

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2022

Jana Švancarová, DiS

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Jana Švancarová, DiS

Dobrovolnictví a lidé s duševním onemocněním

Bakalářská práce

vedoucí práce: doc. PaedDr. Tatiana Matulayová, Ph.D.

2022

Prohlášení

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

V Olomouci dne 12.11.2022

.....

Jana Švancarová

To tomto místě bych ráda poděkovala doc. PaedDr. Tatiana Matulayová, Ph.D. za její trpělivost a cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce, své rodině a přátelům za motivaci a morální podporu při psaní práce. A v neposlední řadě děkuji všem zúčastněným participantům za jejich účast na výzkumném šetření. Bez jejich ochoty zúčastnit se, by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah:

Úvod	1
1 Teoretická východiska	3
1.1 Reforma psychiatrické péče	3
1.1.1 Hlavní činitele v péči o duševně nemocné v ČR předcházející reformě	3
1.1.2 Zásadní dokumenty vedoucí k reformě psychiatrické péče	4
1.1.3 Strategie reformy psychiatrické péče	5
1.1.4 Aktuální stav reformy psychiatrické péče	7
1.1.5 Systém péče o lidi s duševním onemocněním v ČR	8
1.1.6 Centrum duševního zdraví – jeho role v systému péče o duševní zdraví	8
1.1.7 Role dobrovolníků v centrech duševního zdraví	11
1.1.8 Role dobrovolníků v lůžkové péči o duševně nemocné	11
1.1.9 Specifika dobrovolnictví v péči o osoby s duševním onemocněním	12
1.2 Lidé s duševním onemocněním	14
1.2.1 Definice dlouhodobého duševní onemocnění	14
1.2.2 Sociální dopad závažného duševního onemocnění	17
1.3 Dobrovolnictví s perspektivou reformy psychiatrické péče	20
1.3.1 Dobrovolnictví - definice perspektivou péče o duševní zdraví	20
1.3.2 Formální a neformální dobrovolnictví	21
1.3.3 Přínos dobrovolnictví v péči o osoby s duševním onemocněním	22
2 Empirická část	25
2.1 Cíl výzkumu	25
2.2 Metodologie	27
2.2.1 Výběr výzkumného vzorku	27
2.2.2 Metoda sběru dat	28
2.2.3 Pilotní studie, pilotáž	29
2.2.4 Technika analýzy dat	30
2.2.5 Zajištění kvality výsledku	31
2.2.6 Etické východiska výzkumu	31
2.3 Výsledky výzkumu	33
2.3.1 Identifikované kategorie	33
2.3.2 Shrnutí – odpověď na výzkumnou otázku	40
2.3.3 Diskuse	43
Závěr	45
Bibliografický seznam	47
Příloha	52

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je využití dobrovolnictví v péči o lidi trpící duševním onemocněním perspektivou reformy psychiatrické péče. Svou prací volně navazuji na svou absolventskou práci, která se zabývala problematikou sociálního vyloučení lidí s duševním onemocněním. Absolventská práce mi umožnila získat hlubší vhled do problematiky sociálního vyloučení lidí s duševním onemocněním, umožnila mi pochopit, jak výrazně ovlivňuje toto onemocnění pracovní uplatnění, rodinné vztahy a vytváření přátelských vztahů a sociálních kontaktů, neboť nestabilita v těchto oblastech výrazně ovlivňuje sociální vyloučení. Často jsem si při práci kladla otázku, jaké aktivity sociálního pracovníka mohou pomoci při odstraňování bariér v sociálním fungování lidí s duševním onemocněním. Toto téma je obzvláště aktuální v dnešní době, kdy v české společnosti rezonuje reforma psychiatrické péče, zaměřená zejména na cílovou skupinu lidí se závažným duševním onemocněním, jejímž cílem má být deinstitutionalizace psychiatrické péče a její přesunutí do přirozeného prostředí člověka mimo zdi léčeben. Důležitou roli ve zvyšování kvality života lidí se závažným duševním onemocněním mají vznikající Centra duševního zdraví, která mají poskytovat potřebnou odbornou péči v přirozeném prostředí klienta za pomoci spolupráce odborníků z jiných oborů a pomocí spolupráce s jinými subjekty a službami volnočasových aktivit. Výsledky mé absolventské práce mě přivedly na myšlenku využití dobrovolnictví při práci sociálního pracovníka s lidmi s duševním onemocněním.

Ze své absolventské práce použiji návrh kvalitativního výzkumu, proto se v této práci budou objevovat části textu parafrázované či citované. V této bakalářské práci budou využity fragmenty z mé absolventské práce, která byla věnována lidem trpícím duševním onemocněním.

Cílem bakalářské práce je identifikovat význam dobrovolnictví v psychiatrické péči u lidí s dlouhodobým duševním onemocněním a analyzovat využití dobrovolnictví v probíhající reformě psychiatrické péče. Ve svém výzkumu identifikuji potřeby lidí s dlouhodobým duševním onemocněním mající vliv na trávení volného času a udržování přátelských vztahů s vazbou na dobrovolnictví. Budu zkoumat, jak tyto potřeby vnímají samotní lidé trpící dlouhodobým duševním onemocněním a jak je vnímají zástupci zdravotního a sociálního sektoru, kteří s touto cílovou skupinou pracují.

První část práce je zpracována metodou obsahové analýzy dat, ve které zabývám reformou psychiatrické péče, jejími strategickými dokumenty a nově vznikajícími centry duševního

zdraví a rolí dobrovolníků v péči o lidi s duševním onemocněním, definuji dobrovolnictví perspektivou péče o duševní zdraví. Vzhledem k cíli práce definuji v teoretické části také pojem dlouhodobé duševní onemocnění a blíže popíši základní projevy dlouhodobých nemocí s důrazem na sociální dopady života jedince.

Empirická část, navazující na teoretickou část bude zpracována metodou kvalitativního výzkumu, který pomůže rozkrýt, jak lidé chápou a prožívají sociální realitu, tedy dopady duševního onemocnění a možnosti dobrovolnické pomoci. Ke sběru dat využiji techniku polostrukturovaného rozhovoru. Získaná data budou zpracována technikou otevřeného kódování.

V první kapitole empirické části definuji cíl výzkumu a výzkumné otázky. V další kapitole popíši metodologii, definuji kritéria výběru výzkumného vzorku, techniku sběru a analýzy dat a etická východiska výzkumu. Závěr práce bude věnován shrnutí výsledků výzkumného šetření a diskusi.

1 Teoretická východiska

V této kapitole se budu zabývat reformou psychiatrické péče a duševním onemocněním.

1.1 Reforma psychiatrické péče

Zde popíši hlavní činitele a nejdůležitější dokumenty týkající se reformy psychiatrické péče a podrobněji se budu věnovat roli dobrovolníků v systému péče o lidi s duševním onemocněním perspektivou Strategie reformy.

1.1.1 Hlavní činitele v péči o duševně nemocné v ČR předcházející reformě

V řadě vědeckých výzkumů se odborníci shodují na tom, že stav psychiatrické péče o duševní zdraví v České republice (dále jen v ČR) byl před rokem 2013 v některých ohledech horší než u ostatních států západní a severní Evropy. (MZČR, 2013, s.10) Péče o lidi s duševním onemocněním byla zajišťována prostřednictvím vzájemně propojeného systému zařízení lůžkové péče, ambulantních služeb poskytujících odbornou psychologickou a psychiatrickou péči a zařízení systému komunitní péče, která zasahovala do oblasti sociálních služeb. Odborná veřejnost ovšem upozorňovala na chybějící vládní program péče o duševní zdraví, jehož absence způsobila, že stávající rozmístění psychiatrických institucí bylo nesystémové, ambulantní služby byly nerovnoměrně rozmístěné, nebo dokonce v některých oblastech zcela chyběly. Také lůžková péče byla zastaralá a komunitní péče byla velmi nedostatečně rozvinutá. (Raboch a Wenigová, 2012, s. 13-15) V psychiatrické péči v ČR od počátku 90 let 20. století nedošlo k žádné zásadní systémové změně v koncepci péče o duševní zdraví, tento obor byl dlouhodobě finančně podhodnocen. Pěč (2003) in Raboch a Wenigová (2012, s. 33), ve svém odhadu upozorňuje, že výdaje na duševní zdraví v ČR v roce 2001 činily 3,6% výdajů na zdravotnictví. Dle výzkumníků Rabocha a Weinigové (2012, s. 18-20) byl systém ohrožen skrytou nemocností, což mělo vliv na kvantitu poskytovaných služeb, avšak na úkor kvality ve smyslu bio – psycho – sociální péče, neboť většina psychiatrické péče se odehrávala v psychiatrických ambulancích, byla institucionalizovaná a komunitní péče nebyla dostatečně rozvinutá. K mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče došlo v devadesátých letech minulého století, avšak po roce 2000 žádná taková nová zařízení nevznikla. V roce 2011 existovalo třicet zařízení psychiatrické rehabilitace, která byla provozována neziskovými organizacemi, avšak rozmístění těchto služeb bylo nerovnoměrné. Výzkumníci upozorňovali na nutnost regionálního charakteru psychiatrické péče tak, aby každý region měl dostupné všechny typy péče. Pěč in Raboch a Weinigová (2012, s. 62-69) poukazuje na nedostatečně rozvinuté komunitní služby, včetně rezidenčních komunitních služeb, jako je

například chráněné bydlení. Tyto služby nejsou regionálně provázané a je nutné rozšířit jejich kapacity tak, aby se zajistila provázanost služeb jak zdravotnických, tak i sociálních v rámci geografického regionu. Upozorňuje na trend v řadě vyspělých zemí, kde je velký rozmach komunitní péče, která je spojena s deinstitucionalizací. Dochází k redukci velkých psychiatrických léčeben a k jejich částečné přeměně v komunitní služby.

Z výše popsaného stavu psychiatrické péče v ČR vyplývá, že systém nezajišťoval dostatečnou podporu lidem s duševním onemocněním v jejich vlastním prostředí v komunitě a neumožňoval vzájemnou spolupráci mezi jednotlivými poskytovateli služeb péče o lidi s duševním onemocněním, což jsou důvody, proč přistoupila Česká republika k reformě psychiatrické péče. (Anders, 2017, s. 5)

1.1.2 Zásadní dokumenty vedoucí k reformě psychiatrické péče

Poprvé byl definován koncept psychiatrické péče v ČR v roce 2000 Psychiatrickou společností ČLS JEP, jehož hlavním cílem byla deinstitucionalizace psychiatrické péče a následné propojení do sítě komunitních služeb. Bohužel nedošlo k jeho implementaci. Potřeba změny systému psychiatrické péče však trvala, v roce 2005 reforma psychiatrické péče v ČR navázala na mezinárodní dokumenty, kterými jsou **Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu a Zelená kniha Komise evropských společenství**. ČR se k těmto dokumentům zavázala v lednu 2005 v Helsinkách v rámci revize koncepce psychiatrie. Základním cílem těchto dokumentů je zlepšení duševní kondice obyvatel a změna konceptu psychiatrické péče. V roce 2007 výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR vyhlásil „**Národní psychiatrický program 2007**“, jehož cílem byla podpora reformy psychiatrické péče v ČR. Jednalo se o první zásadní aktivitu v ČR, která vycházela z myšlenek mezinárodních dokumentů. Tento dokument revidoval koncepci a mezi hlavní cíle si stanovil podporu primární psychiatrické péče, modernizaci lůžkového fondu při zachování bio-psycho-sociálního modelu péče a rozvoj komunitní péče. (MZČR, 2013, s. 10-14) V březnu 2013 byla schválena **Reforma psychiatrické péče** jako součást Národního programu reforem 2013, jehož hlavním cílem „*je podpora hospodářského růstu, posílení konkurenceschopnosti a přispění k tvorbě pracovních míst*“ (MZČR, 2013, s. 10). Za strategii reformy psychiatrické péče je organizačně odpovědné Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále jen MZČR). Tým pověřený její realizací chápal reformu psychiatrické péče jako neoddělitelnou součást a výchozí krok k celkové reformě péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče byla schválena MZČR dne 7. 10. 2013, důvodem byl zastaralý, rigidní systém psychiatrické péče, který byl centralizovaný, soustředěný do zastaralých

psychiatrických nemocnic a také absence služeb v přirozeném prostředí nemocného. (MZČR, 2013, s. 10)

V předchozím textu jsem se pokusila popsat stav psychiatrické péče v ČR předcházející reformě psychiatrické péče a následně jsem navázala stručným přehledem dokumentů, které vyústily k vyhlášení Strategie reformy psychiatrické péče. Toto shrnutí stavu pomůže pochopit důležitost cílů, které Strategie reformy definovala, neboť z odborných textů je zřejmé, že systém péče nedostatečně využíval zdrojů z komunity, chyběla spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami. Sociální služby v komunitě byly nedostatečné, či v některých oblastech zcela chyběly. V následujícím textu popíši hlavní principy Strategie reformy psychiatrické péče.

1.1.3 Strategie reformy psychiatrické péče

Reforma psychiatrické péče (dále je Reforma) je změnou způsobu poskytování psychiatrické péče, jedná se o systémovou změnu péče o duševně nemocné osoby, jejímž základním cílem je zajištění vyšší kvality života lidem trpícím duševním onemocněním a omezení stigmatizace lidí s duševním onemocněním. S tímto základním cílem souvisí zajištění specifických cílů, které jsou specifikované ve Strategii reformy psychiatrické péče (dále jen Strategie reformy): *„zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování, omezit stigmatizaci nemocných a oboru psychiatrie obecně, zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí, zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci, zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.), zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb, humanizovat psychiatrickou péči.“* (MZČR, 2013, s. 30)

Strategie reformy jednotlivé cíle rozpracovává a stanovuje opatření vedoucí k naplnění jednotlivých cílů. Mezi tato klíčová opatření patří rozšíření komunitní péče a s tím související vznik **Center duševního zdraví**, jakožto nového pilíře poskytování psychiatrické péče, který zasahuje do sociální oblasti. Dalším opatřením je **restrukturalizace** lůžkové péče ve smyslu zlepšení její dostupnosti, včetně rozšíření sítě poskytovatelů psychiatrické péče a návazných služeb. Vytvoření destigmatizačních a vzdělávacích programů laické i odborné veřejnosti klade důraz na efektivní spolupráci mezi složkami státní správy a územní samosprávy. Strategie reformy definuje směřování reformy psychiatrické péče k **systému tzv. vyvážené péče** (balanced care model). (MZČR, 2013, s. 31-35) Tento model klade důraz na vyvážený poměr mezi komunitními, ambulantními a nemocničními službami, na zajišťování služeb co nejbliže

k bydlišti nemocného. Péče se zaměřuje na zmírnění příznaků duševního onemocnění a současně na zvýšení samostatnosti a kvality života a rozvíjení schopností nemocného, a to prostřednictvím systému péče zaměřené na **zotavení (recovery)**. Strategie reformy počítá se zapojení uživatelů péče a jejich rodinných příslušníků do všech aktivit reformy. Definuje tzv. peer pracovníky. (Anders, 2017, s. 7-8) **Peer pracovníci** jsou „*lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a k posilování jejich naděje na zotavení. Jejich role je neocenitelná a nelze ji nahradit profesionály.*“ (Anders, 2017, s. 9)

Strategie reformy rozděluje naplňování cílů Reformy do 3 fází. První fáze byla naplánovaná do konce roku 2015 a zahrnovala správné nastavení podmínek pro spouštění realizačních projektů ve fázi 2. Druhá fáze Reformy byla rozplánována od ledna 2016 do prosince 2023 a zahrnuje realizaci projektů ve všech oblastech reformy. Třetí fáze Reformy bude realizována na konci druhé fáze, neboť spočívá ve vyhodnocování implementace všech projektů Strategie reformy. (MZČR, 2013, s. 50) Zavádění změn v péči o lidi s duševním onemocněním, stanovených Strategií reformy, otevřelo řadu problémů, na které bylo potřeba reagovat. Zejména se změnil pohled společnosti na vnímání duševního zdraví. Stále více se kladl důraz na holistický přístup v péči o člověka dle modelu bio – psycho – sociálního – spirituálního přístupu, což v péči o duševní zdraví vedlo k zaměření pozornosti na aspekt prevence a rané intervence, neboť se ukázalo, že nepostačí jen zkvalitňovat péči o lidi s duševním onemocněním. Bylo zřejmé, že dosažení cílů Strategie reformy není možné bez vzájemné spolupráce Ministerstva zdravotnictví i s jinými ministerstvy, neboť teprve při realizaci cílů Strategie reformy se do popředí dostala problematika chudoby lidí s duševním onemocněním. Aby mohlo být zajištěno dosažení cílů Strategie reformy psychiatrické péče, vláda ČR schválila a v lednu 2020 vydala **Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030**, jehož cílem je zajistit stav duševní pohody obyvatel, který navazuje na Strategii reformy psychiatrické péče a nově se zaměřuje i na prevenci v předcházení duševního onemocnění, a stanovuje pravidla pro financování změn v péči o duševně nemocné lidi, mechanismy, kterými se budou opatření promítat do státního rozpočtu a tím i do rozpočtů zúčastněných institucí a také specifikuje alternativní zdroje financování (například EU fondy). (MZČR, 2020, s. 9-10)

1.1.4 Aktuální stav reformy psychiatrické péče

Reforma je stále probíhající proces. V současné době končí první fáze reformy a jsou dokončovány projekty, které uskutečňují Strategii reformy. V systému péče je aktivních 30 Center duševního zdraví, které umožňují uskutečňovat transformaci psychiatrických nemocnic, což v souladu se Strategií reformy napomáhá vytvářet vyvážený systém péče, kde lůžková péče nenahrazuje jinou, v systému chybějící, péči v domácím prostředí nemocného. Pokračuje výstavba nových lůžkových psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích, rozvíjí se akutní a specializovaná péče. V důsledku těchto změn došlo v roce 2020 k poklesu hospitalizovaných pacientů ze skupiny SMI o 20%. Reforma vstupuje do druhé fáze, která je zaměřena na plnění cílů národních akčních plánů, zaměřených na krizovou péči a standardy ochranného léčení. (Papežová, 2021 c, s. 210)

Na Strategii reformy navazují i další dva akční plány, které se zabývají reformou širěji a zaměřují se i na oblast prevence duševních chorob. Jedná se o **Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030** a Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc 2020-2030, který byl schválen Vládou ČR v dubnu 2021. (Papežová, 2021 b, s. 150) Reforma dále pokračuje rozšiřováním služeb na komunitní úrovni v rámci projektu **VIZDOM** (Včasná intervence u lidí se závažným duševním onemocněním). Tento projekt se zaměřuje na poskytování včasné odborné pomoci lidem, u kterých se projeví první příznaky duševní nemoci, nebo se u nich brzy může rozvinout duševní onemocnění. Snahou je poskytnout odborné poradenství i blízkým a rodinným příslušníkům nemocného. (Papežová, 2021 a, s. 48) Odborníci se shodují na tom, že včasné rozpoznání symptomů nemoci a včasné zahájení léčby pomáhá předejít či zkrátit délku hospitalizace a může zabránit rozvoji závažného duševního onemocnění. Proto je doporučováno zaměřit se na vznik nových preventivně – detekčních služeb a na hledání zdrojů v oblasti neformální péče. (Dvořáková, Kondrátová, 2020, s. 35)

Ze strany lidí se zkušeností s duševním onemocněním se však ozývají hlasy, které upozorňují na to, že se nepodařilo dosud legislativně ukotvit pracovní pozici peer konzultanta, což někdy brání jich zaměstnávání. Dále upozorňují *„na chybějící nízkorozpočtové organizace, kam by mohli lidé s duševním onemocněním přijít a jen tak pobýt. Cítit zde pochopení, sounáležitost a nebýt zde jako klienti, kteří musejí vstoupit do určité služby, aby „mohli někam patřit“.“* (Chrtková et al., 2021, s. 264)

Výše popsané hlavní cíle Strategie reformy a stav, ve kterém se nyní Reforma nachází, nám umožnily porozumět, kam by měl systém péče o lidi s duševním onemocněním v ČR směřovat. Z dosavadního zkoumání odborné literatury a dostupných internetových zdrojů je zřejmé, že

Reforma cílí na zdroje pocházející z komunity a z oblasti neformální péče. Nově zapojuje uživatele péče a jejich rodinné příslušníky a definuje peer konzultanty.

Cílem práce je identifikovat dobrovolnictví v reformě psychiatrické péče, proto se budu v následujícím textu zabývat systémem péče o lidi s duševním onemocněním v ČR v kontextu cíle této práce. Zaměřím se tedy na nově vznikající služby iniciované Strategií reformy psychiatrické péče a možnosti zapojení dobrovolníků v péči o lidi s duševním onemocněním.

1.1.5 Systém péče o lidi s duševním onemocněním v ČR

perspektivou Strategie reformy

Můžeme říct, že péče o lidi s duševním onemocněním prošla bouřlivým vývojem. Ve dvacátém století směřuje od čistě lůžkové péče soustředěné do nemocničních zařízení, přes rozvoj ambulantních a mimo nemocničních zařízení jako jsou denní kliniky, stacionáře, tréninková pracovní centra, chráněné dílny a bydlení, socioterapeutické kluby, krizová centra, linky důvěry a psychosociální poradny až k psychiatrii komunitní, jejímž cílem je přiblížit ji pacientům i ostatní společnosti. (Bouček, 2002, s. 1) V současné době tento systém péče o lidi s duševním onemocněním prochází v rámci reformy psychiatrické péče zásadní proměnou, neboť dochází k rozvoji péče ve vlastním sociálním prostředí, jejímž základem je spolupráce a koordinovaná činnost mezi zdravotními a sociálními pracovníky, dochází k rozvoji nových přístupů, které jsou založeny na holistickém přístupu k zotavení lidí s duševním onemocněním. Pilířem tohoto nového systému péče jsou právě vznikající centra duševního zdraví, která navazují na stávající lůžková psychiatrická zařízení, která i nadále zůstávají základním pilířem péče o pacienty v akutním stavu, a další komunitní služby. (MZČR, 2019, s. 4)

1.1.6 Centrum duševního zdraví – jeho role v systému péče o duševní zdraví

Vzhledem ke skutečnosti, že centra duševního zdraví tvoří jeden z hlavních pilířů péče o lidi s duševním onemocněním, v této kapitole se věnuji podrobnějšímu popisu jejich role.

Jak již bylo uvedeno výše, centrum duševního zdraví (dále jen CDZ) je součástí Strategie reformy psychiatrické péče. V odborných publikacích je CDZ charakterizováno jako nový **nízkoprahový pilíř**, poskytující zdravotně – sociální služby prostřednictvím individuální péče pro cílovou skupinu osob trpící závažným duševním onemocněním, která je nejvíce ohrožena negativním důsledkům onemocnění, vedoucím až sociální exkluzi. CDZ jsou mezičlánkem mezi primární péčí ambulantní a lůžkovou péčí. Jedná se o zdravotně – sociální službu, jejímž cílem je pomáhat lidem s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí a zamezit tak

opakovaným hospitalizacím, či alespoň zkrátit délku léčby během hospitalizace. Nově tento tým poskytuje službu nejen klientům, kteří tuto službu sami vyhledají, ale tým **aktivně vyhledává** i ty, kteří jsou bez podpory, odmítají službu a tím se dostávají do sociální exkluze. Vzhledem k tomuto způsobu práce je role CDZ v rámci systému péče o duševně nemocné naprosto jedinečná, žádná jiná služba v rámci tohoto systému takovou péči neposkytuje. CDZ mají přesně definovanou spádovou oblast, za kterou je tým zodpovědný. Pracují tak na regionální úrovni, čímž je zajištěna spolupráce s dalšími místními subjekty v komunitě regionu. Úkolem pracovníků týmu je propojovat ambulantní a lůžkovou péči, vytvářet různé programy, **spolupracovat s dalšími poskytovateli služeb**, které se zaměřují na oblast volnočasových aktivit, zaměstnání, vzdělávání, bydlení. Cílem je **využívat zdrojů komunity**, které jsou dostupné pro všechny ostatní obyvatele, tak aby se předcházelo závislosti klientů na sociálně terapeutických službách. Využíváním služeb komunity CDZ pomáhají na odstraňování stigmatu a předsudků vůči osobám s duševním onemocněním. (MZČR, 2019, s. 4-11)

Právě jsem popsala roli center duševního zdraví v rámci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR. Nyní vysvětlím základní principy práce multidisciplinárního týmu CDZ, tak aby bylo možné rozklíčit roli dobrovolníků v CDZ.

Veškeré služby CDZ jsou poskytovány prostřednictvím **multidisciplinárního týmu**, který péči zajišťuje jak ambulantně, tak v terénu. Jedná se o **komunitní systém péče**. Těžištěm jeho činnosti je poskytovat intervenci v přirozeném prostředí nemocného klienta. Multidisciplinární tým je složen z profesionálů, kteří zajišťují zdravotní služby, což je psychiatr, psycholog a zdravotní sestra, kteří splňují požadavky pro péči v psychiatrii, a dále z profesionálů zajišťujících sociální služby. Těmi jsou sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, peer konzultant a další odborný pracovník splňující požadavky dle zákona o sociálních službách. (Věstník MZ ČR, 2022)

Práce týmu je zaměřena na celkovou podporu klienta, která směřuje k jeho **úzdavě (recovery)** v souladu s holistickým přístupem dle bio-psycho-sociálního modelu, včetně aktivit směřujících k odstraňování stigmatu a předsudků. V odborných publikacích se poukazuje na úzdravu klienta ve smyslu zachování či znovunaplnění rodinných, sociálních, pracovních i společenských rolí. Snahou je zajistit, aby klienti nebyli závislí na službách duševního zdraví, jako jsou denní centra, chráněná bydlení, sociální terapeutické dílny atd. Tento přístup se odlišuje od dříve uznávaného chápání uzdravení jako stavu po odeznění příznaků (symptomů) nemoci. (MZČR, 2019, s. 5-10) Zotavení Anthony (1993) in Pfeiffer (2022, s. 7) definuje jako *„hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností*

a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobné duševním onemocněním překoná.“

Součástí multidisciplinárního týmu v CDZ jsou **peer konzultanti**. Jejich zapojením do procesu zotavení osob s duševním onemocněním je naplňován jeden ze strategických cílů reformy, kterým je zavedení systému zapojování lidí s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků do procesu zotavení, což umožňuje hledat zdroje pro úzdravu v jejich přirozeném prostředí. Podmínkou pro práci peer konzultanta je jeho osobní zkušenost s duševním onemocněním z okruhu SMI, čímž má v týmu naprosto specifickou roli, neboť jeho nástrojem pomoci je právě předávání jeho vlastní zkušenosti se zotavením ze závažného duševního onemocnění, tím dodává klientovi i jeho rodinným příslušníkům naději na zotavení, svým pozitivním příkladem prohlubuje zotavení a podporuje u klienta nalezení nového zaměstnání či **dobrovolnické práce**. Součástí jeho práce v CDZ jsou činnosti jak na půdě zařízení, které ho zaměstnává, tak v přirozeném prostředí klienta. Může se jednat o doprovázení klienta na procházky či o spolupráci s rodinnými příslušníky klienta, organizování volnočasových aktivit, ale také o účast na destigmatizačních kampaních či při organizování svépomocných skupin, které podporují nemocné v pokračování terapie svépomocí v přirozeném prostředí. (Foitová, et al. ,2016, s. 10-19)

Multidisciplinární tým CDZ pracuje formou case managementu, což znamená, že každý klient služby má svého klíčového pracovníka neboli case managera, jehož roli zajišťuje sociální pracovník. Case manager zajišťuje péči o klienta a zároveň spolupráci mezi jednotlivými pracovníky týmu, důležitost jeho role vyplývá ze zajišťování spolupráce nejen mezi členy týmu, ale i se subjekty z komunity tak, aby došlo k naplnění individuálního plánu úzdravy klienta. Za tímto účelem case manager „*provádí sociální šetření, sociální poradenství, nácvik sociálních dovedností. Pracuje s celou komunitou, mobilizuje sociální zdroje komunity, vytváří prostředí pro inkluzi klientů/pacientů do podmínek běžného života.*“ (MZČR, 2019, s. 14)

V souvislosti s cílem CDZ, což je propojování služeb zdravotních a sociálních a v širším pojetí také s destigmatizací a propojováním potenciálních zdrojů komunity například v oblasti trávení volného času, bydlení či práce, hovoří odborné zdroje o síťování, jakožto o vytváření sítě služeb, kterými klient nepropadne do sociální exkluze. (Pfeiffer, 2022, s. 6) Právě tady je prostor pro dobrovolnickou činnost, neboť, jak říká Šimková (2011) in Zášková a Mojžíšová (2011, s. 66): „*dobrovolníci mohou být přirozeným mostem, který propojuje zdravotnickou a sociální oblast*“.

1.1.7 Role dobrovolníků v centrech duševního zdraví

Odborná veřejnost se shoduje na důležitosti role dobrovolnických aktivit v komunitních sociálních službách jako nenahraditelného nástroje sociální inkluze osob se zdravotním znevýhodněním, neboť profesionálně vedené sociální služby mnohdy nedokážou zajistit všechny potřeby svých klientů právě bez pomoci dobrovolnických aktivit. Jiní autoři hovoří o dobrovolnictví jako o jedné ze sociálních strategií vedoucích k sociální inkluzi, přičemž definují sociální inkluzi jako proces založený na využívání kombinace různých sociálních strategií, směřující proti exkluzi/vyloučení. (Sowík, 2011, s. 46) **Pokud tedy budeme považovat dobrovolnické aktivity jako nástroj vedoucí k sociální inkluzi, mají své místo při vytváření sítě služeb, kterými klient CDZ nepropadne do sociální exkluze.** Dobrovolnictví v CDZ se může uplatnit jako **doplňěk terénní či ambulantní péče** a může být poskytováno formou **dobrovolné osobní asistence**, což je dobrovolnictví založené na vztahu dvou lidí, takto mohou vznikat i přátelské vztahy mezi pomáhajícím člověkem a příjemcem služby. Dobrovolnictví se zde může uplatnit i specifickým způsobem jako **metoda nespecifické rehabilitace** a aktivizace zdravotně postiženého nemocného, jak o ní hovoří odborníci, neboť může pozitivně ovlivnit sebehodnocení klienta. (Hestia [online], s. 7) O větším zapojení laické dobrovolnické pomoci v péči o duševní zdraví píše Štverka Kořínková et al., (2021 a, s.4-8), podle této autorky Strategie reformy otevírá nové trendy v komunitní péči o lidi s duševním onemocněním, které nově vytvářejí podmínky pro větší zapojení laické **dobrovolnické** pomoci do oblasti péče o duševní zdraví. Potenciál dobrovolnických aktivit v péči o lidi s duševním onemocněním vidí autorka zejména v odstraňování předsudků, výrazně mohou pomoci ke **zmírňování stigmatizace** v péči o lidi s duševním onemocněním.

1.1.8 Role dobrovolníků v lůžkové péči o duševně nemocné

Strategie reformy si za jeden z cílů vytýčila humanizaci a destigmatizaci psychiatrické péče, za tímto účelem v souladu se Strategií reformy vznikají nové přístupy v péči, nový systém komunitní péče, jak je popsáno výše. Bohužel však i přes tyto snahy, stále zůstává akutní část léčby lidí trpících SMI formou hospitalizace v psychiatrických nemocnicích a psychiatrických odděleních všeobecně zaměřených nemocnic. Cílem reformy je i během nemocniční lůžkové péče vytvořit pozitivní prostředí, je kladen důraz na podpůrné lidské interakce, které pozitivně ovlivňují kvalitu života, což vytváří podmínky pro **podpůrné dobrovolnické programy**, které jsou zaměřené na laickou dobrovolnickou psychosociální podporu pacientů, hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích. (Štverka Kořínková et al., 2021 a, s. 4-5) Tito autoři uvádí, že dobrovolnické programy zaměřené na podporu hospitalizovaných nemocných pacientů

s vážným duševním onemocněním mohou významně zkvalitnit těmto lidem život během hospitalizace a pomoci jim v návratu do normálního života. Z pohledu celé společnosti dobrovolnictví na psychiatrických odděleních pomáhá velmi výrazně k destigmatizaci a k odstraňování mýtů a předsudků o lidech s duševním onemocněním. **Role dobrovolnické činnosti ve zdravotnickém zařízení je definována jako podpůrná činnost, která nenahrazuje odbornou práci personálu zařízení**, cílem je doplňovat odbornou péči, pomáhat zlepšovat psychické rozpoložení nemocného a předcházet sociální izolaci v důsledku hospitalizace. **Dobrovolnické aktivity** vykonávané v psychiatrických nemocnicích jsou velmi rozmanité. Lze je rozdělit na **specifické**, které jsou zaměřené individuálně na konkrétní cíl a efekt u daného pacienta a pomáhají zvýšit efekt léčby, patří sem například zooterapie, canisterapie, hipoterapie, a na **nespecifické aktivity**, které lze charakterizovat jako volnočasové aktivity jako například skupinové hraní společenských her, četba, či rozhovor. Může se jednat o individuální činnosti, jejichž cílem je podpořit komunikaci a rozšířit sociální kontakty, jedná se o roli společníka při trávení volného času. (Štverka Kořínková et al., 2021 b, s. 13-22)

1.1.9 Specifika dobrovolnictví v péči o osoby s duševním onemocněním

Odborníci upozorňují na specifika a odlišnosti dobrovolnické činnosti vykonávané v péči o osoby se závažným duševním onemocněním oproti dobrovolnických aktivit, které je možné realizovat pro osoby s jiným typem onemocnění. Jedná se o specifické faktory související zejména s projevy a příznaky duševního onemocnění jako jsou například projevy zdánlivě bezdůvodné agrese či naopak apatie nebo sociální dopady onemocnění, které se promítají do obsahu komunikace a pro nezkušeného dobrovolníka nejsou vždy srozumitelné a mohou jej zaskočit. Odborníci přitom zdůrazňují, že právě zpětná reakce dobrovolníka na takové nepochopitelné jednání je velmi důležitá, z tohoto důvodu práce s touto cílovou skupinou klade vysoké nároky na přípravu dobrovolníka ještě před zahájením dobrovolnické aktivity. Duševní onemocnění má totiž zásadní vliv na fungování v sociálních rolích, a to se promítá do obsahu komunikace nemocného s dobrovolníkem, na což se musí dobrovolník emocionálně připravit, neboť životní příběhy lidí se závažným duševním onemocněním můžou být velmi emocionálně vyčerpávající. (Štverka Kořínková et al., 2021 a, s. 8) Stejní autoři upozorňují na velmi jemnou hranici mezi odborně vedenou terapeutickou aktivitou a dobrovolnickou podpůrnou aktivitou poskytovanou ve zdravotnickém zařízení, je nutné tuto hranici přesně definovat. S tím souvisí důležitost výběru nemocného a individuálního posouzení cíle poskytované dobrovolnické činnosti a stejně tak klade velký důraz na výběr vhodného dobrovolníka a na jeho odpovídající proškolení. S tím souvisí také důraz na výběr dobrovolnické činnosti a vyhodnocení z hlediska

bezpečnosti pro všechny zúčastněné. Pokud tedy shrneme specifika dobrovolnictví v péči o duševně nemocné klienty, jedná se o rozdíly související:

„S výběrem vhodných dobrovolníků a obsahem jejich proškolení

S výběrem pacientů, pro které bude vhodné zapojení do určitého typu aktivit s dobrovolníkem

Se specifickými prvky interakce a komunikace s pacienty s duševním onemocněním

Se specifiky provozu psychiatrických oddělení a delší dobou hospitalizace pacientů“

(Štverka Kořínková et al., 2021 a, s. 6) Na uvedená specifika autorka upozorňuje v souvislosti s dobrovolnickými programy v nemocnicích, s jistotou je však lze aplikovat také na dobrovolnictví, poskytované osobám se závažným duševním onemocněním v komunitních a sociálních službách.

Kapitola věnovaná reformě psychiatrické péče se podrobně zabývala příčinami vedoucími ke schválení Strategie reformy psychiatrické péče, která započala systémové změny v péči o lidi s duševním onemocněním a klade důraz na přesouvání profesionální péče z psychiatrických nemocnic do prostředí komunity. Studium odborných zdrojů jsme se dozvěděli o nových přístupech v péči o lidi s duševním onemocněním, o vytvoření nové pozice peer pečovateli, lidí, kteří mají osobní zkušenost s duševní nemocí a jsou součástí komunitních týmů. Dozvěděli jsme se, že Strategie reformy klade důraz na úzdravu nemocného, na jeho zplnomocňování v tomto procesu a na důležitost hledání zdrojů pomoci v přirozeném prostředí nemocného, hovoří o síťování. Odborníci poukazují na specifické postavení dobrovolníků v péči o lidi s duševním onemocněním, neboť jsou na hranici dvou světů – zdravotního a sociálního. Kořínková et al. upozorňuje na důležitost využívání zdrojů z oblasti laických dobrovolníků, zdůrazňuje však specifika a odlišnosti u dobrovolnických aktivit pro osoby s duševním onemocněním.

Následující kapitola bude věnována lidem trpícím duševním onemocněním a objasnění pojmu závažné duševní onemocnění, zejména se zaměřením na projevy duševního onemocnění a jeho sociální dopady ve vztahu k dobrovolnictví.

1.2 Lidé s duševním onemocněním

Cílem této kapitoly je upozornit na specifické potřeby lidí s dlouhodobým duševním onemocněním ve vztahu k potřebnosti dobrovolnické pomoci, a to zejména na projevy onemocnění, ovlivňující postavení nemocného ve společnosti, vedoucí k sociální izolaci.

1.2.1 Definice dlouhodobého duševního onemocnění

Termín dlouhodobé duševní onemocnění poměrně výstižně objasňuje Goldman (1981) in Matoušek (2005, s. 136), který říká: „ *Dlouhodobě duševně nemocní jsou ti jedinci, již trpí duševní poruchou (organická poškození CNS, schizofrenie, depresivní nebo manická porucha, paranoidní či jiná psychóza) či jiným onemocněním, které se může stát dlouhodobým a může snížit funkční kapacitu či nepříznivě ovlivňuje tři a více z následujících základních aspektů denního života: osobní hygienu a sebeobsluhu, směřování (cíle), mezilidské vztahy, sociální transakce, učení a rekreaci, ekonomickou soběstačnost.* “

Podrobněji specifikuje cílovou skupinu osob s dlouhodobým duševním onemocněním Liberman (1988) in Pěč a Probstová (2009, s. 97), který ji charakterizuje tzv. „*třemi „D“ (disease, duration, disability) neboli onemocněním schizofrenie, afektivní poruchy nebo poruchy osobnosti*“; dále je dlouhodobost onemocnění určena trváním nemoci delším než dva roky a v neposlední řadě přítomností postižení, což znamená, že onemocnění omezuje jedince v jeho aktivitách či fungování a způsobuje jeho závislost na službách v jeho okolí. Pěč a Probstová (2009, s. 97) upozorňují na to, že: „*v posledních letech se upustilo od pojmu chronicky nebo dlouhodobě duševně nemocný pro jeho stigmatizující nádech, namísto toho se začal používat pojem závažná duševní nemoc.*“ Kritéria závažného duševního onemocnění (dále SMI) jsou definována zejména tzv. zneschopněním jedince, což v praxi znamená, že člověk trpící vážným duševním onemocněním prodělal víc než jednou v životě psychiatrickou léčbu, intenzivnější než ambulantní, a který absolvoval alespoň jednou podpůrnou rezidenční léčbu trvající minimálně po dobu dvou let. Dalším kritériem závažnosti je narušené fungování v sociálních rolích, které se projevuje selháním v rovině pracovní, v neschopnosti udržet si a vytvářet osobní vztahy, ve snížení základních životních dovedností v péči o vlastní osobu. Častým projevem je také nevhodné sociální chování, které vede k nutnosti zásahu policie či justice. Kombinace těchto projevů vede až k sociálnímu vyloučení a zhoršení kvality života osob trpícím závažným duševním onemocněním. (Pěč, Probstová, 2009, s. 97-98)

Na negativní důsledky závažného duševního onemocnění upozorňují výzkumníci Farkač a Kondrátová (2019) ve své studii, kde mimo jiné upozorňují na sníženou věkovou hranici dožití o 25 let u lidí trpících závažným duševním onemocněním, což je způsobeno nezdravým

životním stylem, či vyšší mírou sebevražednosti následkem vlivu onemocnění. Závažné duševní onemocnění často způsobuje nemocnému snížení sociálního fungování a tím vede ke ztrátě sociálních kontaktů či zaměstnání. V konečném důsledku způsobuje velkou zátěž pečujícím a celé společnosti. Také Urban et al (2018, s.73) upozorňuje na ohrožení chronickým průběhem nemoci, na opakované hospitalizace či v konečném důsledku na ohrožení sociálním vyloučením u lidí trpících vážným duševním onemocněním, pokud tito lidé nemají kvalitní péči pro zajištění individuálních potřeb v jeho přirozeném prostředí.

Výše jsem charakterizovala cílovou skupinu osob s dlouhodobým duševním onemocněním. Na základě zjištěných informací ohledně užívání nového označení pro skupinu dlouhodobých duševních nemocí, je dále v textu již užíván nový termín pro zkoumanou skupinu nemocí, a to **závažné duševní onemocnění (SMI)**.

V následujícím textu popíšu základní projevy schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy a dále afektivní poruchy spadající do okruhu závažných duševních nemocí, tyto poruchy mají vážný praktický dopad na sociální fungování jedince trpícího duševním onemocněním.

1.2.1.1 Schizofrenie

Toto onemocnění je považováno za jednu z nejzávažnějších psychických poruch. Vágnerová jej popisuje jako duševní poruchu, „*kteřá se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.*“ (Vágnerová, 2002, s. 177) Pro toto onemocnění je typická porucha koncentrace, ulpívavé myšlení, nebo naopak chaos různých myšlenek. Myšlení není plynulé, je bez vzájemné logické návaznosti a velmi často odráží individuální bludy a halucinace. Porucha myšlení ovlivňuje sebehodnocení člověka trpícího schizofrenií, nemocný se často neorientuje sám v sobě ani v okolním světě, nepoznává blízké a dochází k odtržení od okolního světa a ke ztrátě svého já, své vlastní identity. Onemocnění ovlivňuje emoční prožívání, což způsobuje citové oploštění až otupělost, jako obranu před nepříznivými pocity a následně může vést až k sociální izolaci. (Vágnerová, 2002, s. 178-179) Naopak odborníci Máhrová a Venglářová (2008, s. 77) upozorňuje na lenivost, negativismus, sníženou motivaci a vůli jako projev narušení volných funkcí u nemocných trpících schizofrenií. Různí autoři se shodují na tom, že schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, s obvyklým začátkem v období dospívání nebo rané dospělosti, které vážným způsobem narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Nemocní trpí nenaplněnými potřebami, které jsou způsobeny sníženou nebo zcela znemožněnou schopností soustavně vykonávat pracovní činnosti, často nedokončí studium. Negativní projevy

nemoci způsobují neschopnost navazovat přátelské či intimní vztahy. (Ocisková, Praško, 2015, s.45-48)

Podle různých autorů může být začátek nemoci náhlý, projevující se vážně narušeným chováním, změnou zájmů, uzavíráním se do vlastního světa, pasivitou, úzkostí, nebo plíživým, postupným rozvojem podivných myšlenek a chování, ale také zažívacími potížemi, bolestmi svalů, zad, které jsou neurčité. Pro diagnostiku schizofrenie jsou důležité příznaky choroby, které odborníci dělí na *pozitivní příznaky*, pro které jsou typické bludy, halucinace, a které lépe reagují na léčbu farmaky a na *negativní příznaky*, které na léčbu reagují hůře. Typickými projevy je snížení emočních reakcí a myšlenkových procesů projevujících se například sníženou vůlí, neschopností prožívání radosti či smutku, vyjadřovacími potížemi. (Probstová, Pěč, 2014, s.41-48)

Na skutečnost, že schizofrenie není nutně definitivní úděl, upozorňuje Mahrová a Venglářová (2008, s. 76), a dále uvádí, že zhruba jedna třetina nemocných se po první atace nemoci uzdraví, druhá třetina mívá průběh kolísavý, kdy čas od času se objeví akutní ataka, která následně ustoupí a teprve poslední třetina nemocných má průběh pozvolný, u kterého dochází neustále ke zhoršování potíží. Rozlišujeme čtyři základní formy schizofrenie: Paranoidní schizofrenie, simplexní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie a katatonní schizofrenie.

1.2.1.2 Schizoafektivní porucha a schizotypní porucha

Máhrová, Venglářová (2008, s. 77) charakterizuje schizoafektivní poruchu jako přechod mezi schizofrenií a afektivními poruchami. Pro onemocnění je typický výskyt příznaků schizofrenie při současných změnách nálad ve smyslu mánie či deprese, které jsou typické pro afektivní poruchu. Různí autoři rozlišují podle charakteru těchto příznaků tři typy – manický, depresivní a smíšený typ. Probstová, Pěč (2014, s. 41) doplňuje, že tato porucha má lepší prognózu, než schizofrenie, neboť mívá i období plné remise. Pro schizotypní poruchu je typický pozvolný nástup příznaků v oblasti myšlení a emočního prožívání, jako například citový chlad, vztahovačnost, sociální stažení, trvající minimálně dva roky. (Probstová, Pěč, 2014, s. 41)

1.2.1.3 Trvalé duševní poruchy s bludy

Pro trvalé duševní poruchy s bludy je typický pozdní nástup nemoci, většinou kolem 50. roku věku, projevující se bludy, které nejčastěji nastupují po proběhlé stresové reakci a trvají obvykle méně než jeden měsíc. Bludy mají typický obsah pronásledování, žárlivosti nebo křivdy. (Probstová, Pěč, 2014, s. 41) Bludy bývají dlouhodobě přítomné, a jak zdůrazňuje Mahrová, Venglářová (2008, s.77), je tato choroba velmi obtížně ovlivnitelná léčbou.

1.2.1.4 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy patří mezi nejčastější duševní onemocnění a můžeme charakterizovat jako poruchy nálad, které jsou doprovázeny dalšími potížemi fyziologickými, kognitivními jako jsou například poruchy spánku či příjmu potravy, zrychlené myšlení, přeceňování se, slovní agresivita, podrážděnost, nebo naopak skleslost, úzkost, smutek, ztráta sebeúcty, nadměrná spavost i během dne, snížení sexuální aktivity, bolesti hlavy, změny váhy, poruchy soustředěnosti a poruchy paměti či zpomalené psychomotorické tempo, apatie. Všechny tyto potíže jsou závislé od fáze, ve které se nemocný nachází. Patří sem dva základní okruhy, **manický a depresivní**. Někteří odborníci upozorňují na to, že u dlouhodobých depresivních a bipolárních fází vzniká nebezpečí výrazných psychických a sociálních omezení. (Probstová, Pěč, 2014, s.63-89)

Tam, kde se střídají fáze manické a depresivní hovoříme o **bipolární afektivní poruše**. Pro toto onemocnění je charakteristické hluboké narušení úrovně činnosti a nálady. Střídají se období nadměrné aktivity a energie s obdobím nedostatku energie, nejčastěji tyto epizody nastupují po prodělané stresové události a trvají různě dlouho. Depresivní fáze může trvat několik měsíců až rok a manická fáze netrvá zpravidla déle než 4–5 měsíců. (Mahrová, Vendlářová, 2008, s. 77-79) Jiní odborníci zdůrazňují, že bipolární afektivní porucha je, stejně jako schizofrenie, závažné duševní onemocnění, které negativně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Odborné studie uvádějí, že téměř u třetiny nemocných trpících bipolární poruchou opakovaně dochází k relapsu onemocnění s nárůstem osobnostních změn a snížení kognitivních funkcí a také s negativními sociálními důsledky v důsledku snížení příjmů ze ztráty zaměstnání. (Mohr et al, 2012)

1.2.2 Sociální dopad závažného duševního onemocnění

Předcházející kapitola byla věnována stručné charakteristice závažného duševního onemocnění a blíže jsem se věnovala popisu vybraných duševních poruch z tohoto okruhu. Nyní si přiblížíme, jakým způsobem ovlivňuje závažné duševní onemocnění sociální fungování trpícího.

Různí odborníci upozorňují na skutečnost, že sociální dopady závažného duševního onemocnění jsou rozmanité, stejně jako je rozmanitá škála psychiatrických poruch. Záleží na mnoha aspektech, jako je věk, gender, sociálně – ekonomická situace, ve které se nemocný nachází, intenzita onemocnění a jeho projevu. **„Závažné psychiatrické onemocnění lze chápat jako vážnou „biografickou“ poruchu, která podkopává strukturu „obyčejného“ života“** (Bury, 1992 in Pěč a Probstová, 2009, s.16) Tito odborníci upozorňují na skutečnost, že SMI

vždy změni běžný život a očekávání do budoucna, a to, do jaké míry, závisí na tom, v jaké fázi života jej zastihne. Zda nemoc zastihne mladého člověka na začátku pracovní kariery, či na studiích, nebo zda zastihne staršího člověka. Jiný dopad onemocnění má pro ženu a jiný pro muže. U mladých lidí závažné duševní onemocnění způsobí, že jen velmi zřídka zakládají rodiny, často žijí se svými rodiči, což způsobuje konfliktní situace, napětí, stres a úzkosti. Rodiče často až kontraproduktivně pečují o své nemocné děti. (Ocisková, Praško et al., 2014)

Odborníci uvádí, že v obecné rovině lze říci, že SMI vždy negativně ovlivňuje **naplňování potřeb a přání**, kterým závažné duševní onemocnění brání a k jejich naplnění potřebují podporu ze strany profesionálů ale i blízkého sociálního okolí. (Pěč, Probstová, 2009, s. 15-16) Kron (2003) in Pěč, Probstová (2009, s. 17) tyto potřeby rozděluje do čtyř skupin: „*podpora při tom, jak (se naučit) zvládat hendikep a jeho psychické důsledky, pomoc při osobním úsilí o zotavení; uspořádání si věcí (také z minulosti), nalezení životních plánů a očekávání, získání sebedůvěry a postarání se o sebe sama; podpora při budování a udržování sociálních kontaktů a vztahů (včetně intimacy a sexuality), potřeba akceptace a integrace, kontinuity ve vztazích, pocitu začlenění; podpora při nacházení a udržování práce, vzdělávání nebo jiného denního programu.*“ Stejní autoři zdůrazňují, že lidé trpící závažným duševním onemocněním mají velkou **potřebu lépe zvládat svůj život**, a proto trpí nedostatkem zájmu o svoji osobu ze strany jiných lidí, žijících v jejich okolí, ale také nedostatkem zájmu ze strany profesionálních pomocníků. Rádi by se naučili žít s hlasy, depresemi, úzkostmi. Uvedení autoři zdůrazňují, že v podpoře klientova úsilí o zvládání negativního dopadu nemoci mohou pomoci, vedle profesionálů, také přátelé, kolegové, členové rodiny, svépomocné skupiny i další neformální poskytovatelé péče. (Pěč, Probstová, 2009, s. 17-19) Stejní autoři se také zamýšlí nad **nenaplňenou potřebou aktivně trávit volný čas** s vrstevníky, přáteli, ale také se sousedy a tím se účastnit na životě v komunitě. (Pěč, Probstová, 2009, s. 128)

U bipolární poruchy upozorňuje Probstová, Pěč (2014, s.70, 81) na tragické následky manického chování, které mohou zasáhnout celou rodinu, neboť nemocný v této fázi nemoci nedokáže kriticky vyhodnocovat důsledky svých rozhodnutí, často se zadlužuje či vážně přetrhá rodinné či partnerské vztahy. Naopak depresivní fáze a z toho plynoucí změny nálady, pomalé psychomotorické tempo, poruchy pozornosti, apatie, nedostatek energie a vůle, neschopnost udržet vztahy a další projevy vedou **k sociální izolaci**.

Na velmi významný sociální dopad závažného duševního onemocnění upozorňují různí odborníci. Je jím **stigmatizace**, která je natolik vážná, že může být předmětem jiné samostatné práce. Zde bych pouze stručně upozornila na negativní důsledky jejího vlivu na sociální fungování trpícího duševním onemocněním. Stigma působí na úrovni veřejné, strukturální

a osobní. Negativní důsledky stigmatizace na osobní úrovni závisí na míře vnímání stigmatizace trpícím jedincem a dále na míře prožívání, či zakoušení stigmatu ve svém životě a konečně na tom, jak stigma přijme za vlastní a do jaké míry se s ním identifikuje. Právě míra identifikace se stigmatem způsobuje sebestigmatizaci, která zapříčiňuje snížení sebedůvěry, změnu hodnocení sebe sama a ztrátu pozitivního pohledu na sebe. Nemocný v důsledku sebestigmatizace často ztrácí motivaci pokračovat v léčbě, stahuje se do sebe a **izoluje se od okolí**, což může vést k rozvoji sociální fobie. Různí odborníci se shodují na tom, že stigmatizace má za následek **sociální izolaci**, vedoucí až k sociálnímu vyloučení, **ztrátu pracovních návyků, zanechání studia, vyhýbání se přátelům až ztrátu sociálních kontaktů a vazeb**. (Ocisková, Praško et al., 2014) Většina autorů upozorňuje na skutečnost, že je často **složitě navázat komunikaci** s člověkem trpícím duševním onemocněním, neboť může být nedůvěřivý, vztahovačný, jeho myšlení odbíhá k nepodstatným detailům či může být ovlivněno jeho vnitřní změněnou realitou - bludy, halucinacemi. Nemocný může mluvit nesouvisle nebo si povídat sám se sebou, či se úplně vyhýbat komunikaci i s nejbližšími. Častým projevem duševního onemocnění je narušení volných schopností ve smyslu snížení vůle řešit různé životní situace a ztráty zájmu o svůj vzhled, což může vést ke ztrátě zájmu o oblékání, o osobní hygienu, stravu, nemocný pak působí zanedbaně. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 128 -129)

V tomto oddíle jsme si charakterizovali závažné duševní onemocnění a popsali sociální dopady SMI. Zjistili jsme, že odborníci upozorňují na ztrátu sociálních rolí, ztrátu pozitivního vnímání sebe sama, zhoršení či ztrátu pracovních návyků a také upozornili na nebezpečí sociálního vyloučení, neboť toto onemocnění brání ve vytváření nových sociálních kontaktů a také negativně ovlivňuje aktivní trávení volného času. Odborná veřejnost upozorňuje na to, že jednou z možností, jak zmírnit negativní sociální dopady je zapojení laické veřejnosti, neformálních skupin v komunitě z řad sousedů, přátel, kolegů z práce. V následujícím textu se budu zabývat fenoménem dobrovolnictví.

1.3 Dobrovolnictví s perspektivou reformy psychiatrické péče

V tomto oddílu se budu věnovat fenoménu dobrovolnictví a jeho přínosu pro společnost v kontextu péče o lidi se závažným duševním onemocněním. Fenoménu proto, neboť dobrovolnictví má mnoho podob a každý si pod ním představí něco jiného. Abychom tomuto pojmu porozuměli, budeme se v následujícím textu věnovat jeho významu, definicím v kontextu péče o osoby se závažným duševním onemocněním.

1.3.1 Dobrovolnictví - definice perspektivou péče o duševní zdraví

Tématem této práce je dobrovolnictví v kontextu psychiatrické péče o osoby se závažným duševním onemocněním v probíhající reformě psychiatrické péče. Dle **odborníků péče o duševní zdraví stojí na rozhraní sociálního a zdravotního systému** (MPSV ČR, 2020, s. 103), proto nyní budu definovat dobrovolnictví zvlášť z pohledu zdravotnických a zvlášť z pohledu sociálních služeb. Nejprve považuji za důležité v souvislosti s dobrovolnickou činností také definovat kdo je dobrovolník, neboť je přímým aktérem vykonávajícím dobrovolnickou činnost: „*Dobrovolník je člověk, který bez nároku na finanční odměnu poskytuje svůj čas, svoji energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch ostatních lidí či společnosti.*“ Tošner, Sozanská (2006, s. 35)

Dobrovolnictví z **pohledu sociálních služeb** je pro mnohé odborníky těžké definovat, mnozí se ptají, kde je hranice mezi dobrovolnickou činností v sociálních službách a pomocí či podporou sousedovi nebo blízkému známému, který pro své zdravotní postižení potřebuje pomoc či péči od druhé osoby. Pro potřeby této práce budu vycházet z definice v manuálu Mezinárodní organizace práce OSN (ILO) (2011, s. 13), kde je dobrovolnictví definováno obecně jako: „*Neplacená, nepovinná práce, což je čas, který jednotlivci věnují bez nároku na plat aktivitám vykonávaným pro lidi mimo jejich vlastní domácnost, a to buď prostřednictvím organizace nebo přímo.*“ Hruška et al. (2018 a) v návrhu koncepce rozvoje dobrovolnictví v ČR definuje dobrovolnictví jako veřejně prospěšnou činnost vykonávanou dobrovolníkem ze svobodné vůle, v jeho volném čase a bez nároku na odměnu nebo protislužbu.

Dobrovolnictví optikou zdravotnických služeb je odborníky definováno takto: „*Dobrovolnická služba ve zdravotnictví znamená bezpečné zapojení laické pomoci do systému poskytování zdravotních služeb a péče o pacienta, která je zajišťovaná odborným zdravotnickým personálem.*“ (Štverka Kořínková et al., 2021 b, s.10). Stejní autoři přesně definují roli dobrovolníka ve zdravotnickém zařízení tak, že „*dobrovolníkem v konkrétním dobrovolnickém programu ve zdravotnictví se občan stává v okamžiku, kdy písemným souhlasem přijme pravidla v něm stanovená.*“ A dále specifikují, že dobrovolníkem může být pouze ten, který je

v rámci programu dobrovolnictví ve zdravotnictví evidovaný a vykonává dohodnutou dobrovolnickou činnost. (Štverka Kořínková et al., 2021 b, s. 10)

Právě jsme si pojmenovali dobrovolnictví ze dvou úhlů pohledu. Z definice dobrovolnictví ve zdravotnických službách vyplývá, že se jedná o činnost vykonávanou organizovaně, naproti tomu definice dobrovolnictví v sociálních službách není takto jednoznačná. V odborných zdrojích se můžeme dozvědět, že v sociálních a zdravotních službách je důležité, aby dobrovolnická činnost probíhala organizovaně, pod záštitou organizace. Důvodem je péče o dobrovolníka, tak aby měl zajištěné potřebné zázemí a podporu a dalším důvodem je specifická prostředí, které klade vysokých nároky na přípravu či zaškolení dobrovolníka.

Nyní se budu věnovat organizaci dobrovolnictví perspektivou péče o osoby s duševním onemocněním. Z výše uvedených definic vyplývá nezbytnost organizované dobrovolnické činnosti, proto se v následujícím textu zaměřím na dobrovolnictví formální a neformální.

1.3.2 Formální a neformální dobrovolnictví

Z pohledu organizace dobrovolnické činnosti rozlišujeme formální dobrovolnictví a neformální dobrovolnictví, Považuji za důležité popsat rozdíly ve způsobu vykonávání této činnosti.

Neformálnímu dobrovolnictví v odborných kruzích není věnována významná pozornost, neboť, jak vysvětluje Frič, Pospíšilová (2010, s. 11), je konceptuálně velmi těžce uchopitelné, a proto není často ani předmětem výzkumů. V péči o osoby s duševním onemocněním má však své místo, neboť se jedná o přímou pomoc v přirozeném prostředí osoby, která tuto pomoc potřebuje, na což upozorňuje Frič, Vávra (2012, s.45), také uvádí, že většina autorů se shoduje na tom, že u neformálního dobrovolnictví jde o tzv. „přímou pomoc“, která není zprostředkována formální organizací, jsou to lidé v první linii a reagují na aktuální situaci v jejich okolí, pomáhají lidem v tíživé životní situaci. Často je definováno jako negace formálního dobrovolnictví: *„trvajících, neplacených služeb, které jednotlivci poskytují mimo formální strukturu organizace“* (Finkelstein, Brannick (2007) in Frič, Pospíšilová, 2010, s. 10) Neformální dobrovolnictví se uskutečňuje především na komunitní úrovni, v rovině sousedských vztahů, jedná se o drobnou sousedskou výpomoc jako je pomoc s péčí o zahradu, s vedením domácnosti, hlídáním dětí či domácích zvířat, nákupy, zalévání květin. Druhým velmi častým typem neformální pomoci je pomoc laiků či poučených laiků lidem se zdravotním postižením, nemocnému či bezmocnému. (Frič, Vávra, 2012, s. 57-58) Pro neformální model dobrovolnictví je charakteristická spontánní, nahodilý kontakt, vztahy jsou neformální, založené na osobní domluvě a důvěře, vyplývá z přátelských vztahů. Nejsou zde žádné prvky supervize, evaluace nebo systematické přípravy. (Frič et al., 2001, s. 114-115) Na tomto místě

zmíním neformální pečující jejichž rozvoj podporuje strategie reformy. Jsou to lidé, kteří poskytují péči osobě závislé na podpoře, pomoci a péči rodinným příslušníkům, blízkým příbuzným nebo známým.

Formální dobrovolnictví definuje Frič, Pospíšilová (2010, s. 54) jako: „*dobrovolnou, neplacenou práci pro organizace občanské společnosti.*“ Můžeme tedy říci, že formální dobrovolnictví je definováno jako dobrovolnická činnost pro organizaci nebo prostřednictvím organizace, často je napojeno na lokální síť, čímž jsou myšleny tradiční servisní organizace, např. dobrovolní hasiči. (Frič, Pospíšilová, 2010, s.77, 108) Postupně se však formální dobrovolnictví také rozšířilo v sociálních a zdravotních rezidenčních službách a také přímo v domácnostech seniorů či lidí se zdravotním postižením. (Frič, Pospíšilová, s.196) **Pro tento model dobrovolnictví jsou charakteristická formální pravidla formou kodexů a smluv, kontrolovatelností, aktivním vyhledáváním a prověřováním dobrovolníka, plánováním, supervizí a evaluací.** (Frič et al, 2001, s.114-115) Právě tento model dobrovolnictví se v široké míře uplatňuje v péči o osoby se závažným duševním onemocněním v prostředí sociální služeb a zdravotnických zařízeních. Umožňuje zajistit potřebné odborné zaškolení dobrovolníka a další vzdělávání v případě dlouhodobého dobrovolnictví, což v práci s cílovou skupinou osob se SMI se ukazuje jako důležité. V sociálních službách mohou dobrovolníci působit podle zákona o sociálních službách za podmínek, které určuje zákon o dobrovolnické službě, a nebo mohou činnost vykonávat na základě standardů kvality č. 9, který stanovuje vnitřní pravidla pro působení osob, které nejsou v pracovně právním vztahu, což se týká například dobrovolníků. Ve zdravotnických zařízeních dobrovolníci vykonávají činnost v akreditovaných dobrovolnických programech na základě zákona o dobrovolnické službě č. 198/2002 Sb., neboť je nezbytné zajistit pro všechny zúčastněné bezpečné zapojení dobrovolníků ve vysoce profesionálním prostředí nemocnic. (Hruška et al., 2018, s. 278) Dobrovolnictví je v ČR organizováno v rámci Národních dobrovolnických center. Legislativně jsou dobrovolnické programy a mentoringové intervence implementovány podle zákona o dobrovolnictví č. 198/2002 Sb. a zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

1.3.3 Přínos dobrovolnictví v péči o osoby s duševním onemocněním

Pokud se zamyslíme nad přínosem dobrovolnictví, je třeba se na tuto otázku podívat ze dvou úhlů pohledu. Z pohledu společenského a z pohledu individuálního. Vzhledem k cíli a rozsahu práce se v následujícím textu nebudu zabývat přínosem dobrovolnické činnosti přímo pro dobrovolníka, neboť toto téma může být předmětem dalšího zkoumání, ale budu se zabývat přínosem pro příjemce pomoci.

Z hlediska **společenského významu** dobrovolnictví v péči o osoby se závažným duševním onemocněním napomáhá výrazným způsobem přispívat k destigmatizaci duševního onemocnění, a i celého prostředí, kde je poskytována psychiatrická péče. Snižuje míru obav a předsudků o lidech s duševním onemocněním a také pomáhá získat větší povědomí o problematice duševního onemocnění a o možnostech přístupu k lidem s duševním onemocněním. Dobrovolnictví ve zdravotnických zařízeních umožňuje realizovat činnosti, které by jinak nebylo možno realizovat z důvodu personálního i časové náročnosti. Může přispět k motivaci nemocného spolupracovat s personálem, či může poskytnout personálu cenné informace pro nastavení nových terapeutických přístupů v léčbě, neboť pacient při aktivitách s dobrovolníkem může reagovat pro personál novým způsobem. (Štverka Kořínková, 2021 a, s. 7-8) Obecně lze říci, že pro organizace je dobrovolnictví v těchto situacích nepostradatelné, šetří omezené finanční prostředky a vede k rozšiřování a zkvalitňování služeb organizací pro klienta. Například v sociálních službách může pomáhat zajišťovat volnočasové aktivity s klienty, namísto odborných činností, které zajišťuje personál. (Frič et al., 2002, s. r 113) V souvislosti s řešením sociální inkluze osob se zdravotním postižením se v posledních letech objevuje termín inkluzivní dobrovolnictví, který v současné době odborníci využívají jako zastřešující termín pro zapojování osob ohrožených sociálním vyloučením prostřednictvím dobrovolnictví. (Marková, 2018, s. 2)

Individuální význam dobrovolnictví v péči o osoby se závažným duševním onemocněním je zásadní zejména z důvodu sociálních kontaktů a interakcí s dobrovolníkem. V nemocnicích čas trávený s dobrovolníkem napomáhá nemocnému prolomit sociální izolaci do které se dostává při dlouhodobě hospitalizaci, napomáhá obnovovat přiměřené sociální interakce a usnadňuje mu opětovný návrat do přirozeného prostředí, posiluje jeho pozitivní emoce a ukazuje mu nové možnosti trávení volného času. (Štverka Kořínková, 2021 a, s. 7-8) Zahraniční studie zkoumají nový trend dobrovolnického programu v komunitní péči, tím je program „přátelství“, v některých odborných zdrojích je nazýván jako „asistované přátelství“. Výzkumníci Burn, Chevalier, Leverton et al. (2020) ve své studii upozorňují na pozitivní vliv tohoto dobrovolnického programu právě pro cílovou skupinu osob se závažným duševním onemocněním. Studie ukázala pozitivní vliv na sebeúctu nemocného, na zvýšení sociálních kontaktů a celkově na vyšší kvalitu života. Nemocní vnímali tento vztah s dobrovolníkem jako most nad propastí mezi duševním onemocněním a společností, od které se cítili izolovaní v důsledku onemocnění. V souvislosti s často užívaným termínem inkluzivní dobrovolnictví vidí Pospíšilová s Markovou (2017, s. 5) hlavní přínos inkluzivního dobrovolnictví pro osoby se zdravotním postižením zejména v rovině sociálních vztahů a kulturní a společenské

integrace. Dobrovolnictví by dle nich mělo přispívat k vytváření přemostujících sociálních vazeb napříč homogenními skupinami. Přínosy pro osoby ohrožené exkluzí, zapojené do dobrovolnictví shrnuje do šesti hlavních kategorií:

- sociální síť: nová přátelství, překonání společenské izolace;
- dovednosti, znalosti a zkušenosti: dovednosti využitelné v práci, jazykové znalosti;
- osobní rozvoj: sebedůvěra, sebevědomí, pocit smyslu, užitečnosti;
- zaměstnanost a zaměstnatelnost: vytvoření pracovních návyků, dovedností;
- využití volného času: alternativa péče o rodinu, náhrada placeného zaměstnání;
- fyzické a psychické zdraví: usnadnění zvládnutí stresu, úzkosti, izolace. (Pospíšilová, Marková, 2017, s. 3)

Příkladem dobré praxe, která reaguje na nové přístupy v péči o lidi s duševním onemocněním je občanské sdružení Práh jižní Morava, z.ú., které pomáhá lidem s dlouhodobým duševním onemocněním na cestě v jejich zotavení tím, že nabízí podporu klienta v jeho přirozeném prostředí, jako je poskytování pomoci při řešení problémů v oblasti práce, samostatného bydlení, v mezilidských, rodinných a partnerských vztazích a podporuje smysluplné trávení volného času. Součástí poskytovaných služeb je také aktivní spolupráce s dobrovolníky, kteří se zapojují do činností při individuálním trávení volného času, či se účastní skupinových volnočasových aktivit nebo pomáhají při destigmatizačních akcích. (Práh jižní Morava, z.ú., [online]) *Následná péče Dobroduš – Diakonie ČCE – SKP v Praze* je další sociální službou, která nabízí pomoc lidem s duševním onemocněním zapojit se do společnosti. Cílem je napomáhat rozšiřování sociálních kontaktů, trénovat překonávání překážek, které se objevují v každodenním životě, motivovat k osobní angažovanosti cestou spoluprožívání a ovlivňování dění kolem sebe. Součástí služby je, mimo jiné aktivity, i akreditovaný dobrovolnický program 1+1, který je tzv. partnerství s pravidly, které zaštiťuje organizace. Dobrovolník je v roli podpory, která zprostředkovává nové zážitky, témata a kontakt s běžným prostředím. Konkrétní činnosti jsou výsledkem společné domluvy s klientem služby tak, aby společně strávený čas byl příjemný pro oba. (Dobroduš, [online])

V předcházejícím textu jsme se dozvěděli, že celá řada odborníků se shoduje na tom, že dobrovolnictví v sociální a zdravotní oblasti je velkým přínosem, pomáhá lidem se zdravotním postižením naplňovat jejich potřeby související s lidským kontaktem a pomáhá jim účastnit se společenských aktivit, kterých by se vzhledem ke svým zdravotním či sociálním omezením nemohli účastnit. Z celospolečenského pohledu pomáhá dobrovolnictví odstraňovat bariéry a předsudky či stigmata.

2 Empirická část

Cílem empirické části je zjistit názory a potřeby lidí s duševním onemocněním v kontextu s dobrovolnictvím, Identifikované potřeby lidí trpících závažným duševním onemocněním a názory odborníků na možnosti využití dobrovolníků v péči o tuto cílovou skupinu budou předmětem výzkumné zprávy. Při jejím zpracování budou využity fragmenty mé absolventské práce, která se věnovala přípravě výzkumu v cílové skupině osob s duševním onemocněním.

2.1 Cíl výzkumu

Při studiu dostupných odborných zdrojů týkajících se reformy psychiatrické péče jsem nenašla práci, která by se zabývala dobrovolnickou činností v rámci reformy psychiatrické péče, což mě přivedlo k zamyšlení se nad fenoménem dobrovolnictví v tomto výzkumu.

V předcházející teoretické části byly z dostupné odborné literatury, internetových zdrojů či výzkumných studií zpracovány informace, zabývající se problematikou postavení dobrovolníků v probíhající reformě psychiatrické péče. Byla popsána základní specifika závažného duševního onemocnění, ve vztahu k dobrovolnické činnosti. Ze zpracované teoretické části je zřejmé, že život s duševním onemocněním je velmi náročný, velmi často ovlivňuje chování nemocného, jeho prožívání, schopnost navazovat přátelské vztahy, schopnost zvládat běžné každodenní starosti a plnit pracovní úkoly. Onemocnění nemocného omezuje v plnohodnotném trávení volného času. Je zřejmé, že specifika závažného duševního onemocnění kladou nároky na výkon dobrovolnické činnosti. Aby se lidem se závažným duševním onemocněním žilo lépe, aby péče o ně vedla k úzdavě v jejich přirozeném prostředí bez sociálního vyloučení, je potřeba zjistit, jak mohou být dobrovolnické aktivity nápomocny v tomto snažení v rámci reformy psychiatrické péče.

Cílem výzkumu je identifikovat význam dobrovolnictví v psychiatrické péči o lidi s dlouhodobým duševním onemocněním a analyzovat využití dobrovolnictví v probíhající reformě psychiatrické péče.

Dílčím cílem, který pomůže naplnit cíl výzkumu, je identifikovat potřeby lidí s dlouhodobým duševním onemocněním s vazbou na dobrovolnictví. Zjistit, jak tyto potřeby vnímají samotní lidé trpící dlouhodobým duševním onemocněním a jak je vnímají zástupci zdravotního a sociálního sektoru, kteří s touto cílovou skupinou pracují.

Připravovaným výzkumem bych chtěla zjistit podrobněji potřeby lidí s dlouhodobým duševním onemocněním s vazbou na dobrovolnictví, jak tyto potřeby vnímají samotní lidé trpící

dlouhodobým duševním onemocněním a také jak je připravovaná reforma psychiatrické péče schopna využít dobrovolníky.

Hlavní výzkumnou otázku jsem vzhledem k cíli definovala takto:

Jaké názory vyjadřují lidé trpící duševním onemocněním k využití potenciálu dobrovolnictví v péči o lidi se závažným duševním onemocněním a jaké názory vyjadřují pracovníci v komunitních službách v péči o cílovou skupinu osob se závažným duševním onemocněním?

S ohledem na rozsah práce, který mi neumožňuje věnovat se všem potřebám lidí trpícím duševním onemocněním, které pociťují v každodenním životě, a na které mohou dobrovolnické aktivity reagovat, jsem na základě studia odborných zdrojů stanovila další dvě vedlejší výzkumné otázky, které se vztahují k sociálnímu dopadu onemocnění v oblasti trávení volného času a schopnosti navazování a udržování přátelských vztahů a na možnost využití dobrovolnických aktivit v předcházení negativních dopadů onemocnění v sociální oblasti. Jsou to následující otázky:

- 1. Která nejčastější omezení při každodenním trávení volného času vnímají lidé trpící závažným duševním onemocněním?*
- 2. Jaké dobrovolnické aktivity mohou pomoci zlepšovat dovednosti při aktivním trávení volného času a vytváření nových přátelských vztahů?*

Na fenomén dobrovolnictví se budu dívat z pohledu sociálního pracovníka. Pochopením potřeb osob s duševním onemocněním, jejich obav a každodenního vyrovnávání se s omezeními nemoci můžeme dospět k závěru, zda dobrovolnické programy mohou být prospěšné v pomoci lidem se závažným duševním onemocněním žít spokojený život ve svém přirozeném prostředí.

Na základě provedených prvních dvou rozhovorů jsem si uvědomila, že práce s cílovou skupinou osob se závažným duševním onemocněním je natolik specifická, že je otázka, jaký způsob přípravy dobrovolníka před začátkem služby je nezbytný. Proto jsem se rozhodla zabývat se ještě třetí výzkumnou otázkou:

- 3. Jaký způsob přípravy dobrovolníka před začátkem dobrovolnické aktivity je vhodný?*

Výsledky zjištěného zkoumání mohou být užitečné pro sociální práci, neboť mohou pomoci v rozšíření dobrovolnických aktivit v oblasti péče o osoby se závažných duševním onemocněním a pomoci jejich začlenění do systému profesionálně řízeného dobrovolnictví v rámci pokračující reformy psychiatrické péče.

2.2 Metodologie

Metodu kvalitativního šetření, jehož základem je technika sběru dat polostrukturovaným rozhovorem, považuji za vhodný způsob zpracování výzkumu. „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů, založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“(Švaříček, Šed'ová, 2007, s.17) Vzhledem ke zkoumání fenoménu dobrovolnictví jsem se přiklonila k metodě kvalitativního výzkumu, neboť nám pomůže porozumět specifickému postavení dobrovolnictví v péči o osoby se závažným duševním onemocněním. Odborníci se shodují na tom, že kvalitativní výzkum poskytuje podrobné informace o tom, proč se daný fenomén objevil, pomáhá pochopit, proč lidé jednají určitým způsobem a umožňuje reflexivně rozkrývat skryté jevy, které pomohou pochopení reality. (Hendl, 2016, s. 49)

2.2.1 Výběr výzkumného vzorku

Cílem výzkumu je reprezentace určitého výzkumného problému, není to vzorek celé populace. Z tohoto důvodu je výzkumný vzorek konstruován záměrně s ohledem na určitý problém. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 72) V případě tohoto výzkumného šetření jsem stanovila jako kritérium pro volbu vhodných osob do výzkumného vzorku osoby se závažným duševním onemocněním. Druhým kritériem je věk. Výběr byl proveden tak, aby se jednalo o osoby v produktivním věku. Tento postup, při kterém cíleně vyhledáváme účastníky podle určitých vlastností, stavu, či příslušnosti k určité sociální nebo jiné skupině nazýváme metodou záměrného výběru. (Miovský, 2006, s.135) V našem případě se jedná o účastníky trpícími závažným duševním onemocněním.

Při výběru vhodného zkoumaného vzorku jsem čerpala z kontaktů, které jsem navázala již při studiu v rámci odborné praxe. Vzhledem k mé pracovní vytíženosti jsem neměla časový prostor na hledání nových kontaktů, navíc jsem měla osobní zkušenost z výzkumu, jež byl součástí mé absolventské práce, že získat potřebnou důvěru respondentů, která je pro sdílení citlivých informací během rozhovoru velmi důležitá, není tak snadné a vyžaduje dostatečný časový prostor. V prvotní fázi přípravy výzkumu jsem tedy oslovila sociální pracovníci psychosociálního centra s dotazem, zda by byli jejich klienti a zaměstnanci centra ochotni zúčastnit se mého výzkumu absolvováním polostrukturovaných rozhovorů. Následně jsem se zúčastnila setkání s klienty během jejich dopoledního programu v centru. Mohla jsem tak s nimi oživit vzpomínky na moji stáž z doby studia, což mi velmi pomohlo k vytvoření přátelské

atmosféry a pocitu bezpečí a důvěry, neboť jsem pro některé z nich nebyla zcela cizí člověk a pouhý vetřelec. Během následujících dvou měsíců byly se sociální pracovníci dohodnuty termíny k uskutečnění rozhovorů. První termíny, naplánované na léto, jsem musela z důvodu pracovních povinností přesunout až na podzim.

2.2.2 Metoda sběru dat

Pro tento výzkum jsem zvolila **techniku polostrukturovaného rozhovoru**, neboť se mi jeví pro tuto zkoumanou cílovou skupinu osob se závažným duševním onemocněním jako nejvhodnější forma. Předností tohoto typu rozhovoru je využití neformálního, klidného prostředí k vytvoření nenucené, přirozené komunikace (Miovský, 2006, s. 160-161). Právě atmosféra důvěry a bezpečí, pokud možno v přirozeném, známém prostředí, tak aby se minimalizovaly stresové situace, je pro cílovou skupinu osob se závažným duševním onemocněním velmi důležitá. Výzkumníci upozorňují na důležitost přípravy polostrukturovaného rozhovoru. Dle Miovského (2006, s. 159) je u polostrukturovaného rozhovoru definováno tzv. „*jádro interview*“, což je minimum témat a otázek, která tazatel musí probrat, záleží však na vývoji rozhovoru, v jakém pořadí budou dotazy následovat. V průběhu rozhovoru tazatel klade doplňující otázky, kterými si upřesňuje odpovědi účastníka a často i rozkrývá nová, doplňující témata, se kterými může pracovat při závěrečném zpracování a analýze dat. Cílem úvodní části rozhovoru je navázání kontaktu s účastníkem, což je velmi důležité pro získání úvodního času, při kterém se představíme, seznámíme účastníka s naším záměrem, upřesníme předpokládanou délku rozhovoru a získáme souhlas se způsobem záznamu a uložení rozhovoru pro další analýzu dat. Neméně důležitá je dle stejného autora i závěrečná fáze rozhovoru, neboť při ní si ověříme, že jsme svými otázkami nevytvořili stav nepohodlí či pocit ohrožení a také, zda účastník nepotřebuje delší časový prostor pro uzavření citlivých témat, která se při rozhovoru otevřela. Miovský zdůrazňuje, že „*neukončujeme pouze výzkumnou situaci, ale ukončujeme především lidské setkání a měli bychom tento fakt respektovat.*“ (Miovský, 2006, s. 169)

Vzhledem k cíli výzkumu jsem si připravila **dva soubory otázek**, které jsou odlišné **pro odborníky z praxe a pro uživatele péče** a měly by poskytnout odpovědi na výzkumné otázky. Rozhovory jsem uskutečnila během dvou setkání v měsíci říjnu v prostorách psychosociálního centra, tak abych zajistila pro účastníky pocit bezpečí v jejich přirozeném prostředí. Naprosto jsem se přizpůsobila jejich dennímu harmonogramu.

Během dvou setkání se mi podařilo zrealizovat celkem devět rozhovorů z původně deseti naplánovaných. Hned v úvodu rozhovoru jsem se každého účastníka dotázala, zda souhlasí

s rozhovorem a se způsobem nahrávání rozhovoru na diktafon v mobilním telefonu. Informovala jsem je o možnosti kdykoliv rozhovor ukončit. Poté rozhovory pokračovaly bez komplikací, byly nahrávány na diktafon mobilního telefonu a následně doslovně přepsány do počítače bezprostředně po uskutečnění rozhovoru. Výzkumníci tomuto procesu, kdy dochází k převodu mluveného slova do psaného textu, říkají *transkripce*. (Hendl, 2016, s. 212) Přepis jednoho rozhovoru byl poměrně časově náročný, trval asi hodinu a půl, respektovala jsem doporučení výzkumníků a zaznamenávala jsem při přepisu i neverbální součásti rozhovoru, neboť jak upozorňuje Švaříček, Šedřová (2007, s. 183), je u přepisů rozhovorů důležité nezapomenout také na neverbální součásti rozhovoru, jako jsou dlouhé pomlky, smích účastníka, či zdůraznění zvýšením hlasu, což může pomoci lépe připomenout atmosféru rozhovoru.

2.2.3 Pilotní studie, pilotáž

Někteří odborníci poukazují na přínos pilotní studie v situaci, kdy se jedná o nezkušeného výzkumníka. Byla jsem si vědoma své nezkušenosti s vedením výzkumu, i toho, s jak křehkou cílovou skupinou participantů budu jednat. Z uvedeného důvodu jsem plánovala provést pilotní studii, která by mi pomohla vyzkoušet techniku sběru dat a ověřit srozumitelnost mnou vybraných výzkumných otázek u participantů, neboť také Reichl (2009, s. 73) hovoří o pilotáži, jako o jednom z nástrojů ověřování vhodnosti techniky výběru a zpracování dat, či prověření srozumitelnosti připravovaných otázek. Po provedení prvního rozhovoru s participantem, jak ze skupiny odborníků, tak ze skupiny uživatelů péče, jsem zjistila, že zkušenosti, které jsem získala v minulosti z rozhovorů při výzkumu pro absolventskou práci, mohou využít i při tomto výzkumném šetření, proto jsem se rozhodla od pilotní studie upustit. I zde při realizaci rozhovoru jsem musela mít na mysli samotné onemocnění participanta, protože zdravotní stav a duševní rozpoložení u tohoto okruhu onemocnění je nestabilní a může způsobit i přesunutí nebo úplné zrušení rozhovoru vzhledem k únavě či indispozici. Rozhovory plynuly v atmosféře vzájemné důvěry a pohody. Ověřila jsem si, že formulace připravených základních otázek byla srozumitelná pro participanty z obou skupin.

Získané zkušenosti jsem zohlednila při plánování dalších rozhovorů, ponechala jsem si časovou rezervu pro případ, že by se rozhovor musel přesunout na jiný termín. Data získaná z obou rozhovorů jsem zahrнула do celkového výzkumného šetření.

2.2.4 Technika analýzy dat

Při volbě vlastní analýzy dat jsem vycházela z přístupu **zakotvené teorie**, kterou vypracovali Glaser a Strauss a dále ji upravili Strauss s Corbinovou. Tato teorie se zaměřuje především na sociální procesy, které vytvářejí lidské interakce a jejím cílem je vytvoření ucelené teorie, která ukazuje, jak změny podmínek ovlivňující jednání vedou ke změněným interakcím účastníků. U zakotvené teorie je základní technikou analýzy dat kódování, tímto procesem se rozumí rozčleňování množin a souborů údajů na dílčí celky za účelem vytvoření nových pojmenování, případně vytvoření nových kategorií. (Reich, 2009, s. 165) Strauss a Corbinová rozlišují tři typy kódování – **otevřené kódování**, axiální kódování a selektivní kódování. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 86 - 96) Já jsem vycházela z přístupu zakotvené teorie při rozboru dat získaných z rozhovorů, pouze jsem se přiklonila k využití techniky otevřeného kódování, neboť cílem výzkumné práce není hledání nové teorie o zkoumaném problému dobrovolnictví v reformě psychiatrické péče, ale snaha o identifikaci potřeb lidí se závažným duševním onemocněním a o možnostech využití dobrovolnické pomoci v naplnění identifikovaných potřeb. Výzkumníci techniku otevřeného kódování považují za velmi účinný základní nástroj k analýze dat u kvalitativních výzkumů, který je díky své jednoduchosti a účinnosti využíván velmi hojně, neboť na základ vytvořený pomocí této techniky mohou navazovat různé složitější analytické metody. Výsledkem je především popisné zpracování nasbíraných dat, popisuje se, jaká témata, vztahy, věci, či vlastnosti těchto kategorií se ve zkoumaných datech našly. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 211 – 222) Poté co jsem si doslovně přepsala rozhovor do počítače, následně jsem jej vytiskla a opět přečetla. Rozbor textu jsem prováděla pomocí otevřeného kódování bez využití programu. V textu jsem vyhledávala základní jednotky – koncepty a to tak, že jsem barevně zvýrazňovala důležité výroky a přidělovala jim koncepty (teoretické pojmy). Následně jsem vytvářela kategorie a to tím, že jsem do nich jednotlivé koncepty, které měly společné znaky sdružovala. Některé koncepty byly společné i pro dvě kategorie, takže mezi nimi vznikaly vzájemné interakce. V první fázi kódování jsem vytvořila čtyři kategorie, avšak při následném zkoumání jsem objevila další kategorii, kterou jsem nazvala „*bariery vnější*“. Jednotlivé kategorie a koncepty jsem si graficky znázornila tak, že jsem do jednoduché tabulky ke kategoriím přiřazovala koncepty a barevně jsem si je odlišila, což mi pomohlo lépe se orientovat v získaných datech. Takto jsem mohla snadněji odpovědět na výzkumné otázky.

2.2.5 Zajištění kvality výsledku

Po celou dobu realizace výzkumu je nutno myslet na zajištění validity, tedy pravdivosti a platnosti výzkumu. Miovský (2006, s. 255) definuje validitu jako míru platnosti zjištěných tvrzení a způsobu, jakým jsme k těmto zjištěním dospěli. Reichl (2009, s. 67) k tomu dodává, že validita zahrnuje, zda byl dosažen výzkumný cíl a zda byl získán věrný obraz skutečnosti. Hlavními kritérii při posuzování validity jsou pravdivost, důvěryhodnost, přenositelnost a spolehlivost celého výzkumu.

Kritérium důvěryhodnosti a pravdivosti jsem zajistila ve výzkumu správnou volbou participantů výzkumu. Jednalo se o osoby trpícími závažným duševním onemocněním již dlouhou dobu, od rané dospělosti. Dodržovala jsem postupy při interpretaci dat, včetně doslovné transkripce, ve výzkumné zprávě jsem použila přímé citace na podporu tvrzení. Abych respektovala kritérium spolehlivosti v kvalitativním výzkumu, během rozhovoru jsem se opakovaně ujišťovala, zda respondent rozumí jednotlivým otázkám, dodržovala jsem pravidla kódování. Odborníci upozorňují na úskalí kvalitativního výzkumu při dodržování spolehlivosti, protože nejsou všechny metody standardizované a tím dochází k nižší spolehlivosti měření. (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 39)

Přenositelnost u kvalitativního výzkumu je spíše nižší. Vzhledem ke zkoumaným objektům nelze vždy s jistotou říci, že výsledky ze zkoumaného objektu lze aplikovat na celou skupinu. (Reichl, 2009, s. 69) Vzhledem k velikosti výzkumného vzorku v mém výzkumu nepředpokládám možnost zobecnění výsledků výzkumu na celou skupinu.

2.2.6 Etické východiska výzkumu

S etickým řešením otázek se výzkumník setkává od samého začátku výzkumu, stejně tak i já jsem se jimi zabývala velmi podrobně vzhledem ke zkoumané cílové skupině, která je velmi zranitelná. Švaříček, Šedřová (2007, s. 44) zmiňuje základní etické dimenze kvalitativního výzkumu, což jsou zejména důvěrnost a poučený souhlas. Hendl (2004, s. 157) k tomu doplňuje emoční bezpečí. Těmto zásadám jsem při realizaci výzkumu věnovala velkou pozornost.

Abych dodržela zásadu důvěrnosti, ujistila jsem participanty, že nebudu nikde zveřejňovat údaje, kterými by mohli být identifikováni. Tento příslib se týkal také toho, že nezveřejním identifikační údaje o psychosociálním centru, ve kterém byl prováděn výzkum. V textu práce i v přepisech rozhovorů bylo uvedeno pouze pořadové číslo participanta a jeho jméno. Pro zajištění informovaného souhlasu jsem si připravila písemné znění informovaného souhlasu, který měl každý participant před zahájením rozhovoru k dispozici k přečtení. Zajistila jsem dostatečný časový prostor k tomu, aby se mohl vyjádřit, zda s rozhovorem i se způsobem

nahrávání na diktafon mobilního telefonu souhlasí. Participantů byli také informováni o možnosti kdykoliv od účasti na výzkumu odstoupit.

Zajistit emoční bezpečí byl pro mě velmi důležitý a náročný etický aspekt, neboť Hendl (2004, s. 158) upozorňuje na terapeutickou podobu rozhovoru, při kterém může hrozit nebezpečí, že se participant otevře ve svých odpovědích příliš. Abych nezpůsobila rozhovorem emoční nepohodu, kladla jsem předem připravené otázky velmi citlivě a opatrně. Na participanty jsem nenaléhala s odpověďmi, neboť jsem si byla vědoma své nezkušenosti a možného nebezpečí otevření nezpracovaného emočního tématu, zejména při rozhovorech s participanty trpícími závažným duševním onemocněním.

2.3 Výsledky výzkumu

V této kapitole popíšu výsledky výzkumu.

2.3.1 Identifikované kategorie

Na základě analýzy dat jsem vytvořila celkem pět kategorií, které jsem pojmenovala „aktivity“, „přínos“, „omezení“, „specifika“ a „bariery vnější“. Odpovědi jsou členěné podle příslušnosti ke skupině odborníků z praxe a ke skupině uživatelů péče.

První kategorie, pojmenovaná „aktivity“ se zabývala dobrovolnickými aktivitami, kterých se mohu účastnit lidé trpící závažným duševní onemocněním. Tady byly rozpoznatelné různé názory na typ vhodných aktivity, které by mohl zastávat dobrovolník. Objevovaly se zde kódy: vzdělávací činnosti, doprovázení, volnočasové hry, sport, kultura v komunitě, dopomoc při vyřizování, vlastní know how.

Odborníci z praxe:

Participant č. 1: „ ... *tak třeba spíše jako ty kreativní činnosti jsou přínosné, jako že někdo umí malovat. Dovedu si představit něco jako arteterapii ...*“. Participant projevil názor, že dobrovolnické aktivity by měly směřovat k vzdělávání klientů: „ ... *ta dobrovolnice, co tady byla, tak to byla španělština, výuka, vůbec povídala o těch kulturách, tak to bylo takové vzdělávací a bylo to fajn.*“

Názor mezi participanty z řad odborníků, že aktivity, které dobrovolník bude vykonávat s lidmi se závažným duševním onemocněním, budou korespondovat se zájmy dobrovolníka, ve kterých on sám vyniká, sdílel i participant č. 5: „ ... *pokud má ten člověk svoje osobní zájmy, který může třeba předat, tak je to super, že to může oživit tu nabídku programu v těch zařízeních, protože samozřejmě jsme vždycky limitovaní tím, co sami umíme a typicky teďka nikdo z nás není výtvarně nadaný, takže si na to domlouváme lidi z venku ...*“

Participant č. 3 doporučoval zaměřit se na sportovní aktivity: „ ... *jsou to sportovní aktivity, který mi přijdou jako hodně přínosné pro ty klienty ... takže ty si dovedu přestavit u těch dobrovolníků, je to třeba hrát tenis, pingpong ... potom turistáky, na výlety, do posilovny, plavat ...*“.

Participant č. 4 dával přednost tréningu kognitivních funkcí: „ ... *tak může to být třeba vedení nějakého programu, já nevím třeba trénink kognitivních funkcí, jo může si něco vyloženě připravit, kvízy ... nebo pokud například ten dobrovolník rád čte knihy, tak prostě si udělá literární klub ... nebo třeba vyšívání ...*“ Od participanta č. 4 zazněl i názor, že dobrovolník by byl vhodný i jen „ ... *víst i ty běžné rozhovory, jako třeba „jak se dneska máte, co děláte...“*“

Naprostu odlišný názor z okruhu odborníků sdílel participant č. 2: „... *volnočasovky určitě, prostě volnočasovky ... strávit s ním volný čas jenom tak, aby se nic neřešilo, prostě jenom tak jdeme na kafe, povídat si o tom co bude o víkendu a tak podobně ...*“

Uživatelé péče:

Participant č. 1: „*Trávit čas s dobrovolníkem? ... No tak nějaké procházky nebo si s ním sednout do restaurace nebo třeba ty turistické výlety třeba.*“ Tento participant měl spoustu činností, které by rád trávil s dobrovolníkem: „... *něco si přečíst ... ted' mě napadlo, že by mi něco předčítal ... jo cvičení, to ráda, to rehabilitační cvičení, to by mě bavilo hodně ... hraní her ještě mě napadá, pexeso, prší, člověče nezlob se, pak jsem si koupila hry takové speciální, ani je neumím, už jsem říkala, jestli by mě to mohli naučit... šachy bych se chtěla naučit...*“

Opakem byl participant č. 2, který si vůbec neuměl představit trávit čas s dobrovolníkem. Pasivita, která byla ovlivněna dlouhodobým onemocněním. Zřejmá byla nedůvěřivost a obava z nového: „... *na procházky chodím aji sám ...snažím se aktivovat ...*“ Na doplňující otázky, zda by si rád společně zacvičil či popovídal s někým novým odpovídal: „... *záleží s kým, jo, to je strašně důležitý. Není člověk jako člověk ... sport jsem dělal v mládí, ted' už jsou prokouřené plíce ...já mám zádové svaly mezi lopatkou špatný, takže to nemůžu ..*“ Na kole? „... *jo jo, to už taky nemůžu.*“

Participant č. 3: „... *noo, to tak nějakou pěknou dobrovolnici ... smích ... ne ne, tak jasně jako, kdyby mi třeba s něčím pomohla ... s něčím vzájemně pomohla ... nevím, jak bych to nazval. Třeba s úklidem ... nebo třeba jen tak pokecat nebo zajít do kina nebo něco ...já nevím ... To se asi nedělá?*“ Potřebu sdílení při přátelském rozhovoru znovu vyjádřil v průběhu rozhovoru: „... *no pokecat, posedět, popovídat si ... s něčím pomoct nebo poradit ... Vojta mi dokonce pomohl spravít počítač...to sdílení, společné chvíle u čaje, u kávy ... jo, když si vzpomenu, byla tady ta Iva ... chodila se mnou na procházky v covidu, jsme kecali a povídali jsme si, chodili jsme po různých výstavách .. no, tohle bych si tak dovedl představit ...*“

Kategorie „**přínosy**“ již rozkrývá pozitivní vliv dobrovolnických aktivit pro uživatele péče, kterými jsou lidé se závažným duševním onemocněním. Tady se objevily kódy: měkké dovednosti, posílit dovednosti v péči o sebe, zprostředkování obyčejných každodenních činností, důvěra v cizího člověka, sebedůvěra, inkluze, kdy – kde – co (orientace v komunitě), radost, oživení všednosti.

Skupina odborníků z praxe:

Participant č. 2: „... *měkký dovednosti ... určitě komunikační dovednosti, sociální vazby, může získat důvěru v jiného člověka ... a v sama sebe, takže vyrostete jakoby ... prostě je to styk dejme*

tomu s normální společností ...“ . „Dobrovolníci jsou jakoby spojky z té většinové společnosti ... může ukázat nějaké ty aktivity ve městě, co se dějou, nalákat takhle ... na kulturu, na sport ...“ . Další možnost vidí v: „... nějaká běžná dovednost ... co bereme normálně jako placení složenek atd ...“ Z odpovědí je zřejmé, že v dobrovolnictví vidí pomocníka v odstraňování bariér, které brání nemocnému žít život v „normální“ společnosti. Stejného názoru je také participant č. 3, navíc vidí přínos i v nácviku zvládnání běžných každodenních činností, v posilování jeho kompetencí: „... je prostředník ... zprostředkovávání vlastně takovejch úplně obyčejnejch věcí ... ten klient se nějakým způsobem může učit, jak třeba fungovat v nějakých situacích, ve kterých toho dobrovolníka vidí ... takový jakoby trénig ...“

Pro participanta č. 4 je to zejména osobnost dobrovolníka, jeho vlastní „know how“, které mezi nemocné přináší, tím pomůže ke zpestření každodenní rutiny: „... pro samotný klienty je to super, když přijde s nějakým novým nápadem, s nějakým novým náhledem na věci, že vlastně můžou dělat tu stejnou věc s jiným člověkem jinak...každý dáváme něco jiného a čím víc lidí, tak tím je to pro ty klienty obohacující...“

Participant č. 5 si všímá přínosu dobrovolníka i ve změně přístupu vnímání sebe sama, což pomáhá zmírňovat sebestigmatizaci: „Tak pokud se nebavíme přímo o té konkrétní činnosti, třeba sportovní nebo kreativní ... tak jsou to dovednosti v oblasti komunikace, nácvik potkávat se s další osobou, musí se naučit k ní chovat, vytrhne ho to s nějakých stereotypů ... to si myslím, že je největší přínos ... nový podnět toho člověka posouvá dál, zvyšuje nějakou odolnost vůči stresu, frustrační tolerance ... pokud ten dobrovolník je jako šikovnej a umí toho člověka třeba i ocenit ...potom ten klient vyroste v těch očích i sám před sebou a to je strašně důležitý, protože otázka sebevědomí ...“

Skupina uživatelů péče:

Participant č. 1 vnímá, že spoluprací s dobrovolníkem získá nové dovednosti: *...šachy bych se chtěla naučit ... že by to dělalo dobře na tu hlavu, já potřebuji, aby myslela, aby se soustředila na něco, čím je to náročnější a zvládám to náročnější, tím je mi líp ... mám ze sebe dobrý pocit a jsem taková soustředěná ... ta hlava začne více pracovat, tak to je lepší ...“ .*

Na rozdíl od předcházejících participantů, participant č.2 nesdílel stejné pocity, že by jej čas společně strávený s dobrovolníkem mohl nějak obohatit nebo posílit jeho kompetence. Z rozhovoru jsem se dozvěděla, že je v současné době se situací spokojen: „... mně sedí tady v centru lidí, mně pomáhají, znám se tady s pacientama už za těch osm let, nebo jak dlouho tady chodím ... já se snažím aktivovat ... já vám říkám, já funguju, jsem sám chlap a zvykl jsem si ...“

Participant č. 3 by čas, který stráví s dobrovolníkem považoval za: „... *byl by to takový bonus, být s dobrovolníkem*“.

Kategorie „**omezení**“ daly odpověď na bariéry, které brání využití péče dobrovolníků. Objevily se zde koncepty: komunikace, emoce, kognitivní funkce, stigma, volní vlastnosti, zodpovědnost – plnění povinností, vnímání sebe sama, sociální dovednosti, projevy nemoci, nedůvěřivost.

Skupina odborníků z praxe:

Participant č. 2 upozorňuje na náročnou komunikaci: „...*komunikace je u někoho třeba specifická ...*“ Upozorňuje však i na nebezpečí, které může být způsobeno nevhodnou komunikací dobrovolníka: „... *může dojít k nějakému komunikačnímu zádrhelu ... aby ustál ventilace klientů ...*“. Všimá si izolace klientů, jejich omezených sociálních kontaktů: „...*většina klientů chodí jen tady za náma... a pak jsou třeba jenom doma...*“ a také změněné vnímání a myšlení v důsledku vlivu nemoci: „...*ty klienti to prostě poznají, že je to o ničem, oni potřebují mít vlastně nějakou zajímavost na tom člověku ... protože naši klienti jsou velmi vnímaví, strašně chytrí v některých oblastech ... zajímá je něco a něco je vůbec nezajímá ...*“

Participant č. 3 upozorňuje na únavu či sníženou pozornost způsobenou nemocí a léky „... *jsou ty specifika, což může znamenat takovou tu větší unavenost, obtížné je zvládnout situaci z hlediska pozornosti, třeba kdyby s nimi někdo šel do kina, to, že se nezvládnou hodinu a půl soustředit ... jednoduše se snadno přetáhnou ...*“, „*Z hlediska komunikace ... vždy jsou jakoby témata citlivější, co se týká únavy, je to někdy vedlejší účinek nemoci, někdy léků ... většina těch klientů bere ty večerní léky tak kolem osmé ... jako jít nakoncert, tak to pro ně není jakoby ani varianta.*“

Participant č. 4 si všimá zvýšenou potřeby bezpečí a potřeby důvěry: „... *klienti potřebují získat větší důvěru vůbec jako k pracovníkům, i vůbec k někomu s kým se budou bavit...*“ Vnímá nebezpečí vzniklé z nevhodné komunikace, upozorňuje na nezbytnost asertivního přístupu v komunikaci, založeném na partnerství: „... *ti lidi jsou ve velké míře hodně chytrí, to znamená, že se s nimi nesmí jednat jako s dětma ...*“, současně upozorňuje také na sníženou schopnost pozornosti a vnímání: „... *jeden chce říct něco a navzájem se moc neposlouchají ...*“

Téma komunikace se objevuje u všech předcházejících účastníků, i participant č. 5 na úskalí komunikace poukazuje: „... *s téma lidma je náročná komunikace ...*“, všimá si velkého tématu sebehodnocení: „... *většina těchto lidí se cítí jako lidi druhé kategorie. Možná to zní škaredě, ale opravdu ... otázka sebevědomí je u téhle cílové skupiny hodně velké téma ...*“.

Skupina uživatelů péče:

Participant č.1 je velmi vnímavý vůči svým limitům způsobeným nemocí: „... *tak v konverzaci, v myšlení, prostě celkového zvládnání toho života ...mám problémy si trochu číst a třeba se dívat i na televizi .. ta koncentrace prostě není... že třeba rodiče se prostě o mě starají, já prostě ten život celý nezajistím prostě sama...rodiče prostě mě musí mít v péči, starat se o ty platby, aby bylo všechno zapláceno... vyřizovat na úřadech – všechno rodiče...*“. V sociálních kontaktech cítí velké omezení: „... *mám problém, že nemám tolik životních zážitků, že nemám tolik témat k té řeči, takže prostě běžné lidi takhle nevyhledávám ... takže mám kamarády tady ve službě, mám tady partnera, našla jsem si jej tady ve službě, aby to bylo takový vyvážený ... takže nevisím nikomu na krku ...*“, Připouští také, že přátele v okolí bydliště nemá: „... *v okolí bydliště nee, ne, je to to město přeci jenom...*“

Participant č. 2 připouští potíže, pokud je vystavený novým sociálním situacím: „... *když jdu do něčeho nového, tak mám takovou nejistotu a postupně aji tohle někdy zvládám...*“, z jeho odpovědí je patrná ztráta logické provázanosti, je těžké porozumět sdělení: „...*celkově omezení ani ne, ale kdekoli třeba jo, ale ne s kýmkoliv ...*“. Stěžuje si na vztahy se starými rodiči a s bratrem: „... *to teďka je to v rodině problém... já jsem tam v takovém stresu, presu, když tam jsem ...já tam bez cigára nevydržím ... teď jsem tam sedm tejdnu nebyl, to je návštěva od návštěvy co bych od nich mohl jet klidně do Kroměříže nebo tak něco...*“ Svě onemocnění vnímá jako problém v přijetí společnosti: „... *tak já to vidím mnohde, že jsou ty lidi nasraní, že jako ty schizofreniky nesnášijou, dnes se to možná zhoršilo tou ...*“ Na rozdíl od participanta č. 1, participant č. 2 únavu nepovažuje za problém, přestože připouští, že během dne odpočívá: „... *přes den si třeba někdy lehnu, třeba ve čtyři, když se natáhnu na půl hod'ky. Zase ten den jsem aktivní ... sedím u televize, něco uvařím, nakoupím, zajdu sem (do centra) nebo k lékaři...*“.

Participant č. 3 vnímá omezení širších sociálních kontaktů: „... *já nemám přátele, to jsou jenom osoby, se kterými se stýkám ... a ženy ... pár žen jsem měl snad a nešlo mi to ... sousedi, jenom se pozdravím ... na kafe spolu nechodíme, ne ne ne ... s nějakou starší paní si občas prohodíme pár vět, už má přes devadesát ...*“, ale také ze strany nejbližších rodinných příslušníků pocítuje nedostatek zájmu: „... *švigru nenavštěvuji, ona mě jednou za týden, to není moc. Ona má svůj život ...*“ a uvědomuje si úbytek sociálních dovedností: „...*já mám problémy s úklidem...*“. Participant popisuje i další z mnoha projevů nemoci v důsledku užívání léků: „... *někdy jsem po injekci úplně hotovej, já jsem jako ve svěrací kazajce ... dovedete si představit, že jste v kazajce, zavřená a měla byste něco dělat, něco jako pohybovat? ... ani spát nejde, nic nejde, prostě ...*“.

Kategorie „specifika“ pomohla identifikovat odlišnosti práce s cílovou skupinou SMI od práce dobrovolníků s jinými cílovými skupinami. Objevily se zde kódy příprava dobrovolníka, osobnostní předpoklady, zpětná vazba, hlídání hranic.

Skupina odborníků

Z odpovědí je zřejmé, že všichni participanti ze skupiny odborníků se shodli na nutnosti nějaké formy přípravy na práci s cílovou skupinou osob se SMI. Participant č. 1: „...s touhletou cílovkou, jako s málokterou je potřeba, podle mě, znát doktorské diagnózy ... tak nějak připravit toho člověka, co sem přijde, na každého klienta, upozornit ho na co se může zeptat ...“, „... je vhodný vstupní pohovor s psychologkou a vedoucí centra, aby rozhodly, jak moc je vhodný a vůbec připravený na naše klienty...“. Participant č. 2: „... cílovka je to těžká nějaký aspoň psychiatrický minimum by to chtělo, neříkám, že musí podstoupit prostě kurzy co my, ale fakt by aspoň s náma potřeboval dvakrát sednou, říct si ... jo, co teda může hrozit nebo co má čekat ... aby si uměl poradit ... ona nestačí jen ta obyčejná lidská empatie, ale trošku vhléd vlastně do toho onemocnění jako takovýho ... jsou to závažná onemocnění...“. Participant č. 3: „... jsou klienti, na které je potřeba ty dobrovolníky na ně připravit...“, „... klidně i psychiatrické minimum měli by vědět, jak se ty lidi jakoby můžou projevovat, jaký tam jsou rizika ... ale to je asi nadstandard, viděla bych to zase formou individuální ... sednout si a říct si, jo tendle člověk prostě má rád tohle, jaké situace jsou pro něj třeba těžší, co ho aspoň trošku baví, kde by byla nějaká oblast, kde se dá trošku motivovat ... jmenovat onemocnění, to mi nepřijde jako hlavní...“

Participant č. 4: „... psychiatrické minimum, aby věděl něco trošku o diagnózách a o tom, co jsou běžné projevy těch daných nemocí těch klientů, se kterými pracuje... při individuální práci je určitě nutný vědět o tom konkrétním člověku hlouběji a vědět, jaká má ta jeho nemoc specifika...“, dále si všímá osobnostních předpokladů dobrovolníka: „... musí to být člověk, který je vůbec ochoten těm lidem nějakým způsobem naslouchat a vůbec se přizpůsobit tomu ... dám příklad, byla tady dobrovolnice a klient se jí na něco zeptal a ona nechtěla odpovědět a nebyla to úplně osobní, intimní otázka ... v tu chvíli jsem viděla, že je to nepříjemný pro ni, ale to bylo nepříjemný i tomu klientovi, oni potřebují větší důvěru získat ...“.

Participant č. 5 upozorňuje na důležitost vstupního rozhovoru a mapování motivace a potřeb dobrovolníka: „... je důležitý věnovat dost času tomu rozhovoru s dobrovolníkem, v tom smyslu, že se mapuje ta jeho motivace, co od toho očekává, co si chce vlastně nasýtit ... a i on si může při tom rozhovoru uvědomit kam přichází ...“, na jeho osobnostní předpoklady: „... klade vysoké nároky na toho člověka ... tady je vlastně potřeba aby ta osobnost byla jakoby zralá, aby ustála to, že s těma lidma je náročná komunikace ...“, „... a pak určitě je fajn nějaké minimum v tom

smyslu, jak komunikovat, co může zažívat... aby uměl rozpoznat signály, že mu to (klientovi) není příjemné ... “. Nově upozorňuje na problematiku typickou u pomáhajících profesí a tou je vytyčení hranic a kompetencí: „... často se stává, že dobrovolníci nemají náhled, že tam je to překročení hranice i ze strany klienta ... typicky, jako půjčit peníze...“.

Kategorie: „**bariery vnější**“ jsem se rozhodla vytvořit abych upozornila na problematiku připravenosti společnosti pro dobrovolnické aktivity u cílové skupiny osob se závažným duševním onemocněním.

Skupina odborníků:

V odpovědích třech participantů z pěti rezonuje problematika celospolečenského vnímání potřebnosti dobrovolnické činnosti u této náročné a velmi zranitelné skupiny osob. Participant č. 2: „... dobrovolník? ... u nás málokdo se hlásí, a ještě z těch co se hlásí, málokdo ještě obstál ... ani si nejsme jisti, jestli úplně dychtíjou po té práci ... a když se hlásí, tak s nějakou aktivitou a kvůli sobě...“, „... teda z našich zkušeností, dobrýho dobrovolníka pohledat, je vlastně těžký ...“, „... v praxi je strašně těžký někoho najít ...“. Upozorňuje také na legislativní omezení: „... a navíc spousta nějakých právních omezení, s pacientem nemůže být kde kdo, musí mít nějakou záštitu ... ty právní bariéry a celý ten systém ...“.

Participant č. 4: „...nenabyla jsem vůbec dojmu, že by reforma počítala s dobrovolníky, jsou tak peerové ... ale že by tam byli lidi, co nemají vlastní zkušenost s onemocněním a jenom tak by chodili pracovat s duševně nemocnými, tak to si myslím, že tam není ...“, „... když se přihlásil někdo, tak mi přišlo, že to bylo jen z nějaké povinnosti a vlastně ve finále neměl vůbec zájem pracovat s touto cílovou skupinou...“

Participant č. 5 upozorňuje na etickou rovinu práce s touto cílovou skupinou: „... aby byli schopni třeba i pojmut otázku mlčenlivosti, že se tady můžou setkat jakoby s citlivýma tématama ...“.

2.3.2 Shrnutí – odpověď na výzkumnou otázku

V této kapitole shrnu výsledky svého výzkumného šetření a odpovím na předem stanovenou hlavní výzkumnou otázku a také na vedlejší výzkumné otázky.

Hlavní výzkumnou otázku jsem definovala takto: ***Jaké jsou názory lidí trpících duševním onemocněním k využití potenciálu dobrovolnictví v péči lidí se závažným duševním onemocněním a jaké jsou názory pracovníků v komunitních službách v péči o cílovou skupinu osob se závažným duševním onemocněním?***

Abych mohla dát odpověď na hlavní výzkumnou otázku, musela jsem nejprve hledat odpovědi na vedlejší výzkumné podotázky, které jsem si specifikovala v průběhu výzkumu. Otázkami jsem zúžila zkoumaný jev, neboť jak dobrovolnictví, tak problematika duševního onemocnění jsou fenomény, které zasahují do všech oblastí života lidí trpících duševním onemocněním, ve kterých dobrovolnictví může být velkým přínosem pro zlepšení kvality jejich životů. Tak širokou oblast není možné vzhledem k rozsahu práce zodpovědět.

Která nejčastější omezení při každodenním trávení volného času vnímají lidé trpící závažným duševním onemocněním?

V odpovědích dotazovaných participantů ze strany uživatelů péče se nejvíce vyskytovaly potíže v sociální oblasti, zejména v udržování sociálních kontaktů, a to jak ve vztahu s širším společenským okolím, tak v okruhu nejbližších příbuzných a přátel. Participantů se také zmiňují o potížích při vystavení se novým sociálním situacím a s tím spojenou konverzací. Stěžovali si také na úbytek sociálních dovedností.

V odpovědích dotazovaných participantů ze strany odborníků z praxe jednoznačně převažovaly potíže v komunikaci. Z jejich pohledu jsou lidé s duševním onemocněním velmi zranitelnou cílovou skupinou, která vyžaduje zvýšené nároky na citlivou komunikaci. Dle odborníků z praxe mají lidé v důsledku tohoto onemocnění změněné vnímání a myšlení, což je omezuje také v navazování nových sociálních kontaktů a udržení kontaktů stávajících. To vede k izolaci, v důsledku které, lidé s SMI mají změněnou schopnost sebehodnocení a mají snížené sebevědomí. Otázku sebevědomí považují odborníci za „velké téma“. Dále upozorňují na nutnost asertivního přístupu v komunikaci založeného na partnerství. Většina se shoduje také na zvýšené míře únavy a snížené pozornosti v důsledku užívání léků a nemoci, což brání nemocným plně se zapojovat do volnočasových aktivit v komunitě (např. večerní divadelní představení, kina, koncerty...).

Jaké dobrovolnické aktivity mohou pomoci zlepšovat dovednosti při aktivním trávení volného času a vytváření nových přátelských vztahů?

V odpovědích dotazovaných participantů ze strany uživatelů péče se nejvíce vyskytovalo přání trávit čas s dobrovolníkem formou procházek a přátelských rozhovorů (jen tak si zajít do restaurace a povídat si, nebo si zajít do kina), při kterých budou moci sdílet každodenní radosti a trápení. Dále by přivítali někdy také pomoc v domácnosti dobrovolníka s věcmi, se kterými si sami neví rady, jako je např. oprava počítače. Dále lidé s SMI vyjadřují potřebu trávení společného času při hraní společenských her (pexeso, člověče nezlob se, prší...) a předčítání knih. Pouze jediný z dotázaných si vůbec nedovedl představit trávit čas společně s dobrovolníkem. Zřejmá zde byla pasivita, nedůvěřivost a obava z nového.

V odpovědích dotazovaných participantů ze strany odborníků z praxe převažoval názor, že aktivity vykonávané dobrovolníkem by měly korespondovat s jeho zájmy, ve kterých on sám vyniká, tak aby mohl předat své znalosti, zkušenosti. Upozorňují na vlastní potenciál dobrovolníků, který může podporovat rozvoj sociálních dovedností osob s SMI. Participant viděli přínos pro uživatele péče v aktivitách směřujících k jejich vzdělávání, jako například arteterapie, muzikoterapie, výuka jazyků nebo trénink kognitivních funkcí. Zmiňovali se o přípravě kvízů, předčítání knih. Také zaznělo doporučení věnovat čas trávený s dobrovolníkem sportovním aktivitám, jako například turistické výlety, hraní pinpongu, tenisu či posilovna. Jiný participant upozorňoval na roli dobrovolníka jako trenéra při nácviu běžných každodenních činností, v posilování jeho sociálních kompetencí už jenom tím, že přijde a setká se s člověkem s SMI, neboť tím rozšiřuje lidem se SMI okruh nových sociálních kontaktů, je to nácvik komunikačních dovedností. Pouze jeden participant se naprosto jednoznačně shodoval s projevenými přáními uživatelů péče, lidí s SMI. Jednoznačně viděl prospěšnou činnost dobrovolníka při volnočasových aktivitách, jako je společně trávený čas povídáním o běžných každodenních zážitcích, starostech a radostech třeba u kávy nebo v parku, neboť při těchto aktivitách můžou lidé s SMI rozvíjet komunikační dovednosti, sociální vazby a získat důvěru v jiného člověka. Dobrovolník má tak být spojkou z většinové společnosti a ukázat lidem se SMI kulturní a sportovní aktivity ve městě pořádané většinovou společností.

Jaký způsob přípravy dobrovolníka před začátkem dobrovolnické aktivity je vhodný?

Tady byla otázka směřována na odborníky z praxe. Převažoval u nich názor potřeby psychiatrického minima, tak aby byl dobrovolník před nástupem do služby s cílovou skupinou osob se SMI obeznámen s projevy nemocí, kterými trpí klienti, se kterými bude pracovat. Tito odborníci se opírají při svém zdůvodnění o závažnost onemocnění této cílové skupiny osob se SMI a uvádí, že při práci s touto cílovou skupinou nestačí pouze obyčejná lidská empatie, ale je nezbytný vhled do tohoto onemocnění, tak, aby byl dobrovolník připraven na projevy a eliminovala se možná rizika volbou vhodného způsobu komunikace. V souvislosti se

specifiky komunikace považují za důležité seznámit se základními pravidly komunikace. V případě individuální práce považují tito odborníci za nezbytné, aby byl dobrovolník obeznámen podrobněji se specifickými projevy nemoci u konkrétního klienta, se kterým bude v kontaktu. Jiní participantů ze skupiny odborníků z praxe poukazují na důležitost vstupního pohovoru, při kterém budou mapovány motivace a potřeby zájemce o dobrovolnickou službu, tím je možné ověřit osobnostní předpoklady dobrovolníka, neboť práce s cílovou skupinou osob se SMI klade vysoké nároky na člověka. Předpokladem pro úspěšné zvládnutí role dobrovolníka je zralá osobnost, která může ustát náročnou komunikaci s touto cílovou skupinou.

Ze získaných odpovědí nyní můžu odpovědět na hlavní výzkumnou otázku „*Jaké jsou názory lidí trpících duševním onemocněním k využití potenciálu dobrovolnictví v péči o lidi se závažným duševním onemocněním a jaké jsou názory pracovníků v komunitních službách v péči o cílovou skupinu osob se závažným duševním onemocněním?*“

Z odpovědí jsem identifikovala pozitivní ohlasy na využití potenciálu dobrovolnictví v péči o osoby se SMI. Odborníci z praxe i samotní lidé trpící tímto onemocněním sdíleli názor, že by uvítali dobrovolnické aktivity. Různily se představy odborníků z praxe o druhu aktivit, které by byly přínosné pro zlepšení kvality života lidí trpících SMI. Naopak osoby trpící SMI jednoznačně vítají volnočasové aktivity s dobrovolníky, při kterých budou moci vést rozhovory na témata vyplývající z každodenního života. Od dobrovolníků by přivítali také pomoc v domácnosti s věcmi, se kterými si sami nevědí rady, rádi by s dobrovolníkem například zašli na výstavy, do kina nebo třeba na kávu do restaurace. Odborníci z praxe by také přivítali dobrovolnické aktivity v péči o osoby se SMI, přínos vidí i v osobě dobrovolníka, pokud disponuje znalostmi a dovednostmi o které by se mohl podělit s klienty služby v oblasti vzdělávacích aktivit, jako příklad uváděli výuku jazyků nebo hudební a výtvarné dílny, či trénink kognitivních funkcí. Setkávají se však s bariérami ze strany legislativy, ale i s nezájmem společnosti o dobrovolnickou činnost s touto cílovou skupinou osob se SMI. Potíže vidí ve specifických projevech tohoto onemocnění, které kladou vysoké nároky na osobnost dobrovolníka, na jeho zralost, schopnost vnímat a porozumět specifickým projevům klientů v jejich chování a komunikaci, ale také aby dobrovolník dokázal pojmout otázku mlčenlivosti. Odborníci poukazují na nezbytnost nějaké formy přípravy dobrovolníka před zahájením práce s lidmi trpícím SMI. Při rozhovorech si opakovaně odborníci postesklí na nedostatek dobrovolníků s opravdovým zájmem pomáhat této cílové skupině osob se SMI, což vidí jako bariéru v návratu lidí se SMI do společnosti.

2.3.3 Diskuse

Tato práce pojednává o postavení dobrovolnictví v péči lidí se závažným duševním onemocněním. Z výsledků mého šetření vyplývá, že fenomén dobrovolnictví je aktuální v psychiatrické péči o osoby se SMI. Velmi rozmanitá je škála činností, ve kterých by zapojení dobrovolníků do péče o osoby se SMI bylo přínosem. Obě skupiny participantů by přivítaly pomoc dobrovolníků v oblasti volnočasových aktivit, opakovaně zde ze strany uživatelů péče zaznělo přání trávit čas s dobrovolníkem na procházkách či při přátelském rozhovoru, při kterém by mohli sdílet každodenní zážitky. Právě na přínos sdílení každodenních radostí i starostí u osob trpících SMI upozorňují odborníci. Například zahraniční studie výzkumníků Burn, Chevalier et al. (2020), zaměřená na zkoumání vlivu přátelení se s dobrovolníkem u skupiny osob s psychotickým onemocněním, poukazuje na pozitivní vliv pro osoby s duševním onemocněním. Z výsledků studie vyplývá, že „program přátelení“ může pomoci překlenout propast mezi světem nemocných a zdravých. Tito autoři upozorňují však také na nezbytnost vzdělávání a průběžnou podporu dobrovolníků, neboť tento druh činnosti může být velmi emocionálně náročný. Na určité formě přípravy dobrovolníka před začátkem práce s klienty trpícími SMI se shodují také mnou oslovení participanté ze skupiny odborníků. Považují za důležité obeznámení s individuálními specifickými projevy nemoci klientů, se kterými bude dobrovolník v kontaktu. Na toto upozorňuje také Štverka Kořínková et al. (2021 a, s. 16), která považuje za důležitý vstupní pohovor se zájemci o dobrovolnickou činnost, při kterém se zjistí motivace k dobrovolnické činnosti, schopnost vést komunikaci s nemocným trpícím duševním onemocněním, ale také připravenost zvládat emocionálně vypjaté situace.

Ze získaných odpovědí od participantů jsem zjistila, že onemocnění má vážný dopad na trávení volného času a na udržení či vytváření nových sociálních kontaktů u nemocných trpících SMI. Z rozhovorů vyplynulo, že mnozí tráví čas pouze ve svém domácím prostředí, nebo docházením do psychosociálního centra. Okruh jejich přátel se zúžil pouze na přátele z centra, se kterými mohou sdílet své zážitky. Některým se nedostává potřebné podpory ani z okruhu blízkých příbuzných. U jednoho z participantů byla zřejmá pasivita a ztráta motivace navazovat nové sociální kontakty, což koresponduje s názory odborníků, že lidé trpící SMI velmi často trpí poklesem sebedůvěry, sebevědomí, sociální fobií a pochybnostmi, zda se vůbec mají podílet na společenském dění, což je velmi často způsobeno stigmatizací a sebestigmatizací. V důsledku sebestigmatizace se nemocný stahuje do sebe a izoluje se od druhých lidí i přesto, že nezažívá žádnou diskriminaci. (Ocisková, Praško et al., 2014, s. 250)

Cílem práce bylo identifikovat význam dobrovolnictví v psychiatrické péči o lidi s SMI a analyzovat využití dobrovolnictví v probíhající reformě psychiatrické péče. Při studiu odborných zdrojů jsem se také zaměřila na analyzování využití dobrovolnictví v probíhající reformě psychiatrické péče. Z dostupných odborných zdrojů jsem zjistila, že Strategie reformy psychiatrické péče se zapojením dobrovolnictví přímo nezabývá. Jejím základním cílem je zvýšit kvalitu života lidem trpícím duševním onemocněním, a to prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení, které poskytují péči. Uskutečnění cíle Strategie reformy podporuje vznik nových inovativních typů péče, rozvoj návazných sociálních služeb a humanizaci a destigmatizaci psychiatrické péče a také podporu vzdělávacích programů napříč celou společností, od odborníků po laickou veřejnost. (MZČR, 2013, s. 34-37) Významné postavení dobrovolnictví tedy identifikuji právě v rámci realizace těchto cílů, neboť dobrovolnické aktivity mohou významně přispět právě k humanizaci psychiatrické péče, ke zprostředkování kontaktu nemocného s přirozeným životem v komunitě. O zapojení laické dobrovolnické pomoci v rámci Strategie reformy psychiatrické péče píše Štverka Kořínková et al. (2021 a, s.4) v souvislosti s novými trendy v komunitní péči. Bohužel oslovení partcipanti ze skupiny odborníků vyslovili názor, dle kterého reforma psychiatrické péče spíše předpokládá zapojení peerů, uživatelů péče a jejich rodinných příslušníků. Tito odborníci upozorňují na nedostatečný zájem veřejnosti o dobrovolnickou službu u této cílové skupiny osob se SMI. Domnívám se, že potenciál dobrovolnictví stále ještě v péči o osoby trpící SMI není zcela doceněn. Jedná se o velmi křehkou, zranitelnou skupinu, která je v důsledku svého onemocnění zapomenutá na okraji společnosti, stále ohrožena stigmatizací a exkluzí.

Ve výzkumném vzorku byli zastoupeni odborníci z praxe i uživatelé péče, tedy osoby trpící závažným duševním onemocněním. Výzkumný vzorek nelze považovat za reprezentativní, vzhledem k počtu partcipantů. Výsledky mého výzkumu mohou však být prospěšné pro sociální pracovníky při práci s cílovou skupinou lidí se závažným duševním onemocněním.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice dobrovolnictví s cílovou skupinou osob se závažným duševním onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče. Hlavním cílem práce bylo identifikovat význam dobrovolnictví v psychiatrické péči o lidi s dlouhodobým duševním onemocněním a analyzovat využití dobrovolnictví v probíhající reformě psychiatrické péče. Dílčím cílem, který pomohl naplnit cíl výzkumu, bylo identifikovat potřeby lidí s dlouhodobým duševním onemocněním s vazbou na dobrovolnictví. Jak tyto potřeby vnímají samotní lidé trpící dlouhodobým duševním onemocněním a jak je vnímají zástupci zdravotního a sociálního sektoru, kteří s touto cílovou skupinou pracují.

V první části práce jsem se věnovala obsahové analýze dokumentů. Na základě zkoumání teoretických východisek jsem popsala stav reformy psychiatrické péče, věnovala jsem se cílům strategie reformy a hlavním aktérům, kteří nově zajišťují péči o lidi se SMI. Definovala jsem dobrovolnictví optikou zdravotnických služeb a optikou sociálních služeb, neboť dobrovolnictví se nachází právě na pomezí těchto dvou světů.

Empirická část se zabývala potřebami lidí s dlouhodobým duševním onemocněním ve vztahu k trávení volného času, k navazování a udržení přátelských vztahů a zkoumala možnosti využití dobrovolnictví k uspokojování těchto potřeb. Výzkum byl zaměřen na porovnání, jak tyto potřeby vnímají lidé trpící dlouhodobým duševním onemocněním a jak je vnímají odborníci pečující o lidi s SMI. Hledala jsem odpověď, jaké nejčastější dobrovolnické aktivity by lidé s SMI přivítali. Limitem tohoto výzkumu je malá velikost výzkumného vzorku, z tohoto důvodu výsledky výzkumného šetření nelze zobecňovat. I přes toto omezení z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že cíl výzkumu byl naplněn, byla identifikována důležitá role dobrovolnictví v psychiatrické péči o lidi se závažným duševním onemocněním.

Výsledky výzkumu mohou být využity v rámci organizování dobrovolnických programů. Z výstupu výzkumného šetření vyplývá, že dobrovolnické aktivity jsou velice vítané v péči o osoby s SMI mezi oslovenými participanty z obou skupin, jak mezi odborníky z praxe, tak mezi uživateli péče. Odborníci však postrádají upřímný zájem veřejnosti o práci s cílovou skupinou osob se SMI a také odborníci považují za důležité věnovat pozornost přípravě dobrovolníka před nástupem do služby. Tady vidím velký potenciál pro komunitní sociální práci a dobrovolnická centra, která se mohou účastnit destigmatizačních kampaní právě zapojováním veřejnosti do dobrovolnických programů a tím pomoci zmírňovat pokřivený pohled veřejnosti na duševní onemocnění. Další možnosti nabízí například dobrovolnická centra při univerzitách. Například Dobrovolnické centrum při Univerzitě Palackého

v Olomouci má potenciál oslovovat zájemce z řad studentů sociálních a zdravotních oborů, neboť lze u nich očekávat opravdový zájem o práci s touto cílovou skupinou a lze očekávat základní orientaci v projevech duševních nemocí, neboť obeznámení s nimi považují odborníci za vhodnou přípravu dobrovolníků pro práci s cílovou skupinou osob se SMI.

V dobrovolnictví vidím obrovský potenciál, který může pomoci lidem s duševním onemocněním návrat do běžného života, pomoci udržet přátelství či zprostředkovat nové sociální kontakty, může pomoci aktivně trávit volný čas, žít život bez stigmatizace a sebestigmatizace, bez ztráty bydlení či může pomoci v pracovním zařazení a tím může pomoci zabránit jejich sociálnímu vyloučení.

Bibliografický seznam

- ANDERS, Martin. 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. © Psychiatrická společnost ČLS JEP Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN. Praha: Galén, spol. s r.o.. [online]. [cit. 2022-10-6]. Dostupné z: <https://reformapsychiatrie.cz/clanek/o-reforme-psychiatrie>
- BOUČEK, Jaroslav. *Vývoj psychiatrické péče – od stacionární ke komunitní – 2. část. Psychiatrie pro praxi*. Březko: Solen. [online]. 2002. [cit. 2021-06-10]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/02/11.pdf>
- BURN, E., CHEVALIER, A., LEVERTON, M. *et al.* 2020. Patient and befriender experiences of participating in a befriending programme for adults with psychosis: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 20, 368. [online]. [cit. 2022-10-30]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02776-w>
- DVOŘÁKOVÁ Monika a Lucie KONDRÁTOVÁ. 2020. Deinstitucionalizace psychiatrické péče: příležitost, rizika a předpoklady její úspěšné implementace. *Čes a slov Psychiatr* 2020. 116(1): 30 -37 [online]. [cit. 2021-05-24]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1310>
- FARKAČ, Bronislav a Lucie KONDRÁTOVÁ. 2019. Komunitní služby pro osoby v rané fázi závažného duševního onemocnění v České republice: Kvalitativní analýza. *Český a slovenský Psychiatr*. 2019. 115(3): 108 -116. [online]. [cit. 2021-05-28]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1270>
- FOITOVÁ, Z., HEŘT, Z., PINKASOVÁ, V., ROLENEC, V., RŮŽIČKOVÁ, M., SOLDÁNOVÁ, S., STUHLÍK, J., ŠTEFL, J., ŠTOCHLOVÁ, M., ŠUPA, J., ZAJÍČKOVÁ, A.. 2016. *Manuál zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví*. 2. vydání. Praha: Copyright © 2016 Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s. [online]. [cit. 2022-10-18]. Dostupné z: [Publikace \(cmhcd.cz\)](http://www.cmhcd.cz)
- FRIČ, Pavol a Tereza POSPÍŠILOVÁ. 2010. *Vzorce a hodnoty dobrovolnictví v české společnosti na začátku 21. století*. Praha: Agnes. ISBN 978-80-903696-8-9.
- FRIČ, Pavol a Martin VÁVRA. 2012. *Tři tváře komunitního dobrovolnictví: neformální pomoc, organizovaná práce a virtuální aktivismus*. Praha: Agnes. ISBN 978-80-903696-9-6.
- FRIČ, Pavol. 2001. *Dárcovství a dobrovolnictví v České republice: (výsledky výzkumu NROS a Agnes)*. Praha: NROS, 20. ISBN 80-902633-7-2.

- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030*. [online]. © 2022 MZČR. [cit. 2022-5-4] Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. 2013 [online]. © 2022 MZČR. [cit. 2022-5-17] Dostupné z: [SRPP publikace 3v on.indd \(reformapsychiatrie.cz\)](#)
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
- MOHR, Pavel, LÁTALOVÁ, Klára, MASOPUST, Jiří. 2012. *Varovné příznaky relapsu schizofrenie a bipolární poruchy*. Čes a slov Psychiatr. 108(3): 122 -130. [online]. [cit. 2021-5-28]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=802>
- Následná péče „Dobroduš“ Diakonie ČCE – SKP. [online]. © 2022 [cit. 2022-10-09]. Dostupné z: <https://dobrodus.cz/dobrovolnici-v-dobrodusi/dobrovolnici-1-1/>
- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. 374 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- OCISKOVÁ, Marie, Ján PRAŠKO, Kristýna VRBOVÁ, Dana KAMARÁDOVÁ, Daniela JELENOVA, Klára LÁTALOVÁ et al. 2014. *Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií*. Souborný článek, *Česká a slovenská psychiatrie*. [online]. [cit. 29.5.2021] Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=980>
- PAPEŽOVÁ, Simona. 2021 a. Projekt VIZDOM: Včasné intervence u závažných duševních onemocnění. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online] 117(1) 48-52 [cit. 2022-5-7]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [CSP 2021 1 48.pdf \(cspsychiatr.cz\)](#)
- PAPEŽOVÁ, S. Krátce ke strategickým dokumentům. *Česká a slovenská Psychiatrie* [online]. 2021 b; 117(3): 150 [cit. 2022-5-7]. ISSN 1212-0383
- PAPEŽOVÁ, S. Aktuality z průběhu reformy péče o duševní zdraví. *Česká a slovenská Psychiatrie* [online]. 2021 c; 117(4): 210-212 [cit. 2022-5-17]. ISSN 1212-0383
- PFEIFFER, J., SVAČINA, G., POVOLNÁ, K., MIKULENKA, J., LOUDOVÁ, M., ŘIČÁNKOVÁ, S.. *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče*. © 2022 MZČR. [online]. [cit. 2022-10-07]. Dostupné z:

https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/centrum-dusevniho-zdravi-jeho-role-v-systemu-pece?term_id=107

POSPÍŠILOVÁ, Tereza a Aneta MARKOVÁ. 2017. Možnosti a limity inkluzivního dobrovolnictví. *Fórum sociální politiky*, č. 5. [online]. [cit. 2021-6-2] Dostupné z: [http://Možnosti a limity inkluzivního dobrovolnictví - VÚPSV \(vupsv.cz\)](http://Možnosti_a_limity_inkluzivního_dobrovolnictví_-_VÚPSV_(vupsv.cz))

Práh jižní Morava, z.ú.. Práh jižní Morava, z.ú..cz [online]. © 2017 [cit. 2022-10-9]. Dostupné z: <https://www.prah-brno.cz/verejnost/dobrovolnici>

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). 2012. Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. [online] Praha: Česká psychiatrická společnost o.s.. [cit. 2022-5-17] Dostupné z: OZ_zkr_komplet.pdf (<ceskapsychiatrie.cz>)

REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, Sociologie. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6

SLOWÍK, Josef. 2011. Dobrovolnictví jako nepostradatelný nástroj podpory sociální inkluze. *Časopis Sociální práce*, 4. [online]. [cit. 2022-10-16]. ISSN ISSN 1805-885X. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2011-4.pdf>

Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI). 2021. In: *Věstník MZČR*. [online]. [cit. 2022-10-07]. Dostupné z: <untitled> (<mzcr.cz>)

ŠTVERKA KOŘÍNKOVÁ, Ivana, Věra CHALOUPKOVÁ, Dagmar HRUBCOVÁ, Helena HNILICOVÁ, Beáta GAVUROVÁ a Kateřina CMUNTOVÁ. 2021a. Dobrovolnická činnost v oblasti péče o duševní zdraví: Tematický manuál k Metodice dobrovolnictví ve zdravotnických zařízeních in *MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. [cit. 2022-10-07]. Dostupné z: <https://esf2014.esfcr.cz/PublicPortal/Views/Projekty/Public/ProjektDetailPublicPage.aspx?action=get&datovySkladId=1203DDEC-235E-40A4-8363-375D792D9749>

ŠTVERKA KOŘÍNKOVÁ, Ivana, Věra CHALOUPKOVÁ, Dagmar HRUBCOVÁ, Helena HNILICOVÁ, Beáta GAVUROVÁ a Kateřina CMUNTOVÁ. 2021b. Metodika dobrovolnictví ve zdravotnictví in: *MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2022-10-07]. Dostupné z: [Detail přílohy](Detail_přílohy) (<esfcr.cz>)

- ŠVANCAROVÁ, Jana. 2020. *Duševní onemocnění jako jedna z příčin sociálního vyloučení*. Olomouc (Absolventská práce). CARITAS - Vyšší odborná škola sociální Olomouc
- ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ, a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 97880-7367-313-0
- TOŠNER, Jiří a Olga SOZANSKÁ. 2006. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7367-178-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 8071786780.
- ZÁŠKODNÁ, Helena a Adéla MOJŽÍŠOVÁ. 2011. Psychologické aspekty dobrovolnictví v kontextu sociální práce. *Časopis Sociální práce*. [online]. [cit. 2022-10-17]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2011-4.pdf>

Příloha

Informovaný souhlas

Dále je uveden text informovaného souhlasu s rozhovorem, který byl předkládán ke schválení vždy před zahájením rozhovoru.

Informovaný souhlas s rozhovorem

Byl/a jste zkontaktován/a k rozhovoru za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k bakalářské práci Jany Švancarové. Výzkum probíhá v rámci studia na Univerzitě Palackého v Olomouci, Cyrilometodějské teologické fakultě. Tématem je identifikovat postavení dobrovolnictví v psychiatrické péči o lidi s dlouhodobým duševním onemocněním a zjistit názory a potřeby lidí s duševním onemocněním v kontextu s dobrovolnictvím.

Jeho výstupem bude bakalářská práce. Teoretická část bude shrnovat dosavadní literaturu na toto téma, empirická část bude vedena kvalitativními metodami, zaměřenými na porozumění participantům v souladu s etickými zásadami kvalitativního výzkumu.

Vaše spolupráce na tomto výzkumu je dobrovolná. Účast na výzkumu spočívá v nahrávaném rozhovoru, který potrvá přibližně 1 hodinu.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění Vašeho bezpečí.

Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu dotazovaných – v prepisech rozhovorů budou odstraněny identifikující údaje.**
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem bude pracovat výhradně Jana Švancarová).**
- (3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – tzn., že budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je, pokud o to budete mít zájem.**
- (4) Jako dotazovaný máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity, a to i v průběhu rozhovoru.**

Vaše identita tedy zůstane v plné anonymitě a Vaše odpovědi jsou důvěrné, určené pouze pro potřeby této výzkumné práce. Vaše názory mohou být ve výzkumu použity dle Vaší individuální pozice, ale žádná individuální jména nebudou v projektu zmíněna. Rozhovor bude

nahráván na diktafon. Po přepsání rozhovoru bude smazán. Na kteroukoliv otázku můžete odmítnout odpovědět a kdykoliv v průběhu rozhovoru můžete interview ukončit.

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí na rozhovoru. V případě dotazů týkajících se tohoto výzkumu se můžete obrátit na jeho hlavní řešitelku, Janu Švancarovou (+420 603 380 380), příp. na vedoucího bakalářské práce doc. PaedDr. Tatianu Matulayovou, PhD.. Svým podpisem zde souhlasíte se svou účastí na tomto projektu. Jedna kopie tohoto formuláře náleží Vám.

Jméno respondenta/respondentky:

Jméno řešitelky projektu:

Jana Švancarová

Podpis:

Podpis:

Seznam otázek

Dále je uveden seznam otázek jak pro odborníky z praxe, tak i pro uživatele péče, které byly při rozhovorech pokládány participantům.

Otázky pro odborníky z praxe:

1. Popište prosím Vaše zkušenosti s dobrovolníky?
2. V čem spatřujete specifika dobrovolnictví při práci s lidmi s duševním onemocněním?
(Vidíte případné bariéry či komplikace při výkonu dobrovolnické činnosti u cílové skupiny osob s duševním onemocněním?)
3. Při jakých aktivitách vidíte největší přínos dobrovolníků v péči o osoby s duševním onemocněním?
4. Jaké dovednosti pomáhají rozvíjet u klienta společné aktivity s dobrovolníkem? Jak ovlivňuje čas trávený s dobrovolníkem jeho společenský život a vztahy s druhými lidmi?
5. Jaký způsob přípravy dobrovolníka před začátkem služby při práci s lidmi s duševním onemocněním považujete za nezbytný? *(odborná příprava, kurzy, ...)*

Otázky pro polostrukturované rozhovory s uživateli péče:

Část – osobní otázky

První oblastí otázek budou tzv. faktografické otázky. Tato oblast zahrnuje otázky týkající se věku, bydlení, zaměstnání, rodinného stavu respondenta:

1. Jaké je pohlaví respondenta?
2. Jaký je věk respondenta?
3. Jaké je vzdělání respondenta?
4. Jaké je aktuální zaměstnání respondenta?
5. Jaký byl věk propuknutí onemocnění?

Část – otázky vztahující se k vymezenému cíli práce

1. Jak pociťujete vliv Vašeho onemocnění s ohledem na vaše zaměstnání?

(Nemožnost získat zaměstnání ve vystudovaném oboru, omezená nabídka zkrácených úvazků, diskriminace z důvodu onemocnění, omezení při samotném výkonu práce)

2. Jaký vliv má vaše onemocnění na partnerský život?

(Bud' při hledání partnera, nebo v případě, že onemocnění propuklo, až později na samotný vztah)

3. Jak ovlivňuje Vaše onemocnění Vaše vztahy v rodině?

(Vztahy s dětmi, s rodiči, vztahy v rámci širší rodiny. Bylo onemocnění např. příčinou přerušení kontaktů nebo naopak cítíte podporu, atd.)

4. Jaký má Vaše onemocnění vliv na přátelské vztahy?

(Stávající přátelské vztahy, navazování nových přátelství)

5. Jaký má vliv Vaše onemocnění na širší sociální vztahy?

(Vztahy na pracovišti, sousedské vztahy, atd.)

6. Máte nějaké osobní zkušenosti s dobrovolníky?

7. Při jakých aktivitách byste uvítal pomoc dobrovolníka?

8. Umíte si představit, že Vy sám byste vykonával dobrovolnickou činnost?

9. V jakých oblastech každodenního života vnímáte, že by spolupráce s dobrovolníkem mohla zlepšit kvalitu vašeho žití?