

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Sociální a charitativní práce

Michaela Wawreczková, DiS.

**Kvalita života u schizofrenního klienta v návaznosti
na využití sociální rehabilitace**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miloš Votoupal

2014

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a všechny použité prameny a literaturu jsem uvedla v závěrečném seznamu.

V Neborech dne: 30.3.2014

Michaela Wawreczková

Děkuji touto cestou Mgr. Miloši Votoupalovi za odborné vedení, konkrétní rady a pomoc při tvorbě této práce.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 6 |
| I. Teoretická část | 8 |
| 1 Kvalita života | 8 |
| 1.1 Vývoj obsahového pojetí pojmu | 9 |
| 1.2 Definice konceptu kvality života | 12 |
| 1.3 Terminologie | 13 |
| 1.3.1 Dle Světové zdravotnické organizace (WHO)..... | 14 |
| 1.3.2 Dle příbuzných pojmů..... | 15 |
| 1.3.3 Rozsah pojetí kvalita života | 15 |
| 1.4 Dimenze kvality života | 17 |
| 1.4.1 Subjektivní x objektivní..... | 17 |
| 1.4.2 Vnější x vnitřní..... | 18 |
| 1.4.3 Rozdělení dimenzí za účelem měření | 19 |
| 1.5 Souvislosti kvality života v současné době..... | 19 |
| 1.5.1 Medicínský přístup ke kvalitě života | 20 |
| 1.5.2 Psychologický přístup ke kvalitě života..... | 22 |
| 1.5.3 Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života..... | 24 |
| 1.5.4 Sociologické aspekty kvality života..... | 25 |
| 1.5.5 Ekologické a environmentální hledisko | 26 |
| 1.5.6 Kvalita života a životní smysl | 27 |
| 1.6 Měření kvality života | 29 |
| 1.6.1 Dotazník SQUALA..... | 31 |
| 1.7 Kvalita života a schizofrenie | 32 |
| 1.7.1 Etiopatogeneze | 33 |
| 1.7.2 Epidemiologie | 33 |
| 1.7.3 Příznaky | 34 |
| 1.7.4 Současný způsob léčby | 34 |
| 1.7.5 Rodinná psychoedukace u schizofrenie a kvalita života..... | 36 |
| 2 Sociální práce s duševně nemocnými | 37 |
| 2.1 Koncept ucelené rehabilitace | 39 |
| 2.1.1 Sociální rehabilitace (socioterapie) | 40 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 2.2 | Case management (případové vedení) | 41 |
| 2.2.1 | Šest zásad Case managementu | 42 |
| 2.3 | Pozice sociálního pracovníka | 43 |
| 3 | Kapitola o zařízení..... | 46 |
| 3.1 | Poslání, cíle a principy poskytované služby | 47 |
| 3.2 | Komu je služba určena a činnosti služby | 47 |
| 3.3 | Údaje z výroční zprávy za rok 2012 | 48 |
| 3.3.1 | Projekty realizované v České republice | 49 |
| 3.3.2 | Projekty mezinárodní realizované z evropského sociálního fondu.. | 50 |
| 3.3.2.1 | Projekt: „S uživateli sociálních služeb a nizozemskou expertizou k systémovým změnám“ | 51 |
| II. | PRAKTICKÁ ČÁST..... | 56 |
| 4 | Metodologie výzkumu | 56 |
| 4.1 | Organizace výzkumu | 56 |
| 4.2 | Výzkumný soubor | 57 |
| 4.3 | Výběr metody výzkumu | 57 |
| 4.4 | Fáze rozhovorů..... | 58 |
| 5 | Analýza kvalitativních rozhovorů s uživateli sociální služby | |
| Iskérka o.p.s..... | | 60 |
| 5.1 | Vliv poskytované služby na subjektivní prožívání klienta | 61 |
| 5.2 | Oblast soukromého života..... | 72 |
| ZÁVĚR..... | | 80 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY: | | 82 |
| Seznam použitých zkratk: | | 86 |

ÚVOD

Dlouhá léta pracuji v sociálních službách, a čím jsem starší, tím více věci vidím v souvislostech a již nedělám unáhlené závěry. Uvědomuji si stále více, jak odpovědná a vlastně i náročná je taková profese. Mnohdy se ale stává, že si i sociální pracovníci pokládají otázky, zda se uživatelům opravdu daří lépe, když využívají nějakou sociální službu. Otázka je to legitimní, protože jen uživatel sám je schopen pojmenovat, jestli má využívání služby pozitivní vliv na jeho současné prožívání a zda je pro něj opravdu přínosné. A právě z toho důvodu jsem se rozhodla, že udělám kvalitativní výzkum v konkrétním zařízení, kam docházejí duševně nemocní a zeptám se jich přímo, jak to oni sami vnímají. Hlavní otázkou tedy bude: zda spolupráce se sociální službou má vliv na subjektivní vnímání jejich života. Vybrala jsem si organizaci na podporu duševního zdraví, konkrétně centrum denních aktivit Iskérka o.p.s., která sídlí v Rožnově pod Radhoštěm.

V teoretické části této práce se nejprve zaměřím na vysvětlení termínu kvalita života, který je zcela zásadní pro to, abychom pochopili, co v sobě zahrnuje. Následovat bude kapitola o sociální práci s duševně nemocnými, ve které bych chtěla zmapovat současnou situaci a také se zamyslet nad rolí sociálního pracovníka v přímém procesu práce s klientem. A poslední kapitolou v této první části bude přiblížení sociální služby, ve které bude proveden výzkum a které se jmenuje Iskérka o.p.s.

Celá praktická část bude věnována zpracování kvalitativnímu výzkumu, který bude proveden s respondenty sociálního zařízení. V první části se budu věnovat metodologické stránce a organizaci výzkumu, výzkumnému souboru, výběru metody a jednotlivých fází rozhovorů. A v kapitole následující bude provedena jejich analýza.

Jako logická otázka, která by mohla zaznít, je ta, proč si myslím, že je to důležité, abych se věnovala tomuto tématu. Odpovědí na to může být, že pouze uživatel schopen zcela subjektivně posoudit, zda se jeho prožívání v něčem změnilo, či nikoliv. Přestože by se logicky zdálo, že přece každá služba nějakým způsobem klientům pomáhá, tak se ale nemusí potvrdit, že došlo ke zlepšení kvality života, byť jen v dílčí části. Jsem velmi zvědavá, jak se mi podaří zvládnout jednotlivá interview, protože jsem ještě nikdy nevedla oficiální rozhovory, které mají vést k nějakým výzkumným závěrům. Chci věřit, že tato práce by mohla být dobrou zpětnou vazbou nejen pro pracovníky, ale také pro klienty, kteří se do rozhovorů přihlásili. Tato práce může malým dílem přispět k tomu, že se díky jejich výpovědím, můžeme dozvědět zase něco víc o tom, jak se cítí a

co potřebují a co prožívají. Při rozhovorech jsem si stanovila dva okruhy. Prvním okruhem bude, jak uživatelé subjektivně vnímají poskytování sociální služby, kterou využívají. Jak jí hodnotí a zda má vliv nejen na jejich fungování, ale také jak individuálně působí na jejich vnitřní prožívání. Druhým okruhem bude oblast soukromého života, které „dotváří“ obraz o životě daného jedince.

Jsem velmi zvědavá, jaké výstupy nakonec získám a jaké závěry z toho vyloučím. Druhým okruhem byla oblast soukromého života, které „dotváří“ obraz o životě daného jedince, Druhým okruhem byla oblast soukromého života, které „dotváří“ obraz o životě daného jedince, Druhým okruhem byla oblast soukromého života, které „dotváří“ obraz o životě daného jedince, Druhým okruhem byla oblast soukromého života, které „dotváří“ obraz o životě daného jedince, i když musím mít stále na paměti, že data, se kterými budu pracovat, platí pouze na tento vzorek respondentů a není možné z nich dělat plošné závěry.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Kvalita života

Současná doba přinesla do našeho slovníku nové pojmy, které se nejen neztratily, ale naopak si získaly pevné místo jak u laiků, tak odborníků. Stále více se hovoří o stigmatizaci, globalizaci, sociálním vyloučení, vyloučených lokalitách, sekundární viktimizaci atd. Ovšem jeden z pojmů se stal aktuálním napříč celým spektrem vědních disciplín a není možné jej jakkoliv obejít a tím je fenomén kvality života.

Již od minulosti se lidé pokoušeli svůj život zkvalitnit a hledali způsoby, jak navodit a uchovat životní pohodu a spokojenost. (subjektive well-being). Dosáhnout (a udržet si) pozitivní nastavení stavu jak myslí, tak těla, se zdá být pro lidský život důležitým zájmem (Lašek, 2004, s. 215).

Podmínky takové životní pohody jsou ovlivňovány jak individualitou každého člověka, tak i sociokulturním zázemím, ve kterém se pohybuje a žije. Do úvahy je ale nutné zařadit také konkrétní ekonomické podmínky a životní standard, daného jedince. Není to tak dlouho, kdy se začala zkoumat subjektivní životní spokojenost. Sem patří také pocity naděje, štěstí i optimismu (Lašek, 2004, s. 215). Mareš (2000) si všímá, že se začaly objevovat nové pohledy na takové vlastnosti a ctnosti, jakými jsou naděje, schopnost mít rád, pokora, skromnost, vděčnost, moudrost, schopnost odpouštět, tolerantnost, sebeovládání, sebekontrola, autoregulace. V této době se však začínají také systematicky zkoumat činitele, které tvoří a ovlivňují lidskou pohodu a spokojenost (Mareš 2000 in Lašek, 2004, s. 215).

Postmoderní, resp. postindustriální společnost, která lidstvu přinesla radikální změny v několika oblastech, tak logicky zviditelnila zkoumání tohoto fenoménu v současnosti. K největším změnám došlo v těchto oblastech: ve struktuře zaměstnanosti (přesun do terciéru a kvartéru), zvýšil se životní standard, začal se objevovat důraz na duševní práci a kreativitu. Tím, že došlo k relativnímu nárůstu volného času (ale při celkovém zrychlení životního tempa) došlo k individualizaci, změně prostorových hodnot a nárůstu prostorové a sociální mobility (Heřmanová, 2012, s. 9).

Z tohoto krátkého úvodu do tématu je zřejmé, že máme před sebou velký fenomén, který, ať si to uvědomujeme nebo ne, se týká i nás samotných. Právě proto, že se s tímto termínem setkáváme napříč vědními disciplínami a můžeme o něm slyšet i číst, snad všude, bude vhodné, aby následující text byl (aspoň orientačně) věnován vysvětlení jeho obsahu.

1.1 Vývoj obsahového pojetí pojmu

Označení „kvalita života“ (quality of life) byl poprvé v historii zmíněn již v roce 1920 a stalo se tak v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Diskutovalo se zejména o vlivu státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na to navázaný celkový vývoj státních financí (Wood- Dauphinee 1999 in Hnilicová, 2005, s. 205).

Prvním člověkem, který pojem poprvé uvedl, byl Pigou v roce 1920 v práci, která se zabývala ekonomikou a sociálním zabezpečením. Smyslem jeho výzkumu byl dopad státní podpory (pro sociálně slabší vrstvy) na život a na rozpočet státu. Nesetkal se však s velkým ohlasem a pojem byl znovu objeven po 2. světové válce. V Evropě se kvalita života objevila v programu Římského klubu. Tato nevládní organizace, jež byla ve Švýcarsku založená v roce 1968, kritizovala kapitalistickou společnost v souvislosti s negativními tendencemi, které přinášela a hledala způsoby, jak zhumanizovat nejen člověka, ale i svět. Hlavní aktivitou tohoto klubu bylo programové zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. Filosofii tohoto seskupení bylo zkoumat a řešit globální problémy (Vaďurová, 2007, s. 67).

K výzkumu kvalita života přispěly v té době dva silné impulsy – prvním bylo značné materiální bohatství nejvyspělejších zemí západní Evropy a USA, druhým pak výrazná (a vlastně nezvratná) změna v hodnotových orientacích a rozšíření konzumního způsobu života obyvatel těchto zemí (Heřmanová, 2012, s. 407).

V 60. letech 20. století se rostoucí sociální nerovnosti, které byly mezi jednotlivými západními společnostmi, staly impulsem pro vznik různých sociálních hnutí a politických iniciativ. V té době byl pojem kvalita života uveden do politiky americkými presidenty J.F.Kennedym a L.B.Johnsonem. Šlo o změnu image USA, která měla být zbavena prvků nekulturnosti, hodně tvrdého „boje o život“, všeobecné nejistoty a vykořisťovatelských prvků (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 8).

Právě ve druhé polovině 60. let, kdy byl tento trend nejintenzivněji pozorovatelný, se do produktivního a plodivého věku dostala poválečná generace osob, která vyrůstala v nových podmínkách světa, který byl rozdělen nejen ideologicky a politicky, ale i hospodářsky, vojensky a posléze také demograficky (Heřmanová, 2012, s. 407).

Vývoj společnosti přinesl obyvatelstvu nové poznání a tím bylo, že růst ekonomiky není logicky vázán na zvýšení spokojenosti lidí s tím, jak žijí, ale dokonce se ukázalo, že tento trend růstu požadavků není možné adekvátně naplnit, protože není dostatek zdrojů.

„V 70. letech proběhlo v USA první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva, jehož cílem bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak lidé sami hodnotí svůj život a které by doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek, jako jsou např. úroveň bydlení, kriminalita, hluchost a znečištění ovzduší.“ (Campbell et al 1976 in Hnilicová, 2003, s. 26)

Výstupem z tohoto šetření bylo formulování závěru: „...zlepšení socioekonomických podmínek života a splnění základních biologických předpokladů existence jsou významné pouze do určité míry, a to pokud uspokojení relevantních potřeb nedosáhne určité minimální hranice, obvykle definované jako hranice chudoby.“ (Berg 1976 in Hnilicová, 2003, s. 26)

V následujícím období (v 70. letech) vyšlo mnoho publikací, které se věnovaly právě definování pojmu kvalita života a jejichž hlavním (společným) problémem bylo stanovení indikátorů skutečné kvalita života. Tyto snahy vyústily v založení časopisu „Zkoumání sociálních indikátorů.“ Časopis začal vycházet od roku 1974 v USA a Nizozemí (Vařurová, 2007, s. 67).

V současné době se kvalita života stala nedílnou součástí všech vědních oborů. Zejména v lékařství je jedním z důležitých ukazatelů při volbě a hodnocení celkové úspěšnosti léčby. V naší zemi je výzkum tohoto pojmu spojován hlavně s Psychiatrickým centrem v Praze, které je zastupováno Dr. Evou Dragomireckou a také s I. lékařskou fakultou UK v Praze, konkrétně centrem lékařské etiky, jež zastupuje Dr. Jaro Křivohlavý, který se touto problematikou zabývá asi od 80. let 20. stol a dalšími odborníky (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 9).

V dnešní době se smyslem studia kvality života stalo hledání konkrétních faktorů, které přispívají k smysluplnému životu a na něj navázaného pocitu lidského štěstí. Potvrdilo se, že vzájemné interakce mezi těmito faktory mohou mít úzkou návaznost na subjektivní vnímání.

Kováč si pokládá otázku, zda je možné přes rozdílnost rasy, života v různých geografických lokalitách a jakéhokoliv socioekonomického statusu, najít (či předpokládat) existenci výchozí kvalita života. Pojmenovává jí bazální – všelidskou a ta by měla být relevantní pro všechny současné populace (2004, s. 462).

Jiný úhel pohledu nám předkládají autoři O'Boyle, McGee a Joyce, 1994, kteří se shodli na tom, že by definice kvalita života měla být formulovaná zcela individuálně podle toho, jak si to určí daný jedinec (O'Boyle, McGee, Joyce 1994 in Křivohlavý, 2002, s. 171).

Heřmanová zdůrazňuje, že k tomu, abychom správně pochopili chápání obsahu je nutné nahlédnout do dalších vědních oborů, které tento pojem zkoumají z jiných pohledů a perspektiv. Z toho vyplývá, že kvalita života je interdisciplinární, protože se jí zabývají mnohé vědní obory jako psychologie, kulturní antropologie, ekonomie, politologie, etika i teologie (2012, s. 408). Jako další bych mohla uvést sociologii, ekologii, environmentalistiku, ale například také technické vědy a hlavně medicínu, v níž je kvalita života a zdraví jedním z ústředních témat výzkumu. Můžeme sem také přiřadit sociální geografii, již zajímá především prostorová diferenciacie sociálních, sociokulturních a zejména environmentálních životních podmínek. Všechny uvedené disciplíny se výzkumem zabývají prozatím víceméně izolovaně, tj. pouze v rámci svého vlastního oboru (Heřmanová, 2012, s. 408).

Kvalita života je také termín multidimenzionální, což znamená, že má více významových dimenzí. Patří sem: a) pojetí materiální (existencionální); b) psychologické (sem by patřily pocity subjektivní pohody, radosti, úspěchu, životní spokojenosti i štěstí); c) kulturně antropologické (jedná se o odlišné chápání kvality života v různých kulturních oblastech či různých prostředích; proměnlivost či stabilita takového chápání v čase); d) morální (vztah kvality života k morálním hodnotám a svědomí); e) sociologické (odlišnost v různých sociálních skupinách a příčiny těchto diferencí); f) dimenze medicínská (charakteristika pravděpodobné délky života, fyzické a duševní zdraví) (Heřmanová, 2012, s. 408).

Když se podíváme zpět v horizontu posledních dvaceti let, tak je jasné, že se fenomén kvality života stal nedílnou součástí všech vědních oborů. Dříve politický a ekonomický koncept, získal pevné místo také na poli společenských věd, jako jsou např. sociologie a psychologie, ale také ošetřovatelství, lékařství a pedagogiky. Už jen tento výčet dává jistotu, že definiční vymezení bude opravdu obtížné (Vaďurová, Mühlpachr, 205, s. 5).

Vzhledem k tomu, že tato práce se snaží zmapovat kvalitu života nejen v obecné rovině, ale také v souvislosti s duševním onemocněním, tak bych chtěla uvést, že to byl Lehman, který v 80. letech začal systematicky a soustavně věnovat specifickým potřebám klientů, kteří měli schizofrenii. Právě on upozornil na to, že: „...pacienti jsou zasaženi především sociálními problémy, jako je společenská stigmatizace, mezilidské vztahy a omezené finanční prostředky. Na druhé straně jejich spokojenost s prožíváním volného času a pracovními aktivitami není nižší než u zdravé populace. Tato zjištění sloužila v 80. letech jako silný argument pro opětovné zapojení dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do života a vedla k rozvoji komunitní péče.“ (1982 in Motlová, Dragomirecká, 2003, s. 85)

1.2 Definice konceptu kvality života

Existuje mnoho definic kvality života, ale neexistuje ani jedna, která by byla v průběhu posledních 30 - ti let všeobecně akceptována. Na nejobecnější úrovni je chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Zdravotní, sociální, ekonomické, ale třeba také environmentální podmínky, které kumulativně a mnohdy neznámým a zatím neprobádaným způsobem interagují a díky tomu dochází k ovlivňování lidského rozvoje nejen na úrovni jedinců, ale také celých společností. V současné době se mnohokrát setkáváme i s pojmy, které jsou používány jako ekvivalenty jako např. „sociální pohoda“, „lidský rozvoj“ anebo „sociální blahobyť.“ (Hnilicová, 2003, s. 30)

Matoušek tento termín definuje takto: „V nejširším významu označuje soubor podmínek i náplní klientova života, které pro něj představují nejvýznamnější hodnoty (zdraví, materiální podmínky existence včetně životního prostředí, denní aktivity, mezilidské vztahy apod. Kvalita života nemůže být posuzována nezávisle na subjektu, kterého se týká.“ (2010, str. 16)

Jinou definici vytvořilo Centrum pro podporu zdraví při Universitě v Torontu, které je jedno z nejuznávanějších vědeckých pracovišť a ta zní takto: „Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života.“ (Hnilicová, 2005, s. 208)

Kováč shrnuje kvalitu života jako multikomponentní a víceúrovňový fenomén, jenž se odráží v psychické reflexi jako přetrvávající spokojenost, dlouhodobě jako pohoda a chvílemi i jako štěstí. Všechno „to sytí“ kognitivní, emoční a motivační (konativní)

potenciály jedince. Zdůrazňuje, že se tento problém netýká pouze těch, kteří mají chronické onemocnění, lidí vysokého věku nebo jakkoliv handicapovaných, ale právě tak je i problémem tzv. normální populace. Intenzivní zkoumání kvality života je výzvou na paradigmatickou změnu psychologie ve všech jejích složkách ve směru vývoje, který se nyní označuje jako hnutí pozitivní psychologie (2004, s. 465).

Když se opět vrátím k cílové skupině duševně nemocných, tak mě bude nejvíce zajímat medicínské pojetí z toho důvodu, že většina těch, kteří jsou zasaženi duševní nemocí, jsou téměř vždy pacienti a teprve pak klienti. Jsou zatíženi nejen fyzicky, ale mnohdy i daleko častěji je zasaženo duševní prožívání a sociální stránka člověka.

Proto na závěr vkládám (nejen) medicínský pohled na kvalitu života. „Kvalita života představuje multidimenzionální konstrukt zahrnující fyzickou, psychickou, emoční, psychickou a sociální složku zdraví a fungování tak, jak jsou vnímány samotným pacientem. Je rozšířením pohledu na zdraví, které není chápáno jen v relacích somatických indikátorů, ale bere v úvahu také to, jak se pacient cítí (tělesně a duševně) a jak zvládá běžné každodenní situace.“ (Goppoldová, Dragomirecká, Motlová, Hájek, 2005 s. 277, 288)

1.3 Terminologie

Na rozdíl od kvantity, (tj. množství, počtu, velikosti atd.) kvalitou rozumíme jakost. Z toho tedy vyplývá, že slova kvalita či jakost vyjadřují především podstatné vlastnosti toho kterého předmětu, člověka, jevu v odlišnosti od jiných. „Výraz kvalita je však odvozen od latinského qualis, tj. jaký, jaká, jaké a toto adjektivum má svůj původ v latinském zájmenu qui-, teda kdo.“ (Kováč, 2004, s. 460). Pak by tedy spojení kvality se životem mohlo označovat následující: „Jak se vyznačuje život (chápaný aktuálně i historicky) toho – kterého jednotlivce v porovnání s životem jiných.“ (Kováč, 2004, s. 460)

Situaci ještě více komplikuje fakt, že se v běžném životě setkáváme s pojmy, jako jsou „sociální pohoda“ (social well-being), „sociální blahobyt“ (social welfare), a „lidský rozvoj“ (human development), které jsou používány jako ekvivalent či analogické termíny (Hnilicová, 2005, s. 207).

1.3.1 Dle Světové zdravotnické organizace (WHO)

WHO označuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě a to s ohledem na (jeho) kulturu i systém hodnot, který je ve vztahu k (jeho) cílům, očekáváním, normám a obavám. Tento koncept je velmi široký, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vazbami ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11).

Ústava WHO definuje v roce 1948 zdraví: „...jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby...“ (Kebza, 2003, s.334). Tato definice byla v roce 1982 rozpracována a zpřesněna mimo jiné také doplněním důležité charakteristiky zdraví jako schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Ve své podstatě se však již nijak zásadně nezměnila a přispěla ke konceptualizaci rozsáhlé variety okolností, jež pojetí well-beingu determinují a spoluutvářejí (Kebza, 2003, 334).

V roce 1997 WHO definici opět zpřesnila a také pojmově posunula: „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě, v kontextu kultury ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ (Kováč, 2004, s. 461). Jinak řečeno - to, co vytváří kvalitu života, jsou především hodnoty, které vyznávají nejen jedinci, ale také skupiny a celá společenství. Jádro osobnosti lidského jedince je tvořeno hodnotami, které člověk vyznává a kterými se ve svém životě řídí (Kováč, 2004, s. 461). Tato definice z roku 1997 reprezentuje asi nejkomplexnější výzkumný medicínský model přístupu ke kvalitě života. Předpokládá, že se na ní podílí šest oblastí (domén) s různým počtem indikátorů v nich a v této struktuře – tělesné zdraví, psychické funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita (Kováč, 2001, s. 35).

Na závěr této podkapitoly bych chtěla pro zajímavost uvést tři individuální definice, které velmi pěkně ilustrují rozmanitost chápání kvality života:

Jako první příklad bych uvedla definici Kováče (2003), který uvádí: „Osobnost' je psychologická kvalita člověka, vznikající z genetického vybavenia, formovaná enviromentom, sociálnom a kultúrou, dotváraná sebou samou – vlastným self podľa skúseností, hodnot, ašpirácií a cieľov, vyznačujúca sa osobitos'tami a konštantnými znakmi s možnosťou zmien v celoživotnom priebehu.“ (in Kováč, 2004, s. 463)

David Seedhouse (1995) definuje zdraví takto: „Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály).“ (in Křivohlavý, 2001, s. 39).

S ohledem na vztah zdraví a kvality života se J. Křivohlavý pokusil vytvořit vlastní definici zdraví: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální, a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (Křivohlavý, 2001, s. 40)

1.3.2 Dle příbuzných pojmů

Pojem well-being můžeme zařadit mezi jevy, jejichž primární založení je spíše psychologické, ale zasahuje do řady dalších oborů. Například mezi společenskovední a přírodovědné můžeme zařadit filosofii, sociologii, pedagogiku, medicínu a všechny její subdisciplíny), ale jsou také užívány v obecném jazyce. Velké popularity se tomuto problému dostalo v souvislosti s přípravou definice zdraví, kterou vydala v roce 1948 Světová zdravotnická organizace (WHO). Well-being je zde zakotven jako důležitá charakteristika zdraví: nejde již jen o přítomnost či nepřítomnost choroby či poruchy, ale též o „stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody (well-being)“, což je nejčastější a relativně široký způsob výkladu tohoto pojmu.“ (Kebza, 2003, s. 333 - 334)

1.3.3 Rozsah pojetí kvalita života

Měření kvality života se neomezuje pouze na jednotlivce, protože pojetí v této rovině je pouze dílčí oblastí. Rozlišujeme několik odlišných sfér:

a) makro rovinu - v níž jde o otázky kvality života velkých společenských celků, kam můžeme zařadit třeba země, nebo kontinentu. Zde jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvalita života – o absolutní smysl života. Tématika kvalita života se stává, v této rovině, součástí základních politických úvah jakými jsou například problematika boje s terorismem, hladomorem, epidemiemi, ale také třeba stanovení obsahu základní výuky... (Engel, Bergsma in Křivohlavý, 2002, 163).

b) mezo rovinu - na této úrovni se jedná o měření kvality života v malých sociálních skupinách, jakými jsou třeba podnik, škola, nemocnice. Kromě respektu k morální hodnotě života člověka, se do popředí dostávají také otázky sociálního

klimatu a vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny (Vaďurová, 2007, s. 17).

c) personální (mikro) rovinu – v jejímž středu zájmu stojí život jedince. Při hodnocení kvality života v této rovině zvažujeme subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí...Protože jsou to subjektivně získávané informace, tak do hry vstupují také osobní hodnoty jednotlivce, představy, očekávání, přesvědčení atp., které mohou vnímání kvalita života značně ovlivnit (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 15).

d) rovina fyzické existence – je čtvrtou rovinou, v níž se jedná o pozorovatelné chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit a srovnat. Tato rovina postrádá (i přes svou objektivitu a možnost měření) dimenzi, která je pro hlubší pochopení kvality života nezbytná (Vaďurová, 2007, s. 17).

Trochu odlišný tříúrovňový model kvality života předkládá Kováč. Podle jeho teorie je koncept tvořen třemi navzájem provázanými úrovněmi, v nichž každý aspekt dostává v jednotlivých úrovních odlišný smysl:

- bazální (existenční, všelidskou) – do ní by patřil somatický stav, psychické fungování, funkční rovina, materiálně-sociální zabezpečení, životní prostředí a způsobilost pro život;
- mezo úrovní – individuálně specifickou, civilizační
- meta úrovní – elitní, kulturně duchovní (Kováč in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 16).

„Každý aspekt dostává v jednotlivých úrovních odlišný smysl. Například tělesný stav představuje na bazální úrovni dobrý somatický stav, na mezo-úrovni pevné zdraví a na meta-úrovni neproblémové stárnutí končící přirozenou smrtí. Kováčova teorie umožňuje vzájemné prolínání komponent kvality života ve všech rovinách a připouští dosažení meta-úrovně bez naplnění úrovně nižší. Například tělesně postižený jedinec (bazální úroveň), trpící navíc zhoršující se chorobou (mezo-úroveň), který nachází uspokojení a schopnost prožívat duševní blaho v meditačních stavech (meta-úroveň). Jedinec tedy může prožívat život, který subjektivně považuje za kvalitní, bez naplnění bazálních indikátorů.“ (Vaďurová, 2007, s. 17)

Vše, co spadá pod pojem kvalita života, se odvíjí od chápání člověka. Pokud se spokojíme s tříúrovňovým vymezením člověka, pak nás osloví i čtyřdimenzionální koncept WHO kvality života, který si všímá somatického stavu, psychického stavu, sociálního statusu a environmentu. Panuje všeobecná shoda, mezi vědci a současnými

mysliteli, že člověk není „jen“ bio-psycho-socio, ale že je také kulturně-spirituální bytí (Kováč, 2004, s. 463).

„Proto kvalitu jeho života, a to hlavně z toho důvodu, že i „slabé“ duchovno překračuje „silné“ materiálně, je třeba rozvíjet hlavně na spirituální úrovni, kultivující osobnost hodnotami osvědčenými ve vývoji humanismu ve světě.“ (Kováč, 2004, s. 463)

Pro lidské chování existují „všelidsky“ platné normy, které se zformulovaly do tzv. mravního étosu lidstva. Ve zkratce tedy platí: „Že je třeba ctít každý život (biblické nezabiješ), vždy jednat spravedlivě a čestně (nepokradeš), mluvit pravdu (nelhat), ctít a milovat se navzájem (nezávidět, ne nenávidět, nemstít se, ale miluj bližního svého“ (Kováč, 2004, s. 463).

Schalock nám předkládá „hierarchii“ kvality života, která má 4 hladiny:

1. osobní rozvoj - psychická a materiální pohoda, osobní práva, být zdravý a zabezpečený ve svých podmínkách;
2. možnost sebeurčení – mít to (toho, co, kdo) je důležité po náš každodenní život mít lidi, se kterými můžu být; mít co dělat; mít místo, kde můžu být;
3. interpersonální vztahy a sociální inkluze – mít příležitosti setkat se s novými lidmi; možnost změnit s kým a kde žijeme;
4. emoční pohoda – mít vlastní sny a naše vlastní cesty (2002, s. 307).

1.4 Dimenze kvality života

Na kvalitu života je možné nahlížet v několika rovinách, které se vzájemně doplňují, a přesto jsou významně odlišné. Bylo by chybou nesnažit se vidět celou šíři, nicméně je zapotřebí sledovat současný trend, který je zaměřen na preferenci subjektivního vnímání a také na existenci různých činitelů, kteří vstupují také do hry.

1.4.1 Subjektivní x objektivní

Subjektivní hledisko se zaměřuje na jedincovo vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Objektivní hledisko sleduje materiální zabezpečení, sociální status, fyzické zdraví a sociální podmínky života. Jedná se o souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17).

Když bychom to chtěli zjednodušit, tak můžeme zkonstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept v zásadě dvě dimenze: subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektívni kvalita života znamená splnění požadavků, které se týkají se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Pokud bychom připustili, jak říká definice WHO, že zdraví není chápáno jen jako nepřítomnost nemoci, ale je myšleno jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, pak by z toho vyplynul tento závěr. Kvalita života je to, jak jedinec vnímá sám sebe v kontextu kultury a hodnotového systému, ve kterém žije a to v návaznosti k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životního stylu (Hnilicová, 2003, s. 30-31). Předpokládá se tedy, že vztah objektivní stránky kvality života, který bychom mohli ztotožnit s fyzickým zdravím a životní úrovní a subjektivně vnímanou kvalitou života, tedy subjektivním posuzováním, je zprostředkovan očekáváním. „Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života.“ (Hnilicová, 2003, s. 30-31). Tyto možnosti přitom pramení z příležitostí a omezení, které každý člověk ve svém životě má a tyto jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím (Hnilicová, 2003, s. 30-31).

Calman (1984) upozorňuje na to, že koncept subjektivního posuzování má celkem 3 rozměry a těmi jsou: a) pocit subjektivní pohody a spokojenosti; b) schopnost pečovat o sebe a dokázat fungovat v každodenním životě a zastávat adekvátní sociální role; c) zevní zdroje materiální povahy a sociální podpora (Calman 1984 in Motlová, Dragomirecká, 2003, s. 85).

Na rozdíl od „pocitu pohody“ která je někdy popisována jako psychologický nebo emoční stav, obsahuje koncept kvality života rovněž tělesný, sociální, kognitivní a funkční rozměr, který odráží způsob, jakým člověk vnímá sebe a reaguje na okolí. Stejný autor v souhrnu definoval kvalitu života jako: „dynamickou mezeru mezi tužbami a očekáváním jedince a tím, čeho dosahuje.“ (Calman, 1984, in Motlová, Dragomirecká, 2003, s. 85)

1.4.2 Vnější x vnitřní

S dalším pohledem přichází Jesenský, který je přesvědčen, že kvalita života v sobě zahrnuje velmi bohatou a rozsáhlou oblast jednotlivých činitelů, které umožňují

žít ve společnosti jak jedincům s nějakým handicapem, tak i ostatní populaci. Autor tyto činitele rozděluje do dvou základních skupin:

- a) vnitřní činitelé – sem patří všechny aspekty, které ovlivňují rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného. Můžeme sem zařadit psychické resp. somatické vybavení ovlivněné onemocněním, poruchou nebo defektem.
- b) vnější činitelé – představují podmínky jejich existence. Jedná se o faktory společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, ekologické, pracovní, ekonomické, ale i materiálně technické. Tato oblast obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvalita života (in Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 18).

1.4.3 Rozdělení dimenzí za účelem měření

Pojetí kvality života se proměňuje v závislosti na jejím účelu. Když budeme provádět demografické nebo sociologické měření, tak tam budou zahrnuty jiné oblasti, než kdybychom zjišťovali kvalitu života u lidí nemocných rakovinou, drogově závislých nebo dětí (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 18).

Dragomirecká se Škodou uveřejnili souhrn všech oblastí, které lze měřit dostupnými dotazníky. Jejich pojetí kvality života se neztotožňuje se žádnou zdravotní, sociální nebo psychologickou charakteristikou. Autoři se snaží o komplexní a subjektivní charakteristiku. Souhrn všech oblastí měřených dotazníky kvality života dle výše zmíněných autorů: (in Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 18).

- Zdravotní stav (fyzické zdraví, nezávislost, psychické zdraví, celkové zdraví)
- Každodenní aktivity (bydlení, denní režim, sebeobsluha, práce, jídlo)
- Sociální oblast (blízké vztahy, širší vztahy, socio-ekonomická pozice)

Vnitřní realita (spokojenost, vnitřní zkušenost, seberozvoj, bezpečí, sebehodnocení, kontrola) (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 22-23).

1.5 Souvislosti kvality života v současné době

Díky svému dynamickému, multidimenzionálnímu, kulturně podmíněnému a hlavně velmi subjektivnímu charakteru, nespočívá kategorie kvality života pouze na jednom teoretickém základu. Stále sílící zájem o její zkoumání se projevil především

snahou o přesné vymezení a identifikaci jednotlivých faktorů a aspektů, které na ní mají vliv (Vaňurová, Mühlpachr, 2005 s. 5).

Grob (1998) chápe subjektivní životní spokojenost jako: „Komplexní pojem, zahrnující na jedné straně nízké sebehodnocení, malé uspokojení nebo negativní stránky života, na druhé straně štěstí a spokojenost se životem, sebou samým a pozitivní stránky života.“ (Grob 1998 in Lašek, 2003).

Dle Harterové (1999) je sebeúcta základním indikátorem životní pohody a spokojenosti jedince. Právě ona je využívána jako index mentálního zdraví a emočního přizpůsobení; obecné schopnosti vyrovnat se s životem a prožívat spokojenost v životě (Harterová 1999 in Lašek, 2004, s. 215-218).

Když se ohlédneme o několik let zpět, tak uvidíme, že počet studií, které byly věnovány tématu kvality života u schizofrenie, výrazně narostl. Příčinou rostoucího zájmu je nejen zaměření psychiatrické péče na pacientův subjektivní názor, ale i důvod ryze praktický. A tím je nejen potřeba hodnocení kvality péče, kterou poskytují různí provozovatelé, (například na komunitní úrovni), ale také povinnost předkládat základní hodnocení kvalita života při schvalování a registraci všech nových léků v USA. Dalším hybným motorem těchto výzkumů kvalita života u schizofrenních klientů jsou atypická antipsychotika. Důvodem je to, že jejich schopnost dlouhodobě příznivě ovlivňovat stav pacientů je třeba monitorovat také jinými metodami, než jen „měřením“ symptomů nemoci (Motlová, Dragomirecká, 2003, s. 85). Výzkum kvality života u schizofrenie přinesl řadu odpovědí, ale především množství otázek: „Je pacient se schizofrenií, který postrádá náhled na své onemocnění, subjektivního hodnocení kvality života vůbec schopen? Jsou jeho tvrzení spolehlivá? Je možné hodnotit kvalitu života „v zastoupení“, tj. podle výpovědi pečující blízké osoby nebo informovaného klinického pracovníka? Existuje optimální posuzovací nástroj? Ovlivňují některá antipsychotika kvalitu života více než jiná? A jak se vlastně pacientům žije?“ Na některé z těchto důležitých otázek existují (alespoň částečné) odpovědi (Motlová, Dragomirecká, 2003, s. 85).

1.5.1 Medicínský přístup ke kvalitě života

V medicíně se termín kvalita života začal užívat od 70. let. V mnoha oblastech klinické medicíny existuje všeobecný konsensus, který se týká důležitosti sledovat kvalita života pacientů, jako jednu ze základních komponent různých medicínských či zdravotních intervencí. Je logické, že v medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání

kvalita života posunuto do oblastí psychosomatického a fyzického zdraví. Nejvíce užívaným termínem, který se v této souvislosti používá je „health related quality of life“ tj. kvalita života ovlivněná zdravím (Hnilicová, 2005, s. 212). Berzon jej specifikuje a vysvětluje jak „subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky.“ (in Hnilicová, 2005, s. 212). Klinické ukazatele, které se sledují, jsou pro celkové posouzení stejně důležité, jako subjektivní a objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta např. intenzita únavy, převažující typ emocí, schopnost sebeobsluhy. Tento přístup je vhodný především při léčení onkologických a psychiatrických pacientů. Kvalita života se stala, pro oblast péče o nevyлéčitelně tělesně a duševně nemocné, silným argumentem pro změnu v přístupu k těmto lidem. Právě proto, že většinou nelze dosáhnout v těchto případech úplného uzdravení, tak se o zlepšení kvality života hovoří jako o cíli, ke kterému terapie směřuje (Hnilicová, 2005, s. 212).

Kvalita života ovlivněná zdravím je hodnota, připisovaná životu, modifikovanému postižením, funkčním stavem, vnímáním a sociálními příležitostmi, které ovlivnila nemoc, zranění nebo léčba (Patrick&Erickson in Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 26). Kvalita života vystihuje subjektivní prožívání nemoci a poskytované zdravotní péče. Jedná se o srovnání skutečného prožívání jedince, zvládnutí sociálních rolí se stavem, který on sám považuje za ideální (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 26). Berzon uvádí: „...že účelem měření není zjistit přítomnost a závažnost symptomů onemocnění, ale ukázat, jak jsou manifestace onemocnění nebo léčba jedincem prožívány. U nevyлéčitelně nemocných osob můžeme kvalitu života považovat za základní výstup při hodnocení léčby.“ (Berzon in Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 26)

Dubos dodává, že medicína sama o sobě nemůže určovat kvalitu života, ale může lidem pomoci dosáhnout takového zdravotního stavu, který jim pomůže kultivovat svůj život vlastní cestou (Dubos in Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 26).

Je logické, že se obecné pojetí kvality života překrývá s tou, která se týká zdraví. Pacientovu schopnost vyrovnat se s onemocněním výrazně ovlivňují jeho individuální charakteristiky, jakými jsou třeba rodinné vztahy, přátelé, motivace, životní prostředí a společenské klima, ale třeba také to o jaký typ osobnosti se jedná. Nejběžnějším nástrojem měření takto vnímané kvality života je dotazník, popř. strukturovaný rozhovor (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 26-28). Vymětal uvádí, že kvalita života u pacienta je průsečíkem a výslednicí těchto okolností:

- stav fyzické a psychické pohody (opakem je bolest, nevolnost, deprese, strach apod.)
- úroveň sebeobsluhy – nemocný se sám dokáže najíst, vykonat hygienu, (opakem je závislost na péči okolí)
- pohyblivost pacienta – nemocný je schopen samostatné lokomoce
- zapojení pacienta do života a pozitivní emoční odezva – mezi spolupacienty je oblíben, příbuzní a přátelé ho často navštěvují
- aktivní spoluúčast na „vytváření vlastního osudu“ – pacient má možnost spolurozhodovat na základě faktické informovanosti a v rámci své kompetence o léčbě a ostatních opatřeních
- pacient hodnotí svůj život, včetně hospitalizace, tedy i nezbytný a žádoucí (Vymětal in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 26-28).

Významným faktorem, na který je třeba upozornit, je rozdíl mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Bylo vyzorováno, že lidé, kteří trpí určitou nemocí a kteří se s touto realitou snaží vyrovnávat a přizpůsobovat danému stavu svá očekávání a plány, získají určitý pocit životní pohody a tím i lepší kvalitu života. Dalším, velmi důležitým, faktorem jsou očekávání a v návaznosti na ně (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29).

Calman definoval kvalitu života právě jako rozdíl mezi pacientovým očekáváním a tím, čeho se ve skutečnosti dosáhne. Čím menší je tento rozdíl, tím vyšší je kvalita (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29).

1.5.2 Psychologický přístup ke kvalitě života

Psychologické koncepty kvality života mají zaměření především na stav, který je označován „well-being“ a překládá se jako dobré bytí nebo subjektivní pohoda. Tento stav se všeobecně pokládá za významný psychologický indikátor zdraví nebo nemoci, především chronické resp. stárnutí. Obsahem této prožívané pohody je hlavně přítomnost a výskyt pozitivních (případně negativních) emocí, které působí v delším časovém úseku; absence nepříjemných pocitů (např. mírná bolest nebo únava); pozitivní sebehodnocení; permanentní smysluplné aktivity, optimistické postoje k životu, k lidem i ke světu. Je vhodné dodat, že chápání „pohody“ se na jedné straně prolíná

s vymezením spokojenosti a na druhé straně zase s vnímáním štěstí (Kováč, 2001, s. 38).

„Zkoumání prvků a determinant, které spoluvytvářejí lidskou pohodu a spokojenost, není v psychologii tradiční; jedná se přitom jak o habituální, tak situační komponenty vyladěnosti psychiky jedince, která má tendenci ovlivňovat jak jeho vnitřní osobnostní struktury (a naopak), tak i prezentaci navenek – ve vztahu k sobě a v interpersonálních vztazích s okolím.“ (Lašek, 2004, s. 215)

Když se psychologové snaží vydefinovat kvalitu života, tak se velmi často setkáváme s důrazem kladeným na spokojenost. Podle tohoto pojetí žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen. Zcela zásadní otázkou je: „A kdy je spokojen?“ Odpovědí je: „Když se mu daří dosahovat cílů, které si předsevzal.“ (Křivohlavý, 2002, s. 170). Ehteld říká doslova: „Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji.“ Pokud tomu tak opravdu je, tak je možné definovat (dle stejného autora) že kvalita života je „prožívání životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu.“ (in Křivohlavý, 2002, s. 170)

Hnilicová to doplňuje, když říká, že výzkumy, (které se váží na toto pojetí kvality života), se vztahují ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. V psychologii lze vystihnout tři podoby konceptualizace toho, co se skrývá pod kvalitou života: a) spokojenost se životem (hledání odpovědí na otázky, co činí lidi spokojenými; seznam faktorů, které k tomu přispívají a také jaké společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí) b) prožívanou subjektivní pohodu (kognitivní dimenze reprezentuje to, jak jedinec sám hodnotí svůj život a jak je spokojen, emocionální dimenze zahrnuje citové prožívání a převažující typ emocí (Hnilicová, 2005, s. 210).

Psychologický přístup se vždy zajímal o to, jaké má člověk prožívání, myšlení a hodnocení. Na to navazovala další témata, např. jaké jsou potřeby a přání (toho daného jedince), sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace. Ale předmětem zájmu byly i negativní indikátory - životní trauma, krize, deprese, poruchy nálad (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29). Calman říká, že člověk svůj život považuje za kvalitní tehdy, pokud jsou jeho očekávání ve shodě s tím, jak on subjektivně hodnotí svou životní realitu (Calman in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29). Vymětal na něj navazuje a doplňuje ho o potřebu uplatnit se ve společnosti a prožívat přitom pozitivní citovou

odezvu. Když se jedinec dostane takové odezvy od blízkého okolí a osob, které jsou pro něj autoritami, tak roste jeho sebeúcta. Dalšími základními složkami jsou autonomie, tzn. možnost se sám rozhodovat; autenticita tzn., že jedinec je sám sebou; jeho život a projevy jsou ve shodě se sebepojetím a také kompetentnost člověka, což znamená jeho porozumění světu a možnost ovlivňování (Vymětal in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29).

V poslední době se však můžeme setkat s pokusy postihnout kvalitu života více globálně, což vyústilo v definování tzv „3 pilířů štěstí“. Těmito pilíři jsou následující fenomény:

- kompetence – pocit, že umím, jsem s to dělat něco smysluplného a jsem v tomto směru aktivní;
- autonomie – rozhoduji o svém životě, mám ho pod kontrolou;
- nalomenost – cítím se být svázán s jinými lidmi a toto všechno vyúsťuje v sebeúctu, tzn., že si sám sebe vážím (Hnilicová, 2005, s. 210-211).

1.5.3 Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života

Ke správnému pochopení tohoto přístupu je žádoucí, aby se nejprve vymezil pojem „psychoterapie“. Vymětal jí definuje takto: „Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy, tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny a tak podporuje uzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.“ (Vymětal in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 29)

Psychoterapeutické postupy jsou kombinovány s dalšími rehabilitačními prostředky, jakými jsou například ergoterapie a fyzioterapie. Především u pacientů, kteří jsou nevléčitelně nebo chronicky nemocní je kvalita života, tak jak ji hodnotí on sám, rozhodujícím ukazatelem pro volbu léčby. Kvalitní život, v tomto pojetí, znamená, že se jedinec rozvíjí a může naplňovat své pozitivní možnosti, i když mohou být nemocí, nebo defektem, omezeny (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30).

1.5.4 Sociologické aspekty kvality života

Různí autoři poukazují na stále větší význam tzv. sociálních dimenzí well-beingu. Keyesová rozlišuje specifické dimenze sociální pohody: a) sociální integraci (sem spadá hodnocení jedince vztahu ke komunitě a společnosti); b) sociální akceptaci (jedinců v příznivý obraz o lidech a společnosti); c) sociální přínos (hodnocení vlastní sociální hodnoty jedince pro společnost); d) sociální aktualizaci (schopnost společnosti mít vliv na svůj vývoj, hodnocení společenského potenciálu); e) sociální soudržnost (Keyesová in Kebza, 2003, s. 340).

Abychom pochopili lidské chování, tak je nezbytné si položit otázku, co je jeho zdrojem, a klíčovou odpovědí jsou – potřeby. V současné moderní společnosti je většina potřeb lidem zprostředkována v takové míře, že jejich původní biologický základ ztrácí na významu. Do popředí tak vystupují potřeby nové, jako je například potřeba řízení a rozhodování, ale na druhé straně také silná potřeba integrace (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30). Sociolog Keller říká, že tvorba potřeb je podřízena potřebám trhu. „Potřeba, jejíž uspokojování není trhem nabízeno, není za potřebu uznávána. Naopak vše, co je trh připraven uspokojit, bývá považováno za více či méně podstatnou potřebu.“ (Keller in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30). Stejný autor vidí podstatný rozdíl mezi potřebami biologickými a kulturními a také v prahu nasycení. Na rozdíl od biologických potřeb vede uspokojování těch kulturních ke vzniku potřeb nových, jejichž uspokojení vyžaduje stále nové zdroje (Keller in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30).

Seedhouse předkládá svojí teorii, že každý člověk má jak fyzické (tělesné) tak intelektuální potenciály. Co se podaří z těchto možností aktualizovat, záleží jednak na člověku, ale také na jeho životních podmínkách. Termínem „podmínky“ se rozumí všechno, co ovlivňuje (nebo může ovlivňovat) lidskou aktivitu. Některé z těchto podmínek mají pro lidi obecně nejvyšší důležitost. Autor sestavil tento seznam nejdůležitějších podmínek:

- a) základní potřeby jídla, pití, bydlení, tepla a smyslu života;
- b) mít otevřený přístup k co největšímu množství informací o takových faktorech, které mají na život člověka největší vliv;
- c) získat dovednosti pracovat s těmito informacemi a vstřebat je. Velmi důležité je to, aby lidé rozuměli tomu, jak se konkrétní informace vztahuje k jejich situaci a aby dokázali tyto poznatky co nejvíce využít;

- d) brát ohled nejen na druhé lidi, ale i na prostředí kolem. Všichni lidé jsou součástí okolního životního prostředí a vzhledem k tomu by se seberealizace každého jedince měla odvíjet od vědomí, že není možné omezovat základní možnosti úspěšného plnění cílů druhých lidí (Seedhouse in Křivohlavý, 2001, s. 40).

Podle Fromma existují dva základní způsoby existence, zcela odlišné orientace vůči světu. Ty charakterizují struktury, z nichž ta, která převládá, určuje celý komplex lidského jednání, myšlení a cítění. Jesenský jde ještě dále a považuje je za dva základní druhy hodnot:

1. modus „mít“ má jako charakteristický znak touhu vlastnit a dosahovat zisku. Tento modus zajišťuje existenci, ale nemůže zaručit hodnotný život. „Mít“ převládá v dnešní společnosti, ve které převládají konzumní hodnoty nad hodnotami kulturního charakteru.
2. modus „být“ je charakterizovaný solidaritou, empatií a touhou po poznání a schopností se dělit. „Být“ je opakem vlastnění a znamená opravdová a živý vztah ke světu (Fromm in Vaňurová, Mülpachr, 2005, s. 33).

V tomto sociologickém pojetí jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jakými jsou vzdělání, status, majetek, vybavení domácnosti, rodinný stav. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je ale také definována jako subjektivní životní pocit (Hnilicová, 2005, s. 211).

1.5.5 Ekologické a environmentální hledisko

Když se podíváme na strukturu kvality života (dle světové zdravotnické organizace), tak je z ní zcela patrné, že zdraví člověka je výsledkem interakcí s prostředím, které ho obklopuje. Abychom tomu lépe porozuměli, tak je dobré zaměřit se na ekologicko – environmentální kritéria. Katalyse uvádí 13 oblastí, které nějakým způsobem determinují resp. ovlivňují zdraví lidí, kteří žijí (především) v civilizovaných zemích. Patří sem: doprava, energie, bydlení, hluk, chemikálie, odpady, zemědělství, les, průmysl, práce, vzduch, zem a volný čas (Katalyse in Kováč, 2001, s 36). Tyto a ještě mnohé další komplexní determinanty ovlivňují zdraví. Toto poznání a tvrzení se zakládá na pravdě, protože stále více roste podíl onemocnění, které pramení právě ze

sociálně psychologických činitelů (Kováč, 2001, s. 36). Začali jsme je definovat jako civilizační choroby a jedná se především o srdeční a mozkové infarkty, rakovinová onemocnění a žaludeční vředy. Zvláštní místo zde také mají tzv. psychosomatická onemocnění, jakými jsou např. vysoký krevní tlak, různé alergie a poruchy trávení. Všechny tyto nemoci mají společné to, že v patogenezi vystupují hlavně emoční stavy – lépe řečeno, konflikty. Existuje tedy množství podnětů a situací, které bychom mohli souhrnně nazvat sociálně – psychologické činitele (Kováč, 2001, s. 36).

Balcar to doplňuje zamyšlením, že tato ekologická (či sociální) dimenze člověka je pro hledání a uskutečňování smyslu kterékoliv životní situace podstatná, i když pro něj samého získává povahu právě osobním objevením hodnotového potenciálu a teprve osobním vstupem do ní (Balcar, 2005, s. 256).

1.5.6 Kvalita života a životní smysl

Viktor Frankl byl tím, kdo pro moderní lékařství, psychologii a psychoterapii znovuobjevil pojem „životní smysl“. Tento nově definovaný smysl v životě se stal úhelným kamenem jeho vlastního teoretického a terapeutického přístupu k lidským problémům, který pojmenoval logoterapie a je úzce spojen s existenciální analýzou, na kterou navazuje (Balcar, 2005, s. 253). „Frankl pokládal „vůli ke smyslu“ za normálních okolností za hlavní motivační sílu, která stojí za směřováním a snažením člověka v jeho životě. „Specifický smysl“ v životě, který může člověk objevovat a naplňovat, (anebo nikoli), v konkrétních, jedinečných situacích, událostech a zážitcích každodenního života.“ (Frankl in Balcar, 2005, s. 253)

V logoterapii jde o pomoc slovem, při hledání a nalézání smyslu klientovy životní situace. Zcela zásadním a charakteristickým prvkem Franklovy logoterapie je zřetelné oddělení osudových faktorů na jedné straně a svobodného postoje a jednání na druhé. Toho se dosahuje mezi terapeutem a klientem v pomáhajícím rozhovoru. Jde v něm o to, aby se klientova pozornost zacílila na jeho na jeho volné kapacity, které je možné v dané situaci využít. Nejde ale pouze o reinterpetaci klientovy životní situace, ale jde o probuzení klientovy motivace, aby sám našel způsob, jak může něčím pozitivním přispět ke své situaci. Pokládané otázky mají u něj probudit vědomí své svobody a odpovědnosti. Logoterapeut oslovuje klientův fatalismus, provokuje jeho vůli ke smyslu (Navrátil, 2001, s. 84).

Když chceme zjišťovat kvalitu života ve fyzické (tělesné) dimenzi, tak se zpravidla odkazujeme na „ideální normu“ fyzické harmonie a zdatnosti tělesných funkcí tj. tradičně pojímané „zdraví“ člověka. V dimenzi duševní (prožitkové) se odkazujeme na tradiční průvodní znaky, které se objevují v podobě prožívané slasti a uplatňované moci v životě, které (v úspěšném případě) vystihuje tradiční pojem prožitého „štěstí“. V dimenzi duchovní (noické, existenciální) ji vnímáme jako prožitek „plnosti (smyslu) vlastního života. Ten je v životě jedince zakotven v jeho odpovědích na hodnotové výzvy, které mu poskytuje jeho svědomí a v činech, které dělá ze své vůle k uskutečnění hodnotového potenciálu obsaženého v přítomné situaci (Balcar, 2005, s. 255).

„Zacílenost, motivovanost a činnost člověka směřující k naplňování smyslu jsou zaměřeny dvojím směrem: jednak k jeho okolí, ke „vnějšímu světu“; jednak k sobě samému, ke svému „vnitřnímu světu“. Duchovní hodnoty jsou sebezpřesahné, obsahují vždy vztaženost člověka k něčemu či k někomu druhému.“ (Balcar, 2005, s. 256-257) Zcela zásadní podmínkou pro to, aby člověk žil, a jednal, s pocitem smysluplnosti, je nutné mít něco, „pro co stojí za to žít“. Vzhledem k tomu, že individuální život je omezen, musí toto „něco, nebo někdo“ jeho hranice přesahovat; nemůže to spočívat jenom v něm samém, ale zároveň i ve světě, v němž žije (Balcar, 2005, 256, 257).

Člověk musí být také dostatečně svobodný, aby mohl uskutečňovat zvolené a smysl dávající hodnoty ve světě a činit je s vědomím své odpovědnosti za to. Praktickým průvodcem člověka je v těchto věcech již odedávna jeho svědomí. Když má člověk pro co žít, (a také to svým životem naplňuje), s vědomím své svobody, ale také odpovědnosti za to, tak to můžeme pojmenovat „prožívaná smysluplnost“ jeho života. Na základě sdílených zkušeností můžeme zjistit, že jsou dvě polohy této prožívané smysluplnosti. Kladná stránka v sobě skrývá, jak intenzivně a v kolika směrech ve svém životě vstupujeme do vztahů a ta záporná zas, v kolika směrech a jak intenzivně v tom selháváme a nakolik vykazujeme znaky „existenciální frustrace“. Jisté však je, že hluboký a trvalý nedostatek smyslu v životě působí jak duchovní trýzeň, tak má i patologické účinky projevující se v jeho duševním, společenském a tělesném stavu (Balcar, 2005, 256, 257).

Kvalita života je pojem multidimenzionální a proto je nutné stanovit „dimenze“ (stránky, životní kvality). Obecné rozlišení těchto dimenzí v zaměření člověka vůči jeho světu a vůči sobě samému si můžeme přiblížit v následující tabulce:

1.6 Měření kvality života

Abychom mohli zjistit, jak se vyvíjí kvalita života u jedince (buď zdravého, nebo nemocného) je nutné jej sledovat delší dobu, kvůli získání dostatečných poznatků, podkladů pro vyhodnocování. Obě skupiny žijí dále svůj život, který je plný různých událostí, které ho ovlivňují (Mareš, 2005, s. 20). Zdraví jedinci se snaží na sobě pracovat a tím ovlivňují svou vnitřní kvalitu bytí, nemocní jsou vystavováni poněkud jiným situacím, které stejně tak mají vliv na jejich kvalitu života. Mezi tyto situace bychom zařadili především nutnost podstupovat množství různých vyšetření, velmi často dochází ke změně medikace, je nutné dodržovat kontrolní návštěvy u lékařů a podobně. U obou těchto skupin probíhá longitudiální měření, kdy se zjišťuje, jak kvalitu života vnímá samotný subjekt. K tomu, aby se získaná data mohla vzájemně porovnat, je nezbytné používat stejnou metodu. Vychází se z předpokladů, že změny subjektivně vnímané změny v kvalitě života, do určité míry, odrážejí postupné změny (ať příznivé či nikoliv) v objektivně doložitelném zdravotním stavu jedince (Mareš, 2005, s. 20).

Mareš si však pokládá otázku: „Co když se pod vlivem zažitých událostí, měnících se životních okolností, absolvovaných lékařských zákroků, prožitých zhoršení či zlepšení zdravotního stavu, proměňuje také jedincova osobnost?“ (Mareš, 2005, s. 20). Tedy i jedincovy postoje k životu, ke konkrétní nemoci, mění se jeho očekávání, kritéria hodnocení, jeho hierarchie hodnot, názory na životní události, na danou nemoc, jeho názory na možné důsledky životních událostí? Pokud odpovíme že „ano“, pak by ovšem každý další posttest, který by následoval po nějaké výrazné životní události, nebylo možné prostě porovnat s pretestem. Proto se hledají cesty, jak zachytit předpokládané změny v dalších oblastech a jak je modelově vyjádřit. A pokud skutečně existují, jak je korektně změřit (Mareš, 2005, s. 20).

Nežádoucí vedlejší účinky tradičních neuroleptik a vývoj nových antipsychotik přispěly k výzkumu subjektivního pocitu pohody a kvalita života zcela zásadním způsobem. Při léčení schizofrenie se obecně vychází z modelu tzv. biopsychosociálního a je žádoucí (dokonce nutné) mít k dispozici řadu hodnotících kritérií. Tím nejznámějším je redukce symptomů. Pro každého člověka, který je nemocen, je kromě redukce symptomů, velmi důležité i to, jaký je „jeho život“, jaké zastává vlastně sociální role. Můžeme sem zařadit třeba, kde žije, zda bydlí v rodině nebo sám, zda je v partnerském vztahu, jak je na tom po materiální stránce a také, zda má nějakou perspektivu do budoucna. Kvalita života je tedy kritérium používané k hodnocení všech

těchto okolností a uplatňuje se jak při hodnocení terapie, tak při monitorování kvality služeb (Motlová, Dragomirecká, 2003, s 88).

Kvalita života se měří pomocí tzv. sebesuzujících dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů. Univerzálně pro všechna onemocnění se používají nástroje „generické“ a pro měření pacientů trpících jednou, určitou nemocí nástroje „specifické“. Širší užití generických dotazníků v psychiatrii limituje jejich zaměření na tělesné problémy a funkční omezení. Používají se hlavně ke vzájemnému porovnání kvality života skupin pacientů s různými nemocemi, ale třeba také pro distribuci financí na různé programy. O to víc je nutné výsledky interpretovat opatrně, protože dotazníky nejsou sestavovány pro potřeby jedinců s chronickými duševními poruchami (Fischer 1997 in Motlová, Dragomirecká, 2003, s. 85).

Na počátku 80. let byly na měření kvality života ovlivněné zdravím nejčastěji používané generické nástroje měření zdravotního stavu. Cílem bylo porovnat právě kvalitu života mezi zdravou a nemocnou populací resp. mezi různými druhy nemocí. První generické nástroje se zaměřovaly hlavně na fyzické aspekty zdraví a šlo o zaměření se na funkční stav. Mnohé z nich jsou doposud mylně označovány jako nástroje měření kvality života. V následujících letech došlo k doplnění sledovaných oblastí – pozornost se zaměřila i na psychickou, sociální a existencionální dimenzi zdraví. Oblast měření zažila nevídaný boom a to mělo za následek, že tento „zmatek nástrojů měření kvality života a kvality zdravotního stavu“ byl podroben kritice ze strany psychologů (Gurková, 2011, s. 42).

V souvislosti s kritikou generických nástrojů došlo k nárůstu tvorby nástrojů specifických, které byly vytvořeny za účelem měření kvality života ve specifických populacích pacientů. Jejich tvorba byla vystavena na vzájemné kooperaci mezi zdravotními profesionály a odborníky z oblasti psychologických věd. Začíná se při nich využívat nových metod experimentální a klinické psychologie, které jsou zaměřené na subjektivní percepci zdravotního stavu a jeho významu pro jednotlivce (Gurková, 2011, s. 43).

Pro psychiatricky nemocné pacienty byl u nás validován dotazník SQUALA, který je však podle autora (Zanotti, 1994), použitelný i pro běžnou populaci. Kvalita života je zde určena v podobě celkového skóre, jednak také profilem spokojenosti v jednotlivých oblastech života (Zanotti 1994 in Hnilicová, 2005, 213).

1.6.1 Dotazník SQUALA

Zjišťování kvality života doplňuje objektivní ukazatele zdravotního stavu tím, že se zabývá dopadem nemoci a léčby na každodenní život pacienta. Přináší nám důležité informace o tom, jak to vidí sám pacient a jak hodnotí účinnost terapie, při které ale nedochází k úplnému vyléčení (což je hlavně u chronických poruch). Kvalita života lze totiž sledovat a) na individuální úrovni, kde slouží především k sestavení terapeutického plánu a pak k vyhodnocení použitých postupů; b) sledovat skupinu pacientů s určitým typem obtíží, kde je měření kvality života indikátorem efektivity léčby, dopadu vedlejších účinků léčby nebo prostředkem k hodnocení komplexních programů; c) cílem šetření je popis rizikových skupin a slouží jako podklad pro preventivní programy a plánování zdravotní a sociální péče (Dragomirecká a kol., 2006, s. 10).

Tento dotazník je schopen zachytit životní ztrátu, která vznikla následkem nemoci nebo nepříznivých okolností. Tento nástroj je dostatečně subjektivní, aby byl v souladu s definicí WHO, která zdůrazňuje, že kvalitu života není možné ztotožňovat s životním postavením člověka, ale s tím, jak člověk subjektivně svou situaci hodnotí. SQUALA je dotazník subjektivní kvality života, který byl vytvořen Zanolim v roce 1992 v Nice a byl původně určen pro posuzování kvality života u osob, které trpěli duševními obtížemi (Zanotti (1994) in (Dragomirecká a kol., 2006, s. 10). Při jeho konstrukci se vycházelo z Maslowovy třístupňové teorie potřeb, a proto sem byly kromě oblastí života také začleněny také vnitřní hodnoty. Sem bychom mohli zařadit například prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti. Autoři jej označili definicí měření kvality života takto: „Měření kvality života jako zjišťování rozdílu mezi přáním a očekáváním jedince na jedné straně a jeho reálnou situací na straně druhé, doplnili ji však o dovětek, že tento rozdíl by měl být posuzován v závislosti na schopnosti jedince překonávat tuto diskrepanci mezi přáním a realitou a směřovat tak ke svobodě a autonomii.“ (Dragomirecká a kol., 2006, s. 10).

Původní dotazník zahrnuje 23 oblastí, které plošně pokrývají jak vnější, tak vnitřní, skutečnost každodenního života. Respondenti pak určují na pětibodové hodnotící škále subjektivní důležitost této oblasti a také to, jak je s touto konkrétní oblastí spokojen. Také je přidána otevřená otázka k případnému doplnění další důležité oblasti, která je významná pro toho daného respondenta a byla opomítnuta ve výčtu. Oblasti původní verze dotazníku: zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a domov, spánek, rodina, mezilidské vztahy, děti, péče o sebe, láska, sex,

politika, víra, odpočinek, záliby, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze, jídlo (Dragomirecká a kol., 2006, s. 11).

Pilotní testování přineslo tyto závěry: a) tento dotazník je možné použít u osob s psychiatrickým onemocněním včetně těch, kteří jsou hospitalizovaní a je zároveň vhodný také pro zdravou populaci, případně pro ty, kteří mají jiný typ onemocnění; b) je dobře respondenty přijímán a není časově náročné zaškolení tazatelů. Šetření potvrdilo, že je možné jej aplikovat, aniž by byla narušena běžná klinická praxe v různých typech zdravotních a sociálních zařízeních; c) měřená proměnná (kvalita života) má subjektivní charakter a pokrývá život jako souhrn biologických, sociálních a duchovních potřeb a je také závislá na změnách zdravotního stavu osoby, která se zapojila do měření. Lze ji tedy označit podle současných teoretických a praktických představ označit za „kvalitu života“. Pilotní výzkum potvrdil, že kvalita života měřená dotazníkem, souvisí s mírou duševních potíží (Dragomirecká a kol., 2006, s. 14).

1.7 Kvalita života a schizofrenie

Schizofrenie je onemocnění, které pacientům i jejich blízkým, hluboce zasahuje do života. Tito lidé často čelí stigmatu, omezeným finančním možnostem, rodinným problémům, někteří jsou odkázáni na život v institucích či jsou postiženi bezdomovectvím. Je nabíledni, že škály hodnotící kvality života lidí se schizofrenií musí tyto životní okolnosti zohledňovat a obsahovat položky, které se týkají finanční a pracovní situace, povahy osobních a rodinných vztahů či využití volného času. Škály, které jsou specifické pro schizofrenii, jsou schopny citlivěji postihnout změny během rehabilitačních programů nebo antipsychotické terapie. Přednost mají dotazníky, které pacient vyplňuje sám, před dotazníky vyplňovanými expertem (Vorungati 2000 in Motlová, Dragomirecká, 2003, s. 86).

Toto onemocnění je charakteristické tím, že jsou zasaženy skoro všechny psychické funkce – nejvíce však porucha myšlení a vnímání, narušeno je chování i jednání a také emoce jsou oploštělé a mnohdy neadekvátní (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 181). Tato nemoc také ničí intelekt a zasahuje nemocného negativně ve všech směrech jeho života – osobnostně, emočně i sociálně. Dochází k narušení vztahu jak k sobě, tak i vnějšímu světu a tím je také přerušen kontakt s realitou (Malá, Pavlovský, 2002, s. 58).

1.7.1 Etiopatogeneze

Češková říká: „Pro vznik duševní nemoci je nezbytná určitá vnitřní zranitelnost, se kterou se člověk rodí, dále jsou to příčiny psychosociální (např. traumatizující životní události, řada tělesných onemocnění) a v poslední řadě i faktory biologické, což znamená, že každý z nás máme trošku jiný metabolismus a biochemismus. V případě duševních poruch se jedná hlavně o biochemismus mozku. Podíl jednotlivých faktorů konkrétního nemocného nedokážeme přesně určit. Tomuto pohledu na příčiny psychických chorob říkáme multifaktoriální přístup.“ (2008, s. 23)

Dnes se domníváme, že osoba, která onemocní touto psychózou má v sobě určitou biologickou náchylnost, můžeme to nazvat i zranitelnost, která se projeví pod tlakem. Taková dispozice může být vrozená nebo získaná v časném vývojovém období jedince (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 182). Praško to doplňuje: „Pokud trpí jeden z rodičů schizofrenií, riziko pro dítě je asi 10 %. Pokud jsou nemocní oba rodiče, riziko se zvyšuje na 30 % - 40 %. Pro určení míry dědičnosti je důležitá studie jednovaječných a dvouvaječných dvojčat. Jednovaječná dvojčata onemocní ve 30 % – 40 %, u dvouvaječných dvojčat je riziko nižší, asi 10 %.“ (2001, s. 16-17)

Časná dospělost (po 20. roce života) je období, kdy toto onemocnění většinou začíná. Když si uvědomíme, že v právě v tomto období začíná osamostatňování mladého člověka, vazby na rodiče střídá vazba na partnera a vliv rodičů slábne, pak je jasné, že je to velmi problematická situace. Mladý člověk touží po autonomii, ale rodina je pro něj mnohdy jediným bezpečným prostorem. Naráží zde na sebe mnoho faktorů a obtížné to je pro obě strany. Pro nemocného člověka rodinné vazby znamenají mnohem více, než pro „normálního“ jedince. Díky nezralosti a zranitelnosti mladého člověka je pouto k rodině výraznější a proto odchod z tohoto bezpečného prostředí je komplikovaný (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 76).

1.7.2 Epidemiologie

Svoboda zmiňuje, že: „Celoživotní prevalence schizofrenie se pohybuje kolem 1%. Incidence je stejná u obou pohlaví, tj. 2-4 případy na 10 000 ročně. Výskyt zůstává v průběhu času neměnný a s určitými menšími výjimkami je na celém světě stejný (Svoboda a kol., 2006, s. 182).

Malá konkretizuje, že vrchol výskytu této nemoci je v adolescenci v 16–18 letech a pak kolem 25. - 30. roku (Malá, Pavlovský, 2002, s. 58).

U mužů je začátek nejčastější v pozdní adolescenci, u žen začíná v průměru o několik roků později (nejčastěji mezi 25. a 35 rokem, u mužů mezi 15. a 25 rokem). Ženy mají také mírnější formu onemocnění, benignější průběh, lépe reagují na léčbu, jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují než muži. Za toto vděčí vlivu estrogenů na dopaminergní systém. Schizofrenní porucha je diagnostikována zhruba u 25% psychiatrických hospitalizací a 50% přijetí do psychiatrických zařízení za rok (Svoboda, 2006, s. 182).

1.7.3 Příznaky

V posledních letech se tato psychóza začala rozdělovat podle přítomnosti tzv. pozitivních a negativních příznaků. „Negativní příznaky jsou důsledkem snížení nebo vymizení nějaké vlastnosti (např. zpomalení motoriky, hypobulie, plochá emotivita a apatie, zchudnutí obsahu řeči i myšlení). Pozitivní příznaky zahrnují nadměrné, přehnané a nepřiměřené projevy duševní činnosti. Podle převahy pozitivních nebo negativních příznaků se schizofrenní psychóza dělí na typ I a typ II, nebo na pozitivní, negativní nebo smíšený typ.“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 236)

Z hlediska terapie je vhodné tedy rozlišovat:

- a) pozitivní (psychotické) příznaky – ty jsou nejčastější příčinou hospitalizace. Sem bychom zařadili poruchy vnímání – tedy halucinace, bludy a poruchy myšlení (dezorganizaci) (Svoboda a kol., 2006, s. 184).
- b) negativní příznaky – jsou „zodpovědné“ za špatnou kvalitu života a funkční neschopnost. Zahrnují ochuzení psychiky a to nejvíce v emocích a ve volní složce. Sem bychom zařadili i apatii, sociální stažení, neschopnost prožít radost, ztrátu motivace, ochuzení řeči a myšlení (Svoboda, 2006, s. 184).

1.7.4 Současný způsob léčby

Současný způsob léčby obsahuje kombinaci biologických, psychologických a sociálních metod.

- a) Psychofarmakologická léčba – Smolík to vysvětluje následovně „objev neuroleptik znamenal průlom v možnostech léčby schizofrenie. Schopnost těchto farmak snižovat intenzitu i množství akutních psychotických příznaků byla nade vši pochybnost dokázána. V neposlední řadě jsou neuroleptika původcem celé řady nežádoucích účinků, které často nejsou tolerovány pacientem, ani jeho okolím a mohou být příčinou odmítání biologické léčby.“ (2002, s. 175).
- „Čím dříve se s léčbou schizofrenie začne, tím lepší je prognóza, tím menší pravděpodobnost relapsů onemocnění, nižší spotřeba léků a riziko sociálních následků duševního onemocnění. Počáteční stadia schizofrenní psychózy jsou často léčena ambulantně.“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 246).
- b) Elektrokonvulzivní terapie – k jejímu vzniku přispělo původní pozorování pacientů s velkými epileptickými záchvaty, po nichž docházelo k ústupu schizofrenních symptomů (Smolík, 2002, s. 176).
- c) Psychosociální terapie – Smolík píše, že psychofarmakologická léčba je o to účinnější, oč komplexnější je současný psychosociální přístup k pacientovi. Zejména rodinná terapie a trénink sociálních návyků vyžadují systematickou práci terapeutického týmu. Na prvním místě musí být při zahájení léčby zvážen způsob přístupu k pacientovi, zajištěna jeho bezpečnost a získání jeho důvěry. Od samého počátku kontaktu s pacientem je třeba dbát na zachování dobrého vztahu terapeut – pacient. K podpůrné psychoterapii patří i rodinná terapie, která je většinou zcela nezbytnou součástí readaptace nemocného (2002, s. 176-177). Raboch se Zvolským to rozvíjejí: „Nezbytnou součástí terapie je psychoedukace – snaha pacienta poučit o povaze jeho onemocnění a důvodech léčebných zákroků a opatření. Je třeba ho naučit rozumět tomu, co se s ním děje a vést ho k důvěře, že své prožitky, obavy a nejistoty bude snášet lépe, když se nebude bát je sdělovat. Tam, kde to lze je třeba ho od začátku učit novým sociálním dovednostem, event. obnovovat nebo udržovat staré, které jsou nemocí ohroženy. Péče o pacienta se schizofrenií by měla být vysoce individualizovaná, zaměřená k postupnému dosažení dobře definovaných cílů. Společně s psychiatrem by se na její přípravě měli podílet i další členové terapeutického týmu: psychologové, sestry, sociální pracovníce, pracovní terapeuti a další.

Dobře vedená terapie dává pacientovi šanci žít kvalitní život, mnohdy produktivní a cenný pro ostatní. Špatně vedená terapie pomáhá onemocnění chronifikovat.“ (2001, s. 248)

1.7.5 Rodinná psychoedukace u schizofrenie a kvalita života

Léčba schizofrenie vychází z biopsychosociálního modelu nemoci a vyžaduje řadu hodnotících kritérií. Tím, které považujeme za tradiční kritérium, je redukce symptomů. Ovšem pro pacienta je stejně důležitý „jeho život“ tedy to, jak je vnitřně spokojený, zda má materiální dostatek (či nouzi), dále v jakých sociálních rolích funguje, případně nefunguje a v neposlední řadě také to, jak vidí svojí životní perspektivu. Kvalita života je kritériem, které se používá k hodnocení těchto okolností a uplatňuje se při posuzování účinnosti rehabilitace, farmakoterapie, psychoedukace a kvality služeb. Součástí komplexní terapie schizofrenie je také rodinná edukace. „Hodnotit psychoedukaci pouze v pojmech snížení negativních schizofrenních symptomů u pacientů nebo zvýšení informovanosti pacienta a rodiny o léčbě a užívání léků znamená redukovat její komplexní přínos. Zařazení sociálního indikátoru, kvalita života, která vystihuje subjektivně pojímanou životní situaci, dovoluje na rozdíl od měření symptomů zachycovat zlepšení fyzické, psychické a sociální pohody i v nemoci. Další nepochybnou výhodou zařazení indikátorů kvalita života je možnost sledovat tyto parametry u všech účastníků psychoedukace – nejen u pacientů, ale i u jejich příbuzných.“ (Motlová in Dragomirecká a kol, 2006, s. 32)

Dotazník SQUALA umožňuje nejen měření změny v celkových skóre kvality života během programu, ale také hlouběji analyzovat oblasti života, do nichž toto duševní onemocnění zasahuje a to nejen nemocným, ale také jejich blízkým. Taková analýza je prvním předpokladem k dalšímu studiu mechanismů účinku rodinné psychoedukace a následné tvorbě účinnějších rodinných intervencí. Ty v konečném důsledku nejen zajistí lepší dlouhodobý stav pacientů, ale zároveň pomohou také příbuzným (Motlová in Dragomirecká a kol, 2006, s. 32).

2 Sociální práce s duševně nemocnými

Intervence v oblasti sociální práce s duševně nemocnými mohou mít různý rozsah, ale také mohou sledovat různé cíle, např. krizová intervence by měla pomoci k obnovení stavu duševní rovnováhy a druhým pólem intervencí může být řešení dlouhodobého léčení duševních poruch. Jako důležitou skutečnost, kterou je třeba brát v potaz při práci s klientem je fakt, že průběh duševního onemocnění může být velmi významně ovlivněn sociálními faktory (Probstová, 2010, s. 133).

I když kvalita života a její hodnocení vyjadřují individuálně zakotvenou a subjektivně prožívanou skutečnost, je mimo pochybnost, že se do dané reflexe promítá sociální minulost, současnost i budoucnost každého jedince, jeho vztahy k druhým lidem, skupinám, kultuře, politice apod. (Křížová, 2005, s. 351).

Rahn a Mahnkopf si všímají zajímavé věci - přestože duševně nemocní potřebují nejvíce (nejen) odborné pomoci, tak jsou terapeuticky „neatraktivní“ a velmi často se stávají obětí stigmatizace, která se paradoxně netýká jen cílové skupiny takto nemocných lidí, ale i těch, kteří s nimi pracují jako profesionálové (2000 in Matoušek, 2010, s. 133).

Při jakékoliv sociální práci je třeba mít na paměti jednu hlavní zásadu – každý klient, se kterým máme pracovat, je především člověk. Nikdy bychom na něj neměli pohlížet jen jako na diagnózu nebo jako na problém. Každý z nich má své specifické potřeby a k jejich naplnění bude třeba jiných způsobů, rozmanitých přístupů (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 28).

Životní události vzhledem ke své povaze ovlivňují kvalitu života. Jednak mění bezprostřední aktuální prožívání kvality života (vyvolávají subjektivní pocit nespokojenosti, neklidu, strachu a úzkosti, deprese, vedou k poruchám spánku, nesoustředěnosti, ulpívavým myšlenkám, stigmatizaci, sociální izolaci, vedou také ke změnám v sociálních vztazích). Jednak ovlivňují dlouhodobou kvalitu života spojenou se směřováním, naplňováním životních cílů, uspokojováním potřeby rozvoje a růstu, uskutečňováním vnitřních možností, hledáním nového smyslu života (Křížová, 2005, s. 456).

Když bychom se snažili podívat na současnou situaci v péči o duševní zdraví, tak bychom měli vycházet z tohoto širšího rámce, který je charakterizován čtyřmi (vzájemně provázanými) záměry:

- a) politika péče o duševní zdraví – tento názor na postavení duševně nemocných ve společnosti je deklarovaný, legislativně promítnutý a prakticky vyjádřený. Je definováno, jak společnost zachází s jejich problémy, jak reaguje na jejich chování. V takto pojaté politice se zohledňují hodnoty člověka, jako individuality, včetně morálních a etických norem konkrétní doby (Probstová, 2010, s. 134).
- b) deinstitucionalizace – celkový vývoj by měl směřovat k přesouvání těžiště práce z velkých institucí, do přirozených společenství, které využívají regionální zdravotní a sociální systémy. Ruku v ruce s tím by mělo probíhat snižování počtu tradičních institucionálních zařízení a maximální podporu by měly dostat projekty, které se zaměřují na poskytování pomoci v komunitních zařízeních (Bachrach 1976 in Probstová, 2010, s. 134).
- c) rozvoj komunitní péče – přináší jedno veliké pozitivum a tím je zaměření se na konkrétní potřeby lidí, ne na budování institucí. Je zde preferován komplexní pohled na potřeby duševně nemocných, který ale vyžaduje úzkou vzájemnou spolupráci v širším týmu. Profesionálové jsou jak ze zdravotního, tak sociálního sektoru a mají stejnou důležitost. Nejen klient, ale také jeho rodina a přátelé jsou vnímáni jako partneři v procesu péče. Komunitní péče by měla být dostupná, flexibilní, orientovaná na potřeby jedince. V maximální míře se snažit o přizpůsobení služeb životu klientů (Probstová, 2010, s. 134).
- d) prevence stigmatizace – to, že duševně nemocní jsou díky své nemoci stigmatizováni, nikoho nepřekvapuje, protože předsudky typu: „jsou nežádoucí, jde z nich strach, nechceme je tady“ se objevují i dnes (Probstová, 2010, s. 134). „Duševně nemocní jejich blízcí, profesionálové (např. sociální pracovníci) jsou jak objekty, tak subjekty stigmatizace. Klienti často stigma zvnitřňují a snaží se s tím vyrovnat tak, že se stahují, izolují nebo vstupují do agresivních konfrontací s okolím.“ (Hatfield, Lefley 1993 in Probstová, 2010, s. 134)

V současné době se ve velkých léčebnách snaží v maximální míře poskytovat péči tak, aby se co nejvíce oprostila od tradice velkých a uzavřených, medicínsky vedených, zařízení. Pacientům je nabízen velký výběr programů, které mají jediný smysl – aby došlo k aktivizaci. Může to být třeba práce v řemeslných dílnách, v zahradnictví nebo na farmách, k posílení dovedností je směřován například nácvik vaření. Jde ale také o

to, aby měli dostatek možností a prostoru pro sebevyjádření (hraní divadla, výtvarné a pohybové techniky, muzikoterapie, kreativní psaní). Velmi důležité je také poskytovat nejen jim, ale také jejich blízkým informace o duševních nemocech (edukační programy) a umožnit jim také zpracovávání zážitků a plánů v rámci skupinové a individuální psychoterapie. Nemělo by také opomíjet poskytování spirituální péče, která může být realizována jak pastoračním poradenstvím, tak návštěvou bohoslužeb (Jánská, Matoušek, 2013, s. 426).

2.1 Koncept ucelené rehabilitace

Když se řekne slovo rehabilitace, tak se většinou z nás vybaví aktivita, kterou známe ze zdravotnického prostředí ve smyslu fyzioterapie. Dnes však tento pojem začíná být vnímán jako interdisciplinární obor, který v sobě zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také psychologickou, pedagogickou a sociálně-právní (Matoušek, 2010, s. 92).

Jesenský rozdělil ucelenou rehabilitaci na čtyři hlavní složky a to podle zaměření při naplňování úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní používány. Jsou to konkrétně tyto rehabilitace: léčebná, pracovní, sociální a pedagogická. (1995, in Matoušek, 2010, s. 92).

Novosad (2000) uvádí navíc ještě rehabilitaci psychologickou a volnočasovou. Co v sobě zahrnují jednotlivé rehabilitace:

- ✓ Zdravotní (léčebná) rehabilitace – operační náhrada, medikamentózní léčba, fyzioterapie (nápravný tělocvik, elektroléčba, lázně), ergoterapie (nácvik sebeobsluhy, léčba prací apod.)
- ✓ Pracovní rehabilitace – se týká pracovního uplatnění jedince. Jde o profesní přípravu, průzkum trhu pracovních příležitostí a kariérové poradenství, vytváření a ochranu pracovních příležitostí apod.
- ✓ Sociální rehabilitace – je existenční, resp. materiální zabezpečení a legislativní ochrana jedince s postižením, jeho začlenění do společnosti, uplatnění osobnostního potenciálu, (re)socializace, zajištění komunitní podpory, sociálních služeb, úpravy místních podmínek (Novosad 2000 in Matoušek, 2010, s. 93).
- ✓ Pedagogická rehabilitace – se zaměřuje na oblast výchovy, vzdělávání a přípravu na život a povolání, na rozvoj soběstačnosti i schopností a nadání

jedince. Mezi její prostředky patří reedukace, kompenzace, vytváření individuálních vzdělávacích plánů a jejich realizace apod.

- ✓ Psychologická rehabilitace – usiluje např. o zvládnutí psychické krize spojené se změnou zdravotního stavu, o změnu v sebehodnocení a životní orientaci postiženého. Může mít formu individuální i skupinové psychoterapie, arteterapie, tréninku psychosociálních dovedností apod.
- ✓ Volnočasová rehabilitace – se zaměřuje na zájmové, sportovní a kulturní využití, sebevzdělávání: může využívat metody pedagogiky, zážitku prostřednictvím zooterapie apod. (Novosad 2000 in Koláčková, Kodymová, 2010, s. 93).

Při takto komplexně vnímané rehabilitaci jde především o týmové využívání metod, které zasahují jak do oblasti lékařství, tak i sociální práce. Podporuje se vzdělávání a profesní příprava, získání nebo obnovení nejvyšší možné samostatnosti a přiměřené funkční schopnosti. Tato rehabilitace je dlouhodobá a je nutné jí odlišovat od té přechodné, která má za cíl návrat ke stavu zdraví a upevnění kondice (Koláčková, Kodymová, 2010, s. 93).

2.1.1 Sociální rehabilitace (socioterapie)

Jedná se o soubor opatření, které by měly sloužit k příznivému ovlivnění stavu u lidí, které jsou ohrožené (nebo se již dostaly) do sociální nouze a směřuje k jejich integraci. Touto činností se také rozumí obnovení sociálních vztahů a praktických dovedností a schopností, které byly díky sociálnímu handicapu a způsobu života narušeny (Matoušek, 2003, s. 219).

Protože je člověk společenská bytost, tak je svým okolím humanizován a socializován. Totéž platí i o člověku se znevýhodněním. Velmi záleží na tom, jak je v rolích, které zastává, společností přijímán. Konkrétním výstupem při poskytování socioterapie může být zacílení na podporu fungování ve zcela normálních životních situacích, jakými jsou třeba ekonomické zabezpečení, poskytnutí asistenčních služeb v domácnosti, ale i posílení sociálního statutu jedince nebo i rodiny (Koláčková, Kodymová, 2010, s. 94).

Nedílnou součástí takto zaměřené rehabilitace je také výcvik psychosociálních dovedností, které vedou ke zvyšování sociálních kompetencí, k samostatnému řešení

nepříznivé situace vlastními silami. Psychosociální trénink představuje cílený nácvik praktických technik, které mají vést k znovunabytí dovedností, které jsou předpokladem k samostatnému zabezpečování životních potřeb (Matoušek, 2003, s. 219).

Mezi základní potřeby člověka patří možnost pracovat, a pokud tomu tak není, dochází k frustraci nebo i stresovému stavu. S tím úzce souvisí pracovní rehabilitace a v jejím širším pojetí ji lze charakterizovat jako soustavnou péči, která se věnuje lidem s nějakým znevýhodněním. Jde o obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají díky nemoci sníženou nebo změněnou pracovní schopnost. Tato pracovní rehabilitace má velké spektrum – od ergoterapeutického zaměření aktivit v denních centrech, přes rekvalifikaci až k zaměstnání člověka na místech, jež odpovídají jeho schopnostem (Koláčková, Kodymová, 2010, s. 94).

V následující podkapitole bych chtěla přiblížit jednu z metod, která pracuje s duševně nemocnými, poněkud jiným způsobem a u které bylo prokázáno, že je velmi účinná a tou je případové vedení (case management). Chtěla bych ji uvést jako příklad toho, že se neustále hledají nové a lepší cesty, jak pomoci (nejen) duševně nemocným. Jedním z hlavních důvodů vzniku komunitních přístupů, bylo hledání humánnějších modelů péče, než byla schopna nabídnout hospitalizace v psychiatrické nemocnici.

2.2 Case management (případové vedení)

V české terminologii se pojem case management neustálil, proto bývá často překládán jako „případové vedení“. V angloamerické literatuře byl tento pojem používán 25 let a v poslední době bývá nahrazován výrazem asertivní komunitní léčba (Stuchlík, 2001, s. 9).

Na otázku, co je to case management, by se dalo odpovědět slovy dr. Stuchlíka: „Je to specifická práce s lidmi, kteří jsou vážně duševně nemocní. Metoda práce spočívá v tom, že klient má svého case managera, což je trochu něco jiného než klíčový pracovník. Klíčovým pracovníkem se obvykle označuje ten, kdo pracuje v rámci nějaké služby a má na starosti přesahy, kam klient přejde posléze, a je to jeho vedlejší role. Case manager nemá na práci nic jiného, než zajistit klientovi v užším slova smyslu kvalitní péči poskládanou z toho, co je dostupné, a podporu, protože to jsou neformální

zdroje. V širším slova smyslu je jeho úkolem provést klienta složitou životní situací, je to něco jako průvodce.“ (2008, s. 36)

Za charakteristickou vlastnost case managementu, lze považovat to, že je realizován multidisciplinárním týmem. Týmy bývají složeny ze sociálních pracovníků, zdravotních (psychiatrických) sester, ergoterapeutů, pracovních konzultantů, psychiatrů, psychologů, rodinných terapeutů (Lieberman, Hilty 2011 in Pěč, Probstová, 2009, s. 141).

Case management probíhá ve dvou základních rovinách – jednou je individuální práce s klientem, druhá je rovina systému služeb. Při práci s klientem je hlavně využíván rehabilitační přístup zaměřený na zplnomocňování klienta a posilování jeho silných stránek a dovedností (Pěč, Probstová, 2009, s. 141).

Komunitní péče nabízí šanci aktivnějšího zapojení klienta do procesu léčby a také umožňuje menší míru restriktivních zásahů. Na druhou stranu asertivní komunitní léčba znamená mnohdy výraznější zásah do klientova soukromého života, než to bylo u hospitalizace (Stuchlík, 2001, s. 18).

2.2.1 Šest zásad Case managementu

a) zaměření se na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii – psychiatrická diagnóza může klienta stigmatizovat a nevypovídá dostatečně o jeho potížích, schopnostech a nadějích do budoucna. Existence, intenzita a frekvence symptomů jsou významnými faktory, nikoliv však tak významnými jako schopnost klienta fungovat v sociálních vztazích (Rapp, Wintersteen in Stuchlík, 2001, s. 17).

b) podstatný je vztah klienta a case managera – vztah je významnější než přesný plán intervencí. Ve vztahu má obvykle case manager silnější roli, alespoň z počátku. Case manager by měl budovat vztah s vědomím, že čím více bude klient v postavení partnera a ne pasivního příjemce pomoci, tím více budou intervence odpovídat klientovým skutečným potřebám. Vztah se lépe vytváří a udržuje, pokud case manager sám přímo poskytuje některou službu (práce s rodinou, trénink dovedností, poradenství) (Rapp, Wintersteen in Stuchlík, 2001, s. 17).

c) intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí – při práci s vážně duševně nemocným klientem nastávají situace (klient je nebezpečný sobě i okolí), kdy case manager musí činit rozhodnutí, které je sice v zájmu klienta (nebo společnosti), ale v rozporu s jeho přáním. Case manager by se měl snažit těmto situacím předejít (např.

vytvořit s klientem plán řešení možné krize předem) a zohledňovat klientovo přání a volbu, kdykoliv je to možné (Rapp, Wintersteen in Stuchlík, 2001, s. 17).

d) asertivita intervencí – Case manager musí mít dobrý přehled o klientově situaci. Nemůže spoléhat na to, že klient požádá o pomoc sám. To, že se klient nedostavuje na schůzky, není důvodem k ukončení práce s klientem – je třeba ho najít, nabídnout mu pomoc, pokud je jí třeba (Rapp, Wintersteen in Stuchlík, 2001, s. 17).

e) terapeutický optimismus – i lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat (Rapp, Wintersteen in Stuchlík, 2001, s. 17).

f) komunita je zdrojem podpory – při naplňování klientových potřeby měly být využity v první řadě přirozené zdroje. Klient nepotřebuje „služby denních center“, ale smysluplně vyplnit čas a rozšířit sociální kontakty. Úsilí case managera, by tedy mělo směřovat k pomoci najít klientovi zaměstnání, přátele, zábavu a koníčky. Využití profesionálních služeb je na místě jen tehdy, když ostatní postupy selhávají (Rapp, Wintersteen in Stuchlík, 2001, s. 17).

2.3 Pozice sociálního pracovníka

„Kvalifikovaná práce sociálního pracovníka je v multidisciplinárním týmu nejen nezastupitelná, ale v některých fázích je pro život člověka se závažným duševním onemocněním primární.“ (Matoušek, 2010, s. 133)

Kde všude se může sociální pracovník potkat s touto cílovou skupinou:

- ✓ v institucích (psychiatrická léčebna, psychiatrické oddělení nemocnice)
- ✓ v léčebných komunitách
- ✓ v komunitních zařízeních (krizová centra, denní sanatoria, centra denních aktivit, zařízení podpory práce a bydlení, týmy řízení případu)
- ✓ jiné služby (poskytovaných např. obcí nebo jinými organizacemi např. zařízení pro uprchlíky apod.) (Matoušek, 2010, s. 135).

Většina lidí s psychickými problémy potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc nebo specifickou intervenci. Ti, kteří jsou dlouhodobě duševně nemocní, potřebují zejména komplexní péči (zdravotně – sociální). Je to dáno tím, že kvůli kumulovaným problémům mají zasaženo více oblastí, kde potřebují pomoc a kde selhávají. Tento stav vyžaduje, aby pomoc, které se jim dostane, poskytovali

profesionálně zdatní jednotlivci za spolupráce jednotlivých složek péče na různých úrovních (tým, zařízení, region, stát). Tato týmová spolupráce však musí vycházet z toho, že jedna profese není a priori nadřazena druhé (Matoušek, 2010, s. 133, 134).

Na počátku každé vzájemné spolupráce je sociální šetření, do kterého bychom zahrnuli tato položky: klientova emočního, kognitivního a sociálního fungování, popis jeho osobních cílů a plánů, popis informací, jež se vztahují k jeho sociální síti (popis informace o jeho bydlení, o práci, o sociálním a rodinném podpůrném systému, pozorování interakcí klienta s okolím. Dále sem patří sociální historie a další významnou součástí šetření, je chronologický záznam životních událostí klienta. Všechny tyto informace pomáhají multidisciplinárnímu týmu pochopit klienta se vším, co jej obklopuje, s jeho sociálním a kulturním zázemím, potřebami (Matoušek, 2010, s. 137).

Banksová vydefinovala čtyři typy sociálních pracovníků, které rozdělila z hlediska způsobů přístupů k praxi, které e v realitě prolínají:

1. angažovaný sociální pracovník – svou práci bere jako způsob, kde uplatňuje osobní morální hodnoty. Klienty vnímá jako lidské bytosti, které si zaslouží empatii a respekt. Měl by o ně pečovat a jednat s nimi jako s přáteli. Sám sebe vnímá hlavně jako osobu, až potom jako sociálního pracovníka. U pracovníka hrozí vyhoření, vytvoření osobního vztahu s klientem a stranění některým klientům (1995 in Matoušek, 2003, s. 46).
2. radikální sociální pracovník – osobní hodnoty vkládá také do praxe, ale jde mu především o změnu těch zákonů, oblasti sociální politiky a praxe, které považuje za nespravedlivé. Jde především o práci v zájmu sociální změny (1995 in Matoušek, 2003, s. 46).
3. byrokratický sociální pracovník – v tomto modelu se doporučuje oddělit osobní, profesní a zaměstnavatelské hodnoty. Cílem je manipulace s lidmi v zájmu jejich změny. Vytváří iluzi osobní péče o klienta. Na druhé straně je i přísný normalizátor. Rozdělení osobního a profesního je ochranou proti pocitu viny za manipulaci (1995 in Matoušek, 2003, s. 46).
4. profesionální pracovník – autonomní profesionál, který je vzdělaný a vedený etickým kodexem. Jeho prioritou jsou práva a zájem klientů. Jako důležitý vnímá individuální vztah s klientem (1995 in Matoušek, 2003, s. 46).

V moderní komunitní psychiatrii, která chce být takovou sítí služeb, která nabízí nejen návaznou léčbu, ale také pomoc při hledání ubytování, zaměstnávání; chtějí se stát sociální podporou, jež pomáhá lidem s duševním onemocněním pomáhat obnovit jejich normální sociální role (Matoušek, 2010, s. 135).

Sociální pracovník v takto pojaté konkrétní práci:

- a) vytváří vztah s klientem na bázi partnerství
- b) je „vyslancem“, advokátem i tvůrcem vztahů, je spojkou mezi klientem a komunitou
- c) vidí věci v souvislostech a chápe, že pracuje s lidmi, kteří mají nejen psychické problémy, ale že sekundární dopady se pak odrážejí v celém jejich fungování
- d) snaží se ovlivňovat prostředí, v němž žije, k co největšímu pochopení a přijetí nemocného
- e) mapuje zdravotně sociální potřeby a je schopen rozpoznat které jsou naplněné, kde je potřeba podpory a kde může pomoci i prostředí
- f) chápe a podporuje koncept údravy – tedy přijetí sebe, významu a smyslu života, který je přesažný přes limit nemoci
- g) podporuje sociální integraci (Matoušek, 2010, s. 135,136).

3 Kapitola o zařízení

Tuto kapitolu bych chtěla věnovat popisu zařízení, v němž jsem měla možnost provést svůj kvalitativní výzkum. Jmenuje Iskérka, o.p.s. a jedná se o organizaci na podporu duševního zdraví. Toto sociální centrum denních aktivit sídlí v Rožnově pod Radhoštěm a je určeno dospělým lidem, kteří se dostali do psychické krize vlivem své životní situace, zdravotního stavu, dlouhodobé absence zaměstnání a sociální izolace. Služba je bezplatná a je poskytována jak ambulantní, tak terénní formou (Iskérka, 2014).

Legislativně je tato služba zakotvena do § 70 Zákona o sociálních službách, do sociální rehabilitace:

„(1) Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

(2) Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:

- a) nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. (Zákon o sociálních službách č. 108/2006, § 70).

Tato služba je poskytována ambulantní a terénní formou v mikroregionu Rožnovsko. Pro danou cílovou skupinu je to jediná sociální služba, kterou mohou využívat v ORP Rožnov pod Radhoštěm. Při poskytování služby se zaměstnanci opírají o metodu psychosociální rehabilitace, která se zabývá všemi aspekty života člověka s duševním onemocněním. Zařízení se cíleně věnuje jak individuální podpoře uživatelů, tak i jejich svépomocných aktivit (Iskérka, 2014)

3.1 Poslání, cíle a principy poskytované služby

Posláním zařízení je pomáhat dospělým dlouhodobě duševně nemocným a osobám v psychické krizi znovu nalézt vlastní síly k naplnění života v oblasti vztahů, zájmů a práce (Iskérka, 2014).

Hlavní cíle Iskérky:

- ✓ poskytovat podporu a pomoc v dlouhodobé duševní nemoci a v období životní krize ve vzájemné spolupráci s odborníky
- ✓ pomáhat uživatelům při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí;
- ✓ minimalizace sociální vyloučenosti
- ✓ snaha o osvětu veřejnosti – destigmatizace psychicky nemocných
- ✓ snaha o zachování či zlepšení psychického a fyzického zdraví
- ✓ celkové zvýšení kvality života
- ✓ spolupráce s rodinou (Iskérka, 2014).

Principy služby:

„Uživatelé službu navštěvují dobrovolně a sami si volí, kterou část služby a v jakém rozsahu službu budou využívat. Rozhodnutí uživatele je na prvním místě a uživatelé jsou podporováni v samostatném informovaném rozhodování. Podpora uživatelům je poskytována na základě partnerského vztahu mezi uživateli a pracovníky.“ (Iskérka, 2014)

3.2 Komu je služba určena a činnosti služby

Služba je určena pro dospělé (starší 18-ti let) lidi, kteří se dostali do psychické krize vlivem své životní situace, zdravotního stavu, dlouhodobé absence zaměstnání nebo sociální izolace. Pro využívání služby je nutné mít doporučení psychiatra nebo psychologa (Iskérka, 2014).

Činnosti služby sociální rehabilitace:

- a) dílny – podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků
 - ✓ rukodílna – je zaměřena na staré textilní techniky, tkaní na stavu, pletení, háčkování, výroba drobností, obalování knih

- ✓ šicí dílna – nácvik šití, opravy oděvů, zhotovování drobností
 - ✓ tiskařská dílna – tisk na lisu, výroba přáníček
- b) cvičná kuchyň – nácvik vaření, výuka nových dovedností, zvýšení samoobslužnosti a samostatnosti (Iskérka, 2014).
 - c) aktivizační programy – angličtina, výuka práce na počítači, trénink paměti, hudební dílna, pohybové aktivity
 - d) jiné programy – společenské akce, bowling, návštěvy solné jeskyně, rehabilitační masáže
 - e) individuální rozhovory – individuální plánování podle potřeb a přání uživatele
 - f) edukační skupina - 1x za 14 dní pod vedením klinického psychologa
 - g) komunitní setkání – společné porady všech uživatelů a pracovníků centra Iskérka (hodnocení činností, domluva na společných mimořádných akcích, návrhy nových aktivit, řešení dalších otázek chodu centra)
 - h) psychoedukace – nácvik dovedností potřebných pro zvládnání nemoci
 - i) zprostředkování duchovní podpory – navazuje na psychologickou a sociální péči. Podle přání klienta možnost individuálních kontaktů s duchovním
 - j) rodičovská skupina - rámci podpory rodin lidí s duševním onemocněním vznikla za účelem sdílení specifické životní zkušenosti tzv. rodičovská skupina. Cílem této skupiny je vzájemná podpora v náročných životních situacích a sdílení společných témat za podpory klinického psychologa a sociální pracovnice (Iskérka, 2014).

3.3 Údaje z výroční zprávy za rok 2012

V roce 2012 službu Sociální centra denních aktivit Iskérka využilo celkem 48 uživatelů, kteří využívali službu bezmála 7.500 hodin. Bylo poskytnuto 1.245 individuálních intervencí (1.574 hodin), 31 skupinových intervencí (58 hodin), 3.229 kontaktů. Chod zařízení zajišťoval tým 9 pracovníků v různých funkcích (Iskérka, 2014).

Když jsem si vybírala zařízení, ve kterém bych chtěla provést svůj výzkum, tak jsem se rozhodla pro Iskérku o.p.s. mimo jiné i proto, že mě velmi překvapila šíře nabízených programů. A tím nemyslím jen v rámci pracovních činností, ale hlavně mě zaujala nabídka projektů a to jak realizovaných v České republice, tak i na úrovni. Vzhledem k tomu, že jsem měla možnost pracovat několik let s touto cílovou skupinou,

tak mě velmi zajímalo, jak reagovali klienti na takovou možnost a zda se opravdu někdo přihlásil. Nesetkala jsem se zatím s tím, že by uživatelé měli možnost vstoupit do mezinárodního projektu jako rovnocenní partneři. Jsem zvědavá, zda se mezi těmi, kteří svolí s rozhovorem, objeví aspoň jeden, který se o tomto počínu zmíní a řekne mi, jak to na něj působilo. Proto se v následujícím textu budu zabývat popisem daných projektů, abych je uvedla do souvislostí a ukázala, jaká vlastně vznikla, pro uživatele Iskérky, nabídka. Uvědomuji si, že vložení tohoto „materiálu“ může působit poněkud rušivě s návazností textu, ale věřím, že to bude ku prospěchu věci. Sama jsem byla v mnohém hodně překvapena, jak profesionálně lze v Holandsku pracovat s duševně nemocnými a co všechno mohou zvládat a v čem být pro společnost přínosní. Budu opravdu zvědava, zda se v rozhovorech někdy otevře toto téma.

3.3.1 Projekty realizované v České republice

1. Sociální centrum denních aktivit Iskérka – jedná se o pokračování projektu, který se začal realizovat v roce 2004. „Jeho cílem bylo poskytnout pomoc a podporu dospělým dlouhodobě duševně nemocným občanům a lidem v psychické krizi ve spolupráci s psychiatry, psychology a duchovními. Projekt byl zaměřen na podporu a pomoc lidem s duševním onemocněním a lidem v psychické krizi v udržení jejich soběstačnosti a nezávislosti na druhých osobách v běžných denních aktivitách, které jsou potřebné pro samostatný život. Služba byla poskytována na principu partnerství a podpory.“ (Iskérka, 2014). Na realizaci tohoto projektu se podílelo několik subjektů – MPSV (868.000,- Kč), Zlínský kraj (235.000,- Kč), město Rožnov pod Radhoštěm (265.000,-Kč), vlastní zdroje a dary (Iskérka, 2014).
2. Týdny pro duševní zdraví – i v tomto případě se jednalo o pokračování projektu, který „běží“ již pátým rokem a je součástí celorepublikové akce. Jeho smyslem bylo se zaměřit na vzdělávání veřejnosti, destigmatizaci duševních onemocnění a na propagaci péče o duševní zdraví. Tento ročník byl věnován tématu „Závislosti a duševní zdraví“. V rámci projektu proběhlo několik výstav, byl představen nový film „Zalepit duši“, uskutečnilo se 6 přednášek a velká protidrogová kampaň. Kromě toho byly do domácností v mikroregionu Rožnov pod Radhoštěm a Valašské Meziříčí distribuovány letáčky, které informovaly o

závislosti a psychickém zdraví. Tento projekt byl realizován díky dotaci z Ministerstva kultury (25.000,-Kč), města Rožnov pod Radhoštěm (12.000,-Kč), města Zubří (5.000,-Kč) a také díky vlastním zdrojům (Iskérka, 2014).

3. Pracovní integrace osob s duševním onemocněním z Iskérky - projekt byl realizován od července 2011 do června 2012. V rámci projektu bylo vytvořeno několik pracovních míst a zapojilo se do něj 15 uživatelů Iskérky, kteří pracovali na velmi krátké úvazky. Díky tomuto projektu byli podpořeni ti uživatelé z Iskérky, kteří jsou dlouhodobě mimo pracovní trh. „Realizace projektu zvýšila úspěšnost jejich pracovní integrace či návratu do původního zaměstnání znovunabytím konkrétních pracovních, ale i sociálních dovedností. Pracovníci využili při realizaci projektu 8. leté zkušenosti, kterou má organizace v práci s cílovou skupinou.“ Nadace Ostravsko-karvinské doly na tento projekt poskytla finanční částku ve výši 300.000,- Kč (Iskérka, 2014).
4. Adopce na dálku – „Jedná se o pokračování projektu (realizován od června roku 2008). Realizace projektu je vlastní iniciativou uživatelů služby. V rámci projektu jsme podpořili studium teď již desetileté dívky Aishwarye z Indie, ze státu Karnaka částkou 4 900,- Kč. Prostředky jsme získali z prodeje vlastních výrobků z Rukodílny. Projekt jsme realizovali ve spolupráci s Arcidiecézní Charitou Praha.“ (Iskérka, 2014).

3.3.2 Projekty mezinárodní realizované z evropského sociálního fondu

1. Vzdělávejte se pro růst – v rámci tohoto projektu, který pořádal Úřad práce, proběhlo vzdělávání pracovníků v přímé péči v kurzech, které byly věnovány tématům, jako jsou krizová intervence, individuální plánování, problematika duševních nemocí, posílení týmové soudržnosti a první pomoc pro pracovníky v pomáhajících profesích. Ze zdrojů ESF v rámci podpory de minimis bylo uhrazeno na kursové a refundaci mzdy celkem 103. 598,-Kč (Iskérka, 2014).
2. Projekt „Uzdrav se sám“ - tento kurs je určen lidem, kteří bojují s psychickými problémy. Metodiku k tomuto kurzu vypracoval v roce 1996 nizozemský tým, který tvořili jak odborníci, tak klienti z psychiatrické péče. O několik let později

byl na základě národního výzkumu upraven a nyní se připravuje jeho zavedení do vzdělávacího programu na vysoké škole (Iskérka, 2014).

V čem je kurz výjimečný:

- ✓ název „Uzdrav se sám“ jasně vystihuje hlavní myšlenku, která se opírá o to, že uzdravení vychází z každého účastníka - jde o aktivní proces
- ✓ v kurzu dochází ke znovunalezení vztahu k "sobě samému"
- ✓ kurz vychází z konkrétních potřeb lidí s psychiatrickou zkušeností
- ✓ účastník změní své postavení ze "spolujezdce" na "řidiče" vlastního života (Iskérka, 2014).

Základní principy kurzu:

- ✓ vedoucím kurzu je člověk s psychiatrickou zkušeností, který sám tímto kurzem prošel
- ✓ kurz probíhá v respektujícím prostředí, kde jsou si všichni členové rovni
- ✓ nejde o kompletní uzdravení - zbavení se nemoci, ale o rozvoj nových dovedností, rolí, vztahů a cílů v životě (Iskérka, 2014).

3. Projekt mezinárodní spolupráce operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost – De Boei (tomuto projektu je věnována následující podkapitola).

3.3.2.1 Projekt: „S uživateli sociálních služeb a nizozemskou expertizou k systémovým změnám“

Tento projekt „S uživateli sociálních služeb a nizozemskou expertizou k systémovým změnám“ (který proběhl v rozmezí ledna 2011 - prosince 2013), byl věnován problematice zaměstnávání osob, které mají dlouhodobou zkušenost s duševním onemocněním, a to ve spolupráci s partnerskou organizací De Boei z Eindhovenu (Zpravodaj projektu, 2013, s. 8).

S uživateli sociálních služeb a nizozemskou expertizou k systémovým změnám (1/2011-12/2013) – probíhající. Rok 2012 byl 2. rokem realizace tříletého projektu financovaného ESFCR prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Byl dokončen a vyhodnocen rozsáhlý narativní výzkum zaměřený na zjištění silných a slabých stránek pro zaměstnávání osob s duševním onemocněním a jejich motivace k práci. Dále proběhl výzkum u zaměstnavatelů a pokračovala práce

týmu uživatelů, zapojení nizozemských expertů a spolupráce s Úřadem práce ČR a Psychiatrickou léčebnou v Kroměříži. V rámci projektu se v roce 2012 organizovali tři mezinárodní stáže s workshopy, z toho jednu v ČR a dvě v Nizozemsku. Za účelem spolupráce na analytických produktech projektu a informovanosti veřejnosti byly organizovány pracovní a informativní workshopy: se zdravotně-sociálními pracovníky léčebny; na Úřadě práce ve Zlíně s vedoucími kontaktních center Zlínského kraje; s pracovníky psychiatrické léčebny v Kroměříži; shrnující informativní workshop. Výstupy stáží a výzkumů budou v roce 2013 využity pro česko – nizozemskou srovnávací analýzu s návrhy na systémové změny v péči o duševně nemocné v ČR z pohledu jednotlivých klíčových aktérů (klient, léčebna, Úřad práce, zaměstnavatelé, stát a obec) a dále pro manuály zaměstnávání duševně nemocných (Zpravodaj projektu, 2013, s. 5).

ANOTACE PROJEKTU - cílem tohoto pilotního projektu bylo identifikovat typové problémy, které doprovází cílovou skupinu duševně nemocných ve vztahu k jejich pracovnímu uplatnění. K navržení konkrétních opatření, které by mohly současné problémy v ČR řešit, bylo využito několika zdrojů: a) česko-nizozemské expertízy; b) narativního výzkumu u uživatelů služeb; c) výzkumu u zaměstnavatelů; d) srovnávací analýzy; e) zkušeností uživatelů (Zpravodaj projektu, 2013, s. 5).

Do realizačního týmu na české straně byli zapojeni: klienti (peer pracovníci), úřad práce, psychiatrická léčebna v Kroměříži, zaměstnavatelé, město Rožnov pod Radhoštěm, Úřad práce ve Zlíně, Úřad práce ČR, Krajský úřad Zlínského kraje a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Celkem bylo zapojeno 21 osob v týmech a byla vytvořena rozsáhlá síť spolupracujících subjektů v obou zemích (Zpravodaj projektu, 2013, s. 6).

INOVATIVNOST PROJEKTU - „Klíčovou inovací projektu je aktivní zapojení uživatelů (osob s vlastní zkušeností s nemocí), kteří se prostřednictvím expertního týmu klientů stávají cennými odborníky.“ (Zpravodaj projektu, 2013, s. 7).

- na klienta je nazíráno jako na experta s vlastní zkušeností, který může radit ostatním a sám se podílí na řešení svého problému;
- systémové změny připravují za účasti těch, kterých se to týká, tzn. „zezdola“;

- vzájemné propojení zkušeností expertních klientů se zkušenostmi špičkových odborníků. Klient s vlastní zkušeností s nemocí je pro proces stejně důležitý, jako psychiatr;
- využití dlouholetých zkušeností holandské partnerské organizace De Boei, která od roku 1990 uplatňuje aktivizační programy, které vyvíjejí klienti. Je kladen velký důraz na empowerment – sebesílení potenciálu klientů a rozvoj jejich schopností;
- prolnutí zdravotní a sociální péče. Nemoc je otázkou zdravotní péče, aktivizace a znovuzapojení do společnosti je tématem sociální péče. Spolupráce obou složek je nezbytná (Zpravodaj projektu, 2013, s. 7).

ORGANIZACE STICHTING DE BOEI EINDHOVEN - tato partnerská organizace v projektu je uznávanou nizozemskou nadací, která poskytuje sociální služby špičkové kvality od roku 1990. Charakteristickým znakem je její inovativní přístup ke klientům (uživatelům), které se snaží aktivizovat k co největšímu využití jejich vnitřního potenciálu a schopností (empowerment). Díky jejich zkušenosti práce s duševně nemocnými vznikly vlastní a velmi efektivní metodiky práce s uživateli a řadu programů vytvářejí oni sami. V době spolupráce s Iskérkou měla v péči více než 1000 uživatelů a ze 105 zaměstnanců bylo téměř 40 zaměstnanců bývalých klientů, tedy osob s vlastní zkušeností s psychickým onemocněním (Zpravodaj projektu, 2013, s. 10).

Filosofie De Boei ovlivnila pohled (nejen zaměstnanců Iskéřky) na duševně nemocné a zdůrazňuje tyto principy:

- podpora je založena na vzájemném respektu, jak pracovník, tak klient jsou rovnocenní partneři;
- důraz je kladen na potenciál, talent a schopnosti uživatele, protože klient je „více“ než jeho onemocnění;
- je důležité se zaměřit na obnovu rolí, které jsou narušeny nemocí a hledat další příležitosti, protože klient není „jen“ v roli pacienta;
- klient je „řidičem vlastního života“, proto je nutné klást důraz na vlastní aktivitu a sebesílení;
- důležitým ukazatelem resocializace je úroveň prospěšnosti ostatním (společenská participace);

- nemoc je cenná zkušenost, kterou může klient využít k pomoci dalším nemocným (Zpravodaj projektu, 2013, s. 10).

AKTIVIZAČNÍ PROGRAMY A SOCIÁLNÍ PODNIKÁNÍ DE BOEI

- 5 aktivizačních center – rukodělné, sportovní, edukační
- 3 biofarmy – prostředkem rehabilitace je fyzická činnost a setkávání
- De Boei&deKunst- výtvarné umění a tvorba čtvrtletníku organizace, které je spojeno s prodejem vlastních výrobků
- KlussenBus – uživatelé provozují malířství pokojů a stěhovací práce
- RunBus – přepravu osob realizují uživatelé spolu s dobrovolníky
- ICT – IT síť – webmaster, uživatelé provozují poradenské centrum
- De Boei Contact – projekt pro navázání vztahů vyvinutý klienty
- Centrum zapojení uživatelů – adaptace služeb potřebám klientů
- Maat – projekt je určen obětím násilí a afektivního zanedbání v dětství
- Bed and Breakfast – vybudování a provoz penzionu (Zpravodaj projektu, 2013, s. 10).

PŘÍBĚH Z PROJEKTU

„Měla jsem šťastné dětství, záliby, začala jsem studovat a potom najednou přišla nemoc. Po úrazu hlavy se mi objevily psychické problémy, následovala návštěva psychiatra, pobyt v léčebně. V 17 letech jsem se dozvěděla, že mám schizofrenii.

Od té doby jsem celých 20 let bojovala s touto nemocí. Byla jsem několikrát hospitalizovaná v psychiatrické léčebně, nemoc mi znemožnila dokončit školu, a jen základní vzdělání. Tenkrát jsem ztratila kamarádky, kontakt s lidmi, dlouho jsem byla nezaměstnaná. Později mi byl přiznán invalidní důchod. Přestala jsem si věřit snad ve všem. Byly to těžké chvíle, na které nerada vzpomínám. Od těch nejčernějších úvah mi tehdy pomohla nejbližší rodina, pomoc zvenčí v té době nebyla.

V roce 2004 jsem začala navštěvovat centrum denních aktivit Iskérka. To pomáhá lidem, kteří prošli duševních nemocí nebo psychickou krizí. Teprve tam jsem znovu našla kontakt s lidmi. Být mezi lidmi je pro mě hodně důležité. Začala jsem se zapojovat do pracovních aktivit, navštěvovat společný program, účastnila jsem se skupin s psychologem. Práce v Iskérce mě velmi baví a povzbuzuje k životu. Po letech jsem tak našla nový smysl života. Dostala jsem znovu příležitost pracovat na sobě, rozvíjet se a

seberealizovat v tvůrčí činnosti, vrátilo se mi sebevědomí, naučila jsem se žít a být prospěšná i se svou nemocí.

Dnes funguji v Iskérece jako uživatelka služeb a kromě toho jsem zaměstnaná už v druhém mezinárodním projektu. Rok jsem v Iskérece vykonávala funkci předsedkyně rady uživatelů, kterou jsme zavedli po vzoru De Boei, podařilo se mi doplnit vzdělání kurzem „pracovník v sociálních službách“, absolvovala jsem redakční kurz, spolupracuji s webovým portálem „Lidé mezi lidmi“, pracuji jako dobrovolník pro TV Noe a letos jsem i peer pracovníkem v centru Camino ve Vsetíně. Svými zkušenostmi s nemocí chci pomáhat dalším lidem. Možnost vidět, jak se v Nizozemsku lidé s psychickou nemocí zapojují do práce a co všechno zvládnou, mě samotnou hodně povzbuzuje k životu, a chtěla bych, aby tuto možnost měli i ostatní.“ (Zpravodaj projektu, 2013, s. 42).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 Metodologie výzkumu

V empirické části mé bakalářské práce se pokusím zpracovat (analyzovat) kvalitativní rozhovory, které jsem provedla s uživateli, kteří docházejí do centra denních aktivit Iskérka o.p.s., v Rožnově pod Radhoštěm. Toto zařízení poskytuje své služby uživatelům, kteří mají duševní nemocnění.

Hlavní výzkumnou otázkou tedy bude: **„Zda spolupráce se sociální službou má vliv na subjektivní vnímání jejich života.“**

Cílem mého výzkumu bylo především porozumět uživatelům této služby, jak sami vnímají svůj život (v kontextu své duševní nemoci) a jak jim využívání služby pomáhá k dílčímu zvýšení jejich kvality života. V rozhovorech jsem se věnovala dvěma větším okruhům, z nichž jeden se týkal využívání sociální služby a druhý byl zaměřen na mapování soukromého života respondentů.

4.1 Organizace výzkumu

Počátkem tohoto roku jsem kontaktovala vedoucí zařízení Iskérka o.p.s., Bc. Terezu Tichou s dotazem, zda by bylo možné udělat v zařízení, které vede, kvalitativní výzkum který by byl proveden pro účely bakalářské práce. Předložila jsem jí svojí představu, kterou jsem měla o celkovém postupu a také jí seznámila s tím, o čem by rozhovory měly vlastně být, tedy jaké téma se bude otvírat. Požádala jsem jí, zda by tuto mojí žádost prokonzultovala ve svém pracovním týmu. Pokud by se tým shodl na tom, že to není „problém“, pak by tedy oslovila klienty s tím, zda by se chtěli takového výzkumu zúčastnit. V případě kladných odpovědí mi zavolá a dohodneme konkrétní podmínky. Vzhledem k tomu, že nebyly žádné negativní námitky, tak jsem se osobně dostavila na místo poskytování služby a domluvila zcela podrobný nástin, jak to bude vypadat. Požádala jsem jí o možnost, zda bych interviu mohla provést přímo v jejich zařízení a aspoň s pěti respondenty. Zeptala jsem se jí, zda bych je mohl ujistit, že jejich poskytnuté rozhovory nebudou k dispozici nikomu, pouze mně a já pak vedoucí seznámím pouze se zpracovanými souhrnnými výstupy. A také, že jejich výpovědi nebudou ani součástí (jako přílohy) mé bakalářské práce. S tímto návrhem souhlasila a já jsem tedy (s ní) zašla za klienty a zeptala jsem se jich, kdo by tedy měl zájem a

konkrétně jsem si s nimi domluvila den a hodinu a to v době, která jim bude vyhovovat a nebude tak kolidovat s jejich aktivitami ve středisku. Bylo domluveno celkem šest setkání, z nichž poslední se neuskutečnilo z důvodu mé pracovní neschopnosti, proto tedy proběhlo celkem 5 rozhovorů.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo celkem pět uživatelů, z nichž byl jeden muž a čtyři ženy a věkový průměr respondentů byl 40,6 let. Všechny spojuje duševní onemocnění a také to, že se k rozhovorům dobrovolně přihlásili. Dva rozhovory proběhly v učebně a další tři pak v místnosti, kde se konají rozhovory s klíčovým pracovníkem.

4.3 Výběr metody výzkumu

K získání potřebných informací jsem využila metodu interview. Miovský ji definuje takto: „...takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie.“ (2006, s. 136) Tato metoda je vhodná pro získání informací od respondenta a také dává dostatek prostoru pro porozumění jeho motivů a postojů. Jako konečnou variantu jsem zvolila polostrukturovanou podobu. Flexibilita takto pojatého interview dává tazateli určitou možnost pružně reagovat na respondentovi odpovědi a „řídí“ tak vývoj celé komunikace. Disman to rozvádí, když říká, že: „Kvalitativní výzkum je nenumerné šetření a interpretace sociální reality. Cílem je tu odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.“ (2000, s. 285). V mnoha odborných knihách je zdůrazňováno, že vedení kvalitativního výzkumu není vůbec snadné, dokonce je to pojmenováváno jako sloučení umění a vědy dohromady. Od tazatele to vyžaduje jisté dovednosti, jakými jsou empatie, koncentrace, citlivost a také schopnost odhadnout správnou délku rozhovoru. Velkou pozornost je třeba věnovat samotnému počátku rozhovoru, kdy je ve hře „mnohé“. Je nutné prolomit psychické bariéry a snažit se přirozenou formou získat sympatie, které mohou přinést i pocit důvěry a takto bezpečné prostředí pak může poskytnout co nejvíce potřebných informací. Před zahájením rozhovoru je nutné si zajistit souhlas s nahrávacím zařízením, na které bude rozhovor zaznamenán (Hendl, 2005, s. 167, 168).

4.4 Fáze rozhovorů

Slovo důvěra je, v takto pojatém výzkumu, zcela zásadním momentem, kterého si všímá i Miovský: „Získání důvěry a motivace k účasti na interview je naprosto klíčové“ (2006, s. 164). Před samotným spuštěním diktafonu jsem se ještě jednou představila a vysvětlila respondentům, k jakému účelu vlastně tyto rozhovory potřebuji. Řekla jsem také, kde momentálně pracuji a jakou školu vlastně studuji a proč jsem si vybrala právě tuto cílovou skupinu – tedy duševně nemocné klienty. Požádala jsem je, zda by souhlasili s použitím nahrávacího zařízení, které mi umožní, že je budu moci opravdu pozorně poslouchat a nebudu tak nucena si dělat poznámky, které by stejně nikdy nemohly postihnout přesně a detailně jejich odpovědi. Seznámila jsem je na úvod s dvěma okruhy – jeden lehce mapuje rodinné zázemí, druhý se týká zhodnocení služby - které jsem si připravila a také je vyzvala k tomu, že kdyby jim byla nějaká otázka nepříjemná, tak je samozřejmé, že na ní nemusí odpovídat a já to budu respektovat. Řekla jsem jim také, že mám připravené tzv. „nástřelové otázky“, které mi mají být částečným vodítkem. Znova jsem je ujistila, že získaná data budou sloužit pouze k účelům této práce a nebude s nimi nijak dále manipulováno. Pouze jedna respondentka chtěla přečíst „nástřelové“ otázky, ostatní tuto možnost využít nechtěli. Pro větší přehlednost jsem se rozhodla dát každému respondentovi kód, pod kterým ho pak budu citovat a také na počátek udělám velmi stručnou charakteristiku každého respondenta.

| kód | věk | Rodinný stav | Bydlí | Jak dlouho dochází do zařízení |
|---------------------|-----|------------------|---|--------------------------------|
| Paní M. kód I. | 35 | svobodná | V městském bytě a s rodiči | Několik měsíců |
| Pan R. kód II. | 38 | svobodný | Na vesnici, v rodinném domku a s rodiči | 4 roky |
| Paní D. kód III. | 41 | vdaná | V domku | 10 let |
| Paní K. kód IV. | 48 | svobodná | Sama v městském bytě | 10 let |
| Paní J. kód V. | 41 | Vdaná, 1 dítě | V domku | Několik let |

Musím se přiznat, že jsem před prvním rozhovorem byla hodně nervózní, protože to bylo poprvé, kdy jsem byla v „křesle moderátora“ a také jsem vůbec nevěděla, jak budou respondenti na mé otázky reagovat. Říkala jsem si, zda se mi podaří dobře otázky a myšlenky formulovat, zda budu schopná reagovat na vývoj tématu, připravovala jsem se také na variantu krátkých a strohých odpovědí či naopak širokého odbíhání od tématu. Byla jsem velmi překvapena, jak všechna interview proběhla – v atmosféře otevřenosti, pravdivého pojmenovávání věcí. Nejkratší rozhovor měřil asi 25 minut, nejdelší necelou hodinu. Celkově to byla pro mě velká „škola“ a já jsem pak nad konkrétními výpověďmi dlouho přemýšlela a říkala si, jestli ta „pohoda v komunikaci“ byla dána bezpečím a soukromím, (které jsme měli) nebo to v tomto zařízení prostě „tak mají“ a klienti jsou schopni se takto vzájemně sdílet.

Po skončení prvního rozhovoru se mě respondentka zeptala, zda by bylo možné, abych jí rozhovor poslala. Odpověděla jsem, že ano, protože nahrávka bude přepsána do psaného textu. Napsala mě svoji e-mailovou adresu a já jsem jí slíbila, že po dokončení ji rozhovor pošlu. U následujících respondentů jsem se v návaznosti na tuto skutečnost zeptala, zda by o to také stáli. Všichni se shodli, že ano.

Dalším úkolem, který mě čekal, bylo udělat doslovný přepis, tzv. transkripci, nahraných interview. Zda napsaný text souhlasí s tím nahraným, jsem zkontrolovala zpětným poslechem a případným odstraněním chyb. Takto připravené rozhovory byly vytištěny a začala příprava dat, která budou využita pro samotnou analýzu. Jednotlivým zkoumaným tématům byla přiřazena určitá barva a tou jsem označila ty části textu, který danou oblast obsahovaly. Po tomto kroku byla provedena analýza kvalitativních dat metodou vytváření trsů. Tato metoda umožňuje seskupit určité výroky do „skupiny“, které se nazývají trs. Tyto trsy by měly vzniknout díky podobnosti a společným znakem takového trsu může být „tematický překryv, tj. když se v odpovědích respondentů vyhledávají stejné pasáže, které se vždy váží na jedno konkrétní téma (Miovský, 2006, s. 221).

5 Analýza kvalitativních rozhovorů s uživateli sociální služby Iskérka o.p.s.

V této kapitole budu analyzovat kvalitativní rozhovory, které proběhly s uživateli centra denních aktivit, které je určené pro osoby s duševním onemocněním. Analýza bude rozdělena na dvě části, které budou „kopírovat“ dva okruhy, které jsem si zvolila ve svém zadání. Prvním mapovaným okruhem bylo, jak uživatelé subjektivně vnímají poskytování sociální služby, kterou využívají. Jak jí hodnotí a zda má vliv nejen na jejich fungování, ale také jak individuálně působí na jejich vnitřní prožívání. Dílčí otázky, které jsem si udělala k tomuto tématu, byly:

- jak dlouho do služby docházejí a jak se o ní dozvěděli;
- zda přicházeli do služby s nějakou konkrétní představou;
- zmapovat, které činnosti jim nejvíce vyhovují a které naopak schází;
- zjistit, co se subjektivně nejvíce změnilo v jejich prožívání a sociálním fungování od doby, co službu navštěvují

Druhým okruhem byla oblast soukromého života, které „dotváří“ obraz o životě daného jedince, v mém případě respondenta, který se odvážil podhalit oponu své existence a kterého duševní onemocnění provází jako stín. Dílčí otázkou, kterou jsem si nastínila, byla, „jaké mají rodinné zázemí“. Další připravené nemám, uvidím, jak se rozhovory budou vyvíjet a zda z nich nevyplnou nějaká další společná témata.

Dobře si uvědomuji, že budu vstupovat na „tenký led“, protože to budou rozhovory o interních věcech a soukromých pocitech. Věřím ale, že když se mi podaří vcítit se do jejich vyprávění a podívat se na svět jejich očima a tak možná přijdu na věci, které i mě samotnou obohatí a posunou dále. Velmi bych si to přála.

Přímé citace, které jsou v následujícím textu uváděny, jsou opsány přesně tak, jak zazněly naživo a proto jsou v nich hovorové výrazy psané v nespisovné češtině. Každá citace rozhovoru je označena přiděleným kódem, který je vysvětlen výše, aby bylo jasné, který respondent citovanou pasáž řekl.

5.1 Vliv poskytované služby na subjektivní prožívání klienta

Prvním dílčím tématem, na které respondenti měli odpovídat, bylo, jak dlouho do zařízení chodí a také odkud se dozvěděli o existenci této služby. Říkala jsem si, (že vzhledem k tomu, že podmínkou přijetí k využívání služby je nutné donést doporučení od psychiatra), tak zřejmě tento odborný lékař by měl být asi tím prvním kontaktem mezi „nemocným jedincem“ a existujícími sociálními službami, které nabízejí své služby. Pak mě také napadlo, že i letáky, které jsou k dispozici v čekárnách, mohou být informací „prvního kontaktu“. Z rozhovorů však vyplynulo toto:

Paní I.: *„Tak já jsem tady nejnovější, chodím tady asi dvě měsíce. Bych tipla. Já jsem se o Iskércce věděla, že něco takového existuje, protože mám duševně nemocnou kamarádku a já už jsem byla zájemce od léta o Iskércu, ale psychiatricka mi řekla, že sem nepatřím. Řekla mi, že prostě to není jakoby pro mě tady. Až vlastně na podruhé, kdy jsem si zažádala, že vlastně chci, tak mi to napsala. To je docela zajímavé, je to takové zaškatulkování lidí, protože člověk nevidí dovnitř, takže jestli si myslí, že člověk vypadá normálně a jakoby chodil mezi ty nenormální v uvozovkách, ale tím se nechci nikoho dotknout.“*

Paní II.: *„Docházím tady čtyři roky. Od roku 2010. Dozvěděl jsem se od pracovnice. Je to kamarádka moji mamky. Ony tady byly na kafe, my jsme tady byli s tatškou, my jsme se tady zastavili, ona věděla, že jsem na důchodě. Tak mi říkala, a ty bys tady nechtěl přijít do Iskércy? Tak jsem říkal, že bych to zkusil a přišel jsem.“*

Paní III.: *„Tak já jsem vlastně začla tady do zařízení Iskércy chodit v roce 2004, krátce, asi tři měsíce po jeho vzniku a chodila jsem tu a chodím strašně ráda. Procházel jsem takovým různým obdobím, kdy jsem měla i práci. 8 roků jsem dělala poštovní doručovatelku, takže když jsem byla v práci, tak to nešlo, nebo jsem se stavila po práci. Ted' tady chodím málo, protože dělám v podobné organizaci, jako je Iskércka. Já jsem tady šla na doporučení psychiatricky.“*

Paní IV.: *„Tak chodím tady asi od roku 2004 a to je asi deset, jedenáct let. Tak dozvěděla jsem se o tom od svoji tety, která mi řekla, že v novinách vyšel článek, že v Rožnově pod Radhoštěm mají mít schizofrenici svoji dílnu. No, moje kamarádka byla současně kamarádkou paní vedoucí, tak ta mi o tom řekla, kde mám jít a kde se mám přihlásit a od té doby tady chodím.“*

Paní V. říká: „*Tak já tady docházím dlouho, ani nevím, kolik je to roků, protože jsem vlastně onemocněla ve dvaceti, po porodu. To jsem se léčila u paní doktorky S. Ta mi doporučila, ne hned, protože takové organizace nebyly, tak pak mi doporučila Iskérku.*“

Z odpovědí tedy vyplynulo, že pouze dva klienti byli informováni psychiatrem a další tři prostřednictvím známých lidí. Ve dvou případech to byly kamarádky rodiny v jednom známá, která dokonce v zařízení pracovala. Chtěla bych se ještě vrátit ke skutečnosti, kterou zmiňovala v rozhovoru paní I. Přesně si pamatuji, když jsem s ní vedla dialog, že jsem se na to ptala ještě jednou, zda jsem tomu dobře porozuměla, že jí její psychiatricka to doporučení prostě nedala, přestože si to ona sama velmi přála. Odpověděla mi, že to chápu dobře a taky mě ujistila, že kdyby jí ta její kamarádka hodně nepodpořila, tak by možná už znovu odvalu k požádání o to doporučení neměla. Co z těchto slov vyplývá? Vzhledem k tomu, že nemohu získat adekvátní odpověď i od zmíněné lékařky, proč doporučení dát nechtěla, tak se mohu pouze upozornit na souvislost, která mě přitom napadla. Respondentka uvedla: „...*je to takové zaškatulkování lidí, protože člověk nevidí dovnitř, takže jestli si myslí, že člověk vypadá normálně a jakoby chodil mezi ty nenormální v uvozovkách...*“ Zde se mi vybavil termín stigmatizace. Jedním z důvodů (ovšem nepodložených) mohlo být to, že tato paní prostě mezi ně (pohledem lékařky) nepatřila. Možná si říkala, že jí to neprospěje, protože „vypadala normálně“. Musím se přiznat, že i já jsem si jí spletla a myslela jsem, že je to zaměstnanec. Až ve chvíli, kdy mi řekla, že by ten rozhovor ráda udělala, tak mi došlo, „která vlastně bije“. Je ale velmi dobré a žádoucí, aby se duševně nemocní snažili někam chodit a tím se dostali „mezi lidi“ a nežili pouze v mentálním zajetí své nemoci. Je docela možné, že někteří „méně průbojní“ zájemci po odmítnutí již neseberou odvalu a nezkusí to znovu. Pro mě z toho tedy vyplývá, že je důležité velmi úzce spolupracovat (hlavně s psychology a psychiatry), aby jejich informovanost byla adekvátní jejich významu.



Druhým tématem bylo to, zda měli nějakou představu o tom, co vlastně mohou od zařízení očekávat.

Paní I.: „*Bylo to úplně nové. Ale měla jsem představu, že vytižím ten svůj volný den, ten čas, že si nepřipadám, že mi to běží, i když mám pocit, že mi to pořád trošku běží, jakoby hmm, nějak mezi prsty, ale chtěla jsem vyzkoušet, jaké to je fungovat. Hlavně ten denní režim, že opravdu vstanu a někam jít, jo.*“

Pan II.: *„Jsem nevěděl vůbec. Jen jsem věděl, že se tady scházejí takoví ti lidi duševně nemocní a to. Ale neměl jsem představu, co to obnáší.“*

Paní III.: *„Vůbec jsem nevěděla, co mám od toho očekávat. Spíše jsem se bála, nebo že ty lidi neznám.“*

Paní IV.: *„Neměla jsem žádnou představu.“*

Paní V.: *„No neměla jsem žádnou představu, co se dozvím, věděla jsem, že tu jsou lidi, kteří tady docházejí, a mně šlo o to, abych se s nimi stýkala.“*

Zde se čtyři respondenti shodli na tom, že když přicházeli poprvé do zařízení, tak neměli žádnou představu o tom, co je čeká. Výjimkou byla paní I. která přesně popsala, proč tam vlastně chce jít – kvůli svému fungování v režimu a řádu, aby jí ten život jen tak „neprotékal mezi prsty“. Za zmínku stojí však také odpověď paní V. která sice představu neměla, ale věděla, proč tam jde – kvůli lidem, se kterými se chtěla stýkat. Z těchto odpovědí je patrné, že důvody, které vedou k navštívení nějaké sociální služby, mohou být různé. Někteří jdou prostě bez jasné představy, ale vědí, že tam potkají lidi, kteří bojují také s duševním nemocněním, tudíž asi předpokládají, že pochopení pro jejich stavy a průvodní jevy nemoci bude zcela jistě větší, než ve společnosti „normálních lidí“. Možné je i to, že už prostě doma sami (nebo s těmi, kteří je sice mají rádi, ale mnohdy jim nerozumí) být nechtějí, protože to na ně „padá“ a oni „musí jít“. Dalším důvodem může být ztráta sociálních kontaktů, které pak ještě více znásobí „sekundární projevy nemoci“. Ono „být s někým“ může být dostatečným důvodem k tomu, aby člověk překonal obavu a prostě to „šel zkusit“. A v neposlední řadě to může být i proto, že někteří lidé, kteří byli zvyklí fungovat v jasně nastaveném řádu a měli vyplněnou téměř každou chvíli, se zásahem nemoci totálně „rozložila“ struktura dne a to, co je dříve hnalo vpřed je nyní velkým handicapem.

•

Třetím tématem bylo, které z nabízených činností nejvíce využívají a zda jim nějaká aktivita schází.

Paní I.: *„Já využívám vlastně všechno. Já chodím tady každý den, využívám všechno, co se dá. A je fakt, že mě, to záleží na náladě. Někdy třeba přijdu, já jsem tady byla v pondělí a nešla jsem do angličtiny. Prostě se mi nechtělo, nechtělo se mi zapojovat ty mozkové závity, protože ještě třeba dojíždím na psychoterapii. Tak tam lapím v kuchyňce nebo něco nebo se zapojím do něčeho jiného, takže záleží, ale myslím si, že využívám respektive všechno, na všechno bych si potřebovala sáhnout, jak na*

pletení košíků, tak na šití, na tkalcovské dílny. Tam to jenom zkusit. Mně se tady líbí i to vzdělávání klientů, možnost angličtiny, možnost uvařit si něco nového nebo se to naučit. Je tady strašná podpora v tom individuálním plánu, že se teď budu učit šít na stroji, v životě jsem to nedělala.“ Stejná respondentka zároveň podotkla, co ji v nabídce Iskérky schází: „Už jsem to navrhovala. Zapojovat lidi do té práce nebo pomoci zkoušet najít jim práci, což už částečně běží, ale musí se to rozběhnout více. Ale je pravda, že tady je hodně klientů, kteří mají svůj důchod a pracovat nechtějí nebo mají důchod. Ale myslím si, že v rámci budoucnosti přibude i těch, kteří by zase šli.“

Pan II.: „No, většinou docházím každý den. No většinou, jak to tam je. Pondělí, úterý, středa jo. Někdy vynechám čtvrtek, někdy vynechám pátek. Zítra máme plavání, takže půjdu na plavání. A pak máme ještě, že půjdeme tady ještě do čajovny. V rámci toho plavání, pak chvíli jak doplaveme, půjdeme na město. Pak půjdeme do té čajovny. Já jsem původně začal chodit jenom na angličtinu a chodil jsem jedenkrát týdně a potom jak se tady začal spravovat barák, tak jsem začal chodit na ty brigády. Nejraději pracuji přes léto na zahradě, když je co dělat. No tak umím jakoby s rýčem, porýt zahrádku, takové to jednoduché sekání trávě baví, sekání dřeva a tak. Ještě ten ping-pong to je taky takový můj oblíbený sport, v kterém neříkám, že jsem perfektní, ale jsem mírně nadprůměrný“ Popsal také, co by navrhoval: „Uvítal bych v zařízení takovou srandovní věc. Rád hraju kulečnick. Ne dirovaný, ale karambol. Takže stůl. Ale to by se tady nikde nevezlo. To není reálné.“

Paní III.: „Já jsem chodila na zahradu a dělala takové ty zahradní práce. Snažila jsem se zapojovat do těch činností, hlavně tam, kde byla ta práce vidět, kde byla hmatatelná. I v tiskárně jsem jednu dobu dělala, pomáhala, takže vím, že práce je důležitá pro každého člověka, že nejhorší je, když ti lidé přijdou o práci a teď se utápí v těch myšlenkách, v tom špatném. Teď tady chodím málo, protože dělám v podobné organizaci. Ráda jsem měla ty skupinové sezení. Hodně co mi pomohlo, jsou skupiny s psychologem, které tu byly zajeté a byla to snad nejoblíbenější aktivita.“ Dále dodává, že: „Iskérka je dobré zařízení, ale není na to navázaný nějaký postup, nějaké ty rekvalifikace, kde by si ti lidé zkusili zaměstnání, to zatím nefunguje, ale myslím si, že v budoucnu by chtěli něco takového udělat. Myslím si, že ti, co jsou stabilizovaní, by si mohli vyzkoušet tu práci a pak měli ten posun. To tu zatím chybí. V Praze a Brně už něco takového je, ale tady je malé město a není ta návaznost. Toto mě chybí je tady více klientů, kteří se stabilizovali, a není ta možnost si vyzkoušet práci na zkoušku. Chybí mi ta návaznost. To je systémová věc.“

Paní IV.: „Zapojovala jsem se do všech různých činností. Ze začátku to byla angličtina, pletení ponožek, háčkování, obaly na knížky, ozdoby na stromeček, příprava na šití. Minulý rok jsem šla jednou na koníky, jezdilo se tam. Nejdříve jsem měla brigádu, a pak jsme jezdili na koni.“ Nemá nic, co by jí scházelo: „Právě že není, protože Iskérka má tak bohatou skladbu činností, tak mám problém to stíhat, bych pravdu řekla.“

Paní V.: „No teď mi hodně pomáhají pohovory, protože mi nebylo dobře, každý tady má svého klíčového pracovníka, kterému se může svěřit, vím, že můžu říct všechno, nemusím říkat, co nechci. Dřív jsem chtěla chodit na balony, ale to jsem vzdala, pak tady byla jóga, ale ten pán odešel do Camina. Teď nejvíce navštěvuji pohovory. Chodím taky na angličtinu pro začátečníky, ale to flákám. Moc se doma neučím. Ale je dobře, že člověk mozek zaměstná. Ale abych řekla pravdu, moc mi to nejde. To ale nevadí, někdy ta přítomnost je důležitější, než nějaký hmatatelný výsledek. To, že člověk chce něco vyzkoušet je v tu chvíli nejvíc. Nemusíme mít obrovské sny, ale musíme vidět ty malé krůčky. Ta moje srdeční záležitost jsou ti lidi, ta práce. Že můžu o svých problémech mluvit“ Zároveň také zmínila: „Jóga tady teď není, tu bych přivítala.“

Co lze vyčíst z předložených odpovědí? Nabídka aktivit ve středisku je opravdu bohatá a to až do té míry, že jednu respondentku dokonce nenapadá nic, co by dodala. To je myslím velmi zajímavé a málokdy vídané. A přitom se tato klientka rozhodně nemůže řadit mezi ty, které toho moc „nedělají“ – naopak. Vyzkoušela snad všechno, je čínorodá, ráda se zapojuje a „přesto ji nic nenapadá“. Zapojuje jak ruce (ruční práce), tak hlavu (angličtina), a také „duši“ (setkání se zvířaty v přírodě). V nadsázce by se dalo říci „prototyp spokojeného klienta“. Pan II. patří také mezi ty, kteří rádi využívají široké spektrum a „jeho parketou“ je především péče o zahradu, která obklopuje středisko. Protože tak pomáhá i doma, tak je v této činnosti velmi zručný a dělá to dobře, ke spokojenosti všech. Díky tomu, že je to letitý sportovec, tak ho těší pohybové aktivity a proto se vždy účastní aktuálně třeba plavání. Není až tak překvapivé, že jeho přání je směřováno do této kategorie – chtěl by kulečník. Ovšem je realista a uvědomuje si, že to není reálné kvůli nedostatku místa. Paní V. díky tomu, že má vlastní rodinu, tak toho časového prostoru má mnohem méně, než výše zmínění kolegové, kteří jsou svobodní. Proto chodí hlavně na angličtinu a na aktivity, které se „točí“ kolem rozhovorů, takového slovního sdílení. Chtěla by chodit více, ale uvědomuje si, že má povinnosti vůči manželovi a dospívajícímu synovi, proto to zredukovala na své „nejoblíbenější“

činnosti. Odpovědi zbývajících dvou respondentek se od výše zmíněných tří liší, ale spolu velmi korespondují. Výchozí pozice jsou rozdílné – paní I. je svobodná mladá žena, která do zařízení chodí každý den a podle momentální nálady buď využívá (nebo ne) aktivity daného dne. Ovšem v případě, že se „jí nic nechce“, tak jen sedí v kuchyni, ale – a to je stěžejní – je mezi lidmi. A o to jí především jde. Druhá žena je vdaná paní, která má své „profesní povinnosti“ jako peer pracovník v jiném zařízení, které je také v jiném městě a kterému věnuje hodně času. Z toho důvodu má velmi omezenou možnost chodit do Iskéřky, ale pokud může, tak se zapojuje do skupinových sezení, které jsou na bázi sdílení. Zde však je třeba „přehodit výhybku“ a obě ženy se mentálně shodly na tom, že jim neschází činnost, ale návaznost na toto zařízení. Vidí to v rovině širších souvislostí a zamýšlejí se nad tím, co „bude následovat“; je toto „konečná“ anebo je ještě něco za horizontem? Obě vědí, že budoucnost pro duševně nemocné je v začlenění do společnosti prostřednictvím uplatnění v následném zaměstnání. To přinese zcela zásadní pocit, že i oni jsou součástí společnosti lidí a že nemoc je definitivně nevyřadila z běžného života. Že mají co nabídnout, i když v omezeném rytmu a zátěži. Pokud se podaří nastavit vhodné rekvalifikace a nabídnout práci v konkrétních projektech, (které budou šité na míru lidem s omezenými schopnostmi), tak se zcela nepochybně kvalita životalepší v mnoha ohledech.

•

Posledním tématem v tomto okruhu je zjistit, v čem klienti subjektivně pociťují největší změnu v tom, co zvládnou. A také, zda vidí nějaký přínos pro svoje sociální začlenění a fungování.

Paní I.: *„Že můžu zkusit věci, které jsem nikdy nedělala. Dělají se tady výrobky a mám radost i z toho, že ty výrobky si nevezmu domů a můžu je dát do prodeje. Tím vlastně přispějete tou prací k nějakému finančnímu obnosu té Iskéřky. Všechno jsem si tak nějak ošahala. Vždycky jsem si myslela, že jsem takový strašný lempl a že mi nic nejde a že třeba ty výrobky, které udělám, jsou fakt pečlivé a jakoby přesné. Jo, že si dávám záležet, že třeba vidím opravdu, že to není halabala, že se to strčí tam někam bokem. No, prostě cítím, já jsem to dokázala prostě. Že nejsem ten idiot, ten debil, který jsem si myslela, že jsem. Já jsem třeba vůbec netušila, co se dá všechno udělat z nějakých starých rozbitých kachliček, takové využití i obyčejných věcí nejenom na vyhození, že to člověk může nejenom zužitkovat.“*

Výše zmíněná výpověď nám velmi pěkně nastiňuje, jak je možné, (skrže pracovní terapii), posunout vnitřní myšlení a zároveň posílit i vnímání v otázce vlastních schopností. Respondentka velmi otevřenou sebereflexí zhodnotila svoje negativní subjektivní nazírání sama na sebe ještě před tím, než si ověřila, jak tomu vlastně doopravdy je. Díky svým manuálním schopnostem a smyslem pro pečlivost, překvapila sebe samu a potvrdila si, že je vlastně šikovná. A sekundárním „bonusem“ je pocit radosti, když výrobky vidí ve skřínce, kde jsou určeny k prodeji. Tímto poznáním se jí zvětšilo její sebehodnocení.

„Největší přínos vnímám v tom, že jsem přestala mít ty strašné úzkosti, když mám někam jít. Ale hlavně mi to přineslo poznání o sobě. Já jsem si vždycky myslela, že jsem strašně chytrá, inteligentní a nade mě není, jo a přišla jsem na to, že to tak není, že jsem úplně normální, někdy si myslím, že jsem až blbá, že jsem zamrzla někde v 16 letech, ale přišla jsem na to, že mi tady ta sorta lidí asi vyhovuje. Že to není o té póze vypadat dobře, někde prostě umět dva cizí jazyky a prezentovat něco, protože to asi ani nebylo to, co jsem chtěla, byť jsem si to myslela.“

Tento úryvek je velmi zajímavý hned ze dvou pohledů. Tím prvním je poměrně hodně otevřené pojmenování toho, jaká respondentka byla před svým onemocněním. Možná v této pasáži respondentka pojmenovává, jak byla pyšná, protože byla velmi schopná a to jí umožňovalo žít život v úplně jiném levelu, než tomu začalo být po jejím zdravotním a psychickém kolapsu. A tím druhým je fakt, že nemoc, která jí zasáhla zcela nepřipravenou, přinesla paradoxně i moudré poznání, že je „úplně obyčejná“ a to jí paradoxně sblížilo s lidmi, se kterými by se (pravděpodobně) nikdy nesešla, s duševně nemocnými.

Pan II.: *„Je pravda, že jsem pilný čtenář, takže většinu volného času jsem přečetl. Čtu historické věci, spíš středověk a starověk. No, dvakrát jsem tady dělal přednášku o Keltech. No zajímám se o keltskou historii. A mám rád skupinu The Cure. Měl jsem o ni přednášku a pouštěli jsme jejich písničky. V březnu mám na Vsetíně přednášku o těch Keltech v tom Caminu. Bude to pro klienty Camina ze Vsetína, což je podobná organizace. Trošku mám z toho strach, abych to zvládl. No, mám trému, ale vím, že to je až v březnu, tak se na to nějak připravím.“*

V této odpovědi je velmi pěkně nastíněné, jak je možné propojit určitou vášeň pro něco, (v tomto případě pro lásku ke knihám) s „návěkem“ nových dovedností, které klientovi pomáhají v rozvíjení vlastních schopností. To, že bude mít přednášku o Keltech, je výborným návěkem v mnoha rovinách. Musí se připravit, aby to bylo

srozumitelné, je nutné si udělat výpisky, osnovu nebo možná i sepsat souvislý text. Překonat obavy z toho, že se na něho bude dívat mnoho dalších lidí a on má trému. Ale přesto jde „do toho“. Úplně stejně fungovalo také představení hudební skupiny, kde dokonce pouštěl svým posluchačům její písničky. Je možné, že zažil „úspěch“ tady v Iskerce a proto se odhodlal postoupit o schod výše. Zajet do jiného města, do podobného zařízení a tam se vlastně prezentovat skrze svou přednášku. Je to výborný počín v oblasti získávání sociálních dovedností.

„Určitě se mi zlepšilo sebevědomí, protože když jsem měl ten důchod, chodil jsem jenom na basket, jednou týdně do Rožnova. Ale víc času jsem byl doma sám a většinu času jsem přečetl. Ted' už na čtení tolik času nemám, když chodím do Iskerky, ale nevadí mi to, zase jsem objevil plno kamarádů, přátel myslím, že i sebevědomí se mi posílilo“.

Také na tomto citovaném úryvku je vidět, že respondent dokáže sám posoudit, zda si více věří, zda se mu zvýšilo sebevědomí. Sám velmi pěkně definuje to, že se musel zřít určitých činností, které dělal dříve, aby mohl docházet do zařízení, ale v konečném efektu to přineslo mnohem více pozitiv, než negativ. Získal nejen sebedůvěru, ale i nové kamarády a přátele. I zde se ukázalo, že příchod do služby přinesl sociální začlenění, které zmírnilo určitý pocit samoty.

Paní III.: *„Ještě mě ta Iskerka pomohla, když jsem byla sama s manželem, rodiči, měla jsem ten úzký kontakt, tak jsem měla problémy s vyjadřováním. Byla jsem málo komunikativní, kdežto ted' jsem hodně komunikativní a hodně mě tu komunikaci otevřeli lidi, že jsem se mohla sdílet. Viděla jsem, že to jsou lidé stejného typu, stejné nemoci, s něma se mi dobře mluvilo, protože oni si něco podobného zažili, ale nedokázala jsem komunikovat navenek. Také jsem si uvědomila spoustu věcí, protože dřív jsem měla malé sebevědomí, že nic nedokážu a já jsem se zapojila do dvou mezinárodních projektů a tam jsem si uvědomila, že zas tak špatná nejsem, že ledacos dovedu. Naučila jsem se na počítači, přes jiný projekt jsem se naučila trošku redaktorské práci, což mě zase jinak nakoplo do života. Že těma životníma příběhama těch handicapovaných mě to motivovalo na sobě ještě více zapracovat. No tady mě hodně nakopli ti Holanďani a ty mezinárodní projekty, že jsem ledacos i ze sebe dostala nejen já, ale i ostatní. Byl tam příjemný kolektiv lidí, kteří mě v tom podporovali, a já zase je, bylo to takové vzájemné. Ted' mně to spíš chybí. Že kdyby byl další projekt, tak bych se ráda do něj zase zapojila, protože člověk, když pracuje nebo něco vytváří, tak je mu líp. Nejhorší je ta nečinnost a nemít mezi sebou lidi. To vás zahlcuje do těch depresí a do těch špatných vztahů. Iskerka mě pomohla víc, než ti psychiatři. Protože tam se jenom člověk vypovídá a*

dostane léky. Ale tady už se pracuje i na té osobnosti. Už něco vytváří, něco dělá, někam se posunuje. Ale to není všechno. Člověk chce dál růst, ale je tady ta bariéra té práce.“

Zhodnocení této výpovědi bych rozdělila na dílčí reflexe. Hned v úvodu je zmíněn problém, který je všeobecně velmi rozšířený (a to nejen u této cílové skupiny) a to je omezený kontakt s okolím a na to navázaný problém s komunikací. Nemoc vždy přinese určité vyloučení a duševní nemoc není výjimkou. Problematické je to, že samota, která se dostavuje velmi záhy, člověka „vykolejí“ a on na ní není připraven. Tato respondentka měla velké štěstí, že má vlastní rodinu, která jí částečně kompenzuje ono osamocení a přesto cítila, že se v komunikaci stále zhoršuje. Tím, že přišla mezi lidi, „kteří jí rozumí“, získala jistotu, že se vlastně nemusí stydět za nic, co prožívá a jak se chová, protože to všichni přítomní zažili a proto jí nebudou soudit. Dostavil se pocit, že tam může být taková, jaká je. Následně bych chtěla upozornit na věc, (která má úzkou návaznost na reflexi u uživatele II.), která měla pro tuto respondentku docela zásadní význam a tím je její zapojení do mezinárodních projektů, které realizovala právě Iskérka v době, kdy tato paní do střediska docházela. I ona musela překonat strach, že to „nedá“, ale touha byla silnější. Sama na sobě si ověřila, že je dobrá a tím se jí otevřelo pole pro další angažování v tomto konkrétním projektu. Naučila se konkrétní dovednosti, které možná ani nevěřila, že zkusí – práce na počítači, redaktorská činnost. Ovšem ještě důležitějším zjištěním pro ni bylo to, že se začala na problematiku dívat v mnohem širším horizontu konkrétně v rovině zapojení lidí do zaměstnání. Příklady dobré praxe, které měla možnost vidět v Holandsku, jí posunuly dál a ona si uvědomila, jak spojitě nádoby jsou práce a pocit smysluplného bytí. Jak sama uvádí, stýská se jí po tom a kdyby něco takového bylo, tak půjde znovu, protože to pro ní byla výborná (a účinná) forma terapie, která měla lepší výstupy, než jen sdílení se v ordinaci psychiatra. Ovšem když chybí práce, je to ta bariéra, kterou málokdo zdolá, protože uplatnění na trhu práce je nízké.

Zde si dovolím malou odbočku, protože tato výpověď byla potvrzením mých úvah, které jsem popsala v teoretické části v kapitole o zařízení, kde jsem si pokládala otázku, zda mezi respondenty bude aspoň jeden, který bude účastníkem nějakého projektu, který v zařízení běžel. Proto jsem cítila velikou radost, že se teorie propojila s praxí. Že to, co jsem předpokládala, se mi ve výpovědích potvrdilo.

Paní IV.: *„Tak, já si myslím, že jsem se hodně posunula v angličtině, že jsme jako probrali tu jednu knížku, ne pro začátečníky, ale pro samouky a že jsem šťastná, protože jsem vždycky byla takový notorický začátečník. Vždycky jsem chodila třeba půl roku,*

roku samozřejmě, když jsem pak začala chodit po dvou nebo po třech letech tak jsem byla zase začátečník, protože to co jsem se naučila, jsem zase zapoměla. Ted' konečně jsem dobrala tu knížku, takže můžu říct, že už nejsem notorický začátečník. Já si myslím, že jsem více sebevědomá a také si více věřím. Ano, já si myslím, že určitě protože jsem se tady spoustu věcí naučila, protože jsem ty kalhoty neuměla dříve ušít. A dokud moje teta žila, ona je švadlena, tak ona mi dala stříhy na kalhoty. Tak já to šiju podle toho a já jsem to teda neuměla ušít a já jsem se naučila šít i tašky. Naučila jsem se ty kalhoty a prostě jsem si dala do svého krátkodobého nebo dlouhodobého plánu to už nevím, že se naučím základy angličtiny a základy šití, což se mi teda povedlo.“

V této výpovědi se nám objevuje (již potřetí) opět konstatování, že se uživatel stal díky docházení do Iskerky, sebevědomějším a že si zažil svůj malý (velký) úspěch sám se sebou. V tomto případě to byl posun v kognitivní rovině, kdy se podařilo dokončit angličtinu v kurzu pro začátečníky. Tato respondentka si ověřila, že je schopna dotáhnout věci do zdárného konce, i když trvají mnohdy velmi dlouho a ona začíná již poněkolidkaté. Nicméně vytrvalost v úsilí přináší úspěch jak v podobě dobraného učiva, tak i zvládnutí cílů v rovině manuální, protože se naučila šít. Jako zcela nový prvek, který se zatím neobjevil v žádném z výše uveřejněných rozhovorů, byla zmínka, že cíle, na kterých pracuje, jsou součástí jejího individuálního plánu. A tím, že dokončila jak jazyk, tak si ušila kalhoty a tašku, je naplnila. Tedy úspěšné zvládnutí naplnění dílčích cílů.

Paní V.: „Já se sama posuzovat neumím, že se mi něco podařilo, to bych byla ráda, kdyby to řekl někdo za mě. Spíš myslím, že mě překvapilo, že jsem zvládla náročný projekt. Překvapilo mě, že jsem šla do cizí země a nebála se. Není to ve smyslu, jsem fakt dobrá, ale spíše že jsem překonala nějakou bariéru. Z toho projektu mi to hodně dalo, naučila jsem se na PC, musela jsem číst mailly, dívat se, co jsou za úkoly, chodit na schůzky. A když jsem tam chodila, tak to byla velká zodpovědnost, byla to práce, pro mě velká práce, abychom docílili toho, aby nemocní dostali zaměstnání. I když je to těžké, protože i zdravý člověk má problém najít práci. Ale jako psychicky nemocný, s handicapem, na vozíčku, tak na tom může být líp nebo i hůř. Někdo nemá příjmy, někdo má nárok na plný nebo částečný důchod, cítila jsem, že jsem zodpovědná, ne já sama, ale že jsem důležitá, že ti druzí lidi spoléhají na ty moje otázky, odpovědi, je to z mojí zkušenosti, z mojí nemoci. Mám lidštější pohled a člověk, kdyby mohl, nebo by byl požádán o pomoc, tak neodmítne. Před tím bych zvažovala, ale ted' bych pomohla.

Není to Iskérkou, ale je to mým prožitím nemoci, tím, že tu nemoc mám. Bylo by lepší, kdybych jí neměla, ale marné no.“

V této poslední výpovědi je od „všeho něco“, co již bylo pojmenováno výše. Co je na ní ale jiného, je hloubka vnímání určité odpovědnosti, kterou s sebou přineslo angažování se v mezinárodním projektu. Tato respondentka se na tuto záležitost dokázala podívat optikou všech těch, kteří na něco čekají – v tomto případě na příležitost začlenit se do pracovního procesu – a kteří mají určitá omezení. Zajímavé je, že nezmínila jen „svoji“ kategorii duševně nemocných, ale byla schopna uvidět i to, že stejně to prožívají i lidé, kteří mají jiný handicap či jsou upoutáni na vozík. Svoje působení v týmu expertních klientů nevnímala jen jako zkušenost pro sebe samotnou, ale brala to jako poslání, aby pojmenovávala pravdivě - co prožila, s čím bojuje, jak nemoc působí, jak to cítí – protože všechny výpovědi byly zahrnuty do společných výstupů, které pak byly prezentovány na veřejnosti v Zpravodaji z projektu. Jako krásnou a hlubokou sebereflexi vnímám to, jak naložila s náhledem na svojí nemoc. Nenadává, není zlomená, necítí nespravedlnost. Naopak. Nemoc ji učinila lidštější, více nastavenou na pomoc. Dříve by váhala, dnes však ví, že by pomohla. Je to velmi silné a musím se přiznat, že jsem si pak sama pokládala otázku: „A jak to vlastně mám já sama?“ To, co jí přineslo jinou schopnost vidět souvislosti, nebyla Iskérka, ale nemoc. Není co víc dodat.

•

Na otázku zda našli v zařízení přátele, padly tyto odpovědi:

Paní I.: *„No ta holčina, s kterou jsem se seznámila v lázních, tak vlastně spolu teďka jedeme i na lyže, trávíme spolu víkendy, chodíme na výšlapy, spí u nás dvakrát do týdne, já spím u ní. Taky hledala spřízněnou duši, no až mě mrazí. s tou holčinou jsem se seznámila, trávíme spolu víkendy, chodíme na výšlapy. Máme takové podobné myšlení. My jsme třeba celý den v Iskérce, pak jdeme na kafe a sedíme třeba ještě šest hodin v hospodě. A furt meleme. Našla jsem někoho, kdo mi rozumí, kdo mi třeba neřekne, Ježiš jdi do práce.“*

Paní II.: *„Mám tady paní X., která tady chodí málo, dostala práci na Vsetíně. Je to moje asi největší kamarádka. Ona chodí už jen teď v pondělí a někdy v pátky.“*

Paní III.: *„Jsou to mí kamarádi, kolegové.“*

Paní IV.: *Občas jsem se byla projít s jednou klientkou. Mám to prostě rozdělené tak, že doma mám své přátele, se kterými se scházím a tady v Iskérce mám své přátele za kterými docházím“.*

Paní V.: *„Našla jsem přátele, se kterými můžu zajít klidně na kávu.“*

Zde se všichni odpovídající vzácně shodli na tom, že v zařízení opravdu našli lidi, které mohou označit za své přátele. Některé vazby jsou intenzivní a znamenají pro obě strany hodně, jiné vztahy jsou pouze pro to dané zařízení, ale bez ohledu na frekvenci setkávání se jim hodně rozšířilo portfolio lidí, kteří jim umožnili se sociálně začlenit a tím zvýšit jejich kvalitu života v oblasti kontaktů ve společnosti.

5.2 Oblast soukromého života

Dlouho jsem zvažovala, zda do svého výzkumu vložím také nějakou otázku, která v minimální šíři mapovala oblast soukromí. Mým úmyslem nebylo nahlížet do intimní sféry a být zvědavá, ale převážila touha vidět mé respondenty jaksi komplexně. Prostě si umět představit, jak žijí, když opustí Iskérku a jdou domů. Proto jsem si připravila dopředu jednu otázku, která byla vázána na rodinné zázemí. Vůbec jsem nevěděla, jak budou respondenti reagovat, při dotazu na jejich soukromí a proto jsem nechala tomuto tématu „volný průběh“ a čekala jsem, jak to přijmou. Mé obavy se ukázaly jako liché, protože odpovídající nechali plynout tok svých myšlenek nahlas a tak jsem si mohla nahrávat velmi otevřené rozhovory. Z přepsaných výpovědí jsem pak vytvořila okruhy, ke kterým se buď vyslovili všichni, nebo většina z nich. Pojmenovala jsem je „hodně volně“ – největší obtíže, co jim schází, představa ideálního života a takový soukromý dodatek. Hloubka absolvovaných rozhovorů byla tak silná, že se mi zdálo jako veliká škoda, „nevytěžit“ z dat další charakteristiky, které nám umožní vidět dané respondenty v co největší „plasticitě“.

•

a) jaké je Vaše rodinné zázemí

Paní I. uvádí, že: *„Mám mamku. Prostě někdy, když ji řeknu, ať něco nedělá, a ona to dělá. Já vím, že jsem její dítě a budu i v 50-ti její dítě, tak trošku vím, že to nerespektuje. Říká a prostě musíš něco jíst, já musím něco uvařit. Říkám, že nemusíš. Nebo mi vypere. Já nechci, aby mi prala. Jsou to takové věci. Nebo jde do mého pokoje a začne mi tam uklízet. To úplně nenávidím. Prostě nechci. Protože se pak cítím sama taková nesamostatná“*

Z těchto vět lze vyčíst, že respondentka v sobě řeší jisté dilema, které sekundárně ovlivňuje pak její vnitřní pohodu. Informace číslo jedna je, že nebydlí sama, ale když přijde domů, žije tam s ní její maminka. Jistě je to „dobrá zpráva“, kdyby... Kdyby maminka respektovala to, že její dcera je nejen dospělá, ale také to, že má právo na SVÉ soukromí, do kterého by jí neměla chodit. Vnitřní boj spočívá v tom, že si uvědomuje, že je její dítě, ale touží si zároveň vymezit svojí sféru, kam ona prostě chodit nebude. Nepomáhá ani to, že jí to prostě pojmenuje a požádá jí, aby to zohlednila, ale nic. Maminka to možná myslí dobře, aby měla jídlo, uklizeno, vypráno, když „teď je nemocná“, ale této respondentce to přináší pocit negativní – pocit vlastní nesamostatnosti. Věřím, že tento problém zažívá mnohem více lidí, než bychom si jen mysleli.

Pan II.: *„Bydlím s rodičema a bráchou, teda teď asi 25 km od Rožnova. Rodiče mě podporují, abych tady chodil.“*

Tento respondent z rodinného prostředí vlastně nikdy neodešel, tudíž má jak vazbu na rodiče, tak i sourozence. Toto stabilní zázemí mu umožňuje jistou stabilitu.

Paní III.: *„Manžel si mě vzal v roce 96, už v době nemoci, hodně mně pomohl a podpořil, i když tam byli velké výkyvy. Teď je to trošku změna k horšímu u mě a cítím podporu od něho a jsem za to vděčná. Jezdil za mnou do nemocnice, podporoval mě v tom, když bylo nejhůř. Neříkám, že je ten vztah úplně dobrý, je kolísavý. Říkala jsem mu, že mu jsem vděčná, že si mě vzal, protože mu to mamka rozmlouvala.“*

Z této odpovědi mám takovou vnitřní radost, protože z ní cítím vzájemnou podporu a sounáležitost. Je vždy náročné, když jeden z partnerů onemocní (a je jedno, jakou nemocí). Ale na tomto vztahu je nosné to, že už na jeho startu, před 18 lety, kdy bylo jasné, že respondentka trpí duševním onemocněním, a to nebylo překážkou a manželství bylo uzavřeno. Vztah vydržel a věřím, že je pro ni velkým zdrojem síly a jistoty.

Paní IV.: *„Ne, já bydlím sama, ale bydlíme ve stejném vchodě jako moji rodiče, takže moji rodiče bydlí v přízemí, ale já bydlím ve 4 patře. Když něco potřebuju, tak klepnu na rodiče a oni mi pomáhají, protože když jsem sama a nemám muže jako přítele, tak prostě by to bylo asi těžké udržet jako tu domácnost, nějaké opravy.“*

Tato odpověď nám nabízí již čtvrtou variantu možného „pozadí“ jak respondenti žijí. Tato paní žije sama v bytě, ale samotu necítí, protože rodiče jsou na dosah, bydlí ve stejném domě. Vzájemně se navštěvují a pomáhají si. Ona sama si uvědomuje, že nejvíce „závislá“ na pomoci tatínka v záležitosti různých oprav.

Paní V.: *„Bydlím s manželem a synem v domku“.*

Tato poslední odpověď nám krásně zkompletovala pět variant možností rodinného zázemí. V tomto jediném případě však odpovídající respondentka byla kromě dcery, manželky taky maminka syna.

•

b) největší obtíže

Paní I.: *„Jako jediný problém je to moje vstávání a chození prostě. Já funguju večer. Já prostě nevstanu na těch sedm“*

Paní IV.: *„No, válčím s ranním vstáváním. Kvůli práškům.“*

Obě respondentky shodně popsaly momentálně stejný problém, který je zatěžuje a tím je ranní vstávání. Co je ale rozdílné, je důvod. V prvním případě je to proto, že paní je aktivní večer a tudíž uléhá pozdě. Druhý případ je vázán na změnu léku, který způsobuje špatné probouzení.

Paní V.: *„Kouřím. Chtěla bych přestat úplně, škodí to zdraví, to si tak neberu, ale leze to do peněz. Cigarety mi chutnají, ke kávě. U zpovědi se z toho zpovídám, ale stejně přijdu domů a kouřím. Tak je to na novo. Co se mi podařilo, bylo, rok přestat, ale měla jsem náplasti. Cigareta mě uklidní, když jsou problémy, člověk sedne, zapálí si, to je škaredé na mě, ještě je, když ženská kouří.“*

Pan II. a paní III. o tom ve svých výpovědích nemluvili, ale částečné náznaky lze najít v následujícím textu.

•

c) co jim schází

Paní I.: *„Práce. Mám problém najít si práci, protože si připadám neschopná. Jakoby cokoliv pochopit, protože ta hlava je úplně mimo. Já vůbec hledím a nevidím, nechápu triviální věci. Ona ta nemoc nebo zážitek, který člověka zastihne, mu v podstatě úplně změní ten život a on toto, co pokládá za jediné smysluplné, vidí najednou jako směšné. Říkám si je to blbý sen, protože já pořád se nemůžu sžít s něčím, co neznám. Na jednou je pro vás šokem vidět se jakoby z té druhé strany a říkat si, že i tohle jsem já.“*

Pan II.: *„No, úplně spokojený nejsem. Kdybych si mohl vybrat, tak bych chtěl být absolutně zdravý člověk, abych nemusel brát prášky a takové věci. Naplnění je pro mě, když si přečtu pěknou knihu, podívám se na pěkný film, poslouchám pěknou hudbu. Nějaké strategické cíle nemám. Spíš to zdraví bych si přál. Aspoň tak zdravý, jak jsem teďka.“*

Paní III.: *„Jednu dobu mně sebevědomí stoupl až moc, takže vím, že musím pracovat na pokoře, protože jak jsem byla zapojena do projektu a dělala tu redaktorskou práci, tak mě to povzbudilo až moc a věděla jsem, že něco dokážu. Poznala jsem, že musím klesat, protože jsem 4 měsíce přestala brát léky a myslela jsem si, že to bez nich zvládnou. Byli jsme na konferenci a tam se mi během jednoho dne promítl život, co jsem udělala špatně, takové hříchy, že jsem nebyla až tak dobrá. Že musím zmírnit, takže tam jsem si uvědomila, že touhle cestou nemůžu jít, a potom i mě ty léky nasadily, protože tak se to zvrtilo, takže teď jsem na minimální dávce lécích. Není to ještě v pohodě, ale co mi nejvíce pomáhá, je víra.“*

Paní IV. tuto oblast nezminila.

Paní V. *„Byla bych spokojenější, kdybych měla méně léků, ne že bych byla zdravá, chtěla bych pracovat, ale k tomu svému povolání nevím, zda bych se chtěla vrátit. Do kavárny ano, ale ty noční ne. Myslím si, že lidi, kteří prožili například epizodu, přijdou na životní smysl díky tomu, že teď jsou slabí. Slabost přináší sílu.“*

Dají se okomentovat takové výpovědi? Působí na mě velmi emotivně svojí „nahotou“ a opravdovostí. Věřím, že bude lepší, když je nechám bez „svých“ poznámek.

•

d) představa o ideálním životě

Paní I. *„Kdybych vyhrála ve Sportce těch 40 milionů, tak udělám chráněnou jídelnu, kde bych zapojila všechny ty lidi do práce, kdo by se chtěl něco naučit a věnovala bych se asi tomu, protože bych neřešila finance, samozřejmě bych si našla nějaké zdravotní středisko, kde bych se mohla vyléčit, protože bych chtěla být zase zdravá, zase v uvozovkách, co když jsem zdravá a jenom jsem se zhroutila z toho, kdo jsem. To je těžko říct. Ale určitě bych investovala nebo bych se zapojila do nějakých těchto projektů, protože tady bydlím v blízkosti. Víím, že ve Valmezu je nějaká Diakonie, Second help, něco funguje takového, tady v Rožnově je spousta lidí, která nechce dojíždět a chápu je, protože mám problém taky z těchto transferů, tak asi něco takového. Bych se zapojila do této dobročinnosti.“*

Když bych měla okomentovat toto krátké vyznání konkrétní respondentky, tak mi běží téměř mráz po zádech. Proč tomu tak je? Chtěla bych uvést jen pár drobných poznámek, které zarámují tyto mé pocity do určitého rámce. Tato mladá slečna byla ještě před nedávnem někým zcela úplně jiným. Velmi úspěšnou manažerkou zahraniční firmy, která měla svůj čas naplněný do poslední minuty a byla součástí „byznysu“. Létila po světě, mluví dvěma jazyky, bydlela ve velkoměstě. Její život byl ideálně nalajnovaný. Kdybych se jí mohla zeptat (v té době), jaká je její představa o ideálním životě, tak by nejspíše odpověděla, že jej právě žije. Stačila krátká doba a její život se otočil o stovky stupňů. Přišla nemoc a strmý pád. Hloubka její nynější výpovědi ostře kontrastuje s tím, jaká by byla reakce předtím. Pád znamenal ohromný vnitřní posun směrem k poznání důležitých věcí a seřazení žebříčku hodnot. Proto je tato odpověď obrovským ziskem pro vnitřní poznání a sílu. Svůj ideální život vidí jako cílenou pomoc těm, kteří potřebují začlenění, práci, šanci a je logické, že v odpovědi zazní také touha po zdraví.

Pan II.: *„Pro mě je zázrak to, že tady můžu chodit. Že můžu být s těmi lidmi. Být tady.“*

Odpověď tohoto respondenta je krátká stručná a výstižná. A přesto velmi hluboká. Tato citace v sobě skrývá několik nosných věcí, které charakterizují jejího autora. Tento respondent je uzavřenější, mluví méně, ale trefně, je plachý a přesto má rád společnost. V této odpovědi je vypíchnuta radost, že zařízení existuje a díky tomu on má místo, kam

chce a může chodit. Další důležitou věcí jsou lidé, kteří s ním tráví čas v jejich společném prostoru.

Paní III.: *„Ten dobrý život by byl v tom, že bych byla spokojená, nemusela bych mít hmotné statky, že bych byla zabezpečena. Že bych mohla tu radost a poselství o nemoci předávat dál, že všechno zlé je k něčemu dobré. Aby ti lidé s tou nemocí bojovali a aby se ten jeho život naplnil a měli tu podporu, jak jsem měla já. Chtěla bych dělat práci, která mě baví, která mě posune, chci být pokorná a pomáhat ostatním. Spojit to s tou redaktorskou prací, protože psaní je můj největší kuň v životě.“*

Tato třetí odpověď je v něčem stejná, jako předešlé, ale přitom tak odlišná. Její autorka by si přála být takovým „poslem dobrých zpráv“ pro všechny, kteří jsou zasaženi nemocí. Vidí věci spíše v rovině mentální, chtěla by na lidi působit skrze slovo a to buď mluvené, nebo psané. Životní příběh této ženy je velmi pozoruhodný a opět se musím „sklonit“ před vnitřní silou. Je to cílevědomá žena naplněná darem „být prostředníkem“, který pomáhá. Charakterizuje jí osobní vytrvalost, statečnost a zároveň schopnost hluboké sebereflexe. Dokázala přetavit negativitu nemoci v pozitivum pochopení. Její vyhraná soukromá bitva s nahlížením na duševní nemoc, se stala její největší předností. Už teď pomáhá nemocným jako peer pracovník, což je úplně novum. Velkou odvalu jí v takto nasměrovaném životě dává osobní zkušenost, kterou měla možnost zažít jako přímý účastník mezinárodního projektu. Právě v Holandsku uviděla, jak peer pracovníci pomáhají a jak jsou (nejen) pro komunitu důležití. Podporovat lidi příkladem i radou, posilovat je v těžkém boji s nemocí. Tato respondentka našla, díky nemoci, čím může být společností prospěšná. Může být „svorníkem“, který má pochopení pro každého ve velké pokoře a jeho úkolem je sblížovat. Další okamžik, kdy si musím pokládat otázku, jak jsem na tom já?

Paní IV.: *„Víte já nad tím tak nepřemýšlím, v čem by to mělo být jiné, protože ono je to těžké odpovědět na tuto otázku, protože tak žiju vlastně už 30 roků, jak žiju. Jako tak stejně a občas ten život jde nahoru, občas dolů, občas stagnuju, ale asi bych si to představovala jinak v tom zdraví. Abych byla zdravá, abych se cítila prostě líp psychicky, že bych asi byla šťastnější.“*

Zde je opět otevřeno přání být zdravá, které je vázáno na to, že by se paní prostě cítila psychicky lépe. V její výpovědi je cítit, že nad tím ani nepřemýšlí, protože je to již

tak dlouho, co tak žije. Její život probíhá v takových sinusoidách, kdy jednou je lépe, jednou hůře.

Paní V.: *„Na prvním místě je zdraví, aby bylo, to zdraví. Vlastně jsem závislá na lécích, s tím se musím smířit. Už jsem se vlastně smířila. Jinak je to tím přístupem lidí, že když člověk pozná někoho, seznámí se s někým nebo ví, že mu třeba někdo pomůže, aby ty vztahy byly dobré a lidi si pomáhali a nezáviděli si. Když vidím ty zprávy, ty vraždy, tak si říkám, proč to tak je. Pak si říkám, proč se na to dívám.“*

I zde zaznívá slovo zdraví, i když je navázáno na závislosti na lécích. Je tady smíření s daným status quo a nasměrování na vztahy. Zaznívá tady touha po spolupráci, dobrých vztazích, klidu v harmonii. Žít s lidmi v symbióze a mít zdraví, které dává naději žít tak, jako doposud.

•

e) soukromý dodatek

Paní I.: *„Že by bylo lepší, kdyby takových zařízení mělo vznikat více. Třeba v tom Kamarádovi, kde chodí lidé postižení. Mně by se líbily zařízení, kde by docházeli lidi bez doporučení psychiatra. Ale ne každý se odváží k lékaři jít.“*

Pan II.: *„Chtěl bych, aby byla větší informovanost. Lidé si myslí, že člověk duševně nemocný je autista, chtěl bych, aby společnost tyto lidi brala normálně. To je moje velké přání. Myslím si, že se vnímání duševně nemocných zlepšuje. Můj kamarád to o mě ví, bere to jako součást mě, necítím žádné omezení z jeho strany, nějaké předsudky.“*

Paní IV.: *„ Já si myslím, že z mojí stránky jako mého by bylo asi všem lidem, kteří prostě myslí, že v tom invalidním důchodě je to prostě med a ono to vůbec není med. Prostě jak se nestat pacientem, tak bych to řekla, prostě opravdu neužívat drogy třeba, nekouřit, nepít alkohol. Prostě dejme tomu na škole se snažit sebeučit, aby člověk něco uměl, aby byl v životě jako platný, aby se něco naučil. Prostě opravdu ten život vzít za správný konec a nestat se tím pacientem, protože jestliže se stanete tím pacientem, tak takové ty obyčejné věci, které prostě každý člověk jako bere to jako samozřejmost, jako že chodí do práce třeba, má nějaký pěkný příjem, že má rodinu, že má zaměstnání, že má byt nebo něco, pro ně je to samozřejmost, ale pro vás je to úplný zázrak.“*

Paní V.: *„Aby veřejnost změnila přístup. Dřív jsem se za tu nemoc styděla, ale když se teď někdo ptá, co dělám, tak říkám, že nedělám nic, že chodím do Iskéry, nevymýšlím si, že mám práci, vydělávám. Ale ten přístup těch sousedů, cizích lidí, jde vidět, že třeba sousedka říká, proč mám vlastně důchod, když mi nic není. Ona neví, jak se člověk trápí. I mamka říká, na tobě nejde nic vidět, ale druhý neví, jak se člověk cítí, já mám o koho se opřít, o manžela, o syna. Jsou lidi, kteří, když se dozví, že byli v léčebně, že se léčí, tak si řeknou, to je blázen. Ale ne všichni. Jsou takoví, kteří se najdou, že nevím, co si myslí pro sebe, ale kdo se setkal s tou nemocí, tak vím, že si s ním víc rozumím, než se zdravým člověkem.“*

Jakýkoli můj komentář je zbytečný. Stačí jen přemýšlet o obsahu.

ZÁVĚR

Práce je dokončena, teorie popsána, rozhovory vyhodnoceny. Nabízí se otázka, co jsem vlastně zjistila a k čemu jsem díky analýze interview došla. Ještě než začnu shrnovat získané výstupy, tak si dovolím krátce okomentovat, co jim předcházelo. Jsem moc ráda, že jsem do „toho“ šla, přestože jsem měla velkou trému a vůbec jsem nevěděla, jak to všechno dopadne. Respondenty jsem neznala, a proto pro mě bylo velkou neznámou, jaká bude jejich reakce. Shrnu to krátce - bylo to moc příjemné a velmi to na mě zapůsobilo. Jejich otevřenost, schopnost pojmenovávat myšlenky a pocity, vidět věci v souvislostech, přiznat slabosti a ještě být vděčný, tak to mě opravdu "dostalo". Při zpracovávání výstupů mi stále v hlavě lítali myšlenky (které tak dobře znám z praxe), „že by bylo nejlepší je někam zavřít, protože jsou nebezpeční sobě i okolí“. Ta stigmatizace je stále přítomná a nesmírně jim škodí, ale zpět. Odpověď na hlavní výzkumnou otázku, která byla: „zda opravdu existuje úměra, že když do služby klient dochází, tak vnitřně cítí změnu (v některých oblastech) k lepšímu.“ Odpověď - zní "ano". Respondenti přicházeli do centra většinou bez nějaké konkrétní představy, co je tam čeká, ale jisto měli v jednom. Nebudou doma sami a budou společně s těmi, kteří zažívají stejné věci, a nikdo z nich je nebude posuzovat. Tedy prvním a hlavním motivem je změnit prázdnotu, která je negativní za společenství, které posiluje. Všichni se shodli na tom, že si dokázali vybrat z nabídky aktivit., co jim vyhovuje a to pak pravidelně navštěvovali a využívali. Zde se ukázalo, že je dobré, že spektrum je tak široké, protože někoho oslovily práce v dílnách a někoho naopak rozhovory a sdílení se nejen mezi sebou, ale i s psychologem. Jako velké plus, které se vyplývalo z rozhovorů, bylo zapojení respondentů, do projektů, které Iskérka o.p.s. pořádala a které je posunuly ohromným způsobem kupředu. Dobře si pamatuji, jak jsem v teoretické části psala, že jsem zvědavá, zda se přihlásí aspoň jeden uživatel, který projektem prošel. Nakonec tam byli 3 z pěti. Bylo znát, jak je to posunulo nejen ve schopnosti popisovat své myšlenky, ale jak jsou schopni vidět ty další návazné kroky. Velkým společným výstupem bylo pojmenování absence zapojit se do práce. Holandsko jim otevřelo oči v tom, jaké by to mohlo být, a na vlastní oči uviděli, co všechno lidé, jako jsou oni, dokázali. Hlavními tématy, na kterých se shodli je začlenit se, být užitečný pro ostatní, pracovat na sobě v tom, co mi nejde, pomáhat jiným lidem a snažit se změnit pohled "normálních" lidí na duševně nemocné obecně. Jejich výpovědi jsou plné moudrosti v poznání, že nemoc jim prostě mnohé vzala, ale také hodně dala. Je z nich cítit pokora, která nám zdravým

mnohdy chybí. Závěrem z rozhovorů je tedy toto - pro těchto pět respondentů je Iskérka místem, kde našli přátele, podporu, pochopení. Kde se mohou realizovat a společnými silami si pomáhat nést obtíže nemoci. Sociální služba pro těchto pět respondentů zcela naplnila svůj účel, pomohla jim najít vlastní zdroje, sociálně je začlenila do malého týmu, obnovila nebo jim pomohla nalézt dovednosti a nabídla možnost dalšího růstu díky mnoha projektům, které v zařízení běží. Pro pracovníky je to cenná zpětná vazba a pro mě samotnou velká zkušenost. Pokud tato práce pomůže v tom, že si čtenář poopraví nebo doplní své mínění o duševně nemocných do plusové polohy, tak vynaložené úsilí mělo smysl.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. Balcar, K. (2005). „Životní smysl a kvalita života“, In: Payne, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*. Triton, s. 253 – 256.
2. Češková, E. (2008). U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 1., s. 23, vydala Asociace vzdělavatelů v sociální práci.
3. Disman, M. (2000). *Jak se vyrábí sociologická znalost*, Praha: Karolinum.
4. Dragomirecká, E. a kol. (2006), *Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum.
5. Gopplodová, E., Dragomirecká, E., Motlová, L., Hájek, T. (2005), Hodnocení subjektivní kvality života psychiatrických pacientů v závislosti na pohlaví. *Psychiatrie*, č. 9., s. 287 – 290, vydalo ČLS JEP.
6. Gurková, E. (2011), *Hodnocení kvality života*. Grada.
7. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
8. Heřmanová, E. (2012), *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Slon.
9. Heřmanová, E. (2012), Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu, *Sociológia*, č. 4, s. 407 - 413, vydal Sociologický ústav SAV.
10. Hnilicová, H. (2003), Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*, č. 5., s. 25 – 31.
11. Hnilicová, H. (2005). „Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví“, In: Payne, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*. Triton, s. 205 – 213.
12. Iskerka, (2014). Dokumenty [on-line]. Dostupné z <http://iskerka.info/dokumenty.htm>.
13. Iskerka, (2014). Kdo jsme [on-line]. Dostupné z <http://iskerka.info/kdojsme.htm>.
14. Iskerka, (2014). Kurzy [on-line]. Dostupné z <http://iskerka.info/kurzy.htm>.

15. Iskérka, (2014). Služba sociální rehabilitace [on-line]. Dostupné z <http://iskerka.info/sluzby.htm>.
16. Iskérka, (2014). Výroční zpráva Iskérka, o.s. za rok 2012 [on-line]. Dostupné z http://iskerka.info/dokumenty/2012_vyrocní-zprava-os.pdf.
17. Jánská, V., Matoušek, O. (2013). Psychiatrické léčebny. In Matoušek, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*, Praha: Portál.
18. Kebza, V. (2003), Well – Being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, č. 4., s. 333 – 340.
19. Koláčková, J., Kodymová P. (2010). Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P, (eds). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
20. Kováč, D. (2004), K pojmo-logike kvality života, *Československá psychologie*, č. 5., s. 460-465, Praha.
21. Kováč, D. (2001), Kvalita života – naléhavá výzva pre vedu nového storočia, *Československá psychologie*, č. 1., s. 34 - 44, Praha.
22. Křivohlavý, J. (2001), *Psychologie zdraví*. Grada.
23. Křivohlavý, J. (2002), *Psychologie nemoci*. Grada.
24. Křížová, E. (2005). „Sociologické podmínky kvality života“, In: Payne, J. a kol., *Kvalita života a zdraví*. Triton, s. 351, 456.
25. Lašek, J. (2004), Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů, *Československá psychologie*, č. 3., 215 – 224, Praha.
26. Mahrová, G., Venglářová, M., a kol., (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada.
27. Malá, E., Pavlovský, P. (2002), *Psychiatrie*, Praha:Portál.

28. Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P., eds. (2010), *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
29. Mareš, J. (2005), Kvalita života a jej proměny v čase u téhož jedince, *Československá psychologie*, č. 19-29., Praha.
30. Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
31. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
32. Motlová, L., Dragomirecká E. (2003), Schizofrenie a kvalita života, *Psychiatrie*, č. 2., s. 84 – 90, vydalo ČLS JEP.
33. Navrátil, P. (2001), *Teorie a metody sociální práce*. Marek Zeman: Brno.
34. Pěč, O., Probstová, V., (eds.) (2009). *Psychózy: Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
35. Praško, J., et al. (2001). *Psychotická porucha a její léčba: Příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf s.r.o.
36. Probstová, V. (2010). Sociální práce s duševně nemocnými. In Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P., eds., *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
37. Raboch, J., Zvolský, P., et.al, (2001). *Psychiatrie, 2001*, Galén, Praha: Karolinum.
38. Schalock, R. L. (2002), *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.
39. Smolík, P. (2002), *Duševní a behaviorální poruchy*, Maxdorf.
40. Stuchlík, J. (2001), *Asertivní komunitní léčba & Case management*, Praha: Fokus.
41. Stuchlík, J. (2008), V Mladé Boleslavi praktikují case management, *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 1., s. 36 - 38, vydala Asociace vzdělavatelů v sociální práci.

42. Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. (2006), *Psychopatologie a psychiatrie*, Praha: Portál.
43. Vaďurová, H. (2007), *Vliv nelékařských služeb na kvalitu života pečovatelů u dětí s onkologickým onemocněním* (disertační práce). Brno: Masarykova univerzita.
44. Vaďurová, H., Mühlpachr, P. (2005), *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, pedagogická fakulta.
45. *Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb.
46. *Zpravodaj projektu: „ S uživateli sociálních služeb a nizozemskou expertízou k systémovým změnám“* (2013). Iskérka: Rožnov pod Radhoštěm.

Seznam použitých zkratk:

WHO – světová zdravotnická organizace