

Transformace pobytové sociální služby pro osoby s duševním onemocněním

Veronika Skybíková

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Veronika Skybíková
Osobní číslo:	H22363
Studijní program:	B0111A190011 Sociální pedagogika
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Transformace pobytové sociální služby pro osoby s duševním onemocněním

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti transformace pobytové sociální služby, duševního onemocnění a domovů se zvláštním režimem pro osoby závislé na návykových látkách.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- CHÁB, Milan, 2004. Svět bez ústavů. Praha: QUIP. ISBN 80-239-4772-9.
MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
SOKOL, Radek, 2008. Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb. Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-316-4.
ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEDOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
VÁVROVÁ, Soňa, Leona HOZOVÁ, Ivana MARÁŠKOVÁ a Radana NOVÁKOVÁ, 2009. Kontext transformace pobytových sociálních služeb. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati. ISBN 978-80-7318-869-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **13. ledna 2025**
Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 13. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- 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;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 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;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá tématem transformace pobytové sociální služby pro osoby s duševním onemocněním. Cílem práce je popsat a vysvětlit, jak transformace pobytové sociální služby probíhá. V teoretické části popisuji transformaci a deinstitucionalizaci sociálních služeb, dále podrobněji píšu o duševních onemocněních a o sociálních zařízeních, poskytující služby osobám s duševním onemocněním. Praktická část je realizována prostřednictvím kvalitativního výzkumu, konkrétně polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum se zaměřuje na průběh procesu transformace a na způsob, jakým se promítá role personálu do procesu transformace.

Klíčová slova: transformace sociálních služeb, deinstitucionalizace, duševní onemocnění, domov se zvláštním režimem

ABSTRACT

This bachelor 's thesis deals with the transformation of residential social services for people with mental illness. The thesis aims to describe and explain how the transformation of a residential social service takes place. In the theoretical part, I describe the transformation and deinstitutionalization of social services. I also write in more detail about mental illness and social institutions providing services to persons with mental illness. The practical part is done through qualitative research, specifically a semi-structured interview. The study focuses on the process of transformation and how the role of staff is reflected in the process of transformation.

Keywords: social services transformation, deinstitutionalization, mental illness, residential care home

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Radaně Kroutilové Novákové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při psaní mé bakalářské práce. Dále děkuji mé rodině za poskytnutí prostoru pro psaní a jejich velkou podporu při celém studiu. Mé poslední díky patří i všem participantům, díky nimž jsem mohla zrealizovat výzkum a nahlédnout tak do pozadí realizace transformace.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.1 DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK.....	14
1.2 SCHIZOFRENIE, SCHIZOFRENNÍ PORUCHY A PORUCHY S BLUDY	15
1.3 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH.....	16
2 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	18
2.1 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	18
2.2 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ	19
2.3 CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	20
3 DEINSTITUCIONALIZACE A TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	22
3.1 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	22
3.2 PŘEKÁŽKY V REALIZACI PROCESU TRANSFORMACE ÚSTAVNÍ PÉČE	23
3.3 ZŘIZOVATEL.....	23
3.4 DŮVODY TRANSFORMACE	24
II PRAKTICKÁ ČÁST	25
4 VÝZKUM.....	26
4.1 CÍLE VÝZKUMU	27
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	27
4.3 DRUH VÝZKUMU	27
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	27
4.5 VÝZKUMNÁ TECHNIKA	28
4.6 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	28
5 ANALÝZA DAT.....	30
5.1 ARCHITEKTI PROMĚNY	30
5.2 OPĚRNÉ PILÍŘE	31
5.3 STÍNY ZMĚNY	32
5.4 ROZVÁZANÉ UZLY.....	33
5.5 SKRYTÁ DAŇ	34
6 INTERPRETACE DAT	35
ZÁVĚR	38
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	39

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	40
SEZNAM OBRÁZKŮ	44
SEZNAM TABULEK.....	45
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	46
SEZNAM PŘÍLOH.....	47

ÚVOD

Systém sociálních služeb prochází nejen v České republice už několik let postupnou proměnou. Součástí této proměny je deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb, kdy je tradiční model ústavní péče nahrazován modelem, který se více zaměřuje na individuální potřeby klientů. Tato proměna je úzce spojena s naplňováním lidských práv, zejména práv na důstojnost, svobodu volby a možnost žít běžným životem v přirozeném prostředí. Přechod od velkokapacitních pobytových zařízení k menším, komunitním službám přináší řadu výzev pro zřizovatele i pro samotný personál, jehož role se v průběhu transformace proměňuje. Transformace se týká širokého okruhu pobytových služeb, nejen pro osoby s mentálním či zdravotním postižením, ale také pro osoby s duševním onemocněním. A právě tato cílová skupina je často přehlížena. Důvodem mohou být výzvy spojené se stigmatizací duševního onemocnění ze strany veřejnosti, dále složitost samotného duševního onemocnění, které mívá proměnlivý průběh a je tak složité zajistit mezioborovou spolupráci v rámci poskytovaných služeb. Transformace pobytových služeb pro osoby s duševním onemocněním je v České republice důležitou součástí probíhající reformy psychiatrické péče. I přesto, že se tato reforma opírá o legislativní a strategické dokumenty, její skutečná podoba je ovlivněna konkrétními podmínkami v jednotlivých zařízeních a přístupem personálu. Právě proto je důležité zaměřit se na to, jak transformace probíhá v praxi a jakou roli v ní sehrává personál transformovaných zařízení.

Cílem této bakalářské práce je vysvětlit a popsat proces transformace pobytové sociální služby pro osoby s duševním onemocněním a zaměřit se na to, jak se do tohoto procesu promítá role personálu. Práce vychází z případové studie konkrétního zařízení a opírá se o kvalitativní výzkum realizovaný prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s vybraným personálem služby.

Práce může sloužit jako cenný poznatek pro širší veřejnost, pomoci pochopit, jaké kroky brání a podporují proces transformace. Může také přispět k pochopení role personálu v tomto procesu a také minimalizovat stigmatizaci duševního onemocnění a podpořit důležitost poskytování kvalitních sociálních služeb. V neposlední řadě přispívá ke změně určitých kroků při plánování dalších přechodů z ústavní péče do komunitní.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Podle výzkumu, realizovaným Národním ústavem pro duševní zdraví, až 20 % dospívajících má osobní zkušenost s duševním onemocněním (2021). Tento fakt poukazuje na potřebu dostupných a kvalitních druhů podpory pro osoby s tímto typem onemocněním do budoucna, lze totiž předpokládat, že toto číslo se v následujících letech může ještě zvýšit. I proto je duševní zdraví velmi diskutujícím tématem ve společnosti, klade se větší a větší důraz na psychohygienu a na jeho kvalitu zdraví. Velmi často slýcháváme od médií o trestném činu, který spáchal duševně nemocný jedinec (Haug, 2017, s. 24). Kvůli těmto zprávám pak může společnost negativně vnímat samotné duševní onemocnění i jedince jím trpícím. Onemocnění člověka velmi omezuje, jak ve kvalitě jeho života, tak ve vnímání nemocného jedince společností. Hartl (2004, s. 52-53) ve svém Stručném psychologickém slovníku chápe duševní nemoc jako „*Proces, který má svou příčinu, začátek, průběh a konec v podobě vyléčení nebo smrti*“. Zatímco duševní porucha je podle Hartla (2004, s. 52-53) „*Klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech*“.

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je v České republice podmiňována zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zahrnuje jak prvotní možný pokus o opětovné znovunalezení duševního zdraví, až po navázání kontaktu s klientem v případě již stanovené diagnózy (Sachomská, 2021, s. 22, 24). Měla by být zaměřena na konkrétní oblasti, při kterých je sociální pracovník klientova pravá ruka. Nejčastěji se jedná o oblasti sociálního zabezpečení, rodinného práva nebo rodinné intervence (Matoušek, 2005, s. 133). Sociální pracovník zde hraje klíčovou roli, kdy je často prostředníkem mezi klientem a následnou službou, kterou by klient mohl potencionálně začít využívat (Mahrová, Venglářová 2008, s. 45-46). Při práci s touto cílovou skupinou se využívá tzv. metoda psychosociální rehabilitace (Sachomská, 2021, s. 22). Tato metoda je založená na podporování silných stránek klienta a zajištění podporujících faktorů. Je kladen důraz na zotavení neboli přeměnu pocitů a dovedností k jedinému cíli a tím je schopnost vézt plnohodnotný život. Dalším důležitým bodem v psychosociální rehabilitaci je zplnomocňování, kdy klient prochází postupnou cestou k tomu, být zodpovědný sám za sebe. Důležitou roli hraje také vnímání klienta s duševním onemocněním jako jedinečnou bytost s jedinečným životním příběhem. Musí se tak navázat vztah s ohledem na individualitu každého. Součástí psychosociální rehabilitace je model CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation). Tento model je sestavený za cílem zkvalitnění života s různými typy

onemocnění. Zabývá se třemi oblastmi, a to vztahovou oblastí a oblastmi, týkající se činnosti a času. Klíčem CARE je osobnostní profil, který se vyplňuje každému jedinci individuálně. Jsou zde vypsány silné a slabé stránky jedince, dále přání a sny. Na tomto základě se pak profil vytvoří (Páv et al., 2017, s. 72; Pluhaříková, Pomajzlová, 2018, s. 1-2).

Tabulka 1 Rozdělení duševních onemocnění

F00-F09	Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
F10-F19	Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
F20-F29	Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
F30-F39	Poruchy nálady (afektivní poruchy)
F40-F48	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
F50-F59	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70-F79	Mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje
F90-F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
F99	Nespecifikovaná duševní porucha

(zdroj: Mahrová, Venglářová 2008)

V následujících kapitolách se zabývám popsáním jednotlivých skupin duševních onemocnění. Zaměřuji se primárně na ty skupiny, jež jsou zastoupeny v jedné konkrétní sociální pobytové službě, která prochází transformací.

1.1 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

V této skupině jsou poruchy vyvolané užíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ, hypnotik, kokainu, stimulancií, halucinogenů, tabáku a organických rozpouštědel. Tyto látky už podle svého názvu působí na psychické funkce jedince a jednoduše na nich vzniká

závislost. Jsou často užívány jako únik z reality a navázání příjemných pocitů díky rychlému nástupu zvýšení dopaminu (Orel, 2016, s. 158-161).

Sociální práce je poskytována především těm klientům, kteří užívají drogy pravidelně nebo jsou na nich závislí tím způsobem, že drogy zařazují do svého životního stylu (Matoušek, 2005, s. 212). V oblasti sociální práce s osobami, užívající psychoaktivní látky, existují významné překážky, komplikující její průběh. V první řadě se jedná o nedostatečné vzdělání a chybějící praxi sociálních pracovníků v oblasti léčby. Oproti jiným cílovým skupinám jsou pracovníci v tomto případě více pesimističtější, co se týká prognózy. Důvodem je recidivující charakter závislosti, kdy je relaps častou součástí procesu zotavení klienta. Dlouhodobá práce s těmito lidmi a chybějící podpora a supervize mohou být důvodem narůstajícího pesimismu, mnohdy končící syndromem vyhoření (Wells et al., 2014).

1.2 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Tyto poruchy ovlivňují mnoho psychických funkcí najednou, i proto jsou brány jako jedny z nejzávažnějších duševních nemocí. Jedinci mají omezené myšlení, vnímání, chování, jednání a neadekvátní emoční reagování (Orel, 2016, s. 170). Často nejsou schopni rozlišit závažnost informací a nějak je vyfiltrovat podle jejich důležitosti. Proto pak tito lidé často staví do popředí svého zájmu zcela nepodstatné věci. Objevují se bludy, kdy člověk přesvědčuje okolí o existenci nadpřirozené síly, převážně jde o hlasové a zrakové halucinace. Tyto poruchy psychických funkcí dohromady velmi ovlivňují náladu jedince, který je buď emočně plochý nebo na druhou stranu má nepřiměřené reakce v nejrůznějších situacích (Mahrová, Venglářová 2008, s. 75-76). Vágnerová (1999, s. 354) ve své knize zmiňuje „*Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním*“. Toto tvrzení významně podněcuje fakt, že o onemocnění panují stále velké nejasnosti týkající se příčin.

V sociální práci existuje mnoho psychosociálních intervencí, které jsou prokazatelně léčebné u schizofrenních poruch. Nyní některé druhy intervencí krátce popíšu. Kognitivní remediaci, jak už z názvu vyplývá, se zabývá tréninkem kognitivních funkcí, které bývají v případě schizofrenních poruch často narušené. Je zaměřená na zlepšení psychosociálního fungování formou tréninků kognitivních funkcí, nácvikem praktických situací (Barlati et al., 2024). Metakognitivní trénink (MKT) zaměřený na zlepšení přetrvávajících symptomů, jako jsou např. bludy, pracuje se schopností přemýšlet o svém myšlení a uvědomění si vlastních náhlých myšlenkových pochodů. Součástí MKT je to, že se klient sám učí zpochybňovat

některé své vlastní myšlenky (Moritz, Woodward, 2007). Trénink sociálních dovedností pomáhá osobám se schizofrenními poruchami s mezilidskou komunikací, dále pak se zvládáním běžných situací. Pracovníci při práci s klienty využívají techniky, jako např. nácvik rolí, modelování situací, kde si klienti vyzkouší nové role a způsoby chování (Kopelowicz et al., 2006). Součástí léčby schizofrenních poruch je taky užívání medikamentů, při kterém se u jedince objevuje nespočet vedlejších příznaků, jako je např. třes, oslabená mimika nebo epileptické záchvaty. Proto by měli být sociální pracovníci obeznámeni s možnými zdravotními problémy, souvisejícími s užíváním léků a taktéž poučení o podání první pomoci v těchto příkladech. Přístup personálu pobytové služby ke klientům s těmito typy poruch by měl být respektující empatický, protože klient často propadá bezmoci při vykonávání některých běžných činností. I v tomto ohledu však musí být empatie a respekt v rozumné míře. Podpora ze strany personálu je klientům zprostředkována nejen personálem samotným, ale i skrze doporučení jiných typů sociálních služeb. Nezbytnou součástí je terénní sociální práce, zahrnující hlubší porozumění životního příběhu klienta, na jehož základě se zvolí metoda práce (Probstová, Pěč, 2014, s. 55, 57).

1.3 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Tyto poruchy jsou charakteristické tím, že jedinci se svým chováním vymykají určitým očekávaným rámcům společnosti, primárně se jedná o oblast porozumění, empatie a komunikace. Hrají zde velkou roli i negativní prožitky v dětství. Mnohdy je těžké rozlišit, zda se jedná o skutečnou diagnostikovanou poruchu osobnosti nebo jen o silnou osobnostní vlastnost (NZIP, 2023). Tyto osoby nedokážou své okolí odmítnout, následně ale projevují nespokojenost požadavku formou zapomínání nebo podáním neuspokojivého výkonu (Vágnerová, 1999, s. 534).

Nyní krátce popíšu sociální práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti. Zaměřuji se na tuto konkrétní poruchu, protože je ze skupiny poruch osobností nejvíce diagnostikována. Práce s klientem s tímto onemocněním je považována za jednu z největších výzev pro sociálního pracovníka. Nároky a náladové výkyvy klienta mohou u pracovníka vyvolávat emoční vyčerpání. Pokud klient tuto frustraci vnímá, může nabýt dojmu, že o něj nejeví skutečný zájem. Tento pocit pak může vést k zesílení problémového chování. Tyto negativní faktory však lze zmírnit pomocí hojně se rozvíjející dialektické behaviorální terapie (DBT), která stanovuje konkrétní rámec pro léčbu hraniční poruchy. Tato terapie se snaží o vytvoření rovného vztahu mezi rozporupnými myšlenkami prostřednictvím

individuálních sezení, následného nácviku základních dovedností, týkající se všímavosti, efektivitu, emoční regulace a tolerance stresu. Součástí DBT je telefonická konzultace, kdy se klienti mohou v krizových situacích obrátit na pracovníka. V neposlední řadě jsou důležitým prvkem této terapie týmová setkání a vzájemné poradenství (Olenchek, 2008).

Do této skupiny patří několik poddruhů poruch osobnosti. Já se primárně zaměřím na paranoidní poruchu osobnosti. Klienti s paranoidní poruchou osobnosti, vidí personál pobytové služby jako nadřazený vůči jim samotným. To pak pramení k agresi a útoku na pracovníky služby. V těchto případech je důležitý individuální přístup ke klientovi. Součástí této diagnózy je i neustále se měnící představa jedince o sobě samém i o okolním světě. V případě, kdy klient začne pracovníky nevhodně urážet, je zapotřebí nestavět se do obranné role. To by pouze potvrzovalo fakt, že klient má ve svých výrocích pravdu. Zde tedy pracovník musí ustát tuto nelichotivou pozici. Stěžejní je také zkoumání minulosti klienta, na jehož základě se mohou sestavit preventivní opatření. U těchto osob se objevuje chudý sociální kontakt, často jako obranný mechanismus, na jehož odstranění je třeba dlouhodobě pracovat. (Probstová, Pěč, 2014, s. 126-134).

2 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby prochází v České republice od roku 1989 neustálou reformou a rozvojem. I když došlo k různým změnám, převážně v oblasti legislativní, jako např. přijetí zákona o sociálních službách, konkrétně zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, formulace standardů kvality sociálních služeb, zavedení příspěvku na péči, systém sociálních služeb jako takový se zcela změnit nepodařilo a stále se zde nachází nepřehledné množství sociálních služeb vyžadujících co nejdřívejší modernizaci a inovaci (Matoušek et al., 2007, s. 39).

Sociální služby se dělí na tři základní formy poskytování. Jsou jimi terénní, ambulantní a pobytové služby. Pro účely mé bakalářské práce se v následující kapitole zabývám pouze jednou formou, a to pobytovou službou. Tu vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jako „*službu spojenou s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.*“ (§ 33, zák. č. 108/2006 Sb.). Dále se sociální služby dělí na tři základní druhy, a to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Více se budu zabývat službami sociální péče z důvodu směřování mé bakalářské práce. „*Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí*“ (§ 38, zák. č. 108/2006 Sb.).

Osobám s duševním onemocněním je poskytováno nejrozličnější množství na sebe navazujících služeb, pomáhajících s vyřešením nebo zlepšením jejich nepříznivé životní situace. Jedná se o služby sociální péče, napomáhající k soběstačnosti jak v oblasti fyzické, tak psychické. Dále jde o služby sociální prevence, bránící sociálnímu vyloučení, hovořím zde o sociálně patologických jevech, jakými jsou např. užívání návykových látek. Tyto osoby mají často duševní onemocnění přidružená k jinému zdravotnímu nebo psychickému problému, proto je důležitá spolupráce všech složek sociálního systému, jako např. zdravotní, psychická, sociální, ekonomická. Protože průběh duševního onemocnění je velmi nepředvídatelný, je potřeba, aby byly služby přichystány reagovat na měnící se potřeby nemocného (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 45-46).

2.1 Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem (DZR) spadá pod zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášku č. 505/2006 Sb., upravující některá ustanovení tohoto zákona.

DZR je typický zástupce pobytové sociální služby sociální péče pro osoby s duševním onemocněním „*poskytující pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob*“ (§50, zák. č. 108/2006 Sb.). Hlavním cílem DZR je vytvořit důstojné a příjemné prostředí tak, aby pokud možno co nejvíce nahradilo domácí prostředí klientů. Personál je zprostředkovatelem kontaktu mezi klienty a jejich společenským prostředím, zahrnující upevňování vztahů a komunikaci s rodinou. Součástí DZR je i poskytování zájmových činností. Provozování těchto činností však záleží na schopnostech klienta (ČALS, 2015).

Základními činnostmi, které domovy se zvláštním režimem poskytují jsou:

- a) Poskytnutí ubytování, včetně úklidu a praní
- b) Poskytnutí celodenní stravy, odpovídající věku a dietním omezením klientů
- c) Pomoc při osobní hygieně
- d) Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, např. přesun na lůžko, oblékání, svlékání
- e) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při využití běžných služeb
- f) Sociálně terapeutické činnosti, vedoucí k rozvoji sociálních dovedností
- g) Aktivizační činnosti, nácvik kognitivních, psychomotorických dovedností a schopností
- h) Pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí (§50, zák. č. 108/2006 Sb.; Sokol, Trefilová, 2008, s. 118).

2.2 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení (CHB) upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a s tím spojená vyhláška č. 505/2006 Sb. Oproti DZR už CHB více připomíná samostatné bydlení (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 120). „*Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického*

onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení“ (§51, zák. č. 108/2006 Sb.). Prioritní je tedy bydlení v bytech v běžných zástavbách. Rozdíl v poskytování služeb v CHB a DZR je ten, že v CHB jsou klienti vedeni k samostatnosti, zatímco v DZR je poskytována pravidelná péče, která se realizuje na základě individuálních potřeb klientů (MPSV, 2019).

Služba uživatelům zajišťuje podporu v těchto oblastech:

- a) Pomoc při přípravě nebo zajištění celodenní stravy
- b) Poskytnutí ubytování
- c) Podpora při udržování chodu domácnosti
- d) Pomoc s osobní hygienou
- e) Aktivita zaměřené na výchovu, vzdělávání a aktivizaci
- f) Podpora a pomoc při navazování mezilidských vztahů
- g) Terapeutické činnosti
- h) Pomoc při prosazování práv a hájení zájmů (§51, zák. č. 108/2006 Sb.).

2.3 Centra duševního zdraví

Činnosti center duševního zdraví (CDZ) se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Dále se CDZ řídí Standardem služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví a dokumentem Kritéria kvality Center duševního zdraví. Propojují se tak zdravotní a sociální služby. Prvotní důvody pro jejich vznik byly hned dva stěžejní. A to nedostatek potřebných lůžek v psychiatrických nemocnicích a fakt, že jsou často hospitalizováni pacienti, kteří dlouhodobou hospitalizaci nepotřebují, ale vystačí jim jen určitá forma dopomoci (NEVYPUSŤ DUŠI, 2022). Služby CDZ může zajišťovat v rámci smlouvy o spolupráci poskytovatel zdravotních nebo sociálních služeb. Může jej rovněž provozovat subjekt s oprávněním k poskytování zdravotních služeb a zároveň s registrací poskytovatele sociálních služeb. Cílovou skupinou jsou osoby s vážným duševním onemocněním a osoby s rizikem rozvoje tohoto druhu onemocnění (MZČR, 2021).

Rozlišujeme dva typy CDZ. Prvním z nich je bazální CDZ, které poskytuje terénní služby v době od 8:00 do 18:00 společně s krizovou pomocí. Druhým typem je komplexní CDZ, poskytující ambulantní, terénní a krizové služby. Součástí je i telefonický kontakt, který je možno využívat 24 hodin, 7 dní v týdnu. Figuruje zde mobilní tým, připraven na akutní výjezd (MZČR, 2021).

CDZ působí jako prevence proti hospitalizaci. Pokud je však jedinec hospitalizován, podporují jeho návrat do přirozeného prostředí a obnovení smysluplného života. Propojují tak ambulantní a lůžkovou péči všem klientům bez objednání. Nezbytnou součástí správného fungování je i spolupráce s dalšími sociálními službami (Reforma péče o duševní zdraví). Personál CDZ funguje jako multidisciplinární tým formou case managementu. Tým je tvořen odborníky z příslušných oblastí, kteří spolu úzce spolupracují (MZČR, 2022). Týmová práce je v tomto případě nenahraditelná. Stav klientů s duševním onemocněním se často proměňuje, a tak je žádoucí, aby s klientem i přesto, že by mu stačila péče pouze jednoho pracovníka, pracoval celý tým (MPSV, 2022).

Mezi služby, které CDZ poskytují se řadí:

- a) Asistence při zdravotních, pracovních, finančních, sociálních obtížích
- b) Poskytování zdravotní péče
- c) Práce s rodinnými příslušníky klientů formou konzultací a psychologické podpory
- d) Aktivní vyhledávání a kontaktování osob, kteří služby CDZ nevyužívali, ale probíhá u nich neléčené duševní onemocnění
- e) Spolupráce s praktickými lékaři a se školními institucemi, jak v rámci péče o konkrétního klienta, tak v rámci zvýšení povědomí o provozování CDZ
- f) Zajištění CDZ jako informačního centra pro osoby s duševním onemocněním (MZČR, 2021).

3 DEINSTITUCIONALIZACE A TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Samotný pojem deinstitucionalizace zahrnuje primárně v zahraničí určitou změnu systému. V České republice je tento pojem v souvislosti se sociálními službami brán jako určité směřování k takovým sociálním službám, které jsou zaměřeny na individualitu člověka a individuální přístup k němu. Nadále pak rozvoj dalších sociálních služeb, napomáhajících uživatelům žít život srovnatelný s vrstevníky ve společnosti (MPSV, 2007). Deinstitucionalizace tedy představuje přechod od ústavní péče k péči poskytované v přirozeném prostředí uživatelů včetně podpory institucionalizace klientů. Transformace sociálních služeb je určitý proces, při kterém dochází ke změně v místě poskytování sociální služby, vedení, vzdělávání a financování. Výsledkem je bydlení klientů v přirozeném prostředí člověka a snížení ústavních prvků v sociálních službách. Tento proces pomáhá začlenit osoby s různými typy znevýhodnění do běžné společnosti. Lidé tak s určitou mírou podpory zvládají péči o sebe samého, domácnost, dále přípravu nebo obstarání si stravy (MPSV). Důležitým dokumentem, vymezující deinstitucionalizaci a směr transformace sociálních služeb v České republice je Konceptce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociálních začlenění uživatele do společnosti. Tuto koncepci vydalo v roce 2007 Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) České republiky a stát zde mluví o vývoji sociálních služeb do té podoby, jako to funguje ve vyspělých státech Evropské unie. Nadále jsou v koncepci zmíněny kroky, které by zřizovatelům měly pomoci s průběhem procesu transformace (Sokol, Trefilová, 2008, s. 40).

3.1 Reforma psychiatrické péče

Od roku 2013 prochází postupně Česká republika reformou psychiatrické péče, jejímž cílem je naplnit kvalitu života osob s duševním onemocněním tak, aby byla v souladu s úmluvou OSN O právech lidí se zdravotním postižením. Strategie reformy psychiatrické péče klade důraz na propojení jednotlivých dimenzí, jako např. financování, legislativa, kvalita péče, které společně vytváří prostor pro poskytování sociálních služeb osobám s psychiatrickou diagnózou. Stěžejním dokumentem probíhající reformy je Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, schválený vládou ČR (Fokus Praha, 2022). Tento plán obsahuje 5 hlavních strategií v oblasti reformy. Jedná se o zkvalitnění péče pro osoby s duševním onemocněním, jejímž hlavním zdrojem jsou důvěryhodné informace a vědomosti, a to

především na úrovni krajů a ministerstev. Další cíl se zaměřuje na prevenci vzniku duševních problémů a to, aby měl každý jedinec možnost žít život s kvalitním duševním zdravím. S tím souvisí oblast financování celého systému péče. Třetí bod si klade za cíl zdůrazňovat a podpořit dodržování lidských práv u osob s duševním onemocněním. Čtvrtý bod se zabývá zajištěním dostupných služeb v oblasti duševního zdraví, zahrnující efektivní péči v komunitě, což mimo jiné obsahuje i silnou společenskou komunitu, kterou by mohly být multidisciplinární týmy. Poslední bod cílí na spolupráci v různých dimenzích, která je klíčová pro efektivní poskytování sociálních služeb a začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti (Reforma péče o duševní zdraví, 2020).

3.2 Překážky v realizaci procesu transformace ústavní péče

Sokol a Trefilová (2008) ve své knize zmiňují tři hlavní překážky, které mohou komplikovat průběh transformace. V první řadě se jedná o nízké finanční prostředky na celý proces. Samotná transformace je velmi nákladná, už jen z hlediska nákupu nemovitostí nebo pozemků na vybudování nové sociální služby. Další překážkou pak může být určitý strach ze změny, jak z pohledu uživatelů sociálních služeb, tak ze strany společnosti, ale i ze strany pracujícího personálu v zařízeních, procházejících transformací. Problémem se může stát i to, jak se využijí stávající ústavní zařízení. V případě, kdy se jedná o budovu s bohatým historickým charakterem, jsou tak náklady na rekonstrukci kolikrát ještě vyšší jak z technické, tak finanční stránky. Pokud by se subjekt neudržoval, dochází k postupnému chátrání. Dalším z problémů se zdá být i byrokracie, která celý proces často výrazně zatěžuje. Je zde potřeba zmínit přístup veřejnosti, zvláště k lidem s duševním onemocněním, který je plný negativních předsudků, způsobených neznalostí a nedostatečnou informovaností. Nedostatek nemovitostí a odborného personálu taktéž brání hladkému průběhu celého procesu (Ombudsman veřejný ochránce práv, 2024). V konečném výsledku se tedy jedná o nepřehledné množství bariér z různých stran, se kterými se musí transformovaná zařízení vyrovnat.

3.3 Zřizovatel

Zřizovatelem konkrétní transformované služby je kraj. V rámci kraje je daná pobytová sociální služba první pro osoby s duševním onemocněním, procházející celkovou transformací. Zřizovatel realizuje v rámci sociálních služeb projekt, jehož cílem je podpora zařízením, procházejícím transformací, pomocí osvědčených postupů, dokumentů, nadále např. prostřednictvím odborných školení a konzultací. Kraj v rámci projektu popisuje

i spolupráci se zařízeními v oblasti shánění pozemků na výstavbu komunitních služeb (XY kraj, 2023). Z výzkumu realizovaným Veřejným ochráncem práv z roku 2023 vyplývá, že jednotné kraje České republiky nemají ani jednotnou definici pojmů, souvisejících s transformací a deinstitucionalizací. Za problémové považují absenci definice služeb komunitního charakteru. Tento fakt jasně komplikuje průběh transformace, který tak v jednotlivých krajích může být výrazně odlišný. Výzkum jasně ukazuje, že kraje postrádají metodickou podporu od MPSV a sjednocené postupy v oblasti transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb (Ombudsman veřejný ochránce práv, 2024).

3.4 Důvody transformace

Kromě nevyhovujícímu přístupu ke klientům, omezené integrity a porušování práv klientů, jsou důvodem transformace i nevyhovující fyzické podmínky ve velkokapacitních ústavních zařízeních. Tyto ústavy byly v minulosti zřizovány na okraji společnosti, v lesích, v budovách zámků nebo jiných větších kulturních budov, ve velké vzdálenosti od obcí. Tam se osoby, jakkoliv znevýhodněné zavřely a zkrátka se dělalo, že neexistují. Tyto ústavní prvky se teď transformace snaží eliminovat. Jsou to často budovy, zapsány v seznamu národních kulturních památek, tudíž není možná žádná větší rekonstrukce, aby se budovy staly bezbariérovými. Problémem jsou několikalůžkové pokoje, malý počet sociálního zařízení na velký počet klientů. Je tak narušeno velkým způsobem soukromí a integrity klientů. V ústavech často chybí elektrické rozvody, tudíž klienti nemají možnost, nabít si mobilní zařízení, zapojit si rádio nebo TV (Transformační plán, 2025).

Jedním z důvodů, proč k transformaci dochází je důraz na plnohodnotný život ve společnosti svých vrstevníků, zahrnující rozhodování o svém vlastním životě, možnost volby volnočasových aktivit a v neposlední řadě pocit domova. Osoby duševně nemocné jsou ohroženou cílovou skupinou z důvodu jejich izolace v ústavech a postojů veřejnosti vůči nim, i proto je potřeba této cílové skupině věnovat zvýšenou pozornost. Dalším důvodem je naplňování strategických cílů úmluv o dodržování lidských práv, do kterých se Česká republika zapojila. Zkušenosti poskytovatelů již transformovaných služeb jasně ukazují, že transformace klientům přinesla pocit většího bezpečí, zároveň i změnu v oblasti rozhodování a pocit domova. Dalším pozitivem jsou lepší pohledy a postoje veřejnosti vůči celé službě, ale i jednotlivým klientům. Transformace nadále přispívá k zamezení dalšího šíření ústavní péče a zlepšení pracovních podmínek pro personál (MPSV, 2022)

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

V mé praktické části bakalářské práce se zabývám transformací pobytové sociální služby pro osoby s duševním onemocněním. Proces transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb je v dnešní době jedno z nejvíce rezonujících témat nejen v oblasti sociálních služeb, ale také v politické oblasti. Cílem transformace sociálních služeb je určitá změna filozofie poskytování služby. Tato změna zahrnuje proměnu bydlení, kdy se uživatelé stěhují z nevyhovujících velkokapacitních zařízení do komunitních služeb (Cháb, 2004, s.12; MPSV, 2024). Úloha personálu v procesu transformace je nezastupitelná. Je sprostředkovatelem mezi klienty, zřizovatelem a budovanou komunitní službou. Musí se odpoutat od tradičního modelu poskytování péče v ústavním zařízení a podle toho i přijmout a zavést nové modely a postupy péče. Často jsou „mezi starým a novým“, tedy mezi tradiční ústavní péčí a moderní komunitní péčí. V rámci jednání o transformaci musí i vedení rozvíjet o to víc klientovy a zaměstnancovy dovednosti a schopnosti (Tollarová, Furmaníková, 2017). Mezi dvěma hlavními skupinami, figurujícími v pobytových službách, a to klienti a personál, existuje velký odstup. Tento odstup je dán především odchodem personálu po konci pracovní doby. Tyto dvě skupiny tak vedou odlišný způsob života, projevující se v chování vůči sobě, které může být u obou skupin nepochopitelné (Vávrová et al., 2009).

Od počátku až do konce průběhu této změny je důležité si držet určitý rámec pro transformační praxi. Tento rámec zahrnuje posilování schopností jedince, tedy podporu a víru v to, že transformaci, ať už klienti sociálních služeb, či zaměstnanci zvládnou. Další položkou v tomto rámci je mnohodimenzionální intervence, zahrnující spolupráci jedince samotného, komunit, organizací a politiky. Je zde tedy opět vyzdvihována participace mnoha na sebe navázaných subjektů. V neposlední řadě je potřeba zmínit důležitost mezilidských vztahů, nejen pro klienty, pro které už bude změna jen to, s kolika lidmi každý den budou v rámci běžného života v kontaktu, ale i pro společnost, ve které budou zřízeny nové komunitní služby. Smysluplná podpora může tedy významně ovlivnit průběh transformace (Munford, 2023).

Jak jsem popisovala v teoretické části, transformace pobytových sociálních služeb spočívá v přechodu do komunitních služeb z těch institucionálních, které v mnoha bodech ještě dnes naplňují znaky totálních institucí, které definoval Erving Goffman již v roce 1961. Ten definoval totální instituce jako místa pro osoby neschopné, které představují pro společnost neúmyslnou hrozbu. To poukazuje na opravdu nutnou úpravu poskytování

sociálních služeb, jestliže i v dnešní době existují ústavy tak, jak byly před více než 60 lety (Goffman, 2012).

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním výzkumným cílem této bakalářské práce je vysvětlit a popsat proces transformace pobytové sociální služby pro osoby s duševním onemocněním. Tento cíl zahrnuje detailní analýzu procesu přechodu od institucionální péče k péči poskytované v přirozeném prostředí klientů, kde se klade důraz na individuální podporu jedince. Dále chci popsat, jak se promítá role personálu do procesu transformace. Tento proces vyžaduje nejen změny ve struktuře zařízení, ale taky změnu přístupu pracovníků k uživatelům služby.

4.2 Výzkumné otázky

Na základě stanoveného výzkumného problému byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Hlavní výzkumná otázka: Jak probíhá proces transformace pobytové sociální služby pro osoby s duševním onemocněním?
- Dílčí výzkumná otázka: Jakým způsobem se promítá role personálu do procesu transformace?

4.3 Druh výzkumu

Výzkum procesu transformace zahrnuje detailní zkoumání jednoho konkrétního případu v přirozeném prostředí a za časově omezených podmínek. Všechny aspekty této změny jsou součástí celého systému transformace. Pro praktickou část bakalářské práce jsem proto zvolila kvalitativní přístup a design případovou studii. Tento přístup a design byl zvolen v souladu s výzkumným problémem a výzkumnými cíli (Švaříček, Šedřová, 2014).

4.4 Výzkumný soubor

Jako výzkumný soubor byli záměrně vybráni pracovníci transformovaného zařízení. Aby byla zachována homogenita výzkumného souboru, byla stanovena minimální délka 3 roky na dané pracovní pozici v zařízení, z důvodu dostatku informací o právě probíhajícím procesu transformace sociální služby. Ve výzkumném souboru se nachází tři sociální pracovníci a jedna vedoucí chráněného bydlení, což je první služba, která byla pro prvních 7 klientů v rámci transformace zřízena. S participanty jsem se domlouvala osobně nebo

po telefonické domluvě. Rozhovory byly se všemi realizovány osobně v DZR. Z důvodu anonymizace jsou jména v tabulce skryta a nazvána jako informant 1, 2, 3, 4.

Tabulka 2 Kritéria výběru výzkumného souboru

	Pohlaví	Délka působení v zařízení	Pracovní pozice
Informant 1	Žena	10 let	Sociální pracovník
Informant 2	Muž	4 roky	Sociální pracovník chráněného bydlení
Informant 3	Žena	8 let	Vedoucí chráněného bydlení
Informant 4	Žena	5 let	Sociální pracovník

(Zdroj: vlastní)

4.5 Výzkumná technika

V rámci kvalitativního přístupu jsem jako výzkumnou techniku zvolila polostrukturovaný rozhovor. V rozhovoru bylo pracovníkům položeno 13 otázek, zaměřující se na proměnu pracovní role v důsledku procesu transformace (viz příloha P I). Miovský ve své knize chápe rozhovor jako spojení dvou metod, a to samotného rozhovoru a pozorování (2006). Participanti byli na začátku seznámeni s výzkumem i s celou bakalářskou prací, byli seznámeni s tím, že jejich odpovědi budou použity výhradně k výzkumným účelům bakalářské práce, měli možnost se zeptat na otázky a tři participanti souhlasili s nahráváním rozhovoru, u čtvrtého participanta, který nesouhlasil s nahráváním rozhovoru, jsem si odpovědi zaznamenávala písemně na papír. S těmito podmínkami souhlasili všichni ve vytvořeném informovaném souhlasu pomocí podpisu. Kromě polostrukturovaných rozhovorů využívám v práci taky metodu sběru dat z dokumentů, jako je např. transformační plán (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 97-99).

4.6 Způsob zpracování dat

Sesbíraná data z nahrávek a přepisu odpovědí byla přepsána do programu Microsoft Office Word. Následoval rozbor údajů. Protože případová studie nemá žádné specifické analýzy dat, využívám zde primárně otevřené kódování (Strauss, Corbinová, 1999). V průběhu

kódování je potřeba dbát i na redukci dat, kdy by měl výzkumník eliminovat ty části rozhovoru, kde participant neodpovídá na danou otázku, ale tzv. odbíhá od tématu (Hendl, 2005, s. 207). V rámci otevřeného kódování využívám ještě induktivní přístup, pro který je typické zkoumání dat s co nejmenším počtem předem vytvořených teorií (Sybing, 2025). Otevřené kódování je důležitým prvkem ve zpracování dat. Jedná se o rozebrání přepsaného rozhovoru na menší části, kdy jsou části na základě významu nazývány jednoslovnými nebo dvouslovnými kódy vystihující danou frázi. Jeden kód může být zastřešující pro vícero frází. Dále výzkumník pracuje s již nově vytvořenými kódy. V dalším kroku byly kódy sepsány do tabulky pro lepší orientaci při další práci s kódy. Dále byly kódy na základě podobnosti přiřazovány k sobě a tvořily se tak kategorie. Důležité je už v průběhu otevřeného kódování tvořit seznam kódů. Následně jsem kódy seskupila podle podobnosti do tzv. kategorií. Kategorie jsou pojmenovány tak, aby co nejvíce vystihovaly obsah daných kódů, obsažených v kategoriích. Dále pokračuji s rozvíjením jednotlivých kategorií a odborným zpracováním analýzy (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 211-222).

5 ANALÝZA DAT

V této kapitole se zabývám rozbořem dat, získaných v realizovaných polostrukturovaných rozhovorech. Analýza probíhala čtením jednotlivých kódů a následným zařazením do kategorií podle významu. Vzniklo tak 5 kategorií, zaměřující se na různé oblasti transformace. Těmito oblastmi jsou hlavní aktéři, podporující aspekty proces transformace, nutnost změny určitých stereotypů v ústavní péči, odstranění bariér, vedoucí k úspěšné transformaci a negativní stránky transformace. Jedná se o těchto pět vytvořených kategorií:

- Architekti proměny
- Opěrné pilíře
- Stíny změny
- Rozvázané uzly
- Skrytá daň

Tabulka 3 Tabulka kategorií a kódů

KATEGORIE	KÓDY
Architekti proměny	Průvodce novou cestou, Koordinátoři změny, Mezi starým a novým, Prosazená změna, Vývoj pracovní pozice
Opěrné pilíře	Školení pro změnu, Krizová příprava, Zkušenosti nad zlato, Kotva v nejistotě, Podpora od klientů
Stíny změny	Změna myšlení, Smíšené postoje, Odpor vůči změně, Obavy ze zodpovědnosti
Rozvázané uzly	Osamostatnění, Odstranění bariér, Otevřená brána, Nový vítr, Prostor k nadechnutí, Spoluúčast na změně
Skrytá daň	Cena za změnu, Nejasná koncepce, Strach z neznámého, Ztráta lidskosti

(Zdroj: vlastní)

5.1 Architekti proměny

Tato kategorie popisuje, jak se sami participanté vnímají v procesu transformace. Z jednotlivých odpovědí vyplývá, že se participanté sami vidí jako určití průvodci celým

procesem mezi samotnými klienty, zaměstnanci a vedením organizace. Přispívají tak k přeměně na nový způsob poskytování péče. Přípravují klienty na větší samostatnost, zároveň edukují ostatní zaměstnance, u kterých je patrná nejistota ze zvládnutí procesu. Tyto dva prolínající se úkoly kladou nároky na jejich komunikační a organizační schopnosti. Důležitou roli zde hraje transformační tým, který kromě tvorby transformačního plánu koriguje směřování transformace „...*jsem součástí transformačního týmu, který se schází pravidelně a projednáváme různé věci, jakým směrem ta transformace bude pokračovat*“ (PA1). Sami participanty si uvědomují, že důležitý je i postoj vedení služby, který je v tomto případě pozitivní „...*nejdůležitější to, že to musí přijmout vedení organizace, že ta transformace je nutná*...“ (PA2), „...*vlastně veškerým návrhům, co my v rámci té transformace podáme, je vedením vyhověno*...“ (PA4). Přirozenou součástí přechodu k poskytování jiných typů sociálních služeb je fakt, že postupně s výstavbou nových komunitních služeb a postupného přechodu transformace, jsou sociální pracovníci na půl úvazku už v nových službách a na půl úvazku stále ve velkokapacitním zařízení. Vidí tedy nejvíce kontrast mezi ústavní péčí a péčí v přirozeném prostředí klientů. V rámci přechodu prvních klientů do CHB se pracovní pozice některých pracovníků významně proměnila „...*vlastně loni jsem nastoupila jako PSS ZVNČ s tím, že už se chystalo otvírání chráněnka...a tam jsme budovali pro ně zázemí, připravovali jsme je na přestup atd.*...“ (PA3).

5.2 Opěrné pilíře

Druhá kategorie popisuje jednotlivé skupiny faktorů, které participanty nejvíce podporují v rámci celého průběhu transformace. Odpovědi participantů ukazují, že největší podpora pramení z kombinace odborného vzdělání, sdílení zkušeností a metodických rámců. Je zde potřeba zmínit nejrůznější druhy školení, kterých se pracovníci zúčastnili v rámci přípravy tohoto procesu. Jedná se o školení v oblasti deinstitucionalizace sociálních služeb, standardů kvality sociálních služeb v rámci transformace, komunikace s klientem ohledně situací, která mohou být pro klienty stresující, což bezesporu transformace může být „...*jako tyto byly super, fakt dost toho bylo*“ (PA4). Dále to jsou školení, týkající se zdravotní péče a první pomoci, jelikož v nových službách je předpokládána absence zdravotního personálu, tudíž musí být pracovníci připraveni i na krizové situace v této oblasti. Jednu z nejvýznamnějších podpor participanty pocítují od zkušených kolegů, ať už se jedná o kolegy z již transformovaného zařízení, kteří mají stejnou cílovou skupinu, tedy osoby s duševním onemocněním nebo o peer pracovníka „...*Pak hlavně teda XY a organizace,*

kteřé už tady tím prošly, hlavně teda ---... “ (PA3). anebo kolegy ze zahraničí, konkrétně tedy program Norské fondy „...bylo to komornější a bylo to fakt super, nebyl tam ten ostych se na něco zeptat...“ (PA4). Dále participant zmiňovali gestora transformace, který se s pracovníky pravidelně stýká a jasně pracovníkům řekne, zda jdou v procesu správným směrem. Díky těmto kontaktům se pracovníci mohli inspirovat příklady z praxe, sdílet konkrétní zkušenosti a zároveň zjistit, že problémy, se kterými se potýkají, nejsou ojedinělé. V rozhovorech zazněla i podpora od klientů, která je v tomto případě nezastupitelná „...když už jsou třeba přetransformováni sem do chráněnka a když vidím, že se jim to daří...a že dělají ty kroky...a to je to zotavení, že se ten člověk i přes ty procesy, který by na --- v životě neudělal, tak najednou udělá něco, co pro nás je normální...“ (PA2). Představují tak nejen cílovou skupinu transformace, ale i zdroj motivace pro pracovníky – jejich pokrok, samostatnost. V neposlední řadě je jednou z významných opor model CARE „...vlastně fakt musím říct, že díky té metodě CARE rozumím fakt těm osobním profilům, který my s těma lidma sestavujeme...“ (PA2). V rozhovoru jednou zazněla i absence podpory „...no nepociťuju žádnou podporu moc. Jako od XY, kterej sem jezdí a pomáhá, ale jinak já žádnou podporu nepociťuju...“ (PA1). To může svědčit o individuálním nastavení jednotlivce nebo o rozdílných zkušenostech s potencionálními zdroji podpory.

5.3 Stíny změny

V této kapitole se zabývám postoji zaměstnanců, které jsou při transformaci pobytových sociálních služeb jedny z nejdůležitějších. Z výzkumu vyplynulo, že právě postoje a obavy personálu jsou nejvíce ovlivňující podobu a průběh procesu. I v rozhovorech byly postoje zaměstnanců hojně zmiňovány jako primární aspekt, vedoucí k úspěšné transformaci. Jedním z nejčastěji zmiňovaných témat byla potřeba změny myšlení, kterou si sami participant uvědomovali. Transformace neznamená pouze přesun klientů do jiného typu služby, ale je vyžadována vnitřní změna přístupu personálu ke klientům. „Tak hlavně změnit myšlení zaměstnanců, protože někteří k tomu stále nejsou nakloněni...“ (PA3) „...ale je to takový, že někdo tomu věří, někdo nevěří...“ (PA1) „Ne všichni jsou příznivci transformace...“ (PA4). Promítají se zde tak smíšené postoje, kdy někdo chápe transformaci jako příležitost k důstojnějšímu životu klientů, jiní ji vidí jako zátěž a narušení zaběhlých způsobů práce. Tyto názory však mohou být generačně podmíněné. Postoje tak ukazují na rozdílné porozumění samotné podstatě transformace. Je třeba se odpoutat od myšlenky mít zodpovědnost a nahradit ji pouhou dopomocí k tomu, aby to klient zvládl sám. Rozdílné postoje a potřeba změny myšlení se promítly na konkrétní situaci. Jednalo se o zavedení

společného stravování personálu a klientů. Tento krok, kladoucí důraz na rovnost, nebyl personálem přijat pozitivně „...*přestali chodit někteří zaměstnanci na obědy, s tím, že s klientama jíst nebudou...i to svědčí o tom, jak nahlíží zaměstnanci vlastně na ty klienty*“ (PA2). Dalším významným tématem byly obavy ze zodpovědnosti, které s menší kontrolou a větší volností klientů přirozeně přicházejí. Personál se obává toho, že pokud klienti udělají chybu, ponesou za to oni jako pracovníci zodpovědnost. „*Musí se odpoutat od toho, že nemají zodpovědnost za ty klienty, ale že poskytují sociální službu...ale pro některý lidi je to brzda no*“ (PA2). Zdá se tedy, že právě toto je jedna z největších výzev, zvláště pro ty, kteří pracují v ústavním zařízení již několik let a mají zaběhlé konkrétní vzorce práce v ústavním zařízení. Některý personál tedy stále zůstává v institucionálním přístupu, kladoucí důraz na dodržování jednotných pravidel, neustálý dohled a nepodporující individualitu. Projevuje se to pak např. ve vnímání klienta jako nerovnocenného.

5.4 Rozvázané uzly

Popisují zde odstraňování bariér, které se v zařízení zavedly, aby klienty i společnost postupně na přechod do komunitních služeb připravily. Jednou z prvních změn bylo vytvoření provizorních bytů v suterénu budovy. Tam se přestěhovali první klienti, kteří byli vybráni pro nejdřívější přechod, aby pro ně změna byla co nejsnazší. „...*zrušily se klubovny, byly pro ně vybudovány byty...*“ (PA3) „...*tam ti klienti fungují víc samostatně...*“ (PA1). Učili se sami si vařit, prát, uklízet a další činnosti běžného života v komunitě, které v ústavní péči často ztrácí svůj význam. Pro klienty šlo o první reálný krok směrem k samostatnosti a převzetí zodpovědnosti za vlastní život. „...*přes noc se přestaly zamykat vchodová vrata do --- a že klienti mohli najednou chodit večer ven kouřit. Pak se odbouralo to, že klienti se musí chodit ptát, aby jim někdo otevřel hlavní bránu, tak dostali čipy a pomocí čipů chodily na vycházky...*“ (PA2). Další změnou bylo otevření hlavní brány, která do té doby sloužila jako bariéra „uvnitř“ a „venku“ „...*strach z toho, že někdo uteče a lidé vyběhnou ven a budou ostatní obyvatelé kousat do hlav, tak to se teda nepotvrdilo, spíš to byl šok pro ty ostatní, kteří kolem projížděli...*“ (PA2). Výraznou změnou je i to, že nově se do zařízení přijímají i ženy, jelikož transformace je právě o začlenění osob do co nejběžnějšího života, s kterým souvisí i interakce a vztahy s osobami druhého pohlaví, které posilují sociální dovednosti „*Celý suterén byl zřízen těm dámám*“ (PA4). Nyní jsou tedy ve službě čtyři ženy klientky. V rámci odchodu prvních 13 klientů do chráněných bydlení, byla možnost zřídit méně než šestilůžkové pokoje v ústavním zařízení „*Ted'ka i odlivem těch 13 klientů do chráněnka je to tady takové volnější*“ (PA4). Menší pokoje tak představují další konkrétní snahu

o přiblížení života v instituci podmínkám běžného bydlení. Nedílnou součástí přechodu do komunitních služeb je i spolupráce sociálních pracovníků s klienty při přípravách budoucího bydlení „...jsou jim spíš takovým průvodcem...“ (PA1). Kdy pracovníci vedou s klienty rozhovory o tom, jak by si klienti budoucí bydlení představovali, co považují za důležité, mít v místě bydliště, s kým by chtěli bytové jednotky sdílet.

5.5 Skrytá daň

V poslední kategorii popisují negativní aspekty a překážky transformace, popřípadě aspekty, které brání úspěšnému a hladkému procesu. Prvním aspektem je finanční náročnost, jak už jsem zmiňovala v teoretické části, celý proces je finančně velmi zatěžující. Transformace vyžaduje investice do nákupu pozemků nebo nových objektů, vybavení celého bydlení a taky dlouhodobé vzdělávání personálu, aby se připravil na práci v nových podmínkách a podle jiných principů „...alfa omega jsou peníze prostě“ (PA4). Dále se zmiňovala nejasná koncepce transformace ze strany zřizovatele zařízení „...za mě to všechno dlouho trvá a nemyslím si, že má kraj úplně jasnou koncepci.... měli ji mít vytvořenou už dávno, a ne ji v průběhu několikrát měnit...“ (PA2). Opakované změny koncepcí a strategií zbytečně prodlužují průběh transformace, který je tak zdoluhavý pro klienty, i personál. Na různá rozhodnutí se pak čeká příliš dlouho. Další velkou výzvou, se kterou se transformovaná zařízení musí vypořádat, je přijetí komunitní služby společností v dané obci, kde má být nová služba zřízena. Promítá se zde stigmatizace společnosti vůči osobám s duševním onemocněním. Klienti zařízení se o negativním postoji k transformaci a k nim samotným dočtou v médiích a sami si pak kladou nejrůznější otázky „...protože pak se stane, že se vás na veřejném zasedání jeden z klientů zeptá: Ale já přece nejsem vrah a já ty lidi vůbec neznám, tak nevím, proč mě v té obci nechtějí...“ (PA2). Tento strach je způsoben předsudky, které jsou s duševním onemocněním odjakživa spojené. Představa, že jsou tyto lidé nebezpeční a agresivní brání společnosti v přijetí klientů mezi sebe. V rámci přípravy transformace proběhlo v obcích, kde budou komunitní služby vybudovány několik veřejných zasedání „Někdy jsem měl pocit, že si vůbec ti lidé neuvědomují, že se baví taky o lidech...“ (PA2).

6 INTERPRETACE DAT

V této kapitola odpovídám na stanovenou hlavní a dílčí výzkumnou otázku, vymezené v podkap. 4.2. Odpovědi jsou psány na základě analýzy dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů.

Jak probíhá proces transformace pobytové sociální služby pro osoby s duševním onemocněním?

Transformace pobytové sociální služby pro osoby s duševním onemocněním je komplexní a mnohohrstevnatý proces, charakteristický nejen změnou formálních struktur sociálních služeb, ale především proměnou hodnot, postojů a způsobů práce všech aktérů procesu. Na základě analýzy dat lze proces transformace popsat jako dynamickou proměnu, ovlivněnou několika faktory, přes postoje a přípravu zaměstnanců, až po předsudky a institucionální překážky.

Klíčové je v tomto případě uvědomění si, že transformace není pouze fyzickým přesunem klientů z velkokapacitního ústavního zařízení do menších komunitních služeb, ale především změnou modelu péče – od institucionálního modelu k modelu komunitní podpory, který vychází z individuálního přístupu, respektu k autonomii klienta a jeho aktivní účasti na vlastním životě. Zásadní roli hraje důkladná příprava a koordinace celého procesu.

Transformace je organizována prostřednictvím transformačního týmu, který má za úkol vymezit konkrétní směr. Práce týmu spočívá nejen v plánování, ale také v přípravě klientů i zaměstnanců na přestup do jiného typu služby. Samotné vedení zařízení je přitom označeno jako jeden z prvků úspěšné změny – jeho pozitivní přístup, otevřenost vůči návrhům a ochota aplikovat nové způsoby práce jsou zásadními předpoklady plynulého přechodu.

V rámci procesu transformace probíhají konkrétní kroky, které klienty i společnost připravují na změnu. Mezi tyto kroky patří např. vytvoření provizorních bytů v rámci zařízení, kde si klienti postupně osvojují dovednosti potřebné pro samostatný život, jako je vaření či praní. Tyto dovednosti jsou v ústavním režimu často opomíjeny, což vedlo k oslabení samostatnosti klientů. Důležitou symbolickou proměnou byla také změna fyzického uspořádání zařízení – například otevření brány, která dříve oddělovala svět „uvnitř“ od světa „venku“. I takováto změna má silný dopad na vnímání transformace nejen ze strany klientů, ale i společnosti.

Významným aspektem je rovněž vzdělávání zaměstnanců. Pracovníci procházejí systematickým školením v oblasti deinstitucionalizace, krizové intervence, komunikace s klienty či první pomoci. Tento vzdělávací proces slouží nejen k nabytí nových dovedností, ale také k novému vymezení role personálu. Tímto novým vymezením role je průvodce klienta na jeho nové cestě. Důraz je přitom kladen na mezioborovou spolupráci a sdílení zkušeností, a to jak mezi institucemi, tak v rámci zahraniční spolupráce.

Samotný proces je však provázen řadou překážek, které lze chápat jako skryté daně změny. Mezi tyto překážky patří vysoká finanční náročnost. Ta je často propojená s omezenou a nejednotnou podporou ze strany zřizovatele. Nejasná koncepce a opakované změny strategie vedou k nejistotě a zpomalují celý proces.

Další komplikací je odpor společnosti vůči komunitním službám. Místní obyvatelé se často staví proti novým službám ve své obci, což je důsledkem z stigmatizujících představ o osobách s duševním onemocněním. Tento odpor má negativní dopad nejen na klienty, kteří se cítí odmítání, ale i na pracovníky, kteří se musí v rámci svých rolí vyrovnávat s napětím mezi klienty a společností.

V souhrnu lze říci, že transformace probíhá jako proces kulturní a organizační změny, který je podmíněn několika faktory: připraveností personálu, podporou vedení, vzděláváním, účastí klientů na změně, ale také schopností čelit společenským předsudkům. Výsledkem transformace je nejen kvalitativně odlišný model péče, ale i posílení lidskosti, individuality a důstojnosti klientů.

Jakým způsobem se promítá role personálu do procesu transformace?

Role personálu je v procesu transformace klíčová. Ten se stává aktivními aktéry, kteří transformaci utvářejí. Jejich postoj, kompetence a ochota ke změně rozhodujícím způsobem ovlivňují úspěšnost celého procesu.

Z provedené analýzy vyplývá, že sociální pracovníci připravují klienty na větší samostatnost, zároveň však pracují s kolegy na postupném přijetí nového přístupu. Tato dvojí role klade vysoké nároky na jejich komunikační i organizační dovednosti.

Nezastupitelnou roli hraje také odborná příprava personálu. Školení, která personál absoluuje, přispívají ke změně jejich profesní role – z role dohlížečícího se stávají průvodci, kteří klientům pomáhají realizovat jejich vlastní představy o životě. Metodické rámce jako např. model CARE pak poskytují strukturovanou oporu, jak se v této nové roli zorientovat a efektivně ji vykonávat.

Velmi důležité je vnímání klientů jako aktivních spolu partnerů v celém procesu. Pracovníci klientům pomáhají osvojit si nové dovednosti, ale zároveň od nich získávají zpětnou vazbu o tom, jaký by. Klienti tak v tomto ohledu nepředstavují pouze cílovou skupinu, ale také zdroj spolupráce.

Ne všichni pracovníci jsou však na transformaci připraveni stejně. Zaznamenány byly i obavy a odpor vůči změnám, které jsou často spojené s generačními rozdíly nebo délkou působení v instituci. Mezi zaměstnanci převládají smíšené postoje – někteří transformaci vnímají jako krok správným směrem, jiní jako ohrožení svého profesního postavení. Typickým příkladem je odmítání sdíleného stravování s klienty.

Obavy personálu se dále týkají přenesení zodpovědnosti. Zatímco v ústavním režimu je kontrola a dohled hlavním modelem péče, transformace vyžaduje schopnost důvěřovat klientovi a podporovat jeho nezávislost. Tento posun je však pro některé zaměstnance obtížný a představuje zásadní překážku. Pracovníci se obávají důsledků chyb klienta a nejistoty, která s větší svobodou přichází. Proměna role pracovníka tak vyžaduje nejen nové dovednosti, ale i ochotu opustit zavedené vzorce chování. Úspěšná transformace je tedy do velké míry závislá na míře angažovanosti, vzdělanosti a motivace pracovníků.

Z výše uvedeného vyplývá, že personál je nejen základním prvkem transformace. Bez adekvátního nastavení a zapojení personálu se transformace může stát formálním procesem bez skutečné změny obsahu a kvality poskytované péče.

ZÁVĚR

Moje bakalářská práce se zabývá tématem transformace pobytové sociální služby pro osoby s duševním onemocněním. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretickou část tvoří tři kapitoly. V první kapitole popisují duševní onemocnění a jejich rozdělení a principy sociální práce s těmito lidmi. Druhá kapitola se zabývá definicemi pobytových sociálních služeb a jsou v ní shrnuty sociální služby konkrétně pro osoby s duševním onemocněním. Ve třetí kapitole popisují podstatu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb. Zmiňují zde reformu psychiatrické péče, kterou Česká republika v současnosti prochází. Zabývám se hlavními překážkami, které brání úspěšné transformaci. Popisují mimo jiné i důvody transformace z již transformovaných sociálních služeb. V neposlední řadě zmiňují přístup zřizovatele popisované pobytové sociální služby k celkové deinstitucionalizaci sociálních služeb.

Podstatou praktické části jsou realizované polostrukturované rozhovory. Sběr dat se probíhal v průběhu ledna a února 2025. Hlavním cílem mého výzkumu je vysvětlit a popsat proces transformace. Následně pak zjistit, jakým způsobem se promítá role personálu do procesu transformace. Z výsledků vyplynulo, že transformace je dynamický a mnohovrstevnatý proces změn. Klíčovou roli hraje konkrétní systém podpory a motivace, což zahrnuje primárně podporu vedení a zkušených kolegů, kteří již transformací prošli nebo s ní mají bohaté zkušenosti, následně pak podporu zajišťují také odborná školení pro personál. Tento proces zahrnuje od personálu zcela jiný přístup ke klientům, založený na větší samostatnosti a volnosti, vedoucí k plnohodnotnému životu klientů. V průběhu celé transformace se objevuje řada překážek, komplikující hladký průběh celé přeměny. Jedná se primárně o neustále se měnící plán ze strany zřizovatele, dále také stigmatizující postoje společnosti vůči přijetí osob s duševním onemocněním.

Pracovníci zařízení jsou v celém procesu primární průvodci změny, jak pro klienty, tak pro personál. Prochází odbornou přípravou na přechod z ústavní péče do péče komunitní. Klíčovým aspektem celé transformace tak je změna myšlení pracovníků, odbourání ústavních prvků v přístupu personálu ke klientele.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-8031.
- HAUG, Achim, 2017. *Malá kniha o duši*. Mnichov: Verlag C.H.Beck oHG. ISBN 978-80-7432-986-9.
- HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- CHÁB, Milan, 2004. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP. ISBN 80-239-4772-9.
- MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-2471362-4.
- OREL, Miroslav, 2016. *Psychopatologie*. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5516-8.
- PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Jana, 2018. *Jak rozvíjet na zotavení orientovaný jazyk*. Praha: Univerzita Karlova. on: Management, Leadership. Roč. 2017, č. 5. ISSN 23303131.
- PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
- SOKOL, Radek a TREFILOVÁ, Věra, 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-316-4.
- STRAUSS, Anselm a CORBINOVÁ, Juliet, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. 2. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠVARÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.

SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

BARLATI, Stefano; NIBBIO, Gabriele a VITA, Antonio, 2024. Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review. Online. *Current Opinion in Psychiatry*. Č. 3, s. 9. Dostupné z: https://journals.lww.com/co-psychiatry/fulltext/2024/05000/evidence_based_psychosocial_interventions_in.2.aspx. [cit. 2025-04-19].

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST [ČALS], 2015. *Domovy se zvláštním režimem*. Online. A...Česká alzheimerská společnost. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/domovy-se-zvlastnim-rezimem/>. [cit. 2025-04-20].

FOKUS PRAHA, 2022. *Co je reforma péče o duševní zdraví*. Online. Fokus Praha. 21. 10. 2022. Dostupné z: <https://fokus-praha.cz/co-delame/pro-profesionaly/co-je-reforma-pecce-o-dusevni-zdravi/>. [cit. 2025-04-06].

GOFFMAN, Erving, 2012. *Erving Goffman and the 'Total Institution'*. Online. Nurse Education Today. Roč. 33, č. 2, s. 3. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/232222702_Erving_Goffman_and_the_total_institution. [cit. 2025-04-21].

KOPELOWICZ, Alex; LIBERMAN, Robert Paul a ZARATE, Roberto, 2006. Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. Online. *Schizophrenia Bulletin*. S. 12. ISSN 0586-7614. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl023>. [cit. 2025-04-19].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [MPSV], 2022. *Kritéria kvality center duševního zdraví*. Dostupné z: https://www.acdz.cz/images/KRITERIA_KVALITY_CDZ_verze_3_092022.pdf. [cit. 2025-04-11].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [MPSV]. *Podpora procesu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb v České republice*. Online. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2024. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/podpora-procesu-deinstitucionalizace-a-transformace-socialnich-sluzeb-v-ceske-republice>. [cit. 2025-04-23].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [MPSV], 2019. *Sociální služby*. Online. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 14. 3. 2019. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>. [cit. 2025-04-20].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [MPSV]. *Transformace*. Online. Podpora procesu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb v ČR. Dostupné z: <https://www.trass.cz/transformace>. [cit. 2025-04-17].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ODBOR SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A INSPEKCE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB [MPSV], 2022. *Transformace sociálních služeb pro osoby s vysokou mírou podpory*. Praha. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/stanoviska-a-doporucene-postupy>. [cit. 2025-04-19].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR], 2022. *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče*. Praha, s. 38. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf>. [cit. 2025-04-17].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR], 2021. *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI)*. Praha. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-c-8-2021/>. [cit. 2025-04-20].

MORITZ, Steffen a WOODWARD, Todd, 2007. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. Online. *Current Opinion in Psychiatry*. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/YCO.0B013e3282f0b8ed>. [cit. 2025-04-19].

MUNFORD, Robyn, 2023. Providing Meaningful Support to People Living with Mental Health Challenges. Online. *Transformative Social Work Practice*. Vol. 35, no. 5, s. 16. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09503153.2023.2208779>. [cit. 2025-04-05].

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ [NUDZ], 2021. *Až 20 % dětí a dospívajících zažije nějakou formu duševního onemocnění. V Česku chybí data i systémová prevence, změnu nabízí nový projekt*. Online. NUDZ Národní ústav duševního zdraví. 27. 5. 2021, s. 1. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/az-20-deti-a-dospivajicich-zazije-nejakou-formu-dusevniho-onemocneni-v-cesku-chybi-data-i-systemova-prevence-zmenu-nabizi-novy-projekt>. [cit. 2025-04-18].

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL [NZIP]. *Poruchy osobnosti: co to je?* Online. Národní zdravotnický informační portál. 20. 5. 2023. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/694-poruchy-osobnosti-zakladni-informace>. [cit. 2025-04-09].

NEVYPUSTĚ DUŠI, 2022. *Budoucnost psychiatrických služeb – Centra duševního zdraví a multidisciplinární týmy*. Online. Nevypust' duši. 26. 9. 2022. Dostupné z: <https://nevypustdusi.cz/2022/09/26/budoucnost-psychiatrickych-sluzeb-centra-dusevniho-zdravi-a-multidisciplinari-tymy/>. [cit. 2025-04-17].

OLENCHEK, Christina, 2008. *Dialectical Behavior Therapy — Treating Borderline Personality Disorder*. Online. *Social Work Today*. S. 22. Dostupné z: <https://www.socialworktoday.com/archive/102708p22.shtml>. [cit. 2025-04-20].

OMBUDSMAN VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, 2024. *Deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb – přístup krajů a Ministerstva práce a sociálních věcí ve strategických dokumentech*. Online. Brno. ISBN 978-80-7631-140-4. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/27-2022-OZP-vyzkum.pdf>. [cit. 2025-04-18].

PÁV, Marek; PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Jana a ŠŤASTNÁ, Jana, 2017. Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. Online. *Psychiatrie pro praxi*. S. 5. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/02/05.pdf>. [cit. 2025-04-20].

POBYTOVÁ SOCIÁLNÍ SLUŽBA, 2025. *Transformační plán*. [cit. 2025-04-20].

REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, 2020. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. S. 68. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>. [cit. 2025-04-14].

SACHOMSKÁ, Denisa, 2021. *Sociální práce s rodinou lidí s duševním onemocněním pohledem sociálního pracovníka*. Rigorózní práce. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce.

SYBING, Roehl, 2025. *What is Open Coding in Qualitative Research?* Online. Atlas.ti. Dostupné z: <https://atlasti.com/research-hub/open-coding>. [cit. 2025-04-21].

TOLLAROVÁ, Blanka a FURMANÍKOVÁ, Lada, 2017. *Personnel Strategies in the Deinstitutionalization Process: How Do the Managers Work With Employees?*

Online. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*. Roč. 41, č. 5, s. 27. Dostupné z: Taylor & Francis Online. [cit. 2025-04-06].

VÁVROVÁ, Soňa et al, 2009. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb*. Online. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati. ISBN 978-80-7318-869-6. [cit. 2025-04-21].

WELLS, ELizabeth; KRISTMAN-VALENTE, Allison a PEAVY, Michelle, 2014. Social Workers and Delivery of Evidence-Based Psychosocial Treatments for Substance Use Disorders. Online. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH [NIH]. *National Library of Medicine*. S. 27. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759033>. [cit. 2025-04-19].

ZŘIZOVATEL POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY, 2023. *Transformace sociálních služeb v kraji*. Online. [cit. 2025-04-19].

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Ukázka kódovaného rozhovoru 1	49
Obrázek 2 Ukázka kódovaného rozhovoru 2	50

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Rozdělení duševních onemocnění	14
Tabulka 2 Kritéria výběru výzkumného souboru	28
Tabulka 3 Tabulka kategorií a kódů	30

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

např. například

CARe Comprehensive Approach to Rehabilitation

MKT Metakognitivní trénink

DBT Dialektická behaviorální terapie

DZR Domov se zvláštním režimem

CHB Chráněné bydlení

CZD Centrum duševního zdraví

ČR Česká republika

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSN Organizace spojených národů

TV Televize

podkap. podkapitola

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky do rozhovoru

Příloha P II: Ukázka kódování rozhovoru

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY DO ROZHOVORU

1. Jaká je vaše role v procesu transformace?
2. Jak se vaše pracovní role změnila nebo vyvinula v průběhu procesu transformace?
3. Jakým způsobem jste zapojen/a do rozhodovacího procesu a implementace změn, které se během transformace dějí?
4. Jaké okolnosti jsou pro vás klíčové pro úspěšnou transformaci?
5. Jaké konkrétní změny v oblasti personálního složení jste již zaznamenal/a?
6. Jaké školení a podpůrné programy jsou vám poskytovány, aby vás připravily na změny spojené s transformací?
7. Kdo vám podle vás poskytuje nejvýznamnější podporu v průběhu procesu transformace?
 - Jakou roli v tom hrají kolegové?
 - Jakou roli v tom hraje vedení?
 - A co zřizovatel?
8. Jaké změny byly v zařízení zavedeny?
 - Jak se na těchto změnách podílí personál?
9. Jaké jsou největší výzvy, kterým čelíte při realizaci změn v rámci transformace?
10. Jaké byste navrhoval/a zlepšení procesu transformace, aby byl více efektivní z pohledu pracovníků?
11. V čem podle vás stávající pojetí (role) podporuje zvládání procesu transformace?
12. V čem naopak podle vás stávající pojetí (role) brání zvládání procesu transformace?
13. Jaké jsou vaše očekávání ohledně budoucího vývoje sociální služby po dokončení transformace?

PŘÍLOHA P II: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ ROZHOVORU

PARTICIPANT 2

TA: Můžete mi ze začátku popsat, jaká je vaše role v procesu transformace?

PA1: Já jsem byl na --- přijat před čtyřmi lety vlastně jako sociální pracovník.... protože --- byl zařazen do procesu transformace, ^{mezi starým a novým} jsem byl přijat jako sociální pracovník zodpovědný za transformální procesy, takže v současné době jsem na půl úvazku sociálním pracovníkem v chráněném bydlení a na půl úvazku jsem pořád na ---, s tím, že mám vlastně na starost veškerý ty procesy s tím spojené, tzn. veškeré ^{průvodce novou cestou} nákupy nemovitostí, nákupy pozemků, jednání s úřady, tvorba transformačního plánu a následná příprava vlastně těch klientů na ten přesun do těch nových služeb. My jsme, protože jsme domov se zvláštním režimem pro lidi s duševním onemocněním, tak smyslem tý transformace je tzv. vlastně jakoby zotavení, což pro ty lidi znamená, že se samozřejmě z té svojí duševní nemoci nevyléčí, ale že se naučí i přes ty potíže, které jim ta nemoc přináší, tak se naučí žít a navrátí se zpátky do té společnosti. Takže my jsme proto převzali ^{Kotva v nejistotě} metodu Care, která se tímhle tím zabývá a připravujeme už ty klienty nebo děláme s nima sociální práci na základě metody Care, kdy vlastně před tím vstupem do těch nových služeb s nima děláme různé dotazníky, kde se jich vyptáváme na to, jak by to chtěli, co by tam v tom novém bydlení mělo být, aby se cítili lépe, jak by měl vypadat jejich pokoj, kdo z pracovníků je pro ně jak důležitější nebo co by v blízkosti toho nového bydlení mělo být, tak abychom potom, protože ten --- se roztransformuje skoro po polovině okresu --- a tak abychom věděli, podle těch představ, kterou ti klienti mají, které zařízení by bylo pro ně vhodné tak, aby se vlastně na tu transformaci i těšili a těšili se na tu změnu, že jim přinese něco, co na tom --- nemají.

TA: Jak se vaše pracovní role změnila nebo vyvinula v průběhu procesu transformace?

PA2: Změnila se o to, že vlastně jsem + tu transformaci, tak jsem ještě sociálním pracovníkem na půl úvazku v chráněném bydlení, takže to je jakoby ta věc navíc a jak se to vyvinulo? Díky metodě, ^{Kotva v nejistotě} vlastně fakt musím říct, že díky té metodě Care rozumím fakt těm osobním profilům, ^{posun v myšlení} který my s těma lidma sestavujeme (pomlka), postupně se i ten personál na ty lidi začíná dívat jinak jo. Nedívá se na ně už jako na lidi z ústavu, ale dívá se na lidi, kterým dopomáháme a kteří chtějí žít svůj život a svoji cestu aaa myslím si, že mě to naučilo hodně to, že je důležité ^{hlubší porozumění} znát ty životní příběhy těch lidí, protože ten je za mě nejzásadnější, abychom pochopili, jaký

Obrázek 1 Ukázka kódovaného rozhovoru 1

(zdroj: vlastní)

vůbec mají ti lidé obtíže a jak se jim těžce žije, tak je potřeba znát ten jejich životní příběh, a ne je prostě kvůli tomu odsoudit.

TA: Jakým způsobem jste zapojen do rozhodovacího procesu a implementace změn, které se během transformace dějí?

PA3: Jsem členem vlastně transformačního týmu, takže vlastně v rámci transformačního týmu předkládáme různé návrhy a projednávají se v rámci transformačního týmu, potažmo potom jakoby i na vedení organizace. ^{Koordinátoři změny} Podařilo se nám opravdu prosadit to, že ta metoda Care je vedením organizace přijata, že s tím postupem vedení souhlasí. A jinak asi posledního půl roku? Půl roku, tři čtvrtě roku jsem pravidelně zván na porady vedení organizace, kde, jak kdyby přednáším názor kolegům z ^{Kotva v nejistotě} chráněnka a názor sociálních pracovníků na --- k tomu, jak by se ta transformace měla ubírat, kterým směrem by ta organizace měla jít.

TA: Jaké okolnosti jsou pro vás klíčové pro úspěšnou transformaci?

PA4: No...pro úspěšnou transformaci asi nejdůležitější to, že to ^{prosazena} musí přijmout vedení ^{změna} organizace, že ta transformace je nutná a pak musí dojít ke změně myšlení zaměstnanců a personálu. ^{změna myšlení} Bez změny myšlení těch zaměstnanců a personálu --- se ta transformace prostě nepodaří. Ty domky se rozdělí...nebo ti lidé se přestěhují do nových domků, ale vzniknou prostě malé ústavy, a to není smyslem transformace, takže je potřeba opravdu změna myšlení ^{změna myšlení} a náhled těch lidí, aby s těmi klienty --- nejednali jako s klienty, ale s lidmi, kteří potřebují dopomoc na nějaké cestě.

TA: Jaké konkrétní změny v oblasti personálního složení jste již zaznamenala?

PA5: No...já si myslím, že. No nejsem si vědom, že by došlo k nějakým velkým změnám, co se týká personálu, je vlastně vyloučenější zvlášť personál ^{minimální změna} pro chráněné bydlení, ale jinak jako žádný konkrétní změny v personálních záležitostech nevidím

TA: Jaká školení a podpůrné programy jsou vám poskytovány, aby vás připravily na změny spojené s transformací?

PA6: Tak jsou to vlastně veškerá školení, ^{školení pro změnu} co se týká deinstitucionalizace a vlastně školení, ^{Kotva v nejistotě} které jsou zaměřena na zotavení, pak školení na celou metodu Care, to je vlastně celá obšírná

Obrázek 2 Ukázka kódovaného rozhovoru 2

(zdroj: vlastní)