

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta

Katedra sociální práce
obor: sociální práce
školní rok: 2007/2008
forma studia: prezenční

Mariana Kleinová

**SOCIÁLNÍ VZTAHY KLIENTŮ CHRÁNĚNÉHO
BYDLENÍ BONA, o.p.s.**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Václava Probstová, CSc.

Datum obhajoby:

Výsledek obhajoby:

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta

Katedra sociální práce
obor: sociální práce
školní rok: 2007/2008
forma studia: prezenční

Mariana Kleinová

**SOCIÁLNÍ VZTAHY KLIENTŮ CHRÁNĚNÉHO
BYDLENÍ BONA, o.p.s.**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Václava Probstová, CSc.

Datum obhajoby:

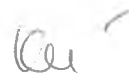
Výsledek obhajoby:

PROHLAŠUJI,

že jsem tuto práci vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze, dne 26. července 2008

Podpis:

A handwritten signature in black ink, appearing to be the initials 'C' followed by a flourish.

OBSAH:

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 1 |
| 1. POHLED NA DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ V HISTORII..... | 4 |
| 2. VZNIK A VÝVOJ INSTITUCÍ | 6 |
| 3. DEINSTITUCIONALIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE..... | 8 |
| 4. PODPORA V BYDLENÍ..... | 10 |
| 4.1 Chráněné bydlení..... | 11 |
| 4.2 Podporované bydlení..... | 12 |
| 5. SLUŽBY URČENÉ LIDEM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM A DALŠÍ MOŽTOSTI PODPORY V ČR..... | 13 |
| 5.1 Zdravotnické služby..... | 13 |
| 5.1.1 Psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic... 14 | |
| 5.1.2 Denní stacionáře..... | 15 |
| 5.2 Centra denních aktivit..... | 16 |
| 5.3 Programy podpory práce a zaměstnávání..... | 16 |
| 5.4 Poradenské služby..... | 17 |
| 5.5 Krizové služby..... | 17 |
| 5.6 Pobytové sociální služby..... | 18 |
| 5.7 Dobrovolnický projekt Dobroduš..... | 18 |
| 5.8 Svépomoc..... | 19 |
| 5.9 Case management (případové vedení)..... | 20 |
| 5.10 Chráněné a podporované bydlení v ČR..... | 21 |
| 5.10.1 Chráněné bydlení v ČR..... | 22 |
| 5.10.2 Podpora samostatného bydlení v ČR..... | 23 |
| 5.10.3 Oblasti podpory a základní metody práce..... | 24 |
| 5.10.4 Chráněné bydlení Bona..... | 26 |
| 6. SOCIÁLNÍ VZTAHY LIDÍ TRPÍCÍCH DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM..... | 27 |
| 6.1 Sociální izolace a stigmatizace..... | 27 |
| 6.1.1 Stigmatizace..... | 28 |
| 6.2 Navazování a udržování sociálních vztahů..... | 29 |
| 6.2.1. Problematika zaměstnanosti..... | 29 |
| 6.3 Význam přirozených vazeb..... | 31 |

| | |
|--|----|
| 6.4 Přátelé..... | 32 |
| 6.5 Rodina..... | 33 |
| 6.5.1 Role v rodině..... | 34 |
| 6.5.2 Potřeby rodiny..... | 35 |
| 6.5.3 Duševní onemocnění v souvislosti s rodinou..... | 35 |
| 8.5.4 Expressed emotion..... | 37 |
| 8.5.5 Psychoedukace..... | 38 |
| 7. SOCIÁLNÍ VZTAHY KLIENTŮ CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ BONA..... | 39 |
| 7.1 Vztahy mezi obyvateli chráněného bydlení..... | 40 |
| 7.2 Vztah klient – pracovník..... | 43 |
| 7.3 Výzkum: sociální vztahy klientů chráněného bydlení Bona..... | 44 |
| 7.3.1 Použitá metoda..... | 44 |
| 7.3.2 Realizace výzkumu..... | 45 |
| 7.3.3 Volba a popis zkoumaného vzorku..... | 46 |
| 7.3.4 Popis kontrolních skupin..... | 46 |
| 7.3.5 Shrnutí výsledků..... | 47 |
| 7.3.6 Platnost hypotéz a zhodnocení výzkumu..... | 48 |
| 7.3.7 Diskuse..... | 50 |
| ZÁVĚR..... | 52 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 54 |
| PŘÍLOHY: | |
| Příloha 1: Grafy | |
| Příloha 2: Dotazník SIS | |

ÚVOD

Hlavním cílem této práce je zmapovat sociální vztahy klientů skupinového chráněného bydlení BONA o.p.s. (dále jen Bona).

Klienti Bona jsou lidé trpící dlouhodobým závažným duševním onemocněním - v celé této práci pro zjednodušení používám převážně termín lidé trpící duševním onemocněním, popřípadě termín lidé s duševním onemocněním.

Tuto skupinu a problematiku spojenou se závažným duševním onemocněním vyčerpávajícím způsobem popisuje van Weeghel v předmluvě sborníku Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness (2002), jako skupinu, pro níž jsou typické duševní problémy, které jsou „chronické“, nebo hrozí, že chronické budou. Trpí některou z forem duševního onemocnění (nejčastěji schizofrenií, ale mohou sem být zahrnuty i závažné poruchy nálady nebo poruchy osobnosti), která určitým způsobem omezuje jejich fungování v jejich běžném sociálním prostředí. Přestože projevy onemocnění jsou v užším, klinickém smyslu obvykle epizodické, funkční postižení mívá stálejší charakter. Mnozí z těchto lidí se, podle okolností, potýkají s dalšími omezeními: nízký příjem, nedostatek sociální opory a dlouhodobá hospitalizace. Mohou se zde objevit také sociální bariéry ve smyslu stigmatizace, nedostupnosti služeb nebo nedostatečné informovanosti o dostupných službách. Kombinace těchto negativních faktorů často vede k sociálnímu znevýhodnění a omezené kvalitě života. Bez přiměřené podpory se lidé patřící do této skupiny setkají s velkými obtížemi při získávání a udržování svého místa ve společnosti.

Sociální síť lidí trpících duševním onemocněním bývá často omezena na nejbližší rodinu a profesionály, kteří jim poskytují péči, často jim chybí blízké vztahy a přátelé, kteří člověka dokáží podržet a podpořit. Někdy ani o takové vztahy nemají velký zájem.

Problematika sociálních vztahů lidí trpících duševním onemocněním je velmi široká a je ovlivněna celou řadou faktorů, ať už jsou to faktory dané

onemocněním jako takovým či pohledem společnosti na lidi duševně nemocné, který je dosud spojen s velkou mírou předsudků.

S důsledky stigma a předsudky se lidé trpící duševním onemocněním setkávali odedávna, právě proto se v teoretické části věnuji i vývoji pohledu společnosti na duševní onemocnění.

Součástí teoretické části této práce je také exkurz do vývoje psychiatrických služeb od vzniku prvních institucí po dnešní snahy o deinstitucionalizaci psychiatrické péče a rozvoj komunitních služeb, které se ve vyspělých zemích začaly prosazovat v 60. letech minulého století. U nás se však prostor pro tyto změny otevřel až po roce 1989.

Popisují zde také služby, které se dnes lidem trpícím duševním onemocněním nabízejí. Zaměřuji se hlavně na služby v oblasti bydlení, protože právě klientům těchto služeb se věnuji v praktické části práce.

Dále se věnuji již zmiňované problematice sociálních vztahů lidí trpících duševním onemocněním.

V praktické části práce se zabývám sociálními vztahy klientů chráněného bydlení Bona. Pro výzkum jsem zvolila dotazníkovou metodu. Využívám dotazník sociální integrace SIS, který již byl u nás použit v rámci projektu Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví - Model sledování, hodnocení a zkvalitnění péče o duševně nemocné. Výsledky šetření z tohoto projektu používám ke srovnání s výsledky získanými šetřením mezi klienty chráněných bydlení Bona.

Téma této práce jsem si zvolila na základě zkušeností z práce s klienty Bona. V Boně jsem pracovala nejprve jako asistenční služba na skupinovém chráněném bydlení, později jako terapeut pro podporu samostatného bydlení.

V této práci používám některé termíny, které je nejprve třeba vysvětlit nebo upřesnit jejich význam.

Termín „lidé trpící duševním onemocněním“ vysvětluji výše. V případě, že o této skupině mluvím v souvislosti se zdravotnickými službami (nebo pokud termín používá autor, kterého cituji), volím termín „pacient“, který je pro tuto oblast běžný. V souvislosti se sociálními a ostatními službami se držím výrazu „klient“. Oficiální terminologie dnes sice preferuje termín „uživatel služeb“, tento

termín se však v praxi zatím plně neujal. Označení „klient“ je běžnější a bývá často používáno i v anglicky psané literatuře.

Další termín, který zde používám, je termín „úzdava“. Tento termín neznamená vyléčení duševního onemocnění, ale klade důraz na vyrovnání se se symptomy onemocnění a na kvalitu života člověka s duševním onemocněním.

1. POHLED NA DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ V HISTORII

S duševními onemocněními se lidé zřejmě setkávali od nepaměti a, stejně jako dnes, hledali vysvětlení jejich původu či je léčili. Pohled společnosti na lidi trpící duševními onemocněními se v průběhu doby měnil, duševní nemoc však stále zůstávala něčím zvláštním, jiným, něčím, co vzbuzovalo obavy. Ani dnes, v době, kdy o duševních onemocněních mnohé víme, se v tomto směru příliš nezměnilo.

Předpokládá se, že pravěcí lidé si projevy duševních onemocnění vykládali jako projevy posedlosti nadpřirozenými silami nebo jako projevy svatosti. Známé jsou tzv. trepanace lebky, což byly pravděpodobně pokusy vypustit démony z hlavy posedlého člověka.

Ve starověkém Řecku a Římě nalezneme různé výklady duševní nemoci. O vývoji tehdejších představ o původu duševního onemocnění mluví Mathews (2004):

Hippokrates, navazující na Empedoklovu humorální teorii, podle které jsou nemoci výsledkem nerovnováhy mezi jednotlivými základními elementy (krev, hlen, žluč a černá žluč), byl přesvědčen, že všechny nemoci a duševní poruchy mají tělesné příčiny. Například melancholie, dnes bychom řekli deprese, byla podle něj způsobena nadbytkem černé žluči. Platon věřil, že existují dva druhy šílenství. Jedno má božský původ a dává člověku prorocké schopnosti, druhé je způsobeno nemocí. Nemoc vzniká tak, že iracionální duše převáží nad racionální. Ke ztrátě rozumu tak dochází, podobně jako podle Hippokrata, vlivem nerovnováhy. Římský filozof Cicero, odmítající Hippokratovu teorii, tvrdil, že psychická nemoc může být způsobena emočními faktory.

S příchodem křesťanství se, podle Mathewse (2004), lidé začali navracet k představě duševní nemoci pramenící v nadpřirozenu. Za příčinu podivného chování byl označován ďábel, kterým byli diví lidé či čarodějnice posedlí. Známé, a mnohokrát v literatuře či ve filmech popsané, jsou procesy s čarodějnicemi.

V některých přímořských zemích ve středověku údajně také existovaly

tzv. lodě bláznů, které pluly po proudu řeky, po cestě zastavovaly ve větších městech a na palubu nabíraly duševně nemocné. Tito jejich nedobrovolní pasažéři pak měli být vysazováni na odlehlých, opuštěných místech. O lodích bláznů mluví Foucault (1994), někteří jiní autoři však pochybují, že tyto lodě skutečně existovaly.

V období středověku však nebyli všichni „blázni“ společností odmítáni. O některé duševně nemocné se i tehdy staraly jejich rodiny nebo náboženské instituce. Rodinná péče o duševně nemocné částečně, především na venkově, přetrvala, někde až do poloviny 20. století.

To, jak společnost lidi duševně nemocné přijímala, záleželo (a do jisté míry záleží i dnes) samozřejmě také na tom, zda byli klidní a lidé se jich tedy nebáli, nebo zda byly jejich projevy vnímány jako nebezpečné.

2. VZNIK A VÝVOJ INSTITUCÍ

Počátky institucionalizace lidí trpících duševním onemocněním nalezneme v 16. a 17. století. Zpočátku byli duševně nemocní, spolu s lidmi tělesně postiženými a chudinou, umístováni do špitálů a chudobinců. Později začaly vznikat i instituce speciálně určené pro duševně nemocné - blázince. Důvodem institucionalizace byla zřejmě hlavně snaha ochránit společnost před jejich špatným vlivem.

V 18. století počet blázinců rychle rostl.

Mnohé z tehdejších blázinců byly instituce spíše podobné vězením. Chovanci těchto ústavů byli nezřídka různě ponižováni a trýzněni. Už tehdy se však občas objevily snahy o humánnější přístup k lidem s duševním onemocněním. Mathews (2004) mluví o novém přístupu, se kterým přišli ve Francii Pinel, v Itálii Chiarugi a Pisani a v Anglii Tuke. Psychické onemocnění viděli jako následek chování a snažili se jej léčit na základě principů morálky. Mluví se o tzv. morální terapii.

Během industriální revoluce, tedy na přelomu 19. a 20. století, byla specializovaná zařízení pro lidi různě postižené zřizována ve velké míře. Duševně nemocným byly určeny tzv. ústavy choromyslných. Těm se později začalo říkat léčebny či, honosněji, sanatoria.

Tehdy podle Pfeiffera (2004) panovalo přesvědčení, že běžný život je pro duševně nemocné příliš náročný a zraňující. Proto byly ústavy jim určené často budovány v přírodě, na okraji velkých měst. Byly to poměrně samostatné, mnohdy velkoryse vybudované, nezávislé socio-ekonomické jednotky (měly např. vlastní vodárny, statky, produkovaly vlastní potraviny). Jejich parky a zahrady měly být oázou klidu pro léčbu nervů, prostředím, ze kterého byla odstraněna nadměrná sociální zátěž. Zároveň tak ale byli duševně nemocní jako nepříjemný, rušivý element, i nadále vyčleňováni z běžného světa. Úloha léčeben jako míst určených k izolaci „nepohodlných“ duševně nemocných lidí, byla i nadále velmi zřetelná.

Zároveň se ale již v 1. polovině 20. století objevovaly snahy o

mimonemocniční psychiatrickou péči. V Anglii roku 1930 začal platit Mental Treatment Act, který zaručoval dobrovolnost léčení a finanční podporu mimonemocniční psychiatrické péče. V té době také v Amsterdamu vznikl první mobilní tým péče o duševní zdraví.

Počátky mimonemocniční péče bychom mohli nalézt i v prvorepublikovém Československu. Na Slovensku existovala tzv. rodinná opatera - venkovské rodiny se zde za úplatu staraly o duševně nemocné.

Větší rozvoj mimonemocniční péče však nastal až v druhé polovině 20. století.

3. DEINSTITUCIONALIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Vlna kritiky proti psychiatrickým institucím začala vzrůstat po 2. světové válce. Byla to doba, kdy začal být kladen velký důraz na dodržování lidských práv platících pro každého bez rozdílu, tedy i pro lidi trpící duševní nemocí. Roku 1948 vydala OSN Všeobecnou deklaraci lidských práv.

V 60. letech 20. století byla v řadě vyspělých zemí započata reforma psychiatrie směřující k deinstitucionalizaci psychiatrické péče a tvorbě tzv. komunitní psychiatrie. Těžištěm tohoto přístupu k péči o lidi trpící duševní nemocí je psychiatrická rehabilitace. Cílem je umožnit lidem duševně nemocným žít v komunitě a neizolovat je tak, jako tomu bylo dříve.

Přístupů k psychiatrické rehabilitaci je mnoho. Weeghel (2002) shrnuje společné charakteristiky těchto přístupů: důraz na vývoj a zlepšení, důvěra mezi klientem a pomáhajícím, účast klienta při stanovování cílů a plánování, rehabilitační aktivity v tom prostředí, kde je klient potřebuje, kombinace nácviku dovedností a přizpůsobování prostředí, dostupnost podpory tak dlouho, jak je třeba.

Drake a kol. k vývoji psychiatrické péče říkají, že v 60. a 70. letech se komunitní péče zaměřovala na ovlivňování symptomů a cílem bylo pomoci lidem udržet stabilitu a vyhnout se hospitalizaci. V 80. letech byla pozornost zaměřena na rehabilitaci, s cílem pomoci lidem fungovat v dospělých sociálních rolích, jako pracovník, student, rodič či manžel. A v 90. letech se ideologické zaměření komunitní psychiatrie posunulo k tématu úzdravy s cílem pomoci lidem prosadit nezávislost, self-management, osobní smysluplné činnosti a lepší kvalitu života. Zároveň s měnící se ideologií se měnily také techniky intervencí (Drake, Green, Mueser a Goldman, 2003).

K obratu ve vývoji psychiatrické péče jistě velkou měrou přispěl rozvoj farmakoterapie. První psychofarmaka, tedy léky ovlivňující psychiku, začala být používána v 50. letech 20. století.

Vývoj tedy dnes, mimo jiné i díky psychofarmakům, směřuje k uzavírání velkých psychiatrických zařízení a k přesunu péče do přirozeného společenství,

do komunity.

Cílem je vytvoření sítě dobře dostupných a provázaných služeb, schopných poskytovat kontinuální péči, flexibilně reagující na potřeby klientů a zároveň podporovat a rozvíjet jejich vlastní schopnosti a dovednosti.

Podle Maoneho (přednáška, 20.10.2007) došli s reformou psychiatrické péče daleko v Itálii, kde byla reforma započata v roce 1978. V rámci této reformy zde byly všechny psychiatrické léčebny uzavřeny a nahrazeny komunitními formami péče. Italská reforma je považována za radikální. Ani zde však, podle Maoneho, ještě systém komunitních služeb nefunguje ideálně.

I v dalších zemích je snaha přesouvat těžiště péče o lidi trpící duševním onemocněním mimo velká psychiatrická zařízení a vytváří se sítě komunitních zařízení poskytujících různé druhy služeb.

Mezi služby určené lidem trpícím duševním onemocněním patří různá centra denních aktivit, denní stacionáře, služby poskytující podporu v zaměstnání či ve studiu, krizové služby, terénní týmy či služby podpory v bydlení (těm se více věnuji níže). Rozšířené jsou také služby poskytované formou case managementu. Je však důležité říci, že snahou je, aby lidé trpící duševním onemocněním mohli v co nejvyšší míře využívat služby běžně dostupné v komunitě a ne jen tyto specializované služby.

Rozvíjí se také různé svépomocné aktivity a aktivity typu advocacy, které se snaží prosadit zájmy lidí trpících duševním onemocněním v širším společenském měřítku.

Nezanedbatelnou roli dnes hraje také psychoedukace, a to nejen pro lidi trpící duševním onemocněním, ale také pro jejich blízké.

4. PODPORA V BYDLENÍ

Mnozí lidé trpící dlouhodobým duševním onemocněním vlivem nemoci či dlouhodobé hospitalizace ztratili nebo nikdy nenabyli schopnosti a dovednosti potřebné k plnohodnotnému samostatnému životu. K tomu, aby mohli žít samostatně, potřebují určitou míru podpory. Tu jim často poskytují jejich blízcí. Někdy, pokud podpora nejbližšího okolí chybí nebo neodpovídá potřebám nemocného, je třeba podpory ze strany profesionálů.

Součástí systému služeb pro lidi trpící duševním onemocněním jsou služby podpory v bydlení. Tyto služby se snaží udržovat, navracet či nahrazovat kompetence a schopnosti potřebné pro fungování v podmínkách běžného života.

Služby podpory v bydlení se začaly vyvíjet spolu s reformou psychiatrické péče. Dnes v zásadě můžeme mluvit o dvou různých formách podpory v bydlení, o bydlení chráněném a bydlení podporovaném.

4.1. CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

První chráněná bydlení začala vznikat v polovině 20. století ve Velké Británii, USA a dalších vyspělých zemích. Zpočátku bylo cílem vybudovat systém rezidenčních zařízení s různou mírou podpory a případně i dozoru. Předpokládalo se, že klient bude na cestě z léčebny, tedy z prostředí vysoce izolovaného a chráněného, postupně přecházet do bydlení méně chráněného, až k životu mimo systém psychiatrických služeb.

Vznikly různé formy pobytových služeb, jako jsou domy na půl cesty (někde se mluví také o domech na čtvrt a třičtvrtě cesty), skupinová chráněná bydlení, chráněné byty, internáty, pečovatelské domy či venkovská bydlení, která poskytovala i práci. Tato zařízení se liší délkou pobytu, mírou přítomnosti personálu, intenzitou léčebných a rehabilitačních aktivit a počtem klientů. V souvislosti s tímto systémem mluví Ridgway a Zipple (1990), o paradigmatu lineárního kontinua.

Lehman a Newman (1996) upozorňují, že oproti původnímu předpokladu, pacienti po propuštění z nemocnice do jednoho ze zmiňovaných zařízení, běžně zůstávají déle v jednom zařízení.

Postupem času se ukázalo, že paradigma lineárního kontinua má řadu nedostatků. Jedním z problémů, na které upozorňují Ridgway a Zipple (1990) je, že se klienti při postupu po jednotlivých zařízeních v rámci kontinua vždy připravují na další krok a zároveň se musí přizpůsobovat své současné životní situaci. Nároky současného prostředí a prostředí následující však mohou být velmi odlišné.

Dalším problémem těchto zařízení je, že vytvářejí umělé prostředí, ve kterém žije uměle vytvořená skupina, pro kterou je společná jen zkušenost s duševním onemocněním. Vlastně se tak vytváří nové, malé instituce, které opět zvyšují riziko stigmatizace a sociální izolace lidí trpících duševním onemocněním.

Současný trend se přiklání k podporovanému bydlení.

4.2 PODPOROVANÉ BYDLENÍ

Podle Ridgwaye a Zippla se nové paradigma podporovaného bydlení zakládá na předpokladu, že vážně duševně nemocní lidé mají právo mít domov v komunitě, a že stabilní domov je nutnou podmínkou pro efektivní léčbu a psychosociální rehabilitaci (Ridgway a Zipple, 1990, s. 273.)

Dnes je tedy již, spíše než na rozvoj rezidenčních služeb, kladen důraz na rozvoj běžných možností bydlení. Služby podpory v bydlení mají klientovi umožnit život v jeho přirozeném prostředí, v ideálním případě ve vlastním bytě. Takovéto služby většinou poskytují multidisciplinární týmy, které jsou schopny flexibilně reagovat na měnící se potřeby klientů. Důležitá je snaha, aby klienti těchto služeb mohli v co největší míře využívat zdroje komunity stejně jako kdokoliv jiný.

Lehman a Newman (1996) dodávají, že pojetí směřující k prosazování běžnějšího bydlení, podporující svobodnou volbu klienta je nezbytné. Pravdou ale podle nich zůstává, že škála ubytovacích možností, s různou mírou podpory záviselí na pacientových potřebách a preferencích, je jak nezbytná, tak žádoucí. Čili čím více možností se naskýtá, tím větší je příležitost k vhodné volbě.

5. SLUŽBY URČENÉ LIDEM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM A DALŠÍ MOŽNOSTI PODPORY V ČR

Na území ČR existuje celá řada služeb a zařízení poskytujících zdravotnické, sociální a jiné služby určené lidem trpícím duševním onemocněním. V této kapitole se pokusím tyto služby popsat. Nejvíce se při tom zaměřím na služby v oblasti bydlení.

I u nás začíná být kladen důraz na služby komunitního typu. Tyto služby se sice stále rozvíjejí, jsou však regiony, ve kterých je situace zatím žalostná. Nutno podotknout že mnohé z již existujících služeb se dnes potýkají s výraznými existenčními problémy. Nejvíce služeb určených lidem trpícím duševním onemocněním najdeme v Praze.

5.1. ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

Mezi zdravotnická zařízení, která se specializují na péči o lidi trpící duševním onemocněním, patří psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení nemocnic a denní stacionáře.

Specializované lékařské služby poskytují také ambulantní psychiatrii.

Domácí zdravotnickou péči mohou zajišťovat domácí ošetrovatelské služby - home care.

Do oblasti zdravotnictví z části patří i ordinace klinických psychologů.

Vzhledem k tomu, že lidé trpící duševním onemocněním jsou ve větší míře ohroženi i dalšími onemocněními, je třeba stejnou pozornost jako na odbornou psychiatrickou péči, zaměřit i na další lékařskou péči. Podle britské publikace zabývající se sociálním vyloučením lidí s duševním onemocněním (Mental Health and Social Exclusion, 2004), je u lidí s vážným duševním onemocněním větší pravděpodobnost, že se budou hůře stravovat, více kouřit a méně cvičit než běžná populace a je u nich i třikrát větší pravděpodobnost závislosti na alkoholu.

5.1.1 PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY A PSYCHIATRICKÁ ODDĚLENÍ NEMOCNIC

Psychiatrické léčebny jsou velká zdravotnická zařízení, která převážně slouží pro dlouhodobější léčbu pacientů. Částečně však také nahrazují funkci psychiatrických nemocnic určených pro akutní, krátkodobou léčbu pacientů.

Část pacientů v psychiatrických léčebnách jsou lidé, jejichž stav je natolik vážný, že by nebyli schopni se o sebe mimo léčebnu postarat a zároveň se pro ně nenabízí nebo není dostupná žádná jiná, vhodnější služba. Další část pacientů jsou lidé, kteří by sice za určitých podmínek byli schopni života v komunitě, ale z různých důvodů nemají kam jít - nemají vlastní možnosti bydlení či se v místě nenachází žádná vhodná služba.

V České republice je 17 psychiatrických léčeben s 9442 lůžky a 3 dětské psychiatrické léčebny se 320 lůžky (Zdravotnická ročenka ČR 2006).

Psychiatrická oddělení nemocnic jsou určena pro krátkodobý pobyt za účelem diagnostiky a odborné pomoci v akutních stavech onemocnění. Roku 2006 u nás bylo 31 psychiatrických oddělení s 1420 lůžky (Zdravotnická ročenka 2006).

5.1.2 DENNÍ STACIONÁŘE

Denní stacionář je převážně zdravotnická služba, která nabízí skupinové i individuální programy pro pacienty docházející z domova. Denní stacionáře poskytují specializované léčebně preventivní programy pro dlouhodobě duševně nemocné jak v akutních fázích nemoci, tak v následné péči. Činnost denních stacionářů se zaměřuje zejména na systematickou psychoterapeutickou péči a na psychofarmakologickou a psychosociální rehabilitaci. Denní stacionáře jsou často součástí jiného zdravotnického zařízení.

5.2 CENTRA DENNÍCH AKTIVIT

Centra denních aktivit poskytují celodenní strukturované i nestrukturované programy se zaměřením na podporu sociálního zázemí klientů a nácvik v oblasti každodenních praktických a pracovních dovedností.

V centrech denních aktivit (denních centrech) je klientům obvykle nabízen prostor pro neformální posezení u kávy, různé výtvarné aktivity (malování na sklo a textil, ubrousková technika, výroba svíček atp.), společenské hry, výuka na PC či výlety.

5.3 PROGRAMY PODPORY PRÁCE A ZAMĚŠTNÁVÁNÍ

Programy podpory práce a zaměstnávání jsou určeny lidem, jejichž znevýhodnění na trhu práce je takového charakteru, že potřebují podporu přímo na pracovišti. Smyslem programů podpory práce a zaměstnávání je obnova, zlepšení či udržení pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny. V návaznosti na to je dalším, nezanedbatelným, cílem těchto programů posílení sebedůvěry a zlepšení zdravotního stavu klientů.

Formy podpory práce a zaměstnávání se různí. Nejvyšší míra podpory je klientům poskytována v rehabilitačních a chráněných dílnách, které se obvykle zabývají různými výtvarnými nebo jinými rukodělnými činnostmi.

Další formou jsou programy přechodného a podporovaného zaměstnávání a sociální firmy. Tyto služby poskytují podporu přímo na pracovišti.

Podle Vitákové (2005) je podporované zaměstnávání časově omezená služba určená lidem, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti a dovednosti jsou při tom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální osobní podporu poskytovanou před nástupem do práce i po něm (Vitáková, 2005, s. 16).

Naopak u přechodného zaměstnávání nejde o udržení konkrétního

pracovního místa, ale o rozvoj dovedností a návyků potřebných k získání a udržení si (jiného) pracovního místa. Klient po určitou dobu (např. půl roku) pracuje na pracovním místě, které má organizace pro tyto účely zajištěné. Na pracovní místo posléze obvykle nastupuje další klient.

Konzultace v oblasti práce poskytují také různé poradny či Job kluby.

Podobně jako podpora v zaměstnání funguje také podpora ve studiu.

5.4 PORADENSKÉ SLUŽBY

Poradenské služby poskytují klientům informace a pomáhají zorientovat se v nabízených službách. Poskytují také rady v oblasti právní problematiky či sociálního zabezpečení.

V současnosti u nás existuje řada občanských poraden, poraden pro rodinu a manželské vztahy, a také poradny zaměřené na problematiku lidí s různým zdravotním postižením.

Informace o problematice duševního zdraví a nemoci poskytují mj. VIDA centra, kde pracují přímo uživatelé psychiatrických služeb a další specializované poradenské služby.

5.5 KRIZOVÉ SLUŽBY

Krizové služby jsou služby, které poskytují bezprostřední psychiatrickou a psychologickou pomoc v náhle vzniklých situacích, které člověk není schopen sám zvládat. Krizová intervence může být poskytována buď přímo v zařízení poskytujícím krizovou pomoc nebo např. v místě bydliště klienta.

Některé organizace mají tzv. mobilní výjezdové jednotky, které za klienty v případě potřeby dojíždí. Krizová centra někdy poskytují i možnost přespání či krátkodobého pobytu.

Kromě krizových center existují také telefonické krizové linky, které jsou

většinou součástí krizového centra nebo jiné instituce.

Pokud je to třeba, pracoviště poskytující krizovou intervenci pak klientovi zprostředkují následné služby nebo doporučí hospitalizaci.

Krizové služby často pomohou předejít nutnosti hospitalizace a mimo jiné tak snižují stigmatizaci, kterou s sebou hospitalizace nese, většinou však nejsou zaměřeny přímo na klienty s vážným duševním onemocněním, výjimkou je Centrum krizové intervence v psychiatrické léčebně Bohnice.

5.6 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Kromě chráněných bydlení, zaměřených převážně na rehabilitaci, mohou být lidé trpící duševním onemocněním klienty i jiných pobytových sociálních služeb určených osobám se zdravotním postižením. Těmito službami jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

5.7 DOBROVOLNICKÝ PROJEKT DOBRODUŠ

Dobroduš je u nás zatím ojedinělým projektem SOS centra Diakonie. Tento projekt se snaží minimalizovat sociální vyloučenost lidí s duševním onemocněním, rozšířit jejich sociální síť a naplnit volný čas. Tím chce zároveň předcházet relapsům onemocnění a omezovat nutnost hospitalizace.

V rámci tohoto projektu je vytvořen pár tvořený dobrovolníkem a člověkem s duševním onemocněním. Ti se schází jednou týdně, po dobu minimálně půl roku, obvykle při různých volnočasových aktivitách. Dobrovolník může nabídnout podporu při vyřizování úředních záležitostí, při cestování hromadnou dopravou atp.

5.8 SVÉPOMOC

Postupně se u nás rozvíjejí také různé svépomocné aktivity. Jsou zakládány jak uživatelské, tak příbuzenské skupiny. Některé z těchto skupin jsou zakládány či vedeny profesionály.

Význam svépomocných skupin je hlavně v tom, že členové těchto skupin se mohou navzájem podporovat, dodávat si naději a v neposlední řadě předávat si informace. Svépomocné skupiny také bývají základnou advokátských aktivit hájících práva a zájmy skupiny v širším měřítku, a mohou být také partnery poskytovatelů služeb na poli plánování či hodnocení a na poli zvyšování kvality služeb.

Svépomocné aktivity jsou velmi rozšířené hlavně na území Spojených států, kde mají silnou tradici.

5.9 CASE MANAGEMENT (PŘÍPADOVÉ VEDENÍ)

Case manager je pracovník, který klienta provází službami organizace nebo celkově službami dostupnými v komunitě a koordinuje služby, které jsou klientovi poskytovány. Má o klientovi všechny potřebné informace, utváří a udržuje si přehled o klientových potřebách a schopnostech a o tom, jaké služby využívá a jaké by aktuálně potřeboval. Běžné je, že některou ze služeb klientovi také sám poskytuje.

Case management se v mnohém podobá podporovanému bydlení, klade si podobné cíle a i metody práce s klienty bývají obdobné (viz níže).

Paleček (1999), odkazujíc při tom na Onyetta (Onyett, 1999) uvádí možné oblasti podpory typické pro case management, s tím, že tytéž cíle si může klást i podpora bydlení:

- Zajištění fyzického přístupu všude tam, kam mají přístup příslušníci běžné komunity.
- Podpora volby a rozhodování klienta o jeho vlastním životě - posílení porozumění jeho situaci.
- Rozvoj kompetence rozvojem v komunitě běžných dovedností.
- Zvýšení respektu - aby byl klient sám sebe schopen prezentovat společensky hodnotným způsobem (což není totéž jako potlačení „zvláštních“ projevů klienta).
- Posílení participace klienta v životě komunity – posilovat vztahy s rodinou, se sousedy, navazovat smysluplné vztahy s lidmi, kteří mají podobné zázemí.

5.10 CHRÁNĚNÉ A PODPOROVANÁ BYDLENÍ V ČR

V České republice žije většina lidí trpících dlouhodobým duševním onemocněním doma. Někteří z nich jsou klienty pobytových sociálních služeb (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení) a někteří žijí dlouhodobě v psychiatrických léčebnách, obvykle proto, že nemají kam jít (mluví se o tzv. „sociálním“ pobytu). Specifická je problematika lidí trpících duševním onemocněním, žijících mezi bezdomovci.

Minulý režim nebyl nakloněn snahám o deinstitucionalizaci psychiatrie, které v mnoha demokratických zemích započaly již v 60. letech minulého století. Proto se u nás započalo s těmito změnami až po roce 1989.

Tehdy se také otevřely možnosti pro vznik nestátních organizací zabývajících se rehabilitací duševně nemocných. Některé z nich poskytují služby v oblasti bydlení.

Forma podpory, kterou tyto organizace v oblasti bydlení nabízí, se různí. Některé organizace provozují skupinová chráněná bydlení či chráněné byty. Další možností je podporované bydlení, (naš zákon o sociálních službách volí pro tuto službu termín „podpora samostatného bydlení“).

Služby chráněného bydlení a podpora samostatného bydlení se řídí zákonem o sociálních službách (zák. č. 108/2006 Sb.).

Více k chráněnému a podporovanému bydlení též viz kapitola 4.

5.10.1 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ V ČR

V současnosti u nás existují dva typy chráněného bydlení - chráněné bydlení skupinové a individuální (chráněné byty).

V chráněných bytech bydlí obvykle jeden až dva klienti. Míra podpory, kterou tyto služby poskytují, se různí, schůzky s terapeutem mohou probíhat jednou za den či třeba jen jednou za týden či čtrnáct dní.

Naopak skupinová chráněná bydlení jsou zařízení určená pro pobyt většího počtu klientů. Počet klientů se zde obvykle pohybuje okolo deseti. Jsou to zařízení s vyšší mírou podpory. Personál je zde většinou přítomen každodenně (někde i o víkendu).

Hlavním cílem služeb chráněného bydlení je pomoci klientům nabytí či obnovit schopnosti a dovednosti nutné pro život v komunitě, a to hlavně v oblasti péče o domácnost, sebeděče, navazování a udržování sociálních kontaktů a ve všech dalších oblastech běžného života. Pracovníci chráněného bydlení často poskytují klientům podporu v oblastech jako je zvládání medikace, plánování času (dodržování denního režimu), hospodaření s financemi, udržování pořádku a vaření. Důležitá je také psychická podpora.

Délka poskytování služby se u jednotlivých poskytovatelů různí. Obvyklá je doba jednoho až dvou let, s tím, že většinou existuje možnost smlouvu o několik měsíců prodloužit.

Klienti na chráněné bydlení přicházejí často z psychiatrické léčebny. Po ukončení pobytu na chráněném bydlení v ideálním případě odchází do vlastního bytu, resp. zpět k rodině. Bytová situace klientů chráněného bydlení však bývá mnohdy složitá, klienti často nemají možnost vlastního bydlení. Tato situace se většinou řeší žádostí o obecní byt. Někdy je nutné hledat pro klienta jinou vhodnou službu - v jiné organizaci, v méně či více chráněném prostředí.

Jednotlivé organizace mají stanovena kritéria indikací a kontraindikací přijetí klienta. Kontraindikací může být například závislost na alkoholu či jiných drogách. Kritéria pro vstup mohou zahrnovat určitou diagnózu, věk (bývá stanovena dolní hranice 18 let), bydliště v regionu, doporučení od lékaře.

5.10.2. PODPORA SAMOSTATNÉHO BYDLENÍ V ČR

Podpora samostatného bydlení je služba poskytovaná v klientově přirozeném prostředí, obvykle přímo ve vlastním bytě klienta. Terapeuti se s klienty schází podle potřeby i jinde.

Míra a intenzita podpory se řídí potřebami klienta, může být i každodenní.

Stejně jako služba chráněného bydlení, je i podpora samostatného bydlení službou zaměřenou převážně na podporu a rozvoj klienta v oblastech běžného denního života. Nedílnou součástí obou těchto služeb je také psychická podpora a podpora při zvládnání krizových situací.

5.10.3 OBLASTI PODPORY A ZÁKLADNÍ METODY PRÁCE

Způsob práce s klienty podporovaného i chráněného bydlení se v mnohém podobá. Pro obě služby obvyklou metodou práce je metoda individuálního plánování. I oblasti, ve kterých klienti a pracovníci služby spolupracují, se často shodují. Zásadní rozdíl je v místě poskytování služby, tj. vlastní byt nebo chráněné bydlení. S obdobnými oblastmi spolupráce a metodami práce se setkáváme i v rámci již zmiňovaného case managementu.

Jako oblasti podpory typické pro služby v oblasti bydlení uvádí Paleček (1999) následující:

- Mapování a stanovování cílů.
- Zvládání domácnosti.
- Hospodaření s penězi.
- Sebeobsluha.
- Komunikace (s rodinou, s okolím, s úřady).
- Sociální kontakty.
- Využití běžných i specializovaných služeb (zdrojů) komunity.
- Organizace času.
- Zvládání medikace.
- Příprava na možnou krizi, hodnocení rizik.
- Hodnocení rehabilitačního procesu.

Významným nástrojem rehabilitace je individuální (někdy také rehabilitační) plán. Individuální plán pomáhá uspořádat a zpřehlednit cíle, které si pro sebe klient zvolil.

Individuální plán je důležitý jak pro klienta, tak pro pracovníka. Určuje směr, který mají při své spolupráci sledovat. Je také dokladem práce, kterou oba odvedli. Jednotlivé kroky, které v něm byly učiněny, lze zpětně hodnotit. Plán tak mimo jiné funguje jako podklad pro zpětnou vazbu.

Paleček (1999) však upozorňuje na některé nevýhody práce s rehabilitačním plánem. Jde o metodu relativně časově náročnou a tvorba plánu a úkoly a cíle s tím spojené mohou pro klienta představovat přílišnou psychickou zátěž. Dalším rizikem je, že je plán vytvořen jen formálně a ve skutečnosti klientovi jako pomůcka neslouží.

Pro tvorbu a práci s individuálním plánem je důležité, aby se klient s pracovníkem nejprve poznali, aby mezi nimi panovala důvěra. Je třeba, aby se pracovník i klient nejprve v situaci alespoň částečně zorientovali, měli představu o klientových přáních a potřebách, o jeho životní situaci, míře podpory, kterou potřebuje, a možnostech podpory v jeho vlastním okolí, či o tom, co již sám udělal pro to, aby vyřešil své problémy.

Na základě těchto informací a reálných možnostech organizace poskytující služby a možnostech samotného pracovníka i klienta jsou formulovány cíle a naplánovány jednotlivé kroky, které bude třeba k naplnění těchto cílů udělat (tedy co, kdo, kde a kdy udělá). Individuální plán se průběžně hodnotí a podle potřeby mění a doplňuje.

Někdy se vytváří také tzv. krizový plán, který může pomoci předcházet, ale i zvládat případnou krizi. Při tvorbě plánu pracovník s klientem probírá, co krizi způsobuje, jak je možné jí předcházet, jak se krize projevuje a co mohou oba udělat, když krize nastane. Pracovník s klientem mohou např. uzavřít dohodu o tom, co má pracovník v konkrétním případě (např. pokud hrozí zvýšené riziko sebevražedného jednání) dělat.

Krizový plán je třeba po každé krizi reflektovat a v případě potřeby aktualizovat. Krizový plán je jedním ze způsobů, jak pomoci klientovi zvyšovat jeho kompetence.

5.10.4 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ BONA

Bona je nestátní nezisková organizace poskytující služby zaměřené na rehabilitaci lidí trpících duševním onemocněním. Poskytuje služby v oblasti bydlení (podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení) a službu sociální rehabilitace (chráněné dílny).

Bona v současnosti provozuje 4 skupinová chráněná bydlení (s počtem klientů 10 až 15). Celkový maximální počet klientů je 53.

Tři z těchto chráněných bydlení se nachází v rodinných domech (dva v Bohnicích, v těsném sousedství PL Bohnice), jedno ve Strašnicích a jedno chráněné bydlení se nachází ve velkém podkrovním bytě v Bohnicích. V posledním jmenovaném bydlení jsem rok pracovala jako asistenční služba a vycházím tedy ze zkušeností, které jsem zde v průběhu této doby nasbírala. Později jsem v Boně pracovala jako terapeut pro podporu samostatného bydlení. V té době jsem měla možnost seznámit se i s chodem ostatních chráněných bydlení Bona, obvykle jako záskok za kolegy.

Podpora poskytovaná klientům chráněných bydlení Bona je každodenní. V pracovní dny (od 7:30 do 16 hod) je v chráněném bydlení přítomen terapeut. Večer a o víkendech jsou zde recepční služby. V době, kdy jsem v chráněném bydlení pracovala, byla podpora poskytovaná klientům celodenní (24 hod/den).

Roli asistenčních služeb dnes z části převzaly recepční služby, které se však, narozdíl od dřívějších asistentů, aktivně nepodílí na rehabilitačním procesu. Jejich role spočívá hlavně v zajištění chodu bydlení v době, kdy zde není přítomen terapeut.

Terapeut chráněného bydlení má na starosti jak přímou práci s klienty, tak provoz chráněného bydlení.

6. SOCIÁLNÍ VZTAHY LIDÍ TRPÍCÍCH DUŠEVNÍM ONEMOCNÉNÍM

Duševní onemocnění s sebou nese řadu obtíží a omezení nejen zdravotních, ale i sociálních. Leff (2006) mezi sociální důsledky závažného duševního onemocnění řadí ztrátu zaměstnání, ztrátu podpory ze strany rodiny, ztrátu přátel, ztrátu sebeúcty a ztrátu svobody.

Vztahy s lidmi jsou pro každého z nás velmi důležité. Podle Carlinga (1995b) vztahy umožňují se vyprávět, vyjadřovat emoce, testovat realitu, získat pocit sociálního uznání a přijetí, pocit, že k někomu patříme (jsme někomu partnerem, s někým se dělíme a někomu dáváme), jsou prostorem k sociálnímu učení. Dávají nám také stabilitu (ve smyslu sdílení společné historie), motivaci, pomáhají nám řešit problémy, lépe poznat sám sebe, milovat a být milován.

6.1 SOCIÁLNÍ IZOLACE A STIGMATIZACE

Lidé trpící duševním onemocněním se často dostávají do sociální izolace. Osamělost je nejen bolestná, ale má také vliv na schopnost vypořádat se s důsledky onemocnění. Podpora blízkých - přátel a hlavně rodiny - je jedním ze základních faktorů, které ovlivňují úzdravu duševně nemocného. Význam zde má spíše hloubka vazeb než šíře sociální sítě.

Udržování blízkých vztahů však pro lidi trpící duševním onemocněním bývá mnohdy značně ztížené. Často se musí potýkat se stigmatem a předsudky spojenými s duševním onemocněním, které zasahují nejen samotného nemocného, ale i lidi v jeho blízkém okolí.

Podle Weeghela (2002) mají lidé se závažným duševním onemocněním větší šanci na úspěšnou sociální rehabilitaci, pokud existuje zřetelná podpora ze strany společnosti jako takové. Zároveň je však veřejnost v mnoha zemích vůči lidem se závažným duševním onemocněním velmi obezřelá až

důsledkem zpráv v médiích, i když to bývají zprávy o ojedinělých případech, které mohou být přehnané či dokonce nepravdivé.

6.1.1 STIGMATIZACE

Předsudky vůči lidem trpícím duševním onemocněním jsou v nás hluboce zakořeněny. Duševní onemocnění je pro většinu lidí něco neuchopitelného a nepředstavitelného. Co neznáme nebo nechápeme, z toho míváme strach. U duševních onemocnění to možná platí dvojnásob, protože chování lidí s takovým onemocněním někdy skutečně může být zvláštní, nepředvídatelné či nepochopitelné.

Stigma spojené s diagnózou duševního onemocnění a s využíváním psychiatrických služeb znamená velkou zátěž. Podle Leffa (2006) ovlivňuje stigma všechny aspekty života lidí trpících závažným duševním onemocněním. Přátelé a sousedé si od nich udržují odstup, příbuzní, kteří žijí mimo domácnost, se mohou vyhýbat návštěvám, zdraví sourozenci se zdržují co nejvíce mimo domov. Mohou být také různě obtěžováni mládeží ze sousedství, majitelé domu se je snaží vypudit. I při ucházení se o zaměstnání se často setkávají s problémy, jsou-li ohledně svého onemocnění otevření.

Výzkumy ukazují, že i mnoho profesionálů pracujících v oblasti psychiatrických služeb má k lidem trpícím duševním onemocněním stigmatizující postoj.

6.2 NAVAZOVÁNÍ A UDRŽOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ

Schopnost komunikovat s lidmi a udržovat blízké vztahy může být značně ovlivněna symptomy onemocnění, jako jsou např. paranoia, bludy, halucinace, změny nálady či omezené kognitivní a komunikační schopnosti.

Nemalým problémem může být také finanční omezení - příjmy lidí trpících závažným duševním onemocněním (často sociální dávky či důchod), mnohdy neumožňují účast na běžných společenských aktivitách, jako jsou zájmové kroužky, výlety či jiné volnočasové aktivity.

Právě ztráta zaměstnání bývá u lidí trpících duševním onemocněním častým problémem. A to jak s ohledem na ekonomické aspekty nezaměstnanosti, tak i vzhledem k tomu, že role na pracovním poli je pro většinu z nás velmi důležitá a má značný vliv nejen na vnímání sebe sama, ale také na postoj okolí. Leff (2006) k tomu poznamenává, že při většině společenských setkání za otázkou na jméno následuje otázka „Co děláte?“

Když však člověk onemocní, často se jeho hlavní sociální rolí stává role pacienta.

6.2.1 PROBLEMATIKA ZAMĚSTNANOSTI

McGurk a Mueser (2003) odkazující na další autory, k problematice nezaměstnanosti uvádí, že u lidí se schizofrenií a dalšími závažnými duševními onemocněními je nezaměstnanost častá, se stupněm zaměstnanosti na běžném trhu práce obvykle pod 20 % (Jablensky et al., 1999, Mueser et al., 2001, Mulkem a Manderscheid, 1989). Nízký stupeň dosaženého vzdělání u závažných duševních onemocnění (Kessler et al, 1995) spojený s vysokou nezaměstnaností přispívá k sociálnímu a ekonomickému úpadku (Dohrenwerd et al, 1992, Fox, 1990). Důsledkem je, že mnoho klientů se závažným duševním onemocněním žije v chudobě a potýkají se s nízkou kvalitou života (Huxley, 1998) a jen málo z nich se navrátí ke stupni fungování před

propuknutím onemocnění (Maneros et al., 1992).

Podle britského výzkumu provedeného Meltzerem a kol. (1995) pracují jen čtyři z deseti dospělých s psychotickou poruchou, v porovnání se šesti z deseti s neurotickou poruchou a sedmi z deseti bez duševní poruchy. Jeden z pěti lidí s psychotickou poruchou, kteří nepracovali, popsali sami sebe jako permanentně neschopné pracovat (v porovnání s jedním z padesáti z populace bez psychické poruchy) a jeden z deseti byl v důchodu, pravděpodobně ze zdravotních důvodů.

Nezaměstnanost a stres spojený se ztrátou práce zvyšují riziko relapsu onemocnění. Nezanedbatelným, s nezaměstnaností spojeným problémem, je také zadluženost lidí trpících duševním onemocněním.

Weeghel (2002) upozorňuje také na to, že dlouhá a častá období nemoci a hospitalizace počínající v mladé dospělosti, snižují možnosti rozvoje různorodého sociálního života. Duševně nemocní lidé jsou často odříznuti od běžných kontaktů, kvůli přerušení školního vzdělání nebo proto, že jsou dlouhodobě nezaměstnaní.

Neúplné vzdělání zároveň snižuje možnost pracovního uplatnění člověka.

Právě mezi spolupracovníky, spolužáky, lidmi s podobnými zájmy či lidmi z okolí, člověk nachází přátele. Lidé trpící duševním onemocněním mívají jen velmi malou sociální síť a není výjimkou, že se přátelí jen s lidmi, kteří jsou také nemocní.

K rozšiřování možností zaměstnání lidí s duševním onemocněním přispívají služby podpory práce a zaměstnávání a služby podpory ve studiu (viz kapitola 5.3).

6.3 VÝZNAM PŘIROZENÝCH VAZEB

Carling (1995) zdůrazňuje, že je důležité, aby se jak přirozená podpora, tak podpora ze strany profesionálů, co nejvíce zaměřovala na rozšíření možností setkávat se s potenciálními přáteli. Nejjednodušší strategií, která se k tomu nabízí je, aby rehabilitace a podpora probíhala v „reálném“ prostředí, v běžném zaměstnání, v běžném bydlení či běžném školním prostředí tak, aby rozdíl mezi lidmi s nálepkou duševního onemocnění a bez ní byly co nejmenší.

Služby, které jsou takto zaměřeny se soustředí na podporu přirozených vazeb člověka a v případě krize se snaží nejen podpořit člověka samotného, ale také posílit a napravit jeho přirozenou podpůrnou síť.

Carling (1995) upozorňuje na význam, jaký má pro nemocného člověka podpora rodiny a na to, že je důležité lidem, jejichž vazby s rodinou byly narušeny, nabídnout pomoc při tvorbě zdravých rodinných vazeb. Zároveň zdůrazňuje, že je důležité rozvíjet i další sociální vazby, které člověku umožní se uvolnit či řešit různé problémy. To pak usnadňuje i cestu ke zlepšení vazeb v rodině.

Potřeby a problémy lidí trpících duševním onemocněním týkající se rodiny jsou individuální. Liší se například podle toho, v jaké fázi života se člověk nachází a jakou roli v rodině hraje. Jiné budou potřeby dospívajícího člověka, který se nachází ve fázi osamostatňování se od rodiny a jiné budou potřeby dospělého člověka, pro kterého bývají nejpodstatnější vazby s dětmi či partnerem. Stejně tak i dopad na členy rodiny člověka, který trpí duševním onemocněním, se různí podle toho, zda se jedná například o rodiče dospívajícího či naopak o děti rodiče s onemocněním.

Výzkum Meltzera a kol. (1995), zaměřený na různé aspekty ekonomické aktivity a sociálního fungování dospělých s psychickou poruchou, ukázal, že u 61 % lidí s psychózou se primární podpůrná skupina sestávala z méně než devíti lidí, v porovnání s 53 % u lidí s neurotickou poruchou a 36 % lidí bez psychiatrické poruchy. Podle stejného výzkumu 54 % lidí s psychózou pocítovalo průměrný či závažný nedostatek sociální opory, v porovnání se 45 % lidí s neurózou a 36 % lidí bez psychiatrické poruchy.

6.4 PŘÁTELE

Přátelé mohou poskytovat emocionální podporu a i jinak být člověku nápomocni. Porozumět duševnímu onemocnění a pochopit, čím člověk v souvislosti s onemocněním prochází, však není jednoduché. Leff (2006) uvádí, že většina přátel v takové situaci začne udržovat odstup, a že udržování vztahů je stále komplikovanější, pokud je člověk opakovaně hospitalizován, mj. i kvůli podmínkám na oddělení (uzavřený vstup, znepokojující přítomnost akutně nemocných pacientů).

Situace bývá obtížná i po propuštění z nemocnice. Leff (2006) k tomu uvádí, že setkání přátel mohou být pociťována jako ne příliš příjemná, např. z důvodu oploštělých emocí, které se objevují u mnoha lidí trpících psychózou nebo proto, že běžná témata hovoru jsou zastíněna událostmi spojenými s onemocněním.

6.5 RODINA

Duševní onemocnění zasahuje nejen nemocného, ale ve velké míře také jeho rodinu. Je tedy důležité si uvědomit jak potřeby nemocného, tak potřeby jeho blízkých, mj. proto, že právě na nich často spočívá nemalá zátěž spojená s péčí o něj.

Pro rodinu bývá těžké se s onemocněním vyrovnat. Mluví se o tom, že rodiny reagují na duševní onemocnění svého člena podobně jako na jiné závažné životní ztráty. Procházejí stádii šoku, popření, deprese, vzteku, akceptace, zvládnání a smíření. Tato stádia popsala Kübler-Ross (1997) v souvislosti s umíráním. Stádia se mohou různě prolínat a opakovat a jednotliví členové rodiny se mohou nacházet v různých stádiích.

Časté, a pro rodinu i nemocného velmi stresující, jsou obavy z rizika relapsu onemocnění a s tím spojená nejistá budoucnost.

Podle Spaniola a kol. (1992) rodiny z počátku pociťují vinu, stud a sebeobviňování. V té době se také s nadějí obrací na profesionály, věří, že od nich dostanou odpovědi. Ve chvíli, kdy začne být zřejmé, že onemocnění je dlouhodobé, nastupuje na místo víry v lékaře a medicínu, pesimismus a zoufalství. Když rodiny začnou přijímat daná omezení, mohou se soustředit na zvládnání symptomů onemocnění a na zlepšování fungování nemocného člena rodiny. Spaniol a kol. také upozorňují na důležitost podpory a pochopení toho, čím rodiny procházejí, ze strany profesionálů.

6.5.1 ROLE V RODINĚ

Podle Vágnerové (2004) závisí reakce rodiny na onemocnění mimo jiné na roli, jakou nemocný zastával v době před vypuknutím choroby. V souvislosti s onemocněním se jeho dosavadní role mění. Tato změna může být různého rozsahu, podle toho, jaké měl dříve postavení.

Role adolescenta, který žije ve své původní rodině, se příliš nezmění, protože rodiče jsou v pozici k němu stále do určité míry v pozici pečujících a ochraňujících. Nemocí se tento postoj často oživí, i když v podobě, která standardní už není.

Role dospělého člověka, manželského partnera a rodiče, jsou (podle Vágnerové) už jednoznačně spojeny s většími nároky, s odpovědností a mnoha povinnostmi. Duševní onemocnění změní pozici takového jedince mnohem více. Schizofrenie negativně ovlivní jeho schopnost plnit své role, nelze od něj vyžadovat větší odpovědnost a očekávat plnění příslušných povinností. V důsledku toho se zásadním způsobem naruší rodinné vztahy. Větší problém vzniká tehdy, jde-li o rodiče nebo blízkého příbuzného v rodině, kde žijí děti. Ty mohou reagovat velice nepříznivě, protože vzhledem ke své emoční i rozumové nezralosti nemohou zaujmout k projevům nemocného schizofrenií potřebný odstup. V tomto případě může přítomnost duševně nemocného člověka působit jako silný stresový faktor, jako zdroj strachu, přinejmenším může dost zásadně změnit jejich život (Vágnerová, 2004, s. 360).

Vágnerová (2004) také mluví o tom, že krize spjatá s onemocněním člena rodiny naruší rovnováhu celého rodinného systému a může otevřít skryté rodinné problémy. Členové rodiny nevědí, jak se k nemocnému chovat. Vytváří si od něj odstup. Je pro ně těžké vyrovnat se s projevy onemocnění, které mohou být neobvyklé, nesrozumitelné, mohou vzbuzovat strach a obavy (jak z nemocného tak o něj). Jindy se naopak nemocný dostává do centra pozornosti a rodina, resp. některý ze členů (obvykle matka) si k němu vytváří hyperprotektivní postoj.

6.5.2 POTŘEBY RODINY

Vzhledem k zátěži, kterou onemocnění člena rodiny na rodinu obvykle klade, je třeba myslet jak na potřeby nemocného, tak jeho rodiny. Carling (1995) mezi potřeby příbuzných lidí trpících duševním onemocněním řadí potřebu informací o postižení, potřebu mít možnost podělit se o vlastní zkušenost a získat a dávat podporu dalším rodinám, potřebu mít možnost ocenit a pěstovat způsoby, jakými člověk s postižením pozitivně přispívá do rodiny, potřebu podpory při osamostatňování nemocného a při jeho odchodu do vlastního domova a potřebu podpory v opakujících se krizích.

Wynne (1994) k tomu říká, že ve chvíli, kdy člověk onemocní, se pozornost rodiny i zdravotníků soustřeďuje na pacienta, potřeby rodiny mají druhotný význam. Je však třeba mít na zřeteli, že pokud se onemocnění stane chronickým, navrací se, nebo má špatnou prognózu, má to na rodinu obvykle hluboký vliv a je zde třeba zvláštní péče, propojené, ale odlišné od péče směřované na pacienta.

6.5.3 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ V SOUVISLOSTI S RODINOU

Původ většiny duševních onemocnění není zcela jasný. Dnes se v souvislosti s původem duševních onemocnění mluví o kombinaci bio, psycho, sociálních vlivů. To znamená, že se do úvahy berou jak genetické předpoklady, tak vlivy prostředí a okolnosti týkajících se osobnosti člověka. Jedním z významných vlivů prostředí je i vliv rodiny. Představy odborníků o vlivu rodiny na rozvoj duševního onemocnění se v průběhu doby měnily.

V 50. letech 20. století formuloval Bateson teorii dvojné vazby. Na základě této teorie byl vytvořen přístup k rodinné terapii, který však vycházel z představy, že rodiny nějakým způsobem podminily rozvoj duševního onemocnění svého člena, a že onemocnění samotné je spíše zosobněním problému v rodině než odrazem biologické reality (McFarlane, 1997). Základem

tohoto přístupu byla snaha změnit chování rodiny směrem k nemocnému, a zároveň umožnit nemocnému vystoupit z disfunkční role. Podle McFarlana však tento přístup nebyl příliš úspěšný.

Představám, že duševní onemocnění má původ v rodině, odpovídá také koncept schizofrenogenní matky. Tato matka je charakterizována jako necitlivá, panovačná a nestabilní. Otec je v této rodině popisován jako nevýrazný, slabý, pasivní. Až se zpožděním desítek let se začalo uvažovat o tom, že odchylky rodičovských rolí od normálu mohou mít podobnost s odchylkami, které vyvolává jakákoliv nemoc dítěte: matka se více angažuje a otec se dostává do pozadí. Také zvláštnosti viděné výzkumníky v těchto rodinách se jen zvolna začaly interpretovat opravdu systémově - totiž jako interakce mezi rodinou a nositelem psychické poruchy (Matoušek 2003, s. 120).

I když již bylo od pojetí zdůrazňujících jako původce duševního onemocnění rodinu upuštěno, někteří autoři (mj. Matoušek, 2003) upozorňují, že pozůstatky tohoto přístupu mezi profesionály stále zůstávají.

V souvislosti s rodinou se dnes mluví spíše o tom, jakým způsobem může rodina ovlivnit vývoj onemocnění svého člena poté, co se onemocnění již projevilo.

Velká pozornost byla v tomto směru věnována konceptu zvanému expressed emotion (EE). Různé formy přístupů k rodině, obzvláště přístup zvaný rodinná psychoedukace a behaviorální rodinná terapie, se tímto konceptem inspirovaly.

6.5.4 EXPRESSED EMOTION

Různé studie zaměřené na stresující a protektivní faktory ovlivňující duševní onemocnění ukázaly, že vysoká míra vyjadřovaných emocí (EE), je stresor, podle kterého lze předvídat relaps onemocnění.

Pojem EE je, podle Leffa (1996), poněkud zavádějící. Neznamená, že nebezpečné jsou pro nemocného všechny emoce. Významné jsou tři oblasti vyjadřovaných emocí: kritické poznámky (critical comments), nepřátelskost (hostility) a nadměrná zaangažovanost (overinvolvement). Kritické poznámky jsou kriticky znějící připomínky, které příbuzný vyjadřuje směrem k nemocnému členu rodiny, nepřátelskost je odmítavá kritika zaměřená na člověka spíše než na jeho chování, nadměrná zaangažovanost znamená příliš intenzivní citové interakce s nemocným a/nebo přehnanou snahu ochraňovat.

Míra EE je zjišťována při rozhovoru s příbuznými (Camberwell Family Interview). Leff (1996) uvádí, že u pacientů, kteří žijí s příbuznými, je vyšší riziko relapsu, pokud příbuzní v rozhovoru vykazují velkou míru kritiky, jakýkoliv stupeň nepřátelských emocí nebo když jsou příliš zaangažovaní. Naopak, pokud je příbuzný vřelý a nevyjadřuje negativní emoce, dosahují pacienti lepších výsledků.

6.5.5 PSYCHOEDUKACE

McFarlane (1997) k psychoedukaci uvádí, že je to přístup, který uznává, že schizofrenie je porucha obvykle jen částečně léčitelná díky medikaci a že rodiny mohou mít významný vliv na úzdravu svého příbuzného.

Psychoedukativní přístup se tedy nesnaží měnit chybné komunikační vzorce, jako dřívější rodinná terapie (viz výše), ale zaměřuje se na vzdělávání rodin a poskytování informací o onemocnění. Snahou je také přesvědčit rodinu, že způsob, jak se k nemocnému chovají, může ulehčit nebo znesnadnit jeho úzdravu. Jako příklad, kdy rodina může bránit úzdravě, McFarlane uvádí přirozený entuziasmus, s jakým se rodina snaží podporovat pokrok nemocného, tím však může vytvořit přehnané požadavky a očekávání

Vedle rodinné psychoedukace existuje také psychoedukace určená přímo lidem s onemocněním. Tento přístup je zaměřen na zvyšování znalostí lidí s duševním onemocněním o příznacích onemocnění a o významu medikace v léčbě onemocnění.

7. SOCIÁLNÍ VZTAHY KLIENTŮ CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ BONA

Jak již bylo řečeno výše, dobře fungující sociální síť je jedním ze základních faktorů ovlivňujících úzdravu lidí trpících duševním onemocněním. Podpora blízkých lidí, jejich reakce na onemocnění a způsob, jakým se s onemocněním vypořádají, může vývoj onemocnění ovlivnit jak v pozitivním, tak v negativním smyslu.

Dlouhodobé nebo časté hospitalizace, projevy onemocnění jako jsou úzkosti, změny nálad, paranoia, bludy či halucinace, změny osobnosti, omezení kognitivních schopností atd., to vše jsou okolnosti typické pro závažná duševní onemocnění, které mohou znesnadňovat komunikaci, rozvíjení stávajících vztahů i navazování vztahů nových, a to jak pro nemocného, tak pro okolí.

Právě proto jsou sociální vztahy jednou z důležitých oblastí, na které se zaměřují sociální služby v oblasti duševního zdraví a nemoci. I v Boně patří oblast vztahů mezi základní oblasti, které jsou mapovány již při vstupu klienta do služby a dále při pravidelném hodnocení průběhu služby. Vedle oblasti vztahů je mapována také oblast bydlení, oblast práce, oblast zdraví, oblast financí a oblast volného času. Problematika vztahů je velmi široká a určitým způsobem se prolíná i s ostatními aspekty života, proto se i spolupráce s klienty tohoto tématu často dotýká.

Během své práce v Boně jsem měla možnost více či méně se seznámit s mnoha osobními příběhy klientů. Právě oblast vztahů bývá pro klienty velmi citlivým tématem. Myslím, že si mohu dovolit konstatovat, že zprětrhané či více méně nefunkční vazby s rodinou a starými přáteli nebyly u klientů Bony výjimkou. Často však, ani přes nabízenou podporu, neměli zájem pokusit se vztahy s blízkými lidmi konsolidovat. Myslím si, že hlavním důvodem byl strach z odmítnutí. Pokud se o udržování kontaktů se členy rodiny snažili, často naráželi na jejich odmítavý postoj. Jejich obavy se tedy jeví jako oprávněné. A tak, i když možnost spolupráce s rodinou v rámci služby chráněného bydlení

existuje, bývá podpora v tomto směru využívána málokdy.

Jen velmi málo klientů mělo kolem sebe blízké přátele, resp. přátele z doby před vypuknutím onemocnění. Pokud se s někým přátelili, většinou to byli lidé, se kterými se setkali v léčebně či během pobytu v Boně.

Většina „zdravých lidí“, se kterými se naši klienti setkávali a navazovali s nimi bližší vztahy, byli pracovníci chráněného bydlení (asistenti a terapeut) či terapeuti z chráněných dílen nebo jiní pracovníci pomáhajících profesí (lékaři, sociální pracovníci atp.).

To potvrzuje i Carling (1995), který mluví o zkušenosti Lutfiyyi (1988) ze semináře pro pracovníky rezidenčního programu, kteří mluvili o tom, že žádný z jejich klientů neměl „nejlepšího přítele“ a jen velmi málo z nich mohlo říci, že má jednoho nebo dva „blízké přátele“ a že všichni měli omezené množství známých. Většina těchto známých pak byli pracovníci nebo ostatní obyvatelé rezidenčního zařízení či další profesionálové.

7.1 VZTAHY MEZI OBYVATELI CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ

Skupina obyvatel chráněného bydlení je vždy uměle vytvořená, její členové mají obvykle společnou jen diagnózu duševního onemocnění.

Podle Ridgwaye a Zippla (1990) paradigma lineárního kontinua (viz kapitola 4.1) předpokládalo, že se v prostředí chráněných bydlení utvoří terapeutické prostředí či milieu, ve kterém bude dynamika mezilidských vztahů působit jako hlavní prostředek vedoucí ke změně. Autoři však upozorňují, že seskupování homogenních skupin (homogenous clustering) tyto výhody nemá.

Ridgwaye a Zippla (1990) v souvislosti se seskupováním lidí trpících duševním onemocněním v pobytových zařízeních připomínají, že právě takové prostředí může podporovat sociální izolaci, i v případě, že se nachází přímo v komunitě.

Výše zmiňované okolnosti jsou typické i pro chráněná bydlení Bona. Chráněné bydlení, ve kterém jsem pracovala, se nachází v bytovém domě

v Bohnicích, je tedy relativně dobře dostupné městskou hromadnou dopravou. Návštěvy přátel a příbuzných obyvatel bydlení zde však jsou skutečnou výjimkou. Usuzuji, že jednak je důvodem to, že lidé, kteří na chráněném bydlení žijí, nemají mnoho přátel a ani vztahy s příbuznými nejsou ideální, jednak v prostředí chráněného bydlení není dostatek soukromí pro přijímání návštěv.

Nejen, že chráněné bydlení tvoří jistou bariéru pro lidi „zvenčí“, ale někdy se zdá, že tvoří i bariéru směrem ven. Pokud obyvatel chráněného bydlení nepracuje nebo nemá v daný den službu na nákup či např. termín u lékaře, většinou nemá důvod jít ven, mezi lidi. O omezeních, která se na izolovanosti lidí s duševním onemocněním podílí, jsem mluvila výše (finance, projevy onemocnění ad.).

Část klientů chráněného bydlení Bona pracuje - obvykle v chráněné dílně, nejčastěji v chráněné dílně Bona. Význam práce v rámci rehabilitace je nepopiratelný. Pokud však většina pracujících klientů chráněného bydlení Bona také chodí do práce do chráněné dílny Bona, setkávají se zde stále stejní lidé, čímž se dále omezuje rozvoj sociální sítě. Dvě ze čtyř chráněných dílen dokonce sídlí na Kocourkově, v místě, kde jsou i dvě chráněná bydlení Bona. Jedna z těchto dílen (sklářská) je ve sklepním prostoru chráněného bydlení. Pokud by tedy klient zmíněného chráněného bydlení pracoval ve sklářské dílně, mohl by se teoreticky do práce vydat „v bačkorách“. Taková situace, dle mého názoru, není ani zdaleka ideální. Hrozí zde velká závislost klienta na jednom poskytovateli služeb.

Jak již bylo řečeno, obyvatelé chráněného bydlení tvoří uměle vytvořenou skupinu, jejíž členové mívají většinou velmi málo společného. Sdílí sice společný prostor (často i společný pokoj), ale nemusí být nutně přáteli. Někdy si, možná překvapivě, mezi sebou i vykají, což je jinak pro spolubydlící neobvyklé.

Přátelství, a někdy i partnerské vztahy, mezi klienty chráněných bydlení samozřejmě vznikají. Význam přátelských vazeb popisuji v kapitole 6.

V souvislosti s intimními partnerskými vztahy obyvatelé chráněných bydlení Bona často naráží na nedostatek soukromí. Klienti většinou sdílí pokoj

s jedním až dvěma spolubydlícími a někdy ani k pokojům nemají vlastní klíč.

Mezi jednotlivými klienty Bony jsou velké rozdíly, ať už ve věku, vzdělání či v zázemí, ze kterého pochází. Mají také rozdílné potřeby a zvyklosti, ale i různá omezení spojená s onemocněním.

Jednotliví klienti také mají pro pobyt na chráněném bydlení různé motivace – pro některé je skupinové chráněné bydlení jen jakousi přestupní stanicí např. do chráněného bytu (viz. paradigma lineárního kontinua).

V chráněných bydleních Bona však někteří klienti žijí i velmi dlouho (dříve byly s klienty uzavírány smlouvy prakticky bez časového omezení, dnes jsou již smlouvy uzavírány na omezenou dobu, ale obvykle je možnost smlouvu prodloužit) a nemají dostatečnou motivaci či ambice z chráněného bydlení odejít.

Nutno však říci, že někteří z dlouhodobých klientů chráněného bydlení Bona jsou lidé, jejichž onemocnění je velmi vážné a bez intenzivní podpory, kterou jim chráněné bydlení nabízí, by se pravděpodobně nevyhnuli dlouhodobé hospitalizaci či pobytu v jiném ústavním zařízení. V porovnání s pobytem v léčebně nebo jiném ústavu, je chráněné bydlení, i přes všechny své nedostatky, prostředím mnohem otevřenějším a běžnému domovu podobnějším. Mnohdy se však zdá, že ani klienti, kteří v chráněném bydlení bydlí delší dobu, toto bydlení jako svůj domov nevnímají.

7.2 VZTAH KLIENT – PRACOVNÍK

Vztah mezi pracovníkem a klientem je jedním z významných aspektů ovlivňujících rehabilitaci. Pro proces rehabilitace je důležité, aby ve vztahu mezi pracovníkem chráněného bydlení a klientem panovala vzájemná důvěra. Stejný význam má i dobrý vztah mezi klientem (pacientem) a psychiatrem či jiným pomáhajícím profesionálem.

Mezi terapeutem (i dalšími pracovníky) a klienty chráněného bydlení se obvykle vytváří blízké vztahy. Tyto vztahy jsou, dle mého názoru, oproti vztahům s jinými pomáhajícími profesionály, za kterými klient většinou dochází do kanceláře či ordinace, specifické v tom, že pracovník je velkou část dne přítomen přímo tam, kde klient bydlí. Do jisté míry žije v chráněném bydlení spolu s klienty, asistenti na chráněném bydlení Bona i spí. V takové situaci se stírají mnohé hranice obvyklé ve vztahu mezi klienty a pomáhajícími.

Vzhledem k tomu, jakým způsobem chráněné bydlení funguje a k množství času, který zde pracovníci tráví, by bylo téměř nemožné, a stejně tak i bezúčelné, aby pracovníci od klientů drželi obvyklý profesionální odstup. Jisté hranice jsou však i zde potřebné.

Curtis a Hodge (1994) vysvětlují, že udržování určité míry odstupu pomáhá profesionálovi zůstat v pomáhajícím vztahu objektivní. Profesionální odstup je také jedním ze způsobů, jak zajistit, aby byly ve vztahu uspokojovány potřeby klienta, ne potřeby pracovníka.

Stuchlík (2001) říká, že vztah klienta a case managera je významnější než plán intervencí. Vztah mezi nimi není symetrický, case manager má silnější roli. S tímto faktem je třeba vědomě pracovat tak, aby vztah umožňoval co nejlepší spolupráci. Čím je vztah více na partnerské úrovni, tím více intervence odpovídá pacientovým skutečným potřebám. I když zde Stuchlík mluví o case managementu, myslím si, že obdobně to platí i pro pracovníka chráněného bydlení.

7.3 VÝZKUM: SOCIÁLNÍ VZTAHY KLIENTŮ CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ BONA

V teoretické části jsem se snažila popsat vývoj služeb pracujících v oblasti duševního zdraví a nemoci, s důrazem hlavně na služby v oblasti bydlení. Dále jsem se zaměřila na popis problematiky sociálních vztahů lidí trpících duševním onemocněním.

V praktické části se zabývám problematikou sociálních vztahů klientů chráněných bydlení Bona. Jednotlivé oblasti srovnávám s kontrolní skupinou tvořenou běžnou populací (tj. s lidmi, u kterých není prokázáno duševní onemocnění) a s kontrolní skupinou pacientů (viz níže).

Na základě zkušeností z práce s klienty Bona, na základě přečtené odborné literatury a na základě výsledků výzkumu, ve kterém byl použit stejný dotazník (projekt Model sledování, hodnocení a zkvalitnění péče o duševně nemocné), jsem odvodila následující hypotézy:

H1: Skupina klientů chráněných bydlení Bona bude ve sledovaných oblastech dosahovat nižších výsledků než kontrolní skupina tvořená lidmi bez duševního onemocnění.

H2: Mezi klienty chráněných bydlení Bona a kontrolní skupinou pacientů s duševním onemocněním nebudou ve sledovaných oblastech výrazné rozdíly.

7.3.1 POUŽITÁ METODA

(popis podle závěrečné zprávy z projektu Model sledování, hodnocení a zkvalitnění péče o duševně nemocné)

Pro výzkum jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Použila jsem Dotazník sociálních integrace, sebesposuzovací verzi 1.0 (Social Integration Survey – Self-Report Version 1.0 © 2001 Piedmont Research Institute, Inc.), který se zaměřuje na sociální kvalitu života, tj. na kvalitu mezilidských vztahů respondenta a míru jeho zapojení do společenského života (Parasuraman

2000, Scott 2000).

Tento dotazník byl u nás použit v rámci projektu Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, nazvaného Model sledování, hodnocení a zkvalitnění péče o duševně nemocné.

Dotazník má demografickou část, zahrnující základní informace o respondentovi (pohlaví, věk, rodinný stav, typ bydlení a pracovní statut) a 55 položek, hodnocených na pětibodové Likertově škále, které se týkají devíti aspektů interpersonálního života: blízkých osobních vztahů; kontaktů s neznámými lidmi; společných aktivit; přiměřenosti chování; komunikace; empatie; sebeovládání; hygieny a běžných každodenních činností. Škála je označena hodnotami 0 až 4, s tím, že hodnota 0 ukazuje na nejnižší stupeň fungování ve sledované oblasti a hodnota 4 na stupeň nejvyšší.

Dotazník byl přeložen z anglického originálu standardní metodologií za spolupráce s vedoucí autorského týmu Výzkumného ústavu v Piedmontu, Dr. Jane Scott-Lennox. Pro ověření lingvistické ekvivalence byl dotazník testován na klientech chráněného bydlení ve Strašnicích (Bona). Prokázala se jeho použitelnost pro populaci dlouhodobě duševně nemocných za přítomnosti a případné dopomoci tazatele. Vyplnění dotazníku trvá asi 20 minut.

Výzkumem se sleduje období posledních 4 týdnů.

7.3.2 REALIZACE VÝZKUMU

Data jsem sbírala v průběhu června a července 2008. Respondentům jsem se vždy, za pomoci terapeuta konkrétního chráněného bydlení, představila a vysvětlila jsem účel dotazníku. S některými respondenty jsem se znala již z dřívějška. V několika případech bylo potřeba, abych klientům při vyplňování dotazníků asistovala.

7.3.3 VOLBA A POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU

Jediným kritériem pro výběr vzorku bylo, aby vzorek byl složen z klientů chráněného bydlení Bona. Celkový počet klientů chráněných bydlení je 53. Dotazník vyplnilo 44 klientů, návratnost je tedy 83 %. Z klientů, kteří dotazník nevyplnili, bylo 5 v době sběru dat hospitalizováno, 4 klienti dotazník odmítli vyplnit, s odůvodněním, že o takové věci nemají zájem nebo na ně nemají čas (i přes možnost vyplnit dotazník později).

Ze 44 respondentů bylo 24 žen (55 %) a 20 mužů (45 %), viz Graf 1. Průměrný věk respondentů byl 43 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 22 let, nejstaršímu 66 let. Nejvíce respondentům (šesti) bylo 30let.

7.3.4 POPIS KONTROLNÍCH SKUPIN

Kontrolní skupiny tvořili respondenti, kteří se účastnili projektu Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví – Model sledování, hodnocení a zkvalitnění péče o duševně nemocné.

Tohoto projektu se účastnilo 149 respondentů z 9 pracovišť zaměřených na péči o lidi s duševním onemocněním (Eset Praha, Fokus Praha, Fokus Mladá Boleslav, Práh Brno, Zahrada Jeseník, psychiatrická ambulance (PA) Přerov, PA Jičín, PA Ostrov a Karlovy Vary a PA Mělník). Tuto skupinu označuji, ve shodě s původním výzkumem, jako skupinu „pacienti“.

Ve skupině pacientů bylo 63 mužů (42,3 %) a 86 žen (57,7 %) ve věku 18– 82 let, průměrný věk byl 42 let (věková skupina nad 60 let byla zastoupena pouze 10 procenty).

Soubor pacientů byl v projektu Model sledování, hodnocení a zkvalitnění péče o duševně nemocné srovnáván s kontrolní skupinou zdravých osob.

Skupinu zdravých osob tvořilo 176 osob ve věku od 13 – 84 let. Z toho bylo 90 mužů (51,1 %) a 86 žen (48,9 %). Průměrný věk respondentů z kontrolní skupiny byl 41 let. Tuto skupinu i já označuji jako skupinu „kontrolní“.

Podle závěrečné zprávy z projektu Model sledování, hodnocení a zkvalitnění péče o duševně nemocné ukázaly výsledky tohoto výzkumu, že pacienti dosahovali ve všech oblastech významně horších výsledků než kontrolní skupina. Dotazník SIS je tedy schopen zachytit zhoršení různých aspektů sociálního života, ke kterým dochází v důsledku duševního onemocnění.

7.3.5 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

V dotazníkovém šetření byl zjišťován rodinný stav klientů chráněného bydlení (viz Graf 2). Nejvíce klientů chráněných bydlení Bona (27, tj. 61 %) uvedlo, že jsou svobodní nebo nikdy nebyli ženatí/vdané. 15 ze 44 (34 %) respondentů je rozvedených nebo odloučených, 2 klienti (5 %) uvedli, že jsou ženatí/vdané.

Další sledovanou oblastí je oblast zaměstnání (Graf 3). Ze 44 klientů 20 (46 %) uvedlo, že jsou v důchodu, 16 klientů (36 %) pracuje, 3 uvedli, že nemohou pracovat kvůli zdravotním problémům, 2 si v posledních 4 týdnech hledají práci, 1 klient uvedl, že chodí do neplacené nebo dobrovolné práce, 1 že je v domácnosti (nebo na mateřské dovolené), 1 klient si nehledá práci, není v důchodu, v neschopnosti ani na mateřské dovolené.

Graf 4 pak ukazuje, zda respondenti pracují tolik hodin, kolik chtějí pracovat. Z pracujících respondentů 1 uvedl, že pracuje více, než chce pracovat. 12 respondentů (23 %) uvedlo, že pracují méně, než by chtěli (popř. nepracují a chtěli by pracovat). 8 respondentů (17 %) uvedlo, že nepracuje a pracovat nechce. Z respondentů, kteří nepracují, však 12 uvedlo, že pracují tolik hodin, kolik chtějí pracovat. Zde usuzuji na chybu dotazníku, resp. chybu v pochopení otázek. Není jasné, zda tato odpověď znamená, že jsou spokojeni s tím, že nepracují nebo zda pracují a chyba se vyskytla v otázce týkající se zaměstnání.

Dále byly mapovány jednotlivé oblasti týkající se devíti aspektů

interpersonálního života: blízkých osobních vztahů; kontaktů s neznámými lidmi; společných aktivit; přiměřenosti chování; komunikace; empatie; sebeovládání; hygieny a běžných každodenních činností. Tyto ukazatele jsem pak dále srovnávám s kontrolními skupinami.

Při srovnání jednotlivých oblastí u klientů chráněného bydlení - mužů a klientů chráněného bydlení – žen (viz Graf 5) ve většině oblastí dosahují vyššího skóre ženy, významnější jsou rozdíly v oblasti blízkých vztahů a v oblasti empatie. Dále jsou mezi muži a ženami patrné rozdíly v oblastech každodenních činností a přiměřenosti chování.

Ve srovnání s kontrolní skupinou pacientů a kontrolní skupinou zdravých lidí jsou patrné velké rozdíly (viz Graf 6).

S výjimkou oblasti sebeovládání, kde klienti Bony mají stejné výsledky jako kontrolní skupina zdravých respondentů, dosahují klienti chráněného bydlení Bona výrazně nižších výsledků než kontrolní skupina. Nejpatrnější jsou rozdíly v oblasti každodenních činností, v oblasti komunikace a v oblasti blízkých vztahů.

Výsledky skupiny klientů chráněného bydlení Bona a kontrolní skupiny pacientů již nejsou tak výrazně rozdílné, avšak i zde mají pacienti lepší výsledky než klienti Bony (s výjimkou oblasti chování k neznámým a oblasti sebeovládání).

7.3.6 PLATNOST HYPOTÉZ A ZHODNOCENÍ VÝZKUMU

Hypotéza H1, že skupina klientů chráněných bydlení Bona bude ve sledovaných oblastech dosahovat nižších výsledků než kontrolní skupina tvořená lidmi bez duševního onemocnění, se potvrdila, s výjimkou oblasti sebeovládání, kde obě skupiny dosahují stejných výsledků.

Hypotéza H2, že mezi klienty chráněných bydlení Bona a kontrolní skupinou pacientů s duševním onemocněním nebudou ve sledovaných oblastech výrazné rozdíly se nepotvrdila. Rozdíly mezi skupinou pacientů a

skupinou klientů chráněných bydlení patrné jsou, ne však do takové míry, jako rozdíly mezi klienty chráněného bydlení a kontrolní skupinou tvořenou zdravými respondenty. Rozdíly jsou zřejmě dané odlišným složením skupin. Mezi respondenty kontrolní skupiny jsou zastoupeny i osoby s neurotickou a afektivní poruchou a část respondentů jsou lidé, kteří nevyužívají komunitní služby, lze u nich tedy předpokládat lepší stupeň fungování, než u skupiny klientů chráněných bydlení. Tuto skupinu tvoří převážně lidé s psychotickou poruchou.

V rámci projektu Model sledování, hodnocení a zkvalitnění péče o duševně nemocné byly brány do úvahy i aspekty specifické pro psychotická onemocnění a afektivní a neurotické poruchy a ukázalo se, že dotazník SIS na tyto rozdíly dokáže upozornit. Podsoubor osob s psychotickým onemocněním skóroval výrazně hůře v oblasti „přiměřenost chování“ a „hygiena“.

Právě relativně vysoké skóre v oblasti hygieny u klientů chráněných bydlení Bona je pro mne překvapením, nejen vzhledem k mým vlastním zkušenostem z práce s těmito klienty, ale i vzhledem ke zkušenostem ostatních pracovníků. Objektivně jsou problémy s hygienickými návyky u klientů chráněných bydlení Bona časté. Rozdíl ve výsledcích dotazníku však může být dán tím, že jde o dotazník sebehodnotící a hodnocení tak může být ryze subjektivní.

Pokud mohu hodnotit práci se samotným dotazníkem, zdá se, že je pro některé klienty chráněného bydlení složitý, obzvlášť otázky č. 7 až 15 působily klientům, se kterými jsem dotazník procházela, problémy. Obdobně vyznívala zpětná vazba i od některých dalších respondentů. Složitě konstruované otázky mohou vést k nejasnostem a nemusí být správně pochopeny a zodpovězeny.

7.3.7 DISKUSE

Výzkum se zaměřil na problematiku sociálních vztahů klientů chráněného bydlení Bona, konkrétně na oblast blízkých vztahů, oblast chování k neznámým, oblast společenských aktivit, oblast přiměřeného chování, oblasti komunikace, empatie, sebeovládání, oblast hygieny a oblast každodenních činností.

Výsledky skupiny klientů chráněného bydlení Bona byly srovnány s výsledky kontrolní skupiny (zdravých lidí) a kontrolní skupiny pacientů, získanými již dříve, v rámci projektu Sledování, hodnocení a zkvalitnění péče o duševně nemocné. Výzkum ukázal, že mezi klienty chráněného bydlení Bona a kontrolní skupinou zdravých lidí i skupinou pacientů (pacienti a klienti jiných služeb zaměřených na problematiku duševního onemocnění) existují rozdíly.

Klienti Bony mají výrazně méně blízkých vztahů (např. se méně schází s přáteli), cítí se hůře s cizími lidmi, méně se účastní společenských aktivit a mají více problémů ve zvládnání každodenních aktivit, pociťují více bariér v komunikaci s lidmi, hůře se vciťují (např. méně často uvádí, že jsou dobrými posluchači nebo že povzbuzují ostatní).

Výzkum ukázal, že ve srovnání se zdravými respondenty (i pacienty), jsou u klientů chráněného bydlení Bona výraznější omezení ve většině oblastí sociálních integrace.

Chráněná bydlení Bona jsou zařízení podobná těm, které popsali Ridgway a Zipple (1990) v rámci popisu paradigmatu lineárního kontinua (viz kapitola 4.1). Ukazuje se, že v pobytových zařízeních často dochází k izolaci klientů od běžné komunity, což může mít výrazný negativní vliv i na sociální integraci a sociální vztahy klientů těchto zařízení. Tento trend se ukázal i u klientů chráněného bydlení Bona.

Jak upozorňují mj. Ridgway a Zipple (1990) a Lehman a Newman (1996), chráněná bydlení a jiná rezidenční zařízení mohou vykazovat charakteristiky jakýchsi malých institucí, které jsou sice umístěny v komunitě, ale přesto uzavřené.

Sociální vztahy jsou významným aspektem života každého člověka, jejich kvalita má vliv i na vývoj duševního onemocnění, na kvalitu života lidí s duševním onemocněním, na jejich úzdravu. Proto je třeba této oblasti věnovat velkou pozornost, rozvoj sociálních vztahů podporovat a snažit se klientům chráněného bydlení Bona (stejně tak i dalším lidem s duševním onemocněním) otevírat cesty do komunity.

Je nutné posilovat sebevědomí lidí s duševním onemocněním a zároveň bojovat se stigmatizujícími postoji a předsudky společnosti. To je celospolečenský úkol, na jehož řešení by se měla podílet odborná i laická veřejnost, včetně politické reprezentace.

ZÁVĚR:

V této práci jsem se snažila popsat problematiku sociálních vztahů lidí trpících duševním onemocněním. V teoretické části práce jsem nejprve shrnula postoj společnosti a vývoj institucí pro duševně nemocné v historii. Dále jsem se zaměřila na současný trend směřující k deinstitucionalizaci psychiatrické péče a popsala jsem služby a další možnosti podpory, které se dnes lidem trpícím duševním onemocněním nabízejí. Důraz jsem kladla na služby v oblasti bydlení. Nakonec jsem popsala problematiku sociálních vztahů lidí s duševním onemocněním.

Teoretickou část tvoří výzkum zaměřený na problematiku sociální integrace a sociálních vztahů klientů chráněného bydlení Bona. Tento výzkum ukázal, že ve srovnání s lidmi bez duševního onemocnění, ale i dalšími pacienty (lidmi s duševním onemocněním), dosahují klienti chráněného bydlení Bona v oblastech sociální integrace nižších výsledků. Výzkum tedy jasně ukazuje, že problematice sociálních vztahů je třeba věnovat zvýšenou pozornost.

Sociální vztahy jsou důležité v životě každého z nás. Přátelé a rodina pro nás bývají těmi nejdůležitějšími lidmi, znamenají pro nás jistotu, jsou pro nás oporou. Zásadní význam má dobře fungující sociální síť i pro lidi trpící duševním onemocněním. Podpora blízkých a dobré vztahy v rodině jsou jedněmi ze základních aspektů ovlivňujících úzdravu lidí s duševním onemocněním. Naopak chybí-li pevná sociální síť a vztahy v rodině jsou problematické, zvyšuje se riziko relapsu onemocnění.

Velký význam zde však má i postoj společnosti k lidem trpícím duševním onemocněním. Duševní onemocnění je spojeno se stigmatem a mnoha předsudky, se kterými se lidé duševně nemocní musí potýkat. Zároveň jim kontakt s lidmi často znesnadňuje i symptomy onemocnění.

Lidé trpící duševním onemocněním často využívají podpory profesionálů. Ti by si měli být schopni význam a specifika týkající se sociálních vztahů lidí s duševním onemocněním dobře uvědomovat a rozvoj kvalitní, přirozené

sociální sítě podporovat.

Tato práce může pro pracovníky působící v oblasti práce s lidmi s duševním onemocněním i pro studenty pomáhajících profesí, sloužit jako zdroj informací. Může být také podkladem či inspirací pro pracovníky Bony, jejichž klientů se výzkum v této práci přímo týká, při zkvalitňování poskytovaných služeb.

POUŽITÁ LITERATURA

Carling, P. J., Foundation for a new approach, 1995a, in Weeghel, J.: Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness, Geneva Institute on Psychiatry, Hilversum (The Netherlands), 2002, ISBN 966-7841-28-6, s. 103-114

Carling, P. J.: Promoting social integration, 1995b, in Weeghel, J.: Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness, Geneva Institute on Psychiatry, Hilversum (The Netherlands), 2002, ISBN 966-7841-28-6,

Drake, R., Green, A., Mueser, K., Goldman, H.: The History of Community Mental Health Treatment and Rehabilitation for Persons with Severe Mental Illness, in Community Mental Health Journal, Vol 39, No 5, October 2003, s. 427-440

Fabriaková, I.: Proces psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných osob v oblasti podpory bydlení, postupová práce, katedra sociální práce FF-UK, 2005

Janče, F., Svépomocné aktivity uživatelů psychiatrických služeb, Fokus Praha, Praha 2000 (elektronická verze dostupná na www.fokus-praha.cz)

Foucault, M.: Dějiny šílenství v době osvícenství, Nakladatelství Lidové noviny, Praha 1994, ISBN 80-7106-085-2

Kopelowicz, A., Liberman, R.: Integrating Treatment With Rehabilitation form Persons With Major Mental Illness, in Psychiatric services, Vol. 54, November 2003

Leff, J.: The social context of mental illness, in Roberts, G. a kol. (ed.): Enabling Recovery, The principles and practice of rehabilitation psychiatry, The Royal College of Psychiatrists, 2006, ISBN 1-904671-30-6, s. 38- 47

Leff, J.: Schizophrenia: Aetiology, prognosis and course, in Jenkins., R.,Field, V, The Primary care of Schizophrenia, HMSO, London, ISBN 0 11 321979 2, s. 5-14

- Lehman, A., Newman, S., Housing, in Breakey, R. (ed.): Integrated mental health services, modern community psychiatry, Oxford University Press, 1996, ISBN 0-19-507421-1, s. 300-309
- Maone, A.: Day Programs in Italy for Persons with Severe Mental Illness, in International Journal of Mental Health, Vol. 31, No. 3, Fall 2002, ISSN 0020-7411, s. 30-49
- Maone, A.: Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy, přednáška, Symposium sociální psychiatrie, 20.10.2007
- Mathews, M, How did pre-twentieth century theories of aetiology of depression develop?, 2004, <http://www.priority.com/homol/dephist.html>, staženo 11.8.2006
- Matoušek, O., Rodina jako instituce a vztahová síť, Sociologické nakladatelství, Praha 2003, ISBN 80-86429-19-9
- Matoušek, O.: Základy sociální práce, Portál, Praha 2001, ISBN 80-7178-473-7
- Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P., Sociální práce v praxi, Portál 2005, ISBN 80-7106-059-3
- McGurk, S. Mueser, K., Cognitive Functioning and Employment in Severe Mental Illness, The Journal of Nervous and Mental Disease, Volume 191, Nr. 12, December 2003, s. 789-798
- Meltzer, H., Gill, B, Petticrew., M., Hinds, K.: Economic activity and functioning of adults with psychotic disorder, HMSO, London 1995, ISBN 0 11 691653 2
- Paleček, J., Podpora bydlení, Fokus Praha, Praha 1999 (elektronická verze dostupná na www.fokus-praha.cz)
- Pfeiffer, J.: Systém podpory v bydlení pro osoby s duševním onemocněním ve světle zahraničních zkušeností, in Červenková, A., Bruthansová, D, Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení, VÚPSV, Praha 2004, ISBN 80-239-3581-x, s.54-63
- Stuchlík. J., Asertivní komunitní léčba a case manadement, Fokus books, Praha 2001
- Styblíková, M.: Klíčové situace uživatelů psychiatrické péče, diplomová práce, katedra sociální práce FF-UK, 2004
- Ridgway, P.,Zipple, A. M.: The paradigm shift in residential services: From the

linear continuum to supported housing approaches, 1990, in Weeghel, J.: Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness, Geneva Institute on Psychiatry, Hilversum (The Netherlands), 2002, ISBN 966-7841-28-6, s. 270-282

Vitáková, P.: Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání, Rytmus 2005, ISBN 80-903598-0-9

Weeghel, J.: Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness, Geneva Institute on Psychiatry, Hilversum (The Netherlands), 2002, ISBN 966-7841-28-6

Model sledování, hodnocení a zkvalitnění péče o duševně nemocné (závěrečná zpráva), Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2001-2003

Zákon č. 108/2007, Sb., Zákon o sociálních službách

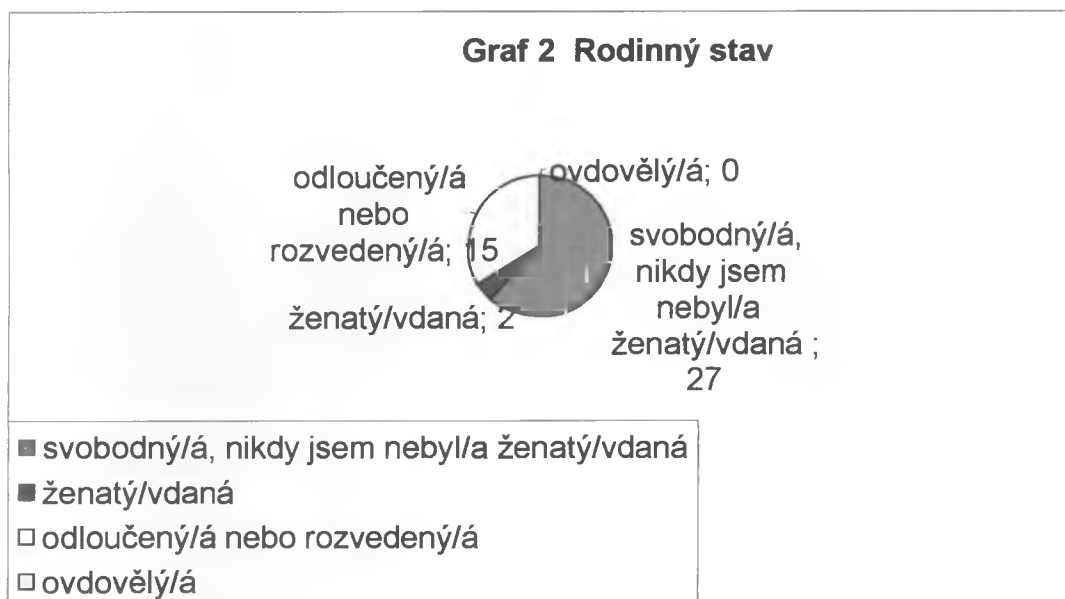
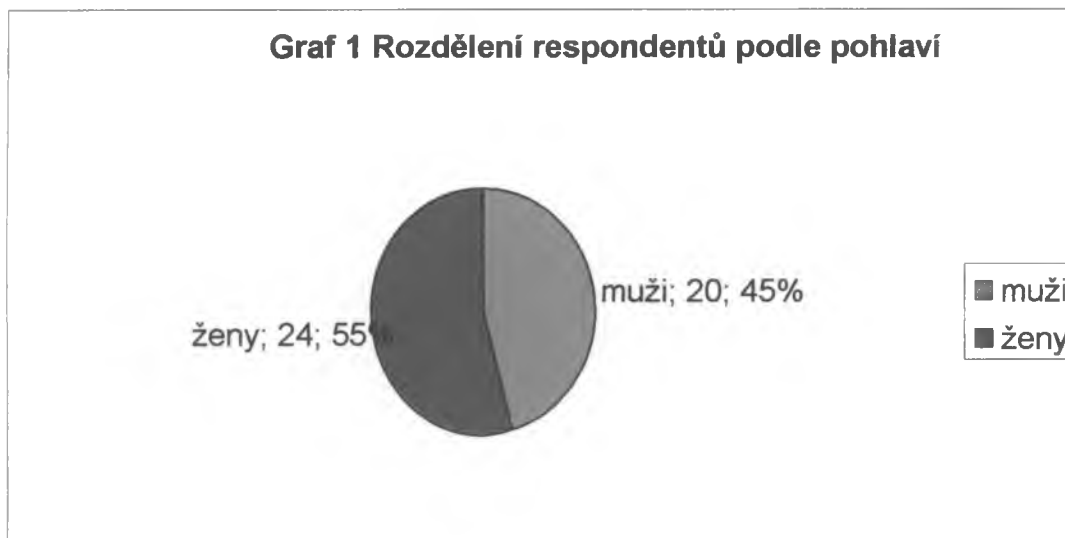
Zdravotnická ročenka České republiky 2006, ÚSIZ ČR, 2007, ISBN 978-20-7280-733-9

časopis Esprit, díl 1-2, 2008

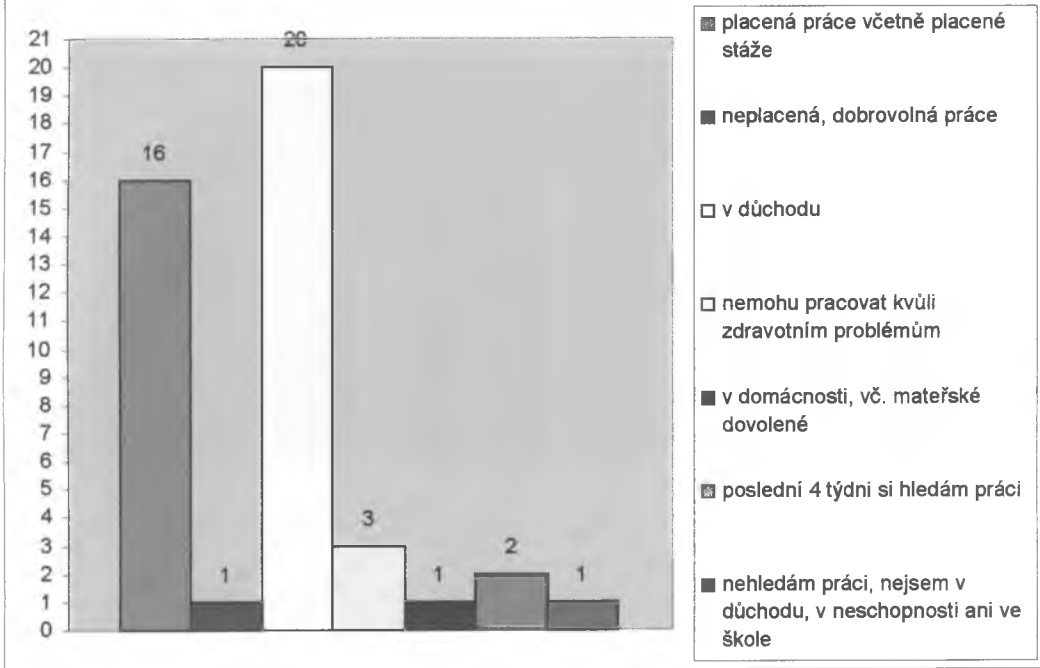
dokument Ten blázen odvedle, vysílaný ČT 2, 25.7.2006

PŘÍLOHY:

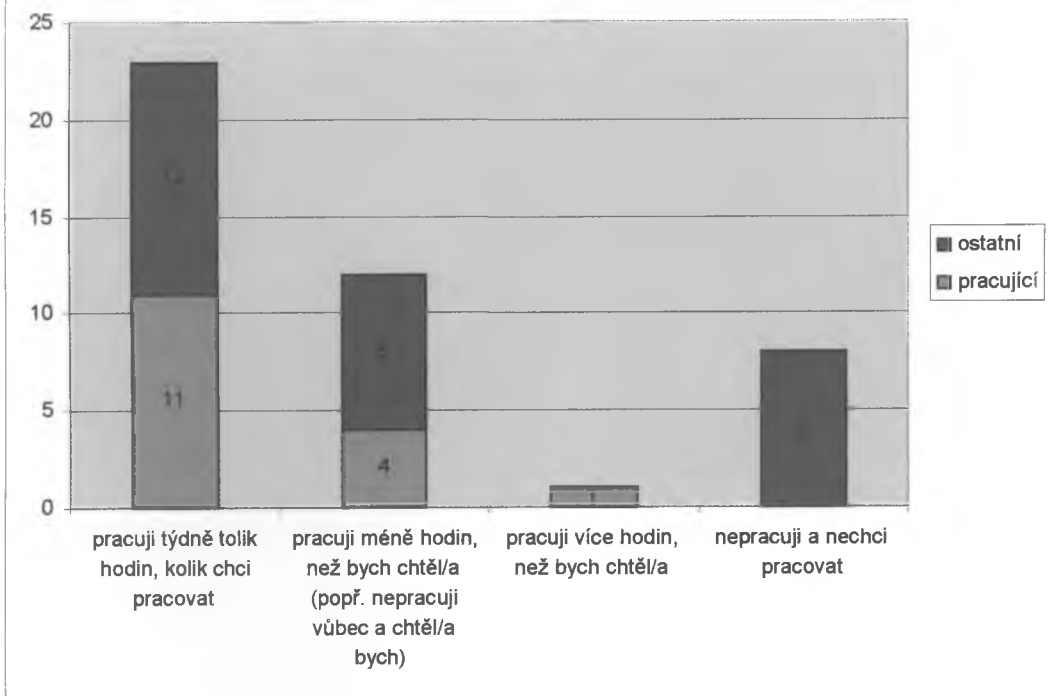
Příloha 1: Grafy



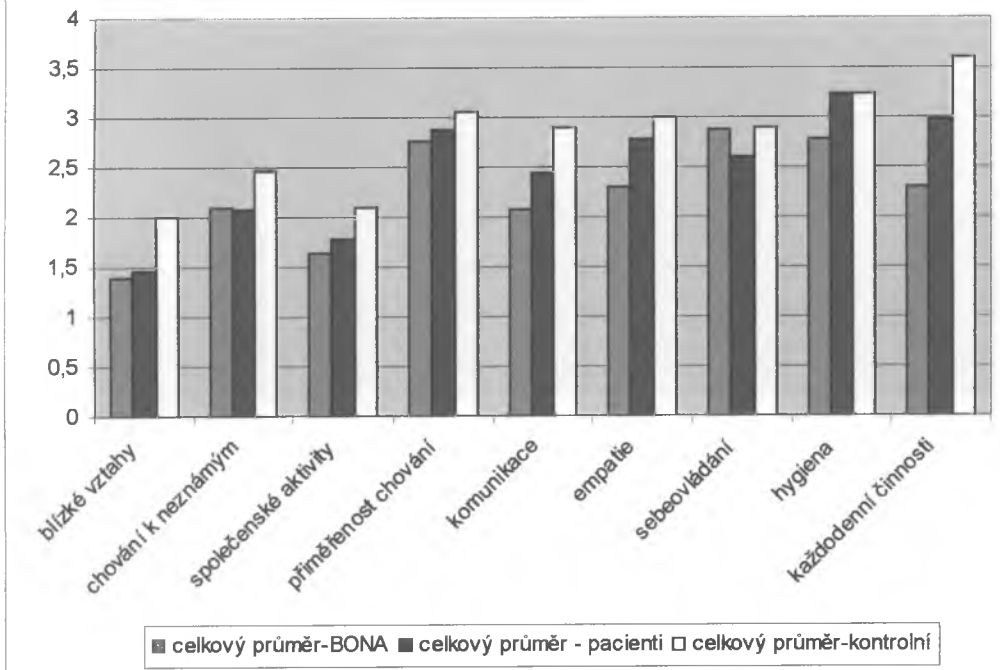
Graf 3 Pracovní zařazení



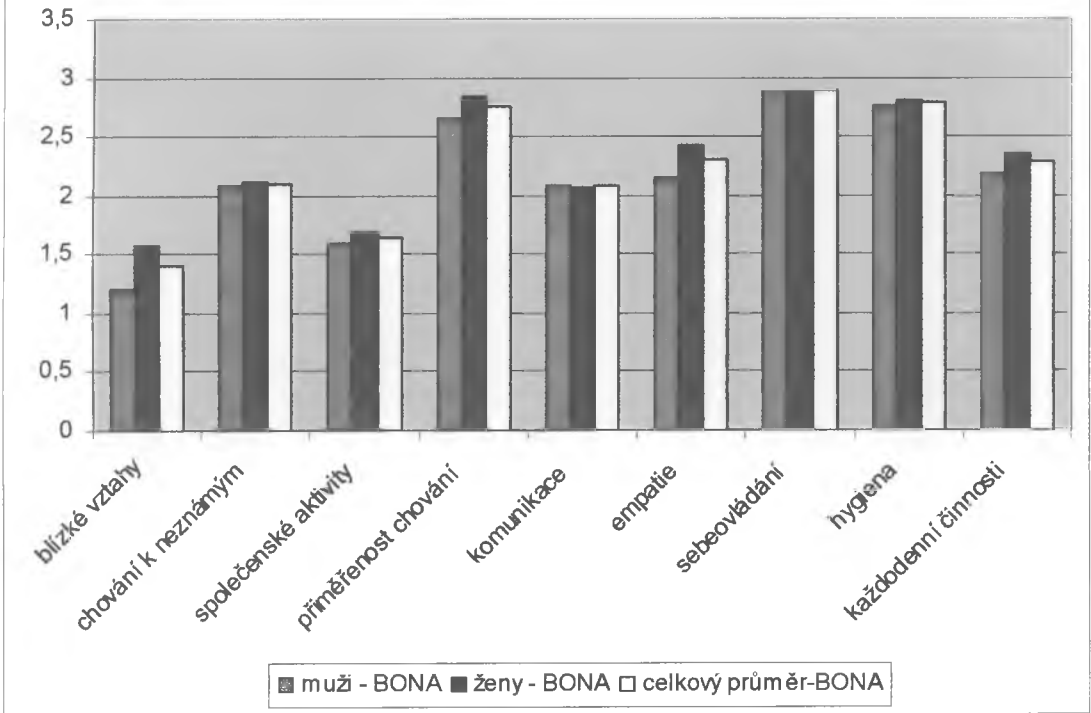
Graf 4 Pracovní úvazek



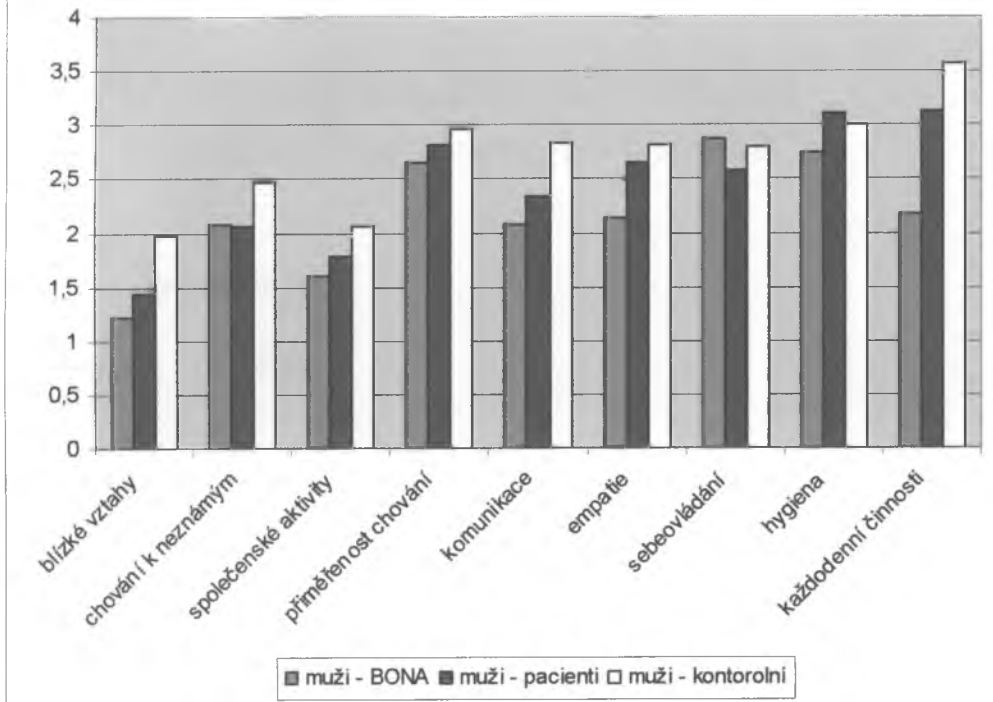
Graf 6 Oblasti sociální integrace klientů CHB BONA, kontrolní skupiny pacientů a kontrolní skupiny zdravých



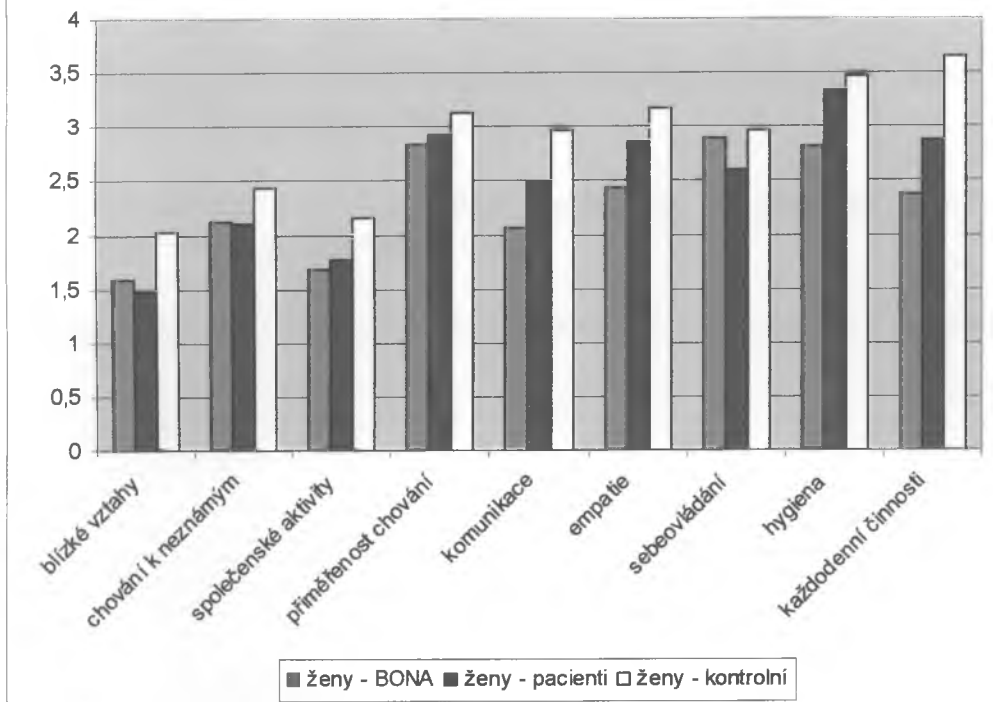
Graf 5 Oblasti sociální integrace u klientů CHB BONA



Graf 7 Oblasti sociální integrace - muži



Graf 8 Oblasti sociální integrace - ženy



Dotazník sociálních vztahů[©]

Sebeposuzovací verze 1.0 (SIS-SR[©])

Číslo respondenta: _____

Datum vyplnění: _____

PŘEČTĚTE SI, PROSÍM, PEČLIVĚ INSTRUKCE

Otázky na následujících stránkách se týkají toho, jak jste během posledních 4 týdnů vycházel/a s lidmi.

Přečtěte si, prosím, pozorně každou otázku a příslušné odpovědi. Označte křížkem tu odpověď, o které si myslíte, že se na Vás nejlépe hodí.

Příklad: Mám placené zaměstnání

U otázek, které vyžadují bližší informace, napište odpověď na příslušný řádek.

Příklad: Jiné: žiji s ostatními členy rodiny

Pokud se nemůžete rozhodnout, jak odpovědět, zvolte takovou odpověď, která podle Vás nejlépe vystihuje období posledních 4 týdnů.

Až odpovíte na všechny otázky, vraťte dotazník osobě, která Vám jej zadala.

Dotazník sociální integrace – Sebeposuzovací verze 1.0 (SIS-SR[©])

| | |
|---|---|
| 1. Jste muž nebo žena? | <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena |
| 2. V kterém roce jste se narodil/a? | _____ |
| 3. Jste ženatý/vdaná? | <input type="checkbox"/> svobodný/á, nikdy jsem nebyl/a ženatý/vdaná <input type="checkbox"/> ženatý/vdaná <input type="checkbox"/> odloučený/á nebo rozvedený/á <input type="checkbox"/> ovdovělý/á |
| 4. Kde a s kým žijete? (označte, prosím, pouze jeden čtvereček) | <input type="checkbox"/> žiji sám/sama <input type="checkbox"/> žiji s někým dalším v bytě, na koleji, na ubytovně nebo v domě <input type="checkbox"/> žiji v chráněném bydlení (domech poskytujících péči, DD) <input type="checkbox"/> žiji v léčebně nebo v jiném zařízení poskytujícím dlouhodobou péči <input type="checkbox"/> žiji přechodně v ubytovně, útulku nebo bez trvalé adresy <input type="checkbox"/> jiné _____ |
| 5. Která z následujících možností nejlépe popisuje vaše pracovní zařazení během uplynulých 4 týdnů? | Označte, prosím, možnost, která nejlépe vystihuje Vaši situaci: <input type="checkbox"/> placená práce včetně placené stáže <input type="checkbox"/> neplacená, dobrovolná práce <input type="checkbox"/> v důchodu <input type="checkbox"/> nemohu pracovat kvůli zdravotním problémům <input type="checkbox"/> v domácnosti včetně mateřské dovolené <input type="checkbox"/> student (ve škole nebo v kurzu) <input type="checkbox"/> poslední 4 týdny si hledám práci, ale dosud jsem žádnou nenašel/nenašla <input type="checkbox"/> poslední 4 týdny si nehledám práci, ani nejsem v důchodu, v neschopnosti nebo ve škole <input type="checkbox"/> jiné _____ |
| 6. Pracujete týdně tolik hodin, kolik chcete pracovat? | <input type="checkbox"/> pracuji tolik hodin, kolik chci pracovat <input type="checkbox"/> pracuji méně hodin, než bych chtěl/a (popř. nepracuji vůbec a chci pracovat) <input type="checkbox"/> pracuji více hodin, než bych chtěl/a <input type="checkbox"/> nepracuji a nechci pracovat |

U každé otázky označte křížkem tu odpověď, která Vás nejlépe vystihuje *po většinu doby* v posledních 4 týdnech.

Na každém řádku označte křížkem možnost, která Vás nejlépe vystihuje v posledních 4 týdnech. Na každé řádce zaškrtněte pouze jeden čtvereček.

| <i>Ve srovnání s většinou lidí, které znám...</i> | mnohem méně | trochu méně | stejně jako většina lidí, které znám | trochu více | mnohem více |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. scházel/a jsem se s přáteli ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. účastnil/a jsem se společenských aktivit (návštěvy klubu, kostela, kurzů, večírků, sportovních akcí, společenských her atd.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. cítil/a jsem se dobře s lidmi, které jsem neznal/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Na každém řádku označte křížkem možnost, která Vás nejlépe vystihuje v posledních 4 týdnech. Na každé řádce zaškrtněte pouze jeden čtvereček.

| <i>Ve srovnání s většinou lidí, které znám...</i> | mnohem méně než většina lidí, které znám | trochu méně než většina lidí, které znám | asi tak stejně jako většina lidí, které znám | trochu více než většina lidí, které znám | mnohem více než většina lidí, které znám |
|---|--|--|--|--|--|
| 10. kolik mám přátel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. kolik lidí mě zná? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ke kolika lidem mám blízký vztah? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Na každém řádku označte křížkem možnost, která Vás nejlépe vystihuje v posledních 4 týdnech. Na každé řádce zaškrtněte pouze jeden čtvereček.

| <i>Ve srovnání s většinou lidí, které znám...</i> | vůbec ne | hůře než většina | asi tak průměrně | lépe než většina | mnohem lépe než většina |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. zdá se, že se lidé se mnou cítí dobře? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. vycházím dobře s lidmi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. jak dobře zapadnu mezi lidi, které neznám? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Když se zamyslíte nad svým stavem v uplynulých 4 týdnech, kolik pomoci nebo povzbuzení byste potřeboval/a v případě, že byste musel/a dělat následující úkony?

Na každém řádku označte křížkem možnost, která Vás nejlépe vystihuje v posledních 4 týdnech. Na každé řádce zaškrtněte pouze jeden čtvereček.

Potřeboval/a bych uvedené množství pomoci nebo povzbuzení, kdybych chtěl/a ...

| | nemohl/a bych to udělat, i kdyby mi někdo pomohl | potřeboval/a bych hodně velkou pomoc | potřeboval/a bych střední pomoc | potřeboval/a bych jen malou pomoc | nepotřeboval/a bych žádnou pomoc, abych to udělal/a |
|---|--|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---|
| 16. vyplnit formulář, jako je například žádost o práci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. postupovat krok za krokem podle instrukcí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. zařídit se tak, abych byl/a včas v práci, ve škole nebo na schůzce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. přednést srozumitelné sdělení na určité téma před větší skupinou cizích lidí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. hrát kolektivní hru nebo soutěžit při sportovní události nebo hře | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. starat se celý den o malé dítě nebo o někoho, kdo je hodně nemocný | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. připravit oslavu pro někoho blízkého | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. vybrat si oblečení, které se hodí do určitého počasí a k určité příležitosti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Kdybych musel/a narychlo odjet do jiného města, jak velkou pomoc bych potřeboval/a s následujícími věcmi? | nemohl/a bych to udělat, i kdyby mi někdo pomohl | potřeboval/a bych hodně velkou pomoc | potřeboval/a bych střední pomoc | potřeboval/a bych jen malou pomoc | nepotřeboval/a bych žádnou pomoc, abych to udělal/a |
| a. ...rezervovat si místo ve vlaku nebo v autobuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ... zvládnout zpoždění nebo změny při cestování vlakem nebo autobusem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ... urychleně přestupovat při cestování vlakem nebo autobusem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ... najít chyby v účtu a vyžádat si opravu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dělal/a jste v posledních 4 týdnech následující věci?

| | ano | ne |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 25. Byl/a jsem důvěryhodný/á (neprozradil/a jsem osobní věci, které mi ostatní svěřili) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Chodil/a jsem s někým (měl/a jsem partnera) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Obvykle jsem si všiml/a, jak se lidé kolem mne cítí. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Aktivně jsem se účastnila politických, odborných nebo náboženských akcí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Vnímal/a jsem, že se cizí lidé necítí při jídle se mnou dobře | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Stranil/a jsem se ostatních lidí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jak často jste dělal/a tyto věci v posledních 4 týdnech?

Na každém řádku označte křížkem možnost, která Vás nejlépe vystihuje v posledních 4 týdnech. Na každé řádce zaškrtněte pouze jeden čtvereček.

| | nikdy nebo téměř nikdy | zřídka | někdy | často | většinou nebo stále |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31. Usiloval/a jsem o to, abych trávil/a čas společně s jinými lidmi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Dal/a jsem si práci, abych blíže poznal/a někoho, koho jsem dobře neznal/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Byl/a jsem zdvořilý/á | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Řekl/a nebo udělal/a jsem něco trapného | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Věnoval/a jsem pozornost tomu, co říkají ostatní | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Mluvil/a jsem o osobních záležitostech s kamarádem nebo s někým z rodiny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Choval/a jsem se láskyplně nebo vřele k lidem, kteří jsou mi blízcí | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Věnoval/a jsem pozornost svému zevnějšku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Byl/a jsem hrubý/á k lidem nebo jsem je přerušoval/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Smál/a jsem se vtipům nebo směšným příhodám, které druzí vyprávěli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jak často jste dělal/a tyto věci v posledních 4 týdnech?

Na každém řádku označte křížkem možnost, která Vás nejlépe vystihuje v posledních 4 týdnech. Na každé řádce zaškrtněte pouze jeden čtvereček.

| | nikdy nebo téměř nikdy | zřídka | někdy | často | většinou nebo stále |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 41. Řekl/a nebo udělal/a jsem něco, co se na daném místě nebo v danou chvíli nehodilo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Myl/a jsem si vlasy a pečoval/a o ně | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Myslím, že lidem se mnou bylo dobře | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Ovládal/a jsem svůj vztek nebo podrážděnost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Měl/a jsem u stolu dobré způsoby | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Povzbuzoval/a jsem ostatní | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Vyprávěl/a jsem vtipy nebo jsem s někým žertoval/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Byl/a jsem dobrý/á posluchač/ka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Postavil/a jsem se k někomu příliš blízko nebo jsem příliš hlasitě hovořil/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Snadno jsem se rozčílil/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Ostatní se na mne mohli spolehnout | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Dodržoval/a jsem osobní hygienu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Bylo těžké se mnou vyjít | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Dovedl/a jsem něco ocenit nebo někomu poděkovat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Říkal/a jsem cizím lidem velmi osobní věci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. Byl/a jsem netaktní nebo necitlivý/á k pocitům někoho jiného | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. Sešel/sešla jsem se se starými přáteli nebo jsem s nimi mluvil/a | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Děkujeme vám za vyplnění dotazníku
Vraťte jej, prosím, osobě, která vám jej zadala**