

POSÍLÁNÍM ČASOPISU SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA JE:

- podporovat schopnost české a slovenské společnosti řešit životní problémy lidí prostřednictvím sociální práce,
- podporovat kvalitu sociální práce a profesionalizaci praxe sociální práce,
- přispívat k rozvoji sociální práce jako vědní disciplíny a ke zkvalitnění vzdělávání v sociální práci,
- podporovat zájmy poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb.

V zájmu dosažení těchto cílů bude časopis v rámci obce sociálních pracovníků a s nimi spolupracujících a pomáhajících pracovníků jiných oborů podporovat:

- postoje, které považují odbornost a lidskost za rovnocenná kritéria kvality sociální práce,
- postoje, které kladou důraz na propojení teoretického zdůvodnění postupů sociální práce s její praktickou orientací na problémy klientů a jejich reálné možnosti,
- soudržnost všech, kteří se angažují ve prospěch řešení problémů klientů prostřednictvím sociální práce,
- otevřenou, odlišnosti chápající, poučenou a věcnou diskusi v rámci obce sociálních pracovníků,
- chuť a zájem sociálních pracovníků vidět sebe samé očima jiných.

POSÍLÁNÍM ČASOPISU SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA JE:

- podporovat schopnost české a slovenské společnosti řešit životné problémy lidí prostřednictvím sociální práce,
- podporovat kvalitu sociální práce a profesionalizáciu praxe sociální práce,
- přispívat k rozvoji sociální práce jako vědecké disciplíny a k zkvalitnění vzdělávání v sociální práci,
- podporovat zájmy poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb.

V zájmu dosažení těchto cílů bude časopis v rámci obce sociálních pracovníků a s nimi spolupracujících a pomáhajících pracovníků jiných oborů podporovat:

- postoje, které považují odbornost a lidskost za rovnocenné kritéria kvality sociální práce,
- postoje, které kladou důraz na propojení teoretického zdůvodnění postupů sociální práce s její praktickou orientací na problémy klientů a jejich reálné možnosti,
- soudržnost všech, kteří se angažují v prospěch řešení problémů klientů prostřednictvím sociální práce,
- otevřenou, odlišnosti chápající, poučenou a věcnou diskusi v rámci obce sociálních pracovníků,
- chuť a zájem sociálních pracovníků vidět samy sebe očima jiných.

Sociální práce/Sociálna práca

Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci

Časopis pre teóriu, prax a vzdelávanie v sociálnej práci

Vydavatel: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Na vydávání se podílí ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Číslo/ročník: 1/2008

Adresa redakce: ASVSP, Joštova 10, 602 00 Brno
tel.: +420 774 324 983

e-mail: socprace@fss.muni.cz

web: www.socialniprace.cz

Redakce: Bc. Pavel Bajer; Bc. Petra Zoubková;
Mgr. Zdeňka Dohnalová, Bc. Marie Žižlavská

Foto na titulní str: A. B., členka skup. Extraart, Fokus Praha, o. s.

Grafická úprava: Petr Hrnčíř (pethr@seznam.cz)

Korektura: Vilém Kmuniček

Evidenční číslo MK: MK ČR E 13795

ISSN: 1213-6204

Redakční rada: prof. PhDr. Anna Tokárová, CSc. (předsedkyně/předsedníčka), doc. PhDr. Libor Musil, CSc. (místopředseda/podpředseda), Bc. Pavel Bajer (šéfredaktor), Mgr. Martin Bednář, Ph.D., doc. PaedDr. Oldřich Chytil, Ph.D., PhDr. Eva Mydlíková, Ph.D., PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D., PhDr. Mirka Nečasová, Ph.D., (výkonná tajemnice ASVSP), PaedDr. Milan Schavel, PhD, m.prof., doc. PhDr. Anna Žilová, Ph.D.

Předplatné: studentské 99 Kč/ks, občanské 129 Kč/ks, organizační 229 Kč/ks, v knihkupectví 149 Kč/ks, sponzorské 1200/rok

Akademické statě procházejí dvojím recenzním řízením.

Otištěné příspěvky nejsou honorovány. Redakce si vyhrazuje právo upravit nevyžádané příspěvky do publicistické části.

SP SOCIÁLNÍ PRÁCE SOCIÁLNA PRÁCA

ČASOPIS PRO TEORII, PRAXI A VZDĚLÁVÁNÍ V SOCIÁLNÍ PRÁCI
ČASOPIS PRE TEÓRIU, PRAX A VZDELÁVANIE V SOCIÁLNEJ PRÁCI

1/2008

Vydává Asociace vzdělavatelů v sociální práci

Sociální práce s lidmi s duševní nemocí



SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA 1/2008

Editorial	1	Fakta, vyhlášky	46	Akademické statě	61	Inspirace pro praxi	121
O čem se mluví	4	Pohledy na věc	48	Studentské práce	108	Recenze	126
Anketa	45	Kvalita v sociálních...	53	Školy se představují	119	Akce, zprávy...	130

Editorial..... 1

O čem se mluví

Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby.....	4
Komunitní služby sdružení Eset–Help pomáhají duševně nemocným ke změně.....	7
V Brně chybějí služby ve všech oblastech pro duševně nemocné, Práh má malou kapacitu	11
Liga za duševně zdravie vytvorila motivačné centrum Nezábudka	14
Před odchodem z léčebny je nutné zajistit i sociální oblast klienta, vědí v Green Doors	17
V kafárně si lidé s duševní nemocí obnoví a rozšíří sociální a pracovní dovednosti	19
Důležitější než pohostinská činnost je pracovní rehabilitace klientů.....	21
U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života,	
tvrdí přednostka psychiatrické kliniky	23
Bez léků to nepůjde, ale... aneb Dilemata člověka s duševní nemocí	25
Když člověk s duševní nemocí bydlí, pracuje a hospodaří s penězi, znamená to, že usekl hlavu drakovi.....	27
Sociální pracovníce v psychiatrickém zařízení je na úrovni zdravotní sestry.....	28
Základem činnosti sociálního pracovníka na psychiatrické klinice je vytvoření vztahu spojenectva a důvěry	31
Nemocný člověk si sám mnohokrát neuvědomuje, že jsou jeho práva porušována	33
V Mladé Boleslavi praktikují case management	36
Pracovní konzultant sdružení Agapo podporuje uživatele v nalezení a udržení zaměstnání	40
Poznanie, že s dobrou pomocou a liečbou sa dajú robiť zázraky, chce Michal Kaščák odovzdať	
návštevníkom hudobného festivalu	42
Škola učí sociální pracovníky, jak komunikovat s duševně nemocnými	43

Anketa

Otázky duševní nemocí.....	45
----------------------------	----

Fakta, vyhlášky

Program Zdraví 21, cíl 6: Zlepšení duševního zdraví.....	46
--	----

Pohledy na věc

Š. Černoušek – MPSV finančně podpořilo nejvíce ze služeb pro duševně nemocné domovy se zvláštním režimem	48
V. Probstová – V oblasti péče o lidi s duševním onemocněním chybějí ucelenější	
koncepte vzdělávání sociálních pracovníků	51

Kvalita v sociálních službách

Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením (M. Johnová)	53
Individuální plánování s bezdomovci (A. Plachý)	58

Akademické statě

V. Janská: Sociální konstrukce předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním.....	61
V. Probstová: Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání	68
I. Farbiaková: Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním.....	77
M. Schraggeová, E. Kopcová: Regionálne sociálno-psychologické disparity nezamestnanosti na Slovensku	88
L. Sojka: Príspevok ku skúmaniu rovnováhy pracovného a mimopracovného života.....	101

Studentské práce

G. Sochorová: Principy komunitní péče v praxi regionálního komunitního týmu péče o duševní zdraví	108
---	-----

Školy se představují

Študijný program bratislavskej katedry stojí na pilieroch teoretického vyučovania, výcviku	
v sociálnych zručnostiach a praxi.....	119

Inspirace pro praxi

Krizová intervence v atace duševní nemocí optikou přístupu zvaného preterapie.....	121
Komunitní služby pro lidi s duševním onemocněním v Anglii	124

Recenze

Zprávy, akce a oznámení

Kontakty..... 134

Časopis vychází čtyřikrát v roce a publikuje co nejširší spektrum článků relevantních pro sociální práci. Články mohou být zaměřeny na jakýkoliv aspekt praxe, výzkumu, teorie či vzdělávání. Časopis má následující strukturu:

- 1) Editorial
- 2) O čem se mluví
- 3) Anketa
- 4) Fakta, vyhlášky, zákony, dokumenty...
- 5) Pohledy na věc
- 6) Kvalita v sociálních službách
- 7) Akademické statě
- 8) Studentské práce
- 9) Školy se představují
- 10) Inspirace pro praxi
- 11) Recenze knih
- 12) Zprávy, akce, oznámení
- 13) Kontakty

Časopis je zaměřen na publicisticko – praktickou a akademickou část. V částech 7 a 8 jsou publikovány zejména texty, které referují o výzkumu a studentských pracích. V některých rubrikách (viz bod 2 Pokyny pro příspěvky do publicistických rubrik) nabízíme prostor pro publikování textů autorů z praxe (informace o zajímavých projektech, problematických skutečnostech výkonu profese atp.). Nároky na úroveň autorských textů určených pro publikaci v jednotlivých rubrikách jsou odlišné.

1) Pokyny autorům akademických textů
Redakce přijímá příspěvky, které odpovídají profilu časopisu. Zasláný příspěvek musí být určen výhradně pro publikaci v časopise Sociální práce / Sociální práce. Může se však jednat i o přepracovaný a doplněný text, který byl již dříve publikován v jiném časopise. Počet příspěvku od jednoho autora je omezen na dva za jeden rok.

Nabídka rukopisů a recenzní řízení

Akademickým textem se pro účely našeho časopisu rozumí výzkumná, popř. přehledová stať (teoretická, historizující aj.). Předpokladem zařazení příspěvku do recenzního řízení je skutečnost, že v textu autor systematicky pracuje s relevantními prameny, objasňuje výzkumnou metodologii a s ohledem na svůj výzkumný cíl prezentuje také zjištění. Vzhledem k profesnímu charakteru časopisu preferujeme texty, které obsahují vedle zmíněných aspektů také aplikační dimenzi, v níž autor objasňuje relevanci svých zjištění v kontextu sociální práce. Recenzní řízení je oboustranně anonymní a je prováděno dvěma na sobě nezávislými recenzenty. Studentské práce procházejí jedním recenzním řízením. Práce jsou posuzovány po stránce obsahové i formální. V případě potřeby může být práce vrácena autorům k doplnění, či k přepracování. Na základě posudků bude rozhodnuto o jejich přijetí či odmítnutí. Ve sporných případech rozhoduje předseda redakční rady. Redakci se prostřednictvím emailové komunikace zasílají dvě provedení rukopisu. Jedno z nich nesmí obsahovat žádné údaje, které by mohly vést k identifikaci autora. Druhé provedení příspěvatele odešle v kompletní verzi.

Uveřejněná stať se stává majetkem časopisu a přetisknout její část nebo použít ji v jiné publikaci lze jen s citací původu.

Redakce si vyhrazuje právo provádět drobné stylistické úpravy. Nevyžádané rukopisy a přílohy se nevracejí

Rozhodnutí o vydání

O výsledku recenzního řízení je autor vyrozuměn. V případě potřeby je autor vyzván, aby dodal konečnou verzi práce elektronickou poštou.

Náležitosti rukopisu

Text musí být napsán v souladu s platnými jazykovými normami. Texty žádáme napsané písmem Times New Roman, velikost písma 12, styl písma Normální. Stránky nejsou očíslovány. Poznámky pod čarou lokalizujte výhradně na konec statí.

1. **Titulní strana** obsahuje výstížný a stručný název práce v češtině – nebo slovenský ekvivalent – a v angličtině, jména všech autorů, biografickou charakteristiku (do 50 slov) a v poznámce pod čarou také kontaktní informaci pro korespondenci.
2. **Český** nebo slovenský **abstrakt** v rozsahu maximálně 200 slov.
3. **Klíčová slova** v češtině (slovenštině). Použijte prosím max. dvouvýrazová slovní spojení.

4. **Abstrakt** v angličtině v rozsahu maximálně 200 slov.
5. **Klíčová slova** v angličtině. Použijte prosím max. dvouvýrazová slovní spojení
6. **Vlastní text** (rozsah maximálně 5 000 slov)
7. **Seznam citované literatury:** Autory žádáme, aby zvýšenou pozornost věnovali přesnému a korektnímu odkazování (viz níže). V textu se odkazuje uvedením autorova příjmení, roku publikace (Korda, 2002) a v případě, že se jedná o doslovnou citaci, také strany uvedené za rokem po dvojtečce. Seznam literatury je uveden na konci statě a je v něm uvedena pouze literatura, na kterou se v textu odkazuje. Seznam je uspořádán abecedně podle autorů a v případě, že se odkazuje na více prací téhož autora, jsou jeho práce uvedeny chronologicky. Jestliže se odkazuje na práce autora, které publikoval v tomtéž roce, jsou práce odlišeny uvedením písmena a, b atd. u roku vydání.
8. **Tabulky a grafy:** Tabulka nesmí být širší než 14 cm. Výška písma alespoň 8 – 10.

Při grafech použijte laskavě **výrazně** kontrastní barvy (upozorňujeme, že časopis je černobílý).

Citace a odkazy se uvádějí v souladu s ČSN ISO 690 (010197). Vybrané příklady zde uvádíme:

Monografická publikace:

PELIKÁN, J. **Základy výzkumu.** Praha: Karolinum, 1998.

Citace z monografické publikace:

FOUČKOVÁ, M. **Reinkarnace a hlubinná terapie.** In WHITTON, J. L. a FISHER, J. **Život mezi životy.** Brno: Bollingenská věž, 1992, s. 9–14.

Citace z časopisu:

WINTER, J. **Z trosek likvidace signál celé Evropy.** *Českomoravský profít*, 1995, roč. 6, č. 28, s. 10–11.

Internetové zdroje:

www.romove.cz/cz/ [on-line] [17. 11. 2003]

Studentské práce akademického charakteru: Autoři by měli usilovat o stejnou úroveň jako u akademických článků. Předpokládá se pouze částečná znalost a orientace v dané problematice. Použití literatury a citace jako u akademických statí jsou předpokladem pro publikování. Upozorníme autory, kteří chtějí zveřejnit zkrácenou verzi své bakalářské nebo diplomové práce, že text nesmí zahrnovat obsah práce.

2) Pokyny pro příspěvky do publicistických rubrik

Příspěvky do rubrik Inspirace pro praxi, O čem se mluví, případně Pohledy na věc v publicistické části časopisu mají stanovený formát v rozmezí 50-150 řádků. Jejich konkrétní podoba bude upřesňována individuálně na základě dohody s redakcí. Redakce si vyhrazuje právo nevyžádané příspěvky odmítnout, či upravit podle svých potřeb. Příspěvky zasílejte bez přednastaveného formátování, bez odrážek a mezer mezi řádky ve formátu doc, či rtf, jednoduchém řádkování, ve formátu písma Times New Roman, velikost písma 12. Stránky nečíslujte. Použijte co nejméně poznámek pod čarou. Fakta, které považujete za důležité, pište rovnou do textu.

3) Pokyny pro formát knižních recenzí:

Rubrika Recenze nabízí prostor všem zájemcům, kteří chtějí seznámit ostatní čtenáře se zajímavými knihami z oblasti sociální práce a příbuzných oborů. Na zveřejnění recenze je nutno se předem domluvit s redakcí. Rozsah recenze je stanoven na 60–150 řádků, další náležitosti jsou stejné jako v případě poslání příspěvku do dalších publicistických rubrik. Recenze musí obsahovat bibliografický údaj o hodnocené knize (Daniela Vodáčková a kol.: Krizová intervence, Portál, Praha, 2002) a jméno autora recenze spolu s kontaktem.

4) Kontaktní údaje:

ASVSP – Sociální práce / Sociální práce

Joštova 10
602 00 Brno
tel.: +420 549 491 969 (články do publicistické části)
tel.: + 420 549 493 586 (články do akademické části)
e-mail: socprace@fss.muni.cz

www: <http://www.socialniprace.cz>

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

s potěšením vítáme vydání tohoto čísla časopisu zaměřeného na sociální práci s klientelou duševně nemocných. Je tomu i proto, že společenský zájem o tuto oblast zůstává stále nedostatečný a za posledních 20 let se u nás podařilo starostlivost o duševně nemocné jen málo posunout k praxi obvyklé v řadě vyspělých evropských států. Jde zejména o změnu z převažujícího ústavního, hospitalizačního typu péče na služby méně stigmatizující, zaměřené na maximální začlenění lidí s duševní poruchou do přirozeného prostředí a do komunity, na zlepšení kvality jejich života a spokojenosti. Díky úsilí a obětavosti některých poskytovatelů služeb, hlavně neziskových organizací a nestátních zdravotnických zařízení, a uživatelských organizací se však přece jenom kus cesty tímto směrem podařilo urazit.

Tím se však také otevřely dva světy sociální práce s duševně nemocnými. Tradiční byla k vidění v psychiatrické léčebně. Sociální pracovnice působící v lůžkových zařízeních se soustřeďují na finanční zabezpečení pacientů nebo na zajištění podmínek jejich bydlení. Zajišťování základních životních podmínek lidí s duševními poruchami je i hlavní starostí sociálních pracovníků na sociálních odborech úřadů obcí a měst. Pomoc v této oblasti by měla být základem sociální práce u této klientely, avšak je smutné, jestliže řešení složité životní situace klienta s duševní poruchou zůstává omezeno na zbavení jeho právní způsobilosti nebo na umístění do ústavu.

Svět sociální práce v komunitní psychiatrické péči vytyčuje nejen nové cíle, ale klade i nové nároky na sociální pracovníky. Sociální pracovník na sebe přejímá profesionální odpovědnost v psychiatrické rehabilitaci, má zvládat spolupráci v multiprofesním týmu, má být schopen na sebe vzít roli případového vedoucího („case manažera“) klienta či má umět zacházet se svým vztahem k němu. Jde o výsostně sociálně zdravotní oblast, kterou nelze zvládat bez dostatečných znalostí a kompetencí. Zde však narážíme na velkou překážku: chybí systematické postgraduální vzdělávání sociálních pracovníků v péči o duševně nemocné, jehož dosažení by mohlo být

obdobou zahraničních „psychiatric social worker“ a ukotvilo tak rovněž profesní identitu sociálních pracovníků.

Situaci v poskytování sociálních služeb lidem s duševními poruchami bohužel neulehčil ani nový zákon o sociálních službách, nyní již druhým rokem v platnosti. Definice sociálních služeb málo vyhovují charakteru péče potřebné pro duševně nemocné. Lidé s duševními poruchami často nedosahují kritérií v posuzování handicapu nutných pro přiznání příspěvků na péči, které jsou předpokladem pro financování řady služeb. Mnoho rezidenčních komunitních služeb nebo center denních aktivit se tak dostává do vážných existenčních problémů.

Životní situaci lidí označovaných za duševně nemocné, kterým pomáhají k jejich lepšímu sociálnímu fungování i sociální pracovníci, vám přiblížíme na následujících stránkách.

Společným tématem, které se objevuje u většiny článků v publicistické části, jsou jednak problémy s přiznáváním invalidního důchodu a jednak stigmatizace, kterou zažívají duševně nemocní i sociální pracovníci.

Nejprve Vám představíme služby několika organizací, které se věnují sociální práci s duševně nemocnými. Konkrétně se jedná o pražské Fokus, Eset–Help a Green Doors, brněnský Práh, ostravskou Animu Vivu a slovenskou Ligu za duševní zdraví.

Co zapříčiňuje vznik duševního onemocnění a jaké jsou způsoby léčby, osvětluje Eva Češková, přednostka psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Brně. Dva příběhy žen s psychózou ukazují, že duševní nemoc nemusí být spojena jen s těžkostmi, ale může také přispět k radikální a především pozitivní změně v žebříčku životních hodnot. Velmi poučné je porovnání úkolů, pravomocí a postavení v rámci týmu sociálních pracovníků na slovenské a české psychiatrické klinice. Zajímavé informace nejen o porušování práv klientů a problematice přiznávání invalidních důchodů s řadou konkrétních příkladů najdete v rozhovoru s Janou Pěčovou ze sociálně-právní poradny sdružení Eset–Help. Činnost case manažerů a také multidisciplinárních týmů

při práci s psychiatrickými klienty přibližuje Jan Stuchlík, ředitel Fokusu Mladá Boleslav. V dalším příspěvku se dozvíte, jak konkrétně se pracovní konzultant sdružení Agapo snaží zvýšit míru samostatnosti a soběstačnosti v oblasti zaměstnávání lidem s duševním onemocněním.

Hudební festival Pohoda je neobvyklý v tom, že se v doprovodném programu objevují hojně navštěvované diskuse nad tématy týkajícími se duševního zdraví. Podle hlavního organizátora festivalu Michala Kaščíka mohou diskuse pomoci k lepší informovanosti veřejnosti a snížení stigmatizace duševně nemocných. Co vedlo Pražskou vysokou školu psychosociálních studií k tomu, začít vzdělávat sociální pracovníky v oblasti duševního zdraví/nemoci, vysvětluje rektor Jiří Růžička.

Do rubriky Fakta, vyhlášky jsme tentokrát zařadili část z Programu Zdraví 21, konkrétně cíl 6: Zlepšení duševního zdraví, z něhož jsme vybrali úkoly v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Jak se daří tyto cíle naplňovat, odpovídá jak mluvčí tohoto resortu Štěpán Černoušek, tak odborník v oblasti péče o duševní zdraví Václava Probstová.

V rubrice Inspirace pro praxi bychom Vás rádi upozornili na článek Hany Friedrichové Krizová intervence v atace duševní nemoci optikou přístupu zvaného preterapie. Přínosné pro české sociální pracovníky mohou být

zkušenosti sociálních pracovníků Fokusu Praha s komunitními službami pro lidi s duševním onemocněním v Anglii.

Do akademické části jsme získali tři staťe vztahující se přímo k tématu čísla. Václava Probstová zdůrazňuje potřebu systematického kontinuálního vzdělávání pro práci sociálních pracovníků a pro rozvoj komunitní péče u cílové skupiny lidí se závažným duševním onemocněním. Nad sociální konstrukcí předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním se zamýšlí Vlasta Janská. Iva Farbiaková se zabývá typickým problémem osob s dlouhodobým duševním onemocněním – jejich pracovním uplatněním a pracovní rehabilitací. Za zmínku určitě stojí i dva slovenské články, se zkoumáním rovnováhy pracovního a mimopracovního života a regionální sociálně-psychologické disparity nezaměstnanosti na Slovensku.

Věříme, že odborné články, rozhovory, reportáže a příběhy shromážděné v tomto čísle mohou být povzbuzením k tomu, že i u lidí s duševní nemocí se slovy Michala Kaščíka „s dobře zvládnutou pomocou a liečbou dajú robiť zázraky“. Jsme přesvědčeni, že tyto příspěvky napomohou k lepší orientaci a také k porozumění problematice sociální práce u duševně nemocných, která se ocitá v čase složitých proměn.

**MUDr. Ondřej Pěč, garant čísla
Bc. Pavel Bajer, šéfredaktor**

Témata časopisu Sociální práce/Sociálna práca na rok 2008

- 1/2008 Sociální práce s lidmi s duševní nemocí** (garanti MUDr. Ondřej Pěč a MUDr. Josef Hašto), termín vydání: konec března
- 2/2008 Společenská zakázka a naše odpovědnost** (garanti Mgr. Milan Šveřepa a PhDr. Slavomír Krupa, PhD.), termín vydání: konec června
- 3/2008 Podniková sociální práce** (garanti PhDr. Vladimír Frk, CSc., a PhDr. Michaela Tureckiová, CSc.), termín vydání: polovina října
- 4/2008 Duchovní rozměr v sociální práci** (garanti prof. Heinrich Pompey a prof. ThDr. ICDr. Anton Fabián, PhD.), termín vydání: konec prosince

Vážení a milí čitatelia a čitateľky,

radi Vám tlmočíme správu, že redakčná rada nášho časopisu sa na svojom zasadnutí (6.–7. 2. 2008 v Malej Lučivnej) rozhodla verejne poďakovať tým, ktorí sa v ostatnom čase zaslúžili o udržanie a rozvoj časopisu *Sociální práce/Sociálna práca*.

Vyslovujeme vďaka redakcii Bc. Pavlovi Bajerovi (šéfredaktor), Bc. Petre Zoubkovej, Bc. Marii Žižlavskej a Mgr. Zdeňce Dohnalovej za ich dobrú prácu, prínos a konsolidáciu časopisu v neľahkých existenčných podmienkach. Ďakujeme PhDr. Mirke Nečasovej, Ph.D., výkonnej tajomníčke *Asociácie vzdělávatelů v sociální práci v ČR*, za perfektnú prácu v úlohe zástupcu vydavateľa a prof. PaedDr. Milanovi

Schavelovi, PhD. za dobrovoľnícku činnosť pre propagáciu časopisu na Slovensku.

Spoločnou a trvalou snahou redakcie a redakčnej rady je, aby časopis *Sociální práce/Sociálna práca* bol stále kvalitnejší a „na pulze doby“. Želáme si, aby sa stal nepostrádateľným zdrojom najnovších poznatkov a inšpirácií pre širokú obec čitateľov – študentov, učiteľov, vedeckých a ďalších pracovníkov v oblasti sociálnej práce.

**Za redakčnú radu
prof. PhDr. Anna Tokárová, CSc.,
predsedníčka redakčnej rady**



Časopis Sociální práce/Sociálna práca – Ceny inzercie

2. alebo 3. strana obálky 160 x 230 mm	15 000 Kč
4. strana obálky 160 x 230 mm	18 000 Kč
Formát 160 x 230 mm – celá vnútorná strana číslo 1 a 2	8 000 Kč
Formát 160 x 230 mm – celá vnútorná strana	6 000 Kč
Formát 160 x 115 (80 x 230) mm – 1/2 vnútorná strana	4 000 Kč
Formát 80 x 115 mm – 1/4 vnútorná strana	2 000 Kč
Formát 40 x 67 mm – 1/8 vnútorná strana	1 500 Kč
řádková inzercie	150 Kč za řádku

Objednávky inzercie a kontakt na redakciu:

ASVSP – Sociální práce / Sociálna práca
Joštova 10, 602 00 Brno
Tel.: +420 549 497 788
e-mail: socprace@fss.muni.cz
www.socialniprace.cz

Požadované technické parametry:

- formát pdf, jpg (rozlíšení 300 dpi), popř. word
- čiernobíle spracovanie

U celostránkové inzercie prosím počítajte s 3 mm spadavkou (přesahem mimo stránku) a 15 mm u hřbetu časopisu, které skryje vazba.

Na vaše přání inzerát zpracujeme. Za grafickou práci si účtujeme částku od 500 do 2 000 Kč.

Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby

Fokus Praha se zaměřuje na boj proti sociálnímu vyloučení duševně nemocných a realizuje služby pro jejich sociální začlenění. Metodický ředitel **Daniel Kaucký** a metodik **Jan Mužík** mimo jiné vysvětlují, že civilní a přátelské prostředí služby, které vyvolává pocit bezpečí a důvěry, je základním východiskem pro další spolupráci s klientem. Bez dodržování těchto principů všechny metody sociální práce selhávají, nemají na čem stavět.

Jaké aktivity Fokus realizuje pro sociální začlenění lidí s duševním onemocněním?

Fokus poskytuje spektrum psychologických, sociálních a zdravotních služeb pro lidi s duševním onemocněním založené na principech komunitní péče. Jedná se hlavně o služby psychosociální rehabilitace, které zahrnují pracovní rehabilitaci a zaměstnávání – šest chráněných a socioterapeutických



Daniel Kaucký a Jan Mužík

dílů, dvě sociální firmy a Centrum podpory zaměstnávání. V oblasti bydlení poskytujeme chráněné a podporované bydlení, jak individuálního, tak skupinového typu. Provozujeme také tři centra denních aktivit pro podporu v oblasti aktivního trávení volného času a sociálních vztahů. V rámci Komunitního centra Břevnov je poskytována ambulantní psychiatrická léčba, rodinná, individuální či expresivní – zážitkové (dramaterapie, arteterapie) psychoterapie. Zde sídlí také terénní krizový tým složený z psychiatrů a sociálních pracovníků, který v případě nutnosti zasahuje po skončení obvyklé pracovní doby.

Těžší systém našich sociálních služeb tvoří čtyři tzv. regionální terénní komunitní týmy. Jsou zároveň vstupní branou do služeb organizace. Tvoří je obvykle pět až sedm sociálních pracovníků, kteří poskytují jak služby poradenské, tak spolupracují a provázejí klienty dlouhodobě jako klíčoví pracovníci, koordinátoři péče. Řeší krizové situace, spolupracují s rodinou, indikují do dalších rehabilitačních zařízení Fokus Praha a zprostředkovávají další potřebnou podporu a péči. Terénní sociální pracovníci plní

v systému našich služeb roli dlouhodobých průvodců procesem rehabilitace.

Co může být krizovou situací?

Obvykle se jedná o relaps duševního onemocnění. Drtivá většina našich klientů má diagnózu ze skupiny psychóz a zde hrozí návrat akutní fáze onemocnění. Podpůrné intervence sociálních pracovníků se snaží relaps pokud možno oddálit nebo alespoň minimalizovat jeho důsledky. S častými atakami onemocnění se zvyšuje riziko prohlubování funkčního postižení např. na úrovni kognitivních funkcí. Každá výrazná krize bývá zároveň zátěží pro blízké lidi v okolí klienta a potenciální hrozbou pro jeho vztahy. Preventivní krizové plánování se využívá jako jedna z důležitých metod práce. Jinak může nastat řada různých krizových situací, způsobených například hmotnou nouzí klienta, špatnou rodinnou situací, nevhodným prostředím, v němž klient žije. Výhoda komunitních týmů je, že se nespecializují jen na jednu životní oblast klienta. Dívají se na příběh, životní situaci klienta komplexně.

Funguje v praxi síť služeb zaměstnávání pro dlouhodobě duševně nemocné?

Jde o výstup evropského projektu zaměřeného na vybudování této sítě, na níž se podílel Fokus Praha společně s partnerskými sdruženími o. s. Green Doors a o. s. Eset–Help. Cílem bylo sladit postupy práce, provázat služby pracovní rehabilitace a zajistit jejich lepší návaznost. Výstupem projektu je tak vznik mapy služeb (www.mapaslužeb.cz), která detailně popisuje současné služby v oblasti zaměstnávání. Vytvořili jsme také profesiogramy, tedy přesný popis pracovních pozic na jednotlivých pracovištích. Pokud přijde klient do jakékoliv organizace, má možnost pracovní konzultant nebo asistent mnohem lépe indikovat a nabízet vhodná pracovní místa podle individuálních potřeb a přání klienta. Fungování či nefungování sítě služeb zaměstnávání záleží na očekávání. Z hlediska větší úspěšnosti vstupu klientů na běžný trh práce nelze projekt ještě objektivně posoudit. Na to je ještě brzo. V rámci možností, které nám dává naše financování, situace na trhu práce a další okolní vlivy, jsme však s projektem spokojeni. Spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli zvyšuje pružnost služeb a je dobrým informačním servisem pro klienty i sociální pracovníky.

Jaké projekty, přístupy se ukazují jako nejvhodnější v boji proti sociálnímu vyloučení duševně nemocných?

Rozhodně přístupy a služby, které jsou komplexní a nezaměřují se jen na symptomy duševního onemocnění, ale zabývají se všemi oblastmi potřeb. Duševní onemocnění je charakteristické tím, že často zasahuje destruktivně do celého života nemocných. Potýkají se nejen se samotným onemocněním, ale navíc se všemi sekundárními následky. Vedlejšími účinky léků, narušenými vztahy, nízkým sebevědomím, ztrátou praktických dovedností a motivace během dlouhodobých hospitalizací. Obtížné je také zvládání předsudků a stigma v důsledku užívání psychiatrické péče a vyrovnání se s tím, že v důsledku nemoci některé své role a ambice, které měli dříve, už nelze realizovat. Velmi důležitým aspektem psychosociální rehabilitace je hledání perspektiv, jak žít kvalitní život, navzdory nemoci. Pokud to

shrňeme, tak bezpochyby efektivní komunitní péče je taková, která je komplexní, koordinovaná, individuálně zaměřená a dlouhodobá.

Jaké metody sociální práce používáte při práci s klienty?

Je obtížné metody stručně shrnout. Spolupráce s klientem může mít velmi různý charakter. Téměř vždy se využívá rehabilitační diagnostika – šetření individuálních potřeb, silných stránek klienta, potenciálních rizik, zranitelnosti a praktických dovedností. Orientujeme se spíše na individuální cíle klienta, krátkodobé i dlouhodobé. Z hlediska metod dále využíváme individuální a protikrizové plánování. Využíváme také psychoedukaci, tedy vzdělávání samotných uživatelů a jejich rodinných příslušníků. Dále krizovou intervenci v období relapsu onemocnění a nácvik jednotlivých praktických dovedností. Sociální a psychologické poradenství samozřejmě také. V rámci poradenství se řeší především krátkodobé a dílčí problémy, s kterými klient přichází. V případě, že je problémů mnoho a bude nutná dlouhodobá podpora klienta ve více oblastech života, získává svého klíčového pracovníka. Spolu se snaží hledat dlouhodobý cíl spolupráce, který nebude obsahovat jen problém, ale spíše další životní perspektivu. Z hlediska metod dáváme poměrně velký prostor našim pracovníkům. Bereme v potaz, že důležitý je cíl při spolupráci s klientem. Metody chceme a jsme do určité míry schopni přizpůsobovat jednotlivým klientům. Myslíme si, že pro klienta je výhodnější, když sociální pracovník disponuje spektrem nástrojů, metod a dovedností, v rámci kterých může volit ty vhodné pro konkrétního klienta s ohledem na míru a charakter jeho postižení. Spíše než pevně stanovené metodické postupy.

Co vás vedlo k tomu, aplikovat principy sociální práce? Můžete ukázat na příkladu naplňování některého principu?

Snažíme se délku, charakter, intenzitu spolupráce neshazovat přesnými postupy. Jednotliví pracovníci na základě vztahu s klientem domlouvají a vyjednávají způsoby, jak se bude situace klienta řešit. Stejně jsou pro nás tyto principy: dobrovolnost, individuální

přístup ke klientovi, pozitivní zaměření na silné stránky klienta a budoucnost. Civilní a přátelské prostředí služby, které vyvolává pocit bezpečí a důvěry, je základní východisko pro další spolupráci s klientem. Řada situací je tak komplikovaných, že bez těchto principů všechny metody sociální práce selhávají, nemají na čem stavět. Více než příčinami onemocnění a symptomy se zabýváme se rolemi, které jsou pro klienty důležité a které chtějí naplňovat. Z toho zjišťujeme, jaké dovednosti k tomu klient potřebuje. Velký důraz klademe na dynamiku spolupráce, která probíhá v určitém čase. Jsme si vědomi toho, že spolupráci plánovat lze, ale úzdravu z duševního onemocnění nikoliv.

Setkáváte se stigmatizací, ať už klientů nebo pomáhajících pracovníků, kteří podporují duševně nemocné? Daří se vám ji snižovat?

Setkáváme se stigmatizací tak, že nám o ní vyprávějí klienti, a někdy sami osobně. Například před několika lety rozhodovalo jedno zastupitelstvo o udělení sociálních bytů pro lidi se zdravotním postižením. Když jsme zažádali, jako organizace, která pracuje s osobami se zdravotním postižením z důvodu psychiatrického onemocnění, o přidělení bytů pro naše klienty, kteří odcházeli z chráněného tréninkového bydlení, tak se rozšířily podmínky pro přijetí. Úředníci od nás požadovali záruku, že naši uživatelé dodržují hygienu a nepáchají trestné činy. Řešila se nutnost přítomnosti recepční služby a preventivní spolupráce s městskou policií. To bylo nepřijatelné. Vezměme si praxi ubytoven, raději vezmou někoho, kdo přišel z vězení, než někoho, kdo přišel z léčebny, trestaní jsou pro majitele ubytoven čitelnější. Řada sociálních zařízení pro seniory má jako kontraindikaci duševní onemocnění. Bez ohledu na to, jestli akutní fáze onemocnění nastala naposledy před řadou let. Stigma dušev-

ního onemocnění je charakteristické tím, že se jej nelze fakticky zbavit. I po řadě let stabilizovaného stavu se nemluví o našich klientech jako o zdravých lidech, ale o lidech, kteří jsou ve fázi remise onemocnění.

Jak je možné, že se stigmatizace týká i profesionálů, kteří s duševně nemocnými pracují?

Profesor Norman Sartorius, bývalý předseda Světové psychiatrické asociace, měl na toto téma v Senátu ČR přednášku. Ukazoval tři cykly stigmatizace, které zasahují jak individualitu samotného nemocného, tak rodinu a profesionály. Upozornil, že negativní postoje k lidem s duševním onemocněním mají souvislost i s financováním samotného oboru. Ve chvíli, kdy je cílová skupina zatížena negativními předsudky, nastává větší tlak na to, aby péče měla více kontrolní charakter. S tím souvisí i menší vůle prosadit zkvalitňování péče v daném oboru, ochota společnosti do ní investovat. Vždy raději bude financovat služby zdravotně postiženým dětem než lidem s psychiatrickým onemocněním. Nedostatek financí musí nutně vést k tomu, že je nedostatek personálu v psychiatrických léčebnách nebo je tam personál méně kvalitní, co se týká vzdělání a supervize. Když mají na oddělení dvě sestry 30 pacientů, pak nelze mluvit o individuálním přístupu. Problémy, konflikty se tak generují snazším způsobem, což opět posiluje přesvědčení, že je potřeba, aby byla péče paternalistická, jinak to nejde. Jednoduše by se dalo říci, že když je někdo označován společností za divného, tak ten, kdo s ním je v kontaktu, je také tak trochu divný, jinak totiž není možné, aby s ním mluvil.

Známý je předsudek v laické veřejnosti, že ani ti psychiatři nejsou úplně normální. Postava psychiatra Chocholouška ve filmu Jáchyme, hoď ho do stroje je již téměř ikonou.

Připravil Pavel Bajer

Komunitní služby sdružení Eset–Help pomáhají duševně nemocným ke změně

Ve sdružení Eset–Help pomáhají lidem se závažným duševním onemocněním. Jde o lidi, kteří zažili vícero hospitalizací, roky už mají psychiatrickou diagnózu, jsou stále v péči psychiatra, berou léky a mají za sebou dlouhodobou psychiatrickou kariéru. „I tak ale mohou zvládat při vhodné podpoře hodně věcí a my jim v tom pomáháme. Mezi našimi klienty jsou velké rozdíly, někteří se třeba skoro bojí vyjít z domova a jiní si zase leccos zařídí sami. Všem klientům se ale snažíme postupně, s využitím a rozvojem jejich schopností, mnohdy po malých krůčcích, pomoci a výsledkem je třeba to, že nastoupí do zaměstnání,“ nastiňuje činnost organizace vedoucí rehabilitace **Jan Paleček**.

Jaké metody, přístupy využíváte v sociální práci s duševně nemocnými?

Mluvíme o psychosociální, psychiatrické rehabilitaci. Součástí procesu rehabilitace je stanovování cílů, čemuž předchází zjišťování potřeb, silných a slabých stránek, zdrojů klienta. Na základě takového vyhodnocení se stanoví krátkodobé a dlouhodobé cíle, kam chceme dojít. Vyhodnocení se koná v rámci každé služby, ať už se zaměřuje na práci, volný čas či bydlení. S každým klientem plánujeme, co by chtěl změnit, co by se měl naučit. Vždy vycházíme z jeho potřeb.

Modelů psychiatrické rehabilitace existuje několik. Jsme ovlivněni především tzv. bostonskou školou a také eklektickým psychosociálně rehabilitačním přístupem, který sem v 90. letech přinesli Holanďané. Rehabilitace představuje v psychiatrii autonomní model práce s klientem, stejně důležitý, jako je třeba psychoterapie. A přestože přístup pracovníků v rehabilitaci může být v některých ohledech psychoterapeutický, naším cílem není klienty terapeutizovat, byť s námi mnohdy mluví o velmi osobních věcech. My se s nimi zaměřujeme na změnu, na cíl, kterého chtějí dosáhnout, třeba se hledá inzerát na pracovní místo a odpovídá se na něj, nacvičuje se pohovor se zaměstnavatelem a podobně. Bez vztahu vzájemné důvěry, bez pracovní aliance to ale nejde.

Důležité je také to, že naše služby jsou komunitní. To znamená, že se snažíme, aby klienti neměli podporu jen od profesionálů a služeb pro duševně nemocné, ale aby mohli využívat zdroje komunity. Když například klient z chráněného bydlení potřebuje na internet, sociální pracovnice mu nedoporučí, aby si zašel k počítači, který je klientům volně

přístupný v centru denních aktivit, ale poradí mu nebo i ukáže, že může využít přístup na internet v místní knihovně. Podobně s klienty třeba nacvičuje, aby překonali ostych, obavy a dokázali si říci o pomoc u sousedů v domě. To všechno se jim hodí k tomu, aby si dokázali poradit i bez pomoci sociální služby. Klienti jsou zkrátka sociální bytosti, jejich situace se do značné míry odvíjí od toho, jakou podporu dostávají ze svého okolí a jak si poradí v každodenním životě. Sociální služby by tyto dva aspekty měly pomoci rozvíjet.

Jakou mívají klienti obvykle zakázku, na co se chtějí zaměřit? Žádají po vás klienti zavedení nových služeb?

To je různé. Každý chce a potřebuje něco trochu jiného. A určit to tak, aby se na tom skutečně dalo stavět, může být samo o sobě dlouhý proces. Někdy klienti přicházejí proto, že to po nich vyžaduje rodina, jindy přicházejí s tím, že chtějí práci, ale ukáže se, že jejich představa není moc jasná nebo že jim chybí mnoho potřebných dovedností. Také samozřejmě záleží na tom, do jaké služby klient přichází. Do sociální a právní poradny se lidé dostávají například s tím, že jim hrozí exekuce, v centru denních aktivit zase hledají společenské kontakty, náplň volného času.

Co se týče zavedení nových služeb, nevím o tom, že by po nás klienti chtěli nějaké úplně nové služby. Ale třeba klienti centra denních aktivit už delší dobu volají po tom, aby bylo centrum otevřené i o víkend. Bereme to vážně a snažíme se přitom vidět, jaká potřeba se za tímhle přáním skrývá. Jde o to, že se někteří klienti cítí osaměle a víkend je pro ně příliš

dlouhý, když se nevidí s přáteli. Samozřejmě, mohli bychom shánět prostředky na víkendový provoz centra. Kromě toho, že by to bylo asi dost obtížné, zdá se nám vlastně lepší motivovat klienty k tomu, aby tento problém řešili hlavně s pomocí vlastních zdrojů. Podporujeme je v tom, aby se o víkend scházeli, navzájem se navštěvovali doma, chodili na výlety.

Co plánujete do budoucna? Chcete rozšířit své služby?

Stává se, že s klientem, který využívá více našich služeb, se všude něco plánuje a služby se tak překrývají, i když jsou týmy v úzkém kontaktu. Chceme, aby v Eset-Helpu fungoval, na principu case managementu, multidisciplinární tým, který by pracoval s klienty s mnohonásobnými potřebami a také s klienty, kteří se obvykle ve službách z různých důvodů neudrží. Tým by zároveň koordinoval sociální a zdravotní služby, protože by v něm byl zastoupen jak sociální pracovník (case manažer), tak psychiatr, psycholog, terénní psychiatrická sestra.

Služby by se určitě daly rozvíjet v mnoha směrech. Například máme dva chráněné byty. Klienti tam zůstávají většinou jeden rok, pak si musí najít nějaké jiné bydlení nebo se vracejí do rodiny. Dlouhodobě ale uvažujeme také o programu podporovaného bydlení, v jehož rámci bychom pracovali s klienty na nácviku dovedností spojených s bydlením v jejich vlastních domovech.

Pojďme ke konkrétním službám, které nabízíte. Podle jakých kritérií přijímáte klienty do tréninkového chráněného bydlení?

Do tohoto programu mohou být přijati lidé starší 18 let s diagnostikovaným závažným duševním onemocněním. Zájemce by měl být zaregistrovaný u zdravotní pojišťovny, v péči ambulantního psychiatra a přirozeně motivovaný k samostatnému bydlení. Kontraindikací pro přijetí je aktuální závislost na návykových látkách nebo akutní psychotický stav. Žadatelé o vstup do tréninkového chráněného bydlení jsou většinou lidé, kteří sice někde bydleli nebo bydlí, ale jsou v obtížné situaci, například nebyli schopni platit za byt a nedokáží hospodařit s penězi, nebo se potřebují osamostatnit od rodiny a podobně.

V čem spočívá trénink?

Trénink je zaměřený na dovednosti potřebné pro samostatné bydlení. Klient se naučí vařit, hospodařit s penězi, uklízet, prát. Spíše však než o trénink samotný jde o to, že klient potřebuje získat sebedůvěru, pocit, že věci dokáže zvládnout a zařídít si, co je potřeba, že nemusí být odkázaný jen na péči druhých.

Předpokládám, že je více zájemců než míst?

Přirozeně je více žadatelů než míst v chráněném bydlení, sdružení totiž disponuje jen třemi místy v ženském bytě a třemi v mužském. Nemáme ale pořadník, když se uvolní místo, vybíráme toho zájemce, kterému může služba nejvíce pomoci.

Rehabilitace v chráněném bydlení je časově omezena. Co se děje s klienty po uplynutí dané doby?

Rehabilitace v chráněném bydlení je časově omezena na jeden rok s možností případného půlročního prodloužení. Pokud je klient schopen pracovat a dostatečně si vydělat, může si najít bydlení, podnájem či ubytovnu. Může se také vracet k rodičům, ale v takovém případě je dobré s rodinou už dopředu pracovat, aby dokázala akceptovat změněnou situaci, to, že klient má nové dovednosti, a tudíž také může v domácnosti dělat řadu věcí, které předtím nedělal.

Co znamená přechodné zaměstnávání?

Přechodné zaměstnávání je sociální služba pro klienty, kteří si potřebují ověřit a nacvičit základní pracovní dovednosti, jako třeba přijít včas do práce nebo vůbec zvyknout si na styk s dalšími lidmi v práci. Během toho, co pracují na přechodném místě, si klienti mohou vyjasnit, do jakého zaměstnání by později chtěli nastoupit a jaké jsou jejich možnosti.

Jaká a kde jsou přechodná místa?

V současné době máme k dispozici pět přechodných míst. Tři místa jsou ve zdravotnickém zařízení pro duševně nemocné. Další dvě místa jsou u organizací, které pracují s lidmi s drogovou závislostí, a poslední je u jedné křesťanské organizace. S každou organizací máme uzavřenou smlouvu o tom, že u nich



Autor: Markéta Pulchartová, členka skupiny Extraart, Fokus Praha, o. s.

bude probíhat sociální rehabilitace. Náplň práce klientů v přechodném zaměstnání tvoří pomocné činnosti, například pochůzky – roznášení pošty, pomocná administrativa – kopírování, nadepisování obálek, vkládání dopisů do obálek, úklid kanceláří nebo také úklid zahrady. Sociální pracovníce na začátku musí klienty na každém místě vždy zacvičit, což trvá týden až 14 dní. Klienti se na místech střídají po půl roce, naší povinností je zajistit pro každou organizaci kontinuitu, aby místa nezůstala neobsazená. S každým klientem sepisujeme smlouvu o sociální rehabilitaci, předem se domlouváme, na kolik hodin týdně. Pomáháme mu také zvolit, na které místo by chtěl nastoupit. Když se nám podaří najít firmu, která má zájem o zřízení přechodného místa, sociální pracovníce si samy chodí napřed na týden danou práci vyzkoušet a podle toho pak navrhnou rozvržení pracovní doby pro klienty. Pracovní doba nesmí přesáhnout polovinu úvazku. Je to proto, aby klient nebyl zatížený jenom prací, ale měl také čas věnovat se spolu se sociální pracovnící reflexi celého procesu: náplni prá-

ce, adaptaci na nové prostředí, komunikaci s kolegy na pracovišti.

Je dostatek přechodných míst?

Uvítali bychom více přechodných míst. Máme ale jen dvě sociální pracovníce, ty zajišťují kompletní servis přechodných míst. Jedna zvládne pracovat s maximálně čtyřmi klienty na čtyřech přechodných místech. Když klient na přechodné místo nastoupí, sociální pracovníce je v kontaktu s ním i s firmou, zjišťuje, jak se vše vyvíjí. Pokud jde všechno hladce, kontaktuje firmu za půl roku několikrát. Když klient onemocní, vyžaduje to více energie a času, protože sociální pracovníce klienta na přechodném místě částečně i zastupuje. Podobně když se vyskytnou nějaké potíže, je s firmou v častějším kontaktu.

Jaké jsou podmínky pro zapojení do programu podporovaného zaměstnávání?

Ukazuje se, že je lepší, když klient napřed absolvoval program přechodného zaměstnávání nebo

tréninkové kavárny či obchodu. Má pak nacvičeny základní dovednosti, zvládá pravidelně chodit do práce, je zvyklý na stálý denní režim.

Na začátku zjišťujeme, zda služba podporovaného zaměstnávání odpovídá potřebám klienta a jestli klient splňuje kritéria služby. Když ne, nabízáme mu tréninkové služby: přechodné zaměstnávání, tréninkovou kavárnu či obchod.

Cílem podporovaného zaměstnávání je najít klientovi místo na otevřeném trhu práce, za běžných podmínek. Klienti mají většinou zkrácené úvazky, pracují při částečném nebo plném invalidním důchodu. Místo se vyhledává podle jejich možností, schopností, dovedností, takže je výhodné, když se předtím osvědčí na přechodném místě. Mohou pak pracovat na podobném místě i v podporovaném zaměstnání.

Daří se umístit klienty na otevřený trh práce?

Ano, za loňský rok jsme měli 50% úspěšnost, každý rok se procento zvyšuje. Celkem se na otevřený trh práce dostalo 36 ze 72 klientů podporovaného zaměstnávání.

Duševně nemocní lidé netrpí jen psychicky, ale také se často ocitají v nepříznivé sociální situaci. Jak jim může pomoci rehabilitace v tréninkové resocializační kavárně?

Může hodně pomoci v oblasti práce, práce v kavárně je pro ně hodně zkoušení, trénování. Nejen pracovních dovedností, ale také komunikace, denního režimu, vstávání, koordinace pohybu, myšlení, pozornosti. Je to souhrn různých činností, a tedy také řady dovedností. Nejde jen o to, naučit se práci barmana, ale zkoordinovat více činností naráz, naučit se práci s penězi. Nejde to u všech a hned, někteří potřebují delší čas se zapracovat. Na začátku rehabilitace jsme s klienty neustále a pak je víc a víc necháváme bez podpory. Zároveň jsme ale pořád v případě potřeby k dispozici. Při některých činnostech si klienti nevěří a potřebují konzultaci. Snažíme se třeba, aby byli sami schopni řešit konfliktní situace se zákazníky.

Stává se, že klienta práce v kavárně nebaví, zhorší se mu zdravotní stav a rehabilitace se přeruší nebo v této službě skončí.

Základní doba práce v kavárně činí čtyři měsíce, dá se prodloužit po domluvě klienta se sociálním pracovníkem o dva měsíce. Barmani chodí na tři hodiny denně, úklidové místo je na hodinu denně a výrobce toastů na čtyři hodiny denně. Zájemci tedy mají možnost si vybrat, každé místo má své specifikum. Toastař vyrábí toasty v kuchyňce a je během směny víc sám, barmani zase více komunikují se zákazníky.

Co vše se nabízí klientům v centru denních aktivit? Podle jakého klíče volíte ať už denní či dlouhodobý program centra?

Snažíme se o co nejrozmanitější aktivity a zároveň, aby měl den řád. Aktivitami jsou od arteterapeutických technik, kognitivních nácviků (například nácvik pozornosti), přes sportovní aktivity (ping-pong), po chození na výlety a výstavy. Plánují se s týdenním předstihem, snažíme se do plánování zapojit klienty. Podporujeme i svépomocné aktivity. Otevřeno je ve všedních dnech od 10 do 16 hodin. Čas, který tu klienti tráví, je individuální, někdo chodí dopoledne, jiný odpoledne, někdo téměř každý den a jiní jenom občas. Denně se tu vystřídá zhruba 12 klientů. Máme klienty, kteří sem chodí už několik let, našli si tu svoji roli, jsou například ve funkcích v klientské radě, a pak jsou tu klienti, co chodí krátkodobě. Služba není časově omezena.

Jaké sociální dovednosti si osvojí klienti na resocializačních pobytech?

Určitě adaptaci v neznámém sociálním prostředí a komunikaci ve skupině (10–12 lidí). Například se musí domluvit, kam se další den půjde. Nebo se klienti navzájem podporují, když jim není dobře. Naši klienti také sami moc necestují, je to pro ně obtížné. I z toho důvodu jsou pro ně pobyty důležité: chodí se do přírody, jezdí se na památky, hrady.

Klienti na pobyt přispívají finančně, ne každý si může dovolit jet. Letos se pracovnice dohodly, že nechají na klientech, aby se domluvili, kam pojedou, zjistili, jaký je vůbec zájem, a potom jim pomohou zorganizovat vše potřebné.

Připravil Pavel Bajer

V Brně chybějí služby ve všech oblastech pro duševně nemocné, Práh má malou kapacitu

Proč se nedaří v městě Brně rozšiřovat služby pro lidi s psychózou a jak se daří zapojovat lidi z této cílové skupiny do běžného života, se kromě jiného dozvíte od **Vlasty Kopecské**, vedoucí sociálně-terapeutické dílny šicí a provozní, a **Petry Konečné**, DiS., vedoucí sociálního centra sdružení Práh.

Jaká je situace v Brně ohledně sociálních služeb pro duševně nemocné?

Pro lidi duševně nemocné jsou v Brně kromě našeho sdružení pouze tyto služby: Amicus Brno, o. s., Anabell, o. s., sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, Centrum advokacie duševně postižených, Diakonie Česko-bratrské církve evangelické – Centrum denních služeb, Diakonie Česko-bratrské církve evangelické – chráněné bydlení Ovečka a VIDA centrum Brno, což není mnoho.

Naše cílová skupina jsou lidé, kteří trpí psychózou (*diagnózy F20, F21, F23, F25, F30, F31, F32, F33*), *tzn. schizofrenie, schizotypní porucha, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy, manická fáze, bipolární afektivní porucha, depresivní fáze, periodická depresivní porucha*.

Lidé z **naší cílové skupiny** v důsledku nemoci ztrácejí schopnost udržet si bydlení, práci a adekvátní sociální vztahy, nedokončí často vzdělávání. Pro naši cílovou skupinu tedy chybí služby ve všech životních oblastech – práce, bydlení (chybí zde chráněné bydlení na dobu neurčitou), volný čas a naprosto schází služba podporovaného vzdělávání, s různou intenzitou podpory pro lidi, kteří v důsledku své nemoci nedokončili či přerušili své studium nebo si vzdělání chtějí zvýšit. Nejsou specializované služby pro mladé lidi. Resocializace mladých lidí, kteří onemocněli ještě před tím, než začali pracovat, tudíž si nevytvořili pracovní návyky, je jiná než u lidí, kteří třeba již 20–30 let pracovali. U lidí, kteří prodělali první ataku nemoci, je důležité pracovat na rychlém návratu do běžného života, tak, aby se člověk sociálně neizoloval, vrátil se k práci, popřípadě studiu.

Jak hodnotíte spolupráci s psychiatrickou léčebnou v Brně-Černovicích?

Na určitých odděleních je spolupráce dobrá – lékaři i další personál mají snahu s námi spo-



Vlasta Kopecská a Petra Konečná

lupracovat a informují nás o zájemcích o naše službách. Jisté rezervy vidím v nedostatečné informovanosti o našich službách – často mívá odborný personál léčebny, psychiatři a psychiatrické sestry zkreslenou představu o tom, co nabízíme, co je v našich možnostech. Zlepšení informovanosti se snažíme docílit občasnými přednáškami v Psychiatrické léčebně Černovice pro lékaře a sestry. Celkově vnímáme spolupráci jako oboustranně velmi přínosnou. V případě potřeby máme možnost konzultace zdravotního stavu klienta v době zhoršení. Máme tak větší přehled o situaci klienta, kdy nemůže docházet do některého z našich programů. Naše pomoc a podpora může být pro něj efektivnější ve spolupráci s psychiatry a sestrami. Léčebna je členem sdružení jako právnická osoba, účastníme se pořádaných seminářů, pořádáme společné schůzky.

Uspokojíte všechny zájemce o vaše služby? Stává se, že zájemci čekají na zařazení do některé ze služeb?

Poskytujeme pro každou oblast pouze jednu službu, cítíme absenci různých služeb s různou

mírou podpory například v oblasti práce – bazální dílny, sociálně-terapeutické dílny, přechodné zaměstnávání, sociální firma, podporované zaměstnání, i když ve všech životních oblastech. Jsme schopni uspokojit jen malou část lidí z naší cílové skupiny, necelých 200 osob ze tří až pěti tisíc podle kvalifikovaného odhadu. Každá služba má stanovenou kapacitu, která se odvíjí od druhu služby, počtu a kapacity jednotlivých pracovníků, kapacity místa provozu apod.

Všechny zájemce uspokojit v jednom čase nemůžeme, ale zapisujeme je do pořadníku čekatelů. Tyto pořadníky jsou různě dlouhé a často se mění (někdo ztratí zájem, zhorší se jeho zdravotní stav, odstěhuje se apod.), nelze proto zpravidla stanovit délku čekací doby, což může některé zájemce od podání žádosti odradit. Často se stává, že musíme zájemce o služby odmítnout, protože nesplňuje vstupní kritéria, nejčastěji z důvodu odlišné diagnózy – poruchy osobnosti, méně často lehká mentální retardace, epilepsie. Dalším z častých důvodů je jiné bydliště než naše spádová oblast, Brno a okolí v dojezdu do 60 minut. Velmi nás to mrzí, rádi bychom jim nabídli alternativní službu právě pro jejich cílovou skupinu, ale nemáme moc možností, kam je v Brně nasměrovat.

V jaké oblasti se vám podle vašeho názoru nejvíce daří a obráceně nedaří zapojovat duševně nemocné do běžného života?

Je to různé v různých oblastech, kterým se jednotlivé služby věnují. V oblasti bydlení se nám daří překonat úzkost ze samostatného bydlení, daří se hledat podnájem. Obtížné je navazování vztahů, přátelství či partnerství pro naše uživatele, tedy lidi s psychózou. Důvody mohou být tyto: diagnóza duševní nemoci je velmi stigmatizující, bouřlivá ataka může zpětrhat vztahy v rodině, s přáteli, spolužáky, spolupracovníky a je těžké vztahy znovu navazovat. Svou roli může hrát také sociální izolace, nemoc se léčí několik měsíců, během kterých se ztrácejí kontakty s původním sociálním prostředím.

V oblasti práce (sociálně-terapeutické dílny rukodělné) se nedaří zaměstnávání našich klientů na volném trhu práce, jak z důvodu neochoty zaměstnavatelů, tak z důvodu strachu

našich klientů ze ztráty invalidního důchodu. Naopak daří se snižovat častost hospitalizace jednotlivých klientů, daří se udržovat či mírně zlepšovat stávající zdravotní stav. V dílnách rovněž slavíme úspěchy i ve zlepšení sociálních vztahů a navazování nových vztahů v rámci kolektivu dílny.

V sociálně terapeutické dílně Café Práh je úspěšnost v integraci klientů na volný trh práce větší (cca 65 %). I pro klienty, kteří neodejdou na volný trh práce, je zkušenost s prací v dílně důležitá pro jejich další život. Ve službě si nacvičí sociální dovednosti, denní režim, vylepší se jejich sociální vztahy s rodinou, kamarády. Klienti se celkově cítí lépe, můžou mít pocit, že jsou užiteční a práce dává jejich životu smysl.

Jaká je ve vaší organizaci činnost sociálního pracovníka? Podle jakého klíče vybíráte sociální pracovníky? Není například v Café Práh velká fluktuace sociálních pracovníků/asistentů?

Základem je, že sociální pracovník musí mít odpovídající vzdělání dané zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Měl by mít pro práci rovněž řadu osobnostních předpokladů, které vycházejí z naší práce a kam spadá psychická odolnost, trpělivost, empatie či flexibilita.

Je dobré si uvědomit, že v naší organizaci je pracovníkem psychosociální rehabilitace, ve které se musí dodatečně vzdělávat. Psychosociální rehabilitace využívá částečně poznatky ze sociální práce, je eklektická v tom, že spojuje poznatky i z ošetrovatelství, psychiatrie, sociální psychiatrie a psychologie. Pracovní nároky v oblasti rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných jsou velmi vysoké, není v naší zemi v této práci žádná tradice. Domníváme se, že práce s naší cílovou skupinou je jedna z nejtěžších, a proto řada lidí ji po určité kratší či delší době vzdává.

Navíc práce v Café Práh má kromě rehabilitační práce svá specifika, jako směnný provoz (soboty, neděle, večerní směny), obsluha, vyřizování objednávek, příprava rautů, které nejsou běžnou součástí role sociálního pracovníka. V Café Práh je průměrná délka trvání zaměstnaneckého poměru asistentů zhruba jeden rok.

Co je metoda psychosociální rehabilitace STORM?

Metoda psychosociální rehabilitace je pracovní postup, jak aplikovat rehabilitační proces – neboli vyšetření, plánování, intervence, zpětná vazba. Tyto body se neustále periodicky opakují. STORM je zkratka pro holandskou školu psychosociální rehabilitace, která využívá v rehabilitačním procesu přání klienta, se kterým nadále pracuje. Během procesu se upřesňuje přání natolik, že klient je schopen si stanovit dlouhodobý rehabilitační cíl. Překonání překážek k dosažení dlouhodobého cíle pak probíhá pomocí specifických rehabilitačních plánů.

Co brání dalšímu rozšíření služeb, proč nevznikají v Brně další organizace, které by pomáhaly duševně nemocným?

Pomoc naší cílové skupině představuje úzké skloubení sociálních a zdravotních služeb. Současný systém je však oddělený a staví vzniku takovýchto služeb velké překážky. Nejsou přizpůsobeny zákony, financování ani vzdělávání. Finanční prostředky v Brně určené na sociální služby jsou omezené a nebudou se radikálně navyšovat. Rozpočet města Brna již teď nedokáže uspokojit všechny potřebné služby pro nejrůznější cílové skupiny. Nejedná se tedy pouze o služby pro osoby s duševním onemocněním, ale sociální služby v Brně všeobecně.

Služby pro lidi s duševním onemocněním začaly vznikat později než služby pro lidi se závislostí na návykových látkách, pro lidi s tělesným nebo mentálním postižením a seniory. Poté, co vzniklo Sdružení Práh v roce 1999 a postupně vytvořilo šest typů služeb, se jak městu Brnu, tak Jihomoravskému kraji zdá,



Jednou ze služeb poskytovaných sdružením Práh je sociálně terapeutická dílna šicí a provozní. Foto: archiv sdružení Práh

že je o lidi s duševním onemocněním postaráno, a není připraveno finančně podporovat jiné organizace a jiné služby pro tuto cílovou skupinu.

Také zákon č. 108/2006 Sb. a s ním spojená povinnost registrace služeb neusnadňuje vznik nových služeb. Město Brno jasně vyjádřilo názor, že nebude podporovat neregistrované služby. Služba se však nemůže registrovat bez personálního obsazení, personální obsazení však vyžaduje finanční zabezpečení, které v současné době umožní pouze strukturální fondy EU. U projektů na strukturální fondy EU však uspěje organizace, která má zkušenost, historii a nejlépe i finanční krytí. A projekty z EU budou podporovány podle toho, zda jsou součástí Komunitního plánu města Brna.

Připravil Pavel Bajer

Liga za duševné zdravie vytvorila motivačné centrum Nezábudka

Na Slovensku existuje priepastný rozdiel medzi potrebou liečby a jej skutočným poskytnutím. Stále chýbajú programy podpory a prevencie duševného zdravia, píše sa na webových stránkach Ligy za duševné zdravie (<http://www.dusevnezdravie.sk/>). Z týchto závažných dôvodov sa Liga za duševné zdravie už sedem rokov angažuje v aktivitách podporujúcich duševné zdravie. Aké to sú aktivity, odpovedá Mgr. **Katarína Čermáková**, psychologička a projektová manažérka Ligy za duševné zdravie SR.

Co znamená názov Nezábudka?

Liga za duševné zdravie SR je neziskové záujmové združenie, ktorého hlavným zámerom je zmena postojov k ľuďom s duševnými ochoreniami, demýtizácia duševných chorôb a pomoc ľuďom s duševnými ochoreniami vrátiť sa do pracovného života. Okrem mnohých iných aktivít otvorila v minulom roku Motivačné centrum Nezábudka určené pre ľudí s duševným ochorením, pre príbuzných a aj pre ľudí v pomáhajúcich profesiách (psychológov, psychiatrov, pedagógov, sociálnych pracovníkov).

Kvietok *nezábudka* si zvolila LDZ už pri svojom vzniku za symbol duševného zdravia. Zároveň má nezábudka pripomínať, aby ľudia „*nezabúdali*“, že duševné zdravie je neoddeliteľnou súčasťou nášho zdravia. Preto LDZ má Galériu Nezábudka, poradňu Nezábudka, informačnú mediálnu kampaň Dni Nezábudiek a najnovšie aj motivačné centrum Nezábudka.

Co je cieľom či poslaním Galérie Nezábudka?

Galéria Nezábudka funguje pri Lige za duševné zdravie od roku 2004. Jej hlavným poslaním je rozvíjať arteterapiu v psychiatrických zariadeniach na Slovensku a podporovať výtvarné nadanie u ľudí, ktorí majú problémy s duševným ochorením. Za týmto účelom usporadúva každé tri roky celoslovenskú výtvarnú výzvu *Hľadá sa talent*, kde sú autori oceňovaní v kategóriách *talent*, *laureát* a *čestné uznanie*. Pre ocenených autorov Galéria Nezábudka pripravuje každoročne letné *výtvarné sympóziu*m, usporadúva *individuálne a kolektívne výstavy*.

Snahou ligy je zachovať celoročnú kontinuitu pri vzdelávaní psychicky chorých pacientov, preto mnohí majú možnosť zdokona-



Mgr. Katarína Čermáková

lovať svoje výtvarné zručnosti na výtvarných workshopoch, ktoré fungujú v rámci motivačného centra Nezábudka, konkrétne v projekte Open Art. Bližšie informácie nájdete na www.galerianezabudka.sk.

Proč zrovna motivační centrum?

K vytvoreniu motivačného centra nás inšpirovali podobné, vo svete existujúce motivačné centrá – creative corner, live motivation centre a iné. Nám sa tento nápad zapáčil a rozhodli sme sa realizovať motivačné centrum Nezábudka pre našu cieľovú skupinu na Slovensku. Ľudia s problémami duševného zdravia potrebujú podnetný priestor, ktorý ich motivuje robiť niečo pre potešenie, „potravu pre svoju dušu“, nazbierať sebavedomie, odvahu pustiť sa možno do niečoho, čo ich na ceste za zdravším a kvalitnejším životom ešte len čaká.

Dôvodom je aj fakt, že na Slovensku je stále nedostatok príležitostí pre rôznorodé, voľno



Tento obraz získal ocenenie Talent roka v súťaži Výzva, hľadá sa talent centra Nezábudka. Autor: Daniel Novák

časové aktivity pre dospelých s duševným ochorením.

Proč je Štúdio Open Art zaměřené zrovna na výtvarné aktivity?

V motivačnom centre Nezábudka chceme ponúkať široký výber aktivít, aby si prípadní záujemcovia vybrali podľa svojej chute a potreby. Zo skúsenosti vieme, že medzi ľuďmi s problémami duševného zdravia je veľmi veľa vnímavých a citlivých jednotlivcov – a rovnako veľa aj skrytých umelcov. Myslíme si preto, že výtvarné, tvorivé aktivity by v ponuke motivačného centra nemali chýbať. Jedným z prvých projektov motivačného centra bol práve vý-

tvarný ateliér, ale plánujeme ho rozšíriť o ďalšie aktivity – literárnu dielňu, dielňu dramatickej tvorby, osvetovo-vzdelávacie programy.

Jak konkrétně pomáhají výtvarné aktivity duševně nemocným k jejich lepšímu sociálním fungování?

Každý človek je vo svojej podstate tvorivá bytosť, len každý máme tú svoju oblasť, v ktorej sa realizujeme. Niekto možno objaví svoju radosť z tvorivosti vo výtvarnom prejave až počas ochorenia, v čase, keď sa jeho život dramaticky mení, či už na kratší alebo dlhší čas. Takýto človek má možnosť vo výtvarnom prejave nájsť rozširujúci a obohacujúci spôsob komunikácie s okolím, so spoločnosťou; môže tiež získať nový okruh známych s podobnými záujmami. Mnohí ľudia, ktorí sa o výtvarný prejav pokúsia prvý raz až v do-

spelosti, objavia v sebe nielen možnosti dovtedy netušeného sebvýjadrenia, ale aj umelecký talent. Maľovanie sa pre nich stane novou životnou záľubou, pre niektorých dokonca novým zmyslom života či novou profesiou.

Hlavným cieľom umeleckej tvorby nie je vytvorenie umeleckého diela. Umelecké vyjadrovacie prostriedky sa tu stávajú prostriedkom vyjadrenia pocitov, nálad, myšlienok. Niekedy to môže viesť k úlave a odstráneniu napätia a chorobných príznakov. Z potreby vyjadriť sa umeleckými prostriedkami a riešiť svoje napätia a pochybnosti o svete i sebe samom vznikajú aj najlepšie umelecké diela umelcov-profesionálov.

Co bývá tématem výtvarných prací duševně nemocných?

Nedá sa povedať stručne, čo býva témou výtvarných prác týchto ľudí. Možno by nepomohlo ani obširne vymenovanie rôznorodých tém a námetov kresieb a malieb, ktoré v štúdiu vznikajú. V inšpirácii a výbere tém na výtvarné spracovanie sa nelíšia naši autori od zdravých. Niektorí sa zameriavajú na krajinu, iní na portrét, ďalší na zachytenie nálady či pocitu v nefigurálnom prejave.

Jaký bývá průběh setkání příbuzných duševně nemocných?

V rámci motivačného centra je vyhradený priestor dvoch hodín a čas jedenkrát do mesiaca pre príbuzných ľudí s duševnou poruchou. Stretnutie prebieha ako diskusia, prípadne ak je potrebné, aj ako podporná skupina. Celý čas štrukturuje psychológ, ktorý prináša tému, informácie a v diskusii s účastníkmi ich rozvíja. Z tém, ktoré najčastejšie príbuzných zaujímajú, vyberám: riešenie konfliktov/agresivita, vytváranie partnerských vzťahov, formy liečby/sociálnej pomoci, význam svojpomocných skupín, rešpekt v rodine a iné.

Jaké bývají nejobvyklejší předsudky, mýty příbuzných duševně nemocných o nemoci?

„Duševné ochorenie je neliečiteľné“, „depresia nie je choroba, ale chyba charakteru človeka a dá sa prekonať silou vôle“, „duševnú poruchu vyvolala zlá alebo nesprávna rodičovská výchova, a tým pádom sme ako rodičia zlyhali“, či „človek s duševným problémom je ako dieťa a tak k nemu treba aj prístupovať“.

Liší se názory, představy o pomoci duševně nemocným mezi jednotlivými profesemi, například mezi sociálními pracovníky a psychiatry?

Ideálne by bolo, keby sa dopĺňali a nie líšili v názoroch. Líšia sa možno svojím zameraním na rôznu oblasť života chorého človeka – psychiatri sa hlavne zameriavajú na pomoc v akútnom štádiu ochorenia, v zvládnutí jeho prejavov. Sociálni pracovníci sústreďujú svoju pozornosť predovšetkým na kvalitu života pacienta, na jeho opätovné zaradenie do života,

prípadne mu pomáhajú zvládať bežné problémy, na ktoré sám nestačí.

S jakými typy dotazů, problémů se obrazení lidé na vaši poradnu?

Ľudia, ktorí volajú do *psychologickej poradne*, alebo píšu na e-mail, si veľmi často ujasňujú informácie o duševných poruchách a či je ich problém naozaj vážny, prípadne s akým odborníkom je ho možné riešiť, prípadne hľadajú kontakt na psychológa, psychiatra. Často sa na poradňu obracajú ľudia s problémami pri výchove detí. Odborníci v poradni riešia aj partnerské a rozvodové problémy, osobnostné a vzťahové, neurotickú symptomatológiu (napríklad úzkosti), rodinnú problematiku vo vzťahu k duševným ochoreniam a podobne. Psychológov kontaktujú približne rovnako príbuzní ako aj ľudia s duševnými problémami.

Sociálna poradňa pomáha riešiť problémy s financiami, ktoré vznikajú ako následok záťažce celej rodiny. Klienti potrebujú pomoc pri získavaní informácií o sociálnych náležitostiach a dôchodkoch. Asi najviac klientov rieši neúspechy na trhu práce a problémy vlastnej nezamestnateľnosti. Sociálnu poradňu vyhľadávajú vo väčšej miere príbuzní s konkrétnym psychickým či finančným zatažením.

V čem spočívá výjimečnost programu ITAREPS?

Program ITAREPS (Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia) je zameraný na rýchle a ciele rozpoznanie včasných varovných príznakov relapsu psychotickéj epizódy duševného ochorenia s využitím moderných komunikačných a informačných technológií. Umožňuje včasnú intervenciu v počiatočných štádiách relapsu ochorenia. Účastníkmi projektu sú pacient, vybraný rodinný príslušník a ošetrojúci ambulantný psychiater. ITAREPS umožňuje dlhodobé sledovanie zdravotného stavu jedincov so závažným psychiatrickým ochorením s využitím technológií 21. storočia. V konečnom dôsledku pomôže zlepšiť kvalitu života chorých. Program bol vyvinutý odborníkmi z Psychiatrického centra Praha pod záštitou Academia Medica Pragensis, s. r. o.

Připravil Pavel Bajer

Před odchodem z léčebny je nutné zajistit i sociální oblast klienta, vědí v Green Doors

Důvody vzniku a náplň terénní sociální práce v organizaci a také, jaké služby nabízejí klientům v sociální poradně, popisuje sociální pracovnice sdružení Green Doors Bc. **Monika Kohoutová**.

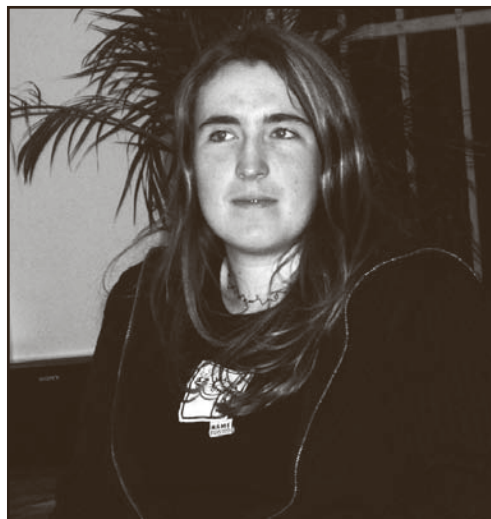
Co znamená v Green Doors terénní sociální práce?

Terénní sociální práce se zaměřuje na poskytování sociálních služeb klientům, které máme v rehabilitaci. Terénní znamená, že s klientem mohou jít do terénu – na úřad práce, na správu sociálního zabezpečení, když řeší invalidní důchod, za lékařem, když potřebuje změnit medikaci a netroufá si jít za ním sám, apod. Fungují jako podpora, aby zvládl dojít na dané místo a situaci tam řešit, proto terénní. Sociální pracovník se většinou zaměřuje na poskytování základních informací ohledně zaměstnávání, zažádání si o invalidní důchod... Máme širokou nabídku, jak a kde hledat bydlení, jaké jsou možnosti, co se týká sociálních dávek, příspěvků. Poskytují informace o novém zákoně o sociálních službách nebo kontakty na další odborníky – psychiatry, psychology nebo na další pracovníky v rámci komunitní péče – například z řad sdružení, jako je Eset–Help, Fokus či Baobab.

Jak konkrétně realizujete kontakt s klientem?

Ve chvíli, kdy vstupuje do kavárny v rámci pracovní sociální rehabilitace, od příjmového terapeuta dostává informace, že v Green Doors pracují jako sociální pracovnice a je možné mě kontaktovat, pokud by měl zakázku z této oblasti. Většinou za mnou klient přijde do V. kolony v areálu Psychiatrické léčebny v Praze 8 – Bohnicích, kde sídlím, ale můžeme si dát schůzku i jinde, pokud pro klienta není možné do V. kolony dojet. Většina klientů, s nimiž pracuji, je z našich kaváren. Může mě však kontaktovat i kdokoliv z rodiny klienta, obrací se na mne také terapeuti a další profesionálové, když potřebují určitou sociální informaci. Dále se na mne obrací i veřejnost.

Za rok je několik desítek klientů, s nimiž spolupracuji v rámci odborného poradenství.



Bc. **Monika Kohoutová**

Znamená to, že jim neposkytují jen základní informace, ale plánují s nimi jednotlivé kroky v procesu – například dlouhodobé splácení dluhu apod. Zakázek je odhadem 20–30 za rok. A pak asi 50 zakázek v rámci základního poradenství, kdy jde hlavně o to, poskytnout radu, dát kontakt a odeslat klienta dál.

Většinou se scházím s klienty jedenkrát týdně v pevně daných hodinách, které na sociální poradnu mám. Pokud je to však nutné, můžeme se sejit i častěji v týdnu. U základního poradenství může klient přijít do V. kolony, může mě oslovit e-mailem nebo zavolat, že potřebuje radu. Danou radu mu poskytnu a tím většinou naše spolupráce končí. Jiná situace nastává v momentě, kdy přijde klient v rámci zmiňovaného odborného poradenství, který má zakázku širší, například potřebuje sepsat dopis Všeobecné zdravotní pojišťovně ohledně splácení dluhu a zajištění splátkového kalendáře. Vyřešit tento problém je na několik setkání, většinou se domlouváme na schůzkách jednou týdně. Záleží však také na urgenci, jak záležitost spěchá – pokud ano, můžeme se sejit i vícekrát týdně.

V čem je výjimečná terénní sociální práce s duševně nemocnými a na jaké překážky narážíte?

Stávalo se nám, zvláště v V. koloně, jediné kavárně Green Doors, situované přímo v psychiatrické léčebně, že se nám klienti často vrátili. Příčinu vidím v tom, že i když byli zaléčeni po stránce zdravotní, byli připraveni pracovat, tak neměli zajištěnu sociální stránku. Klienti začali pracovat, ale selhalo jim bydlení, scházely peníze, selhávali v oblastech, které neměl kdo dříve blíže zmapovat. Vlivem tohoto stavu se právě často vraceli do psychiatrické léčebny a potažmo i k nám. To byl také motiv, proč vznikla terénní sociální práce v rámci Green Doors. Klient teď většinou odchází z kavárny připravený, a to jak po stránce pracovní, tak po stránce sociální. Služba se osvědčuje, podstatně se snížilo procento klientů, kteří se do ní vracejí. Stává se, že některý klient v rehabilitaci ode mne nepotřebuje vůbec nic a u jiného klienta se řeší úplně vše, doslova od A do Z. Nemá bydlení, žádné sociální zázemí, je bez pracovních příležitostí, bez financí a ještě k tomu bez rodinného zázemí. Vymotat se z tohoto začarovaného kruhu, aby klient mohl z léčebny odejít, když nemá nic, ani invalidní důchod, na nějž někdy nemá nárok, je hodně těžké.

Myslím si, že problémem psychiatrických léčen je, že mnoho lidí se do nich dostává z důvodu sociálních, nikoli zdravotních. Zažila jsem klienty, kteří byli posláni do bohnické léčebny na „doživotí“, protože praktický lékař nevěděl, kam jinam je poslat. Někteří se pak dostali k nám, aby měli náplň času. A na jednu jsme zjistili, že je to vhodný adept pro chráněné bydlení a později mohl dokonce začít pracovat v chráněné dílně. Neustále narážím na to, že klient nemůže odejít z léčebny, jestliže nemá zajištěno bydlení. Bydlení si nemůže zajistit, jakmile nemá finance. Finance si nemůže vydělat, když nepracuje. Jenže jít pracovat nemůže, když není venku z léčebny. Proto zůstává mnoho lidí v psychiatrických léčebnách čistě ze sociálních důvodů, i když se zlepši jejich zdravotní stav.

Co se osvědčuje pro vystoupení ze začarovaného kruhu?

Osvědčuje se, když je možné získat počáteční finanční dotaci pro klienta, aby mohl odejít z léčebny a zaplatit si potřebné ubytování a začít pracovat. U klientů s duševním onemocněním je důležité, aby změn v jeden čas nenastalo mnoho. Avšak jediné řešení v takovýchto situacích je právě to, učinit velké množství radikálních změn v jednu chvíli. A musíme doufat, že klient změny ustojí. Znamená to, že když klient dostane počáteční dotaci, musí být „nastartovaná“ jak například ubytovna, tak zaměstnání, aby měl v dalším měsíci příjem a zaplatil si ubytovnu na další čas a mohl půjčené peníze vrátit.

Jaké metody, principy sociální práce umožňují, aby se klientova životní situace změnila?

Původním vzděláním nejsem sociální pracovník, ale ergoterapeutka. Musela jsem si dodělat potřebné vzdělání formou kursů. Jedna z metod, která se mi osvědčila, je mít dobré kontakty. A mít kolem sebe sociální pracovníky, kteří v této sféře pracují, a od nich získávat informace z praxe. Mnoho věcí se dá vyčíst v zákonech, ale realita běží jinak než na papírech. Informace od kolegyně, která například žádala už o několikátý důchod a ví, jaká jsou rizika, to jsou pro mě i pro klienty nejcennější informace.

Domníváte se, že personál v psychiatrické léčebně poskytuje dobré služby?

Považuji za důležité zmínit, že psychiatrické léčebny jsou velmi přetížené. Bohnická léčebna má kapacitu 1 364 lůžek a personál nestačí, jak počtem, tak často ani kvalifikací. Je hodně těžké získávat nové zaměstnance. Například jedna sociální pracovníce, pod níž spadají tři pavilóny (cca 150 pacientů), nemá šanci pokrýt takové množství klientů, aby dostali služby, které by potřebovali.

Po zřízení terénní sociální práce v Green Doors pokryjeme zhruba 30 klientů ze služeb Green Doors a dalších cca 20 z léčebny či z řad veřejnosti a rodiny. Domnívám se, že tento styl služby by i v dalších občanských sdruženích mohl pomoci nejen klientům, ale zároveň i zaměstnancům léčebny, ve které by dané sdružení působilo.

Připravil Pavel Bajer

V kafárně si lidé s duševní nemocí obnoví a rozšíří sociální a pracovní dovednosti

V kafárně sdružení Anima Viva v Ostravě-Porubě obědvají zaměstnanci i klienti s psychotickým onemocněním, kteří mají službu, společně, jak jsem se přesvědčil při své návštěvě. Sociální pracovnice Dagmar Hrivňáková mi vysvětluje, že u jídla rozvíjí s klienty komunikaci, jejich sociální dovednosti.

„Musíme je povzbuzovat, aby komunikovali v kolektivu. To nejsou intimní věci, které nám říkají v terapeutickém rozhovoru, ten děláme s klientem o samotě,“ říká sociální pracovnice. U oběda se s klienty Marcelou a Tomášem společně s pracovní terapeutkou baví o tom, co dělali o víkend. Někteří klienti totiž nemají moc přátel okolo sebe, je pro ně zážitek, když přijdou do kolektivu, mají v kafárně sociální kontakt. *„Ne každá rodina podporuje, aby chodili třeba do zájmových kroužků,“* upozorňuje Hrivňáková, která je v kafárně, jak je familierně nazývána, druhým půlúvazkem zaměstnána jako pracovní terapeutka. V její práci se prolíná obojí, nedá se od sebe oddělit.

Do její náplně činnosti patří přijímání nových klientů do pracovní rehabilitace, provádění vstupních pohovorů, vedení veškeré agendy o klientech, vypracování individuálních rehabilitačních plánů klientů, provádí individuální pohovory, je kontaktní osobou pro úřad práce, vystavuje osvědčení po ukončení ročního působení klienta v kavárně a zprostředkovává kontakt klienta s úřadem práce. *„Rovněž se musím se orientovat v sociálně právních předpisech, pomáhám řešit klientovi jeho nepříznivou sociální situaci, účastním se jednání s ošetřujícími psychiatrem, porad, komunit, supervizí, školení,“* vypočítává svou pracovní náplň.

Velice komunikativní klient Tomáš podrobně líčí u oběda, jaké služby pro lidi s duševní nemocí fungují v Ostravě, kde mohou trávit svůj volný čas. Tomáš se následně baví se zaměstnanci o tom, co způsobilo, že v Ostravě vzniklo v poslední době několik organizací, které pomáhají duševně nemocným se sociálním začleněním. Podle Tomáše v každém větším městě jsou tři procenta lidí trpících duševní nemocí. *„Ostrava je velké město, tak není divu, že vznikly nové organizace, protože v domečku, kam chodím, bývá plno,“* objasňuje mi.

Domečkem nejen Tomáš nazývá Dům duševního zdraví, kam lidé s duševní nemocí chodí na různé rukodělné či sportovní kroužky.

Tomáš si myslí, že mu pracovní rehabilitace v kafárně pomáhá. Cení si přístupu zaměstnanců k němu, kteří ho berou jako zdravého, nemusí tak stále myslet na svou nemoc. *„Dopoledne pomáháme s vařením v kuchyni, dnes zrovna uklízím. Mám naději, že v budoucnu získám pracovní místo, třeba v nějakém hotelu,“* věří si Tomáš, který si uvědomuje, že léky člověka zpomalují, a když pracuje, může se rychleji vrátit do reality běžného života. V kafárně je třetí týden, předtím jeden rok rehabilitoval v Klubu Kafe v Ostravě-Zábřehu. *„Moje práce tady se podobá tomu, co jsem dělal v Klubu Kafe v Zábřehu, ale tady je nutná ještě větší pohotovost, za den musím zvládnout dvě funkce. Třeba pomáhám v kuchyni a přijde zákazník, tak se musím honem převléknout a obsloužit ho. To je dobré pro mozek, ale nejen pro něj, že musím fungovat,“* sděluje mi Tomáš, který chodí do kafárny rehabilitovat na čtyři hodiny denně dvakrát až třikrát do týdne.

Tomáš má jasno nejen, jak chce trávit svůj volný čas, ale také má své plány, čím se chce zabývat po skončení pracovní rehabilitace v kafárně. *„Snažím se nechodit jen do domečku, kde jsem trávil volný čas. Tam přichází zrovna pacienti se svými problémy, a já už chci svůj čas trávit jinak, jsem na tom lépe,“* tvrdí. Podle svých slov má hodně koníčků, a když se osamostatní od domečku, bude se věnovat tomu, čemu chce. Své koníčky považuje zároveň trochu za práci, a tím, že získal invalidní důchod, může se jim věnovat a nemusí shánět další finanční prostředky. Tomáš věří tomu, že bude časem ještě schopnější a najde si práci na otevřeném trhu práce. Snažím se Tomáše přimět, aby konkretizoval své koníčky, kterými si zároveň může přivydělat. *„Chodím na jízďárnu, kde*



Sociální pracovnice Dagmar Hrivňáková asistuje klientovi Tomášovi u zápisu do deníku. Foto: Pavel Bajer

se chovají koně, naučil jsem se esperanto, tomu se chci věnovat,“ dozvídám se.

Málo hovorná klientka Marcela si už hledá práci v manuálních profesích. „*Bavilo by mě balit zboží, skládat balíky, přijímat lahve, někde pracovat jako pomocná síla,*“ říká Marcela, která onemocněla ještě před nástupem do prvního zaměstnání a má částečný invalidní důchod.

„*Většina klientů má plný invalidní důchod,*“ oznamuje mi sociální pracovnice, „*ale i tak se snaží najít pomocné práce, jako třeba doplňování zboží v obchodních domech.*“ Zaměstnanci kafárny probírají čas od času s klienty, kde chtějí pracovat v budoucnu a jestli jsou aktivní na trhu práce. V kafárně spolupracují s ostravským úřadem práce, klienti jsou jím placeni.

Podle sociální pracovnice se klient od klienta v dovednostech liší. Někteří jsou samostatní, rychle získají potřebné dovednosti. Jiným klientům je nutné pomáhat při přípravě nápojů. K tomu mají podrobně rozepsaný tahák, jak

připravovat nápoje od přípravy kávy až po složitější míchané nápoje.

Každý klient má svůj sešit a na konci každé čtyřhodinové směny zapíše do něj pět vět, co dělal a jak se mu práce dařila. „Když se podívají do svého deníku zpětně, zjistí, že už třeba nemají strach z kontaktu se zákazníky jako na začátku. Deníky jsme zavedli i z toho důvodu, aby si klienti uvědomili lépe svůj pokrok,“ vysvětluje mi sociální pracovnice, která s kolegy jednou týdně s každým klientem absoluuje individuální pohovory.

Klienti na odpolední službě mají odlišnou službu od dopoledne. Už se nevaří, někdy se peče štrúdl či muffiny, tedy buchtý plněné čokoládovou nugetou nebo povídky. Klienti si tak mohou zkusit upéct muffin i doma. „Odpoledne je zaměřeno více na obsluhu, případně úklid. Samozřejmě toasty či čínskou polévku uděláme i odpoledne,“ dodává Dagmar Hrivňáková.

Pavel Bajer

Důležitější než pohostinská činnost je pracovní rehabilitace klientů

Předcházející reportáž doplňuje rozhovor s vedoucí kafárny **Věrou Kudeljnjakovou**, která přibližuje motivy vzniku sdružení, fungování kaváren, plány na budoucna i požadavky kladené na sociálního pracovníka.

Kdy vzniklo sdružení a pro koho je určena práce v kavárnách?

Jsme sdružení, které vzniklo ze seskupení rodičů a příbuzných duševně nemocných, sdružení se postupně zprofesionalizovalo. Fungujeme pět let. První centrum vzniklo v Opavě, konkrétně volnočasové aktivity v Opavě. První kavárna v Ostravě vznikla před čtyřmi roky. První stupeň rehabilitace, práce v Klubu Kafe v Zábřehu, se hodí nejvíc pro lidi po doléčení z psychiatrie, kteří ambulantně dochází k psychiatrovi. Jde o to, aby člověk, který přišel z léčebny, se dostal do řádu, na který byl zvyklý. Ráno měl důvod, proč vstávat, obléct se, věděl, že někam patří a někdo jej tam očekává, měl pocit užitečnosti. Jde o stabilizaci a návrat návyků, které měl předtím. Důležité je, aby klient odešel z domu, vyjel někam autobusem, potkal se s lidmi. Myslíme si, že člověku, který byl aktivní, pracoval a onemocněl duševní nemocí, volnočasové aktivity nestačí. Byť je oslabený, bere léky, přesto potřeba být užitečný je větší. Spolupracujeme s dalšími organizacemi, kde se věnují chronickým pacientům, důležité je, aby byli někde jinde než doma.

Služba v kafárně, tedy druhý stupeň, se od rehabilitace v Klubu Kafe na prvním stupni liší tím, že klient je více samostatný, má na starosti peníze, přináší své nápady do obsluhy. U nás si přivydělává k důchodu. Úřad práce je srozuměn s tím, že když je klient aktivní, nekrátí se mu důchod.

Kafárna je otevřený projekt, vede k bourání předsudků, kdokoliv může přijít, i ten, kdo nic neví o duševní nemoci, nebo i samotní nemocní, třeba jen proto, aby se podívali, co by mohli dělat po doléčení.

Kolik klientů je v kafárně? Jak vypadá běžný den v kafárně?

Sedm klientů a tři zaměstnanci na dva a půl úvazku. Klienti se střídají se ve třech směnách,



Věra Kudeljnjaková

dochází třikrát týdně. Nejvíce zákazníků bývá odpoledne.

Kafárna funguje více než jeden rok. Žádná kavárna nefunguje tak, že by otevřela a začaly proudit davy zákazníků. Musíme mít náhradní program, proto dopoledne s klienty vaříme oběd. Je dobré mít klidný rok, aby se klienti naučili v klidu připravovat nápoje. Když přijde naráz 20 babiček, tak už vědí, co a jak dělat. Připravujeme je na to, že bude chodit více hostů. Nejdůležitější není hosta co nejrychleji obsloužit, ale práci si zorganizovat. Mají si říci s kolegou, co kdo bude dělat. A to už jim dáváme volnou ruku, aby si sami rozdělili práci, to hodně posiluje sebevědomí klienta.

Pohostinská činnost v kafárně a hosté, kteří sem chodí, jsou důležití, ale až na druhém místě, za rehabilitací, kterou s nimi děláme. Pokud je tu hodně hostů, musí uznat, že přišli do kafárny, kde se klienti učí dovednostem, a musejí chvíli počkat na obsloužení.

Nepracujeme s diagnózou, nemocí, ale s klientovými potřebami, s tím, co mu chybí, pracujeme i s rodinou, a hledáme, kde je zakopaný pes.

Spolupracujete s rodinnými příslušníky?

Děláme odpoledne, večery pro rodiče, kdy přijde psychiatr a srozumitelně jim odpovídá na otázky. Rodiče si někdy myslí, že jejich dítě se vyléčí z duševní nemoci stejně rychle jako z chřipky. Málokdo z nich dokáže hned přijmout, že už musí s nemocí žít, brát léky.

Máte komunity, kde s klienty hovoříte o jejich potřebách, přáních? Setkáváte se s klienty i mimo kafárnu?

Komunity děláme jednou měsíčně, účastní se klienti a zaměstnanci kafárny. Řešíme organizační změny, loučíme se s odcházejícím klientem, popřejeme k narozeninám či svátku. Všichni společně názorově přispíváme k provozu, řešíme, co je třeba změnit, v čem vidíme nedostatky, s čím mají klienti problémy. Poté zvažujeme, jaké návrhy klientů můžeme realizovat. Jednou měsíčně máme společnou akci, která se platí z „dýšek“ od hostů, aby to bylo spravedlivé pro všechny. Dohodli jsme se, že se odevzdávají, až dosáhneme určité částky. Pak jdeme všichni společně do kina, divadla, na turistický výlet, nebo si zajdeme do restaurace na večeři a necháme se obsluhovat. Snažíme se, aby vše bylo průhledné. Důležité je vložit důvěru do klientů. Když my věříme jim, oni věří nám.

Co plánujete do budoucna, jaké nové aktivity?

Chceme vytvořit další stupeň pracovní rehabilitace, agenturu podporovaného zaměstnávání. Chtěli bychom vyhledávat zaměstnavatele, kteří by upřednostnili lidi, co prošli pracovní rehabilitací a mají pevné pracovní návyky.

Jaké jsou nároky na práci v kafárně pro sociální pracovníky či pracovního terapeuta?

Školení na pohostinskou práci v kafárně nejsme v ničem. Pracovník musí být sociální pracovník, terapeut, kuchařka a uklízečka v jednom a také mít organizační schopnosti. Tato mnohostrannost je velmi náročná, nemohou se soustředit na jeden úkol, ale na mnoho věcí najednou. Konají se zde obchodní schůzky, je nutné zajistit provoz v kuchyni, v kafárně, zajistit náhradu, když klient onemocní. Musí být dobře vyškoleni v tom, co vše duševní nemoc obsahuje, co může nemoc zase aktivizovat, například velký stres. Práce je náročná v tom, že klienti berou léky, jsou jimi ovlivněni, po roce se mění a přicházejí stále noví klienti.

Připravil Pavel Bajer

U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, tvrdí přednostka psychiatrické kliniky

Člověkem více než povoláním k zodpovězení otázek ohledně vzniku a léčby duševních onemocnění je prof. MUDr. **Eva Češková**, CSc., přednostka psychiatrické kliniky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno. Rovněž je předsedkyní či členkou řady psychiatrických a farmakologických společností, výborů, konferencí, komisí, oborových, vědeckých nebo redakčních rad. Publikovala více než 500 příspěvků především z oblasti psychofarmakoterapie a biologické psychiatrie, mnohé z nich vyšly v impaktovaných mezinárodních časopisech.

Jak vlastně vzniká duševní nemoc? Existuje rozlišení, kdo už je duševně nemocný?

Dnes víme, že duševní nemoci, mluvíme spíše o duševních poruchách, vznikají souhrou více faktorů. Nezbytná pro vznik duševní poruchy je určitá vnitřní zranitelnost, se kterou se člověk rodí, dále jsou to příčiny psychosociální (např. traumatizující životní události, řada tělesných onemocnění) a v poslední řadě i faktory biologické, což znamená, že každý z nás máme trochu jiný metabolismus a biochemismus. V případě duševních poruch se jedná hlavně o biochemismus mozku. Podíl jednotlivých faktorů u konkrétního nemocného nedokážeme přesněji určit. Tomuto pohledu na příčiny psychických chorob říkáme multifaktoriální přístup. Tento přístup platí obecně pro všechny nemoci – i tělesné. Psychiatrie má navíc jeden velký handicap v tom, že až donedávna jsme se nemohli do mozku podívat. Dnes máme k dispozici velmi komplikované metody, jako je pozitronová emisní tomografie, magnetická rezonance apod., které nám umožňují podívat se na mozek živého člověka s psychickou poruchou.

Na základě údajů, které jsme získali těmito novými metodami, víme, že mozek člověka s duševní poruchou je poněkud odlišný od člověka zdravého, takže v současné době *duševní poruchy považujeme za poruchy mozku*. Tyto změny mozku jsou velmi jemné, týkají se hlavně změny některých oblastí mozku zodpovědných za určité psychické projevy. Doposud tyto nové metody nemůžeme použít pro diagnózu, protože jsou velmi drahé, málo přístupné a údaje, které jejich pomocí

dostáváme, jsou zatím relativně málo specifické. Proto duševní poruchu poznáme pouze na základě přítomných příznaků a tyto příznaky poznáváme pomocí rozhovoru, pohovoru a pozorování. Jednotlivé duševní poruchy jsou definovány určitým počtem konkrétních příznaků. Příznaky jsou projevy poruchy základních psychických funkcí (tj. poruchy myšlení, vnímání, emotivity, paměti, inteligence). V blízké budoucnosti určitě i psychiatrie dostane do rukou objektivní ukazatele nemoci, něco podobného, jako mají např. internisté ve vyšetřeních EKG, krevních odběrech, rentgenech a ultrazvucích.

Jaké formy léčby duševních onemocnění jsou nejvyužívanější?

V léčbě duševních poruch používáme psychoterapii, potom léčbu biologickou, která zahrnuje podávání psychofarmak (psychofarmaka jsou léky, které ovlivňují jednotlivé psychické funkce) a dále tzv. stimulační metody, kam patří elektrokonvulzivní léčba (laicky řečeno šoky) a některé nové modifikace stimulačních metod, jako například repetitivní transkraniální magnetická stimulace.

Psychofarmaka patří k nejvíce předepisovaným lékům v medicíně a kromě antidepresiv (léky používané k léčbě deprese) a antipsychotik (léky používané k léčbě závažných psychických onemocnění, například schizofrenie) k nim patří také anxyolitika (léky používané na snížení úzkosti – například všeobecně známý Diazepam), a léky na spaní (hypnotika).

Elektrošoků se lidé většinou bojí, ale mají o nich nesprávnou představu, kterou do určité míry získali i v důsledku skvělého filmu

Miloše Formana Přelet nad kukaččím hnízdem. Jedná se o kvalitní umělecké dílo, ale málokdo si uvědomí, že v něm jde o popis bludných představ nemocného hlavního protagonisty. Film popisuje prostředí zaostalých velkých amerických léčeben z počátku 60. let minulého století, tedy ještě před érou rozvoje psychofarmak. Skutečnost je taková, že šoky dnes provádíme v celkové anestézii a pro nemocného v podstatě znamenají jen intravenózní (žilní) injekci. Přes veškerý pokrok psychofarmak zůstávají šoky u některých závažných poruch poslední, ale velmi účinnou metodou. Jejich nové modifikace již jenom stimulují určité části mozku, které jsou podle našeho předpokladu zodpovědné například za poruchu emocí ve smyslu deprese, a provádí se ambulantně bez anestézie.

V dnešní době zastáváme názor, že při léčbě duševních poruch je nejlepší kombinovat metody psychologické (psychoterapie) a biologické léčby (podávání léků). I vlnitý způsob podávání léku je do určité míry psychologická léčba. V poslední době se také zdůrazňuje spoluúčast nemocného na rozhodování o léčbě. Například pro léčbu deprese máme k dispozici řadu antidepresiv, která se liší vedlejšími účinky, a protože u řady depresivních pacientů se jedná o léčbu dlouhodobou, je vhodné si s nemocným popovídat o tom, které vedlejší účinky jsou pro něho akceptovatelné a které naopak nepřijatelné. Důležitost rozmluvy s pacientem se nyní již zohledňuje v celé medicíně.

Jaká je naděje na vyléčení z duševní nemoci? Lze říct, v jakých případech se ještě nemocný může uzdravit a kdy už je zasažen nemocí na celý život?

Když si uvědomíme, jaké jsou příčiny duševních poruch, dokážeme si představit, že zranitelnost pro určité choroby, se kterou člověk přichází na svět, ovlivnit nemůžeme. Můžeme však ovlivnit biochemismus mozku léčbou psychofarmaky (např. léčba deprese antidepresivy je podobná jako léčba cukrovky inzulinem). Dodáváme organismu něco, co mu chybí nebo co má v nedostatečné míře.

Psychosociální faktory můžeme ovlivnit jen částečně, tedy záleží na tom, jak úzdravu

definujeme. Pokud bychom úzdravu definovali jako návrat do běžného života za dodržování určitých podmínek, pak u řady nemocných můžeme úzdravy dosáhnout.

Co si myslíte o tzv. hospitalismu? Jak se díváte na snahy přesouvat následnou péči z nemocnic, léčeben do zařízení komunitní péče?

Samozřejmě, že u některých duševních poruch je možné a vhodné léčit nemocného v jeho přirozeném prostředí a mimo zdi psychiatrických léčeben. U některých však to možné není, protože naše společnost není tak bohatá, aby mohla zajistit mimo zdi psychiatrických zařízení odborně léčebné, vysoce individualizované a chráněné podmínky. Proto se jeví reálnější názor, že u některých nemocných je lepší kratší či delší dobu trvající hospitalizace na klinice či v léčebně.

Jaký přístup, chování doporučujete rodinným příslušníkům duševně nemocného?

I rodinným příslušníkům nemocných s duševními poruchami by se mělo dostat patřičných informací. V akutní fázi, kdy bývá nemocný hospitalizován, by mu měli být hlavně oporou a neměli by mu jeho pocity a prožitky vymlouvat. Po návratu domů by si měli rodinní příslušníci uvědomit, že jsou to právě oni, kdo mu mohou pomoci v návratu do normálního života, protože veřejné mínění se stále psychických poruch tak trochu bojí. Vždy bychom se měli snažit udržet nemocného, pokud to alespoň trochu jde, v zaměstnání, udržet mu jeho sociální kontakty (přátele, známé). Současně by měli být rodinní příslušníci dostatečně kritičtí a nekompromisní, pokud se objeví známky návratu nemoci, a měli by přimět nemocného ke konzultaci s lékařem, eventuálně k opětné hospitalizaci.

V celém světě je tendence zakládat sdružení rodinných příslušníků nemocných s duševními chorobami, kteří sdílejí společnou tíži péče o své nejbližší nemocné, ale jsou zároveň i významnými „lobbistickými“ skupinami za prosazování adekvátní péče o duševně nemocné na úrovni státní a politické.

Připravil Pavel Bajer

Bez léků to nepůjde, ale... aneb Dilemata člověka s duševní nemocí

Dvě ataky psychózy během sedmi let zažila **Jitka Fojtíková**. Poprvé se tak stalo ve 22 letech, když odjela na křesťanské modlitební setkání, kde se postila, několik dní vůbec nejedla a nespala. „Touto událostí se nemoc projevila naplno, ale už předtím jsem málo spala. Pracovala jsem tehdy jako vedoucí prodejny, cítila jsem se přetížena, stres se nahromadil,“ vypráví mladá žena, která chodila do církve s názvem Křesťanské společenství. „Všechny své síly a čas jsem obětovala pro druhé ve společenství, málo jsem dbala na sebe,“ smutně konstatuje. Jitka si v mánii myslela, že ji Bůh vyvolil, aby zachránila svět, z rádia, televize a novin mluví o ní, bude se dít něco velkého. Vůbec netušila, že se ocitla na psychiatrii, myslela si, že je někde uvězněná.

Schizoafektivní porucha

Lékaři stanovili Jitce diagnózu schizoafektivní porucha. Po prvním útoku nemocí a návratu z léčebny normálně dál chodila do práce. „Nevěděla jsem, že jsem nemocná, myslela jsem, že jsem byla jen přepracovaná. Žila jsem v přesvědčení, že jsem zdravá, a nevěděla jsem, že se mi to může vrátit,“ říká Jitka, kterou mrzí, že jí žádný lékař nevysvětlil, co její nemoc obnáší.

Druhý atak psychózy Jitka připisuje rozchodu s partnerem, s nímž byla pět a půl roku. „Měla jsem ho hrozně ráda, ale on nechtěl děti, a tak jsme se domluvili, že se rozejdeme, když za devět měsíců nezměníme on nebo já svůj postoj,“ líčí mladá žena.

Jitka žila devět měsíců v nejistotě, obrovském stresu, jak se situace vyvine. Přítel nakonec odjel do zahraničí a Jitka si myslela, že si najde jiného partnera a bude zase lépe. Jenže brzy po odjezdu bývalého přítele se nemoc znovu vrátila. „Měsíc nebo dva po jeho odjezdu jsem přestala spát, zažívala jsem hrozný strach. Zašla jsem na kineziologii a seznámila se tam s paní astroložkou, a když mně něco věštila, upadla jsem do mánie,“ vrací se nazpět k těžkým zážitkům. Dnes si uvědomuje, že nedokázala odlišit realitu od bludu, halucinací, a proto se zamilovala do Řeka, muzikanta, s nímž se seznámila na metalovém festivalu v Německu. Jitka si při druhé atace nemoci připadala jako v matrixu, cítila úzkost a strach, že doma vybuchne bomba, proto chtěla utéct z domu, a tak byli rodiče znovu nuceni zavolat sanitku.

Proč zrovna já

Jitka se přirozeně zamýšlela nad tím, proč zrovna ona onemocněla duševní nemocí, když

jiní lidé i podobně těžké životní momenty ustáli. „Může to být i dědičné, moje maminka měla psychické problémy, ale ne v takové míře jako já, a můj dědeček spáchal sebevraždu, když mu komunisté zabrali majetek. Takže jsem možná psychicky labilnější a měla jsem k onemocnění předpoklady,“ uvažuje mladá žena.

Po druhém návratu z léčebny Jitka stále spala a ležela v posteli, protože brala léky, které ji utlumovaly. „Nejen v noci, ale i celé dopoledne jsem byla schopná vstát, najíst se a začít něco dělat.“ Lékařka ji pak snížila léky a Jitka začala být výkonnější a chodila na pracovní rehabilitaci do tréninkové kavárny, kde obsluhovala zákazníky.

Důchod ano, či ne

V kavárně se setkala s pracovními asistenty. „Sociální pracovnice mi velmi pomohla, když se u mne objevily deprese. Probírala se mnou mou situaci více než psycholog, který na mne neměl čas,“ říká Jitka, která si také velmi cení toho, že jí asistentka v kavárně poradila a vysvětlila, co dělá špatně. Postupně zjišťovala, že práci v chráněném prostředí kavárny zvládá, a mohla by se vrátit na otevřený trh práce. Asistentka v kavárně jí našla na internetu práci prodavačky a hned druhý den nastoupila do nového zaměstnání. „Nemám tedy zkušenost s tím, že se s invalidním důchodem špatně shání práce,“ sděluje Jitka, která se chystá před posudkovou komisi, kde se rozhodne, zda bude mít nadále invalidní důchod. „Když mi nechají plný, budu ráda, že mám peníze, ale budu se stydět, že mám důchod. Když mi dají částečný, to je asi největší pravděpodobnost, tak nevím, jestli mi



Autor: A.B., členka skupiny Extraart, Fokus Praha o. s.

budou stačit peníze, a když mi ho seberou úplně, budu si muset najít jinou práci,“ vysvětluje své dilema mladá žena.

Když léky vadí

V obchodě pracuje na šest hodin, chodí na směny. Zvýšení počtu odpracovaných hodin by jí nevadilo, spíše ji trápí, že je pomalejší v důsledku užívání léků. „*Paní vedoucí je kvůli tomu na mne našťvaná, neví, jakou mám diagnózu,*“ popisuje ukázkovou stigmatizaci Jitka, která

řekla vedoucí, že se rozešla s přítelem, měla deprese. Vedoucí si tak myslí, že Jitka už nemusí brát léky, když netrpí depresemi, protože má nového přítele, z čehož plyne, že bude v práci výkonnější.

Jenže Jitka už dobře ví, že jí velmi pomáhají léky. „*Bez nich by mě někde srazilo auto nebo bych skončila někde sama bez domova pod mostem,*“ zakončuje své peripetie mladá žena těžce zkoušená životem.

Pavel Bajer

Když člověk s duševní nemocí bydlí, pracuje a hospodaří s penězi, znamená to, že usekl hlavu drakovi

Schizofrenie, tak zní diagnóza **Štěpánky Pokorné**. Duševní onemocnění se projevilo v jejích 21 letech. „Hodně jsem pracovala, řešila rodinné konflikty, do toho se nešťastně zamilovala a ještě k tomu dálkově studovala, prostě toho bylo na mne moc,“ vysvětluje příčinu propuknutí nemoci, která se projevila pocitem, že je spasitel, musí všem pomáhat.

„Měla jsem halucinace, že jsem na světě jen já, všichni umřeli. Navenek se nemoc projevovala tak, že jsem třeba rozbíjela knihy. Už předtím jsem se v obchodě s textilem, kde jsem pracovala, chovala divně, šéfová volala na ubytovnu, jestli jsem v pořádku,“ vrací se Štěpánka do minulosti, k důvodu pobytu v psychiatrické léčebně.

Malé sebevědomí

Od ataky nemoci už uplynulo deset let. Ve velkém rozsahu jako tehdy se nemoc už neprojevila, ale průvodní příznaky onemocnění se projevovaly v menší míře, protože několikrát přestala brát léky. Ve stabilizovaném stavu nečinilo Štěpánce potíže pracovat, spíše však bojovala s přijetím sebe samé, své povahy, což přičítá špatnému rodinnému zázemí. „Schizofrenie se podílí na tom, že člověk má horší sebevědomí. Měla jsem problémy s otčímem, což mě utvrdilo v tom, že jsem tak strašná, jak si myslím. Cítila jsem se méněcenná, že nic nezvládám, tak jsem aspoň měla dobrý pocit z toho, že si na sebe vydělám,“ ličí své prožívání.

K tomu, že dnes žije relativně plnohodnotným životem, dostala se aspoň částečně ze spárů nemoci, napomohlo podle jejího názoru mnoho okolností. Nejvíce však řada dobrých lidí, v jejich očích neuvěřitelně schopných a obdivuhodných, kteří jí pomohli, ať už to byli lékaři, terapeuti nebo case manažer. Velkým povzbuzením pro ni bylo, že se tito lidé k ní chovali jako k sobě rovnému.

Na trh práce ne

Lidé v jejím okolí vědí o nemoci. Nevykládá o ní na počkání, ale zároveň se s tím netají.

Štěpánka tvrdí, že se s předsudky vůči duševní nemoci téměř nesesetkala. „Většinou to lidi překvapí a reagují, že by to o mně neřekli, může se to stát každému, vlastně neznají úplně normálního člověka,“ vypráví, s jakými reakcemi se setkává. Jed-

nou se jí stalo, že svou tehdejší kolegyni v zaměstnání oznámením o nemoci vyděsila. Ještě si vzpomíná, že jí maminka kamaráda nedovolila kvůli její nemoci u nich přespat. „Dvakrát v životě jsem se setkala s předsudky, ale jinak ne,“ upřesňuje.

V současnosti pracuje jako čistička na čtyři hodiny denně ve sdruzžení Fokus v sociální firmě. Pracovat na otevřeném trhu práce si netroufá, kvůli špatným zkušenostem z předchozích zaměstnání. „Byla jsem vyčleňovaná z kolektivu, považována za naprosto neschopnou, proto se tzv. normální práce bojím. Zvyknout si pracovat osm hodin denně, to by se dalo, ale zapadnutí do kolektivu znamenalo vždy problém. Možná jsem měla smůlu na práci, nebo ze mě něco vyzářovalo,“ konstatuje.

Nemoc může být šancí

Štěpánka se snaží s nemocí rvát, nepodléhat jí, netruchlit. I proto chodí do práce, i když má plný invalidní důchod, protože by nevládala být doma a přičilo by se jí nechat se živit.

Potřebuje však mít svůj režim: ráno vstát, nějaký čas strávit v práci, za kterou obdrží určitou finanční částku, a být mezi lidmi.

Dnes už ví, i když by ještě nedávno tvrdila něco jiného, že k tomu, aby se nemoc nevrátila v podobě relapsu, musí brát léky. Také si je vědoma toho, že není dobré mít vysoké cíle, čeho chce v životě dosáhnout. „Moje doktorka mi řekla, což mě nesmírně potěšilo, že jsem usekla hlavu drakovi. Ona není osoba, která by zahrnovala lichoškami. Řekla mi, že když bydlím, zvládám hospodařit s penězi, chodit do práce, pomáhat mámě, že to je hodně, mělo by mě to uspokojovat,“ reprodukuje slova lékařky a přiznává se, i když ví, že to bude znít divně: „Jsem ráda za tu nemoc. Musím říct, že od doby, co se nemoc projevila a vím, že ji musím hlídat, že jsem šťastná na světě,“ zakončuje svůj příběh.

Pavel Bajer

Sociální pracovníce v psychiatrickém zařízení je na úrovni zdravotní sestry

Markétu Švejdovou přivedla k činnosti sociálního pracovníka na lůžkovém psychiatrickém zařízení podle jejích slov náhoda. O sociální práci se zajímala v několika posledních letech během svého studia. „Když jsem hledala práci po mateřské dovolené, neměla jsem jasně určenou oblast, kde chci zakotvit. Nejdříve jsem rok a půl pracovala v oblasti vzdělávání dospělých. Když jsem se dozvěděla o hledání nové pracovnice na mé současné místo, váhala jsem jenom chvilku a přihlásila se,“ popisuje cestu, jak se stala sociální pracovnící v Psychiatrickém centru v Praze-Bohnicích. V rozhovoru používá výrazy pacient i klient (záměrně je ponecháno obojí pro dokreslení autentičnosti rozhovoru – pozn. red.). „Bližší je mi hovořit o práci s klienty, ale protože na klinice lékaři i sestry mluví o pacientech, často také sklouzávám k tomuto pojmenování,“ dodává.

Jaká jsou specifika, nároky na sociálního pracovníka pro práci s duševně nemocnými?

Práce s duševně nemocnými klade hodně velký důraz na komunikaci s pacientem, která nebývá úplně jednoduchá. Žádná další specifika bych nehledala. U dobrého sociálního pracovníka je lhostejné, s jakou skupinou lidí pracuje, měl by být vnímavý, empatický k jejich potřebám a problémům. Pro klienty, kteří mají psychiatrickou diagnózu, to platí dvojnásob. Pacient se vyrovnává se svou složitou a pro něj mnohdy i novou situací. Snažíme se mu ukázat cesty, které ho mohou čekat, a on se musí sám v sobě zorientovat, což klade nároky na komunikaci mezi personálem kliniky a pacientem. Znamená to na pacienty nespěchat a hodně pomalu, dopodrobna vysvětlovat, co se s nimi děje, co by se mohlo a mělo dělat dál.

Moje sociální práce je směřovaná podle toho, co klient potřebuje. Jenže to člověk s duševní nemocí někdy těžko umí vyjádřit. Moje práce je navíc u většiny pacientů limitována dobou hospitalizace. Každého našeho pacienta jeho nemoc nějakým způsobem zasahuje, často omezuje, ale někteří jsou se svou situací dobře srovnáni. Pokud pacient má vyřešenou otázku hmotného zabezpečení, je zaměstnán nebo pobírá důchod, nemá problém se sociálním začleněním – má dobré rodinné zázemí, pracovní kolektiv, přátele, spolužáky, se kterými se pravidelně vídá, pak se s mou prací setká pouze okrajově při vyřizování formalit spojených s příjmem a propuštěním. Také však máme pacienty, kteří se ocitli mimo sociální síť. Už pod vlivem nemoci například odešli ze



Markéta Švejdová

zaměstnání, ze studia na střední nebo vysoké škole, nijak neřešili svou sociální situaci, neplatili si zdravotní a sociální pojištění, často nemají funkční rodinu anebo rodina není dostatečně edukovaná, aby mohla zajistit pomoc. A když takový pacient od nás po zhruba osmi týdnech odchází, usiluji, aby měl vyřešenou otázku hmotného zajištění. V případě indikace ze strany lékaře měl zažádáno o invalidní důchod, dále kontakt na sociální pracovníci v místě bydliště, aby věděl, kde lze najít pomoc s vyhledáním vhodného zaměstnání. Jenže vše, co jsem uvedla, je pro pacienty s některými diagnózami, např. s psychózou, velmi těžké vyřešit, zvláště když jsou v psychiatrickém zařízení poprvé.

Jaké jsou vaše pravomoci ve vztahu k ostatním pracovníkům psychiatrického centra?

Domnívám se, že jsem na úrovni zdravotní sestry. Ostatní personál o mně mluví: „Sestřička sociální to s vámi zařídí.“ Mou přímou nadřízenou je vrchní sestra. S pacientem hovořím první nebo druhý den pobytu u nás, pokusím se zmapovat jeho sociální situaci a sestavit plán, co bych měla za dobu jeho hospitalizace stihnout udělat. Samozřejmě někdy mi i důležité věci uniknou, pacient se s problémy, které ho trápí, nemusí chtít svěřovat hned při prvním setkání. Moje práce velmi úzce souvisí s prací našich zdravotních sester a lékařů. Zdravotní sestry na naší klinice jsou s pacienty v neustálém kontaktu, často s nimi řeší a zařizují mnohé věci, které nesouvisí přímo s léčbou. Pokud problém, který pacienta trápí, více souvisí se sociální oblastí, kontaktují mě, a já se spolu s pacientem snažím najít vhodné řešení. Totéž platí o spolupráci s lékaři. Lékaři se na mě obracují, pokud při rozhovorech s klienty vyplynou věci související se sociální oblastí, které neodhadnu při prvním kontaktu, a lékař mi dá impuls, že by se tato situace měla řešit. Hlavní slovo v řešení problémů konkrétního klienta má vždy klient sám a jeho ošetřující lékař. Moje pravomoci sahají k poradnímu hlasu.

Máte stanoveny úkoly, které máte vykonávat, nebo si cíle určujete podle potřeb klientů a vašich možností?

Obojí. Úkoly mám stanoveny pracovní náplní. V první řadě jde o komunikaci se správou sociálního zabezpečení, pomoc klientům při zařazení hmotného zajištění (nemocenské dávky, komunikace s úřady práce, se zaměstnavateli). Řeším agendu týkající se neschopenek, které eviduji. Myslím na to, že někdo neschopenku nemá a potřebuje ji, jiný ji má dlouho, už se má psát epikrize (vyjádření lékaře, které se posílá po šesti nebo devíti měsících trvání pracovní neschopnosti pacienta na správu sociálního zabezpečení, týká se aktuálního zdravotního stavu pacienta a prognózy nemoci). V pracovní náplni mám další úkoly, které se odvíjejí od potřeb klientů. Ti se na mne obracují se širokou škálou problémů od začlenění do sociální

sítě až po nalezení dopravního spojení. Pro některého pacienta může být problém, ač to zní možná banálně, že neví, jak se dostane od nás domů, když bydlí na druhém konci republiky. Najdu mu spojení, seženu místenku, probere-me spolu, jak se domů dopraví. Vyžaduje-li to situace, doprovázím pacienty na jednání s úřady. Mnohé úkoly si tedy určuji sama po dohodě s lékaři podle potřeb pacientů. U každého pacienta, který z naší kliniky odchází, musím vědět, kterému psychiatrovi je předán do ambulantní péče. Pokud se u pacienta jednalo o první kontakt s psychiatrií, pomáhám s vyhledáním vhodného a dostupného ambulantního psychiatra. Myslím, že ostatní zaměstnanci Psychiatrického centra vědí, že klientům můžu být nápomocná při řešení jejich složité životní situace. Obracují se na mne ve chvíli, kdy u pacienta narazí na problém, který není v jejich kompetenci. Do široké oblasti toho, co zařizují, patří například i úkol získat náhradní péči pro malé dítě, jehož matka potřebuje akutní hospitalizaci, a není v silách rodiny péči o dítě zajistit.

Podle čeho se rozhodujete, když řešíte, zda klient zvládne situaci sám a kdy je mu vhodné pomoci?

Nestává se, že by pacient přišel a já si s ním druhý den naplánovala cestu na úřad. Napřed sonduji jeho situaci, povídáme si, dospěji například k závěru, že by věc bylo dobré zařadit do týdne. Pak jsem částečně schopna odhadnout, jestli klient daný úkol zvládne sám, ovšem hlavní slovo v této otázce má ošetřující lékař, který pacientovi musí podepsat propustku.

U pacientů, kteří jsou u nás hospitalizováni, nekladu příliš velký důraz na samostatnost. Hospitalizace znamená, že jejich problém je vážný. Samozřejmě, jsou zde různá oddělení a různí pacienti, v mém rozhodování hraje hlavní roli aktuální stav a diagnóza pacienta a jeho možnosti a schopnosti danou věc zařadit.

Můžete říct, jaké metody sociální práce používáte při pomoci duševně nemocným?
U některých klientů mohu mluvit o úkolových krocích, ale na ty se zaměřuji spíše psychiatři.

Nemocný člověk si zde musí zodpovědět mnoho otázek, co dál ve svém životě, což spíše řeší s lékařem. Na mne zbývají konečné kroky. Moje práce spočívá v komunikaci s návaznými službami, v doprovázení.

Pokud to pacientům jejich zdravotní stav umožní, účastní se každý den programů (psychoedukační skupiny, tělocvik, ergoterapie, arteterapie, biblioterapie). Když vedu svoji skupinu, zaměřenou na sociální otázky, rozprostírám před pacienty určitá témata. Mnoho pacientů si není schopno samo uvědomit, jaké jsou jejich možnosti vzhledem k nemoci. A právě na skupinách si někdy rozmyslí, o co by měli zájem, kam by mohly směřovat jejich další kroky. Nevím, jestli lze mluvit o metodách, s pacientem v první řadě komunikuji, analyzuji jeho potřeby a jeho očekávání ode mne. Dále konzultuji s ošetřujícím lékařem, zda jím vyslovené potřeby jsou opravdu důležité. Často se přání a domněnky pacientů, co by pro ně bylo nejlepší, liší od pohledu lékaře a já musím ctít názor lékaře. Takže metody: rozhovor, analýza, intervence, edukace.

Máte zpětnou vazbu na vaši činnost?

Zpětnou vazbu dostávám od klientů, lékařů a sester. Od klientů samotných mám zpětnou vazbu na komunikaci se mnou, na pocit z naší spolupráce, ale jen málokdy na konkrétní závěry z mé práce. Nevím, jestli klient dál dochází do zařízení, do kterých jsem ho nakontaktovala a mnohdy osobně dovedla. Nevím, zda byla dořešena jeho situace sociálního zajištění, jestli obstál v zaměstnání, které jsme společně našli. Zpětnou vazbu mám u klientů, kteří k nám docházejí do ambulance, a u těch, kteří se k nám vrací k opakované hospitalizaci. Naštěstí pracuji i s klienty, kteří se po čase ozvou a řeknou, jak se mají. Uvedu jeden konkrétní příklad. Měli jsme zde hospitalizovanou studentku, která zameškala několik měsíců docházky, užívala léky, které ovlivňovaly pozornost a soustředění, důsledkem nemoci byly také horší paměťové schopnosti. Klientka studovala druhý ročník střední školy, trvala na přerušení studia. Pod tlakem nemoci, kdy se nemohla dostatečně soustředit na učení,

se bála, že neunese změnu, že už nebude premiantkou třídy. S klientkou, s její maminkou a s ošetřující lékařkou jsme situaci analyzovaly, vyjasnily jsme si dané možnosti a očekávání a nakonec se domluvily, že zkusí dále studovat ve svém ročníku. Klientka podala návrh na umožnění individuálního studijního plánu, lékařka sepsala, jak by plán měl vypadat. Po půl roce jsem slečnu potkala a velmi si pochvalovala tento krok. Učitelé jsou vstřícní a kolektiv ji přijal bez problémů zpátky. To je pozitivní zpětná vazba.

Co je nejnáročnější na práci s duševně nemocnými?

Cítím jako hodně náročné případy, kde se klientovi nedaří pomoci, přestože dělám maximum. S tím se musím smířit, protože je to otázka nemoci a ani duševně nemocného člověka nemohu nutit do žádných aktivit proti jeho vůli, přestože jsme já, lékař i rodina přesvědčeni o prospěchu, který by z toho klient měl. Více mě však tíží, že celkové povědomí o duševních nemocech a o jejich projevech je v naší společnosti velmi nízké. Musím bohužel konstatovat, že při jednáních s úřady se běžně setkávám s naprosto necitlivým přístupem ze strany jednotlivých zaměstnanců, s naprostým nepochopením situace našich pacientů. Například minulý týden při sepisování žádosti o přiznání invalidního důchodu na správu sociálního zabezpečení odpovědná pracovnice vůbec nekomunikovala s přítomným svéprávným klientem, o jehož důchod jsme žádali, ale jen se mnou, o klientovi dokonce před ním mluvila pouze ve třetí osobě: „Od kdy je pan XY odhlášen z úřadu práce?“ Také zákony, které se týkají otázek zdravotně postižených, nejsou podle mého názoru vůbec nastaveny tak, aby kvalitně řešily problémy psychiatricky nemocných klientů.

Co vás uspokojuje, z čeho máte radost?

Radost mám, když se práce daří, klient se vyrovná s nemocí, a i když je opakovaně hospitalizovaný, tak žije kvalitní život, se kterým je spokojený.

Připravil Pavel Bajer

Základom činnosti sociálneho pracovníka na psychiatrickej klinike je vytvorenie vzťahu spojenectva a dôvery

Řadu let už pracují na lůžkové části psychiatrické kliniky v Trenčíně Mgr. **Katarína Mažárová** a Mgr. **Ivana Ilavská**. „Po roku 1989 sa objavili novodobé problémy – nezamestnanosť, trh práce, nefungovala zo strany štátu dobre sociálna sieť, naši klienti cez ňu prepadávali. Táto problematika nás zaujímala, preto sme sa rozhodli študovať sociálnu prácu, ide totiž o multidisciplinárny obor – právo, sociológia, psychológia, psychopatológia,“ vysvetľujú. Po skončení studia se změnila jejich pracovní pozice na sociální pracovnice.

Jaká jsou specifika, nároky na sociálního pracovníka pro práci s duševně nemocnými?

Z nášho pohľadu je dôležitá v našej práci samostatnosť, schopnosť vcítiť sa – vytvoríť vzťah dôvery – pracovného spojenectva, flexibilita, znalosti práva, sociálneho zabezpečenia, psychológie, vedomosti o duševných chorobách. Keďže z nášho pohľadu jediným pracovným nástrojom, ktorý máme, je naša osobnosť, zdalo sa nám vhodné v rámci celoživotného vzdelávania absolvovať dlhodobý psychoterapeutický výcvik. Neprenosnou skúsenosťou je zážitok na sebe, dôležitá sa nám javí práca pod supervíziou (individuálnou, skupinovú formou bálintovských skupín). Prínosom je pre nás práca na sebe vo forme vlastnej individuálnej terapie. Spolupracujeme so súdmi, úradmi, príbuznými, pri problematike domáceho násillia je nám nápomocný tretí sektor. Snažíme sa do spolupráce vťahnuť rodinných príslušníkov klienta, využívame edukáciu, prípadový manažment, poskytujeme sociálne poradenstvo, pomáhame klientom pri náviku sociálnych zručností (asertivita).

Jaké jsou vaše pravomoci ve vztahu k ostatním pracovníkům psychiatrické kliniky?

Na klinike funguje tímová práca – úzko spolupracujeme so všetkými členmi tímu, konajú sa pravidelné porady, kde sa informujeme o klientovi/pacientovi. Takisto je zavedený systém terapeutickkej komunity a supervízia formou bálintovských skupín. Nakolko sme zodpovedné za úsek sociálnej práce, svoje

kroky konzultujeme s ošetrujúcim lekárom pacienta.

Máte stanoveny úkoly, které máte vykonávat, nebo si cíle určujete podle potřeb klientů a vašich možností?

Úlohy nemáme stanovené, pri identifikovaní problému je podstatná naša iniciatíva, rešpektujeme ale pohľad pacienta, spoločne hľadáme optimálne ciele a sprevádzame pacienta pri plánovaní krokov ich riešenia a realizácii. Ak si to zdravotný stav vyžaduje, koordinujeme a zapájame iné inštitúcie mimo zdravotníctva, ale aj ambulantných lekárov – všeobecných, psychiatrov. Individuálna práca s pacientmi, skupinová práca – edukácia (pre pacientov so schizofréniou, bipolárnou poruchou), návčik komunikácie a asertivity, relaxačné techniky, nakolko máme ukončený výcvik, aj individuálna psychoterapeutická práca s pacientom pod supervíziou. V prípade potreby si pozývame príbuzných pacientov, edukujeme ich o ochorení, pomáhame pri riešení konfliktov.

Splňuje náplň práce vaše představy?

Áno, nakolko je to práca tvorivá, umožňuje nám pracovať samostatne, núti nás neustále sa vzdelávať, sledovať zmeny legislatívy. Zaujímavé na našej práci je, že je rôznorodá, pestrá. V rámci našej práce máme možnosť nahliadať do vnútorného sveta a životných osudov pacientov, čo nás obohacuje, máme možnosť „prežívať viacero životov“. Zdá sa nám, že nám to pomáha osobnostne sa rozvíjať.

Co konkrétně po vás klienti žádají? Poskytujete spíš informace z oblasti

sociálneho zabezpečení, sociálneho práva, alebo spíše špecifickou intervenciou v smyslu poradenství?

Spektrum požiadaviek je veľmi široké a líši sa od pacienta ku pacientovi. Poskytujeme sociálne poradenstvo v pracovno-právnych vzťahoch, v otázkach trhu práce, pri problémoch s nezamestnanosťou, s inštitúciami – poisťovne, súdy, úrady. Pri konfliktoch v rodine, manželstve – pracujeme s celou rodinou, snažíme sa ich naučiť konštruktívne riešiť konflikt, ak je to nutné, pomáhame pri riešení rozvodových situácií. Nedá sa presne vymedziť, ktorá zložka prevláda, či sociálne zabezpečenie, sociálne právo, špecifické intervencie. Pacientov sa snažíme viesť k samostatnosti, k pochopeniu ich problémov. Sme nápomocní pri riešení problémov, ale nepreberáme zodpovednosť za pacienta, pokiaľ to nie je nutné. Pokiaľ je to len možné, chápeme svoju zodpovednosť, ako zodpovednosť voči klientovi/pacientovi. Ak duševný stav nedovoľuje pacientovi ďalej zotrvať vo svojom prirodzenom prostredí, snažíme sa zapojiť orgány vyššieho územného celku, súdy a zariadenia sociálnych služieb, aby zabezpečili sociálnu starostlivosť o pacienta.

Podle čeho se rozhodujete, když řešíte, zda klient zvládne situaci sám a kdy je mu vhodné pomoci?

Podľa zdravotného stavu pacienta, podľa jeho doterajších schopností riešiť problémy, zvládať konflikty, podľa toho, akú má sociálnu sieť – rodina, priatelia, práca. Na základe referencií jednotlivých členov tímu, ako zvláda situácie na klinike. Sú aj prípady, kedy pacient odmieta naše navrhované riešenia, a pokiaľ je svojprávny a neohrozuje seba ani druhých, rešpektujeme jeho rozhodnutia.

Můžete říct, jaké metody sociální práce používáte při pomoci duševně nemocným?

Základom našej práce je vytvorenie dobrého vzťahu pracovného spojenectva a dôvery. Pri tom nám pomáhajú komunikačné zručnosti, schopnosť vcítiť sa a zároveň sa reálne na si-

tuáciu pozrieť z iného uhla (náhľad). Na úvod situáciu s pacientom preberieme, ak je to potrebné, získame informácie aj z iných zdrojov. Ak sa v problematike zorientujeme, spolu s pacientom hľadáme riešenie (brainstorming). Vyberieme *spolu* s pacientom pre neho najlepšie riešenie a vypracujeme plán krokov, ako ho dosiahnuť, prípadne koho ďalšieho do plánu zapojíme, a sme nápomocní pri jeho realizácii. Počas celého tohto procesu pacienta povzbudzujeme, podporujeme. V prípade potreby nacvičujeme sociálne zručnosti, komunikáciu (návčik správania, výmena rolí), poskytujeme pacientovi informácie o ochorení (edukácia). V rámci práce s pacientom mu poskytujeme spätnú väzbu, čo umožňuje pacientovi získať informácie o existencii aj iných pohľadov na problém.

Co je nejnáročnější na práci s duševně nemocnými? Máte zpětnou vazbu na vaši činnost?

Pre nás je ťažké to, že nie je vytvorená sieť sociálnych zariadení, chýbajú chránené bývanie, chránené dielne. Zariadenia sociálnych služieb sú preplnené, čakacie doby sú dlhé. Nešťátne zariadenia sociálnych služieb sú pre väčšinu pacientov finančne nedostupné. Nakoľko naši pacienti sú špecifickí, často v dôsledku predsudkov majú sťažený prístup k štátnej sociálnej pomoci. Keďže toto nefunguje, vedie to k relapsom ochorení, k opakovaným hospitalizáciám, nakoľko naše možnosti pri riešení uvedených situácií sú obmedzené, je to pre nás frustrujúce. Preto sme radi, ak sa nám z času na čas niečo podarí vyriešiť ku pacientovej spokojnosti. Je príjemné, keď sa nám pacienti ozývajú po prepustení, že sa im dobre darí.

Co vás uspokojuje, z čeho máte radost?

Samotná skutočnosť, že pacient nám dôveruje a zveril sa nám so svojim problémom, je pre nás vzácna. Nakoľko pracujeme tímovo, už to, že pacient odchádza domov a cíti sa lepšie a jeho problémy sme pomohli eliminovať, prípadne vyriešiť – máme pocit, že naša práca má zmysel.

Připravil Pavel Bajer

Nemocný člověk si sám mnohokrát neuvědomuje, že jsou jeho práva porušována

Dlouholeté zkušenosti sociální pracovnice pomáhající lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám uplatňuje v následujícím interview **Jana Pěčová**. Ve sdružení Eset–Help vede sociální a právní poradnu. Za největší problém, který vnímá jako porušování práv, považuje přiznávání důchodů ode dne podání žádosti namísto od vzniku invalidity.

S jakými porušeními práv klientů se nejčastěji setkáváte?

Nejprve musím zmínit závažný fakt, že nemocný člověk si sám mnohokrát neuvědomuje, že jsou jeho práva porušována. Neví, na co má právo, a tak si může jen velmi těžko svá práva hájit či prosazovat. Na toto se snažím ve své práci brát zřetel – všimnout si případných porušení práv.

Nejčastěji u klientů zjišťuji, že dochází k porušení práva na úplné informace při vyřizování různých záležitostí na úřadech. Toto je věc, kterou snad zažil téměř každý z nás. Jenže u lidí nemocných to může způsobit, že nenajdou sílu opakovaně chodit na úřad a žádat vysvětlení, často spíše rezignují. Uvedu příklad: *Při kontrolní prohlídce u posudkové komise lékař sdělí nemocnému, že již není plně invalidní, ale částečně invalidní. Nemocnému ale nikdo nevyšvětlí, že je nutné, aby sám vyvinul aktivitu – o částečný důchod si požádal, jinak mu není vyplácen.*

Problém spatřuji v tom, že nemocní často dostávají neúplné, pro ně nesrozumitelné informace. Často se nedozvědí od kompetentních osob, že určitý problém lze řešit různými způsoby, někdy je možné si vybrat z několika možných řešení. *Jako příklad bych uvedla člověka, kterému z důvodu, že neoznámil zdravotní pojišťovně, z jakého titulu byl státním pojištěncem, vznikl dluh na zdravotním pojištění. Opakovaně se setkávám s tím, že pojišťovna dluh začne vymáhat, aniž by se snažila dozvědět, jestli daná osoba byla státním pojištěncem (můžete si udělat soukromý průzkum, kolik lidí ve vašem okolí plní oznamovací povinnost vůči své zdravotní pojišťovně – ze zákona do osmi dnů hlásit všechny změny).*

Největší a zároveň opakovaný závažný problém, který vnímám jako porušování práv, je přiznávání důchodů ode dne podání žádosti,



Jana Pěčová

namísto od vzniku invalidity (nemoci). Často z této „drobnosti“ vznikne problém celoživotní, nemocnému nemusí vzniknout nárok na výplatu důchodu – nemá zaručeny žádné příjmy. Pokud mu jeho zdravotní stav neumožní v budoucnu pracovat, případně nemá rodinu, která by ho mohla neomezeně dlouho zabezpečit, je odkázaný na sociální dávky.

Setkáváte se s problematikou svéprávnosti? Pokud ano, stává se spíše, že klienti jsou zbaveni svéprávnosti a chtějí ji získat nazpět, nebo se spíše setkáváte s obrácenou situací, někdo chce zbavit psychiatrického klienta právní způsobilosti?

S oběma situacemi se setkávám. U některých lidí, kteří byli zbaveni způsobilosti k právním úkonům již před řadou let, nikdo nezkoumal, zda důvody pro toto opatření platí i dnes. To určitě není v pořádku.

Co se týče rodinných příslušníků, je to otázka složitá. Někdy se rodina obrací na právní pomoc v nouzi zcela oprávněně. Nemocný poškozuje sebe i rodinu – rozprodává majetek za minimální cenu (například při mánii) a rodina se snaží zabránit úplnému finančnímu kolapsu. V těchto případech, pokud o zbavení či omezení způsobilosti soud rozhodne, nemocný s odstupem hodnotí toto opatření kladně. Často vyprávějí s humorným nadhledem o tom, co „prováděli“. Jindy je to právě rodina, kdo s tímto opatřením nesouhlasí a pomáhá nemocnému v řízení před soudem.

Vadí mi, že nemocným, kteří mají problém s hospodařením s penězi, není nabízena potřebná pomoc v této oblasti. Hospodaření je dovednost jako kterákoli jiná, dá se tedy naučit. Rozumím pak lidem, kteří rozhodnutí soudu o omezení způsobilosti k právním úkonům vnímají jako trest.

Pravděpodobně také řešíte, jak splatit dluhy, které duševně nemocní vytvořili. Můžete uvést konkrétní příklad řešení dluhu u vašich klientů?

Dluhy vnímám jako problém v celé společnosti a navíc nejsou problémem jen u nás v Česku. Zvláštní je, že drtivá většina lidí, kteří trpí psychózou, má jen zanedbatelné dluhy, například drobné částky zapůjčené od přátel. S neschopností splácet spotřebitelské úvěry či podobné produkty se u těchto nemocných setkávám zřídka. Čím to je způsobeno, by si vyžádalo hlubší analýzu. Mám pracovní hypotézu, že to souvisí u nemocných se snahou vyhýbat se stresu, tím, že budou mít vše v pořádku (zapláceno), s nedůvěřivostí ke všemu novému (důchod je lepší vyzvedávat na poště, hned tam zaplatím složenky) a úzkostí (když nezaplatím splátku, přijde trest).

Řešení dluhu závisí na konkrétních okolnostech a možnostech klienta. Jako první přichází v úvahu kontaktovat věřitele a snaha domluvit s ním řešení, které je v silách klienta. Je zapotřebí klientovi pomoci zorientovat se – co se bude dít, když bude postupovat určitým způsobem (co hrozí, když nebude situaci řešit, co může získat, pokud dodrží podmínky věřitele – např. zabráni exekuci atd.). Překvapuje mě, že mnohokrát vyjde věřitel

vstříc, hlavně pokud se jedná o státní instituce. I ostatní jsou často vstřícní, pokud je patrná snaha situaci řešit. Někdy je už nemožné zvrátit negativní důsledky dlouhodobého neřešení finančních problémů. Ještě bych ráda uvedla, že problematice dluhů se nyní věnují speciální poradny.

Nelehké téma je také rozvod. S čím se na vás klienti v rozvodové oblasti obracejí?

V případě rozvodu je namísto poskytnout obšířlou právní edukaci. Nejčastěji řešíme, kdo má návrh na rozvod podat – výhody a nevýhody podání návrhu, výživné manžela i rozvedeného manžela, svěření dětí do péče, výživné na děti (zvyšování či snižování), vypořádání společného jmění manželů včetně vlastnických práv k bytu.

Je to méně častý problém, se kterým by se klienti na nás obraceli. Známým faktem je, že lidé se závažným duševním onemocněním ve srovnání s ostatní populací méně často uzavírají sňatek, spíše zůstávají svobodní.

Přejdeme spíše k sociální oblasti. Problematika invalidního důchodu je asi u duševně nemocných frekventovaná. Jaké obtíže vaši klienti zmiňují, když chtějí získat invalidní důchod?

Problémů s invalidními důchody je celá řada. Asi nejzávažnější spočívá v klasickém průběhu onemocnění, i když jsou velké individuální rozdíly. Vezmeme si jako příklad onemocnění schizofrenií – nemoc nepropuká znenadání, již řadu let se u daného člověka projevuje celá řada nespecifickým příznaků, které nemusí být nápadné (tzv. prodromální fáze). V některých studiích je uváděna odhadovaná doba neléčené nemoci až na několik let. Co to v praxi znamená? Daný jedinec nepracuje, je třeba doma řadu let zavřený, nezaeviduje se na úřadu práce, zkrátka nemá za toto období žádné sociální ani zdravotní pojištění. Při plném propuknutí nemoci (atace) se ocitá například v psychiatrické léčebně. Nechápe, proč tam je, nevěří, že je nemocný – lékaři tomuto stavu říkají, že nemá náhled nemoci. Často teprve až při léčbě se někdo začne zabývat i sociální situací nemocného – podává

se žádost o důchod. Pokud nemocný uvěří, že invalidní důchod je pro něj dobrým řešením, pak se objevuje problém – nesplní podmínku potřebné doby pojištění. Kdo pak dokáže, že je nemocný již řadu let, ale lékaře nevyhledal? Podkladem rozhodnutí o vzniku invalidity je zpráva ošetřujícího lékaře a ten nemůže doložit ze zdravotní dokumentace přesný záznam o vzniku potíží.

Naštěstí většina nemocných získá důchod „standardně“ – po dlouhodobé pracovní neschopnosti, kdy je v péči ambulantního psychiatra, který iniciuje posudkové řízení.

Zvláštním problémem je samotné hodnocení poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Při hodnocení se vychází především z posudkových tabulek, každá diagnóza má podle závažnosti své procentuální vyjádření poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Že to není zrovna nejšťastnější způsob, je jasné. Takto nelze měřit schopnost pracovat, o kterou tu jde především. Další problém je, že posudkový lékař často nebývá ani psychiater. Uvedu zde naprosto absurdní příklad: *Jeden klient pracoval tři roky při plném invalidním důchodu na plný pracovní úvazek. Každý rok byl pozván na kontrolní řízení k posudkovému lékaři, kde vždy uvedl, že pracuje a důchod nechce. Přesto mu byl důchod ponechán. Posudkový lékař jako důvod uvedl, že nesouhlasí, aby člověk s danou diagnózou vykonával určitou profesi! Tento klient se pak bál, že jednou po něm bude stát chtít vrátit částku, podle jeho mínění, neoprávněně vyplaceného důchodu.*

Chtějí klienti při plném nebo částečném invalidním důchodu pracovat? Daří se jim získat zaměstnání?

Většina klientů chce pracovat. Někteří, kteří byli vinou nemoci nuceni přerušit studium střední či vysoké školy, by si rádi i doplnili vzdělání, jiní by se rádi requalifikovali.

Celá oblast práce při invalidním důchodu je nedostatečně ošetřena. Nemocní se bojí, že přijdou o důchod, když budou pracovat, a nevěří si, že by práci zvládli (někteří to opakovaně zkoušeli). Přitom většina onemocní už v mládí, nechtějí být celoživotně odkázáni

na důchod. Věřím, že u většiny platí, že pokud by měli potřebnou podporu, práci by zvládali. Ideál bychom si mohli představit tak, že by každá práce při invalidním důchodě mohla být podněcována bonusem, který by nemocný za to, že se snaží, mohl dostat. Extrémním příkladem budiž výše uvedený klient, který tři roky pracoval na plný úvazek.

Jaké žádosti, odvolání pomáháte klientům sepsat?

Podání k soudu – odvolání proti usnesením, rozsudkům nebo výživné, rozvod, exekuce. Dále podání na instituce, zdravotní pojišťovny, Českou správu sociálního zabezpečení a další úřady či podání Kanceláři veřejného ochránce práv a telefonické kontakty s institucemi.

Jaká jsou specifika, nároky na sociálního pracovníka pro práci s duševně nemocnými?

Mimo odborné znalosti a dovednosti – celá sociální oblast, psychiatrické minimum, komunikační dovednosti.

Jako základní východisko – obrací se na mne člověk se svým životním příběhem, zaslouží si obdiv za to, co všechno už musel zvládnout, jaké překážky překonal, co vytrpěl. Mohu mu nabídnout svou pomoc, na chvíli ulehčit od těžkého břemene, to vše s úctou a respektem k němu.

Tento pohled může pomoci vnímat každého jako *jedinečnou* lidskou bytost – akceptovat individuální odlišnosti. Musíme se obrnit *trpělivostí* (vyjednávání, mediace, zmocňování), protože někdy nemocný nespolupracuje, kompetentní orgány nechtějí pomoci, spolupráce s ošetřujícím lékařem není ideální atd. Měli bychom pěstovat svou *odolnost* v různých stresových situacích (zvýšený frustrační práh) – nenechat se rozhodit, pokud na nás někdo křičí, nepodléhat negativním emocím, když se nám nedaří najít řešení. Také nesmíme pustit ze zřetele skutečnost, že život je pestřejší než naše vědomosti a zkušenosti, nemáme recept na všechny situace.

Připravil Pavel Bajer

V Mladé Boleslavi praktikují case management

Přiblížit činnost case manažerů a také multidisciplinárních týmů při práci s psychiatrickými klienty si klade za cíl rozhovor s MUDr. Janem Stuchlíkem, předsedou sdružení a odborným ředitelem Fokusu Mladá Boleslav. Dozvíte se mimo jiné, jaká je náplň činnosti sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu, zda služby případového manažera jsou spíše sociální, nebo zdravotní, jak pracuje s klientovou sociální sítí nebo co je vhodnější, udržovat, nebo naopak potlačovat své profesní pohledy na životní situaci klienta.

Co je to případové vedení?

Případové vedení je specifická práce s lidmi, kteří jsou vážně duševně nemocní. Možná je přenositelná i na jiné cílové skupiny, ale asi ne beze změn. Pro naši cílovou skupinu je to metoda, která se objevila zhruba před čtyřiceti lety. Spočívá v tom, že klient má svého case manažera, což je trochu něco jiného než klíčový pracovník. Klíčovým pracovníkem se obvykle označuje ten, kdo pracuje v rámci nějaké služby a má na starosti přesahy, kam klient přejde posléze, a je to jeho vedlejší role. Case manažer nemá na starosti nic jiného než zajistit klientovi v užším slova smyslu kvalitní péči poskládanou z toho, co je dostupné, a podporu, protože to jsou neformální zdroje. V širším smyslu je jeho úkolem provést klienta složitou životní situací, je to něco jako průvodce. Case manažeré musí pracovat v týmu kvůli vzájemné zastupitelnosti, kvůli skládání dovedností, protože je lepší, když je tým složený z několika profesí a několika pohledů. Ne každý je schopen pracovat s jakýmkoliv typem klienta nebo neomezeně dlouho. Když pracuji s klientem půl roku, nedaří se vůbec nic, tak si řeknu, že už to takhle dál nejde. Ostatní mi můžou říkat svoje nápady, co by se dalo dělat, tak to půjde ještě o něco déle, a když ho po tři čtvrtě roce může ode mne někdo převzít, tak to může být nejlepší varianta.

Můžete uvést na konkrétním případě, jak manažer případu postupuje?

Case manažer je důležitější, čím více problémů klient má. Modelový příklad je, když má klient zdravotní problémy, může mít nedostatečně zajištěnou zdravotní péči, protože nemá psychiatra, s kterým by si rozuměl, s kterým se snadno domluví, protože se ho bojí. Zároveň může mít problém užívat léky, může mít naopak problém říct psychiatrovi, že mu tenhle



MUDr. Jan Stuchlík

lék nevyhovuje, že by to chtěl jinak, a řeší to tím, že se prostě ztratí, nepřijde k psychiatrovi na domluvenou schůzku. To je jedna doména, zdravotní problémy.

Další problémy bývají v sociálních oblastech: peníze, bydlení, práce, vztahy s lidmi, v rodině nebo v širším systému. Jestli má klient problém pouze v jedné doméně, pak přichází otázka, jestli je potřeba ten case management, nebo jednorázová intervence, protože jeden problém dokáže řešit jedna služba. Čím je problémů více, tím větší je potřeba jednoho člověka, který má přehled o celkové situaci klienta, kdo plánuje, kdo ho vede a kdo péči dává do logického celku.

Podle jakých kritérií se rozhoduje, jak bude velká či malá klientova spoluúčast?

To je zajímavá otázka, to je velmi individuální, tendence je taková, aby byla co největší, ale funguje to úplně stejně jako v terapeutickém

vztahu. Má-li klient chuť spolupracovat, je to proto, že vyřešíte nějaký jeho problém. Část jeho problémů a strachů vezmete na sebe a tím vzniká závislost na službě. Pracujeme s psychotickými klienty a to je na měsíce. Největší možná spoluúčast je poměrně malá, case management se nedá redukovat na práci se zakázkou. Kdyby si klient objednal, co chce, a case manažer mu to zařídil, tak bychom se se 70 procenty klientů neposunuli nikam, my bychom se na ně šest měsíců koukali a oni by nevěděli, co by chtěli.

S tím souvisí otázka dobrovolnosti a nedobrovolnosti.

Je to práce, kterou nelze dělat bez souhlasu klienta kvůli zákonným normám a z logiky věci, není možné někoho nedobrovolně léčit a rehabilitovat. Je potřeba dělat na tom, proč on by to měl chtít, a hledat to, co je pro něj důležité. Klient vám řekne při vstupním vyšetření: Chtěl bych chodit do práce, a pak je dlouhá práce zjistit, proč a co to znamená. Může to znamenat spoustu věcí: potřebuje peníze, potřebuje se cítit plnohodnotný, nemá hendikep, nebo má plán, že když vydrží chodit půl roku do práce, tak může vysadit léky, což je pro něj schovaný cíl. Nebo taky může chtít, aby chodil do práce, po něm maminka, aby neseděl doma a neotravoval ji. Jednoduchý postup je, že přijde klient a řekne: „Já bych chtěl chodit do práce,“ a vy řeknete: „Výborně, tady máte čtyři chráněné dílny, vyberte si, a ještě máme agenturu podporovaného zaměstnávání. Když budete chtít, tak vám seženeme místo na volném trhu práce.“ On na vás chvíli kouká a pak řekne: „Dobře,“ a pak se ukáže, že nic z toho nebude fungovat. Na schůzku do chráněné dílny nepřijde nebo přijde jednou a druhý den vám řekne, že zaspal. Je potřeba začít hledat, co ho opravdu zajímá, proč by vlastně měl se svým životem něco dělat.

Jaká je intenzita kontaktu mezi manažerem a klientem?

Je to hodně různé, záleží na organizačním modelu case managementu. V nejintenzivnějším modelu, kterému se obvykle říká ACT (asertivní komunitní léčba), to může to být i tak, že manažer je s klientem několik dnů nebo týdnů

pořád, že se k němu nastěhuje. My tento model nepoužíváme. Jedním z důvodů je to, že je příliš finančně náročný, ale hlavním důvodem je skutečnost, že tento způsob práce je vhodný jen pro malou část klientů s nejjzávažnějšími problémy a v systémech péče, kde je prvořadým cílem zabránit hospitalizaci.

V našem modelu to může být tak, že v určitém období se setkáváme s klientem až dvakrát denně. Jinak se setkáváme jednou až dvakrát týdně. Když se naváže pravidelná spolupráce, setkávají se jednou za týden až 14 dní. Intenzitu kontaktu ovlivňuje, co klient potřebuje.

Pracuje případový manažer i s klientovou užší či širší sociální sítí?

Zcela pravidelně ano, i tehdy, když klient skoro žádnou nemá, pak se mu ji snaží vytvořit. Pracuje se jen s lidmi, s kterými klient souhlasí. S lidmi, se kterými nechce, aby manažer spolupracoval, přísně rozlišujeme, zda je daný člověk pro klienta důležitý. Když nechce spolupracovat s rodinou, snažíme se ho přesvědčovat, že by mohla být spolupráce užitečná. Když má konflikt se sousedkou, která už dvakrát zavolala sanitku, aby klienta odvezla do léčebny, tak ji necháme být, protože tato paní asi pro klienta nebude zdrojem pomoci. Můžeme pracovat na strategiích, co dělat, aby konflikt nenastával.

Když se pracuje s klientovou širší sociální sítí, bývá složitější najít řešení, než když se pracuje individuálně s klientem, ale zase vzejdou výsledky trvalejšího rázu. Budovat širší sociální síť klienta má efekt v tom, že i naše kapacita není neomezená. Když bude mít klient okolo sebe lidi, kteří mu chtějí pomáhat s přirozenou motivací, dosáhnou lepších výsledků než profesionální služba. Je skvělé, když klientovi nakupuje dvakrát týdně sousedka, která se znala s jeho zemřelou maminkou a má ho ráda. Jde o lepší variantu, než bychom sháněli pečovatelskou službu nebo jezdili za klientem s taškami.

Jsou služby případového manažera spíše zdravotní, nebo sociální?

V rámci týmu by mělo být obsaženo obojí. Podle mého odhadu je 80 procent problémů sociálních a řešitelných sociálními intervencemi.

Pracujete s modelem ACT? Čím se vyznačuje, na co je zaměřen?

Model asertivní komunitní léčby (ACT) je jeden z modelů case managementu. Liší se od modelu používaného u některých organizací v ČR, dostupností 24 hodin denně, pracuje i s lidmi, kteří nechtějí aktivně spolupracovat, má vysoké standardy vůči personálnímu obsazení týmu. Povinností je, aby součástí týmu byl psychiatr, psycholog, adiktolog, rodinný poradce, všichni jsou zároveň case manažery. Mají své klienty a zároveň v rámci subtýmu spolupracují na případě každého klienta. ACT model je striktně týmový, s klientem pracuje celý tým (12–14 lidí) nebo část týmu (tři lidé), ale ne jeden case manažer.

Kolik případových manažerů máte ve Fokusu?

Ve Fokusu Mladá Boleslav máme sedm případových manažerů, včetně mne. Mám jen ale malou část úvazku, ostatních šest pracuje na plný úvazek.

Jaké je vzdělání a specializace případových manažerů? Jde o sociální pracovníky, psychology?

Máme zdravotní sestry, sociální pracovníky, já jsem psychiatr. Dále máme lidi, kteří mají zkušenost s pracovní rehabilitací duševně nemocných v chráněné dílně, ale nemají specializované vzdělání. Chybí nám odbornost klinického psychologa, jehož nejsme schopni získat, protože jich je málo. Navíc jsme sociální služba a psychologům utíká kvalifikace.

Kolik klientů má každý z nich na starosti?

Máme limit 12 klientů v aktivní péči, nepočítáme klienty, které monitorujeme a jsme s nimi v kontaktu jednou za měsíc. Většina case managementových týmů ve světě má podobný počet, 10 až 14. Celkově máme v aktivní péči šesti a půl pracovníka kolem 70 klientů v určitém období. Optimální by bylo mít dvojnásobnou kapacitu týmu na region, který máme na starosti. S větší kapacitou pracovníků bychom mohli začít intenzivněji pracovat s lidmi ze vzdálenějších míst v regionu. Teď můžeme s akutně depresivním pacientem pracovat, když žije v Mladé Boleslavi a přijedeme za ním

autobusem. Už si to však nemůžeme dovolit, když je z České Lípy a není jisté, zda case manažer v případě akutní potřeby bude mít dispozici auto, protože máme na terénní tým jen jedno.

Čím konkrétně se zabývá multidisciplinární tým ve Fokusu?

To, čemu říkáme case management nebo terénní tým, tak považujeme za multidisciplinární tým, ale podle definice zase úplně multidisciplinární tým nemáme. Multidisciplinární tým by měl vypadat v personálním složení jako v modelu ACT. Tým by měl obsahovat všechny profese, aspoň na částečný úvazek. Máme užší pojetí týmu, z důvodu finančních, a služby ostatních odborníků vyjednáváme, zprostředkováváme. Klasický multidisciplinární tým má svého psychiatra, který se stará o klienta po medicínském stránce. U nás má každý náš klient svého ambulantního psychiatra, k němuž dochází. S psychiatrem jsme v kontaktu, vyměňujeme si informace. A když je potřeba něco vyjednat s psychiatrem a nespějí sociální pracovníci, vyjednávám s kolegy, více mě respektují jako psychiatra.

V budoucnu chceme takový tým mít, je to neefektivnější pro klienta, ale čeká nás ještě dlouhá cesta. Musí přijít změna úhrad práce lékařských odborníků propojených se sociálními službami. Dále změna regulačních mechanismů, protože práce v týmu s jinými profesemi je o mnoho složitější, než když pracujete jen v rámci své specializace.

Je dobré udržovat nebo naopak potlačovat své profesní pohledy na životní situaci klienta?

Učíme se, že hlavní, kdo hodnotí důležitost, je klient sám. Je nutné být opatrný, respektovat klienta a nepovažovat svá vlastní měřítka hodnot, ať už jde o pohledy získané odborným vzděláním, nebo tím, že mi maminka říkala, že musí být všude uklizeno. Respektovat individuální mínění klienta je důležité, ale není dobré jej povyšovat na univerzální pravdu. Pokud si klient tím, co dělá, ubližuje nebo se řítí do průšvihů, musíme pracovat na tom, aby vnímal jiné vidění situace, někdy jej přijme, někdy ne.

Žádný profesní pohled není důležitější než jiný, důležité je, aby tým dokázal respektovat jednotlivé pohledy na klienta, a hledat společné řešení. Často nemívají jednotliví členové týmu stejný názor, jaká intervence se má poskytnout klientovi. Je důležité, aby si lidé v týmu dokázali rozumět. Když nedojdou ke společnému konsenzu, musejí být schopni se domluvit, že dva měsíce zkusíme nabízet pomoc určitým způsobem. Když po dvou měsících zjistíme, že tato forma pomoci nepřináší výsledky, tak zvolíme jiný způsob intervence.

Jak mají vymezenou odpovědnost jednotliví pracovníci týmu?

Jsou odpovědní za to, že znají situaci svého klienta, vědí, co se s ním děje. Musejí být pro něj dostupní, alespoň v pracovních hodinách. Volání na služební mobilní telefony přijímáme téměř pokaždé. Když se jim cokoliv nedaří, nestíhají, nebo neumějí situaci vyřešit, dají vědět týmu a řeknou si o pomoc. Své neúspěchy si nenechávají pro sebe.

Co je náplň sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu?

U nás to mám tak, že všichni jsou case manažeri a každý má své klienty. Rozdělení, kdo pracuje s daným klientem, může být různé. Buď se setkal jako první s klientem, nebo má problém v oblasti, na niž se specializuje. Může mít také zrovna volnou kapacitu nebo si ho klient vybral. Na žádost klienta jsme ochotni kdykoliv zajistit změnu case manažera a case manažer zase může chtít po ostatních, aby klienta převzali.

Náplň sociálního pracovníka je stejná jako u všech ostatních členů týmu. Má na starosti své klienty a na základě své odbornosti poskytuje konzultace ostatním case manažerům. V týmu máme zatím dva sociální pracovníky a třetího budeme přijímat. Samozřejmě chceme, aby se vyznal v problematice sociálních dávek, v invalidních důchodech, znal strukturu úřadů a institucí, s nimiž se klient setkává, a byl schopný na nich vyjednávat. Když máme klienta, u něhož zjistím v rámci vstupního mapování, že nemá ani korunu, protože má plný invalidní důchod bez nároku na jeho výplatu, jdu se zeptat našich sociálních pracovníků, co to znamená, protože něco tak nesmyslného slyším poprvé. Oni mi vysvětlí, proč tomu tak je a jak se dá situace řešit.

Připravil Pavel Bajer

Pracovní konzultant sdružení Agapo podporuje uživatele v nalezení a udržení zaměstnání

Sdružení Agapo poskytuje službu sociální rehabilitace metodou podporovaného zaměstnávání a tranzitního programu. Agapo pomáhá v pracovním uplatnění a udržení práce lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním v Brně-městě a Brně-venkově, aby mohli žít běžným životem. Jak konkrétně se snaží zvýšit míru samostatnosti a soběstačnosti v oblasti zaměstnávání lidem s duševním onemocněním, popisuje metodická vedoucí Bc. **Romana Jiráková**.

Kolik lidí s duševním onemocněním je zapojeno do programu podporovaného zaměstnávání?

Z měsíčních statistik, které si naše sdružení vede, vyplývá, že v průměru polovina uživatelů, kteří využívají tuto službu sociální rehabilitace, jsou lidé s různými psychickými potížemi. Aktuálně při počtu 24 uživatelů v programu podporovaného zaměstnávání je 10 z nich lidí s duševním onemocněním. Kontakty na Agapo dostávají z různých organizací, nejčastěji však přímo od ambulantního psychiatra.

S jakými požadavky, představami se na vás obracejí lidé s duševním onemocněním?

Lidé, kteří se na nás obracejí, mají zpravidla už nějaké povědomí o tom, jaké programy naše sdružení nabízí. Nejčastější požadavek a přání u lidí s duševním onemocněním je stejné jako u jiných zdravotních omezení, a to nalézt zaměstnání. Někteří přijdou s konkrétním přáním, sami dokáží definovat své potřeby, vědí, jak si práci hledat, narazili ale na odmítavý přístup zaměstnavatelů. Mají obavu sami se o práci ucházet, jejich pracovní pokusy opakovaně skončily ještě ve zkušební době (kvůli pomalejšímu tempu, náročnosti práce, problémům s komunikací na pracovišti, přerušení užívání léků apod.) Nežřídká k nám ale přicházejí zájemci, kteří chtějí na začátku jen pomoc při hledání zaměstnání, a postupně se v procesu mapování, navazování vztahu, získávání důvěry, ukazuje, jak důležitá je podpora konzultanta. Někteří zájemci k nám přicházejí přímo s žádostí o podporu po získání zaměstnání. Potřebují se s konzultantem pobavit o problémech v práci, o tom, jak vysvětlit zaměstnavateli své zdravotní omezení nebo jak spolupracovat s kolegy z práce.

Můžete uvést na konkrétním příkladě, jak vypadá podpora člověka s duševní nemocí?

Naše práce s uživatelem, při níž vycházíme z metodiky podporovaného zaměstnávání, představuje dlouhodobý proces zahrnující vyjasňování spolupráce, mapování dovedností důležitých při hledání práce a jejich následný nácvik, podporu při kontaktování zaměstnavatelů a v závěru pomoc po nalezení zaměstnání. Podpora je individuální a velmi intenzivní. Pracovník má s uživatelem pravidelný kontakt, zpravidla jednou týdně, podle potřeby i častější. Před podpisem dohody o spolupráci pracovník se zájemcem mapuje jeho stávající dovednosti a zjišťuje jeho přání a potřeby. U člověka s psychickými potížemi je období před uzavřením dohody obvykle delší než u lidí s jiným znevýhodněním. Po uzavření dohody o spolupráci vytváří pracovník s uživatelem individuální plán, který stanovuje cíle, na kterých společně postupně pracují. Vymezují, jakou práci chce člověk získat, jak ji bude hledat, co by se chtěl ve spolupráci s pracovníkem naučit nebo jaké dovednosti potřebuje zvýšit. Pracovní konzultant musí mnohdy uživatelům s duševním onemocněním pomoci ujasnit si představu o vhodné práci, která bývá nereálná. Možnostem uživatele je třeba přizpůsobit i pracovní zátěž, například nejdříve začít pracovat na nižší pracovní úvazek a případně jej postupně zvyšovat. Současně s nácvikem dovedností, který zahrnuje mj. sepsání životopisu a průvodního dopisu nebo nácvik kontaktování zaměstnavatele (telefonát i osobní pohovor), vyhledáváme vhodné zaměstnání. Lidé s duševním onemocněním často umějí a chtějí sami kontaktovat zaměstnavatele, pracovní konzultant pomáhá spíše vyhledávat pracovní nabídky. Jak jsem již předslala, je to velmi individuální, někdy

potřebují a chtějí posilu i při kontaktování zaměstnavatelů, například doprovod na pohovor. Po nalezení místa podpora pokračuje buď formou pomoci přímo na pracovišti, což je u lidí s duševním onemocněním méně časté, anebo formou konzultací mimo pracoviště. Osvědčuje se sestavování plánu možných rizik, zvládnání stresových a jiných situací v práci a vymezení, jak jim předcházet. Pokud je zaměstnavatel informován o tom, že uchazeč spolupracuje s naším sdružením, udržuje pracovní pravidelný kontakt i s ním.

Má program podporovaného zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním svá specifika oproti lidem s jiným zdravotním znevýhodněním?

Existují určitá specifika při poskytování programu podporovaného zaměstnávání této cílové skupině. Podmínkou vstupu do programu pro člověka s duševním onemocněním je stabilizovaný zdravotní stav, alespoň tři měsíce od uplynutí poslední hospitalizace, dále pak spolupráce s ambulantním psychiatrem, popřípadě jinými odborníky (psychologem) a samozřejmě s rodinou. Zjišťujeme aspekty chování, způsoby a následky jednání, které vycházejí z daného onemocnění. Obvykle mají tito lidé vyšší vzdělání, a tím i vyšší nároky na pracovní

místo. Pak nastává často situace, že buď mají zkreslené představy o svých schopnostech, očekávají, že jejich pracovní výkon a možnosti budou stejné jako dříve, anebo naopak v důsledku negativních reakcí své schopnosti sami snižují a podhodnocují. Mnozí uživatelé mají také obavy ze ztráty plného invalidního důchodu, pokud ho pobírají, přitom by chtěli nastoupit do stálého zaměstnání. Spolupráce pracovního konzultanta spočívá méně v náviku dovedností, v těchto případech je důležitější podpora při hledání práce, nácvik zvládnání komunikace s okolím, se zaměstnavatelem a podpora po nalezení zaměstnání. U této cílové skupiny není často využívána podpora konzultanta přímo na pracovišti, ale spíše probíhá formou konzultací mimo pracoviště. Pracovní konzultant sestavuje s člověkem, který nastoupil do zaměstnání, individuální plán na udržení práce, jehož součástí je často zvládnání stresových situací na pracovišti, zvládnání komunikace se spolupracovníky a kontakt s psychiatrem. Podpora po nalezení práce je pro člověka s duševním onemocněním podstatně delší než u jiné cílové skupiny. I z tohoto důvodu byla v obecné metodice podporovaného zaměstnávání upravena možnost prodloužení spolupráce ze dvou na tři roky.

Připravil Pavel Bajer

Poznanie, že s dobrou pomocou a liečbou sa dajú robiť zázraky, chce Michal Kaščák odovzdať návštevníkom hudobného festivalu

Lepší informovanosť verejnosti a zníženie stigmatizácie duševne nemocných si klade za cieľ hudobník **Michal Kaščák**, hlavný organizátor asi najväčšieho slovenského multižánrového festivalu Pohoda. Festival sa koná každoročne na letišti v Trenčíne a účastní sa ho viac než desiat tisíc návštevníkov. Na festival zve pravidelne zástupcu Ligy za duševní zdraví, ktorá pripravuje psychiatrický program. Michal Kaščák uvádza v Českej televízi hudobní magazín Ladí neladí. Už ve 14 letech založil kapelu Bez ladu a skladu. V súčasnosti je lídrom kapely Neuropa. Napsal hudbu k filmům Vášnivý polibek, Původ světa a Zůstane to mezi námi.

Co vás vedlo k tomu, pozvat na hudební festival odborníky na duševní zdraví?

Chceme, aby Pohoda bola festivalom so silným obsahom. Aby bola stretnutím, kde tak ako sa stretnú rôzni ľudia, stretnú sa aj rôzne hudobné žánre, rôzne druhy umenia a k tomu všetkému aj ľudia z iných oblastí. Mám šťastie, že v mojom okolí je veľa psychiatrov – obaja svokrovci i manželka. O duševnom zdraví sa u nás veľa debatuje, preto ma vždy zarazila predsudky, aké niektorí ľudia zvyknú mať. Chceme ich odbúravať, festival je na to dobrou pôdou. Návštevníci sa na ňom môžu ľahko dostať k informáciám, ktoré im môžu pomôcť.

Jaký byl zájem o diskusi mezi účastníky festivalu? Jaká témata ohledně duševního zdraví/nemoci je zajímala?

Záujem je tradične veľký. Máme spolu sedem diskusií, šesť v stane s kapacitou 200 ľudí, jednu v stane pre 1 200 ľudí. Vždy bývajú zaplnené alebo takmer zaplnené. Témy sa týkajú celej šírky psychiatrie – napríklad depresie, úzkosti, porúch osobnosti, problémov so stravovaním (anorexia, bulímia), problematiky drog, sexu, násilia i lásky.

Vnímají účastníci festivalu, předpokládám, že jde většinou o mladé lidi, možnou souvislost mezi závislostí na alkoholu či drogách a započítím duševní nemoci?

Dúfam, že áno, i keď tu robí veľa zlého zľahčovanie zo strany umelecov a médií. Každopádne chceme, aby toto prepojenie vnímali.

Domníváte se, že diskuse nad tématy týkajícími se duševních nemocí v rámci hudebního festivalu mohou pomoci k lepší informovanosti veřejnosti a snížení stigmatizace duševně nemocných?

Samozrejme, inak by sme to nerobili. Nerobím si ilúzie, že vyriešime niečo, čo je v spoločnosti silno zakorenené, ale minimálne sa snažíme pomôcť to riešiť. Myslím si, že v tomto silno zlyháva štát, to je ale na iný rozhovor. Informovanosť sa našťastie zlepšuje, tu robí na Slovensku veľa Liga za duševné zdravie, s ňou aj pripravujeme psychiatrický program na festivale.

Máte osobní zkušenost s člověkem s duševní nemocí?

Samozrejme. Aj vďaka tomu vidím, ako málo niekedy stačí na to, aby niekto viedol spokojnejší a šťastnejší život, aké úžasné veci psychiatria dokáže.

Jsou i mezi umělci (muzikanty) lidé, kteří trpí duševní nemocí a daří se jim i přes nemoc žít co nejvíce plnohodnotně? Znáte někoho takového?

Áno. Umeľci sa radi štylizujú a upozorňujú na seba, takže v niektorých prípadoch ide skôr o snahu zaujať, ako o skutočné problémy. Poznám ale aj ľudí s vážnymi problémami, poznám prípady, kedy k rozvinutiu choroby napomohli drogy, a vidím aj to, že s dobre zvládnutou pomocou a liečbou sa dajú robiť zázraky. A aj toto poznanie by som chcel dostať k čo najväčšiemu počtu ľudí na našom festivale.

Připravil Pavel Bajer

Škola učí sociální pracovníky, jak komunikovat s duševně nemocnými

Absence vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti duševního zdraví vedla podle rektora Pražské vysoké školy psychosociálních studií PhDr. Jiřího Růžičky, Ph.D., k zaměření se na tuto oblast. Svědčí o tom zařazení předmětu sociální práce s psychiatrickými pacienty do studijního plánu. Studenti v něm získají přehled o způsobech sociální práce s lidmi trpícími duševních poruchou, specifických charakteristikách této cílové skupiny. Seznámí se také s case managementem jako metodou práce s lidmi trpícími závažnými a dlouhodobými duševními poruchami, zejména psychózami.

Co vás motivovalo zaměřit se na vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti problematiky duševního zdraví?

Důvodů je několik. Kromě toho, že jsme vysoká škola, tak zde máme také psychotherapeutickou a psychosomatickou kliniku, což je vlastně pracoviště psychologicko-psychiatrické. Sociální práce u nás je dosud koncipována hodně jednostranně, zaměřuje se na instituce, na úřednicko-organizační způsob práce, zatímco v zahraničí je běžné zabývat se nitrem člověka, jeho vztahy. V Česku mají sociální pracovníci v principu daleko k lidem, přičemž sociální práce by měla být o blízkosti. Všichni tady na škole máme psychotherapeutické vzdělání; budujeme svou profesi a profesionální prostředky přímo prostřednictvím psychotherapie. Psychotherapie nejenže léčí, ale současně vede k tomu, že se člověk naučí trochu jinak jednat s lidmi.

Jakým způsobem učíte studenty jinak přemýšlet, jednat?

Máme naprosto unikátní způsob výuky, který dokonce není ani v zahraničí. Studenty okamžitě vtáhneme do komunity, do společenství daného ročníku. Bereme záměrně do 30 studentů do ročníku, aby byla šance vytvořit dobré společenství. Ve studijní komunitě se zabývají věcmi především odborného rázu, ale v otevřené komunikaci; vedle toho probíhá skupinový psychotherapeutický výcvik. Naši studenti získají současně psychotherapeutický výcvik i znalosti sociálního pracovníka. Studenti tedy okamžitě na vlastní kůži, ve vztazích, které žijí bezprostředně ve třídě, prochází psychotherapeutickým procesem. Ten má několik částí, první je sebevzdělávací a seberozvojový prostřednictvím společenství a poté podstupuje vlastní psychotherapeutický výcvik. Studenti jsou od sa-

mého počátku spolu, jsou vedeni k tomu, aby komunikovali, byli si blízcí, nebáli se intimity a přitom ji ctili, nebáli se blízkosti lidí, nebáli se ptát a říkat své věci, také je vnímat, cítit a prožívat. Nikdo ze studentů tuto atmosféru nikde nikdy nezažil. Místy je to velmi těžké, protože se musí sami měnit, musí se učit novým vztahům k lidem, protože běžné jsou všelijak okleštěné, často deformované doby, tradicí a historií.

Jak velký je zájem studentů o práci ve sféře duševního zdraví?

Mnozí naši studenti nepracují v oblasti duševního zdraví ve smyslu péče o duševně nemocné. Chceme, aby péče o duševní zdraví byla pojímána širěji, nejen jako péče o nemocné lidi jako takové, ale i o zdravé lidi. Sociální práce má širší záběr působnosti a volbu ponecháváme na studentech. V rámci studia chodí studenti i do sdružení Eset–Help, což je občanské sdružení pro psychiatrické pacienty, takže k nim mají blízko. Společně se setkávají klienti se studenty i v přidružené kavárně.

Máte model, z něhož jste vycházeli?

Nemáme model, který by byl přetažený odjinud. Někteří lidé, kteří tu učí anebo zakládali tuto školu spolu se mnou, pracovali s duševně nemocnými. Na příklad paní Arnoštka Maťová, družka doc. Jaroslava Skály, alkoholologa na psychiatrické klinice na oddělení pro závislosti, byla původně sociální pracovníce. Setkávali jsme se v praxi s lidmi, kteří dělali sociální práci tak, jak jsme si představovali, že by měla vypadat. Leckdy to byly i zdravotní sestry nebo psychologové, kteří dělali vlastně sociální práci. Jezdíval jsem k pacientům domů, když jsem dělal v léčebně, a najednou se ukazovalo, kolik problémů bylo širších než symptomy duševní

nemoci. Najednou se ukázaly například problémy rodinné: manžel opilec a násilník, žena, která je přetížena mnoha dětmi, bez prostředků, s problematickými vztahy v okolí, a najednou jsou sociální služby tady. Tyto sociální služby nemůžete omezit na dávky, jen na formální věci, ale je třeba je nastavit na to, jak lidé žijí, na prostředí, v němž pobývají, jaké jsou tam vztahy. Takže si myslím, že nás život přivedl k tomu, co zde děláme.

Lidé se duševní nemoci bojí jak čert kříže, mají pocit, že vážně duševně nemocní jsou nějací méněcenní blázní. U našich studentů je to jinak, sedí společně s klienty na kávě, jsou schopni s nimi komunikovat, nebojí se jich, ale samozřejmě je to proces, který trvá nějakou dobu.

Máte zjištěno, kolik lidí pracujících s lidmi s duševním onemocněním má zájem o tyto kursy?

To se mění. Řekl bych, že tak 30 až 40 procent zájemců tvoří lidé nějakým způsobem zaangažovaní v pomáhajících profesích. Další třetina jsou učitelé, lidé pracující v kanceláři, kteří zjišťují, že je dobré něco vědět o lidech i sobě, protože jsou třeba nespokojení s tím, že některé věci neumí v jednání s lidmi vyjádřit. Samozřejmě, že umíme komunikovat, ale ne vždy tak, aby byla komunikace prospěšná a nosná, to už může být práce, kterou se musí člověk naučit.

Jaké jsou principy nosné komunikace?

Je důležité umět naslouchat bez předpokladů, což znamená, že člověk bere vážně, co jeho protějšek říká, nepochybňuje, neshazuje, nechce změnit jeho slova. Toto naslouchání je spojeno s respektem. Člověk respektuje toho druhého takového, jaký je. Nechce ho nikam dostat, nechce z něho udělat někoho jiného, bere ho, jaký je, jak se mu jeví. Druhá věc je naslouchání s porozuměním. Někdy se tomu říká empatie. Znamená to, že nejde jen o obsahy slov ani o formu sdělení, ale jde také o porozumění, jak je druhý člověk laděn, v jakém je rozpoložení. Jak v té věci, o které hovoří, je. Jak v ní žije, jak v ní cítí, jak ji prožívá. To se také lze naučit. Rovněž považují za důležité, aby rozhovor nebyl manipulativní a direktivní. Manipulativní je rozhovor, kdy sledují své vlastní zájmy a druhého chci svým zájmům podřídit. Nedirektivita se proje-

vuje v tom, že neurčují obsah rozhovoru, určuje ho klient nebo protějšek, neboť já jsem tady pro něho jako sociální pracovník, psycholog, lékař nebo jiná pomáhající profese. Ukazuje se, že základní kumšt je právě v rozhovoru.

Jak aplikujete principy rozhovoru v práci s lidmi s duševním onemocněním? Jak dokážete studenty naučit odhlédnout od stereotypů a předpokladů vůči duševně nemocným tak, aby klienta respektovali, přestože může klient říkat věci, které pro ně nemusí být srozumitelné?

První krok je v tom, že lidé ve výcviku, v sebepoznání narazí velmi často, téměř vždy, že i já, jakož i oni, mají své strachy, které jsou stejné, ale našťastí ne tak veliké jako lidí s duševním onemocněním. Máme své propady, které jsou úplně stejně jako propady sebevrahů, akorát nejsou tak hluboké. Také máme někdy pocit, že svět je absurdní, že mu vůbec nerozumíme, že se nám rozpadá a bojíme se, co bude dál, stejně jako psychotici, našťastí ne tak trvale a v takovém rozsahu. Pokud si člověk toto uvědomí, zakusí, tak najednou zjišťuje, že duševně nemocný je stejný člověk, akorát má smůlu, nešťastí, že zažívá více průšvihů a negativních pocitů, které i já dobře znám. Potom mohou k těmto lidem mít blíž a ve svých praxích s nimi dokáží být v profesionálním kontaktu. Tento proces probíhá pod supervizí, což znamená, že o tom člověk mluví se svým supervizorem, dochází ke kultivaci, zkvalitnění a prohloubení vztahu.

Předpoklady a stereotypy mohou sloužit i jako obrana, kdy lidé nechtějí přiznat, připustit si, že mají podobné pocity jako duševně nemocní. Vaši studenti si projdou sebezkušenostním výcvikem, ale co byste poradil těm lidem, kteří stále odolávají a výcvikem neprošli?

To je těžká rada. Řekl bych jim, že duševně nemocní jsou stejní lidé jako my, že trávení času s duševně nemocným neznamená, že na mě nemoc přeskočí, není infekční, proto se nemusím bát. Také bych doporučil, aby šli k těmto lidem blíž, zkusili se s nimi dát do řeči a hlavně se jich nebáli.

Otazníky duševní nemoci

V tomto čísle jsme se snažili zjistit povědomí veřejnosti o duševních nemocech. Rovněž jsme se dotazovali na informovanost a dovednost komunikace s lidmi trpícími duševní nemocí. V poslední otázce nás zajímá názor na diskutované a problematické téma, zda duševně nemocní mohou nebo mají pracovat na otevřeném trhu práce.

1. Co si představujete pod pojmem duševní nemoc?
2. Víte, jak komunikovat s psychicky nemocnými?
3. Měli by tito lidé, pokud jejich nemoc ustoupí, být zaměstnáni na otevřeném pracovním trhu, nebo by naopak měli pracovat jen v uzavřených chráněných dílnách?

Štěpánka Markvartová, 40 let, učitelka

1. Duševní nemoc si představuji jako stav jedince, který nemá plně pod kontrolou své chování, kdy mu něco zevnitř brání plně a radostně prožívat život kolem, kdy má zúžené pole vnímání nebo jeho chování je neadekvátní. Může mít vliv i na fyzické fungování jedince. Ovlivňuje emoce i myšlení. Duševní nemoc vnímám jako něco, co je možné získat jako poruchu mozku, anebo jako stav získaný v důsledku okolností, do kterých se člověk dostal.

2. S pochopením pro jeho stav, jeho situaci, s respektem k jeho momentálnímu stavu, ale neposilováním ho. Snažit se podpůrným rozhovorem vylepšit stav nemocného. Přístupovat k němu empaticky a sledovat jeho pohyby a gesta, ujišťovat se, zda oba rozumíme významům vyřčených slov. Přizpůsobit rychlost komunikace rychlosti nemocného, dovolit vyslovení emocí. Mít k němu respekt jako ke každému jinému, a tedy rovnocennému člověku.

3. Myslím si, že pokud jsou schopni práce, měli by mít možnost pracovat i na otevřeném pracovním trhu. V chráněných dílnách, kavárnách atd. by měli mít možnost získat potřebné dovednosti, a pokud to jejich stav dovoluje, tak se vydat za jejich hranice.

Pavla Zatloukalová, 43 let, úřednice

1. Představím si člověka, který je určitým způsobem narušený a neschopný vnímat okolní svět, jak ho vnímá běžná populace. Je to někdo, kdo se pravděpodobně léčí a navštěvuje odborná zdravotnická zařízení. Nemusí být ale jeho nemoc na první pohled zřejmá. Projeví se třeba jen v některých situacích – např. bulimie

je podle mého názoru duševní nemoc, ale nemusí se to o postižené(m) téměř nikdo dozvědět.

2. Komunikace s takovým člověkem může a nemusí být problém. Asi opět záleží na míře psychické poruchy. Jak správně komunikovat, asi ví jen speciální pracovníci a lékaři, ale myslím, že nutná je především trpělivost a schopnost vcítit se do nemocného člověka. Ale to je asi velmi těžké.

3. Záleží na tom, v jakém zařízení by jim měla být nabídnuta práce. Myslím, že by každý zaměstnavatel měl dát těmto lidem příležitost začlenit se do společnosti a nedělat rozdíly. Ale samozřejmě by se měl brát ohled na schopnosti chorého člověka, aby v práci netrpěl, nebyl utiskován nebo neměl pocit, že na to nestačí. Takže nemusí být znevýhodněn jen zaměstnavatel, ale i zaměstnanec – i když už vyloučený.

Martin Mikláš, 24 let, student architektury

1. Duševní nemoc pro mne znamená, že někomu „hrábne“ v takové míře, že už ohrožuje sebe i své okolí a není schopen se o sebe postarat v rámci normálních schopností vzhledem k jeho věku a fyzickému stavu.

2. To netuším. Asi bych si dával hodně pozor na to, co říkám a jak ten člověk reaguje.

3. Pokud mají potvrzení od doktora, že už zdraví jsou, tak nevidím důvod, proč by nemohli být zaměstnáni v běžných provozech. Otázka je, jestli ale takové prostředí nemůže zhoršit jejich zdravotní stav a způsobit návrat nemoci.

Připravili Jana Kopřivová a Pavel Bajer

Program Zdraví 21, cíl 6: Zlepšení duševního zdraví

Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb. Stručný popis činností vykonaných v roce 2006 v rámci jednotlivých aktivit pro naplnění stanovených dílčích úkolů k tomuto cíli včetně případného uvedení zásadních problémů, se kterými se příslušný resort při realizaci dané aktivity potýkal, popř. návrhů na jejich řešení.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

Hlavní gesce

Dílčí úkol č. 6.1.

Podstatně omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se stresujícími životními okamžiky.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu č. 6.1.2.

Zajistit racionální využívání stávajících finančních zdrojů tak, aby systém péče o duševně nemocné byl motivován k transformaci a zajištění regulérního financování nově zaváděných služeb

Odpovědnost: MZ, MPSV

Spolupráce: MV, územní samosprávné celky, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR

Termín: průběžně – dílčí úpravy

2006 – komplexní transformace financování péče o duševní zdraví

MPSV podporuje nestátní poskytovatele sociálních služeb zaměřené na občany duševně nemocné prostřednictvím dotací a přispívá k jejich rozvoji prostřednictvím komunitních plánů, uplatnění standardů kvality sociálních služeb zohledňujících lidská práva, přípravy vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách. Uvedené otázky upravuje zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu č. 6.1.3.

V rámci systému zvyšování kvality péče vytvořit standardy diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv.

Odpovědnost: MZ, MPSV

Spolupráce: Úřad vlády – zmocněnec pro lidská práva, MS, MV, Etická komise pro biomedicínu, ČLS, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR.

Termín: průběžně vytváření a zavádění standardů

V kompetenci resortu MPSV jsou pouze obecné minimální Standardy kvality sociálních služeb (nikoliv vytváření standardů diagnostických postupů), nicméně o nastavení standardů terapeutických postupů se MPSV snaží v souvislosti s péčí o klienta s problematickým chováním – uživatele sociální služby.

1. 1. 2007 vešly v účinnost Standardy kvality sociálních služeb, které jsou přílohou prováděcího předpisu, vyhlášky č. 505/2006 Sb., k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto standardy nastavují základní úroveň kvality ve všech poskytovaných sociálních službách a kompletně se jimi prolíná princip ochrany lidských a občanských práv.

Aktivita ke splnění dílčího úkolu č. 6.1.7.

Začlenit nové přístupy a formy péče o duševně nemocné do pregraduálních, postgraduálních a kontinuálních systémů vzdělávání a podle potřeby vytvářet nové programy pro odpovídající poskytovatele péče.

Odpovědnost: MZ, MPSV, MŠMT

Spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP, IPVZ, NCO NZO, Asociace psychiatrických sester, ADP ČR, NCDP ČR

Termín: 2003 – deskripce konkrétních potřeb a stávajících možností v oblasti vzdělávání

2004 – vytvoření vzdělávacích modulů a programů

2005 – komplexní systém vzdělávání v moderních trendech

MPSV se nepodílí na vytváření nových vzdělávacích programů, ale dává prostor inovativním formám vzdělávacích kursů tím, že od 1. 1. 2007 akredituje podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,

vzdělávací instituce a vzdělávací programy jako kvalifikační kurzy pro pracovníky v sociálních službách.

Dílčí úkol č. 6.2.

Snížit počet sebevražd alespoň o jednu třetinu

Aktivita ke splnění dílčího úkolu č. 6.2.3.

Snížení stigmatu psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace.

Odpovědnost: MZ, MPSV

Spolupráce: psychiatrická společnost ČLS JEP

Termín: průběžně, konečný termín rok 2008

MPSV přispívá k informovanosti o duševně nemocných a duševním onemocněním prostřed-

nictvím podpory nestátních neziskových organizací orientovaných na rozvoj péče o tuto cílovou skupinu.

MPSV se podílelo na vypracování anti-diskriminační právní úpravy (zákon o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o rovném zacházení), jejímž účelem je zajištění rovného zacházení a ochrana před diskriminací, včetně diskriminace osob se zdravotním postižením. V rámci definice pojmu „zdravotní postižení“ se přitom, a to s ohledem na účel a charakter právní úpravy, vychází z co nejobecnějšího vymezení tohoto pojmu, který zahrnuje také psychická onemocnění. Uvedený zákon schválila vláda ČR, a to usnesením č. 622 ze dne 11. 6. 2007.

MPSV finančně podpořilo nejvíce ze služeb pro duševně nemocné domovy se zvláštním režimem

Program Zdraví 21, cíl 6: zlepšení duševního zdraví si klade za cíl zajistit pro lidi s duševními poruchami dostupnost komplexních služeb. Jak se daří tento cíl naplňovat, odpovídá **Štěpán Černoušek** z oddělení styků s veřejností Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (MPSV).

Jak konkrétně podporuje MPSV formou dotací a rozvoje poskytovatele sociálních služeb zaměřené na pomoc duševně nemocným občanům?

V rámci své dotační politiky podporuje MPSV i nestátní neziskové organizace – poskytovatele sociálních služeb zaměřených na pomoc občanům duševně nemocným, a to nemalou částkou. Následující přehled obsahuje údaje o dotacích vyplacených na sociální služby pro cílovou skupinu osoby s chronickým duševním onemocněním za rok 2007.

Pokud jde o rozvoj sociálních služeb, ten je zajišťován prostřednictvím uplatňování následujících nástrojů, které upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů:

- komunitní plánování
- standardy kvality sociálních služeb
Od 1. ledna 2007 vešly v účinnost Standardy kvality sociálních služeb, které jsou přílohou vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tyto standardy nastavují základní úroveň kvality ve všech poskytovaných sociálních službách a kompletně se jimi proliná princip ochrany lidských a občanských práv.
- vzdělávání pracovníků v sociálních službách
Od 1. ledna 2007 akredituje podle zákona o sociálních službách MPSV v rámci své působnosti instituce a vzdělávací programy jako kvalifikační kurzy pro pracovníky v sociálních službách. V rámci této své činnosti podporuje MPSV různé inovativní formy vzdělávacích kursů.

Můžete uvést příklad komunitního plánu zaměřeného na občany duševně nemocné?

Z plánů vytvořených na místní úrovni můžeme doporučit např. ostravský plán (<http://www.kpostrava.cz/img-data/ext-197.pdf>), v němž je přímo kapitola „Občané s duševním onemocněním a psychosociálními obtížemi“, popřípadě havlíčkobrodský plán ([http://www.muhb.cz/soubory/3782/Komunitni%20plan 2005-2007.doc](http://www.muhb.cz/soubory/3782/Komunitni%20plan%202005-2007.doc)), v němž je zahrnuta Oblast sociální pomoci a péče o lidi zdravotně postižené a duševně nemocné.

Pokud jde o krajské plány rozvoje sociálních služeb, je možné odkázat na Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2008–2011, který obsahuje kapitolu Oblast služeb pro osoby s mentálním postižením nebo duševní nemocí nebo na Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje, v němž je jednou z cílových skupin také Skupina pro osoby se zdravotním postižením včetně osob s mentálním či duševním postižením.

V dané souvislosti je však třeba zmínit, že jak na místní, tak i na krajské úrovni existují i další plány, které obsahují opatření ve prospěch osob s duševním onemocněním.

Myslíte si, že antidiskriminační úprava skutečně pomůže duševně nemocným, aby se odstranila jejich diskriminace a snížila jejich stigmatizace? Kdo bude dbát na to, aby práva duševně nemocných byla v praxi opravdu dodržována?

MPSV se podílelo na vypracování antidiskriminační právní úpravy (zákon o právních prostředcích ochrany před diskriminací

Druh sociální služby	Výše vyplacených dotací v Kč
centra denních služeb	6 244 300
denní stacionáře	2 132 700
domovy pro osoby se zdravotním postižením	10 896 000
domovy pro seniory	13 559 000
domovy se zvláštním režimem	252 796 000
chráněné bydlení	10 516 400
krizová pomoc	581 000
odlehčovací služby	833 000
podpora samostatného bydlení	490 000
služby následné péče	8 953 000
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	12 104 000
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče	1 786 000
sociálně terapeutické dílny	16 755 000
sociální poradenství	5 639 700
sociální rehabilitace	21 027 500
telefonická krizová pomoc	830 000
terapeutické komunity	1 400 000
týdenní stacionáře	825 000
Celkem	367 368 600

a o rovném zacházení), jejímž účelem je zajištění rovného zacházení a ochrana před diskriminací, včetně diskriminace osob se zdravotním postižením. V rámci definice pojmu „zdravotní postižení“ se přitom, a to s ohledem na účel a charakter právní úpravy, vychází z co nejobecnějšího vymezení tohoto pojmu, který zahrnuje také psychická onemocnění.

Návrh uvedeného antidiskriminačního zákona schválila vláda ČR usnesením č. 622 ze dne 11. června 2007.

Antidiskriminační zákon sám o sobě nemůže předem odstranit všechny projevy diskriminace, může však přispět k tomu, aby bylo upuštěno od případného diskriminujícího jednání. Při prosazování práva na rovné zacházení se všemi osobami bez ohledu na jejich rasu nebo etnický původ, pohlaví, sexuální orientaci, věk, zdravotní postižení, náboženské vyznání či víru je dána působnost veřejného ochránce práv (dále jen ochránce). Ochránce má v roz-

sahu a za podmínek stanovených zákonem přispívat k prosazování práva na rovné zacházení se všemi osobami, a za tím účelem:

- poskytuje právní pomoc ve věcech ochrany před diskriminací,
- vydává doporučení a stanoviska,
- provádí nezávislý výzkum,
- poskytuje informace veřejnosti.

MPSV přispívá k informovanosti osob duševně nemocných a o problematice duševního onemocnění vůbec, především prostřednictvím podpory nestátních neziskových organizací orientujících se na rozvoj péče a sociálního poradenství ve prospěch dané cílové skupiny.

Jakým způsobem se podílelo MPSV na problematice psychiatrické péče v rámci Národní strategie zdravotní a dlouhodobé péče?

Uvedená Národní strategie byla zpracována v gesci MPSV. Na jejím zpracování se podílelo

zejména MPSV a dále pak ostatní zainteresovaná ministerstva, poradní orgány vlády, sociální partneři, Asociace krajů ČR, Svaz měst a obcí ČR, zástupci nestátních neziskových organizací a odborníci.

I když Národní strategie nevymezuje specificky opatření ve prospěch osob duševně nemocných, obsahuje celou řadu opatření vztahujících se na uvedenou skupinu osob (zejména problematika poskytování sociálních služeb).

K základním cílům stanoveným v Národní strategii zdravotní a dlouhodobé péče pro oblast dlouhodobé péče patří integrace zdravotních a sociálních služeb a dále pak transformace ústavních sociálních služeb a jejich reorientace na podporu života v přirozeném sociálním prostředí, tj. ve vlastní domácnosti klienta (deinstitucionalizace). Cílem integrace je zajistit osobám s výraznými zdravotně sociálními potřebami, mezi které bezpochyby patří i někte-

ré skupiny psychiatricky nemocných, osob se zdravotním postižením a seniorů, komplexní a kontinuální péči.

Řadu opatření k integraci zdravotně sociálních služeb a deinstitucionalizaci obsahuje Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012, který schválila vláda usnesením č. 8 ze dne 9. ledna 2008. Tento program věnuje značnou pozornost ochraně práv a důstojnosti seniorů chronicky nemocných, závislých na dlouhodobé péči, zejména osob trpících demencí (Alzheimerovou chorobou).

Obecné předpoklady, požadavky a rizika procesu transformace ústavních sociálních služeb vymezuje Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytované v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, která byla přijata usnesením vlády č. 127 ze dne 21. února 2007.

Připravil Pavel Bajer

V oblasti péče o lidi s duševním onemocněním chybí ucelenější koncepce vzdělávání sociálních pracovníků

PhDr. **Václava Probstová**, CSc., působí na katedře sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze v Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví. Zabývá se vzděláváním budoucích i stávajících pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví, zejména v oblasti komunitní péče o lidi s dlouhodobým duševním onemocněním. Je tedy vhodnou osobou k zodpovězení otázek týkajících se naplňování programu Zdraví 21, cíle 6: Zlepšení duševního zdraví.

Daří se podstatně omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch, jak stojí v programu Zdraví 21, cíl 6: Zlepšení duševního zdraví?

Na tuto otázku lze odpovídat na úrovni politického prohlášení či programu, či dojmů z praxe, případně s pomocí nepřímých ukazatelů či psychiatrických škál měřících symptomatologii.

Spolehlivější data mohou přinést komplexní šetření efektivity stávajících (nejen) zdravotně-sociálních intervencí, jak na úrovni jedince s duševním onemocněním, tak i na úrovni rodinných příslušníků, pečovatelů a celé společnosti. Nepřímé ukazatele změn závažnosti zdravotního stavu (počet hospitalizací v daném období, celková délka pobytu v nemocnici, množství léků – haloperidolový ekvivalent, sebevražednost) na tyto otázky plně neodpovídají. K těmto komplexním šetřením jsou nezbytné nástroje měřící nejen symptomatologii, ale poskytující i údaje o funkční kapacitě, šetření zdravotně-sociálních potřeb, kvality života, interpersonálního chování, sociální integrace, společenské ukazatele, zatížení rodiny – pečovatelů, spokojenosti se službami. Tyto nástroje zatím nejsou v České republice až na výjimky (práce Psychiatrického centra Praha, Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví) adaptovány a standardizovány. Chybí také samotná šetření, která by tyto proměnné sledovala a poskytovala tak na datech založený popis stávající situace. Chybějí i statistické údaje zachycující přehled lidí s duševním onemocněním čerpající zdravotně-sociální a sociální služby, počet těchto zařízení, skladbu jejich pracovníků, jejich vzdělání.

Podpora adaptace a standardizace komplexních nástrojů pro měření efektivity intervencí,

podpora šetření a hodnocení efektivity služeb na základě těchto kritérií, podpora rozvoje služeb a intervencí, plánování změn systému i na základě výsledků dosahovaných v těchto kritériích se jeví jako jeden z možných nástrojů pro ovlivnění zdravotních důsledků duševních onemocnění.

Jako opatření, jak omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch, je v programu Zdraví 21, cíl 6 uváděny mezi jinými bod: „Zajistit racionální využívání stávajících finančních zdrojů tak, aby systém péče o duševně nemocné byl motivován k transformaci a zajištění regulérního financování nově zaváděných služeb.“

Podařilo se tento bod naplnit?

Podle našeho soudu se tento bod nepodařilo zajistit. Chybí legislativně přijatý akční plán transformace péče o duševní zdraví, který by nezůstával jen na stávající úrovni prohlášení a doporučení, či vymezování se vůči přijatým dokumentům WHO o moderní péči o duševní zdraví.

MPSV si kladlo za cíl zvýšit kvalitu péče vytvořením standardů diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv. Jaká je situace v této oblasti? Standardy kvality sociálních služeb jsou důležitým východiskem pro poskytovatele sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním, zohlednění lidských práv je jejich důležitou součástí. Jejich zavádění aktuálně přináší organizacím administrativní zátěž, ale i řadu otázek, jak je lze aplikovat pro specifickou cílovou skupinu lidí se závažným duševním onemocněním.

Největší skupinou využívající sociální služby jsou lidé se závažným duševním onemocněním (zejména psychotického okruhu), u kterých jsou

sociální faktory významnou proměnnou ovlivňující průběh, vyústění onemocnění a dosažení úzdravy. Moderní diagnostické nástroje obsahují stanovení funkční kapacity, potřeb a šetření zdrojů prostředí, které jsou nezbytné pro poskytování odpovídajících zdravotně-sociálních intervencí (např. funkční kapacita je významným ukazatelem pro přiznání invalidního důchodu či plánování služeb psychosociální rehabilitace). Sociální pracovníci, pracující v multidisciplinárních týmech, potřebují stanovit tyto diagnostické a další terapeutické postupy, které by definovaly jejich práci (a význam „sociálních faktorů“ v dosažení úzdravy). Tyto postupy by měly být zařazeny do plánů kontinuálního vzdělávání.

Moderní komunitní psychiatrie zahrnuje lůžkovou a tzv. následnou péči, chápe je jako součást jednoho systému, jehož těžiště je pro většinu lidí s duševním onemocněním v poskytování péče v běžném prostředí. Výraznou roli zde hrají služby podpory práce a bydlení, denní stacionáře, centra denních aktivit, služby terénních týmů, tedy služby, které jsou v řadě případů na pomezí zdravotně-sociálních služeb. Sociální pracovníci, kteří zde pracují, jsou součástí multiprofesionálních týmů, které zpracovávají diagnostické a terapeutické plány. Podle našeho názoru by se MPSV mělo zapojit do přípravy transformace psychiatrické péče jako nositel standardů těchto sociálně-zdravotních služeb.

Přispívá MPSV k rozvoji sociálních služeb zaměřených na občany duševně nemocné formou přípravy vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách?

MPSV učinilo důležitý krok tím, že nastavilo prostřednictvím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, požadavky na pracovníky v sociálních službách. Od 1. 1. 2007 akredituje podle tohoto zákona vzdělávací instituce a vzdělávací programy jako kvalifikační kurzy pro tyto pracovníky. MPSV zajišťuje čerpání prostředků z Evropského sociálního fondu, prostřednictvím kterého mají samospráva (obce, kraje), nestátní neziskové organizace a další organizace možnost čerpat finanční prostředky na vzdělávání svých zaměstnanců s cílem „posílit jejich schopnosti a dovednosti při poskytování sociálních služeb“. Vzdělávání je tedy prioritou grantových programů. Domníváme se, že jistým mi-

nusem je, že složité administrativní podmínky, které musí tyto programy splnit, jdou mnohdy na úkor kontroly jejich obsahové kvality.

V oblasti péče o lidi s duševním onemocněním chybí ucelenější koncepce vzdělávání sociálních pracovníků, která by umožňovala plánování nejen jejich odborného rozvoje, ale také definovala okruh znalostí, dovedností nezbytných pro vykonávání jejich práce.

Na rozdíl od ostatních oborů (psychiatrii, kliničtí psychologové, psychiatrické sestry) chybí koncepce celoživotního kontinuálního vzdělávání, která by umožňovala získávat odborné znalosti platné napříč organizacemi, byla spojena s odpovídajícím finančním ohodnocením a zároveň obsahově odrážela nezbytné okruhy znalostí a dovedností. Pokud mají sociální pracovníci v budoucnu v souladu s evropskými trendy pracovat jako samostatní odborní pracovníci ve zdravotně-sociálních službách, je koncepce celoživotního kontinuálního vzdělávání podle našeho mínění nezbytná. Otevírá se také prostor pro spolupráci se školami: rámcově definování okruhů vzdělávacích programů na pregraduální úrovni, podíl škol na celoživotním kontinuálním vzdělávání a výzkumu.

Daří se snížit stigma psychicky nemocných a odstranit jejich diskriminaci? Jaké kroky by se musely podniknout, aby se stigmatizace a diskriminace skutečně snížila?

Odstranění stigmatu souvisí s poskytovanou péčí. Výrazný trend je v zachycování časných projevů onemocnění a jeho prevence v raném věku (příklad programů pro rané psychózy ve skandinávských zemích s výrazným podílem práce sociálních pracovníků), a tedy zabránění sociálnímu vyloučení.

Je potřeba podporovat soustavné dlouhodobé programy spolu s šetřením efektivity specificky „na míru“ šitých intervencí (mladí lidé, politici, poskytovatelé péče, zaměstnavatelé, místní aktivity přizpůsobené prostředí).

Šetření efektivity intervencí ovlivňujících tento velmi komplexní problém je nezbytné sledovat v opakovaných studiích. Financování programů by mělo být prováděno na základě splňování kritérií této efektivity.

Připravil Pavel Bajer

V čísle 1/2007 jsme avizovali novou rubriku věnující se standardům kvality sociálních služeb. Do čísla 2/2007 jsme připravili úvodní dva články věnující se této problematice. V prvním Martin Bednář čtenáře seznamuje obecně s problematikou kvality, ve druhém Jaroslava Sýkorová vysvětluje základní ustanovení standardu č. 1. V třetím čísle se zabývá Jiří Miler standardem č. 2 – dodržování a respektování práv uživatelů služeb. V dalším čísle objasňuje Petr Matuška standard č. 3 – jednání se zájemcem o službu a č. 4 – uzavírání smlouvy. V tomto čísle vysvětlují standard č. 5 – individuální práce s uživatelem Milena Johnová a Antonín Plachý. Ve druhém čísle roku 2008 představíme standard č. 6 – dokumentace o poskytování sociální služby.

Věříme, že rubrika umožní nejenom kvalifikovanou diskusi, ale především poskytne poskytovatelům oporu v tom, že standardy kvality sociálních služeb jsou užitečné jak pro jejich uživatele, tak pro ně samotné.

Své reakce, náměty a příspěvky do diskuse posílejte na adresu socprace@fss.muni.cz.

Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením

Jednou z nejpodstatnějších současných změn v pohledu na kvalitu služeb je pozornost věnovaná individualizaci služeb. Tento aspekt zachycuje také nová právní úprava. K nejdůležitějším nástrojům individualizace služeb patří individuální plánování.

Individuální plánování je nutno vnímat v kontextu celého zákona, tedy nikoli pouze jako jeden ze standardů. Především jsou podstatné základní zásady stanové zákonem: výsledkem poskytování služeb musí být sociální začlenění (běžný život a ekonomické, sociální a kulturní začlenění klienta do společnosti); poskytování služeb má vést k rozvoji samostatnosti; sociální služby nesmějí nahrazovat běžně dostupné veřejné služby; služby musí vycházet z individuálně určených potřeb a osobních cílů jednotlivců. Z praktického hlediska jsou důležitá kritéria standardů: plánování a hodnocení průběhu poskytování služeb je nutno provádět za účasti uživatelů služeb (případně jejich právních zástupců) a s ohledem na jejich možnosti; služby by měly podporovat kontakty a vztahy uživatelů služeb s jejich přirozeným sociálním prostředím; způsob individuálního plánování musí odpovídat charakteru sociální služby; pro každého uživatele služby je stanoven odpovědný pracovník; je zabezpečena efektivní výměna informací mezi pracovníky; osobní cíle uživatelů služeb by měly být jedním ze základních činitelů v rozvoji organizace.

Nejdůležitější aspekty nové právní úpravy ve vztahu k individuálnímu plánování

Služby je potřeba poskytovat na základě individuálně určených potřeb, přání a schopností, které jsou zachyceny procesem zvaným individuální plánování.

Individuální plánování musí směřovat k tomu, aby lidé mohli žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný, aby mohli být součástí běžné společnosti – pracovat, vzdělávat se tam, kde ostatní lidé.

Individuální plánování v sociálních službách

Individuální plánování je proces založený na přemýšlení a vědomém usměrňování dalších kroků v poskytování služeb. Klíčovým prvkem plánování je definování žádoucí změny v životě člověka a následná konkretizace termínů a úkolů pro jednotlivé členy týmu (uživatele služby, poskytovatele a případně další zúčastněné).

Povinnost individuálně plánovat nelze zredukovat na existenci individuálního plánu. I když výsledný plán je důležitým důkazem o naplňování tohoto požadavku, samotný

proces vzniku plánu – individuální plánování – je ještě důležitější. Způsob vzniku individuálního plánu totiž předurčuje jeho výslednou podobu.

Individuální plány vzniklé v souladu s novou právní úpravou (v součinnosti s uživatelem služby a na základě jeho představ o výsledné změně – jak bude jeho život v dané oblasti vypadat) lze označit jako plány zaměřené na člověka a proces, který k nim vede, za plánování zaměřené na člověka. Ostatní typy plánů (např. ošetrovatelské, terapeutické, výchovné apod.), se kterými se lze v současné době nejčastěji setkat, se od plánů zaměřených na člověka liší chybějícím pohledem uživatele služby. Jsou to plány odborníků, které obvykle nevedou k sociálnímu začlenění znevýhodněných lidí, ale k plnění profesionálních cílů – např. „zlepšit jemnou motoriku“ namísto „naučit se telefonovat kamarádce“, jak by cíl mohl definovat uživatel služby.

Pro individuální plánování je však potřeba nápadů a představ obou stran, nelze plnit přání uživatele služby bez ohledu na zaměření a možnosti organizace, každá strana – poskytovatel a uživatel – mají svou nezastupitelnou roli.

Ve standardech kvality sociálních služeb se pro společně dojednaný cíl poskytování služeb začal používat pojem „osobní cíl“, který se v praxi ukázal poměrně nejasný a zavádějící. Zmatek se přenesl i do právního textu, a tak v prováděcí vyhlášce k zákonu o sociálních službách má tento termín po každé jiný význam. Z toho důvodu se začíná prosazovat nový, trefnější pojem – „**cíl spolupráce**“.

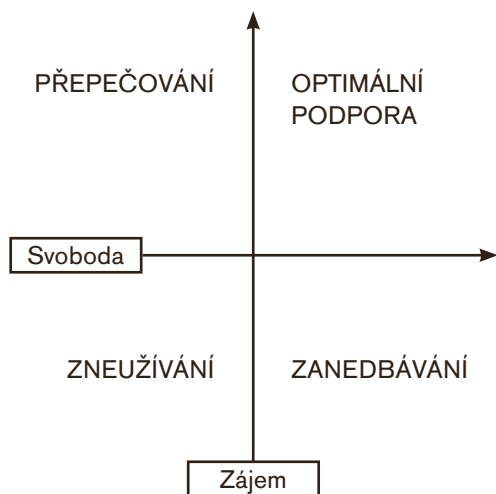
Cíl spolupráce lépe vyjadřuje požadované partnerské postavení poskytovatele a uživatele služeb a přitom umožňuje, aby cíle spolupráce vycházely z cílů člověka a jeho potřeb. Představuje popis předpokládané změny v životě uživatele služby, na němž se dohodnou uživatel spolu s poskytovatelem. Cíl spolupráce na jedné straně vychází z konkrétní životní situace člověka, na druhé straně se cíl ale nemůže pohybovat zcela mimo rámec možností poskytovatele služeb, mimo jeho poslání a cíle.

V procesu plánování je úkolem poskytovatele vybrat spolu s uživatelem služby, na jakých cílech uživatele se bude pracovat (které zapadají do rámce organizace), a navrhnout, jaké postupy a metody práce budou použity.

U lidí, kteří z důvodu příliš těžkého postižení nemohou sami formulovat, jak se má změnit jejich situace, je role poskytovatele při stanovování cíle širší. V tom případě je iniciativa na pracovnících a lidech, kteří jsou člověku blízcí. Jejich úkolem je nejdříve porozumět životní situaci uživatele služby. To mnohdy vyžaduje nejdříve navázat s člověkem kontakt a komunikaci s použitím specifických metod práce. K účinným metodám patří např. bazální stimulace nebo preterapie (pro navázání kontaktu) a augmentativní a alternativní formy komunikace. Dalším důležitým aspektem jsou v těchto případech základní lidské potřeby: odstranění bolesti, usnadnění možnosti dýchat a jíst apod., jejichž naplnění otevírá člověku další životní perspektivy.

Schopnost uvědomit si a vyjádřit své představy o budoucnosti mohou mít ztíženou také lidé dlouhodoběji žijící v instituci (instituce znemožňuje představit si rozmanité možnosti, které nabízí běžný život). Někteří lidé mohou mít na první pohled nerealistická přání – např. pracovat jako lékař (v případě člověka s mentálním postižením). V těchto případech je úkolem profesionálů zprostředkovat uživatelům služeb informace či vypátrat ve zdánlivě nereálných cílech skutečnou a reálnou představu o budoucnosti.

Výše uvedené situace někdy mohou svádět k tomu, že cíle vlastně stanovuje pracovník na základě svých představ o životě uživatele služby. Může to vést až k tomu, že je plněn cíl pracovníka, o který člověk vůbec nestojí (např. ženě v chráněném bydlení je odepíráno jídlo v představě, že má zhubnout). Proto je důležité si neustále uvědomovat rozdíl mezi představou pracovníka a přáním uživatele služby: co považuje za důležité pro svůj život klient a co si myslí okolí, že je pro něj důležité. Dobrou pomůckou pro pochopení může být tzv. koblihové třídění: marmeláda uvnitř je to, co je s uživatelem služby dohodnuto jako



cíl a o co uživatel opravdu stojí (zajištění péče o zdraví, doprovody k lékaři apod.). Koblíhové těsto kolem je prostor pro působení pracovníků na člověka (přesvědčování klientky, že by měla shodit nadbytečná kila). To, co je mimo koblíhu, je i mimo kompetence pracovníků (odepírat uživatele služeb sladkosti, přikazovat jí pohyb atd.).

Pro pracovníky mohou situace, kdy člověk trvá na chování, které mu evidentně škodí (kouření, vynechávání léků, přejídání, prostituce, žebření...), vytvářet etická dilemata, k jejichž řešení může pomoci koncept Johna O'Briena (viz schéma).

Poskytování optimální podpory bude vždy výsledkem vyvažování dvou směrů: projevením zájmu o člověka a ponecháním svobody člověku. Pro poskytnutí dobré služby je třeba obojího v dostatečné a vyvážené míře (viz pravá, horní část schématu). Dáme-li uživateli služby příliš svobody bez zájmu, dojde k zanedbání, naopak málo svobody a mnoho zájmu znamená přepečování, malý zájem spojený s nedostatkem svobody vede ke zneužívání.

Důvodem poskytování služby je uživatel a jeho životní situace. Proto se při stanovování cílů nemůže primárně vycházet z představa poskytovatele.

Při plánování služeb je obvykle nutné zvažovat více aspektů. Je důležité si vždy uvědomit, co uživatel služby určitým opatřením získá a co ztratí.

Důležitým úkolem poskytovatele služeb je aktivizovat další zdroje, které mohou pomoci naplnit cíle spolupráce. Je velmi podstatné, aby se, pokud je to možné, do plánování a realizace plánu zapojili také neprofesionálové. Posiluje to sociální začlenění znevýhodněného člověka a rozšiřuje spektrum jeho možností. Neprofesionálové jsou také důležitým zdrojem podpory pro člověka s postižením. Tento druh podpory se nazývá „neformální“ nebo „přirozená“ podpora.

Klíčový pracovník

Standardy kvality sociálních služeb stanovují, že poskytovatel má pro plánování průběhu poskytování sociální služby a hodnocení naplňování osobních cílů pro každého uživatele služby určeného zaměstnance. Tuto roli lze shrnout pojmem koordinátor plánování. Praktické zkušenosti ale ukazují, že je dobré stanovit pracovníka, který odpovídá nejen za plánování, ale i průběh služby pro jednotlivce a iniciativně si všímá zájmů, potřeb, hodnot a cílů jednotlivých uživatelů služby. Tento typ pracovníka bývá označován jako tzv. klíčový pracovník.

V praxi se setkáváme s dvojím pojetím klíčových pracovníků. Pokud je v popředí vztah pracovníka s uživatelem služby, jde spíše o důvěrníka. V případě zdůraznění odborné způsobilosti se jedná spíše o case manažera. Je důležité si uvědomit, jaký význam má pro člověka jeho klíčový pracovník: ten, za kterým mohou kdykoli jít, umí pro mě zprostředkovat pomoc, rozumí mi apod.

Výhodou zavedení systému klíčových pracovníků je zmenšení či odstranění nevýhod spojených s poskytováním neměnných bloků péče bez ohledu na individuální potřeby lidí, poskytnutí uspořádaných podkladů pro dlouhodobé individuální plánování služeb, přehlednější a uspořádanější roztržitých služeb do souvislého, navazujícího systému, zvýšení motivace pracovníků v přímé péči.

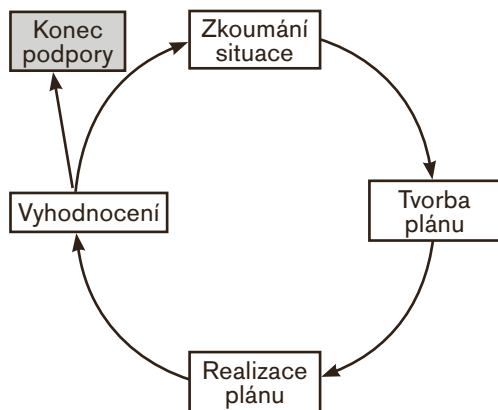
Role klíčového pracovníka se odvíjí od charakteru služby. Může to být poradce či terapeut, člověk, který vyhledává a kontaktuje potenciální uživatele služeb, obhájce, který hájí jejich práva apod. Častější je kombinace rolí.

Důležitý je proces zavedení systému do praxe. V zařízeních, kde dosud za plánování

a průběh služeb odpovídají pouze pracovníci ve vedoucích pozicích, ale která chtějí na tento systém přejít, je ideální postupovat následujícím způsobem: 1. Vybrat skupinu pracovníků, jejichž odborné kompetence jim umožní převzít odpovědnost na dané úrovni. 2. Zjistit, zda jednotliví uživatelé chovají větší důvěru a náklonnost k některým z těchto pracovníků, a ty pak přednostně stanovit pro dané uživatele jako klíčové pracovníky. 3. V případě, že není možné ve všech případech názoru uživatele vyhovět, stanovit pro tyto uživatele jiné pracovníky tak, aby míra důvěry byla co největší. 4. V případech, kde se později ukáže, že vztah mezi uživatelem služby a jeho klíčovým pracovníkem není vyhovující, klíčového pracovníka změnit.

Cyklus individuálního plánování

Individuální plánování v sociálních službách je proces skládající se ze stejných částí jako plánování čehokoli jiného: zkoumání situace, tvorba plánu, realizace plánu a jeho vyhodnocení. Tento proces se může neustále opakovat, dokud nejsou naplněny všechny cíle (což by mělo vést k ukončení poskytování podpory).



Zkoumání situace

Tato část plánování je důležitá pro porozumění. Situaci musí rozumět člověk s postižením i klíčový pracovník. Je důležité zpřehlednit situaci člověka i pro ostatní zúčastněné (rodiče a další blízké osoby, externí odborníky apod.). Pro porozumění situaci je důležité znát především pohled uživatele služby (jaké

jsou jeho předchozí zkušenosti a jaká je představa do budoucna). Pracovníci si musí udělat také svoji představu o míře a druhu potřeb jednotlivce. Vhodnými nástroji jsou: rozhovory s uživatelem služby a dalšími lidmi, kteří jej znají, studium dokumentace, pozorování apod. Z této fáze plánování by měla vzejít představa uživatele služby o budoucí změně (jak se má jeho situace změnit) a přehled toho, v čem a jak potřebuje pomoci.

Tvorba plánu

Cílem této fáze je: stanovit prioritní oblasti řešení – formulovat cíle spolupráce (jak má vypadat stav změny způsobené poskytováním služby), identifikovat použitelné zdroje a vybrat vhodné metody práce, stanovit jednotlivé kroky k naplnění cílů, stanovit odpovědné osoby a termíny. Plány jsou obvykle vytvářeny na období odpovídající charakteru cílů, tomu odpovídá i frekvence setkání účastníků, kdy probíhá revize plánu. Cíle musí být měřitelné – musí být stanovena jasná kritéria naplnění. V zájmu co největšího porozumění plánu ze strany uživatele služby může individuální plán být zpracován na velkém papíře a zobrazen pomocí jednoduchých obrázků, fotek apod.

Realizace plánu

Uživatel služby s podporou pracovníků a případně dalších lidí využívá vlastní síly k naplnění stanovených cílů. Součástí této fáze bývá také zaznamenávání průběhu společné práce, což je později potřeba pro vyhodnocení plánu.

Hodnocení

Poslední fází cyklu je vždy zhodnocení naplnění cílů stanovených v plánu: naplánované cíle jsou porovnány s realitou. Pokud z hodnocení vyplyne, že všech cílů bylo dosaženo a člověk nepotřebuje další podporu sociální služby, je spolupráce v tomto bodě ukončena. Pokud cílů nebylo dosaženo nebo jsou další oblasti, kde člověk potřebuje pomoc sociální služby, jsou výstupy hodnocení použity v novém kole plánování, které začíná zkoumáním situace s cílem porozumět uživateli.

Závěr

Individuální plánování je v sociálních službách často vnímáno jako administrativní přítěž. Důvodem je nejspíš snaha vyhovět různým kontrolorům kvality (inspektoři, zřizovatelé apod.) a neporozumění praktickému významu této činnosti. Individuální plánování má přitom zásadní význam pro kvalitu služeb. Jde o to, objevit v něm původní smysl: poskytnutí bezpečí pro uživatele a jistoty poskytovatele služeb, zřehlednění situace uživatele služby a ujasnění dalších kroků všech zainteresovaných lidí.

Zásadním principem při individuálním plánování je ale vnímat celou věc především

jako proces a nezaměřovat se jen na samotný výsledek – zpracovaný individuální plán.

Milena Johnová

Literatura:

- O'BRIEN, J., O'BRIEN, C. L. **More Than Just a New Address. Images of Organization for Supported Living Agencies.** Lithuania: Responsive Systeme Associats, 1991.
- KOŘÍNKOVÁ, D., JOHNOVÁ, M., WERNEROVÁ, J., BENEŠOVÁ, K., SCHLEGELOVÁ, A.: **Pracovní uplatnění klientů ústavní péče: Příručka pro pracovníky.** Praha: Česká unie pro podporované zaměstnávání, 2006.

Individuální plánování s bezdomovci

V rámci Azylového domu Armády spásy v Ostravě poskytuje sociální službu azylový dům a noclehárna. Cílovou skupinou azylového domu jsou jen muži. Většina z nich jsou lidé staršího věku, často zdravotně nebo psychicky postižení. Jedná se tedy o různorodou skupinu osob, které prošly mnohdy složitými životními křížovatkami a své problémy ne vždy rádi sdělují. Klíčovými pracovníky jsou tři sociální pracovníci.

S individuálními plány intenzivně bojujeme více než dva roky. Je to asi nikdy nekončící proces, pořád přicházíme na nové věci, nové překážky, nová řešení. Asi to nejpodstatnější bylo vědomí, že se nejedná jen o nějakou formalitu, o něco, co se musí splnit, abychom měli kladné znaménko, ale jedná se o záležitost potřebnou a hlavně napomáhající naší práci. Postupně zbavování se formálnosti vytváří důležitý nástroj pro to, aby se naši uživatelé někam posunuli a naše služba plnila svůj cíl.

Při tvorbě individuálních plánů je potřeba, aby se vyjasnilo, co po nás zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jeho prováděcí vyhláška vlastně chce. Nikde zde nenajdeme to, že individuální plány musí být písemné, ale jsme povinni „plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů“, „vést písemné záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování služby za účasti těch osob“. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 88, odst. f.) Jak toho tedy dosáhnout? Jak plnit legislativní ustanovení, nenutit uživatele do něčeho, co nechtějí dělat, a zároveň uskutečňovat kvalitní sociální službu? Nelehká otázka, nelehká odpověď a nelehký zápas o tuto činnost. Ale co je v sociální práci jednoduché?

Někdy možná máme pocit, že se z individuálních plánů dělá zbytečná věda. Snažíme se dlouze bádát, co máme dělat, jak to má fungovat, máme z toho těžkou hlavu. Dostáváme se do nejrůznějších osidel formulářů, kde se snažíme zachytit všechno, co si myslíme, že nám přikazuje zákon a nejrůznější lektori. A najednou se z nás stávají administrativní pracovníci a z uživatelů objekty, které potřebujeme jen proto, abychom naplnili pravidla, která jsme si často sami vytvořili. Je tedy potřeba překonat formálnost a přílišnou svázanost. Individuální plán a jeho

tvorba je přirozenou činností, která reaguje na potřeby uživatele: Proč vlastně k nám přišel? Co chce nebo co očekává? Kam směřuje? Jak se mu daří hledat další cestu životem? To jsou základní otázky, na které hledáme odpovědi právě za pomoci individuálních plánů.

Dovolu mi pár poznámek, které snad přispějí do diskuse o individuálních plánech.

1. Pravidla pro tvorbu individuálních plánů

Každé zařízení má mít vypracována písemná pravidla pro tvorbu individuálních plánů. A tato pravidla jsou základním kamenem celé naší činnosti. Je zde dostatek prostoru pro to, abychom vytvořili mantinely, které jsou vhodné pro naši cílovou skupinu a naše podmínky. Prostor je dost veliký, ale samozřejmě nesmí být v rozporu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a s jeho prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb.

2. Kdy se individuální plán tvoří

Průběh poskytování služby musí být přiměřeně k osobnosti uživatele plánován. O plánování služeb vede klíčový pracovník písemnou dokumentaci, v drtivé většině se jedná o individuální plán. Takřka každý uživatel azylového domu má vytvořen individuální plán, který navazuje na osobní cíl zaznamenaný ve smlouvě o poskytnutí sociální služby. Většinou se sestavuje do jednoho měsíce od uzavření této smlouvy, ale vždy záleží na konkrétní situaci, ve které se uživatel nachází, a na jeho psychických a fyzických schopnostech.

Mohou existovat případy, kdy ani s lidmi z naší cílové skupiny nelze individuální plán tvořit. Jedná se o jednotlivce, kteří nechtějí nebo neumějí více spolupracovat. V těchto výjimečných případech pak vedeme jen písemné záznamy z rozhovoru.

3. Co má individuální plán obsahovat

Individuální plán se tvoří převážně v písemné podobě. Uživatel má pak lepší přehled o tom, jaké kroky má v určitém termínu učinit. Určitě má mít nějakou formu, která je pomocí k tomu, abychom zachytili vše podstatné. Tvorba složitých formulářů s mnoha „kolonkami“ je hodně svazující a může vést jen k formálnímu vyplňování. Zpravidla zde bývá jméno obou aktérů, krátká charakteristika uživatele, stanovení cíle, jeho naplnění, kritéria pro splnění, hodnocení obou stran, další termín setkání. Otázkou je, zda individuální plán má být podepsán. Podpisy nejsou nikde stanoveny jako povinnost, ve výjimečných případech to může být hodně složité. Na druhou stranu podpis stvrzuje vzájemnou dohodu, uživatel může mít pocit větší odpovědnosti. Tento podpis také může sloužit jako důkaz, že uživatel tento plán tvořil opravdu sám a že se k němu přiznává.

Positivní zkušeností je, že někteří uživatelé si individuální plán sepisují sami, a to buď ručně, nebo prostřednictvím počítače.

4. Určování cílů

S cíli se začíná pracovat již při rozhovoru se zájemcem o službu. Dále předběžný osobní cíl stanovený uživatelem zapisujeme do smlouvy o poskytnutí sociální služby. Převážně se jedná o vyřízení dokladů, nalezení bydlení, nalezení práce. U skupiny lidí bez přístřeší je časté, že se upnou na jeden cíl, který je jen velmi těžce splnitelný nebo v oblasti s nedostatkem pracovních míst dokonce nesplnitelný.

Osvědčuje se nám rozpracovat stanovený hlavní cíl do dílčích cílů. Dílčí krátkodobé cíle by měly být pro uživatele významné, konkrétní, jejich dosažení musí stát uživatele nějaké úsilí, musí být měřitelné a nesmí poškozovat druhé.

Každý uživatel má možnost měnit své osobní cíle vycházející z jeho potřeb. Nemí žádnou ostudou pro uživatele ani pro klíčového pracovníka, když se cíle mění. Naopak, ukazuje to na dobrou práci a dobré reakce.

Při tvorbě individuálních cílů nezapomínáme na jejich hodnocení a stanovení kritérií pro splnění. V případě, že se oba aktéři nedohodnou, pak nastupuje třetí osoba, která hledá společnou dohodu.

5. Klíčový pracovník

Na klíčovém pracovníkovi leží celá tíha individuálního plánování. Nikde není určeno, kdo jím má být, o jakou funkci se jedná. Směrodatné ovšem je, aby:

- měl potřebné dovednosti v komunikaci
- měl dostatek časového prostoru
- měl k dispozici prostor k nerušeným rozhovorům
- měl potřebné kompetence
- měl přístup k dokumentaci

Pokud vezmeme vážně tyto potřeby, pak nám mnoho zaměstnanců nezbývá. V azylovém domě jsme opustili praxi, že klíčovými pracovníky jsou pracovníci v sociálních službách – pečovatelé. Vzhledem k jejich pracovním povinnostem a pracovní náplni nemohou splňovat dané podmínky. Jejich důležitá role je ovšem v úzké spolupráci s klíčovým pracovníkem. V našem zařízení jsou klíčovými pracovníky tři sociální pracovníci. Každý pracuje s 20–25 uživateli. Přidělování či volba uživatelů směrem ke klíčovému pracovníkům je určena v písemných pravidlech. Nejen, že má každý klíčový pracovník stanoven počet uživatelů, ale jak uživatel, tak on má právo volby podle stanovených pravidel.

Největším problémem a důvodem, proč se tvorba kvalitních individuálních plánů nedaří, bývá nedostatečná komunikace mezi klíčovými pracovníkem a uživatelem. Je potřeba vzít vážně slova o vzájemné důvěře, partnerství, naslouchání, respektu, dostatečném časovém prostoru apod.

6. Spolupráce

Klíčový pracovník není schopen zvládnout náročnou tvorbu individuálního plánu sám. Je potřeba spolupráce celého týmu, předávání si konkrétních informací, zapojení dalších zaměstnanců. Bez kvalitní supervize není tvorba individuálního plánu možná.

7. Hodnocení kvality individuálního plánu

Ani jako ředitel, ani jako inspektor kvality sociálních služeb si nedělám ambice, abych na první pohled hodnotil vnitřní kvalitu konkrétního individuálního plánu. Jedná se o tak složitý proces, který se skládá z mnoha

informací, poznatků, diskusí a důvěry (jsou uživatelé, kteří si dají cíl např. navázat narušené vztahy s rodinou, ale nechťejí si to zaznamenat do individuálního plánu). Hodnotit se může forma, zda tvorba individuálního plánu naplňuje legislativní rámec, zda naplňuje určená pravidla. Až v případě dalšího, hlubšího rozhovoru je pak možno probírat konkrétní záležitosti, jeho náplň.

Ve stručnosti jsem nastínil rámec, který se vztahuje k tvorbě individuálního plánu v azylovém domě. Daleko složitější je tvorba individuálních plánů na noclehárně. Její kapacita může být až 60 osob, uživatelé jsou zde jen na krátkou dobu (jedna noc), v drtivé většině není čas ani prostor zkoumat jejich cíle. Nechtěli jsme se uchýlovat k formálnímu individuálnímu plánu. Koncepce noclehárny totiž vytváří co nejmenší mantinely pro přijetí a násilné vnučování nějakých formálních cílů může uživatele znechutit a odradit. Zároveň vrhá špatné světlo na nás jako poskytovatele služby, kteří pracují pouze s formalitami: „Dejte mi vše najednou podepsat, ať mám od vás pokoj. Stejně to k ničemu není.“ Vzhledem k velkému počtu uživatelů a s ohledem na jejich svobodnou volbu nejsou se všemi tvořeny individuální plány. Individuální plán se sestavuje v těchto případech:

- na žádost uživatele noclehárny
- při využívání noclehu na dluh
- při využívání možnosti odpracování noclehu
- při splácení dluhu a využívání služeb noclehárny
- při plánování více kontaktů s uživatelem

V případě, že uživatel využívá služeb noclehárny delší dobu, je vyzván zaměstnanci ke kontaktu se sociálním pracovníkem. Zde proběhne rozhovor, který je zaměřen na zjištění stávající situace a na zájem uživatele hledat cestu z tíživé sociální situace. Je zde také nabídnuta možnost tvorby individuálního plánu. Pokud uživatel tuto možnost odmítne, sociální pracovník vytvoří záznam z rozhovoru, který je uložen v kartě uživatele.

Tvorba individuálních plánů je základním kamenem sociální služby. Bez něj bychom nebyli schopni plnit ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., ale nejen to. Hlavně by naše služba ztratila smysl, naši uživatelé by se jen zakonzervovali v našem zařízení a neměli by možnost pokračovat dále na své životní cestě. Na této cestě ovšem nechybí zklamání, selhání, hledání. A právě proto jsou zde klíčoví pracovníci, kteří jsou ve spolupráci s ostatními zaměstnanci nablízku těm nejpotřebnějším.

Francouzský filozof Albert Camus napsal: „Nekráčej přede mnou, možná za tebou nepůjdu. Nekráčej za mnou, možná tě nedokážu vést. Kráčej vedle mne a buď můj přítel.“

Antonín Plachý,
ředitel Azylového domu
pro muže Armády spásy v Ostravě

Poznámka:

Na našich webových stránkách www.socialniprace.cz najdete individuální plán klienta Pavla, který vypracovala Jarmila Tihelková, DiS., sociální pracovnice Azylového domu Armády spásy pro muže v Ostravě.

Sociální konstrukce předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním

Social construction of prejudicial typization of people with mental illness

Vlasta Janská

Mgr. Vlasta Janská¹ je studentkou PGS na katedře sociální politiky a sociální práce FSS MU v Brně. Problematikou duševních nemocí se zabývala i ve své diplomové práci. Kontakt s lidmi majícími zkušenost s duševním onemocněním udržuje díky dobrovolnické činnosti.

Abstrakt:

Naše potřeba rozumět světu kolem nás je zajištěna používáním kategorií. Pokud se tyto kategorie změni ve stereotypy či předsudky, mohou mít významný a negativní vliv na určitou skupinu či jedince. Teorie sociálního konstruktivismu může být jedním ze způsobů vysvětlení existence a udržování předsudečných typizací vůči lidem s duševním onemocněním.

Klíčová slova: duševní nemoc, typizace, sociální konstruktivismus, předsudek, stereotyp

Abstract:

We use categorization to organize and understand the world around us. Those categories can be in some cases changed into stereotypes or prejudices which have important and negative influence on particular group of people or person. Theory of social constructivism is one of the way how we can explain existence and prejudicial typization keeping in the face of people with mental illness.

Key words: mental illness, typization, social constructivism, prejudice, stereotype

„Doktor: Tak co vás trápí, pane Vokurka? No víte, pane doktore, já mám takový problém. Já si pořád myslím, že jsem kůň. No ale tato nemoc není nevléčitelná, jen léčba bude velmi nákladná. To nebude problém, pane doktore. Já už jsem vyhrál čtyři dostihy.“

Proto, abychom se mohli nad tímto vtípem pousmát, bylo zapotřebí určitého sdíleného vědění. Předpokládám, že z kontextu většina čtenářů vyvodila, že se jedná o rozhovor lékaře (pravděpodobně psychiatra) s „bláznem“ (člověkem trpícím duševním onemocněním). Osoba, která vyhledala pomoc lékaře, si je nejspíše vědomá toho, že její vnímání sebe sama je nestandardní, a cítí to jako problém; lékař nejspíš považuje za legitimní autoritu, u níž hledá pomoc. Lékař poskytuje očekávaný příslib vyléčení, i když to bude něco stát, což pro pacienta evidentně není překážkou.

Zkusme se však na věc podívat optikou teorie sociálního konstruktivismu, v jejímž kontextu výše uvedená anekdota znázorňuje dvě různé, ale stejně hodnotné reality dvou různých lidí. Navíc tento vtíp můžeme chápat i jako nositele a udržovatele určitého negativního stereotypu (např. o (ne)kompetenci člověka s duševní nemocí).

V tomto článku se zaměřuji záměrně na nežádoucí způsob vnímání spojený s pojmem duševní onemocnění, neboť ho považuji za široce sdílený a hluboce zakořeněný, což je dáno zejména historicky (vnímání duševně nemocných, jejich segregace, „lodě bláznů“ apod.). Přístup, který představím, může být zajímavou inspirací pro praktiky i samotné „nemocné“.

Cílem této stati bude snaha o vysvětlení existence předsudečných typizací pomocí teorie sociálního konstruktivismu. Nejprve popíši, jak se

člověk „stane“ duševně nemocným, vysvětlím, jak chápu pojem předsudečná typizace, poté popíši základní východiska teorie sociálního konstruování a nakonec uvedu, jak mohou být předsudečné typizace používány v praxi.

Jak může být duševně nemocný sociálně konstruován?

Nejprve je třeba uvést, že ze skupiny duševních onemocnění se ve svém článku zaměřím především na poruchy psychotické, zejména na onemocnění zvané schizofrenie. Z hlediska medicínského je toto onemocnění definováno následovně: „Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání... V odborné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality.“ (Češková, 2005: 15.) Člověk diagnostikovaný jako trpící schizofrenií a odmítající svou duševní nemoc je často psychiatrem klasifikován jako nemající dostatek vhledu. Takový psychiatr věří vlastnímu vnímání reality a „pacientův“ názor není ani zdaleka považován za pravdivý (Siebert, 2000). Literatura lékařů radí: „Pátráme po formálních a obsahových poruchách myšlení.“ (Raboch, 2006: 78.) „Umění diagnostiky v psychiatrii zatím spočívá převážně v umění naslouchat, ptát se a pozorovat. Důležitou součástí je také konfrontace údajů nemocného (subjektivní pohled) s údaji jeho nejbližších (relativně objektivní pohled, tj. objektivní anamnéza).“ (Češková, 2005: 27.) Whitwell (2005) v tomto ohledu zdůrazňuje negativní rysy psychiatrie, které spočívají v založení psychiatrické historie, pacient je „vypovídán“, jsou hledány patologie v jeho životě a vše je zaměřeno na věci, které jsou špatné, vždy se najde materiál, který koresponduje s nějakou teorií, a proto potvrzuje duševní nemoc dané osoby. Nikdo však nesleduje, do jaké míry jsou získaná zjištění signifikantní – je to otázka interpretace (psychiatrie, kultury, lékaře), neboť podobné životní zkušenosti (zhroucení) může mít i člověk považovaný za normálního. Medicínský model má vliv na skeptické nazírání na člověka, který byl systémem „označen“, a tato negativní oče-

kávání jsou přenášena na klienta i jeho okolí, což koresponduje s výrokem G. Allporta: „*Ať už falešnou nebo pravdivou, pověst, kterou člověk má, mu nelze stále dokola vtlučet do hlavy, aniž by to něco neudělalo s jeho povahou.*“ (Allport, 2004: 166.)

Oproti „negativnímu nazírání“ stojí např. Laing (2000); ten si je jistý, že člověk se schizofrenií může mít ve svém bludu pravdu a jeho rozpadlé vědomí může osvětlit, čemu je mysl zdravých lidí uzavřena. Zdůrazňuje úhel pohledu, kde naše chápání druhého jedince závisí na naší ochotě využít všech svých schopností v aktu chápání. Porozumění spočívá v uvedení chování klienta do vztahu k situaci, v níž se ocitl, a k tomu, jak danou situaci klient samotný vnímá. Autor souhlasí s výpovědí Friedy Fromm-Reichmannové z roku 1952: „...psychiatrii tak mohou považovat za zaručené, že je možné navázat účinný vztah se schizofrenním pacientem. Pokud se to zdá nemožné, může za to lékařova osobnost, a ne pacientova psychopatologie.“ (Laing, 2000: 34.) Tuto citaci uvádí do souvislosti se svou vlastní zkušeností, že u řady svých klientů se schizofrenií nenalézají příznaky popsané v učebnicích psychiatrie, a podotýká, že není sám. V Laingově zkušenosti vidím přímou souvislost vzájemného působení terapeuta a klienta se sebenaplňujícím se proroctvím. Sebenaplňující se proroctví je porucha komunikace stěžejní pro profesi pomáhajícího pracovníka ve vztahu k jedinci se schizofrenií. Sebenaplňující se proroctví označuje způsoby chování, „které v druhých lidech vyvolávají reakce, na něž by toto chování bylo potom adekvátní reakcí, kdyby vlastně nebylo podmíněno samo sebou.“ (Watzlawick, 1999: 85.) Jinými slovy je to interakce, kde mezilidská premisa člověka nutí druhému člověku určité chování. Zdrojem premisy může být předsudek. Dotyčný vidí své chování jako reakci na chování druhých, ne jako na něco, co může jejich chování vyvolávat. Laingova pacientka se schizofrenií řekla, že dokáže rozpoznat, jestli jí lékař umí a chce pomoci, což podporuje Jungovo tvrzení, že člověk se schizofrenií přestává být schizofrenní, když se setká s někým, kdo jeho citění rozumí. Takovým je pomáhající pracovník uznávající pacientovo úplné bytí a přijímající ho bez jakýchkoliv podmínek. Svůj názor o tom, jak moc záleží, zda lékař chce pacientovi

skutečně porozumět nebo pomoci, či jen hledá potvrzení příznaků nemoci, vyjadřuje následující příklad o jedinci se schizofrenií, který opovrhoval svým lékařem. Tento názor na lékaře se však bál přímo vyjádřit, jejich rozhovor chápal jako nesmyslný, neboť lékař jeho falešné sebe-představení bral naprosto vážně. Psychiatr se ptal pacienta, zda slyší hlas, on si pomyslel něco o stupidní otázce, protože samozřejmě slyšel lékařův hlas. Proto odpověděl ano, na další otázku odpověděl, že se jedná o hlas mužský, a když se psychiatr zeptal, co mu ten hlas říká, odpověděl: „Jsi blázen!“ Tak se mu podařilo beztretně vyjádřit, co si o lékaři myslí, a lékaři se potvrdilo jeho očekávání (Laing, 2000).

Na výše uvedených způsobech nazírání na člověka označeného jako majícího schizofrenii jsem chtěla demonstrovat koexistenci různých realit; stejný „pacient či klient“ může být různými pomáhajícími pracovníky různě pojmán. Každý z nás si jeho stav vysvětluje různě včetně jeho samotného. Považuji za důležité k takovému člověku přistupovat individuálně a dokázat reflektovat své vlastní projekce a interpretace klientova chování tak, aby jimi nebyl poškozen. Pomáhající pracovník, ale i veřejnost by proto měla předcházet uplatňování předsudečných typizací vzhledem k lidem s duševním onemocněním.

Předsudečná typizace

Základem pro vznik stereotypu nebo předsudečného postoje je běžný, pro člověka typický proces myšlení zvaný kategorizace; je to proces přiřazování objektu k určitému pojmu, jež umožňuje předjímat informace, které nelze bezprostředně vnímat (Hartl, 2004). Alfred Shütz v kontextu kategorizace používá termín typizace, která „umožňuje rozpoznávat určité předměty a sociální situace jako typické, neboli určovat nové zkušenosti prostřednictvím typu konstituovaného ze zkušeností dřívějších“ (In Nohejl, 2001: 73); hovoří o zásobě „vědění“, která vychází ze sedimentace předchozích zkušeností do celkového vědění o světě. „Všechny interpretace tohoto světa jsou založeny na zásobě předchozí zkušenosti..., která funguje v podobě příručního vědění ... jako referenční schéma ... je neustále obměňována a doplňována... Zásoba vědění tak funguje jako recepty sloužící k interpretaci sociálního světa a jednání s věcmi a lid-

mi tak, abychom v každé situaci dosáhli co nejlepšího výsledku s minimem úsilí a vyhnuli se tak nežádoucím důsledkům.“ (Nohejl, 2001: 71.) Berger a Luckmann „psychologickou“ (viz výše Hartl) definici kategorizace rozšiřují a tvrdí, že „dokonce i v situaci tváří v tvář vnímám svůj protějšek prostřednictvím typizačních schémat...“ (Berger, Luckmann, 1999: 36). Kategorizace je nezbytným způsobem organizace světa v našich myslích, neboť mysl neustále otevřená by byla mysl neustále prázdná (Russell In Allport 2004); typizační schémata z kategorizace vycházející slouží především k praktickému zvládnutí rutinních činností, kategorie jsou flexibilní. Naproti tomu stojí neflexibilní stereotypy, které uzamykají lidi v kategoriích odkazujících na jejich místo a stanovují tak hierarchii ve vztazích. Stereotypizovaní mají nižší status a přiřazené charakteristiky jsou považovány za přirozené a vzniklé vztahy moci a dominance nejsou brány za možnou příčinu charakteristik (Pickering, 2001). O stereotypu hovoříme, jedná-li se o navyklý způsob jednání nebo souhrn úsudků o osobních rysech skupiny lidí, např. lidí s duševním onemocněním, přičemž takové informace však mohou být zkreslené (Hartl, 2004), založené na historkách typu „říká se“ (Sillamy, 2001), ale mohou být i pravdivé, často jsou však generalizacemi založenými na zrnku pravdy (Myers, 2005). Od stereotypu je krůček k předsudku. Ten obsahuje morální hodnocení a je směsí příznivého nebo nepříznivého postoje, který je ve vztahu k příliš zobecněnému přesvědčení. Člověk zaujímá tento postoj předem „bez opravdové zkušenosti nebo bez ohledu na ni“ (Allport, 2004: 38). „Předsudečné myšlení považuje vlastní hodnoty a způsoby chování za obecně platné, posiluje vědomí vlastní převahy a pocít sounáležitosti skupiny...“ (Jandourek, 2001: 198.) Probstová (2005) stigma chápe jako předsudek, že duševně nemocní jsou skupina nežádoucí a je třeba se jich bát nebo se jim vyhýbat. Proto podporuje deinstitucionalizaci rozvojem komunitních zařízení, jejichž kvalitní péče má zahrnovat i prevenci stigmatizace.

Na základě výše uvedených definic pojmů předsudek, stereotyp a kategorizace je patrné, že hranice mezi nimi často splývají a je těžké je od sebe rozpoznat. Proto základní rozdíly mezi pojmy uvádím v následující tabulce.

stereotypy	předsudky	stigma
flexibilní, testované hypotézy přirázování charakteristik	neflexibilní, netestované hypotézy přirázování charakteristik s hodnocením	vychází z předsudku, na jeho základě se lidem něco může upírat či přidávat, je sociálně přisouzeno, je „znamením“ méněcennosti svého nositele a tak je s ním také zacházeno
Zdroj: Musil, 2004		

Pro účely tohoto článku stereotypy zahrnují mínění o charakteristikách lidí patřících do skupiny duševně nemocných oproti předsudku, který implikuje hodnocení a mylnou generalizaci. V této stati se zabývám předsudečnou typizací ve vztahu ke klientům s duševní nemocí, která v sobě, jak z názvu vyplývá, zahrnuje charakteristiky uvedené v definici předsudku. Předsudečnou typizací chápu jako zásobu vědění založenou na vlastní zkušenosti, ale i zkušenosti ostatních, která zahrnuje negativní hodnocení či zacházení s jedincem s duševním onemocněním. Hodnocení může být i kvazipozitivní (vnímání klientů jako „chudáčků“) a současně mít negativní dopad na klienta.

Sociální konstruktivismus

Vším, co jsem dosud napsala, směřuji k teorii sociálního konstruktivismu. Podle Bergera a Luckmanna (1999) svět každodenního života není „jen“ danou realitou, ale je to i svět, který má svůj původ v myšlenkách a činnostech obyčejných členů společnosti, kteří ho svými myšlenkami a činnostmi jako reálný udržují. Jinými slovy, konstruktivisté věří, že si konstruujeme, tedy aktivně vytváříme realitu, a to prostřednictvím jazyka (na rozdíl např. od pozitivismu, který se omezuje na fakta a realitu považuje za danou). Jazyk je schopen se stát „objektivním skladištěm ohromného množství nahromaděných významů a zkušeností, které může zachovávat v čase a zprostředkovávat dalším generacím“ (Berger, Luckmann, 1999: 42). Naše vlastní zkušenosti jazyk typizuje a umožňuje nám jejich zařazení do kategorií, čímž se svět stává srozumitelnějším, přičemž typizované zkušenosti sdílíme s ostatními lidmi. Tímto procesem se stáváme účastníky na sociální zásobě vědění, která umožňuje „umístění“ jedinců ve společnosti a „zacházení“ s nimi příslušným způsobem. Prakticky jste si to mohli ověřit v úvodu toho příspěvku (anekdota). Vědění

o každodenním životě je určeno bezprostředními praktickými zájmy jedince a jeho postavením ve společnosti. Tyto struktury se vzájemně mezi lidmi kříží, díky tomu si máme tolik co říci a současně se stává znalost o strukturách relevance ostatních důležitou součástí vědění. Naše poznání není pouhým zrcadlením, ale vždy interpretací skutečnosti, viz různé vnímání nemoci. To, co vnímáme, je ovlivněno kulturními vzorci a je výsledkem interpretace, přičemž reality jsou organizovány a udržovány vyprávěním. Některé kultury vnímají člověka, u nás označeného za duševně nemocného, za spirituálního. Na Okinawě lidé, kteří mají vidění (v našem pojetí halucinace a bludy), jsou skutečně spojeni s božstvem či jsou pokládáni za lidi s nadpřirozenými schopnostmi a často se stávají léčiteli. Léčitelé jsou velice vážení a patří k vyšší sociální vrstvě (Matthew, 2004).

Zjednodušeně řečeno, typické činnosti, které jsou sdílené, dostupné všem členům dané společenské skupiny, se často stávají institucemi. Instituce mají své dějiny („není možné instituci správně porozumět bez pochopení historického procesu, který vedl k jejímu vzniku“), řídí lidské chování („předem stanovují vzorce chování“) a zajišťují sociální kontrolu (Berger, Luckmann, 1999: 58). Objektivita světa institucí je objektivitou, kterou vytvořil a vymyslel člověk, ačkoli se může jevit jako velice přesvědčivá. Instituce disponují vědění, které definuje, řídí a předurčuje chování a vytváří role. Toto vědění je souborem obecně platných pravd o realitě, přičemž radikální vybočení z institucionalizovaného řádu může být označeno jako morální poklesek, duševní choroba nebo prostá nevědomost. „To, co je ve společnosti považováno za dané vědění, se stává totožné s tím, co je poznatelné, či v každém případě poskytuje rámeček, v němž všechno dosud nepoznané bude poznáno v budoucnosti.“ (Berger, Luckmann, 1999: 68–69.) Sociální konstruktivisté vycházejí z předpokladu člověka

jako nestabilní bytosti, která ke své „stabilizaci“ používá sociální řád. Lidé s duševním onemocněním řád narušují, a proto za úspěšnou terapii lze považovat takovou, kdy je deviant znovu socializován do objektivní reality symbolického světa společnosti, „*ohrožení společenských definic reality je zažehnáno tím, že všem definicím existujícím mimo příslušný symbolický svět je přisouzen podřadný ontologický status, v důsledku čehož je oslaben i jejich kognitivní status, jenž pak není brán vážně*“ (Berger, Luckmann, 1999: 114–115).

Předsudečné typizace v praxi

Negativní postoje vůči lidem s duševním onemocněním prokázaly studie (Read, 2006, Angermeyer, 2003, Byrne, 2001, Corrigan, 2005, a další). V rámci ČR např. výzkum veřejného mínění „Názory na schizofrenii“ (DEMA, 2004). Read (2006) považuje lidi s diagnózou schizofrenie jako cíl nejčastějších předsudků (nebezpečnost, nepředvídatelnost) a diskriminace („...*jakýkoliv postoj, který vychází z rozlišování na základě přirozených nebo společenských kategorií a nijak nesouvisí ani se schopnostmi či přednostmi jedince nebo s jeho skutečným jednáním*“ (Allport, 2004: 83)), přičemž konstatuje, že negativní postoje vůči takto diagnostikovaným byly zaznamenány i u některých pomáhajících pracovníků (zejména zdravotnických). Tyto typizace mohou pacienta významně poškozovat a přitom být „skryté“. Lidé mohou mít negativní stereotypy, ale přitom je dokáží v mluvě skrývat (Petersen, 2005).

Člověk s duševním onemocněním, jak uvádí ze své zkušenosti Al Siebert (2000), si může potřebovat „jen“ popovídat, aby se své „nemoci“ zbavil, jinému mohou pomoci léky a hospitalizace. Zásadní vliv na kvalitu dalšího života po absolvované atace může mít předčasně stanovená diagnóza, která vede ke stigmatizaci. Přistupuje-li pomáhající pracovník k člověku s již připravenou představou o něm a jeho chování, často je právě svým přístupem vyvolá, viz sebe-naplnňující se proroctví. Já sama jsem byla svědkem, kdy pracovník neměl nad situací nadhled, vnímal pacienta jako majícího bludy. Pracovník se ptal, kde má pacient klíče, odpověď zněla: „V ledvině.“ Přičemž pracovník začal danou osobu ujišťovat, že v ledvině klíče určitě nemá,

protože ji má v těle. Pacient řekl, že ledvinu má na sesterně, a pracovník nadále vytrvale pacienta přesvědčoval, že má jistě ledviny obě ve svém těle. Zatímco pacient sděloval, že jeho klíče jsou skutečně na sesterně v ledvině. Vliv typizací je dobře patrný například i na závěru, který učinil Read: „*Veřejnost, v mezinárodním měřítku, nadále preferuje psychosociální nad biogenetickým vysvětlením a léčbou schizofrenie. Teorie biogenetické příčinnosti a diagnostický labelling, 'nemoci' mají přímý vztah k vnímání nebezpečnosti, nepředvídatelnosti a strachu a snahy o sociální odstup.*“ (Read, 2006: 303.) Z výše uvedených slov je patrné, jak typizace fungují. Stavím a odvíjím své názory a jednání od toho, čemu sám věřím. Svě „pravdy“ konfrontuji se svým okolím a „upravuji je“, ty se potom šíří, vzniká určitý konsenzus, který je základem pro legitimní institucionalizaci sdíleného vědění. Myslím si, že sociální pracovníci mají právě v posledních letech možnost nejvíce ovlivnit „sociální vědění“ o sobě samých, protože se v ČR vytvořil nový prostor, kdy sociální pracovník intervnuje v oblastech, k nimž společnost ještě typizace vytvořené nemá (na rozdíl od původního chápání sociálního pracovníka jako z filmu Kolja známé „Zubaté, která bere děti“ či „paní za přepážkou, k níž si jdou potřební pro podporu“). Naproti tomu lidé s diagnózou odkazující na duševní onemocnění mají dlouhou historii a postoje vůči nim jsou „zkostnatělé“ a široce sdílené. „*Zdá se, že postoje se za posledních 50 let, co jsou studovány, nezměnily.*“ (Read, 2006.) „*Stigmatizace duševní abnormality je univerzální ... jak lidé v dané kultuře vyrůstají, budou přenášet stigma na sebe, když se u nich objeví problém z oblasti duševního zdraví ... není to psychóza, co je zabíjí, ale jejich reakce na ni.*“ (Whitwell, 2005: 62–63.) Je to způsob myšlení a používání slov, kterým konstruueme svou skutečnost. Tailor (2000) demonstruje moc jazyka a jeho schopnost konstruovat na příkladech z každodenní praxe pomáhajících pracovníků, kteří jsou nuceni vedením dokumentace ve větší či menší míře kategorizovat. Poukazuje na potřebu revize a schopnosti odhlédnout od dokumentace a vnímat klienta jako jedinečnou bytost ovlivněnou interakcí jeho samotného s okolím. Konstrukce mohou probíhat třeba na poradě např. tím, že zdůrazňujeme nějakou vlastnost

klienta, přičemž se přidávají další spolupracovníci a potvrzují náš úsudek či se na danou vlastnost u konkrétní osoby více zaměří. Jako příklad může sloužit způsob oslovování klientů v organizaci. Zdrobněliny jmen mohou evokovat a podporovat „nedospělost“ klienta. V oblasti poradenství můžeme uplatnit znalosti o teorii sociálního konstruktivismu také, a to ku prospěchu věci. Jak bylo řečeno výše, „*lidé, včetně terapeutů, se jen stěží ubrání vytváření hypotéz o potížích vlastních i o potížích druhých lidí. Vlastně tak společně konstruujeme (vytváříme) problém. Pokud již ke konstruování problémů v terapii dochází, je při konstrukci problému třeba postupovat tak, abychom konstruovali problém, který lze řešit*“ (De Shazer, 1993 In Zatloukal, 2007).

A jaké je naše sociální vědění o psychiatrii? Jaké máme typizace? V knize *Recovery beyond psychiatry* popisuje David Whitwell (2005), jak on sám jako psychiatr získal nadhled, až když začal pracovat v komunitní oblasti péče o duševně nemocné, samotnou psychiatrii považuje za hlavní zdroj předsudků a negativních stereotypů. Na obranu psychiatrů a psychiatrie používá argument, že být lékařem je určitá role. Představa a očekávání od lékaře jsou kulturně zakořeněné, jsou legitimní (dáno studiem a prestiží oboru). Naše zásoba vědění říká, že lékař léčí pomocí léků (bez léků by zřejmě vystala otázka, zda je osoba skutečně nemocná), má trpícímu zajistit rychlou úlevu, je autoritou (vychází z premisy Dobrý pacient je poslušný pacient). Lékař si organizuje svůj „profesionální svět“ pomocí kategorií, kterými jsou mimo jiné diagnózy. O funkčnosti diagnóz se vedou spory, někteří je vidí jako páchající více škody než užitku např. tím, že zabraňují dívání se na člověka jako individuum s jeho specifickými potřebami a problémy nebo jako „spouštěč“ diagnózy následujících postojů k dané osobě, jež mohou být chladné a podporovat klinický typ vztahu. Na druhou stranu bez psychiatrické diagnózy není možné ani do diskursu vstoupit, přičemž „*existuje celý svět psychiatrické literatury a většina z toho má smysl pouze za předpokladu, že jsou oddělené duševní nemoci*“ (Thomas in Whitwell, 2005: 30). I proto může být pro některé psychiatry přijmout jiné metody léčení, včetně psychologů, psychoterapeutů a sociál-

ních pracovníků za sobě rovné kolegy v týmu, tak obtížné. Díky tomu se liší medicínské pojetí uzdravení od uzdravení, které by si přál člověk s duševním onemocněním. V této oblasti se reality zúčastněných rozcházejí, přičemž jsou obě platné a „reálné“. Pro některé lékaře údrava spočívá ve vymizení symptomů, k tomu u některých lidí pomáhá medikace, přičemž mezinárodní studie WHO ze 70. let ukazují, že během 5 let 2krát více lidí v chudších zemích bylo bez příznaků nemoci (než v zemích rozvinutějších). Na tomto základě vyvstala otázka, jak moc přispívají léky v léčbě. Whitwell se dokonce přiklání k názoru, že za uzdravením stojí nespecifické faktory, tzv. přirozené faktory uzdravování – čas, vztahy, životní události a změny, šok, zaměstnání, nové zájmy, přístup k penězům a bydlení (více viz Whitwell, 2005). Potřebujeme se však posunout k vnímání osobního uzdravení, které je více než vymizení symptomů, je to osobní život, jež má hodnotu a smysl – tak identifikovali údravu Whitwellovi klienti. K takovému cíli by měla pomoci síť komunitních služeb a spolupráce řady profesionálů jako týmu, včetně zmocnění klienta, který sám nejlépe ví, co potřebuje a jak se cítí (je si sám sobě expertem). David Whitwell (2005) je na základě své vlastní zkušenosti, kdy celý svůj profesionální život strávil prací v oblasti akutní psychiatrie, přesvědčen, že neexistuje teorie či přístup k člověku s duševním onemocněním, který by univerzálně pomohl všem takto nemocným.

Závěr

Cílem tohoto článku bylo ukázat, jak by mohla existenci předsudečných typizací vysvětlit teorie sociálního konstruktivismu. Teorie vychází z předpokladu existence sdíleného vědění, na jehož základě interpretujeme a poznáváme svět, který považujeme za reálný a daný. Různé formy typizací nám slouží k organizaci, porozumění světa a k ušetření energie. Jsou pro nás nadmíru důležité a používáme je automaticky. Snažila jsem se demonstrovat na příkladech případné nerefluktující užívání předsudečných typizací, které negativně ovlivňují vztah člověka s duševním onemocněním a pomáhajícího pracovníka, potažmo veřejnosti. Individuální přístup k lidem

s duševním onemocněním považují za jeden z faktorů majících vliv na kvalitu jejich života. Vezmu-li v úvahu vliv jazyka na konstruování reality, je potřeba reflektovat i to, jak o klientech mluvíme. Bylo by dobré klienty zmocnit natolik, aby měli možnost (pokud to jejich stav dovoluje) rozhodnout o způsobu léčby a vybrat si službu. To ovšem vyžaduje existenci široké palety nabízených služeb včetně spolupráce všech zainteresovaných.

Vzhledem k tomu, že vyzývám pomáhající pracovníky k sebereflexi a uvědomění si moci slov, považují za důležité v závěru aplikovat tuto „metodu“ i sama na sebe. Uvědomuji si, že i tento článek jsem konstruovala a vybírala slova tak, aby ve větší či menší míře odrazil mé vlastní názory a interpretace světa kolem nás. Proto ho považujte za podnět.

Poznámky

1 Kontakt na autorku: vlasta.janska@email.cz.

Seznam literatury:

- ALLPORT, G. W. 2004. **O povaze předsudků**. Praha: Prostor.
- BERGER, P. I., LUCKMANN, T. 1999. **Sociální konstrukce reality: Pojednání o sociologii vědění**. Praha: CDK.
- ČEŠKOVÁ, E. 2005. **Schizofrenie a její léčba**. Praha: Maxdorf.
- DEMA. 2004. **Veřejné mínění: Názory na schizofrenii, reprezentativní výzkum v ČR**. <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/nazory-na-schizofrenii.doc> [on-line] [31. 1. 2008]
- HARTL, P. 2004. **Stručný psychologický slovník**. Praha: Portál.
- JANDOUREK, J. 2001. **Sociologický slovník**. Praha: Portál.
- LAING, R. D. 2000. **Rozdělené Self: Existenciální studie o duševním zdraví a nemoci**. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- MATOUŠEK, O. 2003. **Slovník sociální práce**. Praha: Portál.
- MATTHEW, A., KOICHI, N., HIROSHI, I. 2004. **Attacked by the gods or by mental illness? Hybridizing mental and spiritual health in Okinawa**. *Mental Health, Religion & Culture*, 7, 2004, No. 2, pp. 83–107.
- MUSIL, L. 2004. **„Ráda bych Vám pomohla, ale“ (Dilemata práce s klienty v organizacích)**. Brno: Marek Zeman.
- MYERS, D. G. 2005. **Social Psychology**. Boston: McGraw-Hill.
- NOHEJL, M. 2001. **Lebenswelt a každodennost v sociologii Alfreda Shütze: Pojednání o východiscích fenomenologické sociologie**. Praha: Slon.
- PETERSEN, L. E., DIETZ, J. 2005. **Prejudice and Enforcement of Workforce Homogeneity as Explanations for Employment Discrimination**. *Journal of Applied Social Psychology*, 2005, 35, 1, str. 144–159.
- PICKERING, M. 2001. **Stereotyping: the Politics of Representation**. Basingstoke: Palgrave.
- PROBSTOVÁ, V. 2005. **Sociální práce s duševně nemocnými**. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. eds. **Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi**. Praha: Portál.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. 2006. **Psychiatrie – minimum pro praxi**. Praha: Triton.
- READ, J., HASLAM, N., SAYCE, L., DAVIES, E. 2006. **Prejudice and schizophrenia: a review of the „mental illness is an illness like any other“ approach**. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2006: 114, str. 303–318.
- SIEBERT, A. 2000. **How Non-Diagnostic Listening Led to a Rapid „Recovery“ from Paranoid Schizophrenia: What is Wrong with Psychiatry?** *Journal of Humanistic Psychology*, 2000, 40, str. 34–58.
- SILLAMY, N. 2001. **Psychologický slovník**. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- TAYLOR, C., WHITE, S. 2000. **Practicing reflexivity in health and welfare: making knowledge**. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- WATZLAWICK, P., BAVELASOVÁ, J. B., JACKSON, D. D. 1999. **Pragmatika lidské komunikace – integrační vzorce, patologie a paradoxy**. Hradec Králové: Konfrontace.
- WHITWELL, D. 2005. **Recovery beyond Psychiatry**. London: Bookchase.
- ZATLOUKAL, L. 2007. **Postmoderní myšlení v poradenské praxi**. *Sociální práce*, 3, 2007, str. 75–86.

Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání

Social worker in community mental health care and his/her education needs

Václava Probstová

PhDr. Václava Probstová, CSc., pracuje jako psychoanalytik a psychoterapeut v soukromé praxi. Věnuje se především lidem se závažnějšími poruchami osobnosti a lidem s psychózou. Od roku 1995 působí v Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví, problematice lidí s duševním onemocněním se také věnuje při výuce na katedře sociální práce FF UK. Váží si možnosti být při začátku sdružení Fokus a zejména svých setkání s lidmi, s nimiž mohla sdílet cestu k jejich úzdavě.

Abstrakt

V příspěvku je zdůrazněna potřeba systematického kontinuálního vzdělávání pro práci sociálních pracovníků a pro rozvoj komunitní péče u cílové skupiny lidí se závažným duševním onemocněním. V úvodu je krátce popsána aktuální situace sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním v České republice. Další část textu je věnována některým závěrům z výzkumného projektu PSYCHO_RESCUE (projekt podporovaný programem Leonardo), jehož cílem je definice a rozvoj profesionálního vzdělávání a edukačních nástrojů, které odpovídají potřebám komunitních pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví. Projektem navrhované oblasti práce komunitního pracovníka – pracovní funkce (viz seznam v textu) mohou sloužit podle autorky jako podklad pro vzdělávání sociálních pracovníků u nás.

Klíčová slova: sociální pracovník, komunitní péče o duševní zdraví, lidé se závažným duševním onemocněním, seznam pracovních funkcí, nástroje vzdělávání

Abstract

The paper emphasises the need for systematic continuous education for the work of social workers and for the development of community care of the target group of people with long-term mental illness. In introduction it describes some aspects of the current situation of social workers dealing with people with mental illness in the Czech Republic. Further the paper provides some conclusions from the PSYCHO_RESCUE project (supported from the Leonardo programme) defining and developing professional training and education tools according with the needs of workers in mental health care community settings. According to the author, the proposed by the project List of community worker working functions can serve as a basis for educating social workers in the Czech Republic.

Key words: social worker, community mental health care, people with severe mental illness, list of working function, education tools

Úvod

Nedávno jsem se setkala s jedním ze sociálních pracovníků střední generace, kteří pracují v oblasti komunitní péče o lidi se závažným duševním onemocněním. Hovořil o tom, že by se rád věnoval systematické metodické práci

a vzdělávání pracovníků na svém pracovišti. Možnost pracovníků vzdělávat se v rámci kontinuálního vzdělávání specifického pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním pokládá za nezbytnou podmínku rozvoje nejen své služby, ale i komunitních služeb u nás. Teď musí ale

napnout síly, aby zajistil financování své organizace a naplnil požadavky spojené se zaváděním zákona o sociálních službách. Nejedná se jen o na čas náročné požadavky administrativního rázu, ale i o další potíže, které vyplývají ze specifík cílové skupiny lidí s duševním onemocněním. Jak například splnit požadavek o souhlasu s poskytováním služeb u člověka s paranoidním vnímáním, který je ve fázi navazování kontaktu (vztahu, pracovní či rehabilitační aliance). Ze zkušenosti ví, že tato fáze může trvat i několik týdnů až měsíců. Má proto obavy, aby lidé, kteří by měli být především centrem jejich zájmu („outreach“ služba terénního týmu) těmito omezeními z jejich služeb nevypadli.

Co z výše uvedených slov koriguje vyplývá? S trochou ironie můžeme říci, že například to, že u nás existují sociální pracovníci střední generace – vysokoškoláci, kteří ještě pracují v komunitních službách se závažně duševně nemocnými. Obměna mladých sociálních pracovníků, věnujících se této cílové skupině, je velká. Se skupinou, která má řadu nenaplněných zdravotně-sociálních potřeb (Stuchlík, 2007), pracují nejvíce mladí, často nepřilíš zkušení (zařízení provozující psychosociální rehabilitaci) nebo co do počtu výrazně poddimenzovaní (psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení nemocnic, denní stacionáře) sociální pracovníci. S lidmi s duševním onemocněním se setkávají i v ústavech sociální péče (kde podle odhadu žije cca 1 000 lidí s primárně psychiatrickou diagnózou) či ve speciálních ústavech (870 lůžek). Tyto služby často alternují chybějící služby podpory bydlení a případového vedení a sociální pracovníci bez opory v systému péče zde mají omezené možnosti pro své intervence.

Pro vývoj systému psychiatrické péče ve většině evropských zemí je charakteristický postupný, nicméně trvalý odklon od tradičního systému nemocniční péče, která nabízí dlouhodobou hospitalizaci ve velkých ústavech, ke komunitnímu systému péče o lidi s duševním onemocněním. Komunitní péče, která vychází z potřeb uživatelů péče, používá „evidence based“ postupy (Mosher, Burti, 1989, Höppler, Nolan, 2001, Thornicroft, Szumukler, 2001, Becker et al., 2001, D’Avanzo et al., 2003, Priebe, Turner, 2003, McDavid, Thornicroft, 2005, Ravelli, 2006), tedy postupy podložené výzku-

my, šetřeními efektivity péče a statistickými údaji. Výchozím bodem pro tyto intervence je integrovaný (bio-psycho-sociální) model duševního onemocnění.

Psychiatrická (psychosociální) rehabilitace a práce s komunitou má své teoretické kořeny v sociálním a ekologickém modelu duševního onemocnění. Tento model poskytuje teoretická východiska pro práci sociálních pracovníků a je součástí integrovaného modelu duševního onemocnění (Alanen, 1997). V řadě našich psychiatrických služeb však stále ještě převažuje redukcionistický biomedicínský model, který lze s nadsázkou shrnout do povzdechu kolegy-psychiatra: „Jsem práškovací letadlo.“ Sociální pracovník zde má často úzce definovanou roli jakéhosi „administrativního“ pracovníka. Důsledkem je, že byt se u dlouhodobého duševního onemocnění na jeho průběhu, vyústění a dosažení úzdravy, zotavení (recovery) významnou měrou podílí sociální faktory, sociální pracovník má jen omezené možnosti jejich ovlivnění.

Duševní onemocnění může trvat celý život a jeho průběh nebývá lineární. Profesionální intervence musí být flexibilní, přizpůsobené proměnnému průběhu onemocnění. Potřeby lidí se závažným duševním onemocněním (požadavek jedince, který mu umožňuje dosáhnout, udržet či obnovit přijatelnou úroveň sociální nezávislosti či kvality života, Slade et al., 1999) mohou být v některých úsecích života jedince mnohočetné. K naplňování komplexních potřeb je nezbytný multiprofesionální tým, pracující či vytvářející zdroje (možnosti) v místě bydliště (regionu).

Před několika lety jsem (Probstová, 2003) hovořila o historickém vývoji psychiatrické rehabilitace u nás, kdy dochází k přechodu od jistého druhu antagonismu ke sblížení a propojování lůžkové a extramurální péče. Tento pohled byl patrně až příliš optimistický. Nesporně již jsou místa, kde se toto propojování relativně daří (příkladem je spolupráce sociálních pracovníků terénního týmu a dílen Fokusu Mladá Boleslav a týmů oddělení psychiatrické léčebny Kosmonosy). Stále se však jedná spíše o výjimky, které vycházejí z aktivit jednotlivých poskytovatelů služeb, než o výsledek soustavné koncepční práce. Troufám si však říci, že jistě napětí, které v některých případech

v posledním období spíše narostlo (Vevera, 2006), má jinou kvalitu, než tomu bylo na začátku 90. let. Tehdy šlo spíše o objevování nových věcí, potřebu „vymezování se“. Mezitím došlo do jisté míry k „ideovému sblížení“ pracovníků, kteří jsou v přímém kontaktu s pacienty a kteří vnímají zisky, které pro jejich pacienty tato spolupráce má.

V České republice chybí přijatá strategie budování a financování systému komunitní péče o lidi se závažným duševním onemocněním (SMI – severe mental illness), která by akceptovala nutnost spolupráce zdravotních a sociálních služeb (multidisciplinární regionální týmy). (Pěč, 2006) V integrovaném modelu onemocnění je role sociálního pracovníka nezastupitelná. V multidisciplinárním týmu lůžkového oddělení či denního stacionáře sociální pracovník funguje jako „most“ do komunity se znalostí místních podmínek, zdrojů v místě, legislativy, se schopností pracovat s rodinou, mapovat a pomáhat řešit „problémové sociální situace a události“ (Fialová, 2007). V terénních týmech, centrech denních aktivit, podpoře v bydlení (patří sem jak místa v chráněném, tak podporovaném bydlení) či podpoře v práci (opět jak práce chráněná, přechodná, tak podporovaná) se věnuje především klinickému případovému vedení a využívá metody psychiatrické rehabilitace. U nás je těchto služeb stále velmi málo, není vedena jejich přesná statistika, zařízením chybí metodika pro vedení statistických údajů.

Vzdělávání sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním musí kromě etické praxe (postojů), znalostí a dovedností společných s ostatními členy multiprofesionálního týmu (např. základy psychopatologie, farmakoterapie, vedlejších účinků léků a jejich vlivu na život člověka, znalost metod psychiatrické rehabilitace) obsahovat specifické znalosti, dovednosti a postoje. Ty jsou základem jeho kompetence (práce se sociální sítí jedince, zdroji – znalost komunity, legislativních opatření) využívané ve spolupráci s ostatními členy týmu. Nároky na vzdělání a trénink nezbytné pro dobrou praxi jsou velké. Na rozdíl od ostatních členů multiprofesionálního týmu (lékaři, kliničtí psychologové, psychiatrické sestry), kteří mají u nás povinnost celoživotního kontinuálního vzdělávání, v oblasti sociální

práce ve zdravotnictví povinnost a nastavení systému kontinuálního vzdělávání chybí.

Většina komunitních služeb má vytvořen systém kontinuálního krátkodobého a dlouhodobého vzdělávání, systém jejich úhrady a výběru zaměstnanců, probíhajících supervizi (které nejsou běžné např. ve zdravotních lůžkových zařízeních). Obsahově není vzdělávání nijak definováno, ideálně si každá organizace vytváří svůj systém základního a doplňkového vzdělávání, které poskytuje buď sama, nebo prostřednictvím vzdělávacích agentur. Podle našeho soudu chybí obsahová definice základních kompetencí, které mají sociální pracovníci v moderní péči o duševně nemocné vykonávat a které by definovaly jak výuku pregraduální, tak i obsahové zaměření základních stupňů celoživotního (povinného) kontinuálního vzdělávání. Definice by měla vycházet z integrovaného modelu duševního onemocnění a průběžně reflektovat současné trendy v péči o lidi s duševním onemocněním.

Projekt „PSYCHO_RESCUE“

Podnětem pro další úvahy o obsahové náplni a struktuře vzdělávání sociálních pracovníků, kteří se věnují lidem s duševním onemocněním, jsou závěry mezinárodního výzkumného projektu PSYCHO_RESCUE (Mammone et al., 2008). Cílem projektu byla definice a rozvoj profesionálního vzdělávání a edukačních nástrojů, které odpovídají současným potřebám komunitních pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví. Výzkum v rámci projektu trval dva roky a týkal se tří hlavních témat: 1. průzkumu systémů péče o duševní zdraví a potřeb odborného vzdělávání pracovníků v oboru péče o duševní zdraví v zemích účastnících se projektu, 2. sestavení seznamu funkcí a souvisejících dovedností, vědomostí a postojů, který definuje činnosti pracovníků v oboru péče o duševní zdraví a potřebné kompetence k výkonu těchto činností (tento seznam vycházel z dostupné odborné literatury, z obsahové analýzy provedené projektovým týmem a odborných zkušeností členů týmu), 3. návrhu učebních osnov pro odborné vzdělávání pracovníků v oboru péče o duševní zdraví, vycházejících ze seznamu funkcí a dovedností. Do výzkumu se zapojilo 9 organizací

1. Práce v týmu	Týmová práce
2. Spolupráce na šetření pacienta	Šetření
3. Spolupráce na klinickém vedení	Klinické vedení
4. Pomoc pacientovi v self managementu	Self management
5. Zlepšení sociálního fungování	Sociální funkce
6. Spolupráce na vedení a organizaci	Organizace služeb

působících v oboru péče o duševní zdraví ze 6 zemí: České republiky, Řecka, Itálie, Lotyšska, Skotska a Nizozemska.

Z výsledků projektu vybíráme ty (1. šetření potřeb vzdělávání a 2. výsledný seznam pracovních funkcí), které ukazují srovnání aktuálních potřeb vzdělávání v péči o lidi s duševním onemocněním v těchto zemích a definují obsahovou strukturu potřebného vzdělávání.

1. Šetření potřeb vzdělávání

V rámci projektu PSYCHO_RESCUE byl vytvořen nejprve pracovní seznam pracovních kompetencí – „funkcí“ komunitních pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví. Rámec tohoto seznamu vycházel z Guilbertovy příručky *Educational Handbook for Health Personnel* (Guilbert, 1998) s přihlédnutím k formulaci činností podle Sainsbury Centre uvedené v publikaci „The capable practitioner“ (Lindley a kol., 2001).

Tento seznam tvořil osнову dotazníku, který byl rozeslán 142 pracovníkům (tabulka 2)

Země	Počet respond.	%	Počet zařízení
CZ	18	12,7	5
GR	36	25,4	4
IT	17	12,0	4
LV	16	11,3	4
NL	27	19,0	11
SC	28	19,7	8
Celkem	142	100,0	36

(v České republice se do šetření zapojili všichni pracovníci služeb podpory v bydlení pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním ve Středočeském kraji, celkem 18 osob...)

z 6 zemí (Česká republika – CZ, Řecko – GR, Itálie – IT, Lotyšsko – LV, Nizozemsko – NL a Skotsko – SC), kteří kvantitativně ohodnotili jeho obsah. Dotazník byl zaměřen na různé pracovní oblasti a propojoval funkce se skutečnými činnostmi, které pracovníci při své práci provádějí. Mapoval „vnímanou úroveň odborného vzdělání“ pracovníků a „vnímanou relevantnost“ každé uvažované činnosti pro jejich práci. A konečně porovnával „subjektivně vnímanou relevantnost“ se „subjektivně vnímanou potřebou odborného školení“ v jednotlivých funkcích.

Důležitým cílem šetření bylo ověření relevantnosti daných funkcí v rámci souboru: jejich využití v praxi, jejich subjektivní důležitost, potřeby vzdělání v jednotlivých funkcích během základního studia, v kontinuálním vzdělávání do r. 2004 a v obdobích 2004–2006. Výsledky šetření ukázaly, že čeští účastníci většinu svých znalostí a dovedností podle svého soudu získávali až během praxe v letech 2004–2007 a lišili se tak výrazně od ostatních rozvinutých zemí, kde převažoval trénink ve všech uvedených oblastech již během studia (více Mammone et al., 2008). Obdobný trend jako v ČR byl patrný i v Řecku, kde dochází v poslední době k výraznému rozvoji komunitní péče o lidi s duševním onemocněním. Výsledky tak odrážejí patrně teprve nedávný rozvoj komunitních služeb v obou těchto zemích.

Potřeba vzdělávání u českých (vesměs mladých) pracovníků nebyla velká (tab. 3), odpovídala situaci ve skupině zkušených case managerů (Holandsko), kteří již

Tabulka 3 – Subjektivně vnímané potřeby vzdělávání v pracovních funkcích, Mammone et al., 2008

Tence 0 < 3,99 Plně 4,00 < 4,49 Obyčejně 4,50 < 5,00	CZ	LV	SC	NL	GR	IT
Týmová práce	3,88	4,94	3,83	2,33	4,11	4,50
Šetření	3,76	4,24	4,02	3,22	4,34	4,22
Klinické vedení	4,10	4,41	4,16	3,06	4,25	4,36
Self-management	3,68	4,27	4,08	3,06	4,22	4,30
Sociální fungování	3,71	4,10	3,70	3,00	3,90	4,10
Organizace služeb	3,50	4,56	4,15	2,78	4,24	4,36

absolvovali systematické vzdělávání ve svém oboru. Za těmito výsledky není patrně neochota našich pracovníků se vzdělávat, ale to, že oblasti, které byly předmětem dotazování a které odpovídaly potřebám moderní péče, nevnímali s největší pravděpodobností ve svých podmínkách pro sebe za aktuální. Z uvedeného vyplývá, že problematika dovedností pracovníků ve vztahu k těmto pracovním funkcím není v našich službách tak dostatečně diskutována a „zkoušena“, aby ji mohli pracovníci vyhodnotit jako svoji vzdělávací potřebu.

Projektový tým následně doplnil a obohatil funkce o další podrobnosti z 12 učebních osnov škol zaměřených na pomáhající profese (2 z každé zúčastněné země). Učební osnovy pro péči o duševní zdraví byly porovnány se seznamem funkcí tak, aby byla zajištěna dostatečná souvislost a byly zdůrazněny oblasti, kde je korelace nejnižší (výzkum byl proveden s použitím obsahové analýzy).

V další fázi byl seznam odeslán 17 odborníkům, kdy bylo použito strukturovaného procesu sběru a třídění vědomostí a názorů (proces vycházel z aplikace tzv. delfské metody). Cílem dotazníkového zjišťování zpětné vazby bylo prozkoumat zejména ty oblasti, kde docházelo k nejmenší korelaci mezi seznamem funkcí vypracovaným projektovým týmem a 12 předloženými osnovami. Spolu s předchozími výsledky delfského procesu umožnily pro-

jektovému týmu vytvořit výslednou podobu seznamu funkcí.

2. Výsledný seznam funkcí

Výsledný seznam – přehled „funkcí“ komunitního pracovníka v oblasti péče o duševní zdraví (nejčastěji sociální pracovník či psychiatrická sestra) je kombinací znalostí, dovedností a postojů, nezbytných pro práci s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním.

Pro každou z funkcí byly stanoveny dovednosti, které jsou považovány za nezbytné k výkonu této funkce. Použit byl termín dovednosti, neboť rozšiřuje koncepci kompetencí o schopnost efektivně aplikovat získané vědomosti, schopnosti a postoje na celou řadu různých uspořádání a jejich změny (Lindley et al., 2001). Důraz je kladen na integraci osobních vlastností a rozvinutých kompetencí a také na „reflexi v akci“ a „reflexi akce“.

Jednotlivé oblasti – funkce jsou rozděleny do dalších dovedností, které jsou dále podrobněji definovány. Například u funkce: „Účast v procesu šetření uživatele služeb (F1)“ jsou jako jednotlivé dovednosti uvedeny: schopnost

Tabulka 4 – Seznam „funkcí“ komunitního pracovníka v oblasti péče o duševní zdraví, Mammone et al., 2008

F1 Účast v procesu šetření uživatele služeb
F2 Zacházení s ohrožením
F3 Budování pracovního spojení s uživateli služeb a rodinami nebo pečovateli
F4 Podpora self-managementu (sebeřízení)
F5 Podpora sociálního začlenění a integrace do komunity
F6 Podíl na řízení organizace

rozumět nástrojům plánování poskytování služby a nástrojům provádění výzkumu, schopnost prokázat efektivní komunikaci a dovednost pozorování jako součást procesu vyšetření, schopnost jasně a zřetelně formulovat vyšetření, schopnost zjišťování potřeb a zdrojů (možností), schopnost uvědomit si a identifikovat symptomy a projevy (chování), které vyplývají z individuálního prožívání psychických problémů, schopnost odhalit známky krize/relapsu, dále schopnost komunikovat s uživateli služby o možných vedlejších účincích jejich medikace a vlivu těchto efektů na jejich život, posouzení schopnosti uživatele vykonávat samostatně každodenní aktivity, schopnost posoudit kvalitu života pomocí použití základních posuzovacích nástrojů a v neposlední řadě posouzení motivace uživatelů služby a jejich schopnosti samostatného života v komunitě.

Další oblast „Zacházení s ohrožením (F2)“ zahrnuje řešení každého chování, které představuje riziko pro uživatele nebo pracovníky a řešení problematického chování. Podrobnější popis zahrnuje dovednosti rozpoznávat momentální nebo budoucí riziko pro sebe a/nebo druhé, rozpoznávat momentální nebo budoucí riziko pro zdraví a/nebo život, určení toho, co všechno je třeba udělat (všechna opatření), posouzení nejvýznamnější otázky bezpečnosti (včetně rizikového chování), rizika sebevraždy, rizika sebepoškozujícího jednání (včetně užívání drog či alkoholu), zranitelnosti, rizika zneužití jinou osobou/osobami, rizika relapsu, nebezpečí pro druhé (jako třeba agresivní nebo zmatené chování). V otázkách rizikového chování je zdůrazněna spolupráce s ostatními členy týmu, zacházení s jakoukoli situací zahrnující rizikové chování tak, aby uživateli bylo pomoheno co nejméně omezujícím způsobem. Pracovník je nabádán, aby bral v úvahu, jak se uživatel služby choval v minulosti, nepouštěl ze zřetele právní řád a důsledky jakéhokoli opatření, které dělá. Je třeba znát postupy první pomoci, v případě rizikového chování by měla být do spolupráce zapojena rodina. Při řešení problematického chování je nezbytné rozlišení mezi skutečným nebezpečím a zvláštním chováním, vyjádření svého názoru (postoje), probírat etické otázky a morální dilemata, podstupovat supervizi jako metodu prevence a zvládnání situace.

„Budování pracovního spojení s uživateli služeb a rodinami nebo pečovateli (F3)“ můžeme označit za nespécifickou funkci, která zároveň zásadně ovlivňuje úspěšnost ostatních intervencí. Vztah s pracovníkem je u lidí se závažným duševním onemocněním (SMI, severe mental illness) důležitou proměnnou – faktorem, který ovlivňuje výsledek, tj. efektivitu léčby. Ne vždy musí být vztah „prvotně“ léčebný (psychoterapie), ale přesto (psychiatrická rehabilitace, práce s rodinou) zůstává významným prostředkem změny ovlivňujícím výsledek spolupráce. Vztah, který bývá konceptualizován jako pomáhající vztah či pomáhající aliance – spojení, terapeutická aliance či rehabilitační aliance, je chápán jako aliance proti nemoci se společnými cíli a úkoly. Zdůrazňovány jsou tři složky vztahu: vazba, cíl a úkoly (Bordin, 1976). Mc Cabe a Priebe (2004) publikovali přehled studií zabývajících se vztahem (pracovní aliancí) u lidí se závažným duševním onemocněním. Na rozdíl od výsledků psychotherapeutických studií, kde hodnocení pacienta (Horvath, 2000) je významnější pro predikci úspěšnosti terapie, výsledky této hodnotící studie ukazují, že u deprese, schizofrenního onemocnění, psychóz obecně se hodnocení terapeutů ukázalo jako více významné. Koncept vysokého EE (expressed emotion) se ukázal jako prediktor efektivity i u poskytovatelů služeb. F3 má ve výčtu funkcí tedy zvláštní postavení, je to kompetence, která prochází „napříč“ všemi funkcemi. Zdůrazněn je pohled na uživatele služeb a jejich rodiny jako „experty ve vlastní situaci“, dodržování a podpora občanských a lidských práv uživatelů služby a jejich rodinných příslušníků a pečovateli, adekvátní reagování na emoce, komunikaci s uživateli služby, rodinnými příslušníky a pečovateli a udržování vztahu s nimi.

„Podpora self-managementu, sebeřízení (F4)“, tato kompetence předpokládá zaujímání aktivní role v budování partnerství mezi uživateli a poskytovateli služeb, podporu uživatelům služeb ve zvládnání emocí, povzbuzování jejich samostatnosti prostřednictvím podpory v každodenních dovednostech, motivování uživatelů služeb, aby byli aktivními účastníky vlastního terapeutického procesu, podpora určení osobních cílů a práce na nich, ve vyjádření jejich

názoru a pohledu na službu, kterou dostávají, podpora svépomoci a vzájemné podpory uživatelů, rodinných příslušníků a pečovateli.

Dovednosti v rámci funkce „Podpora sociálního začlenění lidí s duševním onemocněním a jejich integrace do komunity (F5)“ jsou v našich podmínkách od sociálního pracovníka očekávány asi nejvíce. Spadá sem pomoc v dosahování cílů a naplňování přání uživatelů prostřednictvím partnerského přístupu, podpora uživatelů ve využívání možností smysluplných aktivit, např. zaměstnání, vzdělávání, pracovních programů, oddechových aktivit, ale i podpora porozumění duševním problémům a strategiím na jejich zvládnání.

„Podíl na řízení organizace (F6)“ předpokládá nejen dodržování pracovních zásad a postupů, ale také práci v týmu, aktivní účast na poradách, na zvyšování kvality „projektu“, patří sem prevence stresu a vyhoření, která zahrnuje i supervizi, která je v řadě zdravotnických zařízení (psychiatrické léčebny) zajištěna jen minimálně.

Každá z podfunkcí je popsána prostřednictvím podrobnějších dovedností, na konci každého oddílu je uveden výkladový text a seznam literatury. Zdůrazněny jsou základní přístupy: lidé s duševním onemocněním mají komplexní zdravotně-sociální potřeby, ale jsou to také reální lidé se svými reálnými životy (Meaden, Farmer, 2006). Rozvoj sdíleného porozumění, partnerství má velkou (nejen) terapeutickou hodnotu (Alanen, 1997).

Osnovy odborného vzdělávání

Výsledky šetření projektu PSYCHO_RESCUE ukazují, že v rozvinutých zemích je řada znalostí i dovedností získávána již v pregraduálním studiu. U nás jsou tyto znalosti a dovednosti často získávány až během praxe. Na základě výše uvedeného šetření se zdá, že sami pracovníci u nás jen obtížně definují své potřeby vzdělávání v oblastech, které odpovídají moderním směrům péče.

Přechod k modelu péče zaměřenému na komunitní služby (neplatí pro ČR) přinesl v evropských zemích radikální změnu ve struktuře a poslání psychiatrické péče. Evropská ministerská konference WHO o duševním zdraví (Helsinky, 12.–15. ledna 2005) stanovila vy-

sokou prioritu otázek duševního zdraví a plánování zemí EU v této oblasti prostřednictvím Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu, který je potvrzen Prohlášením o duševním zdraví ministrů zdravotnictví členských států v evropském regionu WHO (tento dokument byl podepsán i ministryni zdravotnictví ČR). V 9. oblasti Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu (vytvořit dostatečnou kompetentní pracovní sílu) je uvedeno: „Reforma v oblasti duševního zdraví vyžaduje plnění nových úloh a odpovědností, vyžaduje změny v hodnotách a postojích, vědomostech a schopnostech. Pracovní postupy mnoha pracovníků v péči o duševní zdraví a pracovníků v dalších sektorech, jako jsou učitelé, sociální pracovníci, duchovní a dobrovolníci, se musejí modernizovat tak, aby byly schopny nabízet účinnou a efektivní péči. Možnosti odborného vzdělávání musejí reagovat na nutnost dosažení odbornosti ve všech oborech a úkolech, které je třeba plnit.“ Plán doporučuje ke zvážení 11 úkolů, například „uvědomovat si potřebu odpovědnosti napříč odbornostmi, zahrnout zkušenosti z komunitního uspořádání péče a multidisciplinárních týmů do odborného vzdělávání; plánovat a financovat programy, které řeší potřeby vzdělávání a odborného vzdělávání; podporovat nábor nových pracovníků pro péči o duševní zdraví a posilovat stabilizaci stávajících pracovníků; vzdělávat a školit pracovníky o rozhraní mezi podporou, prevencí a léčbou; vytvořit odbornou pracovní sílu pomocí sestavení a realizace vhodných školicích programů; rozvíjet směry odborného vzdělávání v oblastech, které vyžadují vysokou odbornost“ (více čteně komentáře Abstract PSYCHO_RESCUE project, 2007).

Přesun směrem k modelům komunitní péče nebyl vždy doprovázen odpovídajícími změnami v odborném vzdělávání. V současné době vzniká ve všech zemích EU potřeba renovovat učební osnovy, aby byly zaplněny mezery způsobené nedostatky v legislativě a standardech odborného vzdělávání. Projekt PSYCHO_RESCUE se snažil vypracovat návrh kompetencí, které by vzdělání komunitního psychiatrického pracovníka mělo zahrnovat.

Domníváme se, že návrh učebních osnov pro odborné vzdělávání komunitních pracov-

níků pracujících s lidmi s duševním onemocněním (Mamone et al., 2008) podle seznamu či okruhu funkcí – kompetencí je inspirativní i v našich podmínkách. I když situace u nás v mnohém zaostává, lze předvídat postupný rozvoj komunitních služeb. Potřeby vzdělávání pracovníků, kteří pracují převážně v přirozeném prostředí, nejen s jedincem s duševním onemocněním, jeho rodinou, ale i s možnostmi v komunitě, jsou velmi obsáhlé a různorodé. Pracovníci musí vnímat specifiku duševního onemocnění, pracovat a komunikovat s dalšími členy týmu, znát (aniž by je přejímali automaticky) jejich modely onemocnění či terminologii. Bez dostatečné odborné přípravy sociálních pracovníků hrozí rozvoj redukcionistického sociálního a ekologického modelu péče. Učební osnovy musí zahrnovat ovlivnění základních postojů (sebezkušenostní cvičení, organizace a způsob výuky, zapojení uživatelů do výuky). Výrazná je potřeba dlouhodobějších výcviků v komplexní psychosociální rehabilitaci, výcviky orientované na řešení problémových situací. Musí být podtržen význam nejen znalostí, ale také nácviku dovedností nezbytných pro jasně definované okruhy činností (viz v tab. 4 uvedený Seznam „funkcí“, Mamone et al., 2008).

MPSV nastavilo prostřednictvím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, požadavky na pracovníky v sociálních službách. Od 1. 1. 2007 akredituje podle tohoto zákona vzdělávací instituce a vzdělávací programy jako kvalifikační kurzy pro tyto pracovníky. V současné době jsme svědky snad až exponenciálního růstu nabídek řady vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách.

Podle soudu mnohých chybí v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním koncepce vzdělávání sociálních pracovníků, která by umožňovala plánování nejen jejich rozvoje, ale také stanovovala znalosti, dovednosti nezbytné pro vykonávání jejich práce. Na rozdíl od ostatních oborů (psychiatrii, kliničtí psychologové, psychiatrické sestry) chybí taková koncepce vzdělávání, která by zahrnovala rámcově obsah odstupňovaného vzdělávání a umožňovala v budoucnu větší zakotvení, respekt, ale i finanční ohodnocení (viz „atestace“ u psychiatrů, psychologů) v multipro-

fesionálním týmu (Probstová, 2007). Pokud mají sociální pracovníci v budoucnu v souladu s evropskými trendy pracovat jako samostatní odborní pracovníci ve zdravotně-sociálních službách, je obsahová koncepce celoživotního kontinuálního vzdělávání podle našeho soudu nezbytná. Otevírá se také prostor pro spolupráci se školami. Je potřeba diskutovat okruhy vzdělávacích programů na pregraduální úrovni (viz příklad rozvinutých zemí, projekt PSYCHO_RESCUE), i podíl škol na celoživotním kontinuálním vzdělávání a zejména na výzkumu v oboru.

Závěr

Vrátím se ke kolegovi, který popisoval aktuální potřebu systematického vzdělávání u sociálních pracovníků pracujících v komunitních službách s cílovou skupinou lidí s dlouhodobým duševním onemocněním. Je zjevné, že se u nás objevuje generace sociálních pracovníků s kvalitním vzděláním a zkušeností v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním, která je schopna reflexe své zkušenosti a která může představovat roli pozitivních „modelů“. K dalším silným momentům patří i to, že u nás existují služby – příklady dobré praxe.

Zároveň ale chybí strategie budování a financování systému komunitní péče zejména o lidi se závažným duševním onemocněním, která by akceptovala nutnost spolupráce zdravotních a sociálních služeb (multidisciplinární regionální týmy). Chybí i systém celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků, který by mimo jiné na tuto nutnost reagoval. Je nezbytné, aby systém byl specifický pro sociální pracovníky, ale také aby zároveň umožňoval vzdělávání sociálních pracovníků jako členů komunitních týmů pečujících o lidi s duševním onemocněním.

Seznam literatury:

Abstract PSYCHO_RESCUE project.

<http://www.psychorecue.org>, 2007.

ALANEN, Y. O.: **Schizophrenia: Its origins and Need-Adapted Treatment.** London, Karnac, 1997.

BECKER, T., BAUER, M., RUTZ, W.: **Psychiatric reform in Europe.** *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 104, 8–14.

- BORDIN, E. S.: **The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance.** *Psychotherapy: Tudory, Research and Practise.* 1976, 16, 252–260.
- D'AVANZO et al.: **Discharges of patients from public hospitals in Italy between 1994–2000.** *International Journal of Social Psychiatry,* 2003, 49: 34.
- FIALOVÁ, A.: **Problémové sociální situace a události: nejčastější otázky lidí s duševním onemocněním.** Text vytvořený pro potřeby Vzdělávacího modulu pro zdravotní sestry v oblasti psychiatrické rehabilitace a terénní práce v psychiatrii, studijní text, CRPDZ, 2007.
- GUILBERT, J.: **Educational Handbook for Health Personnel.** Sixth edition. Updated (No 35), Who Offset Publication, 1998.
- HORVATH, A. O.: **The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance.** JCLP/ in Session: Psychotherapy in Practise, 2000, Vol. 56 (2), 163–173, John Wiley, Sons, Inc.
- HÖPPENER, A., NOLEN, W.: **Dutch Mental Healthcare: in the past, present and future: an international comparison.** In: **Health and health care in Netherlands,** ed. by Schrivejrs, A., Rijsemus, A., Maarsen, de Tijdstroom, E., 2001, 20–32.
- LINDLEY, P., O'HALLORAN, P., JUNANSZ: **The capable practitioner. A framework and the list of the practitioner capabilities to implement the National service framework for mental health.** Sainsbury Centre for mental health. London, 2001.
- MAMMONE, I., FUDA, F., DELUCA, S., BUMBACA, C., PEIRUCCI, M., LANGMEAD, K., GRAYDEN, J., MCKAY, E., FARRELL, C., VANDAM, M., RUITER, L., PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O., KAČÍRKOVÁ, P., ZEIBOTE, S., DYONSE, D., SYMEONIDES, N., CHADOULIS, G., REZZA, G., MOROSINI, P. L.: **Ressource Kit. Perí operatore psichiatrico di comunità.** 162 s., Roma, Istituto Superiore di Sanita, 2008.
- MC CAIBE, R., PRIEBE, S.: **The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings.** *The International Journal of Social Psychiatry,* 2004, 50: 115–128.
- MC DAID, D., THORNICROFT, G.: **Mental health II: balancing institutional and community-based care.** Geneva, World Health Organization, 2005.
- MEADEN, A., FARMER, A.: **A comprehensive approach to assessment in rehabilitation settings.** In Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F., Tattan, T.(Eds.): **The principles and practice of rehabilitation psychiatry.** Gaskell, 2006.
- MOSHER, L., BURTI, L.: **Community Mental Health Principles and Practise.** New York. Norton, 1989.
- PĚČ, O.: **Možnosti a meze změn struktury psychiatrické péče u nás.** Sborník příspěvků XXIX. konference sociální psychiatrie. Místo sociální psychiatrie v moderní psychiatrické péči (CD-ROM). Praha: Sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP, 2006.
- PROBSTOVÁ, V.: **Rehabilitace: včera, dnes a zítra.** OBAX (Občasný Bulletin Asociace Komunitních Služeb v oblasti péče o duševní zdraví), 2003, 1: 5–8.
- PROBSTOVÁ, V.: **Příspěvek na konferenci Otevřené otázky vzdělávání sociálních pracovníků.** Katedra sociální práce FF UK, Praha 2007.
- PRIEBE, S., TURNER, T.: **Reinstitutionalization in mental health care.** *British Medical Journal,* 2003, 326: 175–176.
- RAVELLI, D.: **Deinstitutionalization of mental health care in the Netherlands: towards an integrative approach.** *International Journal of Integrated Care,* 2006, 6.
- STUHLÍK, J.: **CAN-C (Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb – klinická verze) – zkušenosti s praktickým používáním ve službách psychosociální rehabilitace.** Sborník Symposia sociální psychiatrie. Duševní nemoc a vztahy, Praha, 2007.
- SLADE, M., THORNICROFT, G., LOFTUS, L., PHELAN, M., WYKES, T.: **Can: Camberwell Assessment of Need.** London: Gaskell, 1999.
- THORNICROFT, G., SZMUKLER, F.: **Textbook of Modern Community Psychiatry.** Oxford, Oxford University Press, 2001.
- VEVERA, J.: **Co pomůže duševně nemocným?** ZDN, 2006, 20, str. 20–21.

Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním¹

Barriers to Employment among Persons with Mental Illness

Iva Farbiaková

Mgr. Iva Farbiaková² je absolventkou katedry sociální práce FF UK v Praze. Momentálně působí jako sociální pracovnice v komunitním týmu občanského sdružení Fokus Praha, které nabízí komplexní komunitní péči pro osoby s dlouhodobým duševním onemocněním.

Abstrakt

Článek se zabývá problematikou pracovního uplatnění a pracovní rehabilitace osob s dlouhodobým duševním onemocněním. Cílem článku je popsat významné překážky, které brání pracovnímu uplatnění těchto osob, a rovněž stručně nastínit modely pracovní rehabilitace. Pracovně rehabilitační programy mohou významně přispívat k redukci těchto bariér.

Klíčová slova: duševní onemocnění, práce, pracovní rehabilitace, bariéra v pracovním uplatnění, podporované zaměstnání

Abstract

The text deals with the problematic of participation of the persons with mental illness in the labour force and their vocational rehabilitation. The article describes the most significant barriers which prevent persons with mental illness from getting and keeping job and further outlines the various types of vocational programmes which can significantly reduce such barriers.

Key words: mental illness, work, vocational rehabilitation, barrier to employment, supported employment

Úvod

Míra nezaměstnanosti u osob s dlouhodobým duševním onemocněním je obvykle udávána mezi 70–90 % (v USA, v Británii), v závislosti na závažnosti duševního onemocnění. Leff, Warner (2006) popisují, že takto vysoká nezaměstnanost u osob s duševním onemocněním je běžný stav v mnoha průmyslově vyspělých zemích Evropy a USA. Tyto statistiky jsou alarmující vzhledem k faktu, že práce (ve smyslu placené práce na otevřeném pracovním trhu) je považována za nejdůležitější prvek, který pozitivně ovlivňuje duševní zdraví a který vede k plnohodnotnému zapojení do života v komunitě.

Nezaměstnanost, jak uvádí O'Flynn (2001), je častou zkušeností obzvláště u těch osob, které mají dlouhodobé duševní one-

mocnění, které užívají medikaci a které byly hospitalizovány. S nejnižší mírou zaměstnanosti jsou spojována onemocnění schizofrenního okruhu, v rozsahu od 22 % do 40 %, a souběh dvou onemocnění (McAlpine, Warner, 2005).

Vysoká nezaměstnanost a neúčast na pracovním trhu neznámá, že lidé s duševním onemocněním nejsou způsobilí pracovat, či nechtějí pracovat. Leff, Warner (2006) uvádí, že 50–60 % osob s dlouhodobým duševním onemocněním je schopno mít zaměstnání a pracovat. Bond uvádí, že 60–70 % osob s dlouhodobým duševním onemocněním si přeje pracovat (In Leff, Warner, 2006).

Nízká zaměstnanost může být přisuzována mnoha různým příčinám. Existuje velké množství důvodů, proč lidé s duševním onemocněním

nemají placenou práci. Tyto důvody bývají nazývány jako bariéry v pracovním uplatnění.

Bariéry různí autoři různě člení, např. Waghorn, Lloyd (2005) člení bariéry na přímé a nepřímé. Tzv. přímé bariéry v pracovním uplatnění podle autorů mohou vyplývat z pozitivních a negativních symptomů psychózy, z vedlejších účinků antipsychotik nebo antidepressiv nebo následného snížení sociálních dovedností, nedostatku sebedůvěry apod. Tzv. nepřímé bariéry mohou dále vyplývat z negativních zkušeností, ze stigmatizace a nepřímé diskriminace nebo z načasování počátku onemocnění, které může přerušit dokončení vzdělání nebo přechod ze školy do zaměstnání či získání důležitých pracovních zkušeností. Michon a Weeghel (1999) dělí bariéry na tzv. vnější a vnitřní (In MATRA-III, 2004). V textu je zachováno rozdělení bariér na vnější a vnitřní.

Zdrojem informací pro tento příspěvek byla převážně anglosaská literatura, v textu jsou tedy (s výjimkou kapitoly 3) nastíněny výsledky studií, které jsou v drtivé většině obrazem situace v zemích západní Evropy a Severní Ameriky. V našich podmínkách této problematice dosud nebyla věnována dostatečná pozornost.

1. Vnitřní bariéry

1.1 Duševní onemocnění, závažnost a typ symptomatiky

Samotné následky duševního onemocnění mohou být bariérou (Carlos, Kenneth, Nora, Melissa, 2006). Mnoho lidí s vážným duševním onemocněním má potíže s pamětí, koncentrací, organizováním, mezilidskými interakcemi apod.

Poruchy kognitivních funkcí

Duševní onemocnění může vyvolat poruchy kognitivních funkcí, poruchy emocí, vnímání. Každá z nich se může stát bariérou pro pracovní uplatnění. Nejvíce spojovány s nezaměstnaností a nízkým pracovním výkonem jsou kognitivní poruchy (Bell, Bryson, 2001 In Waghorn, Lloyd, 2005). Lewis (2004) dále uvádí, že specifické poruchy mohou zahrnovat problémy s pozorností, pamětí a aktivním fungováním (In Waghorn, Lloyd, 2005). Posled-

ní studie ukazují, že tyto symptomy vyvolávají různá omezení (Honey 2002), které limitují např. možnosti volby týkající se typu povolání, které může být úspěšně zvládnuto, omezují pracovní výkonnost a pracovní dobu a zvyšují tak potřebu podpory pro udržení zaměstnání (In Waghorn, Lloyd, 2005).

Psychické problémy

Další bariéry vyplývající z onemocnění popisuje Jansen (1988) jako tzv. „psychické problémy“, mezi které patří: nedostatek sebedůvěry a sebeúcty, strach ze selhání a potíže při vycházení s ostatními (In Carlos, Kenneth, Nora, Melissa, 2006). Obdobně Waghorn, Lloyd (2005) popisují „osobní prožitky“ jako podstatnou vnitřní bariéru, která zahrnuje strach ze selhání, strach z relapsu, nedostatek sebedůvěry ve své pracovní schopnosti a obavu ze znovuzapojení do práce po letech nezaměstnanosti. Obdobně Michon, Weeghel (1999) popisují jako jednu z vnitřních bariér nedostatečné sociální fungování, špatnou schopnost komunikace (In MATRA III, 2004).

Ostatní klinické symptomy

Rutman (1994) poznamenává, že lidé se schizofrenií mohou sami sebe prezentovat neatraktivně a mohou se projevovat nevhodným nebo neobvyklým chováním. Mezi jednotlivé symptomy, které se v tomto smyslu mohou stát bariérou, patří např. poruchy myšlení (bludy, bizarní myšlení), poruchy vnímání (hlasové halucinace), anozognozie, ztráta řeči apod. (In Waghorn, Lloyd, 2005).

Uvedené symptomy se v průběhu času mohou měnit a nejsou odpovídajícím prediktorem pracovních výsledků. Bylo zjištěno, že nejlepším prediktorem je předchozí úspěšná pracovní historie, fungování před rozvojem onemocnění a současné sociální dovednosti (In Waghorn, Lloyd, 2005).

Epizodická a nepředvídatelná povaha onemocnění

I přes optimální farmakologickou léčbu a dostatečnou sociální a psychologickou podporu může mít duševní onemocnění epizodický charakter. Rutman (1994) uvádí, že jednotlivé psychotické epizody (jak první, tak i následující)

mohou být ohrožujícími a traumatickými zážitky, které poškozují stabilitu a identitu člověka a oslabují jeho schopnost znovu se pustit do zdoluhavějšího úsilí, jaké představuje např. pracovní rehabilitace (In Waghorn, Lloyd, 2005). Z povahy nemoci tak vyplývají určité odchylky v pracovním výkonu, pro některé osoby může být obtížné udržet si zaměstnání nepřetržitě po dlouhou dobu (McAlpine, Warner, 2001).

Léčebné intervence

Další podstatnou bariérou mohou být samotné vedlejší fyzické účinky léků. Neovlivňují přímo schopnost pracovat, ale mohou vyžadovat určité uzpůsobení pracovních podmínek na pracovišti (např. přílišná žízeň, nesoustředěnost, zvýšená frekvence močení apod.). V případech, kdy se pracovník rozhodne, že své onemocnění nebude „odhalovat“ svému zaměstnavateli (viz kapitola Stigmatizace na pracovišti), není to samozřejmě možné. Roberts (1997) zmiňuje, že méně zřetelné, ale neméně podstatné jsou také vedlejší účinky léků, které mají vliv na sociální aktivity. Např. člověk, který z důvodu medikace nemůže pít alkohol, se může cítit trapně, když je po práci pozvaný spolupracovníky na pivo. Autor popisuje, že jakékoliv vedlejší účinky léků, které mají vliv na sociální aktivity člověka, můžou zvýšit pocit odlišnosti a ztěžují pracovníkovi, aby dobře zapadl do kolektivu (In Carlos, Kenneth, Nora, Melissa, 2006).

Waghorn, Lloyd (2005) uvádějí, že farmakologické a psychologické léčebné intervence mohou vytvářet další bariéru pro získání a udržení zaměstnání. Patří sem kromě zmíněných vedlejších účinků léků i období nutné k určení optimálního typu medikace a dávkování, které mohou působit potíže pro poskytování pracovní podpory. Z tohoto důvodu by měly být léčebné intervence (jako např. vyzkoušení nové medikace) koordinovány s intervencemi pracovní rehabilitace.

1.2 Nedostatek pracovních zkušeností

Danley, Anthony (1997) uvádějí, že velkou bariérou jsou omezené pracovní zkušenosti, porozumění sobě samotnému jako pracovníkovi (zaměstnanci) a obecně omezené porozumění světu práce.

Prvotní zkušenosti v zaměstnání poskytují důležité informace o našich dovednostech, preferencích, zájmech a aspiraci. Tyto zkušenosti nám pomáhají dozvědět se o našich očekáváních a našich předpokladech ve světě práce. V průběhu času tyto zkušenosti přispívají k tomu, že jsme schopni v kariéře učinit správná rozhodnutí a být v zaměstnání úspěšní. Osoby s duševním onemocněním častokrát tyto pracovní zkušenosti a zásadní informace týkající se zaměstnání postrádají (In Carlos, Kenneth, Nora, Melissa, 2006).

Carlos, Kenneth, Nora, Melissa (2006) uvádějí, že lidé, kteří vstupují do pracovních rehabilitačních programů po dlouhé době trvání duševního onemocnění, často mají podstatně méně znalostí o svých schopnostech, zájmech a preferencích ve srovnání s jinými lidmi jejich věku.

Waghorn, Lloyd (2005) obdobně uvádějí bariéru, kterou označují „pracovní nezralost“, kterou autoři vysvětlují tím, že tito lidé nebyli vystaveni typickým životním zkušenostem, povinnostem a rolím, které člověku pomáhají formovat odpovídající vnímání práce, pracovních hodnot a pracovní morálky. Důsledkem toho může být, že tito lidé mají zhoršené vnímání svých současných pracovních dovedností, což může vyvolávat nereálné pracovní cíle, které nejsou v souladu s jejich aktuální úrovní dovedností a zkušeností.

1.3 Nedostatečné vzdělání

Carlos, Kenneth, Nora, Melissa (2006) popisují, že stejným způsobem, jakým může zasáhnout duševní onemocnění do získávání pracovních zkušeností, může zasáhnout i do dokončení vzdělání (střední či vysoké školy). Nedostatečné vzdělání pak snižuje kvalitu i kvantitu dostupných pracovních příležitostí stejně jako u kteréhokoliv jiného člověka. Waghorn, Lloyd (2005) uvádí, že nejčastěji je spojováno s celoživotním přerušením pracovního uplatnění psychotické onemocnění. I přes tento fakt různí autoři (Bond, 1998, Bond 2004, Lehman, 2002 ad.) přinášejí dlouhodobé výsledky jednotlivých studií a úspěšných pracovních rehabilitačních programů a dokládají možnost/proveditelnost pracovního uplatnění u značného procenta osob s psychotickým onemocněním (In Waghorn, Lloyd, 2005).

1.4 Postoj k práci obecně a motivovanost vyhledávat podporu v oblasti práce

Další možná bariéra, „postoj k práci obecně a motivovanost vyhledávat podporu v oblasti práce“, byla diskutována autory McAlpine, Warner (2001). Autoři zjišťují, že lidé s duševním onemocněním chtějí pracovat a uznávají potřebu podpory. Výsledky z výzkumu ukazují, že 61 % osob hovoří o tom, že potřebují podporu ať již při vyhledávání či udržení práce, pouze 29 % osob však uvádí, že nějaký typ podpory v minulosti obdrželi.

V našich podmínkách nebyly provedeny studie, které by se zabývaly skutečnou motivací k pracovnímu uplatnění, ochotou zvyšovat kvalifikaci či vyhledávat podporu v oblasti práce. Lze předpokládat, že určitá část osob s duševním onemocněním svůj zájem realizovat se v práci ztratila. Důvody mohou být rozličné (např. zajištěný příjem ze systému sociálního zabezpečení), viz níže.

1.5 Obava ze ztráty finančního zabezpečení (invalidního důchodu)

Klienti se často obávají, že v případě nástupu do běžného zaměstnání jim bude odebrán invalidní důchod (či jiné „výhody“). Obava ze ztráty této finanční jistoty a zároveň obava ze ztráty zaměstnání, která by mohla nastat v případě zhoršení zdravotního stavu, jsou podstatnou bariérou pro nástup do zaměstnání. Tato obava může být oprávněná (viz vnější bariéry), případně vyplývá z neinformovanosti.

2. Vnější bariéry

2.1 „Zavádějící služby“

Carlos, Kenneth, Nora, Melissa (2006) uvádějí, že část profesionálů stále zastává zastaralé názory o schopnostech, potřebách a přáních osob s duševním onemocněním, což má za následek zbytečné zpoždění nástupu klienta do efektivních pracovních programů (např. klient musí nejprve prokázat úspěšnou účast v programech, které jsou zcela oddělené od běžné komunity), ačkoliv mnohé výzkumy potvrzují, že rychlý nástup do běžného zaměstnání na otevřeném trhu práce je efektivnější. S touto problematikou úzce souvisí i nízké očekávání ze strany profesionálů.

2.2 Nízké očekávání ze strany profesionálů

Waghorn, Lloyd (2005) uvádějí, že profesionálové často zmiňují, že jejich klienti mají nereálné očekávání a nereálné cíle týkající se zaměstnání. Autoři vyjadřují přesvědčení, že nízké očekávání na straně profesionálů ve svém důsledku brání většině lidí využívat služeb podporovaného zaměstnávání.

Carlos, Kenneth, Nora, Melissa (2006) zmiňují, že profesionálové také často nabízí klientům pracovní nabídky omezené na jednoduchou práci bez možnosti pracovního postupu, i když klient má vyšší akademický titul a bohaté pracovní zkušenosti nebo větší aspiraci.

Toto téma úzce souvisí se stigmatizací ze strany profesionálů (viz níže).

2.3 Stigmatizace, diskriminace a předsudky vůči duševně nemocným

S duševní nemocí je ve společnosti stále spojováno velké stigma. Postoje veřejnosti ke skupině osob s duševním onemocněním jsou hluboce historicky zakořeněné, přestože v posledních desetiletích došlo k výraznému zlepšení, řada předsudků a mýtů přetrvává. Veřejnost nerozumí dopadům duševního onemocnění a často má z tohoto onemocnění strach. Stigmatizační postoje a nepřímá diskriminace ze strany společnosti, zaměstnavatelů, ale i ze strany profesionálů (či rodinných příslušníků) představují další bariéru pro získání a udržení zaměstnání. Moxley, Finch (2003) tvrdí, že stigmatizace má hlavní vliv na podíl pracovních neúspěchů u osob s duševním onemocněním.

Stigmatizace ve společnosti

Waghorn, Lloyd (2005) uvádějí, že lidé s duševním onemocněním mají méně pracovních příležitostí než ostatní populace, většinou kvůli špatnému chápání nemoci a předsudkům vůči jejich schopnostem a potřebám. U těchto osob se ve společnosti neočekává, že budou pracovat a že pracovat vůbec jsou schopni. Dalším problémem je, že někteří lidé s duševním onemocněním podporují stigmatizační postoje, jak např. popisuje Caltraux (2003), jako „zvnitřněné stigma“, které u člověka s duševním onemocněním ovlivňuje vnímání sebe

sama a má tak vliv na úspěch a neúspěch v pracovním uplatnění (In Waghorn, Lloyd, 2005).

Rozsah a míra zkušeností se stigmatizací může u osoby s duševním onemocněním ovlivnit rozhodování o svých cílech v pracovní oblasti (Waghorn, Lloyd, 2005).

Stigmatizace na pracovišti (ze strany zaměstnavatelů)

Postoje zaměstnavatelů vůči lidem s duševním onemocněním odráží stigma, které převládá v širší společnosti. I zaměstnavatelé se často domnívají, že lidé s duševním onemocněním nejsou schopni pracovat nebo že jim není možné uzpůsobit pracovní podmínky.

McAlpine, Warner (2001) zmiňují, že stigmatizace hraje roli při rozhodování zaměstnavatele o přijetí do zaměstnání, či v rozhodování, zda nechat zaměstnance v pracovním poměru. Autoři dále popisují, že zaměstnavatelé často tyto osoby nejsou ochotni zaměstnávat, a pokud jsou přijati do pracovního poměru, je s nimi často zacházeno rozdílně od ostatních pracovníků.

Výzkumy také ukázaly (Michaels, Nappo, Barrett, Risucci, Harles 1993), že zaměstnavatelé jsou častěji ochotni přizpůsobit pracovní podmínky na pracovišti lidem s fyzickým postižením (např. vozíčkářům) (In McAlpine, Warner, 2001).

Kvůli stigmatizaci a strachu z diskriminace lidé s duševním onemocněním často svou psychiatrickou minulost či svůj současný zdravotní stav skrývají. Tímto je tak vytvořena další překážka, jak popisují např. McAlpine, Warner (2001). Odhalení duševního onemocnění zaměstnavateli je nezbytné, pokud má zaměstnavatel uzpůsobit pracovní podmínky na pracovišti (např. flexibilní pracovní doba, dny neplaceného volna apod.).

Moxley, Finch (2003) uvádějí, že další problémy mohou pramenit z interakcí se spolupracovníky, kteří nemají dostatek informací o povaze duševního onemocnění a o jeho silných a slabých stránkách.

Stigmatizační bariéry na straně profesionálů

Stigmatizace je opravdu všudypřítomný problém. Moxley, Finch (2003) tvrdí, že toto

stigma může být ve svém důsledku mocnější než samotný hendikep. Uvádějí, že samotní pracovníci pracovních rehabilitačních programů posilují stigma tím, že stereotypně nabízejí lidem s dlouhodobým duševním onemocněním jako nástupní místa nekvalifikované práce (např. v oblasti zahradnictví, zásobování, v prádelně, kancelářské práce, pozice vrátného), které jsou nepřiměřené kvalifikaci klienta.

Roberts (2003) obdobně popisuje, že část profesionálů stále věří, že práce na otevřeném trhu je příliš stresující a že může vyvolat dekompenzaci a hospitalizaci. Profesionály autorka popisuje jako „zprostředkovatele“, kteří mají moc, a tedy i vliv na rozhodování, jaký typ služby je pro klienta vhodný, a v důsledku i to, jestli vůbec se stane pro klienta dostupný. Autorka tyto stigmatizační postoje ze strany profesionálů popisuje jako jedinou bariéru, která nemůže být odstraněna tak jako ostatní bariéry podporou, nácvikem apod. v dané oblasti, neboť existuje v myslích samotných profesionálů.

2.4 Demotivující vliv systému finanční podpory (systému sociálního zabezpečení)

Leff, Warner (2006) uvádějí, že podstatnou bariérou je nemotivovanost pro pracovní uplatnění, která vyplývá ze systému sociálního zabezpečení. Podstatným momentem se ukazují být pravidla týkající se např. možnosti příjmu ze zaměstnání a současného nároku na pobírání invalidního důchodu. Svědčí o tom následující příklad. Výzkumy ukazují, že v severní Itálii je velmi vysoké procento (50–60 %) osob se schizofrenním onemocněním, kteří mají placenou práci na částečný úvazek, což je výrazně vyšší podíl než v ostatních rozvinutých zemích (např. USA, Británie). Odpovědí na otázku, jak je možné, že existují tak velké rozdíly v procentu nezaměstnaných osob mezi rozvinutými zeměmi, podávají Sartorius, Maj (2003) a spočívá v rozdílném systému invalidních důchodů v jednotlivých zemích. V Itálii je pracovní motivace těchto osob daleko vyšší, jelikož si mohou ponechat dávky (v invalidním důchodu), zatímco pracují.

2.5 Nedostupnost pracovních rehabilitačních programů

Důvody mohou být různé. Waghorn, Lloyd (2005) udávají jako další bariéru komorbiditu. Lidé s duševním onemocněním, kteří mají současně jiné zdravotní postižení (např. mentální postižení, druhotné poškození CNS), jsou častěji odmítáni pro přijetí do pracovních rehabilitačních programů. Ačkoliv fakta prokazují (Bond 2004), že komorbidita není oprávněným důvodem, na jehož základě by mělo stát rozhodnutí o nepřijetí (In Waghorn, Lloyd, 2005). Další příčinou nedostupnosti může být nedostatek (či neexistence) těchto programů v určitých geografických lokalitách (např. venkovské a odlehlé oblasti).

2.6 Situace na trhu práce

McAlpine, Warner (2001) uvádějí, že charakteristika pracovního trhu, zahrnující míru nezaměstnanosti a poptávku po určitých typech povolání, může ovlivnit míru zaměstnanosti osob s duševním onemocněním.³

2.7 Personální politika zaměřená na zisk

Michon, Weeghel (1999) uvádějí jako další bariéru personální politiku zaměřenou na zisk, která je příčinou tlaku na výběr nejzdravějších a nejproduktivnějších pracovníků (preferenci „iniciativních a flexibilních“ pracovníků). (In MATRA III, 2004.)

2.8 Politika pracovní integrace

Michon, Weeghel (1999) dále zmiňují nebezpečí, kdy v případě povinnosti firem zaměstnávat určité procento osob se zdravotním postižením jsou spíše upřednostňováni lidé s jiným typem postižení (např. tělesně postižení) (In MATRA III, 2004).⁴

3. Bariéry v pracovním uplatnění osob s duševním onemocněním z pohledu uživatelů služeb a pracovníků podporovaného zaměstnávání v Praze (šetření)

3.1 Popis šetření

V tomto šetření se středem zájmu staly bariéry v pracovním uplatnění, tak jak se s nimi setkávají samotní lidé s duševním onemocně-

ním (uživatelé pražských komunitních služeb) a pracovníci programu podporovaného zaměstnávání pražských komunitních služeb pro duševně nemocné (dále jen pracovníci „PZ“) při spolupráci s klienty. Zdrojem dat byly polostrukturované rozhovory s osobami s dlouhodobým duševním onemocněním a pracovníky PZ zaměřené na téma šetření.

3.2 Výsledky šetření

V rozhovorech osoby s duševním onemocněním popsaly širokou škálu překážek v pracovním uplatnění, s kterými se přímo setkaly nebo setkávají. Rovněž pracovní konzultanti PZ popsali, že se při spolupráci setkávají s překážkami, které klientům brání či znesnadňují pracovní uplatnění. Důležitým výsledkem šetření jsou níže uvedené kategorie vnitřních a vnějších bariér. Vytvořené kategorie přímo vycházejí z toho, jak lidé s duševním onemocněním a pracovníci PZ překážky popisovali, tedy vycházejí i ze subjektivního pohledu na to, co respondenti zažívali jako překážku. Vzhledem k malému rozsahu šetření nelze jeho závěry zobecňovat na populaci osob s dlouhodobým duševním onemocněním v Praze, ale je možné předpokládat, s jakými překážkami se tyto lidé v pracovním uplatnění setkávají. Toto šetření je možné považovat za sondu, v tom smyslu, že se jednalo o první empirický vstup do problematiky překážek v pracovním uplatnění (z pohledu uživatelů služeb a pracovníků PZ) u nás, čímž poskytuje náhled terénu zkoumané problematiky.

Jako významné překážky se ukázaly být zejména následující:

- Předsudky, diskriminace, stigmatizace ze strany zaměstnavatelů
- Nedostupnost/nedostatek „vhodných míst“ na pracovním trhu (částečný úvazek, flexibilní pracovní doba ad.)
- Neochota/nemotivovanost zaměstnavatelů zaměstnávat osoby se zdravotním postižením obecně
- Upřednostnění jiného typu postižení před duševním onemocněním ze strany zaměstnavatelů
- Charakter pracovního trhu – „nepřátelský“, „rychlý“, „zaměřený na výkon“
- Nejednoznačné informace o možnostech příjmu při pobírání invalidního důchodu

- Chráněné prostředí některých pracovně rehabilitačních programů jako „past“
- Problematické aspekty v legislativní úpravě (zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
- Chybějící podpora v rodině (postoje a očekávání ze strany rodinných příslušníků)
- Nízké vzdělání, vzdělání bez specializace, nedostatečná nebo žádná praxe (z důvodu onemocnění)
- Chybějící základní dovednosti, které jsou dnes považovány za „běžné“ (dovednost práce na PC, práce s internetem, e-mailová komunikace, znalost cizích jazyků)
- Dlouhodobá pracovní pauza způsobená onemocněním, „mezery“ v životopisech
- Neznalost vlastních pracovních schopností, neexistence představ typu pracovního uplatnění
- Nereálná vize vhodného pracovního místa (nereálné požadavky)
- Nedostatek sebedůvěry, nízké sebevědomí
- Obavy a strach z nástupu do zaměstnání, z něčeho nového, z nezvládnutí pracovního nasazení, stresu
- Nedostatečné sociální fungování, problémy v komunikaci
- Nízká přizpůsobivost změnám
- Selhávání v běžných každodenních činnostech
- Jinakost a „nevhodná“ sebeprezentace jako překážka při přijímacích pohovorech
- Oslabená vůle a motivace k práci obecně
- Nemotivovanost k práci z důvodu finančního zajištění (invalidního důchodu)
- Obava ze ztráty invalidního důchodu
- Potíže s orientací, s cestováním
- Vedlejší účinky léků
- Obtížné vstávání a docházení do zaměstnání včas
- Další symptomy, projevy nemoci: poruchy pozornosti, paměti, vůle, emocí, myšlení

4. Pracovně rehabilitační programy a podpora zaměstnání

Bariéry při získávání a udržení zaměstnání na otevřeném pracovním trhu redukuje programy pracovní rehabilitace. Za účelem snížení některých bariér v pracovním uplatnění

osob s duševním onemocněním se tak v průběhu času postupně vyvíjely (a i nadále vyvíjejí) jednotlivé druhy pracovně rehabilitačních programů (In McAlpine, Warner, 2001). Tyto programy se mezi sebou podstatně liší v aranžmá služeb a z hodnocení jednotlivých programů bylo zjištěno, že se liší i v úspěšnosti, co se týká pracovních výsledků (míra zaměstnanosti, počet pracovních hodin, výše mzdy ad.). Velmi dobrou úspěšnost má např. program podporovaného zaměstnávání (viz níže) (McAlpine, Warner 2001).

Dostupnost široké škály programů pracovní rehabilitace (nabízející jak výhled práce na otevřeném pracovním trhu, tak i alternativ), které mohou těmto osobám umožnit návrat na pracovní trh a uspění v něm, se proto jeví jako nezbytná.⁵

4.3 „The train-and-place“ model versus „the-place-and-train“ model

Leff, Warner (2006) dokládají, že až donedávna nebyly programy pracovní rehabilitace pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním příliš efektivní. Autoři popisují, že v letech 1992 a 1995 Bond a Lehman zrevidovali výzkumy v oblasti pracovní rehabilitace (proběhlé do roku 1970). Na základě těchto přezkumů se ukázalo, že žádná ze studií u osob s psychotickým onemocněním neprokázala úspěšnost ve zlepšení v dlouhodobých pracovních výsledcích. Mnoho pracovně rehabilitačních programů v sedmdesátých a osmdesátých letech (tedy až do doby rozšíření modelu podporovaného zaměstnání) bylo úspěšných v umísťování osob s psychotickým onemocněním v chráněné práci v nemocnici či jinde a v pomoci udržet si tuto práci. Žádný z těchto programů však nebyl úspěšný v umísťování klientů na otevřený trh práce. Jinými slovy, tyto programy (tradiční pracovní rehabilitace) byly schopny pomoci klientům přizpůsobit se specifickému pracovnímu prostředí, ale nebyly úspěšné při umístění klienta do „běžné“ práce.

Změna nastala až s nástupem modelu podporovaného zaměstnávání⁶ na počátku osmdesátých let. Autory byl tento model koncipován jako „the-place-and-train“ model (tedy relativně rychle pomoci klientovi najít práci a poté teprve poskytovat potřebný trénink a podporu)

a nahradil tak dosavadní model „the train-and-place“ model (tedy poskytování rozsáhlého předpracovního tréninku klientovi, dříve než si začne hledat práci na otevřeném pracovním trhu).

Těto „model-versus-model“ diskusi odpovídá volné členění typů pracovních programů na: a) model předpracovního tréninku („The pre-vocational training model“); b) podporované zaměstnání („Supported employment“); (Crowther, Marshall, Bond, Huxley, 2001, In McAlpine, Warner 2001).

4.4 Model předpracovního tréninku („The train-and-place model“)

Předpracovní trénink obvykle zahrnuje řadu stupňů, kde je klient postupně zařazován do zaměstnání. Tyto programy často zahrnují rozsáhlé období v chráněném zaměstnání, kde pracují převážně lidé se znevýhodněním. Tento model byl tradičně využíván v USA. Uvedený model zahrnuje např. pracovní programy v rámci „clubhouse“ modelu, trénink dovedností, chráněné zaměstnání a přechodné zaměstnání.

Lieberman (1988) popisuje kontinuum služeb, které má mít klient k dispozici. Jeho koncept spočívá v postupných krocích klienta v pracovní rehabilitaci. Klient může podle okolností vstoupit do určitého typu služby na jakékoli úrovni, postoupení o „krok výš“ je podmíněno dosažením úrovně kroku předchozího, zastavit se klient může také na jakékoli úrovni. Tento postup byl odborníky v určitém období považován za pravděpodobně nejlepší cestu návratu lidí s duševním onemocněním do zaměstnání.

Zmiňovanými kroky, které vytváří kontinuum programů pracovní rehabilitace podle Liebermana, jsou:

1. zjišťování (vyhodnocení) pracovních dovedností
2. příprava na práci
3. trénink pracovních dovedností
4. chráněné zaměstnávání (chráněné dílny a podniky)
5. přechodné zaměstnávání
6. nalezení zaměstnání
7. podpora v zaměstnání

Výše uvedený Libermanův „krokový model“ je v posledních letech kritizován, včetně představy, že lidé s duševním onemocněním by měli postupně procházet jednotlivými stupni pracovně rehabilitačních programů (tedy postupovat od nejméně náročných k náročnějším pracovním podmínkám). Jak je uvedeno výše, hodnocením těchto programů se došlo k závěru, že programy předpracovního tréninku nezvyšují klientovu schopnost získat a udržet si práci na otevřeném pracovním trhu.

Velkým nedostatkem tohoto modelu bylo, že klienti nepostupovali z chráněných pracovních dílen dále směrem k práci na otevřeném trhu, a tedy i neschopnost překonat znevýhodněné postavení těchto osob na trhu práce.

4.5 Podporované zaměstnávání („The place-and-train model“)

Programy podporovaného zaměstnávání se rozvíjely a rozšiřovaly od počátku 80. let jakožto alternativa k výše zmíněnému modelu. Becker, Drake (2005) uvádí, že během deseti let bylo podporované zaměstnávání upraveno pro osoby s duševním onemocněním na základě řady výzkumných studií. Je to významná metoda, která nachází stále více své místo v zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

Model podporovaného zaměstnávání dosahuje u osob s duševním onemocněním lepších pracovních výsledků ve srovnání s tradičními programy. Dosahuje vyššího podílu v získávání práce na otevřeném trhu, vyššího počtu pracovních hodin a vyššího platu (Bailey at al., 1998, In McAlpine, Warner, 2001).

Nejobsáhleji popsany přístup k podporovanému zaměstnávání osob s duševním onemocněním se nazývá „Individual Placement and Support“ (dále jen „IPS“)⁷, který má v USA velmi dobré výsledky.

4.6 Model „Individual Placement and Support“

Objevily se první pokusy implementovat IPS i v evropských zemích. Otázka, zda tento model bude v Evropě také úspěšný (pro osoby s duševním onemocněním), však prozatím zůstává nezodpovězená. První studie v několika zemích (Anglie, Bulharsko, Německo, Itálie,

Švýcarsko) byly dokončeny teprve nedávno. Aktuální studie byla provedena v Holandsku, přičemž jejím cílem bylo zjistit uskutečnitelnost této metody a identifikace hlavních bariér pro zavedení této metody v Holandsku. Studie přinesla některé zajímavé výsledky, např. nižší úspěšnost v získávání a udržení běžné práce. Tato skutečnost je přičítána dostupnosti různých alternativ placené práce (např. sociálních firem a chráněné práce) a tím snížené atraktivitě práce na otevřeném trhu pro lidi s duševním onemocněním a také většímu „vypadávání“ klientů z tohoto programu. Studie v Holandsku ukázala, že uvedený model je zde proveditelný, ačkoliv výsledky naznačují, že může být úspěšně implementován jen za určitých podmínek. Požadovány jsou zejména: nový přístup a očekávání týkající se údravy klientů, nová organizační struktura a nové mechanismy financování, rozsáhlý trénink, což také může vyvolat potřebu změn v zákonodárství, které v některých ohledech v současné době funguje jako bariéra reintegrace osob se zdravotním postižením (In Weeghel et al.). Burns, Catty, Becker at al. uvádějí, že v některých evropských zemích je hlavní překážkou pro úspěšnou pracovní rehabilitaci zmíněný nemotivující systém finanční podpory (systém sociálního zabezpečení, sociální dávky). (In Weeghel et al.)

Weeghel et al. uvádějí, že pro úspěšné zavedení tohoto modelu bude určitě nezbytné upravit i samotný model „na míru“ odlišnému evropskému prostředí.

4.7 Složky efektivní pracovní rehabilitace

Uvedené modely péče mají své zastánce i odpůrce. V současné době je, spíše než na debatu „model-versus-model“, pozornost nově zaměřena na složky efektivní pracovní rehabilitace, která je specificky určena pro osoby s duševním onemocněním (McAlpine, Warner 2001).

Kromě toho v rámci podpory zaměstnávání osob s duševním onemocněním je kladen důraz na další možnosti pracovního uplatnění (pracovní příležitosti), které jsou vytvořené proto, aby zvýšily pracovní příležitosti pro lidi se znevýhodněním tím, že poskytují podpůrné prostředí bez stigmatizace. Jedná se např. o sociální firmy, sociální družstva ad., které

produkují zboží nebo poskytují služby jako jakákoliv jiná firma a nabízejí možnost soustavného zaměstnání pro tyto osoby.

Diskuse a závěr

Překážky v pracovním uplatnění osob s duševním onemocněním jsou rozsáhlé. McAlpine, Warner (2001) uvádějí, že samotný typ diagnózy a charakteristika onemocnění ani jednotlivé symptomy plně nevysvětlují pracovní znevýhodnění. Z jejich studie vyplývá, že mezi nejmocnější bariéry patří: stigmatizace na pracovišti, nedostatek uzpůsobení pracovních podmínek na pracovišti a charakteristiky trhu práce. Jiná studie, zaměřená na motivaci k práci a vnímání bariér pracovního uplatnění, popisuje, že jako bariéra je samotnými osobami s duševním onemocněním nejčastěji uváděn strach ze ztráty dávek systému sociálního zabezpečení. Celkem 38 % osob z celkového vzorku udávalo nechuť nebo neochotu pracovat a z nich dvě třetiny uvedly, že když by neměly obavy ze ztráty dávek systému sociálního zabezpečení, pokusily by se získat zaměstnání (McQuilken, Zahnisher, Novak et al., 2003).

Zajímavá je však skutečnost, že obecně lepší výsledky v podílu zaměstnaných osob s duševním onemocněním mají spíše rozvojové země než vyspělé země. Např. Srinivasan, Tirupati (2005) uvádí ve své studii, že 67 % osob se schizofrenií (ze zkoumaného vzorku) v Indii bylo zaměstnáno a většina z nich pracovala na plný úvazek v běžné práci s minimální nebo žádnou podporou na pracovišti. Prognóza úspěšnosti pracovního zařazení je zde tak mnohonásobně vyšší a takovéto hodnoty nutí k zamyšlení. Je možné uvažovat o tom, že tento stav je důsledkem tlaku na vysokou produktivitu práce a vysokou flexibilitu zaměstnance i pracovního subjektu (orientace na výkon a zisk, viz výše), čímž je možné charakterizovat průmyslově vyspělé společnosti. Oproti tomu v méně vyspělé ekonomice je více pracovních příležitostí, které umožňují inkluzi (nebo je možno uvažovat o tom, že v uvedených společnostech nedochází u těchto osob k exkluzi). Jak uvádí Carling, ve vyspělých společnostech mají postižení lidé obvykle jen dvě možnosti: být nezaměstnaný, nebo vykonávat špatně placenou nekvalifikovanou práci

spojenou s nízkým sociálním statutem a malou vyhlídkou na pracovní postup (In Votavová, 1999). V průmyslově vyspělých společnostech je u osob s duševním onemocněním kladen důraz na kontrolu symptomů nebo jejich eliminaci a zřídka na praktickou úzdravu. Svým fungováním a postojem k duševnímu onemocnění vede systém zdravotní péče k odcizení těchto osob a přispívá u nich ke ztrátě normální role ve společnosti (Mathews, Basil, 2006).

Poznámky

- 1 Tato stať vychází z diplomové práce autorky: Farbiaková, I. (2007): Programy pracovní rehabilitace a podpora zaměstnávání osob s dlouhodobým duševním onemocněním: popis současného stavu v Praze a možných bariér v pracovním uplatnění těchto osob. Diplomová práce obhájená na katedře sociální práce FF UK.
- 2 Kontakt na autorku: farbiakova@seznam.cz
- 3 Podle údajů MPSV ČR patří občané se zdravotním postižením k nejhroženějším nezaměstnanostmi na trhu práce. Podíl počtu uchazečů o zaměstnání se zdravotním postižením se v ČR pohybuje na hodnotě přibližně 14 % z celkového počtu uchazečů. Velkým nedostatkem na pracovním trhu v ČR je nízký podíl částečných úvazků na zaměstnanosti (ve srovnání s jinými zeměmi je u nás využívání částečných úvazků asi pětkrát nižší) a dále u nás existuje značný deficit v nabídce pracovních pozic s částečnou pracovní dobou (Šmejkalová, 2006).
- 4 Stejně jako většina evropských zemí, také Česká republika již řadu let uplatňuje tento nástroj politiky zaměstnanosti ve prospěch občanů znevýhodněných jejich zdravotním postižením. V ČR jsou zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu 4 % těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců. O účelnosti a efektivnosti tohoto opatření se však u nás vedou diskuse, jelikož mnoho zaměstnavatelů tuto povinnost kromě tzv. náhradního plnění řeší převážně nebo zcela finančním odvodem do státního rozpočtu.
- 5 V současné době je možné se v oblasti pracovní rehabilitace duševně nemocných osob setkat s různými názvy programů. Jedná se např. o pod-

porované zaměstnávání, přechodné zaměstnávání, chráněné pracovní dílny, chráněná pracovní místa, pracovní rehabilitaci, sociální rehabilitaci, sociálně terapeutické dílny, výrobní družstva invalidů, sociální firmy ad. V ČR neexistuje jednotná terminologie pracovních rehabilitačních programů, resp. je možné setkat se s nejednotností mezi legislativním vymezením na jedné straně a chápáním programů mezi profesionály a fungováním v praxi na druhé straně, příp. chybějícím legislativním vymezením některých programů.

- 6 Počátky systému podporovaného zaměstnávání jsou v Kanadě a USA koncem sedmdesátých let 20. století. Jeho myšlenka se postupně rozšířila do severní a západní Evropy a začátkem devadesátých let zaznamenala prudký rozvoj.
- 7 Přístup IPS je detailně popsán autory Drake, R. E., Becker, D. R. (2003) v knize „A Working Life for people with severe mental illness“.

Seznam literatury:

- BECKER, D. R., DRAKE, R. E. 2005. **Supported employment for people with severe mental illness. A guideline for the Behavioral Health Recovery Management Project.**
- CARLOS, W. P., KENNETH, J. G., NORA, M. B., MELISSA, M. 2006. **Psychiatric Rehabilitation.** Roberts Published, Elsevier Medical.
- DRAKE, R. E., BECKER, D. R. 2003. **A Working Life for people with severe mental illness.** Oxford University Press, New York.
- FARBIKOVÁ, I. 2007. **Programy pracovní rehabilitace a podpora zaměstnávání osob s dlouhodobým duševním onemocněním: popis současného stavu v Praze a možných bariér v pracovním uplatnění těchto osob.** Diplomová práce obhájená na katedře sociální práce FF UK.
- LEFF, P. J., WARNER, R. 2006. **Social inclusion of people with mental illness.** Cambridge University.
- LIBERMAN, R. P. 1988. **Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients.** American Psychiatric Press, New York.
- MATHEWS, M. D., BASIL, B. 2006. **Better Outcomes for Schizophrenia in Non-Western Countries.** American Psychiatric Association. Psychiatr Serv, 57, s. 143–144.

- MCALPINE, D. D., WARNER, L. 2001. **Barriers to Employment among Persons with Mental Illness: A Review of the Literature.** Disability Research Institute. Project Number: p04-04c.
- MCQUILKEN, M., ZAHNISHER, J. H., NOVAK, J., et al. 2003. **The project survey: Consumers perspectives on work.** *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, s. 59–68.
- MOXLEY, D. P., FINCH, J., R. 2003. **Sourcebook of Rehabilitation and Mental Health Practice.** Springer Sociology.
- O' FLYNN, D. 2001. **Employment.** In *Mental Illness: A Handbook for Carers.* Ramsay, R. ed. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Projekt MATRA III – reforma psychiatrie 2004. Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace.** Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino institute noord-holland, Praha.
- ROBERTS, M. 2003. **The Enemy Within: Professional Stigma.** Integrated Employment Institute, APSE – the Advance, Vol. 13, č. 2.
- SARTORIUS, N., MAJ, M. 2003. **Schizophrenia.** John Wiley and Sons (Chapter 6: Economics of schizophrenia: Commentaries).
- SRINIVASAN, L, TIRUPATI, S. 2005. **Relationship between cognition and work functioning among patients with schizophrenia in an urban area of India.** *Psychiatric Services*, 56, 1423–1428.
- ŠMEJKALOVÁ, E. 2006. **Zaměstnávání na částečný úvazek a trh práce u nás.** *Práce a sociální politika*, č. 4, s. 7.
- VOTAVOVÁ, R. 1999. **Pracovní rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných v rámci komunitní péče: hodnocení projektu „Integrace dlouhodobě nemocných do komunity“ občanského sdružení Fokus Praha se zaměřením na program pracovní rehabilitace a podpory zaměstnání v roce 1998.** Diplomová práce obhájená na katedře sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Karlovy.
- WAGHORN, G., LLOYD, CH. 2005. **The employment of people with mental illness.** *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, Vol. 4, č. 2.
- WEEGHEL, J. et al.: **Implementing Supported Employment in the Netherlands.** *Psychiatric Services*, v tisku.

Regionálne sociálno-psychologické disparity nezamestnanosti na Slovensku

Regional Socio-Psychological Disparities of Unemployment in Slovakia

Milica Schraggeová, Elena Kopcová

PhDr. Milica Schraggeová, PhD.¹ – vyučujúca na Katedre psychológie Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, sa už dlhodobo venuje výskumu nezamestnanosti na Slovensku, najmä so zameraním na zisťovanie sebaobrazu nezamestnaných a vnímanie príčin ich nezamestnanosti. Vyučuje predmety Psychológia osobnosti a Psychológia v nezamestnanosti. Okrem toho pôsobí aj v praxi, najmä v oblasti outplacementu.

Mgr. Elena Kopcová² – vyučujúca na Ústave aplikovanej psychológie Fakulty sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského v Bratislave, vyučuje predmet Psychológia v nezamestnanosti a Sociálno-psychologická prax v treťom sektore. Výskumne sa venuje hodnotám, motivácii a sebaobrazu nezamestnaných. Prakticky pôsobí v európskych sociálnych projektoch podpory zamestnanosti na Slovensku.

Abstrakt

Príspevok predstavuje prvé výsledky longitudinálneho výskumného projektu realizovaného na výbere nezamestnaných v troch regiónoch Slovenska (Nové Zámky, Košice, Tvrdošín). Projekt sa zameriava na tri oblasti faktorov ovplyvňujúcich úspešné zvládnutie nezamestnanosti: kognitívne, sociálne, hodnotové. Obsahové zameranie príspevku sa orientuje na regionálne disparity Slovenska podľa sebakategorizácie, hodnôt, sociálnej opory a atribučných štýlov.

Kľúčové slová: nezamestnanosť, regionálne disparity, sebakategorizácia, hodnotová orientácia, sociálna opora, atribučné štýly

Abstract

This contribution represent the first outputs of longitudinal research project, which is realised with the choice of unemployed people from three Slovak regions (Nové Zámky, Košice, Tvrdošín). Project is aimed to the three factors influencing the effective coping of unemployment: cognitive, social and values. Content of this contribution is oriented on the regional disparities inside Slovakia aimed into a self-categorisation, values, social support and attribution style.

Key words: unemployment, regional disparities, self-categorisation, values, social support, attribution style

Príspevok vznikol za finančnej podpory výskumného projektu VEGA 1/1392/04

Problém a teoretické východiská výskumu

Fenomén nezamestnanosti a jeho riešenie predstavuje mnoho ekonomických, sociálnych i psychologických kontextov. Nezamestnanosť sa neodohráva vo vákuu ani v nejakom univerzálne definovanom prostredí, ale v konkrét-

nych sociálnych, ekonomických a v neposlednom rade i fyzikálnych podmienkach. Hlavným zámerom predkladanej štúdie je identifikovať niektoré odlišnosti v prežívaní nezamestnanosti, ktoré môžu súvisieť s mierou nezamestnanosti, danými špecifikami ekonomického

rozvoja a možnosťami uplatnenia pracovnej sily v rôznych regiónoch Slovenska. Uvedený článok je pokračovaním longitudinálneho výskumu a nadväzuje na predchádzajúce práce autoriek (Kopcová, Schraggeová, 2007; Schraggeová, 2007; Schraggeová, 2006; Kopcová, Schraggeová, 2006; Schraggeová, Kopcová, 2006; Schraggeová, 2005; Kopcová, 2005; Schraggeová, Kopcová, 2005). Z toho dôvodu uvádzame len stručné odkazy na najdôležitejšie teoretické východiská štúdie.

Nezamestnanosť a obraz seba

Prístup Kelvina a Jarrettovej (1985) pokladá za najzákladnejší psychologický dôsledok nezamestnanosti zvýšené uvedenie si samého seba, čo súvisí s nárastom neistoty a pochybností v mnohých veciach, ktoré boli pred stratou práce samozrejme a automatické (napr. ranná cesta do práce). Psychologicky aj ekonomicky je nezamestnanosť podmienkou vynútenej závislosti, čo robí nezamestnaného zraniteľným voči mienke druhých. Sprievodným javom zvýšenej ekonomickej a psychologickkej závislosti je pocit poníženia, ktorý hlboko podkopáva self-koncept. Kelvin a Jarretová (1985) sa zameriavajú predovšetkým na problematiku sebaobrazu nezamestnaného a jeho zmeny. Nezamestnanosť prináša nielen uvoľnenie neformálnych sociálnych väzieb súvisiacich s prácou, ale aj stratu formálnych vzťahov viazaných na pracovnú rolu, stratu miesta v sociálnej štruktúre, pochybnosti o príslušnosti k profesnej referenčnej skupine, stratu sociálneho statusu. Cassidy (2001) výskumne potvrdil dôležitosť zachovania si identity profesie. Zistil, že nezamestnaní, ktorí sami seba kategorizujú ako nezamestnaných, prežívajú väčší distress ako tí, ktorí si uchovali identitu svojej profesie či zamestnania. R. Barwinski Fáhová (1990) uvádza, že byť nezamestnaný nie je len spochybnenie identity, ktorú sme si vytvorili v zamestnaní, ale nezamestnanosť neponúka žiadnu alternatívnu koncepciu identity. Naopak nezamestnaní v jej výskume uvádzali, že bolo pre nich dôležité nesplynúť s ostatnými nezamestnanými, ale dištancovať sa od nich a udržať si svoju svojráznosť.

Kelvin a Jarretová (1985) uzatvárajú, že nezamestnaní vytvárajú virtuálne jedinečnú

negatívnu referenčnú skupinu, ku ktorej jej príslušníci vlastne nechcú patriť a navyše aj spoločnosť im dáva za povinnosť všemožne sa usilovať, aby sa z nej vymanili. Nezamestnaní, to nie je skupina ľudí v pravom zmysle slova, ale je to skôr ekonomická a administratívna kategória. Prináležať k tejto kategórii koreluje (ale nie nevyhnutne) s určitými sociálnymi a psychologickými charakteristikami a dôsledkami. Jej veľkosť a zloženie sa mení v čase, s čím súvisia aj zmeny v mnohých sociálnych a psychologických charakteristikách a dôsledkoch.

Ďalšou teóriou vychádzajúcou z koncepcie sebaobrazu je sebadiskrepančná teória (self discrepancy theory) Higginsa (podľa Feather, 1989, Sheeran, McCarthy, 1992). Výskumné práce, ktoré skúmali sebaobraz nezamestnaných z hľadiska reflektovaného hodnotenia ako aj z hľadiska diskrepancií medzi aktuálnym (aký som), reflektovaným (ako ma vidia iní) a ideálnym (aký by som chcel byť) sebaobrazom, prinášajú diferencovanejší pohľad na problematiku sebahodnotenia nezamestnaných (Sheeran, McCarthy, 1990, Sheeran, McCarthy, 1992, Sheeran, Abraham, 1994).

Nezamestnanosť a kauzálne atribúcie

Atribučné teórie predstavujú jeden z možných prístupov k analýze psychologických dôsledkov nezamestnanosti. Východiskom pre štúdium vzťahu vnímania príčin nezamestnanosti a dôsledkov na správanie a prežívanie sa stala Weinerova výkonovo-motivačná teória (Feather, Davenport, 1981; Feather, 1985; Winefield, Tiggemann, Winefield, 1992; Prussia, Kinicki, Bracker, 1993) a reformulovaná Seligmanova teória naučenej bezmocnosti (Feather, Davenport, 1981; Patton, Noller, 1984; Leana, Feldman, 1992). Rozšírením pohľadu na problematiku kauzálnych atribúcií nezamestnanosti je upozornenie na dôležitosť atribúcií riešenia situácie (solution attribution), ktoré predstavujú nezávislý faktor z hľadiska dopadov na emocionálnu kontrolu situácie. Birckman (1982, podľa Heubeck, Tausch, Mayer, 1995) pokladá atribúcie, ktoré hovoria o zodpovednosti za riešenie situácie za významnejšie vo vzťahu k psychickému zdraviu, ako sú atribúcie príčin.

Tab. 1 Ukazovatele miery evidovanej nezamestnanosti k decembru 2004 podľa štatistických údajov Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny SR

OKRES	Miera evid. nezamestnanosti	Poradie okresov (zo 79)	Počet evid. uchádzačov	Počet uchádzačov evidovaných viac ako 12 mes.
Košice-okolie	22,34 %	10.	12 345	7 993
Nové Zámky	16,03 %	30.	12 595	6 610
Tvrdošín	11,74 %	46.	2 090	734
SLOVENSKO	13,07 %		383 155	192 002

Zdroj: Štatistické údaje Odboru analýz a štatistických zisťovaní ÚPSVaR: www.upsvar.sk

Hodnoty a sebaopisovanie

Teoretickými východiskami výskumu pre vytvorenie jednotlivých kategórií vlastností a hodnôt v zmysle sebaopisovania a hodnotovej orientácie boli výskumy Parsonsa a Shilsa (1951), ktoré rozpracoval a ďalej rozšíril o vyše 40 rokov neskôr Trompenaars (1993). Prelomovým výskumom v oblasti významu práce v rozličných kultúrach bol Hofstedeho výskum (Hofstede, 1980, 1983 a 1991, 2001). Jeho ponímanie individualizmu a kolektivismu rozšíril Triandis (1989). Medzi ďalšie významné práce patrí výskum pod názvom Chinese Culture Connection (1987) a Schwartzove výskumy (1992, 1999, 2003a, 2003b, 2003c, Schwartz, Sagiv, 1995, Schwartz, Bardi, 1997, 2001, Schwartz, Bardi, Bianchi, 2000).

Cieľ výskumu

Príspevok prináša výsledky výskumu nezamestnanosti v 3 regiónoch Slovenska (Košice, Nové Zámky, Tvrdošín) so zameraním sa na regionálne rozdiely v oblasti obrazu seba, sebakategorizácie, hodnotovej orientácie, vysvetľovania príčin nezamestnanosti, sociálnej opory a atribučných štýlov. Významné zistenia chceme zasadiť do širšieho rámca regionálnych možností riešenia nezamestnanosti podľa štruktúry uchádzačov o zamestnanie a charakteru hospodárstva v okrese. Východiskovým predpokladom v zhode s Kelvinom a Jarrettovou (1985) je, že na vnímanie seba, na prežívanie a hodnotenie situácie nezamestnaných významne vplyva miera nezamestnanosti, ktorá utvára jednak celkové naladenie spoločnosti voči nezamestnaným a jednak určuje štruktúrne zloženie tejto skupiny obyvateľov. V re-

giónoch, kde je vyššia miera nezamestnanosti, predpokladáme vyššiu externalizáciu príčin a zároveň väčšiu mieru beznádeje. Predpokladáme, že vysoká miera nezamestnanosti, kedy byť nezamestnaný je viac bežným javom, až normou, menej negatívne ovplyvní obraz seba ako nižšia miera, kedy aj pohľad okolia na nezamestnaných je menej priaznivý.

Základné regionálne a okresné demografické údaje:

Regionálne disparity chápeme v súlade s *definíciou* OECD (2002), že *regionálne (priestorové) disparity vyjadrujú mieru odlišnosti prejavu intenzity skúmaného ekonomického javu pozorovaného v rámci regiónov danej krajiny*.

Pri popise skúmaných okresov *vychádzame z regionálnych štatistík* za roky 2003–2006 zo Štatistického úradu SR a Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny SR (ÚPSVaR) na úrovni krajov a taktiež okresných štatistík, najmä pri popise štruktúry uchádzačov o zamestnanie, pričom základné štatistiky sú z roku 2005, kedy aj prebiehala najdôležitejšia etapa výskumu (zber údajov a prvé analýzy).

Podľa vyššie uvedenej tabuľky je zrejmé, že okres *Nové Zámky* patrí medzi regióny s väčšou mierou nezamestnanosti oproti celoslovenskému priemeru. Medzi 3 skúmanými okresmi je na strednej pozícii. Počet uchádzačov o zamestnanie v roku 2005 bol 9 609 – z toho 5 245 bolo evidovaných viac ako 12 mesiacov. Štruktúra uchádzačov o zamestnanie podľa veku v poslednom kvartáli roku 2006 ukazuje, že najviac evidovaných uchádzačov o zamestnanie bolo v tomto okrese vo veku 50–54 rokov, potom 45–49 rokov. Podľa najvyššieho

dosiahnutého vzdelania bolo v okrese Nové Zámky najviac evidovaných nezamestnaných so základným vzdelaním, pričom v tejto skupine prevažujú ženy, potom vyučení a tu prevažujú muži (ÚPSVaR SR, 2007). Zo štruktúry uchádzačov o zamestnanie podľa OKEČ v okrese Nové Zámky prevláda záujem o spracovateľský priemysel, o ostatné verejné, sociálne a osobné služby. Štruktúra uchádzačov o zamestnanie z tohto okresu podľa ich predchádzajúceho zamestnania bola v poslednom kvartáli minulého roka najviac pomocných a nekvalifikovaných robotníkov a tiež prevádzkoví pracovníci v službách a obchode. Na úrovni krajov v roku 2003 prevládalo v porovnaní s ostatnými skúmanými regiónmi v nitrianskom kraji, kam okres Nové Zámky spadá, pôdohospodárstvo. Zo štatistiky vzniku a zániku podnikateľských subjektov v roku 2004 v nitrianskom kraji vyplýva, že zaniknutých podnikov bolo v tom roku viac (67, podiel 10,0 % na SR) ako novozaložených (66, podiel 3,9 % na SR), pričom novozaložených fyzických osôb podnikateľov bolo v tomto kraji viac (6 931, podiel 12,2 % na SR) ako zaniknutých (2 384, podiel 12,7 % na SR). Podľa regionálneho rozloženia krajov v roku 2005 bolo najviac fyzických osôb v tomto kraji z radov slobodne hospodáriacich roľníkov (ŠÚSR, 2007 – regionálne údaje SR). **Nové Zámky sa nachádzajú na rovinatom území, čo ho predurčuje na poľnohospodársku výrobu. Nachádza sa v regióne patriacom podľa ekonomickej úrovne medzi oblasťami s nižšími ako priemernými ukazovateľmi.**

V okrese *Tvrdošín*, kde je podľa vyššie uvedenej tabuľky aj najmenšia nezamestnanosť, pričom však musíme poznamenať, že je to aj rozlohou aj počtom obyvateľov najmenší okres spomedzi 3 sledovaných, bol v roku 2005 počet uchádzačov o zamestnanie 1 780 – z toho 637 evidovaných viac ako 12 mesiacov. Podľa veku bolo v poslednom kvartáli roku 2006 najviac evidovaných uchádzačov o zamestnanie vo veku 50–54 rokov, pričom druhá najpočetnejšia skupina bola v mladom veku 20–24 rokov. Podľa vzdelania bola v poslednom kvartáli roku 2006 štruktúra uchádzačov o zamestnanie s najvyšším ukončeným vzdelaním – vyučení, pričom v tejto skupine prevažujú aj ženy aj muži. Zo štruktúry uchádzačov o zamest-

nanie podľa OKEČ v okrese Tvrdošín prevládal v roku 2005 záujem o spracovateľský priemysel, a čo je zaujímavé, v oveľa väčšej miere v porovnaní s ostatnými 2 skúmanými okresmi aj o stavebníctvo (ÚPSVaR SR, 2007). Štruktúra uchádzačov o zamestnanie z tohto okresu podľa ich predchádzajúceho zamestnania v poslednom kvartáli minulého roka uvádza najviac pomocných a nekvalifikovaných robotníkov a tiež remeselníci a kvalifikovaní výrobcovia, spracovávatelia a opravári. **Vznik a zánik podnikateľských subjektov v roku 2004 na úrovni krajov hovorí v prospech rozvoja hospodárstva, pretože najviac novozaložených a zároveň aj najmenej zaniknutých podnikov a fyzických osôb zo skúmaných 3 okresov bolo práve v okrese Tvrdošín – novozaložené podnikateľské subjekty – podniky spolu 178 (podiel 10,4 % na SR) a fyzické osoby podnikatelia 8 890 (15,7 %), zaniknuté podnikateľské subjekty – podniky spolu 55 (8,2 %) a fyzické osoby 2 275 (12,1 %).** (ŠÚSR, 2007 – regionálne údaje SR). **Orava, kde sa Tvrdošín nachádza, patrí už tradične medzi chudobnejšie regióny s podpriemernou ekonomickou úrovňou, avšak s bohatými možnosťami v oblasti turistického ruchu.**

Okres *Košice-okolie* patrí zo skúmaných 3 okresov podľa vyššie uvedenej tabuľky do okresov s najväčšou mierou nezamestnanosti, pričom počet uchádzačov o zamestnanie bol v roku 2005 11 674 – z toho 7 291 evidovaných viac ako 12 mesiacov. Podľa veku bolo v poslednom kvartáli minulého roka najviac evidovaných uchádzačov vo veku 20–24 rokov, potom 45–49 rokov, najviac uchádzačov bolo so základným vzdelaním. Podľa OKEČ v okrese Košice-okolie prevládal v tom čase u evidovaných uchádzačov o zamestnanie záujem nie o spracovateľský priemysel, ako to bolo v okresoch Nové Zámky a Tvrdošín, ale vo výrazne väčšej miere o verejnú správu, obranu a povinné sociálne poistenie. Podľa ich predchádzajúceho zamestnania bolo v poslednom štvrtroku 2006 najviac pomocných a nekvalifikovaných robotníkov a tiež prevádzkových pracovníkov v službách a obchode, pričom aj remeselníkov a kvalifikovaných výrobcov, spracovateľov a opravárov je

tu viac. V Košickom kraji bolo v roku 2004 najviac podnikov, avšak najmenej živnostníkov v porovnaní s ostatnými sledovanými regiónmi Nitry a Žiliny. Podľa regionálneho porovnania 3 skúmaných krajov v roku 2005 bolo v Košickom kraji najviac slobodných povolání, avšak najmenej živnostníkov. **Vznik a zánik podnikateľských subjektov v roku 2004 na úrovni krajov udáva tieto údaje – novozaložené podnikateľské subjekty – podniky spolu 169 (podiel 9,9 % na SR) a fyzické osoby podnikatelia 5 444 (9,6 %), zaniknuté podnikateľské subjekty – podniky spolu 109 (16,3 %) a fyzické osoby 2 278 (12,1 %).** (ŠÚSR, 2007 – regionálne údaje SR.) Podľa ekonomických (vzťah regionálneho HDP k celoštátnemu HDP a priemerná hrubá mesačná mzda zamestnancov) a sociálnych (novovzniknuté pracovné miesta, zamestnanosť a nezamestnanosť) indikátorov regionálneho rozvoja a regionálnych disparít **môžeme Košice-okolie v porovnaní so skúmanými okresmi Nové Zámky a Tvrdošín považovať za najmenej sociálno-ekonomicky rozvinutý** (Sloboda, 2006).

Metóda, vzorka, zber údajov a analýza výskumu

V našom výskume exploratívneho charakteru sme zvolili kvantitatívno-kvalitatívnu metodológiu. Ako výskumnú metódu sme použili dotazník s otvorenými aj zatvorenými otázkami pozostávajúci z týchto častí:

Základné demografické údaje: pohlavie, vek, vzdelanie, región, dĺžka nezamestnanosti, nezamestnanosť v minulosti, dĺžka minulej nezamestnanosti, spokojnosť s predchádzajúcim zamestnaním.

Sebakategorizácia: Respondenti mali odpovedať na otvorenú otázku (podľa Cassidy, 2001): „*V situácii, keď sa predstavujete niekomu novému, koho nepoznáte a povedali ste už svoje meno, čo je ďalšia informácia, ktorú o sebe poskytnete? Odpovedzte, prosím, doplnením prázdneho miesta v riadku v nasledujúcom výroku: Teší ma, ja som Ján X, a som...*“

Na základe odpovedí sme rozdelili respondentov do troch skupín: 1. sebakategorizácia na základe identifikácie s rolou nezamestnaného, 2. sebakategorizácia na základe identifi-

kácie s povolaním, profesiou, 3. sebakategorizácia na základe inej charakteristiky, resp. iná odpoveď.

Sebaposúdenie prostredníctvom najlepších a najhorších vlastností: Na otvorené otázky „*Napište svoje 3 najlepšie vlastnosti*“ a „*Napište svoje 3 najhoršie vlastnosti*“ respondenti odpovedali otvorenými slovnými odpoveďami, ktoré sme následne kategorizovali do 6 kategórií – Self, vzťahy, úspech, moc, práca, štruktúra.

Hodnotová orientácia: Respondenti mali odpovedať na otvorenú otázku „*Napište 5 hodnôt, ktoré v živote najviac uznávate*“. Následne ich mali na škále ohodnotiť z hľadiska dôležitosti a spokojnosti s ich naplnením. Získali sme otvorené slovné odpovede, ktoré sme následne kategorizovali do 6 okruhov kategórií – hodnoty duševnej rovnováhy, altruistické hodnoty, hodnoty úspechu, vyššie duchovné hodnoty, pracovné hodnoty, hodnoty istôt.

Sebaobraz prostredníctvom sémantického diferenciatu: Metóda sémantického diferenciatu (modifikácia podľa Sheeran, Abraham, 1994). Použili sme desať párov bipolárnych adjektív; úlohou respondenta bolo posúdiť samého seba pri každej dvojici adjektív na 7-stupňovej škále. Tieto sebauposúdenia robil z piatich možných perspektív: *Aký som?; Aký by som chcel byť?; Aký som bol, keď som pracoval?; Ako ma vidia moji priatelia?; Ako ma vidí moja rodina?* Položky sémantického diferenciatu sme rozdelili do 4 obsahových kategórií:

Kompetencia: Schopný – Neschopný, Hodnotný – Bezcenný, Hrdý – Zahanbený, Úspešný – Neúspešný. (Interná reliabilita 0,77)

Afektivita: Popudlivý – Pokojný, Spokojný – Frustrovaný, Lenivý – Usilovný. (Interná reliabilita 0,48)

Aktivita: Závislý od druhých ľudí – Nezávislý od druhých ľudí, Lenivý – Usilovný, Aktivný – Pasívny. (Interná reliabilita 0,56)

Ekonomická situácia: Bohatý – Chudobný.

Príčiny nezamestnanosti: Zoznam 26 možných príčin nezamestnanosti, ktoré mali respondenti ohodnotiť na škále 1–5 z hľadiska významnosti pre ich nezamestnanosť, sme spracovali pomocou faktorovej analýzy. Variamaxovou rotáciou faktorov sme vypočítali dva faktory, ktoré pokrývali 42,26 % variancie vysvetľovania príčin nezamestnanosti. Prvý fak-

Tab. 1 Rozloženie výskumnej vzorky podľa vybraných kritérií

Pohlavie	Muži 243		Ženy 248		
Bydlisko	Nové Zámky 182		Tvrdošín 86	Košice 223	
Vek	18–28 rokov 192		29–45 rokov 143	46–60 rokov 156	
Vzdelanie	ZŠ 77	SŠ bez matur. 89	SŠ s matur. 124	Nadstavba 911	VŠ 10
Doba nezamestnanosti v mesiacoch	0–6 204	7–12 103	13–24 87	25 a viac 97	
Minulá nezamestnanosť	Nebol ešte nezamestnaný 194			Bol už nezamestnaný 288	
Dĺžka nezamestnanosti v minulosti v mesiacoch	0–6 103	7–12 70	13–24 52	25 a viac 35	
Spokojnosť s predchádzajúcim zamestnaním	Úplne nespokojný 30		Trochu nespokojný 46	Neutrálne 115	
	Viac spokojný 115		Úplne spokojný 82		

tor, ktorý predstavoval 24,40 % variancie, sme označili ako interný (príčinu vidí v osobnom zlyhaní), druhý faktor, predstavujúci 17,86 % variancie, sme označili ako externý (príčinu pripisuje vonkajším faktorom) (bližšie viď Schrageová, Kopcová, 2006).

Sociálna opora: Upravená verzia MISU (Mannheimer Interview zur sozialen Unterstützung) (Veiel, 1987). Dotazník pozostáva z 12 položiek, ktoré umožňujú rozlíšiť 4 oblasti sociálnej opory: emocionálne každodenná, inštrumentálna každodenná, inštrumentálna v kríze, emocionálna v kríze.

ASQ (Attribution style questionnaire): Dotazník atribučných štýlov autora M. E. P. Seligmána. Dotazník obsahuje popis 12 hypotetických udalostí; 6 je pozitívnych a 6 negatívnych. Úlohou respondenta je predstaviť si, že sa nachádza v danej situácii, a napísať jej jednu príčinu. Potom má na troch 7-stupňových škálach posúdiť, či: 1. sa príčina týka iných ľudí a okolností alebo jeho samého (locus); 2. či príčina bude vždy prítomná (stabilita); 3. či príčina ovplyvňuje len túto jednu situáciu alebo všetky situácie v jeho živote. Celkové skóre pre pozitívne udalosti vykazovalo Cronbachov alfa koeficient 0,83, pre negatívne udalosti 0,77. Koeficienty alfa pre internalitu, stabilitu

a globalitu pozitívnych udalostí mali hodnoty 0,66, 0,68, 0,66 a pre negatívne udalosti 0,62, 0,66, 0,65. Dotazník umožňuje vypočítať skóre atribučného štýlu beznádeje a nádeje (hopelessness a helpfulness). V rámci spracovania výsledkov dotazníka sme osobitnú pozornosť venovali atribúciám negatívnej udalosti: „Už nejaký čas neúspešne hľadáte prácu.“ Vysvetlenie príčiny tejto udalosti sa týka atribúcií riešenia situácie nezamestnanosti, resp. posúdenie príčin neúspechu pri hľadaní práce z pohľadu internality, stability, globality.

Vzorka (200) pre každý z 3 regiónov (Košice, Nové Zámky, Tvrdošín) mala spĺňať vybrané kritériá (podľa pohlavia, veku, ukončeného vzdelania a dĺžky nezamestnanosti). Zo zozbieraných 592 dotazníkov sme podľa kritéria vyplnenia (aspoň 2/3 vyplnených údajov v dotazníku) napokon získali vzorku 491 respondentov. Jednotlivé rozloženia podľa kritérií sú v tabuľke:

Prvá etapa zbierania výskumných údajov distribúciou dotazníkov vybraným evidovaným nezamestnaným prostredníctvom pracovníkov regionálnych Úradov práce, sociálnych vecí a rodiny SR v Tvrdošine, Košiciach a v Nových Zámkoch prebehla v čase december 2004–jún 2005.

VÝSLEDKY VÝSKUMU

Sebakategorizácia

V rámci sebakategorizácie, ktorá vyjadrovala identifikáciu s rolou „nezamestnaný“, resp. uchovanie si identity povolania, alebo inú možnosť, sme nezistili žiadne významné rozdiely podľa miesta bydliska respondentov.

Sebaposúdenie prostredníctvom svojich najlepších a najhorších vlastností:

V regiónoch Košice a menej v Tvrdošine (avšak výrazne viac v porovnaní s Novými Zámkami) respondenti uvádzali medzi svojimi *najlepšími vlastnosťami vzťahové vlastnosti* orientované na druhých ľudí (dobrý rodič, dôverčivý/á, empatický/á, kamarátsky/a, komunikatívny/a, ochotný/á, tolerantný/á atď.) (Chí-kvadrát (6) = 14,832, $p = 0,022$, $V = 0,123$).

Nezamestnaní respondenti v okrese Nové Zámky uvádzali medzi svojimi *najhoršími vlastnosťami práve také vlastnosti, ktoré ich znevýhodňujú na trhu práce* (nešikovný, neškúsený, nevzdelaný, znechutenie zo straty zamestnania, neviem jazyky, smola v práci, nezamestnaný atď.), pričom zaujímavosťou je, že v okrese Tvrdošín sa takéto vlastnosti nevyskytli ani raz (Chí-kvadrát (4) = 23,526, $p = ,001$, $V = 0,155$).

Hodnotová orientácia

Orientáciu na *hodnoty úspechu* (financie, kariéra, majetok, bohatstvo, úsilie, úspech, výkon, uznanie atď.) (Chí-kvadrát (8) = 28,742, $p = 0,001$, $V = 0,171$) a *duševnej rovnováhy* (duševný pokoj, dovolenka, krása, pohoda, šťastie, radosť, zdravie atď.) (Chí-kvadrát (8) = 19,388, $p = 0,013$, $V = 0,141$) v Nových Zámkoch potvrdzuje aj analýza hodnôt.

Najviac *hodnôt istôt* (bezpečie, disciplína, mier, morálka, poriadok, spravodlivosť, pravda atď.) (Chí-kvadrát (8) = 17,762, $p = 0,023$, $V = 0,134$) uznávajú v okrese Tvrdošín, menej v Košiciach a najmenej v Nových Zámkoch. Z toho by sa dalo usudzovať, že v okrese Tvrdošín uprednostňujú ľudia bezpečie a istoty, ktoré majú vo vzťahoch s druhými ľuďmi. Nezamestnaní respondenti v okrese Košice sú výrazne orientovaní na vzťahy s druhými a v okrese Nové Zámky zase na úspech a duševnú rovnováhu.

Sebaobraz prostredníctvom sémantického diferenciálu

Rozdiely v sebaobrazu meraného sémantickým diferenciálom sme počítali pomocou ne-parametrického Kruskal-Wallisovho testu. Výsledky naznačili, že v Nových Zámkoch majú nezamestnaní signifikantne horší aktuálny sebaobraz „Aký som“. Vidia sa ako menej schopní ($p = 0,008$), menej hrdí ($p = 0,004$), neúspešní ($p = 0,006$), v oblasti afektivity ako viac frustrovaní ($p = 0,001$), v oblasti aktivity ako menej aktívni ($p = 0,028$) a viac závislí ($p = 0,013$).

V perspektíve sebaposúdenia „Aký by som chcel byť“ neboli zaznamenané signifikantné rozdiely.

Najlepší sebaobraz minulý „Aký som bol, keď som pracoval“ majú nezamestnaní z Košíc. Hlavne v charakteristikách kompetencie – hodnotný ($p = 0,002$), úspešný ($p = 0,015$), hrdý ($p = 0,028$) a v rámci afektivity v spokojnosti ($p = 0,022$) sa vidia priaznivejšie v minulosti oproti Tvrdošinu a Novým Zámkom.

Nezamestnaní z Nových Zámkov vykazujú horší reflektovaný sebaobraz v posúdení, ako ich vníma *rodina a priatelia*, a to najmä v charakteristike neschopný, zahanbený, neúspešný, frustrovaný, závislý a pasívny (z pohľadu rodiny sú rozdiely signifikantné na úrovni $p = 0,001$, u priateľov tiež okrem charakteristik zahanbený $p = 0,041$, frustrovaný $p = 0,018$ a závislý $p = 0,023$). Tuto nachádzame potvrdenie, že horšie reflektované JA sa spája s horším aktuálnym JA, čím naše výsledky naznačujú platnosť hypotézy symbolického interakcionizmu týkajúceho sa vplyvu reflektovaného sebaobrazu (ako vnímam, že ma vidia iní) na aktuálny sebaobraz a spokojnosť samého so sebou.

Nespokojnosť so sebou potvrdzujú aj signifikantne väčšie diskrepancie *medzi aktuálnym a ideálnym JA* u Novozámčanov. Ide o charakteristiky kompetencie – hodnotný ($p = 0,040$) a hrdý ($p = 0,004$) a afektivity – popudlivý ($p = 0,018$) a spokojný ($p = 0,002$). Tieto diskrepancie majú najväčšie respondenti z okresu Nové Zámky, potom z Košíc a najmenšie sú u respondentov z Tvrdošína.

Zaujímavé je zistenie v oblasti *diskrepancií aktuálneho a minulého JA*, kde majú signifi-

kantne najmenšie diskrepancie nezamestnaní z okresu Tvrdošín. Nezamestnanosť akoby neznamenala významný posun v ich sebaobrazu – ten zostáva stabilný, sú takí istí, akí boli, keď pracovali. Najväčšie rozdiely medzi aktuálnym a minulým JA sme zaznamenali v okrese Nové Zámky. Jedná sa najmä o charakteristiky spokojnosti ($p = 0,002$), hrdosti ($p = 0,003$) a úspechu ($p = 0,019$).

Príčiny nezamestnanosti

Rozdiely vo videných príčinách nezamestnanosti sme počítali pomocou analýzy rozptylu – anovy. Nezamestnaní z Nových Zámkov sa signifikantne líšia od Košíc a Tvrdošína – vyššiu váhu dávajú tak externým, ako aj interným príčinám nezamestnanosti, teda významne viac vidia príčinu vo vonkajších okolnostiach mimo ich kontroly a zároveň aj viac obviňujú samých seba. Táto určitá ambivalencia v hodnotení príčin môže byť prejavom väčšej frustrácie. Najviac sa líšia Nové Zámky a Tvrdošín v *internom faktore* (Anova: $F(2,485) = 7,051$, $p < 0,001$) a Nové Zámky a Košice v *externom faktore* (Anova: $F(2,485) = 6,378$, $p < 0,002$). Tvrdošín a Košice sa v hodnotení príčin signifikantne nelíšia.

Sociálna opora

Porovnanie sociálnej opory sme vypočítali Kruskal-Wallisovým neparametrickým testom. Významné rozdiely vyšli len v oblasti významnej inštrumentálnej sociálnej opory, ktorú využívajú nezamestnaní z Nových Zámkov vo väčšej miere ($p = 0,014$) v porovnaní s Tvrdošínom a Košicami. Teda v prípade krízy, keď človek potrebuje konkrétnu pomoc, obracajú sa na svojich blízkych (napr. v situácii, keď si treba požičať peniaze alebo poradiť v konkrétnej situácii).

ASQ (Attribution style questionnaire)

Skúmanie osobného atribučného štýlu prináša významné rozdiely v *beznádeji* (Anova: $F(2,258) = 4,474$, $p < 0,012$). Skóre beznádeje je najmenšie u nezamestnaných z Tvrdošína v porovnaní s Košicami ($p = 0,015$) a ešte výraznejšie s Novými Zámkami ($p = 0,003$). Z toho vyplýva, že nezamestnaní z Tvrdošína používajú kognitívne procesy vysvetľovania

udalostí inklinujúce k beznádeji v oveľa menšej miere.

Osobitné porovnanie iba mužov a iba žien prináša v oblasti štýlu beznádeje zaujímavé zistenia – významnosť rozdielov u mužov vzrástla (Anova – Hopelessness: $F(2,127) = 6,500$, $p < 0,002$), u žien naopak poklesla. Muži z Tvrdošína majú menšiu tendenciu používať tento štýl oproti mužom z Nových Zámkov ($p = 0,011$) a ešte významnejšie oproti Košičanom ($p = 0,001$). V najvyššej miere zaujímavý postoj beznádeje muži z Košíc a najmenej muži z Tvrdošína. U žien je významný rozdiel jedine medzi Novými Zámkami a Košicami (Anova: $F(2,128) = 2,789$, $p < 0,065$, $p = 0,036$), a to v zmysle vyššieho štýlu beznádeje u Novozámčaniek.

V rámci vysvetľovania neúspechu pri hľadaní práce nachádzame významný rozdiel v internalite a globalite, počítanej Kruskal-Wallisovým testom. Novozámčania vykazujú signifikantne vyššiu *internalitu a globalitu* ($p = 0,001$). To znamená, že príčiny neúspechu, a teda aj vlastnej nezamestnanosti, chápu skôr ako vlastnú neschopnosť, ktorá ovplyvňuje aj ostatné oblasti ich života. Väčšia internalita a globalita potvrdzuje celkový vyšší štýl beznádeje. U nezamestnaných v Tvrdošíne je globalita najmenšia, teda príčina neúspechu pri hľadaní práce sa netýka ostatných životných situácií ($p = 0,001$). V Košiciach a Tvrdošíne nezamestnaní sú náchylní vidieť príčinu neúspechu viac vo vonkajších okolnostiach ako nezamestnaní z Nových Zámkov.

Diskusia a záver

Výskum priniesol dôležité zistenia. Ponúkame stručný prehľad tých najdôležitejších podľa jednotlivých regiónov.

Nezamestnaní respondenti v *okrese Nové Zámky* uvádzali medzi svojimi *najhoršími vlastnosťami* práve také vlastnosti, ktoré ich znevýhodňujú na trhu práce (nešikovný, neskúsený, nevzdelaný, znechutenie zo straty zamestnania, neviem jazyky, smola v práci, nezamestnaný atď.), pričom ich orientácia na *hodnoty úspechu* (financie, kariéra, majetok, bohatstvo, úsilie, úspech, výkon, uznanie atď.) a *duševnej rovnováhy* (duševný pokoj, dovoľenka, krásna, pohoda, šťastie, radosť, zdravie

atď.) naznačuje nenaplnenosť týchto hodnôt. Potvrzuje to aj signifikantne horší aktuálny *sebaobraz* (Aký som). Nespokojnosť so sebou potvrdzujú aj signifikantne väčšie rozdiely medzi aktuálnym a ideálnym JA, a to najmä v charakteristikách kompetencie (hodnotný, hrdý) a afektivity (popudlivý, spokojný). Vidia sa ako menej schopní, menej hrdí, neúspešní, v oblasti afektivity ako viac frustrovaní, v oblasti aktivity ako menej aktívni a viac závislí. Vykazujú aj horší reflektovaný *sebaobraz* v sebaopisovaní prostredníctvom vnímania rodinou a priateľmi, a to najmä v charakteristike neschopný, zahanbený, neúspešný, frustrovaný, závislý a pasívny. Tu nachádzame potvrdenie, že horšie reflektované JA sa spája aj s horším aktuálnym JA. Diskrepancia medzi aktuálnym a minulým JA, najmä v charakteristikách spokojnosti, hrdosti a úspechu, len potvrdzujú výsledky z oblasti uznávaných životných hodnôt a najhorších vlastností pri sebaopisovaní. Keď sa pozrieme na mieru nezamestnanosti 22,34 % Košice, 16,03 % Nové Zámky, 11,74 % Tvrdošín, je možná interpretácia v zmysle Kelvina a Jarrettovej (Kelvin, Jarrett, 1985), že zmena *sebaobrazu* súvisí s mierou nezamestnanosti. Príliš veľká a príliš malá miera ho neovplyvňuje natoľko ako určitá stredná hodnota, ktorá vyvoláva negatívne vnímanie seba. To, ako nezamestnaní vidia samých seba, nie je nezávislé od vnímania nezamestnanosti a nezamestnaných okolím, čo nezamestnaní citlivo zachytávajú a integrujú (vedome aj nevedome) do obrazu seba. Aj v *príčinách nezamestnanosti* sa Nové Zámky výrazne líšia od Košíc a Tvrdošína. Vyššiu váhu dávajú externým aj interným príčinám nezamestnanosti, teda významne viac vidia príčinu vo vonkajších okolnostiach mimo ich kontroly a zároveň aj viac obviňujú samých seba. *Sociálnu oporu* využívajú Novozámčania vo väčšej miere ako z ostatných skúmaných okresov, pričom sa jedná o sociálnu oporu inštrumentálnu, konkrétnu, teda v prípade krízy, keď človek potrebuje konkrétnu pomoc, obracajú sa na svojich blízkych (napr. v situácii, keď si treba požičať peniaze alebo poradiť v konkrétnej situácii). Viac používajú atribučný štýl beznádeje, pričom tento štýl je výraznejší u mužov. V rámci vysvetľovania neúspechu pri hľadaní práce nachádzame signi-

fikantný rozdiel v internalite a globalite. To znamená, že príčiny neúspechu, teda vlastnej nezamestnanosti, chápu ako vlastnú neschopnosť, ktorá ovplyvňuje aj ostatné oblasti ich života. Najviac *evidovaných nezamestnaných* v poslednom štvrtroku 2006 bolo vo vyššom veku (50–55 rokov), s najvyšším ukončeným vzdelaním základným, pričom nezamestnaní muži v tomto okrese majú vyššie vzdelanie, sú vyučení, v predchádzajúcom zamestnaní pracovali ako pomocní a nekvalifikovaní robotníci. V zhode s tým aj uvádzajú ako želané zamestnanie v oblasti spracovateľského priemyslu a vo verejných a sociálnych, osobných službách. V tomto regióne v porovnaní s ostatnými skúmanými sa najviac zamestnaných ľudí venuje pôdohospodárstvu, pričom aj spomedzi fyzických osôb podnikateľov bolo práve v tomto okrese najviac slobodne hospodáriacich roľníkov. Na horší *vývoj hospodársko-ekonomickej situácie* v tomto okrese poukazuje fakt, že v roku 2005 viac podnikov v tomto regióne zaniklo, ako vzniklo. Horší obraz seba, ambivalencia v príčinách nezamestnanosti, internalita a globalita v príčinách neúspechu naznačuje obraz nezamestnaného z Nových Zámok ako frustrovaného a do značnej miery sebaobviňujúceho za neúspechy, čo by mohlo znamenať, že ich postoj nie je celkom rezignovaný, skôr by sme ich označili ako nahnevanych na seba.

V okrese *Košice-okolie* uvádzajú nezamestnaní vo väčšej miere medzi svojimi najlepšími vlastnosťami *vztahové vlastnosti* orientované na druhých ľudí (dobrý rodič, dôverčivý/á, empatický/á, kamarátsky/a, komunikatívny/a, ochotný/á, tolerantný/á atď.) Majú najlepšie *sebaobraz* minulý (Aký som bol, keď som pracoval), hlavne v charakteristikách kompetencie (úspešný, hrdý) a spokojnosti, v afektive sa vidia priaznivejšie v minulosti oproti Tvrdošínu a Novým Zámkom. Vo *vysvetľovacom štýle* beznádeje vedú muži z Košíc, pričom celkovo v Košiciach nezamestnaní vidia príčinu neúspechu vo vonkajších okolnostiach. Najviac *evidovaných nezamestnaných* v poslednom štvrtroku 2006 bolo v prekvapivo mladšom veku (20–24 rokov), s najvyšším ukončeným vzdelaním základným, v predchádzajúcom zamestnaní pracovali ako pomocní a nekvalifikovaní

robotníci a prevádzkari v službách a obchode, zároveň je tu aj viac remeselníkov a kvalifikovaných výrobcov, spracovávateľov a opravárov. Zamestnanie, o aké sa uchádzajú, je odlišné v porovnaní s nitrianskym a žilinským regiónom, a to nie v oblasti spracovateľského priemyslu, ale výrazne vo väčšej miere vo verejnej správe, obrane a povinnom sociálnom poistení, potom vo verejných, sociálnych a osobných službách. V tomto regióne v porovnaní s ostatnými skúmanými sa najviac zamestnaných ľudí venuje službám, pričom aj spomedzi fyzických osôb podnikateľov bolo práve v tomto okrese najviac slobodných povolání a najmenej živnostníkov. Podľa štatistiky za rok 2005 bolo v tomto regióne zároveň aj percentuálne na SR založených najviac podnikov. Napriek tomu môžeme okres Košice-okolie podľa ekonomických a sociálnych indikátorov regionálneho rozvoja a regionálnych disparít považovať za **najmenej socio-ekonomicky rozvinutý. Najvyššia beznádej spolu s hľadaním neúspechu skôr v externých príčinách je aj odrazom najvyššej miery nezamestnanosti v tomto regióne a zároveň predstavuje najviac apatický, rezignovaný postoj. Na rozdiel od Nových Zámkov, kde je výraznejšie sebaobviňovanie, negatívny pohľad na seba.**

V okrese *Tvrdošín* sa v rámci *sebaopisovania prostredníctvom dobrých a zlých vlastností* nevyskytli ani raz medzi zlými vlastnosťami také, ktoré ich znevýhodňujú na trhu práce (nešikovný, neskúsený, nevzdelaný, znechutenie zo straty zamestnania, neviem jazyky, smola v práci, nezamestnaný atď.). Z *hodnôt* najviac uznávajú v okrese Tvrdošín hodnoty istoty (bezpečie, disciplína, mier, morálka, poriadok, spravodlivosť, pravda atď.). Z toho by sa dalo usudzovať, že v okrese Tvrdošín uprednostňujú ľudia bezpečie a istoty, ktoré majú vo vzťahoch s druhými ľuďmi. Výrazné rozdiely nezamestnaných z okresu Tvrdošín v porovnaní s ostatnými skúmanými okresmi sme zaznamenali aj v *sebaobraze*, a to najmenšie diskrepancie medzi aktuálnym a ideálnym JA, rovnako ako aj medzi aktuálnym a minulým JA. Nezamestnanosť teda u nich neznamená významný posun v sebaobraze – ten zostáva stabilný, sú takí istí, ako keď pracovali. Ziste-

né rozdiely podporujú aj výsledky z používania *atribučných štýlov* – nezamestnaní z Tvrdošína menej používajú vysvetľovania udalosti inklinujúce k beznádeji. Mohli by sme ich označiť ako nepesimistických realistov – „stojaci obooma nohami na zemi“. Príčinu neúspechu vidia skôr vo vonkajších okolnostiach. Najviac *evidovaných nezamestnaných* v poslednom štvrtroku 2006 bolo v staršom veku (50–54 rokov), na druhom mieste v mladšom veku (20–24 rokov), s najvyšším ukončeným vzdelaním – vyučení, v predchádzajúcom zamestnaní pracovali ako pomocní a nekvalifikovaní robotníci a aj remeselníci a kvalifikovaní výrobcovia, spracovávatelia a opravári. Pri zamestnaní, o aké sa uchádzajú, je okrem najväčšieho záujmu o spracovateľský priemysel výrazne väčší záujem v porovnaní s ostatnými dvoma regiónmi o stavebníctvo. Tomu zodpovedá aj väčšia zamestnanosť v stavebníctve a priemysle v tomto regióne. V okrese Tvrdošín je aj oveľa viac živnostníkov (podľa porovnania vnútorného členenia podnikateľských subjektov v skúmaných regiónoch), pričom je tu oveľa viac novozaložených podnikov aj živnostníkov ako zaniknutých, pomerovo percentuálne najviac spomedzi skúmaných 3 regiónov. Toto odráža optimistický hospodársky rast okresu. Nezamestnaných z Tvrdošína môžeme hodnotiť ako najpozitívnejšie posudzujúcich seba, neobviňujúcich okolie, najmenej apatických a najoptimistickejších.

Samozrejme, *možné skreslenie výsledkov výskumných dát* v tomto smere prináša fakt, že práve z okresu Tvrdošín bolo najviac respondentov krátkodobo nezamestnaných (do 6 mesiacov), kedy ešte nedochádza k zhoršeniu sebadôvery ani sebaobrazu v dôsledku straty zamestnania. Z Košíc boli respondenti nezamestnaní v najväčšom počte nad 25 mesiacov, z Nových Zámkov práve v období 13–24 mesiacov. Výsledky potvrdili, že regionálne špecifiká treba brať do úvahy pri posudzovaní nezamestnaných a ich prežívania. V regióne, kde bola najvyššia miera nezamestnanosti (Košice-okolie) sme zistili vyššiu externalizáciu príčin riešenia situácie a zároveň aj väčšiu mieru beznádeje. V podobnom zmysle Heubeck, Tausch, Mayer (1995) zistili, že nezávisle od kauzálnych atribúcií

nezamestnanosti sú externé atribúcie riešenia situácie dôležitým ukazovateľom straty emocionálnej kontroly a depresivity. Je zaujímavé, že sebaobraz nezamestnaných Košičanov pritom nebol negatívnejší, bol dokonca pozitívnejší ako u nezamestnaných z Nových Zámok. V zmysle teórie Kelvina a Jarrettovej (1985) môžeme prijať vysvetlenie, že vysoká miera nezamestnanosti súvisí s vyššou mierou externalizácie príčin a pozitívnejšou verejnou mienkou, čo sa odráža aj na lepšom sebaobrazu – reflektovanom aj aktuálnom. Nové Zámky by mohli predstavovať kritickú mieru nezamestnanosti, kedy sme zistili najnegatívnejší sebaobraz, najvyššiu frustráciu a sebaobviňujúce tendencie. Zistenia sú v súlade s predpokladom, že príliš vysoká miera nezamestnanosti, kedy byť nezamestnaný je viac bežným javom, až normou, menej negatívne ovplyvňuje obraz seba ako nižšia (kritická) miera, kedy aj pohľad okolia na nezamestnaných je menej priaznivý. Naše výsledky nám nedovoľujú odvolávať sa na porovnania s inými štúdiami, keďže s podobným typom výskumu sme sa v odbornej literatúre nestretli.

Poznámky

- 1 Kontakt na autorku: milica.schraggeova@fphil.uniba.sk.
- 2 Kontakt na autorku: elena.kopcova@fphil.uniba.sk.

Zoznam literatury:

- ABRAMSON, L. Z., SELGIMAN, M. E. P., TEASDALE, J. 1978. **Learned helplessness in humans: critique and reformulation.** *Journal of abnormal Psychology*, 87, s. 49–74.
- BARWINSKI FÄH, R. 1990. **Die seelische Verarbeitung der Arbeitslosigkeit: Eine qualitative Längsschnittstudie mit älteren Arbeitslosen.** Munchen, Profil.
- BUCHTOVÁ, B. 2001. **Sociální psychologie nezaměstnanosti.** In: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (Eds.), **Aplikovaná sociální psychologie II.** Praha, Grada Publishing, 81–111.
- CASSIDY, T. 2001. **Self-categorization, coping and psychological health among un-**

- employed mid-career executives.** *Consulting Psychology Quarterly*, 14, 4, s. 303–315.
- FEATHER, N. T. 1985. **Attitudes, values, and attributions: Explanations of unemployment.** *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 876–889.
- FEATHER, N. T. 1989. **The psychological impact of unemployment.** Springer Series in Social Psychology
- FEATHER, N. T., DAVENPORT, P. R. 1981. **Unemployment and depressive affect: Motivational and attributional analysis.** *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, s. 422–436.
- FRYER, D.–PAYNE, R. L. 1986. **Being Unemployed: A Review of the Literature on Psychological Experience of Unemployment.** In: COOPER C. L.–ROBERTSON, I. (ed.), **International Review of Industrial and Organisational Psychology.** London: Wiley, p. 235–278.
- HOFSTEDE, G. 1980. **Culture's consequences: International differences in work-related values.** Beverly Hills, CA: Sage.
- HOFSTEDE, G. 1983. **Dimensions of national cultures in fifty countries and three regions.** In J. DEREGOWSKI, S. DZUI-RAWIEC, AND R. ANNIS (Eds.), **Expiscations in cross-cultural psychology** (pp. 335–355). Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- HOFSTEDE, G. 1991. **Cultures and organizations: Software of the mind.** London: McGraw-Hill.
- HOFSTEDE, G. 2001. **Culture's Consequences. Comparing Values, Behaviors, Institutions, and Organizations Across Nations.** Second Edition. London, New Delhi: Sage Publications.
- CHANDLER, T. A., LEE, M. S., et al. 1997. **Self-esteem and causal attributions.** *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 123, 4, 479–492.
- HEUBECK, B. G., TAUSCH, B., MAYER, B. (1995): **Models of responsibility and depression in unemployed young males and females.** *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 5, 291–309.
- CHINESE CULTURE CONNECTION. 1987. **Chinese values and the search for culture-**

- free dimensions of culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18, 143–164.
- KELVIN, P., JARRETT, J. E. 1985. **Unemployment: Its social psychological effects.** Cambridge, Cambridge University Press.
- KOPCOVÁ, E. 2005. **Nezamestnanosť z pohľadu hodnôt a vlastností nezamestnaných na Slovensku.** *Psychológia pre život alebo ako je potrebná metanoia*. 23. psychologické dni. Dunajská Streda, Pelikán, 574–577.
- KOPCOVÁ, E., SCHRAGGEOVÁ, M. 2006. **Naplnenosť životných hodnôt nezamestnaných ľudí na Slovensku.** Zborník abstraktov z konferencie Sociálne procesy a osobnosť 2006, Košice, Spoločenskovedný ústav SAV, s. 32.
- KOPCOVÁ, E., SCHRAGGEOVÁ, M. 2007. **Hodnoty a vlastností nezamestnaných ľudí na Slovensku.** (Prijaté do tlače, bude v č. 2 alebo 3/2007 v *Československej psychológii*.)
- LEANA, C. R., FELDMAN, D. C. 1992. **Coping with job loss: how individuals, organizations, and communities respond to layoffs.** New York, Lexington Books.
- OECD (2002). **Geographic Concentration and Territorial Disparity in OECD Countries.** OECD Publications Service, Paris, 25 s. <http://www.oecd.org/>
- PARSONS, T., SHILS, E. A. (Eds.). (1951): **Toward a general theory of action.** Cambridge, MA: Harvard University Press.
- PATTON, W., NOLLER, P. 1984. **Unemployment and youth: a longitudinal study.** *Australian Journal of Psychology*, 36, 1984, s. 399–413.
- PRUSSIA, G. E., KINICKI, A. J., BRACKER, J. S. 1993. **Psychological and behavioral consequences of job loss – a covariance structure – analysis using Weiner attribution model.** *Journal of applied psychology*, 78, 3, s. 382–394.
- SHEERAN, P., MCCARTHY, E. 1992. **Social structure, self-conception and well-being: An examination of four models with unemployed people.** *Journal of Applied Psychology*, 22, 2, 117–133.
- SHEERAN, P., ABRAHAM, CH. 1994. **Unemployment and self-conception: A symbolic interactionst analysis.** *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 4, 115–129.
- SCHRAGGEOVÁ, M. 2005. **Nezamestnanosť a sebaidentita.** *Psychológia pre život alebo ako je potrebná metanoia*. 23. psychologické dni. Dunajská Streda, Pelikán, 410–414.
- SCHRAGGEOVÁ, M. 2006. **Vplyv nezamestnanosti na sebaobraz – multidimenzionálny prístup.** Zborník abstraktov z konferencie Sociálne procesy a osobnosť 2006, Košice, Spoločenskovedný ústav SAV, s.18.
- SCHRAGGEOVÁ, M. 2007. **Osobnostné a situačné prediktory vnímania príčin nezamestnanosti.** (Prijaté do tlače, bude v č. 4 alebo 5/2007 v *Československej psychológii*.)
- SCHRAGGEOVÁ, M., KOPCOVÁ, E. 2005. **Nezamestnaní z pohľadu interného vs. externého vysvetľovania príčin straty práce.** Zprávy, Psychologický ústav AV ČR, 11, 1, s.14.
- SCHRAGGEOVÁ, M., KOPCOVÁ, E. 2006. **Nezamestnaní z pohľadu interného vs. externého vysvetľovania príčin straty práce. Sociální procesy a osobnosť 2005.** Sborník příspěvků. Brno, Masarykova univerzita, s. 331–338.
- SCHWARTZ, S. H. 1992. **Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries.** In: M. ZANNA (Eds.), *Advances in Experimental Social Psychology*, 25, 1–65.
- SCHWARTZ, S. H. 1999. **A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work.** *Applied Psychology: An International Review*, 48, 1, 23–47.
- SCHWARTZ, S. H. 2003a. **Basic Human Values: Their Content and Structure across Cultures.** In: TAMAYO, A. & PORTO, J. (Eds.) *Valores e trabalho* [Values and work]. Editora Universidade de Brasilia.
- SCHWARTZ, S. H. 2003b. **Robustness and Fruitfulness of a Theory of Universals in Individual Values.** In: TAMAYO, A. & PORTO, J. (Eds.) *Valores e trabalho* [Values and work]. Editora Universidade de Brasilia.
- SCHWARTZ, S. H. (2003c): **Mapping and Interpreting Cultural Differences around**

- the World.** In: H. VINKEN, J. SOETERS, & P. ESTER (Eds.), *Comparing Cultures, Dimensions of Culture in a Comparative Perspective.* Leiden, The Netherlands: Brill.
- SCHWARTZ, S. H., SAGIV, L. 1995. **Identifying culture-specifics in the content and structure of values.** *Journal of Cross-Cultural Psychology.* 26, 1, 92–116.
- SCHWARTZ, S. H., & BARDI, A. 1997. **Influences of Adaptation to Communist Rule on Value Priorities in Eastern Europe.** *Political Psychology.*
- SCHWARTZ, S. H., BARDI, A. (2001): **Value Hierarchies across Cultures.** *Journal of cross – cultural Psychology.* 32, 3, 5/2001, 268–290.
- SCHWARTZ, S. H., BARDI, A., & BIANCHI, G. 2000. **Value adaptation to the imposition and collapse of communist regimes in East – Central Europe.** In S. A. RENSHON, J. DUCKITT. **Political psychology – cultural and crosscultural foundations** (pp. 217–237). London: Macmillan press LTD.
- SLOBODA, D. 2006. **Slovenské a regionálne rozdiely (teórie, regióny, indikátory, metódy).** Konzervatívny inštitút M. R. Štefánika, Bratislava.
- ŠÚ SR 2007. www.statistics.sk – regionálne údaje SR.
- TENNEN, H., HERZBERGER, S. 1986. **Atributional Style Questionnaire.** In R. C. SWEETLAND, D. J. KEYSER (Eds.) **Test critiques** (vol. 5, pp. 20–32). Kansas City, MD: Test Corporation of America.
- TRIANDIS, H. C. 1989. **The Self and Social Behavior in Differing Cultural Context.** *Psychological Review.* 96, 3, 506–520.
- TROMPENAARS, F. 1993. **Riding the waves of culture.** London: Brealey.
- UPSVAR SR 2007. www.upsvar.sk.
- VIEVEL, H. O. F. 1987. **Das Mannheimer Interview zur sozialen Unterstützung.** Mannheim. Zentralinstitut für seelische Gesundheit.
- VYBRANÉ ÚDAJE O REGIÓNOCH V SR 4/2005. 2005. Marec 2006, č. 410-0040/06, Bratislava.
- WEINER, B. (1974): **An attributional interpretation of expectancy-value theory.** In: WEINER, B. (Eds.): **Cognitive Views of Human Motivation.** London, Academic Press, Inc., 51–70.
- WHITLEY, B. E., Jr. 1987. **The relationship of informational attributions to affective response to success and failure.** *The Journal of Social Psychology,* 120, 3, 453–457.
- WINEFIELD, A. H., TIGGEMAN, M., WINEFIELD, H. R. 1992. **Unemployment distress, reasons for job loss and causal attributions for unemployment in young people.** *Journal of Occupational and Organizational Psychology,* 65, 1992, s. 213–218.

Príspevok ku skúmaniu rovnováhy pracovného a mimopracovného života

Contribution to work-life investigation

Ladislav Sojka

Ing. Ladislav Sojka, CSc.,¹ je docentom v odbore Manažment a vedúci katedry manažmentu. Pôsobí dlhodobo, najprv v priemyselnej sfére a vo výskumných zariadeniach a teraz v akademickej oblasti v problematike kvality, s akcentom na kvalitu pracovného života. V roku 2007 vydal monografiu s názvom „Kvalita pracovného života a súvisiace konštrukty“. Rovnováha pracovného a mimopracovného života je jedným zo súvisiacich konštruktov.

Abstrakt

Príspevok stručne uvádza dôvody, pre ktoré je nutné sa zapodievať problematikou rovnováhy pracovného a mimopracovného života. Prezентuje stav problematiky na základe literárnych poznatkov a koncentruje sa na zavedenie definície rovnováhy, uvádza jej základné formy. V závere sú naznačené opatrenia na zlepšenie rovnováhy.

Kľúčové slova: rovnováha pracovného a mimopracovného života, kvalita pracovného života, riadenie ľudských zdrojov

Abstract

The paper describes the reasons why we need to take in to consideration the question of work-life balance. Work-life balance state of art is described on the base of literature knowledges. Introduced is the definition of the work-life balance, specified are the base form of balance. Presented are some measures for balance improvmnt.

Key words: Work-Life Balance, Quality of Work Life, Human Resource Management

Príspevok spracovaný v rámci riešenia projektu VEGA č. 1/4638/07

Úvod

Problematika rovnováhy pracovného a mimopracovného života sa v posledných desaťročiach stáva kritickou v dôsledku stavu súčasného ekonomického prostredia. Spoločnosti sú vystavené obrovskému tlaku na zvyšovanie výkonnosti a tento tlak sa ďalej transformuje do tlaku na pracovné sily zvyšovaním intenzity práce a zväčšovaním času, ktorí pracovníci trávajú v zamestnaní. Pracovníci, ktorí sú vystavení takémuto stresujúcemu prostrediu, sú platení obvykle nadpriemerne, teda majú svoje existenčné hmotné problémy vyriešené. Preto aj ich zotrvanie a príchod do firmy nie je otázkou finančnej odmeny, ale otázkou, do akej miery vie firma poskytnúť odpovedajúcu kvalitu pracovného života a rovnová-

hu pracovného a mimopracovného života. Zjednodušene povedané, relačné odmeňovanie nadobúda prevahu nad odmeňovaním transakčným. Transakčné odmeňovanie je okrem toho ľahko imitovateľným. Otázka zabezpečenia odpovedajúcej kvality a rovnováhy pracovného a mimopracovného života sa stáva predmetom záujmu manažmentu ako zdroj konkurenčnej výhody. Zároveň ale sa stáva aj predmetom záujmu akademickej sféry ako predmet intenzívneho výskumu. Cieľom predmetného príspevku je uviesť stručnú charakteristiku stavu problematiky rovnováhy, uviesť základné autorom príspevku zavedené definície a predpoklady, za ktorých platia, ako aj načrtnúť metódy jej praktického zabezpečovania.

1. Stručný prehľad stavu rovnováhy na báze literárnych poznatkov

Podľa názoru autorov článku Kadilak, Watts (2006) problematika potreby riešenia vzťahu pracovný–mimopracovný život sa začala serióznejšie objavovať v literatúre aj v centre pozornosti podnikovej sféry v 60. rokoch minulého storočia, teda zhruba pred 40 rokmi. Na formovanie tohto vzťahu v nasledujúcich desaťročiach mali významný vplyv demografické, technologické, zákonné, ekonomické ako aj sociálne zmeny, vrátane redefinície pracovnej sily samotnej.

V 60. rokoch minulého storočia začal masový nástup žien do pracovného procesu. Tu sa začínajú formovať základy podnikovej politiky „priateľskej voči rodine“. Pomaly končí tradičné rozdelenie rodiny na príslušníka zarábajúceho na chlieb a na príslušníka starajúceho sa o rodinu.

Koncom 70. rokov a začiatkom 80. rokov sa na úrovni korporácií, ale aj na federálnej úrovni v USA začína v ponuke objavovať flexibilná pracovná doba, začínajú sa zriaďovať škôlky a jasle v blízkosti závodov.

Začiatkom 90. rokov sa definitívne ukotvil model rodiny s duálnou kariérou a úlohy vyplývajúce z kariérneho rozvoja sa stali dominantnými, rovnako ako plnenie úloh firmy nad rámec kontraktu.

Ďalšia etapa začala prehodnocovaním kontraktov medzi zamestnancami a zamestnávateľmi. Začína sa prejavovať tendencia po vyrovnanej rovnováhe pracovného a mimopracovného života. Už neide iba o politiku priateľskú voči rodine, ide o zásadnú zmenu v politike „dlhých pracovných zmien“ a týka sa to už nie len pracovníkov, ktorí majú rodinu, ale všetkých pracovníkov.

Posledné obdobie začína v druhej polovici 90. rokov. Diskusie sa posunuli smerom k tvorbe „zdravých pracovísk“. Ide o nový psychologický kontrakt medzi pracovníkmi a zamestnávateľmi ako aj o vytvorenie nového pracovného environmentu, v ktorom jednotlivec bude plnohodnotne pracovať v prospech firmy a popritom nebude trpieť jeho súkromný život.

Hollingsworth (2005) konštatuje, že podľa vykonaných výskumov a štúdií problémom

č. 1 v súčasnosti je zabezpečenie rovnováhy pracovného a mimopracovného života. Uvádza, že mnoho pracovníkov svoje úspechy v práci platí príliš vysokou cenou v osobnom živote. Pre riešenie uvedeného problému navrhuje využitie máp života. Ide o analogický nástroj, ako sú strategické mapy a Ballanced Scorecard. Rozdiel je iba v tom, že ide o využitie pre jednotlivcov a nie pre organizácie. V prípade máp života musí si jednotlivec najprv definovať na obdobie 3–5 rokov ciele svojej životnej spokojnosti. Následne na to stanoví strategické ciele pozdĺž jednotlivých osí. V tomto prípade sú osi prispôbované tak, aby reprezentovali kľúčové dimenzie personálneho rozvoja: posilnenie vzťahov, optimálne sebariadenie, učenie a finančný manažment.

Naznačuje kľúčové kroky, ktoré sú potrebné pre implementáciu použitého nástroja riadenia.

Federico (2006) pripomína 7 kategórií efektívnosti spomínaných u predchádzajúceho autora a zároveň dodáva, že mnoho firiem sa nechopilo príležitosti a nevykonali základný prieskum a ocenenie potrieb zamestnancov. Podľa neho to je tá zlá správa a firmám chýbajú najmä nasledujúce údaje:

Ako hodnotia zamestnanci ponúkané benefity pre zlepšenie vzťahu pracovný–mimopracovný život.

Ako často sú využívané ponúkané benefity.

Aké nové benefity pre zlepšenie vzťahu pracovný život–mimopracovný život by boli pre nich užitočné v súčasnej dobe, s ohľadom na vek.

Ako dôležité sú pre nich benefity pre zlepšenie vzťahu pracovný–mimopracovný život oproti tradičným benefitom.

Autor ďalej uvádza, že je potrebné zostaviť nový typ dotazníka, ktorý by už mal obsahovať tieto otázky:

- vek,
- starostlivosť v starobe,
- redukcia stresu,
- podpora pri starostlivosti o deti,
- integrovaný asistenčný program pre zamestnancov,
- generačné preferencie,
- podpora komunikačnými technológiami.

Je evidentné, že takto postavený dotazník už reaguje na vývoj v oblasti technológií ako aj na fakt, že nám populácia starne.

Vloeberghs (2002) v široko koncipovanej štúdií popisuje súčasnú situáciu v rovnováhe pracovného a mimopracovného života v Holandsku. Konštatuje, že záujem firiem o kombináciu rodinného a pracovného života priniesol so sebou rast záujmu o dôkladnejšie poznanie tohto fenoménu. Na základe tejto skutočnosti sa v Holandsku rozhodli vypracovať osnovu pre audit rodiny a biznisu (Family-Business Audit – FBA), pričom poverenie na to dala holandská vláda. Obsah a postup pri spracovaní je podrobne rozvedený. Hlavným štartovacím bodom pre FBA je integrovaný prístup, pri ktorom sú brané v úvahu všetky relevantné požiadavky akcionárov. Hlavným cieľom je navodiť situáciu výhra – výhra, pri ktorej by profitovali všetci, t. j. vlastníci, zamestnanci aj ich rodiny.

Pre zlepšenie kvality pracovného života a zlepšenie rovnováhy pracovného a mimopracovného života sa americkým spoločnostiam odporúča praktický návod vo forme „Desatoro“ (Stanley 2004):

1. Využívaj denne plánovanie.
2. Prichádzaj do práce načas.
3. Neber si prácu domov.
4. Zablokuj doma pracovný život.
5. Minimalizuj prácu cez víkend.
6. Opusť firmu v stanovenom čase.
7. Buď v práci vždy profesionálom.
8. Buď pripravený v práci na prípadne rizika v rodine.
9. Trénuj podriadených, aby prevzali prácu za teba, ak musíš odísť.
10. Ak sa cítiš, že ti problémy prerastajú cez hlavu, využívaj poradenské služby.

Anonym 1 (2001) tvrdí, že ak sa má úspešne zaviesť rovnováha pracovného a mimopracovného života, potom je potrebné už od počiatku zaangažovať do problému zamestnancov. Tvrdí to aj správa inštitútu Work in America.

Uvádza zároveň príklady amerických spoločností, kde túto stratégiu úspešne zaviedli. Napr. Ernst and Young znížil zavedením programov rovnováhy fluktuáciu, zvýšil spokojnosť zákazníkov. Ušetril na nákladoch 14 mil. USD.

First Tennessee bank v dôsledku zmien v podnikovej kultúre, ktoré sú spojené so zavedením programov rovnováhy, dosiahol zvýšenie produktivity u 88 % zamestnancov a v jednej z divízií sa produktivita za obdobie šiestich rokov zdvojnásobila. Podľa autora spomínaného článku (Anonym 1) celý problém by mal fungovať nasledujúcim spôsobom:

Manažéri a zamestnanci každých šesť mesiacov dojednávajú otázky kontraktu rovnováhy pracovného a mimopracovného života. V tomto kontrakte sú dohodnuté viaceré aspekty rovnováhy, vrátane toho, koľko dní maximálne do mesiaca musia cestovať na zahraničné pracovné cesty. Firma medzi iným uplatňuje pravidlo, že žiaden zamestnanec nesmie byť počas osobného voľna a dovolenky obťažovaný mailami alebo telefonmi. Autor ďalej pripomína, že firma nesmie zabudnúť merať prínos programov rovnováhy.

V analogickom duchu pojednáva aj ďalší príspevok autorky Karyn Siobhan Robinson (2004). Uvádza, že na základe skúmania spoločnosti Mellon Financial Corp. za posledné dva roky sa takmer o 50 % zvýšil počet firiem, ktoré ponúkajú programy rovnováhy pracovného a osobného života. Sú medzi nimi také benefity, ako sú telekomunikačné zariadenia pre prácu doma, komprimovaný pracovný týždeň s vytvorením väčšieho priestoru pre osobné voľno. Ďalej je to práca na čiastkový úväzok.

Výsledkom zavedenia týchto programov je zvýšenie morálky (74 %), zlepšenie pozície pri získavaní ľudských zdrojov (73 %), zlepšenie imidžu firmy a konkurenčnej pozície (72 %).

Brown (2005) tvrdí, že podľa výsledkov prieskumu zverejneného v Monster Com. až 80 % respondentov nie je spokojných s rovnováhou pracovného a mimopracovného života. Je to medzi iným aj v tom, že väčšina manažérov, nejde na dovolenku bez notebooku, mobilného telefónu. Článok je zaujímavý aj tým, že ako jeden z mála sa snaží podať aj definíciu rovnováhy pracovného a osobného života. Podľa názoru autora článku rovnováha neznamená absolútnu rovnováhu. Snažiť sa rozdeliť si svoj čas presne na rovnaké diely je nereálne. Podľa názoru prezidenta Work Balance Com., In Brown (2005), individuálna

rovnováha sa mení v priebehu času, dokonca v dennom rytme. Každý jeden pracovník má svoj vlastný názor na rovnováhu, pretože máme rôzne priority. Presnú definíciu rovnováhy ale autor neuvádza.

Anonym 2 (2004), v článku uverejnenom v HR Focus pod názvom „Návrat plánov rovnováhy pracovného a mimopracovného života“, tvrdí, že je potrebné sa vrátiť k začiatku 90. rokov, keď sa začali realizovať plány rovnováhy pracovného a osobného života. Bujnejúci akciový trh a nedostatok schopných odborníkov viedol k tomu, že sa začali ponúkať rôzne benefity a poháňkové formy. Ku koncu milénia programy rovnováhy čiastočne ustúpili a dnes, keď sa ukazuje, že hlavným problémom je získanie a udržanie schopných pracovníkov, opätovne dochádza k ich renesancii. Podľa názoru autora článku súčasní personálni manažéri majú v tomto smere plnú podporu vedenia organizácií a zároveň majú k tomu aj dostatok nástrojov, aby situáciu zvládli.

Spoločnosti začínajú opätovne aplikovať programy rovnováhy, v Spojených štátoch najmä vo väzbe na generáciu Y. Tým sa vlastne nepriamo potvrdzuje fakt, ktorý bol zistený aj u celého radu ďalších autorov, že programy, resp. plány sú silne ovplyvňované vekom aj individuálnymi predispozíciami jednotlivca. Zhruba od roku 2000 viaceré americké spoločnosti začali robiť systematické výskumy v tejto oblasti. Jednou z nich je aj spoločnosť Mellons' HR&IS Benefit Survey Department, In Anonym 3 (2004), ktorej výsledky výskumu na vzorke viac ako 600 spoločností priniesli nasledujúce výsledky:

Dôvody, pre ktoré firmy ponúkajú programy rovnováhy pracovného a osobného života, sú nasledovné:

- Snaha o získanie kvalitných pracovníkov – 73 % respondentov
- Zvýšenie morálky – 74 %
- Snaha zostať konkurencieschopný – 72 %

Pokiaľ sa týka jednotlivých benefitov, ktoré najčastejšie ponúkajú, je situácia nasledovná:

- Pružná pracovná doba – 71 %
- Telekomunikačné zariadenie a pripojenie pre prácu doma – 50 %
- Komprimovaný pracovný týždeň – 44 %

- Podporné asistenčné programy – 81 %
- Voľno pre ošetrovanie člena rodiny – 54 %
- Poplatok za školenia súvisiace s prácou – 88 %
- Neplatené voľno nad rámec stanovený zákonom – 47 %
- Zamestnanie na čiastkový úväzok – 86 %

Za zmienku stojí fakt, že všetky hodnoty percent sú takmer dvojnásobne vyššie v porovnaní s hodnotami z roku 1996.

Ako zdôrazňuje autor článku, programy sú zaujímavé najmä pre starších pracovníkov, ktorí zostávajú pracovať aj po dosiahnutí penzijného veku.

Z návrhov, ktoré autor uvádza v príspevku, je ešte zaujímavý návrh testu, ktorým by spoločnosť urýchlene otestovala svoje aktivity na poli rovnováhy.

Ako čiastkové závery k problému rovnováhy pracovného a mimopracovného života je možno uviesť nasledujúce:

- v našej domácej manažérskej literatúre táto problematika zatiaľ je zastúpená skôr okrajovo, serióznejšie štúdie chýbajú,
- explicitne vyjadrená definícia rovnováhy pracovného a mimopracovného života nebola zistená,
- charakteristiky rovnováhy aj opatrenia na jej zabezpečenie sú takmer identické s opatreniami na zabezpečenie kvality pracovného života,
- aby bolo možné manažovať problematiku rovnováhy pracovného a mimopracovného života, je potrebné navrhnuť definíciu rovnováhy, metriku a zároveň navrhnuť aj súbor opatrení na zlepšenie rovnováhy.

Cielom predmetného príspevku sú otázky definície a čiastočne aj opatrení na zlepšenie. Otázka metriky (kvantitatívneho hodnotenia) je predmetom samostatného príspevku s ohľadom na rozsah problematiky. Vid' Sojka (2007).

2. Východzie predpoklady pre návrh definície rovnováhy pracovného a mimopracovného života

Na základe prezentovaných, ale aj ďalších poznatkov získaných z publikovaných článkov sa dá stručne konštatovať, že:

Rovnováha pracovného a mimopracovného života je dôležitý prvok v súťaži o nedostatkové zdroje.

Ide o špecifický konštrukt, ktorý je vysoko individuálny.

Nie je prakticky možné stanoviť jednu kvantitatívnu hodnotu ukazovateľa rovnováhy, ktorá by mala platnosť pre celú organizáciu.

Uspokojivú definíciu rovnováhy z dostupných literárnych prameňov nebolo možné zistiť.

Drvivá väčšina publikovaných prác, predovšetkým zahraničných autorov, sa zapodieva skôr konkrétnymi opatreniami na zlepšenie rovnováhy než otázkami definície.

Pri návrhu modelu rovnováhy pracovného a mimopracovného života (RPMŽ) sa vychádza z nasledujúcich východných predpokladov:

1. Zo súboru charakteristík tvoriacich pracovný život, resp. popisujúcich kvalitu pracovného života.
2. Zo skutočnosti, že medzi pracovným a mimopracovným životom existuje väzobný mechanizmus. Tento bol identifikovaný autormi Burke & Greenglass (1987) a Edwards & Rothbarda (2000). Tento mechanizmus je podľa Edwardsa & Rothbarda (2000) možné rozčleniť do 6 kategórií; prelínanie, kompenzácia, segmentácia, využívanie zdrojov, zhoda a konflikty rodina – práca.

Prelínanie. Prelínanie (prelievanie) znamená, že práca a rodina sa navzájom ovplyvňujú a generujú podobnosti medzi oboma doménami. Inými slovami, prelínanie je charakterizované ako podobnosť medzi konštruktom v pracovnej oblasti a rozdielnym, ale príbuzným konštruktom v rodinnej doméne.

Kompenzácia. Predstavuje úsilie vyvážiť nespokojnosť v jednej doméne hľadaním spokojnosti v inej doméne.

Segmentácia. Predstavuje separáciu práce a rodiny tak, že tieto dve domény neovplyvňujú jedna druhú. Segmentácia je posudzovaná ako aktívny proces, pričom ľudia udržujú hranice medzi prácou a rodinou.

Využívanie zdrojov. Znamená transfer limitovaných zdrojov, ktoré má človek k dispozícii, ako sú čas, pozornosť a energia, z jednej domény do druhej.

Zhoda. Vztahuje sa na podobnosť medzi prácou a rodinou, pričom táto príbuznosť je sprostredkovaná cez tretiu premennú, ktorá tvorí spoločnú príčinu. Zhoda je podobný termín ako prelínanie, pretože obe smerujú k podobnostiam medzi prácou a rodinou. Avšak, prelínanie prisudzuje tieto podobnosti pôsobeniu jednej domény na druhú doménu, zatiaľ čo zhoda prisudzuje tieto podobnosti tretej premennej, ktorá pôsobí na obe domény.

Konflikty rodina – práca. Konflikty rodina – práca sú formou interrolových konfliktov, pri ktorých požiadavky rodinných rolí a pracovných rolí sa dostávajú do konfliktu, keďže sú navzájom nekompatibilné.

3. Definícia rovnováhy pracovného a mimopracovného života

Je potrebné hneď na úvod uviesť, že zatiaľ nebola ani medzi teoretikmi dohodnutá žiadna uspokojivá definícia rovnováhy pracovného a mimopracovného života (Hyman, Summers, 2004). Podľa editoriaľu *People Management*, In Hyman, Summers (2004), sa jedná o jeden z najrýchlejšie sa vyvíjajúcich pojmov v poslednom období v oblasti riadenia ľudských zdrojov. Pôvodne sa uplatňoval pojem „práca priateľská vzhľadom k rodine“ (family-friendly). V súčasnej dobe sa používa pojem *work-life balance*. Z uvedeného dôvodu je potrebné zaviesť definíciu tohto pojmu.

Pri definovaní pojmu rovnováha autor príspevku vychádzal z podstaty problému, kvôli ktorému sa pojem rovnováha stal predmetom skúmania. Ten spočíva v tom, že nadmerná angažovanosť a časová viazanosť v práci negatívne zasahuje do osobného života. Rovnako negatívne do neho zasahuje aj atmosféra a medziludské vzťahy na pracovisku, pokiaľ sa tieto svojim rozsahom a dosahom premietajú do mimopracovného (osobného) života. Druhým východným princípom pri definovaní pojmu rovnováha pracovného a mimopracovného života je fakt, že v zásade manažment pracovného života nemôže riešiť osobné a spoločenské problémy zamestnanca, aj keď určitými opatreniami môže parciálne napomôcť aj v mimopracovnom živote. V princípe právny ani iný nárok jednotlivcovi na takúto pomoc nevzniká. Zároveň sa pri formulácii uplatnia

aj ďalšie princípy uvedené v predchádzajúcom odseku, t. j. prelínanie, segmentácia, kompenzácia, využívanie zdrojov. Na základe uvedeného sa potom dá odvodiť definícia rovnováhy osobného a pracovného života.

Rovnováha pracovného a mimopracovného života je zo strany zamestnanca vnímaný taký stav, keď žiadna z charakteristík (indikátorov) pracovného života neovplyvňuje negatívne mimopracovný život, a to buď svojou nedostatočnou úrovňou, alebo nežiadúcim prienikom do mimopracovného života, a v prípade, že dochádza k takémuto negatívne ovplyvňovaniu mimopracovného života niektorou charakteristikou, tak je tento negatívny dopad kompenzovaný spôsobom, ktorý je akceptovaný zo strany zamestnanca. (Definícia zavedená autorom práce.)

Poznámky k uvedenej definícii

Rovnováha neexistuje vo firme ako obecný jav, ide tu vždy o individuálny pocit jednotlivca. Napr. práca v 12-hodinových turnusoch u jedného zamestnanca môže byť neakceptovateľná (nežiadúci prienik), v inom prípade môže zamestnancovi celkom vyhovovať s ohľadom na iné aktivity.

Práca počas voľných dní a sviatkov môže narušovať rovnováhu, aj keď je zo strany zamestnávateľa kompenzovaná príplatkami. Iný zamestnanec naopak môže takúto prácu s finančnou kompenzáciou akceptovať bez negatívnych pocitov.

Zamestnávateľ na druhej strane môže zamestnancovi poskytnúť určité benefity nad rámec obligatórnych služieb. Napr. relaxačné pobyty, právne služby, detské jasle, deputátne uhlie, ap. V takomto prípade sa už nejedná o vedomú kompenzáciu, ale navyše prospech. Ide tu už o nerovnováhu, avšak s pozitívnym prejavom.

V nadväznosti na uvedenú definíciu a vysvetlenie je možné uviesť nasledovnú špecifikáciu rovnováhy.

Absolútna rovnováha pracovného a mimopracovného života je jednotlivcom vnímaný taký stav v bilancii pracovného a mimopracovného života, keď kvalita pracovného života je na požadovanej (normovanej) úrovni a potenciál mimopracovného života je zachovaný v plnom rozsahu.

Rovnováha s pozitívnym prievisom je jednotlivcom pociťovaný taký stav v bilancii pracovného a mimopracovného života, keď niektoré charakteristiky pracovného života majú pozitívny dopad na úroveň mimopracovného života, pričom tieto charakteristiky majú hodnoty nad obligatórnou úrovňou, ktorá je v príslušnom odvetví obvyklá a ktoré pozitívne dopady by jednotlivec nepociťoval, pokiaľ by nebol v danej firme zamestnaný.

Rovnováha s negatívnym prievisom je jednotlivcom pociťovaný taký stav v bilancii pracovného a mimopracovného života, keď niektoré charakteristiky pracovného života negatívne zasahujú do mimopracovného života a ani prípadné kompenzácie tento negatívne pociťovaný stav neodstraňujú.

4. Opatrenia na zabezpečenie rovnováhy

Z horeuvedeného teda pre správanie zamestnávateľa vyplýva, že ak má záujem na získaní a udržaní kvalitných ľudských zdrojov, musí priebežne sledovať požadovanú úroveň jednotlivých charakteristík, konfrontovať ich so skutočne dosahovanou úrovňou vo svojej firme a zároveň monitorovať dopad na mimopracovný život a robiť opatrenia na odstránenie negatívnych dopadov. Zároveň, v záujme získania konkurenčnej výhody na pracovnom trhu, podnikateľ opatrenia na zaistenie pozitívneho prievisu. Za tým účelom je vhodné spracovať programy na zabezpečenie rovnováhy, ktoré obvykle obsahujú nasledujúce opatrenia:

- telework,
- pohyblivá pracovná doba,
- zdravotné pripoistenie,
- budovanie kultúry podporujúcej kvalitu pracovného života,
- starostlivosť o závislé osoby,
- rekreačné a relaxačné pobyty,
- poskytovanie bezplatných právnych a zdravotných služieb,
- dôchodkové a iné pripoistenie,
- finančné bonusy,
- delená práca,
- prerušenie kariéry, ap.

Pri tom je treba stále sledovať kompenzačný účinok týchto jednotlivých opatrení a podľa toho ich vhodne individuálne kombinovať.

5. Záver

Je všeobecne známe, že úspech organizácie závisí od ľudí, ktorí ju tvoria. Zamestnanci okrem svojich pracovných povinností majú aj svoj mimopracovný život a medzi týmito oboma doménami existuje relatívne úzke prepojenie. Štúdie preukázali, že organizácie, ktoré majú spracované programy rovnováhy pracovného a mimopracovného života, majú väčšiu šancu zvíťaziť v konkurencii o nedostatkové ľudské zdroje a obvykle dosahujú aj lepšie ekonomické výsledky. S ohľadom na vývoj na trhu pracovných síl, kde už aj dnes sa v niektorých profesiách ukazuje nedostatok kvalifikovaných pracovníkov, bude nutné, aby sa aj naša podnikateľská, ale aj akademická obec začala prislusnými otázkami zapodievať serióznejšie, najmä otázkami metriky a otázkami opatrení na zlepšenie rovnováhy.

Poznámky

- 1 Kontakt na autora:
Ing. Ladislav Sojka, CSc.
Katedra manažmentu, Fakulta manažmentu
Prešovská univerzita
ul. 17. novembra č. 1
080 01 Prešov
e-mail: Isojka@unipo.sk

Zoznam literatúry:

- ANONYM 1. 2001. **Employee Involvement is the Key to Successful Work/life Program.** *HR Focus*. New York: Feb. 2001. Vol. 78, Iss. 2. Str. 6.
- ANONYM 2. 2004. **The return of Work/Life Plans.** *HR Focus*, Apr. 2004. 81, 4. ABI/INFORM Global.
- ANONYM 3. 2004. **The Return of Work-Life Plans.** *HR Focus*. 2004, Vol. 81, Iss. 4.
- BROWN, J. P. 2005. **How you can maintain the right work/life balance in 2005.** *Public Relation Tactics*. Jan. 2005, Vol. 12, Iss 1.
- BURKE, R. J., GREENGLASS, E. 1987. **Work and Family.** In C. L. Cooper and Robertson (Eds.) **International review of industrial and organizational psychology.** 273–320. New York: Wiley.
- EDWARDS, J. R., ROTHBARD, N. P. 2000. **Mechanismus linking work and family: Claryfying The relationship between work and family constructs.** *Academy of Management. The Academy of Management Review*; Jan. 2000; 25, 1; ABI/INFORM Global.
- FEDERICO, R. 2006. **The good News and Bad News about Work-Life Surveys.** *Workspan*, March 2006. Vol 49, Iss. 3.
- HOLLINGWORTH, M. 2005: **Resolving the Dilema of Work-Life Balance: Developing life-Maps.** *Ivey Business Journal Online*. London: Nov./Dec 2005. Str. 1.
- HYMAN, J., SUMMERS, J. 2004. **Lacking Balance? Work-Life employment practices in modern economy.** *Personal Review*. 2004, Vol. 33, Iss. 4.
- KADILAK, K., WATS, D. 2006. **Revisiting the Work-Life Dialog: Past, Present, Future.** *Workspan*. Scottsdale: May 2006. Vol. 49, Iss. 5.
- ROOBINSON, K. S. 2004. **Employers Increase Work Life Programs.** *HR Magazine*. Alexandria: Mar. 2004. Vol. 49, Iss. 3. Str. 32.
- SOJKA, L. 2007. **Možnosti kvantitatívneho hodnotenia rovnováhy pracovného a mimopracovného života.** Zborník z konferencie Psychológia práce a organizácie – 2007. Spoločenský ústav SAV Košice 2007.
- STANLEY, T. L. 2004. **Balance and Organization.** *The American Salesman*. Aug. 2004, Vol. 49, Iss. 8.
- VLOEBERGH, D. 2002. **An original and data based approach to the Work-Life Balance.** *Equal opportunities International*. Patrington: 2002. Vol. 21, Iss. 2.

Principy komunitní péče v praxi regionálního komunitního týmu péče o duševní zdraví¹

Community care principles in the practice of a community mental health team

Gabriela Sochorová

Mgr. Gabriela Sochorová² vystudovala sociální práci na FF UK. Pracovala na chráněném komunitním bydlení Bona, o. p. s., v současné době působí v Komunitním týmu pro region Jih o. s. Fokus Praha jako sociální pracovnice. Dále se věnuje telefonické krizové intervenci na lince důvěry.

Abstrakt

Text se zaměřuje na propojení teoretického konceptu principů komunitní péče s praxí. Seznamuje s principy komunitní péče a prostřednictvím strukturovaných rozhovorů si klade za cíl pochopit, jakým způsobem dochází k naplňování těchto principů v praxi konkrétního komunitního týmu z pohledu jeho členů. Z rozhovorů vyplývá, že naplňování principů komunitní péče není v mnoha ohledech snadná záležitost. Do míry jejich naplňování v praxi vstupuje mnoho vlivů – na nejvyšší úrovni je to vliv stále nedostatečně nastaveného systému péče o duševní zdraví v České republice, dalším vlivem jsou postojové vedení organizace a na úrovni nejkonkrétnější ovlivňuje míru naplňování principů komunitní péče osobní přístup samotných pracovníků ve službách.

Klíčová slova: duševní onemocnění, principy komunitní péče, regionální komunitní tým, o. s. Fokus Praha

Abstract

The aim of this article is to put the theoretical concept of community care principles to practice. It introduces the community care principles and sets a goal to understand and illustrate, by means of the standardized interviews, how the community care principles are met in the work practice of specific community mental health team from its members' point of view. The interviews show that meeting the community care principles is definitely not, in many respects, an easy matter. In practice a lot of factors and influences is involved in the scope of these principles meeting – on the top (i.e. government and statutory) level there is still a lack of the Czech Republic mental health care system regulation and setting. Last but not least the particular organization management attitudes as well as the personal approach of the mental health workers have a significant impact on the matter.

Key words: mental illness, community care principles, community mental health team, o. s. Fokus Praha

ÚVOD

Současná úroveň systému péče o lidi s vážným duševním onemocněním je v různých zemích světa v mnoha směrech odlišná. Základní rozdíl mezi Českou republikou a některými jinými ekonomicky vyspělými a demokratickými

státy je ve stupni probíhající reformy systému psychiatrické péče. Zatímco mnoho zemí (některé státy západní Evropy, USA, Kanada, Austrálie, Nový Zéland, Izrael) již prošlo procesem reformy psychiatrické péče od modelu institucionální péče směrem k modelu

komunitní péče, v České republice byl vývoj vzhledem k historickým souvislostem o několik desetiletí zbrzděn a do dnešního dne nebyl tento proces dokončen. Přesto mezi českými odborníky sledujícími moderní zahraniční trendy panuje snaha o postupný přerod stávajícího systému v systém komunitní, který by adekvátně reagoval na potřeby lidí s vážným duševním onemocněním a podporoval jejich právo a schopnosti žít v přirozeném prostředí své komunity. Pod vlivem zahraničních zkušeností jsou tak v podmínkách České republiky zaváděny nové přístupy k lidem s vážným duševním onemocněním, respektující základní **principy komunitní péče**.

Předložený text se zaměřuje na propojení teoretického konceptu principů komunitní péče s praxí. Těžiště první části textu spočívá v seznámení s principy komunitní péče a jejich rozdělením do tematických kategorií. Část druhá seznamuje se závěry ze strukturovaných rozhovorů vzniklých za účelem zodpovězení následující otázky: Jakým způsobem se odrážejí principy komunitní péče v praxi komunitního týmu³, poskytujícího služby lidem s duševním onemocněním? Jinými slovy: Jak dalece se tým, z pohledu jeho členů, při poskytování svých služeb principům komunitní péče blíží?

1 Principy komunitní péče

Jako komunitní péče je označován „systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově i organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci lidem i s vážnějším zdravotním postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co možná nejspokojivějším způsobem“ (Pfeiffer, 2002: 625).

Vedle pojmu „komunitní péče“ (*community care*) je možné se setkat i s pojmem „balancovaná péče“ (*balanced care*), který vyjadřuje důraz na takový systém, který je vstřícný jak k uživateli služby, tak k jeho rodině, k profesionálům i komunitě (Thorncroft, 2006).

Cílem komunitních služeb pro vážně duševně nemocné je identifikovat jejich potřeby a hledat různé možnosti jejich naplnění co možná nejvíce přímo v komunitě. Znamená to, že péče je poskytována k tomu určenými profesionály v komunitě, ale zároveň i samotná

komunita by měla být pomocným faktorem. Proto se často hovoří o nutnosti „mobilizovat“ komunitu. Komunita by měla cítit svůj díl zodpovědnosti a naplnit ho skrze změnu svých postojů (Pfeiffer, 2002).

Hlavním rysem filozofie komunitní péče se tak stává orientace na všechny základní přirozené lidské potřeby člověka s duševním onemocněním, nejen na symptomy jeho nemoci. Hlavní ideou komunitního systému není boj s nemocí, ale podpora klienta, jeho schopností žít co nejsamostatněji, co možná nejvíce smysluplný život. Komunitní systém nevylučuje péči v lůžkových zařízeních, snaží se ji však používat jako poslední, krajní možnost, a to na co možná nejkratší dobu. Pod pojmem komunitní péče tedy není míněna jakási zcela nová „technologie“ stojící vedle tzv. „klasické“ nemocniční péče. Je jím označováno nové paradigma celého psychiatrického systému, přesah klasického dělení péče na zdravotní a sociální. Takový systém komunitní péče v sobě obsahuje jak péči lůžkovou, tak péči mimonemocniční. Jinými slovy, lůžková péče není odmítána – i ústavy a psychiatrické léčebny mají své místo v komunitě, ač s určitou pozměněnou rolí.

Ačkoliv komunitní péče není jednotlivý koncept, základní myšlenka popsaná výše je společná. Co se může lišit, jsou nástroje (nebo řekněme, dílčí principy), pomocí nichž by mělo být základní myšlenky (základního principu) komunitní péče dosaženo. V odborné literatuře i praxi se lze setkat s různými pojetím těchto principů, někteří autoři se pokoušejí o jejich kategorizaci. Například Tansella a Thorncroft (2003) rozdělují principy komunitní péče do dvou základních kategorií – tzv. *základní principy* (např. otevřenost a čestnost ve vztahu ke klientům, laskavost a respekt, úměrnost vůči potřebám klientů apod.) a *aplikované principy* (koordinovanost služeb, dostupnost apod.). Jiné pojetí představují Mosher a Burti (In Komunitní psychiatrie v praxi, 2005), kteří shrnují principy úspěšných komunitních programů péče o duševní zdraví v USA a Itálii a rozdělují je na *principy administrativní* (týkající se spíše řízení služeb a zahrnující např. princip naprosté odpovědnosti za oblast působení,

princip využití existujících zdrojů komunity nebo princip neinstytucionalizace) a *principy klinické*, mající blíže přímé práci s klienty (například tzv. princip kontextualizace – co možná největší udržování klienta v kontaktu s jeho přirozeným prostředím nebo princip ochrany a zlepšení osobní moci a kontroly klienta).

Jiné materiály odkazují k principům komunitní péče bez jejich další kategorizace, například doporučení Světové zdravotnické organizace (in Závěrečná zpráva projektu Model sledování, hodnocení a zkvalitnění komunitní péče o duševně nemocné, 2004) nebo materiál Politika péče o duševní zdraví v ČR – cesty k její realizaci (2005).

V následujícím textu uvádím stručné shrnutí principů z výše uvedených zdrojů. Pro přehlednost principy rozdělují do vlastních kategorií nazvaných podle toho, jakým způsobem se ke komunitní péči vztahují.⁴

- I. Systémové (organizační) nástroje
- II. Profesionální nástroje
- III. Vztahové nástroje (přístup ke klientovi)

Rozdělení jednotlivých principů do těchto kategorií je orientační – jsem si vědoma toho, že v některých případech by bylo možné zařadit daný princip i do několika kategorií zároveň.

1.1 Systémové (organizační) nástroje

Základem komunitní péče je správné nastavení systému služeb.

1.1.1 Jasně stanovená spádovost (regionalita)

Každá služba by měla mít svou jasně definovanou spádovou oblast, a to tak, aby v daném regionu bylo zabezpečeno poskytování komplexních služeb přístupných pro všechny obyvatele. Oblast péče by měla být vymezena početně, etnicky, nábožensky, zeměpisně apod. Vysoce specializované služby mohou mít nadregionální charakter.

Je zapotřebí komplexní plánování služeb v daném regionu, včetně braní ohledů na sociální a demografická specifika každé oblasti. V plánu je zapotřebí vždy popsat poslání jednotlivých služeb vzhledem k rozdílným potřebám klienta.

Cílem tohoto principu (nástroje) je zajistit, aby lidé, kteří dané služby nejvíce potřebují, ze systému služeb „nevypadávali“ – služby by měly být vytvářeny podle potřeb daného regionu tak, aby byla zaručena péče všem potřebným cílovým skupinám. Zároveň by tak měla být stanovena zodpovědnost daného regionu (komunity) za své obyvatele. Systém by se měl vyvarovat opaku – tedy toho, aby nejprve vznikla nějaká služba v regionu a poté se prostřednictvím cílových skupin klientů naplňovaly její potřeby.

1.1.2 Jasně stanovená cílová skupina

Musí být jasně stanoven okruh osob (prioritní cílová skupina), kterým jsou dané služby určeny, a to opět tak, aby systém pokryl potřeby všech cílových skupin. Speciální pozornost musí být věnována lidem s vážným duševním onemocněním s chronickým průběhem a těm, kteří si nejsou schopni sami aktivně říci o pomoc. Na tyto skupiny se nejčastěji zapomíná (psychiatrické služby mají obecně tendenci zabývat se aktivněji spolupracujícími skupinami klientů). Opět je tedy nutné definovat zodpovědnost jednotlivých služeb za jednotlivé cílové skupiny, aby i méně aktivní klienti měli možnost získat kvalitní péči.

1.1.3 Celkově snadná dostupnost služeb

Služby by měly být dostupné ve smyslu fyzickém (běžnou dopravou, bez architektonických bariér), psychologickém (bez bariér stigmatizace), finančním, informačním (informační síť o službách a jejich charakteru, snadno dostupná potenciálním uživatelům) a časovém. Pro případ změny zdravotního stavu klienta by měla být v systému péče lehce dostupná non-stop služba krizové intervence (služba, která je v případě potřeby schopna flexibilně a kompetentně asistovat přímo na místě, včetně domova klienta). Důvod je jasný – potřeby lidí s vážným duševním onemocněním nelze v mnoha případech uspokojit v limitech běžné pracovní doby. Dekompenzace zdravotního stavu člověka s duševní nemocí, která může potenciálně vést k další hospitalizaci, může být pomocí nepřetržitě dostupné krizové služby vyřešena alternativním způsobem (např. krátkodobým pobytem na krizovém lůžku).

Tansella a Thornicroft (2003) si v otázce dostupnosti služeb všimají dvou protipólů. Riziko přílišné dostupnosti přichází ve chvíli, kdy se práh služby snížá na minimum, čímž může být kapacita služby zaplněna takovými nároky klientů, které by za jiných okolností mohli zvládnout vlastními silami. V opačném případě, pokud je práh služby nastavený příliš vysoko, mohou kapacitu služeb zaplnit méně vážně nemocní. I dostupnost služeb musí mít tedy své hranice.

1.1.4 Existence vstupního místa do systému služeb (Gate keeping)

Vstupní místo má zaručit přechod z méně specializovaných služeb péče do více specializovaných s cílem péči efektivně využívat, nikoliv nadužívat (v oblasti péče o duševně nemocné se v praxi často stává, že se služby se stejnou nebo podobnou náplní dublují – jednomu klientovi je několik stejných služeb poskytováno současně). Zároveň by se také klient měl, pomocí tohoto vstupního místa, dostat k adekvátnímu typu péče podle jeho aktuálních potřeb.⁵

1.1.5 Legislativa

Pro systém péče o duševní zdraví by měla existovat specializovaná legislativa s jasně vymezenými postupy a standardy péče, které by eliminovaly porušování lidských práv lidí s duševním onemocněním (především v případech nedobrovolných hospitalizací) a staly se prevencí případného vyřazování člověka s duševním onemocněním ze společnosti i prevencí stigmatizace.⁶

1.1.6 Účelnost nákladů

Základní podmínkou pro vytvoření komunitního systému i jeho udržitelnost je sledování nákladnosti nejen jednotlivých částí systému, ale i regionálního systému jako celku. Je důležité sledovat rovinu jednotlivých služeb i rovinu programů pro jednotlivé skupiny klientů. Účelnost je také dána poměrem nákladů na přímé i nepřímé služby, mírou zapojení, využití a podpory přirozených zdrojů pomoci v komunitě přímo nebo potenciálně existujících, dále pak mírou koordinace a tím eliminování nadbytečných duplicit na jedné straně

a rychlým vyplněním nedostačujících služeb na straně druhé. V konkrétní podobě se jedná o existenci služeb orientovaných na základní potřeby, které mohou být duševní nemoci ohroženy – jedná se o různé formy podpory v bydlení, v zaměstnávání nebo komunitní alternativy akutnějších hospitalizací.

1.1.7 Využití existujících zdrojů komunity

S výše uvedeným principem souvisí i důraz na využívání již existujících služeb v komunitě. V rámci plánování služeb by měly být zmapovány existující komunitní zdroje (pracovní místa, školy, sportovní programy apod.), které by následně neměly být zdvojeňovány (například tím, že se vytvoří specializovaný program pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním).

1.1.8 Postavení a vyváženost lůžkové a mimolůžkové péče

Lůžková péče zastává v komunitním systému zcela jistě nezastupitelnou roli. Péče o duševně nemocné by ale neměla být centrována okolo lůžek, lůžka by měla být jen doplňkem k péči primárně se odehrávající v komunitě. Lůžka jsou však i nadále důležitou součástí systému péče, mělo by však být jasně definováno, ve kterých případech a na základě jakých postupů budou lůžka využívána.

1.1.9 Rozsah služeb

Na otázku rozsahu služeb je možné se podívat z pohledu dvou dimenzí – *horizontální* (jak širokému spektru cílové skupiny vážně duševně nemocných se služba otevírá) a *vertikální* (nakolik široce a intenzívně je služba poskytována prioritní skupině klientů). Základním dilematem tedy je, zda poskytovat méně intenzívní péči většímu počtu klientů nebo intenzívnější péči menšímu počtu klientů – tedy zda se rozhodnout pro kvantitu, nebo kvalitu. Tansella a Thornicroft (2003) doporučují služby ohraničit takovým způsobem, aby se péče dostala k těm nejpotřebnějším, a uvádějí, že ve vyspělých zemích je v populaci přibližně jedna čtvrtina dospělých lidí s duševním onemocněním, zatímco péče je poskytována pouhým 2–6 % této populace. I toto ohraničení má však své riziko – např. v zemích, kde je péče zaměřena

prioritně na závažně duševně nemocné (např. Velká Británie), existuje velmi chudá síť služeb pro lidi s lehčími (např. neurotickými) typy onemocnění, což může vést ke chronicitě těchto onemocnění a k dalšímu rozvoji handicapu.

1.2 Profesionální nástroje

Dobře nastavený systém ještě nemusí nutně znamenat, že bude péče poskytována kvalitně. K tomu je nutné dodržovat jisté profesionální pracovní postupy.

1.2.1 Flexibilita služby

Síť služeb by neměla zůstat rigidním systémem. Pracovníci služeb by měli být schopni (i v rámci propojování jednotlivých služeb) pružně reagovat na klientovy potřeby. Služba by měla být s přihlédnutím k potřebám klienta dostatečně dlouhodobá, intenzivní a měla by být přizpůsobena jeho přirozenému prostředí.

1.2.2 Individuální koordinovanost a návaznost různých typů pomoci a podpory

Navazování jednotlivých služeb na sebe je nezbytné pro zajištění kontinuity péče. U řady zdravotně sociálních problémů, se kterými se lidé s duševním onemocněním často potýkají, nemůže pouhá epizodická péče respektovat celou šíři problémů klienta. Naopak rychlým „předáním“ klienta do vhodné služby by mělo být zajištěno poskytování adekvátní péče a předcházení nadbytečnému pokrytí v některé oblasti potřeb klientů (např. neadekvátně dlouhé hospitalizace) nebo naopak k nedostatku či zanedbání péče. Pro návaznou a kontinuální péči je nutná spolupráce a vzájemná koordinace činností řady poskytovatelů zdravotních, sociálních, popřípadě dalších služeb (např. z resortu školství) a vyvážená spolupráce mezi lůžkovou, ambulantní a intermediární péčí. K zajištění tohoto principu je proto nezbytná existence kvalitního předávacího systému mezi jednotlivými poskytovateli služeb.

Tansella a Thornicroft (2003) si všimají dvou dimenzí tohoto principu – *longitudinální návaznosti* (nepřerušované poskytování péče klientovi v jedné službě po delší dobu) a *průřezové návaznosti* (návaznost služeb mezi

různými poskytovateli). Zároveň uvádějí riziko přísně dodržované návaznosti služeb, která může paradoxně vést k závislosti klientů na službách.

1.2.3 Týmový způsob práce

Týmový způsob práce v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním je doporučován především pro zabezpečení návaznosti péče, zástupnosti jednotlivých členů týmu a kvůli prostoru pro poskytování větší šíře profesionálních i neprofesionálních dovedností a zkušeností.

Prostřednictvím týmového uspořádání je snazší kontinuálně a flexibilně reagovat na komplexní potřeby lidí s duševním onemocněním, čímž mohou týmy jako základní stavební kameny moderních služeb nahrazovat lůžka psychiatrických oddělení nemocnic a psychiatrických léčenben (Shepherd, 2003). Navíc specializované týmy (např. asertivní týmy, krizové týmy apod.) se mohou zaměřit na hodně úzce vymezené skupiny klientů se speciálními potřebami. Zároveň je doporučováno, aby týmy měly svou vlastní odpovědnost a možnost činit svá vlastní klinická rozhodnutí (např. Mosher, Burti In Komunitní psychiatrie v praxi, 2005).

1.2.4 Multidisciplinární složení týmu

Zastřešujícím úkolem komunitní péče je dosažení co možná nejvyšší úrovně nezávislého sociálního fungování a tělesné i duševní pohody lidí s vážnou a dlouhodobou duševní nemocí. Týmy poskytující služby péče o duševní zdraví musí tyto služby individualizovat a „ušít na míru“ každému klientovi s jeho individuálními specifickými potřebami. Vzhledem ke specifickým duševního onemocnění a současnému výskytu mnohočetných, zdravotních i sociálních potřeb lidí s duševním onemocněním tak vyplývá nezbytnost integrovat do péče jak zdravotní, tak psychosociální stránku. Jeden specialista není u řady zdravotně sociálních problémů lidí s duševním onemocněním schopen poskytnout plnou šíři potřebné péče. Pro zajištění komplexnosti péče je proto vždy výhodou, když je v týmu zastoupena široká škála znalostí a dovedností, respektive profesí (nejčastěji v literatuře doporučované profese jsou: psychiatr, klinický psycholog, sociální pracovník, komunitní psychiatrická sestra,

pracovní terapeut), které se podle potřeb klienta vzájemně doplňují a rovnocenně podílejí na vytváření léčebného plánu i jeho realizaci (Lieberman, Hilty, Drake, Tsang, 2001).

1.2.5 Asertivní přístup

Systém péče by měl být schopen (např. prostřednictvím specializované služby) aktivně vyhledávat i ty nemocné, kteří nejsou schopni si sami zajistit adekvátní pomoc a kteří jsou v riziku zhoršení zdravotního stavu či výrazné sociální nouze. Lidé s vážným duševním onemocněním jsou vlivem symptomů duševní nemoci leckdy neochotní přijímat psychiatrickou léčbu v jakékoliv formě, a to i přesto, že jim nemoc způsobuje velké potíže v jejich existenčním i sociálním fungování. Jedná se často o opakovaně hospitalizované klienty, kteří mají nízký náhled na své onemocnění, nejsou motivováni k léčbě, s historií sebepoškozování či ohrožování okolí, s kombinací psychického onemocnění a závislosti na drogách či alkoholu (Politika péče o duševní zdraví v ČR – zpráva o současném stavu, 2005). Tito lidé proto často „vypadávají“ ze systému služeb a zvyšuje se riziko, že se nedostanou k potřebné péči a pomoci, čímž dojde k dalšímu zhoršení jejich zdravotního stavu, dostanou se do výrazné sociální nouze nebo budou dlouhodobě hospitalizováni v lůžkovém zařízení. Asertivní přístup tedy spočívá v aktivním a vytrvalém kontaktování této skupiny klientů a jejich vhodné motivaci ke spolupráci s ostatními službami v systému péče o duševně nemocné. Cílem je, aby se i těmto lidem dostala potřebná péče a podpora.

1.2.6 Péče v přirozeném prostředí

Péče by měla být uspořádána tak, aby v jejím rámci docházelo co nejméně ke ztrátě kontaktu klienta s jeho běžným životním prostředím, aby pomoc byla maximálně nasměrována na jeho běžné životní podmínky, tzn. na jeho přirozené působící komunitní zdroje (rodinu, přátele, sousedy, kluby, zaměstnavatele, běžné vzdělávací instituce apod.), včetně vyhledávání zdrojů nových. Při pomoci klientovi ve výběru jednotlivých alternativ by se prioritně měla zvažovat například podpora v běžném pracovním prostředí než klienta v rámci rozhodnutí první volby směřovat do specializované služby

pro duševně nemocné typu chráněné dílny či jiného specializovaného programu. Pracovníci proto musí mít dobře zmapovaný region své působnosti (např. v oblasti služeb pro veřejnost) i přirozené prostředí a zdroje konkrétních klientů.

Také v případě zhoršení zdravotního stavu klienta by se k jeho hospitalizaci mělo přistoupit pouze v případech naléhavé potřeby (v případě agresivity klienta nebo jeho akutního ohrožení sebevražednými tendencemi). V případech jiných by se opět měla hledat jiná dostupná alternativa v komunitě, případně situaci řešit prostřednictvím specializované neinstitutonální služby, která by poskytovala klientovi podporu v jeho běžném prostředí.

1.2.7 Vzdělávání profesionálů

Nedílnou součástí kvalitně prováděné péče o lidi s duševním onemocněním je existence systematického vzdělávání a tréninku pracovníků. To se týká jak přípravy na budoucí uplatnění v této oblasti péče, tak celoživotního kontinuálního vzdělávání a tréninku v moderních technikách péče (např. v metodě case managementu, psychosociální rehabilitaci, týmové práci apod.).

1.3 Vztahové nástroje (přístup ke klientovi)

Na výsledky poskytované péče má nesporný vliv i způsob, jakým se vztahuje pracovník ke klientovi, jakým způsobem vnímá postavení klienta v procesu poskytování péče.

1.3.1 Individuální přístup ke klientovi

Přes společné rysy problémů a potřeb určitých skupin klientů je nutné respektovat jedinečnost problematiky každého člověka s duševním onemocněním, a to i jedinečnost jeho potřeb v různých fázích jeho nemoci či života. Proto je nutné každému klientovi poskytovat individuální a optimální pomoc a podporu, šitou na míru jeho potřebám, zohledněným v jeho individuálním (terapeutickém, rehabilitačním či léčebném) plánu se stanovenými životními cíli, kterých chce klient v rámci léčby (péče) dosáhnout. Tedy potřeby klienta, nikoliv existující nabídka služeb by se měly stát základním východiskem péče.

1.3.2 Partnerství s klientem, zplnomocňování klienta

Intervence by měly být založeny na klientově rozhodnutí a souhlasu, na jeho svobodné volbě z nabídky možností a služeb. Důraz by měl být kladen na zapojování klienta do rozhodování o podobě služby a neadekvátnější formě pomoci, a to v každém kroku v procesu poskytování péče, včetně respektování jeho názoru a rozhodnutí (se speciálním postupem v situaci, kdy klient ohrožuje sebe nebo druhé). Pro kvalitní rozhodování je zapotřebí, aby byl klient plně informován o všech prováděných či plánovaných aktivitách, včetně jejich možných důsledků zdravotních i sociálních.

V péči o lidi s vážným duševním onemocněním existuje vždy jisté riziko převzetí moci nad životem klienta – profesionál se může stavět do pozice experta, který ví nejlépe, co je pro klienta nejlepší, což ve výsledku podkopává smysl pro kontrolu jeho vlastního života.

Toto riziko nejvíce hrozí u klientů nespoupracujících a nemotivovaných k léčbě. Doporučení plynoucí z tohoto principu je, že by pomáhající pracovníci měli vystupovat spíše v roli „konzultantů“ než „terapeutů“, ve smyslu „Čím méně děláme, tím lépe.“ (Mosher, Burti In Komunitní psychiatrie v praxi, 2005). Klientovi by měl být ponechán prostor pro vlastní aktivitu do té míry, kam až to lze. Morgan (1993) doporučuje přístup „*working with*“ (dělat aktivity s klientem) než „*doing for*“ (dělat je za klienta). Východiskem pro tento princip je zodpovězení otázky, z čeho má klient větší prospěch – zda z aktivity pracovníka, nebo ze své vlastní aktivity.

1.3.3 Zaměření spíše na zdravé stránky klienta než na psychopatologii

Péče by měla být zaměřena více na zdravou stránku klienta než na příznaky jeho nemoci. Stěžejní podpora by tak měla stát na silných stránkách klienta a jeho kapacitě, schopnostech a zájmech, nikoliv na jeho deficitech, slabostech a problémech.

Principy komunitní péče by mohly být mylně považovány za pouhé abstraktní pojmy bez spojení s praxí péče o duševní zdraví, což by bylo chybné. Na tyto principy je naopak nutné pohlížet jako na pevný základ, na němž

by služby péče o duševní zdraví měly být už od svého počátku budovány (Tansella a Thornicroft, 2003). Jakým způsobem se může prolínat teoretický koncept principů komunitní péče s praxí, se pokusím přiblížit následujícím šetřením.

2 Naplňování principů komunitní péče v praxi komunitního týmu z pohledu jeho členů – strukturované rozhovory

2.1 Popis šetření

Předkládané šetření bylo zaměřeno na praxi jednoho ze čtyř komunitních týmů občanského sdružení Fokus Praha. Jeho účelem bylo zjistit, v jakém rozsahu tým v poskytování svých služeb principy komunitní péče naplňuje a jaké potíže se v jeho praxi v této souvislosti objevují. Záměrem šetření nebylo objektivně a komplexně hodnotit naplňování daných principů v praxi týmu – cílem bylo zjistit, jaké mají k naplňování principů postoje jeho členové, jak oni sami naplňování principů komunitní péče v každodenní praxi týmu vnímají a subjektivně interpretují. Jednalo se tedy o sebehodnotící proces, jehož účelem byla sebereflexe práce týmu, podnětění k diskusi o základních týmových hodnotách a poskytnutí zpětné vazby o práci týmu jeho členům i dalším osobám zainteresovaným do procesu transformace služeb o. s. Fokus Praha.

Pro naplnění nadefinovaného cíle jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, techniku strukturovaného rozhovoru se členy týmu⁷. Tvorbě otázek předcházela tvorba seznamu principů komunitní péče – k šetření jsem použila předem nadefinovanou sadu principů tak, jak byla uvedena v kapitole 1 Principy komunitní péče. Získanými daty jsem se nejdříve zabývala odděleně, z pohledu každého principu zvlášť – každý princip byl popsán v následujících úrovních: Důležitost, potřeba principu; Naplňování principu v praxi týmu; Potíže v naplňování principu v praxi týmu. Identifikované potíže jsem podle shodných znaků kategorizovala do specifických skupin, kategorií. Následně jsem se zaměřila na porovnání principů mezi sebou – z pohledu tří výše uvedených úrovní (důležitost, naplňování, potíže)⁸.

2.2 Diskuse výsledků

V odpovědích jednotlivých členů týmu se ukázala poměrně velká rovnováha jak v otázce vnímání potřeby řídit se principy komunitní péče v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním, tak v otázce míry naplňování principů týmem. Tuto shodu je možné klást do souvislosti s vysokým vzdělanostním profilem členů týmu, několikaletými zkušenostmi s týmovým způsobem práce a s metodou case managementu v oblasti péče o duševně nemocné, vytvořením společně sdílených hodnot a postojů k péči uvnitř týmu nebo nalezením fungujících strategií při spolupráci jednotlivých členů mezi sebou.

Ačkoliv všichni členové týmu považují většinu principů pro výkon kvalitní praxe za důležitou, nedaří se v praxi týmu tyto principy naplňovat zcela bez potíží. V těch oblastech, kde je naplňování principu možné ovlivnit samotným týmem (tedy převážně principy spadající do kategorie II. Profesní nástroje a III. Vztahové nástroje), je vnímána větší spokojenost v naplňování principů a méně potíží. Naopak v kategorii I. Systémové (organizační) nástroje, tedy v oblasti méně ovlivnitelné týmem, je vnímána větší nespokojenost a více potíží.

Silné stránky práce týmu ve vztahu k principům komunitní péče se z pohledu členů týmu ukázaly především ve schopnosti poskytovat péči flexibilním způsobem (tým se přizpůsobuje potřebám klientů v otázce intenzity služby, délky poskytování i v přizpůsobení se přirozenému prostředí), dále ve schopnosti péči pro klienta adekvátně koordinovat a využívat v péči prvků asertivity. V otázce vztahu s klienty přistupují podle svého názoru pracovníci týmu ke klientům individuálním, partnerským a zplnomocňujícím přístupem, péči staví na zdravých stránkách klienta. Jako částečně silná stránka týmu se pracovníkům jeví samotný týmový způsob práce – tým je vnímán jako podpora pracovníkovi pro jeho vlastní práci s klientem i jako víceméně bezpečné zázemí pro vyrovnání se se současnou nelehkou situací v organizaci. Přesto byly v otázce na týmový způsob práce členy týmu identifikovány citelné rezervy (ukazuje se potřeba nalézt efektivní rovnováhu mezi týmovým a individuálním způsobem práce, tým

stojí také před nedořešenou otázkou nového vymezení rolí a pravomocí v týmu). Další rezerva v naplňování principů komunitní péče byla nalezena v malé dostupnosti služeb týmu pro nové zájemce o služby.

Těžiště další oblasti, ve které by se praxe týmu dala zefektivnit, leží ve spolupráci jak s ostatními službami o. s. Fokus Praha, tak ve spolupráci s místní komunitou – jisté rezervy se v tomto směru ukázaly v otázce doporučení klientů pracovníky do převážně specializovaných, nikoliv běžných komunitních služeb.

Dále byla jasně pojmenována rizika související s novou koncepcí služeb organizace, která mohou naplňování principů komunitní péče narušit. Jedná se především o otázku nízké kapacity pracovníků způsobené vysokým poměrem počtu klientů na jednoho pracovníka, která může ve svém důsledku přinést horší kvalitu práce s klientem. Toto identifikované riziko koresponduje s doporučeními uváděnými v odborné literatuře, kde je doporučován nižší poměr klientů pro efektivní poskytování služby case managementu.

Dalším velkým tématem, ve kterém se propojuje téma principů komunitní péče a nové koncepce služeb, je otázka stanovení cílové skupiny pro služby komunitních týmů. Pokud budeme na princip jasně stanovené cílové skupiny nahlížet jeho původní logikou, která spočívá v doporučení, aby se potřebná péče dostala ke všem cílovým skupinám (se zaměřením pozornosti na méně aktivní klienty s chronickým průběhem nemoci), nabízí se otázka: dostane se v systému organizace, která nastaví cílovou skupinu takto široce, péče k opravdu méně aktivním a závažněji nemocným klientům?

Tedy co se týká budoucího časového výhledu, byla členy týmu identifikována potenciální rizika, která mohou naplňování principů komunitní péče v jejich logice narušit. V obecnější rovině by se dala tato potenciální rizika souhrnně pojmenovat jako upřednostnění potřeb organizace oproti potřebám klientů.

Na některých změnách ve výše popsanych identifikovaných oblastech potíží se může podílet samotný tým, na jiných je však zapotřebí podpory či přímé spolupráce s vedením organizace.

V dotazování po komplikacích v naplňování principů komunitní péče v praxi týmu se projevil také obecně nedostatečně propracovaný systém péče o duševní zdraví, např. nedostatečná nabídka služeb, potíže v komunikaci s ostatními poskytovateli péče i stigmatizující postoj společnosti.

2.3 Přehled identifikovaných potíží

V identifikovaných potížích se dají vysledovat dva směry – potíže mířící směrem do týmu (potíže pociťované jako týmem ovlivnitelné) a mimo tým (potíže týmem nnesnadno ovlivnitelné).

Potíže, které byly vnímány jako **týmem ovlivnitelné**, se dají seskupit do následujících nadřazených tematických skupin:

- **Dostupnost týmu** (bariérovost prostor, nízká dostupnost mimo pracovní dobu)
- **Nastavení hranic služby** (riziko bezbřehosti služby)
- **Týmovost** (nevyváženost týmového a individuálního způsobu práce, narušení bezpečného prostoru v týmu, nedořešená otázka nového vymezení rolí a pravomocí v týmu)
- **Přístup ke klientovi** (riziko přebrání kontrolní funkce nad životem klienta, riziko „nevybalancování“ partnerství nebo přílišná ochrana klientů)
- **Vlastní kompetence** (nepostačující dovednosti, potřeba dalšího vzdělávání)
- **Spolupráce s ostatními službami** (nedostatky ve spolupráci týmu s ostatními službami o. s. Fokus Praha)
- **Spolupráce s komunitou** (nedostatečné zmapování zdrojů v regionu)

Potíže vnímané jako **týmem neovlivnitelné** (tým je svou aktivitou ovlivnit nemůže, či může, ale jen velmi nnesnadno), jsou spojovány se:

- **Systémem péče o duševní zdraví** obecně (nedostatečná nabídka služeb)
- **Systémem a řízením služeb o. s. Fokus Praha** (široké nastavení cílové skupiny, riziko nízké kapacity pracovníka dané vysokým počtem klientů nebo nedostatečně nastavený vzdělávací systém v organizaci)
- **Postojem jiných organizací** (překážky ve spolupráci)

- **Postoji blízkého okolí klienta** (orientace okolí klienta na jeho zneschopnění)
- **Společnosti obecně** (chybějící zdroje v komunitě nebo sociální síti klienta, stigmatizace)

Závěr

Přes velký pokrok, kterého od 90. let 20. století dosáhla naše republika na poli poskytování služeb lidem s duševním onemocněním, jsme do dnešní doby ještě zdaleka nedosáhli na podmínky, které v této oblasti panují v zahraničí. Současný stav naší komunitní péče je srovnatelný se stavem, kterým komunitní péče procházela ve Spojených státech v 70.–90. letech 20. století. Obdobně oproti stavu komunitní péče ve Velké Británii je odstup České republiky v tomto směru o zhruba 30 let (Pfeiffer, 2007). K rozvoji komunitní péče o duševní zdraví v České republice dávají podnět nejen praktické zkušenosti, ale zavazují k němu také i platné mezinárodní zdravotně-politické dokumenty, naposledy program Světové zdravotnické organizace – Zdraví 21, cíl 6: Zlepšení duševního zdraví). Také naše začlenění do struktur Evropské unie znamená závazek připojit se k poskytování kvalitní, humánní péče a výrazné změně systému charakterizované přesunem péče dominantně poskytované ve velkých psychiatrických institucích v péči vyváženě poskytovanou v nemocničních a mimonemocničních podmínkách (Závěrečná zpráva o řešení programového projektu Model sledování, hodnocení a zkvalitnění komunitní péče o duševně nemocné, 2003).

Věnování energie problematice principů komunitní péče v praxi organizací zapojených do sítě služeb pro lidi s duševním onemocněním považuji za jeden z důležitých kroků v tomto procesu. Představeným šetřením jsem chtěla k této problematice alespoň částečně přispět. Přesto jsem si vědoma toho, že úzké zaměření šetření redukuje pohled pouze na situaci jednoho konkrétního týmu a svým malým rozsahem nedává možnost zobecnění na situaci ostatních komunitních týmů o. s. Fokus Praha ani na týmy jiných organizací. Na této úrovni může šetření posloužit k sebe-reflexi týmu a poskytnutí zpětné vazby členům

týmu umožňující další rozvoj jeho služeb a poskytnutí zpětné vazby vedení organizace – pojmenování potřeb týmu v otázce naplňování principů komunitní péče.

Další možné využití dotazování na téma principů komunitní péče o duševní zdraví patří v rozšíření cílové skupiny respondentů přinejmenším na další komunitní týmy o. s. Fokus Praha. V případě vytvoření univerzálnějšího měřicího nástroje by mohlo být užitečné podobným způsobem změřit naplňování principů komunitní péče v dalších organizacích poskytujících služby pro lidi s duševním onemocněním. Za zajímavou a nosnou považují také myšlenku J. Pfeiffera (2007) – míru naplňování principů komunitní péče zhodnotit optikou procesu transformace systému péče o duševní zdraví a změřit, zda se daný tým (služba, organizace) nachází v poskytování svých služeb blíže přístupu komunitnímu, či institucionálnímu.

Poznámky

- Text vychází z diplomové práce: Sochorová, G.: Principy komunitní péče v praxi regionálního komunitního týmu péče o duševní zdraví (na příkladu zahraničních zkušeností a zkušeností z procesu transformace služeb o. s. Fokus Praha), obhájené v roce 2007 na katedře sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Karlovy.
- Kontakt na autorku: sochorova@fokus-praha.cz
- Jedním z přístupů, který se v poskytování služeb lidem s vážným duševním onemocněním ukazuje jako nosný, je týmová multidisciplinární spolupráce. V zahraničí jsou odborné týmy, které komplexně koordinují služby pro lidi s vážným duševním onemocněním a zodpovídají za poskytování péče v určité lokalitě nebo regionu, důležitou součástí moderních služeb v péči o duševní zdraví. Základní předností těchto regionálních komunitních týmů, kromě zmíněné možnosti poskytovat klientům komplexní péči prostřednictvím zapojení různých odborníků v týmu, je také péče poskytovaná přímo v přirozeném prostředí klienta. Jejich hlavním cílem bývá integrace člověka s vážným duševním onemocněním do komunity a zvýšení kvality jeho života. S různými obměnami proráží tento způsob práce také do českých podmínek. Jednou z několika organizací, které se v České republice vydaly cestou zavádění služby komunitních týmů v rámci probíhající transformace systému svých služeb, je o. s. Fokus Praha – nestátní nezisková organizace nabízející komunitní služby pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním, sdružující sociální pracovníky, psychoterapeuty, socioterapeuty, pracovní terapeuty, psychiatry a další pracovníky včetně dobrovolníků. Jejím posláním je „podpora lidí se zkušeností s duševní nemocí ve spokojeném zvládnutí života a nalézání možností osobní realizace ve společnosti“ (Stanovy o. s. Fokus Praha, 2006: 1). Hlavními úkoly systému služeb, které tato organizace poskytuje a ve kterém hrají regionální komunitní týmy ústřední roli, jsou: „vytvářet přehlednou a koordinovanou péči o klienta, poskytovat systém propojených, vzájemně komunikujících a spolupracujících služeb, směřovat klienta na využívání vnějších zdrojů mimo služby, nečinit klienta trvale závislým na poskytování služeb“ (Koncepte služeb o. s. Fokus Praha, 2007: 6).
- Dalšími zdroji informací (kromě v textu uvedených) pro tvorbu přehledu principů byl text J. Pfeiffera (2002) a ústně předané praktické zkušenosti stejného autora (2007).
- Pro přiblížení tohoto principu lze uvést jako příklad britský systém – ve Velké Británii plní funkci „vstupní brány“ do systému péče o duševní zdraví praktičtí (všeobecní) lékaři.
- I zde je příznačné srovnání s britskou legislativou, v níž stěžejní roli hraje Zákon o duševním zdraví (*The Mental Health Act*) z roku 1983 vymezující především otázky nedobrovolné hospitalizace a léčby (včetně postupů pro používání omezujících prostředků, vymezení role policie apod.). Dalším důležitým dokumentem je vládní dokument z roku 1991, tzv. Přístup k programu péče (*The Care Programme Approach – CPA*), a jeho novela z roku 1999. Tento přístup je aplikován na každého, kdo vstoupí do kontaktu se sekundární zdravotní péčí (péčí o duševní zdraví) a zaručuje mu následující: vyhodnocení jeho zdravotních a sociálních potřeb (*assessment of health and social care needs*), individuálně sestavený balíček péče v rámci plánu péče (*Care Plan*), jmenování koordinátora péče (*Care Coordinator*) a pravidelné revize plánu péče (*regular review of Care Plan*) (NIMHE, 2004).

7 Oslovený tým měl v době dotazování (červen 2007) 7 pracovníků – 5 pro dlouhodobou spolupráci s klienty (case management), 2 pro poskytování krátkodobé podpory (první kontakt a poradenství). Z dotazování byla vyňata 1 pracovnice (autorka) – osloveno bylo tedy 6 respondentů (4 ženy a 2 muži). Celková délka souvislé pracovní zkušenosti respondentů s cílovou skupinou duševně nemocných se pohybovala od 3 do 5 let. Co se týká vzdělanostního profilu, 4 respondenti absolvovali vysokou školu v humanitním oboru (konkrétně: sociální politika a sociální práce, psychosociální vědy, teologie, speciální pedagogika). 1 respondentka vystudovala vyšší odbornou školu (se sociálně právním zaměřením) a 1 respondentka měla ukončené středoškolské vzdělání s maturitou (v době dotazování tato respondentka dokončovala vysokoškolské studium v oboru sociální práce).

Cílovou skupinou služeb zmiňovaného komunitního týmu jsou osoby dovršující spodní věkovou hranici 18 let, dalším kritériem je spádová oblast a přítomnost duševního onemocnění, podle MKN 10 vymezeného takto: F20–F29, F30–F39, F40–F49, F60–F62, F69 (Koncepce služeb o. s. Fokus Praha, 2007).

8 Více informací o použité metodologii dotazování a jeho závěrech je uvedeno ve výše zmiňované diplomové práci. V případě zájmu ráda práci poskytnu v elektronické podobě.

Seznam literatury:

- BURTI L., MOSHER L. R. 2005. **Community Mental Health. Principles and Practice.** New York, London: W. W. Norton & Company, 1989. In **Komunitní psychiatrie v praxi.** Praha: CRPDZ.
- Guide for Carers.** 2004. London: National Institute for Mental Health in England (NIMHE).
- Koncepce služeb o. s. Fokus Praha. Část I. Komunitní tým v systému poskytování sociální a pracovní rehabilitace.** 2007. Praha.
- LIBERMAN R. P., HILTY D. M., DRAKE R. E., TSANG W. H: **Requirements for Multi-disciplinary Team Work in Psychiatric**

Rehabilitation. Psychiatric Services, 2001, 52 (10): 1331–1342. In **Komunitní psychiatrie v praxi.** Praha: CRPDZ, 2005.

MORGAN, S. **Community Mental Health: Practical Approaches to Long Term Problems (Therapy in Practice).** 1993. London: Chapman & Hall.

PFEIFFER, J. **Komunitní péče.** In HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. **Psychiatrie.** Praha: Tigis, 2002, s. 625–629.

PFEIFFER, J. **Osobní sdělení v rámci stáže.** 2007. Charlwood.

Politika péče o duševní zdraví v ČR. Zpráva o současném stavu. 2005. Praha: CRPDZ, Nadace OSF.

Politika péče o duševní zdraví v ČR. Cesty k její realizaci. 2005. Praha: CRPDZ, Nadace OSF.

SHEPHERD G. 2005. **Effective Teamwork (Presentation in the Course of Comprehensive Psychosocial Therapy for Psychosis).** In **Komunitní psychiatrie v praxi.** Praha: CRPDZ.

SOCHOROVÁ, G. 2007. **Principy komunitní péče v praxi regionálního komunitního týmu péče o duševní zdraví (na příkladu zahraničních zkušeností a zkušeností z procesu transformace služeb o. s. Fokus Praha).** Praha: Katedra sociální práce FF UK.

Stanovy o. s. Fokus Praha. 2005. Praha.

TANSELLA, M., THORNICROFT, G. **The principles underlying community care.** In THORNICROFT, G., SZMUKLER, G. (Eds). **Textbook of Community Psychiatry.** Oxford: Oxford University Press, 2003, s. 155–165.

THORNICROFT, G. 2006. **The balanced care model: evidence-based, modern mental health services.** Příspěvek prezentovaný v rámci Konference Sociální psychiatrie. Poděbrady.

Závěrečná zpráva o řešení programového projektu Model sledování, hodnocení a zkvalitnění komunitní péče o duševně nemocné podpořeného interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR. 2004. Praha: CRPDZ.

Študijný program bratislavskej katedry stojí na pilieroch teoretického vyučovania, výcviku v sociálnych zručnostiach a praxi

Katedru sociálnej práce Pedagogickej fakulty UK v Bratislave predstavuje jej zakladateľ a vedúci doc. PhDr. Ján Gabura, CSc.

Kedy bola vaša škola a katedra založená?

Katedra sociálnej práce Pedagogickej fakulty UK vznikla v roku 1991, ako reakcia na politické a sociálne zmeny novembra 1989. V tomto období sa vytvoril priestor pre vysokoškolské vzdelávanie v sociálnej práci na Univerzite Komenského. Etablovanie štúdia predchádzali búrlivé odborné polemiky s kolegami iných katedier i s vedením fakulty, či patrí sociálna práca na univerzitnú pôdu. Katedra sociálnej práce vznikla na Pedagogickej fakulte UK v máji 1991 a pri jej zrode stáli Vlado Labáth, Štefánia Kovárová a Ján Gabura.

Aké je zameranie katedry?

Pôvodne mala katedra sociálnej práce akreditované päťročné magisterské štúdium. Od školského roku 2005/2006 v kontexte Bolonského procesu prešla katedra na dvojstupňové vysokoškolské štúdium – samostatný bakalársky stupeň (tri roky) a samostatný magisterský stupeň (dva roky). Kreditový systém štúdia sa uplatňoval už od roku 2000 a uplatňuje sa dodnes. Od samotného začiatku štúdia mala katedra dennú i externú formu štúdia. Na katedre sociálnej práce sa od roku 1999 realizuje aj rigorózne štúdium s titulom PhDr. V akreditačnej komisii momentálne schvaľujú akreditáciu doktorandského štúdia (PhD.) a akreditáciu habilitačného pokračovania na docentúry.

Študijný program katedry je postavený na troch pilieroch: teoretické vyučovanie, výcvik v sociálnych zručnostiach a praxe. Teoretické predmety sú realizované formou prednášok, seminárov a ústia do participatívnych metód či tvorby projektov. Výcviky v sociálnych zručnostiach prebiehajú formou blokovvej výučby (36 vyučovacích hodín jeden blok) a sú na bakalárskom stupni obsahovo zamerané na sebazpoznávanie, komunikáciu, rieše-

nie konfliktov, sociálnu prácu s jednotlivcom a sociálnu prácu so skupinou. V magisterskom stupni je výcvik v sociálnych zručnostiach zameraný na rozvíjanie manažérskych zručností.

Aká je podoba praxe na vašej katedre?

Exkurzia a praxe sú významnou súčasťou študijného programu. Okrem úvodnej exkurzie, kde si poslucháči mapujú sociálne pole, je každý poslucháč bakalárskeho štúdia povinný absolvovať tri praxe, každá v trvaní minimálne 90 hodín. Bakalárske praxe sú zamerané na zážitok poslucháča v roli klienta, mapovanie sociálnych organizácií, na prácu s jednotlivcom, rodinou a skupinou.

Bakalárska prax je výberovo zameraná na oblasť sociálnej politiky, riadenia v sociálnej práci a výskumu v sociálnej oblasti. Manažéri praxe majú absolvovaný akreditovaný výcvik v supervízii.

Môžete priblížiť špecifiká školy?

Personálne obsadenie katedry tvoria pedagógovia rôzneho profesného pozadia, väčšina z nich má dlhodobú prax v rôznych oblastiach práce s ľuďmi, mnohí majú ukončený dlhodobý psychoterapeutický výcvik. Časť pracovníkov sa angažuje v oblasti sociálneho poradenstva a supervízie. V súčasnosti vyučujú na katedre traja naši absolventi a šesť ďalších absolventov spolupracuje s katedrou ako externí pedagógovia. Katedra participuje na organizovaní študentskej vedeckej a odbornej činnosti a zastrešuje odbor sociálna práca na Univerzite tretieho veku.

Ako vyzerá život študentov v priestoroch katedry?

Život študentov sa prakticky veľmi nelíši od života ostatných študentov na fakulte. Katedre

Informácie o prijímacom konaní:

Uchádzač o štúdium sociálnej práce musí absolvovať prijímacie konanie, ktoré pozostáva z vedomostného testu, prekladu odborného textu z cudzieho jazyka (uchádzači majú možnosť vybrať si anglický, nemecký, francúzsky, alebo ruský jazyk). Súčasťou prijímacieho pokračovania je sebaaprezentácia uchádzača v skupine a skupinová diskusia na tému z oblasti sociálnej práce.

Prijímacie pokračovanie pre magisterský stupeň je podmienené ukončením bakalárskeho štúdia v odbore sociálna práca alebo v príbuzných študijných odboroch s prospechom lepším ako 2,2. Uchádzač musí preukázať absolvovanie 100 hodín výcviku v sociálnych zručnostiach v akreditovanej organizácii, potvrdenie o 70 h praxe v organizácii, kde sa vykonáva sociálna práca. Obsahom samotného prijímacieho konania je vedomostný test z východísk sociálnej práce, metód sociálnej práce a právnych základov sociálnej práce.

Počty uchádzačov a študentov

V minulom roku sa hlásilo na štúdium sociálnej práce 395 študentov na dennú formu štúdia a 475 na externú formu štúdia. Na katedru sme prijali 55 študentov na dennú formu štúdia a 55 študentov na externú formu štúdia. V súčasnosti na katedre sociálnej práce študuje 263 denných študentov a 435 externých študentov.

Dekanát fakulty:

Pedagogická fakulta UK
Račianska 59
813 39 Bratislava

Adresa katedry:

Katedra sociálnej práce PdF UK
Šoltésovej 4
811 09 Bratislava

sa darí zapájať študentov do rôznych aktivít v rámci Slovenska i v zahraničí. Naši študenti majú k dispozícii vlastnú katedrovú knižnicu, môžu využívať internet na chodbe katedry, majú dobre zariadenú miestnosť na výcviky v sociálnych zručnostiach. Aktívny študent sa zapája do rôznych projektov katedry, dobrovoľnícky pracujú v teréne, zapájajú sa do študentskej vedeckej činnosti. V študijných plánoch sa objavuje možnosť študovať cudzie jazyky a využívať možnosti organizovaného športovania. Na chodbách katedry sú vystavené výsledky záujmových aktivít študentov

Naviazali ste spoluprácu s niektorou zahraničnou školou?

Katedra sociálnej práce má od svojho vzniku bohatú zahraničnú spoluprácu. Naši pedagógovia prednášali na rôznych zahraničných univerzitách (USA, Holandsko, Nemecko, Anglicko) a mnohí zahraniční pedagógovia prednášali pre študentov katedry. V rámci medzinárodnej výmeny študentov boli naši študenti na pobytoch v Nórsku, Fínsku, Holandsku, Belgicku a Taliansku.

Čo všetko bude vedieť váš absolvent?

Absolvent bakalárskeho štúdia bude všeobecne orientovaný v základných teoretických poznatkoch a bude pripravený postupne využívať tieto poznatky v rôznych oblastiach sociálnej praxe. V rámci povinnej voliteľných a voliteľných predmetov môže do určitej miery budovať svoju špecializáciu, i keď je univerzálne pripravovaný na celú oblasť sociálnej práce. Bude mať základné zručnosti v oblasti komunikácie, diagnostiky, práce s klientom, rodinou i skupinou. Absolvent magisterského stupňa sa bude orientovať v teórii sociálnej práce, metodológii, v oblasti sociálneho výskumu, bude mať zmapovanú sociálnu politiku na rôznych úrovniach a získa základné zručnosti v riadení sociálnej organizácie.

Na aký hodnotový systém je orientovaná vaša škola?

Hodnotovo vychádza naša katedra z európskych humanistických tradícií, ale v rámci plurality niektorí pedagógovia stavajú i na dynamických a behaviorálnych prístupoch.

Pripravil Pavel Bajer

Krizová intervence v atace duševní nemoci optikou přístupu zvaného preterapie

S pomocí preterapeutického přístupu může terapeut nebo sociální pracovník zvládnout nečekanou krizi klienta, když vhodnými reflexemi a chováním udrží kontakt s klientem až do chvíle, kdy je klient schopen vstoupit do terapeutického kontaktu nebo kdy je převzat do péče jinou (nejčastěji zdravotnickou) institucí.

„Okamžitě někdo přijďte, bude církevní rozvod! Už jsem volala terapeutovi J., ale nebere mi to! Okamžitě někoho pošlete!“ Zmíněný kolega má po pracovní době, není tu, má jen soukromý mobil. Naše služba podpory v bydlení ani chráněné bydlení pro lidi s duševním onemocněním zatím nemá nonstop provoz. A dlouhé roky neměla ani služební pohotovostní telefon. Vysvětluji to částečně klientce, ale ta neposlouchá a s ostrým opakováním svého požadavku zavěšuje mobil. Chvilí přemýšlím, soustředím myšlenky a pak volám zpět.

Klientka je v tomto roce dekompenzovaná, jako jsme ji za mnoho let nezažili. Nadělala spoustu rámusu a zjistila strachy na mnoha místech (nejen) v naší organizaci. Teď je nejspíš doma. Letos byla opakovaně hospitalizovaná, nyní má volný režim otevřeného oddělení; její manžel (také s psychiatrickou diagnózou) se v obavách nechal hospitalizovat. Jeho hospitalizace se však dá nazvat podpůrnou, stabilizační. Silnou atakou zmatené myslí nyní prochází jeho manželka, ta, která ho dlouhá léta udržovala nohama na zemi, hlídala, aby užíval medikaci, starala se a byla racionální kotvou jejich rodiny.

„Před chvílí jste mi volala a žádala jste, aby vás někdo navštívil.“

„Okamžitě přijďte, už jsem volala manželovi do léčebny, dostane mimořádnou vycházku a půjdeme za panem děkanem...“

Zpočátku ještě reaguji běžnými dotazy, co se stalo, odkud mi klientka volá, zda je s panem děkanem domluvená. Zmíním, že něco jako církevní rozvod neexistuje. Naše věty se však míjejí. A poslední klientku velmi rozčílí. Opět mi zavěsí telefon.

Tentokrát volám její manželovi, zastihnu ho už na cestě domů, s obavami, ale spěchá za manželkou. Domlouváme se, že se vrátí do lé-

čebny a situaci prozatím přenechá na mně. Je rozrušený, jednak z požadavku manželky (velmi se obává, že se s ním dá opravdu rozvést), jednak z obratu situace. Připravíme, co řekne na oddělení staniční sestře, co potom udělá a s kým ze spolupacientů si ještě promluví, pojmenujeme situaci jako ochranu (jeho duševní rovnováhy), a pak se rozloučíme.

Vytukám potřebí číslo klientky a sdělím, že se za ní vypravuji, během půl hodiny budu u ní.

Klientka mi otevře upravená a vystrojená. Má nachystáno slavnostní oblečení i pro manžela. Prostřeno, čaj a sušenky vlastní výroby na stole. Vynadá mi, proč mi to tak dlouho trvalo, a pak, že jsem neměla odvolávat jejího manžela, že na ně přece pan biskup čeká a mají pro něj dárek. Nyní už na většinu sděleného reaguji jen reflexivně, nedoptávám se. Původně nouzové řešení se ukazuje jako nosné, nese naši „konverzaci“ při vynuceném pohoštění i při běhu městem další hodinu a půl. Občas dokonce u klientky probleskne úsměv, náznak jejího jinak velmi vytríbeného (a samozřejmě černého) smyslu pro humor.

Z reflexí použiji postupně všechny. Např. situační: „uhlazujete sváteční manželovo sako a kravatu“, „pobízíte mě do druhého hrnku čaje“, „běžíme městem jako o závod, sotva popadám dech“, „máte střevíce na podpatcích“, „dárek svíráte pevně v ruce“, nebo tělové: „sedíte zpřima, nehýbete se“, „vypadáte napjaté“, či obličejové: „teď se vám ve tváři objevil smutek“, „mračíte se“, i opakované: „pobídla jste mě po čtvrté do běhu“, „pobízíte mě běžet“.

Náš běh končí na večerní mši, dárek je ponechán se zmateným vzkazem u překvapené vrátné ústavu sociální péče. O hodinu později dojde klientka zpět do léčebny a je letos potřetí umístěna na uzavřené oddělení. Když jí telefonuji, se zvláštním nádechem humoru a ironie mi sděluje, že je již v posteli (bude přikurtovaná,

nebo alespoň hlídaná, protože se velmi šikovně vysvobozuje – má v tom praxi). V telefonu reaguje adekvátně.

Preterapeutický přístup Gary Proutyho navazuje na přístup C. Rogerse a promýšlí „první podmínku“ terapeutického vztahu, který má spočívat na bezpodmínečném pozitivním přijetí klienta, empatii a kongruenci. Prouty se domnívá, že trojice postojů tak, jak se nesou přístupem zaměřeným na klienta, je sice podmínka nutná, nikoli však dostačující, pokud se jedná o klienty, kteří nekomunikují nebo jsou jejich komunikační schopnosti velmi omezené. U těchto lidí je nutné věnovat pozornost psychologickému kontaktu. Aktivitám, které jej pomohou nastolit a udržet.

Psychologický kontakt podle Proutyho je vymezen na třech úrovních. Jednak je to práce na straně terapeuta, tzv. *kontaktní reflexe*, pak proces na straně klienta, tzv. *kontaktní funkce*, a výsledně pak v projevech klienta se objevující *kontaktní chování*.

Kontaktní reflexe je vhodné použít, pokud není navázán dostatečný kontakt pro realizaci terapie, pokud klient nedokáže navázat realitní, emocionální a komunikační kontakt. Reflexe mají být velmi realistické, konkrétní a duplikované. Mají pojímat citlivě zvláštnosti regredovaného chování, protože je to zásadní požadavek u předřečových a nedostatečně jazykově vyjádřených pocitů chronických schizofreniků, geriatrických pacientů, psychotiků a postižených jedinců (Prouty, str. 36).

Kontaktních reflexí specifikuje autor pět: situační reflexe (SR), obličejové (OR), tělové (TR), slovní reproduktivní reflexe (SRR) a reflexe duplikované, zopakované (ZR). Požadavek konkrétnosti odpovídá i konkrétnímu označení typů reflexí: dáváme klientovi zpětný záblesk ohledně jeho situace (SR), obličej (OR), těla (TR), slov a kusů vět, které produkuje (SRR), příp. je opakujeme a někdy spojujeme do dvojic, do vět (ZR).

Kontaktní funkce Proutyho rozšiřují pojetí „kontaktní funkce ega“ Fritze Pearla. Týkají se: jsouceni (věcí, lidí, míst, událostí) toho světa (skutečnosti, reality) – *kontakt s realitou, realitní kontakt*; emocí – *kontakt s emocemi, emocionální kontakt* a druhých

lidí a jazyka, v němž s nimi komunikujeme, v němž uvažujeme a žijeme – *komunikační kontakt*.

Preterapie usiluje o jejich obnovu, příp. rozvoj.

Kontaktní chování je pak taková změna chování klienta, která se objeví jako výsledek posilování kontaktních funkcí prostřednictvím kontaktních reflexí.

Praktické použití kontaktních reflexí v praxi jednoho centra pro duševní zdraví může vypadat takto (Prouty, 2005: 70):

K: Hlasy. (*Položí si ruce na hlavu.*)

T: Máte ruce na hlavě. (TR)

K: (*Rukama si zakryje oči.*)

T: Ruce vám zakrývají oči. (OR) ...

T: Dýcháte zhluboka. (TR) (*Klientka si sundá ruce z očí a zadívá se na podlahu*) ...

T: Díváte se na podlahu. (SR) ...

T: V téhle místnosti je zelený koberec. (SR)

K: (*Nijak nereaguje*)

T: Stojíme tady spolu. (SR)

T: Už dýcháte klidněji. (TR)

K: (*Klientka se znovu podívá terapeutovi zpříma do očí.*)

T: Díváte se mi zpříma do očí. (SR)

K: (*Klientka si položí ruce na spánky; vzápětí si rukama zakryje uši.*) Slyším hlasy.

T: Slyšíte hlasy. (SRR)

K: Ten hlas říká: „Umřeš, měla by ses zabít.“

T: Ten hlas říká: „Umřeš, měla by ses zabít.“ (SRR)

K: (*Klientka se podívá terapeutovi do očí a začne vyprávět, jak byla kdysi zneužita.*)

(*Došlo k navázání kontaktu s realitou.*)

T: Předtím jste říkala, že slyšíte hlasy. (ZR)

Vzhledem k tomu, že komunikační kontakt o slyšených hlasech byl prostřednictvím preterapie navázán, terapeut přešel na klasickou techniku psychodramatu. Soustředil se na určení rolí a uspořádání scény otázkami typu: Je to jeden hlas, nebo víc? Mužský nebo ženský? Vyberte si někoho ze skupiny, kdo by ho mohl hrát...

Důkazy pro dobrý kontakt s realitou viděl terapeut v tom, že si klientka byla schopna vybrat ve skupině člověka, který měl hrát jejího bratra. V průběhu psychodramatu dokázala

dát průchod svému vzteku na bratra za to, že ji neuměl ochránit před zneužitím. Navíc se jí podařilo i zpracovat svou vinu a vztek za tyto pocity, které zapříčinily zrod hlasu „umřeš, měla by se zabít“.

Výše uvedený portrét patří ženě, která původně nežila ve Spojených státech. Ve dvanácti byla sexuálně zneužitá a násilníci ji vyhrožovali, že pokud to někomu řekne, zařídí, aby ani ona, ani nikdo z rodiny nemohl vycestovat do USA.

Portrétem ostatně Prouty nazývá všechny kasuistiky ve své knize, jako by lidské případy opravdu vymalovával i s jejich traumatem, nemocí nebo postižením. Věnuje se hlouběji také svému pojetí halucinací jako těch, co jsou vně hranic vlastního „já“, a před-expressivnímu vyjadřování, která, jak věří a dokladuje, lze reflektovat tak, aby se klientům umožnilo dobrat do stadia expre-

se: tedy srozumitelného, do kontextu našeho světa začlenitelného slovního vyjádření niterných prožitků.

Mgr. Ing. Hana Friedrichová,
linka důvěry, dříve socioterapeutka
chráněného a podporovaného bydlení
pro duševně nemocné, Charita Opava

Použitá literatura:


PROUTY, G., VAN WERDE, D., PÖRTNER, M. **Preterapie. Navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty.** Praha: Portál, 2005.

ROGERS, C. **Způsob bytí.** Praha: Portál, 1998.

ROGERS, C. **Ako byť sám sebou.** Bratislava: IRIS, 1995.

VODÁČKOVÁ, D., A KOL: **Krizová intervence.** Praha: Portál, 2005.

občanské sdružení pro osvětu,
poradenství, supervizi
a spolupráci v oblasti
(hromadných) neštěstí



RAFAE

Občanské sdružení **Rafae**
otevřít kurz

Krizová intervence a první psychosociální pomoc

Kurz se skládá ze 150 hodin teoretické, praktické a sebezkušenostní přípravy rozdělené do 8 víkendových bloků. Kurz začíná v dubnu 2008.

Odborný garant: **PhDr. Bohumila Baštecká**
Cena kurzu: 9500 Kč.

Kontaktní osoba: Šárka Svačinová
Tel.: 777 627 746, e-mail: surik@post.cz
Více informací hledejte na www.rafae.cz.

Správní rada Diakonie ČCE,
Belgická 22, Praha 2

**vyhlašuje výběrové řízení
na místo ředitele
Diakonie ČCE – střediska v Čáslavi.**

Požadavky: řídicí a organizační schopnosti, komunikační znalost němčiny nebo angličtiny, orientace v sociální oblasti (znalost zákona, standardů apod.), praxe vítána, vzdělání VŠ nebo úplné střední vzdělání s praxí v oboru, respektování křesťanských hodnot, **výhodou** je členství v ČCE nebo v jiné křesťanské církvi, znalost problematiky práce s lidmi s mentálním postižením, řídicí oprávnění.

Termín přihlášek je 11. 4. 2008.

Více informací na www.diakoniecce.cz

Komunitní služby pro lidi s duševním onemocněním v Anglii

V červnu 2007 jsme se během týdenní stáže v oblasti severozápadního Sussexu seznámili s fungováním několika multidisciplinárních týmů, které pracují s lidmi s duševním onemocněním. Všechny pracujeme jako terénní sociální pracovnice (case manažerky) v komunitních týmech o. s. Fokus Praha. Tato stáž nám umožnila nejen načerpat konkrétní zkušenosti z přímé práce s klienty, ale také nahlédnout do anglického systému komunitní péče, který umožňuje žít lidem s duševním onemocněním v jejich přirozené komunitě daleko více než v České republice. Stáž se mohla uskutečnit díky o. s. Fokus Praha, které naši stáž financovalo, a velké ochotě MUDr. Jana Pfeiffera, který v době naší stáže působil jako psychiatr v **Assertive Outreach Team** v Crawley a po celou její dobu nás provázel a vedl.

Krátce a zjednodušeně o systému

V Anglii funguje v oblasti duševního zdraví systém multidisciplinárních týmů pracujících s lidmi v jejich přirozené komunitě. Základním prvkem jsou Community Mental Health Teams (CMHT). Každý klient má v týmu tohoto typu (podle místa svého bydliště) svého „klíčového pracovníka“, který klientovi pomáhá v naplňování jeho potřeb, vytváří s ním plán péče a koordinuje kolem něj další služby. Vzhledem k tomu, že se jedná o tým multidisciplinární, má v něm klient také svého psychiatra, zdravotní (psychiatrickou) sestru, sociálního pracovníka apod., takže péče o něj je provázaná a komplexní. Oblast severozápadního Sussexu (spádová oblast pro cca 300 tisíc obyvatel) je pokryta různými typy týmů zaměřených na konkrétní cílové skupiny klientů a jsou zároveň připraveny reagovat na jejich měnící se potřeby (v případě zhoršeného zdravotního stavu, změny jejich postoje k léčbě apod.).

Pro dospělé lidi s duševním onemocněním existují v regionu tyto druhy specializovaných týmů:

Komunitní tým péče o duševní zdraví (Community Mental Health Team) poskytující méně intenzivní a spíše koordinační péči lidem s vážným duševním onemocněním.

Komunitní rehabilitační tým (Community Rehab Team) zaměřený na cílovou skupinu vážně duševně nemocných lidí ve věku 18 až 64 let, u nichž je znatelné postižení v sociálních a životních dovednostech, kteří jsou opakovaně hospitalizováni pro nedostatek vhodné podpory v komunitě a jsou motivováni ke spolupráci. Jedná se tedy spíše o lidi s chronickým průběhem duševní nemoci.

Asertivní tým (Assertive Outreach Team – AOT) zacílený na skupinu vážně duševně nemocných dospělých lidí (18 až 64 let), opakovaně hospitalizovaných, s potížemi způsobenými jejich narušeným sociálním fungováním v komunitě a často v riziku ohrožení sebe či ostatních, kteří i přes tyto potíže léčbu a spolupráci se specializovanými službami odmítají. Těmto klientům poskytuje AOT intenzivnější formu péče, pokouší se zapojit je do služeb a zpět do komunity.

Služba včasné intervence (Early Intervention Service) v regionu nově funguje od července 2007 a je zaměřená na mladé lidi od 14 do 35 let věku, s maximální délkou zkušenosti s duševním onemocněním jeden rok. Cílem této služby je mimo jiné včasné zachycení výskytu duševní nemoci a rychlé zaléčení, včasné využití potenciálu nemocného člověka a prevence dalších relapsů nemoci.

Krizový tým (Crisis Resolution Team) poskytující nepřetržité služby 24 hod. denně, sedm dnů v týdnu lidem starším 16 let, kteří se nacházejí v krizi – v akutním zhoršení zdravotního stavu následkem vážného duševního onemocnění, a potřebují tak intenzivní a nad běžnou pracovní dobu rozšířenou péči. Péči tohoto týmu se předchází hospitalizaci klienta. Tento tým přebírá klienty do péče po dobu jejich akutního zhoršení a většinou je provází i jejich případnou hospitalizaci v nemocnici (takže nedochází k tomu, že by se v nemocnici o klienta staral lékař, který klienta nezná z běžného života mimo nemocnici, a naopak, kterého by neznal klient).

Služby těchto týmů jsou přednostně vymezeny pro cílovou skupinu lidí s psychotickým

onemocněním, týmy nenabízejí své služby lidem s mentálním handicapem a lidem s diagnózou z okruhu poruch osobnosti (pro lidi s mentálním handicapem existuje poměrně rozsáhlá síť služeb, pro lidi s diagnózou z okruhu poruch osobnosti je snaha vybudovat specializovaný tým).

V případech, kdy intenzivní podpora v komunitě nestačí, je možnost v síti zdravotních služeb využít akutních lůžek v nemocnici (je zde jedno psychiatrické oddělení s 25 lůžky pro spádovou oblast 150 tisíc obyvatel), lůžkového oddělení intenzivní péče (spádová oblast 300 tisíc obyvatel), rehabilitačního lůžkového oddělení s kapacitou deset míst (tzv. doléčovací jednotka – *Recovery Unit*), nebo jiné specializované služby v regionu.

Dále v tomto regionu pro oblast péče o duševní zdraví existují další specializované služby (týmy) pro tyto cílové skupiny: senioři, děti a adolescenti, lidé závislí na návykových látkách, lidé s mentálním handicapem, pachatelé trestné činnosti.

Co jsme viděly

Během stáže jsme se nejvíc pohybovaly v Assertive Outreach Team v Crawley a Worthingu, byly jsme také v krizovém týmu (Crisis Resolution Team v Crawley Hospital) a rehabilitačním týmu (Rehab Team), dále jsme navštívily psychiatrické oddělení Villa Ward (The Princess Royal Hospital) v nemocnici v Horshamu. Obsahem stáže byla účast na poradách těchto týmů, při práci týmu s klienty v terénu, na schůzkách s jejich rodinami, na společných setkáních komunity (sousedé, policie, komunitní služby zapojené do péče o klienta) apod.

Ikdyž jsme během pěti dní stáže poznaly práci těchto týmů jen velmi zběžně, bylo to pro nás velmi inspirativní. Uvádíme alespoň základní způsoby práce, které nás zaujaly a považujeme je za stěžejní pro kvalitní komunitní péči:

- Velká provázanost péče o klienta u multidisciplinárních týmů. V týmu má klient svého psychiatra, sociálního pracovníka, zdravotní sestru atd., takže k domlouvání o dalším postupu spolupráce s klientem dochází při běžných poradách týmu – naproti tomu v ČR, kde jsou multidisciplinární týmy výjimkou, probíhá péče často neprovázaně, např. psychiatr neví, na čem s klientem spolupracuje

sociální pracovník, komunikace mezi profesionály různých profesí tedy závisí spíše na osobním nastavení a ochotě jednotlivců. V Anglii navíc ošetřuje spolupráci odborníků specializovaná legislativa.

- Kontinuální péče o klienta i během krize a případné hospitalizace. Klient v akutním zhoršení svého zdravotního stavu je i v nemocnici v péči lékaře (i dalších členů) svého týmu, který také rozhoduje o přijetí i propuštění z nemocnice – naproti tomu v ČR je klient v krizi v péči lékaře, kterého nezná a který nezná jeho; také skutečnost, zda bude ošetřující lékař komunikovat s ostatními profesionály, např. se sociálním pracovníkem klienta, závisí jen na jeho ochotě a nastavení. Jeden příklad za všechny: načasování propuštění klienta určuje lůžkové zařízení a sociální pracovník, který může klientovi návrat v nemocnici do jeho původního prostředí usnadnit, o něm nemusí dopředu vůbec vědět.
- Většina intervencí probíhá v terénu, v přirozeném prostředí klienta (i za cenu „ztraceného“ času cestováním za klientem).
- Spolupráce s okolím klienta (rodina, sousedé apod.), dovednost pracovníků s okolím vyjednávat (během stáže jsme se například zúčastnili setkání, na kterém se projednávalo ukončení/neukončení nájmu klienta v domě – přítomni byli psychiatr, sociální pracovník, soused klienta, správce domu, místní policisté).
- Praktičtí („obvodní“) lékaři jsou mnohem více zapojeni do péče (například předepisují pravidelnou medikaci a jsou jakousi „bránou“ do systému specializované péče o duševní zdraví).
- V důsledku tohoto přístupu (podporovaného propracovanou legislativou, specificky vytvořenou pro lidi s duševním onemocněním) klient prakticky „nevypadává“ ze své komunity.

Mgr. Klára Golová, Mgr. Gabriela Sochorová, Mgr. Magdalena Flaksová, sociální pracovnice o. s. Fokus Praha

Zdroje: <http://www.sussexpartnership.nhs.uk>, ústní sdělení MUDr. Jana Pfeiffera a jeho kolegů z jednotlivých námi navštívených týmů.

Stavros Mentzos: Dynamika duševní nemoci, Portál, Praha, 2005.

Stavros Mentzos je německý psychiatr a psychoterapeut. Jeho zaměření a vzdělání se odráží i v jednom z cílů knihy, kterým je rozšíření a obohacení pohledu psychiatrie. Psychiatrie se omezuje zejména na somatický popis problémů člověka s duševním onemocněním. Podle Mentzose je třeba vnímat projevy nemoci současně jako reakci a také způsob adaptace, ne jen jako projev dysfunkce či deficitu. Autor se snaží skloubit a také konfrontovat východiska klasické psychiatrie a psychodynamického přístupu. Jedním z jeho hlavních argumentů tvořících osu celé knihy je nabídka a obhajoba možné pružné psychodynamické diagnostiky namísto vynuceného a nepružného zařazování do diagnostických kategorií deskriptivní psychiatrie.

Knihy je členěna do sedmi kapitol, přičemž každá z nich má několik podkapitol. Jednotlivé kapitoly se zpravidla zaměřují na různé skupiny duševních onemocnění.

Autor navrhuje nový model diagnostiky, který by zahrnoval biologické, popisné, sociálně-psychiatrické zkušenosti, psychogenetické a psychodynamické poznatky a terapeutické poznatky psychoterapie. Vyzývá své kolegy k tomu, aby společně spolupracovali psychiatři s psychoterapeuty, neboť někteří z pacientů nemusí reagovat na psychoterapii, ale reagují dobře na léky a naopak; je zbytečné pacientovi dávat medikaci, když se jeho stav zvládá rozhovorem. Také apeluje na to, aby se snažili nalézt v projevech nemoci smysl, souvislosti a vyčetli z nich pacientovy strachy, obavy, konflikty apod. Odmítá argument, že je psychoanalytická metoda vhodná jen u pacientů s neurózami a naprosto nevhodná pro lidi s psychózou. Ve druhé kapitole se přímo zabývá jednotlivými vhodnými formami terapeutických sezení a naopak těmi, které jsou nevhodné. Ve třetí kapitole se snaží najít formu konfliktu u psychóz a dochází k závěru, že konflikt tkví v současné touze po sjednocení s objektem a úzkosti ze ztráty self. Ve čtvrté kapitole autor rozlišuje jednotlivé poruchy u různých nemocí (schizofrenie, maniidepresivní onemocnění), které však spadají pod jednoho jmenovatele – psychóza. Navrhuje proto použít psychodynamický model k roztržidění pozorování a zkušeností

s pacienty. U depresivní nebo manické psychózy identifikoval konflikt mezi grandiózním self a archaickým nadjá (identifikace s rodiči), které nepůsobí synergicky, ale proti sobě. V další kapitole, věnované poruchám osobnosti, autor na základě dvou kasuistik svých pacientů demonstrovuje nevyhovující diagnostickou klasifikaci, kdy oba pacienti splňují kritéria hned několika kategorií najednou. Psychodynamika podle autora lépe postihuje mnohotvárnost, vychází z trojdimenzionálního modelu (povahy já, druh základního konfliktu, způsob zpracování tohoto konfliktu). Autorem navrhovaná koncepce dovoluje například integrovat poruchy osobnosti, které se vztahují k charakteru, s poruchami, které se manifestují příznaky. V závěrečné kapitole zvažuje roli psychiatrie a její změnu jako instituce. Připouští, že by psychiatrické ústavy neměly mít jen roli restriktivní a obrannou, ale měla by převládnout hlavně jejich věcná funkce. V této kapitole najdeme řadu podnětných otázek, například zda nátlak psychické poruchy neodpovídá nátlaku, který vykonávají instituce apod.

Knihu bych doporučila studentům sociálních věd především kvůli kasuistikám a příkladům z praxe, kterými autor knihu obohatil. Na druhou stranu je kniha podle mého názoru spíše určena lékařům. Autor používá některé lékařské termíny, předpokládá předchozí znalost problematiky duševního onemocnění a psychoanalytických pojmů, což může mít vliv na porozumění textu.

Vlasta Janská

Garry Prouty, Dion van Werde, Marlis Pörtner: Preterapie. Navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty, Portál, Praha, 2005.

Před dvěma roky se díky úsilí a zájmu některých pracovníků Diakonie Českobratrské církve evangelické na našem knižním trhu objevila odborná publikace o průkopnickém způsobu práce s obtížně pochopitelnými klienty – mentálně hendikepovanými, lidmi s psychózou aj. Svůj přístup nazval její zakladatel Garry Prouty Preterapie a kromě Severní Ameriky o něm přednáší i v Evropě. Před několika lety učil také na kursech v Praze.

Autor vychází z Rogersova přístupu zaměřeného na klienta, resp. centrovaného klientem samotným. V souladu se zjištěním a přesvědčením, že „komunikace musí vždy probíhat na té rovině kontaktu, na níž se klient právě nachází“, vypracoval systém kontaktních reflexí, které je vhodné použít tehdy, je-li klientův kontakt (s realitou, se sebou či s druhými) narušený, případně zcela chybí. Jakmile dojde k navázání kontaktu, rovina komunikace se samozřejmě mění (str. 191 aj.).

Kniha je rozdělena do tří částí, vždy jedna od každého z autorů. Hovoří různými jazyky (anglicky, holandsky a německy), spojuje je však společné téma a vysoká pracovní zanácenost, otevřenost a neobyčejná setkání. Publikace byla vydána nejprve německy (1998) a holandsky (2001).

První část začíná kapitolou s osobním vyznáním autora preterapie a popisuje nelehký příběh autora, jeho těžce postiženého bratra, matky, která se utíkala k alkoholu a náboženským fantaziím, a nevlastního otce, který dlouhodobou stresovou situaci řešil agresivně. Pak se obrací k radostnějším obdobím, kdy se autorovi dostalo podpory a možnosti studovat, potkal učitele a přátele, kteří jej v jeho hledání povzbuzovali a ovlivňovali: doktorku Wagnerovou, filozofa Marvina Farbera, filozofa a psychologa Eugena Gendlina. A samozřejmě Carla Rogerse, nejprve přes jeho dílo, později i osobně.

V dalších kapitolách najdeme teoretický popis preterapeutického přístupu i praktické ukázky psychologických intervencí v jeho duchu, tzv. portréty. Klíčová je kapitola o symbolech, respektive presymbolech a znacích objevujících se v lidském prožívání. Nechybí ani diskuse a „diferenciální diagnostika“ myšlenek a názorů dalších myslitelů.

V druhé a třetí části se seznamujeme s některými evropskými pracovišti, kde Prouty hostoval a vyučoval a kde se jeho metoda praktikuje; respektive praktikovala, dokud nebyla z nějakých důvodů (administrativními zákroky) přerušena. Van Werde používá preterapii na psychiatrickém oddělení v belgickém Gentu, Pörtner referuje o zkušenostech s aplikací u mentálně postižených, ale i dalších diagnóz (těžkých depresí nebo psychotických atak,

v krizových stavech jiné etologie, např. u mnohočetné nebo paranoidní poruchy osobnosti, sociálního autismu nebo pro primární intervenci u traumat.)

Kniha je psána jako odborné pojednání, a místy se čte obtížně. Zvláště pokud nemáte zácvik nebo osobní zkušenost s nekomunikujícími, zmatenými nebo s těžkými stavy staženosti, nepracujete na podobném pracovišti a nesetkali jste se s primitivním vyjádřením prožívaného. Může se vám jevit až nepochopitelné, co se v „dialogu“ mezi terapeutem a klientem sděluje. I zde však vám může být kniha k dobnému užitku.

A pokud se ve své praxi s těžkou krizí setkáváte a pokud máte vůli **zůstat i v tomto stavu** s klientem, vzpomeňte si na nečistší podobu přístupu zaměřeného na klienta a zkuste opatrně přidat (preterapeutické) reflexe (situace, obličej, těla nebo slov). Jako iniciátor kontaktu nemůžete udělat často nic víc než nabídnout svoji přítomnost, sám sebe a tím umožnit navázání vztahu, případně prožití pocitu. A klient sám rozhoduje, zda vás do svého světa vpustí a zda s vámi bude sdílet své prožitky. Jak říká van Werde: „Na jakékoli úrovni duševních funkcí je to stále klient, on jediný, kdo ví, jak a s kým chce putovat za svým uzdravením“ (str. 14).

Hana Friedrichová

Nicky Hayes: Psychologie týmové práce. Strategie efektivního vedení týmu, Praha, Portál, 2005.

Týmová práce a teambuilding v současnosti vévodí žebříčku nejčastěji užívaných termínů moderního managementu. Vedoucí pracovníci si totiž velmi dobře uvědomují, že týmy mají v oblasti podnikové a organizační praxe velký potenciál. Správně sestavený a vedený tým zvyšuje efektivitu a produktivitu práce, umožňuje kreativní řešení zadání různých projektů, vyznačuje se vysokou mírou adaptability a operativnosti. Zavádění tohoto inovativního nástroje v řízení lidských zdrojů komplikuje užívání termínu týmová práce v naprosto nevhodných souvislostech, které nerespektují skutečnost, že týmem není jakákoliv společně pracující skupina. Možná vás to překvapuje a ptáte se: „Co je tedy tým a jak jej sestavit? Jak by měly

probíhat jeho aktivity a co týmovou prací vlastně rozumíme?“ Na to a další otázky ve své téměř dvoustránkové publikaci zasvěceně odpovídá britská psychologka Nicky Hayes.

Již na prvních stránkách knihy čeká čtenáře pozvolné uvedení do tématu. Autorka vysvětluje, že týmem nelze chápat libovolnou skupinku lidí, která se spojila za účelem společné činnosti. Dobrý tým je mnohem víc než jen seskupení pracovníků s podobným cílem. Charakterizuje ho především zaměření na jeden konkrétní úkol, zapojení každého jednotlivce, pozitivní interakce mezi členy i nečleny a kvalitní komunikace. Členové sami mohou přicházet s nápady pro vylepšení řešení projektu. Mají tak osobní podíl na jeho vývoji, což vede k vyššímu pocitu sounáležitosti, osobní spokojenosti a lepším výsledkům činnosti. Hybnou silou projektu přetává být jedna „osvěcovaná autorita“. Týmová práce tedy znamená odvrát od tradičního přísného vedení, kdy veškeré kompetence spočívají na řídicím pracovníkovi, k delegování odpovědnosti na jednotlivé členy týmu. Tento přístup vede mimo jiné k profesionalizaci organizace či podniku a aktivizuje zaměstnance.

Knihy je pojata jako velmi podrobně zpracovaný úvod vzhledu do tematiky teambuildingu. Autorka v textu odkazuje na další odborníky dané problematiky, prostřednictvím jejichž publikací lze získané informace dále rozšiřovat. Alfou a omegou knihy jsou příklady z praxe, ve kterých Hayes například srovnává dva různé přístupy v organizacích stejného zaměření nebo aplikaci rozmanitých pravidel ve vytvořených týmech. Na základě těchto nesmyslných ukázek demonstruje autorka mechanismy vzniku a fungování úspěšného týmu. Tyto příklady plní funkci objasňujících ilustrací – zpestřují výklad, osvětlují ho a upřesňují řečené. Umožňují tak dokonale pochopit probíraná témata a zefektivňují čtenářovu práci s knihou. Dané informace jsou díky tomu lépe uplatnitelné v praktickém použití.

Efektivnímu nastudování dané problematiky významně napomáhá přehledné řazení témat jednotlivých kapitol a jejich logická posloupnost. Od základních definicí a vymezení týmové práce, přes konkrétní postupy budování týmu v podniku, charakteristiku vůdce

až po konkrétní tipy na zavádění týmové práce v organizaci. Autorčin výklad teambuildingu pracuje s pojmy jako organizační kultura, zplnomocnění, skupinové myšlení, efektivita týmu. Podrobně rozebírá otázku účinného vůdcovství ve skupině a pozici týmu v organizaci včetně jeho legitimacy. Hayes se tak chápá nesnadné role průvodkyně členitou krajinou teambuildingu.

Autorka je renomovaná britská psychologka, která se již řadu let věnuje výuce a popularizaci psychologie. Díky své bohaté dlouholeté praxi je zkušeným odborníkem. Způsob, jakým podává informace, svědčí nejen o jejich rozsáhlých zkušenostech a znalostech v dané oblasti, ale především o schopnosti čtivě, přehledně a s lehkostí podat informace o daném tématu a přitom mu nic neubrat na odbornosti a hodnotě obsahu. Kniha bude dobrým rádcem pro toho, kdo se chystá ve své organizaci týmovou práci zavádět, stejně jako každému, kdo již v týmu pracuje a řeší vznikající problémy. Knihu ocení nejen manažeři, sociální pracovníci a sociální psychologové, ale také studenti spřízněných oborů a všichni ti, kteří při své práci či studiu využívají poznatků z oblasti personálního managementu a efektivního řízení organizací. Psychologie týmové práce bude bezesporu významnou inspirací pro každého, jehož aktivity jsou závislé na kooperaci více jedinců.

Jana Kopřivová

Jaro Křivohlavý: Psychologie vděčnosti a nevděčnosti. Kudy vede cesta k přátelství?, Grada Publishing, Praha, 2007.

V době, kdy se prosazuje tendence poměřovat význam lidí mládím, úspěšností, dravostí, schopností vydělávat, dosahovat zisku, jako by vděčnost, odpouštění, zodpovědnost dnešnímu člověku překážely, se překvapivě objevuje kniha Jara Křivohlavého. Kniha s názvem, který může vyvolat dojem, že se jedná o téma zastaralé, pro současného člověka nevýznamné, nemoderní. Je to tak skutečné?

Pozornost odborníků pracujících s lidmi (lékaři, psychologové, sociální pracovníci apod.) se často zaměřuje na negativní stránky, nefunkční chování či fungování. Tyto věci

umíme dobře diagnostikovat, najít příčiny. Jenže problém nastává, co s tím. V současné době odborníci zjišťují, že je nutno věnovat pozornost pozitivním stránkám, kladným věcem. Ty totiž pomáhají vyrovnat se s těžkými situacemi, které jsou nevratné (např. úmrtí milovaného člověka, ztráta končetiny).

Soustředění se na negativní stránky pomáhá pochopit problém, soustředění se na stránky pozitivní, pomáhá najít zdroje k jejich řešení. Autor zdůrazňuje že negativní emoce pomáhají zvládnout okamžité ohrožení života – hrozcí akutní nebezpečí. Pozitivní emoce naopak rozšiřují náš zorný úhel a ukazují alternativní možnosti řešení. Pomáhají tak člověku lépe se připravit na životní těžkosti, vytvářejí zdroje sil a energie pro dlouhodobou životní cestu a žít pokud možno v harmonii (str. 66).

Pojem vděčnost patří mezi pojmy primitivní – intuitivně je chápeme, ovšem obtížně exaktně definujeme. V knize najdeme statě věnované vymezení pojmu vděčnost, jejímu významu a vlivu na naši celkovou pohodu, historii jejího pojetí, psychologickému pojetí, prosociální a morální stránce vděčnosti, její kultivaci, měření a diagnostikování.

Experimenty ukázaly, že účinným způsobem, jak zvyšovat míru vlastního uspokojení, je uvědomovat si to, za co bychom mohli, měli být vděční. Společnosti, které jsou založeny na vděčnosti, jsou pro druhé lidi přitažlivější nežli společnosti založené na principu ryze ekonomické užitečnosti.

Křivohlavý nám přibližuje různé nazírání vděčnosti. Vděčnost má stránku emoční, kognitivní (myšlenkovou) i volní (motivační, hybnou). Je více než pouhé poděkování. Lze ji chápat jako pocit radosti a díky v odpovědi na přijetí daru. Jde o spojení vděčnosti s radostí a pocitem štěstí u obdarovaného i darujícího. Její nejhlubší podoba je chápána jako způsob života, nejvhodněji definovaný jako vnitřní hloubka zážitku. Ten nás orientuje k dobrovolně uznávané závislosti, z níž pramení hluboký pocit obdarování. Tento způsob žití dále v nás vyvolává pokoru a ta nás vede k dobrotě a podporuje ji. V důsledku takto zažité vděčnosti jsme vedeni k tomu, že interpretujeme situace, do nichž se poté dostáváme, tak, že nás to vede k otevřenosti a angažovanosti ve světě, smys-

lupnými a účelnými aktivitami, abychom se spolupodíleli na tom dobrém, které jsme obdrželi, a dále je rozmnožovali.

Kniha nám umožní hlubší náhled na vděčnost, její důležitost jak pro nás, tak i pro naše okolí, ukáže, jak rozlišovat mezi tím, co je vděčnost a co není vděčnost, jak můžeme postupovat, abychom pomocí ní rozvíjeli svou osobnost (metoda Naikan, Morálních investic, Deníku vděčnosti). Základem metody Naikan jsou tři otázky, které si člověk klade:

1. Co jsem (dnes) přijal od druhých lidí?
2. Co jsem (dnes) dal druhým lidem?
3. Jaké těžkosti, problémy a obtíže jsem (dnes) svým jednáním druhým lidem způsobil?

Vděční lidé jsou tvořiví, mají širší paletu dobrých vztahů k druhým lidem, cítí se více milováni druhými lidmi a mají výraznější dojem, že druzí lidé o ně více pečují (str. 67).

I když titul knihy zní Psychologie vděčnosti a nevděčnosti, je velice přínosné, že se autor převážně zabývá pozitivním aspektem – vděčností.

V podstatě odpovídá na otázku: Proč se zajímat o téma vděčnosti? z mnoha úhlů pohledu. Vděčnost má totiž vliv na celkový fyzický a psychologický stav lidí, zejména na tzv. duševní pohodu (well-being).

Kniha je čtivá, přehledná, strukturovaná, nabitá informacemi, čtenář se v ní zorientuje (autor důsledně vysvětluje odborné pojmy), má zajímavý seznam literárních pramenů.

Nejen inspiruje, dodá informace a vědomosti, ale také čtenáři poskytne naději – protože není vše špatné a člověk má stále šanci směřovat k něčemu smysluplnějšímu, rozvíjejícímu. Je přínosná dvojím způsobem – odbornými informacemi a niterným oslovením čtenáře.

Tato publikace spolu s útlou, dalo by se říci odborně esejistickou knížkou O vděčnosti s Jaro Křivohlavým (Karmelitánské nakladatelství, 2007), tvoří unikátní přístup k tématu starému jako lidstvo samo – vděčnost. A po jejich přečtení si uvědomíme, že se jedná o téma vysoce aktuální, protože se jedná o schopnost, která je důležitá pro přežití živočišného druhu – člověka.

Jaroslava Králová

Týdny pro duševní zdraví

Tato ojedinělá humanitární a kulturní akce se konala poprvé v roce 1990, kdy byla oceněna Cenou ministra zdravotnictví za bourání bariér vůči psychiatrii a lidem s psychiatrickou diagnózou. Setkala se s ohlasem a úspěchem, a proto se z ní stala tradice. Program Týdnů pro duševní zdraví se koná pravidelně každý rok vždy od 10. září do 10. října, tedy dne, který je Světovým dnem pro duševní zdraví. Smyslem Týdnů pro duševní zdraví je pokoušet se o změnu přístupu veřejnosti k lidem s duševní nemocí, bořit myšlenkové stereotypy, ukázat takové lidi v pozitivním světle – jejich kreativitu, „jiné“ vidění světa, odstraňovat tabu. A také informovat o způsobu péče, o prevenci duševních onemocnění i o aktivitách organizací v sociálně zdravotní oblasti, upozorňovat na potřebu zlepšit systém psychiatrické péče.

Spektrum pořádaných akcí, které probíhají po celém území České republiky, je velice pestré. Zahrnuje například koncerty, happenings, výstavy výtvarných děl duševně nemocných autorů, kulaté stoly, besedy a diskusní fóra o nejrůznějších aspektech problematiky péče o duševní zdraví, divadelní a filmová představení, workshopy, dny otevřených dveří v různých zařízeních apod. Celorepublikový program je aktualizován na webových stránkách www.tdz.cz, které každým rokem spravuje Fokus Praha. Program týdnů pro duševní zdraví 2008, který chystá Fokus Praha:

1. Výstava Umění z jednoho a druhého břehu – výstava představí výběr uměleckých děl duševně nemocných autorů (poezie, próza, výtvarné umění) spolu s autorskou tvorbou „zdravých“ lidí.
2. Jarmark chráněných děl .
3. Den otevřených dveří Centra denních rehabilitačních aktivit – CEDRA.
4. Tvůrčí odpoledne Vytvořte si u nás něco hezkého – chráněná dílna Trojský vršek umožní návštěvníkům tvůrčího odpoledne naučit

se vyrábět dekorační předměty ze skla vitrážovou technikou Tiffany.

5. „Tenkrát na Západě a Sedm statečných“ – přehlídka krátkých filmů bude vyvrcholením měsíční společné práce klientů a terapeutů na tvorbě krátkých filmů vypovídajících o tragikomických situacích plných bláznivosti a absurdity, které společně klienti a terapeuti zažívají v komunitním centru Fokusu Praha na Břevnově.
6. Doprovodný program Neobvyklé situace na obvyklých místech – cílem je podpořit přímý kontakt a zážitek „normálních“ lidí v situacích, kdy jsou přímo či jako pozorovatelé konfrontováni s neobvyklým chováním člověka s duševní nemocí.

Akce Týdnů Fokusu Praha jsou financovány Ministerstvem kultury ČR, hlavním městem Prahou, městskými částmi, soukromými firmami a vlastními zdroji Fokusu Praha a propagovány plakáty, inzercí, webovými stránkami www.tdz.cz, články v tisku a rozhlasovými a televizními pořady.

Symposium sociální psychiatrie

Pořádání symposií a konferencí sociální psychiatrie sekcí sociální psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP má u nás více než čtyřicetiletou tradici. Symposium pořádané na podzim minulého roku se svým obsahem chtělo zaměřit na původní význam pojmu sociální psychiatrie, obsažený v lat. „socio“ neboli sdružovati či míti vztah, a jeho odraz v současných podmínkách poskytování péče o duševně nemocné u nás. Proto bylo vybráno jako téma symposia: Duševní nemoc a vztahy. Téma symposia bylo pojato ve dvojmýslu: vztahy mezi různými poskytovateli v péči o duševně nemocné a vztahy mezi pacientem a profesionálem.

Neprospojenost služeb je dlouhodobým bolestivým místem v péči o lidi s duševní poruchou, její důsledky na sobě pocítují jak pacienti, tak profesionálové. Jednotliví poskytovatelé mnohdy chtějí vyřešit problém nemocného jen pomocí svých vlastních prostředků bez využití služeb druhého poskytovatele a bez spolupráce s ním, jak by to odpovídalo potřebám pacientů. To platí jak pro péči lůžkovou, ambulantní, tak i psychoterapeutickou či sociálně rehabilitační. Na symposiu současně možnosti sítě služeb v Královéhradeckém kraji osvětlil Ivan Tůma a v Pardubickém kraji Petr Hejzlar. Možnostmi, jak zlepšovat propojení poskytovatelů, jsou např. společné kasuistické semináře, vzájemné účasti na týmových sezeních, návštěvy klíčových pracovníků rehabilitačních služeb v lůžkových zařízeních. Vydatnou pomocí by bylo sdílení dokumentace o pacientech nejen uvnitř zdravotních služeb, ale i mezi zdravotními a rehabilitačními (sociálními) službami. Zvláštní pozornost byla věnována místu psychoterapie a praktického lékařství v síti služeb pro duševně nemocné. Psychoterapie může sloužit jednak jako teoretické zázemí pro řadu profesionálů pracujících s pacienty, jednak jako přímo aplikovaná intervence nebo formovaná služba či nepřímou v utváření vztahu mezi pacientem a profesionálem. Konečně může být psychoterapie využita i jako nástroj pro analýzu skupinových a institucionalizovaných obran, které mohou být kořenem nedostatečné propojenosti služeb (Petr Junek). Praktičtí lékaři mimo to, že pečují o pacienty s duševními poruchami z rozličných diagnostických okruhů, jsou zaplaveni pacienty s psychosomatickými potížemi, jejichž léčba často ústí v nespokojenost pacienta i lékaře. Bohužel je obtížné pro indikovaného pacienta zajistit ambulantního psychiatra k předání do další péče (Rudolf Pro-

cháзка). Zdeněk Bašný zmínil vztah současné revidované Koncepce oboru psychiatrie k síti služeb a komunitní péči. Na možnosti spolupráce z hlediska krizových služeb upozornila Michaela Petišková. Jan Pfeiffer na kasuistice pacientky osvětlil funkční propojenost a návaznost britského systému péče, která spočívá v propracovaných plánech péče se zapojením potřebných poskytovatelů a systematické týmové práci. Jak nejednoduché je naslouchat a reagovat na sebe jako profesionálové jednotlivých poskytovatelských skupin, ukázal i workshop s hraním rolí uspořádaný Václavou Probstovou a Ondřejem Pěčem.

Vztah pacienta a profesionála byl druhým nosným tématem symposia. Otázka vztahu nemůže být jen doménou psychoterapie, porozumění jemu, jeho kultivace a profesionální zvládnutí hraje zásadní roli v psychiatrické nebo rehabilitační péči. Jak upozornila Probstová, kvalita vztahu mezi pacientem a profesionálem či jejich pracovní aliance má zásadní vliv na výsledek péče. Pro toto tvrzení existují důkazy u pacientů trpících psychózou, depresí nebo závislostí napříč různými službami. Kvalitní vztah by neměl postrádat kontinuitu, flexibilitu, partnerství a snahu o porozumění. Právě důvěra v subjektivní zkušenost pacienta a její akceptování jako faktu je neopominutelná při vytváření nefalšovaného vztahu s pacientem, terapeut pak udržuje dvojí vizi reality (Jan Paleček). O vážnoucí porozumění lékařů a zdravotníků svědčily i zkušenosti básníka Ivana Diviše jako psychiatrického pacienta (Norbert Holub). Dobře zavedený a propracovaný systém podávání a řešení stížností pacientů může vydatně napomoci partnerství a dialogu (Lada Furmaniková). Kvalitní vztah v rehabilitačních službách by neměl postrádat profesionalitu, důvěru, pravidla,

Sekce sociální psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP
pořádá ve spolupráci se
Sekci sociální psychiatrie Psychiatrické společnosti Slovenskej lekárskej spoločnosti
Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví
Asociací komunitních služeb
o. s. Kolumbus

JUBILEJNÍ XXX. KONFERENCI SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE

s názvem: **Ohlédnutí do minulosti a pohled do budoucna v sociální psychiatrii**

Tematické okruhy:

1. Vývoj sociální psychiatrie u nás a v zahraničí
2. Intervence umožňující léčbu a začlenění pacientů do přirozeného prostředí
3. Perspektivy svépomocných hnutí
4. Psychiatrická epidemiologie a výzkum v komunitní psychiatrii
5. Rozvoj v sociální psychiatrii (terapie, metody, vzdělávání)

Datum: **20. 11.–22. 11. 2008**

Místo konání: **hotel Sepetná, Ostravice (Beskydy)**

Kontakt: MUDr. **Ondřej Pěč**, eset.pec@volny.cz

strukturu a vzájemný respekt (Gabriela Pražáková). Problematika vztahu se poměrně silně projevuje u dobrovolnických projektů zaměřených na rozvoj sociálních vztahů u pacientů, zvláště v rozlišení profesionálního a reálného vztahu (Lucie Eliášová). Oslovení lékařů ve vztahu k pacientovi od zástupce uživatelské organizace Michala Balabána doplnilo diskusi k tématu o osobní výpověď a zkušenost, oslovil lékaře k dialogu a partnerství s pacienty, které daleko více nachází v komunitních a méně v léčebných službách. Stejně inspirující pro téma vztahu pacientů a profesionálů byla i úvaha Heleny Klímové o totalitních pozůstatcích v našich myslích a jejich odrazech ve vztazích.

Třetím tématem sympozia bylo představení nových postupů a technologií v sociální psychiatrii a prvních zkušeností s nimi: Camberwelský formulář pro hodnocení potřeb pacientů – CAN-C (Jan Stuchlík), nově adaptovaný nástroj pro hodnocení efektu intervencí SOS 10 (Eva Dragomířská) nebo program prevence relapsu psychotických onemocnění – ITAREPS (Filip Španiel).

Zahraničním hostem sympozia byl Antonio Maone (psychiatr, viceprezident Světové

asociace pro psychosociální rehabilitaci, region Evropa), který ve svém příspěvku bilancoval situaci psychiatrické péče v Itálii 30 let po provedení radikální reformy v roce 1978, která představovala radikální přechod od nemocničního systému k systému založenému na komunitní péči. Nedošlo k obávanému zvýšení sebevraždnosti, kriminality nebo bezdomovectví. Byl realizován systém schopný reagovat na potřeby pacientů se závažnými duševními poruchami bez škod, které by mohly vzniknout institucionalizací pacientů. V zařízeních intermediární péče je však třeba bojovat vůči opětovným formám „institucionalizace“.

Symposium se konalo v nově otevřených moderních prostorách konferenčního centra In-Garden v Praze 10–Strašnicích, účastnilo se ho asi 170 účastníků.

Příští odbornou akcí sociální psychiatrie bude jubilejní 30. konference sociální psychiatrie ve dnech 20.–22. 11. 2008 v Ostravici v Beskydech s názvem: Ohlédnutí do minulosti a pohled do budoucna v sociální psychiatrii. Zájemci o účast jsou vítáni.

MUDr. Ondřej Pěč

Děti mezi ústavní výchovou a rodinou

V listopadu 2007 se konala konference nazvaná Děti mezi ústavní výchovou a rodinou. Hlavními přednášejícími byli Kevin Browne, biolog a psycholog, vedoucí oddělení soudní a dětské psychologie na Liverpoolské univerzitě, a Georgete Mulheirová, ředitelka organizace Children's High Level Group, která podporuje programy deinstitutionalizace v systémech ochrany dětí ve střední a východní Evropě. Konference se účastnilo dalších 80 lidí, pracovníků státních ústavních zařízení pro děti a mládež, pracovníků nestátních organizací zabývajících se ohroženými dětmi, vysokoškolských učitelů a studentů. Z pozvaných zástupců státní správy přišli jen dva, z MPSV. Výše zmínění pozvaní hlavní přednášející (dále také autoři) na konferenci podrobně prezentovali desetibodový program deinstitutionalizace, již prakticky vyzkoušený v některých evropských zemích a v Súdánu. Vedle toho konference představila některé inovativní programy domácí provenience poskytované organizacemi Střep, o. s. (Věra Bechyňová), Triada, o. s. (Eva Rotreklová), Vzájemné soužití, o. s. (Sri Kumar Viswanathan) a Člověk hledá člověka, o. s. (Hana Pazlarová). Jeden domácí referát přednesený Danielem Hovorkou z MPSV byl věnován současnému stavu péče o děti, zejména z hlediska právních úprav. Širší exkurs do problematiky lidských práv dětí, založený na zkušenostech z úřadu českého ombudsmana, nabídla účastníkům konference Anna Šabatová.

Nepříznivé účinky ústavní péče na děti popisuje odborná literatura už zhruba 60 let. Browne a Mulheirová zdůrazňovali, že každý den, který dítě stráví v ústavu, snižuje jeho životní šance. Podle jejich názoru již tři měsíce strávené v ústavu tradičního typu představují pro malé děti trauma s dlouhodobými následky. „Vinu“ za nepříznivé působení ústavů na děti nelze podle autorů svalovat na pracovníky ústavů. Ti často jednájí s nejlepšími úmysly a vydávají mnoho sil na to, aby dětem kompenzovali nepřítomnost rodiny. Vina je v systému, v organizaci péče. Hlavní odpovědnost nese státní správa. Vysoké počty dětí v ústavní péči korelují podle Brownových srovnávacích výzkumů s nedostatečným rozvojem sociálních a zdravotních služeb pro děti a rodiny v příslušných evropských zemích.

Deinstitutionalizační program, který autoři prezentovali, nechce úplně zrušit všechny ústavy. Jistá malá část větších dětí se zvláštními potřebami, které nelze umístit do náhradních rodin, může mít prospěch z pobytu v ústavu. Mělo by však jít o výjimečná řešení a ústavy by měly být malé – nanejvýše deset dětí v jednom zařízení, které se podobá bytu nebo rodinnému domu. Některá lůžková zařízení jsou potřebná pro okamžitou a krátkodobou pomoc ohroženým dětem, tato zařízení by však podle autorů měla být schopna přijmout s dítětem i rodiče, pokud tento rodič dítě neohrožuje.

I když je dítě někdy nutné vzdálit z rodiny a umístit je jinam, mělo by být co nejdříve pro-

vedeno kvalifikované zhodnocení situace dítěte i rodiny a naplánována péče, zahrnující biologickou rodinu. Také všechny formy náhradní péče v rodinách by měly být vstřícné vůči rodinám biologickým.

Autoři varovali před představou, že mezinárodní adopce je přijatelné a dobré řešení.

Hodnotící nástroje by měly být standardizované a měly by být používány zaškolenými profesionály, kteří pracují v týmech. Hodnocení ponechané na libovůli jednotlivého pracovníka může dítě i rodinu poškozovat. Důvodem k návrhu na umístění dítěte mimo rodinu nesmí být chudoba rodiny a bytové poměry.

Oldřich Matoušek

Deset kroků Programu deinstitutionalizace:

1. Posilování reflexe problému
2. Ustanovení řídicích orgánů procesu
3. Provedení analýz na úrovni země, krajů nebo oblastí
4. Provedení analýzy na úrovni ústavní instituce
5. Návrh systému alternativních služeb
6. Plán přesunu zdrojů – finančních a lidských – do nové sítě služeb
7. Příprava a přemístění dětí
8. Příprava a přemístění personálu
9. Logistická podpora
10. Monitoring a hodnocení nového stavu

Kontakty

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

Řehořova 992/10, 130 00 Praha 3

tel./fax: 222 811 122

e-mail: cmhcd@cmhcd.cz

www.cmhcd.cz

Česká asociace pro psychické zdraví

Jelení 9, 118 00 Praha 1

tel./fax: 224 212 656

tel.: 777 83 019

e-mail: info@capz.cz

www.capz.cz

Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví

Kamenická 25, 170 00 Praha 7

tel.: 606 706 242

tel./fax: 233 376 301

e-mail: palecek@cmhcd.cz

Adresář komunitních služeb pro duševně nemocné v ČR najdete na www.mujweb.cz/Institute/asociace_komunitnich_sluzeb/

Fokus Praha, o. s.

Dolákova 24, 180 00 Praha 8-Bohnice

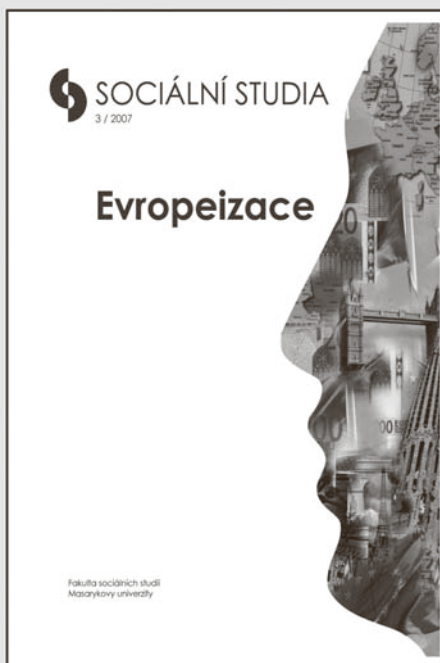
tel./fax: 233 551 205

fokus@fokus-praha.cz

www.fokus-praha.cz

Stop stigma

<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/seznam-kontaktu.php>



Aktuální číslo časopisu Sociální studia Téma: Evropeizace

V tomto čísle např. najdete...

Vlastimil Havlík, Pavel Pšeja: Evropeizace jako předmět výzkumu v sociálních vědách

Zdeněk R. Nešpor: Paradoxy sociálního a politického působení náboženství v „sekularizované“ Evropě

Vladimír Benáček: Reformy sociálně-ekonomických modelů v zemích EU: teoretické přístupy

Aneta Valterová: Evropské federace zájmových skupin: Příležitost pro socioekonomické skupiny z nových členských zemí

Václav Štětka: Jednota, či rozmanitost? Kulturní cíle evropské audiovizuální politiky a jejich aplikace v prostředí české televizní scény

Leona Šteigrová: Dopad procesu evropeizace na vzdělávání a vzdělávací politiku v České republice

Ondřej Císař, Kateřina Vrábliková: Popelka na cestě do Bruselu: České skupiny prosazující rovnost mezi ženami a muži a Evropská unie

Vlastimil Havlík, Hana Vykoupilová: Dvě dimenze evropeizace volebních programů : Případ České republiky

Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín o.p.s.

akreditované MPSV ČR jako vzdělávací instituce pod č. 2007/129 - I je provozovatelem projektu

Komplexní vzdělávání poskytovatelů sociálních služeb v systému poradensko informačního centra

Projekt probíhá od února 2007 dle plánu vzdělávání sestaveného na základě dotazníkového šetření zájmu poskytovatelů sociálních služeb. V důsledku požadavku vyplývajícího ze zákona o sociálních službách byl u cílové skupiny zaznamenán velký zájem o kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách. Proto jsme vytvořili 157 hodinový "Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách - přímá péče" akreditovaný u MPSV ČR. První dva kvalifikační kurzy byly slavnostně ukončeny závěrečnou zkouškou a předáním osvědčení 49 absolventům v březnu 2008. V současné době se v dalších dvou souběžně realizovaných kvalifikačních kurzech vzdělává 50 osob z různých organizací Zlínského kraje. Od září do prosince 2007 proběhl střednědobý 160 hodinový akreditovaný kurz "K optimalizaci pracovní výkonnosti přes porozumění sobě samému", kde bylo proškoleny 20 osob. V krátkodobých kurzech bylo doposud proškoleny 725 osob.

Odborné texty získané od lektorů kurzů se stanou podkladem pro vydání čtyř Zpravodajů rozdělených dle oblastí vzdělávání (viz přehled krátkodobých kurzů níže). Další aktivitou projektu je provoz a průběžné vybavování knihovny knižními novinkami. Nyní je v knihovně zařazeno přes 800 titulů odborné literatury týkající se sociálních služeb, sociologie, speciální pedagogiky, filosofie, etiky, psychologie, managementu, psychiatrie... **Všechny nabízené kurzy jsou** pro cílovou skupinu poskytovatelů, pracovníků a dobrovolníků v sociálních službách **zdarma**. Informace: tel.: 571 420 330, e-mail: poradna@pic-vsetin.cz, http: www.pic-vsetin.cz.

Seznam zrealizovaných krátkodobých kurzů

Oblast Komunikace

- » **Kurz speciální pedagogiky zaměřený na problematiku osob s mentálním postižením**, místo konání: Vsetín, počet účastníků: 51
- » **Kurz speciální pedagogiky zaměřený na problematiku osob se sluchovým postižením**, místo konání: Vsetín, počet účastníků: 29
- » **Kurz speciální pedagogiky zaměřený na problematiku osob s tělesným postižením**, místo konání: Vsetín, počet účastníků: 22
- » **Kurz speciální pedagogiky zaměřený na problematiku osob se zrakovým postižením**, místo konání: Vsetín, počet účastníků: 12
- » **Kurz speciální pedagogiky zaměřený na problematiku osob se specifickými poruchami učení**, místo konání: Vsetín, počet účastníků: 17
- » **Psychosociální krizové situace klientů - komunikace**, místo konání: Vsetín, počet účastníků: 16

Oblast Učení

- » **Kurz práce na PC pro pomáhající profese - začátečník**, místo konání: Vsetín, 38 účastníků
- » **Kurz práce na PC pro pomáhající profese - pokročilý**, místo konání: Vsetín, 23 účastníků
- » **Počítač a člověk s postižením**, místo konání: Vsetín, 17 účastníků
- » **První pomoc**, místo konání: Vsetín, 15 účastníků
- » **Právní minimum pro pomáhající profese**, místo konání: Vsetín, Uherské Hradiště, 73 účastníků
- » **Psychiatrické minimum**, místo konání: Vsetín, 58 účastníků

Oblast Porozumění

- » **Arteterapie - využití artefaktu při práci s žáky a studenty**, místo konání: Vsetín, 54 účastníků
- » **Dramaterapie**, místo konání: Vsetín, 33 účastníků
- » **Muzikoterapie**, místo konání: Vsetín, 51 účastníků
- » **Prevence syndromu vyhoření**, místo konání: Valašské Meziříčí, Uherské Hradiště, Vsetín, 69 účastníků
- » **Krizová intervence**, místo konání: Vsetín, 37 účastníků

Oblast Orientace a poradenství

- » **Pracovní rehabilitace**, místo konání: Vsetín, 37 účastníků
- » **Case management**, místo konání: Vsetín, 33 účastníků
- » **Efektivní projektování**, místo konání: Vsetín, 3 účastníci
- » **Praktická sebeochrana při spolupráci s klientem**, místo konání: Vsetín, 18 účastníků
- » **Speciálně pedagogické poradenství v systému komplexních služeb**, místo konání: Vsetín, 56 účastníků



Projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.





Projekt „Šanca odsúdeným“

Konzultačné a informačné centrum EDUKOS realizuje v období 2005 - 2008 projekt IS EQUAL „Šanca odsúdeným“. EQUAL sa odlišuje od ostatných programov a iniciatív, pretože integruje inovácie na národnej úrovni prostredníctvom Rozvojových partnerstiev s nadnárodnou spoluprácou a výmenou skúseností dobrej praxe.

Hlavným cieľom projektu „**Šanca odsúdeným**“ je eliminovať a odstraňovať predsudky a diskrimináciu voči osobám odsúdeným a prepusteným z výkonu trestu odňatia slobody (ďalej len VTOS), zo spádových regiónov Oravy a Spiša a napomôcť im pri reintegrácii do spoločnosti a uplatnení sa na trhu práce. V rámci projektu boli na národnej úrovni riešené problémy súvisiace s reedukačným, resocializačným, ale aj reintegračným procesom odsúdených. Dôraz sa kladie na individuálny prístup, možnosti zapojenia sa odsúdených do tréningových a vzdelávacích programov tak, aby sa dokázali úspešne reintegrovať do spoločnosti a zvýšili sa ich šance na uplatnenie sa v živote.

Medzinárodné stretnutia partnerov projektu sa zameriavali na spoznávanie toho, ako je v jednotlivých partnerských krajinách riešená problematika penitenciárnej a postpenitenciárnej starostlivosti. Počas spoločných stretnutí v jednotlivých partnerských krajinách sme mali možnosť spoznať aj formy a spôsoby zamestnávania odsúdených vo väzniciach i mimo nich. Radi by sme naše skúsenosti a skúsenosti našich partnerov v problematike zamestnávania odsúdených sprostredkovali, pretože nie je tajomstvo, že na túto cieľovú skupinu má naša spoločnosť stále nastavené krivé zrkadlo. Vzhľadom k omezenému priestoru sa v tomto príspevku venujeme iba záverom zo stretnutia partnerov projektu na Slovensku v septembri 2007, ktoré sme organizovali spoločne s Ústavom na výkon trestu odňatia slobody pre mladistvých v Sučanoch a obcou Spišský Hrhov.

Skúsenosti zo Slovenskej republiky

Stretnutie partnerov projektu „Šanca odsúdeným“ sa uskutočnilo v troch rôznych lokalitách región Turiec (Sučany), región Orava (Dolný Kubín) a región Spiš (Spišský Hrhov).

V Sučanoch sa stretnutie zaoberalo problematikou zamestnávania odsúdených počas výkonu trestu. Dôležitou súčasťou konferencie preto bola aj prehliadka Ústavu na výkon trestu odňatia slobody pre mladistvých v Sučanoch, kde mali všetci možnosť vidieť priestory, v ktorých sa realizovali jednotlivé vzdelávacie aktivity projektu a mali možnosť prezrieť si výrobné haly a jednotlivé pracoviská v ústave. V zamestnanosti patrí ÚVTOS Sučany do skupiny, ktorá je mierne nad celoslovenským priemerom v rámci väzenia (za 8 mesiacov dosiahol ústav 76,9% zamestnanosť). Cca 40 odsúdených pracuje mimo ústavu, kde im musí ich zamestnávateľ vytvoriť špecifické podmienky. V súvislosti s týmto treba tiež zdôrazniť, že systém zamestnávania odsúdených na Slovensku je odlišný od ostatných krajín EÚ. Každý ústav vo svojej pôsobnosti sa snaží vytvoriť také podmienky v ústave, aby mohol zamestnať čo najviac odsúdených. Za určitých, presne vymedzených podmienok, je možné zamestnať odsúdených aj mimo ústavu, priamo na pracoviskách jednotlivých firiem. Ústav má na každý rok určené % zamestnanosti a príslušnú finančnú čiastku, ktorú musí odvieť do štátneho rozpočtu. Podľa toho je aj v tejto oblasti hodnotený. Je len na schopnostiach pracovníkov ústavu, ako sa s danými úlohami vyrovnajú. Každý odsúdený zaradený do práce je v zmysle zákona povinný pracovať. Odsúdený je fyzická osoba vo výkone trestu a nie je postavená na úroveň zamestnanca v zmysle minimálnej mzdy. Organizácie, pre ktoré odsúdení pracujú neodvádzajú za odsúdených odvody. Zaplatia na základe zmluvy faktúru a zamestnávateľom pre odsúdených je v tomto prípade ústav, ktorý vykonáva rozúčtovanie pracovnej odmeny odsúdeného (odvody, náklady VT, pohľadávky, výživné, úložné, vreckové).

V Dolnom Kubíne bola predstavená práca s klientom po jeho prepustení z VTOS, pri ktorej sa využíva aj individuálna aj skupinová práca. V projekte „Šanca odsúdeným“ sú do práce zainteresovaní aj dobrovoľníci, ktorí sú rovesníci odsúdených. V tomto prípade pôsobia ako pozitívny vzor model pre klientov s cieľom kladne ovplyvniť ich ďalšiu socializáciu a posilniť motiváciu nepáchať ďalšiu trestnú činnosť. Aktívnym zapojením dobrovoľníkov do diania v regióne zároveň projekt pomáha dobrovoľníkom pri etablovaní sa do role sociálneho pracovníka s cieľom získania praktických zručností a vychováva si tak potenciálnych odborníkov v danej oblasti.

V Spišskom Hrhove predstavovali partneri svoje skúsenosti s vytváraním pracovných príležitostí a fungovaním organizácií za účelom vytvárania pracovných príležitostí pre sociálne znevýhodnené osoby. Ústrednou témou bol „Človek vracajúci sa z výkonu väzby či trestu odňatia slobody“. V obci bola v rámci projektu spracovaná koncepcia lokálnej zamestnanosti s využitím obecných firiem - sociálnych podnikov. Obecná firma ako sociálny podnik je vlastne akýmsi funkčným nástrojom rozvoja lokálnej zamestnanosti.

Inovativnosť sa v projekte „Šanca odsúdeným“ prejavuje predovšetkým snahou o komplexné riešenie problémov cieľovej skupiny teda nielen nariadenia zamestnávania odsúdených, ale prostredníctvom rôznorodého partnerstva, ktorého súčasťou sú samospráva obec Spišský Hrhov, štátna správa ÚVTOS pre mladistvých Sučany a MVO Konzultačné a informačné centrum EDUKOS, riešiť aj osobné, rodinné prípadne finančné problémy. Sme presvedčení, že prirodzeným kľúčom k riešeniu problému je práve samospráva, ako najstabilnejší prvok sociálnej konštitúcie, zabezpečujúci človeku a jeho rodine kvalitný život. Samospráva je akýmsi mikrokozmosom, v ktorom väčšina ľudí má šancu naplňať svoje potreby.

Skúsenosti projektu ukazujú, že riešenie situácie je možné aj prostredníctvom obecných firiem sociálnych podnikov a súběžne je dôležité:

- 1) vytváranie podmienok k vedeniu riadneho osobného života - prechodné, trvalé bývanie
- 2) hlbšie zaangažovanie samotného odsúdeného do riešenia svojich problémov cez verejnoprospešnú a záujmovú činnosť
- 3) angažovanie verejnosti v zmysle eliminácie predsudkov
- 4) vytváranie priestoru a podmienok na zvyšovanie kvalifikácie, resp. školenia na určitú pracovnú pozíciu z dlhodobejšej perspektívy
- 5) zriadenie lokálnych centier osobného a pracovného poradenstva pre odsúdených.

V tomto duchu sú aj odporúčania európskych partnerov. Mali pocit, že projekt „Šanca odsúdeným“ je vysoko humánny a premyslený, má svoj význam a opodstatnenie a je potrebné ho rozvíjať a šíriť. Partneri rovnako poukázali na to, že na Slovensku postpenitenciárnu oblasť nutne čakajú legislatívne úpravy a doplnenia. Aj napriek ustanoveniam v paragrafoch zákona 305/2005 Z. z., nemajú sociálni kurátori také možnosti a podmienky, ktoré by situáciu radikálne zlepšili.

Konštatovali, že bez podpory „zhora“ je ťažké zabezpečiť udržateľnosť projektu, t. z. v budúcnosti by sa mal klásť väčší dôraz na efektívnejšie zainteresovanie verejného, štátneho a mimovládneho servisu do tejto sféry. Na zlepšenie situácie na Slovensku, odporúčajú vytvoriť „pavúka pomoci“, t. z. vytvoriť také ekonomické, sociálne a legislatívne podmienky, ktoré by dokázali podať pomocnú ruku a zachytiť cieľovú skupinu ihneď po prepustení.

Ing. Eva Vajzerová
riaditeľka

Projekt sa realizuje v rámci podpory programu EQUAL



Európsky sociálny fond



EQUAL

Konzultačné a informačné centrum EDUKOS, Ťatliaka 8, 026 01 Dolný Kubín, www.edukos.sk

OBJEDNÁVKA PŘEDPLATNÉHO 2008 Tuto objednávku vystřihněte a odešlete na adresu redakce

Jméno a adresa objednatele (uvádějte prosím včetně čísla popisného a PSČ):

Fakturační adresa (Uvádějte prosím tehdy, je-li fakturační adresa odlišná od adresy zasilací. Platí pro objednávky organizací):

tel./mobil:

e-mail:

IČO, DIČ objednatele:

Závazně objednávám předplatné časopisu SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNÁ PRÁCA:

celý ročník 2008 (set 4 čísel) (vypište počet kusů)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ks 1/08 Soc. práce s lidmi s duševní nemocí | <input type="checkbox"/> ks 3/08 Podniková sociální práce |
| <input type="checkbox"/> ks 2/08 Spol. zakázka a naše odpovědnost | <input type="checkbox"/> ks 4/08 Duchovní rozměr v sociální práci |

Prosím o zaslání minulých čísel (vypište počet kusů):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ks 4/07 Praxe a supervize v sociální práci | <input type="checkbox"/> ks 2/05 Sociální práce s rodinou** |
| <input type="checkbox"/> ks 3/07 Sociální práce s lidmi se závislostí | <input type="checkbox"/> ks 1/05 Aktivní politika zaměstnanosti |
| <input type="checkbox"/> ks 2/07 Sociální práce s imigranty | <input type="checkbox"/> ks 4/04 Hodnoty a etika v sociální práci* |
| <input type="checkbox"/> ks 1/07 Role sociálního pracovníka | <input type="checkbox"/> ks 3/04 Komunitní práce* |
| <input type="checkbox"/> ks 4/06 Bezdomovectví* | <input type="checkbox"/> ks 2/04 Rodina a péče o seniory* |
| <input type="checkbox"/> ks 3/06 Organizační kultura* | <input type="checkbox"/> ks 1/04 Standardy kvality v sociální službě* |
| <input type="checkbox"/> ks 2/06 Domácí násilí** | <input type="checkbox"/> ks 4/03 Sociální práce v romských komunitách* |
| <input type="checkbox"/> ks 1/06 Sociálně-právní ochrana dětí** | <input type="checkbox"/> ks 3/03 Teorie a metody sociální práce* |
| <input type="checkbox"/> ks 4/05 Probační a mediační služba** | <input type="checkbox"/> ks 2/03 Děti a náhradní výchovná péče* |
| <input type="checkbox"/> ks 3/05 Rovné příležitosti** | <input type="checkbox"/> ks 1/03 Vzdělávání |

* Čísla označená hvězdičkou již nejsou dostupná v tištěné podobě. Můžeme Vám je zaslat v el. formátu (PDF – pro Acrobat Reader). Cena je shodná s cenou výtisku. V případě zájmu toto číslo odešleme na Vámi uvedenou e-mailovou adresu. Velikost souboru se pohybuje kolem 3 MB.

** Tato čísla si můžete zdarma stáhnout z našich webových stránek.

Druh předplatného (zakřížkujte):

- studentské – 4 x 99 Kč za rok 2008: celkem 396 Kč
 občanské – 4 x 129 Kč za rok 2008: celkem 516 Kč
 pro organizace – 4 x 229 Kč za rok 2008: celkem 916 Kč

Studenty (kromě MU) žádáme o zaslání potvrzení o studiu (možno i e-mailem scan ISiCu – oboustranně). Výtisky starších čísel časopisu (do roku 2005 včetně) prodáváme za nižší cenu oproti ceně za ročníky 2006 a 2007. Cena jednoho staršího výtisku činí: 189 Kč pro organizace, 89 Kč pro občany nebo 59 Kč pro studenty.

Platbu provedu (zakřížkujte): složenkou převodem z účtu

Adresa redakce: Časopis Sociální práce/Sociální práce • ASVSP, Joštova 10, 602 00 Brno • tel.: +420 774 324 983 (13–16 hodin) • fax: +420 549 491 920 • IČO: 49465619, číslo účtu: 777630001/2400 (E-banka) • e-mail: socprace@fss.muni.cz • www.socialniprace.cz

Podpis/podpis a razítko: