

# **Význam práce sociálního pracovníka v domově pro klienty s psychiatrickým onemocněním**

Simona Frolová

---

Bakalářská práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Simona Frolová**  
Osobní číslo: **H18033**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**  
Forma studia: **Kombinovaná**  
Téma práce: **Význam práce sociálního pracovníka v domově pro klienty s psychiatrickým onemocněním.**

### **Zásady pro vypracování**

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti sociální péče pro klienty s psychiatrickým onemocněním.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

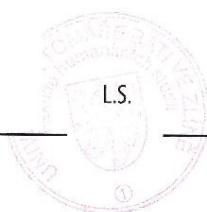
- BABIÁKOVÁ, M., E. MARKOVÁ a M. VENGLÁŘOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 8024711516.
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. a F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta, 2013. 110 s. ISBN 9788020429933.
- BERÁNKOVÁ, E. *Ve stínu schizofrenie*. Praha: Calamarus, 2017. 117 s. ISBN 978-80-906366-1-3.
- BRAIN, C. *Cognition, adherence and stigma in schizophrenia: the coast study*. Gothenburg: University of Gothenburg, 2015. 86 s. ISBN 978-91-628-9084-1.
- DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 646 s. ISBN 978802474269.
- MAHROVÁ, G. a M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 9788024721385.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Michaela Schneider, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo-bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval (a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval (a). V případě publikace výsledků budu uveden (a) jako spoluautor.

Ve Zlíně .....

.....

---

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je zaměřena na význam práce sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem pracujícího s cílovou skupinou klientů s psychiatrickou diagnózou. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje čtyři stěžejní kapitoly. První se zaměřuje na sociálního pracovníka, vymezení jeho kompetencí vzhledem k práci s klienty s duševním onemocněním a platnou legislativu. Obsahem druhé kapitoly je samotná práce sociálního pracovníka, metoda práce s klientem a stále aktuální téma stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Třetí část teorie zpracovává specifika práce sociálního pracovníka s klienty s duševním onemocněním, vymezení způsobu komunikace, typologie klientů a navázání vztahu s klientem. Poslední kapitola teoretické části se věnuje domovům se zvláštním režimem. Zmíněna je zde problematika transformace psychiatrické péče a vybraná duševní onemocnění, se kterými se sociální pracovník v domově se zvláštním režimem nejčastěji setkává.

V praktické části je popsán výzkum, metodologie, interpretace výsledků a diskuze. Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo metodou polostrukturovaných rozhovorů, s cílem zjistit nejčastější kompetence a roli sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem.

**Klíčová slova:** sociální pracovník, profesní kompetence, klient s duševním onemocněním, typologie klientů, domov se zvláštním režimem

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis focuses on the importance of the work of a social worker in a home with a special regime who works with the target group of clients with a psychiatric diagnosis. The work is divided into two parts, the theoretical and practical part. The theoretical part contains four main chapters. The first chapter focuses on the social worker, defining his competencies with regard to working with clients with mental illness and respecting applicable legislation. The second chapter describes the work of a social worker as such, the method of working with clients and the still current topic of stigmatization of people with mental illness. The third part of the theoretical section deals with the specifics of the work of a social worker with clients with mental illness, defining the method of communication, typology of clients and establishing a relationship with the client. The last chapter of the theoretical part specializes in homes with a special regime. Selected mental illnesses that the social worker in a home with a special regime encounters most often and the issue of the transformation of psychiatric care are mentioned here.

The practical part describes the research, methodology, interpretation of results and discussion. The qualitative research survey was conducted using the method of semi-structured interviews, with the aim of finding out the most common competencies and the role of a social worker in a home with a special regime.

Key words: social worker, professional competence, client with mental illness, typology of clients, home with a special regime

Chtěla bych poděkovat celé své rodině a přátelům za pomoc a podporu při mém studiu. Rovněž bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Michaela Schneider, Ph.D. za připomínky a odborné rady. V neposlední řadě děkuji respondentkám z Domova na Jarošce za vstřícnost a ochotu při realizaci výzkumu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.



## OBSAH

\_Toc70374842

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK</b> .....	<b>13</b>
1.2 KOMPETENCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PRACUJÍCÍHO S KLIENTY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	13
1.2.1 Odborné kompetence .....	17
1.2.2 Specifické kompetence .....	18
1.2.3 Kompetence v zdravotnické oblasti .....	18
1.2.4 Kompetence v sociální oblasti .....	19
1.3 LEGISLATIVA .....	20
<b>2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A KLIENT S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM</b> .....	<b>21</b>
2.1 STIGMATIZACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	21
2.2 METODA SOCIÁLNÍ OBNOVY (RECOVERY).....	22
<b>3 SPECIFIKA PŘÍSTUPU KE KLIENTŮM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM</b> .	<b>24</b>
3.1 KOMUNIKACE S KLIENTEM .....	24
3.2 ZÁSADY CHOVÁNÍ KE KLIENTŮM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	25
3.3 TYPOLOGIE KLIENTŮ.....	26
3.4 TERAPEUTICKÝ VZTAH S KLIENTEM.....	27
<b>4 ČLOVĚK S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM</b> .....	<b>29</b>
4.1 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	29
4.2 CÍLOVÁ SKUPINA .....	30
4.3 DUŠEVNÍ PORUCHY V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM A PŘÍSTUP SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	31
4.4 TRANSFORMACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE .....	33
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
<b>5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>36</b>
5.1 DRUH VÝZKUMU .....	36
5.2 VÝZKUMNÝ VZOREK A PRŮBĚH VÝZKUMU .....	36
5.3 TECHNIKA VÝZKUMU.....	38
5.4 ETICKÉ PRINCIPY VÝZKUMU .....	39
5.5 CÍL A HLAVNÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	39
5.6 ANALÝZA DAT .....	40
<b>6 INTERPRETACE VÝZKUMU</b> .....	<b>41</b>
6.1 UPLATŇOVÁNÍ KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ.....	42
6.2 ORIENTACE V POTŘEBÁCH A MOŽNOSTECH KLIENTŮ .....	44
6.3 PODPORA SOBĚSTAČNOSTI KLIENTŮ A PŘÍPRAVA NA PŘECHOD DO CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ.....	46
6.4 VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ.....	49

<b>7 DISKUZE .....</b>	<b>51</b>
7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	56
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>57</b>

## ÚVOD

Duševní poruchy jsou jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti, předčasného odchodu do důchodu a invalidity, přinášejí problémy jak jednotlivcům, tak jednotlivým státům. Léčba a dopady těchto onemocnění vyžadují značné ekonomické a sociální náklady. (Marková, 2014, s. 18). Duševní onemocnění se týká stále větší části naší populace. V současné situaci kolem pandemie nemoci Covid – 19, je vysoká pravděpodobnost, že lidí s psychickými problémy bude přibývat. Motivem pro výběr tématu práce, byla moje profese zdravotní sestry v domově se zvláštním režimem. Zajímám se o klienty a jejich potřeby, ovšem problematiku práce s klienty s duševním onemocněním vnímám ze zdravotnického hlediska. Vzhledem k oboru, který studuji, jsem chtěla zjistit, jakou měrou přispívá do procesu péče o klienty s duševním onemocněním sociální pracovník, jaké jsou jeho kompetence a role v zařízení, ve kterém pracuji.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část první kapitoly se zabývá kompetencemi sociálních pracovníků pracujících s cílovou skupinou klientů s duševním onemocněním. Kompetence jsou rozděleny do jednotlivých podkapitol a v závěru je uvedena platná legislativa vztahující se k práci s klienty s duševním onemocněním. V následujících třech kapitolách je popsána problematika a specifika práce sociálního pracovníka s lidmi s duševním onemocněním. Je zde uvedena komunikace s klienty, typologie klientů, se kterými se sociální pracovníci setkávají, jejich přístupy a navázání vzájemného vztahu. Rovněž je zde zmíněno téma stigmatizace, které je stále aktuální, neboť společnost trpí předsudky v oblasti přístupu k lidem s duševním onemocněním. Dle těchto předsudků je třeba se jich bát, nebo se jim vyhýbat. K tomuto pohledu přispívá i prezentace lidí s duševním onemocněním v médiích.

Závěr teoretické části je zaměřen na domovy se zvláštním režimem a reformu psychiatrické péče, neboť tato dvě témata spolu souvisí. V ideálním případě, lidé s duševním onemocněním po zvládnutí akutní fáze svého onemocnění, přecházejí do komunitní péče ve svém přirozeném sociálním prostředí. Bohužel, stále převládá větší počet dlouhodobě hospitalizovaných osob z důvodu nedostatečných kapacit v následných zařízeních. Centra duševního zdraví, chráněná bydlení nebo domovy se zvláštním režimem, to jsou některé ze služeb následné péče, kde sociální pracovník klientům poskytuje podporu a odbornou pomoc. Cílem empirické části práce je zmapovat kompetence a roli sociálního pracovníka pečujícího o cílovou skupinu klientů v domově se zvláštním režimem.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Sociální pracovník patří mezi stěžejní pracovníky na poli zdravotně sociální sféry. Svými specifickými kompetencemi se podílí na systému péče a poskytování služeb a tím doplňuje multidisciplinární péči o nemocné s různým typem onemocnění. První kapitola je zaměřena na vymezení profese a kompetencí sociálního pracovníka. Kompetence jsou zde rozděleny, i když v praxi se vzájemně prolínají. Podle souboru klientů, kterým sociální pracovník pomáhá, se odvíjejí jeho praktické kompetence. V závěru kapitoly je uvedena platná legislativa a zákony vztahující se k problematice lidí s duševním onemocněním.

## 1.2 Kompetence sociálního pracovníka pracujícího s klienty s duševním onemocněním

V dnešní společnosti se život lidí odvíjí od jejich rozhodnutí a také si za ně nesou zodpovědnost. Profese sociálního pracovníka vznikla na základě potřeby řešení nepříznivých životních situací, které se mohou odrážet nejen na životě jednotlivce, ale také celé společnosti. Svou činností se sociální pracovník pouští do boje za zlepšení společnosti a činí tak prostřednictvím jednotlivce, skupiny, nebo komunity (Hanuš, 2007, s. 5). Existuje mnoho různých definic toho, kdo je sociální pracovník. Jednou z nich je například definice ze zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, který ho definuje takto: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb.).*“

Sociální pracovník definovaný v § 109 - § 111 dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je absolvent odborného vzdělání, který má kompetence k vykonávání sociální práce. Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona. Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je:

- a) Vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených

na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost.

- b) Vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu (Zákon č. 108/2006 Sb.).

V praxi se sociální pracovník řídí pravidly etického chování a jednání, která jsou upravena v Etickém kodexu sociálních pracovníků, schváleného plénem Společnosti sociálních pracovníků v roce 2006. (viz. Příloha 1).

Kompetence sociálního pracovníka, které uplatňuje při výkonu své profese, jsou vymezeny v § 9 ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků.

Sociální pracovníci, kteří pracují s cílovou skupinou klientů s psychiatrickou diagnózou, se musí neustále učit a zlepšovat svůj přístup a své kompetence, které jsou potřebné pro výkon této profese. Havrdová (1999, s. 45-48) rozděluje soustavu praktických dovedností, které při své práci sociální pracovník využívá do šesti oblastí profesionálních kompetencí.

Patří sem:

1. Kompetence rozvíjet účinnou komunikaci.
2. Kompetence orientovat se a plánovat postup.
3. Kompetence podporovat a pomáhat k soběstačnosti.
4. Kompetence zasahovat a poskytovat služby.
5. Kompetence přispívat k práci organizace.
6. Kompetence odborně růst.

Jiný autor (Mlčák, 2005, s. 44–45) rozděluje kompetence na základě těchto kritérií:

1. Podle příslušnosti k určité oblasti osobnosti - kognitivní, emocionální a sociální kompetence.
2. Podle profesního zaměření - diagnostické, intervenční a administrativní kompetence.

3. Podle oblasti hraničních oborů - psychologické, poradenské, sociologické, právní kompetence.

Dle Kunclové, Střelkové (2020, s. 135-136) je právě sociální pracovník schopen na základě svých zkušeností v práci a na základě svého odborného vzdělání optimálně nasměrovat úsilí multidisciplinárního týmu podílejícího se na péči o klienty s duševním onemocněním. Sociální pracovník dle těchto autorek je zprostředkovatel služby, nabízí všechny dostupné zdroje pomoci, informuje klienta a jeho blízké, obhájí a koordinuje jeho potřeby. Odborné znalosti a schopnosti staví sociálního pracovníka často do pozice vedoucího týmu, kde se od něj očekávají profesní a osobnostní kompetence.

Patří sem:

1. Sociální kompetence – je schopen rozeznávat potřeby, napětí a zájmy v týmu.
2. Kontaktní schopnosti – nalézají přístup ke všem členům v týmu a zastupuje tým.
3. Kooperativní způsobilost – přispívá ke spolupráci v týmu navenek i uvnitř.
4. Integrovaná schopnost – podílí se na usnadňování vytváření a udržování práce v týmu.
5. Komunikační schopnost – je schopen správně přijímat a předávat informace.
6. Sebekontrola – přispívá k udržování pozitivního klimatu v týmu.
7. Ovládnutí komunikačních technik – pomáhá přesvědčivě moderovat, prezentuje tým a vyjednává (Kunclová, Střelková, 2020, s. 136).

Intervence sociálního pracovníka mají různý rozsah i různé cíle, od obnovení stavu duševní rovnováhy (např. krizová intervence) až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch (Matoušek, 2010, s. 133). Sociální pracovník poskytuje lidem s psychickými problémy cílenou pomoc. Matoušek uvádí, že (2010, s. 133) lidé, jejichž fungování je v běžném životě kvůli duševním problémům omezeno ve více oblastech po delší dobu, tedy lidé dlouhodobě duševně nemocní, potřebují komplexní zdravotně-sociální péči. Tato péče je jim často poskytována v domovech se zvláštním režimem.

Do náplně práce sociálního pracovníka pracujícího v domově se zvláštním režimem, kde probíhalo výzkumné šetření, patří tyto kompetence:

1. Vede kompletní sociální dokumentaci uživatelů – osobní spisy (žádosti, smlouvy, soudní rozhodnutí, nájemní smlouvy, příspěvky na péči).
2. Vede dokumentaci a provádí obhospodařování finančních a hmotných depozit, kontroluje zasílání úhrad a příspěvek na péči na účet organizace.
3. Vede seznam žadatelů a čekatelů o sociální šetření a žadatelů o službu.
4. Průběžně přehodnocuje příspěvek na péči a žádosti o přiznání či zvýšení, vyřizuje podávání žádostí, spolupracuje při sociálním šetření a kontrolní činnosti z úřadu práce, provádí ohlašování hospitalizace na úřad práce.
5. Informuje o úmrtí uživatele, spolupracuje s úřady, blízkými osobami ve věcech právních a finančních záležitostí uživatelů, vyřizuje dědické řízení.
6. Jedná s veřejnými opatrovníky a soudy, vede přehled svéprávnosti a její přehodnocování u uživatelů služby.
7. Napomáhá při zprostředkování kontaktů se společenským prostředím, doprovází uživatele při nákupech, vyřizování jejich osobních záležitostí, na kulturních nebo společenských akcích, vycházkách apod. Podporuje uživatele k aktivizaci v běžných denních činnostech.
8. Motivuje uživatele k aktivnímu přístupu v konkrétním sociálním prostředí, spolupracuje se zaměstnanci úseku zdravotní péče a přímé péče při aktivizaci zejména k sebeobslužným úkonům a činnostem.
9. Rozděluje uživatele do běžných denních činností dle jejich možností a vyhodnocuje ročně jejich činnost.
10. Podílí se na vytváření, vyhledávání a organizaci aktivizačních programů pro uživatele služby (trénování paměti, práce se vzpomínkami, oslavy narozenin, vzdělávací činnosti, atd.)
11. Uplatňuje aktivizační postupy zaměřené na individuální přístup k uživateli s cílem upevňovat a posilovat jeho návyky a schopnosti. Podporuje uživatele ve využívání vlastních přirozených sítí, v případě potřeby mu pomáhá kontaktovat jiné služby.



12. Pomáhá uživatelům při vyřizování jejich úředních i soukromých záležitostí.
13. Jako klíčový pracovník se spolupodílí na realizaci individuálních plánů uživatelů.
14. Dodržuje platnou legislativu, soustavně si prohlubuje kvalifikaci k výkonu své práce, zachovává mlčenlivost o skutečnostech souvisejících s výkonem své práce (Domov na Jarošce, dokumentace, 2020).

### 1.2.1 Odborné kompetence

Při práci s klienty s duševním onemocněním dochází k uplatňování odborných kompetencí sociálního pracovníka. Tato práce může probíhat v institucích, v léčebných komunitách, v komunitních zařízeních nebo jsou duševně nemocní jeho klienty v jiných službách poskytovaných obcí, případně jinými organizacemi (Matoušek, 2010, s. 135).

Sociální pracovník, pracující s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním, vychází z toho, že se lidé s problémy v oblasti duševního zdraví liší nejen typem psychických problémů (diagnózou), ale i prostředím, zázemím, hodnotami a cíli. Rozdílný je rovněž typ profesionální pomoci a podpory, které se jim již dostalo (Matoušek, 2010, s. 135). Snahou sociálního pracovníka dle Matouška (2010, s. 136) je získávat pozornost a respekt pro originalitu vnitřního světa klienta, mapovat zdravotně-sociální potřeby duševně nemocných, podporovat koncept uzdravování a sociální integrace. V některých fázích je pro život člověka se závažným duševním onemocněním kvalifikovaná práce sociálního pracovníka primární (Matoušek, 2010, s. 133).

Sociální pracovník zaměřený na cílovou skupinu klientů s duševním onemocněním uplatňuje profesní kompetence například při sociálním šetření. Šetření provádí pozorováním interakcí klienta s okolím, popisem klientova emočního, kognitivního a sociálního fungování, popisem jeho osobních cílů a plánů. Zjišťuje informace o jeho bydlení, práci, o sociálním a rodinném podpůrném systému (Matoušek, 2010, s. 137).

Veškeré informace zaznamenává do dokumentace, kterou vede o každém klientovi. Informace získává také z regionálních karet, které byly uvedeny v platnost v roce 2019. Pokud má klient rodinu nebo blízké příbuzné, jsou rovněž důležitým zdrojem informací. Sociální pracovník musí umět sestavit a realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky, vědět, jak práci s klientem ukončovat. K tomu využívá schopnost navázat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat a umět pozorovat (Matoušek, 2010, s. 137).

Na základě získaných informací sociální pracovník vyhledává nejvhodnější sociální službu pro daného klienta. K odborným kompetencím se rovněž řadí znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu zdravotního či sociálního zařízení, ve kterém pracovník pracuje. Zvyšování odborné úrovně a další vzdělávání sociálních pracovníků je stanoveno v zákoně č. 108/2006 Sb., § 111.

### 1.2.2 Specifické kompetence

Lidé s duševním onemocněním byli v minulosti uzavíráni do psychiatrických ústavů, v nichž žili často v nedůstojných podmínkách. Dvacáté století přineslo změny v přístupu k lidem s duševním onemocněním, začaly se uplatňovat humanistické principy péče spolu s psanými pravidly a nároky na práva duševně nemocných (Petr, 2014, s. 51). Současná praxe je někdy založená na formálním přesunu výkonu práv psychicky nemocných lidí na někoho jiného (orgán veřejné správy, zákonný zástupce apod.). Sociální pracovník využívá odborné znalosti v oblasti obhajování a pomoci uplatňování práv klientů s duševním onemocněním. Lidé trpící dlouhodobým duševním onemocněním bývají často zbaveni nebo omezeni způsobilosti k právním úkonům, sociální pracovník se ocitá v roli jejich opatrovníka. (Probstová, Pěč, 2014, s. 17). Jeho snahou je docílení změny v přístupu k těmto klientům a hájení práv duševně nemocných. Sociální pracovník má dvojí roli, klientům pomáhá a zároveň je kontroluje. Vymezení těchto rolí a etické důsledky kontrolní role patří do profesionální práce sociálního pracovníka (Malíková, 2011, s. 299–300).

### 1.2.3 Kompetence v zdravotnické oblasti

Zdravotnické kompetence se řadí mezi klíčové kompetence sociálních pracovníků pracujících s cílovou skupinou klientů s duševním onemocněním. Patří sem:

1. Umění znát a rozpoznat nejdůležitější příznaky duševních poruch.
2. Provádět základní diagnostické úvahy.
3. Rozeznat vliv sociálních faktorů na jejich onemocnění, včetně jejich specifík.

Sociální pracovník vyhledává odborníky v oblasti psychiatrické péče, s kterými následně spolupracuje. (Probstová, Pěč, 2014, s. 17).

Cílová skupina klientů s duševním onemocněním vyžaduje od sociálního pracovníka základní znalosti symptomatiky i dynamiky duševních onemocnění, jejichž přehled je uveden níže. Na základě těchto znalostí provádí terapeutické intervence. Odborné hodnocení sociálního pracovníka je vyžadováno při posuzování stupně závislosti u nároků lidí s duševním onemocněním na příspěvky na péči. Sociální pracovník zde může svou

znalostí či neznalostí symptomů, syndromů, psychiatrických poruch a průběhu onemocnění zásadně ovlivnit osud těchto lidí (Probstová, Pěč, 2014, s. 17). Lepší spolupráce s klienty v rámci sociální práce či rehabilitace je umožněna po ústupu intenzity symptomů. Znalost účinků a vedlejších účinků farmak je jednou z mnoha kompetencí sociálního pracovníka. Při své práci jsou v častém kontaktu s klienty a mohou v rámci spolupráce upozornit včas lékaře na negativní projevy medikace, které si klienti ani nemusí uvědomovat či je sdělovat (Probstová, Pěč, 2014, s. 55). Dle těchto autorů je vhodné, aby se i sociální pracovník zapojil do podpory užívání medikace u klientů, vedl s nimi edukační rozhovory o účincích léků (přínosy a negativa jejich užívání) a věnoval pozornost tomu, zda klient léky pravidelně užívá a dodržuje stanovený léčebný režim.

#### **1.2.4 Kompetence v sociální oblasti**

Sociální pracovník pomáhá klientům s duševním onemocněním obnovit jejich sociální fungování. Jeho úkolem je, aby v rámci zdravotně-výchovného působení měnil předsudky společnosti (Radimský a kol., 2001, s. 53). Snahou je nalézt náplň života, využít možností sociálního systému k uzdravení nebo alespoň k důstojnému a naplněnému životu. Pomáhá osobám v komunikaci s rodinou, podporuje proces léčby. Lidé s duševním onemocněním potřebují hlavně v počátku svého onemocnění někoho, s kým by mohli o svých problémech hovořit, měli by cítit oporu ve svém okolí. Lidem s duševním onemocněním má pomoci umožnit, aby se sociální kontext stal opět živou zkušeností, zpřístupnit jim sociální prostor tak, aby se pro ně stal dosažitelným. Hlavní úlohou sociálního pracovníka je stále upozorňovat na následky sociální nespravedlnosti, nikoli je před zrakem společnosti retušovat. Dle Mátela (2010, s. 88) je nejúčinnějším nástrojem sociální práce právě samotný sociální pracovník, jeho osobnost, lidské i morální hodnoty.

K zapojení klientů do jejich přirozeného sociálního prostředí napomáhá psychiatrická (psychosociální) rehabilitace, komunitní péče či některé specializované postupy. Asertivní komunitní léčba nebo podporované zaměstnání jsou přístupy na širší sociální úrovni, které sledují zapojení klientů do sociálního systému (Probstová, Pěč, 2014, s. 57).

### 1.3 Legislativa

Vzhledem k tématu práce jsou zde zmíněny některé důležité dokumenty, které se týkají přímo lidí s duševním onemocněním. Jak je uvedeno výše, sociální pracovník se často ocitá v roli opatrovníka u klienta, který byl omezen na základě svého zdravotního stavu ve svých právech. Snahou je, aby lidé s psychiatrickou diagnózou měli zachovanou možnost rozhodovat o svém životě (Petr, 2014, s. 50).

Řešení práv duševně nemocných vychází z dokumentů, které jsou zde uvedeny. Na základě vydání Deklarace lidských práv a svobod v roce 1948 dochází ke změně přístupu společnosti k neobvyklému jednání duševně nemocných, dle Petra (2014, s. 51) je tento postoj shovívavější a chápavější.

Dalším významným dokumentem je Deklarace práv duševně postižených osob vydaná v roce 1971 Organizací spojených národů, z níž vycházejí všechny následující dokumenty. Obsahem deklarace je prosazování rovnosti ve věcech právních pro všechny občany. Řeší situace, kdy je nutné duševně nemocným jejich práva v důsledku duševní nemoci odejmout či omezit.

Deklarace lidských práv duševně nemocných, vydaná v roce 1989 Světovou federací duševního zdraví, a Deklarace lidských práv a duševního zdraví jsou další významné dokumenty podporující práva duševně nemocných. Česká republika v roce 2009 ratifikovala Úmluvu o právech zdravotně postižených a Centrální etickou komisí byla v roce 1992 vyhlášena Práva pacientů.

Konference o duševním zdraví, která proběhla v Bruselu v roce 2008, přijala dokument Evropská dohoda o duševním zdraví a životní harmonii (Marková, 2014, s. 20). V České republice byl přijat Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 a Vize duševního zdraví v roce 2030. Tyto projekty mají propojit koordinaci a řízení poskytované péče pro osoby s duševním onemocněním (MZ ČR, Národní akční plán pro duševní zdraví, leden 2020, s. 21).

## 2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A KLIENT S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Z pohledu sociologie je duševní porucha projev deviantního chování, nemoc je chápána jako úchylka. Důvodem takového chápání je společenská nežádoucnost nemocí, jedinec se odchyluje od chování, které od něj společnost očekává (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 24).

Duševní poruchy jsou jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti, předčasného odchodu do důchodu a invalidity, přinášejí problémy jak jednotlivcům, tak jednotlivým státům. Léčba a dopady těchto onemocnění vyžadují značné ekonomické a sociální náklady v oblasti péče (Marková a kol., 2014, s. 18). Sociální pracovník pracující s touto cílovou skupinou se podílí na znovu začleňování osob s duševním onemocněním do běžného života, a tím snižuje tyto náklady.

Práce s klienty s psychiatrickou diagnózou klade na sociálního pracovníka nároky v psychické oblasti. Pro udržení duševního zdraví je důležitý dostatek spánku, správná životospráva, odpočinek, dostatek tělesné aktivity, vyvarování se stresových situací a umění relaxace. Je velmi prospěšné mít nablízku osoby, které k nám chovají pozitivní vztah, mají nás rádi, cení si nás a jsou nám ochotné pomoci v tísní (Rehabilitace.info, magazín o zdraví, 2015). K náročnosti práce s klienty s duševním onemocněním přispívá i povědomí společnosti o duševních onemocněních, chování a jednání lidí s tímto onemocněním, které je dosud na nízké úrovni. Mnoho lidí trpí různými předsudky vůči lidem s duševním onemocněním, neví jak se k nim chovat, nechtějí s nimi komunikovat a většinou se jich obávají. K tomuto přístupu velkou měrou přispívají i masmédiá a jejich prezentace.

### 2.1 Stigmatizace osob s duševním onemocněním

Jak uvedeno výše, prezentace lidí s duševním onemocněním napomáhá k upevňování negativních stereotypů. Tyto stereotypy ovlivňují chování společnosti nejen vůči lidem s duševním onemocněním, ale také vůči jejich rodinám, ošetřovatelům a poskytovatelům péče, tedy i sociálním pracovníkům (Otmarová, 2020, s. 57). Být psychicky nemocným je v mysli veřejnosti spjato s tzv. „stereotypem duševně nemocného.“ Stereotyp duševně nemocného není snadné změnit, neboť se jedná o široce vnímaný kulturní fenomén. Hlavní překážku pro úspěšné začlenění do společnosti představuje stigma doprovázející pacienty s duševním onemocněním. Následky tohoto stigmatu jsou: nezaměstnanost, nedostačující

bydlení, snížená sebeúcta, slabá sociální podpora. Důsledkem je ztížená možnost zotavení, dochází k ovlivnění dlouhodobé prognózy onemocnění a následného zdravotního postižení osob s duševním onemocněním. Stigma a očekávání stigmatu způsobuje vážné narušení rodinných vztahů a omezuje normální sociální interakce kvůli touze po utajení onemocnění (Brain, 2015, s. 17). „Stigma je nejvýznamnější bariérou kvality života lidí s duševním onemocněním a členů rodiny více než samotná nemoc, je hlavní překážkou reformy a rozvoje duševního zdraví.“ (Brain, 2015, s. 17). Tato autorka uvádí, že negativní veřejné mínění má potenciálně silnější důsledky pro pacienty a jejich rodiny v případě přechodu od psychiatrické péče v psychiatrických zařízeních k léčbě v komunitním prostředí. Pacienti se chtějí zařadit zpět do společnosti pomocí sociálních interakcí a potřebou nezávislého života. V tomto zařazení jim pomáhá sociální pracovník, který pracuje s klienty i jejich rodinami.

V současné době je snaha o změnu náhledu veřejnosti na osoby s duševním onemocněním. Vznikla iniciativa „Na rovínu“, jejíž cílovou skupinou jsou pracovníci ve zdravotnictví, v sociálních službách, ve veřejné správě, sociální pracovníci pracující v komunitách s lidmi s duševním onemocněním i rodinnými příslušníky těchto občanů (Otmarová, 2020, s. 57). Tato snaha se projevuje i v reformě psychiatrické péče, která je zmíněna v další části této práce. Využívají se nové přístupy ke klientům s psychiatrickou diagnózou.

## 2.2 Metoda sociální obnovy (recovery)

Metoda recovery je přístup, který se zaměřuje přímo na lidi s duševním onemocněním. Základním principem této metody je to, že se u klienta nesnažíme dosáhnout jeho uzdravení, ale zotavení. Vychází z předpokladu, že když se člověk dokáže správně adaptovat na svou životní situaci, bude schopen žít plnohodnotný život i se stále trvajícím duševním onemocněním (Probstová, Pěč, 2014, s. 215).

Základní pilíře systému recovery tvoří čtyři fáze. První z nich je fáze naděje Ragins (2018, s. 20) uvádí, že pocit naděje je klíčovým motivačním prvkem každého člověka a bez něj nelze učinit jakoukoli pozitivní změnu. Naděje v tomto případě však neznamená neurčitý ideál, ale naopak jasnou a reálnou vizi (Ragins, 2018, s. 20). Je tak důležité, aby duševně nemocný našel oporu ve svém okolí, případně ve svém pracovníkovi při vytváření této vize a naděje. Ve výsledku pak nejde nutně o to, aby klient dosáhl přesně té vize, kterou si původně vytvořil, ale o to, aby měl představu o svých budoucích možnostech

před tím, než uskuteční řadu složitých a náročných rozhodnutí, která jsou k tomu zapotřebí (Ragins, 2018, s. 20).

Další fází na cestě k zotavení je zplnomocnění. Zde je potřeba podpořit silné stránky klienta, aby si uvědomil, že disponuje určitými schopnostmi, které může samostatně uplatňovat (Ragins, 2018, s. 20). Důležité je, aby při zplnomocnění měl klient dostatek podpory od svého okolí, začal činit svá vlastní rozhodnutí a nepřijímal pouze pasivně nově předepsané léky či nové léčebné metody, které za něj vytvořil někdo jiný (Ragins, 2018, s. 20). Aby však bylo zplnomocnění možné, je potřeba také klientovi poskytnout dostatek informací, na základě kterých by se mohl skutečně začít samostatně rozhodovat (Ragins, 2018, s. 20). Jakmile v procesu zotavení dojde ke zplnomocnění, začne člověk přebírat odpovědnost za sebe sama. To znamená, že se může začít zcela svobodně učit nové věci, činit rozhodnutí, která mohou být vnímána jako riskantní, a také získávat nové zkušenosti ze svých chyb a selhání (Ragins, 2018, s. 21). Právě tato fáze může být také velmi důležitá při odpoutávání se od pocitů viny, hněvu či zklamání, které si člověk s duševním onemocněním spojuje se svou nemocí (Ragins, 2018, s. 21).

K uskutečnění této změny a převzetí odpovědnosti za svůj život je potřeba vytvořit prostředí, které mu tuto změnu umožní. Obzvláště v rámci zařízení poskytujících služby lidem s duševním onemocněním, ať už zdravotních či sociálních, může být tento krok velmi náročný (Ragins, 2018, s. 21). Dosáhneme ho změnou v zaběhnutém stereotypu a přístupu ke klientovi, který je v současnosti založen spíše na tom, že se nachází v bezpečném prostředí, kde je o něj dobře postaráno (Ragins, 2018, s. 21).

K dosažení kompletního zotavení je potřeba, aby člověk s duševním onemocněním přebral ve společnosti běžné role, které nijak nesouvisí s jeho nemocí. Ragins (2018, s. 21) uvádí, že díky nově nalezené naději, důvěře a odpovědnosti sama za sebe mohou lidé s duševním onemocněním přebírat role, které jsou ve společnosti zcela běžné. Jedná se například o roli otce či matky, zaměstnance či souseda. Jednotlivé fáze procesu se mohou prolínat nebo klient nemusí všemi fázemi v procesu zotavení projít.

### 3 SPECIFIKA PŘÍSTUPU KE KLIENTŮM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Práce sociálního pracovníka pracujícího s cílovou skupinou klientů s duševním onemocněním vyžaduje odborné znalosti z oboru psychologie a psychiatrie. Hlavním úkolem pro sociální pracovníky a odborníky z oblasti psychiatrické péče je navrátit tyto jedince do původního sociálního prostředí. V povědomí některých lidí však přetrvávají předsudky, které ztěžují opětovné zařazení klientů léčených na psychiatrii. Úkolem sociálních pracovníků je, aby v rámci zdravotně-výchovného působení tyto předsudky měnili (Radimský a kol., 2001, s. 53). Snahou sociálních pracovníků je nalézt náplň života pro lidi s duševním onemocněním a využít možností sociálního systému k uzdravení nebo alespoň k důstojnému a naplněnému žití. Sociální pracovník může pacientovi pomoci v komunikaci s rodinou, a podpořit tak proces léčby. Lidé s duševním onemocněním potřebují hlavně v počátku svého onemocnění někoho, s kým by mohli o svých problémech hovořit, měli by cítit podporu okolí a svých blízkých. Komunikace a přístup ke klientům s různými diagnózami, projevy jednání a chování se liší dle typologie klientů. Propojujícím faktorem účinnosti a efektivnosti při práci s klientem je vytvoření profesionálního vztahu.

#### 3.1 Komunikace s klientem

V předchozí kapitole byl zmíněn přístup ke klientům a také vliv duševního onemocnění na chování klientů. K úspěšné spolupráci sociálního pracovníka a klienta, patří komunikace s klienty, která je vzhledem ke specifikům jejich onemocnění náročná. Komunikace je často ovlivněna průběhem onemocnění u klientů. Pro práci s těmito klienty je důležité seznámit se s jejich diagnózou. Informace získává sociální pracovník od zdravotnického personálu, ze zdravotnické dokumentace, od blízkých příbuzných či okolí klienta. Bohužel se často stává, že klientovo běžné sociální prostředí nespolupracuje. Blízcí příbuzní se s klientem nestýkají, za jeho onemocnění se stydí a před širším okolím jej tají.

Vhodná komunikace s klientem rovněž slouží k získávání dalších informací o klientovi. Dle Úlehly (2005, s. 15) je základním pracovním nástrojem sociálního pracovníka rozhovor. Aby byl rozhovor efektivní, musí sociální pracovník umět vybrat z množství informací, které mu klient sdělí, ty podstatné (Úlehla, 2005, s. 17). Komunikace s lidmi s duševním onemocněním však obnáší četná úskalí, na která se musí umět sociální pracovník připravit.



Komunikace musí být vedena s patřičným respektem ke klientovi, je třeba hovořit s ním pro něj srozumitelným jazykem. Slovní kontakt umožňuje dát klientovi najevo zájem o jeho aktuální situaci, projevení trpělivosti, vcítění se do jeho situace, vyslechnutí klienta bez odsuzování. Při kontaktu s klientem s duševním onemocněním sociální pracovník pozoruje také jeho nonverbální projevy.

Rozhovor klientovi může přinést slovní odreagování, uvolnění emocí, náhled na situaci. V rozhovoru se sociální pracovník snaží získat co nejvíce informací o klientovi, o sociálním zázemí, které má k dispozici při řešení svých potíží. Rozhovor plní i terapeutickou roli, kdy může dojít k odreagování afektů, které by sociální pracovník neměl zpracovávat jako osobní. Komunikaci vždy přizpůsobujeme možnostem a projevům klienta (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 334).

Komunikace může být ovlivněna a značně ztížena v případě, kdy klient trpí sluchovými halucinacemi nebo bludy. Mohou být v akutní fázi onemocnění značně podezřívaví, nedůvěřiví nebo vztahovační. Jindy mluví překotně, nesouvisle nebo nereagují na dotazy vůbec. Klient pod vlivem své bludné projekce není schopen odlišit podstatné od nepodstatného, dochází u něj k narušení vnímání reality. Klienti s duševním onemocněním často opakují stejné věty nebo dotazy, záměrně zkreslují údaje, jsou zmatení. V tomto případě se sociální pracovník musí obrnit trpělivostí, protože klient komunikuje, jak nejlépe mu to jeho onemocnění umožňuje (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 128).

### **3.2 Zásady chování ke klientům s duševním onemocněním**

Klienti s duševním onemocněním jednají pod vlivem svého onemocnění, a proto znalost zásad chování patří mezi základní dovednosti sociálního pracovníka. Při jednání s klientem volí sociální pracovník otevřený, klidný přístup, poskytuje mu dostatek informací, které podává vhodnou formou.

Mezi další zásady patří:

1. Aktivita – nezacházet s klientem jako pasivním objektem, vyžadovat aktivní zapojení do řešení situace.
2. Dodržování společenských pravidel – klienti jsou zanedbaní, dochází ke snížení intelektu, vyskytuje se verbální nebo i fyzická agrese, apatie, abulie, přesto je nutné zachovávat pravidla společenského chování.

3. Stanovení jasných pravidel – stanovit jasná pravidla při řešení klientovi situace, v zařízeních pro klienty s duševním onemocněním jsou stanovena ve vnitřních předpisech zařízení.
4. Spolupráce a kolegiálnost v týmu – vztahy v týmu ovlivňují atmosféru celého působení, slouží jako vzor chování, negativní vztahy se projevují na nejistotě klienta a na nedůvěře k sociálnímu pracovníkovi.
5. Ohleduplné vyžadování nepříjemných požadavků – patří sem dodržování léčebného režimu, pravidelné užívání léků, nácvik sociálních dovedností, omezení finančních možností, omezení sociálních kontaktů, neznalost prostředí v zařízeních, nedostatek informací, je třeba redukovat tyto požadavky na minimum.
6. Nevhodné chování ke klientovi – nedostatek zdvořilosti, užívání ironických poznámek, bagatelizace problémů klienta, vytvoření soukromého vztahu ke klientovi, nervozita, negativní až nepřátelský postoj, rezignace nebo lhostejnost k problémům klienta.
7. Přehnaná péče - vede k závislosti klienta na sociálním pracovníkovi nebo systému péče, neosobní vztah vede pouze k vykonání povinností pracovníka (Marková, Venglářová, 2006, s. 87).

### 3.3 Typologie klientů

Mezi kompetence sociálního pracovníka pracujícího s cílovou skupinou klientů s duševním onemocněním patří i znalost jednotlivých typů klientů dle jejich projevů pod vlivem onemocnění. Důležitý je rovněž přístup sociálního pracovníka k jednotlivým typům klientů.

Patří sem:

1. Potencionálně nespolupracující a psychomotoricky neklidný klient - tento typ klienta bývá úzkostný, má narušen kontakt s realitou a hrozí neočekávané až agresivní chování.
2. Klient pod vlivem halucinací zde - je nutná citlivost k neverbálním projevům klienta, vytvoření vztahu důvěry a posilování vědomí reality, dát klientovi najevo, že mu věří.

3. Klient pod vlivem bludné produkce - klienti nedokážou rozlišovat mezi realitou a svými bludnými přesvědčeními, jejich bludům ostatní nevěří a nemají pro ně pochopení, což může u klientů vyvolávat distres a napětí. Důležitá je vhodná komunikace a naslouchání.
4. Klient uzavřený do sebe - sociální pracovník musí podporovat spoluúčast klienta na vykonávání denních aktivit a ocenit každou projevovanou snahu a každý úspěch.
5. Mutistický klient - v kontaktu s autistickým klientem je důležitá trpělivost a udržování pozitivního, optimistického přístupu, není vhodné rezignovat na kontakt s klientem.
6. Podezřívavý klient - upřednostňuje se věcný přístup, vyhýbá se bližšímu tělesnému kontaktu, dodržuje odpovídající vzdálenost a ovládá své neverbální projevy (tón hlasu, gesta, postoje).
7. Sociálně izolovaný klient - sociální izolace, snížená schopnost komunikovat s ostatními a reagovat na okolí jsou častými projevy provázejícími psychotické onemocnění. V komunikaci je vždy důležité používat jednoduché věty, v jedné větě sdělovat pouze jednu informaci a dbát na soulad mezi verbální a neverbální komunikací. Nácvik sociálních dovedností a příprava klienta na zvládnání běžných denních činností je důležitá pro návrat klienta do jeho přirozeného prostředí (Petr, 2014, s. 215–218).

### 3.4 Terapeutický vztah s klientem

V sociální práci je vždy důležité, jaký vztah si mezi sebou sociální pracovník a klient vytvoří. Význam tohoto vztahu zmiňuje například Navrátil (2001, s. 45), který ho považuje za jeden z klíčových prvků intervence a dodává, že by pracovník měl, svým postojem projevovat opravdový zájem o klientovu osobnost i potíže.

Kopřiva (2016, s. 14) dále uvádí, že vztah mezi pracovníkem a klientem je naprosto zásadní ve všech pomáhajících profesích. Vyzdvihuje proto také osobnost sociálního pracovníka, neboť ten musí být pro klienta jakýmsi vzorem či autoritou, aby mu klient mohl důvěřovat (Kopřiva, 2016, s. 14). Průběh duševního onemocnění ovlivňuje chování i jednání klientů. Klient v akutní fázi onemocnění jedná jinak než v remisi. Duševní onemocnění ovlivňuje vnímání okolního světa, klienti trpící halucinacemi a bludy jednájí pod vlivem těchto příznaků. Jsou narušeny sociální vztahy, dochází často k sociální izolaci.

Sociální pracovník volí individualizovaný přístup k člověku trpícímu psychózou a zohledňuje aktuální zdravotní stav a momentální situaci, ve které se klient nachází (Petr, 2014, s. 214). Dle Matouška (2010, s. 137) se vytváří vztah založený na respektu a partnerství. Sociální pracovník je zde v roli jakéhosi vyslance, advokáta, tvůrce vztahů, spojky mezi duševně nemocným a komunitou, jejíž podmínky dobře zná (cílem intervencí je sociální integrace klienta).

Prvky terapeutického vztahu jsou:

1. Akceptování klienta - takového jaký je, zachování si objektivitu přístupu ke klientovi a uvědomování si svých reakcí na jeho chování.
2. Autentičnost - klienti s duševním onemocněním jsou citliví na neupřímnost a emoční podtón v komunikaci, sociální pracovník musí být upřímný a otevřený.
3. Uvědomění - chování klienta vychází z jeho onemocnění a je jím ovlivněno, sociální pracovník je tedy nemůže hodnotit jako provokaci, lenost nebo neochotu ke spolupráci (Petr, 2014, s. 215).

Venglářová (2008, s. 98) stanovuje pět principů, které podporují dobrý vztah s klientem, jsou to: respekt, dobrý úmysl, flexibilita, důvěra a partnerství.

Jiný autor (Brickhead 1989) in Venglářová (2008, s. 98) uvádí sedm těchto postojů: opravdovost, respekt - úcta, vřelost, otevřenost, blízkost, empatie, profesionální chování.

Všechny tyto principy a postoje musí sociální pracovník ovládat, jeho úkolem je vytvořit si s klientem vztah na profesionální úrovni, jednat vždy v zájmu klienta a jeho situace. Klienti pod vlivem svého onemocnění prožívají úzkost, strach, stres a napětí, tyto faktory zhoršují spolupráci, ovlivňují jejich jednání a chování. Dochází u nich ke snížení vůle cokoli řešit. Důsledkem toho je, že jsou pomalí, nedůslední a často zapomínají. Dochází k omezení i ve vykonávání běžných denních činností (hygiena, péče o sebe, úklid domácnosti apod.). Úkolem sociálního pracovníka je tento stav pomalu změnit. Zapojováním klienta do každodenních aktivit se sociální pracovník snaží obnovit klientovo sociální fungování.

## 4 ČLOVĚK S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Jak už bylo zmíněno, systém péče a služeb u klientů s duševním onemocněním se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu klienta žádajícího o službu. Matoušek (2010, s. 134) uvádí, že snahou tohoto systému by mělo být odstranění stigmatizace, deinstitucionalizace a dehumanizace sociálních služeb. Primárním cílem péče o klienty s duševním onemocněním je přesun péče z institucí do přirozeného sociálního prostředí klienta s podporou rodiny. Přestože systém psychiatrické péče prochází postupnou transformací, jak je uvedeno v další podkapitole, stále chybí zařízení k poskytování ambulantních služeb. Lidé s duševním onemocněním tak setrvávají po dlouhou dobu v psychiatrických nemocnicích.

Dle Probstové (2010, s. 140) jsou potřeby lidí s duševním onemocněním v tradičním lůžkovém zařízení zabezpečeny jediným zdrojem – institucí. Koordinace a struktura péče jsou pevně dány. Deinstitucionalizace neboli odchod dlouhodobě nemocných z nemocnic umožňuje sociálním pracovníkům pracovat s klienty podle jejich individuálních potřeb. Propojení poskytovaných služeb s ohledem na potřeby klientů a společnosti by mělo usnadnit návrat do jejich přirozeného prostředí. Bohužel z důvodu nedostatečné kapacity lidských a finančních zdrojů v oblasti komunitní péče přecházejí ve většině případů do zařízení pobytových sociálních služeb. Mezi tyto zařízení patří domovy se zvláštním režimem.

### 4.1 Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem se řadí mezi pobytové sociální služby. Poskytovatelé sociálních služeb, kteří jsou registrováni v systému služeb, musí mít jasně vymezenou nabídku služeb (kdo, kde, komu a jak, co je očekáváním a cílem služby). Cíle a náplň nabízených služeb mají návaznost na standardy kvality sociálních služeb, kterými se organizace řídí. Kvalita poskytovaných sociálních služeb se hodnotí dle standardů sociálních služeb (definované Přílohou č. 2 vyhlášky 505/2006 Sb.) a odvíjí se od ní zlepšování úrovně poskytovaných služeb (Ostrejšová, Vildová, 2020, s. 72–73).

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách jsou domovy se zvláštním režimem definovány jako domovy které: „...*poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Zákon č. 108/2006 Sb.).*“

Domovy se zvláštním režimem jsou určeny pro klíčovou skupinu klientů s duševním onemocněním. Liší se svou specifikací s ohledem na diagnózy klientů. Poskytují sociální služby pro chronicky duševně nemocné, kteří vyžadují dlouhodobou nebo i celoživotní péči. Jejich prioritou je předcházení sociální izolace uživatelů služeb a zachování, popř. rozšíření sociálních kontaktů.

## 4.2 Cílová skupina

Domovy se zvláštním režimem jsou zaměřeny na cílovou skupinu osob v nepříznivé sociální situaci, starší 40 let, které mají sníženou soběstačnost z důvodu jejich chronického duševního onemocnění nebo onemocnění vzniklého v důsledku závislosti na návykových látkách (alkoholu). Patří sem:

1. Chronické duševní onemocnění typu schizofrenie, poruchy s trvalými bludy a schizoafektivní poruchy.
2. Duševní poruchy způsobené dlouhodobým užíváním alkoholu.
3. Organické duševní poruchy typu demence (demence vzniklé následkem úrazu nebo nemoci) kromě Alzheimerovy demence.
4. Kombinace duševního onemocnění s jinými postiženími, kdy tato postižení nesmí převažovat nad psychickým postižením.

Stanovení jasného cíle a podmínek poskytování služeb zjednodušuje jednání se zájemci o nabízené služby. Vyjednávání a nabízení služeb patří do kompetencí sociálního pracovníka, který zná legislativní vymezení sociální služby, orientuje se v aktuální možnosti poskytovatele služeb. Sociální pracovník zjišťuje očekávání zájemce o sociální služby, stanovuje individuální plán potřeb zájemce o služby v souladu s možnostmi zařízení, ve kterém jsou služby poskytovány (Hejlová, Bočková, 2020, s. 56–58).

### 4.3 Duševní poruchy v domově se zvláštním režimem a přístup sociálního pracovníka

Sociální pracovník v domově se zvláštním režimem pracuje s klienty, kteří trpí duševními poruchami. Duševní poruchy tvoří samostatnou kapitolu v mezinárodní klasifikaci nemocí s označením F00 – F99. Zde jsou zmíněny pouze vybrané duševní poruchy, se kterými se při své práci sociální pracovník nejčastěji setkává.

Sociální pracovník musí umět rozlišovat nejdůležitější příznaky duševních poruch. Mezinárodní klasifikace nemocí je vodítkem ke znalosti symptomů, syndromů, diagnóz, jejich průběhu a dopadu na život člověka. Člověk s duševním onemocněním je především člověk, a proto bychom na něj dle Mahrové, Venglářové (2008, s. 28) neměli pohlížet jako na diagnózu nebo jako na problém. Má své specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení. Zátěž, kterou psychické problémy vytváří, jej často staví do role nemocného. Každý klient má svou osobnost a specifický průběh onemocnění, rovněž projevy psychóz jsou velmi rozmanité. Sociální pracovník využívá metodu individualizovaného přístupu k člověku trpícímu psychózou, zohledňuje aktuální stav klienta a přizpůsobuje se momentální situaci, ve které se klient nachází (Tomáš, 2014, s. 214).

Na základě odborných znalostí o těchto onemocněních sociální pracovník rozlišuje mezi postupem a prognózou v případě toxicky indukované psychózy, a v případě ataky schizofrenie. Tyto znalosti mu poskytují informace, že klient není líný, neschopný, ale zažívá depresivní stav, ke kterému udávané pocity a zhoršená výkonnost patří (Probstová, Pěč, 2014, s. 21).

Nejčtenější diagnózou v domově se zvláštním režimem, kde pobíhal výzkum, je schizofrenie. Tato diagnóza má několik klinických forem, pro paranoidní schizofrenii jsou charakteristické bludy a halucinace, nejčastěji sluchové. Hebefrenní schizofrenie se vyznačuje dezorganizací v oblasti myšlení a emocí (emoční labilita, neadekvátní emoční projevy), a také změnami v oblasti chování (bizarní chování, manýrovaná řeč). Simplexní schizofrenie má plíživý rozvoj, ke kterému patří ztráta zájmů, úbytek vůle a většinou končí těžším postižením (Probstová, Pěč, 2014, s. 53). Pokud klient udává halucinace, nikdy mu je nevymlouváme, protože sociální pracovník není ten, který může klienta léčit. Jeho úkolem je pomoci vyhledat odborníka, případně klienta k němu doprovodit (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 29).

Mezi projevy se rovněž řadí neklid, zvýšené psychomotorické tempo a řada dalších specifických poruch chování náležejících k jednotlivým klinickým formám. Důsledkem těchto poruch u klientů je pasivita v oblasti denních činností, zaměstnání či zájmů (Probstová, Pěč, 2014, s. 52). Nastávají postupné změny kognitivních funkcí (koncentrace, paměti, pozornosti, schopnosti pochopení informací).

Dalším typem závažného duševního onemocnění je manická porucha, která je charakterizována útekem od déletrvajících hlubších vztahů a navazováním povrchních kontaktů. Lidé s mánií většinou pomoc odmítají, působí hekticky, uspěchaně, musejí být neustále v pohybu, a pokud jim jejich plány selžou, doslova se „rozpadnou“. Není lehké s nimi navázat dlouhodobější kontakt (Probstová, Pěč, 2014, s. 71). Sociální pracovník většinou zjišťuje zpětně rozsah škod, které vznikly v manické fázi (dluhy, závazky, osobní situace) a pomáhá zmírnit jejich dopad. Pomáhá s navázáním dobrého vztahu v rodině, protože pocit jistoty a stability hraje v životě lidí s mánií důležité místo (Probstová, Pěč, 2014, s. 73). Sociální pracovník, který pomáhá klientovi v manické fázi, může pociťovat zmatek nebo se cítit vyčerpan, jeho chování jej může rozrušit a rozčílit. Další reakcí může být podceňování dezorganizace, ve které se klient s mánií nachází (Probstová, Pěč, 2014, s. 75).

Depresivní poruchy se řadí mezi nejčastější diagnostickou kategorií, protože depresivní prožívání doprovází většinu duševních onemocnění. V prožívání a chování klientů s depresí se objevují depresivní symptomy, mezi které patří: pocit prázdnoty a osamělosti, poruchy nálady, pocity bezmoci a neschopnosti, poruchy spánku, útlum až spavost během dne. Často mají narušený vztah k jídlu, útlum myšlení, poruchy soustředěnosti, snížení psychomotorického tempa a další. Klient se uzavírá do sebe, vyhýbá se kontaktům s lidmi, někdy se dostaví i zlostné reakce. Nejzávažnější komplikací je riziko suicidia. Sociální pracovník poskytuje klientovi poučení o možnostech léčby, podporuje abstinenci, protože užívání látek může prohlubovat depresivní symptomatiku, hovoří s rodinou klienta (Probstová, Pěč, 2014, s. 80–83). Psychoedukační činnost je důležitou součástí práce sociálního pracovníka. Edukuje klienta o pravidelnosti užívání medikace, pravidelnosti a řádu denních aktivit a životního stylu. Snaží se zhodnotit stav klienta a jeho závažnost, poskytuje intervenci, včetně případné nedobrovolné hospitalizace.

Práce s lidmi s depresí může být pro sociálního pracovníka velmi náročná. U některých se dostavují pocity soucitu, beznaděje nebo smutku z toho, že není schopen klientovi pomoci (Probstová, Pěč, 2014, s. 88).



U schizotypální poruchy osobnosti se objevuje výstřední chování, poruchy myšlení a afektu, anhedonie a občasné přechodné, jakoby psychotické ataky s intenzivními iluzemi, sluchovými a jinými halucinacemi a bludům podobnými myšlenkami. Do stejné kategorie duševních onemocnění řadíme i schizoidní poruchu osobnosti. Lidé s touto diagnózou bývají stažení do sebe, působí zdánlivě chladně, distancují se od citových, sociálních a jiných kontaktů. Nejsou schopni vyjadřovat své city a zakoušet radost. Pociťují nedostatek základního pocitu bezpečí. Sociální pracovník se setkává při práci s těmito klienty s chudou sociální sítí a malou frekvencí kontaktů v jejich okolí. V přístupu k těmto klientům je důležitý respekt a zájem sociálního pracovníka, snaha o pochopení významu jejich vnitřní zkušenosti, a také toho, že jejich zdánlivá bezkontaktnost je jejich obranou. Sociální pracovník pomáhá a podporuje klienty ve zvládnání nejrůznějších úkolů, jako je například trénink sociálních dovedností nebo zapojení do komunity. K této spolupráci je zapotřebí vytvoření vztahu bezpečí a jistoty a nalezení rovnováhy v poskytovaných intervencích (Probstová, Pěč, 2014, s. 130–136).

V domovech se zvláštním režimem je nastaven denní režim, který rovněž přispívá k zajištění pocitu bezpečí, upevňuje návyky a dovednosti klientů, se kterými zde sociální pracovník pracuje. Je jim zajištěno neměnné prostředí. Režim a náplň dne sestavuje pro klienty tým pracovníků zařízení, do kterého patří i sociální pracovník (příklad denního režimu viz Příloha 2).

#### 4.4 Transformace psychiatrické péče

V úvodu práce je zmíněno, že i v současné době jsou stále dlouhodobě hospitalizováni lidé s duševním onemocněním z důvodu nedostatečného propojení lůžkové a ambulantní péče. V České republice je v současné době 365 domovů se zvláštním režimem, z toho v Jihomoravském kraji jich je 39, v okrese Hodonín jsou 3 domovy (MPSV, 2020).

V České republice postupně dochází k reformám v péči o duševní zdraví. Ministerstvo zdravotnictví České republiky realizuje plán Strategie reformy psychiatrické péče. Cílem je snížení následných lůžek u poskytovatelů zdravotnických služeb, následné lůžkové péče a integrace duševně nemocných do běžné komunity. Komunitní péče je spojena s deinstitucionalizací a redukcí velkých psychiatrických nemocnic. V komunitní péči dochází k využití potenciálu přirozených zdrojů pomoci. Důležitým prvkem je

podpora společenství lidí z okruhu duševně nemocných. Posilují se zdravé stránky osobností osob s duševním onemocněním, dochází k posílení jejich občanských práv, důstojnosti a principu partnerství ve spolupráci pacientů a zdravotnického personálu (Probstová, Pěč, 2014, s. 184).

Základní myšlenkou deinstitucionalizace je, že každý člověk chce žít ve svém přirozeném prostředí, které nazývá domovem a má na to právo. Strategie se zaměřuje na dostupnost služeb. V rámci ambulantní péče je doporučeno dobudovat síť ambulancí v regionech, kde je jejich dostupnost nedostatečná. Počet ambulancí by se však měl navýšit také plošně (MZČR, 2013, s. 40). Kromě navýšení počtu ambulancí počítá Strategie reformy psychiatrické péče s tím, že v nich dostanou prostor k práci i nelékařští pracovníci jako například sociální pracovníci, adiktologové či terapeuti, kteří zajistí duševně nemocnému individuální přístup (MZČR, 2013, s. 39). Kromě zajištění sociálního pracovníka přímo v ambulanci, by mělo docházet k lepšímu zajištění sociální péče, zejména pak v centrech duševního zdraví (MZČR, 2013, s. 40).

Provázání zdravotních a sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním je velmi přínosné, neboť sociálních služeb pro lidi s tímto onemocněním je v současné době málo. Z celkového počtu 33 typů sociálních služeb, které jsou vymezeny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (§38–70) je výslovně jen 7 z nich určeno pro osoby s duševním onemocněním. Lidé s duševním onemocněním se tak často ocitají v situaci, kdy jim nikdo nedokáže nabídnout potřebnou pomoc.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce navazuje na poznatky z literatury, které jsou obsaženy v teoretické části. Výzkumné šetření se zaměřuje na zmapování dovedností a roli sociálního pracovníka pečujícího o cílovou skupinu klientů v Domově se zvláštním režimem na Jarošce. Do výzkumu byly s kapacitních důvodů zahrnuty všechny pracovnice sociálního úseku v daném domově.

### 5.1 Druh výzkumu

Výzkum byl prováděn metodou kvalitativního šetření, jelikož se zaměřuje na proces hledání porozumění, které je založeno na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního, či lidského problému (Creswellin: Hendl, 2016, s. 46).

Při využití této metody je potřeba si hned na začátku výzkumu určit téma a základní výzkumné otázky. Tyto otázky lze však během samotných rozhovorů různě modifikovat či doplňovat (Hendl, 2016, s. 46). Výzkumník se snaží vyhledat a zanalyzovat jakékoli informace, které dopomůžou zodpovědět výzkumné otázky (Hendl, 2016, s. 46). Zkoumání probíhá v přirozeném prostředí a je vytvářen komplexní holistický obraz o zkoumaném fenoménu, přičemž informuje o názorech respondentů, kteří se výzkumu účastní (Linderová, Scholz, Munduch, 2016, s. 56). Ze získaných informací vyvozuje výzkumník deduktivní i induktivní závěry (Hendl, 2016, s. 46).

### 5.2 Výzkumný vzorek a průběh výzkumu

Před samotným uskutečněním výzkumu, proběhlo seznámení s provozem zařízení a prostudování personálního obsazení. Dalším zdrojem informací byla dokumentace z webových stránek Domova na Jarošce (standards, metodiky, náplň práce jednotlivých pracovníků).

Výzkumné šetření v zařízení bylo provedeno po schválení dokumentů: Žádost o umožnění výzkumného šetření (viz Příloha 6) a Žádost o umožnění přístupu k informacím (viz Příloha 5), ředitelkou Domova na Jarošce. Kvalitativní výzkum formou rozhovorů byl uskutečněn v měsíci říjnu a listopadu 2020. Rozhovory byly prováděny s pracovníci celé sociální sekce v Domově se zvláštním režimem na Jarošce (pokládání otázky viz Příloha 3).

Sociální úsek se skládá ze dvou sociálních pracovníků a čtyř aktivizačních pracovníků. Výzkumný vzorek pracovníků byl vybrán na základě personálního obsazení sociálního úseku v daném domově. Aktivizační pracovníci v Domově se zvláštním režimem na Jarošce přebírají některé kompetence sociálních pracovníků a jejich kompetence dle pracovní náplně daného zařízení se vzájemně prolínají. Pracovníci aktivizace jsou v častějším kontaktu s klienty, a na základě získaných informací se spolupodílejí na tvorbě individuálních plánů u klientů a spolupracují se sociálními pracovníky. Jedná se tedy o účelový výběr respondentů, o kterém Disman (2011) tvrdí, že je založen pouze na úsudku výzkumníka, a na tom, co on sám chce pozorovat (Disman, 2011, s. 112).

Se zapojením do výzkumu souhlasily všechny pracovníci sociálního úseku domova. Bohužel, průběh výzkumu byl poznamenán karanténními opatřeními a dlouhodobým onemocněním jedné z pracovníků aktivizace. Jelikož je práce zaměřena na konkrétní zařízení, nebylo možné dělat náhodný či jiný výběr, vzhledem k nízké personální kapacitě. Nevýhodou tohoto výběru bude pravděpodobně vysoké zkreslení výsledků, způsobené výběrem vzorku pouze z jednoho konkrétního zařízení (Gavora, 2010, s. 80). Z tohoto důvodu, nemohou být výsledky interpretovány na všechny zařízení stejného typu. Na druhou stranu, výhodou může být využitelnost v Domově na Jarošce.

Před započítáním rozhovorů byli respondenti informováni o účelu výzkumu, a také o tom, že celý rozhovor bude veden jako anonymní. Rozhovory s jednotlivými respondenty se uskutečnily v jejich kancelářích a délka rozhovorů se pohybovala od 30 do 40 minut. Respondenti během polostrukturovaného rozhovoru odpovídaly vstřícně a ochotně na všechny otázky. Rozhovory byly s předem vysloveným souhlasem respondentů nahrávány na záznamové zařízení (diktafon) a po přepisu uloženy v archívu autora. Nahrávání bylo ztíženo podmínkami v zařízení, kdy hluk z chodeb někdy narušoval rozhovor s respondentem. Přepis rozhovorů, analýza dat a jejich zpracování proběhlo od února 2021 do dubna 2021.

### 5.3 Technika výzkumu

V této práci byla využita jako technika sběru dat rozhovor, který se vyznačuje tím, že kromě odpovědí samotných se výzkumník zaměřuje i na respondentovi postoje a názory vůči zkoumanému jevu (Linderová, Scholz, Munduch, 2016, s. 60). Konkrétně byl využit polostrukturovaný rozhovor, který je dle Miovského (2006) nejčastějším typem rozhovoru v kvalitativním šetření. Tento typ rozhovoru je náročný na přípravu a stanovené otázky jsou závazné, ale nezáleží na jejich pořadí (Miovský, 2006, s. 159). Výhodou tohoto postupu je hloubka popisu fenoménu spolu s podrobnými informacemi (Hendl, 2016, s. 48). Další výhodou může být dosažení vyšší přesnosti, díky možnosti pokládat doplňující otázky (Miovský, 2006, s. 161).

Rozhovor, který byl vytvořen pro toto výzkumné šetření, byl rozdělen na čtyři základní oblasti dle kompetencí pracovníků:

1. Oblast týkající se schopnosti účinně komunikovat.
2. Oblast týkající se schopnosti orientovat se v potřebách a možnostech klientů.
3. Oblast týkající se schopností rozeznat silné stránky klienta a podporovat jeho soběstačnost a začlenění do běžného života.
4. Oblast týkající se vzdělávání pracovníků.

Byly vytvořeny otázky týkající se jednotlivých oblastí, pořadí otázek nebylo striktně dodržováno a dle odpovědí respondentů byly otázky průběžně doplňovány. V úvodu rozhovoru byly pokládány otázky týkající se identifikace jednotlivých respondentů.

## 5.4 Etické principy výzkumu

*„V každém výzkumu je třeba řešit etické otázky. Etika výzkumu nabádá k tomu, aby badatelé nesledovali své zájmy na úkor zájmů osob, které se výzkumu účastní. Nikdo nemá právo vyvíjet výzkumné úsilí nad rámec základních hodnot společnosti“ (Kutnohorská 2009, s. 97)*

Kvalitativní výzkum byl založen na důvěře mezi výzkumníkem a respondentem. Součástí vztahu byly předem poskytnuté informace o účelu výzkumu, poučení o souhlasu s výzkumem a po skončení výzkumného šetření má každý respondent právo na poskytnutí výsledků výzkumu. Všichni respondenti byli rovněž ubezpečeni o důvěrnosti poskytnutých informací a následném zpracování poskytnutých informací. Byla jim nabídnuta možnost nahlédnutí do výsledků výzkumu v bakalářské práci.

## 5.5 Cíl a hlavní výzkumné otázky

Jak je uvedeno výše, cílem práce je zmapovat kompetence a roli sociálního pracovníka (respektive pracovníků sociální úseku) v domově pro klienty s psychiatrickým onemocněním v Domově se zvláštním režimem na Jarošce.

Hlavní výzkumný cíl: Jaké jsou dovednosti a role sociálního pracovníka pečujícího o cílovou skupinu klientů v domově se zvláštním režimem?

V návaznosti na hlavní cíl, byly stanoveny cíle dílčí:

1. Zjistit, jak sociální pracovníci uplatňují komunikační dovednosti?
2. Zjistit, jak se sociální pracovníci orientují v potřebách a možnostech klientů?
3. Zjistit, jak podporují klienty v soběstačnosti a zjistit názor sociálních pracovníků na chráněné bydlení pro klienty s psychiatrickou diagnózou?
4. Zjistit, zda sociální pracovníci mají odpovídající vzdělání pro práci s klienty s psychiatrickou diagnózou?

## 5.6 Analýza dat

Pro zpracování dat získaných v kvalitativním výzkumu byla zvolena metoda zakotvené teorie. Tato teorie vznikla v 60. letech minulého století. „*Výzkumník je ve svém úsilí veden záměrem vytvořit teorii a hledá v textu výskyt relevantního materiálu. Hlavní pozornost se soustřeďuje na nalezení vztahů, které jsou doloženy pravidelnostmi, při nichž se určité kategorie jedné proměnné vyskytují společně s kategoriemi jiné proměnné. Výzkumník tak tvoří hypotézy během toho, jak se pohybuje v textu*“ (Ivanová, Olecká, 2010, s. 39-40).

Základní analytickou technikou zakotvené teorie je kódování, které je rozděleno na tři hlavní způsoby: otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování. Otevřené kódování se zabývá označováním a kategorizací jednotlivých pojmů.

Dochází k rozebírání, porovnávání, prozkoumávání a kategorizaci údajů. V procesu jsou zjišťovány podobnosti a rozdíly, zvažovány a zkoumány naše i cizí domněnky o zkoumaném jevu (Kutnohorská, 2009, s. 66). Přepsané rozhovory s výzkumného šetření byly zpracovány formou otevřeného kódování a pomocí barevného označení proběhlo rozlišení jednotlivých kódů (viz Příloha 4).



## 6 INTERPRETACE VÝZKUMU

Pro přehlednost je v úvodu interpretace výsledků umístěna tabulka s identifikačními údaji jednotlivých respondentů. Výzkumný vzorek se skládá z pracovnic sociálního úseku, který tvoří pouze ženy. Výsledný vzorek respondentů tvoří pět pracovnic, z důvodu dlouhodobého onemocnění jedné pracovnice a personálního obsazení daného úseku v domově. Z rozhovorů vyplynulo, že práci s touto cílovou skupinou si záměrně zvolili dvě respondentky. R4:... „, zemřela mě maminka a tatínek, takže tak nějak k tomu přišlo.“ R5: ...„, dělala jsem tady praxi a rozhodla se zůstat.“ Ostatní tři respondentky uvádí, že chtěly změnu ve své práci. Podkapitoly jsou rozčleněny dle dílčích cílů a kategorií vzniklých otevřeným kódováním.

Respondenti	Věk	Rodinný stav	Délka praxe v soc. oblasti	Délka praxe v DZR	Vzdělání
R1	45	vdaná	2	27	VŠ
R2	51	rozvedená	4	2	VŠ
R3	53	vdaná	20	23	SŠ
R4	52	vdova	3	13	SŠ
R5	41	vdaná	5	15	SŠ

*Tabulka 1 – charakteristika respondentů*

## 6.1 Uplatňování komunikačních dovedností

Zde byla hodnocena oblast komunikačních dovedností a schopnost navázat kontakt s klientem i jeho okolím.

Jednotlivé kódy:

1. náladovost
2. nezájem rodiny
3. nejsou vazby
4. komunikace pořád dokola
5. vysvětlovat
6. trpělivost
7. odpovídat
8. mluvit a mluvit
9. individuální přístup
10. důvěra
11. upřímnost

Tyto kódy prezentují schopnost pracovníků komunikovat s klienty a vytvářet vzájemný vztah.

Komunikační schopnosti pracovníků jsou v práci s klienty s psychiatrickým onemocněním klíčové. Pomocí komunikace si získávají důvěru klienta, vytváří vzájemný vztah, poskytují pocit opory. Neméně důležitým prvkem je získávání potřebných informací od klientů. Klienti se pracovníkům svěřují se svými problémy. Komunikace je často ovlivněna zdravotním stavem klientů. Na dotaz co nejvíce ovlivňuje komunikaci, všechny respondentky uvedly, že nálada klientů, R4: „*nálada, jak se vyspí, podle toho, jakou mají náladu.*“ Většina respondentek umí pracovat s náladou klienta tak, že této náladě přizpůsobí svou komunikaci.

Zároveň žádná z respondentek nevnímá v komunikaci s klienty bariéry. I přes toto tvrzení pracovnice komunikační bariéry vždy zmiňují. R2: „...*pokud ne (nezvládají verbální komunikaci) nebo ti co nejsou schopni porozumět, tam právě spolupracují s těma opatrovníkama.*“ Na druhou stranu vznikají bariéry při komunikaci s opatrovníky, R1: „...*spousta opatrovníků na to kývne, jo já to budu dělat, ale už nedomyslí, co všechno se s tím pojí.*“

Žádná z respondentek nevedla, že by při své práci používala nějaké specifické komunikační techniky. Respondentky buďto přímo uvedly, že žádnou komunikační techniku nevyužívají, nebo udávaly, že se snaží být na klienty milé, což nemůže být považováno za komunikační techniku. Dle R3 by nějaké pomůcky potřebovaly, ale žádné nemají, zároveň udává, že komunikace je náročná a je těžké se s klienty domluvit. Klienti na základě svých onemocnění nejsou schopni ukládat do paměti nové poznatky, proto je potřeba dle názoru respondentek informace opakovat neustále dokola. R3 uvádí: „...*neustále jim pořád dokola všechno vysvětlovat, což si myslím, že je někdy fakt náročné.*“

Všechny respondentky se rovněž shodly na přístupu ke klientům. Chovat se k nim přirozeně, být trpělivá, vyslechnout, být milá, nepřevádět stres a vyslechnout když potřebují. R5: „...*ale někdy je to těžké, protože i když se člověk snaží, tak to prostě nejde.*“

Respondentky uvádí, že komunikují se zájemcem o službu, což znamená, že zjišťují informace o klientovi, který žádá o umístění do zařízení. Jak R1 uvádí: „...*nahánění těch žadatelů...občas je to tady taková detektivní kancelář.*“ Jako nejproblematictější vidí respondentky komunikaci s rodinou klientů, ta buď nemá zájem, nebo klient žádné blízké příbuzné nemá. R1: „...*máme málo příbuzných, kteří chtějí komunikovat.*“ R2: „...*snažíme se, ale nejsou tam vazby nebo jsou úplně sami...*“ R5 ke komunikačním dovednostem přidává schopnost vyslechnout je, když potřebují a někdy i zastoupit rodinu. R1 vidí jako specifickou kompetenci umění naslouchat a vnímat náladu klientů, která je každý den jiná a podle toho s nimi komunikovat.

## 6.2 Orientace v potřebách a možnostech klientů

Před přijetím klienta do zařízení se provádí sociální šetření v místě aktuálního pobytu žadatele o službu, při kterém se snaží sociální pracovník získat co nejvíce informací o daném žadateli. Po přijetí do zařízení, dochází k sestavení individuálního plánu klienta, zjišťují se jeho schopnosti a dovednosti, stanovují se cíle spolupráce.

Jednotlivé kódy:

1. klíčový pracovník
2. rozhovor
3. pozorování
4. sociální šetření
5. regionální karta
6. spolupráce s pečovatelkami
7. opatrovník
8. plán péče

Pro získávání informací sociální pracovníci využívají nejčastěji rozhovor a pozorování, pracují s regionálními kartami, které jim usnadňují orientaci v potřebách a přáních klientů. Při nástupu do zařízení, je klientovi přidělen klíčový pracovník, který sestaví první individuální plán péče, na základě informací získaných ze sociálního šetření.

Součástí plánu jsou cíle, kterých chce klient dosáhnout. Klíčový pracovník je mu oporou, řeší s klientem jeho aktuální potřeby. Jak uvedly respondentky, plány se přehodnocují dle programu, který používají, nebo při změně zdravotního stavu klienta. R2:...“ *když vidíme, že už je méně soběstačný, tak zažádáme o zvýšení příspěvku na péči, což je v naší kompetenci.*“

Každá z respondentek je klíčovou pracovnící jednoho klienta, od kterého se snaží zjistit maximální množství potřebných informací. Přesto jedna respondentka uvedla, že nepřijde s klientem ani do kontaktu, což by z hlediska její pracovní pozice nemělo být možné. R3: „...*my s ním (klientem) kolikrát ani nepřijdeme do kontaktu...takže plán té péče stejně dělají děvčata (jiné pracovníce sociálního úseku), protože se jich stejně musím ptát, co dělají.*“ Naopak R4 získávání informací podmiňuje vzájemným vztahem a

schopnostmi klienta,...“ *my máme mezi sebou takový vzájemný vztah, že přijde a řekne, co potřebuje, přijde mě to říct.*“

Všechny respondentky se shodly na nutnosti spolupráce s jinými úseky v domově, převážně s úsekem přímé péče. Pracovníci tohoto úseku jsou v každodenním styku s klienty a informace následně předávají ostatním členům týmu v zařízení. Spolupráce na individuálních plánech klientů probíhá také prostřednictvím programu Cygnus, do kterého každý z pracovníků zaznamenává důležité údaje o klientovi.

V případě že klient nemá rodinné příslušníky nebo má stanoveného opatrovníka, jeho osobní majetek obhospodařuje sociální pracovník, na základě smlouvy o obhospodařování. Co se týče hospodaření s osobním majetkem klienta, každá z respondentek má na starost dílčí oblast tohoto majetku. Jedna z pracovníků v rozhovoru uvádí R2: „*Jsem schopna ovlivnit finanční zůstatky na účtě, jsem schopná ovlivnit co se klientovi koupí...*“

Sociální pracovník má rovněž v kompetencích hospodaření s důchody klientů, výdej peněz dle nastavených pravidel zařízení a nákupy pro klienty podle jejich přání. R2:...“ *zpracovávám úhrady za bydlení a stravu, zajišťuji výdej peněz a cigaret a pak zajišťuji teda veškeré nákupy pro uživatele.*“ Jako problém vidí respondentky neschopnost úsudku a nízkou finanční gramotnost klientů. R3:...“ *je náročné domluvit se s našimi uživateli, nemají náhled na svoji finanční hotovost, takže si myslí, že tady mají statisíce, miliony a nevím co..., velmi těžce se jim to vysvětluje.*“

Výkon opatrovnictví patří ke specifickým kompetencím sociálních pracovníků. Pracuje zde s odbornými znalostmi v oblasti obhajování a pomoci uplatňování práv klientů. U klientů omezených ve svéprávnosti zajišťuje sociální pracovník veškeré záležitosti týkající se klienta (vyřizování úředních záležitostí, doprovází klienta k lékaři, na nákupy). R2:...“ *třeba když vím, že něco klient potřebuje, tak to musím s tím opatrovníkem vykomunikovat, tak abychom to dostali. Vysvětlit mu proč to potřebuje, v tom ty kompetence mám, ovlivnit pro ně ten nejlepší způsob, aby si tady žili dobře, to mám možnost ovlivnit.*“ R1:...*klient potřeboval bavlněné oblečení, protože měl kožní problémy a opatrovník to neschválil...*“

Jak udávají respondentky, komunikace s opatrovníky není jednoduchá. R5: „*po správnou by měl opatrovník doprovázet klienta k lékaři a u nás to děláme my...*“ Přímou opatrovníka žádnému z klientů sociální pracovník nedělá, ale je stanoven veřejný opatrovník nebo

blízký příbuzný klienta. Sociální pracovníci jsou s tímto opatrovníkem často v kontaktu pro zajištění zájmů klienta, a proto je důležitá vzájemná spolupráce.

### 6.3 Podpora soběstačnosti klientů a příprava na přechod do chráněného bydlení

Jako třetí dílčí cíl bylo stanoveno zjistit, jak sociální pracovníci podporují klienty v soběstačnosti. V průběhu šetření se ukázala jako důležitá oblast přípravy klientů na pobyt v chráněném bydlení. Tento přechod s domova se zvláštním režimem do chráněného bydlení úzce souvisí se soběstačností klientů.

Jednotlivé kódy:

1. podpora
2. soběstačnost
3. pracovní terapie
4. povinnosti
5. denní úkoly
6. aktivity
7. akce
8. chráněné bydlení

Všechny respondentky uvedly, že klienty v soběstačnosti podporují. R1: *“ takže když se jde na ten úřad, tak to není, že tam my sami zaběhneme, a uděláme to za něho...”* Klienti jsou dle respondentek podporováni ve vyřizování úředních záležitostí, jako je placení inkasa na poště, výběry z vkladních knížek nebo vyřizování občanských a zdravotních průkazů na úřadě. Klienti jsou na úřady doprovázeni sociálním pracovníkem a podporováni k samostatnému vyřízení osobní záležitosti. R2: *„ chodí si platit ty inkasní lístky na poštu, aby viděli, že se to platí nějakým způsobem...nebo mají vkladní knížky a veškeré výběry se provádí s uživatelem.“* Další R2 uvádí: *„ Každý uživatel má nějaký úkol, který zvládne, který si plní...”*

Domov se zvláštním režimem na Jarošce spolupracuje s chráněnou dílnou Simeva, která zaměstnává klienty tohoto zařízení v rámci pracovní terapie. Pracovní činnosti jsou prováděny 2x týdně v dílně, která je součástí zařízení. R4: *„ jsou tady klienti, kteří mají*

*pracovní terapii a mají to placené, takže ti se tam musí volat i když se jim nechce. Je to jejich povinnost, takže v tomto je musíme do toho nahánět, ale jinak je nenutíme do ničeho.“*

Dle této respondentky, klienti nejsou ochotni zúčastňovat se pracovní terapie, ale možnost finanční odměny je motivuje. Klienti jsou zapojováni do každodenních činností v rámci denního režimu v zařízení. Spolupráce s klienty probíhá především prostřednictvím pracovníků přímé péče, kteří tráví s klienty největší část své pracovní doby a jsou zároveň klíčovými pracovníky klientů. R4: *„ je tady hodně klientů, kteří byli celý život jenom v ústavu a vůbec neví co je v domácnosti za práci, nebo vůbec něco takového...“*

Klienti provádí běžné denní činnosti a plní pracovní úkoly. Tyto úkoly jsou jim přidělovány na pravidelných ranních infoschůzkách v rámci režimu zařízení. R2: *„ mají takové pracovní činnosti, každý uživatel má nějaký úkol, který zvládne, například servírování, chystání jídelny, zvedání židlí, odnášení zbytků jídla..., každý má svůj úkol, který si plní.“* R5: *„ snažíme se je zapojit, aby si třeba utřeli prach na policiče, každý si kolem sebe musí něco dělat, aby si toho trošku vážil...“* Respondentky shodně uváděly, že u všech klientů je důležitá motivace k činnostem, většinou jsou to cigarety nebo nějaké sladkosti.

V rámci podpory klientů a jejich začleňování do běžného života společnosti jsou v zařízení i mimo něj pořádány různé akce. Dochází tak k propojení klientů s ostatními občany mimo domov a navazování nových sociálních kontaktů. Tyto kontakty jsou často vzhledem k dlouhodobému pobytu v zařízení velmi omezené. Na společenských akcích mimo zařízení, se sociální pracovníci snaží ukázat veřejnosti, že jejich předsudky vůči těmto klientům jsou zbytečné. R1 *„Spolupracujeme s městem Hodonín na různých akcích...uspořádali jsme Den duševního zdraví...nebo Den sociálních služeb na Hodonínsku...a všude se toho účastní uživatelé.“*

Na tvorbě kulturních a společenských akcí se podílí zejména R3. Tyto akce se tvoří přímo podle přání klientů, které sociální pracovnice zařízení zjišťují na informačních schůzkách. R3: *„Ptáme se, jaké akce by chtěli v domově, co jim tady chybí, co tu dlouho nebylo.“* Pro klienty jsou pořádány například výlety, country bály, plesy, grilování, promítání filmů, diskotéky a další akce dle zájmů klientů.

Všechny respondentky se shodují v kladném hodnocení kulturních a společenských akcí, zmiňují také pozitivní dopad pořádaných akcí na klienty. Na druhou stranu, většina respondentek odmítá, že by se klienti mohli plnohodnotně zapojit zpět do běžného života. R4: *„Do běžného života je nemůžeme zapojovat.“* R5: *„Pro naše klienty to není vhodné (chráněné bydlení)...asi by nezvládli bydlení, i kdyby to bylo chráněné, prostě potřebují dohled.“*

Respondentky se také shodují na tom, že klienti nemají dostatečné schopnosti a dovednosti pro reintegraci do společnosti. Je to zřejmě dané tím, že sociální pracovníci nejsou v dostatečné míře schopni vybalancovat pomoc a kontrolu. R1 přiznává, že přechod klientů z Domova se zvláštním režimem do chráněného bydlení není možný proto, že jsou *„léta zvyklí v nějaké instituci.“* R3: *„Myslím si, že bez 24 hodinového dozoru by naši uživatelé nebyli schopni žít v chráněném bydlení.“* R2 zase uvádí, že fungující koncept chráněného bydlení viděla v Praze. Vyzdvihuje přitom, že v této službě vedou klienty k soběstačnosti, například je učí vařit a prát. *„To tady 20 let to za ně děláme a teď je přece nemůžeme jen tak vystrčit do chráněnky.“*

Alarmující je zjištění, že zařízení eviduje 150 žádostí o umístění do domova a dle požadavků kraje se má počet žádostí snížit na 15. Bohužel tyto klienty není kam umístit. R1: *„většina žadatelů je natolik soběstačných, že nejsou natolik špatní, aby museli jít do pobytovky, ale žádná jiná možnost není..., sítím propadají padesátníci, šedesátníci, protože jsou neumístnitelní, jsou ještě schopní a je škoda aby skončili v pobytoyce.“* Na dotaz proč nedošlo k realizaci projektu chráněné bydlení, které mělo být dobudováno v budově domova, všechny respondentky odpověděly, že z důvodu nedostatku financí. R2: *„nejsou peníze, dotace z kraje..., ale jinak by to byl velký přínos, v těch léčebnách psychiatrických je tolik mladých lidí a jsou tam třeba 8 let...“* Další respondentka R3 uvádí: *„udělala se ta přístavba a měla sloužit k tomu, že tam budou takové ty startovací byty, že je tam budeme učit takové té samostatnosti, ale projekt se zastavil, že nejsou finance.“*



## 6.4 Vzdělávání pracovníků

Poslední zkoumanou oblastí byla odbornost sociálních pracovníků a jejich další vzdělání v oblasti psychiatrie nebo psychologie. Sociální pracovníci pracující s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním by měli mít základní přehled v psychiatrické oblasti, základních diagnózách a problematice s tím spojené.

Jednotlivé kódy:

1. vzdělávání
2. nezájem
3. školení v zařízení
4. spokojenost
5. nepotřebuje
6. oblast financí
7. oblast opatrovnictví

Na otázku vzdělání v psychiatrické oblasti, všechny až na jednu respondentku odpověděly, že nemají. Všechny navíc uvedly, že si takovéto vzdělání nechtějí nijak doplnit. Pouze (R3) zmínila, že má psychiatrické minimum a roční psychosociální výcvik. Respondentka má ukončené pouze středoškolské vzdělání, přesto v rámci těchto kompetencí patrně převyšuje i sociální pracovnice s vysokoškolským vzděláním. Dle tabulky uvedené výše je patrné, že vysokoškolské vzdělání mají 2 respondentky, ostatní udávají vzdělání středoškolské. Dlouhodobou praxi v sociální sféře udává R3 (23 let). Respondentky R2, R3, R4 a R5 pracují dlouhodobě v domově se zvláštním režimem, ale před doplněním vzdělání a zvýšením kvalifikace pracovaly na jiné pracovní pozici (přímá péče). Všechny shodně potvrdily, že studiem získaly vyšší odbornost a zajímavější pracovní místo. Respondentky uvedly, že jsou spokojeny se vzdělávacími programy, které nabízí zařízení pro své pracovníky. Pouze jedna z respondentek (R4) se povinného vzdělávání neúčastní.

Vzdělávání pracovníků se uskutečňuje formou kurzů on-line nebo prezenčně v klubovně zařízení. Na otázku v jakém oboru by se chtěly dále vzdělávat, R1 udávala: „*opatrovnictví, tam je spousta takových klíček...*“ další respondentka R3: „*bych potřebovala tady, co se týká ohledně financování, ohledně peněz a tady těch věcí...inventury a tak...*“ Jak již bylo uvedeno, o doplnění nebo rozšíření vzdělání v psychiatrickém oboru nemá zájem žádná z respondentek.

Přestože respondentky nemají vzdělání v psychiatrickém oboru, většina z nich dokáže správně zareagovat v případě kontaktu s agresivním klientem nebo klientem s halucinacemi. Jak uvedly, klienta uklidňují využitím techniky vhodné komunikace a následně ho předají do péče příslušnému zdravotnímu personálu. Pouze (R2) uvedla, že se kontaktu s těmito klienty raději vyhýbá a tento problém přenechává na pečovatelkách. R2: „*Já to nezvládám, já se mu raději vyhnou, nezasahuji do toho...je to na přímé péči.*“ Postupují správně, když tuto problematiku přenechávají zdravotnickému personálu, ovšem zde se však nejedná přímo o uplatňování kompetencí, ale o přirozenou intuici pracovníků.

Zjištění, že jedna z respondentek se vůbec neúčastní povinného vzdělávání, které jí ukládá zákon o sociálních službách je více než alarmující. Ostatní respondentky by se chtěly dále vzdělávat a rozvíjet v různých oborech. Se systémem vzdělávání, který je jim na pracovišti poskytnut jsou spokojeny.

## 7 DISKUZE

Kapitola se zabývá zhodnocením výsledků výzkumného šetření a rozbořením dosažených odpovědí na stanovené cíle výzkumu.

První oblastí výzkumného šetření bylo uplatňování komunikačních dovedností sociálních pracovníků. Bylo zjištěno, že při práci s klienty s duševním onemocněním jsou komunikační dovednosti sociálních pracovníků klíčové. Na komunikačních schopnostech sociálních pracovníků se utváří základ vztahu s klientem, navozuje se pocit důvěry a opory. Klienti se na základě takto vytvořeného vztahu obrací na sociální pracovníky se svými problémy a ti je následně s nimi řeší. Klienti jsou v domově převážně dlouhodobě a sociální pracovníci k nim mají osobní vztah.

Z výzkumu vyplynulo, že největší vliv na komunikaci s klienty má jejich nálada a zdravotní stav. Respondentky uváděly, že nálada klientů je každý den jiná a je nutné se umět v komunikaci přizpůsobit. K vhodnému přístupu patří umění respektovat, že daný den nechtějí klienti komunikovat vůbec. Respondentky vzhledem ke své dlouholeté praxi v zařízení ovládají techniky přístupu k jednotlivým klientům. Dle jedné respondentky patří k umění komunikace znát, kdy mluvit a kdy se klientům „vyhnout“, aby je nerozrušily ještě více. Sociální pracovníci ovládají práci s náladou klienta a vhodně se jí přizpůsobují. Bariéry v komunikaci všechny respondentky popíraly, ale v průběhu výzkumného šetření vždy nějaké bariéry zmiňovaly (neschopnost porozumět informacím, nutnost opakovat informace stále dokola, špatná nálada klienta). Komunikační dovednosti udávaly respondentky jako velmi dobré, ale zároveň hodnotily tuto oblast jako nejvíce zatěžující v jejich profesi. U klientů s psychiatrickou diagnózou je nutné přizpůsobit komunikaci jejich zdravotnímu stavu a možnostem. V této oblasti se projevují osobnostní předpoklady pracovníků ke zvládnutí této zátěže. R1 dokonce uvedla, že se klientům raději vyhne, což je vzhledem k její pracovní pozici neprofesionální. Jako techniku v komunikaci zmiňovaly spíše vhodný přístup ke klientům, kde na prvním místě uváděly trpělivost. Na dalším místě udávaly slušnost, přístup rovný k rovnému, vyslechnutí, když potřebují a pomoc. Dle odpovědí respondentek si klienti tento přístup zapamatují. Dojde k vytvoření vztahu důvěry a následně je s nimi komunikace i jednání jednodušší.

Sociální pracovníci uplatňují komunikační dovednosti při kontaktu s rodinou klientů a při jednání s opatrovníky. Zde výzkum prokázal nezájem rodin o klienty. Sociální pracovníci se i nad rámec své pracovní náplně, snaží rodiny kontaktovat a obnovovat vazby, které byly přerušeny chováním klientů pod vlivem onemocnění. Rodiny se za své blízké stydí nebo se jich obávají, nechťejí se s nimi kontaktovat. Zjištěná skutečnost potvrzuje uváděný náhled společnosti na osoby s duševním onemocněním a jejich blízké. Následně dochází také k stigmatizaci lidí s duševním onemocněním (Otmarová 2020). V zařízení je pouze několik klientů, kteří jezdí na tzv. dovolenky ke svým blízkým nebo jsou v pravidelném telefonickém kontaktu s rodinou. Ostatním klientům se personál snaží absenci rodiny vynahradit svým přístupem a jednáním.

Kontakt s opatrovníky uváděly respondentky jako další z oblastí, kde je zapotřebí umění komunikace. Dovednost komunikace s opatrovníky je klíčová pro zajištění potřeb klientů omezených ve svéprávnosti. Sociální pracovník konzultuje veškeré potřeby klienta s opatrovníkem a ten je následně schvaluje. Některé záležitosti jsou stanoveny soudním rozhodnutím, např. výdej a částka peněz určená klientům k osobním nákupům. Tyto nákupy klienti uskutečňují v doprovodu sociálních pracovníků. Podporují tak soběstačnost klientů ve vytváření náhledu na hospodaření s penězi.

Opatrovníci jsou stanoveni z řad rodinných příslušníků nebo z veřejných osob. Jak vyplynulo z výzkumu, bariéry v komunikaci se projevují zvláště v případě opatrovníků z řad rodinných příslušníků. Ti se nechají stanovit opatrovníky svých blízkých, aniž by si uvědomovali povinnosti plynoucí z této pozice. V neposlední řadě uplatňují sociální pracovníci komunikační schopnosti při jednání s úřady a sociálním šetření se žadateli o službu. Na sociální šetření jezdí sociální pracovníci převážně do psychiatrických nemocnic. Na základě získaných informací o žadateli, pak rozhodují, zda je vhodný pro umístění do domova dle cílové skupiny.

V oblasti orientace v potřebách a možnostech klientů uplatňují sociální pracovníci odborné kompetence již při sociálním šetření před přijetím klienta do zařízení. Klienti jsou v převážné většině do zařízení přijímáni z psychiatrické nemocnice Kroměříž, kam jezdí sociální pracovníci na šetření. Zde získávají první informace o schopnostech klientů a jejich možnostech. Jako neméně důležitý zdroj informací uváděly respondentky regionální

karty. V případě, že klient má rodinu nebo blízké příbuzné provádí sociální pracovník šetření s rodinou klienta. Jak již bylo uvedeno, dle výzkumu rodina často nespolupracuje nebo klient žádné blízké příbuzné nemá. Dohledávání informací o kontaktech klienta uváděly respondentky jako detektivní a mnohdy marnou práci.

Po nástupu do zařízení je klientovi přidělen klíčový pracovník, který spolu s ním sestavuje individuální plán. Každá z respondentek pracuje jako klíčový pracovník jednoho klienta. Pomocí plánu jsou hodnoceny schopnosti klienta. Na sestavování plánu spolupracují pracovníci všech úseků domova. Plány pracovníci tvoří pomocí programu Cygnus a pravidelně revidují dle časového harmonogramu programu. Změna plánu se rovněž provádí při změně zdravotního stavu klienta. Přehodnocování plánu při změně zdravotního stavu klienta je důležitým podkladem pro stanovení výše příspěvku na péči. Podání žádosti o zvýšení příspěvku je součástí kompetencí sociálního pracovníka v zařízení. Z výzkumného šetření vyplynulo, že většinu informací sociálním pracovnícům předávají pracovníci úseku přímé péče, z důvodu jejich častějšího kontaktu s klienty. Sociální pracovník v domově, jak uvedla respondentka (R2), často za celý den nepřijde s klienty do styku. Vzhledem k tomu, že sociální pracovník pracuje přímo v budově domova, je tato skutečnost zarážející. Informace o potřebách klientů se předávají v rámci týmové spolupráce pracovníků domova, ale pouhé pasivní přebírání informací bez kontaktu s klienty by nemělo být praktikováno.

Klienti s psychiatrickou diagnózou jsou často omezeni ve svéprávnosti. V tomto případě stanovuje soud opatrovníka z řad příbuzných nebo veřejnosti. Sociální pracovník spolupracuje se stanoveným opatrovníkem. Spolupráci s opatrovníky uváděly respondentky jako nejvíce problematickou z hlediska komunikace i z hlediska svých znalostí v této oblasti. Na základě omezení svéprávnosti u klientů a smlouvy o obhospodařování, sociální pracovník hospodaří s penězi klientů, provádí nákupy dle přání a potřeb klientů. Opatrovníkovi jsou zaslány veškeré doklady týkající se úhrad za klienty ke kontrole. Respondentky uváděly problematiku nízké finanční gramotnosti klientů a neschopnosti náhledu na výši jejich finanční hotovosti. Nepochopení situace často vede až k agresi klientů, z důvodu neuspokojení jejich finančních požadavků.

Sociální pracovník balancuje mezi pomocí a kontrolou, vede klienta k soběstačnosti. Sociální pracovníci v domově na jednu stranu zvládají roli opatrovníckou, v níž především spravují majetek klientů a takto mohou například zabránit tomu, aby klienti utratili

nerozvážně všechny své peníze. Na druhou stranu respondentky zmiňovaly opakovaně přehnanou kontrolu nad klienty, která způsobuje závislost klientů na poskytované službě.

V oblasti zvyšování schopností a dovedností klientů přitom všechny respondentky shodně uváděly podporu klientů a vedení k soběstačnosti. V zařízení je podpora prováděna prostřednictvím aktivizačních činností. Možnost pracovní terapie je přímo v zařízení. Klienti se také zúčastňují různých akcí pořádaných v zařízení i mimo něj. Klienti jsou zapojováni do provádění běžných denních úkonů v rámci režimu dne. Pracovní úkoly rozděluje sociální pracovník na pravidelných ranních informačních schůzkách. Plnění úkolů je zde hodnoceno a klienti jsou motivováni odměnou za dobře splněný úkol nebo účast na aktivitě.

Účastí na akcích mimo zařízení se klienti zapojují do běžného života ve společnosti. Dochází k rozšíření jejich sociálních kontaktů, které jsou z důvodu jejich onemocnění často velmi omezené. Zapojování klientů je rovněž v souladu s cílem integrace duševně nemocných do běžné společnosti v návaznosti na koncept plánované reformy psychiatrické péče. Výzkum ukázal velký rozpor v jednání a myšlení sociálních pracovníků. Pracovníci na jedné straně prezentují klienty na veřejnosti jako schopné úspěšného začlenění do běžného života společnosti, na straně druhé uvádějí nízkou úroveň schopností klientů pro přechod do chráněného bydlení. Zde se zřejmě projevuje přehnaná kontrola nad klienty a postoj pracovníků, kdy jak uvádí, „... za ně všechno děláme.“ Pracoviště tak nedodrží trend současné sociální práce, tedy nevede klienta dostatečně k soběstačnosti.

V zařízení došlo k započetí projektu dostavby části budovy, s cílem vytvořit zde chráněné bydlení pro vybrané klienty. K dokončení realizace projektu nedošlo, jelikož projekt byl pozastaven z důvodu finančního omezení a neposkytnutí dotací z kraje. Dle respondentek součástí projektu byla příprava vybraných klientů na přechod do chráněného bydlení. Bohužel ze stanoveného souboru klientů, na základě zamítavých reakcí opatrovníků a psychiatricky zařízení, nebyl vybrán žádný klient vhodný pro tuto službu. Názory sociálních pracovníků na tuto službu jsou rovněž spíše negativní, respondentky udávaly nevhodnost chráněného bydlení pro klienty zařízení. Z uváděných odpovědí vyplynulo, že služba není pro klienty domova vhodná, nezvládli by změnu, nejsou schopni fungovat bez celodenní péče. U klientů dochází vlivem dlouhodobého pobytu v institucionální péči, ke ztrátě pracovních návyků a snížení schopností péče o vlastní osobu. Zde se projevuje další rozpor v myšlení a postoji respondentek, které udávaly

nespokojenost s návazností psychiatrické péče po odeznění akutní fáze onemocnění u klientů. Dle jejich názorů, většina žadatelů o poskytování služby je natolik soběstačných, že nepatří do cílové skupiny domova. Ovšem vzhledem k absenci jiné možnosti jsou tito žadatelé neumístnitelní a zůstávají dlouhodobě v psychiatrických nemocnicích. Dostupnost služeb pro osoby s duševním onemocněním, podpora komunitních služeb a služeb poskytovaných centry duševního zdraví by podstatně zvýšila možnost opětovného zařazení osob s duševním onemocněním do běžného života společnosti.

Vzdělávání sociálních pracovníků probíhá v domově dle § 111 zákona č. 108/2006 Sb. Respondentky se vzdělávání, kromě jedné, pravidelně zúčastňují. Respondentka (R4) uvedla, že další vzdělávání nepotřebuje a nemá o něj zájem, což je z hlediska její pracovní pozice nepřipustné. Další nedostatek se projevil, vzhledem k cílové skupině, se kterou sociální pracovníci v domově pracují, v odborném vzdělávání v psychiatrické oblasti. Pouze jedna respondentka absolvovala roční psychiatrické minimum. Ostatní respondentky neuváděly žádné vzdělání v této oblasti a neměly o něj ani zájem. Vzdělávání v rámci specifik dané profese by mělo být pro sociální pracovníky samozřejmostí. Znalost nebo neznalost základních psychiatrických onemocnění, jejich projevů, následná léčba i vliv podávaných psychofarmak na chování a jednání klientů, ovlivňuje práci s touto cílovou skupinou. Respondentky své vzdělání hodnotily jako dostačující. Jedním z důvodů, který uváděly, byla dlouholetá praxe v zařízení a osobní znalost klientů. Zájem o další vzdělávání projevíly 2 respondentky a to v oblasti opatrovnictví a finančních záležitostí. Domov na Jarošce pořádá pro své pracovníky pravidelné školení a akreditované kurzy, které se uskutečňují v klubovně domova, pracovníkům je umožněno se jich dle zájmu zúčastnit.

## 7.1 Doporučení pro praxi

Na základě výzkumného šetření lze poukázat na nedostačující vzdělání sociálních pracovníků v Domově na Jarošce v psychiatrické oblasti. Zde došlo po skončení výzkumu k posunu, kdy se v domově uskutečnil akreditovaný vzdělávací program na téma: Psychiatrické minimum pro zaměstnance sociálních služeb (viz Příloha 7). Absolvováním kurzu došlo k rozšíření znalostí sociálních i ostatních pracovníků zařízení. Rovněž chybí spolupráce s organizacemi následné péče, jako jsou centra duševního zdraví nebo chráněné bydlení. Zde je potřeba pracovat na změně přístupu pracovníků k těmto organizacím.



## ZÁVĚR

Tématem práce byl význam práce sociálního pracovníka v domově pro klienty s psychiatrickým onemocněním. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat dovednosti a roli sociálního pracovníka pečujícího o cílovou skupinu klientů v domově se zvláštním režimem. Výzkumné šetření bylo rozděleno do čtyř základních oblastí, které vyplynuly z rozhovorů prováděných s pracovníky sociálního úseku. Jako nejdůležitější se ukázala oblast komunikace. Sociální pracovníci komunikují s klienty, jejich rodinami, opatrovníky i ostatními členy týmu pečujícího o klienty v domově. Pracovníci se snaží v maximální možné míře zkontaktovat klienty s jejich rodinnými příslušníky. Tyto snahy často naráží na limity v podobě neochoty rodiny udržovat s klienty kontakt, nebo nemají v dokumentaci uvedeného žádného rodinného příslušníka, ani jinou blízkou osobu. Důvodem může být stud, který rodina pociťuje kvůli tomu, že jejich blízký trpí duševním onemocněním a také skutečnost, že žije v sociálním zařízení. Sociální pracovníci jsou vždy ochotni si s klientem v případě potřeby promluvit a poradit mu při řešení jeho osobních problémů. Snaží se pro klienty vytvořit příjemné prostředí, ve kterém se mohou cítit bezpečně.

Další dílčí výzkumnou otázkou byla orientace v potřebách a možnostech klientů. Zde je zdrojem informací sociální šetření, následný individuální plán klienta sestavený s klíčovým pracovníkem, spolupráce a předávání informací o klientech v rámci jednotlivých úseků a v neposlední řadě samotný klient. Sociální pracovníci domova pracují dlouhodobě v sociální oblasti a orientují se v možnostech a potřebách klientů. Umístění klientů v domově je ve většině případů dlouhodobé, a sociální pracovníci mají vytvořený na důvěře založený vztah s těmito klienty. Klienti se jim svěřují se svými problémy, které oni následně řeší. Na základě těchto znalostí rozlišují možnosti klientů a podporují je v soběstačnosti pomocí pracovní terapie, denních úkolů a aktivizačních činností. Sociální pracovníci v rámci svých kompetencí hájí práva a oprávněné zájmy svých klientů. U klientů omezených ve svéprávnosti spolupracují s opatrovníky. Zde se projeví bariéry ve spolupráci a v nízké míře odborných znalostí v této oblasti.

Snahou sociálních pracovníků v domově je zapojovat klienty do společnosti prostřednictvím různých akcí, na jejichž pořádání se podílejí. Sociální pracovníci se snaží dělat maximum pro to, aby zajistili klientům v co nejvyšší možné míře důstojné podmínky k životu. Přestože jsou stále umístěni v institucionální péči, pracovníci je alespoň částečně vystavují běžným sociálním interakcím, jako jsou například návštěvy pošty a úřadů, nákupy či jiné dostupné služby. Právě tyto kontakty se společenským prostředím poskytují klientům podněty nezbytné k tomu, aby mohli osobnostně růst. Na druhou stranu reintegrace klientů domova do běžného života není podle pracovníků možná a názory na přechod a přípravu klientů do chráněného bydlení byly negativní. Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda mají sociální pracovníci odpovídající vzdělání pro práci s touto cílovou skupinou. Zde se ukázaly největší nedostatky a nezáměr o tuto oblast vzdělávání. Sociální pracovníci se vzdělávají dle zákona, ale o vzdělávání v psychiatrické oblasti zájem nemají, chtějí se vzdělávat spíše v opatrovnictví nebo financování.

Limity péče a podpory se projevují v nízké úrovni začleňování klientů do běžné společnosti a také v tom, že mnohdy chybí klientům kontakt s rodinnými příslušníky. Tuto skutečnost však pracovníci nemohou většinou ovlivnit a snaží se jim ji vynahradit svým postojem k nim. Hlavním cílem bylo zjistit význam práce sociálního pracovníka v domově pro klienty s psychiatrickou diagnózou. Výzkum prokázal význam této práce pro klienty zařízení i uplatnění sociálního pracovníka v týmu pečujícího o tuto cílovou skupinu. Klient s psychiatrickou diagnózou vyžaduje profesionální přístup ze strany sociálních pracovníků, a proto je potřebné neustále rozvíjet kompetence pro výkon této profese.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BRAIN, Cecilia. *Cognition, Adherence and Stigma in Schizophrenia*. Gothenburg: University of Gothenburg, 2014. ISBN 978-91-628-9084-1.
- [2] DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
- [3] DUŠEK, Karel. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. Přepřacované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. 646 s. ISBN 978802474269.
- [4] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [5] HANUŠ, Petr. *Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný*. In: *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: ASVSP, 1/2007. ISSN 1213-6204.
- [6] HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
- [7] HEJLOVÁ, Magdalena, BOČKOVÁ, Jitka. *Stanovování krátkodobých a dlouhodobých cílů poskytovatele sociální služby a poskytované sociální služby*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-02-2.
- [8] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [9] IVANOVÁ, Kateřina, OLECKÁ, Ivana. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, o. p. s., 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.
- [10] KOPŘIVA, Karel. *Pomáhající povolání mají zvláštní nároky*. In: KOPŘIVA, Karel a ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.
- [11] KUNCLOVÁ, Romana, STŘELKOVÁ, Ivona, KOVÁŘOVÁ, Kateřina. *Multidisciplinární tým v sociálních službách*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-02-2.
- [12] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

- [13] LINDEROVÁ, Ivica, SCHOLZ, Petr, MUNDUCH, Michal. *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2016. ISBN 978-80-88064-23-7.
- [14] MAHROVÁ, Gabriela. *Psychiatrické minimum*. In: MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [15] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [16] MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- [17] MÁTEL, Andrej. *Etika sociálnej práce*. Bratislava: Beki design, 2010. ISBN 978-80-89271-85-6.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [19] MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana. *Sociální práce v praxi*. 2. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [20] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [21] MLČÁK, Zdeněk. ed. *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. Spisy Filozofické fakulty Ostravské univerzity, [č.] 158/2005. ISBN 80-7368-129-3.
- [22] NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
- [23] NEČASOVÁ, Mirka. *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky*. In: *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: ASVSP, 4/2004 ISSN 1213-624.
- [24] OSTŘEJŠOVÁ, Alena, VILDOVÁ, Pavlína. *Kvalita a efektivita v sociálních službách a její hodnocení*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-02-2.
- [25] OTMAROVÁ, Monika. *Co dělat pro zdraví duše*. *Moje Psychologie*. 11/2020, 15, s. 56 – 57. ISSN 1802-2073.

- [26] PETR, Tomáš, MARKOVÁ, Eva a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [27] PROBSTOVÁ, Václava. *Sociální práce s duševně nemocnými*. In: MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana a kol. *Sociální práce v praxi – specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [28] PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [29] RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení*. Praha: Fokus, 2008. ISBN 978-80-902741-2-9.
- [30] RADIMSKÝ, Marek a kol. *Psychiatrie II*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2011. ISBN 80-7013-350-3.
- [31] ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. ISBN 978-80-86429-36-6.
- [32] VALENTOVÁ, Vanda. *Sociální práce s klientem s psychiatrickým onemocněním a komunitní péče*. In: MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [33] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Vztah a komunikace s klientem*. In: MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

## ELEKTRONICKÉ ZDROJE

- [1] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH VĚD A STATISTIKY. 2020. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. [online]. [cit. 2020-12-10]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci>
- [2] MZČR. 2020. *Zdraví 2030 – Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030*. [online]. [cit. 2020-11-19]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>
- [3] MZČR. 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. [online]. [cit. 2020-11-19]. Dostupné z: [https://www.dataplan.info/img\\_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/srpp\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/srpp_publicace_web_9-10-2013.pdf)
- [4] MZČR. 2002. *Zdraví 21 – Dlouhodobý plán zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*. [online]. [cit. 2020-11-19]. Dostupné z: [https://www.dataplan.info/img\\_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/zdravi\\_21\\_-\\_cile\\_1-21.pdf](https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/zdravi_21_-_cile_1-21.pdf)
- [5] MAGAZÍN O ZDRAVÍ. Rehabilitace.info - Psychohygienu [online]. [cit. 2015-8-20]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zajimavosti/psychohygienu-ci-dusevni-hygienu-jak-na-ni/>
- [6] <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/10/2007-1.pdf>
- [7] SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI ČR. 2006. *Etický kodex sociálních pracovníků ČR*. [online]. [cit. 2020-11-22]. Dostupné z: [www.socialnipracovnici.cz](http://www.socialnipracovnici.cz)
- [8] DOMOV NA JAROŠCE HODONÍN. [online]. [cit. 2020-10-02]. Dostupné z: [www.domovjaroska.cz](http://www.domovjaroska.cz)

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

## **SEZNAM OBRÁZKŮ**



**SEZNAM TABULEK**

**Tabulka 1 – charakteristika respondentů .....41**

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha 1 - ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA ČESKÉ REPUBLIKY</b> .....	67
<b>Příloha 2 - DENNÍ REŽIM V ZAŘÍZENÍ DOMOV NA JAROŠCE</b> .....	71
<b>Příloha 3 - OTÁZKY K ROZHOVORU:</b> .....	72
<b>Příloha 4 - PŘEPIS ROZHOVORU</b> .....	75
<b>Příloha 5 – ŽÁDOST 1</b> .....	84
<b>Příloha 6 – ŽÁDOST 2</b> .....	85
<b>Příloha 7 - OSVĚDČENÍ</b> .....	86

## **Příloha 1 - ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA ČESKÉ REPUBLIKY**

Sociální práce je profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu, sociální rozvoj, řešení problémů v mezilidských vztazích, sociální rovnost, posílení a zmocnění osob v nepříznivé sociální situaci. Ústředními jsou pro sociální práci principy sociální spravedlnosti, respektování lidských práv, osobnosti jedince, rozmanitosti skupin a jejich specifík.

2. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky (dále jen kodex) vychází z Všeobecné deklarace lidských práv, z Listiny základních práv a svobod České republiky, ze Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a navazuje na zásady etiky sociální práce definované Mezinárodní federací sociální práce.

3. Je nejen posláním, ale i povinností sociálního pracovníka vykonávat sociální práci svědomitě, zodpovědně, iniciovat spolupráci multidisciplinárních týmů a dodržovat při výkonu této profese nejvyšší možné standardy profesionality v souladu s právními předpisy a dostupnými vědeckými poznatky.

4. Závazek k respektování etiky sociální práce je základním aspektem kvality výkonu sociální práce. Etické povědomí je zásadní a neoddělitelnou součástí profesní činnosti každého sociálního pracovníka.

5. Hlavním cílem kodexu je snaha o naplnění sociální práce, tak jak je uvedena v mezinárodní definici Mezinárodní federace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce (IFSW/IASSW) z roku 2014. Kromě toho kodex upravuje pravidla zodpovědnosti a etického chování sociálního pracovníka ve vztahu k: klientovi sociální služby; zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci; kolegům v sociální práci; profesi a odbornosti sociálního pracovníka; společnosti.

6. Respektování a dodržování kodexu je v zájmu rozvoje etiky sociální práce jako profese a odborného růstu každého sociálního pracovníka bez ohledu na členství ve výše uvedených profesních organizacích.

## 1. Hodnoty sociální práce

Sociální práce je dynamicky se rozvíjející profese založena na hodnotách sociální změny, sociální rovnosti, lidské důstojnosti a mezilidských vztazích.

### 1.1 Lidská důstojnost

Sociální pracovník přistupuje ke každé osobě důstojně, s ohledem na individuální rozdíly a v kontextu respektování a dodržování lidských práv. Podporuje vlastní zodpovědnost a autonomii každé osoby s ohledem na nejen individuální potřeby osoby, ale i její možnosti, schopnosti a dovednosti.

### 1.2 Sociální změna

Sociální pracovník zajišťuje každé osobě rovný přístup ke srozumitelným informacím a potřebným zdrojům. Podporuje osobu v procesu rozhodování, dosažení sociální změny a vyřešení nepříznivé sociální situace. Vytváří každé osobě rovné podmínky pro poskytování a využívání sociální služby.

### 1.3 Sociální rovnost

Sociální pracovník zajišťuje rovnost každé osobě bez ohledu na původ, barvu pleti, rasu, etnickou příslušnost, národnost, jazyk, věk, pohlaví, rod, sexuální orientaci, zdravotní stav, náboženské vyznání, politické přesvědčení, manželský a rodinný stav a sociálně-ekonomický status. Přispívá k odstranění projevů a příčin sociální nespravedlnosti, diskriminace, útlaku a bariér vedoucích k sociálnímu vyloučení.

### 1.4 Mezilidské vztahy

Sociální pracovník chápe důležitost mezilidských vztahů klienta a podporuje jej v udržování, utváření a podílí se na řešení problémů. Taktéž buduje a rozvíjí profesionální vztahy s kolegy a spolupracuje s odborníky z dalších institucí a profesí.

### 1.5 Mlčenlivost a diskrétnost

Pro sociálního pracovníka platí při výkonu své profese pravidlo mlčenlivosti a diskrétnosti úkonů sociální služby. Povinností mlčenlivosti je zavázán a platí i po skončení poskytování sociální služby nebo ukončení pracovního poměru.

## 2. Etická zodpovědnost

Hodnoty sociální práce jsou vyjádřeny při výkonu profese eticky zodpovědným rozhodováním a konáním. Etická zodpovědnost sociálního pracovníka se projevuje vůči klientovi sociální služby, zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci, kolegům v sociální práci, profesi i vlastní odbornosti a společnosti. Prvořadá je zodpovědnost sociálního pracovníka vůči klientovi.

### 2.1 Etická zodpovědnost ke klientovi sociální služby

Podporuje klienta k vědomí vlastní odpovědnosti. Jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva klienta. Vyvaruje se jakékoliv diskriminace klienta. Chrání klientovo právo na soukromí. Zaměřuje se na klientovy silné stránky a podporuje jej při řešení dalších sfér jeho života. Nepoškozuje klienta, nevyjadřuje se o něm hanlivě, neznevažuje jeho osobu ani nepříznivou životní situaci. Jedná s klientem bezúhonně, s účastí, respektem, vytváří s ním vztah založený na důvěře. Respektuje klientovu příslušnost k sociálním skupinám, národnosti i jeho etnickou a kulturní různorodost. Podporuje, posilňuje a zmocňuje klienta k vlastní zodpovědnosti a usiluje o dosažení co největší míry jeho autonomie a participace na rozhodování. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity, společenského a přirozeného prostředí. Přispívá k začlenění klienta do sociální sítě a napomáhá při řešení problémů v dalších aspektech jeho života. Informuje klienta o možných rizicích a důsledcích při jeho rozhodování. Akceptuje rozhodnutí klienta o ukončení sociální služby. Je však povinen poskytnout informace o jiných službách v případě, že jsou nadále potřebné.

### 2.2 Etická zodpovědnost k zaměstnavateli

Plní odpovědně povinnosti vyplývající z pracovní smlouvy a pracovní náplně. Přispívá v organizaci k vytvoření takových podmínek, které napomáhají přijmutí a uplatnění závazků tohoto kodexu. Snaží se ovlivnit kvalitu poskytovaných sociálních služeb, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování s ohledem na co nejvyšší profesionalizaci. Předchází a odstraňuje všechny formy diskriminace a násilí na pracovišti.

### 2.3 Etická zodpovědnost ke kolegům v sociální práci

Respektuje znalosti a zkušenosti kolegů a spolupracuje s nimi. Respektuje rozdíly v jejich názorech, kritiku vyjadřuje vhodným způsobem. Zapojuje se do diskuzí a podporuje kolektivní diskuzi a dialog. Dodržuje jednotný přístup ke klientovi sjednaný v rámci organizace. Nepoškozuje kolegu, nevyjadřuje se o něm hanlivě, neznevažuje jeho osobu.

Poskytuje kolegům zpětnou vazbu a připomínky k práci kolegů vyjadřuje na vhodném místě a přiměřeným způsobem. Profesi sociální práce vykonává multidisciplinárně ve spolupráci s jinými odborníky a organizacemi, které mohou napomoci sociálnímu začlenění klienta.

### **2.4 Etická zodpovědnost k profesi a odbornosti sociálního pracovníka**

Udržuje a zvyšuje prestiž profese, vyzdvihuje etické hodnoty, odborné poznatky a poslání sociální práce. Snaží se o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání, což je základ pro udržení úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce. Spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti. Vystupuje profesionálně a důvěryhodně. Má právo i povinnost pečovat o své zdraví a duševní hygienu tak, aby byl schopen poskytovat kvalitní a profesionální sociální služby. Zodpovědně nakládá se svými kompetencemi při sociální práci a neutváří klienta závislým na sociální službě.

### **2.5 Etická zodpovědnost ke společnosti**

Má právo i povinnost upozorňovat veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlivosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života osob a to se zvláštěm zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům i skupinám. Působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo. Usiluje o uznání profese sociální práce ve vztahu k odpovědnosti vůči společnosti. Je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavateli, profesním organizacím. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky (2006)

## **Příloha 2 - DENNÍ REŽIM V ZAŘÍZENÍ DOMOV NA JAROŠCE**

Uživatelé Domova mají stanovený denní režim v zařízení, dodržování tohoto režimu napomáhá ke stabilizaci duševního onemocnění a zachování zvládnutí sebeobslužnosti.

Denní režim:

**7:00 – 8:00** - ranní hygiena klientů (samostatně nebo s dopomocí personálu)

**8:00 – 8:30** - snídaně ve společné jídelně nebo na pokoji dle stavu klienta

**9:00 – 9:30** - informační schůzka (informace o programu dne, organizaci aktivizace klientů, rozdělování do aktivit v běžných denních činnostech vycházejících s individuálního plánu klienta, informování o dění v Domově, informace o plánovaných kulturních akcích, posilování aktivní osobní účasti, vytváření sociálních kontaktů)

**9:30 – 11:30** - aktivity dle individuálních plánů s pracovníky aktivizace (práce v dílně, drobné ruční práce na klubovně, individuální nebo hromadné vycházky do města na nákupy, aktivizace ležících klientů, provádění rehabilitace, úklid pokojů)

**12:00 – 13:00** - oběd ve společné jídelně (dle zdravotního stavu klienta, popř. na pokoji)

**13:00 – 14:00** - odpolední klid

**14:00 – 17:00** - odpolední aktivity ve společné klubovně (čtení knih, poslech hudby, sledování TV, zpívání, individuální nebo hromadné vycházky do města nebo na společenskou akci)

**17:00 – 18:00** - večere ve společné jídelně (dle stavu klienta, popř. na pokoji)

**18:00 – 19:30** - večerní hygiena, příprava na spánek

**22:00 – 7:00** - noční klid

S dodržováním nastaveného režimu napomáhá klientům ošetrovatelský personál. V zařízení je rovněž zdravotnický personál, který dohlíží na zdravotní stav klientů a připravuje a podává pravidelnou medikaci dle ordinace lékaře.

### **Příloha 3 - OTÁZKY K ROZHOVORU:**

**1. Dobrý den, Vy jste sociální pracovnice (pracovnice aktivizace) v domově se zvláštním režimem. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?**

- Kolik je Vám let? Jaké je Vaše rodinné zázemí? Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jak dlouho již pracujete v sociální oblasti?

**2. Proč jste si zvolila práci v DZR a jaký máte vztah k této cílové skupině?**

**3. Jaká je pracovní náplň Vašeho dne?**

- Co je největší problém při Vaší práci? Co klienti nejvíce potřebují?
- Co je podle Vašeho názoru nejnáročnější při práci s klienty s psychiatrickou diagnózou?
- Která činnost Vám zabírá nejvíce času?

**4. Vedete komunikaci s klienty, jsou nějaké bariéry při této komunikaci? Co ji ovlivňuje?**

- Jaké techniky užíváte, jak navazujete kontakt?
- Jak získáváte důvěru klienta?
- Co Vám při komunikaci s klienty dělá potíže?
- Chybí Vám při komunikaci nějaké komunikační pomůcky?
- Podporujete klienty v komunikaci s rodinou, a jakým způsobem?
- V případě, že klient nemá příbuzné nebo má stanoveného opatrovníka, jaké záležitosti spadají do Vaší kompetence?



**5. Jste sociální pracovník (aktivizační), co je součástí Vašich kompetencí v zařízení?**

- Pracujete jako klíčový pracovník?
- Jak získáváte informace o konkrétním klientovi (jeho přání, potřeby, zdravotní a psychický stav)?
- Kdy a jakým způsobem hodnotíte potřeby klientů? Sestavujete plán péče o klienta?
- Kdo a kdy provádí revizi činností?
- Jak se mění Vaše kompetence při zhoršení zdravotního stavu klienta, jsou stejné nebo je potřeba je změnit?

**6. Myslíte si, že podporujete klienty k soběstačnosti? Jak určujete míru klientových schopností?**

- Jak zapojujete klienty do každodenních činností, jakým způsobem?
- Jak upevňujete jeho schopnosti a návyky?

**7. Jak podporujete klienty ve využívání ostatních služeb?**

- Jaké služby to jsou? A jakým způsobem provádíte zapojení klientů? (jak nakupují, využití fakultativních služeb – pedikúra, kadeřnictví, rehabilitace)

**8. Jakým způsobem zapojujete klienty do běžného života?**

- Jak jim pomáháte v udržení a rozvoji jejich sociálních kontaktů?
- Probíhá zde příprava klientů na umístění do chráněného bydlení pro klienty s psychiatrickou diagnózou? Jestliže ano, jakým způsobem se na tom podílíte?
- Jaká vidíte pozitiva, případně negativa v porovnání chráněného bydlení s péčí v DZR?

**9. Jaká je Vaše úloha v psychické podpoře klientů?**

- Jaké typy klientů máte v zařízení?
- Jak zvládáte práci s agresivním klientem nebo klientem ve zhoršeném psychickém stavu (bludy, halucinace)?
- Jaké metody přístupu ke klientům používáte?

**10. Podporujete aktivity a zájmy klientů a jakým způsobem?**

- Jak zjišťujete zájmy klientů?

- Jaké akce pro klienty pořádáte?
- Probíhají v zařízení nebo i mimo něj?
- Kdo tyto akce připravuje?
- Myslíte si, že jsou pro klienty důležité a proč?

**11. Která kompetence Vám připadá specifická v péči o klienty s psychiatrickou diagnózou?**

- Máte nějakou zástupnou kompetenci? Která je hlavní a která vedlejší?
- Odpovídají prováděné kompetence Vašemu vzdělání? Máte vzdělání v psychiatrické oblasti?
- Už rok jsme v období různých omezení z důvodu nemoci Covid 19, změnilo se nějak Vaše kompetence a náplň práce?
- Účastníte se dalšího vzdělávání ve svém oboru, a jakého?
- Jste s ním spokojeni a případně v jaké oblasti byste se chtěli dále vzdělávat?
- V které oblasti v péči o klienty pocítujete největší nedostatky z hlediska Vašich znalostí?

**12. Co se Vám v práci s klienty daří a co byste naopak potřebovali zlepšit?**

**13. Máte nějaký návrh pro zlepšení pobytu klientů v tomto zařízení?**

**14. Je ještě něco, co byste chtěla k položeným otázkám doplnit?**

#### **Příloha 4 - PŘEPIS ROZHOVORU**

**Dobrý den, chtěla bych s Vámi nahrát rozhovor, souhlasíte s jeho nahráváním?**

Ano, souhlasím.

**Vy jste pracovnice aktivizace v domově se zvláštním režimem, jak dlouho pracujete v tomto zařízení?**

No v tomto zařízení pracuji od roku 2007. A na této pozici 3 rok.

**Kolik je Vám let a jaké je Vaše rodinné zázemí?**

Letos mi bude 52 let, jsem vdova, mám 3 dospělé děti a přítele, se kterým žiju.

**Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

Středoškolské.

**Proč jste si zvolila práci v domově se zvláštním režimem?**

Za prvé mně nikdy nedělalo problémy komunikovat se starými lidmi a dalo by se říct, že jsem se vždycky nabízela, když někdo potřeboval pomoc, tak jsem ráda vyhověla. A jelikož mně zemřela maminka, tatínek, takže to k tomu tak nějak přišlo...

Jaký máte vztah k této cílové skupině?

Tato cílová skupina...těchto lidí je mně v uvozovkách líto, protože jsou to chudáci. Samozřejmě někteří se k tomu propracovali svojíma, svojím životním stylem, ale je mně jich líto. Protože svět okolo nás, což myslím mimo domov, se na ně dívá úplně jiným způsobem, prostě nechápu je.

**Jaká je pracovní náplň Vašeho dne, jestli ji můžete stručně popsat?**

Náplň našeho dne, pomáháme jim chodit na snídani, ty, co se špatně pohybují, tak vozíčkáře odvezeme na snídani, ty co jsou jak tak malinko mobilní, tak jim pomůžeme, že se drží, aby mohli přijít. Po snídani máme velkou infoschůzku, na které jim sdělíme, co ten den budeme dělat, jestli chtějí, že se mohou účastnit, jestli na dílně nebo na tom oddělení kde oni jsou a podle té nabídky si oni vyberou kam vlastně půjdou.

Co je největší problém při Vaší práci?

Největší problém je odpovídat stále dokola na jednu otázku, což je u jednoho uživatele, který se pořád ptá, kdy už se bude chodit ven, kdy bude zákaz zrušený, i když mu to řeknete, tak on se Vás za pár minut zase zeptá a takovýchto uživatelů je tady hodně.

### **Co klienti nejvíce potřebují?**

Klienti? Citlivé zacházení, ale nesmí se to zase přehánět, aby toho oni nezneužívali, protože když oni vidí, že se jim podá ruka, jak to mám vysvětlit, tak toho umí zneužít. Takže se to musí dělat opatrně.

### **Co je podle Vás nejnáročnější při práci s klienty s psychiatrickou diagnózou?**

Vysvětlit jim pořádně, co vlastně po nich chcete, protože oni mají to chápání...jejich chápání je to, že se nají, vyspí a nějakou tu zábavu, že mají nebo takhle, ale chování normálního člověka, který žije v rodině je to něco úplně jiného.

### **Která činnost Vám zabírá nejvíce času?**

Která činnost nám zabírá nejvíce času? Asi si s nima povídat, protože to je...takhle, když přijdu na oddělení L, kde máme nepohyblivé lidi, vy musíte mluvit na ně, i když víte, že oni Vám neodpoví a vy musíte stále mluvit a mluvit, tak toto je nejnáročnější, i když se je snažíte nějak obveselit, nějak aktivizovat, tak oni už jsou v takovém svém zdravotním stavu, že už to není, v tu danou chvíli možné.

### **Vedete komunikaci s klienty, jak jste již řkala. Jsou nějaké bariéry při této komunikaci?**

Bariéry ne, já se s nimi snažím komunikovat, jako by byli v uvozovkách kamarádi. Samozřejmě nepřipouštím si je moc k tělu, proto je tam vykání, samozřejmě že jim vykám a když mě některý klient sem tam tykne, nedělá z toho vědu, protože oni za to nemůžou, ale hranice mezi námi musí být. Beru je spíš jako, že jsou to kamarádi na té úrovni. Určitě se nesmí člověk nad ně povyšovat.

### **Ovlivňuje něco tady tu komunikaci?**

Myslím, že ne...nálada, jak se vyspí, podle toho, jakou mají náladu.

### **Jaké techniky užíváte? Jak navazujete kontakt s klienty?**

Bavíme se o počasí, co nám říkali ve zprávách, kdo vyhrál ve fotbalu, kdo byl darebák, že fauloval a takhle se k někomu propracujete. Někdo, kdo nesleduje sport, tak zase jenom ty zprávy, každý má jinou svoji oblibu.

### **Jak získáváte důvěru klienta?**

No doufám, že tím, že jsem na ně slušná a snažím se chápat jejich pocity a problémy.

### **Co Vám při komunikaci s klienty dělá potíže?**

To nevím.

**Takže nemáte žádné potíže?**

Potíže má každý, to by člověk lhal, taky se stane, že stanete špatnou nohou nebo Vás něco bolí, ale nemůže se to přenášet na toho klienta. Tuto otázku bych spíše přeskočila.

**Co vám chybí při komunikaci? Nějaké komunikační pomůcky používáte? Třeba u klientů, kteří nejsou schopni verbální komunikace?**

To my nemáme k dispozici.

**A je tady nějaký klient, který by to využil?**

Jo, možná by to využila klientka, které nerozumím. Je na oddělení L, a vím, že ona vnímá daleko víc, jak ty její vrstevnice, ty babičky, co tam jsou, ale bohužel je fyzicky na tom špatně, že nemůže pohybovat rukama, ani mluvit. Ale vím, že nějakou komunikaci by potřebovala, jinou.

**Podporujete klienty v komunikaci s rodinou? A jakým způsobem?**

Toto je spíš práce sociálních pracovníků, naší paní vedoucí, jako je samozřejmě nabízeno rodinným příslušníkům, jestli mají zájem, aby se stýkali s lidma, teď samozřejmě on-line. Když je teď ta kovidová doba, ale to už je na těch lidech, jestli chtějí vidět ty svoje blízké nebo ne. Do toho radši nechci zasahovat, protože, když vidím, že nemají zájem, tak to se mně nelíbí.

**V případech, že klient nemá příbuzné nebo má stanoveného opatrovníka spadají do Vaší kompetence nějaké záležitosti?**

Ne, ne, to mají na starosti všechno sociální pracovníci. Já myslím, že na toto já ani nemám právo, abych jim něco někde zařizovala.

**Jste tedy pracovnice aktivizace, co je součástí Vašich kompetencí v zařízení?**

Kompetence, to je vlastně, že s lidma děláme program, aktivizujeme je, v rámci čtení, aby si četli, aby když vidíme, že se ještě neumývali, tak aby si šli udělat hygienu. Pohybovou část, venku na zahradě, sport, nebo jemná motorika. To je v rámci dílny, oni sice nejsou schopní něco pořádného vytvořit, ale aby měli pocit aspoň, že něco...aby nezakrněli, nevím, jaké slovo mám použít...aby to nebylo horší a horší.

**Pracujete jako klíčový pracovník?**

Ano.

**Kolik máte na starosti klientů?**

Jednu osobu, a ta je tedy mobilní a velmi upovídaná a taková svérázná (smích). S ní není problém.

**Jak získáváte informace o konkrétním klientovi, jeho přání, potřeby, zdravotní a psychický stav)?**

Ona mě to přijde říct. My máme mezi sebou takový vzájemný vztah, že přijde a řekne co potřebuje.

**Takže je klientka schopná všechno si říct?**

Ano.

**Jakým způsobem hodnotíte potřeby klientů?**

Když vidím..že je tam nějaká změna, tak se napíše do plánu péče, že není schopná toho co by si třeba přála, nebo něco takového..

**Sestavujete tedy plán péče?**

Ano.

**Kdo dělá revizi tady těch činností a plánů?**

Naše vedoucí, paní sociální.

**A jak často se to dělá ta revize?**

Jednou za půl roku.

**Změní se nějak Vaše kompetence při zhoršení zdravotního stavu klienta?**

Kompetence co se týče zdravotního stavu, nemáme žádné, od toho tady máme zdravotní sestřičky, my akorát můžeme říct, že vidíme, že je člověk podrážděný, nekomunikuje s náma, tak jak dříve komunikoval, že se s ním něco děje. To už záleží potom na lékaři, co už s tím udělá.

**Myslíte si, že podporujete klienty k samostatnosti?**

Snažíme se o to, když vidíme, že dělají, co nemají nebo respektive nedělají to, co by měli v rámci úkolů, aby měli činnost, pracovní terapie a takové věci...asi tak

**Jak určujete míru klientových schopností?**

No, to je těžká otázka. Jak mám určit míru jeho schopností, když ani..., za prvé jsou každý jiný, je tady hodně klientů, kteří byli celý život jenom v ústavu a vůbec ani neví co je v domácnosti za práci, nebo vůbec něco takového. To musíte vypožorovat nebo od starších kolegů si nechat třeba poradit a pomaličku se k tomu člověku přiblížit.

**Jak zapojujete klienty do každodenních činností? Jakým způsobem?**

No, že se jim řekne na info schůzce, co se bude dělat a oni si teda vyberou, že to teda budou dělat. A jsou tady klienti, kteří mají vyloženě pracovní terapii a mají to placené, takže ti se tam musí volat i když se jim nechce. Je to jejich povinnost, tak jak my chodíme do práce, takže v tomto je musíme do toho nahánět, ale jinak je nenutíme do ničeho.

**Takže, kdo má zájem jde, a kdo nechce, tak nemusí?**

Přesně tak.

**Jak upevňujete jejich schopnosti a návyky?**

No že jim to pořád opakujeme dokola.

**Jak podporujete klienty ve využívání ostatních služeb, myslím třeba fakultativní služby.**

Jako třeba pedikúra?

**Ano, jestli tady něco takového máte?**

No určitě, pedikúra to je jediná taková, to oni mají rádi, že to vyžadují, že se spíše nedostane na všechny pokaždé. Zrovna tak kadeřnice, to mají rádi, obzvláště ženy, které se rády barví, chtějí se líbit.

**A probíhá to tady v zařízení nebo chodí i někam ven?**

Když byl ještě stav normální, nechodilo se v rouškách, tak chodili ke kadeřnici ven, protože tam se jim to líbilo, tam měli pěkné zázemí, tam se s nimi jednalo.... Věděli, že jsou to klienti našeho ústavu, tak se s nimi i tak jednalo, nikdo je nevyháněl nebo tak, tak se s nima dobře jednalo, a to se jim líbilo. Zrovna tak pedikúra, byla na to pedikérka určená, která věděla, že jsou to naši klienti, tak k nim tak přistupovala. Protože všude by naše klienty nebrali.

**Jakým způsobem zapojujete klienty do běžného života?**

Do běžného života je nemůžeme zapojovat, protože bylo tady.... přistavovala se tady část domu, s tím že je tam naučíme, aby byli soběstační, tak aby si uměli oprat, uvařit. Došla kovidová situace, došla nová ředitelka, prostě bylo toho najednou moc a došli peníze. Prostě chráněné bydlení, ale teď je teda nemáme kde učit, nemáme jim to kde ukázat, jak se mají o sebe starat. Že mají uvařené a vyprané je jedna věc, ale aby si to oni dělali sami, na to nejsou podmínky.

**Jak jim pomáháte v udržení a rozvoji jejich sociálních kontaktů?**

Sociálních kontaktů... tak někteří si chtějí telefonovat s rodinnými příslušníky neustále, ale je vidět, že ta druhá strana těch rodinných příslušníků, je moc nechťejí. Je to smutná stránka tady, nevím co na to říct.

**Ještě se vrátím k tomu chráněnému bydlení. Jaká vidíte pozitiva, případně negativa v porovnání chráněného bydlení s domovy se zvláštním režimem?**

Pozitiva mají to, že se tam nemusí do ničeho nutit nebo... že si vstanou, kdy chtějí na snídani, že tu snídani by si měli sami udělat. A tím pádem si můžou vstát třeba v 9. Kdežto tady se musí přizpůsobit režimu, protože jinak by to nešlo. Tady je určitý harmonogram v 8 snídaně, ve 12 oběd klasika a toto je pro ně výhoda v tom chráněném bydlení. Jak by si to nastavili, to je druhá věc, tak by to měli, je to tam takové volnější. Měli by tu větší volnost tam.

**A myslíte, že by to zdejší klienti zvládli?**

Někteří jo, někteří ne, o některé se bojím, že by spadli, že jsou takový dobráci, že by neuměli tak hospodařit s penízkama, že by je nějakí bezdomovci nebo já nevím, tady ty různé firmy zneužívali. A ještě by ti naši klienti na tom byli hůř, než jsou.

**Jaká je Vaše úloha v psychické podpoře klientů?**

V psychické podpoře..., tak snažíme se, je tady třeba klientka, která by chtěla pořád domů, ale chud'átko ani neví, že ten ročník, který si ona myslí, že je narozená, tak opravdu teda není ten ročník, a pořád by chtěla za babičkou a do rodinného zázemí. My jí nemůžeme vysvětlit, že už ta rodina není, protože ona by to nezvládla psychicky. Takže moc já se do psychologických hovorů s nimi nepouštím, vždycky odvedu řeč na něco jiného. Nemám právo takhle s nima mluvit, abych je náhodou nerozhodila.

**Jaké typy klientů máte v zařízení?**

Tak jsou tady alkoholici, pak schizofrenie vyložená, že člověk se k tomu dostal nějakým způsobem. Nevím, co se stane, já to neumím tak odborně říct a jsou tady lidí, kteří byli týráni v domácnostech a schizofrenici, kteří se k tomu zničeho nic dostali, jen tak vlivem něčeho. Že se třeba museli moc učit, tak jak to někteří ti schizofrenici někdy mají, že na ně byl velký nátlak, je ta velká směsice.

**Jak zvládáte práci s agresivním klientem nebo s klientem ve zhoršeném psychickém stavu, když má třeba bludy nebo halucinace?**

To se mně ještě nestalo, nemusela jsem tohle řešit.

**Jaké metody přístupu ke klientům používáte? Jak k nim přistupujete?**

Já tím, že jim vykám, tak jím dávám najevo, že jsou to oni, někdo hej počkej, abych mu řekla, běž tam a udělej to.



**A je nějaký rozdíl, když mají ty různé diagnózy, v přístupu k tomu schizofrennímu pacientovi nebo když je například diagnóza alkoholová demence?**

No, nevím co na to říct, protože ti alkoholici už nejsou alkoholici, jsou od toho distancovaní, ale víme o některých, že kdyby se k tomu dostali, takže zase budou opilí a to jsou potom takový jiní.

**Podporujete zájmy a aktivity klientů? A jakým způsobem?**

Tak třeba, jeden klient by rád chodil plavat pořád, ale nemůže, protože není dobré počasí nebo by rád tady měl svého kamaráda a těžko je mu vysvětlit, že ten kamarád má svoji rodinu a na něho nemá čas. Je to těžké, nikdo je takhle nechce.

**Jaké akce pro klienty pořádáte?**

Pořádáme různé kvízy, kde vyplňují křížovky, slovní fotbal, aby se ta jejich myšlenková činnost udržovala, prostě aby se nezhoršoval jejich stav. Nebo hrajeme košíkovou, hrajeme kuželky, to mají rádi, pracovní terapie, že hrabou, uklízí, zametají na zahradě. To teda mají rádi, protože ví, že když budou dobře zametat, a vydrží u toho celé dopoledne, dostanou i nějakou odměnu. Je u nich důležitá motivace, u všeho.

**Takže motivace odměnou?**

Ano.

**Jak zjišťujete zájmy klientů?**

Tak člověk tak postupně vysledovává, jak reagují, jak přijdou do toho našeho kroužku, by se dalo říct, když něco děláme, tak podle toho kdo se tam kdy objevuje, tak víme, co koho baví a nebaví.

**Jaké akce pro klienty pořádáte?**

Plesy, country bály, když se dá ven chodit, tak do zoo, venčíme psy v útulku, nebo do nějakého muzea, na výlety se snažíme, aby nebyli ošizení.

**Probíhají ty akce v zařízení nebo i mimo něj?**

I mimo něj. Teďka momentálně jenom v zařízení a to je taky omezené.

**Kdo ty akce připravuje?**

My všichni tady aktivizační pracovníci.

**Myslíte si, že jsou pro klienty důležité a proč?**

Jsou důležité, kdybychom je nechali, aby jenom leželi, tak jak to tělo i ten mozek, prostě ten duševní stav by na všechno kapituloval a byli by s nich ležící, tak proto.

**Která kompetence Vám připadá specifická v péči o klienty s psychiatrickou diagnózou?**

Jak specifická?

**No, tím že jsou to klienti s psychiatrickou diagnózou, jestli je tady něco úplně jiného než třeba v domově pro seniory?**

Jo, tak v domově pro seniory jsou babičky a dědečci, jsou v důchodě, mají svůj důchod, že pobírají a jsou tam na odpočinku. Tady jsou lidé, kteří ještě nemají důchodový věk, ale bohužel jsou invalidní v tom smyslu, že mají duševní onemocnění a je to jiné prostě. Ty babičky si byly doma zvyklé uvařit, uplést a je to úplně něco jiného...

**Máte nějakou zástupnou kompetenci, kdybyste nedělala pracovní aktivizace?**

Tak asi bych mohla jít na oddělení pracovat do přímé péče, jako pečovatelka nebo zpátky do prádelny třeba, na vyšší místo nemám školu.

**Odpovídají prováděné kompetence Vašemu vzdělání?**

Asi ano, protože jinak by mě sem nevzali. Podmínkou je maturita a maturitu jsem měla už předtím, jen jsem si musela dodělat kurz tady k této práci, abych byla kompetentní.

**Máte vzdělání v psychiatrické oblasti?**

Ne.

**Už rok jsme v období různých omezení z důvodu nemoci Covid 19, změnili se nějak Vaše kompetence nebo náplň práce?**

No, je to takové všechno za běhu, je to únavné, protože nemůžeme si naplánovat, tak jak jsme byli zvyklí. Vždycky jsme si naplánovali, co ten měsíc budeme všechno dělat, že půjdeme do města, pojedeme tam, pojedeme vlakem nebo to... A je to vidět i na těch klientech, že je to unavuje.

**Účastníte se dalšího vzdělávání ve svém oboru a případně jakého?**

Ne teď nikde.

**V které oblasti v péči o klienty pocítujete největší nedostatky z hlediska Vašich znalostí?**

Péče, jestli je o ně dobře pečováno nebo jak?

**No, z Vašeho pohledu jak jste třeba říkala, že se nezapojujete, když je ten klient agresivní nebo do té psychické podpory, že se do toho nepouštíte. Tak jsem to myslela, jestli je nějaká oblast, že byste si doplnila znalosti a pomohlo by Vám to ve Vašem přístupu.**

No, i kdybych si doplnila znalosti, tak na to potřebuji mít papír, že na to mám kompetence. Nemůžu s tím klientem něco rozvádět proti němu, když vím, že něco říká a je to nesmysl, tak mu to nebudu vyvracet, aby ho to nerozhodilo. To určitě dělat nebudu, aspoň to je spíš takové moje logické myšlení.

**Co se Vám v práci s klienty daří a co byste naopak potřebovali zlepšit?**

Daří, daří se nebo mám radost, když vidím, že oni mají radost, že se jí líbila, ta aktivita konkrétní co dělali. Přidáváme do toho, že mají třeba turnaj v Člověče nezlob se, vím, je to obyčejné Člověče nezlob se, ale oni mají radost, že byli druzí a tak.

**Máte nějaký návrh pro zlepšení pobytu klientů v tomto zařízení?**

Nevím, nevím co na to říct...

**Je ještě něco co byste chtěla k položeným otázkám doplnit?**

Jen že mně berte s rezervou, že nejsem žádný odborník.

**Děkuji za rozhovor.**

Příloha 5 – ŽÁDOST 1

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Simona Frolová	
Téma bakalářské práce	Význam práce sociálního pracovníka v domově pro klienty s psychiatrickým onemocněním.	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Michaela Schneider, Ph.D.  ..... podpis	
Skupina participantů	Klienti domova.	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
Domov na Jarošce, Jarošova 3, Hodonín 695 01	Souhlasím      Nesouhlasím	
	Souhlasím      Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ...7. 10. 2020...

.....

ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Příloha 6 – ŽÁDOST 2

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (prezenční forma studia).

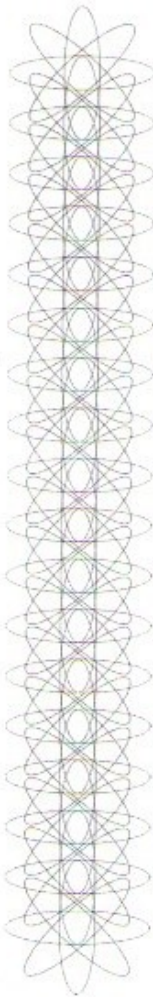
Jméno a příjmení studenta	Simona Frolová		
Téma bakalářské práce	Význam práce sociálního pracovníka v domově pro klienty s psychiatrickým onemocněním.		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Michaela Schneider, Ph.D.		
	) podpis		
Metoda výzkumu	Kvalitativní výzkum – polostrukturovaný rozhovor.		
Skupina participantů	Klienti domova.		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)		Podpis
Domov na Jarošce, Jarošova 3, Hodonín 695 01	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	
	Souhlasím	Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ...7. 10. 2020.....  
.....

ředitelka Ústavu zdravotnických věd

**Příloha 7 - OSVĚDČENÍ**



Vzdělávací zařízení CURATIO EDUCATION s.r.o.

## OSVĚDČENÍ

číslo 03/2021/26

Pan/paní

**Frolová Simona**

narozen(a) dne [redacted]

místo narození Kyjov

absolvoval(a) dne 08.04.2021

akreditovaný vzdělávací program

### **Psychiatrické minimum pro zaměstnance sociálních služeb**

v rozsahu 8 vyučovacích hodin.

Číslo akreditace Ministerstva práce a sociálních  
věcí ČR udělené vzdělávacímu programu:  
A2017/0422-SP/PC/VP

V Brně dne 15.04.2021

[redacted]  
PhDr. Marie Hermanová, MBA  
garant, statutární zástupce

CURATIO EDUCATION s.r.o.  
IČO 05138991, DIČ CZ05138991  
www.curatio.cz