

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Institut sociálního zdraví



**Na zotavení zaměřená komunikace s lidmi s duševním
onemocněním**

Recovery oriented communication with people with mental illness

Diplomová práce

Olomouc 2024

Autor: Bc. Eliška Hájková

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Martin Fojtíček

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Temelíně, dne 15. dubna, 2024

.....

Eliška Hájková

Poděkování

Ráda bych v první řadě poděkovala vedoucímu diplomové práce Mgr. et Mgr. Martinu Fojtíčkovi za jeho trpělivost, čas a rady, které mi poskytoval v průběhu psaní práce.

Dále bych ráda poděkovala všem informantkám, které mi věnovaly svůj čas a poskytly mi cenné informace pro moji diplomovou práci, a také mé rodině a partnerovi za jejich podporu během celého studia.

Klíčová slova

Sociální práce; sociální pracovník; osoba s duševním onemocněním; na zotavení zaměřený přístup; komunikace

Keywords

Social work; social worker; person with mental illness; recovery; communication

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá na zotavení zaměřenou komunikací s lidmi s duševním onemocněním. Výzkum si klade za cíl prozkoumat a analyzovat faktory, které mohou ovlivnit účinnost komunikačních strategií používaných v rámci na zotavení zaměřeného přístupu. Dále si také klade za cíl poskytnout konkrétní příklady úspěšných komunikačních strategií a možných překážek v této oblasti.

V teoretické části se práce zaměřuje na popis klienta s duševním onemocněním a sociálních služeb, které mohou tito lidé využít. Dále popisuje na zotavení zaměřený přístup a poslední část teoretické práce se zabývá komunikací.

Výzkum využívá kvalitativní metodu zakotvené teorie a opírá se o materiál získaný polostrukturovanými rozhovory se čtyřmi informantkami – jednou sociální pracovnící, jednou pracovnící v sociálních službách z organizací, které pracují s lidmi s duševním onemocněním, a dvěma klientkami.

Abstract

This diploma thesis deals with recovery-oriented communication with people with mental illness. The research aims to explore and analyze factors that may influence the effectiveness of communication strategies used within a recovery-focused approach. It also aims to provide concrete examples of successful communication strategies and possible obstacles in this area.

In the theoretical part, the work focuses on the description of the client with a mental illness and the social services that these people can use, it also describes the approach focused on recovery, and the last part of the theoretical work deals with communication. The research uses the qualitative method of grounded theory and is based on material obtained through semi-structured interviews with four informants – one social worker, one worker in social services from organizations that work with people with mental illness, and two clients.

OBSAH

1	Úvod.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST		10
2	Klient s duševním onemocněním a sociální služby	10
2.1.	Etiologie vzniku duševních onemocnění.....	11
2.2.	Vybraná duševní onemocnění.....	13
2.2.1.	Afektivní poruchy.....	13
2.2.2.	Deprese	13
2.2.3.	Mánie	14
2.2.4.	Schizofrenie.....	14
2.2.5.	Úzkostné poruchy.....	15
2.3.	Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním	16
2.4.	Multidisciplinární tým	19
2.4.1.	Sociální pracovník.....	21
2.4.2.	Šetření u lidí s duševním onemocněním	21
2.4.3.	Peer pracovník.....	22
3	Na zotavení zaměřený přístup	23
4	Komunikace.....	26
4.1.	Typy komunikace.....	27
4.1.1.	Verbální komunikace	27
4.1.2.	Neverbální komunikace	29
4.1.3.	Psaná a virtuální komunikace.....	30
4.2.	Funkce komunikace	30
4.3.	Komunikační zátarasy	31
4.4.	Rozhovor	32
4.5.	Zásady úspěšné komunikace.....	34
II VÝZKUMNÁ ČÁST.....		39
5	Cíl práce a výzkumné otázky	39
5.1.	Cíl práce.....	39
5.2.	Výzkumné otázky	39
5.3.	Operacionalizace pojmů	40

6	Popis realizovaného výzkumu.....	41
6.1.	Použité metody a techniky sběru dat.....	41
6.2.	Výzkumný soubor	43
6.3.	Metody zpracování dat	44
6.4.	Metody analýzy kvalitativních dat	44
	6.4.1. Metoda zakotvené teorie.....	44
	6.4.2. Postupy kódování	45
	6.4.3. Etika výzkumu.....	46
6.5.	Reflexe rozhovorů s informantkami.....	46
6.6.	Výsledky výzkumu	47
	VO1 Jaké faktory ovlivňují účinnost komunikačních strategií při podpoře zotavení jedinců s duševním onemocněním?	47
	Kategorie č. 1 Vztah mezi člověkem, který rozhovor vede a člověkem s duševním onemocněním.....	48
	Kategorie č. 2 Osobnost toho, kdo rozhovor vede.....	50
	Kategorie č. 3 Prostředí, ve kterém rozhovor probíhá	51
	Kategorie č. 4 Přizpůsobení řeči	52
	VO 2 S jakými konkrétními příklady úspěšných komunikačních strategií a možnými překážkami se informantky setkaly?.....	52
	Kategorie č. 5 Co pomáhá z pohledu pracovníků v sociální sféře?.....	53
	Kategorie č. 6 Co pomáhá z pohledu klientek?	56
	Kategorie č. 7 Co naopak nepomáhá z pohledu pracovníků?	58
	Kategorie č. 8 Co naopak nepomáhá z pohledu klientek?	58
7	Diskuze	60
8	Závěr výzkumné části	64
9	Shrnutí diplomové práce	65
	Seznam použitých zkratk	70
	Seznam tabulek	71
	Seznam obrázků.....	72
	Seznam příloh.....	73

1 Úvod

Osoby s duševním onemocněním jsou specifickou a velmi různorodou cílovou skupinou v sociálních službách. Lidé s duševním onemocněním se stále potýkají s určitými stigmaty a stereotypy, což může vést k jejich sociálnímu vyloučení a určité diskriminaci.

Ukazuje se, že z dlouhodobějšího hlediska je účinnější, když se odehrává proces zotavení člověka s duševním onemocněním v jeho přirozeném prostředí či v rámci komunity, a také pokud se na zotavení podílí více profesí. To mimo jiné je principem na zotavení zaměřeného přístupu, který využívá v České republice mnoho organizací poskytujících služby lidem s duševním onemocněním.

Komunikace je velmi důležitým nástrojem všech sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, a je důležité, aby byli schopni používat několik komunikačních dovedností, ať už verbálního či neverbálního charakteru. Proto jsem si pro téma diplomové práce vybrala právě „Na zotavení zaměřená komunikace s lidmi s duševním onemocněním.“ Přestože příručka, jak s osobami s duševním onemocněním komunikovat existuje, chtěla jsem v rámci práce zjistit i konkrétní příklady od sociálních pracovníků či klientů sociálních služeb.

Tato diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první kapitole teoretické části se zabývám tématem klientů s duševním onemocněním a sociálními službami. Zmiňuji etiologii duševních onemocnění, popis vybraných duševních poruch a zaměřuji se také na sociální služby, které lidé s duševním onemocněním mohou využívat. V další kapitole se věnuji na zotavení zaměřenému přístupu. V poslední kapitole teoretické části se zaměřuji na komunikaci, popisuji zde její typy, funkce a možné zátarasy. Věnuji se zde také rozhovoru a zásadám pro úspěšnou komunikaci.

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Výzkumná část, ve které jsou prezentovány výsledky práce, je rozdělena na 2 kapitoly, které se zabývají určenými výzkumnými otázkami. Na výzkumné otázky bylo odpovězeno pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které jsem vedla s informantkami z řad sociálních pracovníků či pracovníků v sociálních službách, které pracují v organizaci, která pracuje s konceptem zotavení, a s klientkami, které do těchto organizací dochází. Pomocí metody otevřeného kódování jsem následně rozklíčovala osm oblastí, které jsem rozdělila k výzkumným otázkám.

Při sběru dat jsem nejprve očekávala větší zájem o zapojení se do výzkumu, ale opak byl pravdou. Ovšem i přesto, čtyři uskutečněné rozhovory vedly k naplnění cíle práce a zodpověděla jsem díky nim obě výzkumné otázky, čehož si od informantek velmi cením.

Díky této práci jsem mohla hlouběji nahlédnout do chodu dvou organizací poskytujících služby lidem s duševním onemocněním v České republice a zároveň jsem získala zkušenosti s komunikací zaměřenou na zotavení z pohledu pracovníků ze sociální sféry i klientek, což bylo velmi přínosné pro mou budoucí praxi.

Diplomová práce by mohla sloužit jak sociálním pracovníkům, tak laikům či rodinným příslušníkům osob s duševním onemocněním, jako příručka k úspěšné a efektivní komunikaci s lidmi s duševním onemocněním.

I TEORETICKÁ ČÁST

2 Klient s duševním onemocněním a sociální služby

To, jak se na jedince s duševním onemocněním nahlíželo, se zrcadlilo s ohledem na úroveň kultury dané doby, úroveň poznatků a také vyspělosti, ale již od počátku byla psychice připisována důležitost. V období, ve kterém znalosti přírodovědy nebyly na vysokém stupni, lidé vysvětlovali všechno nezvyklé jako působení nadpřirozených bytostí a sil, proto si o jedincích s duševním onemocněním mysleli, že jsou posedlí zlým duchem, prokletí nebo si o nich naopak mysleli, že jsou to světci. Proto se také tito lidé léčili pomocí šamanských či náboženských rituálů, které je měly osvobodit od posedlosti či zakletí (Ocisková & Praško, 2015).

Abychom si vysvětlili, co duševní onemocnění znamená z pohledu dnešní doby, je potřeba vysvětlit si také pojem zdraví, které Světová zdravotnická organizace (dále WHO) definuje jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nikoli pouhá nepřítomnost nemoci nebo postižení. Duševní onemocnění nelze chápat pouze jako absenci duševního zdraví. WHO termínem psychická porucha označuje poruchu duševní činnosti (World Health Organization, 2006), která se projevuje klinickými symptomy a má závažný dopad na pracovní a sociální schopnosti jedince (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Ve většině zemí Jižní Ameriky, v Severní Americe, Austrálii nebo na Novém Zélandu se k označení duševních onemocnění využívá 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti, označované zkratkou DSM.5 (Orel, 2016, str. 131). V Evropě, a tedy i České republice, se ale využívá mezinárodní klasifikace nemocí (dále jako MKN-10), kterou označujeme a zařazujeme jednotlivé nemoci a přidružené zdravotní problémy. MKN-10 je přeložena z anglického originálu International Classification of Diseases, jež je také znám pod zkratkou ICD (MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize, 2008).

Podle MKN-10 členíme duševní onemocnění do kapitol, ve kterých jsou obsažené jednotlivé diagnostické okruhy. Toto členění můžeme vidět v následující tabulce č. 1:

Tabulka č. 1 Členění duševních poruch

Kapitola MKN-10	Název diagnostického okruhu
F 00–F 09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F 10–F 19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F 20–F 29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F 30–F 39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F 40–F 49	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F 50–F 59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F 60–F 69	Poruchy osobnosti a chování u dětí
F 70–F 79	Mentální retardace
F 80–F 89	Poruchy psychického vývoje
F 90–F 98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F 99	Neurčená duševní porucha

Zdroj: (MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize, 2008, str. 189).

2.1. Etiologie vzniku duševních onemocnění

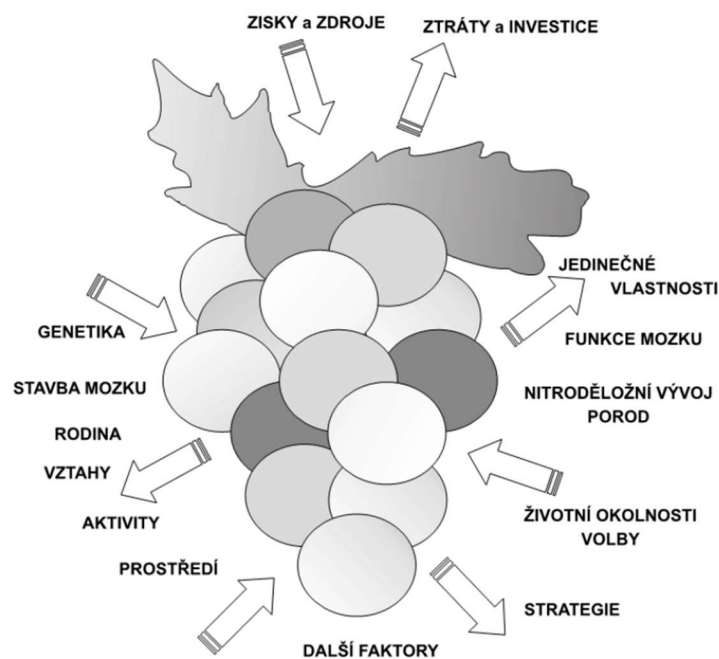
Příčiny vzniku duševních onemocnění můžeme dělit na biologické a psychosociální. Pod biologické aspekty můžeme řadit například genetické příčiny, které jsou prokázány jako příčiny nemocí například u mentálních retardací. Dále sem také řadíme jak působení exogenních, tak i endogenních faktorů. Mezi exogenní faktory patří například faktory chemické (různé jedy, léky nebo alkohol), fyzikální (poranění mozku či některé typy

záření) nebo biologické (paraziti) a mezi endogenní faktory řadíme onemocnění, která postihují mozek buďto primárně (mozkové nádory či atrofie mozkových tkání) nebo sekundárně (působení kardiovaskulárních onemocnění, hypoxie či ischemie). V etiologii duševních onemocnění je také brán vážně vliv osobnostních rysů a vnitřních dispozic a předpokladů každého jedince (Orel, 2016).“

Dle Orla (2016) hraje ve zdraví člověka také významnou roli například sociální oblast, kam zařazujeme různé sociální vztahy – rodinné či přátelské vazby, dále také dlouhodobá zátěž nebo sociokulturní prostředí. Další vliv má také aktuální sociální ztráta (například ztráta partnera či ztráta zaměstnání), dlouhodobé sociální konflikty (zneužívání či dlouhodobé disharmonické vztahy), intrapsychické konflikty, frustrace, trauma, krize či deprivace.

Všechny příčiny psychických nemocí můžeme vidět na následujícím obrázku č. 1.

Obrázek č. 1 Příčiny psychických nemocí



(Orel, 2016, str. 28)

2.2. Vybraná duševní onemocnění

V následující kapitole byla vybrána některá duševní onemocnění, která byla v roce 2020 nejčastěji diagnostikovaná dle Národního zdravotnického informačního portálu (2024) a se kterými se setkávají sociální pracovníci ve službách poskytujících péči osobám s duševním onemocněním nejčastěji.

Jde konkrétně o afektivní poruchy, deprese, mánie, schizofrenie a úzkostné poruchy.

2.2.1. Afektivní poruchy

Příznakem této diagnózy je porucha nálady, která může být doprovázena dalšími potížemi, například poruchami ve vztahu k sobě nebo potížemi v chování. Mezi základní okruhy afektivních poruch patří manická fáze/epizoda (v MKN-10 označována jako F 30), bipolární afektivní porucha (F 31), depresivní fáze/epizoda (F 32), rekurentní depresivní porucha (F 33) a trvalé poruchy nálady (F 34). Můžeme je také rozdělovat dle závažnosti do různých stupňů na mírné, střední a těžké (Probstová & Pěč, 2014).

2.2.2. Deprese

Dle dat WHO je deprese jednou z nejrozšířenějších nemocí na světě. (Křivohlavý, 2013), což potvrzuje také Národní zdravotnický informační portál (2024), který depresi označuje jako nejčastěji diagnostikované duševní onemocnění v Česku. V roce 2020 byla deprese v České republice diagnostikována více než 15 tisícům lidí, z čehož je více než 60 % žen a nejčastěji jde o věkovou skupinu mezi 55 a 64 roky.

Mezi primárními projevy deprese (F 32), patří depresivní nálada, která zahrnuje smutek, ztrátu zájmů a potěšení, a spontánní motivace, a to alespoň po dobu dvou týdnů, může však trvat poměrně dlouhodobě, až několik měsíců v případě správně léčené deprese nebo až jeden rok v případě neléčené deprese. Depresivní nálada dosahuje nejvyšší síly typicky ráno, což se označuje jako ranní pessimismus (Orel, 2016).

Deprese se může projevovat například ztrátou energie, pesimistickým laděním myšlenek (tzv. černé myšlenky), s čímž mohou souviset i myšlenky na smrt. Dále se také deprese může projevovat narušeným soustředěním, člověk s depresí nedokáže udržet koncentraci ani pozornost, s čímž souvisí pokles mentálního výkonu. Dalším znakem, který se často

objevuje je anhedonie neboli neradostnost, neschopnost prožívat radost, pokles chuti k jídlu či poruchy spánku (Orel, 2016).

Depresi můžeme u člověka také poznat ve výrazu tváře či postavení těla, dále je typická hypomimie neboli snížení mimiky a nevýrazná gesta. Osoba s depresí se řečově projevuje bez náboje, je tišší a obsahově chudší. Tato osoba se také může stranit okolí až zcela od něj izolovat. Mohou se také přidat psychotické syndromy, kam patří například bludy nebo halucinace (Orel, 2016). Mezi tělesné příznaky deprese dle Křivohlavého (2013) řadíme například bolest hlavy, palpitaci, narušení sexuální funkce, pocity tlaku na prsou nebo sucho v ústech.

Deprese můžeme rozdělovat na ty, které se vyskytnou pouze jednou, hovoříme tak o depresivní epizodě/fázi, která má v MKN-10 označení F 32 nebo o periodické (rekurentní depresi), která se označuje kódem F 33 (Orel, 2016).

2.2.3. Mánie

Mánie, v MKN-10 označována jako manická epizoda (F 30). Řadíme pod ni hypomanií (F 30.0), která se značí euforickou či podrážděnou náladou výrazně vybočující z obvyklého chování postiženého a má trvání po dobu alespoň 4 dnů a současně s tím se vyskytují alespoň tři z uvedených znaků: vyšší aktivita či motorický neklid, vyšší komunikativnost, nepozornost, rozptýlená pozornost, nižší potřeba spánku, zvýšené libido, nerozvážnost v utrácení financí, nadměrná důvěřivost a nebo zvýšená společenská aktivita. Hypomanií lze popsat jako lehčí formu mánie a můžeme se s ní setkat na počátku a na konci fáze manické epizody. Poté, co odezní příznaky mánie, se nálada vrací zpět do normálu, stejně tak tomu je i u ostatních afektivních poruch (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Dále k tomuto kódu řadíme také mánii bez psychotických příznaků (F 30.1) a mánii s psychotickými příznaky (F 30.2) (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

2.2.4. Schizofrenie

Schizofrenie se vyznačuje poruchami vnímání, myšlení a osobnosti celkově. Dále se u schizofrenie projevují kvalitativní poruchy emotivity, kam řadíme například oploštělost či emoční nepřiměřenost. Schizofrenie se obvykle objevuje kolem 20. roku života, ale může se objevit už v dětství. Onemocnění může probíhat kontinuálně či v relapsech. U

nemocných se zjišťuje, zdali u nich převládá pozitivní či negativní symptomatika. Pozitivní symptomatika jsou příznaky, které se u zdravé osoby nevyskytují a patří sem například přítomnost halucinací či bludů. Na druhou stranu pod negativní symptomatiku řadíme příznaky, které nějakým způsobem ochuzují psychiku a patří sem například zpomalená reaktivita či hypobulie až abulie (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Kučerová (2010) schizofrenii označuje jako onemocnění, které je v pohybu, postupuje a mění se v čase. Všechny příznaky spolu souvisejí a tvoří integrovaný celek.

Řadíme sem například paranoidní schizofrenii (F 20), hebefrenní schizofrenii (F 20.1), katatonní schizofrenii (F 20.2), nediferencovanou schizofrenii (F 20.3), postschizofrenní depresi (F 20.4) či reziduální schizofrenii (F20.5) (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

2.2.5. Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy lze popsat jako kombinaci tělesných a psychických projevů úzkosti, které však nejsou vyvolány žádným konkrétním reálným nebezpečím. U těchto poruch může být úzkost projevována v záchvatech, které bývají náhlé nebo v běžných situacích, či jako trvalý stav. Příznaky jsou tak silné, že jsou pro osobu, která úzkostnou poruchou trpí, omezující jak v pracovním životě, tak v rodinném soužití nebo v prožívání volného času (Praško, 2005). Úzkost je subjektivním nepříjemným pocitem, při kterém osoby cítí ohrožení, obavy či neurčitý strach, a to bez přítomnosti konkrétního reálného nebezpečí, to znamená, že osoba se něčeho bojí, ale sama neví, čeho přesně (Orel, 2016).

Z hlediska přetrvávání mohou pocity úzkosti a strachu trvat v dlouhodobějších intervalech či pouze nárazově v epizodách. Trvat mohou od sekund až po dny a měsíce a jejich intenzita může být od mírného neklidu až po stav paniky (Orel, 2016).

Můžeme sem řadit spontánní úzkosti, které se objevují bez určitých zjevných příčin, dále situační úzkosti, které jsou vázané na určité situace, a nebo anticipační úzkosti, které se objevují, když osoba očekává ohrožení (Orel, 2016).

Dle MKN-10 sem řadíme například fobické úzkostné poruchy (F 40), které označují nesmyslný strach omezující život, kvůli kterým se osoba vyhýbá určitým situacím nebo objektům. Dotyčná osoba si uvědomuje, že tento strach je iracionální, ale objevují se tělesné příznaky jako například zvýšení dechové a tepové frekvence, třes či zrudnutí. Řadíme sem například agorafobii (strach ze vzdálení se z bezpečného prostoru), sociální

fobii (strach ze situací, ve kterých může být osoba pozorována či hodnocena druhými), nebo specifické (izolované) fobie, kterých je až stovka forem. Patří sem například patologický strach ze spánku a usnutí (hypnofobie), patologický strach z vody (aquafobie) či patologický strach ze světla (fotofobie) (Orel, 2016).

Dále sem také řadíme jiné úzkostné poruchy označované kódem (F 41), které se projevují například přítomností paniky, generalizované úzkosti či depresivním laděním (Orel, 2016).

2.3. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Dle Krbcové-Mašínové & kol. (2020) prochází péče o lidi s duševním onemocněním významnou transformací. Zdůrazňuje se plnění a posilování jejich práv a zkvalitňování služeb. Rozvíjí se holistický model péče, který je zaměřený na celkové uzdravení a co největší začlenění jedinců s duševním onemocněním. Další transformace probíhá v oblasti péče poskytované v psychiatrických nemocnicích. Ustupuje se od tradičního modelu a rozvíjí se komunitní péče. Pozornost se věnuje také koordinaci a propojení různých profesí a typů podpory a služeb, a klíčovým prvkem moderní péče je také dlouhodobá angažovanost celé komunity a spolupráce s ní.

Do systému péče o duševně nemocné patří z nejobecnějšího hlediska všichni lidé z okolí osob s duševním onemocněním, kteří jsou integrální součástí sociálního světa této osoby, například rodina, přátelé, učitelé (Mahrová & Venglářová, 2008).

Dle Ďurecha (2014) má duševní onemocnění dopad na sociální fungování osob s duševním onemocněním a přichází s ním tedy různé sociální dopady. V souvislosti s onemocněním může docházet k větší míře nezaměstnanosti, společenské izolace, bezdomovectví, stigmatizace, sebevražednosti, diskriminace či zhoršení dostupnosti vzdělání, proto je třeba onemocnění řešit nejen ze zdravotnického hlediska, ale také z hlediska sociálních služeb. Dále také uvádí další dopady, například ekonomické nebo především individuální.

Probstová (2010) uvádí, že intervence s osobami s duševním onemocněním mohou mít různé cíle, od obnovení psychické pohody až po dlouhodobou léčbu duševních poruch.

Prvním krokem intervence je setkání s klientem. Klienti s duševními problémy často sociální služby vyhledají sami. Důvodem může být to, že okolí klienta nevidí žádný problém nebo se mu záměrně vyhýbají a popírají ho, avšak i okolí může tento první

kontakt s klientem zprostředkovat. Je na sociálním pracovníkovi, aby vyhodnotil a poskytl klientovi základní informace. Nejčastěji se doporučují ambulance či kontaktní centra, což může být pro klienta velmi náročný krok, proto je důležité stále dodávat klientovi naději a odvahu, doporučovat mu různé formy podpory jako např. doprovod do zařízení a vysvětlovat to, čemu nerozumí (Mátel, 2019). Dle Matouška (2007) se ambulantních služeb využívá u osob s duševními problémy v akutním období nemoci.

Je možné, že klient formu podpory bude odmítat a nabízenou pomoc nebude přijímat. V ambulantních a kontaktních centrech nadále sociální pracovníci pracují s klienty na základě jejich individuálních potřeb. Tato pomoc bude některým klientům stačit a budou schopni vrátit se zpět do běžných životů, jiní se zase budou do center v průběhu času vracet a některým bude potřeba pomoci s vyhledáním jiné formy sociálních služeb spojených s hospitalizací (Mahrová & Venglářová, 2008). Mátel (2019) uvádí, že se tato forma práce s osobami s duševním onemocněním realizuje nejvíce v poradnách, centrech sociální pomoci či denních stacionářích.

Druhým mezistupněm sociálních služeb, v oblasti práce s osobami s duševním onemocněním, je stacionární péče, která je kombinací klientova pobytu doma a zároveň pobytu v zařízení, které poskytuje odbornou péči. Výhodou tohoto mezistupně je to, že klient zůstává ve svém přirozeném prostředí a neztrácí sociální kontakty. Naopak problémem bývá nedostupnost těchto zařízení, zejména v menších městech (Mahrová & Venglářová, 2008).

Dalším návazným prvkem je dle Mahrové & Venglářové (2008) pobytová péče, což je pobyt na různě dlouhou dobu v zařízení, kde je poskytována odborná péče v nepřetržitém provozu. Jedná se například o psychiatrickou kliniku, psychiatrickou léčebnu, psychiatrické oddělení nemocnice nebo domov pro osoby se zdravotním postižením. V těchto zařízeních jsou sociální pracovníci součástí multidisciplinárních týmů.

V případě klientova návratu zpět z těchto uvedených zařízení, je mnohdy nemožný návrat do klientova předchozího života a jeho podmínek, a může být potřeba návazná doléčovací péče, kterou společně s klientem zařizuje sociální pracovník před opuštěním zařízení. Tato péče může mít různé formy, například návrat do ambulantní péče, využití speciálního doléčovacího zařízení nebo také domácí péči či chráněné zaměstnání nebo bydlení (Mahrová & Venglářová, 2008).

V případě, že klient nemůže nebo nechce bydlet s rodinou a jeho zdravotní stav umožňuje samostatné bydlení, mělo by být první volbou podporované bydlení stejně jako podporované zaměstnávání, které je určené pro osoby s duševním onemocněním, které se bez pomoci nemohou uplatnit na pracovním trhu (Matoušek, 2007).

Jedním z novějších prvků v péči o lidi s duševním onemocněním jsou centra duševního zdraví (dále CDZ). Jde o zdravotně sociální službu, která je poskytována buďto mobilně nebo ambulantně a součástí mohou být také krizové a denní služby. Cílem je spolupráce s ostatními poskytovateli služeb v regionu, ať už se specializovanými službami nebo službami určenými běžné populaci jako například organizace zabývající se zaměstnáváním, vzděláváním, bydlením či volnočasovými aktivitami. (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017).

Je zde ještě možnost poskytování terénní sociální práce, která je poskytována v přirozeném domácím prostředí klientů (Mátel, 2019) nebo využití krizových a telefonických krizových intervencí, z nichž některá pracoviště mohou také být vybavena lůžky určenými pro krátkodobý pobyt (Matoušek, 2007).

Sociální péče podporuje deinstitucionalizaci, což v praxi znamená přesouvání sociální péče z institucionální péče do péče v přirozeném prostředí. Z čímž souvisí snaha o snižování počtu těchto institucionálních zařízení a rozvíjení mimoústavních zařízení komunitního typu. Dalším důležitým aspektem kvalitní péče je prevence stigmatizace osob s duševním onemocněním (Probstová, 2010).

Na obrázku č. 2 můžeme vidět znázorněné schéma systému sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním.

Obrázek č. 2 Schéma systému sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním



Zdroj: (Mahrová & Venglářová, 2008, str. 47).

2.4. Multidisciplinárny tým

Jak již bylo řečeno v předchozí kapitole, sociální pracovník se může v různých zařízeních stát členem multidisciplinárnyho týmu. Multidisciplinárny tým v sociální sféře rozumíme kooperaci různých profesí a organizací, které spolupracují, komunikují a plánují tak, aby využili své znalosti a zkušenosti, a to vše v zájmu klienta či komunity. Cílem je zapojení jedinců s duševním onemocněním do jejich zotavení, poskytnutí nejvyšší možné podpory se zahrnutím respektu k potřebám těchto jedinců (Krbcová Mašíňová et al., 2020).

Abychom dosáhli multidisciplinarity je klíčové sdílené porozumění celostnímu a holistickému pojetí zdraví, které podtrhuje to, že celek je tvořen více než pouhým souhrnem jeho částí. Holistické pojetí pak integruje bio-psycho-socio-spirituální rozměr lidského zdraví. Pokud budou týmy pracovat v souladu s tímto přístupem, bude více využít jejich potenciál dovedností a zkušeností členů týmů (Krbcová Mašíňová, a další, 2020). Multidisciplinárny tým je složen z několika odborníků, kteří klienta doprovázejí na jeho cestě ke zvládnutí onemocnění (Mahrová & Venglářová, 2008).

Multidisciplinaritu můžeme rozdělit do tří úrovní:

1. Úroveň multidisciplinarity – jde o multidisciplinaritu uvnitř jednoho týmu, který se skládá jak z lůžkových, tak z komunitních organizací;
2. Úroveň multidisciplinarity – jde o virtuální tým, kde se k lůžkovým a komunitním týmům přidávají týmy z Center duševního zdraví;
3. Úroveň multidisciplinarity – jde o komunitní síť, spolupráce mezi obcemi, službami, běžnou komunitou a dalšími sektory (Krbcová Mašínová et al., 2020).

Multidisciplinární péče je důležitá z důvodu nutnosti pokrytí mnoha různých potřeb klienta, ideálně současně. Proto je multidisciplinarita důležitým nástrojem. Může být však ovlivněna několika hledisky, například ochotou odborníků spolupracovat s jinými odborníky a důvěřovat jim. Důležité je v případě multidisciplinarity pravidelně vyhodnocovat, jestli je péče kvalitní (Mahrová & Venglářová, 2008).

Zásadními členy multidisciplinárního týmu jsou především klienti a jejich rodinní příslušníci. Dále jsou to odborníci, mezi které řadíme v první řadě praktického lékaře, na kterého se pravděpodobně obrátí nemocný člověk při prvních příznacích nějakých obtíží. Praktický lékař by pak měl být ten, kdo koordinuje další zdravotní služby a léky, a měl by být o stavu svého klienta pravidelně a dobře informován. Dalším odborníkem, ke kterému se klient může dostat jako první může být psycholog, ten ho však z důvodu potřeby medicínské péče odkazuje na psychiatra. Dále však s klientem může psycholog spolupracovat v dalších fázích, a to zejména nemedicínskou metodou psychoterapie. Psychiatr je odborně vzdělaný lékař, se kterým klient diskutuje svůj stav, na základě čehož psychiatr navrhuje další postup léčby, zpravidla to bývá medikamentózní péče, ale poskytuje také například odbornou psychoterapeutickou péči. Dalšími odborníky, se kterými se klient může v rámci multidisciplinárního týmu setkat jsou zdravotní sestry, které jsou důležité při kontaktu s lékařem. Dále jsou to také terapeuti pracující individuálně či skupinově, rehabilitační pracovníci či ergoterapeuti, kteří pomáhají s nácvikem konkrétních dovedností a nedílnou součástí jsou také již zmiňovaní sociální pracovníci, jejichž úkolem je klientovi poskytovat dostatečné množství informací s ohledem na jeho aktuální situaci, například možnost využití sociálních dávek, provádění systémem zdravotnické péče, předávání kontaktů na navazující služby a instituce nebo také poskytování základní právní pomoci (Mahrová & Venglářová, 2008). Dalšími důležitými členy týmu jsou také peer konzultanti (Kolitsch et al., 2022).

2.4.1. Sociální pracovník

Dle zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, sociální pracovník „Vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb (§ 109).“

Mátel (2019) uvádí, že sociální pracovník je vysokoškolsky kvalifikovaný člověk. Profese sociálního pracovníka bývá mnohdy náročná a pro její vykonávání je potřeba některých osobnostních předpokladů. Například se jedná o empatii, sociální citění, kongruenci nebo etickou zodpovědnost. Dle Probstové (2010) patří mezi kompetence sociálního pracovníka umění získávání informací o klientovi, ale i jeho okolí a o jeho zázemí, dále pak je to schopnost umět realizovat plány intervencí a vyhodnotit je, a také vědět, jak a kdy práci ukončit. Mezi předpoklady k práci s lidmi s duševním onemocněním patří také znalost symptomů a dynamiky různých duševních onemocnění, znalost terapeutických intervencí, mezi které patří i vliv medikamentózní léčby.

Osoby s duševním onemocněním od sociálního pracovníka potřebují specifickou podporu, například informování v oblasti sociálního zabezpečení, práva či specifickou intervencí (Probstová, 2010).

2.4.2. Šetření u lidí s duševním onemocněním

Šetření prováděné sociálním pracovníkem, jehož cílem je stanovení nepříznivé sociální situace se liší od šetření, které provádí lékař před započetím léčby, časem a nástroji. Šetření prováděné pracovníkem obvykle probíhá opakovaně a mezi nástroje, které sociální pracovník využívá patří rozhovor. K šetření, které provádí sociální pracovník je potřeba teoretických znalostí, praktických dovedností, ale také jisté míry zkušenosti s prací s osobami s duševním onemocněním. Šetření má několik fází:

1. Mapování – jde o navázání kontaktu s klientem, při kterém sociální pracovník zjišťuje co nejvíce informací jak z historie, tak z přítomnosti klienta a patří sem také pozorování například interakcí klienta s okolím nebo pozorování klientovy situace.

2. Srovnání, analýza – v této fázi sociální pracovník analyzuje informace, které od klienta získal a stanovuje případnou nepříznivou sociální situaci. K jejímu stanovení může sociální pracovník využít i situace a příběhy z minulosti, se kterými se setkal.
3. Popis – sociální pracovník následně popíše sociální patologii, která by měla být zasazena do psychosociálního rámce a také popíše rodinnou anamnézu a potřeby a zdroje prostředí.
4. Stanovení nepříznivé sociální situace – sociální pracovník tuto nepříznivou sociální situaci následně ideálně rozebírá i s dalšími členy multidisciplinárního týmu.
5. Sepsání závěrečné zprávy (Probstová & Pěč, 2014).

2.4.3. Peer pracovník

Termín „peer“ pracovník se používá k označení jedinců, kteří sami prošli nebo nadále prochází specifickými životními podmínkami a ty využívají k tomu, aby předávali své zkušenosti a podporovali ostatní osoby, které jsou ve stejné nebo podobné situaci (Repper & Carter, 2011). V České republice peer pracovníci procházejí kurzy pro peer konzultanty a pokud jsou součástí týmu v registrované sociální službě, musí také podle současné legislativy projít rekvalifikačním kurzem pro pracovníky v sociálních službách (Kolitsch et al., 2022).

Peer pracovníci mohou být zapojováni v mnoha oblastech, například v oblasti péče o fyzické zdraví, u pacientů s onkologickými onemocněními, s HIV či cukrovkou (Allicock et al., 2014). Dále také v oblasti školství, kde jsou využíváni skrze preventivní a výchovné programy (Skácelová, 2003). Pro účely této diplomové práce jsou důležití peer pracovníci, kteří se zapojují v oblasti péče o duševní zdraví.

3 Na zotavení zaměřený přístup

Cesta k zotavení, jak to nazývá Mark Ragins (2018) ve svých sebraných spisech, je proces, který může následovat po tragédii a má čtyři fáze, kterými jsou naděje, zplnomocnění, přijetí odpovědnosti a nalezení smysluplné životní role. Pořadí těchto fází můžeme použít především u lidí s vážným duševním onemocněním při pomoci na jejich cestě zotavení. Slade (2013) zotavení chápe dvěma rozdílnými způsoby, a to klinické zotavení a osobní zotavení.

První fází je naděje, kterou potřebuje každý, kdo se cítí v beznadějně situaci. V případě, že je naděje více než ideálem, může být motivující. V případě lidí s duševním onemocněním je důležité, aby měli konkrétní představu o svých budoucích možnostech (Ragins, 2018).

Druhou fází je zplnomocnění, u kterého je důležité, aby věřili v sami sebe, aby mohli dělat pokroky. K této fázi patří přístup k informacím a možnost rozhodovat o svém životě a dalších krocích, což vede právě k pocitu zplnomocnění. Je potřeba osoby s duševním onemocněním v této fázi podpořit, aby si sami sebou byli jistí a začali v sebe věřit, ale také aby v ně věřily i osoby kolem. Avšak může se stát, že „přípravenost“ nastane až při zpětném pohledu, až po tom, co se člověku něco podaří. Často lidé nejdříve potřebují zažít úspěch, aby uvěřili tomu, že mohou být úspěšní, což může u lidí s duševním onemocněním vést ke stagnaci (Ragins, 2018).

Další, tedy třetí fází je odpovědnost za sebe sama, při které si osoby s duševním onemocněním začínají uvědomovat, že musí převzít odpovědnost za svůj vlastní život, k čemuž patří zkoušení nových věcí, učení se ze svých chyb, ale také odpoutání se od pocitů hněvu, viny a zklamání pojících se s onemocněním. Tato fáze je náročná jak pro poskytovatele sociálních služeb, tak i pro osoby s duševním onemocněním, jelikož je třeba rušit staré zvyklosti a podporovat je v přebrání života do vlastních rukou (Ragins, 2018).

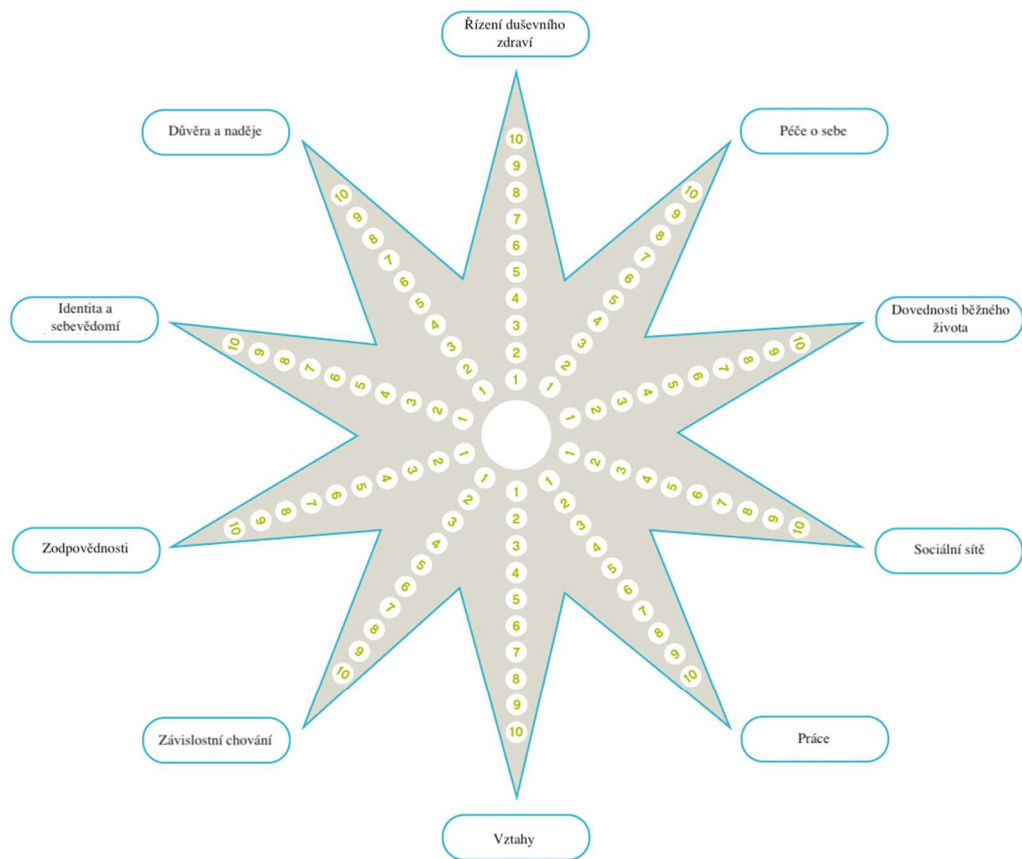
Poslední, čtvrtou fází je smysluplná životní role. Pro úplné zotavení je třeba získání smysluplné životní role, která není spjata s jejich nemocí. Taková role může ukončit odloučení lidí s duševním onemocněním a pomoci jim zotavit se a začít žít jejich vlastní život, tzn. uplatňovat nově získané postoje například v rolích zaměstnanec, matka nebo soused (Ragins, 2018).

Na druhé straně osobní zotavení je nápad, který vzešel od lidí, kteří duševní onemocnění sami prožívají či prožili (Slade, 2013). Anthony (1993) popsal osobní zotavení jako hluboce osobní a jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a/nebo rolí. Je to způsob, jak žít uspokojivý, nadějný a přínosný život i v rámci omezení způsobených duševním onemocněním. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě člověka, když překročíme katastrofické následky duševní choroby.

Osobní zotavení má čtyři následující kroky: vybudování si pozitivní identity, která je jiná než identita osoby s duševním onemocněním; ohraničení „duševního onemocnění“, což znamená nalézt a dát smysl svému duševnímu onemocnění, což vede k tomu, že onemocnění nezabírá celou identitu osoby s duševním onemocněním a má svoje určité hranice. Třetím krokem je self-management nebo jinak také vláda nad sebou, což je proces, při kterém osoby s duševním onemocněním přebírají zodpovědnost sami za sebe, zodpovědnost za to, jak se cítí, což zahrnuje i umění říci si o pomoc od lidí z okolí. Posledním krokem je rozvíjení hodnotných sociálních rolí, které často nemají souvislost s duševním onemocněním, mohou to být například pracovní, příbuzenské nebo partnerské role (Slade, 2013).

Jedním z nástrojů, jimiž se hodnotí zotavení, je Recovery star, která je nástrojem využívaným jak k hodnocení, tak k řízení psychosociální změny a podporuje spolupráci mezi klientem a sociálním pracovníkem. Je využívána s různými cílovými skupinami (Probstová & Pěč, 2014). Jak Recovery star vypadá můžeme vidět na následujícím obrázku č. 3:

Obrázek č. 3 Recovery star



(MacKeith & Burns, 2008).

4 Komunikace

Slovo komunikace má původ v latině a znamená něco spojovat. Tento pojem má mnoho významů (Mikulaščík, 2010) a v českém jazyce představuje tři hlavní roviny. V rámci této diplomové práce se budeme zabývat pouze jednou rovinou, a to konkrétně výměnou informací. Zde je komunikace chápána jako proces sdílení informací mezi lidmi, živočichy nebo součástí teorie matematické informace (Vymětal, 2008).

V širším slova smyslu tedy komunikaci chápeme jako výměnu nejen mezi lidmi, ale i mezi živými a neživými organismy, například člověk – příroda či člověk – světlo semaforu. Hovoříme-li o komunikaci mezi lidmi, používáme spojení sociální komunikace, kterou lze rozdělit na tři druhy: ústní (patří sem například rozhovor, výuka či dotazování), dále písemnou (například e-mail, zpráva či zápis) a vizuální (kam řadíme například grafy, diagramy či filmy) (Vymětal, 2008).

Pojem komunikace se používá v několika vědních oborech. V psychologii není komunikace považována jenom za přenos informací, ale jde tam o sebe prezentaci a sebepotvrzování, o vyjádření názorů. Jde o přenos a výměnu informací, která probíhá buďto formou mluvenou, psanou, obrazovou nebo činností, jde o výměnu významů mezi lidmi, pomocí používání běžného systému symbolů, a je důležitá k efektivnímu sebevyjádření osob (Mikulaščík, 2010). Dle Vymětala (2008) komunikací také můžeme dosáhnout ovlivnění chování lidí, konkrétně například aktivní řízení a ovlivňování kolektivních rozhodnutí, upevňování a budování sociálních vazeb a sounáležitosti v rámci skupiny, a vytváření příznivého sociálního prostředí pro jednání a interakci nebo také ovlivňování mezilidských vztahů, a to jak mezi jedinci, tak i k osobě vlastní. Můžeme sem zařadit například vyjadřování sympatií a antipatií nebo komunikování mezi institucemi (Vymětal, 2008).

Dle Achimské (2019) jde o kontinuální proces a v kontextu sociální práce, aby komunikace byla efektivní, navazuje tak na porozumění mezi pracovníkem a klientem, na reflexi a také na odpovídající reakci na měnící se chování v procesu, ve kterém získáváme a sdílíme informace.

Achimská (2019) uvádí: „Dobrá komunikace sociálního pracovníka vyžaduje expertízu v oblasti citlivého zacházení s informacemi i pochopení situace klienta s cílem vybudovat vztah s klientem, pomoci mu při řešení vzniklých situací, a zároveň přimět ho k

požadované změně. Existuje množství metod, které mohou sociální pracovníci použít s cílem usnadnit komunikaci s klientem. Hlavní doménou v terapeutickém vztahu je poskytování empatie. Sociální pracovník by také měl být autentický, pokud je jeho cílem vybudovat důvěru mezi ním a klientem. Komunikace u sociálních pracovníků je důležitá při zapojování klientů (jednotlivců, skupin nebo komunit), sama sebe (interpersonální komunikace), kolegů a dalších pracovníků v kontextu intervencí a podpůrných vztahů. (str. 29).“

Plamínek (2023) uvádí, že cíle komunikace mohou být pestré, patří mezi ně například vyměňování informací mezi komunikujícími, cílem také může být snaha o potvrzení či změnu vztahu mezi lidmi, dále také prosazení nějakého nápadu či může sloužit pouze k pobavení.

Mezi komunikační prostředky obecně řadíme například jazyk, telefon, rozhlas nebo také vlaky, autobusy a letadla (Mikulaščík, 2010), pro účely této diplomové práce je však jediným důležitým prostředkem jazyk. V případě sociální komunikace můžeme komunikační prostředky rozdělit na verbální (komunikace slovem), neverbální (mimoslovní komunikace) a komunikaci realizovanou činy a skutky (Vymětal, 2008). Dle Achimské (2019) můžeme ještě přidat i psanou a virtuální komunikaci, která se uskutečňuje v online prostoru a spojuje několik typů komunikace – psanou, verbální a neverbální komunikaci.

4.1. Typy komunikace

V této kapitole blíže vysvětlíme jednotlivé typy komunikace uvedené v předchozí kapitole.

4.1.1. Verbální komunikace

Verbální komunikace je ústní komunikace, jež šíříme ústním projevem. Slova zde využíváme k tomu, abychom vyjádřili naše myšlenky, pocity, pomocí slov také vyprávíme různé příběhy, zjišťujeme nové informace a pomocí nich vedeme rozhovory a podobně. Verbální komunikace se koná fyzicky přímo s klientem a sociální pracovníci by měli věnovat pozornost slovům, která používají, aby došlo k pochopení na obou stranách (Achimská, 2019).

Verbální komunikace je proces, při kterém se vyjadřujeme pomocí slov a můžeme v ní rozlišovat racionální a emocionální rovinu, dále formální a neformální druh komunikace a také několik komunikačních stylů, například konvenční komunikační styl, konverzační styl, operativní či vyjednávací styl (Vymětal, 2008).

Plamínek (2023) ve své knize uvádí komunikační pasti, mezi které řadí například interpersonální konflikty komunikující osoby, dále může jít také o různé způsoby narušení komunikace, ať už jde o hluk v místnosti či jiné podněty, které mohou být pro příjemce informací zajímavější nebo také o samotné chybné zpracování informací, které mezi sebou komunikující vyměňují.

Mezi základní pravidla pro verbální komunikaci dle Vymětala (2008) lze zařadit tato:

- „Buďte připraveni a mějte jasno v tom, co chcete říci a především čeho chcete docílit;
- Buďte struční a věcní;
- Buďte klidní, svět se nezastaví kvůli tomu, co chcete říci;
- Zainteresujte posluchače a poslouvejte, co chtějí říct oni;
- Buďte přístupní a vnímaví ve svých odpovědích;
- Nevíte-li něco, přiznejte to;
- Uděláte-li chybu, přiznejte to, ale nesnažte se z toho udělat ctnost, chyba je stále chyba;
- Udržujte neustálý kontakt s lidmi;
- Je-li předmět jednání komplexní, připravte stručné shrnutí jednání;
- Neříkejte samozřejmosti, vypadá to, jako když jste přišli hádat;
- Nepoužívejte zkratky, které neznají všichni zúčastnění;
- Nezačínajte větu rčením „abych řekl pravdu“; vypadá to, jako byste jindy lhali;
- Nerozdávejte předem písemné materiály, lidé si je budou číst a nebudou vás poslouchat;
- Neukazujte příliš mnoho čísel, lidé se budou rozptylovat tím, že po vás budou kontrolovat součty;

- Nebud'te smrtelně vážní ani uštěpační, buďte vždy pozitivní a s úsměvem (str. 114-115).“

Achimská (2019) dále také uvádí důležitou schopnost naslouchání, které je klíčové k tomu, aby sociální pracovník dokázal správně volit slova a aby další rozhovory usměrňoval správným směrem. Moore (2021) na druhou stranu uvádí, že je důležité také umět naslouchat sám sobě. Naslouchat tomu, jaké pocity přináší práce terapeuta, co se nám honí hlavou před a během sezení s klientem, ale také naslouchat tomu, kde se právě v naší profesi nacházíme.

4.1.2. Neverbální komunikace

Neverbální komunikace neboli mimoslovní komunikace je předávání informací a sdělení, která jsou odvozená od postojů lidí, zvířat či jiných organismů. V sociální komunikaci je neverbální komunikace považována za řeč těla, kdy získáváme informace z pohybů, gest, mimiky, dotyků, vzdálenosti mezi komunikujícími nebo také činnosti očí (Vymětal, 2008). Z výrazu tváře můžeme rozpoznat například to, jestli se klient hněvá, je znechucen, má strach či radost, cítí se smutný nebo překvapený (Achimská, 2019). Proto je dle Mooreho (2021) důležité poslouchat také očima a všimnout si toho, jaká gesta, postoje, výrazy tváře a pohyby těla klient dělá.

Neverbální komunikace se často děje nevědomky a může se tak vymknout kontrole.

Řeč těla můžeme rozdělit na:

- kineziku – hodnotí pohyby těla;
- gestiku – základem jsou gesta, sleduje tedy především pohyb a postavení prstů, nohou, hlavy a paží;
- mimiku – sleduje pohyby obličeje a jeho svalů s výjimkou očí;
- viziku – sleduje pohyby očí, délku očního kontaktu a okolí očí;
- haptiku – sleduje doteky;
- proxemiku – sleduje a posuzuje vertikální i horizontální vzdálenosti mezi komunikujícími;
- posturologii – postoj a pozice celého těla (Vymětal, 2008).

4.1.3. Psaná a virtuální komunikace

I s těmito dvěma typy komunikace se sociální pracovníci mohou v rámci své praxe setkat, ať už v komunikaci s jinými organizacemi, agenturami či s klienty, kteří to z nějakého důvodu vyžadují. I v tomto případě je potřeba, aby se sociální pracovník dokázal klientovi přizpůsobit, aby komunikace měla dobré směřování a přinášela požadované výsledky. Tím, že pracovníci budou důkladně volit slova mohou zamezit tomu, že je klient nepochopí či si to vysvětlí nesprávným způsobem (Achimská, 2019). Je proto velmi důležité, aby sociální pracovník dbal na to, aby byla shoda mezi formou a obsahem napsané zprávy (Štěpaník, 2005).

V sociálních službách se rozvíjí také virtuální komunikace, díky které se spolu mohou spojit i lidé, kteří z jakéhokoli důvodu neměli možnost osobního setkání. I v rámci této komunikace můžeme díky videopřenosu pozorovat neverbální prvky komunikace a tím se může navodit částečně pocit jako na osobním setkání (Achimská, 2019).

4.2. Funkce komunikace

Komunikace má několik funkcí, které se velmi často vzájemně prolínají a nejsou úplně jednoznačné (Mikulaščík, 2010). Funkce komunikace mohou být zároveň i jejím cílem a řadíme mezi ně například:

- Funkce informativní – jedná se o funkci, při které probíhá předávání jistých informací, faktů a dat mezi lidmi, s touto funkcí souvisí také funkce instruktivní, u které se ale navíc přidává objasňování postupů, významů nebo návodů, jak něčeho docílit. Dále s touto funkcí souvisí také funkce poznávací, ale spíše z pohledu komunikanta, kdežto informativní funkce je z pohledu komunikanta i komunikátora.
- Funkce poznávací – získávání informací a vědomostí o druhých lidech, o světě či o sobě samém.
- Funkce vzdělávací a výchovná – tato funkce se využívá v institucích a je naplňována zejména informativní a instruktivní funkcí.

- Funkce osobní identity – tato funkce je pomocníkem při ujasňování si věcí o nás samých, uspořádání si našich postojů, názorů, sebevědomí a osobních tužeb. Jde o schválení sebepojetí a je důležitou aktivitou na úrovni osobnosti.
- Funkce přesvědčovací – tato funkce slouží k tomu, aby člověk působil na druhého s tím záměrem, aby docílil změny názorů, postojů, hodnocení nebo způsobů konání druhého člověka, do této funkce patří také funkce posilovací a motivující, kdy dochází k posílení pocitu sebevědomí nebo vztahu k něčemu.
- Funkce zábavná – u které jde o pobavení, rozesmání druhých, jde o vytvoření pocitu pohody a spokojenosti.
- Funkce socializační a společensky integrující – při které je důležité sblížování a navazování kontaktů, vytváření vztahů.
- Funkce svěřovací – může sloužit jako nástroj ke zbavení se vnitřního napětí, k překonání nějakých těžkých chvil.
- Funkce úniková – slouží k odreagování se od starostí, od každodenního shonu (Vymětal, 2008).

4.3. Komunikační zátarasy

Dle Gordona (2012) je dvanáct bariér v komunikaci, které by měli pracovníci znát, aby se jim mohli v praxi vyhýbat, jinak hrozí zastavení další komunikace klienta. Mohou vést k tomu, že klient ztratí chuť dále spolupracovat. Mezi tyto zátarasy patří například přikazování, souzení, poučování, výslech, nezáměr a mnoho dalších. Dle Plamínka (2023) mezi zátarasy patří například také vynášení soudů, vyhrožování, zesměšňování, falešné apely, naléhání a napravování nebo lhostejnost.

Co naopak můžeme při rozhovoru udělat, aby se klient při rozhovoru cítil lépe je například: pozorné naslouchání tomu, co klient říká; ocenění všech dosažených změn a pozitiv; brát klientova přání s plným respektem nebo nabízet pomoc v tom, čeho chce klient dosáhnout. Tyto způsoby pomáhají k tomu, aby se klient cítil příjemně, aby mohl zažít pocit, že je jeho vyprávění bráno vážně, že existuje někdo, kdo v něj věří (Gordon, 2012).

4.4. Rozhovor

Rozhovor je způsobem komunikace mezi lidmi, při kterém si zúčastněné osoby vyměňují sdělení, která zahrnují různé informace, kterým zúčastnění přiřazují různé významy, které na ně následně působí (Dlabal, 2021). Dle Úlehly (2007) je pro rozhovor důležité to, jestli pracovník rozumí tomu, co se v rozhovoru odehrává.

Štěpaník (2005) uvádí, že rozhovor můžeme rozlišovat podle toho, jestli je řízený či neřízený.

- Řízený rozhovor – jinak také strukturované interview, které nejčastěji můžeme využívat například pro získání základních informací o klientovi. Máme předem připravené otázky, na které klient odpovídá. Mezi výhody patří to, že šetří čas zúčastněných osob, a naopak mezi nevýhody patří to, že se díky tomuto rozhovoru nemusí zachytit všechny důležité informace a není zde prostor na volné vyjadřování.
- Neřízený rozhovor – jinak také volný rozhovor. Nejčastěji se jedná o běžný rozhovor mezi přáteli či známými, avšak tento typ rozhovoru se využívá i v různých psychoterapeutických postupech. Mezi jeho výhody patří to, že nabízí prostor pro volné vyjádření, můžeme se díky němu dozvědět i to, na co jsme se nezeptali, a tak získáváme větší množství informací.
- Kombinace řízeného rozhovoru s neřízeným – v praxi se však nejčastěji uplatňuje kombinace předchozích dvou rozhovorů. Při tomto druhu rozhovoru má tazatel předem připravená témata, na která se zeptá, ale dává druhé osobě prostor i pro volné vyjádření.

Rozhovor má několik fází. První je fáze přípravná, která obsahuje vše, co se uděje před samotným rozhovorem s klientem, do které se řadí uvědomění pracovníka, co je jeho poslání, jaké jsou jeho cíle a měl by vědět kdo je a s čím pomáhá (Úlehla, 2007).

Další fází je otevření společné práce s klientem, kam se zařazuje domluvení schůzky, uvedení do pracovny a začátek rozhovoru. Při této fázi je důležité, aby pracovník vytvořil pro klienta bezpečné prostředí (Úlehla, 2007).

V další fázi se sjednává zakázka klienta a úkolem pracovníka zde je vysvětlit, co může nabídnout a zjistit, co klient očekává (Úlehla, 2007). Poslední fází je ukončení rozhovoru,

při které se hodnotí společná práce a hodnotí se stanovené cíle ze začátku rozhovoru (Dlabal, 2021).

Druhý zúčastněný nám většinou vypráví o tématech, která jsou pro něj významná a chce je dále rozvíjet a dokončit podle svých představ, proto je vhodné mu do vyprávění nezasahovat určitými překážkami, jinak by se mohl přestat v rozhovoru cítit příjemně. Mezi takové překážky můžeme například počítat zařazení sdělení, které je proti směru vyprávění druhého zúčastněného, příkladem jsou věty „*To jste udělal chybu...*“ nebo „*Nemluvte už o tom.*“ (Dlabal, 2021).

Mezi další překážky, které mohou narušit příjemný rozhovor dle Gordona (2012) můžeme radit také nařizování druhému zúčastněnému, výhrůžky, poskytování rad a řešení nebo moralizování, analyzování, vyšetřování nebo změnění tématu.

Aby se druhý zúčastněný cítil příjemně, vycházíme z jeho sdělení a parafrázujeme ho, tedy stručně zopakujeme to, co řekl, čímž vyjádříme to hlavní z vyprávění druhého. Parafrázováním druhý zúčastněný uslyší, že nasloucháme jeho vyprávění, sledujeme jeho téma a nejsme proti němu a on tak může bezpečně pokračovat ve svém vyprávění podle svých představ. Parafrázování není vhodné používat v případě, že druhý zúčastněný jde svým vyprávěním proti sobě, vytváří si překážky, jelikož bychom tím mohli potvrzovat jeho sdělení a zesilovat ho tím. Pokud však půjdeme proti názoru druhého zúčastněného opakovaně, může mít druhý zúčastněný tendenci k tomu vymýšlet nové argumenty a jít proti nám (Dlabal, 2021).

Je také vhodné do rozhovoru zařazovat některou z forem ocenění, což vede k tomu, že druhému poskytujeme informaci o tom, co nám přijde cenné a co ne. Pokud však druhý zúčastněný nabyde dojmu, že tak činíme z pozice soudce, může se dostat do pozice hodnoceného a tím začít kontrolovat to, co říká, abychom to neohodnotili negativně a rozhovor tak přestává být pro druhého zúčastněného příjemný a bezpečný (Dlabal, 2021).

Pokud se stane, že se v rozhovoru ztratíme, můžeme se druhého zúčastněného doptat, ale je potřeba dát si pozor na to, aby neměl pocit, že se snažíme rozhovor vést naším směrem (Dlabal, 2021).

Dle Millera & Rolnicka (2003) je zde pět základních principů, které se využívají v rámci motivačního rozhovoru a těmi jsou vyjadřování empatie, rozvíjení rozporů, otočení

odporu (využití odporu), vyhýbání se argumentaci a podpora klientových vlastních schopností.

- Vyjádření empatie – pracovník se tímto principem snaží pochopit pocity, které klient prožívá a jeho pohled na věc. Tím, že pracovník klienta nekritizuje a neobviňuje ho, má tak klient možnost zažít přijetí, což je důležitá potřeba v rámci rozhovoru. To může poté vést k tomu, že tím povzbudí klientovu sebedůvěru.
- Rozvíjení rozporů – v tomto procesu je hlavním cílem uvědomění klienta o rozporu toho, kde se nachází a tím, kam míří, kde by chtěl být.
- Otočení, využití odporu – tento princip slouží k tomu, aby se odmítavá stanoviska, která klient zaujímá, dala pootočit nebo jinak zarámovat či přesunout klientovu pozornost k jinému tématu.
- Vyhýbání se argumentaci – v rámci tohoto procesu je úkolem pracovníka vyhnout se přímým hádkám s klientem a argumentaci, jelikož to by mohlo vést k zvyšování odporu klienta, pochybnostem a také narušení spolupráce mezi klientem a pracovníkem. Důležité je, aby se klient posouval správným směrem, nemusí však vše dělat podle pracovníkova přesvědčení.
- Podpora vlastních schopností klienta – tento princip, který je založený na teorii důvěry ve vlastní schopnosti klienta, je o přesvědčení klienta o tom, že může úspěšně dokončovat určité úkoly. Úkolem pracovníka v rámci tohoto přístupu je dostatečná motivace klienta (Miller & Rolnick, 2002).

4.5. Zásady úspěšné komunikace

Existuje několik zásad úspěšné komunikace. Štěpaník (2005) uvádí například, že není vhodné se soustředit pouze na paměť, ale dělat si písemné poznámky (alespoň zpětně), je třeba také věnovat pozornost tomu, kde setkání s klientem probíhá a na uspořádání tohoto jednání. Je třeba mít rozmyšlené to, co chceme sdělit a jakým způsobem a myslíme také na neverbální prostředky. S klienty je třeba také využívat běžný jazyk, nepoužíváme cizí slova a zvažujeme formulace tak, aby to pro klienty bylo srozumitelné. Po celou dobu jsme zdvořilí.

V teoretických zdrojích je popsanych několik principů jazyka, který podporuje zotavení klienta s duševním onemocněním:

1. Každý člověk je jedinečný – každého klienta bereme jako jedinečnou bytost s vlastní důstojností.
2. „Nic o nás bez nás“ – každý je odborníkem na svůj vlastní život, proto má právo rozhodovat o něm sám.
3. Zaměřujeme se na silné stránky – rozvíjíme to, co je v nás zdravého a aktivního.
4. Mluvíme srozumitelně – mluvíme tak, aby tomu druhý rozuměl, přizpůsobíme mu řeč.
5. Nesoudíme (Bryných et al., 2020).

Mezi jazykovou praxí, která podporuje zotavení osob s duševním onemocněním můžeme řadit následující body:

1. People-first language

Důležitým principem tohoto bodu je používání jazyka, který klade člověka na první místo. Cílem tohoto bodu je vyhnout se neúmyslné dehumanizaci a snížení člověka na pouhou psychiatrickou diagnózu a to tím, že nejdříve vždy zmiňujeme osobu jako první, a až poté následuje podmínka či obtížná životní zkušenost (Bryných et al., 2020).

Tabulka č. 2 People-first language

Vhodné označení	Méně vhodné označení
Lidé s psychickým onemocněním	Psychicky nemocní
Člověk s osobní zkušeností s duševním onemocněním	Duševně nemocný
Člověk se zkušeností s psychiatrickou léčbou	Psychiatrický pacient
Lidé s duševním onemocněním (s vlastní zkušeností s d. o.)	Duševně nemocní
Lidé se schizofrenií	Schizofrenici
Žena s psychotickým onemocněním	Psychotička
Člověk s hraniční poruchou osobnosti	Hraničář
Muž s katatonní schizofrenií	Katatonik
Člověk, který je poprvé hospitalizovaný, t. č. na akutním příjmovém oddělení	Prvozáchyt na neklidu, prvoatakář
Pane, nejspíš máte schizofrenii.	Pane, vy jste schizofrenik.

(Bryných et al., 2020, str. 3)

2. Vysunutí duševního onemocnění z centra pozornosti

Tímto procesem se snažíme o transformaci z role nemocného, pasivního příjemce zdravotní péče nebo sociálních služeb k běžnějším a důstojnějším rolím a to tím, že

namísto zaměření se na nemoc nebo diagnózu, mluvíme o konkrétní osobě jako celku, o její situaci, zájmech a zkušenostech (Bryných, Strossová, Franzová, & Goldmanová, 2020).

3. Označení, která neredukují člověka na roli či nálepku

Pod tímto bodem se skrývá snaha o to, aby se nestávalo, že jedince s duševním onemocněním zevšeobecňujeme z naší zkušenosti s jiným jedincem. Například se může jednat o výroky:

„Znám řadu lidí se schizofrenií a žádný ještě nezvládl práci na celý úvazek.“

„Dnes jsme ji po roce propustili z léčby, navštivte ji rychle, brzy se k nám vrátí.“

„Ještě jsem neviděl člověka s psychózou, který by se dokázal postarat o rodinu.“

(Bryných, Strossová, Franzová, & Goldmanová, 2020, str. 5)

4. Naděje a důvěra v budoucnost

Další nezbytnou součástí je naděje, kterou můžeme jazykově podporovat následujícími příklady:

- „Sdílení příběhu lidí, kteří byli v podobně bezvýchodné situaci a našli pro sebe smysluplnou cestu. Příklady zvládnutí a přemožení nemoci.
- Budovat naději na možnosti řešení, které nás zatím nenapadlo.
- Zaměření na silné stránky, možnosti, zdroje.“

(Bryných et al., 2020, str. 5)

5. Slovesa, která podporují důstojnost a aktivitu

Příklady takových sloves jsou v následující tabulce:

Tabulka č. 3 Slovesa, která podporují důstojnost a aktivitu

Vhodné užití	Méně vhodná užití
Tříkrát týdně tam zajdeš a půjdete spolu obstarat, co bude potřebovat.	Tříkrát týdně ji sundáš ze schodů a vyvedeš vyvětrat na vycházku.
Navrhne mu ukončení služby, nedaří se nám ho motivovat ke spolupráci.	Vyndáme ho z chráněného bytu, je nespolupracující.
V důsledku stresu se mu vrátily příznaky nemoci.	V důsledku stresu zdekompenzoval .
Pan Petr prožívá krizi.	Pacient zrelaboval .
Zatím jsme nenašli, co by si od života přál.	Je pasivní .
Dosud jsme se s Vámi v nabídce našich služeb nepotkali.	Vy nespolupracujete .
Využíval naše bydlení, ale nebylo to pro něj to pravé.	My jsme mu nabídli bydlení, ale on tam selhal .
S paní Dvořákovou jsme se domluvili na změně léčby a sestra ji doprovodila na uzavřené oddělení.	Pacientku jsme přeložili na neklid.
Dohodli jsme se, že bude dojíždět do jiného střediska, které je blíže jejímu bydlišti.	Byla přeložena do jiného střediska dle spádovosti.
Dnes už s námi není v kontaktu.	Vypadnul ze služby.
Dále již budete docházet jen ke své lékařce.	Předávám vás vaší lékařce.
Velmi Vám doporučuji navštívit Centrum duševního zdraví.	Přeposílám vás do Centra duševního zdraví.
Situace pana Dvořáka se zlepšuje.	Klient dobře rehabilituje .
Uzavřeli jsme spolu smlouvu.	Zasmlovnul jsem ho.

(Brynychet al., 2020, str. 5-6)

6. Běžný jazyk

Doporučuje se také využívat běžný jazyk, tedy nepoužívat tzv. expertní jazyk, čímž mohou vznikat umělé hranice mezi pomáhajícími profesionály a osobami s duševním onemocněním. Příkladem z praxe může být například použití vět: „Zítra půjde domů.“ „Našlo se pro vás volné místo v DZR.“ Či „Jdu se projít.“ Místo expertních vět: „Dismiss je plánovaná na zítra.“ „Budete umístěn (či přemístěn) do DZR.“ A „Teď mám vycházky.“

7. Vhodné oslovování

Nepřijatelné je asymetrické oslovování, kdy sociální pracovník či jiný odborník v oblasti duševního onemocnění vyžaduje oslovování například pan vedoucí či paní magistra a sám klienta oslovuje jménem či dokonce zdrobnělinou jména. V takovém případě bychom nemohli dosáhnout rovnocenného a partnerského přístupu mezi odborníkem v oblasti duševního zdraví a klientem. Mezi nevhodné oslovování patří také oslovování skupin různými zdrobnělinami či eufemismy (Brynych et al., 2020).

8. Mluvit vždy tak, aby to mohl klient slyšet

V praxi tento bod znamená to, že pokud budeme s jinými lidmi mluvit o klientovi, vždy musíme mluvit o tom, o čem bych mluvil i v jeho přítomnosti. Do tohoto bodu patří také možnost klienta nahlížet do své dokumentace.

9. Vždy cílit na silné stránky

Cílem tohoto bodu je to, aby byl klient zaměřený spíše na své úspěchy a dovednosti, ne na své potíže a na svou nemoc.

10. Komunikovat emoce? Povoleno

Sdílením emocí můžeme posílit vztah s naším klientem. Spíše se hodí říct „Souhlasím s vámi, taky tu situaci vidím jako pěkně zapeklitou“, než neříkat nic a do karty napsat „pacient je stažený, přítomná výrazná emoční dysbalance“ (Brynych et al., 2020, str. 9).

11. „Co budeme DĚLAT“, ne „jak něco JE“

Zotavení můžeme také chápat jako zaměření na řešení. Někdy je vhodnější hledat to, jak si mohu ulevit, spíše než zjišťovat, z čeho mi zrovna není dobře. (Brynych et al., 2020).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Cíl práce a výzkumné otázky

5.1. Cíl práce

Cílem diplomové práce je prozkoumat a analyzovat faktory, které mohou ovlivnit účinnost komunikačních strategií používaných v rámci na zotavení zaměřeného přístupu. Dále si práce klade za cíl poskytnout konkrétní příklady úspěšných komunikačních strategií a možných překážek v této oblasti.

5.2. Výzkumné otázky

Pro naplnění cíle diplomové práce jsem zformulovala následující výzkumné otázky:

1. Jaké faktory ovlivňují účinnost komunikačních strategií při podpoře zotavení jedinců s duševním onemocněním?
2. S jakými konkrétními příklady úspěšných komunikačních strategií a možnými překážkami se informantky ve své praxi setkaly?

5.3. Operacionalizace pojmů

Na zotavení zaměřený přístup – proces zotavení, přístup recovery v psychiatrii zdůrazňuje a podporuje potenciál člověka k úzdavě (Pasz & Plechatá, 2020).

Sociální pracovník dle zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách: “Vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zajišťuje potřeby obyvatel obce a kraje, a koordinuje poskytování sociálních služeb (§ 109).“

Pracovník v sociálních službách – „vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, § 116).“

Klient sociálních služeb – jednotlivec, rodina, skupina či komunita využívající sociální službu (Matoušek, 2008).

Klíčový pracovník – jedná se o pracovníka, který může klientovi poskytovat poradenství ohledně jeho osobních problémů, je zodpovědný za vypracování individuálního plánu péče (Matoušek, 2008).

Faktor – jde o sílu, která působí v daném procesu (Havránek, 2011).

Duševní nemoc – „nemoc projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů. Jednotlivé duševní nemoci a skupiny duševních nemocí se rozlišují podle Mezinárodní klasifikace nemocí WHO (Matoušek, 2003).“

6 Popis realizovaného výzkumu

6.1. Použité metody a techniky sběru dat

K naplnění určeného cíle diplomové práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, která může být chápána z mnoha hledisek. Buďto jako doplněk kvantitativních výzkumných strategií, jejich protipól nebo jako jasně vymezená pozice vůči jednotnému vědeckému přístupu založenému na přírodních vědách (Hendl, 2016). Výzkumný pracovník, který se rozhodl pro kvalitativní výzkum, typicky začíná s výběrem tématu a určením výzkumných otázek, které může v průběhu sbírání a analýzy dat, upravovat či doplňovat. Někteří proto tento typ výzkumu považují za pružný (Hendl, 2016).

Pro tuto práci byl zvolen kvalitativní výzkum primárně kvůli jeho možnosti získání hlubšího porozumění dané problematice, ale také díky možnosti zachycení emocionálních aspektů problematiky.

Zaměření výzkumů v oblasti sociálních služeb můžeme rozdělit do pěti kategorií:

1. Identifikování, porozumění a kvantifikování potřebnosti služby;
2. hodnocení potřebnosti poskytované služby;
3. prozkoumání, měření a zhodnocení dopadů sociálněpracovní intervence;
4. posouzení efektivity konkrétních metod;
5. studování metodologických aspektů v oblasti sociální práce (Thyer, 2010).

Dle Miovského (2006) je kvalitativní výzkum založen na přístupu živého učení. Klíčovými pojmy kvalitativního výzkumu jsou jedinečnost a neopakovatelnost. Někteří autoři tento přístup označují jako idiografický, a to právě kvůli těmto dvěma charakteristikám. Kvalitativní přístup tak nezanedbává zkoumání fenoménů, které jsou jedinečné a neopakovatelné a mohou být vnímány lidmi velmi různě v různých kvalitách a aspektech. To je spojeno s kontextuálností, další významnou charakteristikou kvalitativního přístupu.

Výzkum v sociální práci můžeme definovat jako pečlivě strukturované zkoumání problémů v této oblasti, které je zaměřené na zlepšení praxe, a tím i sociálního fungování jednotlivců, skupin nebo komunit (Engel & Schutt, 2014). Dále má zásadní význam také procesualita a dynamika, ty jsou spolu úzce spojené. Procesy se rozvíjejí v čase a často nemívají lineární charakter a zkoumáním dynamiky procesů kolem nás se dozvídáme

nejen o tom, jak různé faktory ovlivňují daný proces, ale také o jaké kvality se tyto vlivy rozvíjejí (Miovský, 2006).

Další charakteristikou v kvalitativním výzkumu je reflexivita. Ta bývá citlivým tématem z toho důvodu, že při využití kvalitativního přístupu pracujeme záměrně s tím, že se výzkumník podílí, ať už přímo či nepřímo, na procesech, které zkoumá, čímž je ovlivňuje, ale také je jimi ovlivňován (Denzin, 1989). Dle Miovského (2006) není naší snahou to, abychom toto ovlivňování vyloučili, ale naopak se snažili mu porozumět a popsat, jak tato interakce ovlivňuje zkoumaný předmět a zjišťujeme, že předmět se přizpůsobuje výzkumníkovi a výzkumným nástrojům.

Sběr dat do diplomové práce proběhl během listopadu a prosince 2023. Informantkám byla nabídnuta možnost, aby rozhovor probíhal v online prostředí, čehož využily tři z nich. Jeden z rozhovorů proběhl osobně v organizaci, kde informantka pracuje.

Využití online platform se vlivem pandemie COVID-19 promítlo mimo jiné i do sběrů dat. Online setkání může ušetřit čas a výzkumník nemusí zajišťovat reálný prostor, tudíž není zatěžující na místní dostupnost. Mezi nevýhody online setkání však patří to, že míra spontaneity účastníků výzkumu může být tímto prostředím snížena (ale i zvýšena) nebo pro některé účastníky může být taková forma setkání nereálná vzhledem k používání technologií (Hricová, 2023).

Data byla získána pomocí metody dotazování a použitím techniky polostrukturovaného interview, které je charakteristické tím, že výzkumník má připravené otázky do rozhovoru, ale jejich pořadí není přesně stanovené. Výzkumník může otázky, dle dané situace, různě upravovat a měnit jejich pořadí, ale je důležité, aby se zeptal na všechny připravené otázky (Reichel, 2009). Tato technika dává rozhovoru určitý systém, ale také poskytuje určitý prostor pro to, aby se informant mohl o tématu více rozprávět a tím máme možnost získat více informací o problému, než kdybychom vedli rozhovor strukturovaný (Mišovič, 2019).

Wildemuthová & Zhangová (2009) popisují pět etap, do kterých se mohou polostrukturované rozhovory dělit:

1. Úvod – v této etapě dochází k seznámení výzkumníka s informantem, dále se objasňují cíle práce a žádá se zde také o informovaný souhlas.

2. Rozehřátí – zde je důležité budování vztahu mezi výzkumníkem a informantem.
3. Realizace rozhovoru, sběr dat.
4. Zchladnutí – v této fázi směřuje rozhovor ke konci, opět se vrací spíše do neformální roviny.
5. Uzavření – v této etapě dochází k ukončení rozhovoru, poděkování a rozloučení se.

Rozhovory k diplomové práci trvaly v rozmezí 30 a 75 minut, a během všech rozhovorů byl pořizován zvukový záznam, ze kterého byly následně rozhovory přepsány do textové formy v Microsoft Word. Tyto texty byly dále podrobeny analýze, po které následovalo zpracování dat metodou zakotvené teorie.

6.2. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor v tomto výzkumu tvořily: jedna sociální pracovnice, jedna pracovnice v sociálních službách (dále budu pro jejich souhrnné označení využívat pojem pracovnice) a dvě klientky sociálních služeb. Vstupním požadavkem pro zapojení do výzkumu bylo, aby informantky-pracovnice prožily ve své praxi rozhovor, který klient zpětně hodnotil jako klíčový na jeho cestě zotavení a pro informantky-klientky bylo požadavkem, aby takový rozhovor na své cestě zotavením zažily na vlastní kůži.

Kontakt na všechny informantky jsem získala pomocí metody samovýběru, která spočívá v zapojení osoby do výzkumu na základě zájmu a dobrovolnosti (Miovský, 2006). Tato metoda je založena na tom, že účastnicím byla nejprve nabídnuta možnost zapojení se do výzkumu, ale bylo na jejich uvážení, zda se výzkumu zúčastní či ne. Nabídka účasti přitom může být zveřejněna například pomocí inzerátu v novinách, časopisech. Na rozdíl od metody výběru prostřednictvím institucí se při této metodě osloví potenciální účastníci, a ti se musejí aktivně přihlásit a projevit zájem o účast ve výzkumu, ne pouze souhlasit. V případě tohoto výzkumu byl do různých organizací, které poskytují sociální služby osobám s duševním onemocněním a pracují s přístupem zaměřeným na zotavení, rozeslán e-mail s žádostí o účast ve výzkumu. Součástí textu byl krátký popis tématu diplomové práce, jejího cíle a odhadovaný čas trvání rozhovoru. Informantky se ozvaly buďto na uvedené telefonní číslo či e-mail a následně jsme komunikovaly dle preferencí jednotlivých informantek a domlouvaly jsme se na dalším postupu.

6.3. Metody zpracování dat

V případě tohoto výzkumu bylo použito zaznamenávání dat pomocí diktafonu v mobilním telefonu. Audiozáznam má dle Miovského (2006) výhodu v tom, že si výzkumník během rozhovoru nemusí zaznamenávat poznámky a na rozdíl od psaných poznámek může zachytit například délku pomlky, doprovodné zvuky či sílu hlasu, tudíž je záznam autentický.

Úkolem výzkumníka je to, aby záznamové zařízení nenarušovalo průběh rozhovoru, aby nepřekáželo, ale stále rozhovor zachytilo v co nejvyšší kvalitě (Miovský, 2006).

Nahrané rozhovory s respondentkami jsem po jejich uskutečnění přepsala pomocí funkce diktafon v Microsoft Word a následně sama překontrolovala, aby mi neunikla žádná z důležitých informací, které v rozhovorech zazněly. V prepisech rozhovorů jsem vynechala části, které se netýkaly tématu. Tyto přepsané rozhovory jsem poté vytiskla a důkladně pročítala, přičemž jsem zvýrazňovala důležité informace a barevně roztříдила určité podobnosti, které se v rozhovorech objevovaly.

Přepisy rozhovorů, které jsem do práce využila jsem nakonec ještě jednou procházela a odstranila jsem z výpovědí často se opakující parazitní slova a výpovědi převedla do spisovnější podoby, aby se v textu lépe orientovalo.

6.4. Metoda analýzy kvalitativních dat

6.4.1. Metoda zakotvené teorie

Hendl (2016) uvádí, že zakotvená teorie označuje určitou strategii výzkumu, ale také způsob analýzy získaných dat. Dle Miovského (2006) je jedním z přínosů to, že tato teorie se dá upravovat podle toho, jak potřebujeme v rámci našich potřeb a předmětů výzkumu. U zakotvené teorie se nezačíná teorií, jak je běžné například u kvantitativního přístupu, ale začíná se výzkumnou částí a postupně necháme vyplynout to, co je v této oblasti důležité.

V rámci výzkumné otázky mi z realizovaných rozhovorů s informantkami vyplynuly následující oblasti:

- Vztah mezi komunikujícími;
- osobnost toho, kdo rozhovor vede;

- přizpůsobení řeči;
- prostředí;
- co pomáhá z pohledu sociálních pracovníků;
- co pomáhá z pohledu klientek;
- co naopak nepomáhá z pohledu sociálních pracovníků;
- co naopak nepomáhá z pohledu klientek.

Dle Strausse & Corbinové (1999) na metodu zakotvené teorie klademe čtyři základní požadavky:

- Shoda (mezi pozorovanými a kódovanými skutečnostmi).
- Srozumitelnost (vystavění teorie na základě empirických, ověřitelných a srozumitelných poznatků).
- Obecnost (schopnost vypovídat o podobných jevech, vysvětlovat tyto jevy, eventuálně být schopen zdůvodnit, jak fungují a proč například jiné fungují jinak).
- Kontrola (zpětné ověření vybudované teorie konfrontací s výchozími daty).

6.4.2. Postupy kódování

Kódování v souvislosti zakotvené teorie jsou operace, při nichž údaje získané z výzkumu analyzujeme, konceptualizujeme a znovu skládáme novými způsoby. To je hlavním procesem tvorby nové teorie. Poté, co identifikujeme a významově roztřídíme jednotky, můžeme zahájit tzv. otevřené kódování (Mioviský, 2006).

1. Otevřené kódování

Otevřené kódování je vlastně první procházení získaných dat, při kterém výzkumník vyhledává témata v textu a následně je označuje. Výzkumník si při tomto procesu prochází přepsané rozhovory, ze kterých následně navrhuje abstraktnější kategorie (Hendl, 2016).

Dalším procesem je kategorizace, což je vlastně seskupování dílčích pojmů. Kategorie, které nám vzniknou k sobě vážou různé subkategorie. Kódováním bychom měli docílit objevení také vlastností a dimenzí jednotlivých kategorií, čímž lépe identifikujeme a popíšeme jednotlivé vztahy mezi subkategoriemi a kategoriemi (Mioviský, 2006).

2. Axiální kódování

U axiálního kódování je naším cílem najít vztahy mezi kategoriemi a novým způsobem je poskládat dohromady. Jednotlivé kategorie a subkategorie se snažíme uvést do vzájemného vztahu a ten následně popsat (Miovský, 2006).

3. Selektivní kódování

Poté, co identifikujeme hlavní kategorii, ji uvedeme do vztahu s ostatními kategoriemi a vzájemné vztahy následně ověřujeme, případně vztahy mezi kategoriemi dále rozvíjíme (Miovský, 2006).

6.4.3. Etika výzkumu

Před začátkem rozhovoru byly všechny informantky seznámeny s názvem diplomové práce, jejími cíli a účelem. Dále byly informantky poučeny o dobrovolnosti účasti ve výzkumu, možnosti odmítnutí poskytnutí odpovědi kdykoli během výzkumu a také o možnosti vystoupení z výzkumu v jakékoli jeho fázi.

Informantky byly ujištěny, že je zajištěna jejich anonymita. V diplomové práci nebudou použity žádné informace, podle kterých by mohly být identifikovány.

Všechny informantky poskytly, jak ústní souhlas, tak podepsaný informovaný souhlas, který obsahuje výčet výše uvedených skutečností. Vzor souhlasu je také součástí této diplomové práce jako příloha č. 1 *Vzor informovaného souhlasu*.

6.5. Reflexe rozhovorů s informantkami

Před začátkem rozhovorů jsem cítila nervozitu, a i přestože jsem měla nejdříve pochybnosti o jejich užitečnosti, zpětně je všechny hodnotím pozitivně. I přesto, že tři z rozhovorů probíhaly online, se všemi informantkami jsme si vytvořily příjemnou a uvolněnou atmosféru a z rozhovorů vyšlo mnoho podnětných informací a příběhů pro mou diplomovou práci.

Některé z informantek také poskytly zpětnou vazbu, ve které zmiňovaly, že pro ně bylo příjemné a zajímavé se nad otázkami, které jsem kladla, zamyslet a interpretovat je. Tato zpětná vazba mě utvrdila v tom, že má diplomová práce smysl a jsem ráda, že byla

užitečná i zúčastněným informantkám. Velmi mě potěšilo, že jedna z informantek oceňovala můj citlivý přístup vůči druhým, o který jsem se v rámci rozhovorů snažila.

I přes počáteční nervozitu nakonec rozhovory překonaly má očekávání a přinesly mi cenná data pro výzkum, ale měly také osobní přínos v oblasti duševních onemocnění a komunikace.

6.6. Výsledky výzkumu

Kategorie, které vyplynuly z rozhovorů s informantkami a souvisejí s určeným cílem diplomové práce, prezentuji v následujících dvou podkapitolách, které jsou rozdělené podle výzkumných otázek. Pod každou z výzkumných otázek jsem zařadila čtyři kategorie, které s otázkou souvisejí.

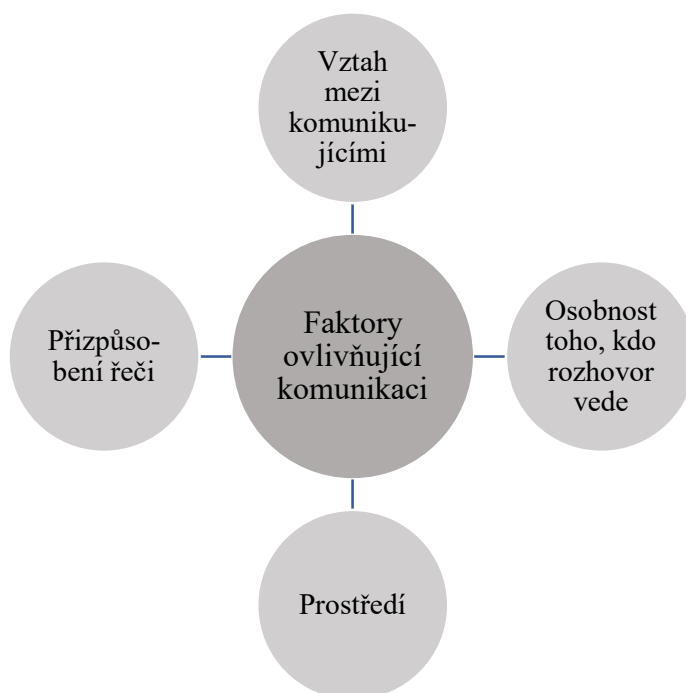
VO1 Jaké faktory ovlivňují účinnost komunikačních strategií při podpoře zotavení jedinců s duševním onemocněním?

Pod tuto výzkumnou otázku jsem zařadila čtyři kategorie, které vyplynuly díky kódování, a jde konkrétně o kategorie:

- vztah mezi člověkem, který rozhovor vede a člověkem s duševním onemocněním;
- osobnost toho, kdo rozhovor vede;
- prostředí, ve kterém rozhovor probíhá.
- přizpůsobení řeči;

Tyto kategorie můžeme také vidět znázorněné na následujícím obrázku č. 4.

Obrázek č. 4 Faktory ovlivňující komunikaci



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie č. 1 Vztah mezi člověkem, který rozhovor vede a člověkem s duševním onemocněním

V této kategorii se zaměřuji na vzájemný vztah mezi osobou, která rozhovor vede (v našem případě sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách, ale může to být například i rodinný příslušník, kamarád či známý osoby s duševním onemocněním) a člověkem s duševním onemocněním (v rámci této diplomové práce klient sociální služby).

Z rozhovorů s informantkami vyplynulo to, že ohledně délky vztahu komunikujících se názory rozcházejí podle toho, zdali jde o klientku či pracovníci v sociální sféře. Informantky-pracovnice mají ze své praxe zkušenost, že délka vzájemné známosti nehraje při klíčovém rozhovoru důležitou roli, ale primárně je důležité to, aby osoba, která tento rozhovor vede, byla druhé osobě sympatická, aby prokázala empatii a otevřela druhé osobě bezpečný prostor pro jakékoli téma. Tím vznikne hned na začátku pouto, které se mezi nimi drží a osoba s duševním onemocněním tak má možnost dále sdílet to, co potřebuje, bez jakéhokoli strachu a obav.

Informantka č. 1 k tomu říká: „Myslím si, že je skoro jedno, jak dlouho se známe. Možná ta znalost je výhodou, ale asi je to jedno.“ Jako konkrétní příklad uvádí informantka č. 1 klientku, která se vrátila z hospitalizace poté, co jí zemřela partnerka, a to, že se vzájemně s informantkou č. 1 neznaly, nehrálo v tomto případě žádnou roli. Když byla poprvé u této klientky řkala jí: „Já vím, že Vám zemřela partnerka. Kdybyste chtěla, jsou organizace, se kterými o tom můžete mluvit, které Vás v tom mohou doprovodit.“ Zpětně se pak informantka dozvěděla, že to bylo poprvé, kdy o smrti partnerky klientka mluvila. Informantka č. 1 si myslí, že důvod, proč se otevřela byl: „Někdo s ní mluvil bez nějakých obav. Říkala jsem jí o tom, že můžeme mluvit o takhle těžkejch věcech.“

A informantka č. 3 říká, že je běžné, že se klient otevře hned na první schůzce: „To je úplně běžný. Samozřejmě záleží, co to je za člověka, ale je úplně běžný, že jsou lidi, který hned řeknou všechno, chtějí prostě spolupracovat a říkají i úplně intimní věci. To je úplně obvyklá věc.“

Naopak informantka č. 2, která je klientkou sociální služby se k délce vztahu vyjadřuje opačně a ráda by se s touto osobou znala delší dobu. Vyjádřila se k tomu takto: „Měl by mě určitě znát nějakou dobu. Protože na první pohled asi úplně neodhadne mou osobnost.“

Další oblastí, týkající se této kategorie, která z rozhovorů vyplynula, je vzájemné tykání a vykání komunikujících osob. Obě pracovnice v sociální sféře mají v metodikách služby, kde pracují, doporučené vykání s klienty a obě to považují ve vztahu s osobami s duševním onemocněním za prospěšné, a to zejména proto, že tím mohou klientovi vyjádřit určitý respekt. Jedna z informantek-klientek také považuje za vhodnější vykání. Dle jejího názoru to, jestli si s člověkem tyká nebo vykává, není určující pro blízkost vztahu mezi nimi a druhá informantka-klientka uvádí, že jí osobně by bylo příjemnější spíše tykání.

Informantka č. 1 k tomu uvedla: „Já si dneska s klientama zásadně vykám, i když jsou mladoučký. Přijde mi to hezký, říkat někomu pán a taky mám hezkou zpětnou vazbu od pána, který měl asi toxický psychózy a hodně užíval různé návykové látky, včetně marihuany. S tímhle pánem jsem vedla rozhovor a řkala jsem mu pane a on se úplně rozzářil a říkal mi, že to je poprvé, co mu někdo říká pane.“ A dále k tomu dodala: „Nějak jim potřebuju vyjádřit ten respekt, že jsou někdo, že nad nimi nemám tu moc.“

Informantka č. 3 k tomu říká: „U nás si říkáme křestním jménem a vykáme si. Ale je to individuální. Když přijde nějaká starší paní, tak jí nezačnu říkat jménem, ale spíš příjmením, a pak to spíš vyplyne obráceně, když vidí, že se tady lidem říká jménem a sama navrhne, jestli bych jí nemohla taky začít říkat jménem.“

Informantka č. 4, která je klientkou se vyjádřila: „Nemyslím si, že by ten vztah musel být méně blízký, když si vykáme. My si říkáme jménem a k tomu používáme vy.“ Na druhou stranu informantka č. 2, která je také klientkou se k tomu vyjádřila takto: „Spíš bych chtěla, aby mi tykal, přijde mi to osobnější a příjemnější.“ Sama si myslí, že díky tykání má poté k člověku, se kterým mluví, blíže a zároveň je pro ni poté lehčí se mu v určitých oblastech otevřít.

Kategorie č. 2 Osobnost toho, kdo rozhovor vede

Tuto kategorii v rozhovorech zmiňovaly informantky také opakovaně. Soustřeďuje se na to, jakou osobnost měla osoba, která s nimi vedla pro ně klíčový rozhovor či jakou osobnost by podle nich taková osoba měla mít, aby jim byla sympatická a dokázaly se jí tak otevřít. Podle všech informantek je v komunikaci důležité respektovat druhou osobu, se kterou komunikujeme, vnímat to, o čem mluví, zahrnovat do rozhovoru ocenění a poskytovat zpětnou vazbu na to, co tato osoba dokázala.

Informantka č. 2 ze svého pohledu klientky popisuje, jak si ona představuje osobnost člověka, který s ní vede rozhovor: „Měl by být plný pochopení a porozumění.“ nebo „Ten člověk by měl mít dobrou představu o tom, co mi je.“ Tato informantka také považuje za důležité, aby měl člověk s nemocí nějaké zkušenosti a uvědomoval si, že každý je rozdílný, ať už se jedná o průběh onemocnění, či reakce na léky: „Ten člověk by měl vědět, že s těmi léky to je taková hodně individuální záležitost a každý na to reaguje jinak a měl by to vzít v potaz, a ne ve stylu, že když má člověk víc léků, tak má víc vedlejších účinků, protože to je hodně individuální a já právě sama mám ty vedlejší účinky, takže by ten člověk měl asi o těch vedlejších účincích něco vědět víc než jenom na povrchu.“ na to pak navázala: „Klidně bych mu to mohla vysvětlit, ale možná že něco vysvětlit v tomhle ohledu by pro mě bylo těžké, abych to nějak tomu člověku přiblížila.“

Informantka č. 2 si také myslí, že: „Určitě by bylo pravděpodobnější ten rozhovor vést s peerem než s nějakým laikem, který se v tom onemocnění nevyzná a třeba šíří nějaký nepravdy o tom.“

Informantka č. 3 zmínila rozhovor s klientkou: „Je to přesně to, že vy ji zastavujete, že ji vnímáte. A právě v těch chvílích říkáte „Jo, to je dobrý, to je dobrý nápad, to jste udělala dobře.“ Ona je spokojená, že vidí, že jí ten druhý rozumí, že to ocení, že tohle bylo dobře.“ dále na to navazuje tím, co je podle ní důležité z pohledu klientů: „Že jim dáváte zpětnou vazbu, podporujete je v tom, že to je dobře. S každým je to asi něco jiného. S každým hledáme strategie, jak to zvládnout.“

Také informantka č. 1 zmiňuje jeden z rozhovorů, při kterém klientovi řikala: „Respektuju to, chápu, proč to děláte, rozumím Vám, ale zároveň mám o Vás hrozný strach a bojím se, že to není dobré rozhodnutí, a že to skončí blbě.“ K tomu také dodává: „Hrozně jsem se bála to takhle říkat, ale ukázalo se, že tenhle rozhovor byl ten stěžejní.“

Také ale zmiňuje příklad klienta, u kterého neví, kdy takový stěžejní rozhovor proběhl. Klient jí řekl: „Já žiju, a žiju jenom díky Vám. Poslouchám, co mi říkáte.“ Z tohoto rozhovoru měla velkou radost a takové ocenění od klienta pro ni bylo velkou odměnou. I když neví, kdy přesně proběhl ten stěžejní rozhovor, zmiňuje: „Několik let mu říkám: „Je dobrý neutráct všechny peníze, strádejte si na nájem, rozpočítávejte si ty peníze a všechno neutraťte najednou, ať nemáte najednou radost, ale pak hlavně velkou starost.““

Informantka č. 4 popisuje konkrétní osobu, která jí pomohla na cestě zotavením: „Byla taková vlídná a velmi empatická. Snažila se mi pomoci, byl tam základní zájem a zároveň mi říkala, jak to je, a to tak jako poměrně zúčastněně. Byla podporující a velmi mateřská.“

Kategorie č. 3 Prostředí, ve kterém rozhovor probíhá

Třetí kategorií spadající pod tuto výzkumnou otázku je prostředí, ve kterém rozhovor probíhá. Většina klíčových rozhovorů, o kterých informantky mluvily pro účely této diplomové práce, probíhala buďto v sídle sociální služby či v přirozeném prostředí klientů – jejich domovech, v čemž se také informantky většinou shodovaly. Jedna z informantek také takový rozhovor zažila při hospitalizaci na psychiatrickém oddělení s ošetřující paní doktorkou.

Informantka č. 1 k tomu řekla: „Ti klienti se musejí v tom prostředí cítit příjemně. Většinu těch rozhovorů jsem zažila spíše u klientů doma, ale u nás v organizaci se také snažíme, aby se tam klienti cítili dobře, máme tam příjemné prostředí, mnoho místností, kde případně můžeme vést rozhovor s klienty v soukromí. Podle mě je důležité i to, že tam

máme příjemné barvy, vystavené nějaké obrázky a máme na výběr víc možností, kdyby někomu něco nevyhovovalo.“

Informantka č. 2 se ale vyjádřila, že by jí takový rozhovor nevadilo vést kromě domova i na veřejném místě: „K tomu bych řekla, že by mi to vyhovovalo buď na veřejném místě v nějaké kavárně. Anebo prostě by mi nevadilo i kdyby to probíhalo třeba doma. No, pokud by to probíhalo v té kavárně, tak bych chtěla třeba v nějaký, kterou mám ráda a kterou znám. Někde, kde bych se cítila dobře.“

Kategorie č. 4 Přizpůsobení řeči

K této kategorii se vyjádřily informantky-pracovnice. Obě se shodly na tom, že se snaží každého klienta odhadnout a následně komunikovat tak, aby mu to vyhovovalo a aby rozuměl, o čem rozhovor je a co je jeho cílem.

Informantka č. 1 k tomu říká: „Snažím se být tak nějak jednodušší. Víc možná poslouchám, co říkám, snažím se říkat něco jako co má ideu, vím, co chci, rozmýšlím, co chci říct. Jsem v nějakým procesu, ale to, co musím určitě přizpůsobit je to, jakou zrovna ty lidi mají fázi toho onemocnění. Když někdo je v nějaké akutnější fázi, tak já potřebuju být možná úsporná v tom mluvení, protože kapacitu ty lidi nemají. V tu chvíli mě nevnímají, neví, že se něco stalo, a pak si nic nepamatují. Já si pamatuju, že jsem se strašně snažila při některých schůzkách s klienty a nic to nepřineslo. Ten člověk potom řekl příště ‚Já si z toho vůbec nic nepamatuju.‘ Takže koukat se na to v jaký fázi toho onemocnění jsou, že když jsou v akutní, tak mluvit jednoduše a spíš míň.“

Informantka č. 3 k tomu také říká: „Každýmu to vlastně přizpůsobuju jak a o čem s ním mluvím. S někým vtipkujeme a s někým jsem vážná. Někomu můžu říct, že tohle se mě nějak dotýká a štve mě to. Je to taky takový různorodý.“

VO 2 S jakými konkrétními příklady úspěšných komunikačních strategií a možnými překážkami se informantky setkaly?

V druhé podkapitole výsledků, kterou reprezentuje druhá výzkumná otázka, jsou zařazeny čtyři kategorie, které jsou vyobrazené na obrázku č. 5, a konkrétně jde o kategorie:

- co pomáhá z pohledu pracovníků v sociální sféře;

- co pomáhá z pohledu klientek;
- co naopak nepomáhá z pohledu pracovníc v sociální sféře;
- co naopak nepomáhá z pohledu klientek.

Obrázek č. 5 Konkrétní příklady



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie č. 5 Co pomáhá z pohledu pracovníc v sociální sféře?

V této kategorii se zaměřím na konkrétní příklady z praxe, které zažily informantky-pracovnice.

Z těchto konkrétních příkladů vyplynulo několik důležitých bodů, které se dají využít jako doporučení pro praxi. Jde konkrétně o to, být v interakcích s klienty autentický a nebát se říct to, co zrovna cítíme. Dále také informantky-pracovnice uváděly, že je důležité být pro klienty záchytným bodem, chválit je za práci, kterou vykonali, hledat s nimi jejich silné stránky a podněcovat je k tomu, aby zvládli věci vyřídit sami, bez pomoci sociálního pracovníka či někoho jiného.

Informantka č. 1 například popisuje příběh jednoho svého klienta: „Stalo se, že se jednou klient opil a já na to shodou okolností přišla při nějakém telefonickém kontaktu, a tak jsem se ptala: ‚Co je?‘ a on říkal, že je to všechno blbý a že je nejlepší se zabít, tak jsem

říkala: ‚Ne, ne, to takhle nemůžeme nechat.‘ a všechno jsem odvolala a jela jsem za ním domů, tam jsem zjistila že je opravdu strašně opilý. Mluvila jsem s ním několik hodin. Udělali jsme spolu takovou domluvu: žiju, jím, piju, spím – bude žít, bude jíst, bude pít nealkoholické nápoje a bude spát.“ Tohle informantka-pracovnice považovala za zásadní moment. „Když jsem zjistila, že se něco děje, kdy mi říkal, že to všechno stojí za nic, už nechci žít, tak jsem zpozorněla a říkala jsem: ‚Co mi to říkáte? To nemůžu takhle nechat. Já mám nějaký svědomí, já musím jednat.‘ Možná, že nejzásadnější jsou takovýhle upřímný rozhovory.“

Informantka č. 1 také zmiňovala konkrétní práci s lidmi, kteří měli diagnostikovanou depresi: „Být s ním, počkat, až to trochu přejde a vlastně být ten pevnější tam, kdo říká: ‚Hele pojďme udělat tohle.‘ Být tam jako pevný záchytný bod.“ Dále k tomu říká: „Když jsou to lidi v mánii, tak tam se nedá dělat nic jiného, než kotvit a počkat, až to přejde. Být ty klidný, nespíchat, nereagovat rychle na tisíc nápadů a spíš vyčkat.“

Dále také zmiňovala práci s lidmi s diagnostikovanou schizofrenií: „Tam hodně zkoumáme, co zvládnou a podporujeme to.“ Konkrétně informantka č. 1 zmiňuje: „Osvědčilo se nám na papír napsat pár bodů, o čem jsme mluvili. Fakt jenom dva tři, maximálně pět, víc ne. Už to se mi zdá docela hodně.“ A dále také: „Udělat jenom jednoduchý režim. Konkrétně u jedné klientky je to, že v 8 hodin se nasnídá, pak dojde nakoupit, oběd si dá ve 12 a v 8 večer si dá večerní léky a pokusí se jít spát. Úplně jednoduchá, obyčejná domluva. Když k tomu přistoupila, tak jí to pořád opakuju a ptám se jí: ‚Dodržujete to? Pomáhá vám to?‘ Mezitím ji nechám mluvit o těch obavách. Potřebuju rozlišit, jestli to, o čem mluví, jestli s tím můžu něco udělat jako sociální pracovník, jestli můžu doporučit někoho z jiné organizace nebo co já pro toho člověka můžu udělat.“

Informantka č. 3 si na konkrétní rozhovor s klientem nejdříve nevzpomněla, ale dodává k tomu: „Stává se mi, že některý z těch rozhovorů vím, že byl nějakým způsobem důležitý, ale vůbec si netroufnu říct, že by byl zásadní. Ale někdy při tom sezení víte, že to úplně sedlo a že to bylo přesně to, co to mělo být, že to něco přineslo klientovi a přineslo to i něco vám, ale že by se po nějakém rozhovoru stal zázrak, tak to ne, tak to nebývá s touhle cílovou skupinou. Bývá to běh na dlouhou trať, protože u téhle cílové skupiny jsou ty pokroky malé a je pravda, že se na nás někdy obrátí klienti už ve chvíli, kdy se fakt něco děje, jsou tam exekuce, hrozí, že jim vypnou elektriku, že přijdou o byt, tak to je v té první chvíli jakoby akční.“ Poté také popisuje: „Myslím si, že to, co vede

k zotavení je taková pomalá práce a fakt někdy se člověku i zdá, že ty výsledky naopak nevidí, ale pak, když si sedneme třeba k tomu individuálnímu plánu a hodnotíme, tak najednou to tam vidíte v tom nějakým delším časovým úseku, že se něco podařilo.“ Konkrétně k rozhovoru zmiňuje: „K tomu rozhovoru si myslím, že je důležitý hledání silnejch stránek, vracení se k nim i v tom rozhovoru, upozorňování nebo zastavování v té chvíli, kdy je to dobře, kdy se tomu klientovi, když vypráví, něco povedlo, a kdy to bere takovej dobrej směr, protože těm klientům se dařej nějaký věci, ale vůbec si vlastně neuvědomují, že je to dobře a, že je to nějakej pokrok.“ Dále pak práci sociálního pracovníka popisuje následovně: „Sociální pracovník hrozně často dělá to, že zachraňuje, že hledá něco, co může chytit, hledá zakázku, na které pracovat, a je takovej záchranářskej a honem jako řešit, ale ten klient tam v té chvíli ještě není a je hrozně dobrý, když ten sociální pracovník v tom rozhovoru vlastně zkusí tomu klientovi dodat, asi já nevím, odvahu, aby něco zkusil sám a to je třeba tak, že vy můžete s klientem jít vyřizovat dávky, hledat bydlení, ale taky se můžete dohodnout, že on zkusí něco sám, že ho vlastně vedete k tej samostatnosti. Jo a říkáte si, proč by to měl zkusit a proč by to mohl dokázat? Asi takhle běží ten rozhovor, a když to dokáže, tak se k tomu vrátíte, nebo i když ho něco napadne. Tak vlastně řeknete, že jo, že je to vlastně dobrý, že? To by mohl zkusit, že je to jeho, protože někdy když mu to vymyslíte sama, není to úplně ono. Když chytíte v tom rozhovoru to, co je jeho, jak on to cítí a jak by to možná udělal, i když to není v souladu...úplně jak vy si myslíte, že by to mělo bejt správně, tak je to to jeho a spíš vám podle toho ten klient půjde a bude mu v tom líp a bude se mu to dařit.“

Informantka č. 3 dále zmiňuje: „Naučilo mě to, že není dobrý dát na to, co je na tej první schůzce, vy nějakej dojem máte, ale právě to se hrozně vyvíjí a nakonec zjistíte, že ta potíže je vlastně úplně někde jinde. Často to tak je, že je to úplně někde jinde než, co pociťuje ten klient v tu chvíli a co říká, že je třeba ten problém. Bývá to mnohem komplexnější a ten problém je fakt někde jinde. Oni k vám jako nemají důvěru, a to se taky pojí s tím onemocněním. Takže aby vám na první schůzce vyprávěli o tom, jaký mají hlasy a jakěj maj blud, protože ho třeba i kolikrát považují za skutečnost, tak to ani nevyžaduju. Než k vám získaj větší důvěru, to může u těch lidí nějakou dobu trvat.“ „I vy zjišťujete jejich možnosti, schopnosti, zdroje, to není, jakože to někdo ví. Já vím, že má třeba nějaký kontrakty a plány na prvních schůzkách, ale my to máme dokonce i tak ošetřený, že máme vlastně tu smlouvu a individuální plán mít do desátýho setkání, protože to opravdu nezjistíte tak objektivně.“ A „Jo, ten člověk s něčím přijde a ono to je

úplně jinak. A pak fakt hledáte, co půjde, co nepůjde, kdo může pomoci, to je taková docela delší práce, je tam hrozně velký vývoj a někdy je to třeba, že pak ještě v průběhu spolupráce se zhorší ten stav zdravotní a psychické, protože ten člověk se začne propadat do nedůvěry, a to už vidíte na očích, že přestává věřit a zase se zapouzdří.“

Dále také zmiňuje interakci s jednou klientkou, které byla diagnostikovaná těžká porucha osobnosti: „Hledali jsme, snažila jsem se najít s ní nějaký řešení, nabízela jsem jí podporu v komunikaci v její práci, a ona mi pořád říkala: ‚Vy mi nerozumíte, já potřebuju, aby někdo viděl mě.‘ A já jsem strašně dlouho nerozuměla tomu, co tím myslí. Vy vidíte mě. A pak jsem pochopila, že ona nepotřebuje nějaký rady, ale ona potřebuje posilování v tom, kdy ona je komunikativní, mluví o tom, umí o těch situacích mluvit. A je to přesně to, že vy jí zastavujete, že jí vnímáte. A právě v těch chvílích říkáte: ‚Jo, to je dobrý. To je dobrý nápad tohle, to jste udělala asi dobře.‘ A ona je v tom rozhovoru teď spokojená, že vidí, že jí ten druhý rozumí a že to ocení, že tohle bylo dobře, a to vedlo k tomu, že to udělalo tohle.“ Dále popisuje to, co si myslí, že je důležité: „Že mu dáváte zpětnou vazbu, podporujete v tom, že to je dobře. Ale s každým je to něco jiného, u někoho to může být spíš něco praktického, třeba v té sociální rehabilitaci jsou spíše nácviky. Mnohem častější jsou nácviky v rámci sociální fobie jako jít si něco zařídit. Děláme nácviky tím, že doprovázíme a hledáme strategie, jak to zvládnout. Tím rozhovorem to pak změníte, tím, že řeknete: ‚Ale pamatujete si před třema měsíci? Pamatujete si, že to jste nedokázal vůbec a vy tam dneska jdete sám?‘“

Kategorie č. 6 Co pomáhá z pohledu klientek?

Tato kategorie pojednává o konkrétních příkladech, které pomohly klientkám. Obě zde vyprávějí situace, které se jim staly a pomohly jim na jejich cestě zotavení. Z rozhovorů vyplynulo například, že je důležité dodávat naději, ale stále u toho stát pevně nohama na zemi. Dále jedné z informantek-klientek pomáhá pročítání konkrétních příběhů lidí, kteří mají stejnou diagnózu. Této informantce-klientce také pomohl rozhovor s jednou paní psychologkou, která jí řekla, že nemá cenu soustředit se na nálepku. Obě informantky-klientky pak mluvily o tom, že dochází do svépomocných skupin, které jsou na cestě zotavením také velmi prospěšné, protože se mohou samy vyprávět a zároveň slyší příběhy ostatních.

Informantka č. 2 vyprávěla vlastní příběh ohledně naděje: „Mám radši, když fakt ty lidi říkají, jak to je a ne jako: ‚Jé za pár dní vynalezou nějaký nový lék, kterej je jinej a pak

ti to hned dají. Bude to v pohodě. ‘ Sama to někdy chci slyšet, ty nadějeplný řeči, ale spíš je asi lepší to říkat tak, jak to je.‘ Dále si myslí, že: „Když to pak přijmu, že prostě je to tak, tak se s tím naučím pracovat a žít.“

Informantka č. 4 popisuje to, co jí konkrétně pomohlo: „První je třeba si uvědomit, že je to nemoc a nic jiného, že se vlastně jedná o nemoc psychotického okruhu. Takže důležité bylo takové to základní ukotvení, přečtení si dalších příběhů. Pomohl mi příběh z jedné knížky. Byla tam kazuistika člověka, kterej normálně pracuje, ale občas si potřebuje dát třeba týden dovolenou, když se mu tam toho moc nahromadí a tohle mi pomohlo v tom posunu.“ dále rozvíjí tuto pomoc: „Vždycky, když se se mnou něco dělo, tak mi dělalo dobře, přečíst si o tom něco, nějak se v tom zorientovat.“

Také zmiňuje pomoc od psycholožky: „Pomohla mi paní psycholožka, která řekla, ať se vykašlu na nějakou diagnózu, že stejně to není důležité, kromě informací pro pojišťovnu, jinak to nemá důvod označovat nějakou nálepkou nebo etiketou.“ Konkrétně jí také pomohlo: „Při hospitalizaci mi pomáhalo psát si deník, co prožívám, co neprožívám, abych pak nemusela dlouho lovit v paměti a aby doktorka měla přehled.“

„Mně vlastně pomáhá i to, že vedu svépomocnou skupinu. Že jsem v situaci, kdy jsem si něco prožila a můžu pomáhat dál, i byť s takovýma prkotinama jako `Ty nemáš wifinu? Tak tam zavolej.‘“ „Měla jsem dobré domácí prostředí, že jsem se z toho zotavila víc.“

„Při hospitalizaci jsem hodně řešila nějaké bludy, kdo kvůli mně nemůže spát, že přináším smůlu, takovéhle bludy. Po několika týdnech jsem se zeptala na vztah mezi mužem a ženou a pan doktor říkal: ‚Konečně myslíte na něco praktického na nějakou intimitu.‘ A určitě tam byl nějaký zájem mi pomoci. To vnímám jako velký štěstí, že tito psychiatři, který znám, tak nejsou jenom jako ‚Jak spíte, jak jíte, kolik máte prášků?‘“ to říká, že také zažila: „To jsem zažívala, když jsem přišla na řadu až v 7 hodin večer jako desátej příjem toho dne.“

„Byla jsem za službu ráda, že o mě někdo věděl, že jsem se měla na koho obrátit, že mám přátele, zažívám rozhovory, kde vás nikdo nesoudí, kde vám naslouchají. V té svépomocné skupině, tam získávám nějaké zkušenosti, motivuje mě to a pomáhá v tom, abych si to sama ujasnila. A pomáhá mi udělat si nějaký plán, pochválit se. Uvědomit si, za co jsem v životě ráda.“

Kategorie č. 7 Co naopak nepomáhá z pohledu pracovníc?

V této kategorii se zaměřuji na příklady toho, co informantky-pracovnice považují za nepomáhající v interakcích zaměřených na zotavení s klienty.

Informantka č. 3 zmiňuje konkrétní příběh jedné její klientky: „U jedné klientky mě napadlo, jak vlastně naopak ty rozhovory byly kontraproduktivní a jak je někdy dobrý některý věci úplně nerozmazávat. Ale to je jenom tak jako mimochodem. U našich klientů je častý, že projdou hospitalizací, různějma terapiema a že vlastně jak jsou přeterapeutizovaný, tak oni dělají téma ze všeho. Ten klient třeba udělá téma k velkému rozebírání z něčeho, co je pro vás úplně běžná věc, což je někdy špatně, protože se do toho úplně zamotá a přestane se soustředit na praktický věci, protože donekonečna něco řeší, zacyklí se v tom, takže někdy zjednodušovat, že věci vlastně jsou jednoduchý a že se nemusejí řešit, tak to je u někoho taky dobře, jenže to je fakt strašně individuální.“

Informantka č. 1 také zmiňuje: „Určitě nepomáhá, když někdo ty klienty do něčeho pořád nutí. Musíte s námi teď jít malovat nebo musíte jít na zahradu, přitom někdy ten člověk potřebuje svůj klid, potřebuje si lehnout a nic nedělat.“

Kategorie č. 8 Co naopak nepomáhá z pohledu klientek?

V této kategorii zmiňuji konkrétní příklady rozhovorů klientek, které během svojí nemoci zažily a setkaly se s nimi, a naopak jim nepomohly.

Informantka č. 2 k tomu říká: „Takový to obviňování mi nepomáhá. Že to je má vina, ta nemoc, že jsem to já mohla nějak zvrátit předem a neudělala jsem to. A pak by mi vadily určitě nějaký předsudky. To je takový velký téma určitě. Jak jsem říkala ty předsudky a obviňování, já bych se z toho začala víc vinit, což by určitě nepůsobilo dobrotu, a pak bych zmínila, že jsem slyšela, že ta nemoc je těžší pro okolí než pro toho jedince s tou schizofrenií, protože v okolí těch lidí je víc, takže to je víc lidí versus jeden člověk.“ Konkrétně si vzpomněla na příběh, který zažila: „A pak mě napadá taková věc, že mně nepomohlo, že mi mamka zpětně říkala nějaký věci k tomu, když jsem tehdy měla problémy se spánkem, a pak se to u mě nějak zvrhlo a ona, mě přišlo, já to teď řeknu ve zkratce, že zlehčovala, že fakt dlouho jsem nemohla spát a říkala, že tak dlouho bych to nevydržela. A tehdy jsem měla přítele, který se přitom smál, když to mamka říkala. Ale já jsem to nakonec fakt nevydržela, a právě se to projevilo. Přišlo mi, že si trochu

protiřečila.“ Dále jí k tomu napadá: „Nepochopení a pak následná zlehčování toho, co se děje, a ještě mě napadá, že je špatný porovnávání u těch lidí s tou duševní poruchou, kdo to má těžší, protože to každý prožívá jinak a asi to nejde úplně porovnat.“

Informantka č. 4 k tomu říká: „Rozjíždělo se to se mnou po nových lécích, kdy jsem kontaktovala novou psycholožku a ta na mě měla-neměla čas. Ta už možná rovnou byla rozhodnutá, že to bude krátký proces a v podstatě trvala na to, abych byla hospitalizovaná.“ Dále konkrétně zmiňuje: „Je mi nepříjemná nějaká blahost a třeba v souvislosti s tím onemocněním. Jako nepříjemná blahosklonnost. Takový nějaký mýtus, že možná vypadám klidnější a pomalejší, ale to je spíš moje povaha. A když pak hned neprojevím, že tomu rozumím, tak vypadám neinteligentní.“

Dále také zmiňovala rozhovor s jedním z ošetřujících doktorů: „Ptal se třeba, jestli mám nějaké koníčky a já jsem v té době jenom hubla, moc jsem nejedla a přemýšlela jsem nad svými chimérami a o důležitosti světa. To jsem asi moc nepochopila tu otázku, když se se mnou už tři týdny něco vleklo.“

7 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo prozkoumat a analyzovat faktory, které mohou ovlivnit účinnost komunikačních strategií používaných v rámci na zotavení zaměřeného přístupu a také poskytnout konkrétní příklady úspěšných komunikačních strategií a možných překážek v této oblasti. Výzkumný soubor tvořily čtyři informantky – jedna sociální pracovnice, jedna pracovnice v sociálních službách a dvě klientky. Informantky jsou buď zaměstnané nebo dochází jako klientky do organizací, které poskytují sociální služby osobám s duševním onemocněním.

Důležitým tématem práce bylo zotavení, které informantka č. 3 svými slovy popisuje takto: „To zotavení je o tom, že klienta obracíte právě na to, co je dobře, co se daří, co pomáhá. Já tomu říkám, že ho obracíte ke sluníčku.“ A také dodává: „Jo a v podstatě pak to zotavení je to, když ta situace je nějak stabilizovaná, ten člověk je s tím nějak v pohodě, funguje třeba nějakým jiným způsobem. Nejde to třeba už tak jako dřív, ale najde si v tom životě něco, co má smysl a funguje, protože ty omezení tam jsou. Takže není to zotavení v tom smyslu, že by to zase bylo jako dřív. To většinou ne. Je to o tom, že se tady v té situaci člověk začne cítit dobře.“

Zmiňuje také specifickou práci s lidmi s duševním onemocněním: „S touhle cílovkou musí člověk umět mluvit, naslouchat jim, nebát se toho, a umět mluvit o těch potížích, který klienti mají. Oni to někdy potřebují říct a potřebují to říct někomu, kdo se nebojí toho, že mají nějaký halucinace a nějaký hlas, a dokáže s nimi o tom mluvit. Jenomže důležité je, aby to nebylo ve středu toho zájmu, ale o tom, že si klient taky potřebuje něco říct a že vy to uznáte, že to berete vážně, že o tom můžeme společně mluvit.“

V Příručce jazyka zotavení autoři uvádí několik bodů jazykové praxe, která podporuje u klientů s duševním onemocněním zotavení. Jde o people-first language, vysunutí duševního onemocnění z centra pozornosti, označení, která neredukují člověka na roli či nálepku, naděje a důvěra v budoucnost. Autoři příručky popisují slovesa, která podporují důstojnost a aktivitu osob, doporučují používání běžného jazyka a vhodné oslovování klientů. Také je důležité, abychom cílili na silné stránky klientů, byli autentičtí a nebáli se projevit emoce, abychom o klientovi s ostatními mluvili vždy tak, jako bychom mluvili přímo s ním samotným a soustředili se spíše na to, jak budeme něco dělat, ne na to, co je zrovna v tuto chvíli špatně (Brynych, Strossová, Franzová, & Goldmanová, 2020). Podrobněji jsou jednotlivé body popsány v teoretické části této diplomové práce.

Některých těchto bodů jsme se také dotkly s informantkami při našich rozhovorech. Informantka č. 4 například uvádí, že jí pomohlo, když jí psycholožka řekla, že se nemá upínat na diagnózu, což odpovídá cílení na silné stránky a soustředění se na budoucnost, spíše než na to, proč něco nemůžeme udělat. Také zmiňovala příběh, kdy jí lidé z okolí, včetně lékařů odrazovali od toho, aby po dokončení střední školy pokračovala ve studiu na univerzitě a doporučovali jí, aby si dala roční pauzu a až poté zkusila na univerzitu nastoupit. Nicméně informantka říká: „Nakonec jsem se z toho rychle dostala a dala se dohromady, a v září jsem odmaturovala a začala jsem studovat na univerzitě.“ Zpětně byla ráda, že na rady těchto lidí ze svého okolí nedala a soustředila se na svůj cíl, ke kterému se tak dostala rychleji, než kdyby své okolí poslechla.

Další podobností s Příručkou jazyka zotavení je příběh informantky č. 4, která říká „Dělalo mi starosti, jak moc mě ta choroba omezuje, zasahuje a tak. Jak moc si mám k sobě tu chorobu připoutávat.“ V tomto jí pomohla paní psycholožka, která jí pomohla onemocnění odsunout z centra pozornosti a informantka se tak mohla soustředit na věci ve svém životě, které považovala za důležitější. „Pracovala se mnou ve smyslu, že se mě snaží posouvat dál, dávat ty cíle a říkat si přání. Posunula mě v některých věcech. Chtěla jsem třeba učit češtinu pro cizince, tak jsem se díky ní k tomu dostala.“

S informantkami-klientkami jsme se také dotkly tématu odsunutí duševního onemocnění do pozadí, k čemuž se informantka č. 2 vyjádřila: „Spíš je dobré o tom mluvit, ale někdy bych spíš chtěla takovej ten střed, aby toho nebylo tolik.“ A informantka č. 4: „Nerada se o tom bavím, pokud to není nutné, takže o tom spíš nechci mluvit.“

Z rozhovorů s informantkami vyplynulo osm kategorií, které jsem poté rozřadila pod určené výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: *Jaké faktory ovlivňují účinnost komunikačních strategií při podpoře zotavení jedinců s duševním onemocněním?* a spadaly pod ni první 4 kategorie – konkrétně prostředí, osobnost toho, kdo rozhovor vede, přizpůsobení řeči a vztah mezi komunikujícími.

Kategorie *vztah mezi komunikujícími* ukázala, že pro jednu informantku je důležité, aby druhou osobu, se kterou vede rozhovor nějakým způsobem znala, jinak by se nedokázala otevřít, ale na druhou stranu zbytek informantek si myslí, že délka tohoto vztahu není tak důležitá, jako to, aby druhá osoba byla osobě sympatická, empatická a také, aby ukázala, že s ní může druhý komunikant mluvit o čemkoli chce.

U druhé kategorie, osobnost toho, kdo rozhovor vede, informantky popisovaly, že je důležité mít k druhému určitý respekt, oceňovat ho, nezapomínat na autenticitu, říkat věci tak, jak je v tu chvíli cítíme a také ukázat lidskou tvář.

Informantka č. 3 k tomu například řekla: „Ten sociální pracovník v téhle oblasti a s touhle cílovou skupinou musí umět mluvit, naslouchat tomu, nebát se toho a umět o tom mluvit, o těch potížích, který klienti mají, protože oni to někdy potřebují někomu říct, kdo se toho nebojí a dokáže s nimi o tom mluvit, že mají nějaký halucinace a nějaký hlas. Jenomže je důležité, aby to nebylo ve středu zájmu, ale to, že si klient taky potřebuje něco říct a že to uznáte, že to berete vážně, že o tom chcete mluvit.“

Třetí kategorií spadající pod tuto výzkumnou otázku bylo prostředí. Všechny rozhovory, o kterých jsme v rámci práce mluvily, probíhaly v rámci sociální služby/zdravotnického zařízení. Jedna z klientek uvedla to, že by jí nevadilo, kdyby rozhovor proběhl na veřejném místě, ale muselo by to být místo, které má ráda, například kavárna, kterou zná a kam pravidelně chodí.

Poslední kategorií, která spadá pod tuto výzkumnou otázku bylo přizpůsobení řeči. Toto téma se objevuje také v příručce jazyka zotavení a sociální pracovnice i pracovnice v sociálních službách se vyjádřily tak, že samozřejmě svoji řeč přizpůsobují tomu, s kým zrovna mluví. Obě klientky se vyjádřily, že již zažily rozhovor, kde druhý používal odborné výrazy a hodnotily ho negativně. Jedna z informantek zmínila, že se poté snažila si informace dohledat, ale nedokázala se v tom orientovat a takový rozhovor jí tedy k ničemu nebyl.

Pod druhou výzkumnou otázkou, která zněla: „*S jakými konkrétními příklady úspěšných komunikačních strategií a možnými překážkami se informantky ve své praxi setkaly?*“, spadaly další čtyři kategorie, a to konkrétní příklady z praxe, které pomáhají při na zotavení zaměřeném rozhovoru z pohledu sociálních pracovníků/pracovnic v sociálních službách a z pohledu klientek, a co naopak při takovém rozhovoru nepomáhá, opět jak z pohledu sociálních pracovníků/pracovnic v sociálních službách, tak z pohledu klientek.

I v této podkapitole je několik podobností s Příručkou jazyka zotavení, která je zmiňovaná v teoretické části této diplomové práce. Mimo to z rozhovorů vyplynula následující doporučení:

- s klienty v akutní fázi onemocnění napsat několik bodů, které se týkají toho, o čem jsme společně komunikovali;

- neustále dodávat klientům naději, ale v přiměřené míře, nedávat zbytečnou naději;
- poskytovat zpětnou vazbu na to, co klienti dělají;
- být v rozhovorech s klienty autentický, upřímný;
- do ničeho klienty nenutit;
- podněcovat je tomu, aby zvládali věci vyřídit sami bez pomoci někoho jiného.

Z pohledu informantek-klientek také pomohlo například to, že je dobré dodávat naději, ale stále u toho stát pevně nohama na zemi, dále jedné z informantek pomohlo pročítání konkrétních příběhů lidí, kteří mají stejnou nebo podobnou diagnózu nebo rada, aby se odpoutala od diagnózy a soustředila se hlavně na jiné věci ve svém životě. Obě informantky-klientky dochází také do svépomocných skupin a obě je považují za velmi prospěšné.

Na druhou stranu z obou kategorií toho, co nepomáhá, ať už z pohledu informantek-pracovnic či informantek-klientek, vyplynulo například to, že není dobré s klientem ze všeho dělat velké téma k rozebírání, není dobré klienty do ničeho nutit. Informantky-klientky zmiňovaly obviňování, nedostatečný čas u odborníků či otázky, které v určité fázi onemocnění nedávaly smysl.

Navzdory pozitivním výsledkům je třeba reflektovat i možné limity diplomové práce.

První limit výzkumu nacházím v tom, že informantky byly pouze ze dvou organizací, poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním. Vždy z jedné organizace jedna sociální pracovnice/pracovnice v sociálních službách a jedna klientka. I přesto, že byly žádosti o účast na výzkumu rozesílány do několika dalších organizací, nikdo jiný neměl zájem se do výzkumu zapojit. Vzhledem k menšímu počtu informantek nemusí být diplomová práce tolik objektivní, a tudíž výsledky nelze zobecnit na širší populaci.

Rozhovory s informantkami umožňovaly díky své formě volnost, proto každý z rozhovorů trval různou dobu, podle toho, jak informantky odpovídaly. Ve výsledcích může být zaznamenána vyšší míra subjektivity a interpretativního zkreslení.

Dalším limitem práce by mohlo být to, že tři ze čtyř rozhovorů proběhly v online prostředí, což by mohlo vést k rozdílné dynamice a hloubce těchto rozhovorů.

8 Závěr výzkumné části

Ve výzkumné části diplomové práce jsem identifikovala několik klíčových témat dle jednotlivých výzkumných otázek.

K první výzkumné otázce, která zněla: *Jaké faktory ovlivňují účinnost komunikačních strategií při podpoře zotavení jedinců s duševním onemocněním?* díky rozhovorům s informantkami vyplynuly následující faktory:

- vztah mezi komunikujícími;
- osobnost toho, kdo rozhovor vede;
- prostředí, ve kterém rozhovor probíhá;
- přizpůsobení řeči.

Ke druhé výzkumné otázce, která zněla: *S jakými konkrétními příklady úspěšných komunikačních strategií a možnými překážkami se informantky ve své praxi setkaly?* Jsem zařadila několik konkrétních příkladů rozhovorů, které informantky zažily. Z těchto příkladů jsem identifikovala několik konkrétních doporučení pro takové rozhovory:

- s klienty v akutní fázi napsat několik bodů, které se týkají toho, o čem jsme společně komunikovali;
- neustále dodávat klientům naději, ale v přiměřené míře, nedávat zbytečnou naději;
- poskytovat zpětnou vazbu na to, co klienti dělají;
- být v rozhovorech s klienty autentický;
- do ničeho klienty nenutit;
- podněcovat je tomu, aby zvládali věci vyřídit sami bez pomoci někoho jiného.

Z mého pohledu byly cíle práce naplněny a výzkumné otázky zodpovězeny podle mých představ.

9 Shrnutí diplomové práce

Předkládaná diplomová práce se zabývá na zotavení zaměřenou komunikací s lidmi s duševním onemocněním. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se zabývám klienty s duševním onemocněním, vymezuji pojem duševní onemocnění, jeho etiologii a popisuji několik diagnóz, se kterými se v sociálních službách setkávají pracovníci nejčastěji. Dále v rámci teoretické části vymezuji pojem multidisciplinarita a popisuji průběh šetření u lidí s duševním onemocněním. V další kapitole se zaměřuji na přístup zaměřený na zotavení, a poslední kapitola se zabývá komunikací. Popisuji zde její funkce, možné zátaras, popisuji rozhovor a zásady pro efektivní komunikaci v rámci na zotavení zaměřeného přístupu.

Z výzkumu diplomové práce vyplynulo, že mezi faktory, které informantky pocitovaly jako důležité v rámci na zotavení zaměřeného rozhovoru, patří vztah mezi komunikujícími, osobnost toho, kdo rozhovor vede, prostředí a přízpůsobení řeči, což byly odpovědi na první výzkumnou otázku, která zněla: *„Jaké faktory ovlivňují účinnost komunikačních strategií při podpoře zotavení jedinců s duševním onemocněním?“*.

Druhá výzkumná otázka *„S jakými konkrétními příklady úspěšných komunikačních strategií a možnými překážkami se informantky setkaly?“* byla také zodpovězena a v práci je odpověď rozdělena do čtyř kategorií – co pomáhá z pohledu sociálních pracovníc/pracovnic v sociálních službách, co pomáhá z pohledu klientek, a naopak co nepomáhá z pohledu sociálních pracovníc/pracovnic v sociálních službách a co nepomáhá z pohledu klientek, ze kterých vyplynulo několik konkrétních doporučení pro praxi.

Práce by mohla sloužit jak sociálním pracovníkům, tak laikům či rodinným příslušníkům osob s duševním onemocněním, jako příručka k úspěšné a efektivní komunikaci s lidmi s duševním onemocněním, s doplněním o konkrétní příklady z praxe z pohledu jak sociálních pracovníc/pracovnic v sociálních službách, tak z pohledu klientek, které dochází do sociální služby poskytující služby osobám s duševním onemocněním.

Citovaná literatura

- Achimská, M. (2019). Komunikační dovednosti sociálního pracovníka. *GRANT journal*, 29-31.
- Allicock, M., Carr, C., Johnson, L. S., Smith, R., Lawrence, M., Kaye, L., & Manning, M. (2014). Implementing a one-on-one peer support program for cancer survivors using a motivational interviewing approach: results and lessons learned. *Journal of Cancer Education*, 91-98.
- Anthony, W. A. (1993). *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s*. Innovations and Research.
- Štěpaník, J. (2005). *Umění jednat s lidmi 2: Komunikace*. Praha: Grada Publishing, a. s. .
- Brynych, L., Strossová, I., Franzová, D., & Goldmanová, H. (21. prosinec 2020). *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. Získáno únor 2024, z https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/38545/Prirucka_jazykazotaveni.pdf
- Denzin, N. K. (1989). *Interpretive Biography*. SAGE Publications Inc. .
- Dlabal, M. (2021). *Komunikace v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, a. s. .
- Řurech, O. (2014). *Klient s duševním onemocněním v sociálních službách*. Načteno z © Benepal, a.s.: https://www.benepal.cz/files/project_5_file/Dusevni-onemocneni.pdf
- Engel, R., & Schutt, R. (2014). *Fundamentals of Social work Research*. Sage Publications. California: Sage.
- Gordon, T. (2012). *Výchova bez poražených*. Praha : malvern .
- Havránek, B. (2011). © *Ústav pro jazyk český*. Načteno z Slovník spisovného jazyka českého [online]: <https://ssjc.ujc.cas.cz/search.php?hledej=Hledat&heslo=faktor&sti=EMPTY&where=hesla&hsubstr=no>

- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hricová, A. (2023). *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada .
- Kolitsch, K., Horová, E., Spálenková, M., Dvořáková, M., Jarmarová, L., Pfeiffer, J., & Teslíková, P. E. (2022). *Doporišené postupy pro vznik CDZ*. Načteno z Ministerstvo zdravotnictví ČR: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/06/DOPORUCENE-POSTUPY_final.pdf
- Krbcová Mašínová, L., Pfeiffer, J., Papežová, S., Urbánková, M., Fišarová, Z., & H., H. (duben 2020). *Reforma péče o duševní zdraví*. Načteno z © 2024 MZČR: https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim?term_id=49
- Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing, a. s. .
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing, a. s. .
- MacKeith, J., & Burns, S. (2008). *Mental Health Recovery Star*. London , United Kingdom .
- Mahrová, G., & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. (duben 2017). Načteno z © Psychiatrická společnost ČLS JEP: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
- Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2007). Služby reagující na krize a služby pro lidi trpící duševními nemocemi . V O. Matoušek, *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení* (stránky 99-100). Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál .
- Mikulaščík, M. (2010). *Komunikační dovednosti v praxi, 2. doplněné vydání* (Sv. 2. aktualizované vydání). Praha: Grada Publishing.

- Miller, W., & Rolnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. The Guilford Press.
- Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství .
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s. .
- MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. (2008). Načteno z https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014_2.pdf
- Moore, T. (2021). *Soul therapy. The Art and Craft of Caring Conversations*. Harper One.
- Mátel, A. (2019). *Teorie sociální práce*. Praha: Grada Publishing, a. s. .
- Národní zdravotnický informační portál*. (2024). Načteno z Ministerstvo zdravotnictví ČR: <https://www.nzip.cz/infografika-dusevni-onemocneni-v-cesku>
- Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, a. s. .
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing, a. s. .
- Pasz, J., & Plechatá, A. (2020). *Normální šílenství: Rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno : Host - vydavatelství, s. r. o.
- Plamínek, J. (2023). *Komunikace a prezentace*. Praha: Grada Publishing, a. s. .
- Praško, J. (2005). *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- Probstová, V. (2010). Sociální práce s duševně nemocnými . V O. Matoušek, *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (stránky 133-162). Praha: Portál.
- Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál.

- Ragins, M. (2018). Cesta k zotavení . *Sebrané spisy*. Praha: Fokus ČR.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metafologie sociálních výzkumů* . Praha : Grada Publishing, a. s. .
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services . *Journal of Mental Health* , 392-411.
- Skácelová, L. (2003). Vrstevnické skupiny, peer programy. V K. Kalina, *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (stránky 307-310). Praha: Úřad vlády České republiky .
- Slade, M. (2013). *100 ways to support recovery*. Načteno z © Rethink Mental Illness :
<https://www.researchintorecovery.com/files/100%20Ways%20to%20support%20recovery%202nd%20edition.pdf>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* . Sage Publications, Inc. .
- Thyer, B. (2010). *The Handbook of Social Work Research Methods* . Sage Publications .
- Úlehla, I. (2007). *Umění pomáhat*. Sociologické nakladatelství (SLON).
- Vymětal, J. (2008). *Průvodce úspěšnou komunikací: Efektivní komunikace v praxi* . Praha: Grada Publishing, a. s. .
- Wildemuth, B., & Zhang, Y. (2009). Unstructured Interviews. V B. Wildemuth, *Applications of social research methods to questions in information and library science* (stránky 222-231). Westport, CT : Libraries Unlimited .
- World Health Organization*. (2006). Načteno z Constitution od World Health Organization: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách . (2006). Sbírka zákonů České republiky, částka 111.
https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon_108_2006.pdf/1a87d9ef-d1df-33fc-35fa-b98714ceba87

Seznam použitých zkratk

MKN-10 = Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

ICD = International Classification of Diseases

CDZ = Centrum duševního zdraví

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Členění duševních poruch

Tabulka č. 2 People-first language

Tabulka č. 3 Slovesa, která podporují důstojnost a aktivitu

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Příčiny psychických nemocí

Obrázek č. 2 Schéma systému sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním

Obrázek č. 3 Recovery star

Obrázek č. 4 Faktory ovlivňující komunikaci

Obrázek č. 5 Konkrétní příklady

Seznam příloh

Příloha č. 1 Informovaný souhlas – nevyplněný, nedatovaný.

Příloha č. 1 Informovaný souhlas s účastí na výzkumné studii, s pořízením zvukového záznamu a se zpracováním osobních a citlivých údajů

Informovaný souhlas s účastí na výzkumné studii, s pořízením zvukového záznamu a se zpracováním osobních a citlivých údajů

Autorka práce: Bc. Eliška Hájková

Vedoucí diplomové práce: Mgr. et Mgr. Martin Fojtíček

Téma diplomové práce: Na zotavení zaměřená komunikace s lidmi s duševním onemocněním

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Prohlašuji, že jsem byl(a) řádně a srozumitelně informován(a) o účelu, cíli a metodách výzkumu a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Moje osobní data budou uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat.
5. Porozuměl(a) jsem tomu, že mé jméno bude plně anonymizováno a nebude se nikde vyskytovat. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.
6. Souhlasím s tím, že průběh rozhovoru bude zaznamenáván na diktafon v mobilním telefonu.
7. Data získaná z rozhovoru budou zpracována a využita výhradně pro účely tohoto výzkumu.

Prohlašuji, že se výzkumu účastním na základě vlastního dobrovolného rozhodnutí a bez nároku na odměnu či jinou náhradu.

Připojeným podpisem stvrzuji, že rozumím výše uvedeným informacím a souhlasím s nimi.

Datum:

Jméno účastníka:

Podpis:

Jméno výzkumníka:

Podpis: