zaměstnání. Důležitá je skutečnost, že při dlouhodobé pracovní neschopnosti nebo hospitalizaci se začínají vytrácet i základní pracovní návyky a dovednosti, které člověk po uzdravení musí znovu získávat. Zde hraje svou roli i

nemocí způsobená ztráta vůle, která může návrat do pracovního procesu taktéž komplikovat. U některých lidí v důsledku nemoci klesne schopnost výdělečné činnosti až na míru, kdy je potřeba žádat o náhradu příjmu v podobě některého invalidního důchodu<sup>3</sup>. Invalidizování je pro některé lidi nepřijatelné a pokud se tak stane, může se to negativně odrazit v jejich sebepojetí. Syříšř'ová (1989) uvádí, že pokud lidé po ukončení léčby pracují, dochází méně často k relapsům než u lidí, kteří zaměstnání nemají. I proto je důležité v rámci rehabilitace psychotických onemocnění usilovat o vytváření takových pracovních míst, které jsou k tomu vhodné.

O významu práce pro rehabilitaci a resocializaci ví odborná veřejnost již desetiletí a přesto je v léčebnách žalostně málo příležitostí pracovní rehabilitaci nabízet. Psychiatrické léčebny se potýkají s problémem, že nemohou vůbec nebo jen obtížně zaměstnávat své pacienty a etickým dilematem je otázka přesvědčování pacientů k práci. Někteří trpí úpadkem volních a kognitivních funkcí, jsou nejistí a mají obavy ze zkoušení nových věcí a sami nezačnou pracovat, jedině pod nátlakem. Sama jsem se setkala s lidmi, kteří se pracovní terapie dlouhodobě nechtěli účastnit ze strachu ze selhání, z nedostatku motivace, z obav z neznámého a ti samí si pak pracovní terapii chválili, protože „na chvíli nemusí přemýšlet o své nemoci“, „protože se nenudí“, „protože se učí něco nového“. V tomto spatřuji jeden z důležitých etických problémů, protože najít míru, kdy pomáháme člověku překonat svou nemoc a kdy už překonáváme člověka samotného je velice obtížné a leckdy i nemožné. Jsou samozřejmě situace, kdy lze odhadnout, že nevole k činnosti je způsobená nemocí a ne

---

3 a) Částečného invalidního důchodu (ČID) – pokud klesne schopnost soustavné výdělečné činnosti o více než 33 % a plného invalidního důchodu (PID) – pokud klesne schopnost soustavné výdělečné činnosti o více než 66% (Zákon č. 155/Sb., o důchodovém pojištění).

osobnostním nastavením člověka. Jsou to případy, kdy známe historii člověka, víme, že byl ve svém životě aktivní, činnorodý a že nechuť k aktivitám přišla až v průběhu nemoci. Ale i tak zůstává morální otázka: Máme právo člověka nutit k tomu, co se mu nechce?

### 3.3 *Finance*

Duševně nemocný člověk může mít v oblasti financí 3 základní problémy.

a) Má nedostatek peněz, což obvykle vychází ze ztráty zaměstnání, vykonávání špatně placených profesí, nutnosti splácet dluhy apod. Pokud člověk nemá potřebnou dobu pojištění nemusí mu být přiznána výplata invalidního důchodu ani po přiznání invalidity. b) Neumí s penězi hospodařit, což může být způsobeno dlouhodobou hospitalizací, hyperprotektivními rodiči, kteří své dítě chrání od odpovědnosti a tím mu znemožňují se učit z chyb apod. c) V průběhu onemocnění si pod jeho vlivem „nadělal“ dluhy, naletěl podvodníkům apod.

### 3.4 *Volný čas*

Náplň volného času u psychoticky nemocných lidí může být ovlivněna několika faktory. Nejdůležitějším je fakt, že tato onemocnění jsou často doprovázena ztrátou motivace a vůle. Dříve vyhledávané činnosti přestávají být zajímavé a nepřinášejí pocit uspokojení. V důsledku rozvoje onemocnění dochází často i k sociálnímu stažení až izolaci, což může vyústit k odvrhnutí volnočasových aktivit, které jsou vázány k širší sociální síti. V období léčby psychofarmaky se pak přidružuje problematika vedlejších efektů léků, které

mohou doposud vykonávané oblíbené činnosti znesnadnit či znemožnit. Mezi negativní efekty patří třes, únava, malátnost, nesoustředěnost, přírůstek hmotnosti, které mohou ovlivňovat činnosti jako četba, různé sportovní aktivity, umělecké aktivity. Dalším problémem může být dlouhodobá hospitalizace, která přetrhává kontakty s původními sociálními skupinami, které mohly být zdrojem volnočasových aktivit. Nepříznivě se na náplni volného času může odrazit i nižší příjem, který nemocnému neumožňuje žádané aktivity zaplatit.

### 3.5 *Bydlení*

V oblasti bydlení se dají problémy dělit na kategorii možností a dovedností. Na jedné straně mohou mít duševně nemocní možností méně. Úlohu hraje hlavně míra finanční soběstačnosti a stigmatizace duševně nemocných a s tím spojená diskriminace. Na druhou stranu mají možnosti, které běžná populace nemá a jimi jsou právě různé služby v oblasti bydlení, které ho činí dostupnější i s nižším příjmem. Kapacita služeb chráněných bydlení ale neodpovídá potřebám zájemců, kteří hlavně např. na službu chráněné bydlení komunitní tvoří relativně dlouhé čekací listy – řečeno v číslech několik měsíců až let. Co se týká dovedností, které se samostatným bydlením souvisejí,<sup>4</sup> jsou na tom podobně jako zdravá populace – tyto dovednosti je potřeba se někde naučit. Pokud dojde k propuknutí nemoci ještě před tím, než se člověk zmíněné dovednosti stihne naučit a upevnit, bude to muset zkusit někdy v budoucnosti. Stres s tím spojený nemusí být pro člověka, který prošel náročnou léčbou, snesitelný a pokud není vhodně podpořen svým zázemím nebo některou

---

<sup>4</sup> Praktická péče o domácnost, orientace v úřadech, povědomí o povinnostech a právech vyplývajících z různých druhů bydlení a spolubydlení nebo třeba i schopnost si bydlení najít.

službou, může takováto zátěž vést až k relapsu onemocnění. Lidé, kteří zmíněné dovednosti již jednou získali, je zase mohou ztratit nebo pozapomenout, za dobu dlouhodobé hospitalizace, následkem nemoci. Již několikrát zmíněná ztráta vůle hraje svou roli i ve zvládnání bydlení. Člověk oslaben nemocí a vyčerpán neustálým řešením svých psychických problémů často přestává věnovat pozornost „banalitám“ jako pořádku, čistotě, placení nájmu a spotřeby energií. Tyto věci buď odcházejí z centra pozornosti, nebo jsou tak zatěžující, že není možné se jim věnovat. V takovém období může člověk přijít o byt nebo se dostat do konfliktu se spolubydlícími nebo sousedy. Dalším problémem může být různé zajišťování se z paranoidní motivace, kdy člověk např. hromadí odpadky, sbírá různé „nepotřebné věci“ apod., těmito zvyky a projevy chování se může komplikovat spolubydlení, ale někdy dokonce narušuje i sousedské vztahy.

### 3.6 *Stigmatizace*

Jedním z důležitých důsledků duševních onemocnění je stigmatizace lidí, kteří se v průběhu života s duševním onemocněním setkali. Komplikuje to přijetí duševního onemocnění u samotného nemocného i jeho rodiny.

Jednotlivé oblasti se navzájem propojují a ovlivňují. Např. pokud člověk přijde o zaměstnání, přetrhají se tak vazby s kolegy, s kterými trávil volný čas. Na dříve oblíbené aktivity nejsou peníze, tím se ztrácí i okruh známých, které v rámci těch aktivit potkával. Pokud nemá zaměstnání, nemůže si dovolit pronájem bytu a tak se dá pokračovat dál a dál.



## 4 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ V KONTEXTU PSYCHIATRICKÉ PÉČE

### 4.1 *Od upalování ke komunitní péči (historie psychiatrie)*

Pohled na duševní onemocnění se vyvíjel od boje proti posedlosti zlými duchy, přes různé materialistické pojetí vzniku onemocnění (Hippokratovy látky, jejichž mísením vznikají temperamenty i duševní onemocnění), až k celostnímu pohledu na duševní nemoc, jejíž příčina je v tzv. bio-psycho-sociálním kontextu<sup>5</sup> každé osobnosti (Svoboda, 2006, s. 14 - 21).

V Egyptě docházelo již koncem 15. stol. př. n. l. k léčení duševně nemocných, byly používány hypnotické a sugestivní metody. Lidé přikládali duševnímu nemocem magický význam (Svoboda, 2006, s. 14). Lidé duševně nemocní nebyli jen pronásledováni, nebo uzdravováni, ale byli i uctíváni. Hippokrat a Galenus stáli na počátku odmytologizování psychických onemocnění (Dörner, Plog, 1998, s. 280). Již v prvních dvou stoletích n. l. (Svoboda, 2006, s. 15) byly popsány projevy mánie, deprese, psychózy a epilepsie a byla řešena otázka léčivého potenciálu medikace a psychoterapie (Dörner, Plog, 1998, s. 280).

Ve středověku jsou významné 2 hlavní postoje k duševně nemocným. První humanističtější duševně nemocné vnímal jako „boží děti“, kteří se převážně nevyčleňovali ze společnosti a mohli využít špitálů zřízených církví.

---

5 „...přihlížející n. zahrnující všechny tři zákl. vlivy působící v člověku a na člověka: biologické, psychické, sociální;...někteří autoři tuto trojici doplňují ještě rovinou spirituální...“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 76)

Zakládaly se osady bláznů a pořádaly se karnevaly „slavnosti bláznů“ (Dörner, Plog, 1998, s. 280). Druhý, represivní pohled, se vrátil ke starému démonickému pojetí duševní nemoci. Podle příručky Kladivo na čarodějnice byli duševně nemocní upalováni. Další končili v klecích bláznů nebo na lodi bláznů (Svoboda, 2006, s. 16). V renesanci a humanismu, kdy církev ztrácí svou moc, se sice začínal měnit pohled na duševně choré, ale vzhledem ke snaze měst vypadat, co nejčistěji a nejkrásněji, docházelo k odsunu „nepohodlných“ lidí a tedy i duševně nemocných na okraj města, do zvláštních nemocnic. Nebezpeční a rušiví byli zavíráni do cel nebo věží. Doba osvícenectví přináší zaměření se na rozum, vznikl např. institut omezení svéprávnosti, „*aby byl majetek, jenž se stal největším statkem, chráněn před rozhyřením.*“ (Dörner, Plog, 1998, s. 281).

Koncem 18. a začátkem 19. století, vzniká moderní psychiatrie, jejímiž zakladateli byli Philip Pinel a jeho žák Jean Etien Dominique Esquirol. Vznikají specializované nemocnice, blázince a ústavy, ruší se omezovací prostředky jako roubíky, masky, koše, z kterých vyčnívala jen hlava. V 18. a 19. století se podrobně propracovávají deskriptivní dělení duševních onemocnění podle symptomatologie a dochází k rozsáhlým výzkumům lidského mozku (Svoboda, 2006, s. 18). Vývoj psychiatrie od té doby souvisí s průmyslovou revolucí. Pro stát začal být významný pracující člověk. Kdo pracovat nemohl, byl přítěží nejen pro systém, ale i pro rodinu. Lidé, kteří byli z hospodářského pohledu neužiteční, tedy ti, kteří potřebovali péči, byli od rodin odtrháváni. Zde leží základ rozpadu velkých rodin a vzniku nukleárních. V této době pozorujeme i začátek moderního systému zabezpečení (Dörner, Plog, 1998, s. 282).

V Rakousko-uherské monarchii vydal Josef II. „Pravidla direktivná“, která podporovala vznik nových ústavů, které jsou financovány z odkazů, veřejnými sbírkami, z výnosu peněžitých pokut atd. Koncem 19. stol. byly tyto prostředky převedeny do rukou obcí, které od té doby mají ze zákona povinnost postarat se o své nemocné. Péče byla zajištěna buď výživou, nebo umístěním do obecního ústavu (Matoušek, 2001 s. 115). Vznik velkých ústavů spolu s vědeckým přístupem k duševně nemocným, vedl kromě odtržení nemocného od přirozeného prostředí, také k rozvinutí terapeutických metod zakládajících se na denních zkušenostech z praxe lidí, kteří v těchto ústavech pracovali. S nástupem humanismu sílil trend odklonu od průmyslového smýšlení nad všemi aspekty člověka, který měl za následek snahu o přiblížení k duševně nemocným, ale také výstavbu nových léčeben na venkově. Tentokrát byly stavěny dál od měst nikoli kvůli ochraně obyvatel měst, ale z důvodu zvýšené péče o nemocné, kteří tak byli chráněni od škodlivých vlivů hektické společnosti. Existovala ale již i myšlenka komunitní péče. V Německu ji např. podporoval W. Griesinger (1817 – 1868). Vytvořil ideu „městského azylu“ (stacionáře, ambulantní péče) (Dörner, Plog, 1998, s. 283).

V 19. stol. se rozhodlo o převládajícím způsobu péče o duševně nemocné. Existovaly oba tábory: ti, kteří jsou přesvědčeni, že důležitější pro vznik nemoci jsou somatické příčiny a ti, kteří jsou přesvědčeni, že důležitější jsou ty duševní. V tomto pomyslném „boji“ vyhrála medicína. Důvody lze najít především ve skutečnosti, že v tomto období bylo dosaženo v medicíně mnoho pokroků a výzkumy dokazovaly organické příčiny duševních onemocnění. Díky tomuto

soustředění se na somatické aspekty, byla psychiatrie uznána jako lékařská disciplína (1900) (Dörner, Plog, 1998, s. 286).

Objevy o dědičných dispozicích k duševním nemocem, které učinila biologie, byly v první polovině 20. stol. použity jako důvod k masovému vyvražďování nemocných v rámci nacistických plánů. K odstranění utrpení duševního postižení byli prováděny sterilizace, lidé v psychiatrických zařízeních byli zabíjeni odnětím stravy, injekcemi, plynem. Nacisté na nich zkoušeli systematické zabíjení lidí. I v této době, kdy byli nevléčitelně nemocní zabíjeni přímo v nemocnicích, ale existovali lékaři, kteří duševně nemocné léčili a rozvíjeli komunitní péči (Dörner, Plog, 1998, s. 287).

Psychiatrie 20. století má dva hlavní proudy: biologickou psychiatrii, která léčí především psychofarmaky a sociální psychiatrii, která se soustředí na sociální a psychické faktory léčby (Svoboda, 2006, s. 19). Rozvíjí se ale i modely, které oba přístupy spojují v jeden. Na počátku odklonu od čistě medicínského pohledu je Freudova psychoanalýza, která klade důraz na ovlivnění zdraví psychickými prostředky. Stejně tak jako bojovala psychiatrie o své místo a uznání medicíny, museli zpočátku bojovat následovníci S. Freuda o uznání psychoanalýzy. Začaly se rozvíjet i další psychoterapeutické směry. V psychiatrických léčebnách začínají pracovat psychologové a sociální pracovníci. Toto století přineslo opětovný příklon k celostnímu pohledu na člověka, jak ho známe již z antiky. Psychiatrie se sblíží s ostatními příbuznými vědními obory jako je sociologie, filosofie, psychoterapie. Vědní disciplíny zaměřené na somatickou, duševní a sociální stránku člověka

se prolínají a vzájemně ovlivňují. Dochází k pokrokům na všech úrovních. Mezníkem ve farmakologii duševních onemocnění se stává objev chlorpromazinu, díky kterému může být čím dál tím více lidí léčeno ambulantně. Dominující složkou péče se stává ambulance (Dörner, Plog, 1998, s. 290).

Ve 20. stol. se objevuje i myšlenka, která absolutně odmítá medicínský přístup, označuje diagnostiku duševních onemocnění jako nálepkování, tento trend je nazýván antipsychiatrií, která je ale dnes svým významem spíše na ústupu. Některé myšlenky antipsychiatrie se ve změněné formě objevují v dnešních moderních terapeutických metodách. Např. case management zaměřený na zdravé stránky člověka pracuje s technikami, které staví na schopnostech více než na patologii (Fialová, 2007b).

#### 4.1.1 Modely komunitní psychiatrie

Psychiatrie obecně je definována jako *„lékař. věda o rozpoznávání, prevenci a léčbě duš. chorob, výzkumu jejich příčin a patogeneze“* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 470). Definice komunitní psychiatrie se vyvíjí a má mnoho podob, které závisí např. na vývoji psychiatrické péče v jednotlivých zemích. To, co komunitní psychiatrii spojuje, je především cíl, který si staví: tedy poskytovat takové služby psychicky nemocným a jejich blízkým, které v oblasti zdravotní (tělesné i psychické) i sociální budou v co nejvyšší míře reflektovat jejich potřeby, přičemž tyto služby jsou poskytovány co nejbližší přirozenému prostředí (Paleček, 2007, s. 6 – 9). Komunitní služby lze chápat jako návazné služby určené pro rehabilitaci a resocializaci po léčbě v lůžkovém zařízení

(Svoboda, 2006, s. 81), nebo jako komplexní péči o duševní zdraví zahrnující všechny jeho složky, které jsou k dispozici dané komunitě.

Komunitní péče má své kořeny hluboko v minulosti, kdy byl každý člověk členem společenství. Člověk zdravý i nemocný, mladý i starý, bohatý i chudý patřil do nějakého společenství a toto společenství, se o něj postaralo. Komunitní péče byla poskytována amatérsky – rodinnými příslušníky a lidmi v obci. Kvalita takové péče byla určitě různorodá a individuální, vyplývající z postavení rodiny, jejích možností, povahy onemocnění a vzájemných vztahů. Vznikem specializovaných zařízení, byla rodině odebrána odpovědnost za své členy a byla přesunuta na bedra odborníků. S rozvojem těchto institucí a s rozvojem psychiatrie však sílí i trend vracet člověka do prostředí, ze kterého pochází, netrhat rodinné vazby a podporovat nejen nemocného, ale i celou komunitu tak, aby se posilovala vzájemnost a odpovědnost za společenství, ve kterém žijeme. S tím souvisí i trend budovat zařízení komunitní péče mimo tradiční instituce. V USA a UK probíhala deinstitucionalizace v letech 1960 – 90. Rychlá deinstitucionalizace v USA, způsobila nárůst duševně nemocných mezi bezdomovci, naproti tomu opatrný postup v Anglii má i dle výzkumů lepší výsledky. Výzkumy potvrdily, že se péče nezhoršila, masivní nárůst duševně nemocných mezi bezdomovci se neobjevil, klienti jsou spokojenější, nestoupala sebevražednost. Tzn. že se povedlo zajistit péči i problematickým skupinám duševně nemocných, kteří potřebují podporu i v běžném životě (Thornicroft, Thansella, 2002). Vypadávání nejpotřebnějších skupin duševně nemocných ze systému péče je jedním z nejčastěji zmiňovaných problémů komunitní

psychiatrie (Stuchlík, 2001, s. 9 – 10), i proto vznikají služby tzv. asertivního case managementu, který má za cíl takové lidi vyhledávat.

#### 4.2 *Organizace a možnosti péče v ČR*

Péči poskytovanou duševně nemocným v ČR můžeme dělit na zdravotní – která může být lůžkovou nebo ambulantní a sociální, která se dělí na pobytovou, ambulantní nebo terénní. Organizace poskytující tyto služby jsou někdy bohužel tímto rozdělením limitovány. Oblast zdravotní má na starosti resort zdravotnictví a úhrady péče spadají pod kompetence zdravotních pojišťoven. Oblast sociální spadá pod resort práce a sociálních věcí. Sociální služby, které jsou za úhradu si klient může hradit sám, nebo využívat k tomu určeného příspěvku na péči. Postavením této duality a nepropojenosti systému vznikají problémy jak s financováním péče, tak v poskytování přiměřených služeb.

##### 4.2.1 *Lůžková nebo ambulantní péče*

V případě ataky nemoci nebo zhoršení zdravotního stavu může člověk využít ambulantní péče psychiatra nebo denních stacionářů, kde je poskytována intenzivnější podpora tak, aby člověk zvládl svou nemoc a nemusel být hospitalizován. Pokud člověk potřebuje zvýšenou péči, může využít služeb psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických klinik nebo psychiatrické léčebny. Psychiatrické léčebny jsou obvykle velkokapacitní zařízení s širokou spádovou oblastí a vzhledem k tomu, že kapacita místně příslušných

psychiatrických oddělení nemocnic není dostatečná, bývají duševně nemocní nuceni za odpovídající zdravotní péčí cestovat i několik desítek kilometrů. Psychiatrické léčebny pro dlouhodobě duševně nemocné nabízejí i možnost dlouhodobé rehabilitace, což sice nemocného chrání od stresu a nároků běžného života, ale nese s sebou i riziko hospitalizmu a samozřejmě snížené kvality života.

Aktuálně dlouhodobou ústavní péčí pro duševně nemocné poskytují psychiatrické léčebny, které poskytují zdravotní péči a ústavy sociální péče. Psychiatrické léčebny, pokud nemají tzv. sociální lůžka, by tedy měly poskytovat péči lidem pouze než dojde ke stabilizaci zdravotního stavu, ale vzhledem k tomu, že jsou lidé, kteří z důvodu sociálního selhávání potřebují dlouhodobou péči a podporu v péči o sebe a kapacity ústavů sociální péče nestačí, zůstávají dlouhodobě v PL a čekají, až se v uvolní místa.

Ambulantní psychiatrickou péčí nabízí ambulantní psychiatrii, ale při diagnostikování nemoci může hrát svou roli i praktický lékař. Pokud stačí ke stabilizaci zdravotního stavu a následné rehabilitaci návštěvy odborného lékaře, nemusí dojít až k hospitalizaci. V tomto hrají svou úlohu i krizová centra, kam se může člověk obrátit v krizových situacích a za pomoci odborného provázení čas krize přečkat. V Praze tuto péči duševně nemocným nabízí RIAPS a Centrum krizové intervence v PLB, mají možnost i krátkodobé lůžkové péče, což má své výhody, pokud se člověk nemůže nebo nechce vracet domů a potřebuje krizi přečkat v bezpečném prostředí. Vyžaduje-li zdravotní stav dlouhodobější psychiatrickou péči, může se člověk obrátit na různé denní nebo



týdenní stacionáře, kam dochází ze svého domova. Takovou péči poskytuje např. Denní psychoterapeutické sanatorium (Ondřejov). Své místo mají, byť jsou zatím pro finanční náročnost málo dostupné, mobilní týmy, které mají možnost klienta navštívit v jeho domácím prostředí, včas odhalit nebo mu pomoci překonat, nastupující krizi. Potřebnost této služby v praxi se zvýraznila se zanikající návštěvní službou ambulantních psychiatrů.

Alternativou k dlouhodobé rehabilitaci duševně nemocných jsou různé sociální služby, jde především o služby v oblasti podpory bydlení, práce, volného času. Sociální služby jsou zaměřeny buď na prevenci duševního onemocnění nebo relapsů, nebo na rehabilitaci a resocializaci.

#### 4.3 *Poskytovatelé služeb v oblasti psychosociální rehabilitace*

Služby v oblasti psycho-sociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných poskytují v České republice neziskové organizace poskytující služby sociální a dále pak různé kliniky a sanatoria poskytující služby zdravotnické (viz. předešlá kapitola). Organizace poskytující sociální služby nabízejí péči lůžkovou, ambulantní, nebo terénní, které se dále dělí na sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci. V organizacích působí jak profesionálové z řad psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů a sociálních pracovníků, tak i samotní duševně nemocní v rámci svépomocných aktivit. Neziskové organizace se zabývají kromě poskytování služeb samotných i osvětou veřejnosti pro eliminování sekundárního poškození nemocného stigmatizací. Jednou z takových organizací je např. Česká asociace pro

psychické zdraví, která nabízí odborné sociální poradenství, stará se o práva pacientů, vydává informační brožury pro duševně nemocné i profesionály. Jednou z důležitých služeb této organizace je např. terapeutická komunita Mýto, která nabízí psychoterapeutickou péči pro mladé lidi léčící se schizofrenií. Komunita staví na podobných principech jako terapeutické komunity pro lidi závislé na drogách. Komunita poskytuje péči komplexní od psychiatrické, psychologické a psychoterapeutické až po sociální a tím plní nároky bio-psycho-sociálního pohledu na člověka. V této komunitě se mladí lidé léčící se schizofrenií, mohou připravovat na chráněné bydlení nebo jinou formu rehabilitace.

Psycho-sociální rehabilitace je zaměřena hlavně na oblasti bydlení, práce a volného času. Psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, Fokus nebo Eset nabízí i psychoterapeutické služby. Možnosti péče dobře ilustrují organizace se sídlem v Praze a v blízkém okolí. Jsou to organizace: Baobab, Bona, Eset-help, Fokus a Green Doors a další. Tyto organizace mají sice primární cílovou skupinu klienty s psychotickým onemocněním, jelikož ale v podstatě neexistuje síť služeb pro lidi s poruchou osobnosti (kromě organizace Kaleidoskop), nabízí tyto organizace své služby v různé míře i tomuto okruhu osob. Služby jsou poskytovány s cíli zvýšit kvalitu života a respektovat individuální potřeby každého člověka. Cíle organizací jsou naplňovány službami nabízejícími základní a odborné sociální poradenství, chráněná a podporovaná bydlení, pracovní rehabilitaci v chráněných dílnách, ve službách přechodného a podporovaného zaměstnání, ve volno-časových klubech, nabízí práci

v sociálních firmách, trénink studijních dovedností a podporu ke studiu. Služba case-management nabízí podporu ve všech zmiňovaných oblastech.

#### 4.4 *Chráněné bydlení jako součást komunitní péče*

##### 4.4.1 Počátky chráněného bydlení ve světě a v ČR

První hostely určené k rehabilitaci duševně nemocných začaly ve Velké Británii vznikat koncem 19. století. V roce 1879 vznikla organizace M. A. C. A. (Mental After-Care Association), tato a další dobrovolné organizace provozovaly téměř všechny rezidenční služby v oblasti následné péče až do pol. 20. stol. Roku 1948 dostaly orgány místní správy povolení provozovat všechny typy služeb následné péče a o jedenáct let později se provozování těchto zařízení stalo povinným. Roku 1964 bylo provozováno 30 hostelů (Baker, Wood, 1973, s. 270). V Holandsku se služby podporující bydlení duševně nemocných rozvíjejí od 60. let 20. století (Haveman, Maaskant, 1990). U nás (tehdy na území ČSFR) začaly vznikat služby chráněného bydlení až po roce 1989 (Paleček, 2001, s. 19). Jedním z iniciátorů chráněných bydlení byla psychiatrická léčebna v Bohnicích. Jedno z prvních chráněných bydlení vzniklo přímo uvnitř léčebny. Člověk, který zde bydlel byl tedy stále za „zdmi“ léčebny, ale žil zde samostatněji a měl více možností si další samostatné bydlení trénovat.

#### 4.4.2 Chráněné bydlení dnes

Dle informací na britském portálu Mind je duševní zdraví v úzké spojitosti s kvalitou bydlení. Lidé, kteří vyhledávají psychiatrickou péči, často uvádějí, že mají potíže s bydlením, a že tyto potíže mají negativní vliv na jejich zdraví. Proto jsou služby v oblasti bydlení pro dlouhodobě duševně nemocné tak důležité.

Již v roce 1989 uváděla Eva Syřišťová ve své publikaci, že 50% pacientů psychiatrických léčeben tvoří schizofrenici, kteří jsou hospitalizovaní někdy i desetiletí (1989, s. 150). Tento fakt se nezměnil ani po více než 10 letech, jak uvádí koncepce oboru psychiatrie. Služby chráněného a podporovaného bydlení se rozvíjí, ale pro velký počet zájemců má většina organizací dlouhé pořadníky zájemců, kteří na odpovídající službu musí čekat i několik měsíců a v případě služeb s větší mírou podpory klidně i déle než rok. Lidé, kteří po stabilizaci zdravotního stavu mohou opustit psychiatrické léčebny, se musí na čas vrátit zpět do prostředí, kde jsou nevyhovující podmínky, což následně může mít vliv na jejich zdravotní stav. V horším případě vůbec nemají kam se vrátit, nebo na zajištění bydlení nemají dostatek peněz. (Blíže k této problematice v následující kapitole). Jak jsem již psala v první části této práce, chráněné bydlení je poskytováno několika cílovým skupinám. Pro mentálně postižené existují chráněné bydlení skupinového typu v domech i bytech – kde žijí, nebo se trénují pro např. podporované bydlení. Lidé odcházející z terapeutické komunity pro léčbu závislosti mohou využít službu chráněného bydlení na upevnění získaných návyků. Mladí dospělí, vycházející z ústavní péče, mohou využít domů na půl cesty, aby si vyzkoušeli samostatné bydlení s podporou, než si dokážou najít

a udržet práci a poradit si se zaplacením všech složenek apod. Stejně jsou na tom i lidé, kteří se léčí s dlouhodobým duševním onemocněním. Pro ně existují služby v celé této šíři. Od skupinového chráněného bydlení, kde je terapeut celý den a večer a o víkendech asistenční služba, po podporované bydlení v již vlastní domácnosti, kam terapeut dochází na návštěvy a konzultuje s ním jeho individuální plány do budoucna.

Tab. příkladů možností služeb v oblasti bydlení dle klientely v ČR:

Cílová skupina	Organizace službu v oblasti podpory samostatného bydlení
Mentální postižení:	Duha, Pohoda, Diakonie
Lidé závislí:	Magdaléna, Alkat, Sananim
Mladí dospělí:	Arcidiecézní charita Praha, Centrum J. J. Pestalozziho, DOM, Maják

Tab. Možnosti služeb v oblasti bydlení pro dlouhodobě duševně nemocné v ČR:

Praha:	Baobab, Bona, Eset – help, Fokus, DPS Ondřejov
Mimo Prahu:	Ledovec, Fokus (Mladá Boleslav, Ústí nad Labem, Mělník, Sedlec, Liberec) Diakonie ČCE v Brně)

#### 4.4.3 Chráněné bydlení pro dlouhodobě duševně nemocné v ČR

Chráněné bydlení je služba, která je poskytována převážně podle místa trvalého bydliště. Vzhledem k tomu, že je to jedna z tzv. komunitních služeb, bylo by logické uvažovat, že má-li služba být nabízena co nejbližšímu prostředí člověka, tak aby ho nevytrhávala z rodinných pout a vztahů, je i účelné nabízet službu s tímto kritériem tak, aby se k ní dostali právě lidé, kteří jsou nejbližší. Problémem je nedostatečná kapacita, tato služba také bohužel není poskytována na území celé ČR, proto zájemci z některých krajů o tuto možnost přicházejí, nebo je pro ně problematické jí dosáhnout. Problém to způsobuje

i lidem, kteří dlouhodobě bydlí např. v Praze, protože se sem odstěhovali kvůli studiu, nebo práci, ale nemají zde trvalé bydliště. Mezi cíle služeb patří především podpořit duševně nemocného ve zvládnutí samostatného bydlení, pomocí praktického nácviku a poradenství tak, aby jim bylo umožněno maximální rozvinutí potenciálních možností a kvalita jejich života se zvyšovala. Mezi nejčastější kritéria vstupu do služeb patří věk od 18-ti let, duševní onemocnění dle cílové skupiny, doporučení ošetřujícího lékaře, pravidelné návštěvy ambulantního psychiatra, trvalé bydliště, motivace ke změně a vůle k práci na seberozvoji a určitá míra dovedností. Ve všech organizacích je kontraindikováno zneužívání nebo nadužívání návykových látek. Kritéria se mírně liší u jednotlivých organizací. Pro ilustraci uvádím tabulky s přehledem služeb nabízených v Praze dle míry potřebné podpory tak, aby vynikla různorodost v názvosloví.

#### Chráněné bydlení s menší mírou podpory (individuální):

Organizace	Místo	Název služby
Baobab	Praha 4, 6	Podpora nezávislého bydlení
Bona	Praha 8	Podpora samostatného bydlení
ESET – help	Praha 4	Tréninkové bydlení
Fokus	Praha 2, Praha 4	Chráněné bydlení – „Byt na půl cesty“
DPS Ondřejov	Praha 4	Chráněné bydlení

#### Chráněné bydlení s větší mírou podpory (skupinové):

Organizace	Místo	Název služby
Bona	Praha 8, 10	Chráněné bydlení
Fokus	Praha 9	Dům na půl cesty

Jednotlivé organizace mají i svá specifika, které ukáží v krátkém představení každé organizace.

### **Baobab**

Organizace Baobab nabízí služby mladým lidem do 35 – ti let, v počáteční fázi onemocnění. Kontraindikací pro vstup je bezdomovectví. Službu poskytují přednostně lidem z Prahy 4 a 6, ale možnost mají i zájemci se Středočeského kraje. Pro vstup do služby je potřeba kontaktovat příjmového pracovníka pro všechny služby, pak projít pohovorem s koordinátorkou Programu podpory nezávislého bydlení a dále čekat v pořadníku zájemců. Cena se pohybuje mezi 3 200 – 3900 Kč (včetně péče).

### **Bona**

Nabízí služby nejširší cílové skupině. Poskytují největší míru podpory (v tzv. chráněných bydleních skupinových – dříve komunitní) a přijímají lidi do 65-ti let. Zájemci s trvalým bydlištěm mimo Prahu prakticky nemají možnost do služby vstoupit. Cena chráněného bydlení skupinového je v rozmezí 6200 – 6700 Kč (včetně péče a jídla), cena podpory v samostatném bydlení je mezi 2000 – 4000 Kč (dle velikosti bytu) + 85 Kč za hodinu poskytované péče (max. 850 Kč za měsíc). Kapacita je 53 lůžek na chráněném bydlení skupinového typu (1 – 3 lůžkové pokoje) a 22 míst v bytech s podporou samostatného bydlení (garsoniéry a dvougarnsoniéry).



CHB Bona "Kocourkov"



CHB Bona Mrštníkova



CHB Bona "Vila Jitka"



CHB Bona Pod Čimickým hájem 200



CHB Bona Pod Čimickým hájem 200



### **Eset – help**

Jediná organizace v Praze, která nemá omezení trvalého bydliště pro zájemce o chráněné bydlení. Klienti prochází vstupním pohovorem přímo s terapeutkou služby a následně pohovorem s psychiatrem. Aktuální cena je 3150 Kč (včetně 700 Kč paušální ceny za péči). Kapacita je 6 lůžek v bytech 3+1.

### **Fokus**

Organizace Fokus nabízí své služby jak v Praze, tak mimo. Služby s ubytováním v Praze je k dispozici jen obyvatelům Prahy. Horní věková hranice je 54 let. Specifická je tato organizace ve způsobu práce, který je prováděn metodou case – management. Organizace má po Praze tzv. komunitní týmy, které mají určeného kontaktního pracovníka. Zájemce o službu ho musí kontaktovat a projít sérií konzultací, které mají za cíl zmapovat klientovu situaci a zjistit, která z nabízených služeb je pro něj nejvhodnější. Ceny služeb v oblasti bydlení se pohybují kolem 3000 Kč (za Byty na půl cesty) a kolem 6000 Kč (v Domě na půl cesty, včetně péče, jídla, kapesného). Kapacita služby je 11 lůžek v bytech na půl cesty (garsoniéry, 2 + 1) a 8 lůžek v domě na půl cesty.

### **DPT Ondřejov**

Tato organizace sice nemá podmínku trvalého bydliště na území hl. města Prahy, ale své služby poskytuje jen mladým mužům na počátku psychotického onemocnění. Pro vstup do služby je potřeba projít výběrovým řízením u sociální pracovnice organizace. Cena služby je 2500 Kč (včetně péče). Kapacitu má 3 místa v bytě 3 + 1.

## 5 PODOBY PROGRAMU PŘÍPRAVY NA CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ V PLB



### 5.1 Vývoj

V červnu 1999 byla Nadací Bona a ředitelem psychiatrické léčebny MUDr. Zdeňkem Bašným založena Bona – o. p. s., která doposud nabízí služby dlouhodobě duševně nemocným lidem. Tato nezisková organizace vznikla na základě potřeby vytvoření prostoru pro psycho-sociální rehabilitaci lidí, kteří jinak jen obtížně opouštějí „zdi“ psychiatrické léčebny. Na počátku byla psychiatrická péče s následnou péčí v této organizaci úzce provázaná. Někteří zaměstnanci organizace měli sídlo přímo v léčebně. Nadace spravovala byty a nemovitosti, o. p. s. nabízela službu chráněného bydlení v těchto bytech a domech, ale terapeuti chráněných bydlení byli zaměstnanci léčebny. V okamžiku, kdy tito zaměstnanci přešli pod Bonu, bylo potřeba řešit problém provázanosti služby chráněného bydlení s potřebami pacientů léčebny. Jakým způsobem řešit výběr vhodných pacientů pro tuto službu. Zájemce zpočátku vybírali lékaři oddělení následné péče a o jejich definitivním přijetí rozhodovala primářka oddělení resocializace a terapie. Když přešli pod Bonu, objevil se problém s vytipováním vhodných adeptů do této služby. Zájemce začala vybírat primářka oddělení následné péče a o jejich vhodnosti rozhodovala primářka oddělení resocializace a terapie. Jelikož se ale ukázalo, že ne každý

může hned nastoupit, ale potřebuje přípravu, byli určeni zaměstnanci léčebny, aby s vhodnými zájemci dělali nácvik sociálních dovedností. Hlavním problémem byl fakt, že bylo obtížné posoudit, zda je člověk, který je adeptem pro chráněné bydlení, schopný míru zátěže a samostatnosti v podmínkách takového bydlení zvládnout, udržet se tam a hlavně z toho profitovat, tak aby kvalita jeho života vzrůstala.

Vzhledem k tomu, že léčebna kromě zdravotní péče, zajišťuje i další základní potřeby, jakými jsou jídlo, voda, teplo apod., dělá postupně hospitalizace pacienty na této péči závislími. Pokud člověk započal hospitalizaci bez zkušenosti se samostatným bydlením, ať už z důvodu nízkého věku, nebo přílišné nebo nedostatečné péče poskytované rodinnými příslušníky, za dobu v pobytu v psychiatrické léčebně se nárokům samostatného života ještě více oddálí. V léčebně je zajištěná strava, takže pacient nemusí nakupovat ani vařit, většinu oddělení zajišťuje uklízečka, o finance se stará sociální pracovnice, nebo opatrovník. Struktura a náplň času je organizována. Za pobyt v léčebně se dlouhodobě neplatilo, takže hospitalizovaný člověk měl zadarmo bydlení. Dlouhodobá hospitalizace může, ze stejných důvodů způsobit potíže i lidem, kteří před nastoupením léčby samostatně bydleli. Dovednosti v průběhu hospitalizace mohou ztratit, nebo neztratí dovednosti ale jistotu, že samostatné bydlení znovu zvládnou. K návratu do samostatného života mělo pomoci chráněné bydlení. Vznikl problém posouzení schopností člověka, který žije v podmínkách, které projevení schopností neumožňují. Jestli člověk zvládne míru samostatnosti na chráněném bydlení, se ukázalo až přímo při přechodu do služby. Aby se blíže ukázaly schopnosti zájemce o chráněné bydlení a aby měl

člověk i v průběhu hospitalizace možnost si některé dovednosti znovu osvojit či připomenout, začali se zaměstnanci léčebny věnovat aktivitám, které umožňovaly nácvik i ověření dovedností. V té době vedle sebe existovala lůžková oddělení akutní a následné péče soustředěné v primariátech a primariát resocializace a rehabilitace. Mezi prvními, kdo se cíleně věnoval nácviku sociálních dovedností byly nynější staniční sestra resocializačního oddělení a terapeutka. Pacienti, kteří měli zájem o chráněné bydlení, docházeli na p. 4 na skupiny, ve kterých se věnovali teoretické přípravě. Praktická příprava byla limitována možnostmi, které nabízí setkávání v místnosti se stolem a židlemi. Pacienti tedy sestavovali jídelníček, učili se odhadovat ceny potravin, sestavovali si svůj plán výdajů a porovnávali s možnostmi, které mají, přehrávali některé zátěžové situace apod. Později se ukázala potřeba nácviku dovedností v situacích blížících se co nejvíce reálnému prostředí domácnosti. K nácviku ve skupinách se později přidal nácvik v rámci praktické přípravy na cvičné kuchyňce. Později byli přípravou na chráněné bydlení pověřeni terapeuti resocializačního nelůžkového oddělení (již zmiňovaný p. 4 a Centrální terapie). Na přípravě se podíleli většinou 2 – 3 terapeuti, kteří byli zaštitěni primářkou, která prováděla výběr zájemců o přípravu. Nakonec zůstal program přípravy na chráněné bydlení celý v rukou terapeutů, kteří na základě doporučení ošetřujících lékařů a sociálních pracovníků vybírali vhodné zájemce a následně jim poskytovali přípravné aktivity. V této fázi jsem nastoupila do programu. Tým, který se podílel na přípravě se skládal ze dvou osob. Když jsem v srpnu 2006 nastupovala do programu, běžely 3 skupiny s kapacitou 6 – ti lidí, které se připravovaly na cvičné kuchyňce. V rámci polovičního úvazku jsem přebrala jednu skupinu a znovu obnovila i přípravu teoreticko nácvikovou. Program

se tedy skládal z individuální spolupráce s psychologkou a s terapeutkou (psycholožka dělala vstupní a motivační pohovory a výběr kandidátů do programu), ze skupinových aktivit: nácviku praktických a sociálních dovedností na cvičné kuchyňce, kde se připravovaly 3 skupiny po 6-ti a z nácviku sociálních dovedností na skupině, kde se připravovali ti samí, ale rozdělení do 2 skupin. Spolupráci se zájemci o chráněné bydlení byla v týmu pravidelně konzultována, takže byla možná zástupnost.

## 5.2 Týmová práce v programu

Kompetence a rozložení práce obou pracovníků programu přípravy na chráněné bydlení v období srpen 2006 až únor 2007 ilustruje následující tabulka. Rozvržení je jen přibližné a podobá se nejvíce stavu v prvních 3 měsících, kdy jsem postupně přebírala kompetence a postupně jsem rozšiřovala kapacitu skupin nácviku sociálních dovedností. Aktivity, které jsem v tabulce neuvedla, byly pravidelné konzultace jednotlivých případů, komunikace s jednotlivými odděleními a organizacemi, poskytujícími služby.

	Typ práce	Konkrétní činnost	Počet klientů
Psycholožka (0,8 úvazku)	Individuální práce	Vstupní pohovory	Všichni zájemci
		Sociálně anamnestické pohovory	2 skupiny po max. 6
	Další konzultace (příprava na pohovor v organizaci poskytující službu, práce na individuálním plánu apod.)	2 skupiny po max. 6	
	Skupinová práce	Nácvik sociálních dovedností na cvičné kuchyňce	2 skupiny po max. 6

Terapeutka (0,5 úvazku)	Individuální práce	Sociálně anamnestické pohovory	1 skupina po max. 6
		Další konzultace (příprava na pohovor v organizaci poskytující službu, práce na individuálním plánu apod.)	1 skupina po max. 6
	Skupinová práce	Nácvik sociálních dovedností na cvičné kuchyňce	1 skupina po max. 6
		Nácvik sociálních dovedností ve skupině	1 skupina po max. 6
		Exkurze	Všichni účastníci programu přípravy na chráněné bydlení

V březnu 2007 převzala většinu kompetencí terapeutka a psychologka zůstala v Programu jen pro výběr vhodných zájemců a konzultace další práce. Mírně se změnil počet úvazku na program z původních 1,3 (0,8 + 0,5) na 1,2 (0,2 + 1,0). Od prosince 2007 je celý Program přípravy na chráněné bydlení jen v kompetenci terapeutky bez možnosti zástupu v aktivitách.

Týmová práce ale nedává jen možnost zástupu v období nepřítomnosti jednoho člena týmu. Z mého úhlu pohledu byly pravidelné schůzky a konzultace se zkušenější kolegyní důležité kvůli zpětné vazbě, ale zároveň umožňovaly prostřednictvím dialogu nahlížet svět každého z klientů ještě z dalšího úhlu a v jiném rozměru než jen v omezeném vnímání, které má jednotlivec sám. Tohoto potenciálu rozkrývání světů jsem bohužel plně nevyužila. Chyběly mi vědomosti, dovednosti, kontakty a zkušenosti, které jsem musela rychle doplňovat a vyhledávat. Musela jsem se poprvé postavit před skupinu lidí, kteří

zažívali pro mě nepředstavitelné věci a poznat je, utvořit jim zajímavý a prospěšný program. Dělal jsem plány a setkávala se s překážkami, které mi připravovala moje nezkušenost. Zjišťovala jsem, že praxe přináší spoustu situací, na které mě nepřipravila teorie ani sebezkušenostní výcvik. Najednou se mou denní náplní stalo potkávání lidí s osudy a prožitky, které jsou těžké, neuvěřitelné, volající po pomoci. Začínala jsem poznávat lidi v léčebně, v organizacích. Učila se od nich, co je důležité, čeho si všímat, na co se ptát, na co upozornit. Musela jsem přehodnotit některé mylné představy. Byla jsem nejistá a tápající. Měla jsem ten prostor ptát se a rozšiřovat si obzory v rozhovoru s kolegyní, ale ani jsem netušila kde je můj horizont, za který mám pohlédnout. Musela jsem si tento horizont ohmatat a poznat celou jeho šíři. A nyní, když vím, že to není možné, že se nám horizont mění každou chvíli s každou zkušeností, vnímám, že jsem nevyužila velkého potenciálu, který naše setkání měla. Strategie pozorovat a vstřebávat je možná jen v omezené míře a člověk ji musí vhodně kombinovat s vlastní aktivitou. Z odstupem musím přiznat, že jsem sice byla velmi aktivní v samostudiu a v přípravě na aktivity, ale v kontaktu s kolegy jsem si dlouho hledala pozici a spíše jsem vyčkávala, která vrátka otevřou oni.

### 5.3 *Rok 2007 v Programu přípravy na chráněné bydlení*

*v číslech*

Za rok 2007 využilo služeb programu přípravy na chráněné bydlení 108 klientů. Následující tabulka shrnuje podle jednotlivých měsíců počet klientů, kteří kontaktovali program přípravy na CHB, účastnili se aktivit

programu (cvičná kuchyňka, tématická skupina) a kteří byli následně umístěni na některou formu chráněného bydlení. Z tabulky je vidět, že i přes personální změny v březnu a v období od července do prosince, nedošlo k omezení aktivit a naopak došlo k nárůstu spolupracujících pacientů. K nárůstu došlo ze dvou základních důvodů. Zaprvé se postupně rozšířila cílová skupina, což vychází z rozšiřování cílové skupiny i u poskytovatelů chráněného bydlení.<sup>6</sup> Do programu tedy mohli být zařazeni i pacienti s jinou diagnózou než z okruhu psychotických onemocnění. Povolení kapacity programu bylo žádoucí také z důvodu plánovaného otevření nového chráněného bydlení (Bona o. p. s.), které znamenalo přestup větší části účastníků programu najednou.<sup>7</sup>

Měsíc	Celkový počet klientů	Počet klientů zapojených do aktivit	Počet umístěných na CHB
Leden	22	22	2
Únor	20	20	1
Březen	20	20	0
Duben	24	24	0
Květen	33	31	2
Červen	36	30	1
Červenec	35	31	7
Srpen	32	26	4
Září	32	25	1
Říjen	32	25	1
Listopad	32	28	2
Prosinec	30	24	1
<b>Celkem</b>			<b>24</b>

6 Jde především o diagnózu porucha osobnosti, která byla v dřívějších letech kontraindikací ke službě a nyní lidem s touto diagnózou chráněná bydlení postupně otevírají dveře.

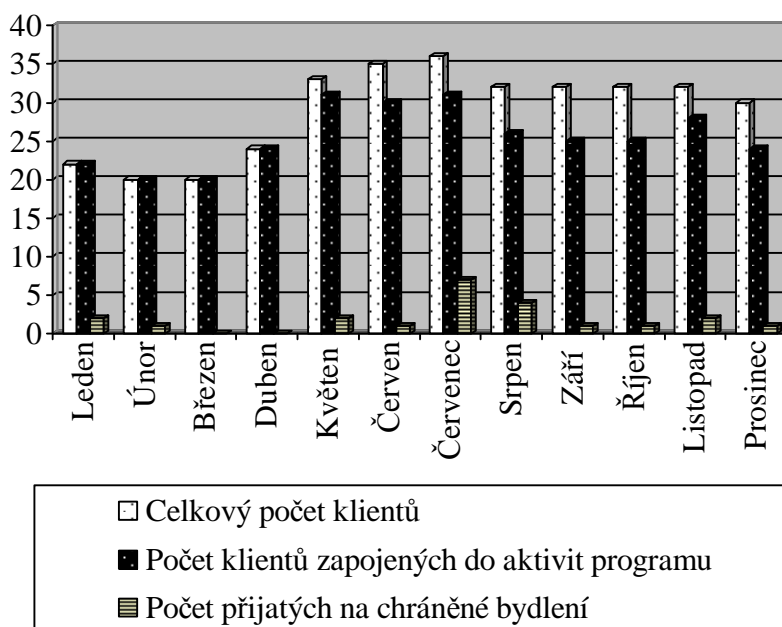
7 Z personálně - organizačních důvodů nakonec probíhalo stěhování klientů ve dvou vlnách.



Vzhledem k velkému zájmu o službu chráněné bydlení jsem v průběhu roku 2007 navyšovala kapacitu programu, která se ustálila na 3 skupinách po 8. S ostatními zájemci jsem prováděla pouze informační a poradenské pohovory a v případě zájmu byli zařazeni do pořadníku čekatelů na program.

Pro kvalitnější přehled o vývoji spolupráce s pacienty PLB v roce 2007 přikládám graf, který prezentuje objem lidí, kteří byli v kontaktu s programem v jednotlivých měsících. Z grafu je např. vidět, že od května 2007 přibývá lidí, kteří nemohli být z kapacitních důvodů zařazeni do programu, nebo měli zájem pouze o informace (těch druhých je ze zkušenosti minimum).

**Vývoj počtu klientů využívajících služeb programu přípravy na chráněné bydlení v roce 2007**



Graf naznačuje i kapacitní paradox, který se udál v personálním vývoji programu. V Prvních 3 měsících roku 2007, kdy ještě v programu pracovaly

2 terapeutky využívalo jeho služeb nejméně klientů za celý rok. V žádném dalším měsíci již není tak nízká účast jako v prvním kvartálu. Logicky by se se snížením úvazku na program měl snižovat i počet klientů. Již jsem uvedla důvody pro zvyšování kapacity programu. Kvůli možnosti uspokojení poptávky klientů jsem byla nucena přenést těžiště spolupráce do skupinových aktivit, což samozřejmě změnilo kvalitu poskytované péče. Individuální práce byla omezena na navazování kontaktu a řešení výjimečných situací. Podrobněji uvedu tuto problematiku v další kapitole.

#### *5.4 Současná podoba Programu přípravy na chráněné bydlení v PLB*

V současné době je Program přípravy na chráněné bydlení součástí Centra resocializace a terapie s personálním zajištěním jednoho úvazku. V následujících kapitolách přiblížím zasazení programu v organizační struktuře PL, uvedu cíle a metody práce s klientem a naznačím některé problematické oblasti a dilemata.

##### *5.4.1 Místo Programu přípravy na chráněné bydlení v organizační struktuře PLB*

Psychiatrická léčebna se dělí do primariátů a ostatních stanic. Psychiatrická léčebna má samozřejmě mimo léčebná oddělení i provozně-technický úsek, pro účely této práce je významné jen zasazení v organizaci

léčby. Psychiatrická léčebna nabízí péči dle problematiky, věku, potřebné délky hospitalizace apod. Jednotlivé části jsou rozděleny do pavilonů, kterých je víc než 30 a některé z nich se soustředí v primariátech. Existuje dětské a gerontologické oddělení, oddělení pro léčbu alkoholismu a závislostí, interní oddělení, RTG oddělení, oddělení pro soudem nařízenou ochranou léčbu a v neposlední řadě centrum krizové intervence, poskytující ambulantní i lůžkovou pomoc v krizových životních situacích. Vzhledem k cílové skupině chráněného bydlení a programu přípravy na chráněné bydlení, s výše zmiňovanými odděleními převážně nespolupracuji. Ostatní oddělení všeobecné psychiatrie jsou určena lidem mezi 18 – 64 lety, kteří potřebují hospitalizaci z důvodu dekompenzace duševní nemoci. Dělí se na oddělení akutní a následné péče. Pacient po příchodu do PL nejprve prochází centrálním příjmem pacientů, kde lékař zhodnotí zdravotní stav a určí do kterého pavilonu pacient náleží. Oddělení akutní péče patří mezi příjmová oddělení a jsou dělená na mužská, ženská a koedukovaná. Některá oddělení jsou zaměřená více psychoterapeuticky jako např. p. 3 a 27 patro a jsou koedukovaná. Pavilon 27 v přízemí je vybaven pro pacienty, kteří dočasně potřebují zvýšenou péči např. kvůli riziku sebepoškození v důsledku náročného průběhu ataky nemoci. Na odděleních akutní péče je pobyt limitován a pokud pacient i po určené době potřebuje další péči, kterou mu nemůže zajistit některá ambulantní služba, následuje přesun na některé z oddělení následné péče. Psychoterapeuticky zaměřené oddělení následné péče je pavilon 30, je to otevřené<sup>8</sup> a koedukované oddělení vedené komunitním způsobem, velká část pacientů, kteří směřují do chráněného bydlení procházejí tímto pavilonem, proto se jako terapeutka Programu přípravy na

---

8 Otevřené oddělení opravdu znamená, že je otevřené, takže pacient může v průběhu dne pavilon opustit nebo se vrátit bez vědomí personálu. Uzavřená oddělení mají uzamčený hlavní vchod.

chráněné bydlení účastním pravidelně porad týmu na tomto pavilonu a následně i ranní komunity. Oddělení 11, 12, 13 a 15 jsou tzv. chronické pavilony, které jsou zaměřeny na následnou péči pro pacienty, kteří potřebují dlouhodobou resocializaci. Na těchto odděleních jsou lidé, kteří jsou hospitalizováni dlouhodobě a ke zdravotní problematice se přidávají i četné sociální potíže, s kterými jim obvykle pomáhá opatrovník. Většina zájemců o chráněné bydlení, kteří mají indikaci pro bydlení s větší mírou podpory pochází z těchto pavilonů – převážně z p. 13. Ostatní oddělení následné péče jsou určena lidem, kteří potřebují dlouhodobě zvýšenou péči, nebo např. opakovaně porušují režim otevřených oddělení (p. 20, a 21) a nebo mají krom psychiatrického onemocnění ještě mentální postižení (p. 14, 16).

Na výše zmíněných lůžkových odděleních je zajištěná zdravotní péče lékaři a středním zdravotnickým personálem, případně ošetřovateli a sanitáři. Psychologové na odděleních provádějí psychologické vyšetření a vedou psychoterapeutické skupiny. O sociální potřeby se starají sociální pracovníce. Jedna sociální pracovníce má ale na starosti třeba 2 oddělení po cca 40 – 50 lůžkách a v době dovolených musí zastupovat kolegyně z jiných oddělení. Takže i když do kompetencí sociálních pracovníc spadá i resocializace a nácvik sociálních dovedností, nezbyvá na tyto činnosti po zabezpečení základních sociálních potřeb<sup>9</sup> moc času. Většina oddělení akutní a následné péče má 1 terapeuta, který zajišťuje denní terapeutické aktivity jako relaxaci, činnosti terapii, arteterapii, nácvik sociálních dovedností apod., tyto terapeuti nově

---

9 Sociální pracovníce pomáhají pacientům s orientací v systému sociální pomoci, ve vyřizování žádostí o sociální dávky a příspěvky, v problematice bydlení, ve vyřizování invalidního důchodu, v komunikaci se zaměstnavatelem a úřadem práce, soudem a ostatními institucemi. Někdy mají na starosti spravování jejich financí ale třeba i pomoc při obstarávání základního ošacení apod., péče je závislá na druhu postižení a míry potřebné podpory.

spadají pod staniční sestry, které jsou jejich přímým vedoucím pracovníkem. Mimo lůžková oddělení existuje centrum resocializace a terapie, které vzniklo zrušením primariátu resocializace a rehabilitace. Centrum resocializace a terapie je složeno z chráněných dílen umístěných v budově bývalé centrální terapie, v budově centra krizové intervence a v samostatném „domečku“ u hospicu. Každý pavilon má určené dny, kdy pacienti oddělení mohou navštívit jednotlivé dílny. Některá oddělení mají terapii na chráněné dílně zařazenou do svého povinného rozvrhu, jiná oddělení návštěvu terapií jen doporučují, či o možnostech navštívit dílny informují. Chráněné dílny jsou určeny hlavně pro ergoterapii, ale je zde možné se i naučit některému z řemesel. Získané dovednosti může člověk uplatnit ve vlastní výdělečné činnosti, nebo v chráněných dílnách provozovaných neziskovými organizacemi. Dalším z oddělení centra resocializace a terapie je pavilon 4, kde pracují 2 zdravotní sestry a 3 terapeuti. Zdravotní sestry nabízejí sérii skupinových aktivit jako je IPT (integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty), trénink kognitivních funkcí, tématické skupiny apod. Skupiny dělají na pavilonu 4, a nebo přímo na odděleních, pokud pacienti nejsou schopní ze svého oddělení dojít. Dále je na p. 4 sociální a pracovní poradna, které poskytují individuální poradenství, udržují kontakt s neziskovými organizacemi a podílí se na informování pacientů i personálu o možnostech služeb extramurální péče. Do poraden jsou pacienti objednáni na doporučení ošetřujícího personálu, nebo poradnu mohou sami vyhledat. Program přípravy na chráněné bydlení je umístěn také na pavilonu č. 4. Pacienti tedy jako na ostatní aktivity organizované centrem resocializace a terapie docházejí na aktivity programu ze svého pavilonu. Pacient se do programu dostane buď na základě doporučení

ošetřujícího lékaře, nebo sociální pracovníce, kteří pacienta přímo objednají na konzultaci, nebo ho o činnosti programu pouze informují. Jakýkoliv pacient PL může přijít v rámci konzultačních hodin objednat se ke konzultaci ohledně služeb v oblasti podpory samostatného bydlení. Pokud má pacient o chráněné bydlení zájem a má doporučení ošetřujícího lékaře, může začít spolupráce na přípravě na chráněné bydlení. Další z možností resocializačních aktivit je pracovní terapie, sloužící k získání či obnovení pracovních návyků. Hospitalizovaný pacient může využívat pracovní terapie na „statku“ – v socioterapeutické farmě, v zahradnictví nebo na terapeutickém pracovišti Čajovna. V PL provozuje chráněnou kavárnu organizace Green Doors, která rozšiřuje možnosti pracovní rehabilitace pacientů a mimo to poskytuje i sociální a právní poradenství<sup>10</sup>.

#### 5.4.2 Cíle Programu přípravy na chráněné bydlení

Mezi základní cíle programu patří vyhledat, kontaktovat a motivovat vhodné zájemce o některou z nabízených služeb v oblasti podpory samostatného bydlení. Informovat zájemce o podporu v samostatném bydlení o alternativách služeb v oblasti bydlení a o dalších službách podporujících proces psychosociální rehabilitace. Dalším cílem je pomoci zájemcům o služby v oblasti podpory samostatného bydlení s trénováním, udržováním a ověřením dovedností potřebných ke zvládnutí takového bydlení, zprostředkovat kontakt s neziskovými organizacemi a pomoci při zajištění náležitostí pro navázání a udržení

---

<sup>10</sup> V jejích prostorách probíhají i konzultační hodiny právní poradny organizace Česká asociace pro psychické zdraví a o. s. Kolumbus.

spolupráce. Pro zajištění chodu programu je důležité udržovat kontakt s poskytovateli služeb tak, aby byla umožněna co nejefektivnější spolupráce a návaznost služeb.

#### 5.4.3 Cílová skupina Programu přípravy na chráněné bydlení

Cílovou skupinu tvoří hospitalizovaní pacienti PLB, ve věku 18 – 64 let, kteří se léčí s dlouhodobým duševním onemocněním z okruhu psychóz. Do programu jsem začala zařazovat i lidi s poruchou osobnosti, kteří byli dříve pro tuto službu kontraindikováni. Během roku 2007 se služby chráněného bydlení začaly otvírat právě i lidem s touto diagnózou, proto jsem začala uvažovat o zařazení zájemců do programu. Existovaly dvě varianty: za prvé příprava ve stávajícím programu a za druhé vyčlenění zvláštní skupiny pro zájemce s touto diagnózou. Pro druhou ze zmiňovaných variant ale nebyl dostatečný počet zájemců. Vzhledem k tomu, že existovala reálná možnost, že budou na chráněné bydlení přijati jak lidé s psychotickým onemocněním tak lidé s poruchou osobnosti a budou muset vedle sebe bydlet, přišlo mi logické, aby se na tuto možnost i společně připravovali. Po individuální konzultaci možnosti přestupu na chráněné bydlení u jednotlivých pacientů přímo s přijímajícími terapeutky organizací, poskytujících službu v oblasti podpory samostatného bydlení, jsem několik pacientů s poruchou osobnosti do programu přijala. Během samotné přípravy se objevily výhody i nevýhody takovéto spolupráce. Výhodou je možnost ověření dovedností a schopností pacienta pro službu. Největší nevýhodu spatřuji v potřebě rozdílného terapeutického přístupu. Na jedné skupině se setkávali lidé, kteří byli v kontaktu ostražití a mým prvotním cílem

bylo podpořit je k sebevyjádření a zároveň se skupiny účastnil člověk, který si uměl najít prostor pro ventilování svých potřeb a problémů, ale zároveň tím skupinu zahlcoval. Zmíněná situace může nastat i ve skupině lidí léčících se pouze s psychotickým onemocněním a úkolem terapeuta je dát jednomu prostor a druhému ukázat hranice. Tuto situaci jsem ale vnímala opakovaně jako kontraproduktivní. Cítila jsem, že jsem několik skupin strávila intenzivní prací s hranicemi pacienta, který zahlcuje svými problémy, postřehy a nápady, nedává prostor ostatním, je rozhořčen, když ho někdo přeruší. Bohužel se domnívám, že jsem tím zároveň vysílala zprávu, že není dobré toho o sobě říkat příliš. To, co u jednoho oceňuji, u druhého omezují.

#### 5.4.4 Metody práce

Metody programu vycházejí z principů psycho-sociální rehabilitace a terapií zaměřených na trénink dovedností. Psycho-sociální rehabilitace u psychóz, jak ji popisuje Dr. Kim Hopper (2007) se skládá ze 4 částí: a) z obnovy smyslu pro možnost, b) ze získání dovedností, c) ze znovunavázání kontaktu se společností, d) a z urovnání a smíření. Rehabilitace v programu je zajišťována informováním o možnostech, provázením k naplňování těchto možností, pokud to je pro klienta samotného obtížné, edukací v tématech souvisejících se samostatným bydlením, tréninkem praktických dovedností, zprostředkováním kontaktu s organizacemi mimo PL apod. Stejně jako práce case managera, který pomáhá klientovi v dosažení jeho cílů, má i práce socio-terapeuta v programu terapeutický potenciál, i když jejím cílem není psychoterapie (Stuchlík, 2001, s. 33). Metoda nácviku sociálních dovedností



vychází z kognitivních a behaviorálních terapií, které při léčbě schizofrenních onemocnění prokazují úspěšnost (Praško, 2003). Program přípravy na chráněné bydlení není ale zaměřen na léčbu onemocnění, ale na léčbu sociální adaptability. Rozdíl oproti psychoterapii je v tom, že pracuje více na dovednostech praktických. V rámci psychoterapie se člověk učí poznávat sebe a své zdraví a nemoc. V socioterapii, kterou nabízí program, se učí poznávat prostředí, možnosti řešení praktických problémů na úřadech, v obchodě, ve společenském uplatnění, v bydlení atd. Program se snaží splňovat nároky na terapeutickou práci s lidmi trpícími psychózou, které uvádí např. Syřišťová (1989), jde především o důraz na návaznost péče (s.77), dávání postupně zatěžujících úkolů (s.75), nespíchat s podporováním dynamiky skupiny předčasně (s.84)....

#### 5.4.5 Činnost Programu přípravy na chráněné bydlení

Činnost programu přípravy na chráněné bydlení se dá rozdělit na přímou práci se zájemcem o chráněné bydlení a na poradenskou činnost a činnost poradenství zajišťující.

##### 5.4.5.1 Přímá práce se zájemcem o chráněné bydlení

Přímá práce se zájemcem o chráněné bydlení se skládá především z individuálních konzultací a skupinových aktivit.

*Co zájemce o službu získá v programu přípravy na chráněné bydlení:*

- informace o neziskových organizacích,
- kontakty na neziskové organizace,
- možnost zprostředkování vstupních pohovorů,
- informace o volných místech,
- prostor pro nácvik sociálních dovedností.

### Individuální konzultace

Spolupráce se zájemcem o chráněné bydlení začíná individuální konzultací. Klient je obvykle objednan ošetřujícím personálem, nebo může vyhledat služby programu sám. V první fázi individuální spolupráce je klient informován o možnostech chráněného bydlení a možnosti přípravy na chráněné bydlení. Zároveň probíhá mapování klientovy situace většinou prostřednictvím sociálně anamnestického pohovoru. Rozhoduje se o zařazení klienta do Programu přípravy na chráněné bydlení na základě doporučení ošetřujícího lékaře, indikaci pro službu a motivace klienta. Pokud má klient zájem o zprostředkování kontaktu s poskytovatelem služby, může využít i konzultací pro přípravu na vstupní pohovory, každý klient dostává leták s mapkou a popisem cesty, spolu s kontaktními údaji a termínem schůzky. Během přípravy je možné využít individuálních konzultací pro ujasnění možností, získání více informací, trénování speciálních dovedností (souvisejících se samostatným bydlením – tvorba finančních plánů, vyplňování formulářů a žádostí..) apod. Individuální konzultace je možno domluvit na aktivitách přípravného programu nebo navštívit terapeutku přímo během konzultačních hodin

## Společné aktivity

### **Cvičná kuchyňka:**

Cvičná kuchyňka je v budově bývalé centrální terapie vedle ergoterapeutických dílen. Pacienti účastníci se zde nácviku sociálních dovedností sem tedy docházejí ze svého pavilonu. Mimo samotného vaření si zde pacient/ka může osvojit, procvičovat, nebo udržovat některé dovednosti související s provozem společné domácnosti.

Na cvičné kuchyňce je možné trénovat:

- vaření,
- nákup (praktický trénink asertivity v obchodě) a práce s penězi,
- obsluhu elektrických spotřebičů,
- udržování pořádku,
- komunikaci s ostatními (ve smyslu dohodnutí kompromisu a spolupráce),
- soužití ve skupině, prosazování svých přání a nároků, ale i respektování přání a nároků ostatních... (zvlášť důležité u zájemců o chráněné bydlení skupinového typu),
- včasný příchod a práce s časem komplexně (omluvení nepřítomnosti, plánování aktivit tak, aby se to dalo stíhat..),
- odpovědnost – vydržet na aktivitě, i když se mi zrovna nechce.

Z toho vyplývají pravidla:

- aktivní zapojení se do přípravy jídla, nákupu potravin a úklidu prostor kuchyňky,

- respektování názoru ostatních a spolupráce,
- včasný příchod, omluva nepřítomnosti, setrvání po celou dobu aktivity.

### **Tématické skupiny**

Skupina slouží jako prostředí ke sdílení pokroků v přípravě na samostatné bydlení, řešení aktuálních problémů s vyřizováním úředních a jiných záležitostí a plánování cílů v rehabilitaci. Pacienti zde jsou více informováni o možnostech, které mají o problémech, které je mohou potkat a o způsobech řešení. Témata si určují účastníci skupiny sami dle vlastního přání nebo výběrem z navrhovaných témat. Témata jsou probírána teoreticky s důrazem na osobní zkušenosti účastníků a v rámci možností probíhá i praktický trénink některých dovedností (témata jsou v Příloze č. 1).

#### **Smysl:**

získat, upřesnit si či předat dál informace, zkušenosti a dovednosti důležité pro zvládnutí samostatného bydlení (oblasti: práce, úřady, zabezpečení domácnosti, sociální služby, sociální pomoc...).

#### **Pravidla:**

- aktivní spolupráce,
- respekt k druhému (k názorům, prostoru...),
- včasný příchod, omluva nepřítomnosti, setrvání po celou dobu aktivity.

## **Exkurze**

Jednou z činností Programu přípravy na chráněné bydlení je organizace exkurzí na chráněná bydlení, které jsou umožněny díky blízké spolupráci s organizací Bona o. p. s.. Exkurze mají informační a motivační význam pro potencionální zájemce o chráněné bydlení. Mimo exkurze na chráněná bydlení jsou dle zájmu zájemců o chráněné bydlení možné i návštěvy jiných zařízení poskytující sociální a jiné služby (volnočasové aktivity, úřady apod.).

### 5.4.5.2 Hodnocení nácviku sociálních a praktických dovedností

Hodnocení probíhá přímo v rámci aktivit. Pro tyto účely byla vypracováno 10-ti bodová škála hodnocení na cvičnou kuchyňku, díky kterému si klient může spočítat skóre o kterém rozhoduje hlavně míra aktivity v jednotlivých oblastech (rozhodování, úklid, příprava pokrmu, stolování apod). Zhodnocení své činnosti na konci aktivity má za cíl naučit se reálně hodnotit své dovednosti s možností zpětné vazby od ostatních ze skupiny a terapeuta, který vyzdvihuje pozitivní okamžiky činnosti a oceňuje dílčí úspěchy. V praxi bohužel na toto hodnocení většinou nezbývá čas. Na terapii na cvičné kuchyňce je vymezen čas od 9:30 do 11:00 a s nákupem a úklidem trvá vaření většinou déle. Dalším nástrojem hodnocení dosažených kroků je počáteční fáze tématické skupiny, kdy jsou jednotliví klienti vyzýváni ke sdílení zkušeností v organizacích a reflektování fáze navazování kontaktu. Mapování pokroku, není prozatím plně systematické.

### 5.4.5.3 Konec přípravy

U pacientů, kteří jsou na odchod do chráněného bydlení již připraveni, tzn. jsou ve stabilizovaném zdravotním stavu, mají zajištěné finance, mají navázaný kontakt s poskytovatelem a jsou v pořádku a jejich dovednosti a schopnosti odpovídají stupni podpory bydlení, o které žádají, se mohou dostat do situace, kdy by mohli opustit léčebnu, ale nejsou volná místa. Pokud pacient i nadále zůstane v PL, protože nemá kam jít, nebo se domů nemůže vrátit, jsou aktivity programu užitečné hlavně k udržení dovedností. Svou přítomností navíc připravení zájemci předávají zkušenosti dalším zájemcům a vyrovnávají tak potřeby skupiny.

Po absolvování programu – nebo v průběhu přípravy – získá účastník programu zprávu o absolvování programu, kterou je možno využít jako doporučení pro chráněné bydlení a zároveň jako vodítko pro další spolupráci s poskytovatelem návazných služeb, měla by tedy zajišťovat návaznost péče. V případě, že má o službu zájem více lidí, může dostat přednost ten, kdo má doporučení z přípravného programu.

Příprava zpravidla končí přestupem na chráněné bydlení nebo odchodem z léčebny, v některých případech změnou cílů, ztrátou nebo nevybudováním motivace ke službě, nebo vyřešením situace v oblasti bydlení jiným způsobem.

### 5.4.5.4 Informační a poradenská činnost

Terapeutka Programu přípravy na chráněné bydlení informuje oddělení o své činnosti a volných místech na chráněných bydleních. Poskytuje informace

o sociálních službách pacientům i personálu. Pro tento účel vytváří a upravuje propagační materiály.

### **Spolupráce s profesionály v PL i mimo ni**

Pro poskytování kvalitní služby je nutná spolupráce nejen s klientem, ale i s profesionály. V první řadě je důležitý kontakt s ošetřujícím lékařem, který klientovi dává doporučení, se sociální pracovníci, která má přehled o sociální situaci klienta a v neposlední řadě s dalším personálem PL. Zmapovat možnosti a schopnosti klienta pomáhá např. zařazení do pracovní rehabilitace, kde se ukážou praktické dovednosti, spolupráce s pracovními terapeuty pak rozšiřuje možnosti vzhledu do situace klienta. Spolupráce probíhá v rámci porad na pavilonech nebo v dílnách. Prostředníkem ke komunikaci je i elektronický program, ve kterém se terapeut dozví základní údaje o pacientovi a pomocí modulu terapie může nejen vést přehlednou dokumentaci, ale bezpečným způsobem předávat zprávy z terapie na lůžkovou oddělení. Předávání informací je problematické směrem ven z organizace. Na to, aby byla možná spolupráce s poskytovateli služby, aby byly reflektovány individuální potřeby klienta a byla zajištěna návaznost péče, je potřeba komunikace se zástupci organizací. Pro tyto účely byl vytvořen ve spolupráci s právníčkou PL informovaný souhlas, ve kterém pacient stvrzuje, že je s předáváním informací o něm srozuměn.

#### 5.4.5.5 Otázka kompetencí pracovníka v Programu přípravy na chráněné bydlení

Aktuálně je jediný pracovník v Programu přípravy na chráněné bydlení socio-terapeut. Nabízí se otázka, kdo by takovýto program měl ideálně vést. V psychiatrické léčebně to může být psychiatr, psycholog, sociální pracovník, zdravotní sestra, nebo terapeut. Vzhledem k metodám práce jako je odborné sociální poradenství, provázení, podpora, nácvik dovedností může být tento druh práce v kompetencích všech výše zmíněných. S tím, že každá profese má pro takový druh práce své výhody. Psychiatr je odborník na problematiku duševního zdraví a nemoci a nikdo z výše zmíněných nemá takový přehled o problematice psychopatologie, jako právě lékař nemocné duše. Velkou výhodou může být i např. znalost medikace a možností jejího využití. Sociální pracovník má výhodu v přehledu o možnostech sociální péče a pomoci, která je nabízená mimo PL atd. Bez ohledu na to, v jaké profesi je vyškolen pracovník v programu, je určitě důležitá schopnost sebereflexe, citlivost k prožitkům druhého, znalost základů psychopatologie a znalost možností následné péče ať už v oblasti zdravotní nebo sociální. Těmto požadavkům odpovídá vzdělání psychiatrických sester, nebo sociálních pracovníků vzdělaných i psychoterapeuticky.

#### 5.4.5.6 Dilemata Programu přípravy na chráněné bydlení

V této kapitole představím některá etická a praktická dilemata související s prací v psychosociální rehabilitaci lidí s dlouhodobým duševním onemocněním v PL.



## **Indikace do programu**

Výše jsem již zmínila problematiku výběru klientů dle druhu onemocnění. Dalším sporným místem je otázka aktuálního zdravotního stavu. Pro přechod do chráněného bydlení je podmínkou stabilizovaný zdravotní stav. Otázkou ale je, co to znamená. Někteří duševně nemocní jsou v období remise zcela bez příznaků duševní nemoci a jiní žijí i po dlouhodobé léčbě s přetrvávající symptomatickou a jejich stabilizovaný zdravotní stav doprovází bludy, ztráta vůle, nedostatečný náhled apod. Takto postižení lidé zpravidla potřebují dlouhodobou podporu při zvládnání péče o sebe, podporu v braní léků, komunikaci s úřady, v kontaktu se společnostmi, při zajištění chodu domácnosti, ale nemusí potřebovat lůžkovou zdravotní péči v rozsahu, kterou nabízí psychiatrické léčebny. Při rozhodování, zda bude člověk s přetrvávající bludnou produkcí či jinými problémy přijat do služby chráněného bydlení, hraje roli to, jaký vliv mají příznaky nemoci na jeho chování a prožívání, zda není riziko, že by opuštění hospitalizace, mohlo způsobit nebezpečí ohrožení nemocného nebo jeho okolí. Přijetí takového klienta do služby, může mít negativní vliv na ostatní klienty. Ze stejného důvodu je problematické i přijetí pacienta s reziduálními symptomy do přípravy. Jeho bludná přesvědčení se mohou projevovat na skupině, kde dle kompetencí terapeutky a smyslu aktivity není možnost ani prostor je zpracovávat. I když přijetí klienta přináší rizika, mám zkušenosti, že klient, skupina i já jsme občasná zakolísání ustáli a klient úspěšně prošel programem až do chráněného bydlení, kde doposud bydlí a rozvíjí své schopnosti.

Podobným rozhodováním o přijetí nebo nepřijetí do programu provází situace, kdy má o chráněné bydlení zájem pacient, který je v PL krátkou dobu a jeho zdravotní stav není ještě stabilizovaný. Problém je v tom, že když se zdravotní stav stabilizuje, mohl by již pacient opustit léčebnu a přejít do služby, ale pokud s ním nebyla započata spolupráce v programu, nemusí mít vyřízené náležitosti. – není např. v pořadníku zájemců, protože neprošel vstupním pohovorem apod. S tím souvisí i problém nedostatečné kapacity chráněných bydlení, na které klienti musí i několik měsíců čekat. Doba čekání by se v případě odkládání spolupráce do doby, než se podaří stabilizovat zdravotní stav, ještě prodloužila – s každým zájemcem, který se přihlásí dříve - o několik měsíců. Pro eliminování rizik souvisejících s účastí ne zcela zaléčených lidí v programu, je důležitá spolupráce s ošetřujícími lékaři, kteří v prvé řadě dávají doporučení k nácviu a zároveň je možné s nimi konzultovat i průběh terapie.

Podobně jsou na tom lidé s ochrannou léčbou. Zrušení ochranné léčby může být naplánováno a v době, kdy je ochranná léčba zrušena a pacient by mohl nastoupit do služby, nebude mít možnost, pokud nebude již veden v pořadníku zájemců. Z tohoto důvodu jsem zařadila 3 pacienty s OLÚ do programu. Jeden z nich po ukončení OLÚ nastoupil na chráněné bydlení, u 2 byl program doposud neúspěšný.

### **Míra odpovědnosti**

Člověk je odpovědný sám za své zdraví, svůj majetek, za své činy a chování a etické principy sociální i terapeutické práce hovoří o tom, že máme svou práci vykonávat tak, abychom své klienty v této odpovědnosti podporovali,

případně jim pomáhali odpovědnost za sebe přebrat. V rámci pomáhání duševně nemocným jim však mnohdy jejich odpovědnost bereme. Např. omezením či zbavením způsobilosti k právním úkonům říkáme, že člověk není zcela odpovědný za svá rozhodnutí. Duševně nemocný má pak svého opatrovníka, který spravuje jeho finance, rozhoduje, kde bude bydlet apod. V praxi socioterapeuta se tato problematika objevuje v práci s motivací. Častokrát se stává, že přijde na konzultaci člověk, který má doporučení ošetřujícího lékaře k chráněnému bydlení, ošetřující personál, rodina, opatrovník hodnotí jeho dovednosti jako nedostatečné k samostatnému bydlení, zkušenosti to potvrzují, pacient je dlouhodobě hospitalizovaný, jeho představy o samostatném bydlení se neslučují s realitou, nebo ani nemá představu, kde by bydlel, přes to všechno je ale přesvědčen, že by samostatné bydlení zvládl. Neodejde z PL třeba protože nemá kam, nebo protože dá na doporučení lékaře. Když takový člověk přijde do programu je důležitá práce na motivaci klienta pro službu a poctivé reflektování spolupráce, která by měla citlivě reagovat na schopnosti klienta tak, aby co nejméně zasahovala do jeho kompetencí. Pro odpovědné rozhodování je především potřeba mít dostatek informací a být si vědom důsledků svých činů a kroků, což je jedním z cílů psycho-sociální rehabilitace, protože čím je člověk informovanější a schopen většího nadhledu, tím je i svobodnější.

### **Problematika personálního zajištění programu – kapacita**

V době srpnu 2006 byl program přípravy na CHB personálně obsazen 1,3 úvazku (0,8 + 0,5), kapacita programu byla přibližně 18 klientů. Aktuálně je personální zajištění 1,0 úvazku a kapacita vzrostla na 24 připravujících se klientů a dalších 6 – 10 individuálních spoluprací (jednorázové – nebo

dlouhodobější spolupráce, buď do doby než se uvolní místo v programu, nebo je spolupráce ukončena). Pokud neberu v potaz individuální spolupráce a konzultace s pacienty, kteří nejsou v programu (tedy nedocházejí na aktivity) snížilo se personální obsazení vzhledem k navýšení kapacity programu o 42 %.

Vzhledem k širší nabízených služeb programu, k inter-individuálním rozdílům v potřebách jednotlivých klientů a rozsahu činností, které je potřeba vykonávat mimo samotné terapeutické aktivity, se udržení kvality poskytované péče stává stále více problematickým. Z toho důvodu se těžiště „individuálního“ plánování stále více přesouvá do skupinových aktivit a v poslední době jsem nucena přesouvat i fázi mapování potřeb do skupinové práce, což je samozřejmě méně efektivní, než forma individuálního pohovoru.

Nerada bych přistoupila k opětovnému snížení kapacity programu, protože jsem se v minulosti setkala se situací, kdy se uvolnila místa na chráněném bydlení a v programu nebyl vhodný zájemce (z důvodu zhoršení zdravotního stavu, nepřipravenosti pro službu, nedořešení finanční situace). Vzhledem k nedostatečné kapacitě služeb a dlouhé (několikaměsíční) čekací době, je škoda uvolněné kapacity nevyužít. Tato problematika vyplývá z „návalovitého“ uvolňování míst v některých obdobích. Dalším důvodem je fakt, že zájemci, kteří čekají nejdéle – muži čekající na chráněné bydlení skupinové, tvoří největší část účastníků programu a zároveň nejvíce potřebují nácvik praktických a sociálních dovedností. Tito klienti z aktivit těží nejvíce, proto bych nechtěla omezovat jejich počet v programu (i když by to bylo částečně řešením – bylo by více prostoru pro ostatní skupiny). Navýšená kapacita se v tomto ohledu

osvědčila, protože rozvržení zájemců v programu umožňuje připravovat klienty ke službám v jejich různorodých požadavcích na klienty (dle různé míry podpory, kritérií věku, pohlaví, závažnosti duševního onemocnění apod.).

Problémy vycházející z nedostatečné kapacity:

- Problematické naplňování potřeb různých cílových skupin pacientů.
- Neschopnost poskytnout prostor všem zájemcům o CHB.
- Komplikace v situaci, kdy se náhle uvolní větší počet míst na CHB.

Problémy vycházející z nedostatečného personálního zabezpečení:

- Nedostačující možnosti nabídky – volných míst v programu.
- Omezování individuální práce.
- Problematické získávání zpětné vazby – důležité pro profesionální rozvoj a s tím související zvyšující se kvalitu poskytované péče.
- Velmi omezená možnost zástupnosti.

Proces psycho-sociální rehabilitace vyžaduje komplexní přístup, různorodé aktivity, spolupráci s odborníky v rámci PL, s poskytovateli následné péče i s rodinnými příslušníky. K porozumění možnostem jednotlivých klientů a skutečné proniknutí do kontextu z kterého přicházejí, je potřeba dostatek času alespoň pro počáteční mapující část spolupráce. Tento čas mi stávající situace nenabízí. Pro udržení stávající kvality péče a její další zlepšování je dle mého názoru potřeba rozšířit personální možnosti Programu přípravy na chráněné bydlení. Dále jsem přesvědčená, že předpokladem kvalitní péče je úzká týmová spolupráce, která prostřednictvím dialogu umožní pravidelnou reflexi

každodenní práce, snižuje riziko vyhoření a dává prostor pro širší vhlad do složitých osudů a povah jednotlivých klientů.

#### 5.4.5.7 Principy práce v Programu přípravy na chráněné bydlení

Pro poskytování kvalitní péče vnímám jako důležité vymezit jasnou strukturu práce s přesně definovanými nástroji terapeutického působení a hodnocení, aby byla poskytovaná péče systematická a efektivní, rozhodla jsem se vytvořit strukturovanou metodu práce s klientem, která bude vycházet z předešlých zkušeností. V následující kapitole se budu tedy věnovat návrhu takové metody systematické práce na přípravě na chráněné bydlení s jednotlivcem i skupinou v její ideální podobě.

### 5.5 *Doporučená metoda přímé práce s klientem programu přípravy na chráněné bydlení*

#### 5.5.1 Cílová skupina

##### **Pro poradenství:**

Všichni pacienti PLB, kteří mají zájem o chráněné bydlení nebo informace o něm.

##### **Pro vstup do programu:**

Pacienti PLB, kteří jsou indikováni pro službu chráněné bydlení, nebo se o jejich indikaci uvažuje.

### **Kritéria přijetí do programu (výběr):**

- stabilizovaný zdravotní stav do té míry, aby mohl pacient docházet na aktivity programu,
- věk od 18-ti let,
- motivace k CHB,
- dobrovolná léčba.

#### 5.5.2 Druhy nabízených služeb

- a) SPECIÁLNÍ SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ
- b) PROVÁZENÍ K CHRÁNĚNÉMU BYDLENÍ A PŘÍPRAVA

#### 5.5.3 Podoba spolupráce

##### SPECIÁLNÍ SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

*Viz. 1 fáze provázení k chráněnému bydlení a příprava*

##### PROVÁZENÍ K CHRÁNĚNÉMU BYDLENÍ A PŘÍPRAVA

*1 fáze: navazování kontaktu a mapování potřeb*

#### **První kontakt**

Cíle konzultace: získat informace o klientovi, informovat klienta.

Použitý formulář: Vstupní karta pacienta (příloha č. 2).

Průběh konzultace: Na základě stručné anamnézy (jméno, věk, dg., zkušenost se samostatným bydlením, motivace k chráněnému bydlení, pracovní

zkušenosti, plány do budoucna apod.) je klient informován o službách, které poskytují podporu v samostatném bydlení (indikace, smysl, přínos, kontraindikace, poskytovatelé služby) a o možnostech další spolupráce.

#### Možné výsledky:

- Klient chce pomoci se zprostředkováním: naplánování další schůzky (sociálně anamnestický pohovor) a předání dotazníku pro zájemce o službu v oblasti bydlení (Bona).
- Pacient o sobě nechce hovořit: Je informován obecně o službě a informován o možnostech další spolupráce.
- Pacient nevhodný pro službu: doporučení, kam se může obrátit (sociální, pracovní poradna, soc. pracovnice apod.).
- Nejasná indikace pro službu, nebo ještě není doporučení lékaře: dojednána další schůzka – sociálně anamnestický pohovor, klient je informován, že za účelem doporučení bude kontaktován ošetřující lékař, případně dojde k ověření indikace u poskytovatele (možné anonymně).

Kroky před dalším pohovorem: Předána zpětná vazba ošetřujícímu lékaři, informování se o doporučení pro službu, kontaktování poskytovatelů organizací poskytujících službu, ověření dalších možností.

#### **Sociálně anamnestický pohovor**

Cíle konzultace: zmapovat sociální situaci klienta a jeho potřeby, dojednat další spolupráci na základě důkladnějšího vhledu do situace klienta a poznání



jeho možností a zkušeností. Sepsání informovaného souhlasu s poskytnutím důvěrných informací.

Použitý formulář: Sociální anamnéza (příloha č.3), Informovaný souhlas (příloha č. 4).

Průběh konzultace: klient je seznámen s cílem konzultace, konzultace probíhá dle pro tento účel vyhotovených formulářů. Zhodnocení dosavadních kroků.

Možné výsledky:

- Výsledkem je rozhodnutí o indikaci na základě (doporučení lékaře, podrobnějších informací, informací od poskytovatelů).
- Pokud je klient indikován pro službu je mu nabídnut program přípravy na chráněné bydlení: cvičná kuchyňka a tématická skupina (vysvětlení smyslu programu a pravidel).
- Pokud klient není indikován pro službu, je informován o dalších možnostech a má-li zájem o jiné řešení své situace, je informován, kam se může obrátit.
- Informování klienta o potřebě komunikace s poskytovateli služeb, opatrovníkem, ošetřujícím lékařem, případně dalšími terapeuty. Klient informován jakým způsobem bude docházet k předávání informací a o možnosti souhlas k předávání informací kdykoliv zrušit. Následně je v případě, že klient souhlasí, podepsán informovaný souhlas.
- Dojednání kroků pro kontaktování organizací (vyplnění dotazníku pro zájemce o službu v oblasti bydlení a předání ošetřujícímu lékaři,

objednání na vstupní pohovory, schůzky před vstupními pohovory apod.).

- Dojednání dalších kroků v rehabilitaci dle výsledků sociální anamnézy a identifikovaných potřeb.
- Dojednání termínu pro zhodnocení přípravy a vytvoření individuálního rehabilitačního plánu (příloha č. 5).

*2. fáze: psycho-sociální rehabilitace*

## INDIVIDUÁLNÍ ČÁST

### **Schůzka pro vytvoření individuálního rehabilitačního plánu**

Cíle: Formulovat klientovi cíle, zhodnotit učiněné kroky, definovat možnosti podpory a možné překážky, naplánovat nutné kroky k dosažení cílů.

Použitý formulář: Individuální rehabilitační plán (příloha č. 5).

Průběh setkání: Klient je informován o smyslu schůzky a na základě předešlé sociální anamnézy a dosavadním průběhu spolupráce je společně sestaven individuální plán.

Možné výsledky:

- Jsou definovány cíle spolupráce.

**Zhodnocení spolupráce** (příloha č. 6).

## SKUPINOVÁ ČÁST

### **Nácvik sociálních dovedností na cvičné kuchyňce**

Cíle: praktická příprava a nácvik sociálních dovedností.

Použitý formulář: hodnocení přípravy na chráněné bydlení (část praktická, příloha č. 6) .

Průběh setkání: Nejprve si klienti rozdělí role. Poté následuje praktická část: dojednání jídla, sestavení nákupního lístku, odhad ceny, porovnání s možnostmi rozpočtu, nákup, kontrola náležitostí (účet, razítko, částka), příprava pokrmu, údržba pracoviště, stolování, úklid.

Definované role:

- Tvůrce nákupního lístku.
- Odhadce ceny.
- Nákupčí.
- Kuchař – vaří.
- Pomocník – pomocné práce před vařením.
- Pomocník – údržba pracoviště.
- Pomocník – příprava pro stolování.
- Pomocník – úklid pracoviště.

Pokud nepřijde požadovaný počet klientů – rozdělí se zbylé role mezi ostatní. Klient, který svou roli splnil se podílí na pomocných pracích, nebo na úklidu spíže, ledničky apod. Případně sestavuje týdenní jídelníček s rozpočtem.

### Možné výsledky:

Klient je schopen naplnit jednu z rolí, proveden zápis ve formuláři hodnocení přípravy na chráněné bydlení.

Klient neprokáže schopnost naplnit svěřenou roli.

### **Tématická skupina**

Cíle: provázení směrem k chráněnému bydlení, sdílení, budování sociálního citění, předávání a výměna informací v potřebných oblastech (témata v příloze č. 1)

### Průběh skupiny:

- Představení nových členů (představení skupiny - členů, i smyslu).
- Absence (kdo minule nebyl a proč).
- Harmonogram skupiny (od začátku již na tabuli).
- Reflexe minulé skupiny: co se probíralo, co je potřeba dobrat, doplňující otázky.
- Co je u nás nového? Fáze přípravy (dokud nebudou všichni jen čekat), zhodnocení, co klient již splnil, co mu zbývá. Ocenění, pokud klient již splnil všechny body přípravy.
- Aktuální téma: téma někoho z účastníků, vybrané téma. Nejprve probráno obecně spíše teoreticky se zaměřením na zkušenosti účastníků, následuje praktická část.
- Návrhy na příští téma.
- Po každých 3 tématech – test .

#### 5.5.4 Kritéria hodnocení přípravy na chráněné bydlení

- prošel vstupními pohovory + splnil požadavky org.,
- splnil praktickou část: je schopen sam. sestavit týdenní jídelníček, nákupní lístek, nakoupit, uvařit, udržovat pořádek na pracovišti, pracovat s časem,
- má svůj plán v oblastech – bydlení, volný čas, práce, finance, zdraví,
- má zažádáno o příspěvek na péči,
- má zajištěny finance pro platbu služby,
- má stabilizovaný zdravotní stav,
- je zapojen do pracovní rehabilitace – nebo se věnuje jiné pravidelné činnosti.

Základní principy a způsoby práce v psycho-sociální rehabilitaci v Programu přípravy na chráněné bydlení jsem popsala výše. Vzhledem k aktuálním potřebám a kapacitním možnostem docházelo k upravování jednotlivých kroků tak, aby bylo vždy zajištěno především naplnění základních cílů, jimiž je informovat a doprovodit směrem ke službě.

## 5.6 *Motivace pacientů PLB a klientů služeb v oblasti bydlení*

### *pro službu chráněné bydlení*

*„Teď již vím, že mnoho lidí v plotech i ti za ploty mají chvíle, kdy v nich vše pláče. A pakli z vás nebo z nás některým se podařilo vrátit do reálného života (byť třeba i na nějaký čas), můžeme být se sebou spokojeni.“*

*Ing. Marcela Kutajová (2008, s. 44)*

### 5.6.1 Cíle a úkoly šetření

Vzhledem k tomu, že jsem si během prvních motivačních pohovorů se zájemci o chráněné bydlení všimla, že se často objevuje sociální motivace. Pacienti za dlouhou dobu hospitalizace přišli o své původní bydlení, bydlení zůstalo dětem, bývalým partnerům, nebo z důvodu dluhů, které jim vznikly, protože přišli o práci, nebo dlouhodobé práce nebyli schopni a invalidní důchod na pokrytí nákladů na bydlení nestačil. Mou výchozí hypotézou je, že existuje rozdíl mezi motivací zájemců a uživatelů ke službě a možnostmi, které služba nabízí. Cílem dotazníkového šetření je zjistit, v jaké míře se tato sociální motivace objevuje u zájemců a uživatelů služby. Zároveň bych chtěla získat přehled o převládající motivaci pro službu u klientů programu přípravy na chráněné bydlení i uživatelů služeb v oblasti chráněné bydlení. Tento poznatek bude mít praktický význam pro práci v programu. Převažující motivace zjištěná z dotazníku mi napoví, kterým tématům je důležité se věnovat.

## 5.6.2 Definice pojmu chráněné bydlení

Chráněným bydlením je zde míněna jakákoliv služba nabízející bydlení v chráněných podmínkách pro duševně nemocné. Chráněné bydlení skupinové odpovídá službě s větší mírou podpory, které je poskytováno organizací Bona a podpora samostatného bydlení je služba s nižší mírou podpory, kterou organizace poskytuje spolu se zprostředkováním bydlení. Problematice definování jednotlivých pojmů jsem se blíže věnovala v předešlých kapitolách.

## 5.6.3 Otázky a průběh šetření:

1) Které z nabízených možností cílů a důvodů pro službu převažují?
2) Shoduje se motivace zájemců a uživatelů s nabídkou poskytovatele chráněného bydlení?
3) V jaké míře se objevuje sociální motivace ke službě chráněné bydlení u zájemců v PLB a uživatelů této služby?

Oslovení byli respondenti, kteří se v období od listopadu 2007 do července 2008 připravovali na službu chráněné bydlení skupinové i individuální. Další skupinou oslovených jsou uživatelé služeb v oblasti bydlení z organizace Bona (služba podpora samostatného bydlení a chráněné bydlení). Celkový počet respondentů je 59. Podrobnější popis respondentů je uveden v další kapitole. Odpovědi jsem od respondentů získala prostřednictvím dvou dotazníků (pro zájemce a pro uživatele služby – viz. příloha č. 7, 8). Dotazníky byly koncipovány stejným způsobem pro možnost následného porovnání. Uživatelé měli navíc otázku, zda se jejich motivace nějak změnila za dobu pobytu na chráněném bydlení. Dotazník byl složen z otázek uzavřených, polootevřených i otevřených. Dotazník byl distribuován nenáhodným výběrem a nabídnut všem

klientům Programu přípravy na chráněné bydlení a klientům Bony (prostřednictvím terapeutů). Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a anonymní pro zajištění svobody výpovědí všech respondentů<sup>11</sup>. Třídění kvalitativních hodnot výpovědí jsem omezila, z důvodu malého počtu vepsaných odpovědí. Uvedení přímých odpovědí má dle mého názoru v tomto případě větší výpovědní hodnotu, než umělé hledání společných znaků.

#### 5.6.4 Popis respondentů

##### **Zájemci o chráněné bydlení**

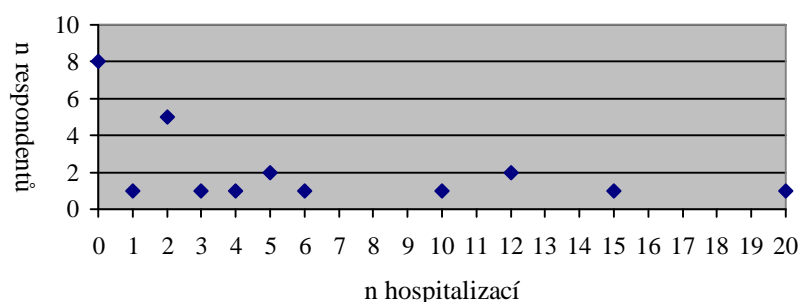
Celkový počet respondentů je 25, z toho 15 mužů, 9 žen a 1 člověk nezaškrtl ani jednu možnost. Věk respondentů se pohybuje mezi 22 a 64 lety. Skoro polovina zájemců má středoškolské vzdělání (12), 6 zájemců má základní vzdělání a 4 zájemci mají vysokoškolské vzdělání, 2 zájemci na otázku neodpověděli. Počet hospitalizací od 1 do 20, nejvíce zájemců neodpovědělo (8). Dle délky hospitalizace je skupina různorodá, (7 z 16) uvedla rozdílný počet hospitalizací od ostatních, 10 z 16 jsou v rozmezí 1 – 5 hospitalizací (dle následujícího grafu). Délka hospitalizace je od 10 měsíců do 40 let. 13 klientů má zájem o individuální bydlení, 6 o skupinové a 7 to je jedno, 1 neodpověděl. O možnosti služby chráněné bydlení se dozvěděli od psychiatra (16 z 25) a sociální pracovníce (11 z 25), dalším významným informátorem byli terapeuti (7 z 25). 19 zájemců se o službě dozvědělo v rámci hospitalizace v PL.

---

<sup>11</sup> Z důvodu, aby respondenti neměli obavy vlivu jejich odpovědí na jejich přípravu na službu, nebo setrvání ve službě. Na chráněném bydlení může být motivace ke službě důvodem pro ukončení služby.



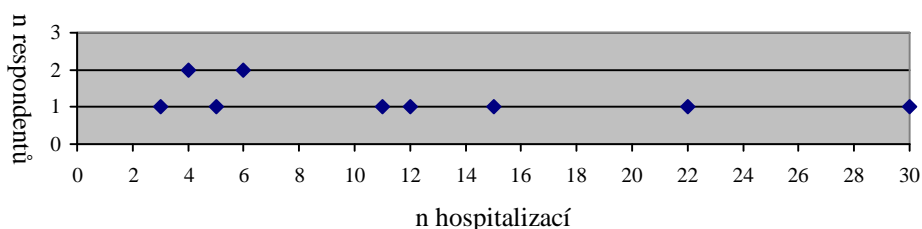
Počet hospitalizací 1



### Uživatel služby Podpora samostatného bydlení

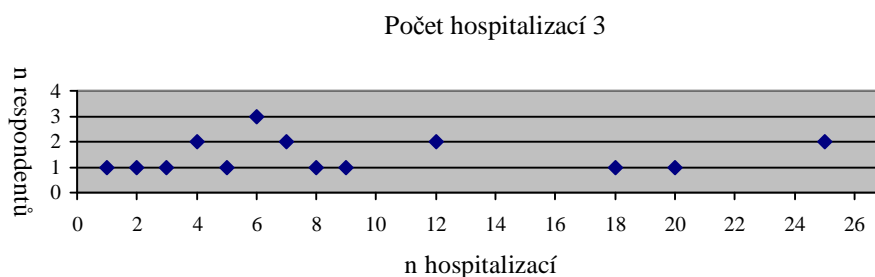
Celkový počet respondentů je 11, z toho 7 mužů, 4 ženy. Věk klientů se pohybuje mezi 24 – 65 lety. Více než polovina má středoškolské vzdělání (6), 3 respondenti mají základní vzdělání a 2 vysokoškolské. Klienti již byli hospitalizováni 3 – 22 krát (viz. graf Počet hospitalizací 2) v rozmezí 6 až 30 let léčby. 4 respondenti již mají předešlou zkušenost s CHB a 3 z nich ukončili pobyt na chráněném bydlení z důvodu uplynutí doby, 1 respondentka potřebovala více soukromí. Stejně jako u zájemců o chráněné bydlení se největší počet zájemců o službě dozvěděl od psychiatra (5), dále od soc. pracovníce (4), od terapeuta (2) a od přítel/kamarád (2). Většina zájemců se o službě dozvěděla za dobu hospitalizace v PL (9 z 11).

Počet hospitalizací 2



### Uživatel služby chráněné bydlení skupinové

Celkový počet respondentů je 23 z toho 16 žen a 7 mužů. Věk respondentů se pohybuje mezi 29 a 66 lety. Největší počet respondentů má základní vzdělání, 8 středoškolské a 1 vysokoškolské. Respondenti uvedli mezi 3 až 1000 hospitalizací. Projít tis. hospitalizací není reálné, můžu se domnívat, že respondent počet nadnesl z důvodu neznalosti přesného čísla, nebo tím vyjadřuje, že jich bylo opravdu mnoho. Respondenti se léčí mezi 0,5 roku – 40 let. 13 respondentů se mají předešlou zkušenost s chráněným bydlením a 10 nemá. Důvody pro opuštění služby byly neshody s terapeutkou, hospitalizace, nedostatek potřebné péče, „nezvládla jsem – stresující“, vysouzení vlastního bytu, „po určité době, když se můj stav zlepšil, jsem se navrátila ke své přítelkyni“, „oproti ostatním klientům jsem byl na vyšší úrovni“ a malá svoboda a soukromí). O službě se podobně jako předešlé skupiny dozvěděli od psychiatra (11), soc. prac. (8), terapeut (6). Významná většina respondentů se o službě dozvěděla v PL - 17 a 5 mimo PL.



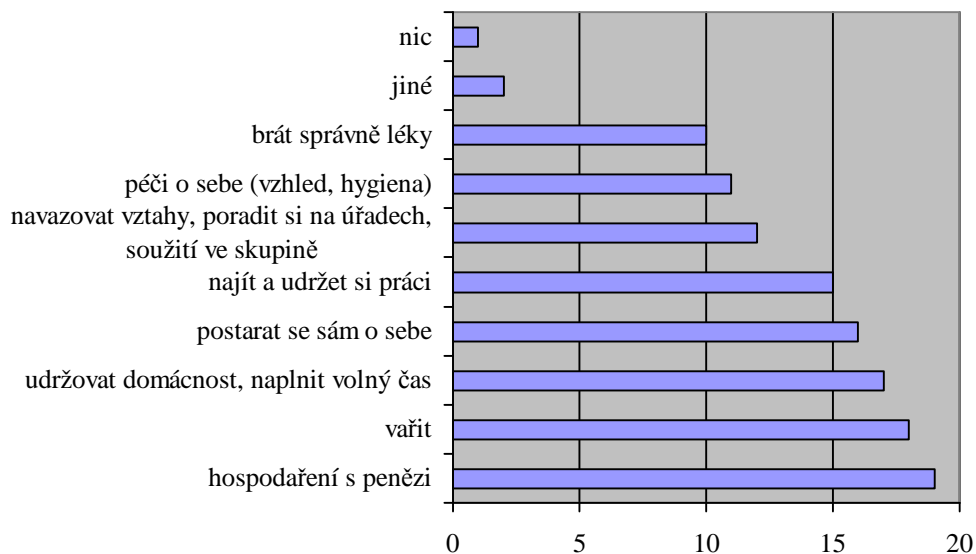
#### 5.6.5 Které z možností cílů a důvodů pro službu převažují?

##### Zájemci

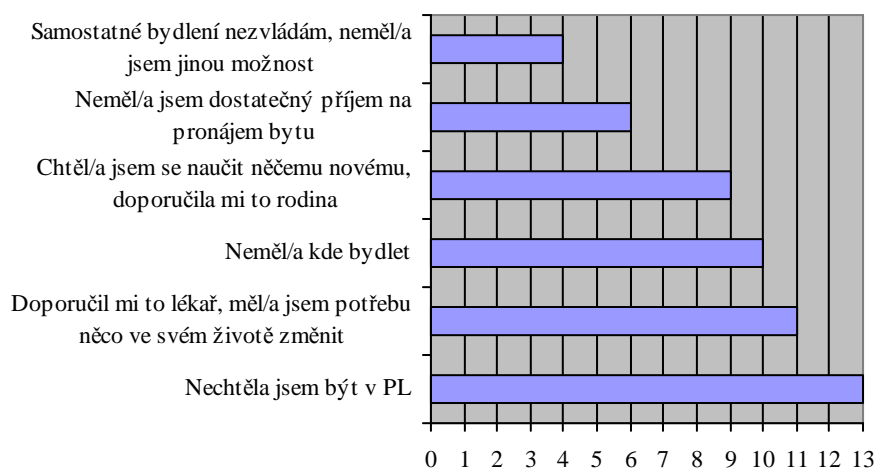
Zájemci o službu chráněné bydlení uvedli jako cíl, kvůli kterému se rozhodli využít službu chráněné bydlení nejčastěji hospodaření s penězi, vaření,

udržování domácnosti a najít náplň volného času, jak ilustruje graf Cíle zájemců o chráněné bydlení. Mezi nejčastěji uváděné motivy patří nevole být dále v PL, doporučení ošetřujícího lékaře, potřeba změny v životě a fakt, že nemají, kde bydlet.

Cíle zájemců o chráněné bydlení



Motivace zájemců o chráněné bydlení



V místě, kde měli respondenti z řad zájemců možnost vyjádřit se k důvodu, proč mají zájem o službu, nejvíce zájemců odpovědělo, že se chtějí osamostatnit

(5), že chtějí řešit svou bytovou situaci (3), 1 se chce naučit hospodařit s penězi a 1 má špatné rodinné zázemí.

Následuje výčet přesných formulací důvodů pro zájem o službu.

„Nezvládám být doma s rodiči ani žít sama.“

„Protože je to doma špatný. Táta je alkoholik. Tak se chci dokázat postarat sama o sebe.“

„Z hlediska svobodného osamostatnění.“

„Naučit se postarat sám o sebe. A hlavně se osamostatnit.“

„Abych byl samostatný.“

„Nemám, kde bydlet. Neumím hospodařit. Chci se osamostatnit.“

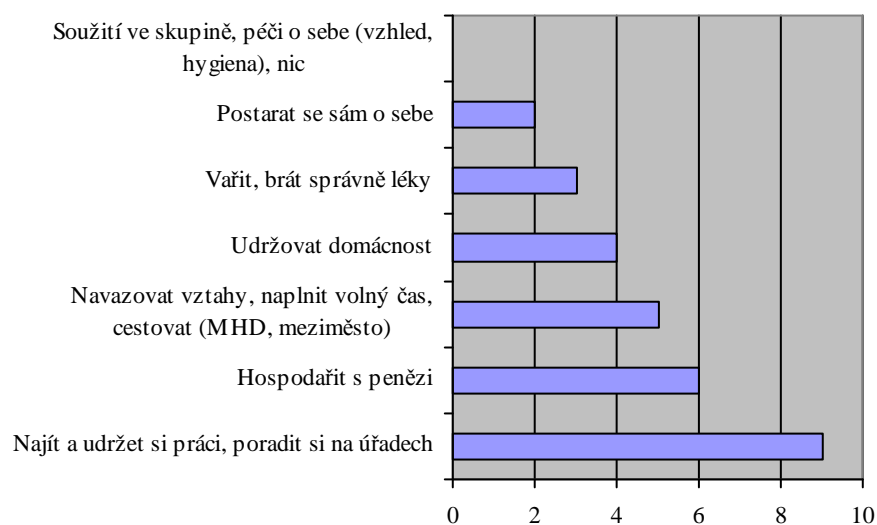
„Nemám, kde bydlet.“

„Nemám, kde bydlet.“

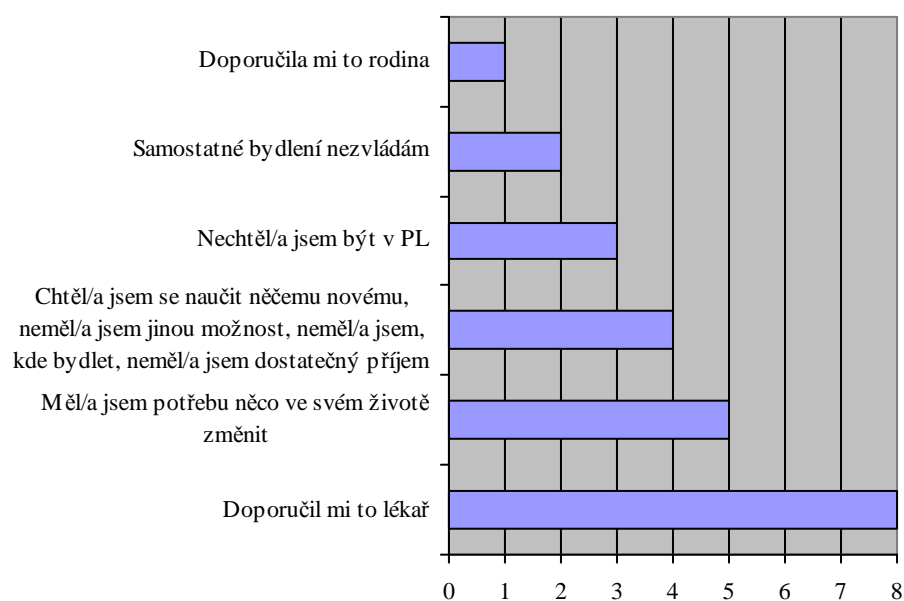
### **Uživatel – služby podpora samostatného bydlení**

Mezi nejčastějšími cíli uživatelů služby Podpora samostatného bydlení je najít a udržet si práci, poradit si na úřadech, hospodaření s penězi, navazovat vztahy, naplnit volný čas a cestovat. Cíle uživatelů ilustruje graf Cíle uživatelů individuálního chráněného bydlení. Mezi nejčastější motivy patří doporučení lékaře, potřeba změny v životě, potřeba naučit se něčemu novému, uživatelé taktéž neměli jinou možnost, neměli, kde bydlet a neměli dostatečný příjem. Důvody ilustruje graf Motivace uživatelů individuálního chráněného bydlení.

### Cíle uživatelů individuálního chráněného bydlení



### Motivace uživatelů chráněného bydlení individuálního



Na otázku, zda se za dobu pobytu na chráněném bydlení změnila motivace respondentů většina odpovídala v pozitivním smyslu o dovednostech, které se za dobu pobytu naučili.

Uživatelé služby podpory samostatného bydlení na předešlou otázku odpovídali:

*„Umím se o sebe postarat, mám více chuti a elánu do života. Jsem samostatnější.“*, *„Moje motivace se nezměnila“*, *„Životní události změnilly např. motivaci k samostatnému bydlení. Nyní bych mohla bydlet samostatně.“*, *„Na základě většího soukromí jsem motivovaný k navazování kamarádství, partnerství.“*, *„Trochu ano. Jsem sám, je mi líp, že mám soukromí. Upevnil jsem si vědomí, že vše dokážu zvládnout sám.“*, *„Zlepšila.“*, *„Víc žiji jako „normální“ člověk a ne jako „blázen“.“*, *„Začala jsem se víc starat o domácnost, o sebe. Zlepšily se mé vztahy s maminkou, protože nejsme až tolik spolu.“*, *„Našla jsem si práci, vydělávám víc peněz, z toho vyplývá, že mám víc možností (pečovat o sebe, o rodiče) můžu ušetřit nějaké peníze do budoucna.“*, *„Vážím si bydlení tady, jsem za to vděčný.“*

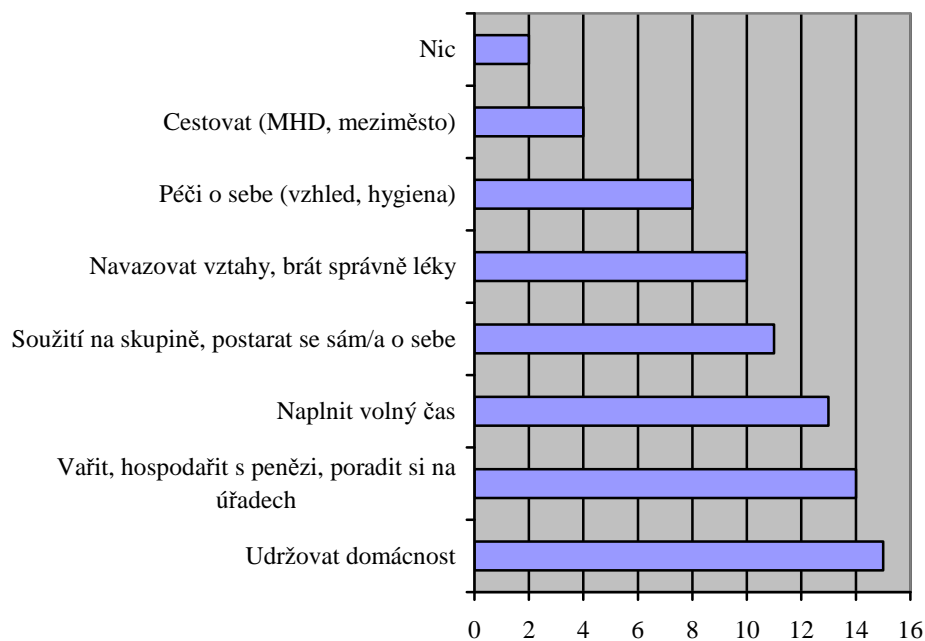
V místě, kde měli respondenti z řad zájemců možnost vyjádřit se k důvodu, proč mají zájem o službu je nejčastější motiv neexistence jiné možnosti (3), ostatní motivy jsou různorodé. Pro ilustraci :

*„Abych se naučila žít normálně bez léčebny.“*, *„Neměla jsem možnost jinde bydlet, neměla jsem nárok na sociální byt, měla jsem majetek.“*, *„Zdravotní důvody.“*, *„Protože jsem neměla jinou možnost, jak se osamostatnit od rodiny.“*, *„Dovedli mě k tomu životní trable.“*, *Neměl jsem jinou možnost, protože nemám velký důchod a jsem tu velice spokojen.“*

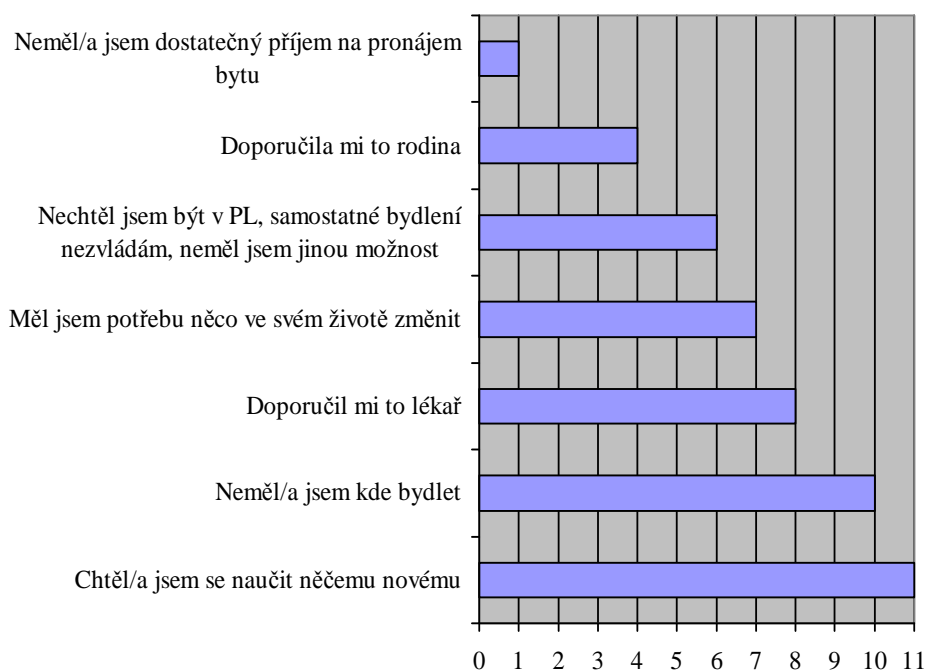
## Uživatel CHB skupinového

Cíle uživatelů chráněného bydlení skupinového je především udržování domácnosti, vaření, hospodaření s penězi, naučit se poradit si na úřadech a naplnit volný čas. Tyto cíle ilustruje graf Cíle uživatele služby chráněné bydlení skupinové. Mezi nejčastěji zvolenými motivy je potřeba naučit se něčemu novému, nemožnost jiného bydlení a doporučení lékaře. Motivaci ilustruje graf Motivace uživatele služby chráněné bydlení skupinové.

Cíle uživatele služby chráněné bydlení skupinové



### Motivace uživatelů chráněného bydlení skupinového



Uživatelé služby chráněného bydlení skupinové uváděli jako změnu motivace to, že našli práci (3) a aktivizaci (2). Pro ilustraci možného významu služby pro uživatele následují doslovné odpovědi uživatelů.

*„Našel jsem si práci.“, „Ano, chodím do práce, jsem mezi lidmi.“, „Najít si dobrou práci a být co nejvíce soběstačná.“, „Všechno se změnilo (dříve: ztráta víry, dnes opět věřím a Bůh je se mnou).“, „Ano, dříve jsem chtěl spíše bydlet, dnes zjišťuji, že chci více na sobě pracovat.“, „Ano, už mě přijímají pomalu ale jistě do kolektivu.“, „Začala jsem znovu žít.“, „důvěra – pochopení – snaha, láska k bližnímu a naděje v budoucnost“, „Změnila se moje lenost, jsem akční, víc mě baví život.“*



Respondenti z chráněných bydlení skupinových odpovídají na otázku po motivaci ke službě různorodě. Následují všechna vyjádření, která respondenti uvedli:

*„Protože vyhovuje.“, „Jsem spokojen.“, „Jsem mezi lidmi, mám na pomoc terapeutku a stará se o mě opatrovnice. Žiji zde s lidmi – kteří mají podobné postižení, takže si rozumíme.“, „Zpočátku jsem zde nebyla zcela dobrovolně dneska vidím, že jsem se zde naučila služby generální úklidy vařit prát uklízet a jsem tu přes tři roky“, „Neměla jsem, kde bydlet.“ „Touha žít v kolektivu.“, „Po dlouhodobém pobytu v PL jsem se znovu učila žít mezi normálními lidmi.“, „bojím se samoty a chci najít nové kamarády“, „Protože jsem neměl jít kam bydlet“, „Protože mi to doporučil lékař.“, „Z důvodu, že domov mi připomínal smrt manžela a kvůli tomu jsem nemohla normálně žít.“, „Chtěl jsem se naučit fungovat samostatně. Z 50% se mi to daří.“, „mám velkou důvěru v demokracii našeho pluralitního právního státu a jeho institutální propagátory.“, „Lepší soukromí, pocit vlastního zázemí - bytu, možnost vylepšení domácích prací – vaření atd., lepší spojení do centra.“, „Neměla jsem kam jít.“, „Je to lepší než být v PL.“*

#### 5.6.6 Shodují se cíle a motivace zájemců a uživatelů s nabídkou poskytovatele chráněného bydlení?

Zájemci o službu i uživatelé si volili nabízené možnosti cílů, které chtějí dosáhnout na chráněném bydlení, které služba opravdu nabízí (naučit se hospodaření s penězi, vaření, udržování domácnosti, najít náplň volného času,

najít a udržet si práci, poradit si na úřadech apod.). Převažující zvolené cíle odpovídají i míře podpory v jednotlivých službách. U podpory samostatného bydlení je na prvním místě cíl najít a udržet si práci a u uživatelů chráněného bydlení skupinového je na prvním místě udržování domácnosti a vaření, které mohou prakticky ve službě trénovat.

U zájemců i uživatelů se mezi nejčastějšími motivy objevuje doporučení lékaře (27 respondentů z 59), fakt, že nemají, kde bydlet (24 respondentů z 59), potřeba naučit se něco nového (24 z 59 respondentů), potřeba změny (23 z 59 respondentů) a nevole být v PL (21 z 59 respondentů). Ostatní motivy jsou pod hranicí 15 respondentů. Doporučení lékaře mohlo být mezi častými motivy z důvodu, že pro vstup do služby je doporučení lékaře podmínkou. Potřeba změny a potřeba naučit se něčemu novému odpovídá nabídce služeb, které nabízejí psycho-sociální rehabilitaci a mezi jejichž primárními cíli je podporovat růst člověka a jeho opětovné zařazení do společnosti, otázkou zůstává, jestli respondenti míní tutéž změnu.

#### 5.6.7 V jaké míře se objevuje sociální motivace ke službě chráněné bydlení u zájemců v PLB a uživatelů této služby?

Sociální motivací je zde míněno zvolení služby chráněné bydlení z důvodu nedostatečného příjmu na pronájem standardního bytu a z důvodu, že zájemce nebo uživatel nemá, kde bydlet. Z celkového počtu 59 respondentů označilo nedostatečný příjem jako důvod k chráněnému bydlení 11 lidí (18, 64%). 24

(40,67%) respondentů označilo jako důvod to, že nemají kde bydlet. Rozložení dle kategorií respondentů přibližuje následující tabulka.

	Zájemce o službu	Uživatel PSB	Uživatel CHB skupinové
„Nemám dostatečný příjem na pronájem bytu.“	6 z 25	4 z 11	1 z 23
„Nemám kde bydlet.“	10 z 25	4 z 11	10 z 23

#### 5.6.8 Diskuze

##### **K dotazníku:**

V průběhu vyhodnocování výsledků dotazníků jsem si uvědomila některá problematická vyjádření. Jedním z nich je dotaz na délku léčby, který je nepřesný, jelikož z něj není jasné o kterou léčbu jde, jestli jde o dobu od první ataky, nebo o léčbu od posledního propuknutí apod. Dalším problematickým aspektem dotazníku je jeho tabulková struktura, která měla v některých případech namísto zamýšleného zřehlednění otázek, někdy opačný efekt. Někteří zájemci vyplňovali všechny řádky. Ze strany terapeutů jsem dostala zpětnou vazbu, že vyplnění dotazníku bylo pro některé uživatele náročné hlavně z důvodu délky dotazníku. Při navrhování dotazníku jsem výslednou verzi předložila skupině účastníků programu pro testování, zda je pochopitelný. Nevyskytly se závažné problémy v pochopení, proto jsem dotazník nakonec použila v nynější podobě, která se ale neosvědčila jako ideální. Kratší dotazník zaměřen třeba jen na jednu otázku, by v tomto případě mohl být vhodnější. Dotazník mohl být např. zaměřen pouze na sociální motivaci a na tu se ptát i

v širších souvislostech (např. důvody, proč nemají, kde bydlet; kolik činí jejich příjem apod.).

### **K výsledkům:**

Zajímavým postřehem je fakt, že většina zájemců se dozvěděla o službě v psychiatrické léčebně, což vyvolává otázku, zda jsou lidé o této možnosti dostatečně informováni, což ale z tohoto šetření není možné vyčíst. Napadá mě několik vysvětlení a otázek. Je možné, že duševně nemocní, kteří potřebují podporu poskytovanou na chráněném bydlení, jsou v té skupině nemocných, u kterých je zdravotní stav natolik vážný, že vyžaduje hospitalizaci a v menší míře u lidí, kteří svou nemoc zvládnou jen za pomoci ambulantní péče. Je otázkou, zda by v tomto případě větší informovanost o této službě nemohla snížit i počet prvohospitalizací v PL.

Dalším podnětem k zamyšlení je, že více jak polovina zájemců o chráněné bydlení v PL zvolila možnost, že v PL nechtějí být, jako důvod pro rozhodnutí ke chráněnému bydlení. Nabízí se otázka, zda by upřednostňovali jinou možnost. Ze zkušenosti vím, že řada lidí se přijdou informovat o možnosti chráněného bydlení, protože jim to někdo doporučí, sami však necítí potřebu podpory. Při hledání bydlení všechny ostatní možnosti selhaly (jak ilustruje výpověď klientky: *„Neměla jsem možnost jinde bydlet, neměla jsem nárok na sociální byt, měla jsem majetek.“*). Některé výpovědi i naznačují, že se motivace vyvíjí i za dobu pobytu na službě: *„Ano, dříve jsem chtěl spíše bydlet, dnes zjišťuji, že chci více na sobě pracovat.“*

U mnohých zájemců i uživatelů se objevuje sociální motivace k chráněnému bydlení. To jistě není překvapující. Požadavky organizací a klientů se tak však někdy dostávají do rozporu. Schopnost klientů s duševním onemocněním zajistit či udržet si bydlení je jistě mnohdy snížena. V praxi je potřeba rozlišovat situace, kdy klient přijde o bydlení z důvodu duševní nemoci, kterou si sám nezavinil a kdy se jedná o klienta, který potřebuje byt, nikoli už chráněné podmínky. Například nemá dost prostředků na řešení bytové situace, je v sociální nouzi. Podporu takovéto klientele by měl poskytovat spíše sociální odbor příslušných městských částí. Tolik ideální varianta. V současné situaci však nelze ani poskytovatelům služeb chráněného bydlení vyčítat, že u individuálních forem chráněného bydlení často požadují nějakou garanci odchodu klienta ze služby po sjednané době (většinou roční). Pak je totiž tak trochu na nich pomyslné převozníkovo veslo. Co s klientem, který službu již fakticky nepotřebuje, ale nemá kam jít, protože chybí návaznost dalších sociálních programů. Vystavují se pak riziku, že služba, která je definována jako tréninková se po čase zahltlí klienty, které nelze předat dál a přemění se v „sociální bydlení“. Tak se v praxi zatím více osvědčují skupinové formy bydlení, u nichž nebývá doba pobytu omezena, předpokládá se, že pro řadu pacientů jsou maximem, kterého jsou schopni dosáhnout. Tyto formy péče jsou pak jakousi lepší alternativou pobytu na chronickém oddělení léčebny s tím, že nezatěžují zdravotnický „měšec“. Ukazuje se, že těchto typů bydlení je nadále závažný nedostatek.

### 5.6.9 Závěr šetření

Poskytovatelé chráněného bydlení vyžadují od svých klientů jasné zakázky, tedy definování toho, co se chtějí za dobu pobytu na chráněném bydlení naučit. Pouze sociální důvody nejsou u některých organizací respektovány jako dostatečná motivace, bezdomovectví je dokonce v některých případech kontraindikováno, i přesto se u mnohých zájemců i uživatelů tyto motivy objevují. Důležité je se v každém jednotlivém případě zamýšlet, nad důvody této sociální nouze.

## 6 DISKUZE A ZÁVĚR

Jak jsem již uvedla na začátku této práce, k výběru tématu mě vedla moje osobní a profesní zkušenost s problematikou psychosociální rehabilitace lidí, jejichž život dlouhodobě ovlivňuje duševní onemocnění. V průběhu studia literatury, vyhodnocování dotazníkového šetření i psaní textu jsem se mnohokrát zamýšlela nad tím, kolik je toho opravdu potřeba vědět a zažít, aby člověk opravdu celému kontextu duševní nemoci porozuměl. Otevřel se mi široký horizont neprobádané oblasti. V některých okamžicích jsem pochybovala, zda jsou mé znalosti pro práci s tak křehkými tématy dostatečné, zda jsem osobnostně již natolik vyvrálá, abych dokázala ustát nároky takové práce. Při dalším přiblížení problematice duševního onemocnění jsem znovu ucítila počáteční nervozitu, která je ale jiná v tom, že stojí na poznání a zkušenostech. Jsou to zkušenosti, které jsou významné spíše pro můj profesionální rozvoj než pro obor samotný. Podnikla jsem první krok od povrchního seznámení se s problematikou duševního zdraví a nemoci k bližšímu porozumění tomuto tématu a lidem, kteří jsou s ním spojeni. A nejde jen o nemoc a duševně choré, jde i o profesionály, kteří v oboru psychiatrie pracují. Psychiatrická léčebna sama o sobě je fenomén s neuvěřitelným kouzlem, které má mnoho podob. Kladla jsem si za cíl jednu z modalit péče v Psychiatrické léčebně v Bohnicích popsat a přiblížit ostatním. Smyslem této práce bylo vytáhnout to nejpodstatnější z teorie a praxe hlavně pro začínající pomáhající pracovníky v této oblasti socioterapeutické práce. Zaměřila jsem se nejprve na teoretická východiska, kterými jsou vývoj psychiatrické péče a pohled na duševní onemocnění a sociální problematiku, kterou sebou nese. Uvedla jsem do kontextu službu

chráněné bydlení s vývojem péče a organizací péče v současnosti, zároveň jsem popsala možnosti chráněného bydlení pro danou cílovou skupinu lidí s psychotickým onemocněním. Shrnuji podoby práce v jedné specifické oblasti psychosociální rehabilitace, kterou je příprava na chráněné bydlení. Popsala jsem vývoj této služby v PL od doby vzniku až do dnešní podoby. Navrhla jsem základní metodu přímé práce s klientem v Programu přípravy na chráněné bydlení, která vychází z tradice služby v léčebně. I když jsem původně měla záměr zabývat se i úspěšností tohoto programu, nakonec jsem tuto problematiku vynechala, protože by mohla vydat na samostatnou práci. Úspěchy v této oblasti jsou těžko měřitelné. Mohla bych jako kritérium zvolit počet rehospitalizací, ale jak uvádí sama pacientka v jednom z příspěvků: „ *A pakli z vás nebo z nás některým se podařilo vrátit do reálného života (byť třeba i na nějaký čas), můžeme být se sebou spokojeni.*“ (M. K., 2008). A právě spokojenost a kvalita života duševně nemocných je to důležité na tomto druhu pomoci. Proto jsem se zabývala i motivací klientů k bydlení v chráněných podmínkách, abych jejich situaci lépe porozuměla. I když se výsledky mého šetření nedají zobecňovat, alespoň částečně potvrdily, že sociální problémy jsou u jedné skupiny klientů chráněných bydlení významným motivačním faktorem. Ukazuje to na oprávněnost komplexního přístupu k léčbě a rehabilitaci duševního onemocnění. Zároveň tato tematika otevírá problematiku současného stavu provázanosti a flexibility poskytované zdravotně – sociální péče. Trend práce s duševně nemocnými posledních desetiletí spojuje bio-psycho-sociální aspekty osobnosti. Poskytovatelé služeb mají však stále omezené možnosti péči opravdu komplexní poskytovat.



V neposlední řadě má práce do budoucna může splnit primárně zamýšlenou úlohu. Může být zdrojem informací o podobě práce a možných metodách a úskalích pro další zaměstnance v Programu přípravy na chráněné bydlení, případně pro vedoucí pracovníky. Aktuálně není jiný písemný zdroj, který by se této specifické práci věnoval. Tradice přípravy se doposud předávala jen ústně. Nyní je možnost navázat na tradici i písemnou formou. Jedním z dalších úkolů Programu přípravy na chráněné bydlení, je najít takovou formu pravidelných písemných zpráv, které umožní službu dále systematicky rozvíjet.

## OBSAH:

Úvod.....	1
1 ZÁKLADNÍ POJMY .....	3
1.1 Program přípravy na chráněné bydlení.....	3
1.2 Sociální služby v oblasti podpory samostatného bydlení v České republice .....	4
1.2.1 Chráněné bydlení .....	4
1.2.2 Podpora samostatného bydlení .....	4
1.2.3 Domy na půl cesty .....	5
2 KDYŽ ONEMOCNÍ DUŠE .....	6
2.1 Psychóza .....	8
2.1.1 Možnosti terapie.....	11
2.1.2 Toxická psychóza a duální diagnóza .....	13
2.2 Porucha osobnosti .....	14
3 SOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA LIDÍ ŽIJÍCÍCH S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	15
3.1 Vztahy.....	15
3.2 Zaměstnání.....	16
3.3 Finance .....	18
3.4 Volný čas.....	18
3.5 Bydlení .....	19
3.6 Stigmatizace .....	20
4 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ V KONTEXTU PSYCHIATRICKÉ PÉČE .....	21
4.1 Od upalování ke komunitní péči (historie psychiatrie).....	21
4.1.1 Modely komunitní psychiatrie .....	25
4.2 Organizace a možnosti péče v ČR .....	27
4.2.1 Lůžková nebo ambulantní péče .....	27
4.3 Poskytovatelé služeb v oblasti psychosociální rehabilitace.....	29
4.4 Chráněné bydlení jako součást komunitní péče.....	31
4.4.1 Počátky chráněného bydlení ve světě a v ČR.....	31
4.4.2 Chráněné bydlení dnes .....	32
4.4.3 Chráněné bydlení pro dlouhodobě duševně nemocné v ČR.....	33

5	PODOBY PROGRAMU PŘÍPRAVY NA CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ V PLB	
	38	
5.1	Vývoj .....	38
5.2	Týmová práce v programu .....	41
5.3	Rok 2007 v Programu přípravy na chráněné bydlení v číslech.....	43
5.4	Současná podoba Programu přípravy na chráněné bydlení v PLB ...	46
5.4.1	Místo Programu přípravy na chráněné bydlení v organizační struktuře PLB .....	46
5.4.2	Cíle Programu přípravy na chráněné bydlení .....	50
5.4.3	Cílová skupina Programu přípravy na chráněné bydlení.....	51
5.4.4	Metody práce .....	52
5.4.5	Činnost Programu přípravy na chráněné bydlení.....	53
5.4.5.1	Přímá práce se zájemcem o chráněné bydlení .....	53
5.4.5.2	Hodnocení nácviku sociálních a praktických dovedností.....	57
5.4.5.3	Konec přípravy.....	58
5.4.5.4	Informační a poradenská činnost .....	58
5.4.5.5	Otázka kompetencí pracovníka v Programu přípravy na chráněné bydlení .....	60
5.4.5.6	Dilemata Programu přípravy na chráněné bydlení .....	60
5.4.5.7	Principy práce v Programu přípravy na chráněné bydlení.....	66
5.5	Doporučená metoda přímé práce s klientem programu přípravy na chráněné bydlení.....	66
5.5.1	Cílová skupina .....	66
5.5.2	Druhy nabízených služeb.....	67
5.5.3	Podoba spolupráce .....	67
5.5.4	Kritéria hodnocení přípravy na chráněné bydlení.....	73
5.6	Motivace pacientů PLB a klientů služeb v oblasti bydlení pro službu chráněné bydlení.....	74
5.6.1	Cíle a úkoly šetření .....	74
5.6.2	Definice pojmu chráněné bydlení .....	75
5.6.3	Otázky a průběh šetření: .....	75
5.6.4	Popis respondentů .....	76
5.6.5	Které z možností cílů a důvodů pro službu převažují? .....	78

5.6.6	Shodují se cíle a motivace zájemců a uživatelů s nabídkou poskytovatele chráněného bydlení? .....	85
5.6.7	V jaké míře se objevuje sociální motivace ke službě chráněné bydlení u zájemců v PLB a uživatelů této služby? .....	86
5.6.8	Diskuze .....	87
5.6.9	Závěr šetření.....	90
6	DISKUZE A ZÁVĚR .....	91
	OBSAH: .....	94
	SOUPIS POUŽITÉ LITERATURY .....	97
	Seznam příloh: .....	102

## SOUPIS POUŽITÉ LITERATURY

- BAKER, G. H. B., WOOD, P. J. *The Need for Sheltered Accommodation for Psychiatric Patients : A Survey of a group of hospitalised patients.* International Journal of Social Psychiatry 1973; 19; 270. Dostupné též z WWW: <http://isp.sagepub.com/cit>. dne 8-11-2007/.
- HAVEMAN, M.J. MAASKANT, M. A. *Psychiatric Foster Care for Adult Patients : Results of a Study in the Netherlands.* . International Journal of Social Psychiatry 1990; 36; 58. Dostupné též z WWW: <http://isp.sagepub.com/cgi/kontent/abstrakt/36/1/58>. /cit. dne 8-11-2007/.
- BENDA, J. *Mystika a schizofrenie : Mystické zážitky jako předmět klinického zájmu.* Rigorózní práce Praha: Univerzita Karlova, Filosofická fakulta, katedra psychologie, 2001.
- ČÁLEK, O. *Skupinová dasainsanalýza.* Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-539-6.
- DÖRNER, K. PLOG,U. *Bláznit je lidské.* Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-628-5.
- FIALOVÁ, A. *Case management jako metoda a služba.* Praha: PVŠPS, 2007a.
- FIALOVÁ, A. *Problémové sociální situace a události : nejčastější otázky lidí s duševním onemocněním.* CRPDZ, 2007b.
- HARTL P., HARTLOVÁ H. *Psychologický slovník.* Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-303-X.

- JAROLÍMEK, M. O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. Praha: Ondřej 1996.
- KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-563-6.
- KOCÁBOVÁ, D. KOCVERA, J. *Zpráva od jinud*. Hradec Králové: Konfrontace, 1996. ISBN 80-901773-7-9.
- *Koncepce oboru psychiatrie*. 2002. Dostupné též z WWW: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/koncepceoborupsychiatrie?MenuId=mId=170>.
- *Kouzelný klíč*. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice, 2008.[Sborník prací pacientů]
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: SLON, 1995. ISBN 80-85850-08-7.
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Český Těšín: Portál 2001. ISBN 978-80-7367-331-4.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. [Přel. z angl. orig.] Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 179 s. – „Zprávy“ č. 134. ISBN 80-85121-64-6.
- MOŽNÝ, P. *Když se řekne psychóza*. Praha: Galén. 1999. [Neprodejná účelová publikace].
- PALEČEK, J. *Komunitní péče*. Praha: PVŠPS, 2006.
- PRAŠKO, J. BAREŠ, M. HORÁČEK, J. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*. : [Příručka pro nemocné psychózou a jejich rodiny]. Praha: Nanesen-CILAG a Johnson&Johnson copany, 1998.

- PRAŠKO, J. BAREŠ, M. HORÁČEK, J. *Léčíme se s psychózou : Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách.* [Příručka pro nemocné a jejich rodiny]. Praha: Medical Tribune, 2005. ISBN 80-239-5482-2.
- SVOBODA, M. ČEŠKOVÁ, E. KUČEROVÁ, H. *Psychologie a psychiatrie.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- SYŘIŠŤOVÁ, E. Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením. Praha: Avicenum 1989.
- STUHLÍK, J. Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Fokus Books, 2001.
- RABOCH, J. ANDERS, M. PRAŠKO, J. *Psychiatrie – Doporučené postupy psychiatrické péče II.* Praha: Infopharm, 2006a. ISBN 80-239-8501-9.
- RABOCH, J. PAVLOVSKÝ, P. JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi.* 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006b. ISBN 80-7254-746-1.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : Variabilita a patologie lidské psychiky.* 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

WWW stránky:

- HOPPER, K. *Rethinking Social Recovery in Schizophrenia: What A Capabilities Approach Might Offer* /online/ Published in final edited form as: Soc Sci Med. 2007 September; 65(5): 868–879. /cit. dne 12-5-

2008/ Dostupné z WWW:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=2018655>.

- KULHÁNEK, J. *Schizofrenie-jak vzniká a jak se dnes léčí*. /online/ Publ. dne 30.11. 2001 /cit. dne 11-07-2008/ Dostupné z WWW: <http://zdravi.doktorka.cz/schizofrenie-jak-vznika-jak/>
- LIBIGER, J. *Psychotická onemocnění v praxi*. /online/ Publ. dne: 4. 2. 2005 /cit. dne 11-8-2008. Dostupné z WWW:(<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=165278>).
- PALEČEK, J. *Podpora bydlení : příručka k programům podporovaného bydlení pro duševně nemocné*. Praha: Fokus Books 2001. /online/ /cit. dne 4-5-2008/, Dostupné z WWW: <http://www.fokus-praha.cz/getdoc.php?id=203&sessid=608f5f806ee51d78c340be1dd0c44591>.
- PRAŠKO, J. HORÁČEK, J. ŠKRDLANTOVÁ, L. *Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz*. Psychiatrie, 2003;7(4):263–271. /online/ /cit. dne 11-7-2008/ Dostupné z WWW: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/Index.htm>.
- PĚČ, O. *Komunitní péče o duševně nemocné*. /online/ [Návrh novelizace textu Koncepce oboru psychiatrie] /cit. dne 20-7-2008/ Dostupné z WWW: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/podnety-ke-koncepci?MenuItemId=150>.
- *The impact of mental distress on housing* Mind. /cit. dne 20-11-2007/ Dostupné z WWW:



<http://www.mind.org.uk/Information/Factsheets/Crisis+sevices/Housing+and+mental+health.htm>.

- THORNICROFT, G., TANSELLA, M. Health Service Research.  
*Balancing community-based and hospital-based mental health care.*  
/online/ World Psychiatry. Poslední revize květen 2002 /cit. dne 20-7-2008/ Dostupné z WWW:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=1489876>.
- WIKIPEDIA: *Duševní porucha.* /online/ Poslední revize 23. 7. 2007 /cit. dne 19-7-2008/ Dostupné z WWW:  
[http://cs.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evn%C3%AD\\_porucha](http://cs.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evn%C3%AD_porucha).

Seznam příloh:

PŘÍLOHA Č. 1	Témata (tématické skupiny).
PŘÍLOHA Č. 2	Vstupní karta klienta.
PŘÍLOHA Č. 3	Sociální anamnéza.
PŘÍLOHA Č. 4	Informovaný souhlas.
PŘÍLOHA Č. 5	Rehabilitační plán.
PŘÍLOHA Č. 6	Hodnocení přípravy na chráněné bydlení.
PŘÍLOHA Č. 7	Dotazník pro zájemce o chráněné bydlení.
PŘÍLOHA Č. 8	Dotazník pro uživatele služby.

**TÉMATA (tématických skupin):**

- 1) Bydlení (chráněné i nechráněné)**, možnosti chráněného bydlení (rozdíly, výhody, služby), informace o organizacích poskytujících služby v oblasti bydlení, podmínky pro žadatele, cenové podmínky, program přípravy na chráněné bydlení, možnosti krizového ubytování, postup ve službách chráněného bydlení k samostatnému bydlení.
- 2) Sociální služby**, přehled o možnostech služeb v sociální oblasti (podle zákona č. 108/2006 Sb.), způsob poskytování služeb, přínos služeb, maximální ceny služeb.
- 3) Hospodaření s penězi**, nutné výdaje, způsoby plateb, finanční plán, vedení účtu.
- 4) Péče poskytovaná duševně nemocným**, léčba (medikace, psychoterapie, resocializace), hospitalizace (dobrovolná, nedobrovolná), ambulantní péče (právo na výběr a změnu lékaře, kde hledat), medikace (význam, rizika, platby léků).
- 5) Volný čas** – kde se seznámit, jak trávit volný čas.
- 6) Nakupování (věcí, služeb)**, možnosti nakupování, reklamace, práva spotřebitelů.
- 7) Práce**, možnosti práce s ID, pracovní rehabilitace, poradny, smlouvy... pracovní pohovor, motivační dopis, životopis...
- 8) Úřady**, kde se vyřizují OP, žádosti o dávky, sociální a zdravotní zabezpečení, ostatní úřady, praktická část: vyplnění žádostí
- 9) Sociální síť**, kde v okolí mého bydliště/chráněného bydlení jsou důležité úřady, obchody, zdravotnické služby, poradenské služby apod.)
- 10) Rozhodování, trénink asertivity** (u nakupování, v restauraci..)
- 11) Základy první pomoci.**

## VSTUPNÍ KARTA KLIENTA

Datum:

Jméno, Příjmení, pavidon:	
Věk:	
Dosažené vzdělání:	
Zaměstnání:	
Trvalé bydliště:	
Příjem:	
Onemocnění:	
Zdravotní stav (doporučení ošetřujícího lékaře)	
Způsobilost k právním úkonům:	

**Zkušenosti se samostatným/chráněným bydlením** (Kde klient bydlel naposled?):

**Motivace k CHB:**

**Jaké jsou jiné možnosti?:**

Datum:	
--------	--

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ:** .....

**Adresa:** .....

.....

.....

---

### **OBLAST SOCIÁLNÍ**

#### **RODINA A PŘÁTELE**

Domácí atmosféra, případné rodinné problémy. Má někdo v rodině zkušenost s duševní nemocí?

Komunikace s ostatními lidmi

Mám/nemám přátele. Mám/nemám nepřátele. Mám/nemám partnera.

Komu se mohu svěřit, kdo mě podrží.

#### **FINANCE**

---

Příjem (ID,...).

Omezení svéprávnosti/opatrovník.

Dluhy, platební povinnosti.

Jak vystačím s penězi.

Utrácím za něco více než bych chtěl/a.

Chci na něco našetřit

## BĚŽNÉ SOCIÁLNÍ DOVEDNOSTI

---

Jak zvládám cestování (MHD, meziměstské).

Jak zvládám nakupování.

Jak zvládám vyřizování úředních věcí (telefonování, návštěva úřadů,...).

Jak se o sebe starám (hygiena, péče o sebe...).

## VOLNÝ ČAS

---

Čemu věnuji nejvíce času. Koníčky, zájmy, co mě baví.. Jak často bývám sám/a. Jak budu trávit volný čas v CHB/KB?

## **OBLAST PRÁCE**

### STUDIUM

---

Jaké mám vzdělání. Co se při studiu dařilo/problémy. Chci se dál vzdělávat, co by mě bavilo, co bych se ráda naučila/a.

### PRÁCE

---

**Minulost:** Kde všude jsem pracoval/a. Kdy jsem naposled pracoval/a. Kde jsem byl/a nejvíce spokojen/a.

**Budoucnost:** Co si myslím, že umím dělat. Mám zájem pracovat, proč. Co by mě bavilo. Případné obavy kolem práce.

**Pracovní rehabilitace:**

Již jsem absolvoval/a pracovní rehabilitaci. Uvažuji o PZ nebo chráněné dílně jako o přípravě na zaměstnání. Co bych se chtěla naučit.

**OBLAST BYDLENÍ**

JAK BYDLÍM.

---

Jsem spokojen. Chci něco změnit v oblasti bydlení.

**ZVLÁDÁNÍ DOMÁCNOSTI**

---

Jak zvládám domácí práce (žehlení, praní, vaření, úklid,...). Dělá mi něco v domácnosti problémy.  
Chci se v něčem zdokonalit. Jak vycházím se sousedy.

**Motivace k CHB**

---

**OBLAST ZDRAVÍ**

AL psychiatr (jméno, adresa, telefon):

Jaký je náš vztah.

Navštěvuji jiné lékaře.

Farmakoterapie – náhled, problémy při užívání léků.

Jak poznám, že přichází nemoc (spouštěč, jak probíhá...).

Co mi pomáhá.

Na koho se můžu obrátit.

Hospitalizace.

Abusus alkoholu a drog.

Kouření (ano, ne, kolik cigaret denně).

Jídlo (pravidelné stravování, přejídání, diety, pitný režim,...).

---

Poznámka:

**CÍLE (úkoly, jednotlivé kroky):**

Datum:

Terapeut:





#### Příloha č. 4

okruhy osobních údajů: oblast vzdělání a práce, oblast bydlení, oblast vztahů, oblast volného času, oblast zdraví a průběh vzájemné spolupráce.

Tento souhlas poskytuji na dobu neurčitou.

Jsem informován/a o skutečnosti, že tento souhlas mohu kdykoliv odvolat, aniž bych se vystavil/a jakékoliv penalizaci vůči své osobě.

Byl/a jsem srozuměn/a se skutečností, že jsem oprávněn/a požadovat informace o výše uvedeném zpracování mých osobních údajů, a to zejména informaci o účelu zpracování osobních údajů, o osobních údajích, které jsou předmětem zpracování, o příjemci zpracovaných osobních údajů.

Současně jsem si vědom/a, že Psychiatrické léčebně Bohnice uděluji **souhlas se sdělením výše uvedených informací** uvedeným organizacím, jež jsou kryty **povinnou mlčenlivostí** dle ustanovení §55 odst. 2 písm. d) 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Měl/a jsem možnost klást doplňující otázky a s výše uvedeným textem jsem plně srozuměn/a.

V Praze dne .....

.....

podpis osoby poskytující  
souhlas

.....  
.....

podpis osoby podávající

## **Příloha č. 4**

vysvětlení

**Individuální rehabilitační plán**

Jméno:	
Datum:	
Dlouhodobý cíl:	
Jméno provázející terapeutky:	

Co je již hotovo (které kroky jsem již učinil/a):

Krátkodobé cíle (Co je potřeba k dosažení dlouhodobých cílů):

Jednotlivé kroky:

Překážky (vnitřní, vnější, věci, osoby):

Zbraně/nástroje:

Datum hodnocení:

Podpis klienta:

Podpis terapeutky:

**Hodnocení přípravy na chráněné bydlení**

Jméno, Příjmení, p.: .....

Datum: .....

Kritéria:

1) Prošel/a jsem vstupními pohovory + splnil/a požadavky org.,	
Organizace:	Datum:
2) Splnil/a jsem praktickou část: nákupní lístek, nakoupit, uvařit, udržovat pořádek na pracovišti, pracovat s časem,	
Sestavení týdenního jídelníčku, s rozpočtem.	
Sestavení nákupního lístku.	
Odhad ceny (+ - 10%)	
Samostatný nákup.	
Samostatná příprava jídla.	
Schopnost udržovat pracoviště v pořádku.	
Samostatný úklid.	
Práce s časem (včasný příchod na aktivity, vydržení po celou dobu aktivity – alespoň 8 aktivit z posledních 10).	
3) Mám svůj plán v oblastech:	
Oblasti	Stručná charakteristika
a) bydlení,	
b) volný čas,	
c) práce,	

4) finance,	
5) zdraví.	
6) Mám zažádáno o příspěvek na péči.	
7) Mám zajištěny finance pro platbu služby:	
8) Mám stabilizovaný zdravotní stav.	
Jméno doporučujícího lékaře:	
9) Jsem zapojen do pracovní rehabilitace – nebo se věnuje jiné pravidelné činnosti.	

## Hodnocení diplomové práce

**Název:** Program přípravy na chráněné bydlení v Psychiatrické léčebně Bohnice

**Autor:** Bc. Hana Langová

**Téma:** Autorka se zabývá programem přípravy pacientů Psychiatrické léčebny Bohnice na přechod do některé z forem chráněného bydlení. Obsahem práce je zjm. autorčina praktická zkušenost, která v sobě má nejen prvky popisné, ale i snahu o nalezení vhodných postupů, vycházejících ze znalosti prostředí.

### Základní informace o práci:

Autorka k dané tématice přistupovala velmi zodpovědně, její znalosti týkající se problematiky pacientů s duševním onemocněním výrazně převyšují nároky, jež jsou kladeny na absolventa oboru sociální práce. Prostudovala řadu odborných publikací, snažila se své názory a zkušenosti dobře doložit teoretickými podklady. Je patrné, že ji daná problematika velmi zajímá. Jistě i proto, že v rámci jejího stávajícího zaměstnání bylo kvalitní fungování této služby v rámci léčebny závislé z velké části právě na její aktivitě, na jejím rozhodování.

Práce je rozčleněna do 6 kapitol, v nichž se Bc. Langová zpočátku věnuje vysvětlením, definováním základních pojmů s tím, že ani tyto kapitoly nejsou suchým čtením, patrný je osobní přístup, zamýšlení se nad jednotlivými body. Projevuje zde velký přehled jak v oblasti psychopatologie duševních nemocí, tak v oblasti sociální psychiatrie, komunitních přístupů. Stěžejním v této práci je však snaha o vytvoření - v rámci možností léčebny- fungujícího, pro pacienty prospěšného programu, směřujícího k jejich přípravě na samostatné bydlení. Musím říci, že tuto část práce jsem ocenila nejvíce, neboť z vlastní zkušenosti vím, jak je podobná aktivita v rámci léčebny obtížná. Terapeut se potýká nejen s nedostatečným materiálním zázemím zdravotnického zařízení (ať už v oblasti financí, prostor či personálního obsazení). Obtížná je i motivace déle hospitalizovaných pacientů ke změně (která je mimo jiné také stojí více peněz než prosté setrvání v léčebně). Někdy není ani snadné předat svá přesvědčení o tom, co je třeba udělat, léčebenskému personálu (třeba i jen kvůli tomu, že tento je rád, že časově zvládá nutný chod svého vlastního oddělení). Z práce Bc. Langové je dobře patrná její osobní angažovanost ve věci a snaha vytvořit systém, který by fungoval, byl pro pacienty přínosem a přitom tolerantně respektoval možnosti, které léčebna má. Tedy vytvořit něco, co může fungovat hned teď (a ne až jednou, až bude všechno „ideální...“).

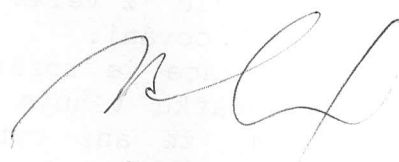
**Závěr:**

Bc. Langová danou problematiku zpracovala velmi obsáhle, přitom samostatně, s dobře použitelným praktickým výstupem. Oceňuji i grafické zpracování. Domnívám se, že tato práce by si - pokud by sama autorka o to měla zájem - zasloužila i další pokračování. Například rozpracování „sociálních“ důvodů žádostí o chráněné bydlení. Toto nyní již přesahovalo rozsah této diplomové práce, jistě by však bylo zajímavé pokusit se popsat konkrétní důvody, které pacienty vedou do bytové nouze. Trochu více prokreslit tu zatím jednolitou skupinu „sociální důvod“ (který je zatím pro mnohá chráněná bydlení spíše kontraindikací). Protože i zde lze často dobře popsat původně zdravotní (psychické, psychopatologické) důvody sociálního selhání.

V Praze dne 14.9.2008

MUDr. Vanda Valentová

*vedoucí diplomové práce*





## **Oponentský posudek diplomové práce**

**V Praze dne 4.9.08**

**Název:** Program přípravy na chráněné bydlení v Psychiatrické léčebně Bohnice

**Autor:** Bc. Hana Langová

**Téma:** Téma program přípravy na chráněné bydlení v Psychiatrické léčebně Bohnice autorka zvolila na základě své profesní zkušenosti s prací s psychiatricky nemocnými klienty chráněného bydlení v PL Bohnice. **Z hlediska oboru sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii je to téma plně vystihující zaměření studovaného oboru.**

### **Základní informace o práci:**

Předkládaná práce svým rozsahem ( 101 str. a 19 str. příloh) přesahuje požadavky na závěrečné práce magisterského studia. Autorka rozčlenila práci do 6 kapitol, jež jsou dále bohatě vnitřně členěny do podkapitol až čtvrtého řádu. V první a druhé kapitole se autorka věnuje definování a vymezení užívaných pojmů z oblasti sociálních služeb a psychiatrie, jako je „Chráněné bydlení“, „Podpora samostatného bydlení“, „Domy na půl cesty“, „Psychózy“, „Poruchy os.“ Aj.. Ve třetí kapitole kolegyně popisuje sociální problematiku lidí s duševním onemocněním a vlivu jejich nemoci na vztahy, zaměstnání, finance, volný čas, bydlení a také zmiňuje problematiku stigmatizace duševně nemocných ve společnosti. Ve čtvrté kapitole se věnuje historii a kontextu služby „Chráněného bydlení“ v rámci psychiatrické péče. **Pátá kapitola je nejobsáhlejší a tvoří jakýsi samostatný celek, kde autorka podrobně popisuje podoby programu přípravy na chráněné bydlení v PL Bohnice.** Tato kapitola je autorská a obsahuje vyčerpávajícím způsobem všechny podstatné stránky problematiky přípravy klientů s psychiatrickým onemocněním na rehabilitační proces v rámci služby chráněného bydlení. Obsahuje i dotazníkové šetření, kde kolegyně zkoumá motivaci klientů ke vstupu do programu.

### **Formální hledisko:**

Členění kapitol v teoretické části je přehledné, kapitoly na sebe navazují a jsou logicky uspořádané. Citace jsou prováděny dle normy a řádně uváděny v textu i na jednotlivých stránkách pod čarou. **Práce rovněž obsahuje cizojazyčné zdroje literatury.** Dotazníkové šetření je přehledně a precizně zpracováno a doplněno grafy. Používá 26 bibliografických a 9 internetových zdrojů.

### **Obsahové hledisko:**

Z hlediska obsahu je práce erudovaným vzhledem do jedné ze speciálních sociálních služeb (problematiky chráněného bydlení) v rámci rehabilitace duševně nemocných.

**Pátou kapitolu můžeme považovat za jakýsi manuál, kde autorka doporučuje konkrétní metody přípravy klienta do programu „chráněného bydlení“.** Z práce je znát podrobná zkušenost autorky s daným tématem a domnívám se, že by stálo za to, některé pasáže publikovat, pokud tak autorka již neučinila.

### **Závěr:**

Domnívám se, že autorka se zabývala tématem, který je velmi blízký studovanému oboru a je mu dosud v tuzemsku věnována malá badatelská aktivita. Autorka prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. **Za největší přínos práce považuji, kromě systematického shromažďování informací o daném tématu, především možnost jejího praktického využití jako metodického materiálu pro sociální pracovníky připravující klienty pro program „chráněného bydlení.“** Autorka je stylisticky zdatná a prokazuje schopnost jasného zachycení všech podstatných momentů a obtíží spojených s přípravou na rehabilitační proces v chráněném bydlení. Vytknout by se dalo snad jen to, že práce je poměrně rozsáhlá, což autorka v závěru odůvodňuje snahou postihnout problematiku v celé její komplexnosti.

**Hodnocení:** Práci považuji za velmi zdařilou a doporučuji jí připustit k obhajobě.

Zpracoval: Mgr. Jan Jakub Zlámaný

