

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Psychosociální rehabilitace u duševně
nemocných**

Bakalářská práce

Autor: Aneta Dařbujanová

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Vedoucí práce: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Ústav sociální práce

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Aneta Dařbujanová**
Osobní číslo: **U12126**
Studijní program: **B6731 Sociální politika a sociální práce**
Studijní obor: **Sociální a charitativní práce**
Název tématu: **Psychosociální rehabilitace u duševně nemocných**
Zadávající katedra: **Oddělení sociální práce a sociální politiky**

Zásady pro vypracování:

Obsahem bude seznámení s definicí a historií duševního onemocnění, možnostmi terapie a druhy institucionálních zařízení, dále budou poskytnuty podrobnější informace o konkrétním zařízení poskytujícím psychosociální rehabilitaci (CEDR) s objasněním systému péče o klienty. Popis tématu: seznámení s náplní a významem sociálně-terapeutických dílen. Zvolené metody: rozhovory.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.**
Oddělení sociální práce a sociální politiky

Datum zadání bakalářské práce: **6. února 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2015**

JUDr. Miroslav Mítkšner, CSc.
ředitel

L.S.

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Pardubicích dne 24. 3. 2015

.....

Poděkování

Tímto bych chtěla velmi poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Daniele Květenské, Ph.D. za čas věnovaný konzultacím, její cenné rady, připomínky, trpělivost a vstřícnost.

Dále děkuji velmi své rodině za trpělivost a podporu během studia a psaní bakalářské práce.

Abstrakt

DAŘBUJANOVÁ, Aneta. *Psychosociální rehabilitace u duševně nemocných*. Hradec Králové, 2015. 62s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr.Daniela Květenská, Ph.D.

Bakalářská práce je zaměřena na psychosociální rehabilitaci duševně nemocných. Hlavním cílem práce je zjistit jaké změny v životě duševně nemocných způsobilo pravidelné navštěvování sociálně terapeutických dílen.

Teoretická část práce obsahuje základní terminologii včetně podání přehledu symptomatologie vybraných duševních poruch. V další části práce je vymezen systém péče o duševně nemocné klienty nejen v historickém kontextu, ale i v rámci současnosti. Třetí kapitola se zaměřuje na principy a cíle psychosociální rehabilitace s představením organizace Cedr, která působí v Pardubicích a využívá psychosociální rehabilitaci jako metodu při práci s duševně nemocnými. Pro výzkumné šetření v empirické části byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: duševní porucha, normalita a abnormalita, terapie, psychosociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny

Abstract

DAŘBUJANOVÁ, Aneta. *Psychosocial rehabilitation for mentally disabled persons*. Hradec Králové, 2015. 62 p. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: PhDr.Daniela Květenská, Ph.D.

The bachelor thesis is focused on psychosocial rehabilitation of the mentally ill. The main objective is to determine what kind of changes in the lives of the mentally ill has caused regular attendance at social therapeutic places.

The theoretical part includes basic terminology including an overview of symptomatology of selected mental disorders. The next section is defined by system of mental health care for mentally ill clients not only in a historical context, but also in the present. The third section focuses on the principles and objectives of psychosocial rehabilitation with the presentation of the organization Cedr, which operates in Pardubice and uses psychosocial rehabilitation as method for working with the mentally ill. Semistructured interview procedure has been selected for the research in the empirical part.

Keywords: mental disturbance, normality and abnormality, therapy, psychosocial rehabilitation, social therapeutic places

Obsah

Úvod.....	9
1 Duševní onemocnění v obecném kontextu	11
1.1 Poruchy schizofrenního okruhu	13
1.2 Afektivní poruchy	14
1.3 Úzkostné a neurotické poruchy.....	16
1.4 Terapie.....	18
1.4.1 Biologická léčba a psychoterapie	18
1.4.2 Další specifické druhy terapie.....	20
2 Systém péče o duševně nemocné	23
2.1 Přístupy k duševně nemocným v historickém kontextu	23
2.2 Organizační struktura současné péče o duševně nemocné v ČR	28
2.2.1 Ambulantní a lůžková péče.....	28
2.2.2 Komunitní péče.....	30
3 Psychosociální rehabilitace u duševně nemocných	33
3.1 Organizace poskytující psychosociální rehabilitaci v Pardubicích.....	36
4 Východisko pro empirickou část	40
5 Výzkumná část.....	42
5.1 Hlavní cíl.....	42
5.3 Výzkumná strategie	43
5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku a prostředí	44
5.5 Transformace obsahu dílčích výzkumných otázek	46
5.6 Organizace výzkumného šetření	47
5.7 Rizika výzkumného šetření.....	47
5.8 Interpretace výzkumného šetření	48
5.9 Diskuze	55
Závěr	57
Seznam tabulek	59
Seznam použité literatury	60
Seznam příloh	I

Úvod

Bakalářská práce se zabývá psychosociální rehabilitací u duševně nemocných, která je jednou ze součástí léčby duševního onemocnění. Zároveň tato složka komunitní péče dokonale demonstruje provázanost zdravotní a sociální péče.

Několik let jsem pracovala jako zdravotní sestra a v rámci výkonu svého povolání se poměrně často setkávala s duševně nemocnými. Během vysokoškolského studia jsem rovněž absolvovala praxi v organizaci provozující sociálně terapeutické dílny. Praxe v tomto typu zařízení zároveň mi umožnila jednat s duševně nemocnými v poněkud rozdílném kontextu než zdravotním a blíže nahlédnout do oblastí jejich osobního života. Přímá interakce s těmito klienty mě utvrdila v tom, že stigmatizace duševně nemocných, která v současné společnosti stále bohužel do určité míry přetrvává, je zcela neopodstatněná. Během souvislé praxe v dané organizaci jsem měla možnost sledovat posuny a pokroky v různých oblastech života klientů, ke kterým přispěla právě metoda psychosociální rehabilitace.

Cílem práce je zjistit jaké změny v životě klientů způsobilo pravidelné navštěvování sociálně terapeutických dílen v organizaci Cedr Pardubice o. p. s. K naplnění tohoto hlavního cíle použiji dva cíle dílčí. Prvním dílčím cílem je zjistit, jak vnímají klienti Cedru vliv psychosociální rehabilitace na kvalitu života v osobních doménách jejich fungování. Mezi tyto domény je řazena oblast zdraví, péče, sociálních vztahů a doména účelu a smyslu. Druhý dílčí cíl slouží ke zjištění, v jakých oblastech životních domén došlo u klientů k rozvoji. Do segmentu životních domén náleží doména bydlení, práce, učení a volného času.

Výzkum v empirické části práce bude probíhat prostřednictvím výzkumné techniky polostrukturovaného rozhovoru s klienty organizace Cedr Pardubice o. p. s. Kvalitativní výzkumnou strategii jsem zvolila s ohledem na zkoumané téma, neboť se jedná o sběr subjektivních hodnocení názorů a pocitů jednotlivých klientů Cedru. Rozhovory budou probíhat v přímé interakci s klienty, což umožní klientům při nepochopení otázky, požádat o bližší specifikaci. Rovněž mi také díky kvalitativně zvolené výzkumné metodě bude umožněno sledovat i neverbální projevy komunikace klientů organizace a případně tomu průběh rozhovoru přizpůsobit.

Teoretická část práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola obsahuje

definiční vymezení duševní poruchy se specifikací jednotlivých druhů duševních poruch a stručné rozdělení druhů terapie užívaných v léčbě duševních poruch. V druhé kapitole se věnuji uspořádání systému péče o duševně nemocné nejen v současnosti, ale i v historickém kontextu. Ve třetí kapitole vymezují hlavní cíle a principy psychosociální rehabilitace, kde přecházím ke konkretizaci tohoto procesu užívaného při terapii duševně nemocných tím, že seznamuji s náplní sociálně terapeutických dílen v organizaci Cedr. Aktivitu v těchto dílnách čerpají z principů psychosociální rehabilitace. Čtvrtou samostatnou kapitolu tvoří shrnutí teoretické části, které je současně i východiskem pro část empirickou. Tento popis mi umožní plynulým způsobem přejít k empirické části práce.

V dílčích cílech práce se zčásti reflektují základní teze psychosociální rehabilitace, které tvrdí, že osobní spokojenost člověka je podmíněna naplněním v oblasti osobních domén a k rozvoji člověka dochází v oblasti životních domén. V empirické části práce nejprve seznámím s druhem kvalitativní výzkumné strategie, kterou jsem pro výzkumné šetření zvolila, popíšu organizaci výzkumného šetření a techniku sběru dat. Následně provedu interpretaci a analýzu získaných údajů.

Tato práce může být přínosem nejen pro zřizovatele a potenciaální finanční dárce, ale i motivací pro budoucí klienty této organizace, kteří jsou doposud hospitalizováni v lůžkovém zařízení nebo léčení ambulantně a chtějí se resocializovat či navrátit na běžný trh práce a nemají dostatečné povědomí o organizacích v Pardubicích, jež využívají při práci s klienty psychosociální rehabilitaci. Zároveň může být tato bakalářská práce informačním materiálem pro rodinné příslušníky jedinců trpících duševní poruchou, aby získali přehled o uspořádání systému péče o duševně nemocné v České republice a především principu psychosociální rehabilitace.

1 Duševní onemocnění v obecném kontextu

Ústředním tématem, jímž se tato bakalářská práce zabývá, je psychosociální rehabilitace u duševně nemocných. Z tohoto důvodu se první kapitola věnuje interpretaci základních termínů, které jsou klíčové pro ujasnění, co si pod pojmem duševní nemoc představit a jaké jsou alternativy léčby duševního onemocnění. Součástí bude také přehled vybraných typů duševních poruch, se kterými jsem se setkala u klientů Cedru. Seznámení se základními odbornými názvy ze zdravotnické psychiatrické oblasti je nezbytným prvkem pro další části práce, které přechází od obecného segmentu k podrobnější konkretizaci s vymezením systému péče o duševně nemocné.

Nemoc je považována o obecném kontextu za odchylku od nějaké normy. Proto dříve než bude definována duševní nemoc, budou blíže specifikovány některé pojmy, od nichž se definice duševní poruchy odvíjí. Mezi tyto termíny patří zdraví, nemoc, normalita a abnormalita.

Nejhojněji využívanou a známou definicí zdraví je definice Světové zdravotnické organizace. „*Zdraví je stav úplné, tělesné duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ (Nováková, 2011, s. 14) Nemoc charakterizuje Nováková (2011) jako poruchu zdraví. Příčinu této poruchy spatřuje v momentální neschopnosti organismu vyrovnat se s nároky vnějšího prostředí. Zároveň však dodává, že definic vymezující nemoc je více a lze ji definovat i takto: „*Nemoc (choroba, onemocnění) je patologický (nenormální) stav těla nebo mysli. Stav je projevem změny funkcí buněk, tkání a orgánů lidského organismu.* (Nováková, 2011, s.19)

Vágnerová (2008) uvádí, že vymežitelnost normality lidského chování je velmi obtížná a hranice mezi abnormalitou a normalitou přinejmenším úzká. Existuje několik druhů pojetí normality, které závisí na okolnostech, podle nichž se normalita hodnotí. Prvním typem je normalita statistická, která se zaměřuje na klasifikaci nějakého kvantifikovatelného psychického projevu. Může jím být např. měření IQ na základě testů. Dalším pojetím je sociokulturní normalita, která považuje za normální to, co je ve zmiňované kultuře obvyklé. Má tudíž úzkou vazbu na hodnoty, tradice a stereotypy dané společností. Projevuje se tak např. v postojích k jedincům, kteří se projevy svého chování odlišují od očekávaných modelů.

Díky tomu dochází ke stigmatizaci těchto osob a nálepkování. Poslední typ, normalita funkční, je zaměřena na dosažení úkolů a nebere přitom v úvahu, jakým způsobem bylo cíle dosaženo. Toto pojetí nepovažuje za podstatné, jestli člověk při plnění úkolu prožíval stres či vnitřní dyskomfort.

Dle mého názoru velmi pěkně objasňuje co lze považovat za normu Styx (2003), který považuje za duševně zdravého jedince toho, kdo je schopen přiměřeným způsobem reagovat na specifické životní situace, je si vědom svých předností a limitů a dokáže své potřeby uspokojit přiměřeným způsobem, aniž by poškozoval druhé.

Termín duševní porucha nelze jednoznačně definovat. Americká psychiatrická společnost uvádí takovéto vymezení: „*Duševní porucha je takovým vzorcem chování nebo psychologickým syndromem u dané osoby, který je spojen s nepříjemnými pocity nebo narušením funkce, alespoň v jedné z důležitých životních oblastí, nebo podstatně zvyšuje riziko úmrtí, způsobuje bolest nebo vede ke ztrátě pocitu svobody.*“ (Raboch, Zvolský a kol., 2001, s. 136) Poněkud jednodušší výklad podává Nováková (2011), která definuje duševní poruchu jako změny v jednotlivých oblastech psychických modalit. Těmito modalitami má na mysli chování, jednání, prožívání, myšlení a paměť. Praško (2003) do těchto psychických kvalit řadí dále ještě vědomí, orientaci, vnímání, pozornost, emoce, pudy a osobnost.

Primární součástí kapitoly bylo seznámení s obecnými termíny z oblasti psychiatrie. Jak bylo v této kapitole uvedeno, definic duševní poruchy je mnoho a pojí se s vymezením normality a duševního zdraví. Je obtížné vymezit co je normální a jak lze charakterizovat duševně zdravého jedince. Pokud tedy dojde k poruše duševního zdraví, může se to projevit v některých oblastech lidské psychiky a ovlivnit to jeho jednání a chování. V dílčích podkapitolách se budu věnovat vybraným typům duševním poruch, se kterými jsem se setkala u klientů Cedru o.p.s v Pardubicích, kteří byli informanty ve výzkumném šetření. Popis příznaků, které jsou charakteristické pro jednotlivé druhy duševních poruch, umožní získat podrobnější informace o symptomatologii, což se odráží i v přístupu a postoji k duševně nemocným jedincům a umožní to pracovníkům, jež jsou v přímém kontaktu s duševně nemocným klientem, aby pochopili kauzalitu jejich projevů v chování a mohli tak adekvátně reagovat na změny v jejich chování a jednání.

1.1 Poruchy schizofrenního okruhu

Do tohoto okruhu patří především duševní poruchy typu schizofrenie, schizofenní poruchy a poruchy s bludy. Schizofrenie je řazena mezi psychózy a někdy bývá interpretována jako rozpad osobnosti. (Malá dle Malá, Pavlovský, 2002) Pavlovský (dle Raboch a kol., 2006) ve své charakteristice tohoto onemocnění zmiňuje poruchy jednání a myšlení, které jsou pro schizofrenii typické, přičemž poukazuje na fakt, že kauzalita tohoto onemocnění není zcela jasně prokázána. Dále podává výčet specifických příznaků typických pro schizofrenii, přičemž pro určení této diagnózy se musí u pacienta vyskytovat, alespoň jeden z nich. Mezi tyto příznaky jsou řazeny především sluchové halucinace, kdy daný jedinec slyší hlasy, které mu něco přikazují, k něčemu nabádají či komentují jeho chování. Přítomny mohou být i bludy pronásledování, kontrolovanosti, slyšení vlastních myšlenek nebo nebo má člověk naopak megalomanské tendence.

Pavlovský (dle Raboch, Pavlovský, 2006) i Malá (dle Malá, Pavlovský, 2002) se shodují v rozdělení symptomů schizofrenie na pozitivní a negativní. Mezi pozitivní řadí již zmiňované halucinace, bludy, dezorganizovanost v řeči a chování. Řeč je tak nesouvislá, s pomlkami. Výjimkou nejsou ani katatonní projevy, mezi něž patří např. vosková ztuhlost. Záludnost negativních příznaků spočívá v tom, že jsou daleko méně navenek patrné. Do této skupiny je řazena apatie, citová otupělost, ztráta sociálních kontaktů a vztahů, ztráta vůle, ochuzení řeči. (Malá dle Malá, Pavlovský, 2002)

Kučerová (2013) prezentuje schizofrenii jako chorobný duševní proces, který nelze nikdy zcela vyléčit, pouze je možné vhodně zvoleným způsobem léčby příznivě ovlivnit průběh onemocnění a eliminovat riziko progresu. Stejně jako výše uvedení autoři definuje schizofrenii jako poruchu myšlení, emocionality a vnímání. Blíže však vysvětluje podstatu tohoto onemocnění, dle nich je vzájemná propojenost těchto jednotlivých složek osobnosti narušena a v důsledku toho pak dochází k poruchám v těchto oblastech. Někdy tak bývá na základě této interpretace nazývána schizofrenie jako rozštěp osobnosti.

Onemocnění je typické svým chronickým průběhem. Průběh může být komplikován případnými atakami a remisemi. Literatura rozlišuje rozličné druhy schizofrenie. Jednou z forem je paranoidní schizofrenie, pro kterou jsou typické

poruchy myšlení, tedy bludy různého charakteru a poruchy vnímání, projevující se sluchovými, čichovými, chuťovými, tělovými nebo sexuálními halucinacemi. (Raboch, Pavlovský 2006)

Dalším typem je schizofrenie hebefronní, která je typická spíše pro adolescentní věk. Pavlovský (dle Raboch, Pavlovský, 2006) poukazuje na obtížnou diagnostiku této formy, která spočívá v nesnadném rozlišení od pubertálního chování. Katatonní forma se projevuje navíc i poruchami motoriky, tedy svalovou ztuhlostí, dále verbální komunikace je narušena, dochází tedy k mutismu. (Malá dle Malá, Pavlovský, 2002) V dnešní době se tato forma vyskytuje vzácně, nebude tedy podrobněji popisována. (Pavlovský dle Raboch, Pavlovský, 2006) Malá (dle Malá, Pavlovský, 2002) popisuje ještě schizofrenii simplexní, pro kterou je charakteristický plíživý průběh projevující se především sociální izolací, ztrátou zájmu o péči o sama sebe, změnou osobnosti a neschopnosti fungovat v běžném životě.

Schizofrenii lze tedy na základě výše uvedených informací lze pojmut jako určitý druh duševního onemocnění, který se projevuje poruchami v jednání a myšlení. Symptomatologie může být rozličná v závislosti na individualitě daného jedince a typu formy. Mezi její typické příznaky patří většinou únava, nezájem o udržování sociálních kontaktů, apatie, citová otupělost, halucinace všeho druhu a bludy. Kombinace těchto symptomů se může tedy různit, popřípadě může být symptomatologie doplněna ještě dalšími příznaky, jež nebyly uvedeny.

1.2 Afektivní poruchy

Mezi afektivní poruchy jsou řazeny poruchy nálady ve smyslu nadměrné funkce, jejího útlumu nebo kombinace obou alternativ. Marková, Venglářová a Babiaková (2006) tvrdí, že spouštěčů deprese je mnoho a některé z nich se pojí k tíživým životním situacím. Tato porucha nálady ve smyslu útlumu se může projevovat patologicky smutnou náladou, často bez přítomnosti nějakého důvodu, který by byl její příčinou. Člověk se vyhýbá lidem, nevyhledává sociální kontakty, uzavírá se před okolím, je unavený, ztrácí zájem o činnosti, kterým se před propuknutím depresivního syndromu věnoval. Komunikace je omezena na minimum, případně klient nekomunikuje vůbec. Je také zpomalena chůze, myšlení a volní

schopnosti. S tím souvisí i výrazně narušené sebepojetí, rapidně snížené sebehodnocení, sebeobviňování, podceňování a pesimistické vize své budoucnosti. Malá (dle Malá, Pavlovský, 2002) v rámci popisu symptomů přítomných u depresivního syndromu poukazuje také na to, že je v důsledku toho klient výrazně limitován i v pracovní a sociální oblasti, případně není schopen pracovat vůbec. Rozděluje zde depresi do třech fází od lehké, přes střední až k hluboké, která může v krajním případě vyústit až v sebevražedné jednání.

Přímo klíčovou záležitostí pro pracovníky, kteří se v rámci výkonu svého zaměstnání setkávají s klienty s depresí, je znalost technik, jež mohou při své práci využít. Důležitou složkou je především trpělivost ze strany pracovníka, naslouchání a empatie. Někdy se nemusíme ani slovně vyjadřovat, ale zásadní je spíše vyjádření spoluúčasti, tedy navození pocitu, že jedinec není se svým problémem sám. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006)

Porucha nálady ve smyslu zvýšené funkce se nazývá mánie, která se projevuje nepřiměřeně euforickou náladou vzhledem k vnějším okolnostem, zvýšenou aktivitou a nevhodným společenským chováním, což se odráží v nadměrných projevech družnosti a nedodržování určitých hranic. U mánie je přítomen tzv. manický syndrom. Tento syndrom se projevuje zrychleným myšlením, někdy bývá popisován přímo myšlenkový trysk, jehož tempo však poněkud předbíhá verbální projev člověka, což se v konečném důsledku komunikace projevuje naprostou nesrozumitelností slovního projevu. (Malá, Pavlovský, 2002) Marková, Venglářová a Babiaková (2006) podávají seznam příznaků mánie demonstrací na konkrétních příkladech. Člověk je družný, snadno navazuje sociální kontakty, oplývá energií, k níž nepotřebuje ani dostatek spánku. Nebezpečná je tato porucha především v lehkém zneužití těchto jedinců např. k uzavírání nevýhodných smluv a dalším podvodným jednáním. Člověk v této patologické fázi nemá nadhled, cítí se být všeho schopen a v ničem nespátřuje problém nebo překážku. V těžkých stádiích mohou být přítomny v klinickém obrazu ještě halucinace a bludy. Při jednání a komunikaci s těmito jedinci je důležité nastavení pomyslných hranic, které musí takto duševně nemocný jedinec dodržovat, po zvládnutí této akutní fáze díky medikaci je na místě dostatečná a srozumitelná edukace klienta s ohledem na jeho intelektové a kognitivní schopnosti.

Malá (dle Malá, Pavlovský, 2002) zdůrazňuje, že mánie se sama o sobě vyskytuje zřídka, spíše je častěji popisována jako jedna z fází bipolární afektivní poruchy. Ve starších druzích literatury se můžeme setkat též s termínem maniodepresivní psychóza, která je synonymem pro bipolární afektivní poruchu. Pro tuto poruchu je typické střídání obou fází, tedy mánie a deprese.

Afektivní poruchy lze tedy zjednodušeně charakterizovat jako poruchy nálady. Do této skupiny patří mánie a deprese, pro které jsou typické určité výše uvedené příznaky. Velmi důležité pro práci s klienty, jež trpí afektivními poruchami, je znalost symptomatologie těchto poruch, díky čemuž může být zvolen vhodný přístup k těmto jedincům, který pro ně není destruktivní, ale naopak je motivující.

1.3 Úzkostné a neurotické poruchy

Tento termín obsahuje soubor mnoha typů duševních poruch dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V této kapitole budou však blíže specifikována pouze ty typy poruch, se kterými jsem se setkala u klientů organizace Cedr Pardubice o. p. s.

Fobické úzkostné poruchy jsou charakterizovány jako nepřiměřeně vystupňovaný strach z určitého podnětu, předmětu nebo situace. Aspektů, jež jsou vyvolávajícími činiteli, je nepřeberné množství druhů, např. hmyz, hadi, nemoc, otevřené prostranství. V závislosti na tom, která z těchto věcí vyvolává u jedince vystupňovanou obavu, se odvíjí i odborná terminologie těchto poruch. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006) Strach z otevřeného prostranství, cestování nebo opuštění domova je nazýván jako agorafobie. (Malá dle Malá, Pavlovský, 2002) Specifický druh tvoří sociální fobie. Tento typ fobie se projevuje zejména strachem z interakce s ostatními lidmi, obavami z jejich nepřijetí daného jedince. Člověk se vyhýbá projevům na veřejnosti, neboť má strach z negativního hodnocení společnosti, obává se výsměchu a rovněž se obává kontaktu s neznámými lidmi. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006) Tento strach mohou doprovázet i organické projevy. Mezi ty je řazeno např. zčervenání, zrychlení srdeční akce, opocení, stažení hrdla. Strach samotný, kterým daný jedinec trpí, může vést k výrazné eliminaci až ztrátě sociálních kontaktů. Ve vystupňovaných případech

dochází k sebevraždě. (Malá dle Malá, Pavlovský, 2002).

Panická úzkostná porucha se liší od fobických úzkostných poruch především tím, že její vznik není následkem nějaké spouštěcí situace. Typické pro ni naopak je, že jí doprovází vegetativní projevy, např. bolest na hrudi a bušení srdce, které v klientovi ještě více podněcují pocit úzkosti. Přichází v pomyslných vlnách, kdy po výše zmíněné fázi nastává fáze uvolnění, pro kterou je typické vyčerpání a únava. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Obsedantně-kompulzivní porucha se vyznačuje vtíravými myšlenkami nebo-li obsesemi a vtíravým nutkáním k určitým činům, tedy kompulzemi. Jedinec je identifikuje jako patologické, nicméně není schopen jejich přílivu zamezit. Mezi vtíravé myšlenky patří např. strach z nákazy a nečistoty. Nutkavé činy jsou pak přímým následkem těchto myšlenek a mají tendenci navozovat úlevu po splnění určitého aktu, který však nemá žádný objektivní účel. (Malá dle Malá, Pavlovský, 2002) Dochází tak k nadměrnému mytí rukou a kontrolování. Onemocnění je opět typické svým chronickým průběhem. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006)

V léčbě neurotických a úzkostných poruch se uplatňuje jako účelné spojení farmakoterapie a psychoterapie. Důležitý je nepochybně i vhodně zvolený přístup k jedincům trpícím neurotickou či úzkostnou poruchou. Klíčovým okamžikem je navázání kontaktu s klientem, navození důvěry a vytvoření příjemného prostředí, kde se bude cítit dobře, což mu umožní se uvolnit a lépe tak vyjádřit prožívané emoce. Neméně důležité je postupovat pozvolna, uvědomit si, že klienti jsou zpočátku nedůvěřiví a trpí obavami. Empatie a naslouchání je významnou složkou celé spolupráce, klient pak plynule může přejít k otevřenému ventilování svých problémů. Při interpretaci problémů by měl však pracovník dodržet zásadu, že nepodává klientovi radu k jeho vyřešení problémů, ale naopak naslouchá a podporuje ho v nabytí dojmu, že pouze on sám může svůj problém vyřešit některou z alternativ, které přináší. Dalším pozitivním faktorem, jenž může přispět k zlepšení stavu klienta, je nalezení jeho silných stránek a podpora vztahů s jeho přáteli a rodinou. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006)

Jak bylo výše uvedeno skupina úzkostných a neurotických poruch je velmi obsáhlá. Základní rozdíl mezi jednotlivými druhy spočívá v existenci nebo naopak absenci určitého podnětu nebo situace, která zapříčiňuje vznik dané poruchy.

Fobické poruchy se vyznačují na základě výše uvedeného tedy přítomností daného faktoru, naopak vznik panické poruchy není následkem nějaké situace nebo přítomnosti určitého předmětu. Obsedantně-kompulzivní porucha se projevuje přítomností vtíravých myšlenek, které mohou být potlačeny nějakým nutkavým chováním, které přináší po jeho realizaci pocit uvolnění.

1.4 Terapie

Mahrová (dle Mahrová, Venglářová,2008) preferuje v léčbě duševně nemocných především multidisciplinární přístup. Ten se opírá především o spolupráci zdravotnické a sociální oblasti. V závislosti na odbornosti jednotlivých autorů a jejich individuálních přístupech existuje mnoho druhů dělení léčby v psychiatrii. Mahrová (dle Mahrová, Venglářová, 2008) podává ve své knize jednu z možných alternativ dělení terapie v psychiatrii.

V následujících částech této podkapitoly budou stručně specifikovány jednotlivé druhy léčby, které jsou využívány v psychiatrické oblasti. Nepochybně nutné je poukázat na fakt, že jednotlivé druhy léčby nefungují samostatně separovány od ostatních typů. Vzájemná souhra a respekt mezi těmito medicínskými a nemedicínskými přístupy jsou základními stavebními prvky pro úspěšnou terapii duševně nemocného jedince. Socioterapie, jejíž obecná podstata bude níže v práci vysvětlena, se stává výchozím bodem další kapitoly, kde bude podrobněji popsána náplň sociálně terapeutických dílen, jež tvoří jednu z možných transformací socioterapie.

1.4.1 Biologická léčba a psychoterapie

Biologická léčba představuje především farmakologickou léčbu a léčebné metody, jakými jsou např. elektrošoky. Tuto terapii zajišťuje odborný lékař se specializací psychiatra. Právě ten nasazuje medikaci a popřípadě ordinuje další léčebné metody. (Mahrová dle Mahrová, Venglářová, 2008) Z medikace je hojně využíván druh léků, který se nazývá psychofarmaka. Tato skupina léků působí na centrální nervový systém a ovlivňuje narušené psychické funkce. Psychofarmakoterapie ovlivňuje tedy prostřednictvím psychofarmak biologickou

stránku jedince, což s sebou přináší následně i pozitivní transformaci v jeho chování a jednání. (Vymětal, 2010).

Abrams (dle Hoschl, Libiger a Švestka, 2004) poukazuje na to, že indikaci ke elektrokonvulzivní terapii ovlivňuje přítomnost více činitelů. Jedním z podnětů, které svědčí pro užití elektrokonvulze, je špatná odezva na farmakoterapii. Tuto metodu je však možné uplatnit u takových případů, kde je třeba v léčbě nastolit rapidní účinek. Ještě před samotným zahájením této terapie je však důležitá důkladná anamnéza klienta se zvážením faktorů přinášejících rizika nebo naopak pozitivní efekt v léčbě.

Důležitým a zároveň nezastupitelným členem týmu je nelékařský zdravotnický personál, který zajišťuje potřebnou edukaci klientů a pomáhá jim adaptovat se na nově vzniklou situaci. Může sloužit jako prostředník v komunikaci mezi lékařem a klientem, někdy se stává i pacientovým právníkem a obhájcem. (Mahrová dle Mahrová, Venglářová, 2008)

„Psychoterapie je zvláštní psychologická péče poskytovaná potřebným lidem, tedy lidem, kteří jsou vnitřně destabilizováni, či jim tato destabilizace hrozí. Předmětem je duševní život člověka, jeho chování, projevy, které však nepovažujeme v té době, jak se s nimi setkáváme, za optimální, a na přání (pokud nejde o děti) a se souhlasem klienta se je pokoušíme společně měnit.“ (Vymětal, 2010, s. 9)

Oproti předešlému typu léčby může psychoterapii provádět psychiatr, psycholog a psychoterapeut. Rozeznáváme mnoho druhů psychoterapie, přičemž společný základ všech těchto druhů tvoří pevný terapeutický vztah. (Mahrová dle Mahrová, Venglářová, 2008)

Praško (2003) dělí psychoterapii do tří kmenových oblastí, z nichž pak vyrůstá mnoho dalších odvětví. Prvním typem jsou směry orientované na dynamiku. Nejznámějším představitelem tohoto směru je psychoanalýza. Tento typ považuje za příčinu klientových obtíží především nevyřešené problémy z minulosti a obrací se zejména do dětských let. Kognitivně behaviorální školy, které jsou druhým typem, vychází z předpokladu, že změny v chování vznikají v důsledku změny vnějších podnětů. Zkušenostní směry tvoří pak třetí kategorii. Ta se opírá o respekt a důvěru v jedincovy schopnosti a zdůrazňuje prožitkovou zkušenost člověka. Psychoterapie může být poskytována formou individuální nebo skupinovou.

Kratochvíl (dle Mahrová, Venglářová, 2008) sděluje, že v dnešní době je nejčastěji využíván ekleticko-integrativní přístup. Ten je založen na tvrzení, že každý psychoterapeutický směr obsahuje užitečné poznatky.

Vymětal (2010) dále poukazuje na využívání rozmanitých prostředků v psychoterapii. Pro názornost lze uvést např. psychoterapeutický rozhovor, psychodrama, psychogymnastiku, relaxační metody, tělesně zakotvené prožívání (focusing), práce se sny a katatymní prožívání obrazů.

Oba dva výše zmíněné obory (farmakoterapie a psychoterapie) mohou při zvolení vhodné kombinace velmi účinně spolupracovat a navzájem se doplňovat. Důležité je však mít na vědomí, že každý z těchto druhů má v léčbě své zastoupení a nemůže být implicitně zastoupen nebo dokonce nahrazen druhou složkou. Kombinace psychoterapie a psychofarmakoterapie je velmi variabilní. Psychoterapie může předcházet psychofarmakoterapii nebo oba obory působí současně či léčba léky předstihne psychoterapii. (Vymětal, 2010)

1.4.2 Další specifické druhy terapie

Do této skupiny patří další alternativy, které je možno při léčbě duševních nemocných klientů využít. Existuje mnoho teoretických vymezení jednotlivých druhů v závislosti na odlišnosti autorů, kteří je ve svých publikacích uvádí. Zde bude podán pouze přehled několika základních z nich. Mahrová (dle Mahrová, Venglářová, 2008) vymezuje jako samostatný druh terapie duševně nemocných socioterapii. V porovnání s psychoterapií není úkolem socioterapie analyzovat pocity klienta, ale přímo se zaměřuje na jeho fungování v reálném životě. Snahou je maximálně podporovat klienta v jeho samostatnosti, vytváření a udržování sociálních dovedností a sociálních kontaktů, sledovat jakým způsobem se ztotožňuje s normami společnosti.

Vymětal (2010) považuje socioterapii za obor sociální medicíny, který je založen na lidské pospolitosti, díky které může docházet prostřednictvím společenského prostředí k léčebnému působení na jedince. Za jednu z možných transformací socioterapie ve zdravotnických zařízeních považuje léčbu prostředím, kde je důležitá samotná estetická úprava prostředí organizace. Pokud se na korekci prostředí navíc podílí samotní klienti, může to v nich vyvolávat i pozitivní pocity

a navození harmonie. Dalším druhem socioterapie jsou sociorehabilitační programy.

Tento typ socioterapie probíhá např. v chráněných dílnách a denních centrech, kde se klienti zdokonalují v motorických dovednostech a učí navazovat kontakty se společenským prostředím, čímž se snaží eliminovat sociální izolaci a připravují se pro uplatnění na trhu práce a pro samostatné fungování v běžném životě. (Vymětal, 2010) Praško (2003) považuje sociorehabilitační programy za důležitý mezník pro obnovení pracovních návyků a získání tak potencionálního zaměstnání, kde bude schopen klient samostatně pracovat.

Praktický nácvik různých situací považuje Praško (2003) za samostatný druh terapie. Jedná se o takové situace, kdy je velmi pravděpodobné, že se v nich klient dříve či později ocitne. Díky ní se klient může připravit na situace, při nichž si není jistý adekvátností svých reakcí.

Mahrová (dle Mahrová, Venglářová, 2008) poukazuje dále na režimovou terapii, která spočívá v rovnoměrném rozložení denního rytmu v písemné podobě. Klientův dosavadní život získává pevný řád, kde jednotlivé aktivity a povinnosti jsou přesně časově vymezeny. Dochází tak k výrazné eliminaci nesprávných typů chování, klient se učí stanovovat priority v denním režimu. Cílem je získání schopnosti stanovit si plán, který bude dodržován, popřípadě měněn dle aktuální situace, která to vyžaduje.

Další typ, jenž může být volen jako doplnění léčby duševně nemocných, jsou volnočasové aktivity a zátěžové programy se zaměřují na vyplnění volného času klientů smysluplnými a obohacujícími aktivitami. Může se jednat o kulturní, společenské akce, společné výlety nebo i sdílení zátěžových situací. U klienta jsou tak podporovány jeho silné stránky. Zátěžové programy zase vedou k maximalizaci jeho potenciálu, což přispívá následnému upevnění vazeb s rodinnými příslušníky. (Mahrová dle Mahrová, Venglářová, 2008)

Následující podkapitola byla zaměřena na vymezení specifických druhů léčby, které tvoří ve spojitosti s léčbou farmakologickou a psychoterapií při terapii duševně nemocných určitý komplex, který vyniká až v prolínání a spolupráci všech těchto složek. Farmakologická léčba tvoří jakousi bázi na samotném počátku práce s duševně nemocným, psychoterapie je účinným doplňkem, přičemž je nezbytné si uvědomit, že duševně nemocný díky svému onemocnění ztrácí sociální kontakt

s okolím a mnohdy jej není schopen navázat a resocializovat se.

K řešení této problematiky jsou pak určeny výše uvedené specifické druhy terapie, jež jsou součástí sociální medicíny a sociální práce.

2 Systém péče o duševně nemocné

Tato kapitola nejprve popíše přístupy v léčbě a akceptaci duševně nemocným ze strany společnosti. Dále bude blíže specifikována současná organizační struktura péče o duševně nemocné v České republice, díky čemuž bude podán přehled o uspořádání systému péče v komplexním biopsychosociálním pojetí a přesunout se tak ke konkretizaci jedné z částí komunitní péče, kterou je psychosociální rehabilitace.

Stručná charakteristika historických období z pohledu přístupu k duševně nemocným ze strany společnosti umožní vytvořit si přehled o postoji společnosti k těmto jedincům v minulosti, porovnat jej se současností a sledovat k jakým posunům v přístupu k duševně nemocným v historickém kontextu došlo.

2.1 Přístupy k duševně nemocným v historickém kontextu

Ve starověku byly duševní poruchy považovány za něco špatného, mystického, často také za Boží trest a následek promiskuitního jednání. Léčba v pravém slova smyslu neexistovala, jednalo se pouze o odvrácení možných příčin těchto poruch. (Bouček, 2003) Typickým příkladem byly rituály prováděné šamany, vyznačující se zpěvem písní a zařikáváním. (Svoboda dle Češková, Kučerová, 2006)

Klíčovou roli v období středověku hrála především církev. Její stále vzrůstající vliv a rozkvět ještě zvýšil náhled společnosti na duševně nemocné jako na posedlé d'áblem a démony. Pro léčbu se využívalo několik metod, jednou z nejznámějších je pouštění žilou nebo méně tradiční pálení vlasové části žhavou železnou tyčí. (Svoboda dle Češková, Kučerová, 2006)

Období renesance a humanismu dle Boučka (2003) se celkově jevilo jako pokrokovější v oblasti léčby a přívětivější v chápání odlišností specifických pro duševní poruchy. Nelze však tvrdit, že s nástupem 15. století se situace zlepšila, bohužel stále přetrvávají středověké tendence. Počátkem tohoto století vychází kniha autorů Jakoba Spengera a Heinricha Kramera „Kladivo na čarodějnice“. Tato publikace podporuje vymýtní d'ábla, upalování na hranicích a podrobněji se zaměřuje na kacířství, bludy a čarodějnictví, mezi něž vkládá jakési pomyslné rovnítko.

Dobové obrazy vypovídají také o existenci tzv. lodí bláznů. Tento dobový rituál, který spočíval v předání duševně nemocných na lodě námořníků, byl typický především pro Německo. Výhod, jež plynuly z jejich nalodění, bylo hned několik. Města se oprostila od nepohodlných jedinců, kteří se potulovali městem a nepůsobili reprezentativně pro okolí. Zároveň moře se svou nevyzpytatelnou silou slibovalo mizivou návratnost těchto jedinců. V této dobové zvyklosti lze spatřit i jakýsi magický podklad, kdy spolu s loděmi odplulo vše zlé. (Foucault, 1993) Svoboda (dle Češková, Kučerová, 2006) zmiňuje, že na stranu utlačovaných se na přelomu 15. - 16. století staví humanisté, kteří vyvrací démologický původ duševních poruch, ale opírají se o anatomii a fyziologii. Významnou osobností, která se podílela na výstavbě základů psychiatrie jako vědecké disciplíny, byl Felix Platter. Ten vidí příčinu duševních poruch v onemocnění mozku a na základě toho zpracovává klasifikaci duševních poruch.

V 17. století dochází k velkému rozvoji vědy a kladení důrazu na rozum člověka. Toto se pochopitelně odráží i v postoji společnosti k duševně nemocným jedincům. Svoboda (dle Češková, Kučerová, 2006) poukazuje na stále trvající tendence izolovat duševně nemocné a sociálně slabé. Ve Francii je roku 1656 zřízen Ludvíkem XIV. Všeobecný špitál. Toto zařízení však pouze sloužilo jako ústav pro lidi, jež dle krále, ostatních aristokratů a vyšších společenských vrstev narušovali reprezentativní charakter měst. Ve stejných zdech byli společně umístěni vězni, duševně nemocní, žebráci, vandalové. (Foucault, 1993) Messina (2005) podporuje tvrzení Foucalta, že podmínky v tomto zařízení byly děsivé, což demonstruje prohlášením historika Gerema, který přirovnává Všeobecný špitál a jemu podobná zařízení k továrnám na smrt.

V 18. století navazuje mnoho filozofů a lékařů na poznatky z předešlého století. Duševně nemocní se dostávají do popředí zájmů i úředníků a právníků, kteří se zasazují o vznik prvních zákonů v jejich prospěch. (Bouček, 2003) Svoboda (dle Češková, Kučerová) udává, že dochází k počáteční diferenciaci péče zdravotní a sociální. Pro staré občany jsou zřizovány starobince, pro osiřelé děti sirotčince a duševně choří do léčeben. Philippe Pinel, považovaný za jednoho ze zakladatelů moderní psychiatrie ve Francii, odbourává připoutávání nemocných řetězy a vyvrací mýty o tom, že jsou to jen povaleči. Terapii staví na správném psychologickém

a pedagogickém přístupu a důstojných podmínkách v zařízeních poskytující péči. Nezastupitelnou součástí léčby dle něho je ergoterapie.

Bouček (2003) ve své knize *Obecná psychiatrie* dokládá rozvoj biologie a fyziologie počátkem 19. století. V tomto období vzniká psychiatrie jako samostatný lékařský obor. Benson (2010) upozorňuje, že koncem tohoto století přichází Freud se svou psychoanalytickou teorií, založenou na existenci nevědomí, předvědomí a vědomí. Tvrdí, že v nevědomí jsou umístěny všechny potlačované zážitky a emoce, které mohou způsobovat psychické problémy a být tak zdrojem duševních poruch. Podstata psychoanalýzy pak tkví v navození volných asociací, které se dostávají z nevědomí na povrch.

Černoušek (1994) vymezuje v dějinách psychiatrie několik bodů obratu. Zároveň deklaruje, že ve vývoji psychiatrie jsou mnohdy popisovány tzv. psychiatrické revoluce, ale bylo by vhodnější na základě inspirace spisem Jana Koperníka o revolucích nebeských těles, spíše než o revolucích použít název body obratu ve vývoji psychiatrie. První bod obratu spatřuje již v renesanci, kdy výklad šílenství je v jakémsi rozporu s středověkým nazíráním na duševní nemoc jako důsledek posedlosti démony. Druhý bod vidí ve vzniku prvních psychiatrických léčeben, tedy prapředků dnešního druhu těchto institucí. Vznik psychoanalýzy spojený se jménem Sigmunda Freuda tvoří třetí významný bod. Čtvrtý bod je historicky vymezen první čtvrtinou 20. století, kdy přichází další poznatky v psychiatrii, které kladou důraz na integraci duševně nemocných do společnosti a udržování mentální hygieny. Za významný poslední bod obratu považuje je považován objev chlorpromazine po druhé světové válce. Hartl (1997) se soustřeďuje pouze na tři body obratu. Považuje za ně aktivity spojené se jménem Philipa Pinela, Sigmunda Freuda s objevem psychoanalýzy a rozvoj komunitní péče po druhé světové válce.

K velmi tragickým událostem týkajícím se duševně nemocných jedinců docházelo i v období druhé světové války. Duševně choří byly umístěny na první příčku nepohodlných elementů, jež bylo zapotřebí zlikvidovat. Život v plynových komorách ztratilo až sedmdesát tisíc pacientů s psychiatrickou diagnózou. Památník dlouhé modré zdi ze skla v Berlíně dodnes připomíná útrapy a ztracené životy duševně nemocných. (Polák, Skalický, 2014)

V 50. letech 20. století vznikají především ve Velké Británii psychiatrické léčebny, budování těchto institucí se rychle šíří do celé Evropy. Zároveň však mnoho osobností z řad psychiatrů, filosofů ale odsuzuje systém péče praktikovaný v léčebnách, kde často dochází k fyzickému omezování klientů. Jako přímý následek této kritiky vzniká v 60. letech 20. století hnutí antipsychiatrie. Její zastánci otevřeně bojují proti stigmatizaci duševně nemocných, vytváří terapeutické komunity, preferují změnu přístupu k duševně nemocným v léčebnách. Kritizují rovněž ekonomické nastavení zdravotního systému péče o duševně nemocné. Zde zdůrazňují např. diskriminaci v oblasti uplatnění na trhu práce či odmítnutí uzavření pojištění ze strany pojišťovny. Za revoluční výdobytek lze považovat v těchto letech vznik antipsychiatrické komunity. Mnoho terapeutických komunit vzniklo v roce 1964 v Londýně. Benson (2010) udává, významným iniciátorem změn v oboru byl David Cooper, který se na základě návštěvy v psychiatrické léčebně rozhodl vytvořit tzv. antipsychiatrická pravidla v léčebnách. Nelíbil se mu uměle a stereotypně navozený systém péče. Prosazoval, aby si klienti mohli určit dobu ranního vstávání a délku pobytu v organizaci. Další z představitelů antipsychiatrie zase ve svém díle popisuje léčebnu s okny bez mříží. Foucault (dle Benson, 2010) tvrdí, že veškerou moc nad duševně nemocnými mají lékaři, kteří je často zneužívají, a s klienty je v důsledku toho jednáno pod hranicí lidské důstojnosti.

Zrod nové psychiatrie začíná počátkem 80. let 20. století. Ve Velké Británii vzniká „Zákon o duševním zdraví“ a „Zákon o komunitní péči“. Díky těmto právním úpravám se duševně nemocní stávají osobami, jež mají určitá práva, která musí být respektována. Vznikají také komunitní centra pro duševně nemocné a tento trend péče je podporován i v následujícím 21. století. (Benson, 2010)

Profesor MUDr. Raboch ve svém článku komentujícím současnou situaci v oboru psychiatrie uvádí, že i ta prochází jistou evolucí a adekvátně reaguje na situaci, že počet lidí, jež trpí duševními poruchami, se neustále zvyšuje. Velký důraz je kladen především na primární prevenci duševních poruch. Dochází k snahám o přesun péče z lůžkových zařízení do komunit, a pokud to umožňuje zdravotní stav, je preferována ambulantní forma léčby. K progresivním změnám dochází i v oblasti léčebných postupů psychologické a biologické léčby. (Raboch, 2014) Velmi pěkně vystihuje současnou situaci v psychiatrické oblasti také tvrzení Höschla, Libigera

a Švestky (2004), kteří tvrdí, že pozice lékaře se mění z role vládce na poradce. Rovněž také upozorňují, že situace v psychiatrických nemocnicích se v porovnání s minulostí zlepšila, což je patrné např. při pouhém vizuálním pohledu na pacienty. Zároveň však dodávají, že některé vize v systému psychiatrické péče, které byly v minulosti považovány za průkopnické, se ukázaly jako naprosto nerealizovatelné. Mají na mysli např. systém otevřených dveří v psychiatrických zařízeních a volný režim. Stále však přetrvává určitá stigmatizace.

Velký vliv na zmírnění stigmatizace bohužel neměla ani změna terminologie z psychiatrických léčeben na psychiatrické nemocnice. (Petr, Marková, 2014) Rajmonová a Petr (dle Marková, Venglářová a Babiaková, 2006) poukazují, že současná psychiatrie vychází ze dvou proudů. První spočívá ve vyprofilování psychiatrie jako samostatného lékařského oboru. Oproti tomu druhý proud má tendenci vyčleňovat duševně nemocné ze společnosti a izolovat je. Höschl, Libiger a Švestka (2004) tvrdí, že svůj podíl na negativním pohledu společnosti na duševně nemocné mají i média, která je prezentují jako nebezpečné šílence, násilníky a neopomínají zdůraznit v případě spáchání nějakého trestného činu, že potenciálním pachatelem byla duševně nemocná osoba. S tímto tvrzením se shoduje i Styx (2003).

Velký vliv na snížení stigmatizace má současný trend deinstitucionalizace. K rozvoji jistě přispívají i nové objevy v oblasti farmakoterapie. Zároveň je nezbytné si uvědomit, že nelze oddělit minulost tlustou čarou a zamezit prolínání negativních aspektů z historie do přítomnosti. V důsledku toho tak najdeme ještě některá zařízení psychiatrických nemocnic na okrajích měst, a díky přetrvávajícím kulturním stereotypům jsou duševně nemocní pak médiem prezentováni jako nebezpeční a nevyzpytatelní šílenci, kdy jediná ochrana společnosti spočívá v izolaci těchto duševně nemocných. Toto se poté negativním způsobem odráží v náhledu široké veřejnosti na tyto jedince.

2.2 Organizační struktura současné péče o duševně nemocné v ČR

Praško (2003) udává, že k většímu rozvoji koncepce péče o duševně nemocné došlo až v 50. letech 20. století. Do této doby dle jeho slov neměla psychiatrie jako lékařský obor velkou perspektivu. Poměrná část péče o psychiatricky nemocné byla soustředována do psychiatrických léčeben, které se většinou nachází na okrajích měst. Právě zde nalézáme jakési historické kořeny vytěsňování duševně nemocných a stigmatizaci.

Současný systém péče o duševně nemocné se snaží klást velký důraz na provázanost zdravotní a sociální oblasti. Reforma systému psychiatrické péče z roku 2012 se zaměřuje na odklon od deinstitutionalizace v psychiatrické oblasti, preferuje individuální přístup k duševně nemocným a jejich rodinným příslušníkům a zaměřuje se na regionální dostupnost této péče. Nemocným je tak poskytována péče jak po stránce zdravotní, tak i sociální s ohledem na jeho aktuální potřeby a zdravotní stav. Záměrem podání přehledu institucionálních zařízení v oblasti psychiatrie je poukázání jak na to, jak důležité pro stabilizaci duševně nemocných klientů je vytvoření komplexního systému péče, který bude plně respektovat individualitu těchto jedinců a zajistí tím odpovídající zdravotní péči s přímou návazností na péči komunitní, která může velkou měrou přispět ke klientově osobnostnímu rozvoji.

Přesto však v porovnání s vyspělými zeměmi Evropy má Česká republika v oblasti provázanosti psychiatrické zdravotnické péče s komunitní péčí ještě jakési rezervy. (Winkler dle Petr, Marková, 2014)

2.2.1 Ambulantní a lůžková péče

Prvním článkem v systému péče o psychiatricky nemocné je ambulantní péče, která často bývá místem prvotního kontaktu duševně nemocného s psychiatrickou péčí. (Petr, Marková, 2014) *„Její úkolem je prevence, diagnostika, léčba i rehabilitace, resocializace a posuzování duševních poruch.“* (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 38) Psychiatrické ambulance mohou zároveň i regulovat péči v systému zdravotních a sociálních služeb. Wenigová (dle Petr, Marková, 2014)

poukazuje na fakt, že ambulantní psychiatři jsou přetíženi vysokými počty pacientů, v důsledku čehož se kvantita těchto dispenzarizovaných negativně odráží v kvalitě.

Ambulance psychiatrické péče lze členit na ambulance psychiatrické péče pro dospělé osoby, ale také ambulance specializované. Mezi tyto specializované typy jsou řazeny např. psychiatrické ambulance pro děti a dorost, pro léčbu poruch příjmu potravy, ambulance psychiatrické sexuologie a ambulance gerontopsychologické. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006) Nedílnou součástí tvoří ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie a substituční centra. Ve třiceti procentech jsou zde léčeny závislosti na opioidech. (Höschl, Libiger a Švestka, 2004)

Kvalitativní analýzy ukazují, že počet psychiatricky nemocných neustále narůstá, bohužel tak v přímé úměře nenarůstá počet ambulantních psychiatrů. „*Koncepce oboru psychiatrie považuje za optimální devět, popř. deset psychiatrů na sto tisíc obyvatel.*“ (Raboch, Wenigová dle Petr, Marková, 2014, s. 43)

Lůžková péče disponuje lůžky akutní a následné péče. Dle teoretické koncepce by měla být lůžka akutní péče umístěna ve všeobecných nemocnicích na psychiatrických odděleních a následná péče poskytována v psychiatrických nemocnicích. Praxe se však od tohoto pojetí poněkud odchyluje a to díky situaci, že akutních lůžek je nedostatek. Proto může docházet k tomu, že akutní péče je tak přesouvána i do psychiatrických nemocnic. (Petr, Marková, 2014) S tímto tvrzením souhlasí i Höschl, Libiger a Švestka (2004), kteří rovněž poukazují na to, že i v psychiatrických nemocnicích je uskutečňována akutní péče, přičemž průměrná doba hospitalizace v těchto zařízeních se pohybuje v průměru kolem osmdesáti dnů.

Akutní lůžková péče je zaměřena především na diagnostiku, stanovení vhodné léčby. Nezbytnou součástí této formy péče je snadná dostupnost laboratorních a zobrazovacích vyšetřovacích metod, které se významně podílí na snažší diagnostice onemocnění. Po zajištění akutní péče a stabilizaci pacientova zdravotního stavu by měla být zajištěna návazná péče v podobě hospitalizace v psychiatrických nemocnicích. (Petr, Marková, 2014)

Z hlediska institucionálního se lůžková péče dělí do dalších částí. Můžeme sledovat diferenciaci na psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické nemocnice, psychiatrické kliniky fakultních nemocnic, lázeňská psychiatrická zařízení, sociální ústavy se specializovanou psychiatrickou péčí a gerontopsychiatrická oddělení

nemocnic. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006) Höschl, Libiger a Švestka (2004) zmiňují v institucionálních zařízeních oboru psychiatrie ještě univerzitní pracoviště a Psychiatrické centrum Praha, kde se dlouhodobě zabývají výzkumem v této oblasti. Petr, Marková (2014) upozorňují, že termín psychiatrické nemocnice je poněkud nový, byl zaveden od roku 2013, a je pouze inovací odborného výrazu psychiatrické léčebny.

Ambulantní a lůžková péče tvoří poměrnou součást systému péče o duševně nemocné. Lůžkový sektor je směřován k duševně nemocným klientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci. Ambulantní část poskytuje péči těm klientům, kteří na základě svého zdravotního stavu nemusí být v ústavní léčbě a jsou schopni ambulantní formy léčby. Tyto dva sektory se dále profilují do jednotlivých dílčích druhů zařízení, přičemž současný trend nastavení systému spočívá v deinstitucionalizaci a směřování k ambulantní formě léčby s ohledem na zdravotní stav člověka.

2.2.2 Komunitní péče

Komunitní složka systému péče o duševně nemocné, kdy není třeba řešit primárně zdravotní problémy, ale do popředí se dostávají problémy sociálního charakteru. Záměrem je podporovat osobnostní rozvoj klientů v jejich přirozeném prostředí díky vhodnému propojení služeb a komunity. (Höschl, Libiger a Švestka, 2004)

Kříčka (dle Marková, Venglářová a Babiaková, 2006) datuje počátky tohoto druhu péče počátkem 80. let 20. století. Podstata této složky v systému péče o duševně nemocné tkví v regionální dostupnosti komplexu služeb, jejichž kombinace je volena v závislosti na individuálních potřebách jednotlivých klientů. Rovněž se pracuje především se silnými stránkami klienta a zdroji, aby byla příznivě ovlivněna kvalita jeho dosavadního života. V rámci komunitní péče může být využíváno mnoho druhů institucí, služeb a podpory. Např. krizová centra nabízí svou pomoc osobám v obtížných životních situacích 24 hodin denně včetně telefonní linky. Výhodou je, že klienti sem mohou přicházet bez objednání a k dispozici je i lůžková část ke krátkodobé hospitalizaci. Pracuje zde lékař psychiatr, psychoterapeut, zdravotní sestry a sociální pracovníce. Telefonická pomoc existuje

v České republice již od roku 1964, přičemž její větší rozvoj je možné sledovat počátkem 90. let 20. století. Tyto telefonní linky se specializují na různé cílové skupiny dle struktury obtíží klientů nebo jejich věku, přičemž je spojuje jeden společný aspekt. Ten spočívá v zaměření na obtížné životní situace jedinců. Domácí léčba je další alternativou, která by mohla být v rámci komunitní péče využívána. V České republice s domácí léčbou v oblasti psychiatrie zkušenosti doposud nejsou. Služba domácí léčba má za úkol podílet se na kompenzaci duševní poruchy v klientově přirozeném prostředí. Pracuje zde široké spektrum odborníků různých profesí. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006)

Matoušek a kol. (2005) řadí do komunitní péče také služby poskytované obcí, zařízení podpory bydlení a práce, centra denních aktivit. Např. rehabilitační dílny vytváří pro duševně nemocné rozmanité pracovní programy. V tomto typu zařízení je plně respektováno duševní onemocnění klienta ve spojitosti s docházkou a pracovním výkonem.

Chráněné dílny fungují na podobném principu jako dílny rehabilitační, pouze však s výjimkou, že pracovní programy jsou součástí řetězce komerčního trhu. Z hlediska podpory bydlení může být využíváno chráněné bydlení, které připravuje své klienty pro samostatné fungování v životě. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006) Bouček (2003) tvrdí, že je určeno rovněž i pro klienty, kteří nemají vlastní rodinu. V závislosti na míře podpory a dohledu ze strany zdravotnických a sociálních pracovníků je členěno do několika stupňů.

Matoušek a kol. (2005) dále zdůrazňuje v rámci komunitní péče provázanost jednotlivých složek zdravotní a sociální péče v závislosti na individuálních potřebách klienta. Základní pilíř je vystavěn především na partnerském přístupu ke klientům a rovnocenném postavení všech účastníků procesu spolupráce s využitím zdrojů na straně klientova prostředí. Sociální pracovník musí při práci s duševně nemocnými klienty podporovat jejich sociální začlenění, což souvisí i se stigmatizací těchto jedinců v společnosti. Pracovník by měl tedy umět pracovat na změně postoju společnosti k takto nemocným, podporovat kompetence klienta a pomáhat mu v akceptaci sebe sama. Neméně důležitá je znalost symptomatologie duševního onemocnění, včetně jeho průběhu a vlivu medikace, aby pracovník mohl na případné změny vhodně reagovat.

Jedním z modelů komunitní péče, který je významným článkem v komplexním systému péče o duševně nemocné, je case management. Někdy též bývá nazýván jako případové vedení či asertivní komunitní přístup, který spočívá ve vytvoření vhodného plánu pro klienta. S ohledem na individualitu probíhá i výběr služeb, jež jsou pro klienta nejefektivnější a zároveň case manager koordinuje tuto týmovou práci. Tento plán je uskutečňován s pomocí klienta a jeho sociálního prostředí, přičemž je průběžně vyhodnocován a jsou konzultovány případné pokroky. Case management se opírá o několik prvků. Jsou jimi silné stránky na straně klienta, víra v zlepšení klientových zachovaných schopností a dovedností, partnerský vztah case managera a klienta, respektování klientových přání, potřeb a jeho práv. Všechny tyto prvky je třeba zohlednit a pracovat s nimi během celého procesu. Case manager vystupuje během realizace procesu v rozmanitých rolích. Je osobou, která kontaktuje klienty, radí jim, obhajuje, zprostředkovává a nakupuje služby. (Stuchlík, 2001)

Na základě výše uvedeného členění je patrné, že v současnosti stále více vyniká propojení zdravotní a sociální složky péče o duševně nemocné klienty. V důsledku této koncepce je duševně nemocný pojímán jako bytost biopsychosociální a pozitivní význam komunitní péče v komplexním systému léčby je tudíž nezpochybnitelný.

3 Psychosociální rehabilitace u duševně nemocných

Následující kapitola je ústředním tématem celé bakalářské práce. Popsány budou základní principy psychosociální rehabilitace s vymezením hlavních cílů této metody. Blíže budou specifikovány i jednotlivé oblasti lidského života, na něž se snaží psychosociální rehabilitace působit a posilovat tak omezené kompetence klienta v důsledku probíhající duševního onemocnění. Další podkapitola bude směřovat ke konkretizaci tématu, tedy přímo se bude zabývat náplní sociálně terapeutických dílen v zařízení Cedr Pardubice o. p. s.

Proces využívaný jako součást systému v léčbě psychiatricky nemocných bývá nazýván též jako psychiatrická rehabilitace. Termín psychosociální rehabilitace je ve své podstatě pojmem obecným a zároveň zastřešujícím pro psychiatrickou rehabilitaci. Počátky psychosociální rehabilitace lze spatřit v 30. letech 20. století, kdy lékař Querido z Holandska začíná veřejně poukazovat na význam rehabilitační složky v oboru psychiatrie. Bohužel během dalších následujících několika desítek let stála psychiatrická rehabilitace pouze na samotném okraji celého systému léčby a teprve v 80. letech 20. století se dostává do popředí zájmu představitelů komunitní psychiatrie, Caplana a Bennetta. Jejich nový přístup se opírá o tezi Querida, která je založena na syntéze a prolínání ekonomické a sociální oblasti v životě duševně nemocných. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006)

V definici psychiatrické rehabilitace se někteří představitelé komunitní psychiatrie odlišují v závislosti na jednotlivých teoretických východiscích. Bennet (dle Marková, Venglářová a Babiaková, 2006) se ve své definici zaměřuje na to, aby duševně nemocným díky psychiatrické rehabilitaci mohli co nejvíce čerpat z dosavadních zachovaných schopností a docílit tak optimálního fungování v přirozeném prostředí. V porovnání s tímto přístupem se jeví jako progresivnější formulace Anthonyho (dle Marková, Venglářová a Babiaková, 2006), která se orientuje nikoliv na zachování dosavadních schopností, ale na zlepšení a znovunabytí schopností, aby klienti mohli žít a pracovat v přirozeném prostředí. Zároveň Anthony zdůraznil, že toto terapeutické působení by mělo probíhat s co nejnižšími profesionální zásahy. Cílem psychosociální rehabilitace u duševně nemocných je mobilizace klientova osobního potenciálu s využitím pozitivních aspektů v jeho sociálním prostředí, tak aby byl klient schopen díky nově nabytým dovednostem

schopen samostatného fungování v osobní i pracovní oblasti života a zároveň se dokázal integrovat do společnosti. V případě, že nelze dosáhnout obnovy klientových schopností v přímé závislosti na jeho zdravotním stavu, zaměřuje se tato rehabilitace na učení klienta a jeho okolí jakým způsobem s touto poruchou a klientem samotným žít.

Psychosociální rehabilitace v současné funguje na bazi enviromentálního a vývojově zaměřeného přístupu. Enviromentálně zaměřený přístup je zaměřen především na vytvoření co nejoptimálnějších podmínek v přirozeném prostředí. Vývojově zaměřený přístup pak klade důraz na přání a potřeby klienta. Ten si v úvodu rehabilitace stanoví cíl s ohledem na svá přání, čímž již nabírá rehabilitace určitý směr, přičemž samotný cíl je během realizace samotného procesu významnou motivací daného klienta. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006)

Je třeba si uvědomit, že psychosociální rehabilitace se opírá o syntézu tří aspektů. Těmito aspekty je klient, prostředí a společnost. Lze tedy hovořit o mikrosystému, kdy máme na mysli fungování na úrovni klient, rodina a pracovník. Mezosystém tvoří prostředí, které jedince ovlivňuje. V třetí úrovni je soustředěn komplexní systém, zahrnující sociální služby nabízené duševně nemocným klientům a státní politiku. (Wilken, Hollander, 1999)

Psychosociální rehabilitace je založena na tezi, že k osobnímu rozvoji člověka dochází ve čtyřech doménách nebo-li oblastech života. Těmito oblastmi je doména bydlení, práce, učení se a doména volného času. Osobní spokojenost člověka je však podmíněna osobní doménou péče, zdraví, sociálních vztahů, účelu a smyslu. Další teze se spočívá v tvrzení, že se jedná o dynamický proces, v rámci něhož dochází k obousměrnému působení. Aby člověk došel k vlastnímu sebeuspokojení a naplnila se v něm jedna z Maslowových potřeb, potřeba seberealizace, je primární uspokojit nejen výše zmíněné aspekty, ale i konkrétně pojaté osobní domény. Do těchto oblastí lze zahrnout osobní doménu osobní péče, zdraví, účelu a smyslu a osobní doménu sociálních vztahů. U člověka s duševním onemocněním se však objevuje nedostatek, nebo téměř absence některé z těchto domén. Při navázání spolupráce s duševně nemocným klientem je důležité zjistit, jaká jsou jeho přání a potřeby a dle toho vytvořit pracovní plán. Oremová (dle Wilken, Hollander, 1999) blíže specifikuje, že pro osobní doménu osobní péče je klíčové i uspokojení osobní domény zdraví.

K této doméně je zapotřebí udržet duševní vyrovnanost, se kterou mají právě lidé s duševním onemocněním potíží. K absenci nemůže dojít ani v oblasti osobní domény účelu a smyslu. Bohužel tuto součást komplexnosti sociální pracovníci a další oborově příbuzné profese opomíjejí. Každý člověk potřebuje žít pro něco, mít svůj smysl života. V kontaktu a při komunikaci s druhým člověkem si lidé volí smysl a účel svého života, které jsou směrodatné pro zdravý seberozvoj. Systém psychosociální rehabilitace do centra svého zájmu aplikuje nejen jedince, ale soustředí se také na společnost. Je to právě společnost, která staví klientům s duševním onemocněním do cesty bariéry. Tyto překážky pak nabývají podoby různých předsudků, kdy společnost netoleruje vybočení od běžných standardů. Člověk, který pro společnost byť by jen jednou selhal a ztratil svou duševní rovnováhu, bude pro ostatní vždy bláznem. Selhání společnost netoleruje. Plán psychosociální rehabilitace je zacílen na postupné překonávání těchto bariér. Například na samém počátku pomáhá sociální pracovník člověku s duševním onemocněním jednat s úřady, aby se klient zorientoval ve složitém byrokratickém systému a nabyl kompetencí, jež jsou nezbytné pro klientovo fungování. V 21. století je psychosociální rehabilitace poměrně vzkvétajícím fenoménem, neboť směřuje ke zlepšení života duševně nemocných lidí. Kvalita života je podmíněna několika aspekty. Za obvyklé komponenty vytvářející podmínky pro život jsou považovány finance, zaměstnání, bezpečí a zachované vztahy. (Wilken, Hollander, 1999)

Psychosociální rehabilitace se opírá o pět pilířů. Jedním z důležitých komponentů pro celý kontext psychosociální rehabilitace je motivace. Farková (2008, s. 83) definuje motivaci jako hybné síly: „*Tedy vše, co člověka někam pobízí, někam směřuje, ale také to, co mu brání něco vykonat, nějak se chovat.*“ Pro klienta účastnícího se psychosociální rehabilitace je primární, aby v prvních fázích celého procesu nejprve posílil svou motivaci. Systém spolupráce by měl být založen na profesionálním přístupu pracovníka a smluvní volnosti pro klienta. On sám, by měl být tím, kdo bude koordinovat hybné síly. Při zvyšování motivace hrají významnou roli klientovy blízké osoby, ocenění, ať už formou pochvaly či finanční ocenění, možnost rozšířit své dosavadní sociální kontakty a široká nabídka škály aktivit. (Wilken, Hollander, 1999)

Status je další stavební jednotkou. V rámci psychosociální rehabilitace se pojí

status s dosaženým uznáním duševně nemocného ze strany okolní společnosti. Klienti získávají pocit, že jejich vykonávaná činnost má smysl a jsou pro své okolí užiteční. Dalším aspektem jsou pak dovednosti klienta, které mohou být kognitivního, emocionálního, praktického nebo sociálního druhu. Mezi tyto schopnosti patří např. umění reagovat na rozmanité životní situace, schopnost vyrovnat se smutkem, stresem, nepochopením, dovednost spravovat domácnost a finanční prostředky. Do sociálních dovedností je řazena např. schopnost naslouchání, vedení rozhovoru, přijímání druhého, navazování nových kontaktů. Jednotlivé výše uvedené aspekty však mohou být úspěšně naplněny pouze za předpokladu podpory, která může být materiální a společenská. Podporu společenskou můžeme prokázat formou navození důvěry, poskytnutím rady, pomoci nebo užitečných informací či reflektovat klientovy provedené činy. Materiální podpora tvoří poslední pilíř psychosociální rehabilitace a zahrnuje finanční prostředky, bydlení, stravu, náradí, osobní pomůcky a dopravní prostředky. Všechny tyto pilíře se spolupodílí na emancipaci, normalizaci a začleňování klientů, které jsou v podstatě cíli celého procesu. (Wilken, Hollander, 1999)

Psychosociální rehabilitaci lze dle mého názoru shrnout jako přístup k duševně nemocným a metodu využívanou v oblasti sociální práce s duševně nemocným klientem, která se opírá o spolupráci tří subjektů, kterými jsou klient, rodina a pracovník. Záměrem je nejen posílení stávajících zachovaných schopností a dovedností klienta, ale i jejich posílení a nabytí nových kompetencí.

3.1 Organizace poskytující psychosociální rehabilitaci v

Pardubicích

V této podkapitole budu prezentovat organizaci Cedr o. p. s., která působí v Pardubicích a při práci se svými klienty používá metodu psychosociální rehabilitace a tvoří tak nedílnou součást v komunitní péči o duševně nemocné v Pardubicích a jejich okolí.

Tato obecně prospěšná společnost poskytující služby lidem s duševním onemocněním existuje v Pardubicích od roku 1994. Poskytuje psychiatrickou rehabilitaci v rámci sociálně terapeutických dílen, sociálně aktivizační služby

a provozuje i chráněné dílny pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením a seniory. (Cedr Pardubice o. p. s., 2015a)

Sociálně terapeutické dílny dle zákona 108/2006 Sb. jsou „*ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.*“ (Zákon 108/2006 Sb., 2013, s. 117) Sociálně terapeutické dílny v Cedru si tedy kladou za cíl dosažení maximální možné samostatnosti uživatele v sociální oblasti a připravit ho pro návrat na běžný trh práce. Díky psychosociální rehabilitaci, která v dílnách probíhá, se klienti podílí na vytváření svého denního harmonogramu a osvojují si základní pracovní návyky, jež jsou základními stavebními jednotkami nezbytnými pro uplatnění na běžném trhu práce. (Cedr Pardubice o. p. s., 2015c)

Do sociálně terapeutické dílny je přijímán člověk na základě doporučení psychiatra. V úvodu je seznámen se svými právy a organizačním řádem jednotlivých dílen, s klientem je sepsána smlouva o poskytnutí sociální služby. Klient si zvolí typ dílny, ve které by rád působil. Nově příchozím klientům je doporučena rehabilitační dílna, která slouží jako prvotní příprava na přechod do druhého stupně rehabilitace. Dále je s klientem sepsána tzv. dohoda o rehabilitaci, která obsahuje frekvenci docházky a časový interval. Rovněž také pracovní asistent a klient společně vytváří rehabilitační individuální plán. Tento plán zahrnuje cíle, kterých by klient chtěl dosáhnout a vypracovává se maximálně na dobu tří měsíců. Jak již bylo uvedeno výše, rehabilitace je dvoustupňová a probíhá za přítomnosti pracovního asistenta. První stupeň rehabilitace tvoří rehabilitační dílna, jedná se o tzv. vstupní dílnu. Tato forma rehabilitace je často klíčovou záležitostí pro nově příchozí klienty. Podstatou jejího absolvování je osvojení si základních pracovních návyků, adaptace na pracovní prostředí, získání nových kompetencí na základě zachovaných schopností a navázání nových sociálních kontaktů. V rámci sociálního kontaktu se klienti učí vzájemné toleranci a respektování pracovního asistenta. K samotným aktivitám, které probíhají v rámci osvojení si pracovních návyků, patří nejčastěji ruční šití, kdy klienti vytváří drobné předměty, které jsou méně náročné na technologii výroby. Někteří z klientů však více inklinují k výrobě šperků, kdy

mají možnost vybrat si z širokospektrých materiálů. Takovým materiálem jsou např. různé kamínky, látky, drátky. K dalším oblíbeným aktivitám patří pletení košíků z pedigu, drátkování, výroba svíček, mýdel a dalších drobných dekorativních předmětů. Míra podpory ze strany pracovního asistenta je zde poměrně vysoká. Absolvování rehabilitace v této dílně je ve většině případů nezbytné pro přechod do druhého stupně rehabilitace, kde si klient s dopomocí pracovního asistenta nejprve stanoví cíl v rehabilitačním plánu, který vypracuje asistent. Stanovený cíl v průběhu procesu na základě vzniku individuálních okolností lze měnit. V rámci plánu je stanovena i docházka do zařízení a délka pracovní doby, přičemž její frekvence se v závislosti na aktuálním zdravotním stavu může postupně navyšovat. (Cedr Pardubice o. p. s., 2015e)

Druhý stupeň rehabilitace tvoří dílny šicí a rukodělná, které mají pracovní kapacitu jednotlivě maximálně osm míst. Opět zde klient ve spolupráci s pracovním asistentem vypracovává rehabilitační individuální plán, který zahrnuje frekvenci docházky a dobu docházky, jež se odvíjí od přání klienta. Míra ze strany pracovního asistenta je nižší a klient se v tomto typu dílen připravuje pro uplatnění na běžném trhu práce. V průběhu psychosociální rehabilitace se mohou klient i pracovní asistent dohodnout na konzultaci, v rámci níž je řešena změna individuálního plánu zahrnující například navýšení docházky do zařízení nebo změnu cíle. Klienti nejsou mezi jednotlivými stupni rehabilitace časově limitováni, čímž je plně respektována individualita jedince. Rovněž mají možnost využít i sociální poradenství, ke kterému má kompetence sociální pracovník. (Cedr Pardubice o. p. s., 2015d)

Specifickou oblastí, kterou obecně prospěšná společnost Cedr nabízí, je podpora zaměstnávání. Podpora zaměstnávání bývá také v abstraktním slova smyslu také nazývána třetím stupněm rehabilitace. Cílem tohoto programu je edukace v oblasti zaměstnávání, poradenství v pracovně právní sféře a nalezení vhodných podmínek pro získání nového zaměstnání. Veškerá spolupráce s klientem plně respektuje specifika ve zdravotní oblasti klienta. Výstupem spolupráce klienta a pracovníka je individuální plán. Osvojené pracovní dovednosti a komunikaci si duševně nemocní mohou nacvičit v prodejně výstupních výrobků Cedr, ale i u stánků v rámci workshopů, kdy jsou prezentovány výrobky z této organizace. Další z možných variant pro nácvik jednání s širším okruhem společnosti je telefonní

komunikace. Klient má svou oporu a stěžejní zázemí v pracovním asistentovi. Postupem času dochází ke gradaci nároků na klienta. Gradační prvky jsou v souladu se zachováním autonomie jedince. Ke konkrétním prvkům individuálního nácviku zaměstnanosti patří několik klíčových atributů. V první řadě je důležité, aby si klient osvojil základní komunikační dovednosti, naučil se základním uživatelským schopnostem v oblasti práce s výpočetní technikou, zvládnutí administrativních úkonů v komunikaci s úřady, poskytována je i dopomoc při hledání vhodného zaměstnání a edukace při psaní životopisu. Výstupem individuálního nácviku je získání schopnosti, aby byl klient schopen komunikace v běžném denním životě v kontaktu s druhými lidmi, ale i jednání v úředních záležitostech. (Cedr Pardubice o. p. s., 2015 b)

Během absolvování praxe jsem měla možnost pozorovat vzájemné vztahy mezi klienty, které se jeví jako velmi přátelské. Mimo vymezený čas pro práci si klienti sami organizovali volnočasové aktivity. Nejčastější a zároveň nejoblíbenější aktivitou byl bowling. Tato aktivita nebyla organizována pracovním asistentem, ale byla plně v režii samotných klientů. Mnozí z nich uváděli, že v organizaci našli nové přátele, se kterými mohou smysluplně trávit volný čas. Vznikla mezi nimi důvěra a vzájemná akceptovatelnost především proto, že se ocitli díky svému problému na jedné lodi. Mezi sebou našli vzájemné pochopení a docházelo i k předávání si zkušeností s psychiatry, psychology a dalšími organizacemi poskytující pomoc duševně nemocným.

4 Východisko pro empirickou část

Z množství informací uvedených v teoretické části mé bakalářské práce je patrné, že při péči o duševně nemocné jedince je nezbytná provázanost zdravotní a sociální složky péče. V systému péče o výše uvedenou cílovou skupinu se uplatňuje teze, že člověk je biopsychosociální jednotka, neboť má potřeby biologické, sociální a psychologické. Toto tvrzení podporuje i Maslowova pyramida potřeb. Terapie duševních poruch je tedy založena na komplexním pojetí člověka. Pro zvládnutí akutní fáze onemocnění je jistě nezbytná farmakoterapie s využitím psychoterapie. Po této stabilizaci duševně nemocného klienta však přichází na řadu také propojení části zdravotní se sociální složkou péče, která disponuje mnoha metodami a přístupy při práci s duševně nemocnými jedinci, aby u nich mohlo dojít k naplnění nejen biologických potřeb, ale i potřeb vyššího stupně. Jedním z těchto přístupů je psychosociální rehabilitace, která se zaměřuje na udržení stávajících klientových zachovaných schopností, ale rovněž i na jejich zdokonalení do takové míry, aby byl klient schopen samostatného sociálního fungování ve svém přirozeném prostředí. Tato metoda práce, která zahrnuje rozličné formy aktivit, plně respektuje individualitu jedince s ohledem na jeho zdravotní stav.

Psychosociální rehabilitace využívá, jak bylo výše uvedeno, poznatků Maslowa, kdy se opírá o tvrzení, že osobní spokojenost člověka je podmíněna jeho fungováním v oblasti zdraví, péče o sebe, sociálních vztahů a smyslu a účelu. U klienta s duševní poruchou může být některá nebo více těchto domén narušeny a je třeba pracovat na základě spolupráce klienta, pracovníka a sociálního prostředí klienta. V empirické části práce se proto zaměřím na zjištění, jakým způsobem vnímají klienti Cedru v Pardubicích vliv psychosociální rehabilitace na jednotlivé osobní domény jejich života. Základním předpokladem je to, že klienti si uvědomují skutečnost, že u nich došlo ke změně v oblasti zdraví, což má za následek změny i v dalších oblastech a v psychosociální rehabilitaci spatřují možnost pomoci tuto situaci řešit. I sociální pracovník, aby mohl komplexně pochopit a analyzovat klientovu životní situaci a poskytnout odpovídající pomoc, musí mít alespoň základní poznatky o terminologii a příznacích duševních poruch, jejich léčbě a uspořádání systému v organizaci péče o duševně nemocné.

Jak bylo zmíněno, psychosociální rehabilitace nemá za cíl pouze zachování nebo obnovu klientových schopností a dovedností, ale také pracuje na dalším rozvoji těchto aspektů. Při tomto procesu čerpá ze stanoviska, že k rozvoji a mobilizaci klientova potenciálu dochází v oblasti učení, práce, bydlení a volného času. Tohoto principu jsem také využila při výzkumném šetření v empirické části práce, kde bylo jedním z dílčích cílů zjistit, v jakých oblastech životních domén došlo u klientů Cedru k rozvoji.

5 Výzkumná část

Pojem duševní onemocnění je v dnešní společnosti stále poněkud stigmatizován. Samotná návštěva psychiatra nebo psychologa člověka už do určité míry staví do pozice někoho, kdo selhal a není schopen řešit své problémy bez pomoci těchto odborníků. Mnohdy se tak stává, že lidé se za návštěvu těchto odborníků stydí, považují to za osobní selhání a úzkostlivě to tají před svým okolím. Výskyt somatického onemocnění u člověka je ze strany společnosti spíše akceptovatelný než propuknutí duševní poruchy. U jedince tak může docházet v důsledku samotné poruchy, ale i reakci okolí k sociální izolaci, snížení nebo ztrátě sociálních kompetencí.

Psychosociální rehabilitace jako jedna z metod užívaných v komunitní péči tvoří významnou součást komplexu léčby, která pomáhá jedinci v upevnění jeho sociálních kompetencí a následně v resocializaci. Domnívám se, že je třeba poukázat na význam psychosociální rehabilitace. V současné době si stále mnozí jedinci nedokáží pod tímto pojmem nic představit, a tudíž jeho význam při práci s duševně nemocným zpochybňují a bagatelizují.

5.1 Hlavní cíl

Cílem výzkumného šetření je zjistit jaké změny v životě duševně nemocných klientů způsobilo pravidelné navštěvování sociálně terapeutických dílen v organizaci Cedr Pardubice o. p. s. Domnívám se, že jedinců s duševními poruchami stále přibývá a je proto nezbytné zajištění vhodné péče jak zdravotního charakteru, tak po zvládnutí akutní fáze i propojení s péčí komunitní, která směřuje k znovunabytí sociálních kompetencí těchto jedinců a jejich resocializaci. Hlavní výzkumnou otázkou je tedy odhalit praktické zkušenosti s psychosociální rehabilitací u klientů Cedru a také zjistit změny v jejich životě, které byly ovlivněny pravidelným navštěvováním této organizace. Výzkumné šetření jsem realizovala v organizaci Cedr Pardubice o. p. s.

5.2 Dílčí výzkumné otázky

DOV1 Jak vnímají klienti Cedru Pardubice o. p. s. vliv psychosociální rehabilitace na kvalitu života v osobních doménách jejich fungování (oblast zdraví, péče, sociálních vztahů a doména účelu a smyslu)?

Klienti Cedru přichází do tohoto typu zařízení z důvodu, že došlo ke změně v jedné z oblastí těchto domén, kterou je zdraví. Tato změna se promítá i do oblastí dalších, neboť na základě specifikace příznaků výše uvedených duševních poruch je patrné, že je v různé míře narušena také oblast péče, sociálních vztahů, ale i účelu a smyslu.

DOV2 V jakých oblastech životních domén došlo u klientů k rozvoji (oblast bydlení, práce, učení se, volný čas)? Hlavní tezí, o kterou se psychosociální rehabilitace opírá, je ta, že se zaměřuje na podporu klienta při jeho rozvoji v oblasti bydlení, učení, práce a volného času. Jelikož je tedy cílem posílení klientových stávajících schopností a nabytí nových, aby byl schopen samostatného fungování v osobním i pracovním životě, bude tedy hlavní náplní této DOV2 sledovat na základě kvalitativního rozhovoru vývoj v oblasti učení, práce, bydlení a volného času.

5.3 Výzkumná strategie

Pro výzkumné šetření jsem se rozhodla využít kvalitativní výzkumnou strategii. Disman (dle Miovský, 2006, s. 16) považuje za kvalitativní přístup „*nenumerické šetření a interpretace sociální reality*“. Cíl přístupu pak spatřuje v odhalení významu tohoto šetření a vzniká na základě zjištěných informací. Za hlavní znak diferenciací mezi kvantitativním a kvalitativním výzkumem pak považuje především výsledky výzkumné činnosti. Ty dle něho při kvalitativním výzkumu umožňují vytvářet nové porozumění tématu. Miovský (2006) dále zdůrazňuje klíčové pojmy, které slouží i k charakteristice kvalitativního přístupu. Mezi tyto termíny řadí princip jedinečnosti, neopakovatelnosti, procesualnosti, kontextuálnosti a dynamiky. Rovněž poukazuje i na reflexivitu, která spočívá v tom, že výzkumník může do určité míry ovlivňovat procesy, které zkoumá, tím že je těchto aktivit do určité míry účasten.

Dle Gavory (2008) kvalitativní výzkum spočívá ve vysvětlování pozorovaných zkoumaných jevů očima zkoumaných osob, nikoliv na základě názorů výzkumníka. Výzkumník pozoruje rozdíly mezi jednotlivými účastníky výzkumu a identifikuje diferenciaci mezi tím jak účastníci výzkumného šetření nahlíží na stejnou věc. Pro realizaci výzkumného šetření jsem zvolila techniku kvalitativního interview. „Cílem interview je zjistit jak osoby interpretují svět kolem sebe, jaké významy připisují důležitým událostem ve svém životě.“ (Gavora, 2008, s. 205) Tento druh metody jsem zvolila z důvodu získání přímého náhledu na svou životní situaci ze strany informantů.

Při výzkumném šetření k DOV1 jsem použila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Dle Miovského (2006) je pro polostrukturovaný rozhovor charakterické dané určité jádro, ke kterému budou otázky směřovat. Je dané i určité minimum otázek, jejichž pořadí lze zaměňovat, k tomuto pevně stanovenému minimu otázek se mohou přidávat další doplňující otázky, jež mohou pomoci objasnit věc v širším kontextu a hloubce. Tuto techniku jsem si vybrala s ohledem nejen na zkoumané téma, ale i s respektem k individuálním zvláštnostem jednotlivých informantů.

Pro výzkumné šetření k DOV2 jsem se rozhodla využít rovněž techniku polostrukturovaného rozhovoru.

5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku a prostředí

Zvoleným prostředím pro výzkumné šetření byla organizace Cedr Pardubice o. p. s., která je blíže popsána v teoretické části mé bakalářské práce. Zkoumaný vzorek činili klienti sociálně terapeutických dílen tohoto zařízení. Mezi oslovenými informanty byli osoby mužského a ženského pohlaví ve věkovém rozpětí 30 - 43 let. Vzorek pro výzkumné šetření činili celkem 4 klienti Cedru, kteří byli vybráni po dohodě s vedoucí rehabilitace a následně osloveni. 3 informanti byli ženského pohlaví a 1 informant byl muž.

Tabulka 1: Charakteristika zkoumaného vzorku

informant	věk	vzdělání	délka docházky do Cedru
I1-muž	30	vysokoškolské Bc.	2 roky
I2-žena	37	středoškolské	1,5 roky
I3-žena	32	středoškolské	1 rok
I4-žena	43	základní	3 roky

Pramen: Vlastní zdroj

5.5 Transformace obsahu dílčích výzkumných otázek

Tabulka 2: Transformace jednotlivých DVO na TO

Dílčí výzkumná otázka	Výzkumná metoda	Zdroj zjištění	Tazatelské otázky
DVO1	Polostruktovaný rozhovor	Klienti Cedru	<p>TO1 Co Vás přimělo k návštěvě Cedru?</p> <p>TO2 V čem Vám pomáhá, že Cedr navštěvujete?</p> <p>TO3 Co se změnilo ve Vašem osobním životě, poté co docházíte do Cedru?</p> <p>TO4 Získal/a jste během doby, po kterou do Cedru dochází nové přátelé?</p>
DVO2	Polostruktovaný rozhovor	Klienti Cedru	<p>TO5 Jak jste spokojen/a s dosavadním bydlením?</p> <p>TO6 Pomáhají Vám návštěvy Cedru i nějakým způsobem v pracovní oblasti? Pokud ano, jak?</p> <p>TO7 Co jste si v Cedru nového osvojila, popřípadě v čem jste se zdokonalil/a?</p> <p>TO8 Spatřujete nějaký rozdíl v trávení volného času předtím, než jste navštěvoval/a Cedr a v současné době?</p> <p>TO9 Navštěvujete nějakou volnočasovou aktivitu v Cedru?</p>

Pramen: vlastní zdroj

5.6 Organizace výzkumného šetření

Pro DOV1 byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly realizovány se 4 klienty v období od 10. 2. 2015 do 23. 2. 2015. Nejdříve jsem kontaktovala vedoucí rehabilitace v dané organizaci, která oslovila na základě osobního setkání informanty, jež seznámila s účelem výzkumu a následně zjišťovala, zda jsou ochotni se rozhovoru zúčastnit. Tento postup byl zvolen vzhledem k vnitřním pravidlům dané organizace s maximálním respektem k specifickým klientů Cedru. S těmito klienty jsem byla v přímém kontaktu již během mé praxe v tomto typu zařízení. Dotyční mě tedy osobně znali, což přispělo k navození bezpečného prostředí a příjemné atmosféry. Rozhovory byly uskutečněny v soukromí kanceláře vedoucí rehabilitace, což prohloubilo upřímné odpovědi u informantů. Dále byl zaručen pocit bezpečí a soukromí. V úvodu setkání jsem jednotlivým informantům opět vysvětlila účel mého výzkumného šetření a poukázala na to, že jejich informace budou pouze sloužit pro výzkumné šetření mé bakalářské práce a nemusí mít obavy z jejich zneužití. Délka rozhovorů se odvíjela od momentálního duševního rozpoložení jednotlivých klientů a pohybovala se v rozmezí 35 až 50 minut. Všichni informanti ochotně navazovali verbální kontakt, zpočátku jejich odpovědi byly spíše v kratších větách, během rozhovoru však začali svá sdělení více rozvíjet. Informace plynoucí z verbální komunikace i neverbální projevy jsem s maximálním možným ohledem na zachování autentičnosti zaznamenávala písemnou formou. Tyto písemné poznámky jsem pak zpracovala do elektronické podoby, abych je následně mohla dobře analyzovat.

Pro DOV2 byla použita rovněž metoda polostrukturovaného rozhovoru.

5.7 Rizika výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda. Z toho vyplývá, že během rozhovorů docházelo i k syntéze názorů, které byly subjektivní, rovněž klienti mnohdy odbíhali od hlavního tématu konverzace, v rámci čehož některé rozhovory trvaly po delší časový úsek, což se následně projevilo únavou klientů. Určité riziko lze spatřit i v tom, že některé informace mohou být pro klienty citlivého charakteru a hrozila alternativa, že klienti odmítnout na ně odpovědět.

5.8 Interpretace výzkumného šetření

DVO1 - *Jak vnímají klienti Cedru Pardubice o. p. s. vliv psychosociální rehabilitace na kvalitu života v osobních doménách jejich fungování (oblast zdraví, osobní péče, sociálních vztahů a doména účelu a smyslu)?*

K objasnění, jak vnímají klienti Cedru vliv psychosociální rehabilitace na osobní domény svého fungování, jsem použila jejich odpovědi na dané otázky. Všichni účastníci výzkumného šetření mají zkušenost s danou organizací, což jim umožňuje zhodnotit na základě svého subjektivního mínění, zda-li a jakým způsobem ovlivnila docházka do Cedru některé oblasti jejich života týkající se osobní péče, zdraví, sociálních vztahů a smyslu a účelu. Otázky byly směřovány na porovnání jednotlivých druhů osobních domén ve vztahu ke dvěma životním etapám těchto klientů. Těmito etapami mám na mysli kvalitu života před pravidelným navštěvováním dané organizace v době propuknutí duševní poruchy a zhodnocení osobních domén v průběhu docházky do Cedru.

Oblast zdraví hodnotili všichni informanti jako narušenou. Právě to, že jsou dispenzarizováni u psychiatra, je vedlo na základě indikace tohoto lékaře k návštěvě Cedru. Jak uvedla I2: *„O Cedru mi řekla moje doktorka Růžičková. Říkala, že by mi to mohlo pomoci. Mám totiž tu sociální fobii, tak jsem si řekla, že to zkusím a nelituju.“* S tvrzením, že se o tomto typu zařízení dozvěděli od svého psychiatra, se shodují i další 2 informanti. Nikdo z nich však netušil jaké služby Cedr nabízí a lékař jim to musel tedy vysvětlit. *„Věděl jsem, že díky týhle nemoci jsem nedostudoval veškeru, protože jsem býval hodně unavený a nějak se toho na mě valilo moc, až jsem se z toho prostě zhroutil. Pak mi řekli, že mám schizofrenii. Doktor mi řekl, že by mi v Cedru mohli pomoci.“* Takto zhodnotil své zdraví před prvotní návštěvou Cedru I1. Informanti se shodli i v tom, že si uvědomovali, že něco v jejich životě není v pořádku a chtějí to změnit, ale nevěděli jak. V tom jim prý velmi pomohl právě jejich psychiatr, který je o této organizaci informoval. V závěru svého projevu I2 dodává: *“Teď už po tom roce, co sem chodím a beru léky, tak sama na sobě cítím, že jsem lepší. Hodně mi to i říkají lidi v mém okolí.“*

Ukázalo se, že život dotazovaných klientů Cedru postrádal při propuknutí akutní fáze duševního onemocnění nějaký smysl. Z odpovědí informantů se však

ukazuje, že doména zdraví se u těchto jedinců se promítá i do oblasti smyslu a účelu a osobní péče. „Byla jsem tak strašně unavená, že jsem nedokázala ráno ani vstát z postele, a hlavně taky jsem ani nechápala proč vlastně, nic mě nebavilo. A ze začátku chození do Cedru pro mě bylo hrozný, když jsem věděla, že musím dvakrát týdně vstávat v 8 hodin a jít sem.“ (I3) I I1 uvedl: „... když nejsem schopný chodit do školy, tak jsem si říkal, k čemu jsem, co budu celý den dělat. Všechny dny plynuly stejně a čas jsem ani nevnímal, teď si říkám, že prostě ten život má nějaký smysl, když něco vyrábím, co je užitečný a hlavně mi to pomohlo v tom, že jsem si říkal, že mi to pomůže, abych mohl zase někdy normálně fungovat.“ Z odpovědí informantů tak vyplývá, že jejich den neměl před docházkou do Cedru žádný stanovený řád, jejich život pouze plynul a u účastníků výzkumného šetření se projevovala absence nějakého životního smyslu. „V Cedru jsem zjistila, že jsou tady lidi s podobnými problémy, a že někteří si hledají i práci venku. To mě nakoplo, že jsem si řekla, že bych to mohla taky někdy dokázat.“ (I2) Informantky I2 a I4 během rozhovorů také poukázaly na to, že jim Cedr pomáhá i v oblasti osobní péče, kdy si sami sebe začínají vážit, starají se o sebe, svůj vzhled, což dokládá i tvrzení I2: „... dřív, když jsem byla ve stresu, tak jsme se přejídala, snědla jsem i tabulku čokolády, a vůbec mi bylo nějak jedno jak jím a vypadám. Teď, když mám stres, si jdu radši zaběhat s přítelem nebo mu něco uvařím. Taky jsem si obarvila vlasy a příteli se to moc líbilo.“ Jelikož je narušena u těchto respondentů doména zdraví, projevuje se toto i ve snížené osobní sebedůvěře a postrádání životního smyslu. Jedinec je unaven, péče o vlastní osobu se mu zdá zbytečná, neboť v ní nevidí smysl.

V osobním životě klienti poukazují klienti na to, že navštěvování Cedru se profiluje v také oblasti sociálních vztahů, ale i do domény účelu a smyslu. „Hlavně se změnilo to, že vím, že dopoledne půjdu sem, pak se těším, že nakoupím a půjdu vařit Pavlíkovi oběd. A právě za tohle jsem ráda, že už mám nějaký plán, něco, na co se prostě těším.“ (I4) Změnu v oblasti smyslu života potvrdil i I1: „Největší změnou pro mě je to, že díky pomoci pracovníků tady jsem si našel zaměstnání na otevřeném trhu práce a to hlavně díky tomu, že mě od začátku podporovali v tom, že chození sem má nějaký smysl.“ Pro I2 je velký přínos ve zlepšení její komunikace s okolím, která před tím, než začala pravidelně navštěvovat Cedr, byla na minimální úrovni.

„Pro mě je největší změnou to, že dokážu jít sama nakoupit, promluvit si s prodavačkou a dokážu si jít i zařídit sama věci na úřady, co potřebuju. Taký jsem si vlastně v posledním půl roce našla nového přítele.“ (I2)

Z výše uvedeného vyplývá, že klienti jsou schopni reflektovat, že v akutní fázi svého onemocnění nebyli schopni vidět ve svém životě nějaký smysl, neměli pro co žít, což se zčásti upravilo díky tomu, že si stanovili s pracovním asistentem v sociálně terapeutické dílně individuální plán, jehož cíl se snažili naplnit, a který pro ně byl zároveň i smyslem. Jedna informantka poukázala u sebe především na pozitivní změny v oblasti sociálních vztahů, kdy je schopna navazovat nové vztahy a je schopna kontaktu i s neznámými osobami.

Všichni informanti shodně odpověděli, že v Cedru během návštěvy sociálně terapeutických dílen získali nové přátele ze strany klientů Cedru, které považují za opravdové přátele, a jímž se mnohdy svěřují. Rovněž sdělili, že při propuknutí jejich onemocnění a oznámení to okruhu svých známých, se okruh těchto lidí poněkud zúžil. *„Slyšela jsem, jak mámina kamarádka říká na ulici jedný ženský, že jsem se zbláznila a že moje rodiče lituje.“ (I3)* Tuto stigmatizaci ze strany společnosti potvrzuje ve svém tvrzení i I1: *„Moje holka se se mnou rozešla, když jsem jí řekl, že mám schizofrenii, tvrdila, že to není kvůli tomu, ale já vím svý. Jednou jsem slyšel sousedky na chodbě, jak se baví a říkají, že jsem se z toho učení zbláznil, a že si na mě musí dát pozor, že jsem nebezpečný.“* I2 sdělila, že: *„... zpočátku jsem jen občas zaslechla, že sem divná, když sem se v práci vyhýbala lidem, ale tady jsem se s nikým taky moc na začátku nebavila a radši jsem pracovala sama, ale pochopila jsem, že ty lidi mají podobný problémy a nemusím se jich bát, tak jako těch, když jsem pracovala v bance“.* Ostatní informanti sice udávají, že v komunikaci s ostatními neměli problémy, nicméně rozhodně nečekali, že zde naleznou tolik nových přátel. *„Když jsem sem poprvé přišel, nikdy by mě nenapadlo, že tady budu chodit ve volném čase s ostatníma hrát bowling.“ (I1)*

Jak bylo výše uvedeno, u těchto informantů byla narušena i doména sociálních vztahů, která se alespoň zčásti vykompenzovala právě díky návštěvám Cedru, kde tito informanti navazovali nové sociální kontakty a vztahy a psychosociální rehabilitace přispěla k zlepšení jejich komunikačních dovedností.

Shrnutí DOV1

Tato výzkumná otázka měla objasnit, jak vnímají klienti Cedru Pardubice o.p.s. vliv psychosociální rehabilitace na kvalitu života v jejich osobních doménách fungování. Všichni informanti se shodli, že si uvědomují, že oblast zdraví je u nich rozdílným způsobem narušena. Narušení byť jediné z těchto domén se však na základě doložených výpovědí promítá i do ostatních osobních oblastí života. Symptomy duševní poruchy způsobují i změnu ve vztazích s okolím a projevují se eliminováním těchto vztahů. Klienti mají také vlastní osobní zkušenost se stigmatizací duševně nemocných, což se odráží i v omezení styku s okolím. Daná organizace umožnila klientům vytvořit nejen prostředí bezpodmínečného přijetí, kde si mohou osvojovat a zdokonalovat návyky nezbytné ke každodennímu životu, ale především také prostor, kde se cítí klienti bezpečně, nalézají zde nové přátele a rozvíjí komunikační dovednosti. Zároveň v pravidelné docházce do Cedru spatřují určitý smysl. Doména smyslu a účelu je dle jejich názoru posílena, neboť jak dokládají sami na základě svých výpovědí, jejich současný den má stanovený nějaký plán, který dle potřeby dokáže i měnit a jsou spokojeni, že den má nějakou smysluplnou náplň. Polovina dotázaných uvedla, že díky tomu, že našli v pravidelných návštěvách dané organizace nějaký účel, změnil se život i v oblasti péče o sebe sama k lepšímu.

DVO2 - *V jakých oblastech životních domén došlo u klientů k rozvoji (oblast bydlení, práce, učení se, volný čas)?*

Z odpovědí informantů týkající se jejich spokojenosti s dosavadním druhem bydlení vyplynulo, že ti, kteří žijí ještě se svými rodiči, upozorňují na občasné konfliktní situace, jež mezi nimi a rodiči vznikají. Zároveň si také uvědomují, že z finančního hlediska je pro ně toto nejvýhodnější formou bydlení. „*Asi bych řekla, že jsem spíš víc spokojena, než nespokojená. Já bydlím, víte, se svýma rodičema v čtyřpokojovém bytě, kde mám svůj pokoj, takže když chci, tak se zavřu do pokoje a mám klid, ale občas si říkám, že bych chtěla jednou bydlet s přítelem, ale vím, že mám jen ten invalidní důchod, a že by to stálo moc peněz a nezvládla bych to ani s jeho pomocí. On má taky jen invalidní důchod.*“ (I2)

Do oblasti bydlení se promítají i sociální vztahy, což dokládá vyjádření i dalšího účastníka. „Bydlím s mámou, je to dobrý, pač si našetřím nějaký peníze, ale někdy mě vadí, že musím s hodně věcma pomáhat. Doufám, že až si najdu práci, tak si něco vydělám a pak bych chtěl bydlet sám, ale vyhovuje mi, že nemusím vařit a vaří máma.“ (I1) I4 žije v bytě se svým přítelem a hodnotí toto soužití následovně: „Já bydlím s Pavlíkem a jsem spokojená, sice mi někdy leze na nervy, když nechce uklízet, ale mám ho ráda.“ I3 sdělila: „Bydlím u našich, někdy mi to leze na nervy, ale chci si našetřit nejdřív nějaký peníze a taky najít práci, abych mohla mít nějaký podnikem.“

Na základě výpovědí informantů lze hodnotit, že během docházky do Cedru ani u jediného z nich nenastal žádný obrat ve změně bytové situace. Informantům však současná situace vcelku vyhovuje, uvědomují si svou současnou finanční situaci a i náročnost samostatného bydlení.

Oblast práce považovali informanti za velmi důležitou součást jejich života. Všichni dotazovaní se shodli, že v pracovní oblasti jim Cedr velmi pomohl a pomáhá a chtějí se navrátit na otevřený trh práce. „Chodím sem už dva roky a teď se mi podařilo najít práci- úklid v jedné firmě na zkrácený úvazek. Ale za to jsem vděčná tady v Cedru, tady mi to pomohli najít. Doufám, že to zvládnu.“ Takto hodnotila svou současnou situaci I4. I2 sdělila: „Jsem ráda, že sem chodím, naučila jsem se líp komunikovat. Dřív jsem pracovala v bance a tam se vrátit nechci, všichni se tam jen pomlouvali a záviděli. Spíš by se mi líbilo dělat někde účetní v klidu v menší kolektivu. Taky jsem ráda, že tady můžu chodit na ten počítačový kurz, kde zjistím co je nového v ekonomické oblasti. Taky je fajn, že tu jsou různé přednášky na témata pracovní oblasti.“ I další účastník výzkumného šetření se shoduje s tvrzením předešlé informantky. „Cedr mi hodně pomohl v pracovní oblasti. Chodím sem asi dva roky a nedávno jsem dostal nabídku, že bych mohl dělat správce počítačové sítě v jedné firmě. Tuhle nabídku jsem dostal díky právě Cedru, ukázali mi, jak napsat životopis a než jsem šel na pohovor, tak jsme s pracovní konzultantkou probrali, jak mám vystupovat a tak. Nastoupit mám za měsíc.“ (I1) Přínos v oblasti práce vyplývá i z tvrzení I3. „Dokážu se aspoň už soustředit na nějakou aktivitu a taky jsem se naučila už pracovat v kolektivu a nevádí mi to, myslím si, že je to takový první krok.“

Životní doména práce je pro všechny informanty velmi důležitá, o čemž svědčí jejich vyjádření. Polovině z nich se povedlo již zaměstnání získat a mají pouze obavu, aby splnili očekávání zaměstnavatele a uspěli. Další informanti jsou zatím pouze ve stádiu hledání vhodného zaměstnání, ale jejich silnou stránkou je odhodlání a víra, že naleznou vhodnou práci, která jim bude vyhovovat.

Klienti si uvědomují, že během doby, kdy navštěvují Cedr, se zdokonalili v různých činnostech. Informanti se shodují, že Cedr je naučil pravidelnosti a odpovědnosti. „*Nejdřív pro mě bylo strašně náročný dvakrát týdně vstát a jet sem. Hlavně jsem se naučil nějakému režimu, abych byl schopný pak chodit někam do zaměstnání.*“ (I1) Mezi dovednosti, kterým se informanti naučili, patří také manuální zručnost a soustředěnost na právě vykonávanou činnost. „*Já sem nikdy na ty ruční práce nebyla a říkala jsem si, že k čemu mi to může pomoci, třeba nějaký pletení košíků. Ale teď vidím, že díky tomu jsem se naučila trpělivosti a zlepšila se mi jemná motorika a naučila jsem se soustředit na práci.*“ (I3) Informanti sdělují, že se naučili výrobě různých dekorativních předmětů. Přestože se toto může jevit jako banální záležitost, respondenti tvrdí, že to, že se mohli účastnit šití, pletení košíků, výroby svíček a jiných aktivit v nich probudilo schopnost nést odpovědnost sám za sebe. Také většina informantů sdělila, že se naučili pracovat v kolektivu, pomáhat si navzájem, spolupracovat a vycítit u druhých, že je sužuje momentálně nějaký problém.

Oblast trávení volného času se jevila na základě odpovědí klientů jako téma, které je pro ně příjemné. Nicméně více se klienti věnovali tomu, jakým způsobem tráví čas v současné době než jak tomu bylo před realizováním jejich navštěvování Cedru. „*Dřív jsem vlastně měla jenom volný čas, ani pro mě neexistovalo nějaký oddělení práce a volného času, všechno byl volný čas a já nevěděla co s ním. Teďka už si říkám, že budu mít volno, až přijdu v 1 hod z Cedru. Ze začátku, když jsem sem začla chodit, tak jsem přišla domů a spala třeba i 3 hodiny, teď už si lehnu jen někdy a třeba jen na hodinku a pak si jdeme s přítelem zaběhat, když se nám chce.*“ (I2) Z výpovědí bylo patrné, že u informantů dominovala v minulosti především únava, která je tak v této oblasti také zčásti limitovala. „*Byl jsem schopný prospat půlku dne a zbytek jen tak civět do zdi. Nerad se k tomu vracím, teď se cítím docela fajn, zajdu s klukama na pívko, tady chodím na angličtinu a dokonce i mimo Cedr chodíme*

s lidma z Cedru na bowling, což je super.“ (I1) Roli v této oblasti sehrává tedy i jedna z domén osobních, tedy doména sociálních vztahů. Lze pozorovat, že se do volného času promítají vztahy jak na úrovni pracovní, ale i vztahy partnerské a přátelské. „Já jsem ráda, že mám Pavlíka, chodíme spolu na procházky, a on zase chodí na fotbal, to já nemám ráda, takže když on jde na fotbal, tak já zase chodím sem na ty orientální tance a nebo počítačový kurz a pak si o tom doma vyprávíme.“ (I4)

Z komunikace s respondenty vyplynulo, že pojem volný čas, pro ně nabyl smyslu, až při docházce do Cedru. Významným činitelem, který také přispívá k příznivým změnám v oblasti volného času jsou jejich přátelé a partneři.

Všichni respondenti se účastní ve zmíněné organizaci volnočasových aktivit. Na základě výpovědí respondentů je nejvíce využívanou aktivitou počítačový kurz. „Taky jsem ráda, že tady můžu chodit na ten počítačový kurz, kde zjistím co je nového v ekonomický oblasti.“ (I2) I4 se účastní i kurzu orientálních tanců. „Já chodím na počítače a na orientální tance, hlavně je taky fajn, že tady je to zadarmo, všude jinde to stojí peníze a na to bych neměla.“

Volnočasové aktivity, které Cedr nabízí, jsou tedy vítanou aktivitou, především také díky tomu, že jsou poskytovány klientům Cedru zdarma. Z výpovědí klientů vyplynulo, že také při těchto volnočasových aktivitách navazují a upevňují sociální kontakty.

Shrnutí DOV2

Cílem této výzkumné otázky bylo zodpovědět, zda-li došlo k rozvoji v některé z oblasti životních domén. Z výzkumného šetření vyplynulo, že v oblasti domény bydlení k žádnému posunu ani u jednoho z nformantů nedošlo. Informanti sice mají určité představy o změně dosavadního způsobu bydlení, ale chápou, že tyto představy jsou zatím nerealizovatelné. Jednou z oblastí, kde lze nepochybně vnímat vliv Cedru na zmíněnou oblast je téma práce, neboť polovina informantů již našla zaměstnání na otevřeném trhu práce. Druhá polovina dotazovaných je zatím pouze ve stádiu hledání, ale spatřuje v tomto prvotní krok ke svému cíli. V doméně učení dokládají informanti rovněž rozvoj. Tvrdí, že se naučili odpovědnosti sám za sebe, zdokonalili svou zručnost a koncentraci na práci díky výrobě různých předmětů.

V oblasti volného času zaznamenávají informanti velké změny, především vyniká profilování této domény do oblasti sociálních vztahů. Na změně ve vnímání volného času se podílí dle tvrzení informantů dva faktory. Jedním z nich je pravidelná docházka do Cedru, která způsobila, že dokažou informanti pojem volný čas blíže vymezit a dalším faktorem je nalezení nových sociálních vztahů a upevnění těch stávajících. Většina informantů, kromě jednoho informanta, navštěvuje i volnočasové aktivity v Cedru.

5.9 Diskuze

Hlavní výzkumná otázka této bakalářské práce spočívala v odhalení praktických zkušeností s psychosociální rehabilitací u klientů Cedru a také ve zjištění změn v jejich osobních a životních doménách, které byly ovlivněny pravidelným navštěvováním této organizace.

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie v podobě techniky polostrukturovaného rozhovoru, jehož přínos lze spatřovat v předem daných otázkách, jejichž pořadí lze měnit, což vzhledem k cílové skupině informantů se projevilo v průběhu realizace výzkumného šetření jako vyhovující. Určitou nevýhodou bylo, že někteří klienti odbíhali od tématu a rozhovor se tak pro ně stával vyčerpávajícím. Jeden z informantů nejprve odpovídal spíše v kratších slovních spojeních, až v průběhu rozhovoru své vyjádření začal rozvíjet. Za určitou nevýhodu také považují i delší časovou náročnost z důvodu přepisu rozhovorů a jejich analýzy.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že doména zdraví je u všech informantů narušena díky přítomnosti duševní poruchy, což přímoúměrně působí i určité narušení v oblastech sociálních vztahů, péče o sebe sama a smyslu a účelu. Pravidelné navštěvování a působení v sociálně terapeutických dílnách hodnotí informanti jako aspekt, díky němuž u nich dochází k pozvolným změnám k lepšímu ve všech oblastech výše uvedených osobních domén. Všichni informanti díky své pravidelné účasti na aktivitách ve zmíněném zařízení našli opět ve svém životě určitý smysl a řád. Jedna z informantek udává i pozitivní vliv v oblasti komunikace s okolím. Doména péče o sebe sama byla na základě hodnocení informantů shledána jako ta, do níž se zčásti vliv psychosociální rehabilitace rovněž promítá. Na základě

výpovědí informantů je Cedr nejen místem, kde je realizována psychosociální rehabilitace, ale také střediskem, kde našli nové přátele. Pravidelná účast klientů na psychosociální rehabilitaci způsobila změny ve třech oblastech životních domén. Konkrétně došlo k rozvoji v oblasti učení, práce a volného času. Polovina informantů již našla vhodné zaměstnání, druhá polovina je zatím ve stádiu aktivního hledání, jejich zdroji jsou silná motivace a vůle. Všichni informanti se shodli, že se zde naučili trpělivosti, práci v kolektivu, zlepšila se u nich jemná motorika a soustředěnost na danou momentálně vykonávanou činnost. Většina z nich navštěvuje i volnočasové aktivity. Na základě výsledků empirického šetření je patrné prolínání a vzájemné ovlivňování jednotlivých druhů osobních a životních domén. Pouze v segmentu bydlení nebyly na základě výzkumného šetření zaznamenány žádné progresivní změny.

Z výše uvedeného lze tedy usuzovat, že klienti spatřují v psychosociální rehabilitaci aktivity, které jim pomáhají poškození v jednotlivých oblastech osobních domén způsobených duševní poruchou uvádět do rovnováhy. Z této kompenzace klienti poté profitují i v oblasti životních domén, především v oblasti učení, práce a volného času, kde došlo dle sdělení klientů k pozitivním změnám.

Na základě získaných výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že kromě jediné z oblastí osobních a životních domén došlo u informantů k progresivním změnám v těchto oblastech. Touto doménou je oblast bydlení. Zde u informantů nenastaly žádné změny, přestože někteří informanti vyjádřili během rozhovoru svou touhu po samostatném bydlení. Určitými rezervami je však jejich finanční situace a samotná duševní porucha. Jedno z řešení spatřují ve zřízení chráněného bydlení v rámci organizace Cedr. Domnívám se tedy, že by bylo zajímavé v práci pokračovat a zjistit, zda-li by klienti této organizace měli zájem využívat chráněné bydlení v rámci organizace Cedr.

Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na téma psychosociální rehabilitace u duševně nemocných. Teoretická část práce se pojí se základní terminologií z psychiatrické oblasti s popisem symptomatologie duševních poruch a jejich terapie včetně podání přehledu systému péče o duševně nemocné v rámci historie i současnosti. Objasnění těchto aspektů mi umožnilo přejít k tématu psychosociální rehabilitace se specifikací organizace Cedr Pardubice o. p. s. Zde vznikla základní báze a východisko pro část empirickou.

Termín psychosociální rehabilitace je již v naší společnosti relativně ustálený, přičemž jeho počátky můžeme datovat do 60. let 20. století. Tento soubor aktivit realizovaný v rámci komunitní péče především v posledních letech nabývá na významu, což podporuje i současné nastavení uspořádání systému péče o duševně nemocné, kde dominuje trend deinstitucionalizace a snaha o nepřetržité propojení a participaci zdravotní a sociální složky péče celého systému. Význam psychosociální rehabilitace je možné deklarovat i díky porovnání přístupů ze strany společnosti a odborníků k duševně nemocným v rámci minulosti a současnosti. Z tohoto porovnání lze vyvodit, že nepochybně došlo během staletí k vývoji nejen nových léčebných prostředků, ale i přístupu veřejnosti k těmto jedincům, nicméně bohužel stále určitá stigmatizace přetrvává. Metoda psychosociální rehabilitace, která je uplatňována právě při práci s klienty organizace Cedr, kde probíhalo výzkumné šetření, má za cíl pomáhat těmto jedincům právě v reintegraci do společnosti a zlepšit jejich sociální fungování. Z teoretického základu principů psychosociální rehabilitace čerpal a výzkumné šetření, které se zaměřovalo na zjištění konkrétních změn v životě klientů této organizace v jednotlivých oblastech jejich života. I výsledky výzkumného šetření potvrzují, že tato složka komunitní péče má při komplexní terapii a péči o duševně nemocného své nezastupitelné místo a může být pro farmakoterapii a psychoterapii rovnocenným partnerem, který nemůže tyto složky sice nahradit, ale ve vzájemné souhře a spolupráci může působit léčivě.

Tato práce může být přínosem nejen pro zřizovatele typů podobných zařízení, ale i potencionální finanční dárce. Rovněž může být i informačním materiálem pro budoucí klienty této organizace, kteří jsou doposud hospitalizováni v lůžkovém zařízení nebo jsou léčeni ambulantně a chtějí se resocializovat či navrátit na běžný

trh práce a nemají dostatečné povědomí o organizacích v Pardubicích, jež poskytují psychosociální rehabilitaci. Jako informační materiál může sloužit i rodinným příslušníkům jedinců trpících duševní poruchou, aby získali přehled o uspořádání systému péče o duševně nemocné v České republice a především přínosu psychosociální rehabilitace při terapii duševně nemocných, který je deklarován výzkumným šetřením v empirické části.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Charakteristika zkoumaného vzorku.....	45
Tabulka 2: Transformace jednotlivých DVO na TO.....	46

Seznam použité literatury

- BENSON, Nigel C. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 175 s. ISBN 978-80-7367-671-1.
- BOUČEK, Jaroslav. *Obecná psychiatrie*. Dotisk 1. vydání Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 216 s. ISBN 80-244-0240-8.
- CEDR PARDUBICE O. P. S. *Kdo jsme*. [online]. 2015a [2015-01-31]. Dostupné z: http://www.cedrops.cz/Kdo-jsme-a5_30.htm
- CEDR PARDUBICE O. P. S. *Podpora zaměstnávání*. [online]. 2015b [2015-01-31]. Dostupné z: <http://www.cedrops.cz/fotky37372/projekty/podpora-zamestnavani-pardubice.pdf>
- CEDR PARDUBICE O. P. S. *Popis služby. Sociálně terapeutická dílna*. [online]. 2015c [2015-01-31]. Dostupné z: http://www.cedrops.cz/Popis-sluzby-a6_28.htm
- CEDR PARDUBICE O. P. S. *Pracovně rehabilitační dílna*. [online]. 2015d [2015-01-31]. Dostupné z: <http://www.cedrops.cz/fotky37372/projekty/pracovne-rehabilitacni-dilna-pardubice.pdf>
- CEDR PARDUBICE O. P. S. *Rehabilitační dílna*. [online]. 2015e [2015-01-31]. Dostupné z: <http://www.cedrops.cz/fotky37372/projekty/rehabilitacni-dilna-pardubice.pdf>
- ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin: pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada, 1994. 236 s. ISBN 80-7169-086-4.
- ČEŠKOVÁ, Eva; KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vyd. Editor Mojmír Svoboda. Praha: Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-736-7154-9.
- FARKOVÁ, Marie. *Vybrané kapitoly z psychologie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 335 s. ISBN 978-80-86723-64-8.
- FOUCALT, Michel. *Dějiny šílenství. Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. [online]. 1993 [cit. 2014-09-11]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/www/178816/dejiny-silenstvi.pdf>
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2008. 269 s. ISBN 978-80-223-2391-8.
- HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997, 221 s. ISBN 80-85850-45-1.
- HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: TIGIS, 2004. 883 s. ISBN 80-900-1307-4.
- KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 168 s. ISBN

978-80-247-4733-0.

- MAHROVÁ, Gabriela; VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALÁ, Eva; PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
- MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MESSINA, Rosario. *Dějiny charitativní činnosti*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. 148 s. ISBN 80-719-2859-3.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2.díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6
- PETR, Tomáš; MARKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 295 s. ISBN 978-80-247-4236-8
- POLÁK, Pavel; SKALICKÝ, Matěj. *Nacistické vraždění začalo duševně nemocnými. Berlíňané jim postavili památník* [online]. 2. 9. 2014 [cit. 2014-09-11]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/historie/_zprava/1391371
- PRAŠKO, Ján. *Psychiatrie: pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-733-3002-4.
- RABOCH, Jiří. *Duševní poruchy v 21. století*. [online]. 11. 6. 2014 [cit. 2014-10-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/dusevni-poruchy-v-21-stoleti-475768>
- RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: Triton, 2006. 208 s. ISBN 978-80-7254-746-3
- RABOCH, Jiří; ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
- STUHLÍK, Jan. *Asertivní a komunitní léčba a case management*. 1. vyd. Praha: Fokus Praha-sdružení pro nemocné, 2001. 82 s.
- STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 80-7226-828-7
- ÚZ: Sociální zabezpečení 2013. In: *108/2006 Sb., o sociálních službách*. Ostrava-Hrabůvka: Sagit a.s., č. 942. 224 s. ISBN 978-80-7208-968-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

WILKEN, Jean Pierre; HOLLANDER, Dirk. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. *Komunitní psychiatrie v praxi, vzdělávací moduly* [online]. 1999 [cit. 2014-01-12]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/download/odborne-texty>

Seznam příloh

Příloha A: Přepis rozhovoru s informantem I1

Příloha B: Přepis rozhovoru s informantem I2

Příloha A

Přepis rozhovoru s informantem II

Datum konání rozhovoru: 10. 2. 2015, délka trvání: 35minut

Pohlaví: muž

Duševní porucha: schizofrenie

Dosažené vzdělání: Bc. - obor informační technologie, navazující magisterské studium nedokončeno

1. Co Vás přimělo k návštěvě Cedru?

„Víte, já mám tu schizofrenii a léčím se u doktora Belajeva. Přišlo se na to tehdy, když jsem měl vlastně už končit vejšku. Věděl jsem, že díky týhle nemoci jsem nedostudoval vejšku, protože jsem býval hodně unavený a nějak se toho na mě valilo moc, až jsem se z toho prostě zhroutil. Pak mi řekli, že mám schizofrenii. Doktor mi řekl, že by mi v Cedru mohli pomoci.“

2. V čem Vám pomáhá, že Cedr navštěvujete?

„Předtím než jsem sem začal chodit, jsem byl strašně unavený, pomalu většinu dne jsem prospal a neměl jsem ani chuť něco dělat. Říkal jsem si, když nejsem schopný chodit do školy, tak jsem si říkal, k čemu jsem, co budu celý den dělat“. „Všechny dny plynuly stejně a čas jsem ani nevnímal, teď si říkám, že prostě ten život má nějaký smysl, když něco vyrábím, co je užitečný a hlavně mi to pomohlo v tom, že jsem si říkal, že mi to pomůže, abych mohl zase někdy normálně fungovat.“

3. Co se změnilo ve Vašem osobním životě poté co docházíte do Cedru?

„ Asi bych toho našel víc, ale největší změnou pro mě je to, že díky pomoci pracovníků tady jsem si našel zaměstnání na otevřeném trhu práce a to hlavně díky tomu, že mě od začátku podporovali v tom, že chození sem má nějaký smysl.“

4. Získal/a jste po dobu, po kterou do Cedru docházíte nové přátele?

„Tady jsem získal hodně přátel. Myslím tím opravdových přátel. Ne těch, kteří se Vám jen stavějí do očí a pak vás za rohem pomluví, protože máte něco s hlavou, jste blázen, který je může i zabít. Tohle už jsem víte, totiž párkrát slyšel. Moje holka se se mnou rozešla, když jsem jí řekl, že mám schizofrenii, tvrdila, že to není kvůli tomu, ale já vím svý. Jednou jsem slyšel sousedky na chodbě jak se baví a říkají, že jsem se z toho učení zbláznil, a že si na mě musí dát pozor, že jsem nebezpečný. Tady jsme všichni na jedné lodi, nikdo se vám neposmívá, všichni máme nějaký problém, i když každý trochu jiný. Když jsem sem poprvé přišel, nikdy by mě nenapadlo, že tady budu chodit ve volném čase s ostatními hrát bowling.“

5. Jak jste spokojen s dosavadním bydlením?

„Bydlím s mámou, je to dobrý, pač si našetřím nějaký peníze, ale někdy mě vadí, že musím s hodně věcmi pomáhat. Doufám, že až si najdu práci, tak si něco vydělám a pak bych chtěl bydlet sám, ale vyhovuje mi, že nemusím vařit a vaří máma. Taky je fakt, že bych už chtěl mít nějaký soukromí, ale zatím přítelkyni nemám, tak mi to zase tak nevadí.“

6. Pomáhají Vám návštěvy Cedru i nějakým způsobem v pracovní oblasti?

Pokud ano, jak?

„Cedr mi hodně pomohl v pracovní oblasti. Chodím sem asi dva roky a nedávno jsem dostal nabídku, že bych mohl dělat správce počítačové sítě v jedné firmě. Tuhle nabídku jsem dostal díky právě Cedru, ukázali mi, jak napsat životopis a než jsem šel na pohovor, tak jsme s pracovní konzultantkou probrali jak mám vystupovat a tak. Nastoupit mám za měsíc. Víte, mám z toho trochu strach, jestli to zvládnou, ale doufám, že jo, a hlavně vím, že kdybych potřeboval s něčím pomoci, tady jsou na lid, na který se můžu vždycky obrátit.“

7. Co jste si v Cedru nového osvojil nebo v čem jste se zdokonalil?

„Tak těch věcí je víc, asi si na všechny nevzpomenu. Když si vzpomenu nejhorší bylo ze začátku pro mě to, že jsem sem musel chodit ve stanovený čas. Nejdřív pro mě bylo strašně náročný 2x týdně vstát a jet sem. Hlavně jsem se naučil nějakému režimu,

abych byl schopný pak chodit někam do zaměstnání. Taky jsem rád, že se mi tady věnovali a trénovali se mnou psaní životopisu a taky tady chodím na ten kurz angličtiny, což je fajn, protože díky tomu jsem si hodně slovíček udržel v hlavě a teď se mi to bude hodit v práci. Teď sem chodím už 3x týdně a nemám s tím problém, takže vím, že dokážu i pracovat jinde a mít nějaký ten režim jak se říká.“

8. Spatřujete nějaký rozdíl v trávení volného času předtím než jste navštěvoval Cedr a v současné době?

„Byl jsem schopný prospat půlku dne a zbytek jen tak civět do zdi. Nerad se k tomu vracím, teď se cítím docela fajn, zajdu s klukama na pivko, tady chodím na angličtinu a dokonce i mimo Cedr chodíme s lidma z Cedru na bowling, což je super.“

9. Takže, jestli jsem to dobře pochopila, v Cedru navštěvujete kurz angličtiny?

„Jo, přesně tak, ta angličtina je fajn, to je v rámci Cedru. Ale jak říkám, chodíme i s lidma od Cedru jen tak na bowling, prostě kdo chce, tak jde. Ale to není organizovaný pracovníka Cedru, ale samotnými klientama.“

Příloha B

Přepis rozhovoru s informantem I2

Datum konání rozhovoru: 10. 2. 2015, délka trvání: 45 minut

Pohlaví: žena

Druh duševní poruchy: sociální fobie

Dosažené vzdělání: středoškolské, ekonomického zaměření

1. Co Vás přimělo k návštěvě Cedru?

„O Cedru mi řekla moje doktorka Růžičková. Říkala, že by mi to mohlo pomoci. Mám totiž tu sociální fobii, tak jsem si řekla, že to zkusím a nelituju. Moc jsem tomu zezачátku nevěřila, spíš jsem to brala jako na zkoušku. Teď už po tom roce, co sem chodím a beru léky, tak sama na sobě cítím, že jsem lepší“. Hodně mi to i říkají lidi v mém okolí.“

2. V čem Vám pomáhá, že Cedr navštěvujete?

„V Cedru jsem zjistila, že jsou tady lidi s podobnými problémy, a že někteří si hledají i práci venku. To mě nakoplo, že jsem si řekla, že bych to mohla taky někdy dokázat. Taky teda ráno vstát a ta cesta sem, to bylo pro mě zezачátku dost náročný. Bála jsem se lidí, necítila jsem se dobře, když jsem stála na zastávce a čekala na dopravu. No a v té dopravě to bylo hrozný, kolik tam bylo lidí, vystoupila jsem na další zastávce a šla pěšky, prostě to nešlo. Asi půl roku jsem sem chodila radši pěšky, nedokázala jsem prostě být mezi tokika lidmi. Teď sice pořád chodím pěšky, protože mi ty procházky dělají dobře, ale když prší, tak nemám problém už jet plným emhádečkem.“

3. Co se změnilo ve Vašem osobním životě poté co docházíte do Cedru?

„Pro mě je největší změnou to, že dokážu jít sama nakoupit, promluvit si s prodavačkou a dokážu si jít i zařídit sama věci na úřady, co potřebuju. Taky jsem si vlastně v posledním půl roce našla nového přítele. Víte, taky mě ještě napadá, že dřív, když jsem byla ve stresu, tak jsme se přejídala, snědla jsem i tabulku čokolády,

a vůbec mi bylo nějak jedno jak jím a vypadám. Teď, když mám stres, si jdu radši zaběhat s přítelem nebo mu něco uvařím. Taky jsem si obarvila vlasy a přáteli se to moc líbilo. Prý mi ta hnědá sluší, co myslíte?“

To zajisté, ta hnědá Vám jde k pleti, Váš přítel má pravdu. Mohu se zeptat na další otázku?

„Určitě, já se omlouvám, nějak jsem se zapomněla a s Vámi se mi hezky povídá.“

4. Získal/a jste po dobu, po kterou do Cedru docházíte nové přátele?

„No, to je asi trošku na delší vyprávění. Víte, já vždycky měla jen pár přátel a kamarádů. A někteří z nich ani nikdy asi nebyli opravdovými přáteli. Poznala jsem to tehdy, když jsem jim řekla jakou mám nemoc. Někteří z nich na mě soucitně koukali, litovali mě a jiní říkali, že to nic není. Hlavně v bývalé práci jsem to pocítila. Zpočátku jsem jen občas zaslechla, že sem divná, když sem se v práci vyhýbala lidem, ale tady jsem se s nikým taky moc na začátku nebavila a radši jsem pracovala sama, ale pochopila jsem, že ty lidi mají podobný problémy a nemusím se jich bát, tak jako těch, když jsem pracovala v bance. Teď tady mám dvě hodně dobré kámošky, kterým můžu říct všechno a nemusím se bát, že to někde budou vyprávět.“

5. Jak jste spokojen s dosavadním bydlením?

„Asi bych řekla, že jsem spíš víc spokojena, než nespokojená. Já bydlím, víte, se svými rodičema v čtyřpokojovém bytě, kde mám svůj pokoj, takže když chci, tak se zavřu do pokoje a mám klid, ale občas si říkám, že bych chtěla jednou bydlet s přítelem, ale vím, že mám jen ten invalidní důchod, a že by to stálo moc peněz a nezvládla bych to ani s jeho pomocí. On má taky jen invalidní důchod.“

6. Pomáhají Vám návštěvy Cedru i nějakým způsobem v pracovní oblasti?

Pokud ano, jak?

“Víte, pomáhá mi to ve spoustě věcí. Hlavně jsem ráda, že sem chodím, naučila jsem se líp komunikovat. Dřív jsem pracovala v bance a tam se vrátit nechci, všichni se tam jen pomlouvali a záviděli. Spíš by se mi líbilo dělat někde účetní v klidu v menším kolektivu. Taky jsem ráda, že tady můžu chodit na ten počítačový kurz, kde zjistím co je nového v ekonomické oblasti. Taky je fajn, že tu jsou různé přednášky na

témata pracovní oblasti. Doufám, že mi tohle všechno pomůže, abych se jednou mohla vrátit zase do práce.“

7. Co jste si v Cedru nového osvojila, popřípadě v čem jste se zdokonalila?

„No, musím Vám říct, že teda zezačátku, když jsem sem přišla na zkoušku a viděla to malování obrázků a takový to ruční vyrábění, nebyla jsem z toho nějak nadšená. Říkala jsem si, že teda nechápu k čemu mi to může být dobrý. Já nikdy doma ani nepletla, neháčkovala a tak. Ale teď už vím, že díky tomu, že vyrábíme různé ty svíčky, košíky a tak, tak jsem se naučila být trpělivá, získala jsem i zručnost a taky můžu chodit na ten počítačový kurz.“

8. Spatřujete nějaký rozdíl v trávení volného času předtím než jste navštěvovala Cedr a v současné době?

„Dřív jsem vlastně měla jenom volný čas, ani pro mě neexistovalo nějaký oddělení práce a volného času, všechno byl volný čas a já nevěděla co s ním. Teďka už si říkám, že budu mít volno, až přijdu v 1hod z Cedru. Zezačátku, když jsem sem začla chodit, tak jsem přišla domů a spala třeba i 3hodiny, teď už si lehnu jen někdy a třeba jen na hodinku a pak si jdeme s přítelem zaběhat, když se nám chce.“

9. Navštěvujete nějakou volnočasovou aktivitu v Cedru?

„Já chodím jen na ten počítačový kurz, protože na jazyky nemám hlavu, takže angličtina pro mě není. Ale ten kurz je fajn. Myslím si, že mi to pomůže i potom v tom, abych našla nějakou práci. Taky jsem byla jednou s pár lidma odsud ba bowlingu, ale to jsme si organizovali sami.“