

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Ústav speciálněpedagogických studií**



**Bakalářská práce**

Lucie Černínová

**Aktivizační činnosti u osob s chronickým duševním onemocněním  
v domovech se zvláštním režimem**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Olomouc, 20.4. 2023

---

podpis

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. et Mgr. Janu Chrastinovi, Ph.D., LL.M., MBA, za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných a odborných rad a za jeho trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat svému okolí a nejbližším za jejich podporu ve chvílích, kdy jsem si nevěřila.

# OBSAH

<i>ÚVOD</i> .....	6
<b>1</b> <i>AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI A VOLNÝ ČAS V POBYTOVÝCH SLUŽBÁCH</i> .....	8
<b>1.1</b> <b>Volný čas</b> .....	8
1.1.1 Funkce volného času .....	8
1.1.2 Volný čas u osob s duševním onemocněním .....	9
<b>1.2</b> <b>Aktivizační činnosti</b> .....	10
1.2.1 Aktivizační pracovník .....	11
1.2.2 Kognitivní trénink .....	11
1.2.3 Senzorická stimulace.....	11
1.2.4 Polybové aktivity .....	12
1.2.5 Zooterapie .....	12
1.2.6 Arteterapie.....	12
1.2.7 Muzikoterapie .....	13
1.2.8 Reminiscenční terapie .....	13
<b>2</b> <i>OSOBY S CHRONICKÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH</i> .....	15
<b>2.1</b> <b>Chronické duševní onemocnění</b> .....	15
2.1.1 Klasifikace duševních poruch .....	15
2.1.2 Schizofrenie.....	16
2.1.3 Bipolární afektivní porucha.....	17
2.1.4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu.....	19
<b>2.2</b> <b>Pobytové sociální služby</b> .....	20
2.2.1 Transformace pobytových sociálních služeb .....	20
2.2.2 Domov se zvláštním režimem.....	21
<b>3</b> <i>EMPIRICKÁ ČÁST</i> .....	23
<b>3.1</b> <b>Cíl práce a výzkumné otázky</b> .....	23
3.1.1 Výzkumné otázky.....	23
<b>3.2</b> <b>Metodologický rámec</b> .....	24
<b>3.3</b> <b>Technika při sběru dat</b> .....	24
3.3.1 Polostrukturovaný rozhovor.....	25

3.3.2	Projektivní techniky .....	25
<b>3.4</b>	<b>Způsob zpracování dat .....</b>	<b>26</b>
<b>3.5</b>	<b>Výzkumný soubor .....</b>	<b>26</b>
<b>3.6</b>	<b>Limity studie.....</b>	<b>28</b>
<b>3.7</b>	<b>Etické aspekty.....</b>	<b>29</b>
<b>3.8</b>	<b>Průběh a realizace výzkumu .....</b>	<b>30</b>
3.8.1	Klient 1.....	30
3.8.2	Klient 2.....	31
3.8.3	Klientka 3.....	33
3.8.4	Klient 4.....	34
3.8.5	Aktivizační pracovníce 1.....	35
3.8.6	Aktivizační pracovníce 2.....	37
<b>3.9</b>	<b>Výsledky .....</b>	<b>39</b>
3.9.1	Téma č. 1 – Motivace klientů.....	39
3.9.2	Téma č. 2 – Vliv odměn.....	44
3.9.3	Téma č. 3 – Neúspěch.....	48
3.9.4	Téma č. 4. – Zájem a účast klientů.....	51
	<b>DISKUZE.....</b>	<b>56</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>57</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ .....</b>	<b>58</b>
	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM SCHÉMÁT .....</b>	<b>64</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>65</b>

# ÚVOD

Tématem bakalářské práce jsou „**Aktivizační činnosti u osob s chronickým duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem**“. Toto téma jsem zvolila z důvodu, že jsem v rámci svého studia absolvovala praxi právě v domově se zvláštním režimem (DZR) a pracovala jsem s různými typy klientů s různorodými diagnózami. Práce v této oblasti a s touto klientelou vyžaduje velkou míru empatie, trpělivosti a porozumění. Přesně s tímto jsem se v rámci své praxe setkala a věděla jsem, že se tímto směrem budu chtít jednou vydat. Proto jsem se rozhodla problematiku aktivizačních činností u těchto osob zpracovat v bakalářské práci.

Chronické duševní onemocnění se týká velkého počtu lidí po celém světě. Mezi tato onemocnění můžeme zařadit různé druhy psychických poruch. V této práci bude pozornost věnována hlavně onemocněním schizofrenie, bipolární afektivní poruše a poruše duševní a poruše chování způsobené užíváním alkoholu. S těmito osobami jsem se totiž v domově setkala nejčastěji a taky jsem s nimi nejvíce pracovala. Tito lidé mají problémy s fungováním v běžném životě a z tohoto důvodu potřebují podporu a péči. Alespoň částečný kontakt s přirozeným sociálním prostředím jim umožňují právě aktivizační činnosti.

V této bakalářské práci se zaměřím právě na využití aktivizačních činností u osob s chronickým duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem. Tyto činnosti pomáhají těmto osobám v různých směrech, ať už v získávání nových zkušeností a dovedností, které jim napomáhají zvyšovat kvalitu jejich života, anebo tyto činnosti mohou sloužit jako výplň jejich volného času. Právě směřování k volnému času a jeho vyplnění díky aktivizačním činnostem se bude tato práce věnovat.

Cílem práce je *zjistit, analyzovat a popsat zkušenosti klientů DZR s nabízenými volnočasovými aktivizačními činnostmi a aktivizačních pracovníků s poskytováním aktivizačních činností.*

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí – sestává se z teoretické a empirické části.

Ve dvou kapitolách teoretické části jsou vymezeny pojmy jako volný čas, aktivizační činnosti, chronické duševní onemocnění a pobytové sociální služby. Blíže se text věnuje typům činností a také druhům duševních onemocnění.

Předmětem empirické části je zkoumání výše vymezeného fenoménu, tzn., že dotazováni byli právě klienti a aktivizační pracovníci a nosným tématem jsou jejich

zkušenosti s aktivizačními činnostmi ve vybraném DZR (ve kterém autorka realizovala svou praxi).

Výsledky této práce mohou využít všichni lidé a pracovníci, kteří přichází do kontaktu s těmito typy klientů. I když se jedná o zkoumání pouze v rámci jednoho konkrétního DZR, výsledky, resp. Výzvy a potřeby z nich vyplývající, se mohou modifikovat dle potřeb i do ostatních DZR či jiných institucí pracujících s touto klientelou.

# 1 AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI A VOLNÝ ČAS V POBYTOVÝCH SLUŽBÁCH

*Aktivizační činnosti a volný čas u osob pobývajících v sociálních službách jsou pojmy si velmi blízké. Proto bude pozornost v této kapitole věnována nejprve volnému času, a to i u osob s chronickým duševním onemocněním, a v druhé části kapitoly budou rozpracovány aktivizační činnosti a jejich formy.*

## 1.1 Volný čas

Andragogický slovník definuje volný čas jako „úsek běžného dne, který zbyde po splnění pracovních povinností, péče o rodinu a domácnost a o vlastní fyzické potřeby (spánek, stravování, osobní hygiena aj.)“ (Průcha a Veteška, 2014). V tomto čase se člověk sám rozhoduje, jakým způsobem jej stráví vzhledem ke svým zájmům, potřebám a představám.

V každém období života má volný čas trochu jinou podstatu. Jinak tráví svůj volný čas dítě v mateřské škole, jiným způsobem jej bude trávit dospělý člověk, který chodí do práce a zcela rozdílně jej bude trávit např. senior. Kvalitní trávení volného času dětí a mládeže většinou velmi dobře zajišťují institucionální služby, které nabízí širokou škálu volnočasových aktivit. Na konci tohoto vývojového období se již volnočasové aktivity vyhraňují a dospívající osoby už nedochází do tolika kroužků a spolků jako v dřívějším období. Děje se to například z důvodu nástupu na střední školu, kdy už na volnočasové zájmy a kroužky není tolik času, jako na škole základní (Janiš a Skopalová, 2016).

Trávení volného času v dospělosti ovlivňuje z velké části zaměstnání daného jedince. Zaměstnání omezuje časovou dotaci doby, kterou jedinec může strávit volnočasovými aktivitami, jelikož dospělí tráví v zaměstnání více času než výše zmíněná skupina dětí a mládeže, kteří ve škole tráví méně času a tím pádem mají na zájmové aktivity větší prostor. Limitujícím faktorem pro množství volného času je následná péče o rodinu, jelikož rodič se stává tím, kdo ovlivňuje volný čas svých dětí. V neposlední řadě jsou omezením finanční prostředky, které dospělý jedinec může investovat do trávení vlastního volného času (Janiš a Skopalová, 2016).

### 1.1.1 Funkce volného času

Pojem „volný čas“ disponuje několika typologiemi svých funkcí. Jednou ze základních je rozdělení dle Pávkové (2002), která funkce rozdělila na funkce výchovně-vzdělávací,



zdravotní, sociální a preventivní. Mezi další rozdělení můžeme zmínit rozdělení dle Kratochvílové (2004), která uvádí pět základních funkcí – zdravotně-hygienická, seberealizační, formativně-výchovná, socializační a preventivní funkce. V neposlední řadě můžeme zmínit ještě Hofbauerovo (2004) rozdělení, který uvádí funkce volného času podle Rogera Sue: funkce psychologická, sociální, terapeutická a ekonomická. Pokud bychom chtěli uvést nejvíce obecné, a přesto přesné vymezení, můžeme shrnout výše uvedené funkce do tří nejzákladnějších, a to funkce výchovně výchovně-vzdělávací, sociální a zdravotní. Funkce preventivní se podle autorů dá zahrnout do funkce výchovně-vzdělávací (Janiš a Skopalová, 2016).

### **1.1.2 Volný čas u osob s duševním onemocněním**

Stejně jako osoby z řad tzv. intaktní populace, i osoby s duševním onemocněním mají své určité představy o trávení svého volného času. Naplnění představ však mnohdy zabraňují překážky plynoucí z povahy jejich onemocnění. Omezení může být v podobě nadměrné zátěže, strachu z nové a neznámé situace, nízké sebedůvěry, obtíží v komunikaci, projevů duševního onemocnění či finanční náročnosti. Tato omezení jsou důvodem časté izolace osob duševně nemocných, sociální síť těchto osob je omezená a malá. Jedním z úkolů aktivizačního pracovníka je zařídit kontakt se společenským prostředím klienta (Probstová, 2005).

Valenta a Müller (2009) se ve své publikaci soustředí spíše na volný čas osob s mentálním postižením, avšak východisko se dá přeneseně modifikovat i na osoby s duševním onemocněním. Pokud chceme osoby s mentálním postižením zařadit do společnosti jako běžné občany, je nutné jim poskytnout možnosti vykonávat volnočasové aktivity podle jejich zájmu a potřeb. Tyto osoby mají právo na účast na všech těchto aktivitách ve stejném prostředí a stejným způsobem jako jiní lidé. Podmínkou je však jistá společenská podpora, která je nezbytná k realizaci výkonu zájmových a rekreačních aktivit. Tato podpora může být poskytována institucí zabývající se edukací těchto osob, jako jsou například domovy pro osoby se zdravotním postižením či stacionáře, nebo formou specializovaných institucí a projektů v rámci neziskového sektoru. Nabídka aktivit v rámci těchto institucí a organizací by se neměla moc lišit od podobných aktivit pro intaktní společnost (Valenta a Müller, 2009). Toto vše se přiměřeně vztahuje i na osoby s duševním onemocněním.

## 1.2 Aktivizační činnosti

Smyslem aktivizačních činností je především objevit a pracovat s vhodnými stimulačními a aktivizačními podněty, které pomohou uživateli nalézt zájem o svou osobu, pomáhají mu uvědomit si sebe a své potřeby, aktivovat síly nebo brání vzniku a rozvoji závislosti. Aktivity jsou rovněž nápomocné k zachování pocitu důstojnosti, radosti a uspokojení (Malíková, 2020). Činnosti a aktivity musí být prováděny na bázi dobrovolnosti, být klientovi<sup>1</sup> příjemné a musí plnit jasný účel, aby byly smysluplné (Dvořáčková a Holczerová, 2013). Cílem těchto činností je zejména udržet klienty ve fyzické, psychické i mentální aktivitě, udržet a pokusit se rozvinout jejich zachovalé dovednosti a schopnosti, zajistit kontakt se společností, snažit se navodit psychickou pohodu a zvyšovat kvalitu jejich života (Dučaiová, Motyčková, Novotná a kol., 2018).

Aktivizační činnosti s sebou nesou také určitá rizika, kterým bychom se měli snažit předcházet. Například pokud víme, že jsou mezi klienty velké rozdíly, co se týče pracovního tempa či jejich zdatnosti, je nutné se adekvátně připravit tak, aby se rychlejší účastníci nenudili a neztratili tak zájem o danou činnost. Pozornost je zapotřebí věnovat také minulosti klienta, jelikož aktivizací se mohou vybavit nepříjemné až bolestivé vzpomínky. Pokud na takový problém vyvstane, je nezbytné s klientem jednat individuálně, jelikož někteří se z těchto pocitů rádi vypovídají a svěří, jiní jsou zase rádi, pokud už se k tématu nebude vracet pozornost (Dučaiová, Motyčková, Novotná a kol., 2018).

Problém s těmito aktivitami může nastat právě u osob s duševním onemocněním, u kterých se aktivní a smysluplné vyplnění volného času stává nedílnou součástí jejich terapie. Volný čas klienta můžeme rozdělit na dvě části – *první* je individuální, kdy si klient plní své vlastní zájmy a koníčky, v *druhé* části se může účastnit společenských a skupinových akcí, které mohou organizovat zařízení a organizace. Klienti se při společenských aktivitách dostanou do přirozeného prostředí společnosti a být tak její součástí. Při společných výletech, kulturních akcích či sportech zažijí reálné situace. Mohou se objevit i situace krizové, jejichž překonání vždy vede k posílení klienta. Všechny tyto zážitky a zkušenosti ocení především hospitalizovaní klienti a klienti žijící v pobytových sociálních službách. Tito klienti na zážitky dlouhodobě vzpomínají, bývají pro ně hluboce emocionální a nezapomenutelné. Například pro klienta, který dříve rád hrával fotbal, může mít návštěva sportovního utkání velice pozitivní přínos a dokáže vykompenzovat negativní dopady, které způsobuje jeho onemocnění (Mahrová, 2008).

---

<sup>1</sup> V práci jsou pojmy „klient“, „uživatel“, „osoba s duševním onemocněním“ či „pacient“ vnímána jako synonyma.

### 1.2.1 Aktivizační pracovník

Aktivizační činnosti zajišťuje primárně *aktivizační pracovník*, který je součástí multidisciplinárního týmu v sociálních službách, včetně domovů se zvláštním režimem. V týmu těchto domovů můžeme najít další profese, jako například lékaře, zdravotní sestry, pracovníky v sociálních službách či sociální pracovníky. Aktivizační pracovník se snaží podpořit klienta jak po jeho psychické, tak i fyzické stránce. Pracuje s klienty, kteří mají sníženou soběstačnost a pomáhá jim s jejich cílenou, smysluplnou aktivizací. Tato profese má za úkol respektovat rozhodnutí klienta, naslouchat mu, zajišťuje aktivity podle jeho potřeb, zájmů a možností. Další náplní práce aktivizačního pracovníka je plnit přání uživatele – zrealizovat menší nákupy, zajistit kvalitní naplnění volného času v pobytové službě nebo zařídit spojení mezi klientem a okolním světem. V neposlední řadě se snaží udržet klienta ve fyzické kondici, což zahrnuje posilování svalstva horních i dolních končetin, nácvik chůze či zajištění aspoň krátkého pobytu klienta na čerstvém vzduchu. Součástí těchto aktivit mohou být různá skupinová cvičení, dechová cvičení a snaha o udržení soběstačnosti i za pomoci kompenzačních pomůcek (Chrastina, Špatenková a Hudcová, 2020).

### 1.2.2 Kognitivní trénink

Kognitivního trénink podporuje rozvoj mozkových funkcí, jejich procvičování a aktivování. Mezi mozkové funkce řadíme paměť, pozornost a koncentraci, rychlost myšlení a porozumění informacím, exekutivní funkce, vyjadřovací schopnosti a porozumění řeči a v neposlední řadě prostorovou orientaci a vnímání. „*Cílem tréninku je zlepšit a co nejdéle udržet jednotlivé schopnosti klienta a zabránit vzniku problémů, které s poruchou jednotlivých funkcí souvisejí, nebo je aspoň omezit*“ (Dučaiová, Motyčková, Novotná a kol., 2018, s. 19).

### 1.2.3 Senzorická stimulace

Senzorická (také smyslová) stimulace si klade za cíl, jak z pojmu vyplývá, stimulovat aspoň jeden ze smyslů (zrak, sluch, hmat, chuť nebo čich). Je důležité tyto smysly stimulovat, jelikož pomocí nich se do centrálního nervového systému dostávají důležité informace z našeho okolí. Výbornou metodou na smyslovou stimulaci je metoda *Snoezelen* (Dučaiová, Motyčková, Novotná a kol., 2018). Malíková (2020) uvádí definici od International Snoezelen Association: „*Snoezelen produkuje pocit pohody a působí uvolnění, přivádí lidi do klidu, ale také je*

*aktivizuje, probouzí zájem, řídí a srovnává podněty, vyvolává vzpomínky, organizuje člověka, odebírá strach a přináší jistotu, vede člověka, navozuje a podporuje vztahy, jednoduše přináší radost.*“ (Malíková, 2020, s. 248).

#### **1.2.4 Pohybové aktivity**

Pravidelný pohyb nás udržuje v kondici, pomáhá udržovat svalové napětí a rozsah kloubů. Pohybem můžeme nejen zpomalit proces stárnutí svalstva, ale také tím můžeme ovlivnit svou míru soběstačnosti i své vnitřní pocity a myšlenkové pochody (Klevetová, 2017). Mezi nejčastější druhy pohybových aktivizačních činností můžeme zařadit skupinové cvičení, dechová cvičení či jógu. Do těchto druhů můžeme začlenit nejrůznější formy cvičení. Pro klienty v pobytových sociálních službách jsou vhodnější spíše pomalé a klidné formy pohybu jak celého těla, tak jeho částí. Jedná se o protahovací cviky či krouživé pohyby. Příjemným doprovodem může být hudba v pozadí, která by však neměla narušovat průběh cvičení. Důležité je si při cvičení uvědomovat pohyb a jeho funkci (Klevetová, 2017).

#### **1.2.5 Zooterapie**

Zooterapie (animoterapie) zaujímá ve speciálněpedagogické praxi výjimečné postavení. Je „výjimečná“ díky terapeutickému prostředku, kterou je jiná živá bytost než člověk, a to právě zvíře. Může jít o jakákoliv společenská zvířata. Pojmenování jednotlivých druhů terapií se odvíjí od toho, s jakým zvířetem se daná terapie provádí. Může jít například o felinoterapii (terapie s kočkami), ornitoterapii (terapie prostřednictvím ptáků), canisterapii (za pomoci psů) anebo hipoterapii (terapie s koněm). Právě poslední dvě zmíněné se v praxi používají nejčastěji (Valenta a Müller, 2009).

#### **1.2.6 Arteterapie**

Při arteterapii jde o využívání prostředků výtvarného umění, při kterém dochází k pozitivnímu působení na klientovo chování, myšlení, emoce a ostatní oblasti. Potměšilová (2013) uvádí definici Stibureka z roku 2000, který říká, že „*arteterapie je psychotherapeutická a psychodiagnostická disciplína, využívající k léčebným cílům formy a prostředky adekvátní uměleckým formám (v užším pojetí formám výtvarného umění, v širším i jiných uměleckých oborů)*“ (Stiburek, 2000, in Potměšilová, 2013, s. 8). Při využívání arteterapeutických metod nám nejde o estetickou stránku výsledku, ale spíše o proces tvorby a možnost vyjádření klienta v rámci komunikace (Potměšilová, 2013).

### 1.2.7 Muzikoterapie

Tento druh terapie patří mezi tzv. *expresivní terapie*, což znamená, že pracujeme s hudebními, dramatickými, výtvarnými či pohybovými prvky (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009). Muzikoterapie je metoda, která pracuje s hudebními prvky a pro léčebné účely využívá zvukové vibrace, které na klienta působí pozitivně a příznivě. Zvukovými vibracemi rozumíme nejen hudbu a zpěv, ale patří zde například i využívání přírodních zvuků (zpěv ptáků, šum větru, moře apod.), zvonkohra, bubnování apod. (Malíková, 2020). Světová federace muzikoterapie vydala v roce 1996 definici, která je akceptovaná na mezinárodní úrovni: „*Muzikoterapie je použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb*“ (Kantor, Lipský, Weber a kol. 2009, s. 27). Účinky muzikoterapie mají velmi široké spektrum, mezi ty nejvíce významné patří například příjemné a pozitivní posílení psychického stavu, dále pak příznivě působí na emoce klienta, navozuje vnitřní klid, zmírňuje některé fyzické problémy a celkově zklidňuje a stabilizuje klientův stav. Muzikoterapii můžeme tak využít jako sekundární prvek jiné terapie, kdy ji můžeme využít jako vyplnění zvukové kulisy při realizaci nějaké jiné činnosti či aktivity, musíme však dávat pozor, aby hudební podklad nepůsobil spíše rušivým dojmem a nenarušoval tak probíhající primární činnost (Malíková, 2020).

### 1.2.8 Reminiscenční terapie

Různí autoři používají pro tento druh aktivizace více pojmů. Někdo používá pojem *reminiscence*, jiný zase preferuje spíše označení *reminiscenční terapie* a někdy se tyto pojmy používají jako synonyma. Woods et al. (1992, in Janečková a Vacková, 2010) rozlišuje tyto dva pojmy, kdy *reminiscence* znamená vybavování si a vzpomínání na životní události klienta, které může probíhat nahlas či potichu a může se uskutečnit o samotě anebo s ostatními osobami. Za reminiscenční terapii je pak považován rozhovor mezi terapeutem a klientem o jeho dosavadním životě, o tom, co vše v životě prožil, jaké aktivity provozoval a jaké zkušenosti má, to vše s pomocí například starých fotografií, předmětů, filmů, dobových nástrojů a pomůcek nebo za pomoci hudby. Špatenková a Bolomská (2011) používají pojem *reminiscenční terapie s odůvodněním*, že toto označení vzbuzuje záměrnost využívání

vzpomínek a léčebný efekt této aktivity. Zároveň definují reminiscenční terapii jako „*proces, při kterém je ve skupinách podporováno vzpomínání na příjemné minulé události. Jako impuls k navození vzpomínání mohou sloužit staré fotografie, filmy, hudební nahrávky apod. a členové skupiny jsou podporováni v konverzaci týkající se těchto stimulů*“ (Goudie a Stokes, 1997, in Špatenková a Bolomská, 2011, s. 21).

## 2 OSOBY S CHRONICKÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

*Osoby trpící chronickým duševním onemocněním mohou často mít velké problémy se začlením se do společnosti a s fungováním v běžném životě, jsou často také umístováni do pobytových sociálních služeb. Druhá kapitola je proto věnována těmto osobám a jejich diagnózám zakládajících jejich chronické duševní onemocnění, a dále je v této kapitole rozpracována problematika pobytových služeb.*

### 2.1 Chronické duševní onemocnění

Co se týká definice duševního onemocnění, Národní zdravotnický informační portál uvádí definici podle Americké psychologické asociace (APA): „*duševní onemocnění neboli duševní porucha je stav vyznačující se narušením kognitivních funkcí a/nebo emocí, abnormálním chováním, narušeným fungováním ve společnosti nebo jakoukoli kombinací výše uvedeného.*“ (nzip.cz, 2023, online). Celkově je však pojem duševní onemocnění velice široký a zahrnuje „v sobě“ několik druhů různých onemocnění. Mohou být členěna například na organické a funkční, přičemž o organických poruchách se bavíme tehdy, pokud porucha vznikne v důsledku onemocnění či poškození mozku. Poruchy funkční jsou způsobeny porušením funkce CNS, osobnosti a sociální oblasti (Valenta a Müller, 2021). Vzhledem k empirické části této bakalářské práce nebude pozornost věnována všem druhům duševních onemocnění, ale bude se pracovat primárně s diagnózami schizofrenie, bipolární afektivní porucha a duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu.

#### 2.1.1 Klasifikace duševních poruch

##### a) 10. revize Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

V České republice se aktuálně používá ke klasifikaci onemocnění 10. revize Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). V této klasifikaci tvoří duševní poruchy samostatnou podkapitulu (oddíl) v dominující kapitole vymezené alfanumerickými kódy F00 až F99 (MKN-10, 2022). V této klasifikaci nalezneme symptomy, syndromy a diagnózy duševních onemocnění, včetně jejich průběhu a dopadu na život člověka (Probstová a Peč, 2014).

## **b) 11. revize Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů**

V květnu roku 2019 byla na 72. Světovém zdravotnickém zasedání schválena připravovaná 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která vstoupila v platnost 1. ledna 2022. Na překladu MKN-11 spolupracují odborníci z Ústavu dějin lékařství a cizích jazyků 1. LF UK a dokončení bylo naplánováno na konec roku 2022<sup>2</sup> (ÚZIS, 2023, online).

V anglické verzi 11. revize můžeme nalézt duševní onemocnění pod kódem 06 – „*Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*“ (ICD-11, 2023, online).

## **c) Diagnostický a statistický manuál duševních poruch**

V úvodu 5. revize DSM (2015) je uvedeno, že „*manuál je považován za základ při utváření a zvyšování reliability diagnostických kategorií a je uznáván Americkou psychiatrickou asociací i širokou vědeckou komunitou zabývajícími se duševními poruchami.*“ V manuálu jsou popsány jednotlivé druhy duševních poruch, včetně jejich diagnostických kritérií a případných doplňujících informací, které mají pomoci klinickým pracovníkům, pacientům, rodinám a výzkumníkům (DSM-5, 2015).

### **2.1.2 Schizofrenie**

„*Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou vyvinout určité kognitivní defekty*“ (MKN-10, 2022).

Doubek (2012, in Raboch, Pavlovský a kol., 2012) definuje schizofrenii jako „*závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného vnímat správně podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě*“. Schizofrenii můžeme zařadit mezi psychotická onemocnění neboli psychózy. „*Psychóza je závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale svým průběhem zasahuje hluboko do osobnosti pacienta a také do jeho vztahů s okolím, a to tím, že zásadně mění způsob, jakým člověk prožívá sám sebe, ostatní lidi a svět kolem sebe, v němž žije*“ (Doubek, 2012, in Raboch, Pavlovský a kol., 2012, str. 244).

---

<sup>2</sup> V době vypracovávání bakalářské práce nebyl dostupný český překlad, z tohoto důvodu jsou v práci využívány poznatky z MKN-10.



Klient trpící psychózou se dostává do světa halucinací, bludů a fantazií. V tomto světě je nemocný uzavřený, odtržen od druhých lidí a jejich realita se mu stává cizí (tamtéž).

V MKN-10 lze schizofrenii nalézt pod alfanumerickým kódem F20. Mahrová, Venglářová a kol. (2008), v souladu s MKN-10, rozlišují čtyři základní formy schizofrenie, a to paranoidní (F20.0), simplexní (F20.6), hebefrenní (F20.1) a katatonní (F20.2) formu schizofrenie. V MKN-10 dále najdeme ještě nediferencovanou (F20.3), reziduální schizofrenii (F20.5) a postschizofrenní depresi (F20.4). Nejčastější formou schizofrenie je schizofrenie paranoidní (Juričková, Ivanová a Filka, 2014).

Etiologie tohoto onemocnění je neznámá. V současnosti víme, že onemocnění má multifaktoriální příčiny vzniku. „*Vznik schizofrenie je v současné době popisován nejčastěji jako kombinace vzájemného působení biologických, psychologických a sociálních faktorů, které spolu vytvářejí dispozici k vlastnímu onemocnění*“ (Doubek, 2012, in Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 246).

Mezi základní znaky definující psychotické poruchy uvádí DSM-5 (2015) bludy, halucinace, dezorganizované myšlení, hrubě dezorganizované nebo katatonní chování a negativní příznaky (zploštělá emotivita a abulie – nedostatek vůle a motivace). Minimálně dva z těchto příznaků aktivní fáze musí být přítomno po dobu jednoho měsíce. Mezi další diagnostické kritérium patří pokles úrovně minimálně jedné běžné funkce, jako například pracovní výkon, péče o vlastní osobu nebo interpersonální vztahy. Pokud se potíže objevují již dříve než v dospělosti, můžeme si u těchto jedinců všimnout, že jedinec nedosahuje úrovně, která je od něj očekávána v oblasti personálních, studijních či pracovních dovedností (DSM-5, 2015). Všechna tato kritéria se musí projevovat po dobu minimálně šesti měsíců. Do tohoto období se zahrnují i prodromální nebo reziduální příznaky.

### **2.1.3 Bipolární afektivní porucha**

Bipolární afektivní poruchu zařazuje MKN-10 mezi afektivní poruchy neboli poruchy nálady, v MKN-10 se řadí pod alfanumerické kódy F30 – F39. „*U těchto poruch je základní porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě*“ (MKN-10, 2023).

V MKN-10 nalezneme bipolární afektivní poruchu pod alfanumerickým kódem F31. „*Porucha je charakterizovaná dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta výrazně narušena. Tato porucha tkví v tom, že za určitých okolností je patrná zvýšená*

*nálada, energie a aktivita (hypomanie anebo manie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese)*“ (MKN-10, 2023).

Porucha se projevuje střídáním dvou epizod – první z nich je manická epizoda a druhá je epizoda depresivní (Látalová, 2010).

Mezi základní příznaky *manické epizody* patří porucha nálady. Projevuje se povznesenou, podrážděnou či expanzivní náladou. Tyto pocity, které jsou abnormní pro daného člověka, trvají po dobu minimálně jednoho týdne (Látalová, 2010). Stejná autorka dále uvádí, že „*pacienti se během manické epizody cítí výborně, jak duševně, tak fyzicky. Nemají pocit, že by byli nemocní, když jim někdo naznačí, že jejich nálada není přiměřená, mohou reagovat podrážděně*“ (Látalová, 2010, s. 22). V době trvání této epizody nemají pacienti mnohdy potřebu spát, jíst ani pít, jindy naopak dokáže spořádat velké množství jídla (Novák a Lásková, 2016). Zvýšená je v této fázi chuť na cigarety a alkohol. Pacienti se cítí spokojeni, šťastní, mají pocit, že jim nic nechybí a že je celý svět v pořádku (Látalová, 2010). Národní zdravotnický informační portál do manické epizody řadí také zvýšené psychomotorické tempo, náhlé, časté, a ne vždy srozumitelné změny v tématu v rozhovoru, poruchy myšlení, bludy a halucinace, snížené sociální zábrany či zvýšené sexuální libido (nzip.cz, 2023, online).

*Hypománie* je mírnější a sociálně přijatelnější forma mánie. Tato epizoda se projevuje mírně povznesenou náladou a je zde typický nárůst energie a aktivity. Pacienti jsou sociabilní, hovorní, mají sníženou potřebu spánku. Výše popsané projevy nejsou tak výrazné, aby narušily pracovní schopnost či způsobovaly sociální izolaci (Látalová, 2010). Hranice mezi pojmy mánie a hypománie není úplně vyhraněná, je také možný přechod z jedné do druhé. „*Obě epizody mohou přejít také do deprese a naopak*“ (Novák a Lásková, 2016, s. 77). Kritéria této fáze musí trvat minimálně čtyři dny.

Poslední důležitou epizodou je fáze *deprese*. Látalová (2010, s. 28) ve své knize definuje depresivní epizodu jako fázi, která je „*charakteristická smutnou náladou, pocitem bezmoci a beznaděje, ztrátou životní energie, bezradností, neschopností se rozhodnout, pomalostí myšlení, útlumem motivace a přesvědčením, že nic nemá cenu.*“ Další typické pocity jsou pocity zoufalství, beznaděje a sklíčenosti. Pacient ztrácí zájem o činnosti a aktivity, které ho dříve bavily, nevidí žádný potenciál, věci, které ho dříve dělaly šťastným, ho již nenaplňují, jsou mu lhostejné, nedokáže se pořádně radovat. Dalším důležitým projevem je to, že si pacient je vědom toho, že je neschopný se radovat a těšit se z příjemností. Tento stav se nazývá *anhedonie*. Klienti bývají nadměrně spaví přes den, avšak ve ani ve spánku nenalézají odpočinek a klid, spánek je nekvalitní a noční spánek často končí předčasným probuzením v brzkých hodinách. Ve většině případů pacienti ztratili chuť k jídlu, což způsobilo úbytek jejich hmotnosti. Celá

tato epizoda trvá po dobu minimálně 14 dnů (Látalová, 2010). Deprese se dále dělí na tři fáze, a to na lehkou, střední a těžkou depresivní fázi. Lehká fáze se vyznačuje spíše lehkými projevy výše zmíněných příznaků, fungování v běžném životě vyžaduje více úsilí a energie. Pro střední fázi jsou typické projevy depresivně melancholické nálady, avšak neprojevují se úplně všechny zmíněné, výrazně zasahují do běžného života a znesnadňují pacientovi normálně fungovat. Těžká fáze je charakteristická výraznou formou depresivně melancholické nálady, pacient často trpí „smrtnou“ únavou a beznadějí (Novák a Lásková, 2016).

#### **2.1.4 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu**

Tento typ poruchy se podle MKN-10 řadí mezi duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10-F19), přičemž poruchu způsobenou užíváním alkoholu najdeme pod alfanumerickým kódem F10. Babiaková a Akrmannová (2005, in Marková, Venglářová a Babiaková, 2005, s. 212) uvádějí, že *„poruchou způsobenou užíváním psychoaktivních látek je každá duševní nebo behaviorální porucha, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda jsou nebo nejsou předepsány lékařem.“* Psychoaktivními látkami se rozumí látky, jejichž užívání může vyvolat závislost, a to jak psychickou, jak fyzickou. Psychická závislost se projevuje nutkáním požit drogu za účelem navození radostného stavu či k zabránění nepříjemným pocitům, jako je například snížení nálady, úzkosti či agresivity nebo naopak apatickým stavům, pokud látku nepřijmou. Fyzickou závislost poznáme podle nepříjemných pocitů v těle projevující se třesem, záchvaty, bolesti či křečemi. Ve většině případů přetrvává psychická závislost déle než závislost fyzická (Babiaková a Akrmannová, 2005, in Marková, Venglářová a Babiaková, 2005).

Obecně lze určit stavy, které jsou spojené s užíváním psychoaktivních látek. Patří mezi ně akutní intoxikace, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotická porucha, amnestický syndrom a reziduální stav (Popov, 2012, in Raboch, Pavlovský a kol., 2012).

Dlouhodobým nadměrným užíváním alkoholu může vzniknout tzv. alkoholová demence. Na vzniku tohoto druhu demence se podílí řada různorodých faktorů. Mimo již zmíněné nadměrné užívání alkoholu je to nesprávná životospráva, která způsobuje nedostatek příjmu kalorií, bílkovin a vitamínů, dále pak onemocnění jater a ledvin či úrazy mozku (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009). I když je tento typ demence často opomíjen, tímto typem demence trpí odhadem až 1 z 10 osob, které jsou závislé na alkoholu (Pidrman, 2007).

## 2.2 Pobytové sociální služby

Informace o sociálních službách v obecné rovině poskytuje zejména zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (dále jen „zákon o sociálních službách“). Tento zákon má dva základní cíle. Prvním cílem je „zabezpečení sociální péče všem osobám, které ji nezbytně potřebují“, druhým pak je „sjednat nápravu deformovaných právních vztahů mezi státem, poskytovateli sociálních služeb a především jejich uživateli“ (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011, s. 16). Vznik tohoto zákona přinesl velmi zásadní změny. Před rokem 1989 systém sociální péče v naší zemi sice existoval, problémem však bylo, že hlavní prioritou bylo zajištění péče na úkor respektování lidských práv a důstojnosti klientů sociálních služeb. Osoby, které byly závislé na pomoci druhých, byly nejčastěji umísťovány do zařízení ústavního typu, kde jim častokrát byl omezován pohyb, klienti také museli opustit své přirozené prostředí a často stáli na okraji společnosti a byli od ní izolováni (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011). Na základě tohoto nevhodného přístupu k osobám, které potřebují využívat sociální služby a vyžadují adekvátní podporu, vznikl zákon o sociálních službách, který „vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli, založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, důsledně individuálním přístupu, na úsilí o nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí ze společnosti“ (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011, s. 16). Sociální služby se poskytují ve třech formách – terénní, ambulantní a pobytové. Ve práci bude věnována pozornost právě poslední zmíněné formě.

Pobytové služby definuje §33 odst. 2 výše zmíněného zákona jako „*služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb.*“

### 2.2.1 Transformace pobytových sociálních služeb

V Evropě se otázky vývoje humanizace společnosti a antidiskriminace začaly řešit již po skončení 2. světové války. V České republice se kvůli totalitnímu režimu řešení opozdilo o několik desetiletí a více se o tomto tématu začalo diskutovat až po sametové revoluci v roce 1989. Od 70. let 20. století se země, které jsou součástí dnešní Evropské unie, začaly zabývat deinstitucionalizací a podporou práva žít v přirozené komunitě pro všechny občany (Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb, 2007).

*„Na základě usnesení ze dne 21. února 2007 byl vládou ČR pod č. 127 přijat materiál ‚Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do*

*společnosti*‘, jehož hlavním cílem je podpořit a usnadnit cestu poskytovatelům i zřizovatelům pobytových služeb v přirozeném procesu humanizace sociálních služeb“ (MPSV, 2023, online). V této koncepci se reaguje na vývoj v sociálních službách jak v České republice, tak i v zahraničních státech Evropské unie. Pokud posoudíme vývoj v České republice, můžeme si všimnout, že někteří poskytovatelé služeb již velice brzy přistoupili k jednotlivým krokům, které vedly k poskytování individualizovaných a humanizovaných služeb v přirozeném prostředí uživatele (Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb, 2007). Jestliže bychom chtěli shrnout to, co to transformace je, můžeme říct, že jde o „cestu přirozeného vývoje vycházejícího z požadavků odborníků, uživatelů, jejich rodin i samotných poskytovatelů“ (Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb, 2007). Stanovené cíle a opatření, které jsou obsaženy v koncepci, nemají vést k transformaci samotné, ale jejich úkolem je podpořit poskytovatele služeb, kteří se rozhodnou změny provést. Hlavním cílem transformace je „podpora těch poskytovatelů sociálních služeb, jejichž zájmem je nabízet vysoce kvalitní služby na odborné úrovni“ (MPSV, 2007 in Juríčková, Ivanová a Filka, 2014).

Čámský, Sembdner a Krutilová (2011) rozumí pojem deinstitucionalizace v sociálních službách „přechod od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí“. Jde o dlouhodobý proces, jehož výsledkem by měla být individualizovaná podpora života v komunitě a odklon od komplexní dlouhodobé péče v pobytových službách (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011).

„Pojem transformace sociálních služeb v ČR představuje proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách“ (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011, s. 12). Ve zkratce lze říci, že jde o proces, při kterém dochází k přechodu od péče v pobytových službách ke službám komunitního typu. Může se jednat např. o podporu samostatného bydlení, o služby chráněného bydlení, osobní asistence či podporované zaměstnávání.

V koncepci jsou zmíněny i zkušenosti ze zahraničí. Vzhledem k národním zvyklostem či ekonomické situaci dané země jsou obecné trendy konfrontovány. Dále lze vidět, že v evropských zemích se liší přístup k procesu změn v oblasti sociálních služeb.

### **2.2.2 Domov se zvláštním režimem**

V České republice jsou domovy se zvláštním režimem ukotveny v zákoně o sociálních službách, a to v §34 odst. 1 písm. f). Posláním domova se zvláštním režimem je podle §50

odst. 1 poskytování „pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“

Poskytovatelé služby podle § 50 odst. 2 výše zmíněného zákona o sociálních službách poskytují tyto základní činnosti:

- a) „poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

Základní činnosti jsou ty, které musí poskytovatel dané služby klientovi poskytovat. Tyto základní činnosti jsou více specifikovány ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., vyhlášce, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. V druhé části výše zmíněné vyhlášky jsou v §16 popsány úkony, které jsou zahrnuty do základních činností. Úkony v domovech se zvláštním režimem jsou totožné s úkony, které se provádějí v domovech pro seniory (§15).

V únoru roku 2023 bylo v registru poskytovatelů sociálních služeb zaregistrováno 400 poskytovatelů služby domova se zvláštním režimem. V roce 2011 byl podle MPSV ČR počet lůžek v domovech se zvláštním režimem 10 022, v roce 2021 se jejich počet zdvojnásobil na 22 896. Nedostatek volných míst v těchto službách je však dlouhodobým problémem. Například v roce 2015 bylo odmítnuto 12 680 žádostí o poskytnutí služby (MPSV, 2016, online).

## 3 EMPIRICKÁ ČÁST

### 3.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem práce bylo *zjistit, analyzovat a popsat zkušenosti klientů DZR s nabízenými volnočasovými aktivizačními činnostmi a aktivizačních pracovníků s poskytováním aktivizačních činností.*

#### 3.1.1 Výzkumné otázky

**Hlavní výzkumná otázka:** Jaké jsou zkušenosti klientů a aktivizačních pracovníků v DZR s aktivizačními činnostmi?

**Dílní výzkumné otázky:**

1. Jaká je motivace pro účast klientů na aktivitách?
2. Jak lze definovat faktory ovlivňující účast klientů na aktivitách?
3. Jakými zkušenostmi a příp. vyjádřenými problémy disponují zúčastnění v rámci poskytování aktivizačních činností?

## 3.2 Metodologický rámec

Pro výzkum v bakalářské práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Švaříček, Šed'ová a kol. (2007) definují kvalitativní výzkum po zohlednění všech důležitých rysů jako „*proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu*“ (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 17). Výzkumník se tedy za pomoci několika postupů a metod snaží odhalit a prezentovat to, jak osoby rozumí, prožívají a vytvářejí sociální realitu (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Jako design výzkumu byla zvolena případová studie, konkrétně pilotní vícepřípadová studie. V odborné literatuře nenajdeme mezi autory shodu v definici případové studie, lze však říct, že případová studie je „*empirickým designem, jehož smyslem je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málu případů*“ (Sedláček, 2007, in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 97). Yin (2003, s. 13-14) se zaměřuje na další charakteristiky případové studie jako výzkumné strategie. První charakteristikou je, že „*případ jako předmět případové studie je integrovaný systém s vymezenými hranicemi (prostorové i časové)*, druhou je „*zkoumání sociálního jevu se děje vždy v reálném kontextu, za co možná nejpřirozenějších podmínek výskytu jevu*“, a poslední zmíněnou charakteristikou je to, že „*pro získání relevantních údajů jsou využívány veškeré dostupné zdroje i metody sběru dat*“ (Yin, 2003, in Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 97-98). Pokud bychom chtěli všechny tyto charakteristiky shrnout do jednoho celku, lze říct, že jádrem všeho je vždy samotný případ a jeho atributy.

Vícepřípadová studie zkoumá podle Chrastiny (2019) minimálně dva případy. Při celém procesu sběru dat a hlavně při vyhodnocování je důležité „*pamatovat na to, aby zdroje dat pocházejících z/od různých případů byly, pokud možno, shodně srovnatelné, přestože se jednotlivé případy mohou až diametrálně lišit v jejich povaze a hloubce*“ (Crowe et al., 2011, in Chrastina, 2019).

## 3.3 Technika při sběru dat

Hlavní technikou sběru dat byl zvolen kvalitativní rozhovor, konkrétně polostrukturovaný rozhovor doplněný projektivními technikami, které jsou popsány níže.

Při kvalitativních rozhovorech provádí výzkumník rozhovory tváří v tvář, telefonické rozhovory, rozhovory s účastníky ve skupině nebo za pomoci emailu a internetu (Creswell a Creswell, 2018).



### 3.3.1 Polostrukturovaný rozhovor

Technika polostrukturovaného rozhovoru je jednou z častých technik sběru dat v rámci kvalitativního výzkumu. Techniku rozhovoru lze však běžně použít i u výzkumů v rámci kvantitativní výzkumné strategie. Rozdíl je v účelu a v podobě. V případě kvalitativního výzkumu je cílem polostrukturovaného rozhovoru získat co nejvíce detailní a souhrnné informace o zkoumaném jevu. „Oproti tomu“ stojí kvantitativní přístup, jehož účelem je ve standardizovaném strukturovaném rozhovoru položit dotazovaným několik identických otázek ve stejném pořadí (Švaříček, Šedřová a kol., 2007).

Rozhovor s aktivizačními pracovníci sestával ze šesti otevřených otázek, které byly v případě potřeby doplněny dalšími otázkami týkající se hlavní otázky.

### 3.3.2 Projektivní techniky

Projektivní techniky se využívají především v psychologických výzkumech nebo v psychiatrii. Jsou to metody, postupy a techniky, které „*pomáhají odhalit postoje, motivy, názory a potřeby, které člověk nepřímou vkládá do svých výtvorů, produktů a odpovědí*“ (Čábalová, 2011, s. 111). Užitím takto koncipovaných postupů jsou odkrývány aspekty osobnosti, které si člověk ani neuvědomuje, a to na základě verbálních a vizuálních podnětů. Pro účely bakalářské práce byla použita technika nedokončených vět, která se řadí do tzv. doplňovacích technik (Čábalová, 2011).

Pro klienty bylo připraveno sedm nedokončených vět, které byly sestaveny tak, aby jim klienti co nejlépe porozuměli.

Konkrétně se jednalo o nedokončené věty uvedené v tabulce 1.

1. Když mám možnost se v rámci Domova zúčastnit nějaké aktivity, vyvolává to ve mně **pocit** .....
2. V rámci jednoho týdne se většinou **zúčastním** ..... aktivit.
3. V Domově bych si **přál/a** do programu aktivit zařadit také .....
4. Aktivit **se zúčastňuji z důvodu** .....
5. Kdybych si měl/a vybrat, která z aktivit mě **nejvíce baví**, bylo by to .....
6. Pokud se nějaké aktivity **neúčastním**, je to proto, že .....
7. Díky aktivitám, kterých se účastním v Domově, jsem se **naučil/a** .....

Tabulka 1 - Nedokončené věty

### 3.4 Způsob zpracování dat

Během rozhovorů byly průběžně zapisovány poznámky a získané informace od účastníků výzkumu. Rozhovory byly také, po předchozí domluvě a souhlasu, nahrávány na diktafon a poté byly přepsány do tabulek. Následně byly rozhovory analyzovány prostřednictvím otevřeného kódování rozpracovány do témat, kategorií a kódů. Pro lepší orientaci bylo vše zpracováno do tabulek, které jsou součástí empirické části práce.

Získané poznatky v empirické části této práce jsou rozpracovány do čtyř témat za pomoci postupů otevřeného kódování. Kódování je podle Chrastiny (2019, s. 194) „*považováno za elementární postup zpravidla ve všech analytických postupech.*“ Kategorie byly vytvořeny podle *metody vytváření trsů*. Tato metoda byla zvolena, jelikož slouží k seskupování získaných informací do skupin podle určitých jevů, případů a podobností (Miovský, 2009). „*Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do určité skupiny (trsů) je asociováno v s určitými opakujícími se znaky*“ (Miovský, 2009, s. 221). Takto bylo postupováno i v rámci této práce. Výsledky výzkumu jsou zpracovány v souladu s užitou tematickou analýzou. Eger a Egerová (2022) považují tematickou analýzu za „*jednu ze základních a v současné době stále častěji uplatňovaných metod analýzy kvalitativních dat*“ (Eger a Egerová, 2022, s. 212). Tato metoda se využívá k „*identifikaci, analýze a interpretaci vzorců/témat v souboru kvalitativních dat a která zahrnuje proces od systematického kódování až po vytvoření témat*“ (Braun a Clarke, 2021, in Eger a Egerová, 2022, s. 212).

### 3.5 Výzkumný soubor

Pro účely bakalářské práce byla zvolena strategie účelového výběru vzorku. V případě případové studie je vymezen ještě zvláštní typ účelového výběru, a to výběr cílený.

Účastníci výzkumu byli osloveni autorkou práce již během konání její souvislé praxe ve 2. ročníku studia, jelikož svou praxi vykonávala právě v tomto vybraném domově se zvláštním režimem. Vedení již v té době souhlasilo s realizací sběru dat pro potřeby budoucí bakalářské práce. Autorka práce zařízení znovu oslovila na začátku roku 2023, zda je možnost sběru dat v jejich domově stále možná. Po emailové komunikaci s ředitelem organizace a následném telefonickém hovoru s vedoucí pracovníků v sociálních službách byla domluvena schůzka

v Domově<sup>3</sup> o možnostech povést sběr dat s pomocí určených strategií. Jelikož byla jedna z aktivizačních pracovníků v pracovní neschopnosti, avšak klienty velmi dobře zná, proběhl sběr dat pomocí emailové komunikace.

Pro vytvoření zkoumaného souboru byla stanovena kritéria tak, aby byly získané informace co nejpříznivější a nejvíce odpovídaly stanovenému cíli.

Při výběru klientů bylo jedním z hlavních kritérií to, aby byli klienty Domova (z důvodu zachování anonymity nebude v práci jmenován), a to po dobu minimálně tří měsíců, jelikož za tuto dobu už by měl být klient dostatečně adaptován na chod Domova. Dalším z kritérií bylo to, aby bylo klientovi diagnostikováno jedno z onemocnění popsaných v bakalářské práci (tj. schizofrenie, bipolární afektivní porucha nebo duševní onemocnění způsobené nadměrným užíváním alkoholu). Posledním kritériem byla aktivní účast na nabízených volnočasových aktivizačních činnostech.

Co se týká výběru aktivizačních pracovníků, kritériem bylo, aby pracovaly v Domově, ve kterém pobývají vybraní klienti.

Konečný výzkumný soubor se skládal ze čtyř klientů a dvou aktivizačních pracovníků Domova. Všechny účastníky výzkumu autorka práce již znala a pro výběr klientů autorka využila i zkušenosti ze své praxe a doporučení ze strany pracovníků Domova, kteří klienty znají více, resp. delší dobu. Jednalo se o tři muže a jednu ženu z řad klientů, a co se týká aktivizačních pracovníků, jednalo se o dvě ženy. Nejmladšímu účastníkovi z řad klientů bylo 65 let, nejstaršímu bylo 71 let. Pro lepší orientaci jsou informace o účastnících výzkumu zpracovány do tabulek 2 a 3.

---

<sup>3</sup> Je-li v textu uveden „Domov“ s velkým počátečním písmenem, jedná se o konkrétní DZR, ve kterém autorka bakalářské práce sbírala data pro zpracování empirické části bakalářské práce.

<b>Klient</b>	<b>Zkratka</b>	<b>Diagnóza</b>
Klient 1	K1	Poruchy způsobené užíváním alkoholu
Klient 2	K2	Poruchy způsobené užíváním alkoholu
Klientka 3	K3	Bipolární afektivní porucha
Klient 4	K4	Schizofrenie

*Tabulka 2 – přehled zúčastněných klientů*

<b>Aktivizační pracovnice</b>	<b>Zkratka</b>	<b>Jak dlouho pracuje v DZR</b>
Aktivizační pracovnice 1	AP1	1,5 roku
Aktivizační pracovnice 2	AP2	10 let

*Tabulka 3 - přehled zúčastněných aktivizačních pracovnic*

### 3.6 Limity studie

Každý kvalitně zpracovaný výzkum by měl také obsahovat také limity studie. Tyto limity obsahují možné faktory, které by určitým způsobem mohly ovlivnit výsledky studie, výzkumu. Limity je možno popsat ze čtyř perspektiv, a to ze strany výzkumníka, ze strany případů, limit na straně užitého metodologického rámce a posledním je na straně zkoumané, studované a vědecké reality (Chrastina, 2019).

Mezi limity na **straně výzkumníka** patří, že se jedná o první zkušenost autorky s realizací kvalitativního výzkumu v takovém rozsahu, a tudíž jsou její znalosti o této problematice a zejména výzkumné zkušenosti omezené. Dalším limitem může být také to, že autorka již měla s klienty vytvořený určitý vztah, a tak by mohlo dojít ke zkreslení vnímání výsledků.

Limity ze **strany případů** mohou vycházet z jejich aktuálního zdravotního stavu a celkového rozpoložení (jedná se o klienty s duševním onemocněním). Právě vzhledem k jejich diagnózám může dojít ke zkreslení vnímání reality a klienti tak nemusí odpovídat úplně pravdivě a přiléhavě.

Ze **strany zkoumané, studované a vědecké reality** nebyly pro tuto práci vymezeny žádné limity.

Všechny vymezené limity jsou přehledněji zpracovány v tabulce 4.

Limity na straně výzkumníka	<ul style="list-style-type: none"> <li>• První zkušenost autorky s realizací kvalitativního výzkumu a z toho vyplývající omezené znalosti</li> <li>• Zkreslení vnímání výsledků</li> </ul>
Limity na straně případů	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktuální zdravotní stav klientů a jejich rozpoložení</li> <li>• Zkreslení vnímání reality a nepravdivé odpovědi</li> </ul>
Limity na straně zkoumané, studované a vědecké reality	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nebyly vymezeny žádné limity</li> </ul>

Tabulka 4 - Limity studie

### 3.7 Etické aspekty

V rámci výzkumu je nutno vždy dodržovat etické aspekty. Ty hrají v rámci studie velice důležitou roli. Během průběhu výzkumu byly dodrženy zejména aspekty, které ve své publikaci uvádí Hendl (2008).

V otázce dodržení **soukromí** účastníků výzkumu byli všichni ujištěni o zachování anonymity. Jména jak klientů, tak pracovníků v práci nejsou zmíněna a jsou nahrazena zkratkami. Také v práci není uveden přesný název zařízení, ve kterém byl výzkum proveden.

**Informovaný souhlas** je rovněž důležitým etickým aspektem v rámci provádění výzkumu. V příloze této bakalářské práce je uveden vzor, který byl použit. Kvůli zachování anonymity jsou však originály uschovány u autorky práce po dobu nezbytně nutnou a po úspěšném dokončení a obhajobě práce budou odstraněny. Všichni účastníci byli ještě před rozhovorem znovu informováni ústní formou o účelech práce a ujištěni o zachování anonymity. I z jejich strany přišel ústně vyjádřený souhlas.

Dalším etickým aspektem je dle Hendla (2008) zajištění **emočního bezpečí**. V rámci kvalitativního rozhovoru je možné, že se v jeho průběhu narazí na téma, které může být pro respondenta citlivé. Je proto důležité sdělit všem účastníkům, že mají možnost rozhovor kdykoliv přerušit a dát jim prostor pro to se uvolnit (Hendl, 2008).

**Zatajení cílů a okolností výzkumu.** V tomto aspektu nebylo nutné účastníkům cokoli tajit. Všichni účastníci byli seznámeni s cíli a povahou spolupráce.

Co se týče **reciprocity**, během bádání může výzkumník nabýt pocitu, že musí účastníkům jejich ochotu určitým způsobem oplatit, nějak na ni reagovat, a to z důvodu, že během výzkumu

mohou autor a účastník výzkumu navázat bližší vztah. Je proto důležité zachovat si nezávislý pohled na věc a svými získanými poznatky pouze pomoci k určité iniciaci.

Na konec je důležité zmínit samozřejmou a snad nejdůležitější věc – „výzkum nesmí ohrozit tělesné nebo psychické zdraví zkoumaných jedinců“ (Hendl, 2008).

## **3.8 Průběh a realizace výzkumu**

Výzkumná část byla realizována během jednoho dne, kdy si autorka práce domluvila návštěvu Domova. Jelikož je pro klienty lepší, když se vše koná v co nejvíce přirozených podmínkách, dotazování bylo uskutečněno během denního programu podle toho, v jakých podmínkách se klient cítil nejlépe.

### **3.8.1 Klient 1**

K1 je 67 let, v Domově pobývá 3. rokem a trpí onemocněním tzv. alkoholová demence. Od pohledu je to sympatický pán, který rád komunikuje, je společenský. V Domově je dle jeho slov velmi spokojený. Má velký strach ze samostatné chůze venku a celkově si je hodně nejistý. Je medikován, čímž se udržuje jeho stav stabilní. Rád se zajímá o dění ve společnosti. Proces sběru dat probíhal u něj na pokoji v době po obědového klidu, klient však s přítomností výzkumnice souhlasil a byl rád, že se kolem „něj něco děje“. Klient byl obeznámen s účelem setkání a byl ujištěn o zachování anonymity. Se vším klient souhlasil a neměl s ničím problém. Ve svých osobních cílech má uvedeno, že si přeje chodit každý týden do místního obchodu v doprovodu pracovníka na nákup a jednou za měsíc by si přál jet na větší nákup do města se svou klíčovou pracovnící. Odpovědi K1 jsou zaznamenány v tabulce 5.

## Odpovědi K1:

1. Když mám možnost se v rámci Domova zúčastnit nějaké aktivity, vyvolává to ve mně **pocit zvědavosti**.
2. V rámci jednoho týdne se většinou **zúčastním 4** aktivit.
3. V Domově bych si **přál/a** do programu aktivit zařadit také cvičení jógy, jelikož když jsem byl mladší, hrozně rád jsem chodil na jógu a uklidňovalo mě to, mám však strach, že už bych to vzhledem ke svému stavu nezvládl. Taky bych chtěl jezdit více na výlety, například do Olomouce nakupovat nebo se podívat na nějaký hrad nebo zámek, jelikož rád poznávám nová místa a baví mě historie.
4. Aktivit **se zúčastňuji z důvodu** toho, že jsem rád, když se něco nového naučím a když vidím nějaký výsledek a vím, že za to něco dostanu.
5. Kdybych si měl/a vybrat, která z aktivit mě **nejvíce baví**, bylo by to bingo nebo skupinové cvičení.
6. Pokud se nějaké aktivity **neúčastním**, je to proto, že mám strach, už si v hodně věcech nevěřím nebo jsem unavený.
7. Díky aktivitám, kterých se účastním v Domově, jsem se **naučil/a více komunikovat a začlenit se mezi ostatní členy našeho Domova.**

Tabulka 5 - Odpovědi K1

Během rozhovoru K1 doplnil ještě další informace. Zmínil se například, že mu aktuálně chybí nákupy v místním obchodě, jelikož je z důvodu nemoci již měsíc zavřený. Dále se moc rád účastní aktivit na procvičení paměti, vzpomínal například na aktivitu, kdy museli klienti dokončit přísloví a říct jeho význam. Když byl klient dotázán, zda je s něčím v Domově nespokojený, jeho odpověď byla „*se vším jsem naprosto spokojen, na nic si nemůžu stěžovat*“.

### 3.8.2 Klient 2

K2 je 65 let, klientem Domova je od roku 2017 a je u něj diagnostikována duševní porucha způsobená užíváním alkoholu. K2 je spíše samotářský, většinu dne tráví venku v altánku nebo se prochází po vesnici. Hrozí u něj nebezpečí bludů a halucinací po požití alkoholu a také je u něj riziko epileptického záchvatu. Klient je samostatný, většinu záležitostí běžného dne zvládá sám. Je nutné jej aktivovat a zaměstnávat. Do aktivit se však většinou zapojovat nechce. Dotazování bylo provedeno na pokoji klienta, jelikož přišel zrovna ve chvíli, kdy končil rozhovor s K1. Klient byl dotázán, zda mu nevádí, když bude odpovídat na pár

otázek. Vůbec mu to nevadilo, a tak byl seznámen s účelem setkání a ubezpečen o zachování anonymity. K2 s ničím neměl problém a se vším souhlasil. V osobních cílech K2 je uvedeno, že mezi jeho přání patří jezdit na kole a pohybovat se. To se plní tím způsobem, že jsou klientovi umožněny procházky po obci i mimo ni, dále se může účastnit skupinového cvičení a na pokoji má umístěný rotoped. V tabulce 6 jsou zapsány odpovědi K2.

### Odpoředi K2:

1. Když mám možnost se v rámci Domova zúčastnit nějaké aktivity, vyvolává to ve mně **pocit svobody**.
2. V rámci jednoho týdne se většinou **zúčastním 2** aktivit.
3. V Domově bych si **přál/a** do programu aktivit zařadit také cokoliv, co se týče aut, jelikož jsem vyučený automechanik, auta jsou moje záliba a rád bych se tomu více věnoval.
4. Aktivit **se zúčastňuji z důvodu**, protože se rád hýbu, chodím na delší procházky po vesnici a chci se udržet v kondici.
5. Kdybych si měl/a vybrat, která z aktivit mě **nejvíce baví**, byla by to procházka do obchodu a společné cvičení.
6. Pokud se nějaké aktivity **neúčastním**, je to proto, že o ní nevím anebo proto, že chci být raději sám a nechci být ve společnosti ostatních lidí. Nebo někdy nevidím smysl, proč bych se měl aktivity zúčastnit.
7. Díky aktivitám, kterých se účastním v Domově, jsem se **naučil/a co dělat, když mě třeba bolí záda**, a to díky skupinovému cvičení.

Tabulka 6 - Odpovědi K2

Během sezení bylo na K2 vidět, jak se „rozzářil“ při povídání si o autech. Vyprávěl, jak kdysi jezdil s kamionem po celém světě. Celkově bylo vidět, že je rád, že si může popovídat s někým jen sám, kdo si ho vyslechne a nebude ho přerušovat. Během rozhovoru byl autorkou seznámen s možností ozdobit si velikonoční vajíčko ve společenské místnosti. Tato informace pro něj byla novinkou, a tak byl za ni rád a zmínil se, že se činnosti nejspíše zúčastní.



### 3.8.3 Klientka 3

K3 je věku 67 let, v Domově je klientkou již 7 let a její diagnóza je bipolární afektivní porucha. U klientky hodně záleží na jejím aktuálním psychickém stavu. Většinu času bývá hodně depresivní, neustále si na něco stěžuje a není s ničím spokojená. Je často agresivní, hlavně slovně. Pokud je však v dobrém rozpoložení, bývá přátelská, zajímá se o dění v okolí a vtipkuje. Je nutné ji zaměstnávat a také hodně chválit. Mezi její záliby patří hlavně kreslení, její výtvary jsou vystaveny v prostorech Domova. Hrozí u ní riziko epileptického záchvatu. Dotazování bylo provedeno během procházky s autorkou práce po odpoledním klidu, jelikož se klientka ráda prochází, avšak v chůzi si není moc jistá. K3 byla v ten den pozitivně naladěná, ráda si povídala. Klientka byla seznámena s účelem rozhovoru a byla ubezpečena o zachování anonymity. Se vším souhlasila. Klientka si v osobních cílech přeje hlavně být v pohodě a v klidu. Plní se to prostřednictvím relaxace při kreslení na pokoji a účasti na aktivizačních činnostech. Odpovědi Klientky 3 jsou zaznamenány v rámci tabulky 7.

#### Odpovědi K3:

1. Když mám možnost se v rámci Domova zúčastnit nějaké aktivity, vyvolává to ve mně **pocit uklidnění a uspokojení**.
2. V rámci jednoho týdne se většinou **zúčastním 1** aktivity.
3. V Domově bych si **přál/a** do programu aktivit zařadit také více duchovních akcí, častější návštěvy kostelů.
4. Aktivit **se zúčastňuji z důvodu** zlepšování mého stavu a uklidnění mé mysli.
5. Kdybych si měl/a vybrat, která z aktivit mě **nejvíce baví**, bylo by to hraní binga a kreslení či vytváření.
6. Pokud se nějaké aktivity **neúčastním**, je to proto, že se mi nechce nebo nevidím důvod, proč bych se účastnit měla.
7. Díky aktivitám, kterých se účastním v Domově, jsem se **naučil/a lépe snášet své stavy**.

Tabulka 7 - Odpovědi K3

V průběhu procházky klientka mluvila i o jiných tématech, než na které byla dotazována. Zmínila se například, že je věřící a že se moc ráda účastní mše a zpovědí, které jsou v Domově organizovány jednou měsíčně. Při procházce ukázala i své znalosti o přírodě a rostlinách. Zmínila se i o její oblíbené aktivitě, kterou je kreslení. Říkala, že když se v noci

vzbudí a nemůže spát, sedne si ke stolu a jde si malovat. Když byla dotázána, proč to dělá, její odpověď byla: „*protože mě to uklidňuje*“.

### 3.8.4 Klient 4

Poslední z účastníků, K4, je ze všech dotazovaných nejstarší, je mu 71 let, v Domově pobývá již od jeho založení v roce 2013 a jeho diagnózou je schizofrenie. K4 je hodně společenský, komunikativní, jeho onemocnění mu však znesnadňuje fungování ve společnosti. Dále trpí sluchovými halucinacemi. Hrozí u něj riziko agrese jak vůči klientům, tak vůči personálu. Klient má bludy – myslí si, že mu po zádech chodí andělé, a proto chodí v hlubokém předklonu, povídá si s nimi, zadává jim úkoly atd. Nesmí se mu vyvracet slyšivé hlasy v hlavě a taky se mu nesmí odporovat. Je nutné jej neustále chválit a povzbuzovat. Je pod vlivem léků, které tlumí některé projevy jeho onemocnění. Jeho myšlení ovlivňují bludy, nedokáže se plně soustředit. Dotazování bylo provedeno ve společenské místnosti, ve které tráví klient nejvíce času a má tam své oblíbené místo. Klient byl obeznámen s účelem našeho setkání a byl ujištěn o zachování anonymity. Informace získané od K4 jsou zpracovány v tabulce 8.

#### Odpovědi K4:

1. Když mám možnost se v rámci Domova zúčastnit nějaké aktivity, vyvolává to ve mně **pocit úlevy, že mohu být s ostatními a nejsem na světě sám.**
2. V rámci jednoho týdne se většinou **zúčastním 2** aktivit.
3. V Domově bych si **přál/a** do programu aktivit zařadit také **diskotéku s mojí oblíbenou kapelou nebo nějaké společenské večery.**
4. Aktivit **se zúčastňuji z důvodu** zábavy a vyplnění svého volného času. A taky proto, **že mi za účast z toho vždycky „něco kápne“.**
5. Kdybych si měl/a vybrat, která z aktivit mě **nejvíce baví**, bylo by to **společné povídání si v pánském klubu a hra bingo.**
6. Pokud se nějaké aktivity **neúčastním**, je to proto, že **v tom nevidím žádný smysl a nebaví mě to. Občas se raději jen koukám.**
7. Díky aktivitám, kterých se účastním v Domově, jsem se **naučil/a třeba lépe vnímat své tělo, jelikož s tím mívám problémy.**

Tabulka 8 - Odpovědi K4

Klient byl během rozhovoru roztěkaný, bylo těžké udržet jeho pozornost a také bylo těžké jej namotivovat k tomu, aby mluvil k tématu. Často odbíhal úplně k něčemu jinému, mluvil zcestně a šlo vidět, že „za něj jedná jeho nemoc“. Například během rozhovoru začal výzkumnici nabízet, že ji sežene kamion přes svého kamaráda. Jelikož jej už však výzkumnice znala, věděla, že tuto informaci nemůže brát vážně. Celý proces tohoto rozhovoru byl velice náročný.

### 3.8.5 Aktivizační pracovnice 1

S AP1 proběhl rozhovor v průběhu celého dne, jelikož výzkumnice nechtěla narušovat chod Domova. Během odpoledního klidu po obědě si však AP1 našla více času, a proto schůzka nakonec proběhla v kuchyňce pro pracovníky Domova. Během rozhovoru panovala příjemná atmosféra, aktivizační pracovnice ochotně odpovídala na připravené otázky a vždy je o něco navíc doplnila. AP1 byla seznámena s účely výzkumu a se zachováním anonymity. Se vším ochotně souhlasila a neviděla v ničem problém. Její odpovědi jsou zahrnuty v tabulce 9.

#### Odpovědi AP1:

1. Všímate si nějakých **faktorů**, které **ovlivňují účast** či **neúčast** klientů na aktivitách? Všímám si, že účast a neúčast klientů hodně ovlivňuje to, „co z toho budou mít“. Pokud mají na konci slíbenou nějakou odměnu, je účast mnohem vyšší než u aktivit, které vedou spíše k nějaké společné činnosti. Samozřejmě, že každý klient je ale jiný, někteří se účastní skoro všeho, co je u nás v Domově nabízeno, jiní jsou spíše pozorovatelé. Všimla jsem si také toho, že záleží na tom, jak dlouho jsou klienti u nás. Zrovna teď si vzpomínám na klienta XY, který sedí tady ve společenské místnosti. Přišel k nám asi půl roku zpátky a aktivit se vůbec účastnit nechtěl. Pouze s námi seděl ve společenské místnosti, později se pasivně účastnil pozorováním provozování aktivit, poté se přidal tak, že když jsme například cvičili, tak zkoušel cvičit nějaké cviky a střídal to s pozorováním a teď je aktivním účastníkem většiny činností. Jde však vidět, že se začal účastnit aktivit, u kterých viděl, že za ně ostatní klienti dostávají nějakou odměnu.

2. Mají občas klienti **přání** na aktivity či činnosti, které však z určitých důvodů nelze zrealizovat? Pokud ano, jaké to jsou a z jakých důvodů to nejde?

Hodně oblíbené jsou u klientů výlety, ať už do okolních vesnic a měst, například do cukráren, nebo do muzeí či do přírody. Bohužel z důvodu toho, že jedna aktivizační pracovnice je aktuálně v dlouhodobé pracovní neschopnosti, není možné je realizovat v takových intervalech, jak by si klienti přáli, protože nám na to chybí personál. Pak jsou to samozřejmě individuální přání klientů, kteří by chtěli provozovat činnosti, na které byli zvyklí dříve, například jezdit na kole, to však vzhledem k jejich stavu možné není.

3. Kolik klientů se průměrně **zapojuje** do připravených aktivit? Které z nich jsou jejich **nejoblíbenější**?

Záleží, jaká aktivita je na daný den naplánována. Četnost se nedá asi úplně posoudit. Někdy se připravené aktivity zúčastní po „přemlouvání“ 3 klienti, ale jiných se pro změnu chce zúčastnit tolik klientů, že je máme problém usadit ve společenské místnosti. Mezi nejoblíbenější patří určitě hraní Binga a také skupinové cvičení.

4. Jaké jsou podle Vás hlavní **přínosy** aktivizačních činností nabízených v DZR?

Velmi přínosné je to, že klienti jsou stále zapojováni do běžných denních činností, snažíme se aspoň 2x za týden upéct buchtu nebo něco dobrého a klienti si to poté mohou sníst u odpolední kávy. Klientům rozdělím úkoly, jako krájení a míchání ingrediencí a mají pak radost z toho, že si pochutinu připravili sami a dají si ji k odpolední kávě. Nebo pokud má klient narozeniny, uděláme menší oslavu, vyzdobíme společenskou místnost a i sám klient má zájem se na tom podílet a připravit třeba občerstvení pro ostatní klienty. Přínosné je i skupinové cvičení, kdy klienti stále udržují v kondici své svaly a i klienti, kteří většinu času jen sedí v křesle, mají pohyb.

5. Byla v Domově připravena nějaká aktivita, která se však **nevzbudila** u klientů očekávaný zájem, a tak se již **neprovozuje**?

Ano, zrovna teď řeším to, že jsem měla v plánu vytvořit na zahradě malý záhonek, kde bychom společně s klienty mohli pěstovat zeleninu. Bohužel se tento nápad nesetkal se zájmem jak u klientů, tak ani u personálu, který by záhonek musel vytvořit.

6. Vnímáte nějaký **problém** při organizování aktivit? Pokud ano, jaký a jakým způsobem jej **řešíte**?

Značný problém vidím v motivaci klientů se aktivit a činností účastnit. Vzhledem k jejich onemocnění je to občas těžké, jelikož bývají uzavřeni do sebe a nemají potřebu se takových věcí účastnit. Jde vidět, že hodně věcí dělají za účelem vidiny jakékoli odměny pro ně, hlavně sladkosti. Když jsem se pokoušela je motivovat například tím, aby vyrobili něco pro své rodinné příslušníky, většinou jsem se nesetkala s úspěchem. Pokud se vrátím třeba ke hraní Bingu, snažím se motivaci udržet a podpořit tím, že nechám „vyhrát“ první 3 klienty, kterým dám větší odměnu a všem dalším zúčastněným dám aspoň malý oplatek či něco takového, protože mám strach, že už by se později účastnit znovu nechtěli.

Tabulka 9 - Odpovědi AP1

### 3.8.6 Aktivizační pracovnice 2

Rozhovor s AP2 proběhl prostřednictvím emailové konverzace, jelikož pracovnice byla v době sběru dat pro empirickou část práce v pracovní neschopnosti. Vzhledem k tomu, že se výzkumnice a pracovnice již znaly, nebyl v této komunikaci problém. Pracovnici byly zaslány připravené otázky a měla dostatek času na to si odpovědi promyslet a připravit. Po odeslání odpovědí sama výzkumnici nabídla pomoc a případné doplnění odpovědí. Nic z toho však nebylo potřeba. AP2 byla rovněž seznámena s účely výzkumu a byla ujištěna o zachování anonymity. Pracovnice se vším souhlasila a s ničím neměla problém. Tabulka 10 obsahuje odpovědi AP2.

#### Odpovědi AP2:

1. Všímate si nějakých **faktorů**, které **ovlivňují účast** či **neúčast** klientů na aktivitách? Především si musíme uvědomit, že jsou to nemocní lidé. Jsou to lidé s rozdílnou diagnózou, s rozdílným hendikepem, ale nejdůležitější je chuť do života. I starší klienti rádi zajdou do cukrárny, a naopak relativně mladí rezignovali a svůj čas dělí na dobu snídaně, oběda, večere, případně dobu před cigaretou a po ní. Každý klient musí především chtít a mít již zmíněnou chuť do života.
2. Mají občas klienti **přání** na aktivity či činnosti, které však z určitých důvodů nelze zrealizovat? Pokud ano, jaké to jsou a z jakých důvodů to nejde?

V první řadě si musíme uvědomit, kdo z klientů vznáší návrh na aktivitu a brát to s nadhledem. Zajistit hudební skupinu z Německa a uspořádat koncert je mimo naše možnosti. Na druhou stranu, do cukrárny, na výlet, který klienti fyzicky zvládnou, můžeme zajet každý týden, pokud na to máme v danou chvíli dostatek personálu anebo nám zrovna vypomáhají brigádníci či dobrovolníci.

3. Kolik klientů se průměrně **zapojuje** do připravených aktivit? Které z nich jsou jejich **nejoblíbenější**?

Mezi nejoblíbenější aktivity v domově patří pravděpodobně skupinová cvičení, často se účastní nadpoloviční většina, ale důležité je klienty neustále motivovat. Ví totiž, že na konci cvičení dostanou k pití i malou sladkost, což si myslím, že je pro aspoň některé klienty dostatečná motivace. A klienti, kteří kouří, ví, že po cvičení následuje rozdávání cigaret. Takže si myslím, že i toto je pro ně značný motivační prvek. Dále rádi navštěvují cestopisné přednášky a hudební vystoupení dětí ze základní školy.

4. Jaké jsou podle Vás hlavní **přínosy** aktivizačních činností nabízených v DZR?

Důležité je obnovení a upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím. Dále nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

5. Byla v Domově připravena nějaká aktivita, která se však **nevzbudila** u klientů očekávaný zájem, a tak se již **neprovozuje**?

Ano, v domově jsme měli postupně dvě zvířátka, králíka a později kočku. Nejdříve byli klienti nadšeni, ale později je zvířátka přestala zajímat a byla klientům na obtíž.

6. Vnímáte nějaký **problém** při organizování aktivit? Pokud ano, jaký a jakým způsobem jej **řešíte**?

Musím přemýšlet, jak klienta vyrvat ze spárů lenosti a nechuti účastnit se čehokoli. Motivace a odměna jsou častým řešením. Například pro kuřáky nejčastěji platí právě odměna ve formě cigarety. I oni sami se pak chtějí zapojit do balení cigaret. Když to vezmu trochu s nadhledem a humorem, aspoň si u toho procvičí jemnou motoriku.

Při práci s navrženými postupy nevznikl žádný závažnější problém. Všichni účastníci výzkumu plně porozuměli otázkám, které pro ně byly připraveny a ochotně na ně odpovídali. Jediný problém vznikl během rozhovoru s K4, který aktuálně nebyl v dobrém rozpoložení, které bylo způsobeno jeho onemocněním. Bylo náročné udržet jeho pozornost, avšak i díky využití projektivní technice sběr dat nakonec proběhl úspěšně. Během získávání dat se osvědčilo klienta „ponechat“ v jeho přirozeném prostředí a rozhovory provádět během běžného režimu dne Domova. Také se osvědčilo nechat klienta diskutovat i o jiných tématech, než na které byl zrovna dotázán, jelikož i z těchto odpovědí vyplynuly mnohdy důležité informace a klienta to ponechalo v psychické pohodě, jelikož neměli pocit, že jsou nějakým způsobem „zkoumáni“.

### 3.9 Výsledky

#### 3.9.1 Téma č. 1 – Motivace klientů

TÉMA – MOTIVACE KLIENTŮ	
Kategorie	Kódy
Prostředky motivace	Přemlouvání, odměna, frekvence, oblíbené aktivity
Negativní vlivy ovlivňující motivaci klientů	Nedostatek motivace, nezájem, rezignace
Rozdílné preference klientů	Délka pobytu klienta, preference klientů, různorodost klientů, chuť do života

Tabulka 11 - Téma č. 1 - Motivace klientů

Během rozhovorů jak s klienty, tak s pracovníci DZR bylo vidět, že jedním z hlavních témat je otázka **motivace** klientů k aktivizačním aktivitám. Toto téma bylo rozpracováno do kategorií a kódů zpracovaných v tabulce 11.

Při rozhovoru s AP1 vyšlo najevo, že se určitých aktivit nechce zúčastnit skoro žádný klient, a tak musí hledat motivaci. Pracovnice uvedly několik **prostředků motivace** pro klienty. AP1: „Někdy se připravené aktivity zúčastní po „**přemlouvání**“ 3 klienti“ (AP1).

Dále AP1 doplnila, že důležitým prostředkem motivace je dodržování určité **frekvence** pořádání oblíbených činností, díky čehož si klienti zvyknou na svůj rituál a mají vidinu určité odměny pro ně. Jako příklad uvedla zapojování klientů do běžných denních aktivit.

AP1: „*klienti jsou stále zapojováni do běžných denních činností, snažíme se aspoň 2x za týden upéct buchtu nebo něco dobrého a klienti si to poté mohou sníst u odpolední kávy*“ (AP1).

Tuto skutečnost ve svých odpovědích uvedla jako přínos aktivizačních aktivit pro klienty i AP2.

AP2: „*Mezi přínosy aktivit patří nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*“ (AP2).

Mezi prostředky motivace patří samozřejmě také **odměny**. U těch se obě pracovnice shodly, že na klienty platí nejvíce.

AP2: „*Motivace a odměna jsou častým řešením*“ (AP2).

AP1: „*Jde vidět, že hodně věcí dělají za účelem vidiny jakékoli odměny pro ně*“ (AP1).

Posledním zmíněným prostředkem motivace je zjistit, které **aktivity** jsou pro klienty nejvíce atraktivní a **oblíbené** a ty poté zařadit do programu co nejčastěji.

AP1: „*Při oblíbené hře Bingo se snažím motivaci udržet a podpořit tím, že nechám „vyhrát“ první 3 klienty, kterým dám větší odměnu a všem dalším zúčastněným dám aspoň malý oplatek či něco takového*“ (AP1).

AP2: „*Mezi nejoblíbenější aktivity v Domově patří pravděpodobně skupinové cvičení (...), důležité je však klienty neustále motivovat*“ (AP2).

Co se týče **negativních vlivů ovlivňující motivaci** klientů, téměř ze všech odpovědí klientů vyplynulo, že je u nich **nízká úroveň motivace** k tomu se aktivit účastnit.

K2: „*Někdy nevidím smysl, proč bych se měl aktivity zúčastnit*“ (K2).

Podobnou odpověď měla také Klientka 3.

K3: „*Aktivit se neúčastním, protože se mi nechce nebo nevidím důvod, proč bych se účastnit měla*“ (K3).

Dalším negativním vlivem je **nezájem** klientů se účastnit na činnostech. Toto potvrdila také AP2.

AP2: „*Musím přemýšlet, jak klienta vyrvat ze spárů lenosti a nechuti účastnit se čehokoli*“ (AP2).

Také Klient 4 vypověděl, že pokud se nějaké aktivity neúčastní, je to proto, že ho **nebaví**.

Mezi negativní vlivy zařadila také AP2 **rezignaci** určitých klientů.

AP2: „*Relativně mladí lidé rezignovali a svůj čas dělí na dobu snídaně, oběda, večeře, případně dobu před cigaretou a po ní*“ (AP2).



Poslední kategorií jsou **rozdílné preference klientů**, které mají na motivaci také značný vliv. Je důležité si uvědomit, že každý klient je individuální bytost, a podle toho k nim také musíme přistupovat. I v této kategorii existuje několik vlivů, které ovlivňují motivaci klientů. Mezi první patří **délka pobytu klienta v zařízení**. Každý klient potřebuje určitý čas, aby se v novém prostředí aklimatizoval, zvykl si na chod Domova a postupně se začleňoval do kolektivu. Tohoto vlivu si všimla i AP1.

AP1: „*Všimla jsem si, že záleží na tom, jak dlouho jsou klienti u nás*“ (AP1). Doplnila i příklad klienta XY, který se prvně do aktivit nezapojoval vůbec, poté se účastnil pasivně a nyní, po půl roce pobytu, se aktivit účastní aktivně. Všichni dotazovaní klienti jsou klienty Domova minimálně 3 roky, a tudíž jim již nedělá problém se účastnit.

Co se týče **osobních preferencí klientů**, i ty mají značný vliv na motivaci k účasti. Každý klient preferuje rozdílný typ aktivity, a proto je samozřejmě lehčí je namotivovat směrem k aktivitě, která je baví a zajímá než k aktivitě, o kterou zájem nemá. Příkladem může být Klientka 3, která se motivuje tím, že ji kreslení **uklidňuje a baví**, a její výrobky jsou poté vystaveny po celém Domově. Vidí tak smysl toho, proč aktivitu dělá. AP1 v souvislosti s otázkou, kolik osob se průměrně zapojuje do aktivit, odpověděla následovně:

AP1: „*Záleží, jaká aktivita je na daný den naplánována*“ (AP1). Z tohoto vyplývá, že záleží na **preferenci každého klienta**.

Při motivování klientů je důležité myslet na jejich **různorodost**. Jak zmínila i AP2, „*musíme si především uvědomit, že jsou to nemocní lidé. Jsou to lidé s rozdílnou diagnózou, s rozdílným handicapem*“ (AP2).

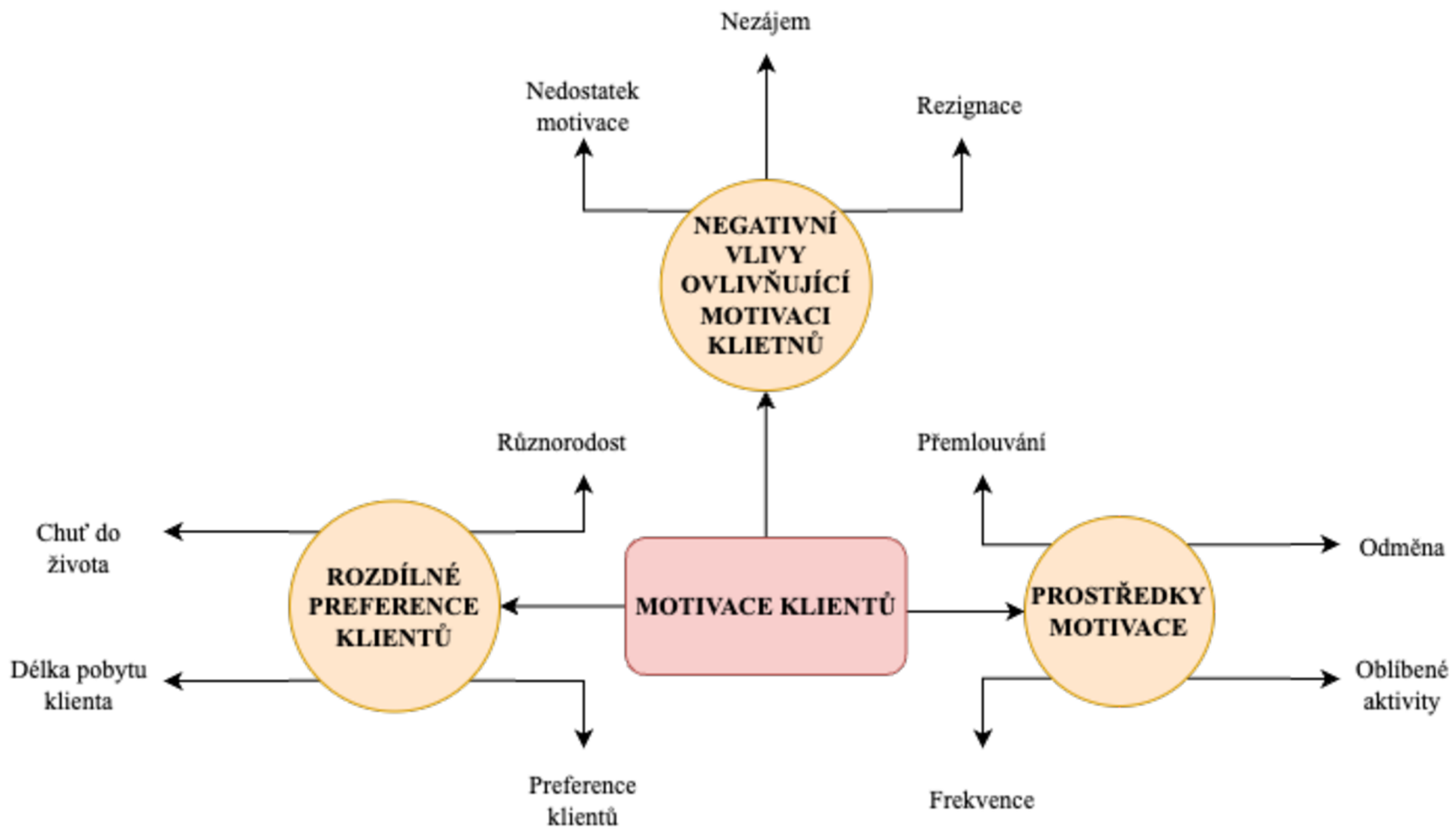
Tuto skutečnost při odpovídání několikrát zmínila také AP1: „*Samozřejmě, že každý klient je ale jiný*“ (AP1).

Důležitým aspektem je také tzv. **chut' do života**, kterou AP2 zmínila jako nejdůležitější směrem k motivaci klientů.

AP2: „*I starší klienti rádi zajdou do cukrárny, a naopak relativně mladí rezignovali (...). Každý klient musí především chtít a mít již zmíněnou **chut' do života***“ (AP2).

Zjištěním tohoto tématu, které se věnuje oblasti **motivace** klientů, je to, že u této klientely je velmi těžké nalézt motivaci k účasti na aktivizačních činnostech. Bylo zjištěno, že existuje několik vlivů, které se na motivaci klientů podílí. Tyto vlivy a další aspekty podílející se na motivaci klientů jsou shrnuty v schématu 1. Důležité je vnímat každého klienta

individuálně. Jako největší prostředek motivace vyplynula **odměna**, které se věnuje následující téma.



### 3.9.2 Téma č. 2 – Vliv odměn

TÉMA – VLIV ODMĚN	
Kategorie	Kódy
Odměna jako motivace	Řešení, vidina odměny, výsledek
Vliv na účast	Vyšší, obava z budoucí neúčasti
Formy odměn	Materiální, sladkosti, cigarety, maličkosti

Tabulka 12 - Téma č. 2 - Vliv odměn

Velkou roli, co se účasti na aktivitách týče, hraje **vliv odměny** pro klienty. Při rozhovorech jak s aktivizačními pracovníci, tak klienty jasně vyplývalo, že pokud mají klienti za účast přislíbenou odměnu, je jejich zájem o účast vyšší. Všechny aspekty týkající se tohoto tématu jsou zpracovány do kategorií a kódů v tabulce 12.

První kategorií tohoto tématu je **odměna jako motivace**. Jak již vyplynulo z předchozího tématu, příslib odměny je častým **řešením** motivace klientů.

AP2: „*Motivace a odměna jsou častým řešením*“ (AP2).

Z odpovědí klientů bylo jasné, že i oni vnímají odměnu jako důležitou součást jejich motivace k účasti na aktivitách. Na otázku, z jakého důvodu se účastní činností, odpověděli K1 a K4 následovně:

K1: „*(...) a vím, že za to něco dostanu*“ (K1).

K4: „*(...) a taky proto, že za účast mi z toho vždycky „něco kápne“*“ (K4).

Z těchto výpovědí jasně vyplývá, že pokud má klient **vidinu odměny**, jeho chuť se zúčastnit je mnohem vyšší. To svou odpovědí potvrdila i aktivizační pracovníce 1.

AP1: „*Jde vidět, že hodně věcí dělají za účelem vidiny jakékoli odměny pro ně*“ (AP1).

**Výsledek** činnosti může být také odměna a může fungovat jako motivace. Příkladem může být společné pečení, kdy jsou klientům rozdány úkoly, jako míchání a krájení ingrediencí a jejich odměna je potom buchta k odpolední kávě.

AP1: „*Snažíme se aspoň 2x za týden upéct buchtu nebo něco dobrého. Klientům rozdělím úkoly, jako krájení a míchání ingrediencí a oni pak mají radost z toho, že si pochutinu připravili sami a dají si ji k odpolední kávě*“ (AP1).

Druhá kategorie je **vliv odměn na účast** klientů na činnostech. Ze zjištěných informací jde vidět, že když má klient slíbenou odměnu, je jejich účast mnohem **vyšší** než u činnostech, ze kterých žádná odměna pro ně nevyplývá. Tuto skutečnost vnímá i AP1.

AP1: „*Pokud mají na konci slíbenou nějakou odměnu, je účast mnohem vyšší než u aktivity, které vedou spíše k nějaké společné činnosti*“ (AP1).

Z odpovědí klientů nepřímo také vyplývá, že mezi jejich nejoblíbenější aktivity patří ty, **za které něco dostanou**. Mezi nejčastější odpovědi totiž patřilo skupinové cvičení a hra Bingo. Za obě tyto aktivity jsou na konci slíbené odměny, tudíž i tato skutečnost může mít vliv na jejich zájem.

AP1: „*Všímám si, že účast či neúčast klientů hodně ovlivňuje to, „co z toho budou mít*“ (AP1).

AP1 také zmínila **obavu** z toho, že pokud by klienti odměny nedostávali, jejich **budoucí účast** by mohla být ohrožena. Vymyslela si proto metodu, jakou se snaží udržet zájem klientů.

AP1: „*Pokud se vrátím třeba ke hraní Binga, snažím se motivaci udržet a podpořit tím, že nechám „vyhrát“ první 3 klienty, kterým dám větší odměnu a všem dalším zúčastněným dám aspoň malý oplatek či něco takového, protože mám strach, že už by se později účastnit znovu nechtěli*“ (AP1).

Poslední kategorie se věnuje **formám odměn**. Pro klienty je nejlepší forma odměny jakákoli **materiální** věc. Nejvíce na ně platí cokoli, co můžou sníst nebo z čeho mají požitky. Do tohoto vstupují i vlastní zkušenosti autorky práce, která během své praxe měla možnost vidět, že klienti byli schopni pro **sladkost** udělat naprosto cokoli. Potvrzení této skutečnosti vyplývá i z odpovědí AP2 a AP1.

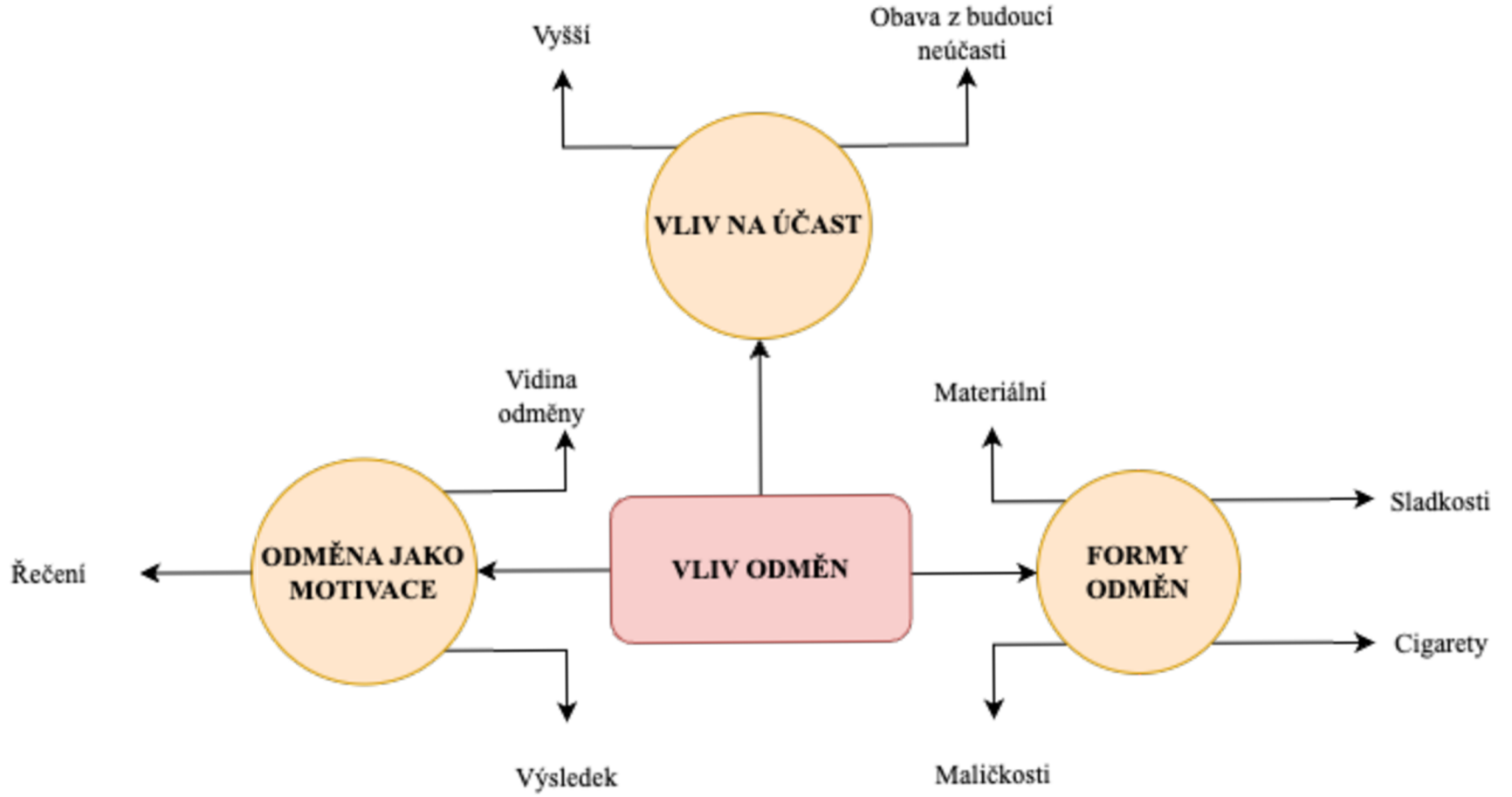
AP2: „*Například pro kuřáky nejčastěji platí odměna ve formě cigaret. I oni sami se chtějí zapojit do balení cigaret. Když to vezmu trochu s nadhledem a humorem, aspoň si u toho procvičí jemnou motoriku*“ (AP2).

AP1: „*Jde vidět, že hodně věcí dělají za účelem vidiny jakékoli odměny pro ně, hlavně sladkosti*“ (AP1).

Jak bylo zmíněno již výše, odměna může být ve formě jakékoli **maličkosti**, jakou je například malý oplatek (AP1).

V rámci druhého tématu **vlivu odměn** na klienty bylo zjištěno, že pokud má klient za účast slíbenou odměnu nebo pro něj z účasti vyplývá nějaké pozitivum, které jej uspokojí, hlavně ve formě materiálních věcí, je jejich zájem a motivace se zúčastnit činností mnohem

vyšší než u aktivit, u kterých žádnou odměnu nevidí. Shrnutí kódů a kategorií ilustruje schéma 2.



### 3.9.3 Téma č. 3 – Neúspěch

TÉMA – NEÚSPĚCH	
Kategorie	Kódy
Personální zajištění	Nedostatek, brigádníci, dobrovolníci
Návrhy a nápady na aktivity	Neúspěšné, nereálné, nadhled
Pokusy o motivaci klientů	Neúspěšná, malá, úpad motivace

Tabulka 13 - Téma č. 3 - Neúspěch

Vzhledem k tomu, že se v této oblasti pracuje s velmi specifickou skupinou klientů, může se narazit také na **neúspěch**. I zde má na toto téma vliv několik faktorů. Tyto faktory jsou rozřazeny do kategorií, které jsou uvedeny v tabulce 13.

První kategorií tohoto tématu je **personální zajištění**. Je samozřejmé, že k realizaci aktivit je potřeba značná část personálu, která však mnohdy chybí. Tuto skutečnost v rozhovorech potvrdila jak AP1, tak i AP2.

AP1: „*Bohužel z důvodu toho, že jedna aktivizační pracovnice je aktuálně v dlouhodobé pracovní neschopnosti, není možné realizovat výlety v takových intervalech, jak by si klienti přáli, protože nám na to **chybí personál***“ (AP1).

AP2: „*(...) můžeme realizovat, pokud na to máme **dostatek personálu***“ (AP2).

AP2 také dále uvedla, že nedostatek personálu často pomáhají vyřešit **brigádníci** nebo **dobrovolníci**. Ti tak mohou například vzít klienty na procházku nebo pomáhat při výletech.

Druhou kategorií, ve které se můžeme sejít s neúspěchem, jsou **návrhy a nápady na aktivity**. Zde musíme zohlednit diagnózy a onemocnění klientů. To vypověděla také AP2.

AP2: „*V první řadě si musíme uvědomit, kdo z klientů vznáší návrh na aktivitu a brát to **s nadhledem***“ (AP2).

Jako příklad uvedla, že si klienti přáli zajistit hudební skupinu z Německa a uspořádat v Domově koncert. Takové přání vyslovil i jeden z dotazovaných klientů, a to konkrétně K4.

K4: „*Do programu Domova bych si přál zařadit diskotéku s mou oblíbenou kapelou*“ (K4).

Přání tohoto typu však zařídit nelze, protože jsou **nereálné**.

AP1 také dodala přání klientů, které **nejsou reálně** uskutečnitelné vzhledem k jejich zdravotnímu stavu.



AP1: „*Jsou tu individuální přání klientů, kteří by chtěli provozovat činnosti, na které byli zvyklí dříve, například jezdit na kole, to však vzhledem k jejich stavu **možné není***“ (AP1).

U návrhů a nápadů na aktivity pro klienty narazíme také na **neúspěch**. Pracovnice mnohdy vymyslí či naplánují aktivitu nebo činnost, která však u klientů nevzbudí očekávanou pozornost a nadšení. Obě pracovnice uvedly i příklad.

AP1: „*Měla jsem v plánu vytvořit na zahradě malý záhonek, kde bychom společně s klienty mohli pěstovat zeleninu. Bohužel se tento nápad **nesetkal se zájmem** jak u klientů, tak ani u personálu*“ (AP1).

AP2: *V Domově jsme měli postupně dvě zvířátka, králíka a kočičku. (...) později klienty zvířátka **přestala zajímat** a byla jim na obtíž*“ (AP2).

Poslední kategorií u tématu neúspěch jsou **pokusy o motivaci klientů**. Zde se opět dostáváme k asi největšímu problému, jelikož motivace klientů je častým tématem. Problémy s motivací vyplývají i z rozhovorů s pracovnicemi.

AP1: „*Když jsem se pokoušela je motivovat například tím, aby vyrobili něco pro své rodinné příslušníky, většinou jsem se **nesetkala s úspěchem***“ (AP1).

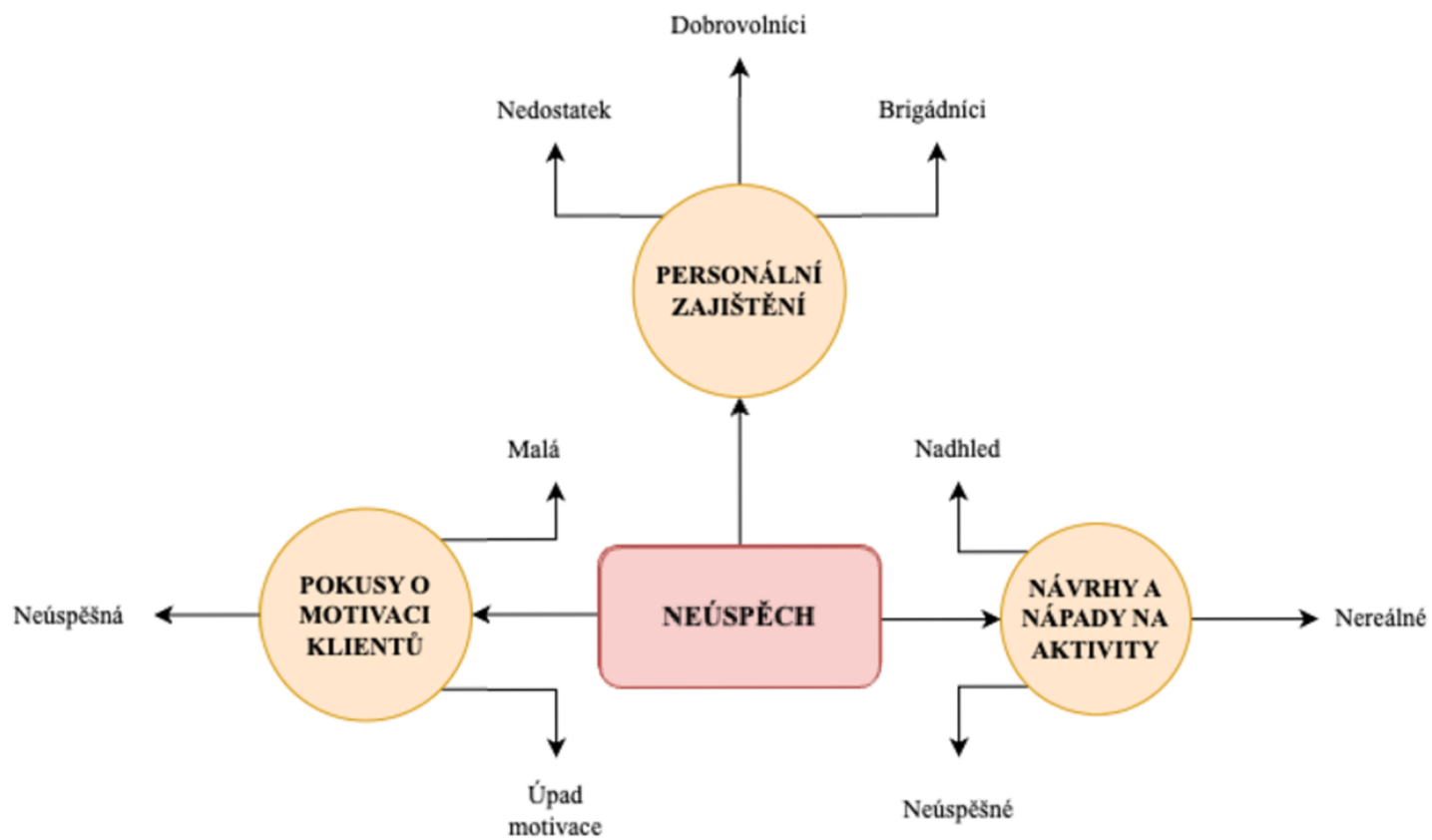
Problémem je i jejich **malá motivace** k tomu cokoli dělat.

AP2: „*Musím přemýšlet, jak klienta vyrvat ze spárů **lenosti a nechuti účastnit se** čehokoli*“ (AP2).

I když se nějaký způsob motivace najde, musí se neustále podporovat a udržovat, jelikož často dochází k jejímu **úpadu**. Zde se může opět zmínit případ se zvířaty v Domově.

AP2: „*Nejdříve byli klienti nadšení, ale **později je zvířátka přestala zajímat***“ (AP2).

Třetí téma se věnovalo oblasti **neúspěchu** v rámci plánování a konání aktivizačních činností. I v tomto tématu byla zmíněná motivace a její neúspěchy. S ohledem na diagnózy klientů se neúspěch objevil i v oblasti návrhů a nápadů na činnosti a aktivity. Byly zde zmíněny i neúspěšné pokusy o provedení či zavedení nových činností v Domově. Všechny kategorie a kódy týkající se tohoto tématu jsou shrnuty a ilustrovány ve schématu 3.



### 3.9.4 Téma č. 4. – Zájem a účast klientů

TÉMA – ZÁJEM A ÚČAST KLIETŮ	
Kategorie	Kódy
Důvod účasti	Vyplnění volného času, pohyb, zábava, odměna, relax, nové dovednosti, soužití
Oblíbené aktivity	Společenské hry, společné aktivity, zážitek
Přínosy aktivit	Komunikace, začlenění, kontakt, nácvik, udržení a upevnění, ADL, získání znalostí, porozumění

Tabulka 14 - Téma č. 4 - Zájem a účast klientů

Posledním tématem výzkumné části je **zájem a účast klientů**. Toto téma je velmi důležité, protože všechny aktivizační činnosti jsou připravovány právě pro ně, proto by měla být pozornost věnována jejich zájmům a taky jejich účasti na těchto aktivitách. Všechny kategorie a kódy jsou opět zpracovány do tabulky 14.

První kategorií tohoto tématu je **důvod účasti**. V této oblasti zjistíme nejvíc z odpovědí samotných klientů.

K1: „Zúčastňuji se z důvodu toho, že jsem rád, když se něco nového **naučím** a když vidím nějaký výsledek a vím, že za to něco **dostanu**“ (K1).

K2: „Já se zúčastňuji, protože se rád **hýbu**, chodím na delší procházky po vesnici a chci se **udržet v kondici**“ (K2).

K3: „Je to kvůli zlepšování mého stavu a **uklidnění mé mysli**“ (K3).

K4: „Účastním se z důvodu **zábavy** a **vyplnění svého volného času**. A taky proto, že mi za účast z toho vždycky „**něco kápne**““ (K4).

Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že důvod účasti klientů je u každého trochu jiný. Opět je zde vidět, že důvod účasti může být **odměna**. To vyplynulo z odpovědí K1 i K4. Dalším důvodem je **vyplnění volného času**. Aktivity v Domově totiž probíhají jak dopoledne, tak i po obědě. Klienti proto mají možnost těmito aktivitami zaplnit svůj volný čas, který nevyužijí k odpočinku či jiné aktivitě. Dále jsou aktivity vhodné i k udržení či dokonce **naučení** se nových věcí, což zmínil i K1. Určité typy aktivit, jako například výtvarné vyrábění, mohou klientům pomoci navodit pocit **klidu a uspokojení**, jako zmínila K3. K2 uvedl, že jeho důvodem je **pohyb** a celkové udržování se v kondici. Celkově lze i říct, že všechny činnosti

jsou vedeny k navození dobré nálady a snaží se být pro klienty **zábavné**. Tento důvod byl zmíněn i K4.

Z odpovědi Pracovnice 1 lze vyčíst, že u klientů si všímá zájmu o aktivitu, pokud například slaví narozeniny. Jde vidět, že klientův důvod se podílet na přípravě jeho oslavy je, že chce pro ostatní nachystat občerstvení a oslavit tak svůj den i s **ostatními** obyvateli Domova. Důvodem může být touha po společném **soužití**. Jak zmínil i K1, akce tohoto typu určitě napomohli k tomu se **začlenit** mezi ostatní členy Domova.

Druhá kategorie se věnuje **oblíbeným aktivitám** klientů. Je logické, že klient se raději zúčastní činnosti, která ho baví a zajímá než aktivit, které u něj tolik zájem nevzbuzují. Zde se odpovědi klientů i pracovníků prolínají a shodují. Nejvíce oblíbené jsou aktivity, u kterých se zapojí více lidí, než individuální činnosti. Nejčastěji zmiňované jsou **společenské hry a společné aktivity**. Mezi **společenskými hrami** byla nejvíce zmíněná hra **Bingo**, kterou zmínili 3 klienti, konkrétně K1, K3 a K4. Oblíbenost této hry vnímá i AP1. Jako společnou aktivitu lze považovat **skupinové cvičení**. Tato aktivita se řadí mezi velice oblíbené. Tuto aktivitu zmínil K1 i K2. Tato skutečnost vyplývá i z odpovědi jak AP1, tak i AP2.

AP1: „Mezi nejoblíbenější aktivity patří určitě **hraní Binga a skupinové cvičení**“ (AP1).

AP2: „Mezi nejoblíbenější aktivity v Domově patří pravděpodobně **skupinová cvičení**, často se účastní nadpoloviční většina“ (AP2).

Obě pracovnice vnímají i jako oblíbené aktivity jakoukoli formu **zážitku**.

AP1: „Hodně oblíbené jsou u klientů **výlety**, ať už do okolních vesnic a měst, nebo cukráren, muzeí či do přírody“ (AP1).

AP2: „Klienti dále rádi navštěvují **cestopisné přednášky a hudební vystoupení dětí ze základní školy**“ (AP2).

Poslední kategorií tohoto tématu jsou **přínosy aktivit** pro zúčastněné klienty. U této kategorie je opět důležité se zaměřit na to, jak to vnímají především klienti. Na otázku, co se díky aktivitám v Domově naučili a co jim aktivity přináší, odpovídali následovně.

K1: „Naučil jsem se **více komunikovat a začlenit se mezi ostatní členy našeho Domova**“ (K1).

K2: „Díky těmto aktivitám **jsem se naučil co dělat**, když mě třeba bolí záda, a to díky skupinovému cvičení“ (K2).

K3: „Naučila jsem se **lépe snášet své stavy**“ (K3).

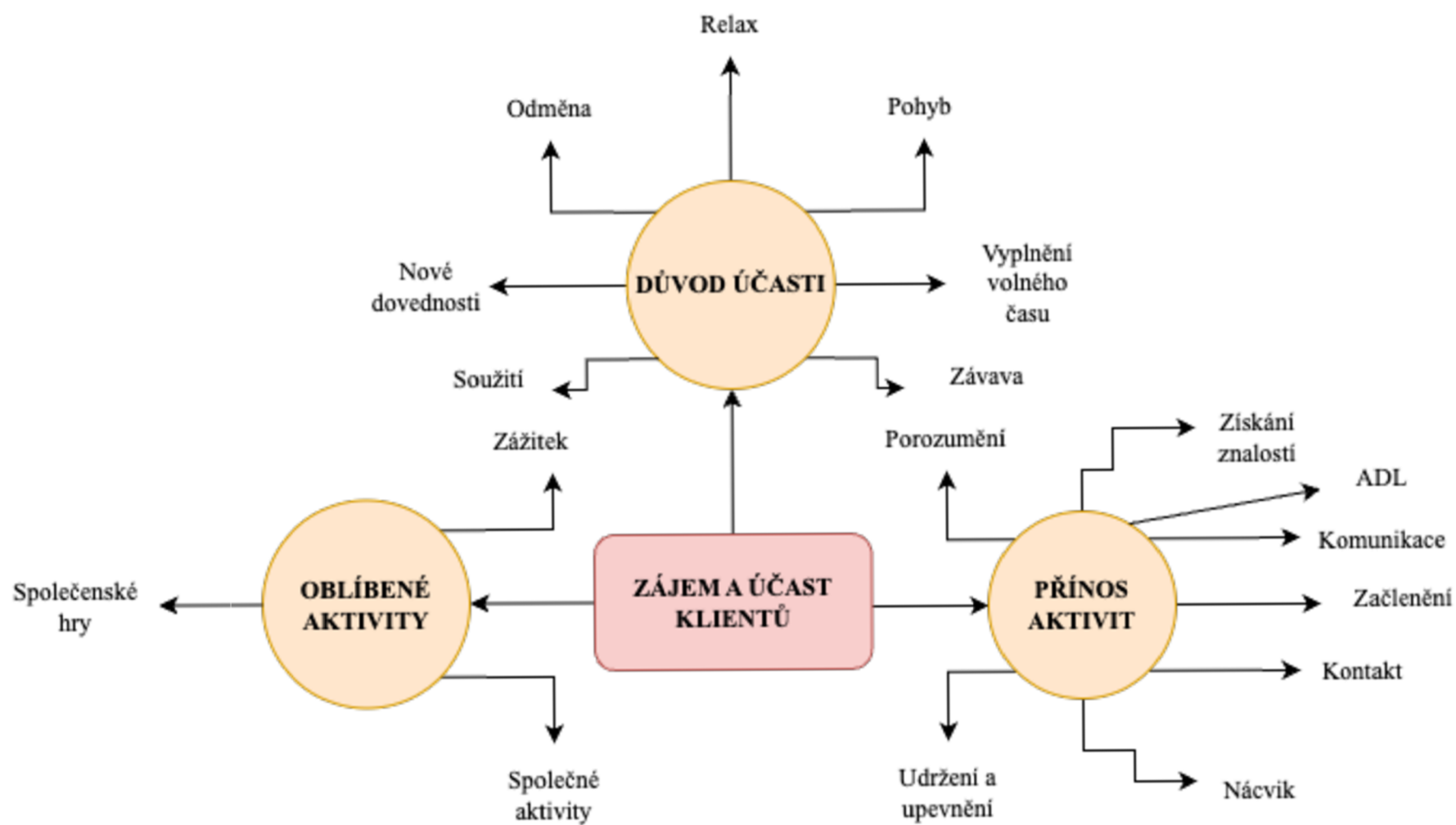
K4: „Třeba to, že jsem se naučil **lépe vnímat své tělo**, jelikož s tím mívám problémy“ (K4).

Z těchto odpovědí lze vyčíst, že klientům aktivity přinesly určité **znalosti**, díky kterým mohou poté lépe pracovat například se svým tělem a myslí.

Také obě aktivizační pracovnice vnímají určité přínosy, které klientům aktivizační činnosti přináší. Obě se shodly v tom, že klienti mají díky aktivitám **kontakt** s přirozeným sociálním prostředím, a to ať už formou účasti na společenských akcích či zapojování do **běžných denních činností**. Dále vnímá AP2 jako přínos **nácvik** a **upevňování** motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Co se týče procvičování motorických schopností, tak jak již bylo zmíněno výše, během rozhovoru vtipně dodala: „*když to vezmu trochu s nadhledem a humorem, aspoň si u balení cigaret procvičí jemnou motoriku*“ (AP2). AP1 ještě jako přínos oblíbeného skupinového cvičení vnímá to, že se do něj zapojí i ti klienti, kteří jinak většinu dne prosedí v křesle.

AP1: „*Klienti si díky toho stále udržují v kondici své svaly, a i ti klienti, kteří většinu času jen sedí v křesle, mají pohyb*“ (AP1).

Posledním tématem výzkumné části byl **zájem a účast klientů** na činnostech. Tato oblast se věnovala primárně samotným klientům, z jejichž odpovědí vyplynulo, proč se vlastně aktivit účastní, jaké aktivity jsou jejich oblíbené a jaké přínosy s sebou aktivity přináší. Odpovědi klientů se velmi často prolínaly nebo částečně shodovaly s odpověďmi aktivizačních pracovnic. I v rámci posledního tématu jsou výsledky pro lepší přehlednost zpracovány ve schématu 4.



Ve schématu 5 je znázorněn souhrn všech témat a je zde vyobrazeno to, jak se jednotlivé kategorie a kódy vzájemně prolínají. Je očividné, že nejvíce prolínanými tématy jsou motivace, odměny a (ne)účast klientů. Téma motivace je zobrazeno modře, odměny červeně a zeleně jsou vyobrazeny věci týkající se (ne)účasti.

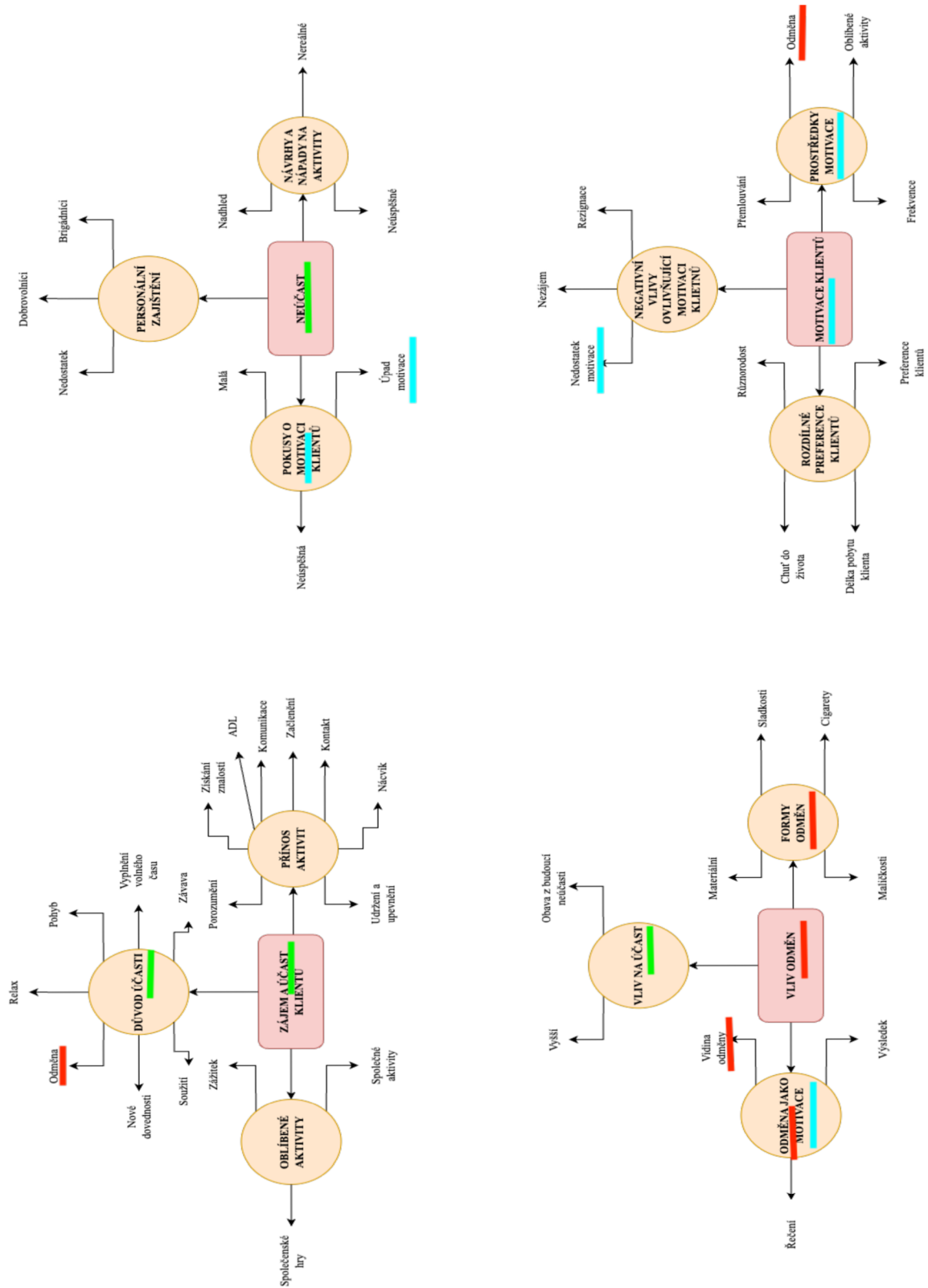


Schéma 5 - Souhrn všech témat

## DISKUZE

Cílem empirické části bakalářské práce bylo *zjistit, analyzovat a popsat jaké jsou zkušenosti klientů Domova se zvláštním režimem s aktivizačními činnostmi a aktivizačních pracovníků s poskytováním těchto činností.*

Výsledky poukazují na stěžejní téma: motivaci. Motivace je u osob s duševním onemocněním jedním z hlavních negativních příznaků jejich onemocnění. Na tento problém poukázala ve své bakalářské práci i Kopecká (2018), která se sice věnovala oblasti fyzioterapie u pacientů se schizofrenií, ale aspoň je díky toho očividné, že se tento problém řeší ve všech oblastech práce s těmito klienty. Ve své práci také uvádí, že „*zapojení do smysluplných a uspokojujících činností přispívá k duševní a fyzické pohodě, k sociálnímu začlenění a zlepšení sebevědomí a motivace pacienta*“ (Kopecká, 2018, s. 29). I v rámci této práce bylo zmíněno, že klienti jsou rádi zapojováni do běžných denních činností, což má vliv na jejich motivaci.

V rámci organizování aktivit se vždy snažíme předejít neúspěchu, kterému se věnovalo jedno celé téma výzkumné části. Bylo zjištěno, že jednou z příčin neúspěchu může být nedostatek personálu. Tento problém se vyskytuje ve všech zařízeních poskytující sociální služby. Příčinou tohoto problému může být například to, že zákon o sociálních službách, neupravuje ani nereguluje počet pracovníků v daných zařízeních. Tuto možnost zmiňuje ve své práci i Svobodová (2018), z jejíhož výzkumu vyplynulo, že nedostatek personálu zapříčiňuje nedostatečně odvedenou práci. I v autorském výzkumu vyšlo najevo, že nedostatek personálu je příčinou neschopnosti organizovat náročnější aktivity pro klienty.

Pokud je něco, v čem se výsledek této studie liší, je poměrně překvapivý výsledek, který se týká využití zvířat jako prostředku terapie s klienty. V roce 2004 byl v Sociálním institutu pro psychiatrické pacienty v Budapešti uskutečněn výzkum Zoltánem Kovácsem. Tato studie se věnovala vlivu canisterapie na pacienty s onemocněním schizofrenie. Do tohoto výzkumu se zapojilo 7 klientů s diagnózou schizofrenie (4 ženy a 3 muži). Ti podstupovali každý týden 50minutové terapie se psem po dobu 9 měsíců. Výsledkem tohoto výzkumu bylo, že u všech klientů došlo k pozitivnímu vlivu v oblasti zdraví a v běžných denních činnostech. Dále vyšlo najevo, že klienti si vytvořili se psem velmi silné pouto a pravidelně se účastnili terapie, aniž by ji přerušili (Kovács, 2004). Oproti tomu stojí výsledky studie této bakalářské práce. V nich bylo zjištěno, že v rámci Domova zájem o jakoukoli formu zooterapie postupně upadal, až se dostal na „bod mrazu“. Klienti si vztah ke zvířatům nevytvořili, byla jim na obtíž a žádný pozitivní posun se v této oblasti nekonal. Proto byla tato forma činnosti přerušena a již se v rámci Domova neprovozuje.



## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem aktivizačních činností u osob s chronickým duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem. V práci byla provedena pilotní vícepřípadová studie. V rámci této studie jsem se snažila zjistit a popsat, jaké jsou zkušenosti klientů a aktivizačních pracovníků s aktivizačními činnostmi.

Během výzkumu došlo k propojení pohledů klientů a aktivizačních pracovníků DZR. Díky tomu byla možnost tyto pohledy vzájemně porovnat, najít mezi nimi spojitosti a rozdíly. Na základě získaných poznatků je možné zlepšit poskytování aktivizačních činností právě z důvodu propojení pohledů. Stěžejním tématem práce byla motivace klientů. Se získanými informacemi mohou v budoucnu pracovat nejen aktivizační pracovníci, ale také ostatní členové multidisciplinárního týmu, kteří pracují v pobytových sociálních službách. Motivace se totiž netýká pouze aktivizačních činností, ale všech oblastí práce s těmito osobami.

V rámci práce byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky a cíl práce byl naplněn.

Tato práce by se dala použít jako „odrazový můstek“ pro možnost dalšího výzkumu. Získané poznatky by se mohly porovnat například s jinými zařízeními stejného typu a zjistit tak, jakým způsobem pracují či jakým způsobem řeší problémy jiní pracovníci se stejnou skupinou klientů. Díky výzkumným otázkám byly zjištěny faktory, které ovlivňují účast klientů na aktivitách. I s těmito poznatky by se dalo dále pracovat, například zjistit, jak více podpořit pozitivní faktory ovlivňující účast klientů či jak co nejvíce eliminovat faktory negativní.

Zvolený design pilotní případové studie se v rámci empirické části osvědčil. Díky rozpracování jednotlivých případů bylo možné proniknout do jádra celého procesu poskytování aktivizačních činností, a to jak z pohledu klientů, tak aktivizačních pracovníků. Sběr dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru a projektivních technik byl přiměřený vzhledem ke specifčnosti této skupiny osob. Zvolená technika nedokončených vět vytvořila základ pro získání hlubších a konkrétnějších poznatků.

Výsledky práce mohou v praxi využít osoby, které s takto specifickou skupinou klientů již pracují, nebo mohou sloužit jako „výchozí bod“ pro osoby, které se s touto skupinou teprve chystají pracovat. Je však důležité zmínit, že celá studie probíhala pouze v jednom konkrétním zařízení, tudíž výsledky mohou být lehce zkresleny a v jiném zařízení může vše probíhat úplně jiným způsobem.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, 2023. *MKN-10 klasifikace* [online]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz>

*Aktivizace seniorů - tělesné a duševní aktivizační programy včetně pracovních listů*, 2018. Praha: Verlag Dashöfer, 154 s. ISBN 978-80-87963-75-3.

CRESWELL, John W. a J. David CRESWELL. *Research design: qualitative, quantitative & mixed methods approaches*. 5th edition. Los Angeles: SAGE, [2018], xxv, 275 s. ISBN 978-1-5063-8676-8.

ČÁBALOVÁ, Dagmar. *Pedagogika*. Praha: Grada, 2011, 272 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2993-0.

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Vladimíra HOLCZEROVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Grada, 2013, 1 online zdroj (100 stran). ISBN 978-80-247-8891-3.

EGER, Ludvík a Dana EGEROVÁ. *Metodologie výzkumu*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2022. ISBN 978-80-261-1108-5.

HÁJEK, Bedřich, Břetislav HOFBAUER a Jiřina PÁVKOVÁ. *Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2011, 239 s. ISBN 978-80-262-0030-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

CHRASTINA, Jan. *Případová studie: metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu = Case study : a method of qualitative research strategy and research design*.

Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019, 287 s. Monografie. ISBN 978-80-244-5373-6.

CHRASTINA, Jan, Naděžda ŠPATENKOVÁ a Bianka HUDCOVÁ. *Náročné, krizové a mimořádné situace v kontextu rezidenčních služeb: umírání, doprovázení a smrt uživatelů se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020, 160 s. ISBN 978-80-244-5725-3.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010, 151 s. ISBN 978-80-7367-581-3.

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. *Volný čas seniorů*. Grada, 2016, 1 online zdroj (160 stran). ISBN 978-80-271-9541-1.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.

JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada, 2014, 160 s. ISBN 978-80-247-4786-6.

KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2009, 295 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2846-9.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 224 s. Sestra. ISBN 978-80-271-0102-3.

*Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/koncepce-podpory-transformace-pobytovy-ch-socialnich-sluzeb>.

KOVÁCS, Zoltán, Renáta KIS, Sándor RÓZSA a Linda RÓZSA. Animal-assisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in a social institution. A pilot study. *Clinical Rehabilitation* [online]. 2004, 18(5), 483-486. ISSN 0269-2155. Dostupné z: doi:10.1191/0269215504cr765oa.

KOPECKÁ, Anna. *Fyzioterapie u pacientů se schizofrenií. Podtitul: Přehled stávajících metod*. 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce Zahrádka Köhlerová, Michaela.

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada Publishing, 2010, 247 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3125-4.

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KONČELÍKOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, 212 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4305-9.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 9788024721385.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

MPSV ČR, 2007. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Koncepce\\_podpory.pdf/9849e5e3-206b-393e-00af-a8e210ee1c47](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Koncepce_podpory.pdf/9849e5e3-206b-393e-00af-a8e210ee1c47).

MPSV ČR, 2016. *Počty neuspokojených žádostí o poskytnutí služby dle krajů za rok 2015* [online]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/637489/2016\\_156137\\_priloha.pdf/54c59e74-0e13-b11a-5e80-3a1529ffd1c1](https://www.mpsv.cz/documents/20142/637489/2016_156137_priloha.pdf/54c59e74-0e13-b11a-5e80-3a1529ffd1c1).

Národní zdravotnický informační portál, 2023. *Duševní onemocnění* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/340>.

Národní zdravotnický informační portál, 2023. *Bipolární porucha: příznaky a diagnóza*, [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/689-bipolarni-porucha-priznaky-a-diagnoza>.

NOVÁK, Tomáš a Hana LÁSKOVÁ. *Peklo v duši: deprese a mánie*. Praha: Grada, 2016, 144 s. ISBN 978-80-247-5851-0.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, c2007, 183 s. Psyché. ISBN 9788024714905.

POTMĚŠILOVÁ, Petra. *Arteterapie a artefletika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 89 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3683-8.

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

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014, 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie*. [Prague]: Karolinum, [2012], 1 online zdroj (466 stránek). ISBN 9788024627120.

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Přeložil Martina VŇUKOVÁ. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015, liv, 1032 s. ISBN 978-80-86471-52-5.

SVOBODOVÁ, Natálie. *Pracovníci v sociálních službách v oblasti dlouhodobé péče o seniory, případová studie Jihomoravského kraje*. 2018. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra sociologie. Vedoucí práce Dobiášová, Karolína.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011, 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. *11. revize Mezinárodní klasifikace (MKN-11)* [online]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>.

VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER, Marie VÍTKOVÁ, et al. *Psychopedie*. 6. doplněné a upravené vydání. Praha: Parta, 2021, 488 s. ISBN 978-80-7320-290-3.

VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER, Marie VÍTKOVÁ, Zdeňka KOZÁKOVÁ, Iva STRNADOVÁ a Monika MUŽÁKOVÁ. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009, 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, Eva MARKOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada, 2005, 1 online zdroj (352 stran). ISBN 978-80-247-6658-4.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

World Health Organization, 2023. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics* [online]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Nedokončené věty .....	25
Tabulka 2 – přehled zúčastněných klientů .....	28
Tabulka 3 - přehled zúčastněných aktivizačních pracovníků .....	28
Tabulka 4 - Limity studie .....	29
Tabulka 5 - Odpovědi K1 .....	31
Tabulka 6 - Odpovědi K2 .....	32
Tabulka 7 - Odpovědi K3 .....	33
Tabulka 8 - Odpovědi K4 .....	34
Tabulka 9 - Odpovědi AP1 .....	37
Tabulka 10 - Odpovědi AP2 .....	38
Tabulka 11 - Téma č. 1 - Motivace klientů .....	39
Tabulka 12 - Téma č. 2 - Vliv odměn.....	44
Tabulka 13 - Téma č. 3 - Neúspěch.....	48
Tabulka 14 - Téma č. 4 - Zájem a účast klientů .....	51

## SEZNAM SCHÉMAT

Schéma 1 - Motivace klientů .....	43
Schéma 2 - Vliv odměn .....	47
Schéma 3 - Neúspěch .....	50
Schéma 4 - Zájem a účast klientů.....	54
Schéma 5 - Souhrn všech témat.....	55



## PŘÍLOHY

Vzor informovaného souhlasu:

### **Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho následným využitím pro vypracování bakalářské práce Aktivizační činnosti u osob s chronickým duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem**

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru pro potřeby sběru dat k bakalářské práci Lucie Černínové s názvem Aktivizační činnosti u osob s chronickým duševním onemocněním
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jaký bude mít rozhovor průběh a jsem seznámen/a s právem odmítnout odpověď, případně rozhovor kdykoliv bez udání důvodů ukončit.
- Dobrovolně souhlasím s účastí na tomto projektu. Dávám své svolení se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z rozhovoru a výsledků pro další využití.
- Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním autorkou bakalářské práce. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a jediný přístup k němu bude mít autorka práce.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebudou uvedeny žádné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.

Autorka bakalářské práce může použít rozhovor nebo některé části z něj v podobě autentických citátů, zvuková nahrávka a transkripce rozhovoru však budou po úspěšné obhajobě bakalářské práce smazány.

Datum:

Zvolené jméno nebo přezdívka účastníka projektu:

Podpis účastníka projektu:

Podpis autorky bakalářské práce:

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Lucie Černínová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. et Mgr. Jan Chrastina, Ph.D., LL.M, MBA
<b>Rok obhajoby:</b>	2023

<b>Název práce:</b>	Aktivizační činnosti u osob s chronickým duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem
<b>Název v angličtině:</b>	Activation activities for people with chronic mental disorders in homes with special arrangements
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je zaměřena na aktivizační činnosti u osob s chronickým duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem. Cílem práce je zjistit, analyzovat a popsat zkušenosti klientů s aktivizačními činnostmi a aktivizačních pracovníků s jejich poskytováním. V rámci empirické části práce je využit kvalitativní přístup, konkrétně pilotní vícepřípadová studie. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaného rozhovoru doplněný projektivními technikami. Analýza dat proběhla pomocí otevřeného kódování a tematické analýzy. Ze získaných poznatků vyplývá, že stěžejním tématem je motivace klientů s duševním onemocněním. Dalšími důležitými tématy práce jsou vliv odměn či neúspěchy v rámci poskytování aktivit. Tato pilotní studie může být přínosná pro osoby, kteří pracují či v budoucnu budou pracovat s touto specifickou skupinou klientů.
<b>Klíčová slova:</b>	Duševní onemocnění, aktivizační činnosti, pobytové sociální služby, volný čas
<b>Anotace v angličtině:</b>	The bachelor thesis focuses on activation activities for people with chronic mental disorders in residential homes with special regime. The aim of the thesis is to identify, analyse and describe the experience of clients with activation activities and activation workers with their provision. The empirical part of the thesis uses a qualitative approach, specifically a pilot multi-case study. Data collection was conducted using semi-structured interviews supplemented by projective techniques. Data analysis was conducted using open coding and thematic analysis. The findings suggest that the central theme is the motivation of clients with mental illness. Other important themes of the thesis are the impact of rewards or failures in the

	provision of activities. This pilot study may be beneficial for those working or in the future working with this specific client group.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Mental disorders, activation activities, residential social services, leisure time
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Vzor informovaného souhlasu
<b>Rozsah práce:</b>	65 s.
<b>Jazyk práce:</b>	Čeština