



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní  
a pedagogická



# Volný čas lidí se závažnou duševní poruchou

## Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce  
Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče  
Autor práce: Ing. Ivana Kovářová  
Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejřimovská



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická  
Akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ing. Ivana Kovářová**  
Osobní číslo: **P12000509**  
Studijní program: **B7508 Sociální práce**  
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**  
Název tématu: **Volný čas lidí se závažnou duševní poruchou**  
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Zmapovat oblasti života lidí se závažnou duševní poruchou, a to především z hlediska kvality náplně jejich volného času, a zjistit, jakou formu podpory by tito lidé potřebovali k tomu, aby hodnotněji využívali svůj volný čas.

Požadavky: Studium odborných zdrojů, formulace teoretických východisek a vymezení základních pojmů, projektování průzkumu a stanovení časového rozvrhu, sběr dat, vyhodnocení dat a jejich interpelace, formulace závěrů, stanovení vhodných návrhů, opatření pramenící z výsledků průzkumu.

Metody: Dotazování, pozorování.

---

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2010. Diagnostika a terapie duševních poruch. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.
- JANÍČKOVÁ R., ZMEŠKALOVÁ V., 2011. Metodika práce s dobrovolníky. 1. vyd. Praha: Středisko náhradní rodinné péče. ISBN 978-80-87455-07-4.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, O. a kol., 2010. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MATULAYOVÁ, T., 2012. Dobrovoľníctvo ako výskumná téma sociálnej práce a sociológie: zborník z vedeckej konferencie. 1. vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-855-7.
- MUSICS, M., WILSON N., 2008. Volunteers, a social profile. Bloomington: Indiana University Press, c2008. 663 s. ISBN 978-0-253-34929-3.
- PEJŘIMOVSKÁ, J. a ZELEIOVÁ, J., 2011. Dimenzie muzikoterapie. 1. vyd. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave. ISBN 978-80-8082-331-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jitka Pejřimovská

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: 23. dubna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce: 24. dubna 2015



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.  
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 29. 6. 2015

Podpis: Kovaříková

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Jitce Pejřimovské za podporu, pomoc a konstruktivní připomínky, kterými mě doprovázela při psaní této bakalářské práce. Velice si cením jejího lidského přístupu a jejích znalostí, které mi umožnily hlouběji nahlédnout do problematiky psychických poruch.

Děkuji vedení občanského sdružení Fokus, o. p. s. za to, že mi umožnilo provádět v organizaci průzkum, a také za to, že samo přispělo svými připomínkami při sestavování dotazníku.

Děkuji uživatelům služeb této organizace, že byli ochotni účastnit se průzkumu a že mi umožnili získat informace v rozhovorech s nimi.

Děkuji svým kolegyním a dalším zaměstnancům Fokusu, o. p. s., a dále uživatelům služeb této organizace, kteří mě podporovali během mého studia, pomáhali mi s vyplňováním dotazníků a byli ochotni přispět do mé bakalářské práce svými názory a podněty.

## **ANOTACE**

**Název bakalářské práce:** Volný čas lidí se závažnou duševní poruchou

**Jméno a příjmení autora:** Ing. Ivana Kovářová

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2014/2015

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Jitka Pejřimovská

### **Anotace:**

Bakalářská práce se zabývala problematikou volného času lidí se závažnou duševní nemocí. Jejím cílem bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje duševní onemocnění volný čas takto postižených jedinců. Práce byla rozčleněna na dvě stěžejní části. Teoretická část pomocí odborných zdrojů popisovala příčiny, projevy a způsoby léčby nemoci. Dále se také věnovala důvodům zapříčiňujícím méně hodnotné trávení volného času a snažila se najít způsoby vedoucí k jeho kladnějšímu využívání. Druhá, praktická část, zjišťovala pomocí metody dotazování míru kvality volného času v závislosti na druhu a intenzitě psychosociální podpory. Výsledky ukazovaly, že vhodná psychosociální podpora má příznivý vliv na pozitivní trávení volného času. Zjištění vyústila v navrhovaná opatření v oblasti zvýšení psychosociální podpory. Za největší přínos práce bylo možné považovat zjištění, že kvalitu trávení volného času je možné pozitivně ovlivnit, dostane-li se lidem s duševním onemocněním správné a vhodné podpory.

**Klíčová slova:** závažné duševní onemocnění, volný čas, psychosociální podpora, volnočasové aktivity, dobrovolnictví

## **ABSTRACT**

**Title of Bachelor Thesis:** The Leisure Time of Severely Mentally Ill Persons

**Author:** Ing. Ivana Kovářová

**Academic Year:** 2014/2015

**Supervisor:** Mgr. Jitka Pejřimovská

### **Summary:**

The Bachelor thesis dealt with the leisure time's problem of the severely mentally ill persons. Its aim was to disorder how the mental disorder influenced the handicaped people's leisure time. The thesis had been divided in two main areas. The theoretical part described the cause of mental disease, its progress and its medical treatment. It paid attention to reasons inflicting the low-quality leisure time spending and it tried to find the ways for its improvement. The practical part used the method of questioning to ascertain the measure of valuably spent leisure time compared to type and intensity of psychosocial support. The results indicated that suitable psychosocial support had a positive influence on an affirmative spent leisure time. The discovery resulted in the suggestions of increase in the field of psychosocial support. The major benefit of this work might be the discovery that the correct and suitable support could influence positively the severely mentally ill people's leisure time.

**Keywords:** severe mentally illness, leisure time, psychosocial support, leisure activities, voluntarism

# Obsah

Seznam tabulek	9
Seznam grafů	10
Úvod	11
TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	13
1 Jedinci se závažnou duševní poruchou	13
1.1 Definování závažných duševních poruch	13
1.1.1 Zařazení nemoci do MKN-10	13
1.1.2 Příčiny vzniku duševních nemocí	13
1.1.3 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	14
1.1.4 Afektivní porucha	15
1.2 Léčení duševních nemocí	15
1.3 Socioterapie a důraz na aktivizaci duševně nemocných	18
2 Volný čas lidí se závažnou duševní poruchou	19
2.1 Vymezení pojmu volný čas	19
2.2 Snaha o zaplnění volného času duševně nemocným z pohledu historie	19
2.3 Překážky v trávení volného času lidí se závažnou duševní poruchou	21
2.3.1 Vedlejší účinky léků	21
2.3.2 Častá hospitalizace	22
2.3.3 Překážky v podobě nedostatečných sociálních dovedností	23
2.3.4 Nedostatečná podpora v rodině a neformálních skupinách	24
2.3.5 Stigmatizace	24
2.4 Docházka do zaměstnání a volný čas	25
2.5 Možnosti plnohodnotného využívání volného času z hlediska sociálních služeb	26
2.5.1 Popis uživatele se závažnou duševní poruchou	26
2.5.2 Volnočasové aktivity poskytované sociálními službami	27
2.5.3 Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním	28
2.5.4 Podpora vztahů s přáteli a v rodině	29
2.5.5 Sdružení Fokus	29
2.5.6 Dobrovolnictví jako doplnění sociálních služeb	30



2.5.7 Efektivní využívání volného času	32
PRAKTICKÁ ČÁST	33
3 Cíl praktické části	33
3.1 Předpoklady průzkumu	33
4 Použité metody	34
4.1 Popis dotazníku kvality volného času	34
4.2 Tvorba dotazníku	34
4.3 Způsob administrace dotazníku	35
5 Popis zkoumaného vzorku	36
5.1 Účastníci, velikost vzorku, místo a čas šetření	36
5.2 Respondenti	36
6 Výsledky průzkumu a jejich interpretace	39
6.1 Ověření předpokladu č. 1	39
6.2 Ověření předpokladu č. 2	40
6.3 Ověření předpokladu č. 3	42
6.4 Doplnující zjištění k dotazníkovému šetření	44
6.5 Sumarizované vyhodnocení výsledků	48
6.6 Situační popisy	49
Závěr	52
Návrh opatření	54
Literatura a jiné zdroje	56

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 Respondenti podle pohlaví, věku a diagnózy

Tabulka č. 2 Respondenti podle vzdělání

Tabulka č. 3 Respondenti podle délky nemoci

Tabulka č. 4 Míra spokojenosti trávení volného času v závislosti na docházce do zaměstnání

Tabulka č. 5 Volnočasové aktivity u vyčleněné skupiny respondentů

Tabulka č. 6 Změny v trávení volného času

Tabulka č. 7 Přehled aktivit ve volném čase měřený v květnu 2014 a v lednu 2015

Tabulka č. 7 Zájem respondentů o dobrovolníka

Tabulka č. 8 Vnímání potřeby pomoci

Tabulka č. 9 Respondenti podle formy bydlení

Tabulka č. 10 Respondenti podle formy vztahu

Tabulka č. 11 Respondenti podle délky využívání služby

Tabulka č. 12 Respondenti podle docházky do zaměstnání

Tabulka č. 13 Volný čas ve spolupráci s organizací

Tabulka č. 14 Změny v trávení volného času po navázání spolupráce s organizací

## **Seznam grafů**

Graf č. 1 Respondenti podle pohlaví, věku a diagnózy

Graf č. 1 Respondenti podle vzdělání

Graf č. 3 Respondenti podle délky nemoci

Graf č. 4 Míra spokojenosti trávení volného času v závislosti na docházce do zaměstnání

Graf č. 5 Volnočasové aktivity u vyčleněné skupiny respondentů

Graf č. 6 Změny v trávení volného času

Graf č. 7 Zájem respondentů o dobrovolníka

Graf č. 8 Vnímání potřeby pomoci

Graf č. 9 Respondenti podle formy bydlení

Graf č. 10 Respondenti podle formy vztahu

Graf č. 11 Respondenti podle délky využívání služby

Graf č. 12 Respondenti podle docházky do zaměstnání

Graf č. 13 Volný čas ve spolupráci s organizací

Graf č. 14 Změny v trávení volného času po navázání spolupráce s organizací

## Úvod

Tématem předložené bakalářské práce je volný čas lidí se závažnou duševní nemocí, tedy především se schizofrenií a afektivní poruchou. Téma bylo zvoleno s ohledem na několikaletou praxi autorky s jedinci s tímto druhem postižení. Vychází z předpokladu, že pro člověka se závažným duševním onemocněním je vzhledem k povaze jeho nemoci bez náležité psychosociální podpory složité najít kvalitní formy trávení volného času. Lidé s onemocněním psychotické hloubky mají narušen vztah k realitě, obtížněji navazují funkční sociální kontakty, jsou omezeni v oblasti komunikace a v neposlední řadě jsou ovlivňováni vedlejšími účinky léků, které užívají na potlačení příznaků závažné duševní nemoci. Proto často tráví svůj volný čas nevhodnými aktivitami jako je nadměrné sledování televize, vylehávání v posteli nebo kouření a pití kávy.

Práce je tradičně rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část nejprve definuje pojem závažné duševní onemocnění a popisuje jeho příčiny vzniku a způsoby léčby. Dále se pak zabývá volným časem jako takovým, kdy se věnuje historickému vývoji, a poté popisuje volný čas závažně duševně nemocných lidí z hlediska příčin, které jedinci brání volný čas plnohodnotně využívat, a z hlediska možností nabízených sociálními službami. Důraz je také kladen na vztah mezi docházkou do zaměstnání a kvalitou trávení volného času. V závěru se tato práce věnuje otázce spolupráce s dobrovolníky jako další formy psychosociální podpory v oblasti pozitivního trávení volného času lidí se závažným duševním onemocněním. Informace, které byly využity v této části, jsou čerpány především z odborné literatury zabývající se problematikou závažných duševních nemocí a problematikou volného času.

V praktické části je představen průzkum založený na užití metody dotazování, zaměřený na kvalitu volného času duševně nemocných lidí. Ke zjištění potřebných dat je použit dotazník vlastní konstrukce, respondenty jsou pak uživatelé sociálních služeb Fokusu Liberec, o. p. s. Cílem průzkumu je zjistit, do jaké míry je zapotřebí poskytnout duševně nemocným psychosociální podporu tak, aby jejich volný čas byl vyplněn pozitivněji a kvalitněji. Důraz je přitom kladen na docházku do zaměstnání a na intenzitu využívání sociálních služeb organizace. Průzkum dále zjišťuje ochotu lidí se závažným duševním onemocněním ke

spolupráci s dobrovolníky. Připojeny jsou také výsledky dalších nejzajímavějších odpovědí, které vyplynuly z dotazníkového šetření.

Průzkum se zabývá celkem třemi předpoklady, které jsou analyzovány, zhodnoceny a v závěru této práce rozpracovány do návrhu opatření.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Zpracování bakalářské práce se řídilo pokyny publikace Metoda tvorby bakalářské práce autorů J. Jihlavce, Z. Palounkové, I. Pešatové a K. Thelenové (viz seznam literatury).

# TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

## 1 Jedinci se závažnou duševní poruchou

### 1.1 Definování závažných duševních poruch

#### 1.1.1 Zařazení nemoci do MKN-10

Při popisu závažných duševních poruch je potřeba vycházet z *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desáté revize* (dále již jen MKN-10), která byla schválena 43. zasedáním Světového zdravotnického shromáždění v roce 1990. *MKN-10* má zajistit, aby ve všech členských státech Světové zdravotnické organizace, kterých je 193 a zahrnují tedy většinu států světa, byly nemoci, úrazy, příčiny smrti a další zdravotní problémy stejně vykazovány a byly tak mezinárodně srovnatelné. V platnosti je *MKN-10* od 1. 1. 1993, české znění bylo závazně zavedeno k 1. 1. 1994. *MKN-10* je pravidelně aktualizována, její poslední revize proběhla v roce 2012.

Tuto klasifikaci nemocí lze definovat jako soustavu kategorií, do kterých jsou zařazovány chorobné jevy podle zavedených kritérií. Nemoci jsou zde tříděny pomocí alfanumerické soustavy, kdy prvním znakem zleva je velké písmeno latinské abecedy udávající hlavní skupinu nemocí. Hned za ním následuje dvoumístný číselný kód určující hlavní skupinu diagnóz. Následuje tečka, za kterou pak je další číselné značení, pod kterým se vyskytuje podrobnější členění (WHO 2013, s. 5 – 20).

*MKN-10* zařazuje poruchy duševní a poruchy chování ve své páté části pod písmenný kód F. Jde o širokou skupinu nemocí, do níž je mimo jiné zařazena také demence nebo mentální retardace (WHO 2013, s. 189 – 258). Nehledě na obsáhlost této skupiny nemocí a na podobu názvosloví jsou autory jako závažné duševní poruchy vnímány ponejvíce schizofrenie a afektivní poruchy, které se v *MKN-10* nacházejí pod kódem F20 – 29 a F30 – 39.

#### 1.1.2 Příčiny vzniku duševních nemocí

Ačkoliv se autoři shodují v tom, že jsou duševní nemoci v okruhu psychotické hloubky způsobeny vzájemným působením biologických a sociálních faktorů, vysvětluje se vznik těchto závažných duševních nemocí nejčastěji nerovnováhou neurotransmiterů, které v mozku přenášejí nervové vzruchy. Jde tedy

v podstatě o narušení informačního přenosu (Praško a kol. 2005, s. 24 – 26, Vágnerová 2004, s. 335 - 336, Weimerová 2010, Malá 2005, s. 83 - 84). Této problematice se blíže věnují Praško a kol. (2005, s. 26 – 31) nebo Doubek a kol. (2008, s. 15 - 17). V podstatě je příčina závažných duševních nemocí vysvětlována nadbytkem látky zvané dopamin, která způsobuje neschopnost mozkové kůry odlišit důležité informace od nepodstatných, a nedostatkem serotoninu, který ovlivňuje emoce, agresivitu, cyklus spánku a bdění a příjem potravy.

Možný (1999, s. 11) dále doplňuje, že při depresi je v mozku nedostatek látek zvaných noradrenalin a serotonin, což vede k nedostatku aktivity a pocitům smutku, při mánii se naopak zase předpokládá, že je v mozku těchto látek nadbytek.

Vágnerová (2004, s. 336) se pak zmiňuje o principu vulnerability. Někteří lidé mají předpoklad ke zvýšené citlivosti k různým podnětům, především sociálního charakteru. Jde vlastně o poruchu zpracování informací, jejímž vlivem může docházet ke zkreslení při jejich dekodování nebo k narušení regulace přísunu podnětu, jehož důsledkem je zahlcení informacemi. Takto postižení jedinci bývají nadměrně zranitelní a mají sníženou frustrační toleranci. Proto nejsou schopni zvládnout běžné situace, takže nemoc pak může být vyvolána nadměrnou zátěží. Tou může být neúspěch, odmítnutí partnerem, zklamání, odloučení od rodiny či smrt blízkého člověka. Autorka upřesňuje, že problém nespočívá ani tak v zátěži, ale ve způsobu jejího zpracování.

K této problematice se také vyjadřují Doubek a kol. (2008, s. 17), když zdůrazňují, že onemocnění schizofrenií závisí na tom, jak se jedinec dokáže vypořádat se zevními stresovými faktory. Lidé trpící duševními nemocemi mají stresový práh, jehož překročení vede až k rozvoji psychotických příznaků, oproti ostatním mnohem nižší.

### **1.1.3 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy**

MKN-10 (WHO 2013, s. 202 – 208) uvádí, že schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé, ačkoliv jasné vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány. Vyskytovat se mohou poruchy myšlení, bludné vnímání nebo sluchové halucinace. Průběh nemoci je buď trvalý, nebo epizodický. Samotná schizofrenie může mít několik forem, nejznámější je schizofrenie paranoidní, která je doprovázena trvalými, často persekujícími bludy a sluchovými halucinacemi.

Vyskytnout se také ale může forma hebefrenní charakteristická proměnami nálad nebo katatonní s psychomotorickými poruchami. Schizotypální porucha je charakterizována výstředním chováním a poruchami myšlení a afektu, při poruše s bludy se pak vyskytují dlouhotrvající bludy.

Výskyt schizofrenie je udáván většinou 1 % populace bez ohledu na pohlaví (Dušek, Večeřová-Procházková 2010, s. 219, Michalík 2011, s. 160, Možný 1999, s. 10, Vágnerová 2004, s. 334), ačkoliv někteří autoři uvádějí i výskyt vyšší, v rozmezí 1,5 – 3 % (Kalina 2001, s. 18, Doubek a kol. 2008, s. 12). Tato nemoc nejčastěji vzniká v mladém věku, v rozmezí 15 – 35 let.

#### **1.1.4 Afektivní porucha**

Základním projevem afektivní poruchy, jak ji popisuje MKN-10 (WHO 2013, s. 208 - 214) je porucha nálady, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného, a je vychylována buď směrem k depresi, nebo naopak k euforii. Tyto změny nálady jsou obvykle doprovázeny změnou v celkové aktivitě. Při manické fázi dochází ke zvýšení nálady, energie a aktivity. Nemocný se cítí dobře, je v dobré fyzické i psychické výkonnosti, je euforický a nemá potřebu spát. Protipólem je pak fáze depresivní, při níž má jedinec sniženou náladu, energii i aktivitu. Je narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. Po minimální námaze se objevuje únava, dochází k poruchám spánku a ke snížené chuti k jídlu. Vyskytuje se zhoršení sebehodnocení i sebedůvěry, pocity viny a beznaděje.

Věkové ohraničení nemoci je pestřejší než u schizofrenie, ale i zde platí, že začíná v poměrně mladém věku. Vágnerová ((2004, s. 369 - 370) uvádí začátek afektivní poruchy před 30. rokem, průměrný věk 21 let, přičemž tato závažná duševní nemoc postihuje stejnou měrou jak ženy, tak i muže. Kalina (2001, s. 18) a Michalík (2011, s. 162) zařazují počátek této nemoci v rozmezí 20 – 40 let.

## **1.2 Léčení duševních nemocí**

Hovoří-li autoři o léčbě duševních nemocí psychotického okruhu, charakterizují ji jako léčbu postavenou na třech pilířích – psychofarmakologická léčba, psychoterapie a sociální rehabilitace (Kalina s. 59 – 60, Vágnerová s. 365 – 366). Ačkoliv je tedy jejím samozřejmým základem podávání léčiv, je nedílnou součástí také nalezení vhodného psychoterapeutického přístupu. Potřeba sociální rehabilitace vyplývá ze samotného charakteru nemoci, jejíž průběh často ovlivňuje



schopnosti nemocného v oblasti rodinných a mezilidských vztahů. Jde jednak o práci s rodinou, většinou formou rodinné terapie, ale také o nalezení vhodných aktivit, jimiž by se mohl nemocný člověk znovu zařadit do běžné společnosti a díky kterým by jeho život mohl dostat opět nějaký smysl a nějakou náplň. Na této části léčby se pak značnou mírou mohou podílet i poskytovatelé sociálních služeb.

Léčiva zaměřená na oblast závažných duševních nemocí nazýváme *psychofarmaka* nebo *antipsychotika*. Nejčastěji se podávají neuroleptika, které omezují působení dopaminu (Kalina 2001, s. 74 - 75, Malá 2005, s. 117 – 118). Podle Kaliny se také dále předepisují antidepressiva upravující působení noradrenalinu a serotoninu a anxiolytika zmírňující úzkost a napětí. V souvislosti s psychofarmaky se často autoři zmiňují o antipsychoticích druhé generace, někdy také zvané atypická antipsychotika (Doubek a kol, 2008, s. 25, Malá 2005, s. 123, Babiaková, Venglářová 2006, s. 238), které vykazují nižší výskyt vedlejších účinků, ačkoliv jejich úplnému odstranění samozřejmě nelze zcela beze zbytku dosáhnout. Podle Babiakové, Venglářové se ale klasická antipsychotika stále předepisují neklidným pacientům, protože tyto léky mají lepší sedativní účinek. U pacientů, kteří nežijí spořádaným způsobem života a v braní léků nejsou spolehliví, se potom farmaka podávají v depotní formě.

Poměrně známý způsob léčení je elektrokonvulzivní terapie (dále již jen EKT), tedy několikanásobný průtok elektrického proudu mozkem, který odstraňuje poruchy přenosu nervových vzruchů v mozkových centrech (Kalina 2001, s. 77 – 78, Babiaková, Venglářová 2006, s. 96 – 101, Malá 2005, s. 136, Dušek, Večeřová-Procházková 2010, s. 567). EKT se dělá pod krátkodobou narkózou a předepisuje se tam, kde nezabírá působení léků, při nebezpečí sebevraždy nebo u některých typů depresí. Jak ale dodává Dušek, Večeřová-Procházková, u většiny forem duševních nemocí se dává přednost antipsychotikům. Dušek, Večeřová-Procházková (2010, s. 566 - 568) přitom řadí EKT mezi biologické terapie a hovoří i o jiných, méně častých terapiích podobného rázu jako je například fototerapie, tedy léčení pomocí zdroje světla, jehož spektrum je co nejbližší světlu dennímu.

Klientům se závažným duševním onemocněním jsou k dispozici služby ambulantní v podobě psychiatrických ordinací. Dále mohou využít i služby lůžkové. Jedná se většinou o psychiatrická oddělení, která bývají součástí nemocnic, ve větších městech jsou zřízeny i psychiatrické kliniky. Dlouhodobá

léčba a rehabilitace probíhá na psychiatrických léčebnách a nemocnicích (Marková 2006, s. 38 – 43, Kalina 2001, s. 62 – 63).

Druhým pilířem léčby je psychoterapie, kterou se podle Kaliny (2001, s. 86) většinou rozumí tzv. základní psychoterapie, tedy rozhovor v rámci terapeutického vztahu, probíhající mezi lékařem a pacientem. Takový rozhovor se týká především léků, ale i dalších problémů, které pacient vnímá jako obtížné a potřebuje v nich pomoc a porozumění. Terapeutem je tedy, jak uvádí Praško a kol. (2005, s. 40) většinou ošetřující psychiatr nebo psycholog. V užším slova smyslu může jít ale také o speciální léčebnou metodu, individuální nebo skupinovou, při níž jde o hlouběji zaměřený rozhovor terapeuta s druhým člověkem nebo více lidmi. Jak dále uvádí Kalina, při takové terapii se často využívá neverbální komunikace pomocí hudby či zvuků nebo se do ní zařazují prvky arteterapie.

Dušek, Večeřová-Procházková (2010, s. 337) popisují psychoterapii jako léčebné působení psychologickými prostředky. Představuje záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta. Psychoterapeuti pomáhají jedinci vyrovnat se s problémy života, najít sebe na základě sebepoznání a seberealizovat se.

Poměrně velký důraz je pak autory kladen na terapii rodinnou, která je řazena do třetího pilíře léčby, do socializace. Jde o poměrně důležitou část na cestě k znovu začlenění se do přirozeného prostředí (Vágnerová 2004, s. 366, Kalina 2001, s. 93 – 94). Jak upozorňuje Kalina nebo Savenke (2009, s. 199 – 200), pro rodinu je život s duševně nemocným člověkem zátěží a může vyvolat krizi. Navíc skutečnost, že mají mezi sebou někoho duševně nemocného, bývá často tématem, o kterém se mezi ostatními lidmi nemluví. Mimo to je rodina v konfrontaci s otázkou, jestli nemoc nevznikla její vinou. Z tohoto pocitu a z potřeby pomoci svému blízkému se stává, že se rodina soustředí pouze na problémy nemocného člena, takže starosti ostatních jdou stranou.

Rodinná terapie, jak ji popisuje Kalina (2001, s. 94), spočívá především v rozhovoru terapeuta s celou rodinou, do kterého je samozřejmě zahrnut i pacient samotný. Je také možné uskutečnit rozhovor s důležitými dvojicemi, například pacientem a jeho matkou nebo s pacientem a jeho sourozencem. V případě, že je nemocný sezdaný, pracuje se s oběma manželi, potom se hovoří o manželské či párové terapii. Používají se i společná sezení několika rodin nebo manželských párů.

V léčbě duševních nemocí se již poměrně dlouho používají i jiné druhy terapií, z nichž nejznámější jsou hlavně terapie expresivní, často nazývané kreativní, kam patří arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie nebo taneční pohybová terapie.

### **1.3 Socioterapie a důraz na aktivizaci duševně nemocných**

V rámci socioterapie je autory zdůrazňována potřeba zajistit nemocným denní režim a program. Vágnerová (2004, s. 366 – 367) uvádí, že přiměřený program má pro nemocného značný význam, protože mu napomáhá v orientaci, stimuluje ho, zprostředkovává mu pocit užitečnosti a smyslu a značnou měrou přispívá k lepší rodinné atmosféře. Kalina (2001, s. 70 – 71) zahrnuje do socioterapie komunity a jiné aktivity pořádané na psychiatrických odděleních, ale také denní stacionáře a socioterapeutické kluby, které je možno navštěvovat po návratu domů. Při socioterapii je přitom jednak umožněn kontakt s lidmi, jednak vytvořen program v chráněném prostředí, který by postupně měl vytvořit potřebné schopnosti pro zvládnutí běžného života. Důležitý je i nácvik sociálních dovedností (Praško a kol. 2005, s. 41 – 42), tedy především trénink v komunikaci s ostatními.

Z tohoto hlediska se potom klade důraz na spolupráci léčeben a nemocnic pro duševně nemocné se sociálními službami nabízejícími sociorehabilitační programy. Tato problematika bude popsána dále.

## **2 Volný čas lidí se závažnou duševní poruchou**

### **2.1 Vymezení pojmu volný čas**

Pávková, Hájek, Hofbauer (2006, s. 117, 2008, s. 13) charakterizují volný čas jako zbytek prostoru dne, který má člověk pro sebe sama k dispozici. Je to doba, kdy člověk nemá žádné povinnosti a záleží jen na něm, jak volný čas stráví. Činnosti si přitom volíme sami, děláme je rádi a dobrovolně a navíc nám přinášejí pocit uspokojení a uvolnění. Pod tímto pojmem se běžně zahrnují odpočinek, rekreace, zábava, zájmové činnosti a vzdělávání nebo také dobrovolná společensky prospěšná činnost.

Pávková, Hájek, Hofbauer (2008, s. 15 - 31) vidí ve správném využívání volného času hned několik pozitivních přínosů. Mívá příznivé účinky na zdravotní stav, na lepší zvládnání mezilidských vztahů, často dokáže člověka zachránit v náročných životních situacích a krizích a také lze při něm získat nové vědomosti a zkušenosti. Navíc zbavuje nudy a pocitu vnitřní prázdnoty, ze kterého často vyplývají sociálně patologické jevy.

### **2.2 Snaha o zaplnění volného času duševně nemocným z pohledu historie**

Pohled na závažná duševní onemocnění a způsoby jejich léčby prošly dlouhým historickým vývojem, během kterého jsou patrné jasné snahy zaměstnat takto postižené občany nějakou smysluplnou činností.

Až donedávna bylo na duševní nemoci a jejich příčiny pohlíženo jako na dílo démonů, duchů a podobných zlých sil, proto bylo jejich léčení převážně v rukou kněží či šamanů. Přesto první záznamy z léčby duševně nemocných hovoří o přívětivém zacházení s takto nemocnými. Jak uvádějí někteří autoři (Rajmová 2006, s. 25, Vencovský 1996, s. 21 – 22), pocházejí nejstarší zmínky o léčbě duševních nemocí z Egypta. Duševně choří byli přiváděni do chrámů, aby tak byli v bezprostřední blízkosti bohů. Již zde se kněží snažili co nejvíce naplnit čas svým pacientům. Z dochovaných papyrů je totiž možné se dočíst, že léčba těchto lidí spočívala v tělesných cvičeních, v procházkách po chrámových zahradách, v tanci, zábavě, hudbě a v obveselování myslí prohlídkou chrámových maleb.

Také záznamy z Babylonie, Indie nebo z Číny dokládají, že duševní nemoc byla mimo náboženských rituálů a léčení tehdy známými prostředky doplňována čtením posvátných textů či nejrůznějšími psychickými i tělesnými cvičeními, a že

byl doporučován vlídný a přátelský postoj k nemocnému (Vencovský 1996, s. 25 – 37).

Doba antická přinesla mimo jiné i pokrokovější světlo na vnímání duševních nemocí, které byly řeckými a římskými lékaři a učenici shledávány v nejrůznějších vnitřních i vnějších podmínkách života postiženého. Mimo rady, jakými prostředky na nemoc působit, doporučovali antičtí vědci při jejich léčbě nejrůznější volnočasové aktivity, jako tělocvik, procházky, řečnická cvičení, četbu, hru v šachy, hraní divadla nebo cestování.

Vliv antického lékařství v pojmání duševně chorých je ještě z části patrný na počátku středověku. Jak se zmiňuje Vencovský (1996, s. 98), působil ve 13. století v Evropě salernský lékař Bartholomeus, který doporučoval, aby byli nemocní povzbuzováni, ušetřeni strachu ze svých myšlenek, rozptýlováni hudbou a nějakým zaměstnáváním. Další zajímavá zmínka pak pochází z konce 15. století z turecké Adrianopoli, kde tehdy fungoval azyl pro duševně choré. Nemocní měli k dispozici rozsáhlý park s bazénem, v němž byli léčeni procházkami a vůní růží. Obden tam přicházeli hudebníci a zpěváci, aby je obveselovali.

Jestliže antická doba stavěla duševně nemocné na roveň ostatním tělesným postižením, ve středověku o toto privilegium vlivem demagogie církve přišli. V té době totiž byly duševní choroby pokládány za projev a důsledek posedlosti satanem, za trest boží či dědičný hřích. Mnoho duševně chorých tak skončilo na hranici v plamenech. O ty, kteří se dostali do ústavů, bylo pak postaráno pouze okrajově, ti, kdo nebyli přijati, končili v šatlavách, kde byli upoutáni řetězy a vystaveni nelidskému zacházení. Snahy tehdejších pokrokových lékařů se upínali hlavně na to, aby zlomili toto nazírání církve na duševně nemocné a aby i jim bylo dopřáno slušného zacházení a potřebné lékařské péče. Mnoho takových lékařů pak muselo nést důsledky, které jejich učení v církevních kruzích vyvolávalo, ať již to byl samotný trest upálením nebo útěk do ústraní (Rajmová 2006, s. 26 – 27, Vencovský 1996, s. 101).

Autoři Vencovský (1996, s. 172) a Rajmová (2006, s. 27 - 28) vyzdvihují přínos pařížského lékaře Philippe Pinela. Ten v roce 1793 otevřel dveře podzemních kopek pařížského blázince Bicetre a zajistil pacientům ošetrovatelskou péči, právo na svobodu a osobní hygienu. Pinel je považován za zakladatele novodobé ústavní psychiatrie. Jak dále uvádí Vencovský (1996, s. 172 – 173), prosazoval i Pinel léčbu

prací, a to především polními pracemi. Krivošíková (2011, 67) se zmiňuje o Philipu Pinelovi jako o zakladateli ergoterapie.

Podle Rajmové (2006, s. 28 - 31) se v druhé polovině 18. století začaly v Evropě otvírat první ústavy pro duševně nemocné. V Praze byl otevřen 1. listopadu 1790. Během dalších padesáti let postupně vznikaly pobočky nejen v Praze, ale i po celém Českém státě. Autorka nejvíce vyzdvihuje osobu ředitele dr. Josepha Gottfrieda Riedela (1803 – 1870), který stál v čele ústavu v polovině 19. století. Pod jeho vedením se součástí léčebného režimu stala také pracovní terapie, k dispozici byly tkalcovské, knihařské dílny nebo knihovna. V zahradě ústavu měli pacienti k volnému užívání dokonce i kolotoče, kulečnick a střelnici s míčem. Byly zakoupeny hudební nástroje, na které nemocní během své léčby při různých příležitostech hráli.

Jak již bylo zmíněno výše, právě v souvislosti s léčbou zaměřenou na naplnění času duševně nemocných se začala rozvíjet ergoterapie, která byla prvních pár desetiletí zaměřena pouze na lidi s duševní poruchou. Teprve po druhé světové válce se začala prosazovat při léčbě ostatních typů postižení (Krivošíková, 2011, s. 67).

Je zřejmé, že u osob se závažným duševním onemocněním se od samého prvopočátku prosazovala snaha zaměstnat je a dát jejich životu smysl, a to s mnohem větším důrazem než u kteréhokoliv jiného postižení.

## **2.3 Překážky v trávení volného času lidí se závažnou duševní poruchou**

### **2.3.1 Vedlejší účinky léků**

Ačkoliv psychofarmaka pomáhají řešit zdravotní situaci závažně duševně nemocného člověka, je jejich působení komplikováno vedlejšími účinky. Mimo čistě fyziologických následků jako je zvýšení krevního tlaku, závratí nebo stažení a ztuhlosti svalů uvádějí autoři (Kalina 2001, s. 231, Malá 2005, s. 125 – 127, Praško a kol. 2005, s. 70 – 71, Možný 1999, s. 17) nejčastěji vnitřní neklid, ospalost a zvýšenou chuť k jídlu, s čímž souvisí častá obezita.

Autoři dále upozorňují na problémy spojené s předčasným ukončením léčby ze strany nemocného. Člověk po odeznění příznaků nemoci může dostat pocit, že již léky brát nemusí, užívání léků cítí jako omezující nebo ho natolik obtěžují vedlejší účinky léků, že se je rozhodne vynechat. Ve většině případů však po nějaké

době dochází k návratu nemoci a často také k opětovné hospitalizaci ( Praško a kol. 2005, s. 73 – 74, Doubek a kol. 2008, s. 46, Kalina 2001, s. 82)

O opačném riziku se zmiňuje Kalina (2001, s. 80– 83). Projevy závažné duševní nemoci sice po užívání léků postupně odeznívají, přestávají jedince děsit a umožňují mu tak lepší schopnost emočního odstupu, na druhou stranu se však také může stát, že pacienti očekávají od těchto léků vyřešení všech problémů a potíží, které život přináší. Neumějí rozeznat, co jsou problémy běžného života od příznaků závažného duševního onemocnění, a tak často řeší nepříjemné situace pomocí psychofarmak. Stávají se tak na lécích závislí.

Vedlejší účinky spojené s psychofarmakologickou léčbou mohou výrazně snížit schopnost vážně duševně nemocného zvládat volnočasové aktivity. V kombinaci s obezitou, která mu ještě více zabraňuje v kontaktu s lidmi ze strachu, že bude o to více středem negativní pozornosti, se často jedná o překážku, kterou takový jedinec zvládá jen s obtížemi.

### **2.3.2 Častá hospitalizace**

Jak již bylo dříve zmíněno a jak se uvádí ve WHO (2013, s. 208), má většina z těchto poruch psychotické hloubky tendenci k recidivám. Hovoří se o tzv. relapsu, tedy návratu akutních příznaků a potíží, které byly již léčeny. Praško (2005, s. 44) se zmiňuje o tom, že u závažných duševních poruch je riziko relapsu vysoké, ačkoliv léky ho sníží o 10 – 15 %. Kalina (2001, s. 31 – 32) uvádí, že k recidivě závažných duševních nemocí dochází až u 60 % pacientů. Tato skutečnost pak často vede k opakované potřebě postiženého být znovu hospitalizován. Závažně duševně nemocní jsou tak vytrženi ze svých sociálních vazeb, a to často na poměrně dlouhou dobu. Jak je zřejmé ze statistiky Ústavu zdravotnických zařízení (ÚZIS 2013, s. 2), činí průměrná délka ošetrovací doby na psychiatrických léčebnách 84 dnů, tedy v přepočtu skoro tři měsíce.

Protože léčba v nemocnicích bývá nejen častá, ale také několikaměsíční, někdy dokonce i několikaletá, může dále být jejím důsledkem tzv. *hospitalismus*. Jde o poměrně známé riziko ústavní léčby, které Matoušek (2003, s. 78) vysvětluje jako jev, kdy se pacient adaptuje na dlouhodobý pobyt v léčebném zařízení a postupně si zvykne na jeho prostředí. Tím ovšem dochází k oslabování sociálních dovedností potřebných na život mimo ústav.

### 2.3.3 Překážky v podobě nedostatečných sociálních dovedností

Weeghel (2009, s. 15 – 16) upozorňuje, že lidé se závažnými psychickými poruchami mají ve svém každodenním fungování z důvodu psychiatrického onemocnění značná omezení, a to často trvalejšího charakteru. Tomu rovněž nahrávají nepříznivé životní okolnosti jako je nízký příjem, absence sociální podpory a dlouhodobý pobyt v nemocnici, a bariéry sociální jako jsou stigmatizace nebo nedosažitelné sociální role. Spousta z nich žije osamoceně, nenavazuje partnerské vztahy, většina z nich nemá stálé placené zaměstnání a často ani strukturovaný denní program. Jak se dále přidává Probstová (2005, s. 151), tím vším způsobená častá izolovanost a poměrně malá síť sociálních kontaktů znevýhodňuje tuto skupinu lidí ve smysluplném využívání svého času.

Vágnerová (2004, s. 336) a Babiaková, Venglářová (2006, s. 235) se zamýšlejí nad tím, že schizofrenie nejčastěji vzniká v době přechodu k dospělosti, mezi 15. – 25. rokem života, kdy se člověk odpoutává od své původní rodiny a měl by se osamostatnit. V tomto období jsou na něho kladeny extrémní nároky. Očekává se, že se postupně osamostatní, přijme odpovědnost za sebe a své jednání a naváže jiné fungující vztahy ve svém okolí. Další tlak je pak na něho vyvíjen v oblasti vytváření jeho pracovní kariéry, v zahájení sexuálního života a v nalezení partnera pro dlouhodobý vztah. To vše vyvolává řadu emocí, které však nejsou v našem sociokulturním prostředí příliš tolerovány, zvláště jsou-li negativní. Proto jedním z možných způsobů řešení této náročné situace může být extrémní vtažení se do sebe a vytvoření imaginárního světa.

K dalším následkům způsobených vznikem nemoci v poměrně mladém věku se vyjadřuje také Weimerová (2010), která uvádí, že z tohoto důvodu zřejmě mnoho duševně nemocných nežije v partnerském vztahu. Dalším důvodem pak je skutečnost, že mnoho léků nepříznivě ovlivňuje sexualitu.

Vágnerová (2004, s. 338) poukazuje na skutečnost, že závažně duševně nemocný člověk nemá chuť ani potřebu vyvíjet snahu, aby se zařadil do svého sociálního prostředí. V jeho bludném světě totiž není nemocný sám, je středem pozornosti, i když často negativní, v protikladu k reálnému světu, kde se cítí osamocený a kde není schopen navázat přijatelný kontakt.



### **2.3.4 Nedostatečná podpora v rodině a neformálních skupinách**

Vznik duševního onemocnění psychotické hloubky ovlivní nejen toho, koho se to týká, ale také celé jeho okolí, nejvíce pak jeho rodinu. Ta je zatížena výčitkami, sebeobviňováním a zklamáním, a dostává se tak do krize, jejímž vyústěním může být únava, rezignace nebo dokonce její rozpad (Kalina 2001, s. 104 – 105). Jak doplňují Praško a kol. (2005, s. 62 - 63), nemocný je v takové rodině často vystaven kritice, zlobě či přehnanému vměšování se do soukromí. Proto někteří z nich raději volí život osamoceně, aby se tak vyhnuli zatěžujícím interakcím s příbuznými.

Jak již bylo uváděno výše, mnoho lidí s duševním onemocněním nenajdou životního partnera. Z povahy své nemoci se také jen obtížně zařazují do neformálních skupin, neboť se obávají stigmatizace a mají strach z komunikace s ostatními.

### **2.3.5 Stigmatizace**

Stigma je vysvětlováno jako nálepka člověka v jeho společenském uplatnění (Matoušek 2003, s. 227). Probstová (2005, s. 134) tento výraz blíže specifikuje pro práci s lidmi se závažnou duševní nemocí. Charakterizuje ho jako předsudek, že duševně nemocní jsou jako skupina nežádoucí, a proto je třeba se jich bát nebo se jim vyhýbat. To uvádí i Vágnerová (2004, s. 355), když píše, že příčinou odmítavého postoje k nemocným schizofrenií je jejich chování, které bývá většinou podivné, je těžké se do něj vcítit a porozumět mu, komunikace s nimi je obtížná a často zcela neefektivní. Jejich projevy jsou nepředvídatelné a jen stěží ovlivnitelné. Toto jednání vyvolává bezradnost a někdy i pocity ohrožení, odporu či obav. Převažuje tendence nemocného izolovat. Na stigmatizaci se pak podle některých autorů (Malá 2005, s. 143, Marková, Petr 2006, s. 20) navíc silně podílejí média, které se honí za senzací a líčí lidi se závažným duševním onemocněním jako násilníky nebo podivíny.

Podle Vágnerové (2004, s. 354 – 355) je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním, který vysvětluje nedostatkem znalostí o příčinách této nemoci, stále silnými předsudky a také tím, že schizofrenie se někdy i dost dlouhou dobu rozvíjí v soukromí bez lékařské pomoci. Malá (2005, s. 143) se domnívá, že duševně nemocný člověk je v jiném postavení než člověk s tělesnou

nemocí, protože se okolí jeví jako zvláštní, s nepochopitelnými reakcemi, a proto bývá ostatními lidmi negativně hodnocen

Jak dále píše Marková, Petr (2006, s. 19), může vést stigma u lidí s duševní poruchou psychotického okruhu k posílení příznaků jejich nemoci, snižuje jim sebedůvěru, vede ke strachu a omezuje dřívější sociální kontakty. Závažně duševně nemocní, kteří se cítí být stigmatizováni, komunikují jen opatrně a vyhledávají jedince ocitající se v podobné situaci. Jejich důvěra k okolí je narušena. Stigmatizace se může projevit navíc také v rodinných vztazích. Dopad na rodinu je hlavní příčinou dlouhého váhání, než vezme na vědomí, že jejich člen je nemocný, protože duševní porucha vrhá špatné světlo i na ostatní příslušníky rodiny.

Probstová (2009, s. 41) vysvětluje, že lidé s duševní nemocí psychotické hloubky nejen že jsou objektem stigmatizace ze strany okolí, ale sami ji často zvnitřňují a snaží se s tímto problémem vyrovnat tak, že se stahují, izolují nebo vstupují do agresivních konfrontací s okolím.

## **2.4 Docházka do zaměstnání a volný čas**

Zaměstnávání je v oblasti práce s lidmi významným psychosociálním faktorem, který má značný vliv na kvalitu trávení volného času. Jak uvádí Mareš (1994, s. 135 – 136), teoreticky sice mohou lidé, kteří do zaměstnání nechodí, naplnit svůj den mnoha činnostmi. Ve skutečnosti však bez práce jiné aktivity ztrácejí na svém významu, navíc takový člověk se odcizuje od hlavního proudu společnosti, ztrácí budoucnost a žije pouze přítomností, což přináší nebezpečí sociální izolace. Vrbková (2010, s. 72 – 74) zdůrazňuje hned několik aspektů, které jsou důležité v oblasti zaměstnávání lidí se zdravotním postižením. Práce především umožňuje nastavení strukturovaného dne a rytmu. Taková struktura pak dává prostor k plánování volnočasových aktivit, protože většina lidí bez zaměstnání jinak nevědí, co s volným časem. Docházka do zaměstnání dále poskytuje možnost k získávání známých a přátel, nabízí příležitost k účasti na společenských činnostech či nalezení tématu k hovoru. A právě takové skutečnosti pak přispívají značnou měrou k tomu, aby takový člověk našel informace a motivaci k pozitivnímu trávení volného času.

Také Kalina (2001, s. 227 – 230) nabádá lidi s duševním onemocněním, aby sice neuspěchali návrat do práce, ale aby se mu také nevyhýbali, a to i přesto, že

nastoupí na kratší pracovní úvazek a na jinou pracovní pozici. Jakákoliv práce umožní totiž zvýšit sebedůvěru, samostatnost a schopnost vyjít s lidmi.

Vágnerová (2004, s. 367) podotýká, že je pro jedince se závažným duševním onemocněním návrat do práce velice obtížný, a to z několika důvodů. Jednak bývají méně výkonní, hůře adaptabilní a nemívají potřebné kompetence spojené s profesní rolí. Reakce spolupracovníků neposkytující důvěru a porozumění představují pro takto nemocné lidi nadměrnou zátěž. Důležitý je i ten fakt, že duševní nemoc vzniká ve věku, ve kterém dochází k rozvoji profesionálních dovedností. Vlivem nemoci však někteří takto postižení lidé žádné kvalifikace nedosáhli, proto je jejich uplatnění obtížné.

Většině takto nemocných lidí je přiznán invalidní důchod 2. nebo 3. stupně, který jim umožní pracovat na zkrácené úvazky. Vágnerová proto pokládá za nejvhodnější jejich umístění na chráněném pracovišti, kde takové úvazky dostávají, protože většinou nejsou schopni plného pracovního zatížení. Matoušek (2003, s. 136) však upřednostňuje zaměstnávání podporované, při němž je podpora poskytována přímo na pracovišti. Služby jsou tak poskytovány nejen klientovi, ale i nadřízeným a spolupracujícím. Někteří jedinci jsou však schopni uplatnění i na volném trhu práce.

Lidé s duševním onemocněním vzhledem k povaze své nemoci nevyžadují žádnou speciální úpravu pracovního prostředí, o to více ale potřebují získávat sociální dovednosti. Většina z nich po léčbě tápe v oblasti komunikace, nalezení nového smyslu života a navazování kontaktů s lidmi ve svém okolí. Zaměstnání, byť jen na částečný úvazek, jim tyto potřeby smysluplně doplňuje. Psychosociální podpora v podobě docházky do zaměstnání pomáhá jedinci se závažnou duševní poruchou ukotvit se v realitě a ve společnosti. V neposlední řadě také pocit, že je takový jedinec užitečný a vykonává smysluplnou práci, vytváří pozitivní motivaci k tomu, aby se ve svém volném čase něčemu hodnotnému věnoval.

## **2.5 Možnosti plnohodnotného využívání volného času z hlediska sociálních služeb**

### **2.5.1 Popis uživatele se závažnou duševní poruchou**

Většina uživatelů, kteří vyhledávají nabídky sociálních služeb, mají za sebou několikátýdenní léčbu v psychiatrických nemocnicích a léčebnách. Pomocí dostupné farmakologické léčby jsou tak odstraněny pozitivní příznaky nemoci

jakou jsou bludy a halucinace. Během hospitalizace za nimi často dochází kontaktní zaměstnanec sociální služby, aby jim nabídl další možnosti poté, co budou propuštěny. Mimo chráněné či podporované bydlení často připadají v úvahu pestré rehabilitační programy v ergoterapeutických a sociálně rehabilitačních dílnách.

Uživatel služeb i po propuštění z léčby má narušen vztah k realitě, k sobě i druhým a není ukotven v mnoha oblastech života. I přes přetrvávající zdravotní problémy se však budoucí klient sociálních služeb nachází ve stabilizovaném stavu, takže se může okamžitě účastnit rehabilitačních programů, samostatně jednat a smysluplně využívat nabízených služeb. Ačkoliv vztah k realitě je u závažně psychicky nemocných narušen, nejedná se o narušení konstantní. Nejvíce se tato skutečnost projevuje při akutním vzplanutí nemoci, ale ve fázi remise, ve které do služeb nastupují, jsou tito lidé schopni samostatně posuzovat svou situaci a rozlišovat podněty, které pozitivně podporují jejich psychosociální ukotvení. Proto jsou jim nabízeny formy psychosociální podpory prostřednictvím sociálních služeb v okolí bydliště, kam se po léčení vrací.

### **2.5.2 Volnočasové aktivity poskytované sociálními službami**

Sociální služby se podle zákona č. 108/2006 Sb. nabízejí ve třech podobách, a to buď jako pobytové v zařízeních sociálních služeb, dále pak ambulantní, za nimiž osoba dochází anebo terénní, které jsou uživatelům poskytovány přímo v jejich přirozeném prostředí. Zákon dále vyjmenovává třináct základních činností, které může organizace svým klientům poskytovat. Nejvíce zaměřené na volný čas uživatelů jsou zajisté výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Volnočasové aktivity, byť nepřímou, ale zahrnuje také zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, sociálně terapeutické činnosti nebo nácvik dovedností vedoucích k sociálnímu začlenění (zákon č. 108/2006 Sb., § 33 a 35). Zákon dále vyjmenovává postupně všechny služby sociální péče a přiřazuje k nim již zmíněné činnosti, které může konkrétní služba poskytovat. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti tak v sobě obsahuje řada služeb jako je podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, centra denních služeb a denní stacionáře nebo sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. K zaplnění svého volného času je ale také možné využít sociálně terapeutické dílny, jejichž základním cílem je sice dlouhodobá a pravidelná podpora ve zdokonalování pracovních návyků, ale jednou z činností je také nácvik dovedností vedoucích k sociálnímu začlenění, a jejich hlavní

náplní jsou především rukodělné práce. Mnohé další služby, jako je sociální rehabilitace nebo odborné sociální poradenství, pak mají v popisu své náplně často také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zákon č. 108/2006 Sb., § 37 - § 71).

Z adresáře služeb (VIDA 2009) pro lidi s duševním onemocněním v České Republice je možné získat přehled o tom, jaké služby se převážně poskytují této cílové skupině. Ve velké míře jde o krizovou pomoc, poradenství, chráněné a podporované bydlení, socioterapeutické a chráněné dílny, centra denních aktivit, sociální rehabilitace, některé kraje nabízejí i přechodné a podporované zaměstnání a svépomocné aktivity, zejména volnočasové. Třebaže pokrytí služeb v kraji bývá občas problematické a dostupné většinou pouze pro lidi z nejbližšího okolí, zatímco ze vzdálenějších lokalit je jejich dostupnost omezená, je možno si z nabídky služeb vybrat i ty, které mají volnočasové zaměření, ačkoliv se často funkce a významy těchto služeb navzájem prolínají a jejich původní záměr bývá odlišný.

Denní stacionáře a centra denních aktivit pro duševně nemocné jsou nejvíce volnočasově zaměřenou službou. Činnost těchto středisek bývá rozmanitá. Probíhá v nich společné vaření, uživatelé si zde při kávě mohou navzájem sdílet své zkušenosti, mohou se účastnit výletů a exkurzí. V jejich náplni je také provoz nejrůznějších kroužků a terapeutických sezení (Baobab 2014, Sociálně-psychiatrické centrum Fénix 2014).

Sociální služby dále pomáhají s organizací svépomocných aktivit nebo jim alespoň poskytují zázemí. Ačkoliv se samozřejmě již nejedná o sociální službu, je poskytnutí prostoru ke scházení pro uživatele důležité. Tyto svépomocné kluby jsou volně přístupné všem a pořádají volnočasové aktivity nejrůznějšího charakteru, ať již jde pouze o popovídání si u kávy a čaje či opékání buřtů nebo o výlety, exkurze či návštěvu divadla (Fokus Liberec 2014).

### **2.5.3 Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním**

Neziskové organizace často svým uživatelům nabízejí zaměstnání na chráněných místech nebo v chráněných dílnách. Těmto pracovním příležitostem může předcházet pracovní rehabilitace v sociálně rehabilitačních dílnách, při níž uživatelé získávají vhodné pracovní návyky tak, aby se byli schopni uplatnit. Podle zákona o zaměstnanosti (zákon č. 435/2004 Sb., § 67 – 76) je těmto organizacím poskytnut příspěvek jednak na samotnou přípravu k práci zdravotně postižené

osoby, tak na samotné chráněné místo, které je za tímto účelem zřizováno. Další možností je také podporované zaměstnávání, které poskytuje podporu lidem v běžném pracovním prostředí. Zahrnuje jednak asistenci přímo v místě pracoviště, jednak podporu zaměstnavateli. Vzhledem k tomu, že je tato služba založena na velmi intenzivní a individuální práci s klientem, je pro svoji náročnost využívána mnohem méně (Vrbová 2010, s. 72). Sociální služby dále nabízejí svým uživatelům pomoc při jejich umisťování na volném trhu práce. Může se tak dít v rámci základního či odborného poradenství, ale také formou doprovodů, nácviků nebo podporou při komunikaci.

#### **2.5.4 Podpora vztahů s přáteli a v rodině**

Nedílnou pomocí je podpora sociálních vazeb s přáteli a v rodině. V zaměstnání i v rehabilitačních programech mohou uživatelé navázat kamarádské vztahy, proto by měl takový program nabízet dostatek času pro jejich rozvoj. Většinou se nejvíce vytvářejí během pracovních přestávek u kávy, v rehabilitaci pak i během rukodělných prací. Vhodné jsou také klubové aktivity, kde je dostatek prostoru na výměnu svých životních zkušeností i na obyčejné popovídání si.

Vztahy v rodině duševně nemocného člověka jsou často silně narušené. V akutní fázi bývá totiž takový jedinec agresivní, podrážděný a neschopný konstruktivní komunikace. To může mít za následek rozvrat rodinných vazeb. Sociální služby proto nabízejí vzdělávací semináře pro rodinné příslušníky, kde je jim vysvětlena podstata nemoci i poskytnuty rady, jak se ke svému nemocnému členu rodiny chovat. Dále zprostředkovávají schůzky svých uživatelů s jejich rodiči, manželi či dětmi a pomáhají jim tak najít k sobě znovu cestu.

#### **2.5.5 Sdružení Fokus**

Poměrně známou neziskovou organizací poskytující služby závažně duševně nemocným osobám je sdružení Fokus, jehož cílem je pomoci lidem s tímto postižením žít plnohodnotný život ve společnosti. Za tímto účelem Fokus rozvíjí široký vějíř služeb sociální a pracovní rehabilitace, které směřují k obnově sebedůvěry a praktických životních dovedností duševně nemocných. V současné době zastřešuje celkem deset samostatných organizací působících v České republice, z nichž první vznikla již v roce 1990 (Fokus 2015).

Samotný Fokus Liberec, o. p. s., ve kterém probíhalo dotazníkové šetření, má za sebou již více jak dvacetiletou tradici, neboť vznikl v roce 1993. Nabízí služby podporovaného a chráněného bydlení a služby sociálně aktivizační. Lidé s handicapem zde mohou nalézt uplatnění na chráněných pracovních místech, většinou v oblasti úklidových, údržbářských a administrativních prací nebo v chráněné kavárně Floriánka umístěné na odloučeném pracovišti v Jablonci nad Nisou.

Z hlediska sociální rehabilitace pak tato organizace nabízí lidem s duševním onemocněním sociálně rehabilitační dílnu, která je zaměřena na rukodělné práce včetně práce se dřevem. Jednou do týdne se zde také schází arteterapeutická skupina. Socioterapeutická dílna bývá často vnímána jako nácvik pracovních dovedností, proto někteří uživatelé po několikaměsíční docházce získávají pracovní uplatnění na chráněných místech Fokusu Liberec, o. p. s. nebo v jiných spolupracujících organizacích.

Z hlediska náplně volného času je pak možné využít nabídky klubu Myklub, kterému jsou poskytovány prostory v budově organizace, ale v jehož rámci jsou také pořádány výlety, návštěvy muzeí, divadel či bazénu. Klub se schází jednou do týdne, a není-li zrovna naplánována žádná aktivita, mohou si lidé spolu povídat, vyměňovat si zkušenosti nebo využít internetu.

Organizace pracuje s jedinci mimo akutní fázi onemocnění, kterým poskytuje psychosociální podporu za účelem ukotvení v realitě skrze zmíněné rehabilitační programy.

### **2.5.6 Dobrovolnictví jako doplnění sociálních služeb**

Pracovníci v sociálních službách se obvykle snaží pokrýt základní potřeby uživatelů týkající se bydlení, financí nebo zdraví. Proto na doprovod na volnočasové činnosti v rámci města či obce již nezbyvá čas, navíc tyto aktivity se často odehrávají v odpoledních hodinách, kdy již většina zaměstnanců nepracuje. Vhodným nástrojem se proto jeví být činnost dobrovolníků, kteří nejenom že mohou doprovodit člověka s postižením na akce pořádané komunitou, ale značnou měrou mohou také přispět k sociálnímu začlenění těchto lidí.

Autoři (Gulová 2011, s. 63 – 65, Toner, Sozanská 2002, s. 35 - 48) popisují dobrovolníka jako člověka, který ze své dobré vůle a ve svém volném čase poskytuje svoji energii, vědomosti a dovednosti ve prospěch ostatních lidí či

společnosti bez nároku na finanční odměnu. Důraz je přitom kladen na skutečnost, že dobrovolnictví není obět', ale přirozený projev občanské zralosti. Jde totiž podle autorů většinou o humanisticky a sociálně angažované jedince, kteří v dobrovolnictví nalézají smysluplnost, zdroje nových zkušeností a dovedností a obohacení v mezilidských vztazích.

Dobrovolnictví se u nás od roku 2003 řídí zákonem č. 198/2002 Sb., který dobrovolníka v oblasti sociální práce charakterizuje jako pomoc nezaměstnaným, osobám sociálně slabým, zdravotně postiženým, seniorům, příslušníkům národnostních menšin, imigrantům, osobám po výkonu trestu odnětí svobody, osobám drogově závislým, osobám trpícím domácím násilím, jakož i pomoc při péči o děti, mládež a rodiny v jejich volném čase. Dobrovolníkem na území ČR může být osoba starší 15 let, přičemž dobrovolnická služba je vykonávána na základě smlouvy uzavřené s organizací, pro niž tuto činnost vykonává, a ve které je mimo jiné vymezena náplň, místo, čas i délka výkonu dobrovolnické práce. Zákon dále určuje organizaci povinnost zajistit na své náklady dobrovolníkovi předvstupní přípravu (zákon č. 198/2002 Sb. § 2 - § 5).

Jak dále popisuje Toner, Sozanská (2002, s. 31 – 32), nabízejí dobrovolníci svoji pomoc prostřednictvím dobrovolnických center nebo se obracejí na nejbližší organizace. Koordinace činnosti dobrovolníků je obvykle profesionální placená práce, protože pro účinné fungování této činnosti je potřeba její efektivní organizování.

Zákon přímo neurčuje, jaké činnosti smí dobrovolník vykonávat. Přesto je zřejmé, že oproti pracovníkům v sociálních službách je jeho působení zaměřené především volnočasově. Jak uvádějí Dobrovolníci Mladá Boleslav (2014), dobrovolník nenahrazuje práci odborného personálu, ale vhodně ji doplňuje tam, kde je to možné. Dobrovolník není pracovníkem v pomáhající profesi, a to ani tehdy, má-li v některých jejích oborech platné vzdělání. Jeho hlavním smyslem je poskytnutí lidského kontaktu a podpory člověku, který je v dané chvíli sám, je nemocný nebo jinak handicapovaný. Dobrovolník tedy především nabízí lidem s postižením kladné využití jejich volného času, zatímco aktivity ohledně zajištění sociální situace klienta zůstávají nadále v rukou sociálních pracovníků.

Dobrovolnictví je dnes již rozšířeno na řadu oblastí sociální péče, v oblasti práce se závažně duševně nemocnými je však nabízeno jenom minimálně.



### **2.5.7 Efektivní využívání volného času**

Vzhledem k povaze nemoci, jejíž léčení je dlouhodobé, mnohdy dokonce celoživotní, a které často vyřazuje jedince se závažnou duševní nemocí ze společnosti i z pracovních činností, je pro takto postižené velice náročné svůj volný čas vhodně trávit. Často se uchylují k nevhodným aktivitám, jako je přehnané kouření či pití kávy, konzumnímu užívání televize a počítačů či prostě jen leží v posteli a spí.

Sociální služby svým uživatelům mimo základní pomoc spojenou se zajištěním bydlení, finančního příjmu nebo lékařské pomoci nabízejí i pomoc s nalezením vhodných volnočasových aktivit. Zdali se jim daří tuto službu u svých uživatelů rozvíjet a zdali se to u klientů setkává s pozitivním ohlasem, se pokusí nastínit další praktická část této práce.

## PRAKTICKÁ ČÁST

Ústředním tématem této bakalářské práce je téma trávení volného času u jedinců se závažnou duševní poruchou. V teoretické části práce byly uvedeny základní tematické okruhy vztahující se k problematice životních aktivit i aktivit ve volném čase vážně duševně nemocných. Empirické zkoumání má zhodnotit kvalitu trávení volného času jedince se závažnou duševní poruchou a její vazby na ostatní aktivity. Tím chce tato práce napomoci zkvalitnění práce se závažně duševně nemocnými v organizaci Fokus Liberec, o. p. s.

### 3 Cíl praktické části

Praktická část pomocí dotazníku vlastní konstrukce šetří názory vážně duševně nemocných na kvalitu trávení jejich volného času. Cílem je zjistit vazbu mezi kvalitou trávení volného času a docházení sledovaných jedinců do zaměstnání, názor klientů, vážně duševně nemocných, na efektivitu služeb promítajících se do trávení volného času poskytovaných organizací Fokus Liberec, o. p. s. a v neposlední řadě i názor na spolupráci s dobrovolníky jako možného způsobu vedoucího k plnohodnotnému využívání volného času. V závěru empirické části jsou tato zjištění propracována do návrhu opatření.

#### 3.1 Předpoklady průzkumu

Za účelem zodpovědného provedení průzkumu byl cíl práce rozpracován do předpokladů. Byly stanoveny celkem tři předpoklady:

**Předpoklad č. 1:** Lze předpokládat, že z respondentů šetřeného vzorku, kteří hodnotí prožívání volného času jako *kvalitní* nebo *spíše kvalitní*, bude nejméně 30 % docházet do zaměstnání.

**Předpoklad č. 2:** Lze předpokládat, že se projeví pozitivní vliv ve využití volného času u nejméně 30 % respondentů šetřeného vzorku, a to po půlročním zapojení do rehabilitačních programů Fokusu Liberec, o. p. s.

**Předpoklad č. 3:** Lze předpokládat, že alespoň 30 % respondentů šetřeného vzorku bude vnímat jako pro ně přínosnou nabídku spolupráce s dobrovolníky.

## 4 Použité metody

Pro získání požadovaných údajů byla použita metoda dotazování, technika dotazníku a rozhovoru.

### 4.1 Popis dotazníku kvality volného času

Použitý dotazník je vlastní konstrukce a jeho struktura vyhovuje běžným nárokům průzkumu. Dotazník sestává ze čtyř oddílů. Na začátku je představen respondentům, je jim vysvětlen jeho účel a způsob zpracování a je jim zajištěna jejich anonymita. Pak následuje část zjišťující demografická data. Další část, tělo dotazníku, uvádí položky mapující zkoumanou problematiku. V poslední části je respondentům poděkováno za jejich účast v průzkumu.

Samotné tělo dotazníku je sestaveno ze 13 položek. Položky č. 8 – č. 9 mají podobu uzavřených otázek, položka č. 20 je pak konstruována jako otázka otevřená. Tyto otázky se dotazují na kvalitu trávení volného času jedinců se závažnou duševní poruchou a na další skutečnosti jejich života, které jsou v praxi shledávány jako faktory ovlivňující kvalitu trávení volného času, a to pozitivně i negativně. Jde o faktory jako je zaměstnání, vztahy s rodinou a přáteli nebo délka poskytované sociální služby.

Dotazník byl ke zjištění úbytku nevhodných aktivit v trávení volného času vlivem poskytování sociální služby organizací Fokusu Liberec, o. p. s. užit dvakrát, na počátku empirického šetření a opakovaně s půlročním odstupem, během kterého probíhala intenzivnější práce s vybranou skupinou respondentů ve Fokusu Liberec, o. p. s.

### 4.2 Tvorba dotazníku

Tvorba dotazníku byla provedena v několika krocích. Dotazník s 20 položkami byl po prvotním sestavení předložen několika klientům Fokusu Liberec, o. p. s. s tím, že vyjadřovali ve zpětné vazbě, zda rozumí otázkám. Poté byl dotazník konzultován s pracovníky Fokusu Liberec, o. p. s., kdy:

PhDr. Jana Horáková, ředitelka organizace, doporučila, aby u každé položky bylo explicitně zdůrazněno, že je možné zvolit více voleb odpovědí. Dále navrhla drobné úpravy ve znění otázek.

Mgr. Alena Janáčková, vedoucí Podpory samostatného bydlení, navrhla rozšíření položky č. 5 o *soužití s druhem, družkou*.

Mgr. Eliška Křepelková, sociální pracovnice Fokusu Liberec, o. p. s., navrhla rozšíření dotazování ohledně demografických dat a v dotazování na efektivitu služeb uvést, zda respondenti využívají i jiná zařízení než Fokus Liberec, o. p. s.

Návrhy byly zpracovány do konečné verze dotazníku. Souhlasy s uveřejněním názorů výše zmíněných odborníků jsou v příloze D.

#### **4.3 Způsob administrace dotazníku**

Respondenti realizovali dotazník za přítomnosti examínátorky, autorky práce, a to vzhledem k tomu, aby jim byla poskytnuta podpora v případě únavy či nepochopení. Autorka práce si je vědoma, že přítomnost examínátora mohla poněkud zkreslit výsledky šetření. Tento postup má ale i své výhody, a to především v tom, že bylo možné získat ucelenější informace a podklady. Další výhodou bylo to, že se respondenti mohli ptát v případě, že některé otázky nerozuměli, takže pak mohli přesněji odpovídat. Přítomnost examínátora navíc umožnila vést polostrukturovaný rozhovor s respondenty, jehož ukázky jsou uvedeny v kapitole 6.6 *Situační popisy*.

## 5 Popis zkoumaného vzorku

### 5.1 Účastníci, velikost vzorku, místo a čas šetření

Účastníci šetření byli vážně duševně nemocní jedinci, jejichž potíže jsou přiblíženy v kapitole 2.4.1 v *teoretické části* této práce. Respondenti se nacházeli ve stabilizovaném stavu své nemoci a podepsali souhlas s empirickým šetřením, ve kterém jim byla zaručena anonymita (k dispozici u autorky).

Velikost zkoumaného vzorku činil 38 respondentů. Z toho 16 respondentů se účastnilo průzkumu opakovaně. První šetření proběhlo v květnu 2014, druhé v lednu 2015. První a druhé šetření bylo porovnáno v druhém předpokladu.

Místem šetření byl Fokus Liberec, o. p. s. (viz souhlas pracoviště v příloze C). Činnost této organizace byla specifikována v kapitole 2.4.5 v *teoretické části*.

### 5.2 Respondenti

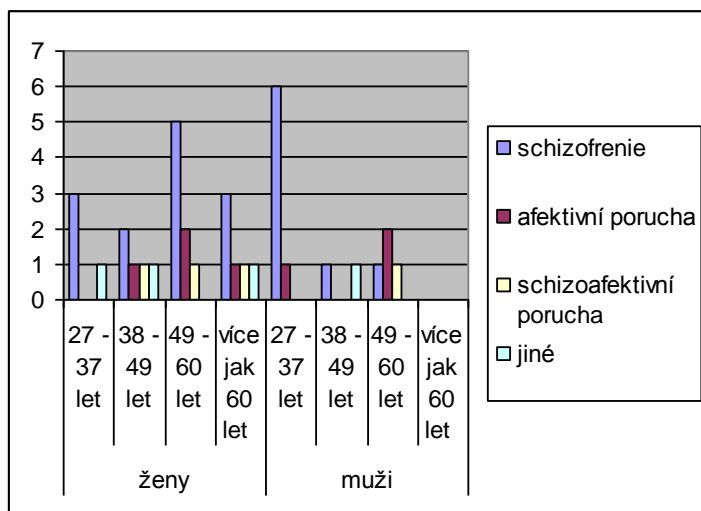
Respondenty dotazníku byli jedinci se závažnou duševní poruchou, (viz podkapitola 2.4.1), a kteří byli v době průzkumu uživateli sociálních služeb Fokusu Liberec, o. p. s. Respondenti se nacházeli ve stabilizovaném stavu, dodržovali předepsanou léčbu, proto je možné jejich odpovědi pokládat za reálné. Převážná část respondentů bydlí ve městě Liberci a Jablonci nad Nisou, pouze dva z nich dojíždějí z vesnic, které jsou však dobře dostupné místní dopravou.

Charakteristika respondentů je uvedena v následujících tabulkách a grafech.

#### Respondenti podle pohlaví, věku a diagnózy (šetřeno položkou č. 1, 3 a 7)

Tabulka č. 1 Respondenti podle pohlaví, věku a diagnózy

	ženy			muži				
	27-37 let	38-48 let	49-60 let	víc jak 60 let	27-37 let	38-48 let	49-60 let	víc jak 60 let
věková skupina	-	-	-	víc jak 60 let	-	-	-	víc jak 60 let
zvolené odpovědi	37 let	48 let	60 let	60 let	37 let	48 let	60 let	60 let
schizofrenie	3	2	5	3	6	1	1	2
Afektivní porucha		1	2	1	1		2	
Schizoafektivní porucha		1	1	1			1	
jiné	1	1		1		1		



Graf č. 1 Respondenti podle pohlaví, věku a diagnózy

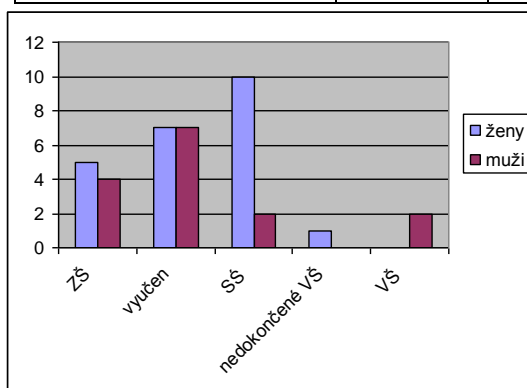
Jak je zřejmé z uvedené tabulky i grafu, z 38 respondentů se celkem 23 léčí se schizofrenií. Afektivní poruchu uvedlo 7 jedinců, schizoafektivní 4 a jiné onemocnění další 4 z nich. Tyto údaje však mohou být zkreslené tím, jak respondenti svoji nemoc vnímají a co o ní chtějí sdělit.

Co se týče věkového složení respondentů, je ve výzkumném vzorku oproti mužům více žen ve věku nad 60 let, kterých je 7, zatímco muži jsou pouze 2. Mimo skutečnost, že ženy se všeobecně dožívají vyššího věku nežli muži, může být dalším důvodem to, že ženy více vyhledávají sociální kontakty. Tato skutečnost je zřejmě také příčinou toho, že žen je oproti mužům ve výzkumném vzorku více. Respondentek ženského pohlaví je 23, zatímco mužů 15.

### Respondenti podle vzdělání (šetřeno položkou č. 2)

Tabulka č. 2 Respondenti podle vzdělání

vzdělání	ženy	muži
ZŠ	5	4
vyučen	7	7
SŠ	10	2
nedokončené VŠ	1	0
VŠ	0	2



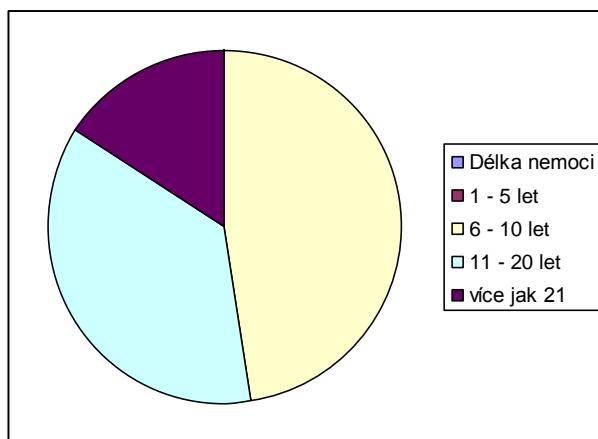
Graf č. 2 Respondenti podle vzdělání

Ohledně vzdělání uvedlo 10 žen vzdělání středoškolské, muži ho uvedli pouze 2, zato další 2 z nich dokončili vysokou školu.

### **Respondenti podle délky nemoci (šetřeno položkou č. 9)**

Tabulka č. 3 Respondenti podle délky nemoci

Délka nemoci	počet	
1 - 5 let	0	0 %
6 - 10 let	18	47 %
11 - 20 let	14	37 %
více jak 21	6	16 %



Graf č. 3 Respondenti podle délky nemoci

Jak vyplývá z dotazníkového šetření, všichni uživatelé se léčí s duševním onemocněním poměrně dlouho, většinou v rozmezí 6 až 20 let.

## 6 Výsledky průzkumu a jejich interpretace

### 6.1 Ověření předpokladu č. 1

**Předpoklad č. 1:** Lze předpokládat, že z respondentů šetřeného vzorku, kteří hodnotí prožívání volného času jako *kvalitní* nebo *spíše kvalitní*, bude nejméně 30 % docházet do zaměstnání.

Tento předpoklad byl ověřován pomocí vyhodnocení odpovědí na položku č. 15, *Jak hodnotíte trávení svého volného času?* Respondenti měli možnost vybrat z pětibodové škály od *jsem spokojen/a* až po *nejsem spokojen/a, chtěl/a bych to jinak*. Odpovědi pak byly srovnány s odpověďmi na položku č. 12. V ní byli respondenti dotazováni, *zdali spolu s využíváním služeb organizace zároveň docházejí do zaměstnání*. Odpovědi byly vyhodnoceny na základě odpovědí čárkovací metodou a poté vyneseny procentuálně.

Aby ověření předpokladu č. 1 bylo zřetelnější, jsou uvedeny výsledky v dílčích vyhodnoceních 1a, 1b a 1c.

**Dílčí závěr 1a k předpokladu č. 1:** Z respondentů, kteří hodnotí subjektivně prožívání volného času jako kvalitní, tedy zvolili v dotazníku odpověď *jsem s trávením svého volného času spokojen/a*, je 71 % zaměstnáno. Dílčí závěr 1a se týká 18 % respondentů ze všech respondentů sledovaného vzorku.

**Dílčí závěr 1b k předpokladu č. 1:** Z respondentů, kteří hodnotí subjektivně prožívání svého volného času jako poměrně kvalitní, tedy zvolili v dotazníku odpověď *s trávením svého volného času jsem poměrně spokojen/a, nebo stačí mi to*, je 32 % zaměstnáno. Dílčí závěr 1b se týká 66 % respondentů ze všech respondentů sledovaného vzorku.

**Dílčí závěr 1c k předpokladu č. 1:** Z respondentů, kteří hodnotí subjektivně prožívání volného času jako spíše neuspokojující nebo neuspokojující, tedy zvolili v dotazníku odpověď *nejsem moc spokojen/a, jsem nespokojen/a*, bylo 0 % zaměstnáno. Dílčí závěr 1c se týká 16 % respondentů ze všech respondentů sledovaného vzorku.

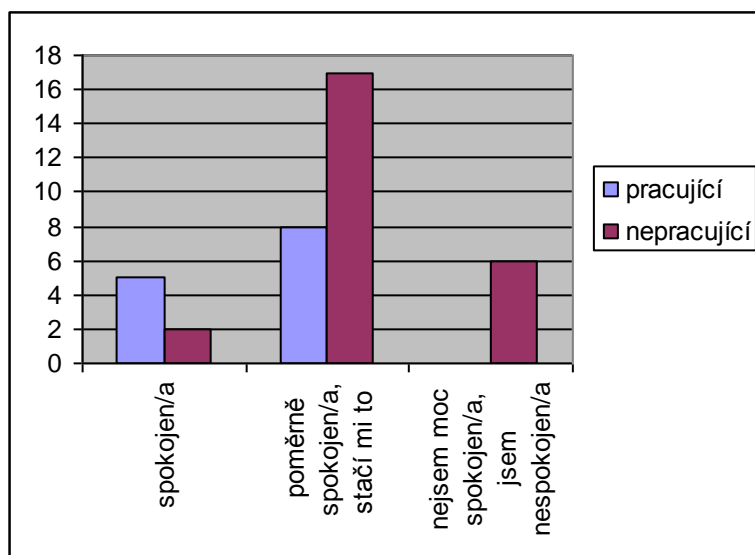
Ze zjištěných dílčích závěrů 1a a 1b vyplývá, že jedinci, kteří posuzují trávení svého volného času jako *kvalitní* nebo *spíše kvalitní*, jsou z více jak 30 % zaměstnáni. Dílčí závěry 1a a 1b poukazují na zvyšující se souběžný trend v hodnocení kvality trávení volného času a skutečnosti, že jedinci docházejí do



zaměstnání. I negativní hodnocení *trávení svého volného času* v dílčím závěru 1c potvrzuje vztah mezi kvalitou trávení volného času a zaměstnáním.

Tabulka č. 4 Míra spokojenosti trávení volného času v závislosti na docházce do zaměstnání

s volným časem jsem pracující/nepracující	spokojen/a		poměrně spokojen/a stačí mi to		nejsem moc spokojen/a jsem nespokojen/a	
	pracující	5	71 %	8	32 %	0
nepracující	2	29 %	17	68 %	6	100 %
Celkem	7	100 %	25	100 %	6	100 %



Graf č. 4 Míra spokojenosti trávení volného času v závislosti na docházce do zaměstnání

**Předpoklad č. 1** *Lze předpokládat, že z respondentů šetřeného vzorku, kteří hodnotí prožívání volného času jako kvalitní nebo spíše kvalitní, bude nejméně 30 % docházet do zaměstnání byl potvrzen.*

## 6.2 Ověření předpokladu č. 2

**Předpoklad č. 2:** Lze předpokládat, že se projeví pozitivní vliv ve využití volného času u nejméně 30 % respondentů šetřeného vzorku, a to po půlročním zapojení do rehabilitačních programů Fokusu Liberec, o. p. s.

Předpoklad byl ověřován odpověďmi na otázku č. 13, *Jak nejčastěji trávíte svůj volný čas?* Respondenti si mohli vybírat z celkem patnácti možných odpovědí, přičemž jim bylo v otázce zdůrazněno, že lze zaškrtnout více odpovědí najednou.

Tyto aktivity pak byly podle své povahy rozčleněny do čtyř kategorií. Šlo jednak o *aktivity pasivní*, kam byly zařazeny sledování televize, poslech rádia, vysedávání u domácích počítačů nebo tabletů, a dále o *aktivity negativní*, tedy

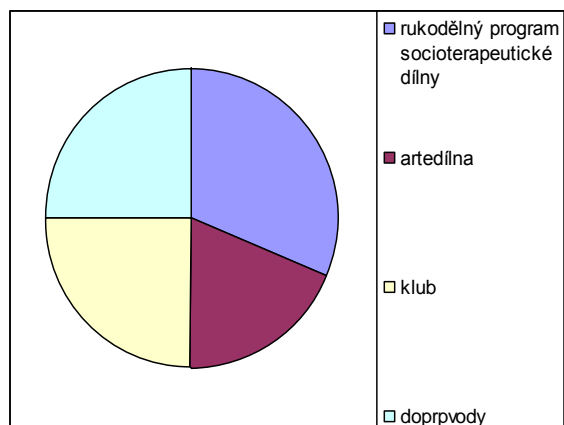
odpovědi typu *nic mě nebaví, nudím se, chtěl bych něco dělat, ale nemohu se přinutit, kouřím, piju kávu*. Obě tyto kategorie jsou přitom autorkou dotazníku vnímány jako **aktivity nevhodné**.

Z aktivit vnímaných jako **vhodné** pak byla vytvořena skupina *aktivit pozitivních vykonávaných v domácím prostředí*, jako je čtení knih a ruční práce. Dále sem bylo zařazeno věnování se domácím mazlíčkům. Šlo především o okrasné ptactvo nebo o kočku chovanou v domácnosti. A nakonec byla vyčleněna podskupina *aktivit pozitivních vykonávaných mimo domácí prostředí*, tedy návštěva kina, divadla nebo kostela, scházení se s přáteli, sportování a procházky v přírodě.

Za účelem ověření této hypotézy bylo vyčleněno 16 jedinců, kteří souhlasili s tím, že vyplní dotazník znovu za půl roku. Šlo o uživatele, kteří po dobu půl roku využívali některou z volnočasových nabídek Fokusu Liberec, o. p. s. Jedná se o tyto volnočasové aktivity (viz následující tabulka č. 6):

Tabulka č. 5 Volnočasové aktivity u vyčleněné skupiny respondentů

využívaná volnočasová aktivita	Počet uživatelů
rukodělný program socioterapeutické dílny	5
artedílna	3
svépomocný klub	4
doprovody asistenta na volnočasové aktivity mimo organizaci	4



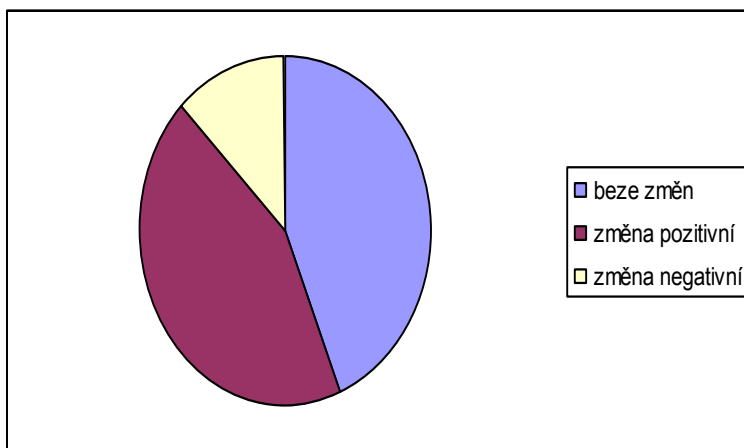
Graf č. 5 Volnočasové aktivity u vyčleněné skupiny respondentů

Porovnáním prvního a druhého šetření dotazníkem, po půlroční spolupráci respondentů s Fokusem Liberec o. p. s., byly zjištěny výsledky uvedené v *přehledu*

aktivit v květnu 2014 a v lednu 2015 (viz příloha B), dále v tabulce č. 7 a v grafu č. 7. Na základě výsledků zaznamenaných v přehledu aktivit v květnu 2014 a v lednu 2015 (viz příloha B) a výpočtů znárodněných v tabulce č. 7 a grafu č. 7 vyplývá, že zkvalitnění prožívání svého volného času udává 7 respondentů z celkového počtu 16 respondentů, to znamená 44 % respondentů. Úbytek pozitivně hodnocených volnočasových aktivit byl zachycen ve dvou případech s tím, že ke změně došlo z objektivních příčin (ztráta možnosti péče o *domácí mazlíčky*).

Tabulka č. 6 Změny v trávení volného času

beze změn	7	44 %
změna pozitivní	7	44 %
změna negativní	2	12 %



Graf č. 6 Změny v trávení volného času

**Předpoklad P2** Lze předpokládat, že se projeví pozitivní vliv ve využití volného času nejméně u 30 % respondentů šetřeného vzorku, a to po půlročním zapojení do rehabilitačních programů Fokusu Liberec, o. p. s. **byl potvrzen.**

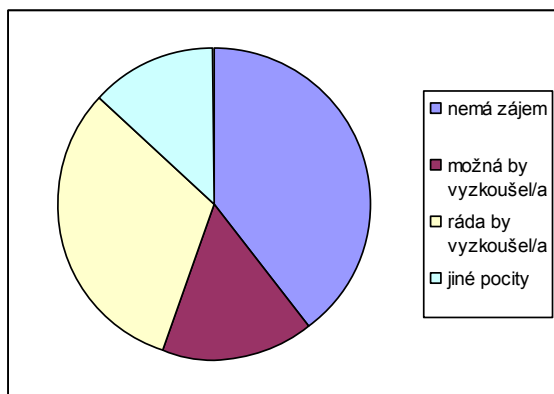
### 6.3 Ověření předpokladu č. 3

**Předpoklad č. 3:** Lze předpokládat, že alespoň 30 % respondentů bude vnímat jako pro ně přínosnou nabídku spolupráce s dobrovolníky.

Předpoklad byl ověřován otázkou č. 17: *Představte si, že by Vám byl nabídnut dobrovolník, který by s Vámi chtěl volný čas trávit. Jak byste se v takové situaci cítil/a?*

Tabulka č. 7 Zájem respondentů o dobrovolníka

nemám o něj zájem	15	40 %
možná bych ho vyzkoušel/a	6	16 %
ráda bych ho vyzkoušel/a	12	31 %
jiné pocity	5	13 %



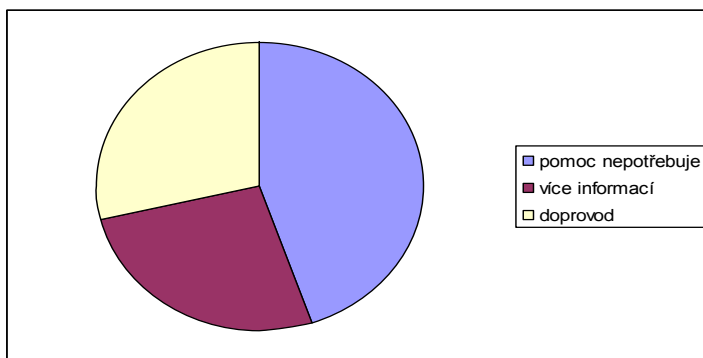
Graf č. 7 Zájem respondentů o dobrovolníka

Z uvedených výsledků vyplývá, že spolupráci s dobrovolníkem by uvítalo 12 respondentů, tedy 31 %. Oproti tomu je však také zřejmá neochota k této spolupráci, protože 40 % (15) respondentů z průzkumného vzorku neprojevilo o dobrovolníka zájem. 16 % (6 respondentů) by se nebránilo tuto možnost vyzkoušet. U dalších 5 (13 %), kteří uvedli jiné pocity, pak dominovala nedůvěra k cizím lidem nebo to, že si ve svém volném čase vystačí sami se sebou nebo s přáteli a rodinou.

Z otázky č. 16, v níž se měli respondenti vyjádřit, *zdali by uvítali pomoc v trávení volného času*, navíc vyplývá, že 46 % (17) respondentů z průzkumného vzorku pomoc s náplní svého volného času nepotřebují. Přesto by více jak třetina (29 % - 11 respondentů) dotázaných stála o doprovod, což je jednou z hlavních náplní dobrovolnictví.

Tabulka č. 8 Vnímání potřeby pomoci

pomoc nepotřebuje	17	46 %
více informací o možnostech, jak ho využívat	10	25 %
uvítali by doprovod	11	29 %



Graf č. 8 Vnímání potřeby pomoci

Vzhledem k tomu, že 31 % respondentů projevilo pozitivní zájem o služby dobrovolníka a dalších 16 % udalo možnost *možná*, lze předpoklad pokládat za potvrzený.

**Předpoklad č. 3** *Lze předpokládat, že alespoň 30 % respondentů bude vnímat, jako pro ně přínosnou nabídku spolupráce s dobrovolníky byl potvrzen.*

Potvrzení tohoto předpokladu, tedy ochotu respondentů ke spolupráci s dobrovolníky, je nutné dále analyzovat, protože odpovědi naznačují i určitou nechuť a nedůvěru k formě této práce. Nicméně z položky č. 20 *Napište, prosím, jak, příp. s kým byste nejraději trávil/a svůj volný čas* je patrné, na kolik jsou pro jedince se závažnou duševní nemocí blízcí lidé důležití a nakolik by si přáli mít přátelé. Tuto skutečnost by mohla naplnit práce dobrovolníků, které by však musela být Fokusem Liberec, o. p. s. dobře připravena, aby byla uživateli služeb vítána. V první řadě by museli být dobrovolníci dobře proškoleni v problematice závažných duševních nemocí. Zároveň s tím by také klienti mohli být na vzdělávacích seminářích seznamováni s prací dobrovolníků, především na pozitivních případech z praxe.

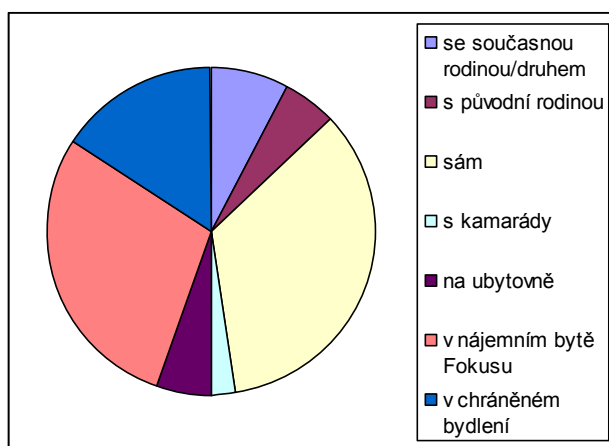
#### 6.4 Doplnující zjištění k dotazníkovému šetření

V této kapitole jsou uvedeny výsledky odpovědí, které vplynuly z dotazníkového šetření jako další *nejzajímavější* a které podporují ověřená zjištění předpokladů (1. - 3.).

Ze sumarizace výsledků položek z demografické části bylo možné zjistit, jaká je nejčastější *forma bydlení* respondentů. Tuto skutečnost šetřila položka č. 5. Nejvíce bydlí respondenti sami, jde o více jak čtvrtinu (34 % - 13 respondentů) z dotazovaného vzorku. Další poměrně častou formou je pak bydlení v nájemním bytě Fokusu Liberec, o. p. s. (29 % - 11 respondentů).

Tabulka č. 9 Respondenti podle formy bydlení

Způsob bydlení	počet	
se současnou rodinou/druhem	3	8 %
s původní rodinou	2	5 %
sám	13	34 %
s kamarády	1	3 %
na ubytovně	2	5 %
v nájemním bytě Fokusu	11	29 %
v chráněném bydlení	6	16 %

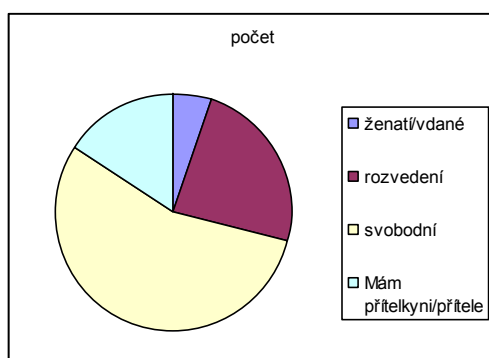


Graf č. 9 Respondenti podle formy bydlení

Zajímavou skutečností je také to, že celých 55 %, tedy 21 respondentů, jsou svobodní. *Na formu vztahu* se dotazovala položka č. 5. Čtvrtina ze zkoumaného vzorku (24 % - 9 respondentů) jsou rozvedeni, méně než čtvrtina (16 % - 6 respondentů) žije v partnerském vztahu, zatímco pouze 2 (5 %) respondenti jsou ženatí či vdaní.

Tabulka č. 10 Respondenti podle formy vztahu

forma vztahu	počet	podíl (%)
ženatí/vdané	2	5 %
rozvedení	9	24 %
svobodní	21	55 %
Mám přítelkyni/přítele	6	16 %

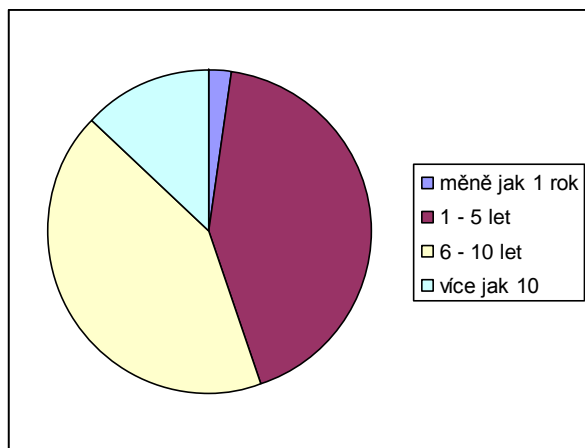


Graf č. 10 Respondenti podle formy vztahu

Z vyhodnocení položky č. 9 *jak dlouho službu Fokusu využíváte*, dále vyplynulo, že 16 respondentů z celkového vzorku, tedy 42 %, využívali v době průzkumu službu 1 – 5 let, stejný počet pak v délce 6 – 10 let. 5 respondentů (13 %) byli již dlouholetými uživateli služeb, službu využívali v době průzkumu více jak 10 let. 1 respondent (3 %) do služby nastoupil před několika měsíci.

Tabulka č. 11 Respondenti podle délky využívání služby

délka využívání služby	počet	
méně jak 1 rok	1	3 %
1 - 5 let	16	42 %
6 - 10 let	16	42 %
více jak 10	5	13 %

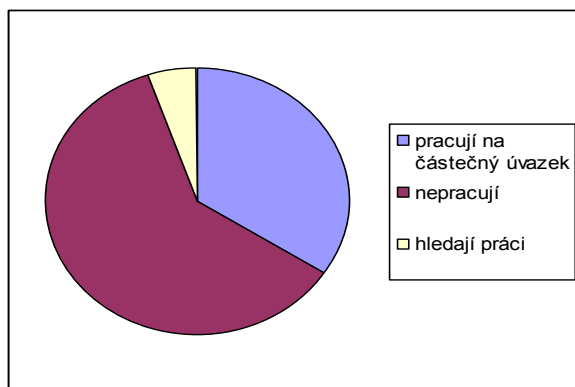


Graf č. 11 Respondenti podle délky využívání služby

Z položky č. 12 *šetřící docházku do zaměstnání společně s využíváním služeb organizace* bylo možné zjistit, že více než polovina šetřeného vzorku, tedy 61 % (23 respondentů) nepracuje. Více jak čtvrtina (34 % - 13 respondentů) však do práce dochází na částečný úvazek. Pouze 5 % (2 respondenti) uvedli, že se práci pokoušejí najít.

Tabulka č. 12 Respondenti podle docházky do zaměstnání

pracují na částečný úvazek	13	34 %
nepracují	23	61 %
hledají práci	2	5 %

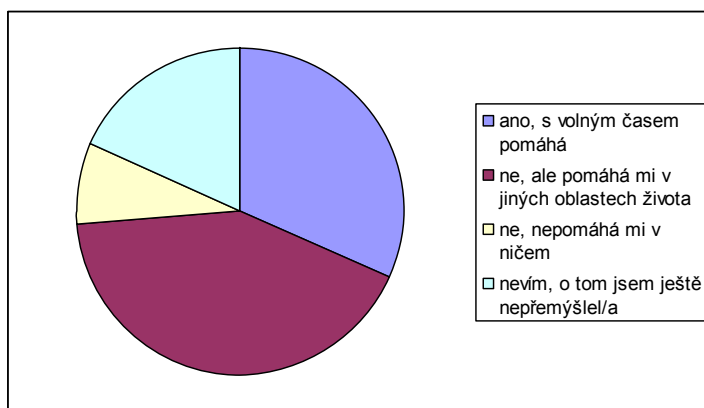


Graf č. 12 Respondenti podle docházky do zaměstnání

Z položky č. 18 *Domníváte se, že Vám spolupráce s organizací Fokus pomáhá lépe trávit svůj volný čas* pak dále vyplynulo, že skoro polovina respondentů ze zkoumaného vzorku nevyužívá služeb Fokusu Liberec, o. p. s. k tomu, aby se naučili lépe využívat svůj volný čas, ale k zajištění jiných oblastí svého života (viz tabulka a graf č. 13). Přesto více jak třetina vyjádřila pozitivní dopad využívání služby na kvalitu volného času, jak to vyplynulo z vyhodnocení položky č. 19 *Domníváte se, že poté, co jste navázal/a spolupráci s Fokusem, došlo ke změnám z hlediska způsobu trávení volného času?* (viz tabulka a graf č. 14)

Tabulka č. 13 Volný čas ve spolupráci s organizací

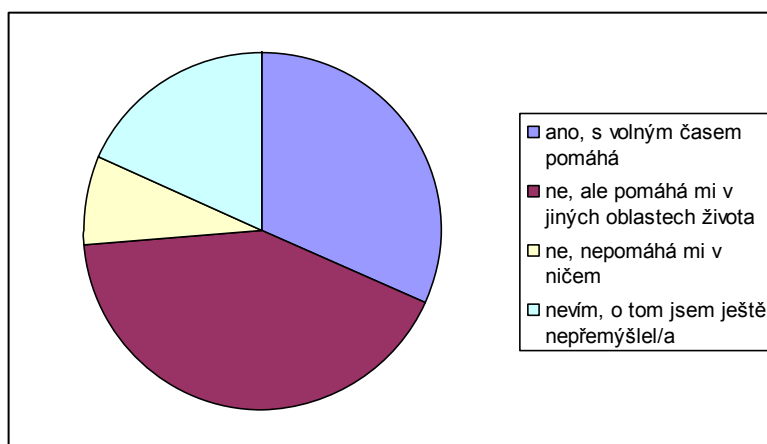
ano, s volným časem pomáhá	12	32 %
ne, ale pomáhá mi v jiných oblastech života	16	42 %
ne, nepomáhá mi v ničem	3	8 %
nevím, o tom jsem ještě nepřemýšlel/a	7	18 %



Graf č. 13 Volný čas ve spolupráci s organizací

Tabulka č. 14 Změny v trávení volného času po navázání spolupráce s organizací

ne, v podstatě je to stejné	18	47 %
ano, trávím ho lépe	14	37 %
nevím, nedokážu to zhodnotit	6	16 %



Graf č. 14 Změny v trávení volného času po navázání spolupráce s organizací



Z odpovědí je zřejmé, že ne všichni respondenti vnímají nabídky Fokusu Liberec, o. p. s. z hlediska možností, jak naplnit svůj volný čas. Většina z nich vyhledala tyto služby hlavně proto, aby vyřešila své problémy. Jde především o zajištění příjmů jako je získání invalidního důchodu a sociálních dávek, bydlení nebo řešení dluhové situace. Vyřešení těchto záležitostí pak následně ale vede ke zkvalitnění volného času lidí se závažnou duševní poruchou, protože po vyřešení nejnaléhavějších potřeb často tito lidé vyhledávají rehabilitační programy organizace, které jsou zaměřeny volnočasově.

## 6.5 Sumarizované vyhodnocení výsledků

Cílem průzkumu bylo zjistit vazbu mezi kvalitou trávení volného času a psychosociální podporou lidí se závažnou duševní nemocí, a to v podobě docházky do zaměstnání a poskytováním sociálních služeb Fokusu Liberec, o. p. s. Průzkum si také kladl za cíl vyšetřit názory závažně duševně nemocných jedinců na spolupráci s dobrovolníky jako možného způsobu náplně jejich volného času. Tento průzkum byl realizován pomocí dotazníku vlastní konstrukce.

Vztah mezi subjektivním vnímáním kvality volného času a docházkou do zaměstnání šetřil **Předpoklad č. 1:** *Lze předpokládat, že z respondentů šetřeného vzorku, kteří hodnotí prožívání volného času jako kvalitní nebo spíše kvalitní, bude nejméně 30 % docházet do zaměstnání.* Ten byl rozčleněn do tří dílčích vyhodnocení. Z nich vyplynulo, že z podskupiny respondentů hodnotících trávení svého volného času jako kvalitní, bylo 71 % zaměstnáno, z podskupiny respondentů hodnotících trávení svého volného času jako poměrně kvalitní bylo 32 % zaměstnáno, zatímco z podskupiny hodnotících trávení svého volného času jak neuspokojující bylo 0 % zaměstnáno. Tento předpoklad byl tedy **potvrzen**.

Efektivitu rehabilitačních programů Fokusu Liberec, o. p. s. na kvalitu volného času závažně duševně nemocných šetřil **Předpoklad č. 2:** *Lze předpokládat, že se projeví pozitivní vliv ve využití volného času u nejméně 30 % respondentů šetřeného vzorku, a to po půlročním zapojení do rehabilitačních programů Fokusu Liberec, o. p. s.* Data byla získávána ze dvou šetření, přičemž druhé šetření probíhalo po půlroční spolupráci respondentů s Fokusem Liberec, o. p. s., kdy jim byla poskytována psychosociální podpora v podobě rehabilitačních programů. Průzkum porovnával výskyt volnočasových aktivit vhodných a nevhodných v obou šetřeních, přičemž bylo zjištěno, že pozitivní změnu vykazalo

44 % respondentů ze zkoumaného vzorku. Na tomto základě byl tento předpoklad uznán za **potvrzený**.

Názory závažně duševně nemocných jedinců na spolupráci s dobrovolníky šetřil **předpoklad č. 3**: *Lze předpokládat, že alespoň 30 % respondentů bude vnímat jako pro ně přínosnou nabídku spolupráce s dobrovolníky.* Zde byla zřejmá značná neochota ke spolupráci s dobrovolníky, protože 40 % respondentů o ni neprojevovalo zájem. Přesto 31 % respondentů by tuto možnost uvítalo, proto byl tento předpoklad uznán jako **potvrzený**.

## 6.6 Situační popisy

Pro plastičtější zobrazení problematiky kvalitního trávení volného času jsou zde zachyceny výpovědi respondentů. Jde o krátké výňatky z rozhovorů s respondenty, kterými je dotvrzen jejich vztah k realitě, k aktivitám ve volném čase, zaměstnání i dalším lidem.

### **Respondent kladně hodnotí možnost docházky do zaměstnání:**

*„...kdybych nechodila do práce, byla bych doma a ležela bych v posteli a bylo by mi špatně, myslím tím psychicky špatně a stejně bych nic nedělala... vrátím se z práce a jsem unavená, ale psychicky je mi líp a víc mě baví starat se o domácnost...“*

*„... je fajn, že chodím do práce, našel jsem tu kamarády. Občas s nimi vyrazím do hospody a trochu pokecáme...když jsem ještě byl doma, chodil jsem akorát za rodiči a většinou jsme se stejně jenom pohádali...“*

### **Respondent hodnotí službu rehabilitační dílny z hlediska získávání kontaktů s lidmi:**

*„...neříkám, že mě tam všechno baví, třeba navlíkání korálků...ale aspoň nesedím celý den na bytě u televize a u cigaret...jsou tam taky jiný lidi, mám si s kým popovídat a zaplní mi to celej půl den... ležet u televize pak můžu odpoledne...“*

*„...děláme tam různé věci, svíčky, přívěsky, něco z papíru, se dřevem...baví mě potom jezdit na prodejní akce a prodávat to tam...líbí se mi mluvit s lidmi a potěší mě, když nám to pochválí...“*

*„...v artedílně jsem objevila různé techniky tvorby obrazů a podobných věcí, vždycky jsem ráda malovala, ale neměla jsem inspiraci. Teď se mi i doma do*

*malování víc chce, když vím jak na to, navíc můžu časem své obrázky vystavit v kavárně, kde se jednu za tři měsíce konají vernisáže...“*

**Respondent vypráví svůj příběh, z něhož vyplývá, že po vyřešení základních problémů se mohl konečně věnovat svým koníčkům:**

*„...nebyl jsem na tom moc dobře, žil jsem s bratrem, většinou jsme neměli jak zaplatit nájem, musel jsem se vzdát všeho, co mě bavilo, třeba rybaření, měl jsem taky hodně voliér, kde jsem choval andulky a kanárky a tak, ty sem musel dát pryč... nakonec jsem skončil v léčebně... Fokus mi hodně pomoh, pomohl mi vyřešit dluhy s majitelem bytu, byt sem pustil, byl fakt ve špatným stavu, ani teplá voda tam netekla... bratr se odstěhoval jinam...chvilku jsem bydlel v nájemním bytě Fokusu, tam jsem našel nějaké ty přátelé...ted' bydlím v městském bytě, na sídlišti mám dva tři kamarády... zase chodím na ryby, ptáky už nechovám, ale mám na balkóně krmítka a krmím je... lítaj mi sem sýkorky a hýlové...takhle jsem docela spokojenej a jsem Fokusu moc vděčnej, že mě vytáh z bryndy...“*

**Z rozhovoru s respondentem, který využil doprovod:**

*„...ptali se mě, co dělám doma, když přijdu z práce... říkám, že nic, ležím a spím...tak měla vzala asistentka do knihovny, samotnému by se mi tam nechtělo...ted' si doma aspoň čtu...“*

**Zaměstnanci Fokusu Liberec, o. p. s. se vyjadřují k problematice volného času uživatelů:**

*„...naši uživatelé by potřebovali někoho, kdo by je motivoval k tomu, aby něco dělali, kdo by je vytáhl ven, do kina, do bazénu... jsou chvíli ve Fokusu, tam něco dělaj, a když se pak vrátí domů, tak stejně nevědí, co si se svým volným časem počít...“*

*„...ano, zajistíme uživatelům hlavní potřeby jako jsou finance, bydlení či dávky, i k nám můžou docházet do práce nebo na arte a do dílny, ale to, co dělají doma, nijak moc neovlivníme, takže pak stejně doma spí a sledují televizi... chtělo by to někoho, kdo by fungoval i odpoledne, kdo by je motivoval k tomu, aby někam šli a něco dělali...něco pokryje klub, ale ne všichni tam chodí, na někoho je to třeba moc lidí pohromadě...“*

### **Názory respondentů na dobrovolnictví:**

*„...samotný se mi opravdu nikam nechce, třeba ani ne na procházku, kdo se má procházet sám, ale s někým, to bych třeba šla...“*

*„...dobrovolníka? No nevím, záleží, kdo by to byl...radši bych měl nějakou přítelkyni...ale je fakt, že třeba do kina...samotnému se mi nechce, ale kdyby šel někdo se mnou...tak ještě s klubem, ale to je jen jednou za čas...“*

### **Dobrovolnictví pro lidi s duševním onemocněním má ovšem také svá úskalí, jak se domnívá následující zaměstnanec a jak potvrzuje krátký příběh:**

*„...asi to nebude vždycky fungovat, naši uživatelé mají strach z cizích lidí nebo se naopak na ně moc upínají...dobrovolník by musel být dobře proškolen v problematice duševních nemocí...“*

*Paní L. byl nabídnut dobrovolník prostřednictvím liberecké dobrovolnické organizace, šlo o mladého pána, který pak za paní L. docházel jednou do týdne a bral ji ven na procházky nebo jí doprovodil do města. Po čase mu tato paní začala posílat textové zprávy ze svého mobilu, v nichž si vylévala srdce. Tyto zprávy byly poměrně časté a emotivní. Dobrovolník si s tím nevěděl rady a tak tuto činnost ukončil...*

## Závěr

Předložená bakalářská práce se zabývala problematikou volného času lidí se závažnou duševní poruchou. Cílem práce bylo zhodnotit, jak teoreticky, tak prakticky na vybraném vzorku respondentů, kvalitu trávení volného času jedinců s duševní poruchou psychotické hloubky.

V teoretické části byla tato problematika popsána na základě odborných zdrojů. Na ní navázala praktická část, v níž byl představen průzkum metodou dotazování na vybraném vzorku respondentů. Těmi byli uživatelé Fokusu Liberec, o. p. s. Jejich názory byly šetřeny dotazníkem vlastní konstrukce. Výsledky průzkumu byly vyhodnoceny a analyzovány.

Průzkum prokázal, že ve vztahu k zaměstnání má vnímání kvality volnočasových aktivit pozitivní charakter. Pocit smysluplnosti vykonávané denní činnosti ve spojení s navazováním vztahů v rámci pracoviště poskytuje jedincům se závažnou duševní poruchou zázemí k tomu, aby prožívání svého volného času vnímali pozitivně. Také intenzivnější podpora formou rehabilitačních programů Fokusu Liberec, o. p. s. má příznivý vliv na kvalitu trávení volného času.

Práce potvrdila, že u jedinců se závažnou duševní poruchou jako je schizofrenie a afektivní porucha, je možné volný čas zkvalitňovat psychosociální podporou. Fokus Liberec, o. p. s. se na tomto zkvalitňování volného času podílí značnou částí své činnosti a to především svojí nabídkou rehabilitačních programů. Velice významnou složkou je také poskytování chráněných míst a pomoc s nalezením pracovního uplatnění jedinců se závažnou duševní nemocí.

Dobrovolnictví jako další forma psychosociální podpory v práci se závažně duševně nemocnými není ještě v této oblasti rozšířeno. Přesto by práce s dobrovolníky mohla přinést celospolečenský efekt. Běžná populace by překonala bariéry odtažitosti k jedincům se závažnou duševní nemocí a současně by jedinci se závažnou duševní nemocí byly podpořeni ke vstupu do reálného života, a to i ve spojení se zaměstnáním, kde by mohli pracovat vedle duševně zdravých kolegů. Práce ukázala, že duševně nemocní jedinci potřebují velkou podporu k tomu, aby získali důvěru k přijetí dobrovolníků. Na druhou stranu je skutečností, že průpravu a spolehlivost dobrovolníků by mohl připravovat právě Fokus Liberec, o. p. s.

Ve zhodnocení významu zaměstnání jedinců se závažnou duševní nemocí pro jejich osobní život a v jejich získávání důvěry v ostatní společnosti spatřuji rozměr poukazující do budoucnosti.

## Návrh opatření

Na základě výsledků výše uvedeného průzkumu navrhuji tato opatření:

**V oblasti zaměstnávání lidí se závažnou duševní poruchou** nadále poskytovat podporu formou rehabilitačních programů sociálně terapeutické dílny jako nácviku pracovních dovedností. V rámci základního poradenství a v rámci poskytování dalších sociálních služeb podporovat uživatele služeb Fokusu Liberec o. p. s. ve snaze získat zaměstnání a poskytovat jim pomoc při získávání potřebných dovedností jako je orientace v nabídkách pracovních příležitostí, psaní životopisu a komunikační dovednosti při přijímacích rozhovorech. Tyto dovednosti lze nacvičit při práci s počítačem a internetem, komunikační dovednosti pak formou modelových scének. Při získání pracovního místa poskytovat uživatelům potřebnou psychosociální podporu formou podpůrného rozhovoru v rámci pravidelných schůzek. Nadále vytvářet v organizaci pracovní příležitosti, rozvinout širší spolupráci s organizacemi, které pracovní příležitosti pro zdravotně znevýhodněné nabízejí (Sdružení Tulipán, Občanské sdružení D.R.A.K., C + C Cimbál), navázat spolupráci s dalšími organizacemi.

**V oblasti rehabilitačních programů** poskytovat nadále uživatelům psychosociální podporu v rámci poskytovaných sociálních služeb. Po zajištění základních potřeb uživatele, především v oblasti finanční a bytové stability, orientovat uživatele na další rehabilitační programy Fokusu Liberec o. p. s., kde by jednak mohli získat náplň svého volného času, jednak motivaci a informace pro pozitivní trávení svého volného času mimo prostor organizace. Informovat je o volnočasových aktivitách mimo organizaci, nabídnout jim psychosociální podporu v podobě nácviku komunikačních dovedností a doprovodu.

**V oblasti dobrovolnictví** navázat aktivní spolupráci s organizacemi, které se v libereckém kraji dobrovolnictvím zabývají (Dobrovolnické centrum Dobromysl) a získat tak více zkušeností v této oblasti. Uspořádat seminář pro uživatele na téma dobrovolnictví, informovat je o tom, jak spolupráce s dobrovolníky probíhá a vyzdvihnout její přínosy. Rozšířit mezi veřejností informace o dobrovolnictví se závažně duševně nemocnými jedinci, a to formou letáků a seminářů. Vypracovat postupy, kterými budou dobrovolníci vyškoleni v problematice závažných duševních nemocí a kterými budou podporováni při své

dobrovolnické činnosti. Proškolit zaměstnance organizace v oblasti spolupráce s dobrovolníky tak, aby bylo zřejmé, že spolupráce s dobrovolníky by měla především zaplnit volný čas uživatele, ne přebírat kompetence pracovníků v sociálních službách. O dobrovolnictví je třeba uvažovat jako o formě psychosociální podpory, která je zatím v organizaci nevyužívaná, skrývá však v sobě možnosti nejen v oblasti pozitivního využívání volného času lidí se závažnou duševní poruchou, ale také v oblasti snižování stigmatizace takto postižených jedinců.



## Literatura a jiné zdroje

BAOBAB, 2014. *Databáze komunitních služeb. Přehled sociálních a zdravotních služeb komunitní psychiatrické péče* [on line]. [vid. 17. 9. 2014]. Dostupné z: <http://dks.greendoors.cz/sluzby/eset-help-os/centrum-dennich-aktivit-pro-dlouhodobu-dusevne-nemocne>

BABIAKOVÁ, M. a VENGLÁŘOVÁ, M., 2006. Schizofrenní poruchy. In: MARKOVÁ, E. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1151-6.

DOBROVOLNÍCI MLADÁ BOLESLAV, 2014. *Role dobrovolníka* [on line]. [vid. 10. 3. 2015]. Dostupné z: <http://www.dobrovolnicimb.cz/dobrovolnik/role-dobrovolnika>

DOUBEK, P. a kol., 2008. *Psychóza v životě – život v psychóze. Příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-156-1.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1620-6.

FOITOVÁ, Z., 2009. Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In: PĚČ, O. a PROBSTOVÁ V. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. s. 208 – 245. ISBN 978-80-7387-253-3.

FOKUS LIBEREC, 2014. *Myklub Liberec* [on line]. [vid. 19. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.fokuslbc.eu/myklub-liberec/>

FOKUS, SDRUŽENÍ PRO PÉČI O DUŠEVNÉ NEMOCNÉ. *Úvod* [on line]. [vid. 22.3. 2015]. Dostupné z: <http://www.fokus-cr.cz/>

GAVORA, P., 2010: *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. 2. rozšířené vyd. ISBN 978-80-7315-185-0.

GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce. Pro pedagogické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3379-1.

JIHlaveC J., PALOUNKOVÁ Z., PEŠATOVÁ I., THELENOVÁ K., 2010. *Metodika tvorby bakalářské práce*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-636-2.

KALINA K., 2001. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-563-6.

KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2699-1.

MALÁ, E., 2005. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0737-3.

MAREŠ, P., 1994. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-901424-9-4.

MARKOVÁ, E., 2006. Organizace péče o osoby s duševní poruchou. In: MARKOVÁ, E. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. s. 38 – 51. ISBN 80-247-1151-6.

MARKOVÁ, E., PETR, T., 2006. Člověk a duševní porucha. In: MARKOVÁ, E. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. s. 19 – 24. ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

- MICHALÍK, J. a kol., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MOŽNÝ, P., 1999. *Když se řekne psychóza*. [on line]. Neprodejná publikace pro Lundbeck ČR. Praha: Galén. [vid. 22. 7. 2014]. Dostupné z: <http://sanity.cz/wp-content/uploads/psychoza.pdf>
- PÁVKOVÁ, J., HÁJEK, B., HOFBAUER, B., 2008. Volný čas. In: PÁVKOVÁ, J. a kol. *Pedagogika volného času*. Praha: Portál. S. 13 – 32. ISBN 978-80-7367-423-6.
- PRAŠKO, J. a kol., 2005. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune. ISBN 80-239-5482-2.
- PROBSTOVÁ, V., 2005. Sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. s. 133 – 162. ISBN 80-7367-002-X.
- PROBSTOVÁ, V., 2009. Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince. In: PĚČ, O. a PROBSTOVÁ V. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. s. 34 – 47. ISBN 978-80-7387-253-3.
- RAJMOVÁ, E., 2006. Historie psychiatrického ošetřovatelství a vývoj vzdělávání ošetřovatelského personálu v psychiatrii. In: MARKOVÁ, E. a kol. *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. s. 25 – 37. ISBN 80-247-1151-6.
- SAVENKE, A., 2009. Rodina a psychiatrické onemocnění. In: PĚČ, O. a PROBSTOVÁ V. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. s. 199 – 208. ISBN 978-80-7387-253-3.
- SOCIÁLNĚ-PSYCHIATRICKÉ CENTRUM FÉNIX, 2014. *Denní stacionář pro duševně nemocné* [on line]. [vid. 17. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.fenix-centrum.cz/denni-stacionar>
- TONER, J., SOZANSKÁ, O., 2002. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-514-8.
- ÚZIS ČR, 2013. *Psychiatrická péče*. Praha: ÚZIS ČR. ISBN: 978-80-7472-086-4
- VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. přeprac. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- VENCOVSKÝ, E., 1996. *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-226-5
- VIDA, 2009. *Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním v České Republice* [on line]. [vid. 4. 8. 2014]. Dostupné z: <https://www.cuni.cz/UK-3390-version1-vida.pdf>
- VRBKOVÁ, K., 2010. Význam zaměstnání pro zdravotně postižené a jejich užívání programů aktivní politiky zaměstnanosti. In: WINKLER, J. a KLIMPLOVÁ, L. *Nová sociální rizika na trhu práce a potřeby reformy české veřejné politiky*. Brno: Masarykova univerzita. s. 68 – 83. ISBN 978-80-210-5352-6.
- WHO, 2013. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize, aktualizovaná verze k 1.4. 2014*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-904259-0-3

WEEGHEL, J., 2009. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In: PĚČ, O. a PROBSTOVÁ V. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. s. 14 – 29. ISBN 978-80-7387-253-3.

WEIMEROVÁ, M., 2010. *Co jsou to psychózy* [on line]. [vid. 22. 7. 2014]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychie.cz/psychozy/co-to-jsou-psychozy>

Zákon č. 198/2002 o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů, včetně změn 436/2004 Sb., 495/2005 Sb., 420/2011 Sb., 340/2013 Sb., 344/2013 Sb., 64/2014 Sb., 86/2014 Sb., 458/2011 Sb. In: *mpsv.cz* [on line]. [vid. 12. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/dobrovolnicka-sluzba-500539.aspx>

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, stav k 27. 4. 2014 do částky 30/2014 Sb. a 10/2014 Sb.m.s. In: *mpsv.cz* [on line]. [vid. 3. 9. 2014]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108\\_2006\\_280414.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_280414.pdf)

Zákon č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti. In: Sbíрка zákonů České republiky [on line]. 2004, částka 143, s. 8270 – 8316 [vid. 3. 9. 2014]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2004&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=10>

## Seznam příloh

Příloha A Dotazník kvality trávení volného času

(viz kapitola 4 Použité metody s. 34 – 35)

Příloha B Přehled aktivit ve volném čase měřený v květnu 2014 a v lednu 2015

(viz kapitola 6.2 Ověření předpokladu č. 2, s. 40 – 42)

Příloha C Souhlas s provedením průzkumu

(viz kapitola 5.1 Účastníci, velikost vzorku, místo a čas šetření, s. 36)

Příloha D Souhlas s uvedením připomínek k dotazníku

(viz kapitola 4.2 Tvorba dotazníku s. 34 – 35)

## Příloha A DOTAZNÍK kvality trávení volného času

(viz kapitola 4 Použité metody s. 34 – 35)

Vážení respondenti,

dovoluji si Vás oslovit a požádat Vás o vyplnění dotazníku a o krátký rozhovor. Dotazník je zcela anonymní, poskytnuté informace poslouží pouze k vypracování mé bakalářské práce, která je zaměřena na trávení volného času lidí s duševní nemocí.

Zakroužkujte, prosím, u každé z otázek odpověď (odpovědi), které platí, pokud Vám v nabídce něco chybí, dopište podle svého uvážení. Některé otázky vyžadují písemnou odpověď, prosím, napište, jak to sami cítíte, stačí jedno nebo dvě slova. Nebojte se, prosím, u některých otázek vyplnit i více odpovědí najednou. Pokud je Vám v dotazníku některá otázka nejasná, prosím, zeptejte se na její vysvětlení.

### I. Demografická část:

#### **1. Jste:**

- a) žena b) muž

#### **2. Mám**

- a) základní vzdělání d) nedokončené vysokoškolské vzdělání  
b) středoškolské vzdělání e) vysokoškolské vzdělání  
c) nedokončené středoškolské vzdělání

#### **3. Kolik je Vám let?**

- a) 16-26 let c) 38-48 let e) více než 60 let  
b) 27-37 let d) 49-60 let

#### **4. Jste**

- a) ženatý/ vdaná c) svobodný/svobodná  
b) rozvedený/á d) mám přítelkyni/ přítele

#### **5. Žiji**

- a) se svojí současnou rodinou (žena/družka, muž/druh, příp. dítě)  
b) s původní rodinou (rodiče, prarodiče, sourozenci)  
c) sám ve svém/ pronajatém bytě  
d) s kamarády v pronajatém bytě  
e) na ubytovně  
f) v chráněném bydlení  
g) jinak: .....

#### **6. Bydlím**

- a) ve větším městě (nad 50 - 100 tis. obyv.) c) na vesnici (do 3 000 ob.)  
b) v menším městě (do 50 tis. obyvatel)

**7. Víte, s jakou nemocí se léčíte?**

- a) se schizofrenií
- b) s bipolární poruchou
- c) se schizoafektivní poruchou
- d) s:.....
- e) nevím

II. Empirická část

**8. Jak dlouho jste nemocný/á?**

- a) 1-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11 – 20 let
- d) více jak 21 let

**9. Jak dlouho využíváte služeb Fokusu, příp. jiná organizace?**

- a) méně než 1 rok
- b) 1 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) více jak 10 let

v případě, že využíváte služeb jiné organizace,  
uveďte, prosím, jaké.....

**10. Jak hodnotíte své vztahy s nejbližšími přáteli?**

- a) mám dobré vztahy
- b) jsem s nimi vcelku spokojen/a
- c) přátelé mám, ale nijak blízký/á s nimi nejsem
- d) nejsem v této oblasti spokojen/a
- e) nemám přátele

**11. Jak hodnotíte vztahy s nejužší rodinou?**

- a) mám dobré vztahy
- b) jsem s nimi vcelku spokojen/a
- c) nijak blízký/á si se svou rodinou nejsem
- d) nestýkám se s nimi
- e) žádnou rodinu nemám

**12. V současné době (prosím, nebojte se zaškrtnout více odpovědí)**

- a) jsem doma, občas využívám služeb Fokusu či jiné organizace
- b) využívám pravidelně služeb Fokusu či jiné organizace 1 – 2 do týdne
- c) využívám pravidelně služeb Fokusu či jiné organizace vícekrát jak 2 týdně
- d) chodím pravidelně na částečný úvazek do práce
- e) hledám si práci, jsem evidován/a na úřadě práce
- f) hledám si práci, ale evidován/a na úřadě práce nejsem

jiné: .....

**13. Jak nečastěji trávíte svůj volný čas? (prosím, nebojte se zaškrtnout více odpovědí)**

- a) dívám se na televizi, poslouchám rádio, hudbu
- b) čtu knihy, časopisy
- c) hraji na hudební nástroj
- d) chodím do kina, divadla, na výstavy, do kostela
- e) chodím do přírody, sportuji
- f) věnuji se ručním pracím (pletení, háčkování, maluji, kreslím)
- g) scházím se s přáteli
- h) jsem na PC, tabletu
- i) věnuji se domácím mazlíčkům
- j) nedělám téměř nic, jsem stále unavený/á
- k) nic mě nebaví, nudím se
- l) kouřím, piju kávu
- m) chtěl/a bych něco dělat, ale nemohu se k ničemu přinutit
- n) nevím, nevzpomínám si

o) jiné: .....

**14. S kým trávíte svůj volný čas? (nebojte se, prosím, zaškrtnout více odpovědí)**

- a) s přáteli
- b) s rodinou
- c) s asistentem Fokusu či jiné organizace, s dobrovolníkem
- d) s neznámými lidmi
- e) sám/sama

**15. Jak hodnotíte trávení svého volného času?**

- a) jsem spokojen/a
- b) jsem poměrně spokojen/a
- c) stačí mi to, ale uvítal/a bych změnu
- d) nejsem moc spokojen/a
- e) jsem nespokojen, chtěl/a bych to jinak

**16. Domníváte se, že by, jste uvítal/a v trávení volného času pomoc a jakou?**

- a) pomoc nepotřebuji
- b) ano, chtěl/a bych více informací o možnostech, jak volný čas využívat
- c) ano, uvítal/a bych někoho, kdo by mě doprovázel, kdo by se mnou byl

**17. Představte si, že by Vám byl nabídnut dobrovolník, který by s Vámi chtěl volný čas trávit. Jak byste se v takové situaci cítil/a?**

- a. nemám o dobrovolníka zájem, nemám k nim důvěru
- b. možná bych to vyzkoušel/a
- c. moc rád/a bych to vyzkoušela
- d. jiné pocity: .....

**18. Domníváte se, že Vám spolupráce s organizací Fokus, příp. s jinou organizací, pomáhá lépe trávit svůj volný čas?**

- a. ano
- b. ne, ale pomáhá mi v jiných oblastech života (bydlení, zaměstnávání apod.)
- c. ne, nepomáhá mi v ničem
- d. nevím, o tom jsem ještě nepřemýšlel/a
- e. v případě, že využíváte služeb jiné organizace, uveďte, prosím, které:  
.....

**19. Domníváte se, že poté, co jste navázal/a spolupráci s Fokusem, příp. jinou organizací, došlo ke změnám z hlediska způsobu trávení volného času?**

- a. ne, v podstatě je to stejné
- b. ano, trávím ho lépe
- c. nevím, nedokážu to zhodnotit
- d. v případě, že využíváte služeb jiné organizace, uveďte, prosím, které:  
.....
- e. ....

**20. Napište, prosím, jak, příp. s kým byste nejraději trávil/a svůj volný čas.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Děkuji Vám za Vaši pomoc a za Váš čas.

Ivana Kovářová, studentka TUL

obor sociální práce



## Příloha B (viz kapitola 6.2 Ověření předpokladu č. 2, s. 40 – 42)

Přehled aktivit ve volném čase měřený v květnu 2014 a v lednu 2015

čís- lo res- pon- dent- ta	Pasiv.		Aktv. doma				Aktv. venku			Negat.				jiné
	Tv, rádio,	PC, tablet	čtu knihy, časopisy	hraji na hudeb- ní nástroj	ruční práce	domá- cí mazlič- ci	kino, divadlo, kostel	příroda, sport	schá- zím se s přá- teli	nedělám téměr nic jsem unavený	nudím se	kouřím, piju kávu	nemohu se přinutit	
1	/		/					/	/		/			Hraji šachy
1	/		/		/			/			/			
2	/								/		/	/		
2	/								/		/	/		
3	/		/			/								
3	/		/			/	/							
4	/	/						/			/			Chodím do hospody
4	/	/						/	/		/			Chodím do hospody
5			/		/						/			
5	/		/		/						/			Získal jsem TV
6	/	/	/			/								
6	/	/	/			/		/	/					Mám dobrovolníka
7	/		/		/		/	/						Nikdy se nenudím
7	/		/		/		/	/						
8	/								/		/			
8	/								/		/			
9	/							/		/	/	/		
9	/		/					/			/			Přestěhovala jsem se
10						/		/						
10			/					/						Nemám kocourka
11	/		/		/	/		/	/		/			
11	/		/		/	/		/	/		/			Pracuji
12	/							/	/		/			Chodím na ryby
12								/	/		/			Nemám TV
13	/		/				/				/			
13	/		/				/				/			
14	/							/			/			
14	/				/			/			/			Chodím do dílny
15	/								/	/	/			
15	/							/			/			Bydlím na CHB
16		/	/		/	/		/	/					
16		/	/		/	/		/	/					

**Legenda:** Čísla respondentů jsou v tabulce uvedeny dvakrát, přičemž první údaj pochází ze šetření v květnu 2014, druhý v lednu 2015. Červeně jsou pak vyznačeny ti respondenti, u nichž došlo po půlročním intenzivnějším.

**Vysvětlivky:** Pasiv – aktivity pasivní, Aktiv. doma – aktivity pozitivní vykonávané v domácím prostředí, Aktiv. venku – aktivity pozitivní vykonávané mimo domácí prostředí, Negat. – aktivity negativní

## Příloha C Souhlas s provedením průzkumu

(viz kapitola 5.1 Účastníci, velikost vzorku, místo a čas šetření, s. 36)

### Souhlas s provedením průzkumu

Souhlasím s tím, aby Ing. Ivana Kovářová provedla v organizaci Fokus Liberec, o. p. s. průzkum za účelem vypracování závěrečné bakalářské práce. Tento průzkum bude prováděn dotazníkovou metodou a formou rozhovoru s uživateli služeb organizace, přičemž jim bude zaručena anonymita.

V Liberci 3. května 2014

PhDr. Jana Horáková  
ředitelka



**Příloha D Souhlas s uvedením připomínek k dotazníku**  
(viz kapitola 4.2 Tvorba dotazníku s. 34 – 35)

**Souhlas s uvedením připomínek k dotazníku**

Souhlasím s tím, aby v praktické části bakalářské práce byly jmenovitě uvedeny moje připomínky ke cvičné verzi dotazníku. Tento dotazník byl sestaven Ing. Ivanou Kovářovou za účelem provedení průzkumu v rámci vypracování závěrečné bakalářské práce na téma Volný čas lidí se závažnou duševní poruchou.

V Liberci 5. dubna 2014



*Ivana Kovářová*  
