



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav lékařské etiky

Alena Rosolová

**Principy psychiatrické rehabilitace a
jejich uplatnění v chráněném
komunitním bydlení: psychosociální
potřeby klientů**

Principles of Psychiatric Rehabilitation and
their Application on Sheltered Housing:
Psychosocial Needs of Clients

Diplomová práce

Praha, červen 2010

Autor práce: Alena Rosolová

Studijní program: Všeobecné lékařství s preventivním zaměřením

Vedoucí práce: **MUDr. Lydie Fialová, M.Sc.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav lékařské etiky 3.LF**

Datum a rok obhajoby: 28.6.2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 15. června

Alena Rosolová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Lydii Fialové za cenné připomínky a rady při zpracování práce.

Dále bych ráda poděkovala klientům chráněného bydlení Bona.o.p.s. za ochotu, s kterou přistupovali k rozhovorům.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. SCHIZOFRENNÍ PORUCHY	12
1.1 Definice a historie pojmu.....	12
1.2 Podtypy schizofrenie.....	15
1.3. Stádia schizofrenie	16
1.4 Schizofrenie a stigma.....	18
1.5 Kvalita života u schizofrenie	19
2. PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE	20
2.1 Definice pojmů.....	21
2.2 Principy psychiatrické rehabilitace	23
2.3. Fáze psychiatrické rehabilitace.....	24
3. KOMUNITNÍ PÉČE	25
3.1. Rozdělení komunitních služeb	26
4. REHABILITACE V OBLASTI BYDLENÍ	29
4.1 Model kontinua návazných zařízení.....	29
4.2. Model podporovaného bydlení.....	31
5. SITUACE KOMUNITNÍ PÉČE V ČR	31
PRAKTICKÁ ČÁST	34
6. CHRÁNĚNÉ KOMUNITNÍ BYDLENÍ BONA	34
6.1 Etnografie chráněného komunitního bydlení Bona.....	35
7. CÍL VÝZKUMU	36
8. DESIGN VÝZKUMU	37
8.1 Typ výzkumu.....	37
8.2 Metody získávání dat	38
8.3 Výběr výzkumného souboru.....	40
8.4 Etika výzkumu	40

8.5 Popis výzkumného souboru	40
9. ANALÝZA DAT VÝZKUMU.....	42
9.1. Odkud klienti na chráněné bydlení přišli?.....	42
9.2. Jak se klienti o CHKB dozvěděli a jak dlouho na tuto službu čekali?.....	42
9.3. Jiné možnosti bydlení uživatelů.....	43
9.3.1. Další možnosti bydlení.....	46
9.4. Co od bydlení klienti očekávali?.....	48
9.5. Splnilo se očekávání klientů?	54
9.6 Představy uživatelů o budoucnosti, související s bydlením	61
10. DISKUZE NAD VÝZKUMNÝMI OTÁZKAMI.....	64
ZÁVĚR.....	68
SOUHRN	74
SUMMARY	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76

Úvod

Jedním z hlavních ukazatelů vyspělé společnosti je i schopnost postarat se o lidi, kteří z různých důvodů nejsou schopni se ve společnosti uplatnit. Pro některé skupiny obyvatelstva je schopnost začlenit se do společnosti ztížena a to zejména přítomností určitého hendikepu. Takovým hendikepem je i duševní onemocnění, jehož přítomnost přináší svým nositelům mnohá omezení, díky nimž je jejich schopnost dosáhnout optimální kvality života v různé míře snížena.

Definovat kvalitu života duševně nemocných je velmi nesnadné. Hovoříme-li o kvalitě života u nemocných, obvykle sledujeme, jaký dopad má onemocnění na jejich fyzický či psychický stav, na jejich způsob života a na jejich pocit spokojenosti. Lze ji také definovat jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb (Slováček, Slováčková, Jebavý, Blažek, & Kačerovský, 2004). Maslow seřadil lidské potřeby hierarchicky do pěti kategorií, podle důležitosti od těch nejnaléhavějších až po ty nejméně naléhavé. V této teorii zdůrazňuje fakt, že jakmile je jedna potřeba naplněna, objevuje se jiná a také vyžaduje uspokojení. Mezi nejzákladnější potřeby patří fyziologické potřeby jako je jídlo, pití, pohyb, oblečení, bydlení. Nejsou-li tyto potřeby uspokojeny, pak dominují a žádné další potřeby člověka nemotivují. Pokud jsou naplněny, nastupují potřeby subtilnější, potřeby psychologické: potřeba bezpečí, potřeba sebeúcty, potřeba blízkosti jiných, za nejvyšší považuje Maslow potřebu seberealizace.

Glasser (2001) se domnívá, že každý, kdo potřebuje psychiatrickou péči, bez ohledu na vnější projevy, trpí jednou základní nedostatečností, a to, že nedokáže uspokojovat své potřeby. Vážnost symptomů přitom odráží míru této nedostatečnosti. U pacientů s chronickým průběhem je míra neuspokojování potřeb vysoká. Tato funkční omezení vyplývají na jedné straně z psychiatrického onemocnění na druhé straně souvisejí s premorbidními rysy osobnosti a se socioekonomickým prostředím. Ve srovnání s psychiatrickými symptomy v úzkém slova smyslu mají omezení v každodenním fungování trvalejší charakter. Tomu nahrávají nepříznivé životní okolnosti jako například nízký příjem, absence sociální podpory a dlouhodobý pobyt v psychiatrické léčebně. Lidé s psychickými omezeními mají rovněž většinou menší sociální síť než ostatní lidé a mohou se v důsledku toho méně spoléhat na sociální podporu. To však kontrastuje s tím, že lidé s psychickým onemocněním mají většinou stejná přání a potřeby jako ostatní lidé: dobré zdraví, pohodlné bydlení, dobré vztahy s rodinou, mít skutečnou práci a smysluplný denní program, opravdové přátele, sebeúctu a uznání druhých (Pěč & Probstová, 2009).

Vliv potřeb jedince se v psychiatrické evropské praxi postupně zvyšuje. Dokládá to i současná definice zdraví podle WHO: *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“* V západní Evropě byl tento trend patrný již po druhé světové válce, kdy se více začalo mluvit o duševním zdraví a začal být kladen důraz na potřeby jednotlivce. Od 80. let začali zastánci psychiatrické rehabilitace zdůrazňovat, že duševní nemoc se neprojevuje jen duševním defektem, či symptomy, ale projevuje se také značnými sociálními limity, nezpůsobilostmi pro určité činnosti, hendikepem

v různých oblastech. Tyto dopady se ve velké míře ukazují v oblasti sociální a společenské: nezaměstnanost, bezdomovectví, sebevražednost, stigmatizace, společenská izolace.

Do 70. let minulého století existovala v Evropě pouze psychiatrická péče ambulantní a lůžková, která se více soustředila na biologický faktor nemoci, což se z hlediska naplňování potřeb zejména chronických pacientů jevílo jako nedostatečné. Potíže této skupiny nestačí řešit pouze na úrovni péče zdravotnické, nemocniční, ale je třeba zajistit pro ně další komplementární sociální služby. Proto vznikla intermediární (komunitní) péče.

Začalo docházet k postupnému omezování počtu lůžek v psychiatrických léčebnách (deinstitutionalizaci) a ke vzniku péče intermediární. Intermediární péče si klade za cíl pomoci lidem se závažnějším duševním onemocněním, aby žili v co nejběžnějších podmínkách a subjektivně co nejuspokojivějším životem. Nabízí alternativu hospitalizace. Je známo, že psychiatrické hospitalizace mají často sociální důvod, ať již existenční (pacient nemá vlastní bydlení nebo není schopen samostatného života) nebo vztahový (pacient je konfliktní, nedodrží dohody s rodinou, soužití příbuzné vyčerpává a chtějí se mu vyhnout) (Pěč & Probstová, 2009). Komunitní péče vychází z principů psychiatrické rehabilitace, která pracuje s individuálními potřebami jedince, snaží se pracovat se zdravou stránkou klienta a rozvíjet jeho dovednosti. Při rehabilitaci není nejdůležitější postižení, ale představy klienta o vlastní budoucnosti. Je tedy zaměřena na úzdravu. Úzdrava neznámá vymizení symptomů, ale úspěšnou životní adaptaci i přes setrvání symptomů (Pěč & Probstová, 2009). Důležité oblasti rehabilitace jsou bydlení, práce, učení se dovednostem a sociální kontakty.

V České republice je komunitní péče zatím na počátku svého vývoje a je zde zajišťována převážně neziskovými organizacemi. V současné době bohužel není dostupná všem a ani její kontinuita není zajištěna. Mezi psychiatry je téma komunitní péče často diskutované. Má své odpůrce i zastánce. V obou táborech lze slyšet poměrně radikální názory. Od úplného rušení léčeben až po názor, že psychiatrická rehabilitace není pro chronické pacienty potřeba. Domnívám se, že hlavní důraz by zde měl být kladen na přání klientů, kteří jsou uživateli těchto služeb. Každému vyhovuje jiný druh péče a ne pro všechny je komunitní péče vhodná. Přesto si myslím, že by lidé s duševním onemocněním měli mít možnost se sami svobodně rozhodnout, jaký druh péče si zvolí a nemělo by to být limitováno její nedostupností.

Mezi psychiatry je téma komunitní péče často diskutované, ale už méně se mluví o přání klientů těchto služeb. Existuje málo publikací, které by se této problematice věnovaly. To je i důvodem, proč jsem si toto téma zvolila za svou diplomovou práci. Dalším důvodem je i fakt, že na chráněném bydlení jsem již několik let zaměstnaná jako asistenční služba a problematika komunitní péče mě zajímá.

V teoretické části nastíním v první kapitole definici a průběh schizofrenie. Toto onemocnění je nejčastější diagnózou u klientů, kteří vyhledávají komunitní typ péče a i participantů v praktické části výzkumu se s tímto onemocněním léčí. Dále se v této kapitole budu věnovat stigmatu, které se schizofrenií úzce souvisí. Nastíním zde také kvalitu života lidí trpících tímto onemocněním. V druhé kapitole se budu věnovat principům a postupům psychiatrické rehabilitace, které jsou podstatou komunitní péče a u pacientů, kteří se dlouhodobě léčí s duševním

onemocněním doplňují péči medicínskou. Možnosti komunitní péče jsou popsány v následující kapitole, ve které je uveden i stručný popis možností komunitních služeb pro dlouhodobě duševně nemocné. Za samostatnou kapitolu jsem zvolila rehabilitaci v oblasti bydlení, jelikož toho se týká i praktická část mé práce.

V praktické části se budu věnovat psychosociálním potřebám klientů chráněného komunitního bydlení.

Chráněné bydlení je jedna ze služeb komunitní péče. Poskytuje dlouhodobě duševně nemocným možnost bydlení, ale i podporu v oblasti péče o domácnost a o péče o vlastní osobu. Bona o.p.s. provozuje i chráněné dílny, ve kterých mají klienti možnost pracovat. Na CHKB žije v současnosti 13 osob v jednom společném bytě ve dvou a třílůžkových pokojích. Dále mají klienti k dispozici kuchyň a společenskou místnost. S podporou terapeuta se starají o chod domácnosti. Cílem této služby je příprava uživatelů na samostatné bydlení.

Za participanty výzkumu jsem si zvolila klienty chráněného komunitního bydlení Bona o.p.s.. Tématem mé praktické části bylo na základě rozhovoru s klienty popsat okolnosti za jakých na chráněné bydlení nastupovali, jaká byla jejich očekávání spojená s nástupem na bydlení a jak se jednotlivá očekávání naplnila. Hlavním cílem chráněného bydlení je příprava na samostatný život, proto jsem se zaměřila i na představy klientů o jejich budoucnosti a obavy s tím spojené.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Schizofrenní poruchy

Tato část pojednává o základních pojmech týkajících se schizofrenních poruch a dopadu pro pacienta, který onemocní tímto onemocněním. Nepojednává o patogenezi a etiologii onemocnění, neboť se domnívám, že to pro tuto práci není relevantní.

1.1 Definice a historie pojmu

***Schizofrenie** je závažné psychotické onemocnění. Narušuje schopnost nemocného srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Mění se vztah nemocného ke skutečnosti. Odcizuje se ostatním lidem. Psychóza vede ke změnám osobnosti, které působí, že nemocný mnohdy nedokáže pokračovat v životě v souladu s očekáváním založeném na dosavadní životní dráze (Libiger, Höschl & Švestka, 2002).*

Z mnoha významných kliniků, kteří přispěli k pochopení schizofrenie, si obzvláštní pozornost zaslouží tři – Kraepelin, Bleuler a Schneider. Každý z nich kladl důraz na jiné aspekty poruchy, čímž významně obohatili koncept schizofrenie. Podrobnější studium jejich odlišných úhlů pohledu ilustruje komplikovanost a spletnost konceptu schizofrenie.

Poprvé se pojem schizofrenie objevuje v odborné literatuře v roce 1911 v monografii *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* švýcarského profesora a ředitele psychiatrické léčebny v Burgholzi Eugena Bleulera (Libiger, Höschl & Švestka, 2002). V této monografii Bleuler hovořil o skupině schizofrenií, čímž naznačil dnes všeobecně uznávaný názor, že jde o skupinu onemocnění s různou etiologií. Eugen Bleuler ve své práci navazoval na svého německého kolegu Emila Kraepelina, který již v roce 1896 použil pro schizofrenii název *Dementia praecox* (předčasná demence) (Zvolský, 2001). Tento termín Kraepelin použil, protože onemocnění začínalo v adolescenci a časně dospělosti a vedlo podle něj nezvratně k duševní slabosti (demenci). Definujícím znakem poruchy pro byl podle něj chronický průběh a špatná prognóza.

Zatímco Kraepelin se soustředil na prognózu a průběh onemocnění, Bleuler se snažil definovat symptomy, které jsou pro schizofrenii společné. Snažil se najít nejprůzračnější symptom schizofrenie. Ten spatřoval ve fragmentaci formulací a vyjadřování myšlení. Tento symptom pojmenoval po vlivu psychologie asociací té doby rozvolnění asociací. A onemocnění pojmenoval schizofrenie. To v řečtině znamená *skhizein*, "rozštěp" a *phren*, "mysl", tedy rozštěp mysli. Což chápal jako fragmentaci duševního života, při kterém myšlení emoce a vůle vytvářejí na sobě nezávislé fragmenty původního celku.

Bleulerův přínos tkví hlavně v popsání symptomů schizofrenie na základní a akcesorní. Základní příznaky vešly do povědomí jak čtyři „A“: autismus, ambivalence, porucha afektivity a porucha asociací.

V dnešní podobě vnímání schizofrenie klade důraz hlavně na poruchu myšlení a emotivity, pojem autizmus se již neřadí do příznaků schizofrenie.

Jako akcesorní příznaky popsal Bleuler halucinace, bludy a tělesné příznaky. Ty jsou sekundární a představují způsob, jak se daný jedinec vyrovnává se základním onemocněním. Bleulerovský koncept schizofrenie dominoval v psychiatrii po většinu minulého století. Bleulerův úhel pohledu na schizofrenii je širší, než pohled Kraepelinův, neboť netrvá na přítomnosti psychotických příznaků a klade menší důraz na chronicitu a deterioraci. Bleuler řadil mezi hlavní příznaky onemocnění pouze jeden z pozitivních symptomů - formální poruchu myšlení, neboli dezorganizovanou řeč a myšlení. Za klíčové považuje především negativní příznaky.

Heidelberský profesor Kurt Schneider rozdělil symptomy schizofrenie na příznaky prvního a druhého řádu. Příznaky prvního řádu jsou podle Schneidera specifické a lze podle nich diagnostikovat schizofrenii, ale zároveň nevyklučoval, že u schizofrenie nemusí být tyto příznaky vůbec přítomné. Schneiderovské příznaky prvního řádu byly dokonce začleněny do prvního široce používaného strukturovaného diagnostického nástroje - Vyšetření současného stavu (Present State Examination) (který použila Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní pilotní studii schizofrenie (International Pilot Study of Schizophrenia (Libiger, Höschl & Švestka, 2002).

Mezi příznaky prvního řádu patří: Ozvučování myšlenek, slyšení rozmlouvajících hlasů, slyšení hlasů komentujících vlastní jednání poznámkami, tělesné prožitky ovlivňování, odnímání myšlenek a jiné podobné ovlivňování myšlenek, rozšiřování a vysílání myšlenek, bludné vnímání.

1.2 Podtypy schizofrenie

Mezinárodní klasifikace nemocí věnuje onemocněním schizofrenního okruhu celý oddíl F20 – F29. Níže jsou uvedeny pouze podtypy onemocnění, které jsou zastoupeny u klientů chráněného komunitního bydlení, kteří se účastnili výzkumu.

Paranoidní schizofrenie (F20.0)

Jedná se o nejčastější typ schizofrenie. Je charakterizována především bludy. Jejich vývoj probíhá různým tempem a zasahuje osobnost a její vztahy. Typické pro paranoidní schizofrenii jsou bludy perzekuční, bludy ovlivňování a tajné nápomoci. Bludy jsou často doprovázeny halucinacemi. Nejčastěji se jedná o halucinace sluchové. Nemocní s paranoidní schizofrenií se brání psychotické depersonalizaci nebo rozpolcenosti lépe než nemocní s jinou formou schizofrenie snad v důsledku stabilní struktury osobnosti (Libiger, Höschl & Švestka, 2002). Tato forma schizofrenie může přejít do reziduální formy schizofrenie.

Reziduální schizofrenie (F20.5)

Jedná se o chronický stav, přetrvávající po odeznění akutní symptomatologie schizofrenní ataky. Jeho příznaky jsou většinou málo intenzivní. Hlavními projevy této formy jsou podivínství, spojené často s lenošností, nemotivovanou toulavostí a zanedbáváním sebe a svého okolí a zformováním nových a často deformovaných vztahů mezi jedincem a skutečností. Emotivita bývá oploštělá (Libiger, Höschl & Švestka, 2002).

Schizoafektivní porucha (F25.0)

Jedná se o onemocnění, při kterém se vyskytují poruchy nálady a schizofrenní příznaky současně nebo v rozmezí nejvýše několika dnů. Typická je pro toto onemocnění přítomnost chorobně skleslé či zvýšené nálady. Bludy, které se vyskytují u tohoto onemocnění, se s náladou neshodují a mají často bizarní obsah. Vždy je však nutná přítomnost charakteristických znaků pro schizofrenii. Prognóza je lepší než u schizofrenie. Je to dáno schopností emočně a intenzivně prožívat (Libiger, Höschl & Švestka, 2002).

Klasifikace rozlišuje depresivní(F25.1), manický(F25.0) a smíšený typ(F25.2).

Porucha s bludy (F23.0)

Typické pro tuto poruchu je solitární či systematizovaný blud, často s velmi logickým systémem. Blud se obvykle rozvíjí pozvolna a jedinec ho považuje za pravdivý. Jeho obsah je většinou stálý a může trvat celý život. Pro toto onemocnění nejsou halucinace typické.

1.3. Stádia schizofrenie

Prodromy

Pro toto stádium jsou charakteristické poruchy nálady jako je dysforie, deprese a úzkost a poruchy kognitivních funkcí (roztržitost, obtížné soustředění), sociální stažení a do jisté míry i pozitivní příznaky (iluze, magické myšlení). Nejčastějším

příznakem, který pacienti uvádějí je vztahovačnost (Koukolík & Motlová, 2004).

Tyto příznaky mohou vést ke zhoršené adaptaci a problémovému chování, včetně sklonu k návykovým látkám (Libiger, Höschl & Švestka, 2002).

Akutní stádium

Jedná se o období floridních psychotických příznaků. Dochází k nepřiléhavosti emocí i myšlenek, při nichž se myšlenky stávají nepřirozené a podivně významné a dochází k rozvolnění toku myšlenek. Další příznaky jsou podle typu onemocnění, které jsou uvedeny výše (Libiger, Höschl & Švestka, 2002).

Stabilizační fáze

Jedná se o období odeznívání psychotických příznaků. Pro tuto fázi se ujal výstižný pojem „křehká“ remise. Je to období, kdy je pacient zvýšeně zranitelný vůči stresu z okolního prostředí (Koukolík & Motlová, 2004).

Reziduální fáze

Zhruba u jedné třetiny pacientů, kteří prodělali psychotickou ataku dojde k vyléčení, u jedné třetiny dochází k dlouhodobé remisi a u jedné třetiny jsou i přes léčbu ataky časté. Přesto u většiny zůstávají takzvané reziduální symptomy. Často se jedná o poruchy paměti a pozornosti, sociální stažení, apatie, poruchy vůle, nízká odolnost vůči stresu.

1.4 Schizofrenie a stigma

Jednou z největších překážek úspěšné léčby a zvládnání schizofrenie je stigma, které je s touto nemocí často spojeno (www.stopstigmapsychiatrie.cz). Dle Linka je pro stigma charakteristický současný výskyt nálepky, stereotypu, ztráty postavení a diskriminace, přičemž k uplatnění stigmatizace je potřeba moc (Koukolík & Motlová, 2004).

Nálepka spojuje jedince s nepříjemnými charakteristikami, které formují stereotyp. Pro řadu lidí je nálepka „psychiatrický pacient“ spjata se stereotypní představou o nebezpečnosti, což vede k potřebě se od duševně nemocných distancovat. Proces stigmatizace se objevuje tehdy, když společenské nálepky oddělují „nás“ od „oni“.

Hendikepovaná osoba nemusí být například omezena ve své schopnosti pracovat, proto, že má duševní onemocnění, ale proto, že je vystavena diskriminujícímu prostředí (Koukolík & Motlová, 2004).

Diskriminace se netýká pouze sníženého pracovního uplatnění, ale i nízkého výdaje peněz na léčbu schizofrenie, menší dostupnost bydlení, snížené sociální interakce.

Stigma spojené se schizofrenií vede k častým nesprávným výkladům v médiích, což napomáhá upevňování negativních stereotypů. Stigma v důsledku schizofrenie neovlivňuje pouze jedince, kteří schizofrenií trpí, ale také jejich rodiny, ošetřovatele a poskytovatele zdravotnické péče všeobecně.

Stigmatizace je pro klienty zátěží a může zhoršovat i průběh onemocnění. Aby bylo možné snížit stigma a diskriminaci ve spojitosti se schizofrenií, je nezbytné změnit hluboce zakořeněné postoje lidí. To lze dosáhnout pomocí osvěty

veřejnosti a médií. Důležité je zaměřit se i na mladé jedince, neboť již zde se vyskytují předsudky vůči duševnímu onemocnění. Dalším důležitým krokem je změnit veřejnou politiku a zákony s cílem zmírnit diskriminaci a zvýšit právní ochranu osob trpících duševními chorobami (www.stopstigmapsychiatrie.cz).

1.5 Kvalita života u schizofrenie

Cílem komunitní péče by mělo být zvyšování kvality života. Zjištění v 80. letech minulého století, že spokojenost s prožíváním volného času a pracovními aktivitami není u lidí se schizofrenií nižší než u zdravých jedinců, vedla jako silný argument k zapojení dlouhodobě hospitalizovaných zpátky do života a tím ke vzniku komunitní péče (Koukolík & Motlová, 2004).

Dle Světové zdravotnické organizace je *kvalita života to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*

Kvalita života se posuzuje objektivními a subjektivními kritérii. Objektivní kritéria se blíží pojmu životní úroveň či sociální postavení. Patří sem například příjem, vzdělání atd. Hodnocení objektivně stanovené kvality přináší úskalí a to především v tom, že něco dopředu předpokládá. Klade příslušně stanovenou kvalitu a její kritéria a hledá, zda jí je dosaženo (Kaucký, 2005).

Kvalita života je ale především subjektivní hodnota. Subjektivní hodnocení jsou vlastní výpovědi spokojenosti s objektivními faktory. Například subjektivní spokojenost s prací.

Kvalita života se měří podle sebesposuzovacích dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů. Kritici sebesposuzujících metod

namítají, že hodnocení je ovlivněno kognitivními problémy, periodickým střídáním nálad a medikací. Jejich zastánci naopak obhajují nenahraditelnost klientova pohledu (Koukolík & Motlová, 2004).

Výsledky dosavadních studií dokazují, že pacienti se schizofrenií jsou ve stabilizovaném stavu schopni hodnotit kvalitu života sami (Dragomirecká & Motlová, 2003).

Studie v USA srovnávající subjektivní kvalitu života u pacientů s chronickou schizofrenií s kvalitou života duševně zdravých Američanů, zjistily že všechny skupiny pacientů měly horší kvalitu života v oblastech sociálního života, financí a zaměstnání.

Vyšší kvalitu života měli pacienti žijící s některým členem rodiny. Muži se často po hospitalizaci vraceli do míst, kde se narodili a kvalita života u nich byla horší než u žen, které byly bez ohledu na rodinný stav spokojenější, víc utvářely mezilidské vztahy a více se věnovaly užitečné práci. Nejlépe se ve společnosti adaptovali vdané ženy a ženatí muži, což dokazuje podporu, která se pacientovi od partnera dostává (Dragomirecká & Motlová, 2003).

2. Psychiatrická rehabilitace

Hlavním cílem psychiatrické rehabilitace je neizolovat člověka s hendikepem, ale umožnit mu žít v komunitě. Nejvýstižněji popisuje psychiatrickou rehabilitaci definice od Antonyho:

„Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory (Pěč & Probstová, 2009).

Obecně lze tato definice shrnout tak, že léčba se věnuje potlačení nemoci, zatímco psychiatrická rehabilitace se snaží o maximalizaci zdraví. To v praxi znamená, že se snaží zaměřit na zachovalé schopnosti klienta a dál je rozvíjet. Léčba pracuje s poškozením, rehabilitace s postižením a hendikepem (Paleček, 2001).

Základní model, od něhož odvozuje psychiatrická rehabilitace své postupy, vychází z představy o stresu a ochranných faktorech, které spolupůsobí na zranitelném terénu a jejich kombinace se podílí na vzniku poškození, postižení a hendikepu. Mezi nejčastější stresory patří užívání návykových látek, špatné rodinné zázemí, stigma. Od komunitních služeb se očekává, že pro pacienta zajistí optimální chráněné prostředí (Koukolík & Motlová, 2004).

2.1 Definice pojmů

Poškození

Poškození znamená jakoukoliv ztrátu nebo abnormalitu psychologické, fyziologické či anatomické struktury nebo funkce. Poškození jsou symptomy, které ukazují na abnormalitu mozku, například halucinace.

Postižení

Znamená funkční ztrátu plynoucí z poškození. Narušuje schopnost člověka vykonávat očekávané sociální úlohy a plnit role. Například sociální stažení, které dotyčnému brání v navázání sociálních kontaktů. V důsledku toho nemůže najít zaměstnání a je nezaměstnaný, což již lze označit jako hendikep.

Hendikep

Jedná se o sociální odpověď na postižení.

Podle nové mezinárodní klasifikace aktivit a participací se pojem postižení nahrazuje pojmem aktivita, pojem hendikep pojmem participace. Pokud se pojem aktivita používá v negativním smyslu, jedná se o sníženou aktivitu a u participace se jedná o omezení participace. Účelem této změny bylo zmírnit negativní dopad této terminologie. Tato terminologie se ale zatím v literatuře nevžila (Pěč & Probstová, 2009).

Člověk s duševním onemocněním potřebuje jednotný přístup péče. V moderním pojetí by se měla rehabilitace stále více přibližovat k začátku onemocnění a prolínat se s léčbou. Bohužel jsou k vidění stále situace, kdy je pacient zmaten různým přístupem jednotlivých služeb, které mají různé způsoby poskytování péče, různou filozofii a očekávání průběhu nemoci, i když všichni mají pravděpodobně stejný cíl a to ulevit pacientovi od příznaků nemoci (Pěč & Probstová, 2009).

Například personál v léčebnách vede pacienta k tomu, aby byl spolupracující pacient a nepodporuje pacientovu iniciativu a nezávislost, kdežto programy přechodného zaměstnávání se snaží

ve svých klientech nezávislost podporovat (Pěč & Probstová, 2009).

V současné době se hovoří o tom, že celý systém služeb, který poskytuje psychiatrickou péči, by měl být zaměřen na úzdravu (Vachková, 2008).

Úzdrava

Dle Antonyho je úzdrava: *hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností nebo rolí člověka* (Pěč & Probstová, 2009). Úzdrava neznamená úplné vymizení symptomů, ale úspěšnou životní adaptaci, i přes přetrvávající symptomy. Zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu jedince, poté co se mu podaří překonat katastrofické dopady své nemoci. Proces úzdravy je u pacientů se schizofrenií reálný. Studie dlouhodobě sledující pacienty se schizofrenií, prokazuje, že u většiny dojde k procesu úzdravy (Pěč & Probstová, 2009).

2.2 Principy psychiatrické rehabilitace

V současné psychiatrické rehabilitaci lze vysledovat několik principů. Hlavním principem, z kterého psychiatrická rehabilitace vychází je fakt, že klient je v centru zájmu. Cílem rehabilitace je zvyšování jeho kompetence. Klient je v průběhu rehabilitace do ní aktivně zapojován a sám rozhoduje, o tom, jak bude rehabilitace vypadat.

Snaží se s klientem pracovat v pro něj co nejběžnějších podmínkách a zachovávat klientovy běžné aktivity. Pracuje se zdravou stránkou klienta a snaží se rozvíjet jeho dovednosti. Základem celého procesu psychiatrické rehabilitace je naděje.

Důležitou součástí psychiatrické rehabilitace je vztah mezi pracovníkem a klientem. Důležité jsou tři aspekty: partnerství, respekt a flexibilita. Partnerstvím je míněno, že pracovník a klient jsou partnery ve společném úsilí. Pracovník přistupuje ke klientovi bez hotových závěrů, snaží se mu naslouchat, poznat ho v jeho jedinečnosti a hledat s ním společné cíle. V psychiatrii se často setkáváme s tzv. paternalistickým přístupem. Pracovník vytváří autoritativní vztah, který pacient doplňuje vztahem podřízeným.

Respekt znamená vnímání potřeb a hodnot klienta jako výchozího bodu spolupráce. Flexibilita znamená, že spolu s klientem neustále monitorujeme změny v jeho životě. Jiná odpověď bude na situaci v krizi, jiná v době kdy jsou klientovy dovednosti v dané oblasti dostatečné (Pěč & Probstová, 2009).

2.3. Fáze psychiatrické rehabilitace

Proces psychiatrické rehabilitace je cyklický. Dle Pěče (2008) lze psychiatrickou rehabilitaci rozdělit do těchto fází:

Diagnostická fáze

Tato fáze začíná vyhodnocováním míry připravenosti na určitý typ psychiatrické rehabilitace. Popřípadě při nedostatečné připravenosti plánuje kroky, které k této připravenosti povedou. Pokračuje zvolením cíle rehabilitace a zjištěním momentálních klientových dovedností. Dále se diagnostická fáze zaměřuje na hledání zdrojů psychické podpory z okolí klienta.

Plánování

Je fáze, kdy pracovník s klientem plánuje rozvoj dovedností a psychické podpory z okolí, které jsou nutné k zvládnutí daného cíle.

Intervence

Ve fázi intervence se s klientem pracuje na rozvoji dovedností a na rozvoji psychické podpory z okolí. Na nácviku těchto dovedností může pracovat v chráněných podmínkách nebo přímo na místech, kde tyto dovednosti klienti potřebují.

Vyhodnocování

Se zabývá zhodnocením proběhlého procesu rehabilitace a často se opět vrací do diagnostické fáze, k stanovení dalších rehabilitačních cílů (Pěč, 2008)

3. Komunitní péče

Komunitní péče jako jednu z metod využívá psychiatrickou rehabilitaci.

Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově i organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci lidem i s vážnějším zdravotním (psychickým) postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem života (Pěč & Probstová, 2009).

Z toho vyplývá, že služba by měla být rozprostřena rovnoměrně v celé zemi, aby byla dosažitelná pro co nejvíce klientů a jednotlivé služby by na sebe měly navazovat. Hlavní myšlenka komunitní péče vychází z přesvědčení, že vyspělá společnost by se měla postarat o lidi, kteří kvůli svému handicapu nejsou sami schopni naplňovat své životní potřeby. A co nejvíce jim pomoci začlenit se do běžného života. Klient by měl dosáhnout co největší nezávislosti a kontroly nad svým životem.

Pojem komunitní péče přesahuje klasické dělení péče na péči zdravotní a sociální. Veškerá péče by měla být propojena a institucionální péče používána jen v nutných případech.

Hlavními skupinami na které by se měla komunitní péče zaměřit jsou vážně fyzicky nemocní, mentálně postižení, těžce psychicky postižení, osoby staršího věku, kteří nejsou schopni se sami o sebe postarat a závislí na návykových látkách (VIDA, o.s., 2007).

3.1. Rozdělení komunitních služeb

Systém komunitní péče lze rozdělit do několika oblastí z hlediska na jakou oblast klientova života je zaměřen. Jeden klient může využít libovolný počet služeb. Komunitní služby by měly navazovat na psychiatrické intervence, v lepším případě se s nimi prolínat.

Krizové služby

Jsou služby, které odpovídají na klientův životní prožitek, který klient pokládá za naléhavý a s kterým si sám v dané situaci není schopen poradit. Poskytují mu podporu, vedení, radu. Cílem

je, aby klient pocítil úlevu, získal náhled na situaci a vrátil se na předkrizovou úroveň života.

Mezi krizové služby jsou zahrnuty:

- 1.)Telefonická pomoc
- 2.)Krizové kontaktní centrum
- 3.)Služba s možností přespání
- 4.)Mobilní služba s možností domácího léčení

Terénní práce s klientem

Cílem terénní práce s klientem je pomoci mu v domácích podmínkách. Dalším cílem je nabídnout klientovi další vhodné služby. Jde o individuální pomoc klientovi.

Pod terénní práci s klientem spadá tzv. Case management, do češtiny překládané jak případové vedení. Jedná se o službu, která je přímo nastavená pro daného jedince. Je formou organizace péče o klienta, jehož potřeby přesahují možnosti jediné služby a je pro něj třeba účelně koordinovaného postupu několika poskytovatelů služeb. Roli koordinátora většinou zaujímá sociální pracovník v roli case managera, který jedince vede v jeho cestě životem a pomáhá mu překonávat překážky, které jsou dány jeho onemocněním.

Podpora v práci

Možnost a schopnost pracovat je důležitým aspektem hodnocení každého člena společnosti, i důležitým aspektem sebehodnocení a sebedůvěry. Z toho důvodu je důležité, aby se zřídilo co nejvíc programů pracovní rehabilitace a podpory zaměstnávání, které mohou duševně nemocným umožnit návrat

na trh práce a tak i možnost zpět se začlenit do normálního života. Podpora v práci má několik podob podle stavu a momentálních schopností klienta.

1.) **Chráněná dílna** –jedná se o práci v chráněném prostředí.

Jde o dočasné zaměstnání klienta, jehož cílem je pracovní rehabilitace, není důležitý jen výkon klienta, ale naučení či obnovení pracovních návyků, jako například práce v kolektivu, vytvoření denního řádu, podpora sebevědomí a příprava klienta na práci v běžných podmínkách. Dílny jsou vedeny terapeutem, který je neustále k dispozici.

2.) **Přechodné zaměstnávání** – realizuje se v běžných

firmách, nevyžaduje speciální kvalifikaci, jedná se například o administrativní práci, úklid apod. Práce na daném místě je časově omezená a slouží k přípravě klienta na vstup do nechráněných podmínek. Podpora terapeuta již není stálá, je klientovi k dispozici, ale postupně se jeho podpora snižuje.

3.) **Podporované zaměstnání** – probíhá jako placená práce

v běžných podmínkách za podpory asistenta. Asistent pomáhá klientovi najít práci, zpočátku s klientem do práce dochází a poté s ním řeší problémy, které klient na pracovišti řeší. Je v kontaktu i se zaměstnavatelem. Toto zaměstnání již vychází ze silných stránek klienta a je více specializované.

4.) **Sociální firmy** – jsou alternativou běžného trhu práce pro klienty, kteří jsou schopni pracovat, ale nejsou schopni se uplatnit na běžném trhu práce.

Volný čas – struktura volného času je pro nemocné trpící schizofrenií velice důležitá. Často se stává, že si s ním klienti neumí sami poradit. K tomuto účelu slouží centrum denních aktivit a svépomocné kluby.

Podpora bydlení je podrobněji popsána v následující kapitole.

4.Rehabilitace v oblasti bydlení

Schopnost klienta žít v komunitě je oporou celého rehabilitačního procesu. Je to důležité hlavně pro klienty, kterým jejich onemocnění nedovoluje žít samostatně a pro klienty, které žijí v prostředí s problematickými vztahy. Ve vývoji rehabilitace v oblasti bydlení lze sledovat dva modely:

4.1 Model kontinua návazných zařízení

Myšlenkou tohoto bydlení byl gradující rehabilitační program v komunitě, kterým měl klient procházet a postupovat k čím dál větší funkčnosti v čím dál tím méně omezujícím prostředí.

Tento model slouží k zamezení dlouhodobého vyčlenění klienta ze společnosti. Co se ale týká procesu deinstitutionalizace, jde jen o poloviční krok. Klient nastupuje opět do institucí se zaběhlými způsoby a mnohdy se jim jen těžko dokáže přizpůsobit (Paleček,

2001). Další nevýhodou je také to, že klient často uvízne v jednom typu zařízení a dál už nepostupuje. A pokud postupuje, tak stěhování z jednoho typu bydlení do druhého představuje pro klienta velkou zátěž (Vachková, 2008).

Mezi tyto služby patří: domy na půl cesty, byty na půl cesty a dlouhodobé chráněné bydlení.

Domy na půl cesty

Jedná se o službu pro lidi, kteří chtějí žít samostatně, nezávisle na své rodině, ale zatím ještě nejsou dostatečně soběstační tento krok zvládnout. Klienti se s různou mírou podpory asistenta učí dovednosti, které k samostatnému bydlení potřebují. Například vařit, uklízet atd. Délka pobytu je limitována.

Byty na půl cesty

Jedná se o vybavené byty, patřící organizaci, která tuto službu poskytuje. Klienti zde bydlí samostatně. Několikrát do týdne k nim dochází asistent a je k dispozici i k individuální spolupráci. Cílem této služby je postupné zapojování klienta zpět do samostatného života.

Dlouhodobé chráněné bydlení

Jedná se o rezidenční službu. Poskytuje klientovi takovou míru podpory, podle jeho individuálních potřeb, aby mohl žít v maximální míře běžným způsobem života. Délka pobytu je u této služby neomezená.

4.2. Model podporovaného bydlení

Podporované bydlení vzniklo s cílem přesunout těžiště podpory z ústavní péče domů a tím redukovat problém bezdomovectví a hospitalizací (Pěč & Probstová, 2009). Na rozdíl od kontinua poskytuje možnost udržet bydlení v prostředí, které si člověk sám vybere, uživatel žije sám v normálním stabilním domově a ne v zařízení, které patří do nějakého programu. Dostává se mu takové míry podpory, kterou potřebuje a tak dlouho, jak je to nutné (Vachková, 2008). Osobou, která mu podporu poskytuje je Case manager.

5. Situace komunitní péče v ČR

Komunitní péče ve světě se začala rozvíjet po druhé světové válce. Do té doby byla péče institucionální v léčebnách. Postupně začala vznikat privátní ambulantní síť a denní stacionáře a v 70. letech minulého století začalo docházet k deinstitucionalizaci, což znamená snižování lůžek v psychiatrických léčebnách a budování sítě komunitní péče. Nejsilnější deinstitucionalizační tendence proběhly ve Velké Británii, která propustila až 100 000 nemocných (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2005).

V České republice se komunitní péče začala rozvíjet po roce 1989. Vznikla řada nestátních organizací, které na sebe ale nenavazovaly. Impulz přišel v podobě dokumentu *Koncepce psychiatrické péče*, který byl v roce 2001 přijat ministerstvem zdravotnictví. Prvním impulzem pro vznik tohoto dokumentu byl

neuspokojivý stav péče o duševně nemocné. Hlavním nedostatkem byl nevyhovující poměr mezi ambulantní, komunitní a lůžkovou psychiatrickou péčí. Model, který je v ní nastíněn, je model balancované péče. Jedná se o model převážně institucionálně zakotvený, ve kterém se těžiště péče přesune z psychiatrických léčeben do intermediálních zařízení jako jsou například denní sanatoria, krizová centra. Péče lůžková má být převážně na psychiatrických odděleních nemocnic a pouze v malé míře v psychiatrických léčebnách (Pěč & Probstová, 2009).

Důležitým faktorem je i dostupnost a návaznost péče. Je zřejmé, že v mnoha místech tyto služby ještě ani nezačaly vznikat, jinde sice existují jedno či více zařízení, ale bez další návaznosti.

Dle Jarolímka se ale situace v oblasti komunitní péče nikam neposunula, revizi koncepce psychiatrické péče komentuje takto: *„V kapitole věnované akutní a následné lůžkové psychiatrické péči je precizně rozpracováno optimální technické a personální vybavení, bohužel zde postrádám jakýkoliv nástin vývoje počtu psychiatrických lůžek v následujících letech či desetiletích. Před postupnou deinstitucionalizací dává revidovaná koncepce přednost modelu vyvážené péče. Podstatou modelu je ponechání stávající lůžkové kapacity a zároveň budování komunitních služeb. Musí se tedy najít peníze na paralelní financování jak neredukovaného počtu lůžek, tak nových komunitních zařízení. Z toho, že dokument naprosto postrádá jakékoliv nastínění a načasování plánovaných kroků je patrné, že autoři revize vůbec nepočítají s tím, že by se někdy mohla koncepce „vyvážené péče“ realizovat“* (Jarolímek, 2009).

O tom, že se situace v České Republice mění jen velmi pomalu svědčí počet lůžek v psychiatrických léčebnách. V České

republike je 11 591 lůžek. Z toho 10 045 (86,66%) je umístěno v psychiatrických léčebnách. To znamená, že v současné době je v České Republice 11,04 lůžek na 10 000 obyvatel. Střední hodnota v zemích Evropské Unie je 8,7. V zemích s nejrozvinutějšími systémy péče o duševní zdraví je však počet lůžek méně než poloviční.

Problémem je i financování psychiatrické péče, která nedosahuje z celkových nákladů na zdravotnictví 3,6%. Ve většině Evropských zemích se tento podíl pohybuje nad 5% (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2005).

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Chráněné komunitní bydlení Bona

Bona je nezisková organizace sídlící v Praze, která byla založena v roce 1999 s cílem o opětovné začlenění lidí s duševní poruchou do společnosti a o zkvalitnění jejich života, při zachování důstojných životních podmínek. V současné době se věnuje podpoře samostatného bydlení, chráněnému bydlení a sociální rehabilitaci v oblasti práce. Dále zde uvádím jen informace o chráněném bydlení, neboť toho se týká praktická část.

Bona o.p.s. provozuje tuto službu ve 4 objektech, které všechny sídlí blízko psychiatrické léčebny Bohnice. Na jednom bydlení je kapacita míst pro 10 – 15 klientů. Společné bydlení je tvořeno jedno, dvou a třílůžkovými pokoji se sociálním zařízením, společenskou místností, kuchyní a místností pro terapeuta. Cílovou skupinou jsou osoby s vážným duševním onemocněním, kterým nemoc ovlivnila dosavadní způsob života a oddělila je od běžného místního společenství. Podmínkou přijetí je kompenzovaný zdravotní stav, nepřítomnost závislosti na návykových látkách a nepřítomnost agresivního chování (Bona o.p.s., 2005).

Chráněné bydlení je služba, kterou si klienti hradí z vlastních prostředků a která je dotována státem. Délka pobytu není časově omezena. K dispozici mají klienti terapeuta, který je na CHKB přítomen ve všední den od 7:30 do 16:30 hodin a

asistenční služby, které jsou k dispozici od 19:30 do 6:00 hodin každý den a o víkendech od 9:00 do 19:30.

Chráněné komunitní bydlení je zaměřeno především na nácvik a obnovu dovedností týkajících se péče o domácnost a přípravu jedince na samostatné bydlení.

6.1 Etnografie chráněného komunitního bydlení Bona

CHKB Bona je tvořeno skupinou lidí s duševním onemocněním schizofrenního okruhu, kteří žijí v společně v jednom bytě. V současné době žije v tomto bytě 10 klientů, kteří obývají plochu 187m². Byt je rozdělen na čtyři pokoje. Dva jsou trojlůžkové a dva dvojlůžkové. Byt obývá 5 žen a 5 mužů. K tomuto bytu náleží ještě 2 menší byty, které vedle tohoto bytu. Tyto byty obývají další 3 klienti Bony. Tyto byty slouží pro klienty s vyšší mírou soběstačnosti, kteří uvažují o možnosti chráněného bytu nebo samostatného bydlení. Jinak mají stejné povinnosti jako ostatní klienti. Dohromady tuto službu využívá 13 klientů. Přítomnost terapeuta či asistenčních služeb byla dříve 24 hodin, nyní se tento čas upravil a terapeut je zde každý všední den od 8 do 16:30. Asistenční služby pokrývají noční služby a víkendové služby. Náplní práce terapeuta je vést chod bydlení, vede komunity a pracuje s klienty na plnění jejich rehabilitačního plánu. Mezi jeho povinnosti patří i vedení účetnictví CHKB. Náplní práce asistenční služby je podpora klientů v běžných denních činnostech, psychická podpora a práce s klienty na individuálním rehabilitačním plánu.

Každý všední den začíná v 8 hodin komunitou, kterou vede terapeut. Zde se probírají události předešlého a následujícího

dne. Účast na komunitě je povinná. Pokud na ni klient z nějakého důvodu nemůže být, musí tuto skutečnost terapeutovi předem sdělit. Po komunitě většina participantů odchází do práce do chráněných dílen. Ti, kdo zůstávají na CHKB připravují oběd.

Svůj volný čas tráví klienti různým způsobem. Většina klientů má své sociální kontakty z období před onemocněním. Jedná se většinou o příbuzné, kteří je jednou za čas navštěvují nebo klienti jezdí za nimi. Nové vztahy navazují jen těžko. Pokud k tomu dojde, tak většinou s lidmi s podobnými psychickými problémy. Proto je přítomnost terapeuta a asistenčních služeb vnímána jako vytržení z tohoto prostředí. Vztahy mezi klienty na CHKB prochází různými etapami a různě se mění. Většinou jsou mezi klienty vztahy přátelské nebo založené na vzájemné toleranci, občas ale dojde i ke konfliktům. V převážné většině si je klienti vyřeší mezi sebou sami. Pokud tuto situaci nejsou schopni sami zvládnout, požádají o pomoc terapeuta či asistenční službu. Celkově je ale atmosféra na CHKB přátelská. Volný pohyb klientů není omezen. Přesto většinu času ale tráví převážná část klientů na CHKB. O víkendech jezdí mladší klienti na víkendy domů.

7. Cíl výzkumu

Cílem mé práce je popis chráněného bydlení Bona o.p.s. z pohledu klientů, kteří tuto službu využívají nebo v minulosti využívali. Jelikož je toto téma velice široké, zaměřila jsem se ve svém výzkumu na několik okruhů témat, které mě z pohledu člověka pracujícího dlouhou dobu v této komunitní službě, připadají zajímavé. Zaměřila jsem se především na okolnosti,

kteřé byly důvodem jejich nástupu na chráněné bydlení a zda mají jiné možnosti bydlení a s jakými potřebami na bydlení nastupují a jak jsou jejich potřeby naplňovány v průběhu pobytu na CHKB. Chráněné bydlení by mělo sloužit jako tréninkové místo pro přípravu na samostatné bydlení, proto jeden z okruhu témat se věnuje i představě o budoucnosti klientů v oblasti bydlení.

Jelikož v dostupné literatuře často chybí pohled klientů, byla bych ráda aby má práce sloužila i jako zpětná vazba organizacím, které se touto problematikou zabývají.

Za výzkumné otázky jsem si zvolila:

- 1.) Odkud uživatelé na chráněné bydlení přicházejí a odkud získávají o bydlení informace?
- 2.) Jaké měli uživatelé jiné možnosti bydlení?
- 3.) Jaká byla očekávání uživatelů před nástupem na bydlení?
- 4.) Jak se splnila očekávání uživatelů?
- 5.) Jak si uživatelé představují svou budoucnost?

8. Design Výzkumu

8.1 Typ výzkumu

Pro tento výzkum jsem zvolila přístup kvalitativní. Zvolila jsem si tento přístup, protože se jedná o menší počet dotazovaných a zároveň se chci zaměřit na podrobnější popis

problému, což by mi kvalitativní přístup neumožnil. Neexistuje totiž dostatek teoretických podkladů, na základě kterých by se dala vypracovat hypotéza a na základě té vypracovat kvantitativní výzkum.

Tento výzkum spadá pod případové studie, respektive pod případové studie sociálních skupin. Dle slovníku se jedná o výzkumnou metodu, při níž je zkoumání podroben jednotlivý případ, detailně popsán a vysvětlován, takže se dochází k takovému typu objasnění, jehož při zkoumání týchž objektů v hromadném souboru nelze dosáhnout. Výhodou metody je možnost hlubokého poznání podstaty případu, nevýhodou omezenost zobecnitelnosti výsledků (Průcha, Walterová & Mareš, 2001). Dále se jedná o terénní výzkum. Ten má za cíl zkoumat svůj předmět v co nejpřirozenějším prostředí. V této práci se jedná o chráněné bydlení Bona o.p.s.

8.2 Metody získávání dat

Data pro výzkum byla získána ze tří zdrojů:

- 1.) z osobního rozhovoru s lidmi s onemocněním schizofrenního spektra, kteří jsou klienty chráněného bydlení Bona o.p.s.
- 2.) z dokumentů o vstupním pohovoru zájemců Bony o.p.s., které vyplňují jako uchazeči o bydlení
- 3.) z vlastního pozorování při mém působení na chráněném bydlení

Podle zvoleného cíle výzkumu se mi jako nejvhodnější metoda jevila metoda semistrukturovaného rozhovoru, tedy rozhovoru s předem připravenými okruhy otázek, jejichž pořadí i formulace je možné měnit při zachování jádra rozhovoru (Miovský, 2006), pro doplnění nebo objasnění nově objevených témat byly využívány tzv. sekundární otázky, které nejsou předem připraveny, ale slouží k rozvíjení nebo upřesnění nově objevených témat (Ferjenčík, 2000).

Většina těchto rozhovorů probíhala na chráněném bydlení Bona o.p.s., zbylé dva rozhovory probíhaly na přání klientů mimo toto zařízení v nedaleké kavárně. Průměrná délka jednoho rozhovoru činila 80 minut. Vzhledem k očekávané délce rozhovoru, která je pro některé klienty příliš náročná na koncentraci, byly rozhovory v pěti případech rozděleny ve dvě setkání. Při rozhovoru jsem zvolila doslovný písemný záznam rozhovoru. Nepoužila jsem metodu nahrávání pomocí diktafonu, neboť se domnívám, že zapisování je pro klienty méně stresující a jsou poté při rozhovoru více otevření.

Dále jsem pracovala se vstupními dotazníky klientů. Jedná se o dotazník, který klienti vyplní před nástupem na CHKB. Tento dotazník mapuje potřeby a přání klienta, kterým dovednostem se chce na CHKB věnovat a pracovat na jejich zlepšení. Tyto dokumenty jsem využila ke zjištění, na která témata se mám v rozhovoru konkrétněji zaměřit.

Další poznatky, které zde uvedu jsou z mého působení na CHKB. Zaměřila jsem se především na pozorování sociálních kontaktů klientů, jejich přístupu k povinnostem a řešení problémů v přirozených podmínkách. Toto pozorování probíhalo při mých víkendových a nočních službách, které mám průměrně pětkrát za měsíc.

8.3 Výběr výzkumného souboru

Účastníky (participanty) výzkumu jsem vybírala mezi klienty chráněného bydlení Bona o.p.s. Podmínkou výběru výzkumného souboru bylo onemocnění schizofrenního okruhu. Dále jsem se snažila vybírat klienty různého věku a vzdělání. A stejný poměr v zastoupení mužů a žen. Další důležitou podmínkou byl souhlas participantů.

8.4 Etika výzkumu

Všichni participanti výzkumu se zúčastnili dobrovolně a to stvrdili písemným souhlasem se zveřejněním dat z výzkumu i z jejich vstupních pohovorů.

Anonymizace výzkumu participantů byla zajištěna označením jednotlivých klientů písmeny od A do H. Přesto si uvědomuji, že úplné anonymity nelze dosáhnout z důvodu takto malé skupiny lidí, která na chráněném bydlení pobývá.

Pro klienty jsou některá témata spojena s nepříjemnými zážitky a vyvolávají v nich nepříjemné pocity, proto jsem se snažila ke klientům volit co nejcitlivější přístup.

Jelikož by mohlo docházet ke střetu zájmů z toho důvodu, že jsem pracovníkem Bony, bylo klientům slíbeno, že žádné informace plynoucí z rozhovoru nebudou poskytnuty pracovníkům Bony.

8.5 Popis výzkumného souboru

Výzkumu se účastnili 4 muži a 4 ženy ve věku 33 – 60 let. Průměrný věk účastníku výzkumu (participantů) byl 45 let.

Všichni participanti byli klienty chráněného bydlení Bona o.p.s. V současnosti již jedna z účastnic na bydlení není.

Průměrná délka pobytu participantů v době výzkumu byla 3,5 roku. Nejkratší délka pobytu byla 0,5 roku a nejdelší 8 let. Přičemž 8 let je délka existence této služby.

Diagnózu paranoidní schizofrenie mají 4 participanti, 2 participanti se léčí s diagnózou reziduální schizofrenie, 1 participant se léčí se schizoafektivní poruchou a 1 s organickou poruchou osobnosti s psychotickými rysy. Všichni účastníci výzkumu pobírají plný invalidní důchod. Zcela zbaveno způsobilosti k právním úkonům je 6 participantů, 1 je zbaven částečně a 1 je plně způsobilý k právním úkonům. Dokončené vysokoškolské vzdělání mají 2 participanti, 3 participanti mají dokončenou střední školu s maturitou, 3 mají základní 9ti letou školu. Pro lepší orientaci slouží tabulka 1.

Tabulka č. 1

Participant	Pohlaví	Věk	délka pobytu na CHKB	Diagnóza
A	muž	57	5 let	F20.0
B	muž	44	0,5 roku	F20.5
C	muž	45	1,5 roku	F68.0
D	muž	34	1 rok	F20.5
E	žena	57	3 roky	F20.0
F	žena	60	8 let	F22.0
G	žena	33	8 let	F20.0
H	žena	30	1 rok	F25.0

9. Analýza dat výzkumu

9.1. Odkud klienti na chráněné bydlení přišli?

Nejčastějším místem odkud dotazovaní uživatelé na chráněné komunitní bydlení (CHKB) přišli je psychiatrická léčebna (PL). Odtud nastoupilo na CHKB 7 z 8 participantů. Průměrná délka pobytu v PL činila u uživatelů 1 rok a 6 měsíců. Nejdelší délka pobytu byla 3 roky, nejkratší 4 měsíce. Převážná část participantů přišla z oddělení pro pacienty dlouhodobě hospitalizované. U 7 participantů se jednalo o opakovanou hospitalizaci. Pouze u participanta F to byla hospitalizace první. Uživatel A přišel z podnájmu, kde bydlel se svou přítelkyní.

9.2. Jak se klienti o CHKB dozvěděli a jak dlouho na tuto službu čekali?

Všichni klienti, kteří přišli z léčebny, tedy 7 z 8, se o chráněném bydlení dozvěděli přímo v léčebně. Většinou tuto informaci získali od sociálních pracovníků, působících v léčebně, ve dvou případech od svých ošetřujících lékařů. Kromě participantů A a C to bylo pro klienty první setkání s chráněným bydlením. Nikdy v minulosti o existenci takové služby neslyšeli. Klient C již na chráněném bydlení pobýval, ale díky těžkému úrazu musel CHKB opustit.

Participant A se o chráněném bydlení dozvěděl od jiné organizace poskytující komunitní služby. Další informace jim byly poskytnuty při pohovoru s pracovníky Bony o.p.s. Vlastní názor si

mohli též vytvořit při cvičných návštěvách, kdy klienti na bydlení docházeli, aby se ujistili, zda by jim tato služba vyhovovala a zda zvládnou povinnosti, které jsou s bydlením na CHKB spojené. Průměrná délka, kterou klienti na CHKB čekali, byla půl roku.

9.3. Jiné možnosti bydlení uživatelů

Většina dotázaných popřela, že by měla jinou možnost bydlení před nástupem na CHKB. Proto jsem se dále dotazovala, kde bydleli klienti před příjmem do psychiatrické léčebny a z jakého důvodu není možné v tomto bydlení dále pokračovat. Dále uvádím možnosti bydlení, které využívali klienti před hospitalizací v léčebně.

Bydlení s rodinou

Většina z dotázaných uvedla, že před přijetím do léčebny bydlela s někým s rodiny. Před svým přijetím do léčebny bydleli s rodinou účastníci B, C, D, F, G. Ve dvou případech šlo o dlouhodobou hospitalizaci z důvodu úmrtí člena rodiny, který se o dotyčného staral. U účastníka B se jednalo o rodiče, u účastníka G o prarodiče.

Uživatel B, který zdědil domek po smrti rodičů, se necítil schopen návratu do svého bydliště. Na dotaz zda měl jinou možnost bydlení odpovídá takto: *„Paní sociální mi navrhla dům s pečovatelskou službou, ale na to se čeká několik let a jsem na to moc mladý, takže jsem mohl buď zůstat v léčebně a nebo jít do ústavu pro duševně nemocné, baráček mám, ale nemůžu být*

sám, celý život jsem tam žil s rodiči, potřebuji nad sebou dohled. Proto jsem šel na bydlení."

Participant C a D žili se svými sourozenci. Bohužel v ani jednom případě nebyl možný návrat do původního bydliště. U participanta C nesouhlasila jeho sestra. Trpí také psychotickým onemocněním a společné bydlení s participantem jí neprospívalo. U participanta D nebyl zájem ani z jedné strany. Se sestrou docházelo k častým konfliktům. Klient byl z této situace pod neustálým tlakem a většinu času trávil mimo domov. Také u něj docházelo k užívání pervitinu a opakovaným hospitalizacím. Komentuje to takto: *„Pořád jsme se hádali, sestra se opíjela a mě to rozjíždělo. Radši jsem vždycky odešel pryč. Ani teď bych ji nechtěl vidět."*

Z odpovědí vyplývají dva důvody, pro které nemohou klienti dále s rodinou pobývat. Úmrtí příbuzných, kteří se o klienty starali. Po jejich úmrtí nebyli participanti schopni dále samostatně existovat a ve všech případech se zhoršil i psychický stav dotazovaných a po této události následoval dlouhodobý pobyt v léčebně.

Druhým důvodem byly konflikty s rodinnými příslušníky. Příčinu těchto konfliktů vidí klienti v nedostatku porozumění jejich psychickým obtížím. A v obou případech byly dle mínění klientů i jednou z příčin jejich opakovaných hospitalizací.

Vlastní bydlení

Ve dvou případech klienti měli svůj byt, kde žili před hospitalizací, ale lékařem jim nebylo doporučeno se do bytu prozatím vrátit.

A i ony samy připustily, že jejich psychický stav neumožňoval opětovné navrácení do původního bydliště. Jako hlavní důvod uvádějí nízkou soběstačnost v důsledku psychotického onemocnění.

Uživatelka E říká: *„Mám svůj byt a tam mě doktorka nepropustila, zkoušela to před poslední hospitalizací, ale nebylo to k životu. Nevyznala jsem se vůbec ve světě. Ztratila jsem klíč od bytu a čekala jsem, zda mi to bůh spraví. Prostě jsem bláznila. Tak sem se nakonec do léčny vrátila. Bona je lepší řešení, jsem mezi lidmi, mohu se zeptat na své problémy a cítím se tu v bezpečí.“*

Participant H bydlela v pronajatém bytě, s nájmem jí často vypomáhali rodiče. Klientka se zatím nechtěla do bytu vrátit a ani její rodiče to nepokládali za možné řešení.

Bydlení s partnerem

V době před nástupem na CHKB měl 1 participant dlouhodobý vztah. Žil v bytě, který patřil jeho přítelkyni. V důsledku častých konfliktů došlo k rozchodu a participant A neměl jinou možnost bydlení. Bylo mu ambulantním psychiatrem nabídnuto CHKB, které přijal.

Původní bydliště a důvody, pro které se nemohli klienti do původního bydliště vrátit shrnuje tabulka 2.

Tabulka č. 2

Participant	Místo odkud přišel	Bydlení před hospitalizací	Důvody, proč už nelze bydlet v posledním bydlišti
A	byt přítelkyně PL- pavilon 15	byt přítelkyně v domečku s matkou	rozchod s přítelkyní úmrť matky, nízká soběstačnost v důsledku psychotického onemocnění
B	PL- pavilon 11	v bytě se sestrou	časté konflikty, psychické onemocnění sestry
C	PL- pavilon 2	v bytě se sestrou	časté konflikty
D	PL- pavilon 12	vlastní byt	nízká soběstačnost v důsledku psychotického onemocnění
E	PL- pavilon 12	se synem	úmrť syna, exekuce na byt
F	PL-pavilon 2	v domku s prarodičem	úmrť prarodiče, změna majetkových poměrů
G	PL-pavilon 30	v podnájmu	Nízká soběstačnost v důsledku psychotického onemocnění
H			

9.3.1. Další možnosti bydlení

Jak vyplývá z předešlého textu, možnost vrátit se do původního bydliště bylo u všech participantů výzkumu obtížné, důvody jsou uvedeny výše. Další možností, kterou klienti měli byla:

Psychiatrická léčebna

Pobyt v léčebně bývá pro klienty spojen s velkými obavami. Často mají špatné zkušenosti a neradi se do léčebny vrací. Důvody, které udávají jsou ztráta soukromí, malá svoboda pohybu, potlačení individuality jednotlivce a časté konflikty s ostatními pacienty. Proto dlouhodobé setrvání v léčebně je pro participanty jen těžko představitelné.

Přesto se u dvou participantů stalo, že byli spíše přesvědčeni od personálu léčebny, než že by to byla jejich vlastní iniciativa. Dokonce jeden klient pociťoval nátlak ze strany personálu, aby šel na bydlení. Obava z neznámého, obava z nezvládnutí povinností na chráněném bydlení a současně již zažitý rytmus v léčebně a vytvoření sociálních vazeb byli faktorem, proč 2 participanti váhali s nástupem na bydlení.

Participant B: *„Chtěl jsem do domova důchodců, ale tam se musí čekat, potom přijel bratr s paní sociální a ty přišli s návrhem na chráněný bydlení, ale myslel jsem, že je to pečovatelská služba. Pak jsem přišel na nácviky vaření a toho jsem se trochu lekl a myslel jsem, že to nezvládnou. Paní sociální se na mě trochu zlobila, že jsem línej. Na paviloně jsem byl zvyklejší a zvyklejší a už jsem nechtěl změnu. Ale už to bylo domluvený, tak jsem tam nastoupil.“*

Domy se zvláštním režimem

Jedná se o ústavy sociální péče s psychiatrickým dohledem a domovy důchodců s psychiatrickou službou. Nevýhodou těchto služeb je dlouhá čekací doba a také umístění. Většina z nich je daleko od Prahy. Klienti zde již mají vybudované sociální vazby a

většina z nich zde žije převážnou část svého života, proto nechtějí Prahu opustit.

Starší klienti o této možnosti uvažovali a mají podanou přihlášku do některého domova se zvláštním režimem. Vidí to jako variantu do budoucna, až budou starší a nebudou schopni se o sebe postarat.

Mladší participantů mají z takového kroku obavy. Vidí v tomto kroku definitivní řešení, z kterého už nevede cesta zpátky. Taky mají již zázemí v Praze a neradi by ji opouštěli.

Komunitní bydlení poskytované jinou organizací

Někteří dotazovaní tuto možnost zvažovali. Nejdůležitějším kritériem byla délka pobytu, která je v jiných organizacích jasně vymezena. A důležitým předpokladem využití této služby je vlastní bydlení, kam se pak klient vrací. Z důvodu omezené délky pobytu kladou tyto organizace důraz na vyšší míru soběstačnosti klientů, aby byli schopni se po uplynutí této doby do svého bytu vrátit. Bona o.p.s. toto omezení doby pobytu nemá.

9.4. Co od bydlení klienti očekávali?

Klienti měli již určitou představu, kterou získali pohovory a návštěvou CHKB. Přesto očekávání se u jednotlivých klientů různila. Dále jsou zde zmíněna očekávání dle četnosti a důležitosti z pohledu klientů.

1.) Jistota bydlení

Jak vyplývá z předešlého textu, všichni participanti z různých důvodů neměli možnost jiného bydlení. Poskytnutí bydlení bylo proto hlavní motivací při nástupu na CHKB. Všichni dotázaní uvádějí toto očekávání jako hlavní prioritu, proč se o CHKB ucházeli. I když takto otázka nebyla směřována, další důvody, které klienti uvedli, jsou často vymezovány vůči léčebně.

2.) Větší soukromí

Potřeba soukromí je důležitá pro každého člověka. U lidí s psychickým onemocněním je tato potřeba ještě umocněna. Jejich psychický stav se střídá a jsou období, kdy potřebují být sami. Jak vyplývá z rozhovoru, na některých pavilonech v léčebně není možné toto soukromí nalézt. Jedná se převážně o resocializační pavilony. Tak jsou pojmenovány pavilony pro dlouhodobě hospitalizované pacienty.

Klientka F například říká: *"Očekávala jsem větší soukromí. Na pavilóně byl naprostý nedostatek soukromí, například mi vadilo společný sprchování a taky to, že nás bylo hodně na pokoji. A přes den byly zamčené pokoje, takže jsme čas musely trávit u televize nebo na chodbě."*

Narušení soukromí klienti také často vnímají ve vztahu ke své nemoci. Za nepříjemné považují svěřovat se svými problémy před ostatními pacienty při vizitách.

Klientka F říká: *„Neměla jsem individuální přístup k lékaři, a to mi vadilo. Říkat všechno přede všemi při vizitě. Tak jsem prostě o některých věcech nemluvila."*

Přesto, že potřeba většího soukromí bylo pro většinu uživatelů druhým nejčastějším očekáváním, většina z nich zároveň s tím uvedla, že to, že budou mezi lidmi, vidí jako velkou výhodu CHKB. Obava ze samoty je často zmiňovaným důvodem v setrvání na chráněném bydlení.

Klient C uvádí: *„Být sám je pro mě těžké. Neumím být sám, když jsem sám, nudím se.“*

Klientka F: *„Nechtěla bych bydlet sama, bojím se samoty, bojím se, že bych tam umřela a nikdo si toho nevším.“*

3.) Větší míra svobody

Toto očekávání je opět vymezeno vůči psychiatrické léčebně. Omezení svobody pohybu v léčebně je klienty vnímáno negativně. Žádání o propustku nebo chození po léčebně jim připadá nedůstojné, i když připouští, že to tak musí být.

4.) Psychická podpora

Klienti se cítí v mnoha věcech nejistí. Často stačí pouhé vědomí toho, že se mají v případě krize na koho obrátit. Běžným jevem je situace, kdy klient pobyt na chráněném bydlení zvládá bez obtíží, ale při pokusu o samostatné bydlení selhává.

Při nástupu na CHKB byla pro participanty důležitá podpora pracovníků bydlení při stěhování, aby s nimi měli trpělivost, vše jim vysvětlili a podpořili je při zvládnutí aklimatizace na CHKB.

V dlouhodobějším pohledu očekávali klienti psychickou podporu v komunikaci s rodinou, jednáním s ostatními klienty, pomoc při zhoršení nemoci. Pro některé je důležité si popovídat s někým, kdo je psychicky zdravý.

Participant D : „Jsem rád, když se mnou někdo mluví, občas mám tlaky do hlavy a to mi pomůže, když poslouchám lidi, jak se baví.“

5.) Zlepšení psychického stavu

Chráněné bydlení není zdravotnické zařízení, proto se nezabývá léčbou ani psychoterapií. Jediné co může klientovi poskytnout je klidné strukturované prostředí a dohlížení na braní medikace. Další výhodou je i možnost odhalení začínajícího relapsu onemocnění u klienta, který nemá na nemoc náhled.

6.) Podpora při hledání zaměstnání

Patřit do společenství, pracovat nebo se vzdělávat patří mezi základní potřeby každého člověka.

Duševní onemocnění často negativně ovlivňuje pracovní schopnosti. A to má za důsledek i špatnou finanční a sociální situaci dotyčného. Při vstupním pohovoru mělo přání najít si práci 7 z 8 klientů. Hlavní motivací k získání práce bylo zlepšení finanční situace, využití volného času a potřeba seberealizace. Konkrétní představu o tom, v jaké oblasti by chtěli pracovat, klienti neměli. Vrátit se k původnímu zaměstnání viděli v dané situaci jako nereálné. Pouze 2 klienti toto přání zmínili.

7.) Příprava na samostatné bydlení

Přesto, že chráněné bydlení by mělo sloužit i jako tréninkové místo pro zlepšení, obnovení nebo udržení návyků a dovedností souvisejících s péčí o vlastní osobu a svěřené

prostory, tj. domácnost (Bona o.p.s., 2008), spontánně toto přání udávají jen 2 z 8 dotazovaných uživatelů. Konkrétně se jedná o uživatele B, který od bydlení očekával podporu jak v oblasti péče o sebe, tak i podporu v běžných denních dovednostech.

Uživatel B to popisuje takto: *„Celý život jsem žil s rodiči, kteří se o mě starali, nevycházel jsem sám ven a doma jsem nemusel nic dělat. Když maminka umřela, musel jsem do léčebny, sám bych se o sebe nepostaral. Na CHKB jsem se chtěl naučit hlavně uklízet, nakupovat, vařit a všechno, abych mohl jednou žít sám v malém bytě.“*

Uživatelka D od bydlení očekávala, že se naučí hospodařit s penězi, což se jí do té doby nedařilo. Také chce pracovat na tom, aby se mohla vrátit do svého bytu a žít samostatně.

Ostatní dotazovaní uživatelé toto přání sami neuvádějí. Na cílený dotaz, který jsem pokládala na základě záznamu ze vstupního dokumentu (součástí vstupního dokumentu je i zakázka od klienta v čem požaduje na CHKB podporu a v čem by se rád zlepšil), poté klienti tyto údaje potvrdili. Těchto oblastí je více proto je uvádím samostatně.

Zlepšení dovedností v péči o domácnost

Mezi tyto dovednosti patří nácvik vaření, uklízení, praní, žehlení a nákupů a všech ostatních dovedností, které jsou potřeba k samostatnému bydlení. Většina klientů byla v minulosti zvyklá se o sebe starat, ale dlouhou hospitalizací ztratili jistotu v některých dovednostech. Proto šlo většinou jen o jejich obnovení.

Před nástupem na CHKB měli participanti nejvíce obavu z nakupování a vaření pro větší počet lidí. Častou obavou z vaření

byla i obsluha elektrických spotřebičů. Tato obava je způsobena nedostatkem zkušeností klientů s těmito spotřebiči a taky strachem ze zranění.

Klient B: „*Mám posunutý práh bolesti, bál jsem se trouby, je to horký a taky žehlení a dát ruku nad sporák.*“

Pouze u jednoho klienta šlo o přání naučit se všem těmto dovednostem. Jednalo se o particpanta B, který žil s rodiči až do jejich smrti. Prostředí, ve kterém vyrůstal, bylo velmi hyperprotektivní, a participant se většinu dovedností musel učit až po smrti rodičů.

Naučit se hospodařit s penězi

Je častým problémem, se kterým se klienti potýkají. Je to dáno dvěma aspekty, financí nemají mnoho a dostávají je v 7 případech od opatrovníka. V mnoha případech nevydrží klienti s daným obnosem a zůstávají tak po mnoho dní bez jakéhokoliv příjmu. Dalším aspektem je u většiny klientů velký výdej peněz za tabák. Potřebu zvládnout vyjít s penězi uvádí ve svém vstupním pohovoru 7 klientů.

Struktura volného času

Uspořádat si volný čas je problém, který trápí víc participantů. I před hospitalizací měli s naložením s volným časem značné obtíže. Zároveň udávají, že je to pro ně velice důležité. Pokud nemají náplň dne, nudí se a někteří vyhledávají zábavu v podobě užívání alkoholu nebo užívání tabáku, případně marihuany. Taky se pak více zaobírají svou nemocí, což většina participantů hodnotí negativně.

9.5. Splnilo se očekávání klientů?

Na tuto otázku všech 8 dotazovaných odpovědělo kladně. Při cílených dotazech na konkrétní očekávání jsme se ale dostali k problémům, které na CHKB řeší.

Nejpřednějším motivem klientů k nástupu na bydlení byla:

1.) Jistota bydlení

Jistota bydlení je pro většinu lidí ve společnosti důležitá hodnota. Stejně tak i pro klienty. Proto jsem klientům položila tuto otázku: „*Máte strach, že byste o bydlení na CHKB mohli přijít?*“ Přesto, že všichni klienti uvedli, že se jejich očekávání splnila, všichni dotazovaní mají obavu, týkající se jejich bydlení na CHKB v budoucnosti. Obavy jsou shrnuty níže:

Ukončení smlouvy pro porušení pravidel

Jedná se o nejčastěji udávanou obavu. V minulosti se několikrát stalo, že s klientem byla smlouva z tohoto důvodu ukončena. Domnívám se, že takto časté zastoupení této odpovědi je částečně dáno i tím, že v době, kdy probíhaly tyto rozhovory, byla s jednou klientkou tímto způsobem smlouva rozvázána.

Uživatelé se po těchto událostech cítí více ohroženi. Mají pocit, že některé věci nemohou ovlivnit, a že jo to tím, že mají slabou vůli. Diskutovanou otázkou se stal zákaz kouření v celém prostoru bydlení. Dříve bylo povoleno na bydlení kouřit. Nyní byl samotnými klienty odhlasován zákaz kouření, přesto je to pro některé těžko splnitelné. A i přesto, že jsou si vědomi důsledků, které z toho plynou, nejsou schopni tuto podmínku splnit.

Klient C to popisuje takto: „*Ano, strach mám. Když jsem něco provedl v léčebně, tak jsem dostal zákaz vycházek, když něco udělám tady, tak dostanu napomenutí, pak podmínku a pak mě vyhodí. A kam bych šel?*”

Klientka E: „*Já jsem na tom tak s tou vůlí, že někdy se prostě nedonutím jít kouřit ven nebo nesníst něco z lednice.*”

Klient B: „*Ano, mám strach. Už mám napomenutí. Už se mi zdá o ústavech. Jsem člověk slabé vůle, někdy si prostě neporučím a kouřím na záchodě.*”

Nedostatek financí

Pobyt na CHKB je placená služba. Všichni participanti výzkumu jsou v plném invalidním důchodu. Kromě participanta F pobírají všichni participanti plný invalidní důchod. Participantovi F nebyl důchod přiznán z důvodu neodpracovaných let před začátkem onemocnění. Dalším zdrojem příjmů klientů je příspěvek na péči a sociální dávky.

A u těch, co pracují, měsíční mzda, která ale nedosahuje očekávané výše. Jejich příjmy jsou v různé výši a proto mají někteří obavu ze zvyšování nájmu na chráněném bydlení. Někteří klienti přicházejí s dluhy z minulosti.

Dalším aspektem, který se pojí s nedostatkem financí je obava klientů o existenci Bony o.p.s.. Bona o.p.s. je nezisková organizace, takže její finanční situace se odvíjí od dotací, které každý rok obdrží.

Rozhodnutí opatrovníka

Zcela zbaveno způsobilosti je 6 z 8 klientů. Obava, že opatrovník rozhodne za ně, kam půjdou bydlet, je častá obzvláště

u participantů, kteří nemají za opatrovníka příbuzné. Největší obavu mají mladší klienti z ústavu sociální péče. Starší klienti jsou s tímto přechodem smířeni, ale chtějí počkat co nejdéle dobu a do té doby bydlet na chráněném bydlení.

Klientka G: *„Bojím se toho, že jednou skončím v ústavu. A že se mě nikdo na nic nebude ptát. To bych radši utekla, než tam zůstat zavřená.“*

Klienti mají o ústavech většinou dost špatné představy, přestože ani jeden v žádném ústavu nebyl.

Klient C: *„Tady bydlím, v ústavu by to bylo přežívání.“*

2.) Soukromí

Na CHKB jsou klienti ubytováni ve dvou a třílůžkových pokojích se sociálním zařízením. K užívání mají dále společné prostory, kde je kuchyň s jídelnou a sezení u televize. Na bydlení je v současné době 13 uživatelů.

Většina z dotázaných by ocenila větší míru soukromí. Více je toto zmiňováno u klientů, kteří sdílejí pokoj s dalšími 2 klienty. Problém vidí v tom, že si svého spolubydlícího nemůžou vybrat. Problém je taky ve fluktuaci klientů. Klienti si často musí zvykat na nové příchozí a někdy je sžívání s nimi viděno jako obtížné.

Klient B: *„Je tady větší klid a víc soukromí. Na patnáctce nás bylo 11 na pokoji. Popravdě řečeno bych měl ale nejraději svůj pokojíček, takhle se musím přizpůsobovat, nemůžu si pouštět jaký rádio chci.“*

Přání vlastního pokoje je časté. Na tomto CHKB tato možnost bohužel není, ale na jiných CHKB Bony tato možnost je, ale je finančně náročnější, což je i důvod proč by tuto možnost klienti nechtěli využít.

Na nedostatek soukromí si stěžují klienti, i co se týče partnerských vztahů. Pokud si na CHKB vytvoří vztah, je problém s místem, kde by se mohli sami setkávat. Čas tráví raději mimo komunitní bydlení, aby měli alespoň nějaké soukromí. Je to časté téma konfliktů. Jelikož jsou na CHKB pokoje pouze pro ženy nebo pro muže, navštěvují se často partneři na jednom z pokojů. To ale zase považují spolubydlící dotyčného za porušování soukromí. Ve většině případů jsou ale schopni se domluvit.

Na druhou stranu jsou ale klienti rádi, že žijí v kolektivu.

3.) Podpora při hledání zaměstnání

V současnosti má práci 5 participantů. Jedná se ve všech případech o práci v chráněných podmínkách. Převážná část participantů má pracovní dobu 4 hodiny denně. Hlavní motivací pro získání práce byly finance, náplň času, seberealizace a možnost poznat nové lidi. S hledáním práce jim pomohl terapeut, který jim poskytl informace o práci v chráněných podmínkách a podpořil je při prvním kontaktu se zaměstnavatelem. Další kroky již podnikli participant sami.

Ve všech případech jsou participant v práci spokojeni a chtěli by v ní i nadále pokračovat. Participant C vidí svou práci jako ideální zaměstnání. Ani jeden z dotazovaných nedělá práci podobnou jeho původnímu zaměstnání. Tři participant by se chtěli v budoucnu přiblížit k původní profesi. Participant F už podnikla kroky k uskutečnění této práce. Participant F: *„Umím jazyky, i dřív jsem je soukromě učila, s terapeutem jsme podali inzerát a i jsem si nějaké prohlížela. Je jich ale málo nebo je to daleko na dojíždění.“* Problém participant vidí i ve zbavení způsobilosti k právním úkonům. Je pak těžké uplatnit se na

volném trhu práce. V současné době nemají práci 3 participant. Participant G z důvodů zhoršení fyzického a psychického stavu. Participant B by rád práci získal, ale zatím se neuvolnilo místo v práci, kterou by si přál. Participant A trvalou práci neshání. Věnuje se hudbě a malování obrazů, které prodává.

Jako výhodu práce v chráněných podmínkách udávají uživatelé tolerantní přístup s ohledem na jejich psychický stav, možnost seberealizace, méně stresu než na volném trhu práce.

Nevýhodu vidí v nedostatečném finančním ohodnocení a práce v uzavřeném kolektivu klientů s podobnými problémy a omezený rozsah výběru práce. Dalším problémem je i to, že pokud si klienti vydělají víc peněz než jsou jejich dávky, tak jsou jim odebrány.

Participant G se pokusila i o dálkové studium na střední škole. Bohužel ho musela přerušit z důvodu zhoršení psychického stavu. Původní a současná povolání shrnuje tabulka 3.

Tabulka 3

Participant	Původní povolání	Rok ukončení	Současné povolání	Trvání současného povolání
A	neměl	-----	nemá	-----
B	nikdy neměl práci	-----	nemá	-----
C	Pomocný zedník	1988	Chráněná dílna papírenská	4 měsíce
D	zedník	1994	chráněná dílna-pracoviště pro údržbu zeleně	6 měsíců
E	ústav parazitologie	1991	chráněná dílna-knihařská	6 měsíců
F	Učitel jazyků na gymnáziu	1994	Chráněná dílna-resocializační kavárna	1 měsíc
G	servírka	2002	nemá	-----
H	Asistence u vozíčkářů	2008	kavárna	3 měsíce

4.) Psychická podpora

Klienti hodnotí své vztahy s pracovníky jako dobré. Obvyklým jevem je, že si najdou mezi pracovníky osobu, které důvěřují a té se svěřují a žádají ji o pomoc, když potřebují. Výběr této osoby záleží na sympatiích, věku a pohlaví.

Když mají problém, většinou je to pracovník CHKB, na kterého se obrací, přesto zaznívá v rozhovorech často stížnost na nedostatek porozumění ze strany personálu.

Klienti nejsou spokojeni s tím, že často pozornost pracovníků směřuje jen na kontrolu povinností než na porozumění jejich prožívání.

Participant G: *„Soustřeďují se víc na povinnosti, že člověk musí jen vařit a uklízet.“*

Participant E: *„Chtěla bych, aby si lidi víc odpouštěli jak klienti terapeutům, tak terapeuti klientům.“*

5.) Zlepšení zdravotního stavu

Převážná část klientů se cítí lépe než když na CHKB nastupovala. Při nástupu na chráněné komunitní bydlení mělo 7 participantů v anamnéze opakované hospitalizace v psychiatrické léčebně. U jedné klientky (participant F) se jednalo o jednu hospitalizaci. V 5ti případech se jednalo o méně než 5 hospitalizací (participant B, C, D, G, H). U participantů A a F překročil počet hospitalizací číslo 20. Participantka F byla hospitalizována dokonce víc než 40x.

Po svém nástupu na CHKB nebylo hospitalizováno 6 participantů. Participant E byl od té doby hospitalizován 3x na

průměrnou dobu 3 měsíce. Participant G byl hospitalizován 1x na 6 měsíců.

Domnívám se, že takto nízké zastoupení hospitalizací je dáno klidným strukturovaným prostředím, dohlížením na užívání medikace, psychickou podporou při zhoršení stavu a také včasným odhalením blížícího se relapsu. Pokud je nástup akutní ataky včas odhalen, stačí v některých případech pouze úprava medikace. Dalším faktorem při zhoršení stavu je i pocit klienta, že o něj bude postaráno. Často je také u klientů v období krize dáována přednost návštěvě centra krizové intervence před hospitalizací v léčebně.

4.) Příprava na samostatné bydlení

Většina dotázaných uvádí, že jsou nyní samostatnější než když na CHKB nastoupili. Participant E: *„Když jsem odcházela z léčebny, cítila jsem se málo schopná žít samostatně. Ted' už by to brzo šlo.“* Největší pokroky participanti uvádějí v péči o domácnost. Zlepšili se ve vaření, v uklízení, v nákupech. Největší obavy měli klienti z vaření a nákupů. Většina participantů měla již z dřívějšíka s vařením zkušenosti, hlavně ženy, které se staraly o rodinu. Muži si spíš vařili rychlá a jednoduchá jídla. Častým problémem, s kterým se klienti setkávají, je naučit se vařit pro velké množství lidí. Za pozitivum klienti považují to, že si mohou vybrat sami, jaké jídlo budou vařit. Problémem ale často bývá, že klienti pak opakují 2 - 3 jídla a o další se již nepokouší. Většina klientů udává ve vaření zlepšení. S uklízením dle svého hodnocení nemá problém nikdo. Problém je spíše v dostatečné vůli.

S čím se ale neustále potýkají, je obtížné hospodaření s penězi. Převážná většina participantů v této oblasti neudává

žádné zlepšení, ostatní jen mírné. Problém vidí v nedostatku financí a u některých ve velkém výdaji za tabák a léky. Lepší výsledky nejsou dosaženy ani při rozdělení příjmu peněz na dny či týdny. Většina dotazovaných nevydrží s penězi do dalšího braní.

Participant E: *„Já když něco vidím a mám peníze, tak si to koupím. A pak jsem bez peněz. A nemám co kouřit.“*

Struktura volného času

Většina klientů pokračuje ve svých zájmech, které měli před hospitalizací. Mají pocit, že CHKB jim poskytuje dostatek prostoru k vykonávání jejich zájmů. Oceňují podporu terapeuta, který je v zájmech podporuje. Více volného času tráví na CHKB než jinde.

Je to z několika důvodů. Důležitý aspekt hraje finanční stránka. Jeden z častých zájmů participantů je kultura, ale nedostatek financí jim nedovoluje zúčastnit se kulturních akcí.

Dalším důvodem je jejich psychické onemocnění. Venku se cítí více ohroženi.

9.6 Představy uživatelů o budoucnosti, související s bydlením

Představa budoucnosti je u klientů spojena s obavami a nejistotou, která se netýká pouze bydlení, ale i zdravotního stavu a celé jejich existence. Budoucnost dle klientů závisí v převážné většině na tom, jak bude probíhat jejich onemocnění.

Rozdíl v pohledu na budoucnost je patrný u mladších a starších jedinců, dále pak a mužů a u žen. Liší se i na základě délky pobytu na CHKB. A to převážně u mladších klientů. Čím delší dobu na bydlení pobývají, tím víc chtějí změnit svou situaci. Klientka G to shrnula takto: *„Už tady mám ponorku. Jsem tady 8 let a to je dlouho, ze začátku mě to tady bavilo, ale čím dýl jsem tady, tak bych si od toho potřebovala odpočinout. Člověk tu nemá soukromí a je tu hodně povinností.“*

U starších participantů je to naopak. Našli zde své zázemí a jen těžko se smiřují s představou, že budou jednou muset bydlení opustit. Žádný z participantů nechce v budoucnosti žít se svou rodinou. I ti, co mají s rodinou dobré vztahy, tuto možnost v budoucnu neplánují. Důvodem je potřeba osamostatnit se.

Odpovědi participantů lze shrnout do tří možností: co nejdéle zůstat na CHKB, přejít do domova důchodců s psychiatrickou službou, bydlet samostatně.

Co nejdéle zůstat na CHKB

Toto je přání většinou starších uživatelů, převážně mužů (Participant A, B, C, F). Poté co již nebudou schopni se o sebe postarat a plnit povinnosti na CHKB, by odešli do domova důchodců s psychiatrickou službou či do ústavu sociální péče.

Domov důchodců s psychiatrickou službou

Většina klientů má o některý domov se zvláštním režimem zažádáno. Někteří v tomto nejsou aktivní a nechávají vše na opatrovníkovi, někteří dokonce ani neví, že taková žádost byla

podána. Mladší klienti vidí tyto instituce spíš jako hrozbu. Ani jeden z nich nechce v budoucnu v tomto zařízení skončit.

Klientka F: *“Dokázala bych žít sama, ale nechci, chci do domova důchodců. Na starý kolena tam budu muset, ale co nejdýl bych byla tady.”*

Samostatné bydlení

Odchod z bydlení v budoucnu je přání hlavně mladších dotazovaných a participantů, kteří jsou na bydlení delší dobu. Týká se to hlavně žen, 3 ze 4 dotazovaných si představuje jinou budoucnost než na CHKB. Participant E by se ráda vrátila do svého bytu.

Participant H by ráda sehnala pronájem, ale do bytu, ve kterém bydlela před hospitalizací se vracet nechce. Nemá na něj dobré vzpomínky.

Participant G by se ráda vrátila do normálního života, ale bohužel to v současné době nevidí reálně. Překážkou je její finanční situace a v současnosti i zhoršený psychický stav.

Další participant by si rád našel bydlení v podobě sociálního bytu.

Všichni participant, kteří chtějí samostatné bydlení nevyklučují možnost, že by mezitím strávili nějaký čas na chráněném bytě. Jedná se o byt, ve kterém klient žije sám a několikrát týdně má schůzky s terapeutem.

10. Diskuze nad výzkumnými otázkami

V této diskuzi bych ráda shrnula odpovědi na výzkumné otázky. Situace většiny participantů před nástupem na CHKB byla v mnoha ohledech podobná. Na CHKB přicházeli z psychiatrické léčebny, ve většině případů z resocializačních oddělení, kde v průměru strávili 1rok a šest měsíců. Informace o CHKB jim byla poskytnuta pracovníkem léčebny, nejčastěji se jednalo o sociálního pracovníka. U většiny participantů se nejednalo o první hospitalizaci, proto je zarážející, že o možnosti CHKB slyšeli poprvé. Zvláště udivující je to u participantů, kteří měli špatné rodinné zázemí a docházelo ke konfliktům, což vedlo ke zhoršování onemocnění.

Hlavní motivací klientů při nástupu na bydlení bylo „mít kde bydlet“. Důvody, pro které se nemohli vrátit zpět do bydliště před hospitalizací byly různé. Nejčastějším důvodem byla nízká soběstačnost, způsobená psychotickým onemocněním a dlouhou hospitalizací. U některých bylo důvodem úmrtí příbuzného, který se o klienta staral. Ve všech případech by se klienti museli vrátit do prázdného bytu, což jak vyplývá ze situace, nebylo možné.

Dalším důvodem byly konflikty s rodinnými příslušníky, které vyvolávaly psychické napětí a zhoršovaly psychický stav participantů.

Očekávání, s kterými přicházeli klienti na bydlení, byla různá, hlavní ale bylo stejné: jistota bydlení. Přestože průměrná délka participantů na CHKB byla v době rozhovoru tři roky a šest měsíců, měli všichni participanté obavy, že by mohli o toto bydlení přijít.

Nejčastější obava se týkala ukončení smlouvy pro porušení pravidel. Klienti se domnívají, že mají slabou vůli a že některá pravidla nejsou schopni vždycky dodržet. Zde vyvstává často diskutovaný problém mezi pracovníky CHKB, co je klienty možno ovlivnit a co je příznakem jejich nemoci. Problém je taky v rozdílnosti závažnosti onemocnění u jednotlivých klientů. To, co někteří zvládnou bez problémů, činí jiným potíže, ale pravidla jsou pro všechny stejná.

Další obava se týká nedostatku financí klientů, což je častý problém lidí s onemocněním schizofrenie. Dalším důvodem obav, který se týká financí je i obava z budoucnosti Bony kvůli nedostatku financí. Jedná se o neziskovou organizaci, která žije z dotací, které jsou jí přidělovány jednou za rok. Obava z rozhodnutí opatrovníka za klienty už je méně častá, ale není také zcela nereálná.

Další nejčastěji zastoupená očekávání jsou vymezena vůči léčebně. Je to dáno dlouhodobou hospitalizací před nástupem na CHKB. Jedná se o větší soukromí a větší svobodu pohybu. Očekávání klientů se splnila co se týče svobody pohybu, ale soukromí by většina klientů uvítala více. Tato situace je dána tím, že jsou ve dvou a třílůžkových pokojích. Proto by klienti uvítali raději samostatný pokoj.

Nalézt si práci bylo přáním většiny uživatelů. Pět z nich v současnosti pracuje v chráněných podmínkách a jsou s prací spokojeni, nikdo se nepřiblížil svému původnímu povolání. Důvodem je omezený rozsah výběru práce. Hlavní motivací k získání práce bylo u klientů zlepšení finanční situace, seberealizace a možnost poznat nové lidi.

V dovednostech, které jsou potřeba k samostatnému bydlení vidí klienti pokrok. Většinou šlo jen o obnovení

dovedností, jelikož většina dotázaných již před tím částečnou starost o domácnost zastávala. Jen v jednom případě se jednalo o zcela nové naučení těmto dovednostem. S kontrolou povinností souvisí i častá stížnost participantů. U některých pracovníků mají pocit, že kontrola povinností je převážnou náplní jejich práce. Přáli by si více porozumění a více psychické podpory. Výhodou CHKB je, že je zde více pracovníků a tak si mohou nalézt osobu, které důvěřují a na tu se obracet.

Jedinou dovedností, která se jejich nástupem na CHKB výrazně nezlepšila je hospodaření s penězi. Příčin je podle participantů více, nedostatek financí, velké výdaje za léky a cigarety.

Očekáváním, které je pro klienta z pozice jeho života velmi důležité je zlepšení zdravotního stavu. Klienti na bydlení sice nastupovali ve stabilizovaném stádiu svého onemocnění, přesto si ale přáli, aby se jejich stav ještě zlepšil a aby nedocházelo k opakovaným relapsům. To se většině z nich splnilo. 6 participantů nebylo po nástupu na CHKB hospitalizováno. Snad to může být i tím, že žijí v klidném strukturovaném prostředí a že je dohlíženo na braní medikace, a včasným rozpoznáním nastupujícího relapsu onemocnění.

Představa budoucnosti je u klientů spojena s obavami, které se netýkají pouze bydlení, ale i jejich nemoci a jejich celé existence. Z rozhovoru vyplynuly tři možnosti v oblasti bydlení v budoucnosti:

Možnost co nejdéle setrvat na CHKB. Tito participanté mají podané žádosti do domů se zvláštním režimem, kam chtějí jít poté, co nebudou zvládat plnit povinnosti na CHKB. Toto přání se objevuje hlavně u starších mužů.

U mladších jedinců je patrná touha v budoucnu se osamostatnit. V budoucnu si chtějí bydlet samostatně, najít si podnájem nebo se vrátit do svého původního bydliště. Tato touha je silnější u jedinců, kteří jsou na bydlení dlouho. Ani jeden z dotazovaných mladších participantů si neumí představit budoucnost v ústavu sociální péče či v domově důchodců. Žádný z dotazovaných nevyslovil přání bydlet se svou původní rodinou.

Závěr

Cílem mé práce bylo zmapovat psychosociální potřeby klientů na chráněném bydlení, především jsem se zaměřila na očekávání, s kterými klienti na bydlení nastupovali a do jaké míry byla tato očekávání naplněna. Dalším okruhem na který jsem se zaměřila je popis okolností, které vedou klienta k využití služby chráněného bydlení. Protože chráněné komunitní bydlení by mělo sloužit jako příprava na samostatný život, zaměřila jsem se dále na představu klientů o jejich budoucnosti v oblast bydlení.

Chráněné bydlení je jednou ze služeb komunitní péče. A ta se prostřednictvím psychiatrické rehabilitace snaží zaměřit na klientovy individuální potřeby. Netýká se to jen potřeb fyziologických jako je zajištění potravy, bydlení, ale i potřeb bezpečí, sebeúcty, potřeba blízkosti jiných a potřeb seberealizace.

Jedním z přínosů komunitní péče by měla být i alternativa hospitalizace. Je známo, že často mají hospitalizace u chronických pacientů sociální důvod. Tento fakt se potvrdil i v tomto výzkumu. Většina dotazovaných přichází na CHKB z psychiatrické léčebny, kde strávili v průměru 1 rok a 6 měsíců. O této možnosti získávají informace až po několikáté hospitalizaci, i když již v minulosti při samostatném bydlení či bydlení s rodinou selhávali. Z toho vyplývá, že informovanost o možnosti využití těchto služeb není dostatečná. Důvodem může být i skutečnost, že chráněných bydlení je málo a z důvodu kapacity jsou naplněny a proto klientům není tato možnost sdělována dříve. Hlavními informátory o chráněném bydlení jsou léčebny, nejčastěji jejich sociální pracovníci.

Hlavní motivací klientů pro vstup na CHKB bylo „mít kde bydlet“, což ze služby samo vyplývá. Jistota bydlení se ale u

uživatelů pojí s velkými obavami, že by o bydlení mohli přijít. Pokud by tato situace nastala, vedla by u většiny participantů k opětovné hospitalizaci, jelikož většina z nich jiné možnosti bydlení nemá. Toto je dáno celkovou situací komunitní péče v České republice, v které chybí určité stupně chráněného bydlení podle míry poskytování podpory.

Přítom služba chráněného bydlení vychází z takzvaného modelu kontinua návazných zařízení, jehož předpokladem je, že klient postupuje z typu chráněného bydlení pro klienty s nižší soběstačností k bydlení, kde se kontrola neustále snižuje. Z výzkumu vyplynulo, že to v praxi často nefunguje. Průměrná délka pobytu participantů na bydlení byla 3,5 roku. Klienti se sice zlepšili ve svých dovednostech, ale ne na tolik, aby se vrátili do vlastního bytu. Nebo jsou na bydlení spokojeni, mají tam zázemí a nemají motivaci k tomu z chráněného bydlení odcházet. Dalším důvodem může být i neomezená doba délky této služby. Klienti, kteří by byli schopni se osamostatnit pak nejsou motivováni něco měnit. V praxi se často taky stává, že klienti tento krok podniknou, ale to, co na bydlení zvládali běžně, se jim doma nedaří.

Očekávání většího soukromí a větší svobody pohybu byla častým vyjádřením a byla vymezena vůči psychiatrické léčebně. Potřeba soukromí je důležitá pro každého jedince, zvláště pak pro lidi s duševním onemocněním. Z odpovědí klientů vyplývá, že na bydlení pociťují větší míru soukromí, přesto ji hodnotí jako nedostatečnou. Někteří nejsou spokojeni se svým spolubydlícím, protože si ho sami nemohou vybrat. Přesto ale oceňují skutečnost, že jsou mezi lidmi. Řešením by bylo, aby klienti měli na CHKB svůj pokoj, tím by se ale pro některé stávala služba finančně nedostupnou. Další možností by bylo podporované

bydlení, v klientově vlastním bytě. Bohužel většina participantů tento byt nevlastní a jít do podnájmu je pro ně finančně náročnější a pak by také zanikla výhoda, kterou klienti uvádějí. A to, že jsou mezi lidmi.

Potřeba bezpečí spočívá ve spravedlnosti, v touze po důvěře, stabilitě, pocitu přijetí a v obecné touze po zaměstnání se stabilním příjmem (Vágnerová, 2004). Většina participantů potřebu najít si zaměstnání ve svých očekáváních zmínila. A také většině z nich se podařilo práci najít. Jedná se o práci v chráněných podmínkách. Klienti v chráněné práci spatřují řadu výhod, tolerantnější přístup s ohledem na jejich duševní onemocnění ze strany zaměstnavatele, možnost seberealizace a klidné prostředí. Nevýhody shledávají v nedostatečném finančním ohodnocení a v práci v uzavřeném kolektivu klientů s podobnými problémy a v omezeném rozsahu výběru práce. V nevýhodách, které klienti uvádí lze nalézt problém této služby, jen částečně se přibližuje reálným podmínkám. Klienti se setkávají v uzavřeném okruhu osob a dělají většinou práci, která se nepřibližuje jejich původnímu povolání. Situace by se dala řešit prostřednictvím podporovaného zaměstnávání, ale příležitostí není mnoho a u některých participantů by byl i problém se zvládnutím práce na volném trhu práce. U těch, kteří v současnosti práci nemají plynou důvody z více aspektů. Jeden toto přání vůbec nevedl, jeden je na bydlení relativně krátkou dobu a čeká až se uvolní místo v jím požadované práci a u jednoho participanta došlo ke zhoršení psychického stavu.

Psychická podpora je do velké míry také dána potřebou bezpečí, aby se člověk cítil bezpečně, musí cítit zázemí a mít se se svými problémy na koho obrátit. Důležitou součástí psychiatrické rehabilitace je vztah terapeuta a klienta. Důležité

aspekty tohoto vztahu jsou partnerství, flexibilita a respekt. Klienti hodnotí své vztahy s pracovníky CHKB jako dobré. Častým jevem je, že si najdou osobu, které důvěřují a s ní řeší své obavy a starosti. Přesto je často zmiňovanou stížností nedostatek porozumění ze strany personálu. Klientům vadí důraz, který je kladen na splnění povinností. Mají pocit, že jejich osoba a prožívání je odsunuto do pozadí na úkor plnění povinností. Domnívám se, že by v tomto ohledu bylo prospěšné, aby byl kladen větší důraz na klientovy zájmy ve volném čase. Užitečná by byla i větší spolupráce s dobrovolníky.

Významným aspektem kvality života je dle Křivohlavého míra soběstačnosti a nezávislost. Křivohlavý zdůrazňuje význam samostatnosti zejména v oblasti sebeobsluhy a osobní hygieny (Vágnerová, 2004). To souvisí i s hlavním posláním služby chráněného bydlení. Klienti očekávali od služby zlepšení v dovednostech týkající se péče o domácnost. Největší problém měli při nástupu s vařením. V tom se všichni dotazovaní dle svého soudu zlepšili. Další problém, který klienti před nástupem na chráněné bydlení měli, bylo hospodaření s penězi. V této dovednosti klienti vidí jen mírné nebo žádné zlepšení. Důvody, které uvádějí jsou: nedostatek financí, velké výdaje za cigarety a za léky.

Služba chráněného bydlení je koncipována jako příprava na samostatné bydlení, proto jsem do svého výzkumu zařadila i představy klientů o budoucnosti v oblasti bydlení. Společným rysem všech dotazovaných je obava z budoucnosti, která se netýká pouze bydlení, ale i zdravotního stavu a celé jejich existence. Dobrý zdravotní stav je pro klienty podmínkou úspěšného zvládnutí budoucnosti. Mladší participanti by se rádi osamostatnili a našli si své bydlení. Tato touha je vyšší u

participantů, kteří jsou na bydlení déle. U starších jedinců je spíše tendence zůstat na chráněném bydlení co nejdéle. Chtějí být mezi lidmi a už si zde našli své zázemí. V pozdějším věku, kdy budou potřebovat víc péče chtějí využít službu domova důchodců či ústavu sociální péče s psychiatrickou službou. Představa budoucnosti v ústavu sociální péče nebo v domově důchodců s psychiatrickou službou je pro mladší klienty nahlížena s obavami a tyto služby nechtějí v budoucnu využít.

Jak vyplývá z výzkumu, hlavním důvodem proč klienti na CHKB přicházejí je jejich sociální situace. Z různých důvodů se nemohli vrátit do svého původního bydliště. A proto trávili dlouhou dobu v psychiatrických léčebnách, i když jejich stav byl stabilizovaný. Je možné, že pokud by nevyužili této služby, jsou v psychiatrické léčebně dodnes.

Přesto, že klienti jsou na chráněném bydlení s některými věcmi nespokojeni, jsou rádi, že se jim tato možnost dostala. Splnila se očekávání s kterými na CHKB nastupovali. Z výzkumu lze i vyvodit závěr, že se více přiblížili běžným podmínkám, což je posláním této služby. Obnovili si znovu dovednosti, které kvůli svému onemocnění a dlouhému pobytu v léčebně ztratili. Někteří si našli zaměstnání v chráněných podmínkách, což je jeden z aspektů, který duševně nemocní uvádějí jako důvod zhoršení kvality života. A celkově zaznamenávají dlouhodobé zlepšení svého psychického stavu.

Je známo, že schizofrenie je onemocnění, u kterého dochází k relapsům onemocnění a v době akutního stádia onemocnění je lůžková péče na svém místě. U klientů je sice pobyt v léčebně spojován s obavami, ale pokud mají jistotu, že se po zlepšení akutního stavu mají kam vrátit, tak je pobyt pro ně v psychiatrické léčebně snesitelnější. Co nejtěsnější propojenost

lůžkové, ambulantní a intermediární sféry je důležitým mezníkem do budoucnosti. Pokud by se část chronických pacientů, kteří jsou hospitalizováni ze sociálních důvodů přesunula do služeb komunitní sféry, měly by i psychiatrické léčebny více času a prostoru k práci s akutními pacienty a pacienty, pro které není komunitní péče vhodná. Bohužel je v současné době komunitních zařízení málo, chybí návaznost a dostupnost služeb na většině území České republiky, proto většina chronických pacientů zůstává v léčebně i po té co jsou již zaléčeni.

Jedním z hlavních principů psychiatrické rehabilitace je naděje a proto i já doufám, že situace komunitní péče v České republice se bude vyvíjet k lepšímu a že bude v budoucnu dostupná pro všechny, kteří ji budou chtít využít.

Souhrn

Tato práce pojednává o potřebách osob s duševním onemocněním nastupujících na chráněné komunitní bydlení. Teoretická část je zaměřena na principy a postupy psychiatrické rehabilitace, které jsou podstatou komunitní péče. Jsou zde uvedeny možnosti komunitní péče v České republice, se zaměřením na rehabilitaci v oblasti bydlení. Praktická část je založena na empirickém výzkumu, kterého se zúčastnili klienti chráněného komunitního bydlení Bona. Nastiňuje okolnosti, které vedly k nástupu uživatelů na chráněné komunitní bydlení, jejich očekávání spojená s pobytem na chráněném komunitním bydlení a hodnocení těchto očekávání. V neposlední řadě se zabývá i představou klientů o budoucnosti v oblasti bydlení.

Summary

The thesis concerns the needs of the clients starting to live in sheltered housing. The theoretical part focuses on the rules and procedures of psychiatric rehabilitation. The possibilities and different situations of the community care in the Czech Republic are described. The care is based on the psychiatric rehabilitation, particularly on the rehabilitation regarding housing. In the practical part the circumstances which usually lead to the enrollment of the clients in sheltered housing are introduced. Further, it describes their expectations and evaluation of their fulfillment. Last, the future plans of the clients of sheltered housing in the area of housing are examined.

Seznam použité literatury

- BONA, O.p.s.: *Základní prohlášení služby chráněné bydlení* [online]. 2005 [cit. 2010-06-01]. Dostupné z WWW: www.bona-ops.cz/index.php?cmd=page&id=51.
- CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.: *Politika péče o duševní zdraví v ČR* [online]. 2005 [cit. 2010-06-15]. Dostupné z WWW: www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf.
- CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.: *Snižování stigmatu* [online]. 2009 [cit. 2010-06-8]. Dostupné z WWW: www.stopstigmapsychiatrie.cz/index.php.
- DRAGOMIRECKÁ, E. & MOTLOVÁ, L. *Schizofrenie a kvalita života*. Psychiatrie, 2003, roč. 7, č. 2
- FERJENČÍK, J.: *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2002
- GLASSER, W.: *Terapie realitou*. Praha: Portál, 2001
- JAROLÍMEK, M. *Koncepce psychiatrické péče podle profesora Parkinsona*. Esprit, 2009, roč. 13, č.6, str. 14
- KAUCKÝ, D. (2005) *A jaké to je, je to kvalitní?* . Praha: Fokus Praha, 2005
- KOUKOLÍK, F. & MOTLOVÁ, L.: *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004
- LIBIGER, J.: *Schizofrenní poruchy*. In C. HÖSCHL & J. LIBIGER & J.ŠVESTKA(2002), *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002
- MIOVSKÝ, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006
- PALEČEK, J.: *Podpora bydlení*. Praha: Fokus Praha, 2001
- PĚČ, O.: *Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševní zdraví*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008

- PROBSTOVÁ, V.: Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince. In O. PĚČ & V. PROBSTOVÁ (Eds.), *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče* (pp. 34-153). Praha: Triton, 2009
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. & MAREŠ, J.: *Pedagogický slovník*. Praha: Portál
- SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M. & KAČEROVSKÝ, J.: *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. *Vojenské zdravotnické listy*, 2004, roč. 73, č. 1, str. 6-9.
- VACHKOVÁ, L. *Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné*. *Psychiatrie pro praxi*, 2008 9(3), 130-133,
- VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004
- VIDA, O.S. (2007). *Systém péče o lidi s duševním onemocněním*. [Brožura]. Praha: Autor
- ZVOLSKÝ, P.: *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2001