



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

**PODPŮRNÁ SKUPINA PRO OSOBY
S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM, INSPIRACE
Z VELKÉ BRITÁNIE (ORGANIZACE KIM
INSPIRE)**

Bakalářská práce

Mezinárodní sociální a humanitární práce

Autor: Natalie Lišková
Vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 30. 4. 2023

Natalie Lišková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce, panu PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D. za jeho vstřícné vedení v průběhu psaní mé práce. Děkuji za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi vždy ochotně poskytl. Jsem také moc vděčná za podporu ze strany mé rodiny, přítele a mých skvělých přátel, kteří mi vždy byli vzácnou oporou. Děkuji.

Obsah

Představení tématu.....	9
Popis výchozího stavu.....	17
1 Definice cílové skupiny.....	19
1.1 Vnímání.....	19
1.2 Vědomí.....	20
1.3 Paměť.....	21
1.4 Myšlení.....	21
1.5 Emoce.....	22
1.6 Pudy a instinkty.....	22
1.7 Schizofrenie	23
1.7.1 Projevy schizofrenie.....	23
1.7.2 Sociální význam	24
2 Metodika řešerší	25
3 Propojení tématu s teorií, metodami a technikami sociální práce.....	29
3.1 Terapeutické paradigma	29
3.2 Kognitivně-behaviorální přístup	29
3.2.1 Techniky kognitivně-behaviorálního přístupu	30
3.3 Skupinová sociální práce	31
3.3.1 Skupinová kognitivně-behaviorální terapie	33
4 Propojení tématu s etikou.....	37
4.1 Etická dilemata.....	38
5 Propojení se sociální politikou	41
5.1 Zdravotní politika.....	41
5.1.1 Nástroje zdravotní politiky	42
5.1.2 Determinanty zdraví.....	43
6 Legislativní zakotvení dané problematiky	45
7 Analýza potřebnosti projektu	47
7.1 Příčiny problému.....	47
7.2 Dopad problému na cílovou skupinu	47
7.3 Dopad problému na společnost.....	48
7.4 Příklady řešení dané problematiky v zahraničí	48
7.5 Základní informace o velikosti a specifikách cílové skupiny vzhledem k řešenému problému	49
7.6 Popis metod získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu	49

7.7 Specifikace stakeholderů - subjektů zapojených do problematiky v různých rolích.....	50
8 Cíl projektu.....	53
9 Popis a analýza potřeb cílové skupiny.....	55
9.1 Přímá cílová skupina	55
9.2 Nepřímá cílová skupina.....	55
10 Popis klíčových aktivit	57
10.1 Prostředky pro realizaci aktivit.....	59
10.2 Výstupy a výsledky	60
11 Provedení terénního průzkumu na potvrzení analýzy potřeby	63
12 Management rizik	65
13 Přidaná hodnota projektu.....	69
14 Ganttův diagram	71
15 Rozpočet projektu.....	73
16 Logframe projektu	75
Závěr.....	77
Bibliografie.....	79
Seznam tabulek	83
Seznam obrázků	85
Anotace.....	87

Představení tématu

Práce se zabývá tématem rozvíjení skupinového přístupu sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Toto téma je mi blízké zejména po absolvování zahraniční praxe, která byla důvodem pro to, abych o něm napsala závěrečnou práci. Věnuji se problematice z hlediska teorií a metod sociální práce, etiky, sociální politiky, legislativního zakotvení a nakonec popisuji analýzu potřebnosti. Na první část práce navazuje projekt, který se týká zavedení podpůrné skupiny pro osoby s duševním onemocněním do organizace Fénix, která pracuje s touto cílovou skupinou.

Jak už je napsáno v předešlém odstavci, inspiroji se zkušeností, kterou jsem nasbírala na své zahraniční praxi. Měla jsem možnost nahlédnout do fungování sociální služby v jiné zemi a tento způsob práce mi připadal velmi inovativní a zajímavý. Svou zahraniční praxi, která trvala 12 týdnů, jsem absolvovala v organizaci KIM Inspire. Tato organizace se nachází ve Velké Británii ve Walesu. KIM Inspire je oceněná charitativní organizace poskytující profesionální podporu duševního zdraví a zotavení v komunitě. Cílem této organizace je zapojit klienty a dobrovolníky do všech činností, které nabízí a prostřednictvím konzultací zajistit, aby byli všichni náležitě zapojeni do rozhodování. Organizace nabízí příležitosti sociální integrace a podporuje zmírnění stigmatizace duševního zdraví ve společnosti. Snaží se systematicky pomoci celé společnosti prostřednictvím činností, do kterých se zapojují ženy i muži. Zároveň aktivně podporují klienty a dobrovolníky, aby se stali členy KIM. Spoustu zaměstnanců v organizaci bylo dříve klienty. Cílovou skupinou této organizace jsou lidé s duševním onemocněním. Protože v organizaci pracují na tom, aby se vyhnuli další patologizaci problémů s duševním zdravím, diagnózy klientů nejsou jejich primárním zájmem. Jejich holistické posouzení se zaměřuje na všechny oblasti života, jako je bydlení, finance, fyzické zdraví, duševní a emocionální pohoda, vztahy, rodičovství, vzdělání či zaměstnání. Nejčastěji se ale setkávají s úzkostí a depresí - ačkoli hlavní příčinou mnoha těchto problémů, které byly patologizovány a léčeny, je často chudoba. KIM Inspire nabízí širokou škálu skupinových aktivit, které jsou zaměřené podle pohlaví klienta a jeho věku.

Služby, které KIM Inspire poskytuje:

KIM 4 HER

Tento projekt je zaměřený na ženy a je společenský, informativní a buduje soběstačnost. Nabízí bezpečné prostředí pro všechny ženy, které skupiny navštěvují.

KIM 4 HIM

Tento projekt je navržený pro muže a je orientovaný na mužské vnímání mentálního zdraví. Poskytuje mužům podporu, pomáhá překonávat překážky prostřednictvím 1-1 mentoringu či týmové skupinové práce. Rozdělení na mužské a ženské skupiny je z důvodu vyslovení přání od klientů, kteří se při takovém způsobu práce cítí komfortněji. Např. klienti muži se cítí lépe, pokud mají hovořit o problémech jen s ostatními muži.

Jsou totiž témata, o kterých se jim hovoří obtížně, především v přítomnosti žen. Jak už jsem zmínila, u ženských skupin se probírala i intimní témata (např. menopauza) a pro ženy je toto téma velmi osobní a někdy i citlivé. Zároveň mnoho žen má zkušenost se sexuálním zneužíváním v dětství, domácím násilím či sexuálním napadením ze strany opačného pohlaví. To jsou důvody, proč tolik klientek chce využívat genderově specifickou práci a postupně se díky tomu dopracovat do integrovaných skupin, aby se mohly naučit budovat vztahy s opačným pohlavím v bezpečném a podpůrném prostředí a zároveň si osvojit další dovednosti jako je asertivní komunikace, osobní hranice, zvýšené sebevědomí, které jim pomáhá s jejich zranitelností.

KIM YOUNG PEOPLE

Cílovou skupinou této služby jsou mladí lidé, kteří vyhledávají podporu či náplň volného času a chtějí se zapojit do komunity (KIM Inspire [online]).

Důležitými pojmy v této organizaci jsou skupinová sociální práce a genderově specifická práce. Jednou z nejhlavnějších aktivit jsou totiž tematické skupiny vedené sociálními pracovníky či lidmi z praxe z jiných oborů (psychologie, poradenství, životní koučování, alternativní terapie). Skupiny jsou buď zvláště pro ženy, muže či jsou spojené. Každý týden je daný rozvrh a klienti se přihlašují na aktivity, které jsou jim nejbližší. V následující části popíšu jednotlivé skupiny, kterých se klienti mohou účastnit.

„The book nook“ (Knižní koutek) je skupina, ve které klienti a pracovníci každý týden diskutují o knihách. Dalším tématem online skupiny je asertivita. Prostřednictvím užitečných technik se klienti učí co to vlastně znamená být asertivní a jaké to přináší výhody. Pro zájemce o zeměpis se pořádá skupina Globe trotter plus (Světoběžník), jejíž náplní je poznávání zajímavých zemí prostřednictvím kultury, zvyků, zeměpisných faktů a historie. Je zde i skupina pro mladé lidi, která se zabývá otázkami jako kdo jsem, jak se cítím, co chci od života. Tato skupina si klade za cíl pomoci klientům na tyto otázky odpovědět. Náplní je poznat sám sebe v různých situacích a zároveň pomáhá cítit se pohodlněji a sebevědoměji.

Toto byly skupiny v online prostředí a nyní se zaměřím na skupiny, do kterých klienti dochází osobně. Jako první zmíním skupinu pro ženy, která nese název Embrace the change (Přijmi změnu). Každý týden se klientky s pracovníky věnují tématu, o kterém chtějí diskutovat v bezpečném prostředí. V době, kdy jsem tam byla na praxi, byla tématem menopauza. Celkově jsou tato sezení zaměřená na péči o sebe samu, sdílení zkušeností a myšlenek a zejména vzájemnou podporu. Každý týden jsou prováděny různorodé aktivity, do kterých patří např. vyrábění z různých materiálů, vaření, výroba domácích mýdel, malování či vytváření vlastních deníčků.

Významným prvkem mé zkušenosti bylo zapojení se do seberozvojových skupin. Služba jich poskytuje více, ale všechny mají za cíl motivovat a podporovat klienty. Ráda bych zmínila skupinu, která je vedena životním koučem. Pokládá klientům otázky o tom, jaký by chtěli aby byl jejich život, kam směřují a jakých změn chtějí dosáhnout. Zaujalo

mě, jak aktivně se klienti podíleli na procesu skupiny, jak byli namotivováni a inspirováni jeden druhým. Koučka pomáhala klientům, aby zvládli pracovat se svými myšlenkami, protože s těmi nejčastěji bojovali. Zároveň je také podpořila v nastavení si cílů a postupnými kroky za podpory ostatních jich dosáhnout. Práce sama na sobě může také zahrnovat téma dechových cvičení a meditace. Pojetí těchto technik bylo spíše začátečnické, odborníci z oboru představili klientům smysl a výhody dechových cvičení a bylo na klientech, zda se těchto sezení chtěli účastnit. Tyto skupiny byly opravdu jiné než ty ostatní, poskytly klientům prostor, v němž mohli relaxovat, soustředit se na sebe samotné a naučit se nové techniky dýchání, které jim pomáhaly se více vyklidit. Zaměření skupin, které byly pro muže bylo z většiny spojené s manuální prací. Klienti se mohli naučit pracovat se dřevem či jinými materiály nebo společně vařili. Pracovníci vedou také s muži sezení a diskuze na téma problémů, se kterými se setkávají. Vytváří tak bezpečný a důvěrný prostor, ve kterém nikdo nikoho neodsuzuje. Také se každý týden zaměřují na jiné téma jako např. emocionální první pomoc. Spolupracují i s facilitátory, kteří představují inovativní způsoby jak nahlížet na různá témata. Důležitým prvkem organizace je jejich společná komunitní zahrada. Pro klienty je jedinečnou příležitostí, jak se zapojit do společného projektu a všech aspektů práce na zahradě.

Proces, jak volili témata skupin v KIM Inspire probíhal na základě konzultací s klienty, naslouchání tomu, co jim klienti sdělili při prvotním posouzení a také na základě účasti v jiných skupinách. Vyplňují také některé mezery, které po sobě zanechaly statutární služby, protože jsou schopni být velmi flexibilní a rychle reagovat způsobem, který zákonné služby nemohou poskytnout kvůli přísným kritériím pro podporu.

Název	Obsah	Cíle	Typ/ forma
The book nook (Knižní koutek)	diskuze o literatuře a knihách	dozvědět se o nových knihách, umět prezentovat	online, ženská skupina
Asertivita	techniky pro zlepšení asertivních dovedností	nastavit si osobní hranice	online, muži i ženy
Globetrotter (Světoběžník)	prezentace různých států	poznat historie, kultury a specifik různých zemí	online, muži i ženy
Young people (Mladí lidé)	poznávání vlastní identity, socializace s vrstevníky	získat odpovědi na životní otázky, zvýšit sebevědomí	muži i ženy
Embrace the change (Přijmi změnu)	intimní ženská témata	vzájemná podpora, sdílet zkušenosti	ženy
Seberozvoj (meditace, dýchání)	spiritualita, relaxace, dechová cvičení	vnímat sama sebe, práce s myslí	ženy
Životní koučink	otázky ohledně životního směřování, práce s myšlenkami	dosáhnout změny, převzít zodpovědnost za svůj život	ženy
Manuální práce	práce s různými materiály, vaření, práce na zahradě	vyrobit něco nového, zlepšit manuální zručnost, navazování vztahů	muži i ženy
KIM HIM	emocionální první pomoc, diskuze na různá témata	poskytnout bezpečný prostor pro rozebírání různých témat	muži

Tabulka 1 Výčet skupin

Cíl práce

Cílem bakalářské práce je vypracovat návrh projektu zaměřeného na téma podpůrných skupin v rámci skupinové sociální práce pro osoby s duševním onemocněním. Cílem je představit osvědčené a specifické využití skupinové sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a popsat různé oblasti, které se na této problematice podílejí.

Vymezení pojmů

V této kapitole popisují pojmy, které souvisí s tématem mé práce a zejména způsobem práce, který se aplikuje v návazném projektu. Tyto pojmy jsou důležité pro projekt v další části práce zejména proto, že popisují techniky a způsoby práce s cílovou skupinou.

Sociální práce se skupinou

Člověk může kvalitně existovat jen jako člen skupiny a to hned několika zároveň - např. rodina, spolužáci, kolegové v práci apod. Skupinová praxe je významná v tom, že poskytuje různá specifika, které individuální práce s klientem poskytnout nemůže (Kratochvílová, 2013, s.19). Dle Levické (2002) lze sociální práci se skupinou chápat jako metodu, která využívá dynamiku skupiny současně ke dvěma cílům - k posílení skupiny jako celku a zároveň prostřednictvím interakce jednotlivce se skupinou usiluje o zlepšení jeho sociálního fungování (Levická, 2002, s. 68). V knize od Řezníčka se popisuje, že individuální forma sociální práce neexistuje, protože sociálně pracovní vztah vždy klienta včleňuje do skupinových vazeb a některé teorie sociální práce (jako ekologická) odlišnosti individuální a skupinové sociální práce zcela popírají. Podle nich má totiž proces cílené změny v procesu sociální práce určité charakteristiky, které zahrnují jak individualitu klienta, tak i jeho sociální prostředí (Řezníček, 1994, s.50).

Podpůrná skupina

Účelem je pomoci lidem čelit zátěžové životní události a rozvinout jejich potenciál se s takovými situacemi vyrovnávat. Sociální pracovník v takových skupinách vystupuje jako facilitátor a rozvíjí podporu ve skupině. Členy této skupiny spojuje podobná zkušenost a sdílení společného problému (Matoušek, 2013, s. 291).

Sociální skupinová práce

Tato práce je zaměřena primárně na skupinu a sekundárně na jednotlivce (Matoušek, 2013, s. 290).

Duševní porucha

Dle Světové zdravotnické organizace je duševní porucha klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech. Šířeji je tento pojem popisován jako změna některých psychických procesů projevující se v myšlení, pocitech a chování člověka, znesnadňující jeho adaptaci a interakci se sociálním okolím. Duševní porucha vzniká z následujících příčin: genetických, organických, chemických, působením vědomých nebo nevědomých konfliktů, chybným učením nebo vlivem situace (Hartl, Hartlová, 2015, s. 424).

Duševní nemoc

Choroba, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu hyper-, hypo-, dysfunkce nebo úplně ztráty funkce. Počet duševních nemocí se odhaduje mezi 1 až 2% v běžné populaci, pokud je brán medicínský koncept duševních nemocí (Hartl, Hartlová, 2015, s. 346).

Psychosociální pomoc

Pojem psychosociální dle Psychologického slovníku se vztahuje k vlivu společnosti na vývoj a stav psychiky (Hartl, Hartlová, 2015, s. 488).

Pomoc psychická

Tento pojem zahrnuje příznivé působení příbuzných a přátel, informace a prožitky z četby a dalších médií i kladný vliv zájmové činnosti, jde také o pomoc více náhodnou a neplánovanou (Hartl, Hartlová, 2015, s. 420).

Pomoc sociální

Označení pro jednu z nejstarších forem přerozdělování, jejímž prostřednictvím stát pomáhá těm, kteří to skutečně potřebují (Hartl, Hartlová, 2015, s. 420).

Denní stacionář

Denní stacionář je ambulantní sociální služba a je místem pro osoby s duševním onemocněním, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci a potřebují pomoc při zajištění soběstačnosti, při péči o vlastní osobu a při udržení zařazení do společnosti (Fénix Sociálně-psychiatrické centrum [online]).

Popis výchozího stavu

Níže se věnuji současnému stavu péče o duševní zdraví v České republice a nabídce sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním.

Z hlediska duševního zdraví a péči o něj v České republice je důležité zmínit Národní akční plán pro duševní zdraví, který se věnuje aktuálním tématům. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 je strategický plán vytvořený Ministerstvem zdravotnictví České republiky a dalšími partnery, který stanovuje konkrétní postupy pro naplňování částí, u kterých existují implementační deficity. Prvním důvodem, proč byl vytvořen Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 je proměna myšlenkového rámce v oblasti duševního zdraví a psychiatrické péče, kde se stále více prosazuje bio-psycho-sociální model a začíná se docenovat význam prostředí (např. zaměstnání, vzdělávací systém) jako možný zdroj rizik, ve kterém se může účinně zasáhnout a rizika mírnit. Hovoří se zde o tom, že je důležité se zaměřit na udržení duševního zdraví celé populace a doplnit aspekt prevence a časných intervencí. Také se zde zmiňuje aktivní mezirezortní spolupráce, protože klíč k realizaci některých záměrů Strategie reformy psychiatrické péče spočívá v rukou i jiných ministerstev než Ministerstva zdravotnictví. Jedním z hlavních cílů plánu je přesun dlouhodobě hospitalizovaných osob v psychiatrických zařízeních do komunitního prostředí. Sociálně zdravotní služby mají zajišťovat multidisciplinární týmy soustředěné v centrech duševního zdraví, plán počítá s fungováním celkem 100 center v následujících letech. Současně je také kladen důraz na ochranu lidských práv lidí s duševním onemocněním a jejich destigmatizaci. Do roku 2030 by měl být dokončen systémový proces reformy psychiatrie, který umožní lidem s duševním onemocněním prožít maximálně možný kvalitní život s důrazem na dodržování všech práv obsažených v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením. Jako další bod si NAPDZ klade za cíl se zaměřit na služby v oblasti bydlení, které pomáhají zlepšit situaci lidí s duševním onemocněním jako je např. Housing first, Recovery House, Dům na půl cesty (Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, [online]).

Co se týče současné nabídky služeb pro lidi s duševním onemocněním v České republice, lze zmínit 3 roviny: sociální, zdravotnické a školské služby. Sociální služby popisují z pohledu zákona o sociálních službách níže. Ze zdravotnických služeb do nich patří psychiatrické léčebny, nemocnice, rehabilitační ústavy, sanatoria. A ze služeb školských to jsou speciální školy či výchovné a diagnostické ústavy. V České republice se sociální služby řídí zákonem č. 108/2006 Sb., který vymezuje sociální služby pro osoby s duševním onemocněním takto:

1. Sociální poradenství

2. Služby sociální péče: osobní asistence, pečovatelské služby, průvodcovské a předčítatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče
3. Služby sociální prevence: služby následné péče, SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, sociální rehabilitace, centra duševního zdraví (*Zákon o sociálních službách*, 2006, [online]). V několika výše zmíněných zařízeních se aplikuje i sociální práce se skupinou, tato metoda je často využívána např. v denních stacionářích.

Z této kapitoly vyplývá, jak důležitý je aspekt komunitního prostředí pro lidi s duševním onemocněním, který napomáhá jejich začlenění do společnosti a boji proti stigmatizaci.

1 Definice cílové skupiny

Abych se mohla věnovat problematice mé práce z pohledu několika oblastí, je zapotřebí vymezit a definovat si cílovou skupinu, které se mé téma týká.

Duševně nemocní jsou lidé, kteří trpí duševní poruchou (schizofrenie, depresivní nebo manická porucha, paranoidní či jiná psychóza, organická poškození CNS) či jiným onemocněním, které může snížit funkční kapacitu a nepříznivě ovlivňuje několik základních aspektů denního života (např. mezilidské vztahy, osobní hygienu a sebeobsluhu, učení a rekreaci) (Goldman, 1981 dle Liberman 1988, s. 136). „*Duševní porucha je klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech*“ (Hartl, 2004, s. 12). Nyní se na tuto problematiku zaměřím pohledem přístupu sociálního pracovníka ke klientovi s duševním onemocněním.

Lidé s duševním onemocněním mají specifické potřeby a potýkají se s potížemi v různých oblastech života. K tomu, aby byly jejich potřeby uspokojeny a potíže zmírněny, jsou zde zdravotnické a sociální služby. V knize od autorek Mahrové a Venglářové (2008) se zmiňují priority v přístupu sociálního pracovníka k těmto klientům. Pro lepší pochopení klienta a porozumění jeho situaci je důležité mít znalosti z psychologie, jelikož to může velmi pomoci v rozpoznání prvních příznaků onemocnění. V následujících kapitolách stručně představím některé základní psychické funkce a zmíním, jak by měl sociální pracovník přistupovat ke klientům s poruchami těchto funkcí.

1.1 Vnímání

Z psychologického hlediska je vnímání definováno jako proces, díky kterému člověk získává a interpretuje informace ze svého okolí. Všechny naše smysly nám poskytují informace o okolním světě. Vnímání plní dvě hlavní funkce - získávání informací a zpracování. Pomocí našich smyslů získáváme informace o okolním světě. Poruchy vnímání ovlivňují schopnost jedince vnímat a zpracovávat informace z okolního světa.

Váženým problémem pak jsou halucinace, které se vyskytují bez přítomnosti skutečného podnětu. Halucinace mohou být zrakové, sluchové, čichové, chuťové nebo hmatové. Nejčastější jsou ty sluchové, kdy člověk slyší „hlasy“. Příčin halucinací je mnoho, např. organické či toxické poškození mozku. Pokud klient trpí halucinacemi, jedná se o velmi vážný stav a sociální pracovník by k němu měl přistupovat s ohledem na jeho stav a jeho individuální potřeby. Z těch hlavních zásad přístupu ke klientům bych zmínila např. zajištění klientova bezpečí, poskytnutí podpory a uklidnění a citlivost vůči zkušenosti s halucinacemi. V knize se také zmiňuje základní poučka: halucinace nikdy nevymlouváme a sociální pracovník není ten, kdo může klienta léčit. Role sociálního

pracovníka spočívá v tom, že klienta může odkázat na další zdroje a pomoci vyhledat odborníka (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 28, 29).

1.2 Vědomí

Vědomí se definuje jako stav, kdy si je jedinec schopen uvědomit sám sebe, své okolí, vlastní myšlenky a emoce. Základními fyziologickými stavy vědomí jsou: bdění, spánek, schopnost člověka meditovat a stav hypnózy (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 30).

Poruchy vědomí se dělí na kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní jsou charakterizovány změnou úrovně vědomí a zahrnují se do nich:

- somnolence: zvýšená ospalost, snížená bdělost a pozornost
- sopor: stav sníženého vědomí, kdy je jedinec schopen reagovat jen na velmi silné vnější podněty
- kóma: stav ztráty vědomí, kdy jedince nelze probudit

Do kvalitativních poruch zahrnujeme stav deliria a obnubilace. Delirium je stav dezorientace, zmatenosti a je při něm snížena dlouhodobá pozornost na vnější podněty. Dále mohou být přítomny iluze nebo halucinace, či poruchy cyklu spánek - bdění. Mráкотné stavy jsou specifické tím, že se vědomí náhle ztrácí a navrácí a postižený si nepamatuje, co se s ním dělo. Vyskytují se zejména u epilepsie, po úrazu hlavy, v opilosti. Poruchy spánku jsou velmi běžné u lidí s duševním onemocněním. Nejběžnějšími jsou:

- nespavost (insomnie)
- hypersomnie: nadměrný spánek
- noční můry: časté u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou
- narkolepsie: silná únava během dne a neočekávané náhlé usínání

Změny vědomí lze navodit požíváním psychoaktivních látek - intoxikace. Užívání těchto látek může vyvolat psychickou či fyzickou závislost.

Kvantitativní poruchy vědomí mohou ale nemusí souviset s duševním onemocněním a také mohou postihnout každého člověka. Co se týče intoxikačních změn vědomí, role sociálního pracovníka spočívá v podobě poskytnutí informací či přímo sociálních služeb harm reduction (cílem je minimalizovat rizika a škody způsobené užíváním těchto látek).

Pokud se sociální pracovník ocitne v práci s klienty s poruchami spánku, měl by mu pomoci vyhledat odbornou pomoc. Zároveň může klientovi poskytnout podporu při identifikaci případných socioekonomických a psychologických faktorů, které mohou mít vliv na jeho spánek (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 30). Nekvalitní spánek ovlivňuje naši vnitřní pohodu a má velký vliv na zdraví člověka. Konkrétně u lidí trpících schizofrenií

je spánek důležité téma. Pro lidi trpící schizofrenií je usínání náročné a trvá několik hodin, přičemž spánek nebývá kvalitní z důvodu úzkostí či halucinací. To pak má vliv na fungování během dne, kdy bývají velmi unavení (Smolík in Nevšímalová, 2007, s. 303 - 325).

1.3 Paměť

Bez paměti bychom nebyli schopni fungovat jako jedinci a součást společnosti, paměť zpracovává a uchovává minulé zkušenosti. Paměť je psychologický proces, který má schopnost uchovat a následně si vybavit informace. Rozlišují se 3 stadia paměti: kódování, uchování a vybavení.

Z poruch paměti můžeme jmenovat:

- hypermnézii: při této poruše dochází k nadměrnému zlepšení schopnosti paměti; porucha může být spojena s psychickými problémy jako je úzkost a stres
- hypomnézii: omezená schopnost pamatovat si věci, oslabení paměti
- amnézii: úplná ztráta paměti
- konfabulaci: dochází k nepodloženému a nepravdivému vyprávění

Syndrom, který je spojován s některými psychickými poruchami (např. porucha osobnosti, bipolární porucha, schizofrenie) se nazývá bájná lhavost. Osoba trpící tímto syndromem si opakovaně vymýšlí fantastické a přehnané příběhy, kterým osoba sama začíná věřit. Při práci s lidmi s poruchami paměti by měl sociální pracovník zejména podporovat a motivovat klienta v oblasti udržování si každodenní rutiny, organizaci času a udržování kontaktu s rodinou (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 32).

1.4 Myšlení

Myšlení je psychický proces, který zahrnuje mentální operace. Myšlení se také nazývá „řečí mysli“ a je úzce spojeno s jazykem a schopností komunikovat.

Zde je pár příkladů poruch myšlení:

- bradypsychismus: zpomalená reakce na situace a podněty
- mutismus: jedinec nemluví, i když by mohl
- zabíhavé myšlení: jedinec se neustále zaměřuje na určité myšlenky, které jsou nepodstatné
- bludy: jedinec věří v nereálné myšlenky nebo přesvědčení, která nemají žádnou základnu v realitě, blud má většinou svůj vývoj, kdy postupně dojde k vytvoření bludného přesvědčení až do zpracovaného bludného systému

Je také důležité zmínit další potíže, a těmi jsou obsese a kompulze. Obsese jsou opakované vtíravé myšlenky, které mohou být nereálné nebo nepodložené a nelze se jich vůlí zbavit. Kompulze je opakované chování, které jedinec provádí jako reakci na obsese. Kompulzivní jednání má rituální charakter a má za cíl zmírnit úzkosti vyvolané obsesemi. Obsese a kompulze jsou typickými znaky pro obsedantně-kompulzivní poruchu (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 33). Sociální pracovník by měl být velmi empatický a citlivý ke klientům s poruchami myšlení. Zároveň je potřeba mluvit s klienty tak, aby byli schopni porozumět a zpracovat informace. Dále je nutné dodržovat určitou strukturu, aby se lidé s poruchami myšlení mohli cítit bezpečně a předvídatelně.

1.5 Emoce

Emoce jsou velmi citlivé a proměnlivé jevy, které mají vliv na vnitřní prostředí organismu a ovlivňují formování postojů a chování. Emoce rozlišujeme dle doby trvání na nálady a afekty. Nálady mají delší dobu trvání a mohou být vyvolány situacemi, ale také vnitřními faktory (např. stres). Afekty jsou naopak krátkodobé emoční stavy, které vznikají i odeznívají náhle. Pokud jedinec trpí poruchou afektu, má tendenci k neuváženému jednání, které ale lze zvládnout volnými mechanismy. Do poruch afektu patří např. patický afekt (velmi intenzivní chorobný stav, vyskytuje se např. u epilepsie, demence či postižení CNS); emoční labilita (emoce se mění i na základě slabého podnětu), či hypersenzitivita (lehký vznik emocí trvalejšího charakteru). Poruchy nálad jsou obvykle delší a mají vliv na jednání jedince. Nálady jdoucí směrem nahoru jsou např. euforie, manická nálada a naopak nálady jdoucí směrem dolů - depresivní nálady jako např. anxiózní nálada (neklid, úzkost, napětí) nebo apatická nálada (nezájem, tendence se izolovat od lidí) (Mahrová, Venglářová, 2008, s.35). Přístup ke klientům se silnými projevy afektu s násilným chováním je specifický, protože sociální pracovník musí chránit v první řadě sám sebe a také okolí. Zároveň klienti s těmito potížemi mohou být vystaveni riziku sebevraždy a sebepoškození. V tomto případě je rolí sociálního pracovníka monitorovat riziko a včas zajistit vhodnou intervenci.

1.6 Pudy a instinkty

Pudy a instinkty zajišťují nezbytné potřeby člověka a jsou to vrozené biologické mechanismy. Existují poruchy obživného pudu, které souvisí s řadou psychických onemocnění. Z těchto můžeme zmínit např. anorexii. Dalším pudem je pud sebezáchovný, který obsahuje obranné reakce. Poruchy tohoto pudu vedou k sebezraňování či sebevraždě. Poruchy pudů a jednání se také často vyskytují u lidí trpících schizofrenií. Lidé, kteří jsou ovlivněni halucinacemi a bludy mohou někoho

napadnout a být nebezpeční pro sebe či své okolí (Kučerová, 2010, s. 14). Sociální pracovník by měl respektovat klientovu realitu a vyvarovat se situacím, které by mohly stav zhoršit. Zároveň by měl dbát bezpečnosti a opatrnosti, která je na prvním místě.

1.7 Schizofrenie

V mé práci se zaměřuji na závažné psychotické onemocnění schizofrenie, jelikož nejčastější cílovou skupinou v organizaci Fénix, pro kterou je navržen projekt, jsou lidé žijící s tímto onemocněním. V rámci 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí se toto onemocnění nachází ve skupině F20. Vágnerová (2012) definuje schizofrenii takto: „*Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Jde o multisystémové poškození mozkových funkcí, z nichž vyplývají uvedené psychické projevy.*“ Schizofrenie se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Toto onemocnění postihuje přibližně 1% populace a vzniká nejčastěji v mladém věku (15-35 let). Co se týče příčin vzniku schizofrenie, nejsou jednoznačně určeny, ale k této nemoci přispívají i genetické faktory. Dispozici ke vzniku této choroby mohou vytvářet různé geny a může se na ni podílet i několik genů. Další příčinou schizofrenie mohou být vnější vlivy, které mohou zvýšit riziko vzniku této nemoci. Klíčovou roli hrají vyvolávací podněty, které mohou mít větší dopad na citlivějšího jedince. Tito lidé jsou více zranitelní a proto i běžné situace mohou vyvolat chorobnou reakci (např. nástup do zaměstnání, odloučení od známého prostředí atd.) (Vágnerová, 2012, s. 333- 336).

1.7.1 Projevy schizofrenie

U schizofrenie hovoříme o tzv. pozitivních (bludy, halucinace, vkládání do toku myšlenek) a negativních (apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení) příznacích. Nyní se zaměřím na projevy schizofrenie z pohledu poruch kognitivních funkcí. Poruchy vnímání bývají velmi častým jevem. Zařazujeme do nich halucinace, což jsou klamné jevy, které ovlivňují pacientovo vnímání. Halucinace mohou být prostřednictvím všech smyslů. Lidé trpící schizofrenií se potýkají i s dalšími jevy jako např. bludy, poruchami emotivity, poruchami jednání či poruchami osobnosti (Vágnerová, 2012, s. 342).

Dalšími kognitivními poruchami u pacientů se schizofrenií jsou poruchy pozornosti, pracovní i dlouhodobé paměti, rychlosti zpracování informací a poruchy sociální kognice. Sociální kognice je významným prvkem v mezilidské komunikaci. Pro to, aby se člověk nestresoval z mezilidských vztahů, je důležité aby ovládal určité sociální dovednosti. Do těchto dovedností patří konverzace, asertivní komunikace, dovednost požádat či odmítnout. Lidé s tímto onemocněním potřebují získat sebedůvěru a důvěru v

ostatní lidi a to se naučí nejlépe při léčbě formou nácviku sociálních dovedností, který blíže popisují v kapitole Metody a techniky kognitivně-behaviorální terapie. Pro pacienty trpící schizofrenií je náročnější čelit každodennímu stresu. Působení chronického stresu či kumulace stresujících situací predisponuje pacienty k vyšší míře zranitelnosti (Bankovská Motlová, Španiel, 2013, s. 21 – 33).

1.7.2 Sociální význam

Nyní se zaměřím na sociální hledisko schizofrenie. U této nemoci je viditelné výrazné stigma, které vyplývá z neznalosti společnosti. Onemocnění má negativní dopad na vztahy v rodině, kdy se často stává, že rodinní příslušníci neví, jak nemocnému pomoci. Důležitým aspektem v této fázi je stanovení diagnózy, kdy se chování rodiny může změnit, jelikož už ví, jakou chorobou jejich blízký člověk trpí. Rodina zároveň může fungovat jako rizikový faktor, který ovlivňuje symptomy a vznik relapsu. Taková rodina je charakterizována uzavřeností, konfliktními vztahy, narušenou komunikací či nezvládnutím negativních emocí. Schizofrenie je léčitelné onemocnění, ale mnohdy nedojde k úplnému vyléčení. Léčba většinou spočívá v kombinaci psychofarmakologické léčby a psychoterapie. Dalšími důležitými částmi při cestě k uzdravení je socioterapie a aktivizace. Lidé trpící schizofrenií mají tendenci se izolovat, jelikož se potřebují ochránit před stresem. Při léčbě by se mělo soustředit na rozvíjení sociální adaptace a integrace (Vágnerová, 2012, s. 355- 366).

2 Metodika rešerší

V této kapitole se budu věnovat popisu způsobu, jakým probíhalo vyhledávání elektronických zdrojů pro napsání odborného textu.

V rámci rešerše byly formulovány následující rešeršní otázky:

1. Jakých cílů se dá dosáhnout prostřednictvím skupinové sociální práce?
2. Jaký má vliv skupinový způsob práce na lidi s duševním onemocněním?
3. Jak pomáhá skupinová intervence lidem s duševním onemocněním v zařazení zpět do společnosti?

Pro vyhledávání v anglickém jazyce byla použita následující klíčová slova a slovní spojení:

- social group work
- mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness
- schizophrenia

Časové hledisko:

Bylo stanoveno časové období od roku 1995 po současnost.

Využití zdrojů:

V rámci rešerše proběhlo vyhledávání v elektronické databázi zdrojů EBSCO přes Univerzitu Palackého v Olomouci.

Výsledky:

Po zadání výše zmíněných klíčových slov bylo v databázi nalezeno celkem 235 záznamů a z toho bylo pročteno 100 abstraktů, ze kterých byly následně vybrány 4 zdroje relevantní k mému tématu.

1. Facilitating an Effective Process in Treatment Groups with Persons Having Serious Mental Illness - Joseph Walsh, Heather Hewitt

Tato kniha se zabývá účinností léčebných skupin pro osoby s vážným duševním onemocněním při dosahování cílů členů zlepšit zvládnání symptomů a mezilidské vztahy. I když je v tomto ohledu trvale zjištěno, že skupiny orientované na interakci jsou lepší než skupiny orientované na vhled, několik autorů formulovalo specifické činnosti a dovednosti požadované od vedoucích, aby zajistili efektivní skupinový proces vedoucí k těmto výsledkům. Autoři v tomto článku vymezují základní povinnosti vedoucích pro tento typ skupinové práce ve snaze podrobně popsat praktické intervence pro vedoucí skupin sociální práce (Walsh, Hewitt, 1996).

2. Psychiatric Group Work in Social Skill Training - Svavarsdóttir, Sveinbjörg Júlía; Ólafsdóttir, Kristín V.; Sturludóttir, Elva; Júlíusdóttir, Sigrún

Článek je založen na deskriptivní studii výsledků skupinové práce s osmi jedinci s rozdílnými duševními diagnózami. Hlavním cílem skupinové práce bylo zvýšení úrovně sociální kompetence účastníků skupiny. Cílem této studie je pomocí kvalitativních rozhovorů s účelovým vzorkem účastníků skupinové práce prozkoumat, zda se domnívají, že stanovené cíle byly dosaženy. Studie potvrzuje, že cílů stanovených pro nácvik sociálních dovedností bylo dosaženo, a to jak s ohledem na sociální dovednosti, tak i sebevědomí. Z rozhovorů vyplynula čtyři ústřední témata: (1) komunikace a sociální interakce, (2) podpora a zmocnění, (3) empatie a důvěra, (4) praktické rady a vedení. Účastníci hodnotili komunikaci a sociální interakci jako velmi důležité, zatímco praktické rady a poradenství byly hodnoceny jako nízké na žebříčku hodnoty (Svavarsdóttir, Ólafsdóttir, Sturludóttir, Júlíusdóttir, 2012, [online]).

3. The effects of long-term community care on relapse and adjustment of persons with chronic schizophrenia - Madianos, Michael G.. U Athens Faculty of Medicine, Community Mental Health Ctr, Greece, Madianou, Dimitra

Tato výzkumná studie porovnává účinnost komunitního centra pro duševní zdraví s rutinní péčí v ambulantním zařízení v léčbě dospělých s chronickou schizofrenií. Autoři se zaměřili na 34 dospělých s chronickou schizofrenií, kteří byli hospitalizováni na psychiatrii nebo si vyžádali ambulantní psychiatrickou službu. V komunitním centru byla kromě lékové terapie nabízena také podpůrná psychoterapie, skupinové sociální a rekreační aktivity a zapojení sociálních pracovníků. Výsledky ukázaly, že lidé léčení v komunitním centru pro duševní zdraví měli lepší sociální přizpůsobení, byli lépe reintegrovaní do komunity a fungovali efektivněji než ti, kteří byli léčení standardními ambulantními službami (Madianos, Madianou, 2015, [online]).

4. Therapeutic group work for young people with first-episode psychosis - Gina Woodhead

V této knize se klade důraz na hodnotu terapeutických skupinových intervencí v prostředí duševního zdraví. Autorka zkoumala potenciální společné přínosy skupinových intervencí u různých duševních onemocnění. Např. mladí lidé zotavující se z psychózy běžně zažívají ztrátu sociálních rolí či postavení ve společnosti - proto může být skupinová práce pro tuto skupinu klientů zvláště důležitá. Skupinové intervence mohou významně přispět k pomoci mladým lidem překonat některé z těchto překážek. Účast ve skupinách může poskytnout pocit sounáležitosti a povzbudit jednotlivce, aby riskovali a zkoumali možnosti v rámci skupiny vrstevníků (Woodhead, 2008).

Shrnutí

Všechny uvedené zdroje se zabývají tématem duševního zdraví a léčbou lidí s různými duševními diagnózami ve spojení se skupinovou prací či terapií. Výsledky z těchto zdrojů poukazují na přínos skupinových intervencí a důležitost skupinové práce s lidmi s

duševním onemocněním. Tento způsob práce může být pro tyto klienty zvláště důležitý pro lepší začlenění do společnosti, překonávání překážek, pocit sounáležitosti a vzájemné podpory a komunikace. Zdroje se zaměřují na zvýšení sociálních dovedností osob s duševním onemocněním a také na kompetence jednotlivých pracovníků. Ze zdrojů vyplývají důležité oblasti života pro lidi s duševním onemocněním, ve kterých je důležité jim poskytovat potřebnou podporu a pochopení.

3 Propojení tématu s teorií, metodami a technikami sociální práce

V následující kapitole se věnuji terapeutickému paradigmatu, kognitivně-behaviorální terapii a souvisejícím technikám a metodě skupinové sociální práce.

3.1 Terapeutické paradigma

S mým tématem se pojí terapeutické paradigma, protože v tomto paradigmatu se za hlavní faktor sociálního fungování považuje duševní zdraví a pohoda klienta. V tomto pojetí se sociální práce provádí formou psychoterapie- individuální či skupinové. Profesionální výbava sociálního pracovníka se opírá zejména o psychologické znalosti. Terapeutické paradigma je zaměřené na duševní stav klienta a podporuje rozvoj a důraz je kladen na komunikaci a vztah. Celkový proces je postaven na vzájemném ovlivňování a interakci (Navrátil, 2001, s. 14). Tento vztah mezi klientem a pracovníkem, který je založený na spolupráci a vzájemné interakci se odráží právě v kognitivně-behaviorální terapii, které se více věnuji níže.

3.2 Kognitivně-behaviorální přístup

V této kapitole popisuji teoretický přístup, který je vhodný při práci s lidmi se schizofrenií a následně spojení této teorie s metodou práce se skupinou využívanou v mém projektu. Důvod, proč jsem zvolila kognitivně-behaviorální terapii pro práci s lidmi s duševním onemocněním vychází z potřeb, které lidé se schizofrenií mají. Naplnění těchto potřeb poskytuje právě kognitivně-behaviorální terapie, která se soustředí na rozvíjení sociální adaptace a integrace.

Kognitivně-behaviorální terapie vznikla na konci 70. let 20. století spojením behaviorální a kognitivní terapie dohromady (Praško, Možný, 1999, s. 17). Behaviorální terapie je starší – vycházela z experimentálně prokázaných vztahů mezi podnětem a reakcí. Pro behaviorální terapii je typické přesvědčení, že psychické poruchy nejrůznějšího typu jsou zejména naučenými reakcemi. Avšak u jedné oblasti behaviorální terapie nebyla tak zcela úspěšná - při léčbě deprese. Behaviorální terapeuti museli tedy zkoumat dále a zaměřili se na kognitivní procesy a na metody kognitivní terapie. Terapeuti se zaměřovali na zkoumání kognitivních procesů, které interpretují pacientovu skutečnost. Psychické problémy vznikají podle této teorie proto, že klient chybně vnímá a interpretuje podněty z vnějšího i vnitřního prostředí (Praško, Možný, 1999, s. 22). Kognitivní a behaviorální terapie se časem spojily, protože došlo k poznání, že změny

chování nelze úspěšně docílit bez změny myšlení a prožívání a naopak (Praško, Možný, 1999, s.18). Behaviorální terapie poskytla metodu - sledování podnětů, měření sledovaných aspektů chování a kognitivní doplnila obsah o další potřebné aspekty, které pomáhají porozumět problému. Postupy obou terapií se navzájem dobře doplňují (Praško, Možný, 1999, s. 23). Integrace obou teorií umožnila uplatnění u mnoha psychických poruch – panická porucha, sociální fobie, deprese, generalizované úzkostné poruchy a výrazně zlepšuje průběh schizofrenie.

Charakteristické rysy kognitivně-behaviorální terapie:

- terapie je časově omezená
- sezení mají danou strukturu a terapeut je aktivní a direktivní
- důležitá je aktivní spolupráce mezi klientem a terapeutem
- terapeutické metody vychází z potřeb klienta a jsou teoreticky podloženy
- orientace na přítomnost - ovlivnění současných vlivů je důležité pro úspěšné odstranění problémů klienta
- zaměření na konkrétní problémy
- stanovení konkrétních cílů - v pojmech zevně pozorovatelného chování
- zaměření na pozorovatelné chování a vědomé psychické procesy
- uplatnění vědecké metodologie (pozorování, zaznamenávání, měření, vytváření hypotéz, empirické ověřování)
- konečným cílem je dosažení soběstačnosti klienta - po terapii se klient stává svým vlastním terapeutem (Praško, Možný, 1999, s. 31)

3.2.1 Techniky kognitivně-behaviorálního přístupu

Techniky kognitivně-behaviorální terapie se jednotlivě zaměřují na ovlivnění specifických procesů a z toho důvodu jsou využívány u různých poruch. Můžeme jmenovat techniky zaměřené na ovlivnění tělesných příznaků, ty jsou využívány zejména u poruch, které jsou spojeny s řadou tělesných reakcí (např. zrychlení tepu, zvýšení krevního tlaku, třes, zrychlené dýchání apod.). Mezi tyto techniky patří např. relaxace či různé formy meditace, jelikož pomáhají dosáhnout tělesného uvolnění. Z těch dalších jsou známé techniky zaměřené na ovlivnění chování, jejichž účinek je spíše dlouhodobý (Praško, Možný, 1999, s. 104). Techniky na ovlivnění kognitivních procesů se zaměřují zejména na ovlivnění pozornosti, automatických negativních myšlenek či sebehodnocení. Cílem je dosáhnout žádoucí změny emocí a chování (Možný, Praško, 1999, s. 124). Komplexní kognitivně-behaviorální metody jsou kombinací v rámci konkrétního léčebného plánu a zahrnujeme do nich např. nácvik sociálních dovedností. Sociální dovednosti mohou výrazně ovlivňovat míru stresu, které je pacient v každodenním životě

vystaven. Při nácviku sociálních dovedností se trénují různé situace, jak se zachovat nebo co říci. Nácvik se většinou provádí ve skupině, protože členové si mohou navzájem pomáhat a sdílet podobný problém.

Techniky využívané v rámci nácviku sociálních dovedností:

- vysvětlování
- hraní rolí
- instruktáž
- nácvik podle vzoru
- nápověda
- zpětná vazba (Možný, Praško, 1999, s. 156)

Díky takovému tréninku si klienti zažijí nepříjemné situace a v reálném životě je pak tolik nevyvedou z míry (Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 90).

V rámci nácviku sociálních dovedností se nacvičují následující dovednosti:

- správně vnímat a porozumět
- sdělování pozitivních informací
- projevení negativních emocí přiměřeným způsobem
- sebeprosazení (obhájení vlastních práv)
- dovednost najít kompromisní řešení
- nácvik řešení konkrétních problémů jednotlivých pacientů (Praško, Možný, Šlepecký, 2007, s. 774)

Jak z výše uvedeného textu vyplývá, techniky této terapie se většinou provádí ve skupině, a proto se nyní budu věnovat skupinové sociální práci.

3.3 Skupinová sociální práce

Matoušek ve slovníku sociální práce zmiňuje, že cílem skupinové sociální práce je zlepšení kvality života celé skupiny nebo podpora individuálních potřeb členů skupiny jako např. navození změny v chování. K této změně má dojít v sociálním fungování skupiny nebo v běžném životě každého účastníka. Techniky využívané ve skupinové sociální práci jsou např. názorná instruktáž, přehrávání rolí nebo diskuze mezi účastníky. Skupinová práce se opírá o systém sociálních služeb a v některých případech se ho snaží ovlivnit (Matoušek, 2008, s. 190). Skupinová sociální práce věnuje primární pozornost skupině a poté jednotlivci. Zaměřuje se na dosahování cílů a podporuje vzájemnou pomoc mezi členy skupiny, rozvoj skupinové autonomie a poznání skupinové soudržnosti (Řezníček, 1994, s.23). Role sociálního pracovníka spočívá v pomáhání členům poznat

jeden druhého, podporuje vědomí smysluplnosti a sounáležitosti a podporuje komunikaci mezi členy.

Nyní se zaměřím na obecné fungování skupin. Z hlediska členství se můžeme bavit o referenčních skupinách, ve kterých je členství jen symbolické a založené na sympatiích, nebo o členských, kde je plná psychická a sociální účast členů. Co se týče fází vývoje skupin, můžeme jich identifikovat přibližně 5.

Před úplným začátkem vytvoření skupiny se řeší její možné sestavení a tato fáze je zakončena formálním ustavením skupiny. Ve druhé fázi se řeší otázka moci a kontroly, způsob komunikace, členové na sebe berou určité role a vytváří se normy fungování skupiny. Ve třetím stádiu se vytvářejí optimální podmínky pro fungování a naplňování cílů. Ve čtvrté fázi dochází k individualizaci zájmů, což může vést buď k harmonizaci skupinových funkcí a nebo naopak ke konfliktům a nedorozuměním. Poslední fázi je ukončení činnosti, kdy mohlo dojít ke splnění cílů nebo k destruktivní tendenci.

Řezníček ve své knize popisuje, jak se skupinová sociální práce vyvíjela odlišně od individuální práce zejména svým zaměřením a využíváním skupinové dynamiky. Skupinová sociální práce měla obsah rekreační, pedagogický a kulturně sociální. Co se týče rekreačního skupinového využití, v sociální práci má dvojí účel - jednak nabízí smysluplné využití volného času a také působí jako prevence. Do této kategorie zahrnujeme např. kulturní a společenské události, rekreační aktivity apod. (Řezníček, 1994, s. 50-51) V sociální práci s lidmi ve skupinách je významný systém vzájemné pomoci, kdy rolí pracovníka je podpořit klienty v tom, aby si pomáhali navzájem. Sociální pracovník je prostředníkem mezi jednotlivcem a skupinou a jeho úkolem je vyjednávat spojení mezi nimi. V následujících bodech zmíním příklady základních principů dynamiky vzájemné pomoci:

- Sdílení informací - sdílení životních zkušeností mezi členy skupiny
- Výměna myšlenek ve skupině.
- Pojem „všichni na jedné lodi“ znamená, že členové mají pocit, že nejsou na své problémy sami.
- Vzájemná podpora umožňuje členům vcítit se do druhých a otevřeně vyjadřovat své pocity.
- Řešení jednotlivých problémů umožňuje členům nacházet spojitosti mezi problémy, jelikož pomoc druhému také znamená pomoc sobě.
- Fenomén síly v počtu podporuje členy v obhajobě vlastních práv.
- Otevření oblastí tabu dává sociálnímu pracovníkovi za úkol pomoci členům prolomit tabu a rozvinout nové normy.

Je důležité kromě principů dynamiky vzájemné pomoci zmínit výhody a nevýhody sociální práce se skupinou. Mezi výhody patří možnost ovlivnit situaci více osob

současně, posílení skupiny jako celku a zároveň úsilí o podporu sociálního fungování jednotlivce. Mezi nevýhody patří složitější organizace, problémy související s participací (aktivní/pasivní členové) a také téma diskrétnosti a bezpečí, což není zcela pod kontrolou sociálního pracovníka. Pro některé klienty práce ve skupině nemusí být nejlepší volbou, protože pro uzavřené lidi může být tento nástroj nepříjemný (Matoušek, 2013, s. 292). Jednou z forem skupinové sociální práce může být podpůrná skupina. O podpůrných skupinách se píše v publikaci od Gabriely Mahrové, Martiny Venglářové a kolektivu (2008), kde je zmíněno jak podpůrná skupina podporuje klienty při zvládání specifických obtíží, do kterých zahrnujeme např. závislost na alkoholu. Skupiny nemusí být vedeny zpravidla odborníky (Mahrová, Venglářová a kol., 2008). Podpůrné skupiny jsou velmi využívané v sociální práci, často využívají znalosti z oblasti psychologie. V podpůrných skupinách se objevují stejné výhody a znaky, o kterých jsem již psala v kapitolách o skupinové sociální práci.

3.3.1 Skupinová kognitivně-behaviorální terapie

Nyní se zaměřím na propojení kognitivně-behaviorální terapie a následné metody skupinové sociální práce, jelikož toto spojení je klíčové pro využití v mém projektu.

Výhod plynoucích z aplikace této terapie na skupinovou formu práce je několik. Významná je možnost členů skupiny učit se jeden od druhého, což posiluje kompetenci sociálních dovedností. Touto formou se také tvoří určitá sociální síť a vztahy přetrvávají i po formálním ukončení skupiny. Další výhodou je celkový pocit sounáležitosti s ostatními účastníky skupiny, vzájemná podpora, motivace, snadnější normalizace a destigmatizace. Samozřejmě se setkáme i s některými nevýhodami, do kterých patří například méně času na jednotlivce či obtížnější přístup k intimnějším tématům. Některým klientům může být příjemnější individuální forma práce, ze které mohou mít větší prospěch, efektivita je však u většiny poruch srovnatelná. Stále jsou ale skutečnosti, které individuální práce nabídnout nemůže, jako např. vzájemná podpora, empatie ostatních členů, sdílení zkušeností apod. Tyto výhody jsou významné zejména pro osoby se schizofrenií, jelikož bývají často izolovaní a skupina jim umožňuje navazovat mezilidské vztahy (Praško, Grambal, Šlepecký, Možný, Vyskočilová, 2019, s. 53- 54). Pro lidi se schizofrenií je přínosem i zlepšení adaptace na každodenní život, které skupinová kognitivně-behaviorální terapie zahrnuje.

Níže popisují několik behaviorálních postupů ve skupinové kognitivně-behaviorální terapii.

Zážitek zvládnání

Při skupinové kognitivně-behaviorální terapii se skupiny věnují i nácviku řešení konkrétních situací. Pro spoustu lidí je snazší uplatnit tento postup na někom jiném, než na sobě. Členové skupiny takto mohou navrhnout řešení problémů jiných členů a tím si procvičují dovednosti jak řešit různé situace a hlavně jsou poté sebevědomější. Výhody, které poskytuje skupinová kognitivně-behaviorální terapie jsou velmi podobné výhodám ve skupinové sociální práci. Užitečným prvkem je i tzv. brainstorming, kdy je ve skupině „více hlav“ na řešení problémů. To může způsobit, že členové navrhnou nápady, které by nenapadly pracovníka či konkrétního pacienta/klienta. Členové často umí ocenit podporu, která se jim dostává od ostatních. Velmi významný je pocit sounáležitosti a normálnosti problémů. Zároveň podpora, pochvala či zpětná vazba od ostatních členů může působit autentičtěji (Praško, Grambal, Šlepecký, Možný, Vyskočilová, 2019, s. 135 - 137).

Nácvik řešení problémů

U klientů s depresivní, bipolární poruchou či se schizofrenií se často objevuje zhoršená schopnost řešit životní problémy. Léčba většiny psychických poruch vyžaduje nácvik řešení problémů, jelikož tato technika může pomoci lidem zvládnout efektivně řešit problémy a lépe kontrolovat situaci (Praško, Grambal, Šlepecký, Možný, Vyskočilová, 2019, s. 161).

Z kognitivních technik zmíním techniku propojování myšlenek se situacemi a emocemi. Tato technika spočívá ve zjišťování automatických myšlenek a uvědomění si jejich spojitosti s emocemi, tělesnými reakcemi a chováním (Praško, Grambal, Šlepecký, Možný, Vyskočilová, 2019, s. 169). Kognitivně-behaviorální skupina může mít různá uspořádání a podobu, jako např. malá a velká skupina, otevřená/uzavřená skupina, skupina s jedním hlavním problémem, skupina ambulantní či skupina v rámci denního stacionáře.

Skupina v rámci denního stacionáře poskytuje vhodné prostředí pro intenzivní skupinovou kognitivně-behaviorální terapii zejména u klientů s úzkostnými a depresivními poruchami a je určena klientům, u kterých ambulantní léčba nedostačuje (Praško, Grambal, Šlepecký, Možný, Vyskočilová, 2019, s. 59).

4 Propojení tématu s etikou

V této kapitole se zaměřuji na několik oblastí z pohledu etiky, které souvisí s prací se skupinou a poté popisují konkrétní etická dilemata při práci s lidmi s duševním onemocněním.

Fischer a Milfait ve své knize píše o aspektech profese sociální práce a o třech oblastech vztahů, na kterých je založena. První oblast se zaměřuje na znalost klienta a jeho situace. Tato část popisuje eticky citlivý přístup sociálního pracovníka, který pomáhá porozumět situaci, ve které se klient nachází. Druhá oblast klade důraz na prostředí sociální práce. Samotná sociální práce je typická svou blízkostí k etickému problému či dilematu, jelikož např. zájem klienta musí být posuzován s ohledem na zájem ostatních zúčastněných. Třetí oblast popisuje důraz na znalost sebe sama, jelikož sociální pracovník může při řešení problémových situací vycházet ze svých vlastních hodnot a principů. Tomuto procesu se říká etická reflexe, která umožňuje zvažování jiných možných přístupů, které situace nabízí (Fischer, Milfait, 2010, s. 16).

Etické hledisko se objevuje v každém intenzivnějším profesionálním vztahu mezi pracovníkem a klientem. Je důležité mít na vědomí, že je žádoucí využívat eticky přijatelné postupy s ohledem na bezpečí a dobro klienta, bezpečnost pracovníka a zároveň na profesi sociální práce. Z těchto eticky přijatelných postupů se doporučuje např. naslouchání a nedirektivní rozhovor. Kombinací těchto dvou postupů se vytváří bezpečné a tolerantní prostředí, ve kterém se klient cítí komfortně. Zároveň to klientovi umožní se svěřovat, protože se svobodně vyjádří a bude mu nasloucháno. Při tomto procesu vzniká důvěra postupně a nenásilně. Z dalších postupů je důležité zmínit empatii. Empatie je důležitá z hlediska vcítění se do klientovy situace a porozumění. Bohužel ale snaha o empatii svádí k prožívání problémů s klientem a tento fakt může vést k syndromu vyhoření. Sociální pracovník by proto měl mít základy i z jiných oborů, například z psychologie, aby jeho porozumění klientovi vycházelo z odborných znalostí.

V rámci podpůrných a seberozvojových skupin by měla být dodržována tato pravidla:

- Mlčenlivost - nevynášení informací o ostatních členech
- Kontakt na vedoucí či ostatní zaměstnance
- Pravidelná supervize vedoucích
- Nepřípustnost navazování erotických vztahů zaměstnanců s účastníky skupin

Zároveň v této knize autoři popisují s jakými riziky se v praxi v souvislosti se seberozvojovými skupinami můžeme setkat. Účast na těchto skupinách bývá často intenzivním emočním zážitkem spojeným se spiritualitou. Zároveň se klienti setkávají s ostatními lidmi, kteří si prošli zase jinými náročnými životními situacemi. Tyto zážitky proto mohou vyvolávat výrazné riziko psychické dekompenzace nebo retraumatizace

neboli opakování prožitého fyzického nebo psychického traumatu např. při vzpomínce na ně. Toto hrozí pokud je klient konfrontován s traumatem příliš brzy a neodborně (Fischer, Milfait, 2010, s. 174). Dalším rizikovým faktorem může být nedostatečné odborné vzdělání lektorů a absence následné péče či zprostředkování kontaktu na další odborníky (Němcová, Svoboda, 2017, s. 71).

U tohoto tématu můžeme zmínit také Etické standardy Asociace specialistů ve skupinové práci sestavené Lynn Rapin a Lindou Keel. Standardy jsou rozděleny do tří oddílů: Etické standardy při plánování, Etické standardy při výkonu profese a Etické standardy při hodnocení.

U prvního oddílu se řeší samotná příprava, specifikace skupiny či příprava skupiny a jejích členů. V další části standardů jsou klíčová témata jako je sebepoznání - silné a slabé stránky pracovníků při práci se skupinou; kompetence; podmínky a dynamika skupinové práce; spolupráce či např. různorodost. Právě téma různorodosti se při skupinových aktivitách na mé praxi často objevovalo a bylo důležité, aby pracovník byl vnímavý a citlivý vůči odlišnostem klientů - jako např. národnosti, pohlaví, náboženského vyznání, duševní vyspělosti či kulturním rozdílům. V posledním oddílu standardů se hovoří o celkové reflexi a vyhodnocování celého procesu (Mašát, 2012, s.145).

4.1 Etická dilemata

V tomto kontextu bych ráda také zmínila několik etických dilemat, se kterými se člověk v práci s lidmi s duševním onemocněním může setkat. V oblasti komunikace a dorozumívání se může stát, že bude obtížné se s klienty dorozumět, protože mají rozdílný způsob komunikace. Zároveň lidé s duševním onemocněním mohou projevat takové chování, které je náročné interpretovat a porozumět mu. Mnoho lidí s duševním onemocněním se potýká s diskriminací a stigmatizací. Definice diskriminace zní takto: „Diskriminace je neospravedlnitelné rozdílné zacházení s lidmi ve srovnatelné situaci. K diskriminaci dojde, pokud se s rozdílnými osobami zachází stejně nebo naopak se srovnatelnými rozdílně.“ (Šabatová, Kvasnicová, Nehudková, Polák, s. 11)

Diskriminace se dělí na přímou a nepřímou. Přímá diskriminace znamená, že se s osobou zachází méně příznivě, než s jinou osobou např. z důvodu pohlaví, rasy či náboženství apod. Nepřímá diskriminace má v realitě na své adresáty nerovný dopad - např. když v restauraci vyhlásí bezvýjimečný zákaz vstupu psů, bez ohledu na lidi se zdravotním postižením, kteří využívají vodící psy. Diskriminace lidí s duševním onemocněním se může projevovat různými způsoby.

V těchto oblastech se s diskriminací mohou setkat:

- diskriminace v zaměstnání - ze stran zaměstnavatelů

- diskriminace v bydlení - pronajímatelé mohou být nedůvěřiví k nájemníkům s duševním onemocněním
- diskriminace v přístupu ke zdravotní péči - zdravotní pracovníci mohou mít předsudky vůči lidem s duševním onemocněním

Stigma je jev, který bývá příčinou diskriminace svého nositele. Stigmatizovaní lidé mohou být omezováni nebo vystavováni posměchu a odmítavým reakcím. Stigmatizace zároveň vede k diskriminaci v různých oblastech života, jako je např. zaměstnání či bydlení. Stigmatizující názory společnosti mohou vést ke ztrátě sebedůvěry a k pocitu izolace (Křístková, 2018, s. 29). Je tedy důležité si uvědomit, že diskriminace je nelegitimní a neetická a mělo by se proti ní aktivně bojovat. Osoby s duševním onemocněním mají právo na respekt a důstojné zacházení.

5 Propojení se sociální politikou

Lidé s duševním onemocněním se potýkají s řadou sociálních problémů a výzev. Je důležité, aby sociální politika reagovala na důležité oblasti života lidí s duševním onemocněním jako je zdraví, podpora a přístup ke službám, ochrana práv a integrace do společnosti. Pro lidi s duševním onemocněním je velmi důležitou součástí života zdravotní politika. Pomáhá totiž zajistit, že tito lidé mají přístup k potřebné péči a díky tomu se jim může zlepšit kvalita života.

5.1 Zdravotní politika

Zdravotní politika ovlivňuje jednání jednotlivců i institucí s cílem chránit a podporovat zdraví populace a léčit již vzniklá onemocnění (Potůček, 1995, s.78). Problematika duševního zdraví je klíčovým tématem zdravotní politiky, protože má významný dopad na životy jednotlivců i na celkové zdraví populace. Zdravotní politika se snaží zajistit, aby lidé s duševním onemocněním měli přístup k adekvátnímu léčení a podpoře, aby se jim umožnilo plnohodnotné zapojení do společnosti a aby byly sníženy negativní dopady na jejich životy.

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je duševní pohoda základní složkou definice zdraví. Dobré duševní zdraví je pro nás nezbytné, abychom si uvědomili svůj potenciál, abychom produktivně participovali v našich komunitách, a abychom mohli naplňovat své životy.

Komplexní akční plán duševního zdraví (Comprehensive mental health action plan 2013-2030) hovoří o čtyřech hlavních cílech:

- efektivnější vedení a správa duševního zdraví
- poskytování komplexních, integrovaných služeb v oblasti duševního zdraví sociální péče v komunitním prostředí,
- provádění strategií propagace a prevence
- posilování informačních systémů

Doporučené cíle zdravotní politiky dle Evropské úřadovny Světové zdravotnické organizace (1986):

- zajistit rovnost ve zdraví snižováním rozdílů ve zdravotním stavu mezi zeměmi a mezi různými sociálními skupinami
- přidávat život letům kultivací a využitím fyzického i duševního potenciálu lidí tak, aby se mohli vyrovnávat se životem zdravým způsobem
- přidávat zdraví životu snižováním nemocnosti a invalidity

- přidávat léta života snižováním počtu předčasných úmrtí a tím dosahovat prodloužení střední délky života (Potůček, 1995, s. 79)

Do zdravotní politiky zahrnujeme aktivity zaměřené k léčení – politika ex post, která řeší odstranění změn ve zdravotním stavu člověka, obnovu nebo navrácení zdraví. Jako další zahrnujeme aktivity ve směru ochrany a podpory zdraví – politika ex ante, která napomáhá zamezení vzniku nemoci.

Subjekty zdravotní politiky:

1. Stát: tvorba zdravotní politiky, garance zdravotní péče (dostupnost finanční, časová a místní), garance kvality zdravotní péče (vzdělávání pracovníků, kontrola léčiv apod.)
2. Zdravotnické nestátní subjekty (zdr. pojišťovny, komory, asociace, zařízení, nadace)
3. Obce, podnikatelé, zaměstnavatelé, občanské iniciativy, občané, rodiny (Krebs, 2015, s. 343).

5.1.1 Nástroje zdravotní politiky

Stát má nástroje, které hrají hlavní roli v realizaci zdravotní politiky. Jako první zmíním systém zákonů, norem, normativů a standardů. Ten je klíčový z toho důvodu, že zajišťuje ochranu zdraví obyvatel tím, že určuje povinnosti a pravomoci různých institucí v oblasti zdravotnictví. Finanční prostředky jsou důležitým nástrojem hned z několika důvodů. Jsou totiž nezbytností pro financování zdravotní péče, léků, hospitalizace či pro vývoj nových léčebných metod. Dalším nástrojem jsou instituce. Instituce jako např. Ministerstvo zdravotnictví, nemocnice, zdravotnická zařízení apod. mohou zajistit, aby zdravotní politika byla realizována efektivně a účinně. Instituce hrají roli také v oblasti financování - např. vlády mohou poskytovat financování pro výzkum. Nástroj informace pomáhá identifikovat zdravotní problémy, které by mohla zdravotní politika řešit, např. pomocí statistických údajů. Informace posuzují zdravotní potřeby obyvatelstva a pomáhají s implementací účinných opatření. Posledním nástrojem je vyjednávání s účastníky procesu zdravotní péče. Toto umožňuje získat podporu od účastníků procesu zdravotní péče a zohlednit jejich potřeby (Gladkij, Strnad, 2002, s. 9). Řídícím orgánem zdravotní politiky je Ministerstvo zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví je orgán státní správy, který má na starost oblast zdravotní péče a ochranu veřejného zdraví a zároveň řídí řadu dalších organizací. Do agend ministerstva zahrnujeme krizové řízení, kvalitu a bezpečí zdravotních služeb, práva a povinnosti pacientů, zdravotnické prostředky, Český inspektorát lázní a zřidel, léčiva, návykové látky, zdravotní pojištění a zdravotní služby. Ministerstvo zdravotnictví také přímo řídí např. tyto instituce - zdravotnická zařízení,

Český inspektorát lázní a zřidel, Inspektorát omamných a psychotropních látek, krajské hygienické stanice, Agenturu pro zdravotnický výzkum České republiky nebo Státní zdravotní ústav (Národní zdravotnický informační portál).

Systém financování zdravotnictví je v České republice prostřednictvím povinného zdravotního pojištění. Všeobecné zdravotní pojištění je povinné zákonné pojištění a je vybudováno na principu solidarity, kdy povinnost platit pojistné má každá fyzická osoba s trvalým pobytem na území České republiky. Zdravotní pojištění vzniká dnem narození a zaniká dnem úmrtí. Zdravotní pojištění provádějí zdravotní pojišťovny, kdy dominanci má Všeobecná zdravotní pojišťovna a pojistné se odvádí na účet příslušné zdravotní pojišťovny, u které je občan pojištěn. Státními pojištěnci jsou nezaopatřené děti, poživatelé starobního důchodu, osoby invalidní s invaliditou 3. stupně, příjemce peněžité pomoci v mateřství a rodičovského příspěvku, uchazeči o zaměstnání, osoby závislé na péči jiné fyzické osoby ve stupni II, III nebo IV a osoby o ně pečující, osoby pečující o osobu mladší 10 let věku, která je závislá na péči jiné fyzické osoby v 1. stupni, osoby ve výkonu vazby nebo ve výkonu trestu odnětí svobody a mladiství v zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy (Gladkij, Strnad, 2002, s. 13).

5.1.2 Determinanty zdraví

Nyní se zaměřím na determinanty zdraví, které jsou klíčovými tématy pro zdravotní politiku, jelikož zlepšení determinantů může výrazně pomoci ke zvýšení kvality života lidí. Determinanty zdraví jsou všechny faktory, které mají vliv na zdraví jednotlivců a populace. Odhaduje se, že zdravotnictví může ovlivnit zdravotní stav obyvatelstva pouze z 15-20 %.

Rozhodující podíl připadá na působení tzv. nezdravotnických faktorů:

- **Životní prostředí** - Špatná kvalita životního prostředí může zhoršovat stresové faktory, což může vést k duševním problémům. Lidé s duševním onemocněním jsou citliví na změny prostředí a tyto změny mohou zhoršovat jejich symptomy (např. úzkost). Mnoho výzkumů potvrzuje pozitivní vliv adekvátního životního prostředí na duševní stav člověka.
- **Způsob života a pracovní prostředí** - Osoby s duševním onemocněním může výrazně ovlivňovat nezdravý způsob života, jako je např. stres, nespavost nebo špatné stravovací návyky. Co se týče pracovního prostředí, mohou být vystaveni rizikům, které mohou mít negativní vliv na duševní zdraví, jako jsou nevhodné pracovní podmínky, sociální izolace nebo šikana.
- **Genetické předpoklady** - Mohou hrát klíčovou roli ve zdravotním stavu jednotlivců a populace. Některá onemocnění mají významnou genetickou složku, jako např. schizofrenie či bipolární porucha (Horáková, 2016, s. 10).

Zdraví se dá pojmut dvěma modely - biomedicínským a ekologicko-sociálním. Biomedicínský se zaměřuje na symptomy nemocí, diagnostická kritéria, vhodná terapie a možnosti diagnostiky. Ovšem pouze tento model nezaručí komplexní přístup ke zdraví lidí a je potřeba rozšířit tento model do sociálních a ekologických souvislostí. Druhým modelem je právě tento ekologicko-sociální, který řeší zdraví v širším kontextu. Tento model je orientovaný na jedince jako na člena sociálních skupin (rodina, zaměstnání). Klade důraz na sociální charakteristiky zdraví, do kterých patří věk, vzdělání, příjem apod. Tento model je vnímavý vůči kulturním, sociálním i individuálním hodnotám. Zaměřuje se na vztah jednáni lidí a zdraví v kontextu každodenního života, jelikož zdraví je podmíněno vztahy mnoha lidí a ne jen vztahem lékař - pacient (Holčík, 2008, s. 5). Ekologicko-sociální model je důležitý pro lidi s duševním onemocněním, jelikož se zaměřuje na celistvost člověka a prostředí, ve kterém se nachází. Duševní zdraví závisí na mnoha faktorech, včetně podmínek životního prostředí a sociální podpory. Co výrazně ovlivňuje duševní zdraví je např. izolace, nedostatek sociálních vztahů, finanční problémy nebo nízká kvalita bydlení. Tyto faktory mohou způsobit zvýšené riziko duševních onemocnění. Ekologicko-sociální model se zaměřuje na posilování sociálních sítí, přístupnost zdravotních služeb, snižování stigmatizace duševních onemocnění a hraje významnou roli v přístupu ke zdraví lidí s duševním onemocněním.

6 Legislativní zakotvení dané problematiky

V této kapitole zmíním právní úpravu z pohledu cílové skupiny – lidí s duševním onemocněním.

Zákony, které souvisí s problematikou lidí s duševním onemocněním se obvykle týkají různých aspektů jejich života, jako jsou práva a ochrana jejich zdraví, pracovní příležitosti, vzdělání, sociální služby a další oblasti. V České republice je duševní onemocnění regulováno několika právními předpisy, které se snaží zajistit ochranu práv a zájmů lidí s duševním onemocněním a zlepšit kvalitu jejich života.

Jako první bych zmínila Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (anglicky Convention on the Rights of Persons with Disabilities). Tato úmluva je mezinárodní dohodou, která má za cíl zajistit, aby osoby se zdravotním postižením mohly plně a rovnocenně využívat svá lidská práva a základní svobody bez diskriminace a překážek.

Mezi základní prvky dohody patří:

- přístupnost: osoby se zdravotním postižením mají právo na plnou a rovnocennou účast ve společnosti
- diskriminace: osoby se zdravotním postižením nesmí být diskriminovány z důvodu svého postižení v žádné oblasti svého života
- ochrana před zneužíváním a týráním: osoby se zdravotním postižením mají právo být chráněny před zneužíváním, týráním, násilím a všemi formami špatného zacházení
- podpora samostatnosti a účasti: osoby se zdravotním postižením mají právo na podporu, aby mohly být samostatné
- zdraví a zdravotní péče: osoby se zdravotním postižením mají právo na stejnou kvalitu zdravotní péče jako ostatní osoby, stejně jako na podporu zdraví a prevenci nemocí
- vzdělání: osoby se zdravotním postižením mají právo na rovnocenný přístup ke vzdělání a podporu při vzdělávání
- práce a zaměstnání: osoby se zdravotním postižením mají právo na rovnocenný přístup ke všem druhům práce a zaměstnání a podporu při hledání práce

Tyto prvky jsou doplněny dalšími ustanoveními, která mají za cíl chránit práva osob se zdravotním postižením a zajistit, aby byly plně integrovány do společnosti (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením [online]).

Jeden z nejzásadnějších zákonů pro sociální pracovníky je rozhodně Zákon o sociálních službách. Tento zákon se týká poskytování sociálních služeb a stanovuje povinnosti a pravomoci orgánů státní správy, poskytovatelů sociálních služeb a uživatelů

sociálních služeb. Zákon stanovuje, že poskytování sociálních služeb má být zajištěno tak, aby bylo zabezpečeno plnění potřeb osob, které se ocitly v tíživé sociální situaci, a to včetně lidí s duševním onemocněním. Zákon také stanovuje, že osoby s duševním onemocněním mají právo na péči a podporu, která jim umožní maximální možnou účast v běžném životě a začlenění do společnosti (Zákon č. 108/2006 Sb. [online]). Důležitým právním předpisem, který upravuje poskytování sociálních služeb je Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Vyhláška se věnuje podrobnostem pro poskytování sociálních služeb jako je hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb, podmínky pro poskytování těchto služeb či rozsah úkonů v rámci činností u jednotlivých druhů sociálních služeb. Důležitou částí vyhlášky je část druhá, která popisuje rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb. Např. u denních stacionářů se právě zmiňují výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, do kterých patří další konkrétní činnosti (Vyhláška 505/2006 Sb. [online]). Do těchto činností spadá program mého projektu a aktivity, které se v rámci projektu budou realizovat.

Za důležité považuji zmínit Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), jelikož jak už jsem popisovala v kapitole 4.1 Etická dilemata, mnoho lidí s duševním onemocněním se potýká s diskriminací. V tomto zákoně jsou vymezeny pojmy přímé a nepřímé diskriminace, obtěžování, sexuální obtěžování, přípustné formy rozdílného zacházení, zásada rovného zacházení pro muže a ženy v sociálním zabezpečení pracovníků a upraveny právní prostředky ochrany před diskriminací. Antidiskriminační zákon pomáhá lidem s duševním onemocněním se domáhat svých práv a chrání je před diskriminací v různých oblastech jako je zaměstnání, vzdělání, zdravotní péče či bydlení (Zákon č. 198/2009 Sb. [online]).

7 Analýza potřebnosti projektu

Po sepsání výše uvedených kapitol, které se týkají potřeb a specifík cílové skupiny a přínosu skupinové sociální práce je zřejmé, že je důvod věnovat tomuto tématu více pozornosti. Problém, na který můj projekt reaguje, je nedostatečné zapojení lidí s duševním onemocněním do skupinových aktivit v sociálních službách. Při práci s lidmi s duševním onemocněním je potřeba tuto metodu rozvíjet. Návrh projektu je sepsaný pro Sociálně-psychiatrické centrum Fénix, což je nezisková organizace pomáhající rozvíjet a posilovat schopnosti dospělým lidem s duševním onemocněním. Usilují o snížení stigmatizace a diskriminace a hájí práva na plnohodnotný život a přístup k potřebné pomoci. Součástí organizace je Integrovaná psychiatrická ambulance Sociálně-psychiatrického centra – Fénix. Z dalších služeb, které Fénix nabízí je zde pak denní stacionář a sociální rehabilitace (Fénix - Sociálně- psychiatrické centrum [online]).

7.1 Příčiny problému

Jednou z příčin tohoto problému je již několikrát zmíněná stigmatizace, která brání lidem s duševním onemocněním využívat některých služeb. Lidé s duševním onemocněním se často izolují od vnějšího světa a proto se nechtějí zapojovat do skupinových aktivit, protože se mohou obávat, že budou vystaveni dalšímu stigmatizujícímu chování. Zároveň nízká integrace do společnosti lidí s duševním onemocněním vede k tomu, že se necítí jako součást společnosti, což výrazně omezuje jejich schopnost se do aktivit zapojovat. Příčiny problémy pramení zejména z přístupu společnosti k lidem s duševním onemocněním z hlediska diskriminace a stigmatizace, jak už bylo popsáno v předešlých kapitolách.

7.2 Dopad problému na cílovou skupinu

Na lidi s duševním onemocněním může mít nedostatečné zapojení do skupinových aktivit v sociálních službách značný dopad. Jedním z hlavních dopadů je nedostatek smysluplného trávení volného času, což může vést k pocitům osamělosti a nudy. Izolace je dalším významným negativním prvkem v životech těchto lidí, protože může vést k depresi a dalším duševním problémům. Nedostatečné rozvíjení sociálních kompetencí a neschopnost navazovat sociální vztahy jsou dalšími negativními dopady na cílovou skupinu. Navíc mohou mít lidé s duševním onemocněním potíže se strukturováním svého dne, což může způsobit další problémy, jako je nedostatek spánku a stres. Proto je důležité, aby byla dostupná široká škála skupinových aktivit, které mohou pomoci lidem s duševním onemocněním zlepšit své fyzické i psychické zdraví a zvýšit jejich kvalitu

života. Dopady problému mohou být významné i z hlediska dalších aspektů života lidí s duševním onemocněním. Například nedostatek podpory a porozumění okolí může vést k pocitům izolace a nepochopení, což může být velmi stresující a zhoršovat stav duševního zdraví. Dalším negativním důsledkem může být nízká sebeúcta a nedostatek sebedůvěry, což může vést k problémům s adaptací v běžných sociálních situacích. Nedostatečné zapojení do skupinových aktivit může také omezovat možnosti vzdělávání a rozvoje osobnosti, což má negativní dopad na budoucí pracovní uplatnění a životní úspěchy.

7.3 Dopad problému na společnost

Na společnost má tento problém dopad v několika oblastech. Může vést k dalšímu sociálnímu vyloučení a větší izolaci lidí s duševním onemocněním. Kvůli tomu je pro ně obecně těžší si vytvářet plnohodnotné vztahy. Ve společnosti také bude chybět osvěta této problematiky a tím se nevyřeší vysoká míra stigmatizace a diskriminace této cílové skupiny.

Jako další dopad zmíním zhoršení zdravotního stavu cílové skupiny a s tím spojené vyšší náklady na zdravotní a sociální služby. Nezapojení do skupinových aktivit a nedostatečný přístup k těmto službám může vést ke zhoršení psychického stavu a tím pádem větší potřebě lékařské péče.

7.4 Příklady řešení dané problematiky v zahraničí

Jako příklad uvedu, jak na tuto problematiku nahlíží ve Velké Británii. Hovoří se zde o tom, že metody skupinové a komunitní práce jsou nezbytné, pokud chtějí být pracovníci schopni reagovat na měnící se prostředí potřeb zdravotní a sociální péče. Zmiňují, jak prospěšná skupinová práce může být, a že každý touto zkušeností něco získá. Do skupinové práce se dá zařadit široká škála cílových skupin a to stejné platí u témat, která se ve skupině řeší. Sociální pracovníci mají stále větší potřebu používat skupinovou práci s lidmi s duševním onemocněním, aby mohli poskytnout klientům bezpečný prostor na sdílení svých zkušeností a vzájemně se podpořit. Autoři článku doufají, že se podaří tyto metody upevnit, zvláště když se odkloníme od pouhého zvažování přístupů individuálního hodnocení, jelikož tento přístup je založený více na silných stránkách, aby lidem umožnila najít řešení jejich situace (GOV.UK, 2016, [online]).

Dalším příkladem ze zahraničí je inovativní program skupinové terapie pro lidi s úzkostí a/ nebo depresí vytvořený australskou organizací Adelaide North East Division of General Practice. V tomto programu byly použity smíšené metody, konalo se pět skupin a všichni účastníci byli požádáni, aby vyplnili škálu deprese, úzkosti a stresu, hodnocení kvality života podle Světové zdravotnické organizace a Connor- Davidsonovu

škálu odolnosti - před, po terapii a tři měsíce po jejich posledním terapeutickém sezení. Výsledky naznačují, že program má pozitivní vliv na klienty, kteří prokázali zlepšení v různých oblastech, jako je DASS skóre (měří úroveň deprese, úzkosti a stresu), odolnost, psychické zdraví a životní prostředí. Také se zde píše o tom, že poskytování terapie, která se zaměřuje na vzájemnou podporu, by mohlo pomoci s normalizací nebo destigmatizací nemoci a vyvedením klienta z „nemocné“ role. Co se týče kvalitativních dat z programu, hovoří se zde o výsledcích polostrukturovaných rozhovorů s 16 účastníky. Opakovaná témata, která vyplynula z odpovědí účastníků, zahrnovala: účast ve skupině usnadnila účastníkům znalosti a porozumění o klientovi, druhé osobě a jejich vztahu k problému (tj. úzkosti/depresi); účast ve skupině usnadnila rozvoj dovedností; účast ve skupině usnadnila rozvoj dovedností starosti sama o sebe (např. relaxace, zvládání stresu) (All in for mental health: a pilot study of group therapy for people experiencing anxiety and/or depression and a significant other of their choice, [online]).

7.5 Základní informace o velikosti a specifikách cílové skupiny vzhledem k řešenému problému

V roce 2021 bylo v České republice celkem 756 115 duševně nemocných osob. Průměrný meziroční nárůst psychiatrických pacientů je okolo 2%. V roce 2020 mezi nejčastěji diagnostikované psychiatrické poruchy patří i kategorie vážných psychických onemocnění, mezi které patří i schizofrenie (Národní zdravotnický informační portál [online]). Schizofrenie postihuje 1 % lidí na celém světě, tedy přibližně 50 milionů lidí. Toto onemocnění se vyskytuje rovnoměrně v různých částech světa. V České republice je touto chorobou zasaženo přibližně 100 000 lidí. V zemích s vysokou životní úrovní (včetně ČR) se schizofrenie řadí mezi 10 nejvýznamnějších příčin pracovního zneschopnění (Schizofrenní poruchy [online]).

Co se týče specifik cílové skupiny lidí s duševním onemocněním a pak dále schizofrenie, ty blíže popisují v kapitole 1 Definice cílové skupiny.

7.6 Popis metod získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu

Na základě rozhovoru s pracovníky ze sociálně-psychiatrického centra Fénix jsem se dozvěděla, jakým způsobem v této službě v minulosti probíhaly a nyní probíhají skupinové aktivity s klienty. Před rozhovorem jsem si připravila několik otázek k mému tématu, které byly např. z oblasti legislativy, organizačních podmínek, personálního obsazení apod. Bylo mi řečeno, jaké činnosti jsou vykonávány v rámci sociální

rehabilitace (např. nácviky dovedností péče o vlastní osobu), a také v rámci denního stacionáře. V této organizaci mají dobré zkušenosti se skupinovou formou práce s klienty. Je zde důležitá aktivizace klientů formou různých programů. V rozhovoru byla zmíněna skutečnost, že organizace má zkušenost s těmito technikami a několika druhy skupinových aktivit, ale o rozšíření nabídky skupin by byl velký zájem (Mgr. Radka Galanová, rozhovor, 23.3. 2023). Díky tomuto rozhovoru mi bylo potvrzeno, že je důležité zapojování lidí s duševním onemocněním do skupinových aktivit, které podpoří jejich sociální začlenění.

7.7 Specifikace stakeholderů - subjektů zapojených do problematiky v různých rolích

Do mého projektu jsou zapojené kromě cílové skupiny i další subjekty, které vyjmenuji v této části.

V neziskové organizaci sociálně-psychiatrického centra Fénix pracují tito zaměstnanci:

- ředitel
- finanční ředitelka
- vedoucí denního stacionáře
- vedoucí sociální pracovník
- 2 sociální pracovnice
- 3 pracovníci v sociálních službách

Zaměstnanci jsou pro tento projekt velmi důležitými aktéry, jelikož přispívají k realizaci podpůrné skupiny. Jsou významní už z hlediska příprav projektu, kdy se budou podílet na tom, aby skupina dobře fungovala. Jsou významní také z hlediska informování a propagace skupiny mezi klienty. Sehrají také významnou roli jako odborní poradci, pokud pracovník vedoucí skupinu bude potřebovat s něčím poradit.

S touto organizací spolupracuje i psychiatrická ambulance Kyjov, která přispívá ke zkvalitnění a zefektivnění péče o klienty (Fénix - Sociálně-psychiatrické centrum [online]).

Dalšími partnery organizace jsou:

- Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- Ministerstvo práce a sociálních věcí
- Centrum sociálních služeb města Kyjov
- Město Kyjov – jeden z významných zdrojů finančního zajištění denního stacionáře

Tito stakeholdeři jsou pro tento projekt důležití, protože každý má jiné zdroje, které mohou přispět k úspěšnému realizování projektu. Do těchto zdrojů patří financování, materiál, propagace či organizace a vedení. Spolupráce stakeholderů pomůže zajistit, aby podpůrná skupina fungovala účinně a efektivně.

8 Cíl projektu

Cílem projektu je zavést novou podpůrnou skupinu pro lidi s duševním onemocněním v Sociálně-psychiatrickém centru Fénix, v denním stacionáři. Skupina bude zaměřena na podporu sociálních dovedností klientů. Důležitým prvkem projektu je také vytvoření bezpečného a podpůrného prostředí, kde si klienti mohou vyměňovat zkušenosti a podporovat se navzájem. Konkrétně by skupina měla pomoci klientům rozvíjet své schopnosti, dovednosti a sebevědomí prostřednictvím různých aktivit, které budou přizpůsobeny jejich potřebám a zájmům. Projekt bude trvat 12 týdnů a bude realizován pro 10 klientů. Po posledním setkání budou rozdány klientům dotazníky ohledně zpětné vazby. Aby byl cíl akceptovaný, bude muset nejprve být schválen organizací, ve které bude projekt realizován, což bylo potvrzeno z uskutečněného rozhovoru. Je třeba stanovit realistický časový harmonogram, díky kterému se podaří cíl naplnit. Proto je projekt plánovaný již měsíc dopředu, aby se vše stihlo připravit a zajistit. Začátek projektu je stanoven na datum 1.9. 2023 a konec je stanoven na 28.11. 2023.

V dlouhodobějším horizontu by měla tato skupinová aktivita přispět k zlepšení kvality života klientů a pomoci jim lépe se integrovat do společnosti.

S - specifický	rozšíření nabídky podpory pro lidi s duševním onemocněním v organizaci Fénix
M - měřitelný	vyhodnocení díky zpětné vazbě na konci
A - akceptovaný	akceptován ze strany organizace
R - realistický	připraven během 1 měsíce
T - termínovaný	začne 1.9. 2023 (příprava začne měsíc předem)

Tabulka 2 Cíl projektu

9 Popis a analýza potřeb cílové skupiny

V této kapitole se zabývám popisem a analýzou potřeb cílové skupiny, a to přímé – má prospěch z klíčových aktivit a nepřímé - má užitek z realizace projektu nepřímo nebo následně.

9.1 Přímá cílová skupina

Přímou cílovou skupinou tohoto projektu jsou klienti Sociálně-psychiatrického centra Fénix. Cílovou skupinu uživatelů této služby tvoří lidé s jakýmkoli duševním onemocněním, přičemž nejčastěji se setkávají se schizofrenií. Služba je poskytována lidem od dovršeného 18. roku věku. Podrobnější popis cílové skupiny, a to osob se schizofrenií, se již nachází v kapitole 1.7. Na skupinové aktivity dochází většinou 5-10 klientů. Co se týče mého projektu, na podpůrnou skupinu se může přihlásit maximálně 10 klientů. Na každém setkání bude připravena prezenční listina, aby se potvrdila účast na skupině. Tento projekt bude nejprve určen jen pro ženy, jelikož v organizaci jsou více zastoupeny ženy mezi klienty a také jeví o skupinové aktivity větší zájem. Pro muže bude projekt navazující, který bude s podobnými tématy, ale bude znovu upravený dle požadavků klientů. Důvod, proč by měla být skupina rozdělena podle pohlaví popisují již na začátku práce.

Potřeby osob žijících se schizofrenií či jiným psychickým onemocněním vyplývají z charakteristiky této cílové skupiny, která se nachází v předchozích kapitolách. Nyní se ale zaměřím na potřeby, které jsou přímo spojené s cílem projektu. Lidé s duševním onemocněním považují za důležité, aby se probírala témata, která se týkají osobního směřování, sebedůvěry či vyrovnávání se s úzkostmi a depresemi. Celkově je znatelná potřeba mít větší schopnost zvládat svůj život a převzít za něj kontrolu. Nenaplněné potřeby jsou zejména v oblastech jako je získání sebedůvěry, zlepšení mezilidských vztahů, začlenění, integrace, postarání se o sebe sama či udržení denního programu (Weeghel, 2009 dle Kroon 2003, in Pěč a Probstová, s. 17). Projekt přímo reaguje na tyto potřeby cílové skupiny.

9.2 Nepřímá cílová skupina

Nepřímou cílovou skupinou projektu jsou osoby, které mají užitek z realizace projektu nepřímo nebo následně. Nejvýznamnější nepřímou cílovou skupinou jsou jednoznačně rodinní příslušníci či lidé z blízkého okolí, jelikož to jsou lidé, na které má nemoc významný vliv.

1. Rodinní příslušníci a blízcí lidé klientů.

Pro rodinu a blízké lidi klientů bude mít projekt pozitivní vliv, jelikož poskytne potřebnou podporu a zlepší kvalitu lidí s duševním onemocněním.

Bylo identifikováno několik problémových okruhů z hlediska rodiny a příbuzných lidí se schizofrenií a právě z nich lze vyvodit, jaké mají potřeby. Jako první zmíním informovanost. Pro rodinné příslušníky je důležité mít potřebné informace o duševním onemocnění, aby věděli, jak svému blízkému pomoci nebo jakou potřebuje oporu. Zároveň je velmi důležitá edukace a osvěta, jelikož každý má jiné představy o příčinách či průběhu schizofrenie. Další identifikovanou oblastí byla nedostatečná podpora stávajícími službami a zároveň jejich geografická nedostupnost. Spolupráce při léčbě, či podpora (nejen) zdravotnického personálu pomáhá rodině a blízkým se vyrovnat se situací. Příbuzní nejčastěji očekávají vztah mezi nimi a ošetřujícím personálem, aby péče o nemocného byla co nejvíce efektivní. Rodiny potřebují dostatečný respekt k jejich roli a praktické intervence, které umožní pacientům uplatnění v sociálních rolích (Čermák, Dragomirecká, Motlová, Nechutná, Novák, 2005, s. 99).

Předpokládaný počet této nepřímé cílové skupiny mého projektu jsem odhadovala dle údajů ze stránek Českého statistického úřadu, který dělá každoroční šetření, ze kterého vyplývají informace o příjmech a životních podmínkách českých domácností. V roce 2021 bylo v České republice 4,5 milionu domácností a průměrná velikost domácnosti byla 2,3 osoby včetně dětí. Největší procento bylo dvoučlenných domácností - 33%. To stejné vyplývá ze statistik domácností dle krajů, kdy nejvíce domácností v Jihomoravském kraji (33,4%) je dvoučlenných (Český statistický úřad, 2022, [online]). To znamená, že pokud do podpůrné skupiny do organizace Fénix bude docházet 10 klientů a v průměru pochází z domácností, kde se nachází 2 členové, tak počet této nepřímé cílové skupiny bude 10 lidí. Do tohoto odhadu jsem zahrнула pouze odhad domácností a ne celé širší rodiny.

2. Zaměstnanci organizace

Pro ostatní zaměstnance organizace projekt přinese nové techniky práce s cílovou skupinou a poskytne tak zaměstnancům prostor pro zlepšení svých dovedností, což povede k celkovému zlepšení kvality služby. Pro zaměstnance je klíčové, aby služba poskytovala co největší oporu klientům v takovém rozsahu, v jakém je potřeba. Počet této cílové skupiny odhaduji dle počtu zaměstnanců denního stacionáře, což je jedna vedoucí denního stacionáře a dvě pracovnice v sociálních službách.

3. Veřejnost, společnost

Společnost celkově bude mít užitek z realizace projektu, jelikož projekt přispěje k pozitivnímu vnímání osob s duševním onemocněním v místní komunitě a může přispět k jejich snadnějšímu začlenění. Projekt napomůže osvětě mezi širší veřejností a tím se sníží míra stigmatizace duševních onemocnění.

10 Popis klíčových aktivit

V rámci projektu je zapotřebí realizovat následující klíčové aktivity, které přispějí k dosažení výstupů a výsledků. Harmonogram klíčových aktivit je také zaznamenán v kapitole 15 Ganttův diagram.

1. Zajištění financí

Ze všeho nejdříve je třeba zajistit finance pro realizaci projektu. Jelikož hlavním finančním partnerem denního stacionáře v organizaci Fénix je Město Kyjov, projekt bude financován právě z tohoto zdroje. Město Kyjov poskytuje dotační program na podporu Minimální sítě sociálních služeb ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Kyjov. Dotaci lze čerpat na úhradu nákladů souvisejících s projektem – nákup materiálu, nákup služeb, nákup energií, pronájem prostor a techniky, kancelářské potřeby, náklady spojené s propagací atd. (Město Kyjov [online]). Konkrétní využití finančních zdrojů na jednotlivé položky blíže popisují v kapitole 16 Rozpočet projektu.

Indikátor splnění: Pro realizaci projektu i jeho přípravu má organizace dostatečné finance v takovém množství, aby pokryly rozpočet.

2. Zajištění vhodného pracovníka pro vedení skupiny

Dále je potřeba pro uskutečnění zajistit vhodného pracovníka, který skupinu povede. V rámci tohoto projektu skupinu povede pracovník v sociálních službách, který je zaměstnancem této služby a podle zákona se věnuje sociálně terapeutickým činnostem s klienty. Nejprve se tedy stanoví požadavky na pracovníka, který tuto skupinu povede. Co se týče odbornosti, ze vzdělání vedoucího skupiny bude vyžadováno vzdělání pracovníka v sociálních službách či sociálního pracovníka. Následuje vyhledání potenciálního kandidáta na tuto pozici. Takový člověk by měl být interní, pracující už určitou dobu s klienty této služby, jelikož kvalitní vztah a znalost klientů přispěje k naplnění cílů projektu.

Indikátor splnění: Pracovník, který povede skupinu je dohodnut s vedením na harmonogramu.

3. Najít prostor a zázemí pro realizaci projektu

Dalším krokem v realizování projektu je zajistit vhodný prostor a zázemí pro uskutečnění podpůrné skupiny. Projekt se bude realizovat v prostorách denního stacionáře organizace Fénix. Nejprve je důležité si určit potřebný prostor z hlediska velikosti místnosti a vybavy. Je třeba brát v potaz velikost skupiny, která bude podpůrnou skupinu navštěvovat. Dalším krokem je samotná příprava prostoru, do které zahrnujeme vhodné uspořádání nábytku a také zajištění bezpečnosti, důležité je také blízko dostupné WC a kuchyňka. Uspořádání prostoru je vhodné kruhového tvaru.

Indikátor splnění: V místnosti, ve které je projekt realizován, je vyhrazený čas a harmonogram pro podpůrnou skupinu.

4. Zajistit potřebné vybavení k realizaci projektu

Po nalezení a zajištění prostoru nastává krok zajištění potřebného vybavení. Pro tento projekt bude potřeba zajistit zejména technické vybavení, jelikož součástí některých sezení bude i prezentace, pouštění videa či hudby do reproduktoru. Proto bude nutné zajistit notebook, přenosný reproduktor a projektor. Z kancelářských potřeb to pak budou propisky, papíry, USB flash disk a spojky a kabely pro připojení notebooku a projektoru. Pro projekt je také důležité připojení k internetu. Toto vybavení je vhodné zakoupit nejen pro tento projekt, jelikož bude využíváno i při jiných aktivitách v denním stacionáři.

Indikátor splnění: Prostor je adekvátně vybaven vzhledem k požadavkům projektu.

5. Nabídnout skupinu klientům organizace

Následujícím krokem je vyhledání klientů, kteří se skupiny zúčastní. Nejprve je důležité informovat klienty služby o novém projektu. To zahrnuje provedení rozhovorů s klienty a prostřednictvím osobního kontaktu zjistit jejich preference a zda by o skupinu měli zájem. Po identifikaci a oslovení potenciálních účastníků následuje zapsání klientů do této skupiny. Maximální kapacitou denního stacionáře je 10 klientů, tudíž bude osloven tento počet lidí.

Indikátor splnění: 10 klientů je zapsáno na tuto skupinu.

6. Sestavit konkrétní program skupiny

Ještě před začátkem pracovník sestaví konkrétní průběh podpůrné skupiny a zvolí témata, která se budou probírat. Pracovník připraví témata v horizontu několika dní dopředu, ale program se bude měnit v průběhu týdnů v závislosti na požadavcích klientů. Na základě toho budou učiněny následující kroky. V rámci přípravy pracovník připraví materiál, který bude klientům poskytnut. Tímto materiálem budou pracovní listy, které poslouží klientům jako další podpora s různými technikami (např. pro zvládání stresu). Před začátkem tedy bude stanovena přibližná struktura, ale konkrétní témata a cíle vyplynou až po cca 2 sezeních.

Indikátor splnění: Konkrétní program je sestavený ještě před začátkem, zároveň jsou také připraveny pracovní listy pro všechny klienty.

7. Samotný průběh podpůrné skupiny

Skupina bude probíhat jednou týdně každý pátek od 13.00 do 14.30 hodin. Začne 1.9. 2023 a poslední setkání bude 24.11.2023. Při prvním setkání pracovník zmíní diskrétnost a mlčenlivost, jelikož skupina má sloužit jako bezpečné prostředí pro každého. Mlčenlivost se bude řídit pravidlem „co se řekne ve skupině, zůstane ve skupině“. První setkání bude zahajovací a seznamovací a bude prostorem pro podrobné vysvětlení, jak bude skupina fungovat. Společně se klienti a pracovník domluví na základních pravidlech co se týče používání mobilních telefonů, odchodů mimo místnost apod. Na začátku jim také bude poskytnuta možnost si připravit kávu nebo čaj a k dispozici bude i malé občerstvení.

Není doporučeno přijímat nové účastníky po začátku skupiny, jelikož skupina bude mít již vytvořenou důvěru a intimitu. Klienti mohou skupinu kdykoliv opustit, i bez udání důvodu.

Indikátor splnění: Setkání probíhají pravidelně každý týden ve stejnou dobu.

8. Průběžný monitoring

V průběhu realizace je důležitý monitoring, v rámci něhož pracovník průběžně hodnotí, pozoruje a zaznamenává pokrok jednotlivých účastníků. Do této fáze zahrnujeme i sledování změny duševního stavu klientů, popřípadě zlepšení v jednotlivých oblastech života. Při celém procesu jsou hlavní právě klienti, proto vždy po 2 týdnech zhodnotí společně uplynulou dobu a také informují o náplni nadcházejících sezení. Monitoring je důležitý pro zhodnocení kvality provedení skupiny a celého procesu. V rámci monitoringu pracovník posoudí, zda používané techniky jsou efektivní a vyhovující pro všechny klienty. V rámci této klíčové aktivity je zařazena i průběžná supervize, jelikož podpůrná skupina bude probíhat intenzivně několik měsíců a supervize pomůže zaměstnancům zreflektovat celý proces. Supervize bude poskytnuta po každém uplynulém měsíci.

Indikátor splnění: Pracovník provádí monitoring sám, ale také cca po 2 týdnech provede shrnutí spolu s klienty. Supervize je realizována po každém měsíci.

9. Evaluace a hodnocení – zpětná vazba od klientů

Při posledním setkání klientů a pracovníka v rámci podpůrné skupiny budou poskytnuty klientům zpětnovazební dotazníky s otázkami ohledně toho, co jim skupina přinesla, jaké konkrétní techniky se naučili a budou obsahovat prostor pro návrh ke zlepšení. Důležitým prvkem bude také závěrečná diskuze s klienty, při které budou mít prostor zhodnotit uplynulé týdny, sdílet pocity z jednotlivých sezení a srovnat svá očekávání před skupinou a jejich naplnění. Poslední setkání je ideální příležitostí vyjádřit názory, spokojenost či nespokojenost a další zpětnou vazbu prostřednictvím přímého vyjádření a (pokud chtějí) anonymního hodnotícího dotazníku, který účastníci vyplní na místě, nebo ho mohou v klidu vyplnit doma a doručit realizátorovi skupiny. Zpětná vazba a výstupy z dotazníku jsou pak pro realizátora inspirací pro optimalizaci a případné změny v organizaci a fungování dalších podpůrných skupin.

Indikátor splnění: Vyplněné odevzdané dotazníky od 10 klientů skupiny.

10.1 Prostředky pro realizaci aktivit

Nyní popíšeme prostředky, které jsou nezbytné pro realizaci aktivit projektu. Prvním prostředkem jsou finance. Finance jsou důležitým prvkem při realizaci projektu proto, aby mohl být uskutečněn v plánovaném rozsahu a s potřebným vybavením.

Dalším důležitým zdrojem jsou zaměstnanci pracující v organizaci. Zaměstnanci jsou nezbytnou součástí projektu, jelikož tvoří členy týmu organizace. Společně přispívají k naplnění záměru projektu. Díky jejich odborným znalostem a zkušenostem se podaří zavést efektivní podpůrnou skupinu. Zaměstnanci mají také organizační dovednosti, které zajistí dobré vedení, plánování a připravování na další sezení tak, aby byl projekt realizován včas a efektivně. Odborní zaměstnanci poskytnou klientům potřebnou podporu a vytvoří bezpečné prostředí pro klienty.

Prostory pro realizaci projektu budou poskytnuty v rámci služby denního stacionáře, který je součástí organizace Fénix. Místnost musí být uzpůsobená určitému počtu lidí tak, aby bylo možné se v ní pravidelně setkávat.

Domluva s organizací. V neposlední řadě je pro realizaci projektu zapotřebí schválení ze strany organizace, mít předem stanovená pravidla a podmínky uskutečnění.

10.2 Výstupy a výsledky

Jestliže provedeme výše zmíněné aktivity, dosáhneme následujících výstupů a výsledků.

Celkovým výstupem projektu je zavedená podpůrná skupina pro osoby s duševním onemocněním, která bude fungovat po dobu 12 týdnů od 1.9.2023 do 24.11.2023. Tato skupina je nejprve navržena pro ženy, ale v návazném období bude realizována i pro muže. Výstupem ze strany pracovníka, který skupinu povede, jsou zápisy činností, které bude provádět každý týden. Ty slouží k tomu, aby měl přehled o tom, co se naposledy probíralo, jaké přišly nové nápady a jakým směrem se sezení posouvají.

Dalším výstupem jsou evaluační dotazníky se zpětnou vazbou, které budou předány klientům po posledním sezení. Evaluace bude provedena i v dlouhodobějším časovém horizontu, aby byly zhodnoceny všechny změny, které mohly nastat v důsledku projektu.

Tím nejdůležitějším výstupem jsou však jednotlivá sezení, která budou probíhat dle harmonogramu každý týden.

Co se týče výsledků, ke kterým projekt směřuje, týkají se celkového zlepšení sociálních dovedností. Jak už bylo napsáno v předešlých kapitolách, lidé se schizofrenií potřebují podporu v různých oblastech života, na které projekt cílí. Je náročné předem stanovit, jakým přesně směrem se bude projekt ubírat, jelikož pracovník by měl reagovat na potřeby a zájmy klientů a také na vlastnosti skupiny, kterou povede. I přesto se ale dá dopředu říci, na jaké oblasti života bude projekt zaměřený a jaké tedy lze očekávat výsledky. Vzhledem k povaze projektu, který je skupinovou formou, se dá předpokládat, že výsledky bude možné pozorovat v oblasti komunikace a mezilidských vztahů. Klienti se naučí různé techniky v rámci sebesozazování, asertivity, řešení konfliktů či spolupráce ve skupině. Zlepšení sociálních dovedností povede k výsledkům jako je zvýšení sebevědomí a nakonec snazší integrace do společnosti. Výsledky lze očekávat i

v rovině zaměstnanců a organizace, které se budou týkat profesního růstu a posunu a také větší efektivity v poskytování služeb.

11 Provedení terénního průzkumu na potvrzení analýzy potřebnosti

Terénní průzkum probíhal v rámci rozhovoru se zaměstnanci v organizaci Fénix, což byl jediný způsob, jak zjistit více informací a potvrdit analýzu potřebnosti projektu. Tento rozhovor je více popsán v kapitole 7.6 Popis metod získání předložených dat a vyhodnocení výchozího stavu. Součástí průzkumu bylo také zmapování, jaké služby organizace poskytuje či poskytovala, a v jakých oblastech života poskytuje klientům podporu. Způsob potvrzení analýzy potřebnosti tedy proběhl na základě rozhovoru, ze kterého jsem získala informaci, že takto intenzivní podpůrná skupina s tímto zaměřením v organizaci neprobíhá a zmapovala jsem také činnosti organizace.

12 Management rizik

V této kapitole identifikuji předpokládaná rizika a následně navrhuji preventivní opatření. Upozorňuji na některá rizika, se kterými se můžeme při realizaci projektu setkat. Rizika představují potenciální negativní vývoj z důvodu konkrétních příčin. Identifikace těchto rizik a návrhy opatření pomáhají se s riziky lépe vypořádat, vyhnout se chybným rozhodnutím a měly by vždy předcházet samotné realizaci.

Prvním rizikem, které jsem identifikovala v rámci mého projektu, je nedostatečný počet klientů, kteří se do projektu zapojí. Účast a zájem dostatečného počtu klientů je důležitý pro splnění indikátorů projektu. Dopadem je i snížená motivace, jelikož pokud klienti uvidí, že projekt není žádaný, zpochybní to jeho kvalitu. Navrhovaným opatřením je zajistit včasnou nabídku podpůrné skupiny klientům, což znamená včas je osobně oslovit a vysvětlit, co projekt nabízí. Propagace projektu ve službě pomůže zvýšit povědomí a přilákat více zájemců. Je důležité pohlížet také na dostupnost projektu, aby bylo zajištěno vhodné naplánování setkání z hlediska času i místa.

Dalším rizikem identifikovaným v rámci projektu je nedostatek odborných zaměstnanců. Toto riziko způsobí zpomalení růstu a vývoje projektu a podpůrná skupina nedosáhne žádaných výsledků. Opatřením pro toto riziko může být školení, které minimalizuje nedostatek odborných zaměstnanců.

Nedostatek finančních zdrojů má výrazný vliv na zrealizování samotného projektu, jelikož projekt nebude moci být uskutečněn v plánovaném rozsahu. Řešením je včasné podání žádosti o finanční podporu a přihlášení do dotačního řízení.

Pokud nebudou zaměstnanci pracovat efektivně a plnit harmonogram, ohrozí to časový plán skupiny. Projekt bude zpožděný a to bude mít negativní dopad na klienty a na zvýšené finanční náklady spojené se zpožděním. Zároveň neefektivní práce povede k nespokojenosti klientů. Zvýšená komunikace se zaměstnanci pomůže zlepšit efektivitu práce. Důležité je vytvoření jasných cílů a harmonogramu, kterého se pracovníci mohou držet.

Identifikace rizika	Dopad rizika	Návrh opatření
Nedostatečný zájem klientů pro zapojení se do projektu	Zájem dostatečného počtu klientů o zapojení se do projektu je stěžejní pro splnění stanovených indikátorů projektu Dopad na motivaci	Včasná nabídka podpůrné skupiny klientům, kteří by o projekt mohli mít potenciální zájem Dostatečná propagace projektu ve službě Dostupnost (časová, místní)
Nedostatek odborných zaměstnanců	Podpůrná skupina nedosáhne žádaných výsledků Klientům se nedostane odborné pomoci	Školení zaměstnanců
Nedostatek finančních zdrojů	Výrazný vliv na zrealizování a přípravu projektu Vliv na rozsah projektu	Včasná žádost o finanční podporu nadací a zapojení do dotačního řízení
Zaměstnanci nebudou pracovat efektivně a plnit harmonogram	Podpůrná skupina nebude realizována v žádoucím časovém horizontu Nespokojenost klientů	Vytvoření jasných cílů a plánu Dostatečná komunikace

Tabulka 3 Management rizik

13 Přidaná hodnota projektu

Projekt na založení podpůrné skupiny pro osoby s duševním onemocněním přináší mnoho přidané hodnoty jak pro jednotlivce, kteří se této skupiny zúčastní, tak pro společnost jako celek. Přidanou hodnotu lze popsat v několika kategoriích.

Podpora: Podpůrná skupina poskytne lidem s duševním onemocněním podporu v několika oblastech jejich života. Pomůže jim s komunikačními dovednostmi a zároveň zvýší sebevědomí při interakci s ostatními účastníky skupiny. Dodá jim podporu ve stresových situacích a prostor ke vzájemnému sdílení zkušeností.

Prevence: Pravidelné setkávání a účast ve skupině pomohou předcházet zhoršení stavu či potenciálním krizím.

Empowerment: Podpůrná skupina bude mít funkci zplnomocňování, jelikož podpoří klienty ve schopnosti převzít kontrolu nad okolnostmi svých životů a dosahovat cílů.

Sociální interakce: Projekt poskytne bezpečný prostor pro sdílení a zároveň navázání nových mezilidských vztahů.

Zvýšení atraktivitu služby: Novou službou se zvýší určité povědomí o organizaci ve společnosti. Atraktivita služby se může zvýšit pro potenciální klienty služby, kteří hledají komplexní péči.

Zvýšení efektivity a kvality služby: Organizace díky projektu navýší možnosti služeb, které poskytuje své cílové skupině. Rozšíří tím své zaměření a pro klienty bude snazší najít pomoc a podporu v těch oblastech, ve kterých je to nejvíce potřeba. I pro pracovníky služby to bude nový způsob profesního růstu a seznámí se s dalšími technikami využívanými při práci s lidmi s duševním onemocněním.

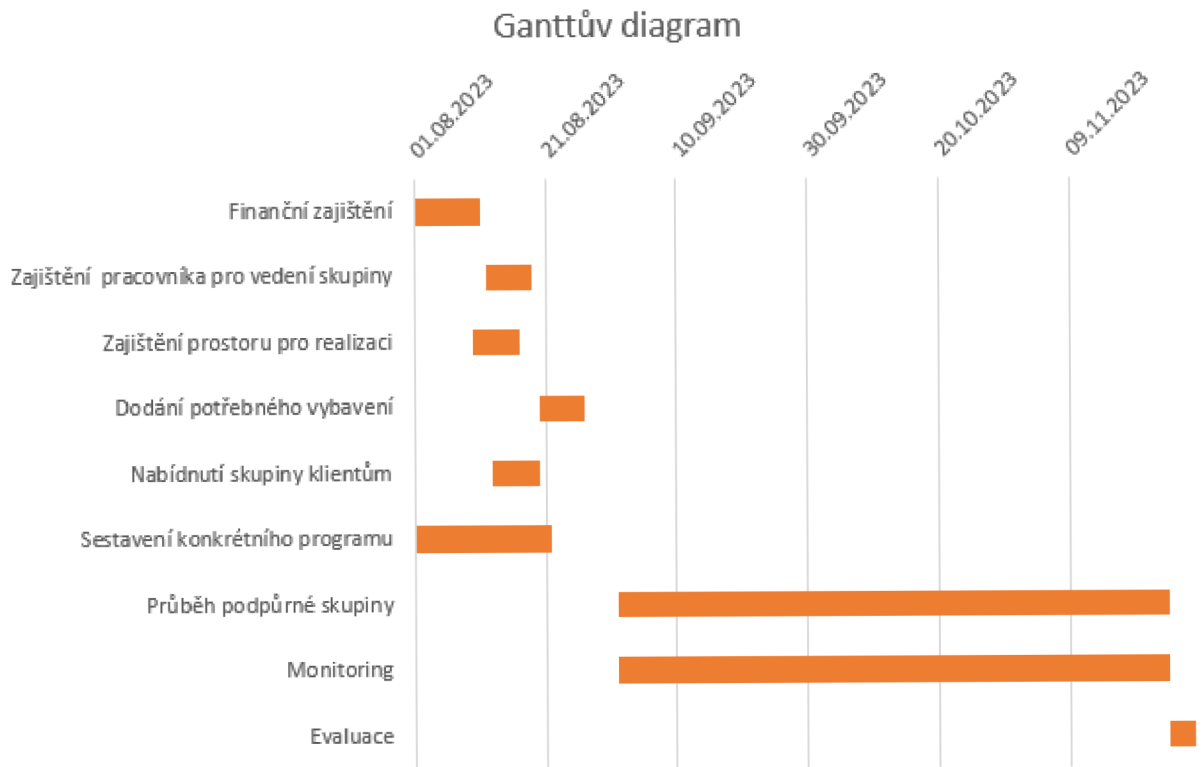
Projekt také přináší přidanou hodnotu pro společnost jako celek.

Snížení nákladů: Podpůrná skupina může pomoci snížit náklady na zdravotní péči tím, že umožní lidem s duševním onemocněním získat podporu a pomoc, předtím než se situace zhorší a vyžaduje větší zásahy.

Destigmatizace: Již několikrát zmiňovaná destigmatizace je velkým tématem v souvislosti s duševním onemocněním. Projekt napomáhá boji proti stigmatizaci tím, že zvýší povědomí o tomto tématu ve společnosti a dostane se do širší veřejnosti.

14 Ganttův diagram

Zde je vyobrazen harmonogram projektu, který byl vytvořen pomocí Ganttova diagramu. V diagramu je vyznačen začátek a konec každé klíčové aktivity.



Obrázek 1 Ganttův diagram

Zdroj: vlastní tvorba

15 Rozpočet projektu

V této kapitole jsou popsány výdaje, které souvisí s realizací projektu a celkovými náklady. Nezaměřuji se zde na plat 1 zaměstnance, jelikož projekt bude probíhat v rámci jeho pracovní náplně. Zároveň tento projekt bude realizován v rámci denního stacionáře, ve kterém již skupinové aktivity probíhají a tudíž není potřeba řešit prostor pro realizaci apod.

Prvními položkami v rozpočtu je technické vybavení, jelikož součástí skupiny budou i vytvořené prezentace, video ukázky či poslouchání hudby. Proto bude nutné zajistit notebook, přenosný reproduktor a projektor. Notebook je vyčíslen na 5 000 Kč, přenosný reproduktor na 500 Kč a projektor bude stát 3 000 Kč.

Z kancelářských potřeb to pak budou propisky, papíry a USB flash disk. Propisek bude potřeba zakoupit 11 kusů, přičemž cena jedné propisky je 15 Kč, dohromady tedy 165 Kč. Sada obyčejných papírů (500 ks) se pohybuje okolo 80 Kč. USB flash disk bude stát 400 Kč.

V rámci skupiny bude pro klienty možnost si udělat kávu, čaj a dát si něco sladkého. Každý třetí týden bude potřeba zakoupit balení čajů za 40 Kč, každý měsíc cukr za 15 Kč, balení sušenek za 30 Kč každý týden, kávu každý třetí týden za 200 Kč a každý týden mléko za 20 Kč. Dohromady za dobu 3 měsíců to bude tedy 1 605 Kč.

Po každém uplynulém měsíci bude zaměstnanci poskytnuta supervize v rámci odborné externí podpory. Cena supervize za hodinu je přibližně 1 200 Kč. Supervize proběhne celkem třikrát, tudíž dohromady 3 600 Kč.

Celkový rozpočet projektu je 14 350 Kč.

Položka	Cena v Kč	Počet	Celkem Kč
notebook	5 000	1	5 000
reproduktor	500	1	500
projektor	3 000	1	3 000
kancelářské potřeby – propisky, papíry, flash disk			245
občerstvení – káva, sušenky, mléko, čaj			1 605
flash disk	400	1	400
supervize	1 200 Kč/h	3	3 600
Celkem			14 350

Tabulka 4 Rozpočet

16 Logframe projektu

	Popis projektu	Objektivně ověřitelné ukazatele (indikátory)	Zdroje ověření ukazatelů	Předpoklady a rizika
Záměr	Nová forma posílení nabídky pro podporu lidí s duševním onemocněním – zavedení nové skupinové aktivity pro lidi s duševním onemocněním v organizaci Fénix	Kolik klientů aktivně docházelo na skupinu za celé období	Výroční zpráva organizace	
Cíle	Zlepšení schopností při řešení svých problémů	Klienti budou mít zapsaný pokrok v IP v řešení svých problémů	Individuální plány klientů	Motivace klientů docházet na sezení
Výstupy	Podpůrná skupina bude otevřena Každý týden bude 1 sezení Evaluace provedena	10 klientů se účastní podpůrné skupiny po dobu 12 týdnů	Prezenční listina Vykazování činností v programu	Klienti budou docházet pravidelně na skupinu Pracovníci plní harmonogram během celého procesu

Aktivity		Prostředky	Rozpočet	
	Zajištění financí Zajištění pracovníka Najít prostor pro realizaci Zajistit potřebné vybavení a materiál Nabídnout skupinu klientům služby Sestavit konkrétní program Samotný průběh skupiny Průběžný monitoring Evaluace a hodnocení	Finance Zaměstnanci Prostory Povolení od vedoucího služby		Odbornost lidí, kteří skupinu povedou Zajištění finančních zdrojů Zajištění spolupráce zaměstnanců
				Výchozí podmínky (vstupní předpoklady) Finance Zájem ze strany klientů Přijetí založení nové skupiny – odsouhlasení projektu ze strany organizace

Tabulka 5 Logframe

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo vypracovat návrh projektu zaměřeného na téma podpůrných skupin pro osoby s duševním onemocněním. K dosažení tohoto cíle jsem nejprve popsala svou zkušenost z Velké Británie, která mi byla pro tuto práci inspirací. Abych mohla téma rozebrat, nejprve jsem vymezila cílovou skupinu, na kterou je projekt zaměřen a specifikovala jsem ji na jedno duševní onemocnění, kterým je schizofrenie. V dalších kapitolách jsem téma nejprve propojila s kognitivně-behaviorální teorií, která je využívána při práci s lidmi s duševním onemocněním, poté s metodou skupinové sociální práce a následnými technikami. Dále jsem se věnovala problematice z hlediska etiky a jednotlivých etických dilemat. Důležité bylo také zmínit zdravotní politiku, která významně ovlivňuje život lidí s duševním onemocněním a poté jsem vyjmenovala některé klíčové legislativní dokumenty upravující tuto oblast. Tyto teoretické poznatky byly zakončeny analýzou potřebnosti projektu, která vyplývá z rozhovoru s organizací Fénix, pro kterou byl projekt navržen.

Z minulých kapitol vyplývá, že pro lidi s duševním onemocněním je důležitá podpora při vytváření mezilidských vztahů, jelikož se tím zamezí jejich sociálnímu vyloučení a sníží se míra stigmatizace. Právě mezilidské vztahy jsou prvkem, který je třeba budovat a zlepšovat jeho kvalitu, a proto jsem tuto myšlenku podpořila navazujícím projektem, který byl zaměřený na naplnění potřeb cílové skupiny.

Bibliografie

- All in for mental health: a pilot study of group therapy for people experiencing anxiety and/or depression and a significant other of their choice. National Library of Medicine [online]. 2008 [cit. 2023-26-03]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777547/>
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. 2013. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Druhé vydání. Praha: Mladá fronta, 110 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. 2017. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Druhé vydání. Praha: Mladá fronta, 110 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.
- Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. World Health Organization [online]. [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- F20-F29 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí [online]. 1.1.2023 [cit. 2023-23-03]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F23>
- Fénix - Sociálně- psychiatrické centrum [online]. Kyjov [cit. 2023-01-04]. Dostupné z: <https://www.fenix-centrum.cz/ambulantni-sluzby/>
- Fénix Sociálně psychiatrické centrum [online]. 2023 [cit. 2023-22-03]. Dostupné z: <https://www.fenix-centrum.cz/denni-stacionar/>
- GALANOVÁ, Radka, vedoucí denního stacionáře organizace Fénix, [ústní sdělení po telefonu], 23.3. 2023.
- GLADKIJ, Ivan a Ladislav STRNAD. 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
- GLASEROVÁ, Petra. *Empatie a asertivita v pomáhajících profesích* [online]. 2017. Liberec, [cit. 2023-11-03]. Dostupné z: https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/60807/V_23117_P.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Diplomová práce. Technická univerzita v Liberci.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 2004. Praha: Portál, ISBN 80-7178-803- 1.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 774 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HOLČÍK, Jan. Podpora zdraví a její teoretická východiska. [online]. 2008. [cit. 2023-22-03]. Brno: Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF MU. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2008/88/02.pdf>
- HORÁKOVÁ, Vladimíra. 2016. *Determinanty zdraví a jejich ovlivnitelnost*. [online]. České Budějovice, Dostupné z: https://theses.cz/id/5oznsn/DETERMINANTY_ZDRAV_A_JEJICH_OVLIVNITELNOST_V4.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

- KIM Inspire [online]. [cit. 2023-22-03]. Dostupné z: <https://kim-inspire.org.uk/>
- KRATOCHVÍLOVÁ, Ivana. 2013. *Sociální práce: Prepedeutikum*. [online]. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem. ISBN 978-80-7414-506-3. Dostupné z: <https://www.pf.ujep.cz/wp-content/uploads/2020/02/Soci%C3%A1ln%C3%AD-pr%C3%A1ce.pdf>
- KREBS, V., et al. 2015. *Sociální politika*. 6., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 568 s. ISBN 9788074789212.
- KŘISTKOVÁ, Lucie. 2018. *Etický rozměr diskriminace a stigmatizace u lidí s psychotickým onemocněním a vliv sociální práce na jejich mírnění*. [online]. České Budějovice. Dostupné z: <https://theses.cz/id/c9pctj/24753888>. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- LEVICKÁ, Jana. 2002. *Metódy sociálnej práce*. Trnava: VeV. ISBN 80-89074-38-3.
- LÍSKOVCOVÁ, Radka. 2014. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním* [online]. České Budějovice. Dostupné z: https://theses.cz/id/m9dowz/Sociln_prce_s_lidmi_s_duevnm_onemocnm.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- MADIANOU, D. 2015. The Effects of Long-term Community Care on Relapse and Adjustment of Persons with Chronic Schizophrenia. *International Journal of Mental Health* [online]. 21, 37-49 [cit. 2023-25-03]. ISSN 15579328.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 168 s. Sestra. ISBN 9788024721385.
- MAŠÁT, Vladimír. 2012. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou*. Středokluky: Zdeněk Susa, 157 s. ISBN 978-80-86057-80-4.
- MATOUŠEK, Oldřich a KŘIŠŤAN. 2013. Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. 2010. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2008. *Slovník sociální práce*. Druhé. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- Město Kyjov [online]. 2021 [cit. 2023-22-04]. Dostupné z: <https://www.mestokyjov.cz/dotacni-program-na-podporu-minimalni-site-socialnich-sluzeb-ve-spravnim-obvodu-obce-s-rozsirenou-pusobnosti-kyjov-v-roce-2022/d-45856/p1=30346>
- MOTLOVÁ, L. & DRAGOMIRECKÁ, Eva & NOVÁK, Tomáš & ČERMÁK, Jan, NECHUTNÁ, Radyka. 2005. *Mapování názorů, postojů a prožitků příbuzných jako základ rodinných intervencí*. Psychiatrie. 9.

- Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030. [online]. 31.1.2020. [cit. 2023-22-03]. Fokus Praha. Dostupné z: <https://fokus-praha.cz/aktuality/343-narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030>
- Národní zdravotnický informační portál [online]. 2023. [cit. 2023-17-04]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.
- Národní zdravotnický informační portál: Role ministerstva zdravotnictví a jeho institucí [online]. [cit. 2023-22-03]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1076-role-ministerstva-zdravotnictvi-a-jeho-instituci>
- NAVRÁTIL, Pavel. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. 162 s. ISBN 80-903070-0-0.
- NĚMCOVÁ, Leona a Jan SVOBODA. 2017. *Praxe dlouhodobých poradenských a sebezvojevých skupin*. V Praze: Stanislav Juhaňák – Triton. 185 s. ISBN 978-80-7553-253-4.
- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa a Karel ŠONKA. 2007. *Poruchy spánku a bdění*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 345 s. ISBN 978-80-7262-500-0.
- PĚČ, Ondřej a PROBSTOVÁ Václava. 2009. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3
- POTŮČEK, Martin. 1995. *Sociální politika*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 142 s. ISBN 808585001X.
- PRAŠKO, Ján a Petr MOŽNÝ. 1999. *Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton. 304 s. ISBN 8072540386.
- PRAŠKO, Ján, Aleš GRAMBAL, Miloš ŠLEPECKÝ, Petr MOŽNÝ a Jana VYSKOČILOVÁ. 2019. *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Grada Publishing. 379 s. Psyché. ISBN 978-80-271-0496-3.
- PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Triton. ISBN 978-80-7254-865-1.
- Příjmy a životní podmínky domácností - 2021. Český statistický úřad [online]. 20.01.2022 [cit. 2023-21-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/prijmy-a-zivotni-podminky-domacnosti-r4hlvpcwox>
- ROMEO, Lyn. Group work is an essential intervention in our practice. GOV.UK [online]. 28.4. 2016 [cit. 2023-22-03]. Dostupné z: <https://socialworkwithadults.blog.gov.uk/2016/04/28/group-work-is-an-essential-intervention-in-social-work-practice/>
- ŘEZNÍČEK, Ivo. 1994. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství. 75 s. Studijní texty, sv. 5. ISBN 80-85850-00-1.
- Statistické údaje [online]. 2022. [cit. 2023-17-04]. Praha: Schizofrenní poruchy. Dostupné z: <https://www.schizofrenni-poruchy.cz/statisticke-udaje>

- SVAVARSDÓTTIR, Sveinbjörg Júlía, Kristín V. ÓLAFSDÓTTIR, Elva STURLUDÓTTIR a Sigrún JÚLIUSDÓTTIR. 2012. *Psychiatric Group Work in Social Skill Training. Social Work with Groups* 35(2), 103-123. ISSN 01609513. Dostupné z: doi:10.1080/01609513.2011.602221
- ŠABATOVÁ, Anna, Jana KVASNICOVÁ, Eva NEHUDKOVÁ a Petr POLÁK. [online]. [cit. 2023-11-03]. Sborník stanovisek veřejného ochránce práv. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7598-431-9. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/vystupy/edice-stanoviska/Sbornik_Diskriminace.pdf
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Ombudsman veřejný ochránce práv [online]. [cit. 2023-22-03]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/umluva/>
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
- Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006 kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. Částka 164/2006. [cit. 2023-04-01]. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
- VYMĚTAL, Jan. 2004. *Obecná psychoterapie*. Grada Publishing. ISBN 9788024707235.
- WALSH, Joseph a Heather HEWITT. Facilitating an Effective Process in Treatment Groups with Persons Having Serious Mental Illness. *Social Work with Groups*. [online]. 1996, 19(1), 5-18 [cit. 2023-25-03]. ISSN 01609513. Dostupné z: doi:10.1300/J009v19n01_02
- WOODHEAD, Gina. 2008. *Psychotherapies for the psychoses: Theoretical, cultural and clinical integration*. 224-239. ISBN 9780415411929.
- Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky. Částka 37/2006. [cit. 2023-03-26]. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- Zákon č. 198 ze dne 23. dubna 2008 o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). In: Sbíрка zákonů České republiky. Částka 58/2009. [cit. 2023-04-23]. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>

Seznam tabulek

Tabulka 1 Výčet skupin	12
Tabulka 2 Cíl projektu	53
Tabulka 3 Management rizik	67
Tabulka 4 Rozpočet	73
Tabulka 5 Logframe.....	76

Seznam obrázků

Obrázek 1 Ganttův diagram	71
---------------------------------	----

Anotace

Bakalářská práce se zabývá zavedením podpůrné skupiny pro lidi s duševním onemocněním. V dané problematice přibližuji téma z několika hledisek. Na začátku práce se věnuji tématu duševního onemocnění a poté se zaměřuji na jedno onemocnění a tím je schizofrenie. V dalších částech práce téma propojuji s teorií, metodami a technikami sociální práce, etickým hlediskem, sociální politikou, legislativou a analýzou potřebnosti projektu. Na konci popisují návrh projektu pro konkrétní organizaci, který reaguje na potřeby osob se schizofrenií.

Klíčová slova: duševní onemocnění, schizofrenie, podpůrná skupina, kognitivně-behaviorální terapie, skupinová sociální práce, stigmatizace

Abstract

The bachelor thesis deals with the implementation of a support group for people with mental illness. In the given issue, I approach the topic from several perspectives. At the beginning of the thesis I focus on the topic of mental illness and then specifically on one illness, schizophrenia. In the following sections I link the topic to my chosen social work theory, methods and techniques, ethical considerations, social policy, and legislation. Towards the end of the thesis I outline a project proposal aimed at a specific organisation. This project focuses on providing support and responding to the needs of people with schizophrenia.

Keywords: mental illness, schizophrenia, support group, cognitive-behavioral therapy, social group work, stigmatization