

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

## **Diplomová práce**

Kristýna Paichlová

*Aspekty socializace osob s duševním onemocněním*

Olomouc 2018

Vedoucí práce: Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Aspekty socializace osob s duševním onemocněním“ vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne

.....

Kristýna Paichlová

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu diplomové práce Mgr. Martinu Dominiku Polínkovi, Ph.D. za odbornou pomoc a cenné rady při zpracovávání této diplomové práce, za jeho trpělivost. Děkuji svým kolegům, se kterými jsem mohla nad daným tématem diskutovat. Chci poděkovat také lidem z centra sociální rehabilitace za jejich otevřenost a ochotu při realizaci výzkumu. Poslední poděkování patří mému muži, který stojí při mně a v práci mě posunul dál.

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>5</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>7</b>
<b>ÚVOD TEORETICKÉ ČÁSTI .....</b>	<b>8</b>
<b>1. SOCIALIZACE .....</b>	<b>9</b>
1.1 OSOBNOST ČLOVĚKA A JEHO ZDRAVÍ .....	9
1.2 SOCIALIZACE JEDINCŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A SOCIÁLNÍ INTEGRACE .....	10
1.3 SOCIALIZACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM – JEJICH POTŘEBY A DOPORUČENÍ K NAPLNĚNÍ .....	11
<b>2. STIGMATIZACE DUŠEVNÍCH NEMOCÍ V ČESKÉ REPUBLICE .....</b>	<b>16</b>
2.1 STIGMA A RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI .....	18
2.2 STIGMA A SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI .....	20
2.3 DESTIGMATIZAČNÍCH PROJEKTŮ JE CELÁ ŘADA .....	21
2.4 PROJEKT DESTIGMATIZACE V ČESKÉ REPUBLICE .....	23
<b>3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE .....</b>	<b>26</b>
3.1 PODPORA OSOB S DUŠEVNÍ PORUCHOU V PRÁVNÍCH PŘEDPÍSECH .....	27
3.2 ROLE PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PŘI PRÁCI S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	28
3.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ REHABILITACE .....	30
3.4 CENTRUM SOCIÁLNÍ REHABILITACE A ZPŮSOB JEHO PODPORY .....	32
<b>4 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....</b>	<b>39</b>
<b>5 POSÍLENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ .....</b>	<b>43</b>
5.1 FENOMÉN ZOTAVENÍ (RECOVERY) .....	43
5.2 RECOVERY PODLE DR. MARKA RAGINSE Z MHA VILLAGE V LOS ANGELES. ....	44
5.3 PROCES ZOTAVOVÁNÍ .....	48
5.4 MHA VILLAGE – BUDOUCNOST DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ .....	51
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>52</b>
<b>ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI .....</b>	<b>53</b>
<b>6 KVALITATIVNÍ VÝZKUM .....</b>	<b>54</b>
6.1 CÍL VÝZKUMU .....	54
6.2 VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	54
6.3 METODA ZÍSKÁVÁNÍ A ANALÝZY KVALITATIVNÍCH DAT .....	55
6.4 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	56
<b>7 ANALÝZA DOKUMENTU .....</b>	<b>58</b>
7.1 CÍL ANALÝZY .....	58
7.2 METODIKA ANALÝZY DOKUMENTU .....	58

7.3 VÝSLEDKY ANALÝZY DOKUMENTU .....	59
7.4 DISKUZE.....	60
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>63</b>
<b>ZDROJE .....</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>69</b>

## ÚVOD

Jak můžeme léčit svět od duševních chorob? Jak přesně nevím. Přání porozumět světu duševní nemoci se vlastně změnilo v mou denní činnost v práci s osobami s duševním onemocněním. Duševní poruchy představují „záhadu“, ke které se společnost často brání přiblížit. Pro téma „Aspekty socializace osob s duševním onemocněním“ své diplomové práce jsem se rozhodla po přednášce Martina Fojtíčka. Svým osobitým vystoupením seznámil účastníky s modelem Recovery (Zotavení). Model, který se v zahraničí využívá při práci s lidmi s duševním onemocněním. V našich českých poměrech je tento model zatím v kolébce. Principy přístupu Recovery vnímám jako podpůrné činitele socializace osob s duševním onemocněním, a proto se mu věnuji i ve své diplomové práci. Byla to přesně ta chvíle, kdy si už po sté položíte otázku, proč věci nejsou jinak, proč je společnost plná různých stigmat a v neposlední řadě položíte otázku sami sobě, zda pro své klienty děláte to nejlepší. Proč téma socializace? Jsem speciální pedagog. Úlohou speciálního pedagoga je maximální rozvoj osobnosti člověka s postižením, znevýhodněním a pomoc mu dosáhnout maximální úrovně jeho **socializace**. Patří sem také vzdělávání intaktní populace ve vztahu k lidem s postižením. Duševní onemocnění se potýká s různými stigmaty. Dokud nezačneme mluvit o tématu stigmatizace a běžně zajišťovat vzdělání v oblasti duševního zdraví ve společnosti, nebudou lidé chápat co se děje, když u sebe začnou vnímat známky duševního onemocnění. Naštěstí jsou tu lidé, kteří to vnímají a zakládáním různých společenství a organizací se snaží čelit stigmatizaci osob s duševním onemocněním, stejně jako zařízení sociální rehabilitace, kde pracují. Místo, kde byla realizována i má výzkumná činnost.

Centrum sociální rehabilitace je službou sociální prevence. Spadá pod zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Jsem názoru, že zmíněný zákon přispívá k humanizaci sociálních služeb. Své téma jsem položila do typu této sociální služby. Rozhodla jsem se, že se má diplomová práce stát reflexí mé práce a přinese mi odpovědi. Přinese informace, které budou mně i mým kolegům přínosem v každodenní práci.

Cílem mé diplomové práce je zjistit, jak je centrum sociální rehabilitace vnímáno svými uživateli ve vztahu socializace. V čem vidí podporu zařízení i pracovníků na cestě socializace? Jsem zvědavá, zda se výsledky potkají s mou představou a názorem. Druhou část výzkumu zaměřím na zjištění, jaké činnosti uživatelé v zařízení využívají nejvíce. Výsledky obou výzkumů chci mezi sebou porovnat a zjistit, zda se data z dotazníku budou shodovat s výsledky individuálních rozhovorů s uživateli zařízení.

Diplomová práce je rozdělena na části teoretickou a praktickou. Je vypracována s pomocí odborné literatury, elektronických odkazů, mých zkušeností v práci s lidmi s duševním onemocněním, z jejich životních příběhů, z rozhovorů s lidmi, jež také pracují s touto cílovou skupinou a z dalších významných zdrojů. Každá kapitola začíná krátkým úvodem a vysvětlením, proč jsem toto téma do své práce zařadila.

Pomáhat lidem s duševním onemocněním neznamená ignorovat jejich onemocnění. Znamená to, že onemocnění vnímáme jen jako součást jejich životů. Vidím lidskou bytost, která není případem. To je podle mě nezbytné k posílení jejich postavení ve společnosti.

Čas strávený nad diplomovou prací vnímám jako prostředek povzbuzení na cestě pomoci jim.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**



## ÚVOD TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část diplomové práce je dělena na kapitoly a podkapitoly. První kapitola se snaží poukázat na významnost porozumět člověku jako sociální bytosti, porozumět socializačním činitelům konkrétních fází socializace. Lidem s duševním onemocněním se některé sociální situace nemusí v procesu dařit naplňovat. Kapitola se zaměřuje na sociální integraci osob se zdravotním postižením a pojetím socializace dle speciální pedagogiky.

Druhá kapitola se věnuje stigmatizování duševního onemocnění. Seznamuje čtenáře s významem destigmatizačních projektů v naší společnosti i s projektem Destigmatizace, který je realizován Národním ústavem duševního zdraví v ČR. V kapitole se také dozvíte o existenci stigmatizujících postojů osob pracujících s lidmi s duševním onemocněním a jaký vliv může mít stigma na chod rodiny.

Třetí kapitola se zaměřuje na pojem sociální rehabilitace. Seznamuje s typem zařízení sociální rehabilitace a jeho způsoby podpory. Uvádí právní předpisy podporující osoby s duševním onemocněním. Popisuje práci pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.

Čtvrtá kapitola čtenáři nabízí základní orientaci ve standardech a důraz na základní myšlenky jednotlivých standardů.

Pátá kapitola se zabývá zahraničním modelem Recovery of the people with the mental illness (v překladu „Zotavení osob s duševním onemocněním“). Popisuje principy modelu a roli pracovníka v procesu Zotavení.

# 1. SOCIALIZACE

Člověk je bytostí sociální. Socializace osobnosti člověka je proces pasivního i aktivního učení. První kapitola se snaží poukázat na významnost porozumět člověku jako sociální bytosti, porozumět socializačním činitelům konkrétních fází socializace. Lidem s duševním onemocněním se některé sociální situace nemusí v procesu dařit naplňovat. Kapitola se zaměřuje na sociální integraci osob se zdravotním postižením a pojetím socializace dle speciální pedagogiky, neboť cílem speciální pedagogiky je dosáhnout co možná nejvyšší možné míry sociální integrace jedince se znevýhodněním.

## 1.1 Osobnost člověka a jeho zdraví

Kdy vzniká osobnost člověka? Uvádí se, že kolem třetího roku začne dítě sebe označovat první osobou čísla jednotného. Při práci s klientem, kdy společně pracujeme na procesu socializace, se snažíme poznat a popsat jeho aktuální stav osobnosti. Toto poznání nás může přivést blíže k volbě přístupu spolupráce, který se stane pro klienta žádoucí a podporující. Rozlišujeme primární a sekundární vlastnosti osobnosti. Primární vlastnosti jsou přirozené a projevují se v nich vrozené vlastnosti temperamentu i rodové zvláštnosti. Získané, sekundární vlastnosti vznikly v důsledku ontogeneze<sup>1</sup> a jeho socializace. (Kohoutek, 2005) Kohoutek říká: „*Jedním z hlavních cílů socializace osobnosti by měla být normální, zdravá, humánní a dobře přizpůsobená osobnost evropského občana, a to jak v biosystému a sociosystému, tak ve vlastním psychosystému.*“ (Kohoutek, 2005, s. 11) Socializací se člověk stává bytostí lidskou, a to nejprve díky vlivům rodiny, později vlivem školy, sociálního prostředí, formálních a neformálních organizací a práce. Významný americký filozof, psycholog a sociolog Robert Ezra Park formuloval, „...*člověk se nerodí lidským, ale lidským se stává...*“ (Reichel, 2004, s. 171)

Pojetí člověka jakožto sociální bytosti je zřejmě jednou z přístupových cest k pochopení jeho svérázného postavení ve světě. Označením sociální bytost máme na mysli, že se tento jedinec začleňuje do mezilidských vztahů a společenských činností. Jedinec je socializován vnějšími faktory sociálního prostředí, ale také sám sebe socializuje. Je vystavován očekáváním, tlakům, že se bude v určitých situacích chovat zcela určitým způsobem. Sociální okolí na něj

---

<sup>1</sup> Ontogeneze osobnosti zkoumá charakteristické chování a prožívání člověka v jednotlivých životních fázích.

klade normy, jedinec se chová způsobem, jako by byl pod dohledem ostatních. Jedinec se ocitá uprostřed systému socializačních činitelů, měl by se snažit vyrovnat se s nároky, kterou jsou na něj kladeny. Socializací se tedy formuje sociální a kulturní bytost. Ve shrnutí to znamená, že díky procesu socializace můžeme jako sociální bytosti žít ve společnosti.

## **1.2 Socializace jedinců se zdravotním postižením a sociální integrace**

V duchu definice WHO je jedincem se zdravotním postižením považován ten, u koho dochází v důsledku poškození či porušení organismu ke snížení jeho schopností a výkonu. Tím dochází k jeho znevýhodnění ve srovnání s intaktním člověkem. Je to člověk s běžnými i specifickými potřebami v různém vzájemném poměru. Omezení vyplývající ze zdravotního postižení ovlivňují jeho život. Některé důsledky můžeme výrazně ovlivnit a některé jsou neměnné. Mezi objektivní důsledky řadíme společenské vědomí, postoje k postižení i sociální stigmatizaci, sociální a vzdělávací politiku i politiku zaměstnanosti. (Podešva, 2007)

Pojetím socializace se zabývá i speciální pedagogika. Dle Sováka je socializace: *„části cíle speciální pedagogiky. Socializace je nejširší a nejúspěšnější uplatnění pracovní, společenské a osobní.“* (Jeřábková, 2013, s. 29) Cílem speciální pedagogiky je napomoci lidem se zdravotním postižením k rozvoji schopností a dovedností, které potřebují ke svému uplatnění ve společnosti. *„Cílem speciální pedagogiky je maximální rozvoj osobnosti člověka s postižením a dosažení maximální úrovně jeho socializace.“* (Slowík, 2007, s.16) Speciálně pedagogické snažení směřuje k dosažení optimální socializace či resocializace jedince prostřednictvím prvků komplexní rehabilitace. Směřují člověka k jeho uschopnění a zařazení do společenského prostředí po stránce pracovní a společenské. Obsah komplexní rehabilitace tvoří složky: léčebná, výchovně-vzdělávací, pracovní a sociální.

Ve speciální pedagogice pracujeme také s termínem rehabilitace, jeho významem a funkcí metody. Rehabilitace představuje koncept směřující ke zvýšení kvality života lidí s dlouhodobou či trvalou zdravotní změnou. Cílovými skupinami rehabilitace jsou lidé: *„jejichž životní situaci ovlivňuje závažný zdravotní problém, kteří tuto situaci vnímají jako obtížnou nebo která je pro jejich blízké obtížná a současně ji z různých důvodů nemohou řešit svými vlastními silami. Cílové skupiny rehabilitace jsou velmi diferencované, a to jak z hlediska věku, délky trvání, typu a závažnosti zdravotního problému, tak z hlediska jeho projevů a dopadů na sociální fungování člověka v obtížné životní situaci ovlivněné zdravotním problémem.“* (Krhutová, 2013, s. 35) Cílem speciální pedagogiky je dosáhnout co možná nejvyšší možné míry sociální integrace

jedince se znevýhodněním. Pojem sociální integrace chápeme jako proces rovnoprávného společenského začleňování osob se zdravotním postižením do života společnosti. Schopnost sociální integrace je podle individuálnosti každého člověka dána subjektivními předpoklady<sup>2</sup> i objektivními aspekty společnosti<sup>3</sup>. Jedinec se ve stupni integrace stává samostatnou a nezávislou jednotkou ve společenském soužití. Proces socializace je ovlivněn spousty faktory. To je pochopitelné i díky individuální odlišnosti každého jedince. Podle Sováka rozlišujeme čtyři základní stupně socializačního procesu, a to jsou integrace, adaptace, utilita a inferiorita (nejnižší stupeň socializace). (Podešva, 2007)

Světová zdravotnická organizace vnímá integraci jedince jako jeho schopnost podílet se na obvyklých sociálních procesech, definuje ji jako sociální rehabilitaci. Před více jak 25 roky definoval Jesenský integraci jako „stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, jako stav vzájemné podmíněnosti vyjádřené slovy jeden pro druhého.“ (Jeřábková, 2013, s. 30)

Integrace zásadně souvisí s rozvojem osobnosti a utvářením kvality jeho života. Mezi prostředky řadíme sociální rehabilitace, enkulturaci, psychologické působení a pracovní uplatnění.

### **1. 3 Socializace osob s duševním onemocněním – jejich potřeby a doporučení k naplnění**

ETAPY SOCIALIZACE	SOCIÁLNÍ SITUACE
<b>Raná</b>	Naprostá závislost na péči dospělých osob, první skupiny mimo rodinu (mateřská škola).
<b>Dětství</b>	Vedle rodinného prostředí též školní, první zájmové skupiny.
<b>Mladiství</b>	Škola, spolužáci, náročnější zájmové aktivity, psychosomatické problémy dospívání.

<sup>2</sup> Mezi subjektivní předpoklady řadíme: zdravotní stav a omezení, osobnost jedince, vlastní sebehodnocení, vlastní postoj k reálným možnostem dosahování cílů, vnější vlivy jako je osobní zázemí (rodina, komunita).

<sup>3</sup> Mezi objektivní aspekty řadíme: postoje společnosti k sociálnímu stigma, stav životního prostředí (vlastní životní prostor a v něm existující technické, dopravní, architektonické bariéry, sociální politika, sociální služby i politika zaměstnanosti). (Novosad, 1997)

<b>Mladá dospělost</b>	První pracovní kontakty a zkušenosti, vysoká škola, kolegové, cestování, samostatnost při řešení problémů, zakládání vlastní rodiny.
<b>Dospělost</b>	Nová zaměstnání, nové zájmy a aktivity, noví přátelé.
<b>Stáří</b>	Omezené sociální kontakty, staří přátelé, rodina vlastních dětí, psychosomatická omezení, příprava na smrt.

Tab. č. 1 Proces socializace v etapách (Reichel, 2004)

Tabulka nás seznamuje s etapami socializačního procesu. Jedná se o celoživotní proces a každá etapa je řízena jiným socializátorem, tj. rozhodujícím činitelem, který v dané fázi procesu působí. Při práci s lidmi zjišťujeme, že jejich přání, touhy a cíle se vztahují k etapě, ve které se nachází. Lidem s duševním onemocněním se některé sociální situace v určité etapě nemusí dařit naplňovat nebo je zkusí naplnit znovu. Protože důležitým aspektem socializace lidí se zkušeností s duševním onemocněním je zotavení ze zkušenosti s duševní nemocí. U lidí s duševním onemocněním je to právě duševní nemoc, zážitek duševní nemoci a zkušenost s léčbou, které brání socializaci.

Na oblasti, které společnost může posílit za účelem podpory socializace osob s duševním onemocněním, se zaměřil Zlínský kraj České republiky s projektem podpořeným Evropskou unií. Projekt Partnerství pro dostupnější služby duševně nemocným ve Zlínském kraji s registračním číslem CZ.1.04/3.1.03/D5.00042 byl realizován v období od 1. 11. 2014 do 31. 10. 2015 Zlínským krajem za podpory Evropské unie (Evropský sociální fond, Operační program zaměstnanost). „Doporučení Zlínskému kraji ve vztahu k zajištění podpory lidem s duševním onemocněním jsou formulována jako výstup pracovní skupiny činné v rámci projektu Partnerství pro dostupnější služby duševně nemocným ve Zlínském kraji. Hlavním cílem projektu bylo vytvořit partnerství klíčových organizací pro lepší dostupnost služeb pro duševně nemocné ve Zlínském kraji.“ (3P Consulting, s.r.o., Projekt Partnerství pro dostupnější služby duševně nemocným ve Zlínském kraji, s. 2) Výsledky projektu ukazují na následující problémové situace osob s duševním onemocněním, ty směřují: „k potřebám bydlení, zaměstnávání, spolupráci s blízkými a rodinou, multioborové spolupráci, osvětě ve vztahu k laické i odborné veřejnosti, potřebě rozvoje terénní a ambulantní formy služeb.“ (tamtéž, s. 3)

## **Potřeba bydlení**

Je jednou ze základních životních potřeb člověka. Samostatné bydlení v obecních či soukromých bytech je pro klienty s duševní nemocí (dále DN) finančně nedostupné. Samotné obce vytvářejí překážky k dosažení bytu (např. vysoká kauce, žádný dluh u města apod.). Často tato situace bývá řešena využitím sociální či zdravotnické služby pobytového charakteru.

Projekt vyhodnotil následující doporučení: nastavení nediskriminačních podmínek k dosažení obecního bydlení, zvýšit informovanost pracovníků úřadů prostřednictvím seminářů o potřebách osob s DN a možnostech řešení, podpora terénních a ambulantních služeb (sociální rehabilitace), bytový fond spravovaný nestátní organizací-ne ve formě sociální služby, zajištění tréninkových bytů a startovacích bytů s omezenou dobou bydlení, osvěta veřejnosti a blízkých osob s DN. (3P Consulting, s.r.o., Projekt Partnerství pro dostupnější služby duševně nemocným ve Zlínském kraji)

## **Potřeba zaměstnávání**

Lidé s DN nemají mnoho příležitostí na otevřeném trhu práce. Jako náhradu využívají sociální službu. Často lidem s DN chybí pracovní návyky, setkávají se s předsudky u zaměstnavatelů. Ti je považují za nespolehlivé a nebezpečné. Jejich zkušenost se zaměstnáním je tedy spíše negativní. Snahy jsou často neúspěšné. Lidé s DN s přiznaným důchodem se obávají jeho ztráty, když začnou pracovat. Je pravdou, že práce je pro ně nestabilní, zatímco důchod je pro ně jistější.

Projekt vyhodnotil následující doporučení: krajské a obecní úřady budou samy vytvářet pracovní místa, zajistit semináře s účastí lidí s DN pro pracovníky OSSZ, ÚP, obecních úřadů za účelem podání celistvých informací o zaměstnávání lidí s DN, realizace workshopu pro zaměstnavatele-sdílení zkušeností těch, kteří lidé s DN zaměstnávají, podpora case managementu, podpora člověka s DN přímo na pracovišti, informovat o přínosech a negativech pro zaměstnavatele x pro člověka s DN (vazba na ÚP, invalidní důchod atd.). (tamtéž)

## **Potřeba spolupráce s rodinou**

Člověk s duševním onemocněním je často závislý na rodině. V souvislosti s nepřijetím nemoci se osoby s DN setkávají se stigmatizací, důsledkem toho je izolace jich samotných i členů rodiny. Zásadní podpora člověka s DN je zejména při jeho návratu domů z psychiatrické nemocnice, kdy má zvládat přechod, nemoc a práci s reakcemi okolí. Problémem bývá i vyčerpání pečujících osob.

Projekt vyhodnotil následující doporučení: podpora systematické práce s rodinou, podpora činnosti svépomocných skupin pro lidi s DN a jejich blízké, podpora činnosti asertivního mobilního týmu. (tamtéž)

### **Potřeba spolupráce s veřejným opatrovníkem, sociální práce na obci, síť služeb**

Lidé s DN jsou skupinou osob, kde opatrovnictví vykonávají i tzv. veřejní opatrovníci. V obcích, kde jsou umístěny pobytové služby pro lidi se zdravotním postižením, vykonávají pracovníci obcí veřejné opatrovnictví pro desítky klientů. Probíhá často bez přímého kontaktu s opatrovancem. Soustřeďuje se na formální záležitosti. Osobní kontakt s opatrovancem je nedostatečný. K sociálním pracovníkům na obcích se dostávají velmi složité případy lidí s DN. Jde o lidi v akutní fázi nemoci, nespolupracující, po léčbě v psychiatrické nemocnici a současně i závislé na návykových látkách. Škála problémů je pestrá a pracovníci se nemohou opřít o spolupráci s dalšími odborníky. Pobytové služby bývají pro osoby s DN většinou nedostupné. Chybí terénní sociální služby, které by nabízely podporu a informovali o dostupných službách pro tuto cílovou skupinu.

Projekt vyhodnotil následující doporučení: podporovat obce v navýšení kapacit veřejných opatrovníků, efektivní spolupráce mezi psychiatrickými nemocnicemi a sociálními, zdravotními službami – podpora sociální práce v nemocnicích, podnět na soudy, aby opatrovnictví ze strany obce bylo poslední možností, podporovat vznik a fungování mobilního krizového týmu, podpora kraje v roli zadavatele i zřizovatele pobytových služeb – domov se zvláštním režimem, domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, podpora ambulantních a terénních služeb pro osoby s DN, podpora zvýšení úvazků psychiatrů, psychoterapeutů i psychologů, dostupnost akutní psychiatrické pomoci, vzdělávání a podpora policejních složek, které se v terénu dostávají do kontaktu osob s DN, vzdělávání a podpora pedagogů, aby včas rozpoznali projevy DN u studentů, podpora setkávání multidisciplinárních týmů a poskytovatelů sociálních služeb v rámci regionu. (tamtéž)

### **Potřeba osvěty**

Společnost je málo informovaná o projevech a dopadech DN na jedince. Mediální obraz je nevyvážený, podporuje stigmatizaci osob s DN.

Projekt vyhodnotil následující doporučení: posílit preventivní aktivity, včasná nabídka forem pomoci, posilovat sdílení dobré praxe v oblasti podpory osob s DN, edukace laické veřejnosti,

motivace krajů, aby podporovaly PR aktivity na podporu lidí s DN, panely pro veřejnost s příběhy osob s DN, mýty o DN, spolupráce se školami, vznik adresáře subjektů podpory pro osoby s DN a jeho pravidelná aktualizace, osvěta DN. (tamtéž)

Získané výsledky projektu mají posloužit jako inspirace pro možný směr vývoje sociální politiky v kraji.



## 2. STIGMATIZACE DUŠEVNÍCH NEMOCÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Druhá kapitola se věnuje stigmatizování duševního onemocnění. Stigmata jsou postoje, které negativně ovlivňují kvalitu života osob s duševním onemocněním. Věnuji stigmatizaci velkou pozornost, neboť se často setkávám s postojem, že veřejnost se spíše soustředí na příznaky onemocnění, které zřídka kdy mají nestigmatizující obraz.

Stigma je jeden z vážných problémů sociální povahy, kterému se věnuji i ve své výzkumné části. V kapitole se dozvíte, proč patří sociální pracovníci mezi nejméně stigmatizující pomáhající profese a jaký vliv může mít stigma na chod rodiny. Kapitola vám představí i zásady, jak jednat s někým, kdo může trpět či trpí psychickými obtížemi. Téma stigmatizace zakončuji tvrzením, že destigmatizační kampaně mají smysl a naplňují své cíle. Netvořme mezi sebou ploty – seznamujme společnost s oblastí duševního zdraví.

Dílčím cílem v kvalitativním výzkumu směřujícím k osobám s duševním onemocněním bylo téma stigmatizace duševní nemoci jako jeden z činitelů ovlivňující proces socializace. (viz 6. kapitola)

Nejlepší způsob, jak se zbavit předsudků a stigmatizování osob s duševním onemocněním je po jejich boku být, pracovat. Jsou to okamžiky, kdy si začínáme všimnout jiných věcí, začneme vidět jejich silné stránky a nadání, místo abychom se soustředili jen na příznaky onemocnění.

Sociální integrace člověka do společnosti je významným determinantem jeho psychické pohody a zdraví. Osoby s duševním onemocněním čelí různým překážkám zdravotní i sociální povahy. Jeden z nejzávažnějších problémů sociální povahy je stigma. V sociální psychologii jde o negativní, až hanlivé označení jedince, které mu znesnadňuje začlenit se do společnosti. Jde o předsudek, určité záporné hodnocení, které je jedinci přisouzeno. (Hartl, Hartlová, 2015)

Negativní postoje a diskriminace vůči lidem s duševním onemocněním jsou velmi rozšířené. Odborníci je považují za nejzávažnější překážky úspěšné léčby, rehabilitace a začleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti. Stigmatizace osob s duševním onemocněním v sobě nese předpoklad o jejich nebezpečnosti, morální slabosti. Tyto negativní postoje se u společnosti opakují, stávají se stereotypy, podle kterých jsou společnosti hodnoceni. Mediální obraz se podílí na konstruování toho, co je považováno za deviaci či normalitu. Často zkresluje obraz osob s duševním onemocněním, tím jen vypovídá o postojích většinové společnosti. Můžeme také přemýšlet nad pozitivním důsledkem mediálního obrazu. Sdělované informace mohou ve společnosti vzbuzovat soucit a s ním i kladení menších nároků na výkon a role v životě

osob s duševním onemocněním. Kontakt s člověkem s duševním onemocněním není pro každého běžný, známý a pravidelný. V takovém případě bývají informace o onemocnění často omezené, nedostatečné či neúplné. Podle výzkumů vyplývá, že míra tolerance vůči odlišnostem v české společnosti narůstá. Lidé, kteří jsou „jiní“, narážejí v praktickém životě na mnohé překážky. Je tedy zjevné, že pozitivní důsledky nepřevažují. Stigma vede k znevýhodnění jedince, často jej jedinec vnímá tíživěji než samotné zdravotní problémy. Stigma ovlivňuje progresi onemocnění a zotavení.

*„Stigma lze obecně charakterizovat jako proces označování (labellingu), související jak se společenským vylučováním a odmítáním stigmatizovaného, tak s vlastními pocity studu, které u stigmatizovaného pramení z nepříznivého sociálního úsudku o vlastní osobě či společenské skupině.“* (Stigmatizace v České republice, 2016, s. 5) V průběhu posledních let se stigmatizace osob s duševním onemocněním stává jedním z hlavních politických témat na mezinárodní úrovni. Stigma má v této souvislosti svá specifika, a to nevědomost společnosti, problém existují a formu diskriminace. Lidé s duševním onemocněním jsou stigmatizováni i těmi, kteří s nimi pracují. Právě tito lidé mohou výrazně ovlivnit jejich zdravotní stav, sociální situaci i rozvoj případné sebestigmatizace (tzn. jak osoba vnímá sama sebe v rámci členství ve stigmatizované skupině). *„Výzkum ve čtrnácti evropských zemích naznačil, že v zemích s méně stigmatizujícími postoji, větší mírou vyhledávání odborné psychiatrické pomoci a lepším přístupem k informacím o duševním zdraví, existuje také nižší míra sebestigmatizace.“* (Evans – Lacko in Stigmatizace v ČR, 2016, s. 6)

Významný rozdíl je spatřován v rozdílu mezi tím, kolik lidí vyhledá pomoc se svým tělesným problémem a kolik lidí ji vyhledá s problémem týkající se duševního zdraví. Stigmatizace duševního onemocnění by mohla být jedním z vysvětlení zmíněného tvrzení. (Stigmatizace v ČR, 2016) V souvislosti s aktuální vládní reformou psychiatrické péče v České republice se problém stigmatizace dostal do oficiálních politických dokumentů.

Národní ústav duševního zdraví sídlící v Praze vznikl transformací z Psychiatrického centra Praha v roce 2015. Pod vedením Petra Winklera existuje pod NUDZ Pracovní skupina prevence a výzkumu stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Jejich činností je realizace a evaluace antistigmatizujících aktivit v České republice. Zaměřují se na studenty medicíny a zdravotnických škol, zdravotní sestry pracující na psychiatrii, sociální pracovníky, lékaře, osoby s duševním onemocněním, jejich rodinné příslušníky a obecnou populaci. Díky reformě psychiatrické péče byl v minulém roce zahájen projekt s názvem Destigmatizace, který se zaměřuje na evaluaci destigmatizačních aktivit ve všech regionech po celé České republice. (Winkler, NUDZ,

2015) Jeden z výstupů výše popsané pracovní skupiny na psychiatrické konferenci v Klecanech potvrdil, že video – intervence jsou u mladých lidí efektivnější než klasické přednášky či simulace duševního onemocnění. Videá obsahují výpovědi člověka s duševním onemocněním, informace o možnosti zotavení a vedení života a informace odborníka k dané problematice. (Janoušková a kol., 2017) Obraz duševního onemocnění je zde vyvážený.

## 2.1 Stigma a rodinní příslušníci

Duševní onemocnění ovlivňuje sociální situaci v rodině. Rodinní příslušníci důsledkem onemocnění mívají omezený čas na své vlastní potřeby. Mohou být ohroženi vyčleněním mimo běžný život společnosti. Stigmatizace je negativním společenským jevem. Tomuto jevu jsou často vystaveni i rodinní příslušníci osob s duševním onemocněním, protože jejich stigma sdílejí s nimi. Ve zmíněném kontextu můžeme rozlišovat, zda jsou rodinní příslušníci stigmatizováni společností, sami se stigmatizují, stigmatizují člena rodiny s duševním onemocněním a v neposlední řadě, jak vnímají stigmatizační projevy ze strany společnosti k jejich blízkému člověku s duševním onemocněním. Sebe-stigmatizace rodinných příslušníků se projevuje zejména pocity viny a studu. Pro mnohé je zjištění duševního onemocnění u jejich příbuzného šok. Mívají potíže o tom hovořit se svými přáteli, kolegy v práci i s vzdálenější rodinou. Objevuje se u nich strach, stud a bezradnost. I oni na začátku mnohdy znají duševní onemocnění jen z médií, které přináší informace zkreslené a diskriminující. V některých rodinách vnímají duševní nemoc jako slabost jedince, projevují minimum empatie a pochopení. Naopak některé rodiny svou přehnanou péčí o příbuzného s duševním onemocněním způsobí, že jim nezáměrně vezmou možnost svobodně a samostatně se rozhodovat, schopnost starat se sám o sebe a vést samostatný život. Starají se o ně nepřetržitě, čímž jim mohou zabránit v osobním růstu. (tamtéž)

Zkušenosti rodiny i samotných osob s duševním onemocněním ukazují, že zdravotnictví je prostředí, kde k tomuto negativnímu společenskému jevu často dochází. Blízké osoby osob s duševním onemocněním poukazují na pracovníky pracující v oblasti duševního zdraví jako na jednu ze skupin, která je nejvíce stigmatizující. Může za to nedostatečná kvalita péče o duševní zdraví, stigmatizace medicinského oboru psychiatrie obecně. Což má za důsledek nedostatečné financování poskytované psychiatrické péče. Problémem pro rodinné příslušníky bývá i fakt, že psychiatři nedoceňují jejich péči, nevnímají je v procesu léčby za významné společnosti, a proto je vzájemná komunikace nedostatečná. (Analýza potřeb cílových skupin, s. 53) Můžeme poukázat na důležitost povědomí, že personál pečující o duševní zdraví má negativní postoje a přesvědčení o osobách s duševním onemocněním, což může mít důsledky v léčbě.

Absence ambulantní péče, její dostupnost či nedostatečná kapacita v regionech České republiky jsou jen dalšími problémy v procesu léčby. Ambulantní psychiatr kvůli své pracovní vytíženosti nemůže věnovat potřebný čas svým pacientům. Mnozí klienti nemají finanční prostředky k zajištění si další psychoterapeutické péče, a proto se pro ně tato oblast pomoci stává často nedostupnou. Po propuštění příbuzného z hospitalizace je rodina velmi zatížena z důvodu nedostatku či omezené dostupnosti služeb v místě bydliště. Služeb, které by jedinci nabídly smysluplné trávení času a podpořily jej. Zařízení sociální rehabilitace a jiná centra zaměřená na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním s tímto problémem pracují. Nabízí svým klientům činnosti, nácviky, podporu vedoucí k smysluplnému trávení času v období, kdy to jedinec potřebuje a chce, tj. nejčastěji v období po hospitalizaci. Rodina často osobu s duševním onemocněním finančně podporuje. Finanční zajištění sociálními dávkami je nízké a jedince s duševním onemocněním svazuje v možnosti samostatného bydlení. Tento člověk potom zůstává žít doma, a to vede k finanční zatíženosti blízkých osob. A proto je třeba společnost edukovat v oblasti duševního zdraví, přinášet nezkreslené informace. Stejně jako je třeba psychoedukovat samotné osoby s duševním onemocněním. (Janoušková a kol., 2017)

Nezisková organizace Nevypusť duši působící v České republice vytvořila tzv. **Manuál pro blízké** (viz příloha C), ve kterém jsou shrnuty hlavní zásady toho, jak jednat s někým, kdo může trpět či trpí psychickými obtížemi. Vytvořením manuálu reagovali na časté dotazy, které k tomuto tématu dostávali a slyšovali. Vycházeli z faktu, že mnoho z nás zná ten pocit nejistoty, který přijde, když někoho v našem blízkém okolí trápí psychické potíže.

### **První zásada: Komu není rady, tomu není pomoci.**

*„Motivace člověka je takový motor celé jeho úzdravy. Pokud někdo nevnímá, že by měl problém a chtěl by ho změnit, tak vlastně opravdu pomoc nepotřebuje. Existuje jediná výjimka: když člověk ohrožuje zdraví své nebo někoho ve svém okolí. Od toho, jestli člověk chce řešit svou situaci a jestli by ji řešit měl, se odvozuje celá další forma pomoci. Proto se dvě hlavní otázky v našem manuálu ptají právě na motivaci a její hranice.“ (Peřinová, 2017)*

### **Druhá zásada: Nenarušujte jeho osobní prostor. Netlačte.**

*„Chování člověka, které může být zdraví ohrožující anebo i jen velmi těžko pochopitelné, často vzbuzuje v lidech okolo touhu přinutit blízkého člověka, aby vyhledal pomoc nebo aby se na svou situaci podíval z jiného úhlu pohledu. Jakkoliv se takový postup může zdát ten nejrozumnější, bohužel moc dobře nefunguje. Ve výsledku spíše vede ke konfliktům, protože se blízký*

*člověk cítí nepochopený a tlačeny do určitého rozhodnutí. Naopak nejúčinnější bývá ten postup, který spouště lidí nemusí připadat úplně intuitivní: dát druhému volný prostor a pochopení. V praxi to znamená nechat ho mluvit o tom, jak to má on.“ (Peřinová, 2017)*

### **Třetí zásada: Jen tam být.**

Pomoc spočívá v tom, že tam pro druhého jsem. Kouzlo spočívá v tom, že má kolem sebe někoho, kdo mu chce pomoci a porozumět mu.

### **Čtvrtá zásada: Nasad'te kyslíkovou masku nejprve sobě.**

Při pomáhání druhým bychom měli myslet především na vlastní duševní zdraví. Jak se říká: první jsme zodpovědní za své vlastní zdraví. Bez vlastních zdrojů bychom jinému nepomohli. Je třeba mít nasyceny nejprve ty vlastní.

## **2.2 Stigma a sociální pracovníci**

Obě profese, Sociální pracovníci i Pracovníci v sociálních službách, jsou zaměstnanci, na které se vztahuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zákon vymezuje jejich kvalifikace a náplně práce. Role sociálních pracovníků v procesu zotavování jedince s duševním onemocněním bývá často zásadní. Jsou to často sociální pracovníci, kteří jsou mezi prvními, se kterými klient s duševním onemocněním začne během či po hospitalizaci spolupracovat. Mohou pozitivně přispět k průběhu léčby nemocného. Stávají se z nich jejich podporovatelé a zároveň podporují i jejich rodinný systém.

Výzkum vedený NUDZ ukázal pozitivnější postoje sociálních pracovníků k osobám s duševním onemocněním v porovnání s obecnou populací a dalšími odborníky pracujícími s touto cílovou skupinou. Jedna z oblastí výzkumu ukázala, že sociální pracovníci vítají zapojení peer konzultantů do pracovního týmu. Věří, že peer konzultant může přinést více pochopení, empatie, zkušenosti a seznámit své kolegy a klienty s konceptem zotavení. Peer pracovník se může stát vzorem a potenciálním zdrojem naděje. Díky vzorům si mohou představit, v co mohou doufat. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sociální pracovníci: *„přisuzují lidem s duševním onemocněním práva společná všem občanům, staví se kriticky vůči institucionalizované péči o nemocné, nevnímají je jako tolik nebezpečné vůči svému okolí.“* (Analýza potřeb cílových skupin, s. 95) Bylo zjištěno, že sociální pracovníci by rádi posílili své vědomosti, kompetence a komunikační dovednosti s lidmi s duševním onemocněním, jejich blízkými a posílili také spolupráci s dalšími odborníky.

Mental Health First Aid (MHFA) je program, který se v zahraničí osvědčil jako efektivní nástroj rozšíření znalostí potřebných pro práci s lidmi s duševním onemocněním. Byl vyvinutý v roce 2000 Betty Kitchener AM a profesorem Tonym Jormem v Austrálii za účelem první pomoci jedinci během jeho krize duševního zdraví.

Kurzy MHFA poskytují:

- *„Dovednosti, jak rozpoznat příznaky a symptomy problémů duševního zdraví.*
- *Znalost možných příčin nebo rizikových faktorů pro tyto problémy duševního zdraví.*
- *Znalost dokázaných dostupných lékařských, psychologických a alternativních způsobů léčby.*
- *Dovednosti, jak dát vhodnou počáteční pomoc a podpořit někoho, kdo má problém s duševními chorobami.*
- *Dovednosti při přijímání vhodných opatření v případě vzniku krizové situace zahrnující sebevražedné chování, záchvaty paniky, stresové reakce na trauma, předávkování nebo hrozící psychotické chování.“ (Mental Health First Aid Australia, 2018)*

### **2.3 Destigmatizačních projektů je celá řada**

Postoje laické veřejnosti k duševnímu onemocnění se v čase proměňují. Stigmatizace je stále přítomná, ale v menší míře v porovnání s tím, jak tomu bylo v dávné minulosti. Destigmatizační projekty mají smysl. Vychází najevo, že proces destigmatizace může být i úspěšnější, když projekty jsou podporovány vládními i nevládními organizacemi a stanou se součástí zdravotní i sociální politiky státu. V procesu snižování stigmatizace tvoří důležitou součást i účast samotných osob s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků.

Snahám po destigmatizaci škodí internetové stránky psychiatrických společností, kde jsou duševní poruchy popisovány pouze z biologické stránky, bývají pro laickou veřejnost mnohdy nepochopitelné, protože z nich často vyplývá, že duševní onemocnění v podstatě změnit nelze. Biogenetické kauzální vysvětlení a diagnostické nálepky vedou k posílení předsudků a obav. Je třeba klást důraz, že psychické potíže nijak neovlivňují hodnotu člověka. Místo hanlivého použití slov jako „panikářk/a“ je vhodnější použít „lidé s panickou poruchou či lidé prožívající silnou úzkost“. Též termín „choroba“ by měl být nahrazován výrazem „porucha“. Vzdělávací programy, které nesou svou hodnotu přes osobní příběhy a poruchy jsou vysvětleny jako reakce na události v životě člověka, snižují přesvědčení o nepředvídatelnosti a nebezpečnosti

člověka s duševním onemocněním. „Přijmout a začlenit totiž dokážeme hlavně člověka, kterému rozumíme. Čím více lidé chápou, proč člověk trpí psychickými příznaky, tím více mají tendenci integrovat ho mezi sebe.“ (Ocisková, Praško, 2015, s. 256) V České republice jsou duševní onemocnění stigmatizována z řad veřejnosti i odborníků.

„Pokud se podíváme na destigmatizační aktivity blíže, velkou část tvoří kulturní akce – festivaly (např. *Mezi ploty*<sup>4</sup>), kavárny, kde pracují lidé s duševním onemocněním, či projekty zprostředkovávající stavy duševně nemocných, jako byla akce *Paralelní zkušenosti*. Problematice se pak věnují také informační webové stránky či poradny, zlepšovat povědomí se snaží také *Týdny pro duševní zdraví*.“ (Koubová, 2016) Některé programy pak speciálně cílí na pracovníky ve státní správě, zejména sociální pracovníky, dále záchranáře a také na zaměstnavatele (projekt *Čistá duše*).

V současné době můžeme destigmatizační tendence vidět i na hudební světové scéně. Současný trend realistického zobrazení duševních poruch byl zažehnut na hudební scéně. Vlna emo rocku byla první, která do mainstreamu dostala téma deprese a úzkostí. Na popové scéně je situace aktuálně otevřenější. Mnoho současných hudebníků před svými fanoušky odtajňují své zkušenosti s psychickými problémy. Rozšiřují tím povědomí o duševních nemocech a zároveň pomáhají změnit stereotypy, které společnost má. „*Deník Guardian dokonce nazval letopočet 2015 „rokem, kdy hudba zničila stigma duševních nemocí“*. (Veselý, 2016)

K destigmatizačním snahám můžeme přistupovat edukačně, což vyplývá z faktu, že předsudky u lidí vznikají na základě nedostatečné informovanosti o psychických poruchách. Důvodem je neznalost. Lidé, kteří stigmatizují osoby s duševním onemocněním v médiích, tedy otevřeně, tak činí formou podobné reklamě. Zlepšit mediální obraz se děje i formou protestu. Volbou tohoto přístupu můžeme některé stigmatizující zprávy z médií odstranit, ale zároveň můžeme způsobit také opačný efekt. Málokdo má rád, když mu někdo říká, co má dělat a jak. Edukační přístupy bývají proto účinnější a mají dlouhodobější efekt. Snížení strachu a zvýšení empatie k osobám s duševním onemocněním pomáhá podpora přímého kontaktu s osobou s duševním onemocněním, která nemá strach na veřejnosti otevřeně hovořit o svých potížích (herci, zpěváci a jiní).

---

<sup>4</sup> Mezi ploty = Jedna z největších a nejpopulárnějších českých kulturních akcí konající se v parku Psychiatrické nemocnice Bohnice v Praze. Festival byl oceněn značkou EFFE Label.

## 2.4 Projekt Destigmatizace v České republice

V současné době se destigmatizaci duševních nemocí aktivně věnuje Národní ústav duševního zdraví České republiky sídlící v Praze, který v rámci aktuálně probíhající psychiatrické reformy ČR zahájil projekt Destigmatizace.

Projekt byl zahájen 1. 9. 2017, předpokládané datum ukončení je 31. 8. 2022. Je podporován Evropským sociálním fondem Evropské unie v operačním programu Zaměstnanost.

*„Projekt řeší nutnost zajištění efektivní a na poznatcích založené destigmatizace lidí s duševním onemocněním a její komunikaci v ČR. Podle dostupných údajů žije v ČR 603 205 až 3 428 000 lidí s duševním onemocněním.“* (NUDZ, 2017) V ČR je rozvinuta institucionalizovaná forma péče, tzn. že osoby s duševním onemocněním jsou izolovány v psychiatrických nemocnicích. Úroveň veřejné komunikace o problému duševní nemoci je nedostatečný s ohledem na množství lidí, které podle odhadů odborníků má zkušenost s nějakým typem duševního onemocnění.

Projekt na svých internetových stránkách<sup>5</sup> nabízí množství různých publikací pro zájemce zdarma ke stažení. Projekt Destigmatizace probíhá v souvislosti s reformou psychiatrické péče, která v ČR současně probíhá. Akční plán destigmatizace pro rok 2018 definuje priority pro tvorbu destigmatizačních opatření u nás.

Projekt definoval následující priority u konkrétních skupin, na které je třeba se zaměřit:

**Uživatelé:** Selfstigma (nedívat se na nemoc jako na něco, co mi zničilo život), respekt sám k sobě (pochopení onemocnění), pocit naděje (zdůraznit naději zotavení), stigmatizace v osobním životě, ve zdravotnictví (znát svá práva), v zaměstnání.

**Rodinní příslušníci:** Sebestigmatizace (komunikace, informace, asertivita), odmítnutí rodinného příslušníka s duševním onemocněním (informace, vyjadřování emocí), hyperprotektivita (informace o zotavení, podpurný vztah), nedostatek informací.

**Sociální pracovníci:** Hyperprotektivita (nepřebírání zodpovědnosti, aktivizace, podpora svépomoci, informace o recovery, akreditované kurzy jako motivace), nedostatek informací (legislativa, práva), komunikační dovednosti (s různými typy klientů).

**Zdravotníci:** Uplatňování konceptu zotavení, zlepšení komunikace, zvýšení znalostí o právech lidí s duševním onemocněním (workshopy v rámci konferencí), zvýšení ochoty a schopnosti

---

<sup>5</sup> <http://destigmatizace.info/>



vyšetřit celkový zdravotní stav, zlepšení komunikace mezi jednotlivými prvky systému péče, zvýšení znalostí a dovedností pečovat o vlastní duševní zdraví (předcházet syndromu vyhoření).  
**Veřejná správa:** Stigmatizace na úřadech práce (realizace kulatých stolů v krajích), komunikační dovednosti, nedostatečný čas na klienta. (Akční plán destigmatizace pro rok 2018, NUDZ)

Příklady dobré praxe, o které se projekt opírá:

**Honest, Open, Proud (HOP)** = Intervence HOP se soustředí na odhalení duševního onemocnění svému okolí. Utajování chápáno jako nevhodnou strategii pro vyrovnání se s nemocí.

**Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT)** = Intervence zaměřená na vytvoření své identity a znovunalezení své hodnoty poté, co ji člověk ztratil. Tato intervence je využívána v Izraeli, USA, Švédsku a Dánsku.

**Program Preduka – Preventivně Edukační program proti relapsu psychózy** = jedná se o rodinný psychoedukační program v České republice. Program určený lidem s psychotickým onemocněním a jejich blízkým. Návštěvnost programu je vysoká. <sup>6</sup> Účast je bezplatná.

**Zippyho kamarádi** = „*Jedná se o program vyvinutý nadací Partnership for Children ve Velké Británii, do českého prostředí adaptováno organizací E-clinic a Pražským centrem primární prevence. Cílem programu je zvýšit sociální a emocionální dovednosti a copingové strategie dětí ve věku 5-7 let prostřednictvím výuky zaměřené na vyjadřování emocí, hledání vlastních řešení v těžkých životních situacích, tvorbu a udržování dobrých vztahů, schopnost říci si o pomoc apod.*“ (Akční plán destigmatizace pro rok 2018, NUDZ, s. 15)

**Mindset** = program pro studenty středních zdravotnických škol, vyvinut Národním ústavem duševního zdraví (NUDZ), cílem je snižovat míru stigmatizujících postojů vůči lidem s duševním onemocněním.

**Blázníš? No a!** = pro studenty středních škol, cílem je prevence duševních onemocnění a destigmatizace.

**Intervence READ pro mediky** = osobní kontakt s člověkem s duševním onemocněním, v rámci lekcí hrají role, ve kterých nacvičují komunikační dovednosti. Program má snižovat obavy a negativní postoje mediků vůči lidem s duševním onemocněním.

(Akční plán destigmatizace pro rok 2018, NUDZ)

---

<sup>6</sup> Program Preduka je aktivně realizován i v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži.

Národní ústav duševního zdraví vydal v rámci projektu Destigmatizace tzv. **Destigmatizační manuál**, který je možné si zdarma stáhnout na internetových stránkách projektu v sekci Materiály. „*Tento dokument je komplexně pojatým opatřením na podporu změn postojů k lidem s duševním onemocněním. Využívá bohatých zahraničních zkušeností (z kampaní Time to change, One of Us, Mind the Mind, Beyond Blue apod.) i zkušeností českých, nabytých ve výzkumech, analýze potřeb či skrze realizaci destigmatizačních projektů českých organizací a institucí: např. Mindset, Spolu, Nevypusť duši, Dávám židli do kruhu, Blázníš, no a?!, Studio 27 a mnohých dalších iniciativ.*“ (Akční plán destigmatizace pro rok 2018, NUDZ, s. 19)

Manuál **MEDIAGUIDE** = ředitel Národního ústavu duševního zdraví pan Cyril Höschl ji popsal následujícími slovy: „*Hlavním cílem tohoto „media guide“ je poskytnout novinářům, redaktorům, editorům, reportérům, ale například i studentům materiál, který jasně a přehledně představí praktické tipy, jak citlivě a zodpovědně zpracovávat rozličná témata související s duševním zdravím. Součástí jsou také další důležité informace a statistiky, stejně jako odkazy na významné české i zahraniční projekty a iniciativy věnující se tématu stigmatizace. Na přípravě se kromě odborníků na duševní zdraví a destigmatizaci podílely také osoby, jež mají s duševním onemocněním vlastní zkušenost, jakož i žurnalisté. Díky tomuto propojení pevně věříme, že předloženou publikaci poskytujeme zdroj, jenž je aktuální a funkční a díky němuž mohou mediální pracovníci veřejný obraz oblasti duševního zdraví příznivě ovlivnit.*“ (Zoubková, NUDZ, 2017)

### 3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Co je sociální rehabilitace? Jakou podporu pracovníci v procesu socializace svým klientům v sociální službě poskytují? Jak taková práce může vypadat? S tím vás seznámí třetí kapitola. Kapitola se zaměřuje na zařízení sociální rehabilitace z důvodu, že byl výzkum realizován v tomto typu zařízení a také, že se o toto zařízení opírá samotný výzkum. Nabízené činnosti zařízení sociální rehabilitace jsou prostředky, které mohou osoby s duševním onemocněním podpořit v procesu jejich začleňování se do společnosti.

Sociální rehabilitace a její soubor opatření vedou k obnovení sociálních vztahů uživatele. Snaží se podpořit uživatele a obnovit jeho dovednosti, které jsou z důvodu narušení důsledkem jeho znevýhodnění ve společnosti. Smysl služby sociální rehabilitace je možné spatřit i v definici Světové zdravotnické organizace, která zní: *„Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, překážek způsobených zdravotním stavem a usiluje o společenské začlenění postiženého jedince.“* (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005, s. 9)

Centrum sociální rehabilitace spadá podle zákona o sociálních službách do skupiny služeb sociální prevence. Zákon tuto službu definuje následujícími slovy: *„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 70) Cílem každé sociální služby je zvýšení kvality klientova života. Cílem pracovníků center sociální rehabilitace je samozřejmě totéž. Svou podporu uživatelům služby nabízí formou různých činností. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, řadí mezi základní činnosti služby nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Sociální rehabilitace poskytující se formou pobytovou je doplněna o další činnosti, a to poskytnutí ubytování a stravy a pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 70) Služba je poskytována bez úhrady, s výjimkou základních činností poskytovaných v případě pobytové formy.

Charakteristika jednotlivých základních činností při poskytování sociální rehabilitace:

- a) **„nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování:** *nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů, nácvik péče o domácnost, například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování, nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti, nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostoru, nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, například vlastnoručního podpisu,*
- b) **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:** *doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět, nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky, nácvik chování v různých společenských situacích, nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi,*
- c) **výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:** *upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,*
- d) **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:** *podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, informační servis a zprostředkovávání služeb.“ (vyhláška č. 505/2006 Sb., § 35)<sup>7</sup>*

Pracovníci služby se řídí Etickým kodexem sociálních pracovníků České republiky, Kodexem Charity České republiky<sup>8</sup>, Vnitřními pravidly zařízení. Také při své profesi dodržují zásady, které vyplývají z národních i mezinárodních právních předpisů.

### 3.1 Podpora osob s duševní poruchou v právních předpisech

Současný přístup k jedincům s duševním onemocněním je výsledkem dlouhodobého uvědomování si práv osob se zdravotním postižením, kteří se v naší společnosti vyskytují a realizují. V roce 2009 přijala Česká republika Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením

---

<sup>7</sup> Paragraf 35 vyhlášky č. 505/2006 Sb. vymezuje i činnosti týkající se pobytového charakteru této služby. Výzkum byl realizován v zařízení sociální rehabilitace, kde jsou poskytovány pouze formy ambulantní a terénní.

<sup>8</sup> Uvádím Kodex Charity z důvodu, že výzkum byl realizován v centru sociální rehabilitace, kde jsou pracovníci vázáni k zmíněnému Kodexu.

(dále jen Úmluva) a byla vyhlášena ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 10/2010 Sb. m. s.<sup>9</sup> Úmluva se tak stala součástí českého právního řádu. (Juříčková, Ivanová, Filka, 2014) Úmluva je dokumentem Organizace spojených národů, který byl přijat v roce 2006 v New Yorku. Úmluva definuje osoby se zdravotním postižením jako osoby, jež mají „*dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními (článek 1).*“ (tamtéž, s. 25) Úmluva nás směřuje k přijetí respektování odlišností, přijímat osoby se zdravotním postižením jako součást lidské různorodosti a přirozenosti, garantuje jim rovnost před zákonem, právo se svobodně rozhodovat, účastnit se kulturního života atd.

Úmluva není jediným dokumentem, který se zaslouhuje o podporu osob s duševní poruchou. Podpora těmito lidmi je ustanovena také v dalších právních předpisech, například: ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, zákon č. 89/2012 Sb., občanská zákoník, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nebo také Zelená kniha - Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva: na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii. Tento dokument vydaný v roce 2005 klade důraz na deinstitucionalizaci služeb v oblasti duševního zdraví. V dokumentu je psáno, že duševní zdraví obyvatelstva Evropské Unie je možné zlepšit. Odráží se od bodů: „*duševní nemoci nepříznivě ovlivňují jednoho ze čtyř obyvatel a mohou vést k sebevraždám, jež jsou příčinou příliš mnoha úmrtí; duševní nemoci způsobují značné ztráty hospodářskému, sociálnímu, vzdělávacímu jakož i trestnímu a soudnímu systému a jsou pro tyto systémy rovněž významnou zátěží; stále existují stigmatizace, diskriminace, nedodržování lidských práv a nerespektování důstojnosti duševně nemocných a osob s duševním postižením, čímž jsou v sázce základní evropské hodnoty.*“ (Zelená kniha, 2005, s. 3)

### **3.2 Role pracovníků v sociálních službách při práci s lidmi s duševním onemocněním**

Profese sociálního pracovníka vznikla jako reakce na potřebu řešit nepříznivé sociální situace způsobující problémy. Problémy manifestující se mezi jednotlivci i v celé společnosti. Problémy, které byly a jsou. Každá doba je přináší, mění jejich povahu, mění prostředky, ale cílem

---

<sup>9</sup> Znění Úmluvy je dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>.

stále zůstává najít řešení této situace. Pokud se vrátíme do minulosti, zjistíme, že sociální nepříznivou situaci jedince řešila zejména jeho rodina a blízcí. Instituce založené církví později existovaly, ale řešily jen ty nejzávažnější případy. Sociálního pracovníka bychom mohli označit takovým pojivem společnosti. Sociální pracovníci spojují své klienty zpět s komunitou, ale při své práci spojují i různé odborníky do multidisciplinárních týmů.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka (§ 109 - § 111), předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách (§ 115 - § 117) i oblast dalšího vzdělávání sociálních pracovníků. Zákon o sociálních službách říká: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 109) Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona. Zákon umožňuje lidem s vysokoškolským vzděláním v získaném bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na speciální pedagogiku pracovat v sociálních službách na pozici sociálního pracovníka.<sup>10</sup> Člověk se získaným vzděláním ve studijním programu speciální pedagogiky přináší do svého profesního postavení sociálního pracovníka významné odborné vědomosti z oblasti psychopedie, do které se osoby s psychiatrickou diagnózou řadí. Speciální pedagog je vybaven vědomostmi zaměřenými na poruchy psychického vývoje, jak je uvádí pod kapitolou F00 – F99 Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize. O tyto získané vědomosti se může speciální pedagog v sociální službě opřít. Znalost MKN – 10 je při práci s touto cílovou skupinou potřebná. Pracovník by měl mít základní znalost symptomů a být schopen je u konkrétního klienta rozeznat.

Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníkovi další vzdělávání k upevnění či doplnění jeho kvalifikace. Zákon vymezuje zmíněné vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin

---

<sup>10</sup> Autorka této diplomové práce je zaměstnaná na pozici sociálního pracovníka ve službě sociální rehabilitace.

za jeden kalendářní rok, formou účasti na kurzech s akreditovaným programem, odborných stá-  
žích, účasti na školicích akcích a konferencích nebo také na specializačním vzdělávání, které je  
zajišťováno vysokými školami nebo vyššími odbornými školami mající odbornou způsobilost  
k výkonu profese sociálního pracovníka. V případě, že pracovní poměr pracovníka u stejného  
zaměstnavatele netrvá celý kalendářní rok, je rozsah počtu hodin nižší. Také v případě delší  
nepřítomnosti pracovníka (více jak jeden měsíc) se rozsah hodin krátí. Povinnost dalšího vzdě-  
lávání se nevztahuje na zaměstnance ve zkušební době. (zákon č. 108/2006 Sb., § 111)

### **3.3 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v zařízení sociální reha- bilitace**

Lidé s duševním onemocněním nejsou homogenní skupinou. Spojuje je přítomnost du-  
ševních obtíží. Vážná duševní nemoc je proces, jehož průběh není možné předvídat, zejména u  
jedinců, u kterých se nemoc projevila poprvé. U osob žijících s onemocněním více let je možné  
identifikovat symptomy ukazující na zhoršení psychického stavu a blížící se možný relaps.<sup>11</sup>  
V krizových plánech uživatelů sociální rehabilitace je to jeden z bodů, o kterém spolu se soci-  
álním pracovníkem hovoří. Jelikož se jedná o proces, je nutné, aby služby reagovaly na měnící  
se potřeby nemocného.

Osoby s duševním onemocněním zřídka sami vyhledají službu. Někteří potřebují po-  
moc, podporu a doporučení někoho, komu věří. Někdy se stává, že problém nechtějí vidět, po-  
pírají ho. Duševní onemocnění má individuální průběh, je zahaleno určitou záludností. Osobám  
s duševním onemocněním by měl být představen ucelený systém služeb. Úkolem sociálního  
pracovníka je klienta do tohoto systému přivést. Už to, že našel někoho, kdo mu rozumí, má  
pochopení, bývá často pro klienty velmi osvobozující. Sociální pracovník se stává spojencem.  
Spolupracuje s klientem na tom, co klient potřebuje, co rozsah služby a náplň pracovníka sa-  
mozřejmě umožňují. Jeden z bodů, ke kterému sociální pracovník s klientem v zařízení sociální  
rehabilitace směřuje, je jeho plná či alespoň částečná resocializace. Na začátku spolupráce  
osoby s duševním onemocněním a služby se zdůrazňuje nutnost strukturovaného uspořádání  
dne, které nabízí bezpečí a jistotu pro klienta. Jak naplnit svůj volný čas je tématem, které klienti

---

<sup>11</sup> Relaps = opětovné objevení příznaků nemoci, která byla v klidovém období – remisi.

řeší. Denní program nabízí svým klientům zařízení sociální rehabilitace. Denní program a pravidla dávají jasný řád. Strukturované uspořádání běžných denních aktivit narušuje jejich negativní myšlení a nudu. Dodává všeobecnou představu o tom, co právě probíhá a bude následovat. Klient se nachází v prostředí, kde může dělat chyby. *„Klienti vlivem denního režimu obnovují návyky, které ztratili, nebo nikdy neměli. Je to zdroj získávání zdravých sociálních návyků. Dobře sestavený denní program odráží realitu všedního dne, respektuje zájmy a potřeby všech členů.“* (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 95) Cílem je dosažení schopnosti klienta, aby si dokázal vytvořit svůj denní režim, který bude podle svých potřeb upravovat a zároveň zůstaly zachovány zásady zdravého způsobu života.

Práce s lidmi s duševním onemocněním klade velké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístupu. *„Psychiatrická onemocnění ovlivňují komunikační schopnosti klientů více než jiná onemocnění, ať už se jedná o úzkost, depresi, psychotická onemocnění, drogovou závislost či demenci. Všechna zmíněná onemocnění ovlivňují schopnost myslet, koncentrovat se a správně se rozhodovat.“* (Mílek, 2016, s. 469) Obsah komunikace může být ovlivněn halucinacemi, bludy, proces myšlení může být dezorganizován v důsledku chronické psychózy. Porozumět klientovi na verbální úrovni může být někdy nemožné. Deprese nebo úzkostné stavy mohou zapříčinit, že klient se stává vzdálený, nepřátelský a nedůvěřivý. Klient může záměrně utajit určité informace ze strachu z možných následků nebo předává špatné informace s nadějí na nějakou výhodu. Klienti někdy mohou potlačit své problémy vědomě či nevědomě. Lidé s obsedantně kompulzivní poruchou se často stydí za projevy svého chování. Při sledování neverbálního vyjádření klienta si může zkušený pracovník uvědomit nesoulad mezi tím, co klient říká a současně, co vyjadřuje neverbálními gesty. Verbální komunikace většiny lidí je více či méně pod kontrolou jejich vědomí, ale doprovodné neverbální projevy odrážejí jejich podvědomé procesy. Většina lidí si neuvědomuje, jak věci říkají a co přitom dělají s tělem a rukama, pokud k tomu nejsou vycvičeni, aby to rozpoznali. Během komunikace bychom měli rozumět tomu „co říká“ stejně tak dobře i tomu „jak to říká“. Je důležité vnímat nejen co klient říká, ale především jak to říká. Emocionalita klienta se projevuje v jeho mimickém výrazu, který může být neměnný nebo se rychle střídá, je nestabilní.

Při komunikaci se ke klientovi chováme s respektem, nasloucháme mu empaticky a vnímáme jeho prožívání. Vážíme svá slova. Je třeba mít na paměti, že klient může být zvýšeně vztahovačný. Někdy může být problematické s ním navázat kontakt, může být nedůvěřivý. *„Jindy kontakt navazují až přehnaně ochotně, zahlcují proudy slov, ve kterých je někdy těžké se zorientovat. Častým projevem v komunikaci je fixace na některé věty, situace a problémy, které*



*klient do omrzení opakuje.*“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 129) Klade opakovaně stále ty stejné dotazy. Pracovník by měl být proto důvěryhodný, schopen zúčastněného naslouchání a hluboké empatie. Klient musí cítit vřelost. „*Mezi dalšími vlastnostmi pracovníka jsou uváděny cílevědomost, iniciativa, samostatnost, smysl pro rozpoznání souvislostí, samostatné rozhodování, abstrakce a předvídavost, nápaditost, sebekritičnost, smysl pro humor, vysoká motivace, odolnost k neúspěchu, schopnost nést riziko, schopnost projevit nedůvěru vůči autoritám, odmítání stereotypu, zájem o informace, odmítání rychlých závěrů, potřeba participace na zařízení, potřeba komunikace se spolupracovníky a zájem o další odbornost.*“ (Gulová, 2011, s. 36)

Pracovník má větší možnost potkávat blízké osob s duševním onemocněním v jejich běžném prostředí. V mnohém je vystaven tlaku prostředí. „*Bývá konfrontován s odlišným vnitřním obrazem klienta o jeho okolí a blízkých, než je jeho. Nemusí být pro něj lehké udržet si neutralitu, což rozhodně neznamená neúčast či distancování se, ale představuje to jeho angažovanost na straně klienta bez utváření koalic, ať již s klientem, nebo s jeho okolím.*“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 173)

### **3.4 Centrum sociální rehabilitace a způsob jeho podpory**

Výzkum byl realizován v centru sociální rehabilitace. Následující jednotlivé činnosti, jsou pro uživatele v nabídce tohoto centra, a proto se bude tato podkapitola zabývat právě jimi. Popis a odůvodnění smysluplnosti každé činnosti bude vycházet i z mé osobní pracovní zkušenosti v tomto zařízení. Psychoterapeut Michal Šalplachta pracující s lidmi s duševním onemocněním už téměř dvacet let mě profesně a osobnostně obohatil o velmi výstižné přirovnání k naší práci. Duševní onemocnění je proces, jehož průběh není možné předvídat. Jak pomoci lidem s duševním onemocněním na cestě k smysluplnému a přínosnému životu, k spokojenosti. Pro mnohé uživatele, které znám, je představa způsobužití před první atakou tím, k čemu by se rádi vrátili za předpokladu smíření se se specifiky a určitým omezením svého onemocnění. Duševní onemocnění přirovnává k váze. Na jedné straně váhy je miska s Odolností, na druhé straně je miska se Zranitelností. Pokud podpoříme jedince nalézat možnosti, jak posilovat Odolnost, stane se těžší a Zranitelnost převáží, jeho život nabere zpět smysluplnost. Jako speciální pedagog v zařízení sociální rehabilitace mohu klientů Odolnost podpořit v činnostech, které služba nabízí a tato podkapitola je čtenářům více přiblíží.

Služba sociální rehabilitace je určena lidem mající duševní onemocnění a jejich stav odpovídá možnostem této služby. Podporu a informace zařízení poskytuje i osobám blízkým. Zařízení nabízí podporu zvládat negativní důsledky duševního onemocnění, mezi které můžeme spatřovat symptomy duševních poruch. Symptomy jsou: výrazná sociální izolace a stažení, selhávání v zaměstnání, studiu, v domácích pracích, problémy s osobní hygienou a s pravidly společenského chování, ploché nepřiměřené afekty, nápadné, výstřední chování (například sbírání odpadků, hlasitá samomluva na veřejnosti atd.), nevýpravná řeč, ochuzení řeči i jejího obsahu, zvláštní víra v pověry, předsudky, jasnovidnost, magické myšlení (odlišné od norem kulturního prostředí, ve kterém žije) ovlivňující chování. (Malá, 2005) Cílem služby je člověk. Člověk, který znovu získal osobní sílu a svůj život vnímá přínosně a je pro něj příjemný.

Služba lidem s duševním onemocněním nabízí činnosti:

### **1. Ranní komunitní posezení**

Jedná se o nácvik kontaktu a práce s informacemi. Ranní komunitní posezení přináší uživatelům zařízení možnost sdílet s ostatními, co potřebují, pokud chtějí. Zapojení je dobrovolné. Zažívají zde zkušenost, že se o ně někdo zajímá a ptá se. Často se všichni účastníci posezení vzájemně podporují. Pracovníci mají na starost organizační stránku posezení. Na každé setkání si jeden z pracovníků připravuje informace vztahující se ke konkrétnímu datu. Na podobě a průběhu posezení se podílejí všichni přítomní. Pro pracovníky má sdílení uživatelů svůj význam. Na začátku dne se dozvídají, v jakém psychickém rozpoložení do zařízení uživatel přichází, na co se těší. S těmito informacemi mohou dále pracovat. Uživatel získává podporu a porozumění.

### **2. Nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu a další činnosti vedoucí k posilování soběstačnosti uživatele.**

Lidé s duševním onemocněním mohou ztratit dřívější běžné návyky v oblasti hygieny a péče o svůj vzhled, do kterého se řadí i praní a žehlení prádla. Uživatelé využívají pracovníkovu spolupráci při výše zmíněných činnostech, aby si tyto kompetence posílili či je plně získali. Často se stává, že osoby s duševním onemocněním jsou svými blízkými příliš opečovávaní a k praní a žehlení prádla se běžně nedostanou, čímž tuto dovednost nemají, jak posílit.

### **3. Individuální a skupinové nácviky vaření, nakupování, posilování kompetencí úklidu a péče o domácnost (základní drobné údržbářské práce).**

Jeden z aspektů socializace lidí a kvality života vůbec je také otázka bydlení. Mnozí uživatelé by se rádi osamostatnili. Samostatné bydlení znamená odpovědný přístup. Uživatelé účastníci se těchto nácviků by rádi posílili kompetence v péči o domácnost. Jedná se většinou o jejich nedůvěru ke svým schopnostem, která u některých vede k podceňování. Nácviky je posunují dál, posilují jejich sebevědomí. Nácviky vaření, nakupování, úklidu jsou kroky vedoucí k běžnému fungování v domácnosti.

### **4. Komunikační skupiny.**

Komunikační skupina má uživatelům pomoci cítit se dobře. Skupina umožňuje uživatelům sdílet své myšlenky v bezpečném prostředí skupiny. Všichni máme své starosti, a ne vždy možnost je s někým sdílet, získat radu a náhled někoho jiného. Stává se, že uživatelé často nerozumí projevům svého onemocnění. Někteří ho v sobě zapírají, a tím brání možnosti zotavení se. Uživatelé mají možnost se ostatních ptát, co je zajímavé. Znovu se díky skupině mohou zkontaktovat se svou sebeúctou/sebepřijetím. Sebepřijetí bývá často po první atace onemocnění spíše negativně ovlivněno. Postoj k sobě samému, přijetí svých silných i slabých stránek, své zranitelnosti jako daru, budování vztahů a sociální sítě jsou často tématy, se kterými uživatelé na skupinu přichází. Skupina vytváří prostor k vyprávění, tedy k tomu, aby mapovali své životy. Zároveň aby si zažili pozornost, přijetí a porozumění ve vztahu jako základní zkušenost vedoucí k pocitu bezpečí a k sebepřijetí. Mohou symbolizovat své životní zkušenosti. Terapeut se zaměřuje přednostně (nikoliv výhradně) na pozitivní aspekty. Skupina přináší možnost porovnání vlastních zkušeností s ostatními. Účastníci skupiny se vzájemně reflektují a diskutují. Ve skupině se podporuje empatie. Účastníci se zaměřují na hledání zdrojů podpory.

### **5. Expresivní terapie: arteterapie, dramaterapie, nácvik relaxačních technik.**

Expresivní terapie jsou prostředky vedoucí k poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Jde o tvořivé činnosti, kdy účastníci terapií spontánně a určitou formou vyjadřují své vnitřní psychické stavy, pocity, nálady, zkušenosti. Jde o prožitek.

Zařízení svým uživatelům nabízí také nácviky různých relaxačních technik, např. Autogenní trénink od J. H. Schultze, Jacobsonovu svalovou progresivní relaxaci, hluboké dýchání, poslech relaxační hudby, trénink všímavosti (Mindfulness).

## 6. Dílny: keramická, pracovní, svíčkařská.

Zmíněné dílny pomáhají nacházet svou kreativitu při objevování svých možností. Mají spoustu pozitivních vlastností. Práce s hlínou procvičuje jemnou motoriku, činnost zpracovávání hlíny uvolňuje napětí a stres, hlína působí relaxačně a zároveň podporuje vlastnosti člověka jako jsou trpělivost a pečlivost. Pracovní činnosti za sebou zanechávají nějaký výsledek. Uživatelé vidí a cítí, že jejich energie do činností vložená měla smysl. Tvůrčí práce člověka léčí. Činnosti v keramice, v pracovní i svíčkařské dílně nabízí upevňování získaných motorických, sociálních a psychických schopností a dovedností uživatelů.

## 7. Trénink kognitivních funkcí, práce na počítači.

*„Kognitivní (poznávací) poruchy obsahují všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí. Obsahují také například řešení problémů, plánování, úsudek (myšlení), jež patří do vyšších kognitivních funkcí.“* (Kučerová, Preiss, 2006, s. 342) Jednotlivé kognitivní funkce jsou umístěny v různých částech mozku.

Lidé s duševním onemocněním si často stěžují na potíže s pozorností, nemožností soustředit se na jednu určitou věc i špatnou schopnost zapamatování (uchování) si informací. Myšlení někdy ztrácí logickou provázanost, a proto je trénink kognitivních funkcí prospěšný a přínosný.

*„Výzkumy v této oblasti prokazují, že vlivem stimulace různých mozkových center dochází k pozitivním strukturálním změnám v neuronové síti. Laicky řečeno, mozkové buňky, které jsou přenašečem signálu, vykazují nárůst ať už ve své stavbě či ve smyslu nárůstu jejich počtu. Proto platí, že u lidí, kteří svůj mozek nijak pozitivně nestimulují a netrénují, dochází ke snížení (nejen) kognitivních funkcí. To lze však díky neuronální plasticitě napravit vhodným tréninkem.“* (Jakubeková, 2014)

Práce na PC využívají uživatelé za účelem posílení svých možností v hledání zaměstnání. S pracovníkem mohou spolupracovat na tvorbě životopisu. Současná doba je výrazně zaměřená na elektronickou komunikaci – mnoho uživatelů by rádo využívalo e-mail za účelem širší možnosti kontaktovat své přátele, rodinu.

## **8. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.**

Neurotické poruchy se obecně vyznačují výskytem úzkostí, které se projevují v různých situacích, kterým se poté lidé vyhýbají. S podporou pracovníka zkouší uživatelé například cestování hromadnou veřejnou dopravou, účastnit se různých kulturních akcí, mezi které řadíme i návštěvy divadla, kina a různé exkurze, protože projevem duševního onemocnění bývá sociální izolace. Uživatelé služby často zmiňují pozitivní vliv společenského kontaktu, který v zařízení je. Kontakt člověka s člověkem může být prostředkem léčivým.

## **9. Doprovody na úřady, k lékaři, školských zařízení i zájmových aktivit.**

Uživatelé využívají terénní formu služby. S podporou pracovníka vyřizují své osobní a právní záležitosti na úřadech. Uživatel byl informován o možném přidělení invalidního důchodu z důvodu svého stavu, ale netuší, jaké podmínky je třeba naplnit. Má strach jít do neznámého prostředí úředních kanceláří. Ocítá se v nové situaci, pro něj zcela neznámé.

## **10. Podpůrné návštěvy v domácím nebo zdravotnickém prostředí.**

Podpůrné návštěvy v přirozeném prostředí uživatele jsou realizovány v případech, kdy uživatel kvůli svému zdravotnímu psychickému stavu nevychází ze svého obydlí. Příčinou mohou být fobie patřící mezi nejčastější neurotické poruchy.

Duševní onemocnění je proces, jehož stavy nejsou předvídatelné. Uživatelé využívají odborné pomoci v psychiatrických nemocnicích. Pracovníci uživatele navštěvují na základě předchozí domluvy. Účelem setkání je vyjádření podpory, plánování spolupráce po hospitalizaci a další záležitosti, které uživatel řeší.

## **11. Pomoc při uplatňování oprávněných zájmů, při obstarávání osobních záležitostí.**

Pracovník pomáhá uživateli při obstarávání jeho osobních záležitostí, chrání jeho oprávněné zájmy, jedná s úřady a prosazuje práva uživatele. Poskytuje sociálně právní pomoc a poradenství. Může komunikovat s rodinnými příslušníky uživatele nebo přiděleným opatrovníkem.

## **12. Svépomocné aktivity.**

Zařízení vytvořilo prostor pro setkávání svépomocné skupiny osob s duševním onemocněním s cílem, aby se mohli setkávat a vzájemně si vyměňovat své zkušenosti, poznatky, zážitky a především nalézt podporu u těch, kteří podobné situace zažívají či zažili. Na skupinách

zjišťují, že v dané situaci nejsou sami. Existence svépomocných skupin je také možností, jak pomoci destigmatizaci, protože pomáhají se vyrovnat se stigmatizujícím postavením ve společnosti. „*Svépomocná skupina využívá téměř všechny faktory skupinové psychoterapie – zvláště altruismus, soudržnost, universalitu, chování nápodobou, dodávání naděje i katarzi. Je zde více empatických reakcí než v samotné skupinové psychoterapii, protože chybějí interpretace a konfrontace.*“ (Yalom in Ocisková, Praško, 2015, s. 259)

Svépomocné aktivity přispívají k posílení sebevědomí uživatelů i jejich získaných kompetencí. Uživatelé pořádají výlety. Vše v duchu svépomoci, tzn. že uživatelé si organizační záležitosti řeší sami. Pořádání těchto akcí přináší organizátorům pocit smysluplnosti. Pracovníci tyto aktivity podporují a motivují uživatele k jejich pořádání. Pracovníci jsou k dispozici pro konzultace, radu, svépomocné aktivity neřídí a neorganizují.

### **13. Základní sociální poradenství.**

*„Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 37) Poskytuje se bez úhrady.

Podpora je poskytována jen do té míry, pokud je chtěná a potřebná. Cílem je, aby klient postupně zvládal běžné životní nároky vlastními silami a převzal za svůj život odpovědnost. Jsou to kroky, které vedou k osvojování různých schopností a dovedností, norem, sociálních rolí, tzn. k jeho socializaci.

Zařízení sociální rehabilitace má svou Radu uživatelů. Uživatelé si zvolili tzv. radní, kteří ostatní uživatele na schůzkách Rady zastupují. Rada uživatelů slouží k vyjádření stížností směrem k zařízení v provozně-organizačních činnostech, ale také k vyjádření nápadů možných změn, nového programu a jiných. Rada uživatelů podporuje jejich zplnomocnění a podílení se na provozu služby.

Zařízení podporuje i dvě skupiny: Svépomocnou skupinu pro osoby s duševním onemocněním a Svépomocnou skupinu pro rodiny a blízké osob s duševním onemocněním. Setkání jsou zdarma, dobrovolná a otevřená. Setkání s lidmi v podobné životní situaci nabízí místo pro bezpečné vyjádření a sdílení myšlenek, možnost najít si nové známé, získat informace z psychiatrické a psychoterapeutické oblasti, podporu a pomoc.

Zařízení pravidelně na začátku každého nového měsíce pořádá přednášku pro zájemce z řad široké veřejnosti i pro cílovou skupinu. Témata přednášek se týkají lidské duše a jsou prezentována odborníky z řad psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů a další. Tato činnost vede také k destigmatizaci duševního onemocnění.

## 4 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Standardy kvality sociální služby jsou v práci uváděny z důvodu, že jejich zavedení a definování přispívá k humanizaci společnosti. Jsou součástí centra sociální rehabilitace. Individuální plánování je prvkem, který určuje směřování uživatele ve využití služby a práci pracovníků v poskytované formě podpory uživateli. Kapitola čtenáři nabízí základní orientaci ve standardech a důraz na základní myšlenky jednotlivých standardů.

Kvalita sociálních služeb se ověřuje pomocí standardů kvality. „*Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 99)

Jejich podstatným rysem je jejich obecnost, tedy využitelnost pro všechny druhy sociálních služeb. Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti, žít nezávisle a v kontaktu s ostatními lidmi v přirozeném sociálním prostředí. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky se snažilo vytvořit kritéria, která nám pomohou poznat, zda sociální služba podporuje nezávislost a osobní růst uživatele. „*Důležitým znakem kvality sociální služby je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace.*“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002, s. 4) A proto je zdůrazněna orientace na stanovování cílů uživatelů služeb. Uživatel si s podporou pracovníka definuje cíle, ke kterým by rád směřoval. Využití standardů přináší výhody pro uživatele služeb, ale i samotné poskytovatele.

### Obsah standardů kvality služeb

#### **1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb**

Poskytovatel sociální služby má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované služby a okruh osob, kterým je služba určena. Vytváří podmínky, aby uživatelé mohli uplatňovat svou vlastní vůli při řešení své nepříznivé situace. Je písemně zpracován postup průběhu poskytování sociální služby. Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla, která mají minimalizovat vznik předsudků a ochránit uživatele před negativním hodnocením. (tamtéž)

#### **2. Ochrana práv osob**

Uživatelé sociálních služeb jsou ve vztahu k zařízení v určité nevýhodě. Aby se předcházelo situacím, v nichž by mohlo v rámci poskytování služby dojít k porušení základních lidských



práv uživatelů a dalších obecně závazných norem, zpracovávají poskytovatelé vnitřní pravidla služby, které též obsahují pravidla, jak postupovat v případě jejich porušení.

### **3. Jednání se zájemcem o sociální službu**

Zájemce o službu je před uzavřením smlouvy seznámen s podmínkami poskytování služby. Zaměstnanec sociální služby by měl tyto informace předávat zájemci srozumitelnou formou a ujistit se, zda zájemce všem podmínkám a bodům rozumí. Poskytovatel projednává se zájemcem o službu i jeho očekávání, osobní cíle a to, zda je prostřednictvím sociální služby možné je naplnit. Poskytovatel zpracovává také pravidla týkající se postupu při odmítnutí zájemce o službu. Tyto podmínky stanovuje zákon.

### **4. Smlouva o poskytování sociální služby**

Poskytovatel sjednává se zájemcem o službu rozsah a průběh poskytování sociální služby. Přihlíží na jeho osobní cíl, možnosti, schopnosti a přání. Sociální služby jsou poskytovány na základě uzavření písemné smlouvy či ústně podle charakteru služby. Uzavřené smlouvy musí být evidovány.

### **5. Individuální plánování sociální služby**

Plánování průběhu služby vychází z osobních cílů a potřeb uživatele. Poskytovatel s uživatelem průběžně hodnotí naplňování cílů. Uživatel má možnost své cíle měnit. Za plánování a průběh služby odpovídají konkrétní pracovníci. Posuzují podle určených kritérií. Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám. Standard vychází z požadavku o individuální přístup k jednotlivým uživatelům.

### **6. Dokumentace o poskytování sociální služby**

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace. *„Zařízení definuje, jaké požadavky potřebuje po poskytování kvalitní, odborné a bezpečné služby, vytvoří podmínky pro takové zpracovávání osobních údajů, aby zpracování odpovídalo platným obecně závazným normám a vnitřním pravidlům.“* (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002, s. 11) Po ukončení poskytování služby je povinen poskytovatel dokumentaci stanovenou dobu uchovávat.

## **7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby**

Uživatelé služby mají možnost podat stížnost, aniž by byli jakýmkoli způsobem ohroženi. Poskytovatel je informuje o formě podání stížnosti, kdo a jakým způsobem bude stížnost vyřizovat. Je možné zvolit i nezávislého zástupce pro podání a vyřízení stížnosti. Poskytovatel má povinnost stížnosti evidovat a písemně vyřizovat.

## **8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**

Zařízení podporuje uživatele ve využívání běžných a dostupných služeb. Snaží se předejít návyku na sociální službu. Zařízení spolupracuje s institucemi a dalšími odborníky. Poskytovatel podporuje osoby v navazování kontaktů a vztahů v přirozeném sociálním prostředí.

## **9. Personální a organizační zajištění sociální služby**

Struktura, počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky zaměstnanců jsou poskytovatelem písemně stanoveny a umožňují naplňování standardů kvality sociální služby. Každý zaměstnanec se řídí předpisem, kde jsou stanovena jeho pracovní oprávnění i povinnosti. „Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem.“ (Zákon č. 505/2006 Sb., příloha č. 2)

## **10. Profesionální rozvoj zaměstnanců**

Zařízení zajišťuje profesionální rozvoj jednotlivých pracovníků, uplatňuje postup pro pravidelné hodnocení pracovníků. Poskytovatel je povinen zpracovat systém finančního a morálního oceňování svých zaměstnanců. Zajišťuje pro ně nezávislého kvalifikovaného odborníka tzv. supervizní setkání. Cílem supervize totiž může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření. V zařízení je uplatňován systém obousměrné komunikace mezi vedením a pracovníky.

## **11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby**

*„Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.“ (tamtéž)*

## **12. Informovanost o poskytované sociální službě**

Zařízení zpracovává soubor informací o své službě, které jsou dostupné veřejnosti a ve formě odpovídající potřebám a možnostem cílové skupiny služby.

## **13. Prostředí a podmínky**

Prostředí a podmínky v zařízení odpovídají potřebám uživatelů, kapacitě a charakteru služby. Jsou zachovány materiální, technické a hygienické podmínky zařízení.

#### **14. Nouzové a havarijní situace**

Pracovníci i uživatelé jsou připraveni na řešení havarijních a nouzových situací. Všichni jsou seznámeni s postupem při nouzových a havarijních situacích. Poskytovatel je povinen vést dokumentaci o průběhu řešení těchto situací.

#### **15. Zvyšování kvality sociální služby**

Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda zařízení funguje podle svého poslání, cílů, zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob. Poskytovatel má písemně zpracovaná pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů. Do hodnocení se zapojují i zaměstnanci a další zainteresované osoby. Případné stížnosti slouží jako podněty pro rozvoj a zlepšování služby.

## 5 POSÍLENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

*„My past is a story of a tortured soul. Trapped in a jail with invisible doors“*  
(Moje minulost je příběhem mučené duše, zajata ve vězení s neviditelnými dveřmi)

Úryvek z básně od M. Ribeiro<sup>12</sup>

Posílení duševního zdraví jsou tři slova, která jsou pro mě při práci s klienty velmi důležitá. Duševní zdraví je téma, o kterém společnost hovoří zřídka. Duševní zdraví vnímám jako kondici celé osobnosti. Kapitola se zabývá zahraničním modelem Recovery of the people with the mental illness (v překladu „Zotavení osob s duševním onemocněním“). Principy, které jsou v našich českých poměrech zatím v kolébce. Principy přístupu, které vnímám jako podpůrné činitele socializace osob s duševním onemocněním. Víím, že postupné proměňování společnosti, které bude osoby s duševním onemocněním oceňovat, je úkolem trvajícím desítky let než toho dosáhneme, ale je třeba toho dosáhnout.

Na počátku 20. století, kdy byl poprvé popsán průběh vážné nemoci, vědci nabídli pouze malou naději těm, u nichž byla diagnostikována nemoc, jako je schizofrenie. Bylo jim řečeno, že očekávají pouze pokračující psychotické příznaky, nebyla jim poskytnuta žádná naděje na samostatnou práci a život. Od té doby uplynula velká řada let a výzkumy naznačily pozitivnější prognózu.

### 5.1 Fenomén Zotavení (Recovery)

Recovery je koncept, který vyplynul ze zkušeností lidí s duševním onemocněním. Zahrnuje posun od tradičních klinických zájmů, jako je řízení rizik a vyvarování se relapsu, směrem k novým prioritám podpory jedince, který pracuje na svých vlastních cílech a bere odpovědnost za svůj vlastní život. V knize s názvem Recovery in Mental Illness je poznačena myšlenka, která ve volném překladu přináší následující zamyšlení: *„Než jsem slyšel o zotavení, definovalo mě duševní onemocnění. Nový způsob uvažování a pomoci mi ukázal, že je to zotavení, co mě definuje. Když jsem cestu zotavení dokončil, uvědomil jsem si, že já mohu definovat svůj vlastní život.“* (Ralph, Corrigan, 2005)

---

<sup>12</sup> Dostupné z <<http://www.defyingmentalillness.com/poems-of-the-heart/>>

V 70. letech minulého století vědci zjistili, že vážná duševní onemocnění jsou složitá a multidimenzionální poruchy složené z několika funkčních domén. Duševní onemocnění nemůžeme tedy označit za setrvalý stav. Zjištění, že jsou domény mezi sebou jen volně propojeny, vedlo k zavedení pojmů částečné, sociální a symptomatické zotavení. (Davidson, Tondora a kol., 2017) Proces zotavování chápeme jako zvládání a minimalizaci negativních důsledků duševního onemocnění, pomáháme člověku s posilováním jeho silných stránek a zájmů, a podporujeme rozvoj jeho identity a způsobu života. Nejzřejmějším se může v procesu zotavení stát nárok na osoby s duševním onemocněním, aby se nejprve vyléčili ze svého onemocnění, a poté mají umožněno zapojit se zpět do života své komunity, do společnosti. Většinu vážných duševních onemocnění vyléčit nedokážeme. V takovém případě zotavení neznamena vymizení symptomů onemocnění, ale naopak znamená podpoření jedince v jeho snaze žít smysluplný a příjemný život, i když nemoc přetrvává.

## 5.2 Recovery podle Dr. Marka Raginse z MHA Village v Los Angeles.

Koncept Recovery je v současné době v psychiatrii na vzestupu, zejména v anglicky mluvících zemích. U nás v České republice se stal recovery přístup teoretickým podkladem každodenní praxe v zařízení Ledovec, které poskytuje psychosociální podporu lidem s duševním onemocněním.<sup>13</sup>

Recovery je anglický termín, který se v oblasti péče o duševní zdraví používá jako „*označení specifického pohledu na zvládání duševního onemocnění, který se utvořil na konci osmdesátých a na počátku devadesátých let minulého století zejména v USA a dál se rozvíjí a šíří po celém světě.*“ (Fojtíček, 2013, s. 2) Jednoznačná forma definice pojmu však neexistuje. Často je však definice citovaná podle Dr. Williama Anthonyho<sup>14</sup> z roku 1993. Anthony popisuje recovery jako: „*hluboce osobní, jedinečný proces proměny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí jednotlivce. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes omezení způsobené nemocí. Recovery obsahuje uchopení nového významu a smyslu života člověka tak, jak tento člověk překonává katastrofické důsledky svého duševního onemocnění*“.  
(tamtéž)

---

<sup>13</sup> Ledovec je nezisková organizace, která nabízí lidem s duševním onemocněním a/nebo mentálním handicapem z plzeňského regionu podporu při udržování a zlepšování kvality jejich života v běžných podmínkách.

<sup>14</sup> Dr. William Anthony – ředitel Centra psychiatrické rehabilitace Bostonské univerzity.

Základním principem recovery je přesvědčení, že i přes nevléčitelnou nemoc, kterou trpím, je zotavení možné. Nejedná se o „snilství“, ale o postoj naděje a důvěry v budoucnost. Jedinec svou pozornost zaměří směrem k sobě (jako osobě), nemoc vysune z centra své pozornosti. Díky tomu se může zaměřit na jiné základní faktory jeho osobnosti, jež se mohou stát důležitými prvky zotavení. V případě, že se vše točí kolem nemoci, jsem definován svojí nemocí. Významným prvkem recovery je smazání hranice mezi nemocnými a zdravými, podpora stojí na partnerské spolupráci.

Dr. Ragins uvádí čtyři stádia zotavení: 1. Člověk potřebuje vidět **naději** do budoucna, 2. Člověk potřebuje být **zplnomocněn**, 3. Člověk potřebuje převzít **odpovědnost za sebe sama**, 4. Člověk potřebuje nalézt **nové smysluplné role** ve svém životě.

### **Naděje**

Bez naděje drží člověka v pasivitě. Pro osoby s DN je lepší vytvoření konkrétního obrazu své možné budoucnosti. Je rozumnější život nadějí v zotavení, než jedince odsoudit k životu v izolaci. „Ragins uvádí (a toto známe i z Ledovce), že členové Village na dotaz, kdy jim pracovníci nejvíc pomohli, vždy uvádějí situace, kdy jim byli pracovníci lidsky nablízku, kdy ukázali, že v ně věří.“ (Fojtíček, 2013, s. 4)

### **Zplnomocnění (Empowerment)**

Termín zplnomocnění je v sociálních službách chápán jako: „Cíl některých přístupů sociální práce spočívající ve zvýšení klientovy či skupinové schopnosti prosazovat vlastní oprávněné zájmy, resp. vymanit se z podřízeného, utlačovaného postavení. Termín se používá ve dvou překrývajících se významech. Jednak v perspektivě psychologizující, kde se jím míní posilování sebevědomí, posilování schopností vyjednávat, asertivně prosazovat osobní či úzce skupinové zájmy; jednak v perspektivě sociální, kde jde o prosazování zájmů velkých skupin (např. žen nebo homosexuálně orientovaných lidí) koordinovanými kolektivními akcemi.“ (Matoušek, 2003, s. 154)

Dr. Ragins v přístupu Recovery chápe empowerment jako vědomý přesun od léčení nemoci k pomoci konkrétnímu člověku. Jeho chápání si můžeme blíže ukázat na následujícím srovnávacím příkladu. Jak léčí lékař jiného lékaře? Způsobem, že mu vše vysvětlí. Seznámí ho s průběhem, vysvětlí mu všechny podrobnosti situace. Volí léčbu podle jeho rozhodnutí. S řadovým pacientem se málokdy takto vybavuje. O léčbě rozhodne sám. Pacientovi předepíše medikaci a

pacient je užívá. Lékař tím tohoto pacienta nezplnomocňuje. K tomu, aby byli zmocnění, potřebují přístup k informacím a příležitost učinit vlastní rozhodnutí. Mohou potřebovat povzbuzení, aby se začali zaměřovat na svou sílu místo na své ztráty.

Pracovníci v centru Village (viz níže MHA Village-budoucnost duševního zdraví), kde se potírají hranice mezi personálem a klienty, používají běžné techniky v posílení zplnomocnění, a to: posílení spolupráce prostřednictvím edukace, techniky, kterými si člověk může ulevit vlastním přičiněním, posílení přirozené podpory (rodina, přátelé), podpora lidí se stejnou zkušeností (svépomoc). (Fojtíček, 2013) Zplnomocňovat klienty může jen zplnomocněný personál. Ve Village se pracovníci nebojí hledat smysl a mohou se svobodně rozhodovat, čímž vytváří vhodný a potřebný prostor pro zplnomocnění svých klientů.

Aby došlo ke skutečnému zplnomocnění, je třeba, aby lidé získali zkušenost se „skutečným světem“. Přeceňování bezvýznamných výkonů, aranžování úspěšných situací bude spíše směřovat k vnímání projevu blahosklonnosti, čímž nebude docházet k zplnomocnění. Je zřejmé, že klíčem k zplnomocnění osob s duševním onemocněním je jednat a nabídnout jim respekt a upřímnost. Jakmile získají lidé dostatečnou naději, vytvoří si vizi budoucnosti a cítí se zplnomocnění, mohou znovu vzít svůj život do vlastních rukou. (tamtéž) *„Další způsob, jak my, odborníci na duševní zdraví, můžeme zabránit našim klientům, aby ze sebe převzali odpovědnost, je naše přesvědčování, aby se vyhýbali stresu. Jedním z nejrozšířenějších argumentů, jimiž odborníci na duševní zdraví zdůvodňují důraz na stabilizaci, a ne na zotavení, je, že stres způsobuje relapsy a opětovné hospitalizace. To je však ve skutečnosti jen velmi těžko prokazatelné.“* (Fojtíček, 2013, s. 22) Dr. Ragins je názoru, že vyhýbání se stresu snižuje možnost k zotavení. Chránit lidi před stresem, znamená mnohdy bránit jim v budování sociálních sítí.

### **Zodpovědnost za sebe (Self - responsibility)**

Vedení k porozumění sobě, převzetí zodpovědnosti za sebe mohou být kroky k postupnému zotavení. Řídit svůj život můžeme ve chvíli, kdy jsme převzali zodpovědnost. Pokud jsou lidé dostatečně zplnomocňováni, mají v sobě naději, mohou toho dosáhnout. Aby se jedinec naučil sám bydlet, musí to prostě poprvé zkusit. Je to riziko, jemuž se vystavuje. Toto vystavení riziku předpokládá oboustrannou důvěru. Důvěřuji a stávám se zodpovědným. Osoby s duševním onemocněním se potřebují zbavit pocitů viny, hněvu a zklamání, které vyplývá z jejich onemocnění. Je to obtížné, a proto je třeba je povzbudit.

## Smysluplná životní role (A meaningful role in life)

Duševní onemocnění zkomplikuje řadu věcí, člověk tím přichází o řadu důležitých životních rolí. „*Jeden ze základních principů MHA Village je ten, že každý má ve světě své jedinečné místo. Village usiluje pro své členy o pozitivní životní role a nabízí podporu v jejich hledání ve čtyřech oblastech: práce, láska a sex, rodina a děti a konečně spiritualita.*“ (Fojtíček, 2013, s. 6) Když se lidé s duševním onemocněním začínají zotavovat, často pro sebe začínají hledat nové role.

Nejvíce finančních prostředků ve Village jde na podporu pracovního uplatnění. Protože práce hraje v životech všech lidí důležitou roli. Práce rozvíjí pocit zodpovědnosti a pomáhá nám definovat smysl života. Naše společnost je tak nastavená, neboť ve společenském kontaktu se většinou představujeme tím, co děláme za práci. Práce je způsob, jak utéci před nudou. Je pravdou, že většina lidí dá přednost dávkám sociálního zabezpečení z důvodu, že v budoucnu může zažít relaps.

Láska patří k základním lidským touhám. Lidé s duševním onemocněním jsou většinou odříznuti od „normálního“ společenského života, potřebu lásky a sexu neztrácejí. Možnost tuto touhu naplňovat je však často omezená. Ve Village se snaží vytvářet možnost k tomu, aby se lidé seznamovali. Pořádáme taneční večírky, chodíme do klubů, párům se snažíme pomáhat, aby jim to fungovalo. (tamtéž)

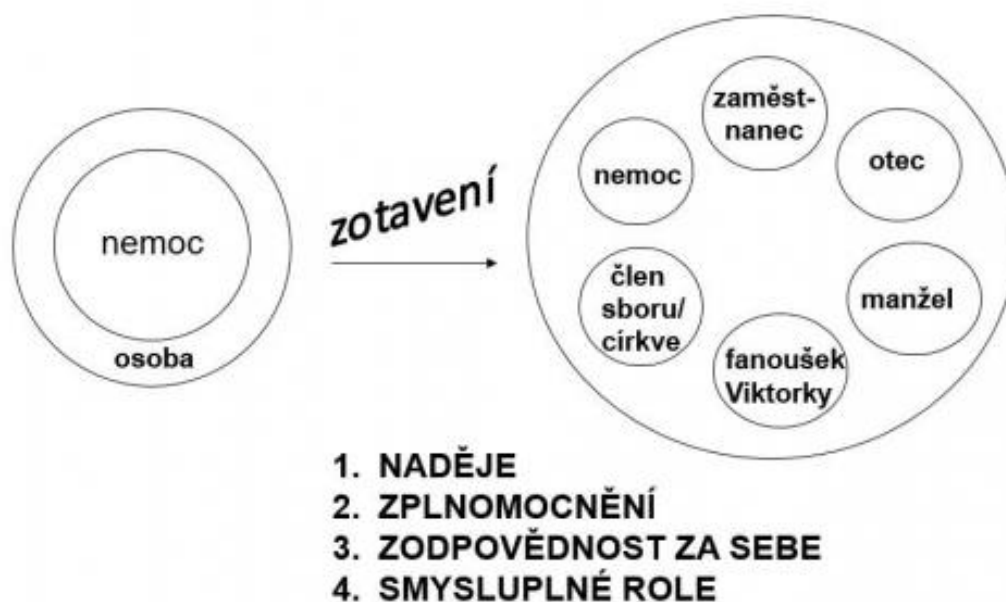
Lidé s duševním onemocněním jsou rodiči, mají vlastní děti. Pocit hluboké bolesti přichází, pokud se se svými dětmi nemohou vídat. Aby uspěli v roli rodiče, je třeba si vybudovat širší rodinu. Ve Village nedosahují zlepšení v péči o děti prostřednictvím rodičovských kurzů. Ale tím, jak říká Dr. Ragins: „*Pracovníci, ostatní členové Village, rodina nebo přátelé jsou při výchově dítěte k ruce a snaží se působit i jako vzor. Předpokládám, že s tím někteří budou zápasit, ale rovněž předpokládám, že budou své dítě oddaně milovat. Tak se stávají rodiči i „normálními“ lidmi.*“ (Ragins, 2002, s. 33)

„*Cílem zotavení je kvalitní život v běžném prostředí, z toho důvodu je zde nutně zapojena i místní komunita. Aby bylo možné zapojit klienty do místní komunity, musí být poskytovatelé v komunitě sami zapojeni. Jde o zboření předsudků a přirozené zapojení lidí s nemocí v místních komunitách, v běžném otevřeném prostředí.*“ (Fojtíček, 2013, s. 7)

V Recovery je kladen specifický důraz na citové vazby a vztahy mezi pomáhajícími a těmi, kterým je pomáháno. Blízkost přístupu je v principu soustředění se na člověka, nemoc vykázat na méně důležité místo ve svém životě. Možností změny je naděje a vědomí, že někam patříte.



# MODEL ZOTAVENÍ



Obr. č. 1 Model Zotavení (Fojtíček, 2017, web zotaveni.cz)

## 5.3 Proces zotavování

Základním předpokladem v procesu zotavování je zodpovědnost, kterou v první řadě nese člověk s duševním onemocněním. Pracovníci ho podporují v rozvíjení jeho vlastního úsilí. Součástí procesu zotavování je snaha vypořádat se s nástupem nemoci a nastolením denních plánů a každodenních rituálů. Na začátku čelí mnozí dosud neznámým prožitkům. Zjišťují, že některé věci nejsou už schopni dělat, anebo alespoň ne tak, jak byli zvyklí. Na náhlý nápor duševního onemocnění nejsou většinou připraveni. Neví, jak se vrátit do starých kolejí, na koho se obrátit s žádostí o pomoc, radu. Tento popis poukazuje na dvě výzvy: „(1) najít způsob, jak nemoc zvládat tak, aby klientův život narušovala co nejméně, a současně (2) najít způsob, jak může klient s ostatními komunikovat navzdory nemoci a jejímu rozkladnému působení.“ (Davidson a kol., 2017, s. 49) Člověk by neměl ztratit naději, touhu a odhodlání při snaze zvládnout duševní onemocnění a jeho vlivy. Proces vyžaduje vytrvalost, mnohdy je třeba začít proces po malých krůčcích. Vnější pozorovatelům mohou tyto krůčky připadat jako banální záležitosti. Člověk s duševním onemocněním začne pomalu naplňovat své malé krůčky a zjistí, že se jeho schopnosti postupně obnovují. „Pro lidi v procesu zotavování se zdá být zcela zásadní, zda jsou podporováni, přijímáni a pokud možno milováni jako lidské bytosti, které mají svou cenu

*a hodnotu (tj. nikoli pouze jako psychiatrickí pacienti).“ (Davidson a kol., 2017, s. 51) V procesu zotavování má pro osoby s duševním onemocněním význam podpora okolí, především vyjádření podpory a pochopení v době, kdy sami sobě nedokáží věřit. Zapojením se do aktivit lidí začnou nalézat své místo v komunitě, čímž znovu nabydou pocitu, že mají jako lidské bytosti svou hodnotu a význam, poté mohou redefinovat sebe sama. Mnozí zdůrazňují také význam víry v procesu zotavování. Spiritualita představuje u mnohých životní náplň i jakousi podporu. Chápat své duševní onemocnění a přijímat sebe samého jsou součástí vlastní identity. V rámci zotavování to bývají jedny z nejdůležitějších a nejkompexnějších úkolů. Osoby s duševním onemocněním začleňují své onemocnění do svého života, nejedná se o akceptování nemoci, které můžeme definovat jako pasivní postoj. Pro proces zotavování je nezbytné, aby jedinec došel určitého pochopení a onemocnění začlenil do svého života. „Začlenění onemocnění do vlastního života spíše označuje aktivní roli dotčeného ve snahách pochopit vlastní anomální požitky a nalézt způsob, jak se na nové situace adaptovat a jak to vše integrovat do svého každodenního života a své identity.“ (Ridgway in Davidson a kol., 2017, s. 59)*

Aby byl takový proces vůbec možný, je třeba, aby se osoba s duševním onemocněním nacházela v prostředí, kde se bude moci přiznat ke svým potížím a získávat potřebné informace. Systém orientovaný na zotavení uznává jedinečnost a specifčnost každé individuality. Proto i způsoby podpory si lidé vybírají sami podle svých potřeb a možností. Cílem je podporovat jejich participaci. Pro některé lidi je nejprve nezbytné přeorientování na přítomnost, aktuální okamžik. To mnohdy vyžaduje velké úsilí, ale ukázalo se, že to přináší určitý pocit osvobození. Díky zakotvení v přítomnosti může jedinec začít zvažovat, které aspekty v jeho životě mají původ v psychickém onemocnění, a které jsou součástí každodenního života.<sup>15</sup> Kromě potřeby naučit se zvládat dopady své nemoci, popisují lidé také snahu navrátit se k běžnému způsobu života, zapojit se do běžných denních aktivit jako jsou: škola, práce, partnerské vztahy, společenské a volnočasové aktivity a jiné.

#### Role průvodce zotavováním

Péče orientovaná na podporu zotavení znamená, že péče o duševní zdraví by měla vycházet z cílů samotného klienta a z přesvědčení, že zotavení je možné. Péče je založena na víře

---

<sup>15</sup> Aspekty mající původ v onemocnění a jeho důsledcích jsou např. poruchy paměti, špatná koncentrace), zatímco aspektem každodenního života může být např. nervozita před nástupem do nové práce. Tzn. ne každý projev úzkosti a stresu musí pramenit z onemocnění.

v klientův potenciál postupně zvládat a zlepšovat svůj život. Zaměření na silné stránky osobnosti nám umožňuje vidět, že každý člověk má kapacitu dále se učit a rozvíjet. „*Díky tomuto zjištění také začínáme uznávat, že pokud člověk nemůže prokázat své kompetence, není to kvůli nedostatkům, nýbrž v důsledku neschopnosti sociálního systému zajišťovat nebo vytvářet příležitosti k projevení či získávání těchto kompetencí.*“ (Davidson a kol., 2017, s. 158) Pokud jedinec přijme to, co nemůže dělat, začne objevovat, co dělat jde. Aby zotavování fungovalo, musí se osoby s duševním onemocněním vnímat jako součást společnosti. Pocit určité hodnoty, jež ve společnosti mám, vede k znovunabytí pocitu, že můžu svůj život znovu ovládat. Lidé s duševním onemocněním si zvykli na to, že za ně rozhodují jiní, získali tím pocit, že oni sami tedy nemají, co druhým nabídnout. Pracovníci mohou podpořit jejich znovu získání pocitu kontroly nad svými životy tím, že je budou plně přijímat jako osobnosti. Pracovníci si musí být vědomi vlivu marginalizace na klienti. Může to být také důvodem, proč se lidé s duševním onemocněním zvyknou žít na okraji společnosti. Zohlednit klientův životní kontext je významným aspektem v práci zaměřené na zotavení. „*Kontext chudoby a odtržení od materiálních zdrojů a příležitostí, mezi něž patří vzdělání, práce a silné sociální vazby, ovlivňuje a zhoršuje marginalizaci duševních onemocnění a zkresluje obraz duševních onemocnění v očích veřejnosti, nebo problematiku duševních onemocnění zastírá.*“ (tamtéž, s. 168) Klientovo přesvědčení, že pracovník vnímá a zná jeho socioekonomický kontext, mu pomáhá ve spolupráci s ním, protože ví, že pracovník jej vnímá jako lidskou bytost a chápe překážky kladené mu do cesty. Lidé v procesu zotavování tvrdí, že vědomí toho, že v něj někdo opravdu věřil a viděl něco víc, bylo významným faktorem v úspěšném procesu zotavování. Vztah mezi klientem a pracovníkem je klíčový. Pracovník si při práci s klientem musí umět představit jeho pozitivní a nadějnou budoucnost, která se odvíjí od jeho přání a hodnot. Pracovník neustává na klientově dávné minulosti, ale zaměřuje se na příští kroky jeho cesty.

Na mnoha vysokoškolských programech se studenti naučili tomu, jak postupovat při diagnostikování duševního onemocnění, jak nastavit léčbu. Minimálně se však učili o tom, jak svým klientům pomoci řešit otázky základních životních potřeb jako je bydlení, práce, společenské role a další. Mnoho let se praxe odehrávala jen za dveřmi psychiatrických ambulancí a nemocnic, což vedlo k viditelnému odstupu ve vztahu pracovníka k problémům každodenního života osob s duševním onemocněním. Pracovník v procesu zotavování vstává od stolů a vychází do přirozeného prostředí svých klientů za účelem blíže porozumět jejich problémům.

## 5.4 MHA Village – budoucnost duševního zdraví

Village je integrovaným programem Asociace pro duševní zdraví v Los Angeles County. Nachází se v Long Beach v Kalifornii. Vznikl v roce 1990 za finanční podpory zákonodárců státu Kalifornie. Village není místem k životu. Je to rehabilitační systém péče, který podporuje své členy v integraci a obnově. Soustředují se na celou osobu, pomáhají při cestě k zotavení z duševních poruch. Dr. Mark Ragins v rozhovoru pro magazín Psychology Today řekl: „*Věříme v obnovovací model péče. Věříme, že oživení není něco, co by bylo možné někomu udělat. Jedná se o proces, kdy lidé překonávají ztráty a zničení svých životů, aby se znovu postavili. Zotavení je cesta, kde je užitečné mít svého průvodce, mentora.*“ (Maisel, 2016)

Pracovníci komunity Village pracují s lidmi s vážnými duševními problémy, především s psychózami. Mnoho z nich zažilo zneužívání, opakované hospitalizace, život na ulici či ve vazbě. Dnes tito lidé se zkušeností podpory a dobré léčby vrací do škol, práce a žijí ve vlastních bytech. Lidé, jež se podíleli na vzniku komunity Village se museli vymanit z tradičního zdravotnického modelu, z profesionální vzdálenosti, aby mohli tvořit citové vztahy s členy komunity. Museli se vymanit ze svých vlastních předsudků a stigmat. Dr. Mark Ragins se jako psychiatr setkával s názorem druhých, který uvádí ve svém díle A Road to Recovery: „*Zapomeňte na osoby s chronickým duševním onemocněním. Lečte je a zapomeňte na ně. Jsou slabí. Nemohou udržet práci. Nemají ve společnosti významnou roli. Jejich možnost žít smysluplný život je nízká. Jejich prognóza je v podstatě beznadějná.*“ (Ragins, 2002, s. 2) Vesnice nezakládá svůj program na diagnózách svých členů, ale spíše na tom, jaký život chtějí členové žít.

Lékaři psychiatrie se učí, že schizofrenie je geneticky podmíněné, chemické mozkové onemocnění. Definici si přeloží jako obecnou bezmocnost, pokud jde o léčbu nebo překonání duševních chorob. (tamtéž)

„*Village utváří své společenství ze stejných prvků, ze kterých staví normální společenství: práce a společenské vztahy, rozpočty, oslavy, rituály a sdílené zážitky. Lidé se stanou součástí společenství. Naše komunita je vystavěná pro lidi, ne pro pacienty.*“ (tamtéž, s. 37)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## ÚVOD PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část diplomové práce je rozdělena do dvou kapitol. Je vystavěna na dvou výzkumných metodách. Kvalitativní výzkum je vystavěn na rozhovorech s lidmi trpícími psychickou poruchou. Tato kvalitativní metoda je ve výzkumu pokládána za stěžejní. Hlavním cílem této výzkumné činnosti je zjistit, jak je centrum sociální rehabilitace vnímáno svými uživateli ve vztahu socializace. Dílčím cílem je zjistit, jak osoby s psychickou poruchou v procesu socializace ovlivňuje stigmatizace duševního onemocnění. Druhá část výzkumu je vystavěna na analýze dokumentu, konkrétně Dotazníku uživatelů služeb. Výsledky analýzy dokumentu jsou pokládány za doplňující informace k výsledkům první výzkumné činnosti. Cílem analýzy dokumentu je zjistit, jaké z nabídkových činností zařízení sociální rehabilitace uživatelé užívají nejvíce.

Šestá kapitola obsahuje cíl výzkumu, výběr a charakteristiku výzkumného souboru, metody získávání a analýzy kvalitativních dat a výsledky výzkumu. Sedmá kapitola obsahuje cíl analýzy, metodiku analýzy dokumentu, výsledky analýzy dokumentu a diskuzi.

## 6 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Kvalitativní výzkum je vystavěn na rozhovorech s lidmi trpícími psychickou poruchou. Diplomová práce se zaměřuje na aspekty socializace osob s duševním onemocněním se zaměřením na službu sociální rehabilitace jako jeden z možných prostředků podpory socializace. Tato kvalitativní metoda je ve výzkumu pokládána za stěžejní. Výsledky této kvalitativní metody jsou v diskuzi doplněny o informace z analýzy dokumentu, kterou se zabývá následující kapitola. (viz 7. kapitola)

### 6.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je zjistit, jak je centrum sociální rehabilitace vnímáno svými uživateli ve vztahu socializace, jaké činnosti vedou k jejich podpoře socializace.

Dílčím cílem je zjistit, jak osoby s psychickou poruchou v procesu socializace ovlivňuje stigmatizace duševního onemocnění, která je významným determinantem projevující se v tomto procesu.

### 6.2 Výběr a charakteristika výzkumného souboru

Pro výběr výzkumného vzorku byla zvolena metoda záměrného (účelového) výběru. Jedná se o nejrozšířenější metodu výběru výzkumného vzorku při kvalitativním přístupu. „*Pracujeme s užším pojetím termínu, kdy za záměrný (někdy také účelový) výběr výzkumného vzorku označujeme takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností.*“ (Miovský, 2006, s. 135) Hledání potenciálních účastníků výzkumu je zaměřeno na ty jedince, kteří kritérium výběru splňují. Konkrétně byla zvolena metoda záměrného výběru přes instituce. „*Jedná se o metodu, kdy využíváme určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá.*“ (tamtéž, s. 138) Tento typ výběru výzkumného souboru je tou nejvhodnější volbou, pokud základním souborem našeho výzkumu jsou klienti instituce. Byly zvoleny následující kritéria výběru výzkumného souboru: osoby navštěvující zařízení sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním, osoby se stanovenou diagnózou spadající podle MKN – 10. revize pod F20 – F48, tj. Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, Afektivní poruchy a Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.

Výzkumná činnost byla realizována v zařízení sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji, kde zařízení funguje od roku 2009. Výzkumný soubor se skládal ze tří mužů a čtyř žen, celkem ze sedmi osob s duševním onemocněním. Šest ze sedmi

účastníků má diagnózu spadající v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize do F20 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy a diagnóza sedmého účastníka výzkumu se řadí pod F40 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Individuální rozhovory byly realizovány v prostorách sociální služby, kterou klienti užívají.

Před začátkem každého rozhovoru byl účastník výzkumu seznámen s průběhem individuálních rozhovorů. Byla zdůrazněna dobrovolnost účasti, anonymita účastníků a důvěrnost odpovědí. Každá účastník byl seznámen s možností odmítnout odpovědět nebo kdykoliv ukončit rozhovor, pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro něj obtížná témata. Všichni účastníci výzkumu podepsali informovaný souhlas (viz příloha A), kde dávají souhlas s citací informací v diplomové práci a přepsáním rozhovorů do textové podoby.

### **6.3 Metoda získávání a analýzy kvalitativních dat**

Byla zvolena metoda moderovaného rozhovoru, která patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získání kvalitativních dat. „*Z terminologického hlediska termínem interview označujeme takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie.*“ (Miovský, 2006, s. 156) Součástí interview je kvalitní pozorování. Výzkumník by měl mít schopnost aktivně pozorovat dotazovaného, protože jeho projevy jsou účinnými nástroji v práci s jeho motivací a vytvořením důvěrného a otevřeného rozhovoru. Významným úkolem pro tazatele je také motivační práce s posílením a upevněním motivace účastníka, aby rozhovor byl doveden k závěru.

Pro výzkum této diplomové práce bylo zvoleno polostrukturované interview se záměrem vytvořit schéma, které bude pro tazatele závazné. „*U polostrukturovaného interview máme definováno tzv. jádro interview, tj. minimum otázek, které má tazatel za povinnost probrat.*“ (Miovský, 2006, s. 160) Při rozhovoru smí tazatel měnit pořadí otázek i styl pokládání podle potřeby. Může klást také doplňující otázky, které mohou přinést spoustu informací k lepšímu uchopení problému, který nás zajímá. Jednotlivá zvolená témata tvořící schéma pro rozhovory se opírala o získané zkušenosti výzkumnice z její praxe. Byla volena s ohledem na získané informace tvořící teoretickou část diplomové práce a s ohledem na cíle této kvalitativní výzkumné části.



K analýze kvalitativních dat byla zvolena metoda vytváření trsů, která výzkumníkovi umožňuje seskupit určité výroky do skupin a tím docílí lepší orientace. Procesem vznikají zformované kategorie, tzn. že ve výrociích osob hledáme takové pasáže, které se týkají ohraničeného tématu.

## 6.4 Výsledky výzkumu

Výsledky kvalitativního výzkumu jsou uvedeny v jednotlivých kategoriích podle konkrétních témat, které z rozhovorů vyšly pro uživatele jako stěžejní a byly zmíněny u více účastníků výzkumu. Výsledky individuálních rozhovorů byly analyzovány podle metody vytváření trsů se záměrem docílit lepší orientace. Každá kategorie přináší vhled do problematiky, kterou se zabývá diplomová práce.

### **Kategorie č. 1: Činnosti centra sociální rehabilitace vedoucí k podpoře socializace jedince**

Z rozhovorů vycházela najevo individualita a originalita každého jednotlivého účastníka. Centrum sociální rehabilitace nabízí široké spektrum činností. (viz podkapitola 3.4) Činnosti, které posilují člověka k cíli, aby znovu získal osobní sílu a svůj život vnímal přínosně a příjemně. K tomu potřebuje podporu, kterou tu může nalézt. Ze všech sedmi rozhovorů vyšla najevo důležitost společenského kontaktu. Zařízení jim poskytuje bezpečné místo s pochopením, kde potkávají osoby se stejnými problémy, můžou o svém onemocnění otevřeně a upřímně hovořit, pociťují tu vzájemný projev zájmu. Podpora pracovníků je vnímána jako klíčová. Žena, paranoidní schizofrenie: „*Když mi není dobře, vím, že mi tu pomůžete. Zajdu za tebou a společně najdeme nějaké řešení. Jsem tu šťastnější, nabíjím se tu. Tady v zařízení vím, že nejsem na světě nemocná sama.*“ Sociální integrace člověka do společnosti je významným determinantem jeho psychické pohody a zdraví.

Účastníci výzkumu zmiňovali také důležitost režimu v zařízení, tzn. zařízení je otevřeno všechny pracovní dny, má pevně stanovenou otevírací dobu i týdenní program.<sup>16</sup> Po propuštění z hospitalizace může dojít k porušení adaptace na běžný denní režim. Člověk si přivykl na předem daná pravidla, nemusí se o nic starat – o úklid, nákup, užití medikace. „*Jedním z faktorů, kterými pacienti zhoršení stavu vysvětlují, je náhlá osamělost, která ještě více vystoupí po návratu z obvykle živého prostředí lůžkového zařízení.*“ (Dušek, Večeřová – Procházková, 2005,

---

<sup>16</sup> Týdenní program se částečně mění. Uživatelé mají program na další týden k dispozici vždy dříve.

s. 152) Zařízení sociální rehabilitace v této chvíli nastupuje jako prostředkem naplnění dne a zmírnění pocitu osamělosti. Nabízí společenský kontakt, individuální konzultace s pracovníkem, bezpečné prostředí a spektrum různých činností – od nácviků vaření až po relaxaci. Pracovníci vyjadřují porozumění, snaží se posílit znovu jeho kompetence a možnost volby, jak se chovat.

## **Kategorie č. 2: Stigmatizace duševního onemocnění**

V knize *Homo psychoticus* autorka Michaela Malá a zároveň hlavní hrdinka knihy píše: „*Tak, moji zloduchové. Mám či nemám věřit ve vaši existenci? Ta moje nemocná část říká: „Věř!“*, ta zdravá: „*Je to hloupost. Je to nemoc. Nic takového se neděje. “ A teď mi poradte. Potřebuji hospitalizaci, nepotřebuji hospitalizaci? Jak na tom jsem? Nevím, tápu. Zloduchové se snaží. Jsou v mojí hlavě.*“ (Malá, 2015, s. 148) Médie prezentují jiný obraz: „Schizofrenik ubodal svou mladší sestru!“ Veřejnost má stále nedostatek informací o duševních onemocněních. Stigmatizace duševního onemocnění má negativní dopad na kvalitu života těchto osob.

Žena, schizofrenie: „*V 95. letech, když jsem onemocněla, nikdo nic nevěděl. Říkali, ať to prostě nevnímám. Prý to nic není. V dnešní době je to lepší. Víš, i moje babička viděla skřety. Měla halucinace. Řekla mi, že ví, jaké to je. Jako jediná to chápala.*“ Muž, schizofrenie: „*Nevěří těmto onemocněním. Máme konflikty. Furt mi říká, jak se mi nechce, že je to jen má vychcanost. Jako on věří třeba na deprese, ale na mou ne. Prej záleží jen na mém postoji – kdybych chtěl, tak se vyléčím.*“ Všichni účastníci rozuměli pojmu stigmatizace. Každý z nich má se stigmatem duševního onemocnění nějakou zkušenost. Všichni účastníci se shodovali na tom, že v dnešní době je situace příznivější, než byla dříve, co si pamatují. Jsou názoru, že destigmatizační kampaně jsou smysluplné a přínosné. Informování druhých o důvodu svého invalidního důchodu je pro ně náročné. Jen někteří z účastníků o svém onemocnění veřejně hovoří. Žena, schizofrenie: „*Snažím se o svém onemocnění mluvit otevřeně. Protože když se o tobě lidé dozví od někoho jiného, tak škatulkují. Neříkám, že mám schizofrenii. Jen prostě, že mám psychické potíže, a proto mám invalidní důchod. Zkušenost mám dobrou.*“

Netvořme mezi sebou ploty.

## 7 ANALÝZA DOKUMENTU

Ve druhé části výzkumu jsem zvolila analýzu dokumentu se záměrem pokusit se tím verifikovat platnost poznatků získaných v první části výzkumu této diplomové práce. Výsledky analýzy dokumentu pokládám za doplňující informace k výsledkům první výzkumné činnosti. V kontextu dané studie je za dokument považován formulář s názvem Dotazník uživatelů služeb – Zjišťování spokojenosti a potřeb (viz příloha B). Analýza se zaměřuje na nabídkové činnosti zařízení sociální rehabilitace. V analýze dotazníku jsem se zaměřila a data využila pouze z otázky číslo 2 „Co se Vám v zařízení konkrétně líbí z nabízených činností?“, která se zaměřuje na cíl analýzy. Pro lepší orientaci jsou získaná data zobrazena graficky.

### 7.1 Cíl analýzy

Cílem analýzy zmíněného dokumentu je zjistit, jaké z nabídkových činností zařízení sociální rehabilitace uživatelé užívají nejvíce. Tato získaná data porovnam s výsledky individuálních rozhovorů. (viz 6. kapitola)

### 7.2 Metodika analýzy dokumentu

Jedná se o výzkumnou strategii, kdy výzkumník nevytváří nové materiály pro analýzu, ale pracuje s materiálem již existujícím. „*V širším pojetí analýzou dokumentů v oblasti kvalitativního přístupu chápeme analýzu jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům studie.*“ (Miovský, 2006, s. 98)

Dokument byl získán plánovaným postupem výzkumníka v zařízení sociální rehabilitace, kde byla realizována první stěžejní část výzkumu. Dotazník uživatelů služeb – Zjišťování spokojenosti a potřeb vznikl přímo v zařízení sociální rehabilitace za cílem zjistit spokojenost, potřeby a náměty pro rozšiřování a zkvalitňování nabídky činností. Dokument byl získán v tištěné i elektronické podobě po osobní domluvě s vedoucím zařízení.

Dotazník je anonymní. Respondenti svůj vyplněný dotazník vhodili do připravené schránky k tomu určené, čímž byla zajištěna ochrana jejich identity. Uživatelé zařízení byli s dotazníkem seznámeni, předem jim byla vysvětlena žádost služby o vyplnění. Dotazníky uživatelé vyplňovali v období od 9. dubna 2018 do 11. 5. 2018. Poté byly analyzovány samotným zařízením.

Dokument, který je zde popisován a analyzován, už obsahoval číselná data získaná z Dotazníku. Tato data byla převedena do grafického znázornění pro lepší orientaci. (viz podkapitola 7.3)

### 7.3 Výsledky analýzy dokumentu

Celkem bylo vyplněno 25 dotazníků. V dotazníku bylo možné u druhé otázky vypsát více možností odpovědí.

Uživatelé zařízení na otázku „Co se Vám v zařízení konkrétně líbí z nabízených činností?“ odpovídali: Práce na PC, Vaření, Relaxace, Arteterapie, Keramika, Společnost stejných lidí, Trénink kognitivních funkcí, Příjemné prostředí, Sportovní aktivity, Terénní služby, Osobní a ochotný přístup pracovníků, Návštěva divadla, kina – kultura, Výlety, Ruční práce, Komunikační skupina, Pobytové výjezdy, Svěpomocná skupina, Dílny.



Graf 1: Grafické znázornění četnosti vypsanych nabídkových činností podle volby uživatelů

Analýza druhé otázky dotazníku ukázala, že přítomnost ve společnosti lidí se stejnými problémy, je pro osoby s duševním onemocněním významná a důležitá. Tato kategorie byla vypsána uživateli zařízení 11krát. Příjemné prostředí v zařízení bylo vypsáno 7krát. Ochotný přístup pracovníků byl vypsán 5krát. Z toho vyplývá, že zařízení tohoto typu jsou pro osoby s duševním onemocněním v procesu socializace významné, přínosné a nepostradatelné.

## 7.4 Diskuze

První část výzkumu, realizována metodou individuálních rozhovorů s osobami s duševním onemocněním, si kladla za hlavní cíl zjistit, jak je centrum sociální rehabilitace vnímáno svými uživateli ve vztahu socializace, jaké činnosti vedou k jejich podpoře socializace. Dílčím cílem bylo zjistit, jak osoby s psychickou poruchou v procesu socializace ovlivňuje stigmatizace duševního onemocnění, která je významným determinantem projevující se v tomto procesu. Z výzkumu vyšlo najevo, že zařízení poskytuje bezpečné místo s pochopením, kde lidé vnímají možnost otevřeně hovořit o svém onemocnění. Podpora pracovníků byla vnímána jako významný faktor. Analýza získaných dat ukázala, že duševní onemocnění je stále stigmatizováno, ale v porovnání s dobou minulou je dnešní doba příznivější. Veřejnost má povědomí o duševních poruchách, i když jsou stále nedostatečné. Stále se jedná o menší počet osob, které by otevřeně v cizí společnosti hovořili o své diagnóze.

Individuální rozhovory s uživateli služby byly zrealizovány vždy v prostorách zařízení a v místě, které si konkrétní člověk zvolil, aby bylo zajištěno soukromí a klid. Účastníky výzkumu znám přes dva roky, nejsme pro sebe vzájemně cizí. Máme mezi sebou pracovní vztah – sociální pracovnice – lidé užívající službu sociální rehabilitace. Vnímám, že během rozhovorů byl tento aspekt znát. Uživatelé byli otevření, neostýchali se. Několikrát během rozhovorů zaznělo, že mi věří a rádi mi prostřednictvím rozhovorů pomůžou.

Druhá část výzkumu, zabývající se analýzou otázky „Co se Vám v zařízení konkrétně líbí z nabízených činností?“ v Dotazníku uživatelů služeb, ukázala, že osoby s duševním onemocněním pozitivně vnímají bezpečné a chápající prostředí zařízení, kde mohou otevřeně hovořit o svém onemocnění a naleznou podporu u pracovníků, když ji potřebují. Společnost stejných lidí byla vypsána uživateli 11krát. Příjemné prostředí v zařízení bylo vypsáno 7krát a ochotný přístup pracovníků byl vypsán 5krát.

Při porovnání výsledků obou výzkumných činností se ukázalo, že důležitost společenského kontaktu a možnost komunikace jsou v zařízení sociální rehabilitace pro uživatele stěžejní. Ze všech sedmi rozhovorů vyšla najevo důležitost společenského kontaktu, stejně jako v dotazníku. Jedenáct uživatelů zařízení vypsalo, že sdílení prostoru s lidmi se stejnými problémy je to, co se jim líbí, potřebují a kladně hodnotí. Možnost trávit svůj čas v chápajícím prostředí je pro ně podporující.

Získané informace z výzkumných metod jsou odpověďmi pro pracovníky pracujícími s lidmi s duševním onemocněním v zařízení sociální rehabilitace. Podporující, chápavá a příjemná atmosféra zařízení, kterou společně s uživateli služby tvoří, je výsledkem jejich práce a zplnomocňujícího přístupu k lidem navštěvující tuto službu. Získané výsledky nás upozorňují na nedostatek informací o duševním zdraví ve společnosti. Protože pokud by společnost byla více nestigmatizující, osoby s duševním onemocněním by se cítily lépe i mimo prostory zařízení.

Získané výsledky obou výzkumných činností nesou přínosné zjištění. Záměrem praktické části diplomové práce bylo zjistit, zda jsou zařízení sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním, kteří je navštěvují, prostředkem podporující jejich integrování do společnosti. Co je důvodem, že zařízení navštěvují. Stanovené cíle práce měly přispět k zjištění odpovědi na zmíněné otázky. Záměrem celé diplomové práce bylo přiblížit se k aspektům ovlivňující proces socializace osob s duševním onemocněním, s ohlednutím na pozici speciálního pedagoga pracujícího v zařízení sociální rehabilitace a jeho možnosti podpory. Významnými ovlivňujícími aspekty jsou například: stigma duševního onemocnění ve společnosti, stále aktuální důraz kladený na institucionální léčbu psychiatrických pacientů, přetíženost psychiatrických ambulancí, významná existence zařízení sociální rehabilitace apod.

Při sběru informací jsem narazila na spoustu zahraničních výzkumů zabývajících se stigmatizací osob s duševním onemocněním. Z toho vyplývá, že duševní onemocnění je stigmatizováno v každé společnosti. Víím, že postupné proměňování obrazu duševního onemocnění v obraz, kdy budou osoby s duševním onemocněním oceňovány, je společenským úkolem na několik dlouhých let, než tohoto obrazu dosáhneme.

Další výzkumné činnosti by se mohly zabývat postupem, jak principy modelu Recovery (Zotavení), který je popsán v páté kapitole této diplomové práce, uvést v poměrech naší země do úspěšné praxe. Zařízení Ledovec v Plzni podle tohoto modelu úspěšně pracuje, je však u nás jediné. Další výzkumná činnost by se mohla zaměřit na ty faktory, které podpořily toto zařízení v realizaci principů modelu Recovery. Jako přínosné bych vnímala i zaměření se na zjištění, jak model Recovery vyhovuje samotným klientům organizace Ledovec. Probíhající psychiatrická reforma České republiky by mohla také mnohé změnit. Účel psychiatrické reformy v naší zemi? *„Protože psychiatrické nemocnice jsou materiálně i technicky zastaralé. Péče o duševně nemocné je podfinancovaná, síť služeb je rozložena nerovnoměrně s nestejnými podmínkami*

*výkonu péče, ambulantní psychiatri přetížení, komunitní péče slabá a systémově nepodporovaná.*“ (Strategie reformy psychiatrické péče, 2017) Provázanost zdravotních a sociálních služeb je řešením, jak zamezit propadu klientů na sociální dno.

## ZÁVĚR

Co většinová společnost považuje v životě za samozřejmé, se často pro osoby se závažným duševním onemocněním stává přáním, které chtějí naplnit. Rozhodnutí směřující k změnám jsou složitá pro každého z nás a co v případě, když nás nemoc limituje a ostatní na nás hledí s nedůvěrou? Psychické onemocnění se často časem stává onemocněním sociálním, kdy člověk propadá do sociální izolace a vztahy kolem něj mizí.

Diplomová práce na téma „Aspekty socializace osob s duševním onemocněním“ přináší potvrzení důležitosti být bytostí sociální. Téma jsem zaměřila na službu sociální rehabilitace, kterou vnímám jako jednu ze skutečných prostředků podpory socializace osob s duševním onemocněním. Stěžejní důraz jsem ve své práci kladla na první část výzkumu, a to individuální rozhovory s lidmi s psychickým onemocněním a zároveň uživateli služby sociální rehabilitace. Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jak je centrum sociální rehabilitace vnímáno svými uživateli ve vztahu socializace, jaké činnosti vedou k jejich podpoře socializace. Dílčím cílem bylo zjistit, jak osoby s psychickou poruchou v procesu socializace ovlivňuje stigmatizace duševního onemocnění, kterou vnímám jako souhrn postojů podílejících se významně na procesu socializace. Cílem druhé části výzkumné činnosti, která byla provedena prostřednictvím analýzy Dotazníku uživatele služby, bylo zjistit, jaké z nabídkových činností zařízení sociální rehabilitace uživatelé užívají nejvíce. Výzkumná činnost mě přivedla k uvědomení, že společenský kontakt a možnost trávit čas v bezpečném prostředí, kde mě ostatní chápou a přijímají, je pro osoby s psychickým onemocněním důležité.

Diplomová práce se zabývá pojetím socializace osob s duševním onemocněním z pohledu speciální pedagogiky, neboť jejím cílem je dosáhnout co možná nejvyšší možné míry sociální integrace jedince se zdravotním postižením či znevýhodněním. Potvrdila jsem si, že některé sociální situace se člověku s duševním onemocněním nemusí dařit naplňovat. Zážitek s duševní nemocí a zkušenost s léčbou jsou aspekty, které mohou bránit socializaci. Je třeba zotavení. Fenoménu Zotavení (cizím slovem Recovery) se věnuji v páté kapitole. Jedná se o koncept, který vychází ze zkušeností osob s duševním onemocněním. Směřuje k podpoře jedince, který znovu bere odpovědnost za svůj vlastní život. Čtenáře jsem s tímto modelem blíže seznámila. Popsala jeho principy a přinesla vzhled do modelu, který se vymaňuje z tradičního zdravotnického modelu a poukazuje na nutnost vymanit se ze svých vlastních předsudků a stigmat.



Jelikož jsem téma práce zaměřila i na službu sociální rehabilitace, kterou vnímám jako jednu ze skutečných prostředků podpory socializace osob s duševním onemocněním, věnovala jsem se ve své práci i jejímu popisu. Zmínila jsem se o různých prostředcích podpory. Popsala jsem sociální práci s lidmi s duševním onemocněním v zařízení sociální rehabilitace. Snažila jsem se čtenářům předat obraz, jak práce s lidmi s duševním onemocněním může vypadat. Opírám se také o skutečnost, že zákon o sociálních službách umožňuje lidem s vysokoškolským vzděláním v získaném bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na speciální pedagogiku pracovat v sociálních službách na pozici sociálního pracovníka, což je můj případ.

Diplomová práce mě utvrdila v tom, co dělám. Práci jsem začala psát s otázkou: „Jak můžeme léčit svět od duševních chorob“. Stále to přesně nevím. Vím však, co funguje v zahraničí, co funguje v naší službě sociální rehabilitace. Vím, co bych chtěla, aby reforma psychiatrické péče u nás v České republice přinesla. Poznala jsem, co pro to můžu udělat já i vy. Ne tvoříme mezi sebou ploty. Touha po poznání má smysl.

## ZDROJE

### Seznam použité literatury

DAVIDSON, Larry. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*, Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017, ISBN 978-80-906574-0-3.

DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0197-9.

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal. *Psychiatrie and pedopsychiatrie*. Přeložil Štěpánka BERANOVÁ, přeložil Veronika HUBLOVÁ, přeložil Xavier FUNG. Prague: Charles University, Karolinum Press, 2016. ISBN 978-80-246-3378-7.

JANKOVSKÝ, Jiří, PFEIFFER, Jan, ŠVESTKOVÁ, Olga. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7040-826-x.

JANOŠKOVÁ, Miroslava, WINKLER, P., PASZ, Jiří a kol. *Stigmatizace v České republice - výzkumná zpráva*. Praha: Národní ústav duševního zdraví, 2016.

JOHNOVÁ, Milena. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2002. ISBN 8086552233.

JURÍČKOVÁ, Lubica, IVANOVÁ, Kateřina, FILKA, Jaroslav. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4786-6.

JURKOVIČOVÁ, Petra, ed. *Harmonizace přístupů k osobám se specifickými potřebami v kontextu členství České republiky v Evropské unii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2103-2.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Úvod do speciální pedagogiky pro zdravotnické a sociální obory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. ISBN 978-80-7464-412-2.

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

- MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0737-3.
- MALÁ, Michaela. *Homo psychoticus*. Praha: Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-845-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- NOVOSAD, Libor. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 80-7083-268-1.
- OCISKOVÁ, Marie, PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- PODEŠVA, Libor. *Manuál zaměřený na integraci osob se zdravotním postižením do společnosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1629-8.
- PREISS, Marek, PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ, Hana. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0843-4.
- PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- RALPH, Ruth O., CORRIGAN, Patrick W., *Recovery in Mental Illness: Broadening Our Understanding of Wellness*, USA: American Psychological Association, 2013, ASIN B00CI8OY18.
- RAGINS, Mark. *A Road to Recovery*, Los Angeles: Mental Health America of Los Angeles, 2002.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Eurolex Bohemia, 2004. Andragogika. ISBN 80-86432-80-7.
- Sborník příspěvků z mezinárodního symposia na téma Osobnost člověka a jeho socializace v evropské společnosti: Brno 22.-23. září 2005*. Brno: Institut mezioborových studií, c2005. ISBN 80-902936-7-0.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

## Seznam elektronických zdrojů

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. částka 37. Dostupné také z <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>>.

ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 29. listopadu 2006 kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. částka 164. Dostupné také z <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>>.

FOJTÍČEK, M. (2017): *Co to teda je to zotavení*. [online]. [cit. 26. 5. 2018]. Dostupné z <<http://www.zotaveni.cz/zotaveni-nazivo/item/15-co-to-teda-je-to-zotaveni>>.

JAKUBEKOVÁ, I. (2014): *Plasticita mozku*. [online]. [cit. 15. 5. 2018]. Dostupné z <<https://www.mentem.cz/blog/plasticita-mozku/>>.

JANOUSKOVÁ A KOL. (2017): *Shrnutí výzkumu a prevence stigmatizace v NUDZ*. [online]. [cit. 10. 4. 2018]. Dostupné z <[https://www.nudz.cz/files/pdf/konference-nudz-2017\\_prezentace-vp2-destigma-janouskova.pdf](https://www.nudz.cz/files/pdf/konference-nudz-2017_prezentace-vp2-destigma-janouskova.pdf)>.

KOUBOVÁ, M. (2016): *V ČR běží desítky destigmatizačních projektů, předsudkům ohledně duševních chorob se tu ale stále daří*. [online]. [cit. 12. 4. 2018]. Dostupné z <<http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/10/v-cr-bezi-desitky-destigmatizacnich-projektu-predsudkum-ohledne-dusevnych-chorob-se-tu-ale-stale-dari/>>.

MAISEL, E. (2016): *Mark Ragins on MHA Village-On the future of mental health*. [online]. [cit. 20. 5. 2018]. Dostupné z <<https://www.psychologytoday.com/intl/blog/rethinking-mental-health/201603/mark-ragins-mha-village>>.

Mental Health First Aid Australia. (2018) *What We Do at Mental Health First Aid*. [online]. [cit. 12. 4. 2018]. Dostupné z <<https://mhfa.com.au/about/our-activities/what-we-do-mental-health-first-aid>>.

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. (2017): *Projekt destigmatizace*. [online]. [cit. 17. 4. 2018]. Dostupné z <<http://destigmatizace.info/o-projektu/>>.

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. (2017): *Analýza potřeb*. [online]. [cit. 20. 4. 2018]. Dostupné z <[http://destigmatizace.info/wp-content/uploads/2017/12/Analyza\\_potreb\\_20171130-1.pdf](http://destigmatizace.info/wp-content/uploads/2017/12/Analyza_potreb_20171130-1.pdf)>.

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. (2017): *Destigmatizační manuál*. [online]. [cit. 17. 4. 2018]. Dostupné z <<http://destigmatizace.info/wp-content/uploads/2018/04/destigmatiza%C4%8Dn%C3%AD-manu%C3%A1l-1.pdf>>.

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. (2017): *Akční plán destigmatizace pro rok 2018*. [online]. [cit. 20. 4. 2018]. Dostupné z <<http://destigmatizace.info/wp-content/uploads/2018/04/akcniplan-1.pdf>>.

PEŘINOVÁ, L. (2017): *Manuál pro blízké*. [online]. [cit. 2. 6. 2018]. Dostupné z <<http://nevy-pustdusi.cz/2017/04/10/psychopomoc-manual-pro-blizke/>>.

*Projekt Partnerství pro dostupnější služby duševně nemocným ve Zlínském kraji*. (2015). [online]. [cit. 28. 4. 2018]. Dostupné z <<https://www.esfcr.cz/>>.

REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ (2017): *Proč to děláme*. [online]. [cit. 12. 6. 2018]. Dostupné z <[http://www.reformapsychiatrie.cz/proc\\_reformujeme/](http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/)>.

RIBEIRO, M. (2014): *I am Free.....Finally*. [online]. [cit. 20. 5. 2018]. Dostupné z <<http://www.defyingmentalillness.com/poems-of-the-heart/>>.

VESELÝ, K. (2016): *Jak současný pop pomáhá zbavit duševní nemoci stigmatizace*. [online]. [cit. 17. 4. 2018]. Dostupné z <<https://wave.rozhlas.cz/jak-soucasny-pop-pomaha-zbavit-dusevni-nemoci-stigmatizace-5200251>>.

WINKLER, P. (2015): *Pracovní skupina prevence a výzkumu stigmatizace*. [online]. [cit. 5. 4. 2018]. Dostupné z <[http://www.nudz.cz/p\\_skupina/ps-prevence-a-vyzkumu-stigmatizace/](http://www.nudz.cz/p_skupina/ps-prevence-a-vyzkumu-stigmatizace/)>.

ZOUBKOVÁ, A. (2017): *Mediaguide*. [online]. [cit. 17. 4. 2018]. Dostupné z <<http://destigmatizace.info/wp-content/uploads/2018/03/megiag-file.pdf>>.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**A Informovaný souhlas**

**B Dotazník uživatelů služeb**

**C Manuál pro blízké**

**D Seznam grafů**

**E Seznam tabulek**

**F Seznam obrázků**

**G Seznam použitých zkratk a symbolů**

## A INFORMOVANÝ SOUHLAS

### INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU

Byl/a jste požádán/a o rozhovor za účelem získání dat a informací pro kvalitativní výzkum k diplomové práci Kristýny Paichlové s názvem „Aspekty socializace osob s duševním onemocněním“. Výzkum probíhá v rámci magisterského studia na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Dávám své svolení výzkumnici, aby materiál, který jsem jí poskytl/a, použila za účelem sepsání diplomové práce.

**Vaše identita zůstane v plné anonymitě a Vaše odpovědi jsou důvěrné**, určené pouze pro potřeby tohoto výzkumného projektu.

Dávám souhlas k tomu, že výzkumnice může ve své diplomové práci citovat informace, které jí poskytnu. Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit rozhovor.

Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – tzn., že budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je, pokud o to budete mít zájem.

Vaše spolupráce na projektu je **dobrovolná. Vaše účast na projektu pro Vás nenese žádná rizika.**

Svým podpisem zde souhlasíte se svou účastí na tomto projektu.

Jeden výtisk tohoto formuláře náleží Vám.

PODPIS.....

## B DOTAZNÍK UŽIVATELŮ SLUŽEB

### DOTAZNÍK UŽIVATELŮ SLUŽEB LABYRINTU

Zjišťování spokojenosti a potřeb

Vážená paní, Vážený pane,

ve snaze poskytovat ty nejlepší služby se na Vás obracíme s laskavou žádostí o vyplnění tohoto dotazníku. Jeho vyplněním přispějete ke zjištění potřeb a námětů pro rozšiřování a zkvalitňování naší nabídky. Budeme proto velice rádi za spolupráci a čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

U každé otázky označte, prosím, tu odpověď, která nejvíce odpovídá realitě a Vaší zkušenosti.

Vyplnění dotazníku je anonymní.

Vyplněný dotazník předejte pracovníkům zařízení či vhod'te do schránky.

Předem velice děkujeme za Váš čas i ochotu věnovanou tomuto dotazníku.

V Uherském Hradišti dne .....

#### **I. Se službami Labyrintu jsem**

---

*1 – spokojen(a), 2 - spíše spokojen(a), 3 - průměrně, 4 - spíše ne, 5 - vůbec nespokojen(a)*



*vepište číslici svého hodnocení*

#### **II. Co se Vám v zařízení konkrétně líbí z nabízených činností?**

---



---

---

---

**III. Co v nabídce postrádáte?**

---

---

---

**IV. Co byste v Labyrintu změnil(a)?**

---

**V. O jaké služby byste měl(a) zájem?**

*Zaškrtněte. Lze jednu, více i všechny možnosti*

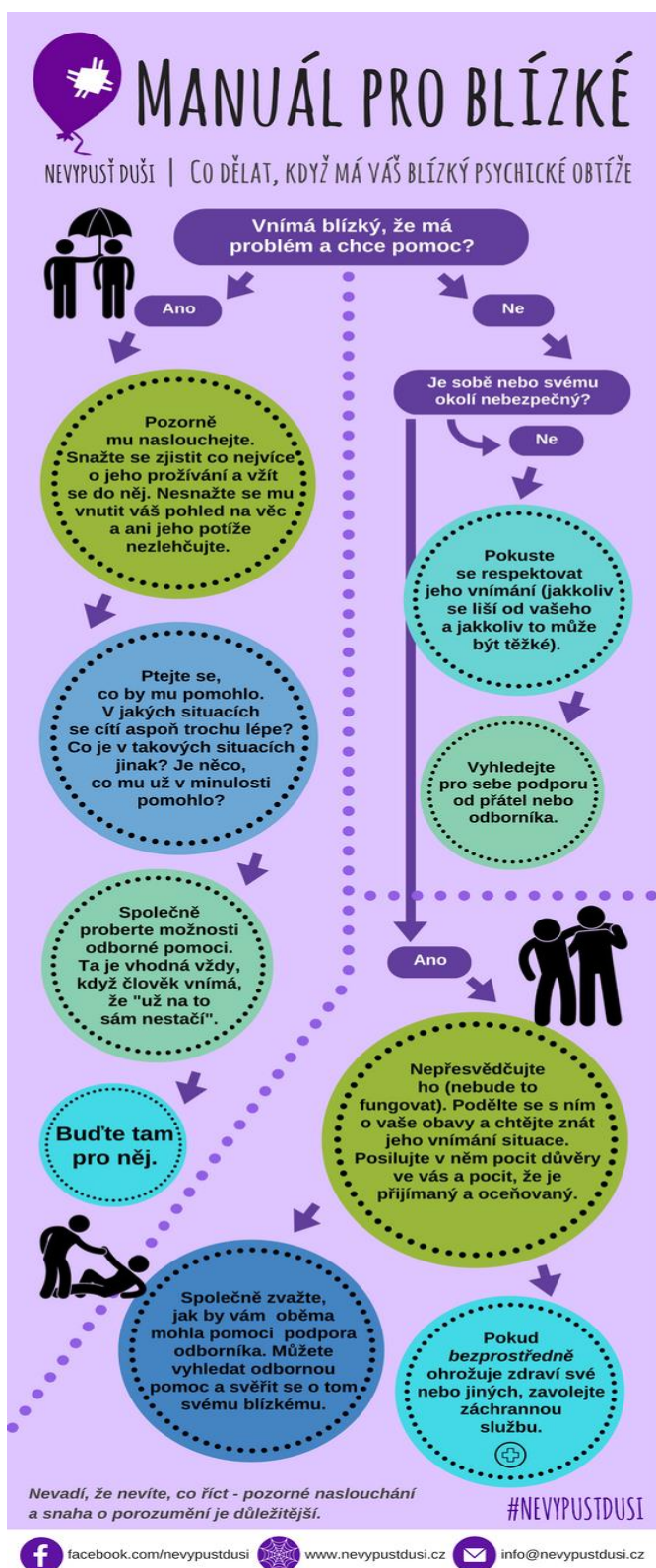
- Nácvik dovedností** (nácviky vaření, úklidu domácnosti, hospodaření s financemi, telefonování, používání hromadné dopravy, přijímajícího pohovoru aj.)
- Doprovody** (např. k lékaři, na úřad, na nákup do zaměstnání, do školy aj.)
- Poradenství** (informace v oblasti sociálních dávek, invalidního důchodu, informace o diagnóze, dostupnosti služeb, pomoc se sepsáním žádosti nebo vyplněním dotazníku aj.)
- Náplň volného času** (účast na výletech, návštěvy kulturních a sportovních akcí)

- Zprostředkování služeb** (pomoc se zprostředkování jiných sociálních služeb, odborné lékařské péče aj.)
- Návštěvy v domácnosti** (nácvik dovedností, obsluha elektrospotřebičů, rozhovory, řešení osobních potíží aj.)
- Podporu při řešení náročných životních situací** (podpora při řešení osobních problémů, pomoc při řešení konfliktů v rodině, zvyšování sebedůvěry, rozvoj komunikačních dovedností, zvládnání stresu, rozpoznání projevů nemoci aj.)

**VI. Měli byste zájem o služby Labyrintu v případě hospitalizace v PL?**

---

 ano ne



## **D SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Grafické znázornění četnosti vypsaných nabídkových činností podle volby uživatelů

## **E SEZNAM TABULEK**

Tab. č. 1 Proces socializace v etapách

## **F SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. č. 1 Model Zotavení

## **G SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ**

Tzn.	To znamená
Tzv.	Takzvaný
Tj.	To jest
Např.	Například
Atd.	A tak dále
WHO	Světová zdravotnická organizace
MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
DN	Duševní nemoc
PL	Psychiatrická léčebna
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
ČR	Česká republika
ÚP	Úřad práce
OSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
PR	Public relations

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení</b>	Kristýna Paichlová
<b>Katedra</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce</b>	Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph. D.
<b>Rok obhajoby</b>	2018

<b>Název práce</b>	Aspekty socializace osob s duševním onemocněním
<b>Název v angličtině</b>	The aspects of socialization of people with mental illness
<b>Anotace práce</b>	<p>Diplomová práce se zabývá socializací osob s duševním onemocněním. Téma práce je zaměřeno na službu sociální rehabilitace, kterou vnímám jako jednu ze skutečných prostředků podpory socializace osob s duševním onemocněním. Cílem práce bylo zjistit, jak vnímají uživatelé centrum sociální rehabilitace ve vztahu k socializaci, jaké činnosti vedou k jejich podpoře. Práce se zabývá stigmaty duševního onemocnění, které výrazně proces socializace ovlivňují a přináší popis zahraničního modelu Recovery, jehož principy vedou jedince s duševním onemocněním k převzetí odpovědnosti za svůj vlastní život. Zvolené metody kvalitativního výzkumu byly zaměřeny na zodpovězení uvedeného cíle práce. Výzkumné metody ukázaly, že společenský kontakt a možnost trávit čas v bezpečném prostředí, kde mě ostatní chápou a přijímají, je pro osoby s psychickým onemocněním důležité. Pomáhat lidem s duševním onemocněním neznamena ignorovat jejich onemocnění. Znamená to, že onemocnění vnímáme jen jako součást jejich životů.</p>
<b>Klíčová slova</b>	Socializace, duševní onemocnění, stigmatizace, sociální rehabilitace, Zotavení



<b>Anotace v angličtině</b>	This thesis deals with the socialization of people with mental illness. The theme of the thesis is focused on the social rehabilitation service, which I perceive as one of the real means of supporting the socialization of people with mental illness. The aim of the thesis was to find out how users perceive the social rehabilitation center in relation to socialization, what activities lead to their support. The thesis deals with stigma of mental illness which significantly influences the process of socialization. The thesis describes foreign Recovery model whose principles lead individuals with mental illness to take responsibility for their own lives. The selected qualitative research methods were focused on the aim of the thesis. The results of research methods show that social contact and the ability to spend time in a safe environment is important for people with mental illness. Helping people with mental illness does not mean ignoring their illness. It means that we only perceive the disease as part of their lives.
<b>Klíčová slova v angličtině</b>	Socialization, mental illness, stigmatization, social rehabilitation, Recovery
<b>Přílohy vázané v práci</b>	A Informovaný souhlas B Dotazník uživatelů služeb C Manuál pro blízké D Seznam grafů E Seznam tabulek F Seznam obrázků G Seznam použitých zkratk a symbolů
<b>Rozsah práce</b>	60 stran
<b>Jazyk práce</b>	Český jazyk