

**Univerzita Hradec Králové**

**Filozofická fakulta**

**Ústav sociální práce**

# **Význam pracovní terapie u osob s duševním onemocněním**

**Bakalářská práce**

Autor:	Dagmar Haldová
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.
Studijní program:	B6731 – Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Forma:	Kombinovaná
Rok:	2021

## **Prohlášení**

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

V Pardubicích dne 7. 7. 2021

Dagmar Haldová

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Lucii Smutkové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Také bych ráda poděkovala všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu.



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Dagmar Haldová

**Studium:** U1846

**Studijní program:** B6731 Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce

**Název bakalářské práce:** **Význam pracovní terapie u osob s duševním onemocněním**

**Název bakalářské práce AJ:** Importance of Work Therapy of People with Mental Illness

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Práce se bude zabývat problematikou významu pracovní terapie u osob s dlouhodobým duševním onemocněním. Konkrétně se bude zaměřovat na to, jak ovlivňuje pracovní terapie proces začleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti. Práce nejdříve vymezí základní pojmy a popíše charakteristiku cílové skupiny a potřeby těchto osob, dále popíše službu sociální služby sociálně terapeutické dílny z pohledu zákona o sociálních službách. Samostatná kapitola bude zaměřena na proces pracovní terapie klientů v sociálně terapeutické dílně Cedr Pardubice, jejímu vymezení a programům. V empirické části bude popsán cíl výzkumného šetření a zdůvodněn výběr kvalitativní výzkumné strategie, techniky polostrukturovaného rozhovoru a interpretovány získané údaje. V závěru práce budou shrnuta teoretická východiska a zodpovězen hlavní cíl textu.

MAHROVA, G., VENGLAŘOVA, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5. HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2. Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením. Praha: Rytmus, 2005. 86 s. ISBN 80-903598-1-7. MATOUŠEK, O., et al. Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X. PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

**Garantující pracoviště:** Ústav sociální práce,  
Filozofická fakulta

**Vedoucí práce:** Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

**Oponent:** PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.

**Datum zadání závěrečné práce:** 30.4.2020

---

## **Anotace:**

HALDOVÁ, Dagmar. *Význam pracovní terapie u osob s duševním onemocněním*. Hradec Králové: Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové, 2021. 67 s. Bakalářská práce.

### **Stručný obsah, popis tématu, zvolených metod:**

Bakalářská práce se bude zabývat problematikou významu pracovní terapie u osob s dlouhodobým duševním onemocněním. Konkrétně se bude zaměřovat na to, jak ovlivňuje pracovní terapie proces začleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti. Nejdříve vymezí základní pojmy a popíše charakteristiku cílové skupiny a potřeby těchto osob, dále objasní služby sociálně terapeutické dílny z pohledu zákona o sociálních službách. Samostatná kapitola bude zaměřena na proces pracovní terapie klientů v sociálně terapeutické dílně Cedr Pardubice, jejímu vymezení a programům. V empirické části bude popsán cíl výzkumného šetření a zdůvodněn výběr kvalitativní výzkumné strategie, techniky polostrukturovaného rozhovoru a interpretovány získané údaje. V závěru práce budou shrnuta teoretická východiska a zodpovězen hlavní cíl textu.

**Klíčová slova:** pracovní terapie, osoba s duševním onemocněním, sociálně terapeutická dílna

## **Annotation**

HALDOVÁ, Dagmar. *Importance of Work Therapy of People with Mental Illness. Hradec Králové*: Institute of Social Work, University of Hradec Králové, 2021. 67 pp. Bachelor thesis.

Brief content, description of the topic, selected methods: The bachelor's thesis is going to deal with the importance of occupational therapy for the people with long-term mental illness. Specifically, it is going to aim at how occupational therapy affects the process of integrating the people with mental illness into society. First, it is going to define the basic concepts and describe the characteristics of the target group as well as the needs of these people. Then it is going to describe the services of the social therapy workshop from the Social Services Act point of view. A separate chapter will focus on the process of occupational therapy of the clients in the Cedr Pardubice social therapy workshop, its definition and programs. The empirical part is going to describe the goal of the research, and explain the choice of qualitative research strategy, semi-structured interview technique and interpret the data obtained. At the end of the thesis, the theoretical background is going to be summarized. The main goal of the text is going to be answered.

Keywords: occupational therapy, person with mental illness, social therapy workshop

# Obsah

Úvod.....	8
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1 Osoba s duševním onemocněním .....</b>	<b>10</b>
1.1 Klasifikace duševních nemocí .....	11
1.1.1 Schizofrenie .....	12
1.1.2 Poruchy osobnosti .....	14
1.2 Potřeby lidí s duševním onemocněním .....	15
1.3 Dopady duševního onemocnění na jednotlivé oblasti života.....	16
1.3.1 Společenská izolace .....	16
1.3.2 Bydlení .....	17
1.3.3 Trávení volného času.....	18
1.3.4 Sociální schopnosti a dovednosti (komunikace a vztahy).....	19
1.3.5 Pracovní uplatnění .....	20
<b>2 Sociální práce s lidmi s handicapem .....</b>	<b>22</b>
2.1 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	23
2.2 Psychiatrická rehabilitace .....	23
2.3 Historie vývoje psychiatrické rehabilitace.....	24
2.4 Hlavní principy psychiatrické rehabilitace .....	25
2.5 Proces psychiatrické rehabilitace.....	26
<b>3 Pracovní terapie.....</b>	<b>28</b>
3.1 Definice, vymezení pracovní terapie .....	28
3.2 Cíl pracovní terapie.....	29
3.3 Metody pracovní terapie .....	29
3.4 Pracovní terapie u osob s duševním onemocněním .....	32

<b>4</b>	<b>Organizace Cedr Pardubice o.p.s.</b> .....	33
4.1	Charakteristika organizace Cedr Pardubice o.p.s. ....	33
4.2	Charakteristika služby sociálně terapeutické dílny a její cíl.....	34
4.3	Pracovní terapie v sociálně terapeutické dílně a její průběh.....	35
4.3.1	Uživatelé pracovní terapie .....	39
4.3.2	Techniky pracovní terapie .....	41
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	43
<b>5</b>	<b>Metodické ukotvení výzkumných aktivit</b> .....	43
5.1	Formulace výzkumných cílů.....	43
5.2	Volba výzkumné strategie.....	44
5.3	Technika sběru informací .....	45
5.4	Soubor informantů .....	45
5.5	Popis výzkumného prostředí a jeho organizace.....	46
5.6	Analýza dat .....	49
5.7	Rizika výzkumu a jeho etika.....	49
<b>6</b>	<b>Interpretace získaných informací</b> .....	51
6.1	Interpretace vztahující se k prvnímu dílčímu výzkumnému cíli.....	51
6.2	Interpretace vztahující se k druhému dílčímu výzkumnému cíli .....	53
6.3	Interpretace vztahující se k třetímu dílčímu výzkumnému cíli.....	55
6.4	Shrnutí nejvýznamnějších poznatků z dílčích cílů .....	57
	<b>Závěr</b> .....	58
	<b>Seznam tabulek</b> .....	61
	<b>Seznam knižní literatury</b> .....	62
	<b>Elektronické dokumenty</b> .....	65
	<b>Seznam příloh</b> .....	67



# Úvod

Tato práce má za cíl popsat význam pracovní terapie pro osoby s duševním onemocněním a objasnit, zda a jaký vliv má na vybrané oblasti klientova života při začleňování do společnosti. Z pohledu sociální práce se jedná o osoby s handicapem, neboť samotné duševní onemocnění můžeme chápat jako změnu schopností, či komplikaci, při vykonávání různých životních, společenských či pracovních rolí. (Macková, 2014) Člověk s duševním onemocněním je charakteristický především tím, že má velmi často problémy zvládat běžné sociální fungování a začlenit se do společnosti. Tito lidé jsou často ve spojení pouze se stejně nemocnými lidmi. *„Lidé se závažnými psychickými poruchami představují heterogenní skupinu. Jedná se jak o dospělé osoby, tak o starší osoby se závažnými, většinou dlouhodobými psychickými problémy.“* (Pěč, Probstová, 2009, s. 15)

Jednou z možností, jak osobám s duševním onemocněním usnadnit znovu se začlenit do společnosti může být docházení do sociálně terapeutické dílny, v rámci které může tato osoba dlouhodobě pracovat na nácviku zvládnání péče o sebe, rozvoji soběstačnosti a dalších činnostech, které vedou k začleňování do společnosti. Základním cílem je tedy vybavit uživatele takovými kompetencemi (dovednostmi) v oblasti péče o vlastní osobu, které jim v budoucnu nejen umožní uplatnění v jejich samostatném životě, ale které jim mohou dopomoci také k pracovnímu uplatnění. (Metodika organizace, 2017, s. 6)

Důležitou aktivitou v rámci sociálně terapeutických dílen je pracovní terapie, která může osobám s duševním onemocněním, pomoci setrvat v běžném životě nebo se k němu díky ní vrátit. Dle Matouška má pracovní rehabilitace, tedy pracovní terapie umožnit udržení nebo i zlepšení pracovního potenciálu rehabilitovaného člověka a jeho následný částečný nebo i úplný návrat do pracovního procesu a běžného života. Zároveň má tato terapie *„spojovat individuálně cílené postupy se strategiemi zaměřenými na prostředí.“* (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 149)

Tato pracovní příprava je provozována v různých zařízeních ambulantně, a čím dál častěji v dalších zařízeních. Jedním z nich jsou i sociálně terapeutické dílny.

Ve své práci se budu věnovat významu pracovní terapie u osob s duševním onemocněním. **Hlavním výzkumným cílem** této práce je popsat význam pracovní terapie v sociálně terapeutické dílně pro osoby s duševním onemocněním a objasnit, jaký vliv má na vybrané oblasti klientova života při začleňování do společnosti. Dále bude tento cíl rozdělen do tří dílčích cílů: **DC1:** Zjistit, jaký význam pracovní terapie vnímá klient v oblasti práce. **DC2:** Zjistit jaký význam pracovní terapie vnímá klient v oblasti sociálních vztahů. **DC3:** Zjistit, jak uživatelé hodnotí možnost uplatňování svých práv v sociálně terapeutické dílně.

Jako vhodnou výzkumnou strategii pro mé šetření jsem vyhodnotila kvalitativní dotazování, kdy se budu moci v rámci polostrukturovaného rozhovoru ptát na předem připravené otázky. Tato technika se mi jeví jako nejvhodnější díky cílové skupině informantů, kterými budou osoby se zkušeností s duševním onemocněním.

Práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část. Tyto zmíněné části se pak budou dále členit do jednotlivých kapitol a podkapitol.

První kapitola teoretické části se bude zaměřovat na popsání klasifikace jednotlivých duševních nemocí, kde bude konkrétněji popsáno schizofrenní onemocnění a poruchy osobnosti. A to především z toho důvodu, že tato onemocnění se nejčastěji vyskytují u klientů Cedru. Zároveň se bude také věnovat potřebám lidí s duševním onemocněním a dopadům onemocnění na jednotlivé oblasti života těchto lidí. Druhá kapitola nejprve krátce popíše důležitost sociální práce s lidmi handicapem a dále se zaměří na specifika práce s lidmi s duševním onemocněním. Následně budou uvedeny cíle a metody pracovní terapie a popsána vybraná cílová skupina. Další část představí organizaci CEDR Pardubice o.p.s., kde proběhl vlastní výzkum.

V praktické části se bude bakalářská práce zabývat vlivem pracovní terapie na vybrané části života osoby s duševním onemocněním v organizaci Cedr Pardubice o. p. s., kde probíhal kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru s klienty sociálně terapeutické dílny.

V závěru práce budou shrnuta teoretická východiska a naplněn hlavní cíl textu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Osoba s duševním onemocněním

V první kapitole bude vysvětleno, kdo je osoba s duševním onemocněním. V následujících podkapitolách bude rozděleno duševní onemocnění dle klasifikace nemocí a dále se práce bude zaměřovat se na nejčastější druhy duševního onemocnění, které se vyskytují u informantů výzkumného šetření této práce. V poslední části kapitoly budou popsány jejich specifické potřeby a možné dopady duševního onemocnění na jednotlivé oblasti života těchto osob.

Podle Klucké a Volfové je člověk s duševním onemocněním charakteristický především tím, že má velmi často problémy zvládat běžné sociální fungování. Má oslabené vyjadřující schopnosti a omezenou slovní zásobu. Tím dochází ke ztrátě komunikace s ostatní společností a přímým důsledkem je postupná ztráta intelektu, úzkost, paranoia, deprese a narušení kognitivních funkcí. Dochází také ke zhoršení paměti a plánování úkolů, které musí nemocný člověk vyřešit, je velice obtížné. (Klucká J., Volfová P, 2016)

Kalina udává, že „*Psychóza zásadně mění způsob, jak člověk prožívá sám sebe, druhé lidi a svět, v němž žije. Společný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií. Nemocný se v něm uzavírá, odtrhává se od druhých lidí a jejich realita se mu stává cizí.*“ (Kalina, 2001 str. 16)

Duševní onemocnění mění náhled na sebe samého, jeho prožívání, vnímání okolního světa. Místo reálného vnímání okolí, které často ustupuje do pozadí, se na jeho místo dostává svět přeludů a fantazií. Toto vše se odráží i do pracovní oblasti. Dle Matouška 2013 „*lidé s duševní nemocí vykazují deficit, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a sociálním fungování, což může být způsobeno buď geneticky, nebo nevhodným prostředím, v němž se člověk vyvíjí.*“ (Matoušek a kol., 2013. s. 400)

Přímým důsledkem je zpravidla ztráta pracovní schopnosti, postavení ve společnosti, nebo případně kombinace obou zmíněných. Může být tedy tvrzeno, že většina osob, které mají duševní onemocnění, nejsou v době ataky své nemoci schopny soudně jednat a fungovat, dle zásad společnosti. (Mahrová, Veglářová, 2008)

## 1.1 Klasifikace duševních nemocí

Vytvoření klasifikace duševních poruch byla nutnost, aby byla zvolena vhodná diagnostika, léčba a případně výzkum jednotlivých nemocí. Řada onemocnění mají lehčí průběh s úspěšnou léčbou a další část vyžaduje dlouhou léčbu a ovlivní mnohdy celý pacientův život. *„Diagnostika v psychiatrii patří mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů. Je to dáno tím, že klinické obrazy psychických poruch jsou mnohotvárné a proměnlivé.“* (Dušek, Večeřová - Procházková, s. 22, 2015)

Hartl, Hartlová uvádí, že *„ duševní poruchy (nebo také psychické poruchy, duševní nemoci, duševní onemocnění, duševní choroby) představují skupinu onemocnění a poruch, které ovlivňují především lidské myšlení, prožívání nebo vztahy s okolím.“* (Hartl, Hartlová, s. 424, 2000)

V Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (2008), jsou duševní poruchy rozděleny a označeny níže uvedenými kódy:

F00 – F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických,
F10 – F19	Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek,
F30 – F39	Poruchy nálady, afektivní poruchy,
F40 – F49	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatomorfí poruchy,
F50 – F59	Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory,
F60 – F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých,
F70 – F71	Mentální retardace,
F80 – F89	Poruchy psychického vývoje,
F90 – F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci.

Za duševní poruchy lze označit stav, který je podmíněný vrozenými dispozicemi člověka, zároveň také stavy, kdy se pokládá vliv prostředí či prožité trauma za rozhodující příčinu vzniku onemocnění. Zdali je pro duševní onemocnění rozhodující jedno nebo druhé je předmětem mnoha diskusí a zkoumání. V současné době se stejně

jako u jiných nemocí tvrdí, že se na vzniku duševních nemocí podílejí různé faktory, které se vzájemně prolínají a jsou obtížně odlišitelné. Jedná se o faktory biologické, psychologické a sociální. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 70)

Pro potřeby této práce budou dále popsány vybrané typy duševního onemocnění, které se nejčastěji vyskytují v organizaci CEDR Pardubice, kde bylo prováděno výzkumné šetření.

### **1.1.1 Schizofrenie**

Vzhledem k tomu, že schizofrenie patří mezi jedno z nejčastějších onemocnění, které se vyskytuje mezi klienty v organizaci Cedr Pardubice, považovala jsem za důležité ji věnovat samostatnou podkapitolu.

Slovo schizofrenie je odvozeno z řečtiny „*Schizo – štěpit a phren – rozum a myšlení.*“ (Růžičková, 2013, s. 46)

Schizofrenie postihuje nejčastěji věkovou skupinu lidí mezi 15 až 35 lety a podle studií častěji muže. Spouštěčem nemoci může být například stres, požívání omamných látek a u žen třeba porod. Jako první příznaky začátku nemoci bývá uvedeno zhoršení pozornosti, poznávacích funkcí, myšlení a řeči. Dochází také k poruchám spánku, pocitům úzkosti a posléze i k sociální izolaci. Čím dříve je tato nemoc zachycena, bývá větší šance na léčbu a menší následky nemoci. (Veselý, 2019)

Můžeme říci, že „*schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštěná. Myšlení může být rozjízdivé až inkoherentní.*“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 75)

Existuje mnoho příčin vzniku schizofrenie, avšak mezi nejčastější patří *vrozené* a *dědičné* (pokud má jeden rodič schizofrenii, riziko pro dítě je asi 10 %, pokud oba rodiče až 30–40 %). Dalším důležitým faktorem jsou vlivy prostředí a události, které osobu ovlivnily. Velmi důležitý je vliv rodiny z hlediska dalšího vývoje nemoci. (Růžičková, 2013, s. 46)

Hlavní příznaky schizofrenie lze rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří příznaky **pozitivní**. Mezi ně patří halucinace (zkreslené vnímání reality), z nichž nejběžnější jsou halucinace **sluchové**. Nemocná osoba má pocit, že je sledována, slyší zvuky. Bojí se o svůj život, a tudíž vyvíjí opatření pro jeho ochranu. Dále sem patří **zrakové** halucinace (jsou viděny barvy, tvary, ale i celé úseky děje), **čichové** (pocit podání jedu ve stravě) a **tělesné** (pálení kůže, doteky). Tyto bludy nemocnému není možné vyvrátit, protože je považuje za reálné.

Do druhé skupiny patří příznaky **negativní**. Jedná se především o problémy s pozorností a soustředěním, neschopnost jakéhokoliv plánování, rozhodování a snížené vnitřní prožívání až deprese. (Růžičková, 2013, s. 46)

Nejčastější formy schizofrenie jsou *paranoidní*, *hebefrenií*, *katatonii* a *simplexní*.

U **paranoidní** schizofrenie má dotyčná osoba pocit, že ji chce někdo ublížit a že ji někdo neustále pozoruje a sleduje. Může slyšet hlasy, které ji našeptávají rady a rozkazy, může být přesvědčena o nadpřirozených schopnostech nebo vznešeném původu. (Růžičková, 2013, s. 47)

**Hebefrenií** (nekompatibilitní osobnost) schizofrenie se rozvíjí pozvolna, projevem je zvýrazněné pubertální chování. Osoba se může jevit jako hlučná, nápadná, nevychovaná, roztěkaná s nesouvislostí řečového projevu. (Růžičková, 2013, s. 48)

U **katatonii** schizofrenie bývá obvykle akutní začátek, ale její prognóza je zpravidla nejpříznivější. Za symptomy jsou považovány pohybové aktivity a vzrušení, které jsou střídány s nehybností, jsou zaujímány nezvyklé tělesné pozice a postoje, je navozen pocit ztuhlosti, kdy není možno například vstát z postele, připravit si potravu, jíst. (Růžičková, 2013, s. 48)

Poslední zmiňovanou formou je schizofrenie **simplexní**. Mezi její negativní příznaky řadíme střety zájmů a temperamentu, dále sebestřednost, pasivitu, plochou emotivitu, či ztrátu výkonnosti při práci nebo studiu. (Růžičková, 2013, s. 49)

Léčba schizofrenie je závislá na fázi, ve které se pacient nachází. Samotný výsledek léčby je přímo závislý na typu psychotického onemocnění, na rodinném prostředí, na řádném užívání předepsaných léčiv, ale také na spolupráci pacienta

s lékařem. Při akutních stavech jsou podávána antipsychotika. K zabránění návratu nemoci je velmi důležité dodržení pravidelnosti podávání předepsaných psychofarmak. (Růžičková, 2013, s. 49)

### 1.1.2 Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti jsou až z padesáti procent spojeny s další duševní poruchou a jsou v psychiatrii stále častěji diagnostikovány. Osoby s touto poruchou mají problémy začlenit se do společnosti, najít či udržet si práci, často jim chybí sociální kontakty nebo mají nefungující partnerský vztah. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Suchomel 2020 považuje tyto poruchy za závažné poruchy neurotické. „*U těchto jedinců se objevují určité rigidní myšlenky, emoce a vzorce chování, které se konzervovaly v průběhu psychického vývoje v kontaktu s vlivy okolního prostředí a které dotyčný jedinec používá ve stresových situacích bez ohledu na jejich efektivnost. Tito jedinci nemají náhled na to, že mají ještě jiné možnosti myšlení, cítění a chování a že mají volbu si z těchto možností vybrat. To vede pak k tomu, že tito jedinci mají nejrůznější konflikty s okolím, ale i oni sami svůj život často prožívají jako neuspokojivý. Na rozdíl od neurotických poruch jsou poruchy osobnosti prakticky celoživotní.*“ (Suchomel 2020)

Pokud se zaměříme na nejčastější **příčiny poruchy osobnosti**, patří sem především genetické vlivy prenatální, stres působící na matku, virová onemocnění či drobně poranění mozku při porodu. Zásadní vliv mají negativní zkušenosti z dětství, ať už se jedná například o týrání, sexuální zneužívání, ale i přílišné rozmazlování. S dalšími stresovými příznaky se setkáváme během života, jako je třeba konfliktní emočně vypjaté prostředí školy, vojny či kultury. (Suchomel, 2020)

Existuje několik **forem poruch osobnosti**. Patří sem mimo jiné *excentrici* (paranoia – osoba je vztahovačná, má dojem, že jí někdo škodí, často si stěžuje; schizoidní porucha – osoba špatně navazuje vztahy s okolím, zabývá se fantaziemi a svým vnitřním světem; schizotypální porucha – mají zvláštní vyjadřování, které bývá rozvláčné, spletné, ve stresové situaci mohou mít i halucinace). (Suchomel, 2020)

Dále *afektivní, emotivní* forma poruchy osobnosti (dissociální porucha – necitlivost k druhým, nezodpovědnost, často jde o osoby kriminálně zdatné; emočně nestabilní – osoba se nevyzná sama v sobě, agresivita, výbušnost, sebepoškozování; histriónská porucha – teatrálnost, hysterie, frigidita, jsou snadno ovlivnitelní; narcistická porucha – pocit vlastní důležitosti, arogantnost, domýšlivé chování). (Suchomel, 2020)

V neposlední řadě *úzkostná, uhýbavá* (anxiózní neboli vyhýbavá porucha – osoba má pocit neatraktivnosti, strach z kritiky, nechut' stýkat se s lidmi; závislá porucha – nerozhodnost za svůj život, strach z opuštění, závislost na druhé osobě; anankastická porucha – nadměrná opatrnost, obsesivita, puntičkářství, nesnášenlivost změn). (Suchomel, 2020)

Poruchou osobnosti trpí asi 6% až 9% celosvětové populace. Vyšší výskyt je v psychiatrických léčebnách (30% až 50%), ve věznicích (40% až 90%) a u narkomanů (50% až 90%). (SlidePlayer.cz Inc 2020)

## 1.2 Potřeby lidí s duševním onemocněním

Duševní onemocnění, která byla popisována v předchozí kapitole, velmi zasahují do potřeb lidí s duševním onemocněním. Potřeby lidí jsou úzce spojeny s kvalitou života.

V životě lidí s duševním onemocněním se můžeme setkat s různými omezeními, které je spojeno s jejich nemocí a zasahuje tak do všech oblastí života. Může se jednat o pobyt v psychiatrickém zařízení, málo peněz, vyčlenění ze společnosti. (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009) Často je společensky izolována. Díky své nemoci takováto osoba neumí navazovat vztahy, či díky atace nemoci navázané vztahy ukončí, což může být spjato i se ztrátou zaměstnání, poklesem financí a s tím souvisejícími problémy v oblasti běžného života. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Nejdůležitější potřeby v oblasti potřebné péče dle Máhrové a Venglářové, 2008 jsou:

1. Překonání společenské izolace a stigmatizace.
2. Získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností.
3. Chráněné a podporované bydlení pro duševně nemocné.
4. Chráněná práce.



## 5. Smysluplné trávení volného času.

Všechny tyto potřeby pokud nejsou naplněny, hluboce zasahují do kvality života osoby s duševním onemocněním. (Mahrová, Venglářová, 2008)

*„Duševní zdraví je nedílnou součástí plnohodnotné integrity člověka. Kvalita života, kulturní prostředí, sociální procesy a samotný přístup k životu mají podstatný vliv na duševní zdraví, stejně jako celková duševní kondice člověka významným způsobem determinuje a ovlivňuje všechny aspekty jeho kvality života.“* (Strategie reformy psychiatrické péče, s. 10)

## **1.3 Dopady duševního onemocnění na jednotlivé oblasti života**

Klientův celkový stav ovlivňuje jeho přání a potřeby. S tím je spojeno i jeho vnímání okolního života. Jak již bylo zmíněno výše *„lidé s duševní nemocí vykazují deficity, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a sociálním fungování, což může být způsobeno buď geneticky, nebo nevhodným prostředím, v němž se člověk vyvíjí.“* (Matoušek a kol., 2013. s. 400) Mezi oblasti, ve kterých potřebuje člověk s duševním onemocněním podpořit, patří především oblast práce, bydlení, učení se a sociálních kontaktů. (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009)

### **1.3.1 Společenská izolace**

Jednou z nejdůležitějších oblastí, do které zasahuje duševní onemocnění, jsou sociální vztahy, které jsou v životě každého člověka velmi důležité. Každý člověk je v interakci s druhými lidmi podstatnou část svého života (rodina, přátelé, partneři) a snaží se stávající vztahy si udržet či nové navázat. (Willerton, 2012) Zdá se, že lidé, kteří onemocněli duševním onemocněním, byli již dříve (častěji než jiní lidé) uzavření, plaší, úzkostní, zvýšeně citliví na konflikty. Někteří se snaží pomoci si alkoholem či drogami, to však jen zvyšuje jejich ohrožení psychózou. Člověk s duševním onemocněním pak zpravidla obtížně zvládá komunikaci, má snížené sebevědomí a obavy z navazování nových kontaktů. To všechno vede ke společenské izolaci jedince. Tomu mohou pomoci různé organizace, které sdružují podobně postižené osoby ať

formou různých stacionářů, nebo pracovních dílen. V těchto organizacích se postiženým lidem dostane sociální i právní pomoci. (Fokus 2021)

### 1.3.2 Bydlení

Lidé trpící duševní chorobou jsou často hospitalizováni v některém psychiatrickém zařízení. V psychiatrických nemocnicích je skupina osob s potřebou vysoké míry podpory s dlouhou, až desítky let trvající hospitalizací. Obvykle jsou tyto osoby považovány za „nepropustitelné“. Dlouhodobá hospitalizace není dobrá, protože vede ke ztrátě sociálních vazeb. Také může docházet ke ztrátě zaměstnání i bydlení, což, pokud je člověk propuštěn z tohoto zařízení, vede k bezdomovectví a k zdánlivě neřešitelné situaci. To vyvolává recidivu choroby a člověk skončí opět v psychiatrickém zařízení. Pokud je zde rodina nemocného, která je ochotna poskytnout mu oporu, návrat do života může být snazší i když soužití s někým, kdo má duševní onemocnění může mít mnohá nepoznaná úskalí. (Pěč, Probstová, 2009)

Dobrym východiskem bývá **chráněné bydlení**. *„Chráněné bydlení je určeno především pro osoby, které mají zkušenost s duševní nemocí a ocitají se v situaci, kdy se z jakéhokoliv důvodu obávají samostatného bydlení, či v samostatném bydlení opakovaně selhávají. V chráněných podmínkách tak budou mít možnost vyzkoušet si samostatné bydlení a všechny činnosti s ním spojené. Podpora často začíná návštěvami sociálních pracovníků během hospitalizace. Chráněné bydlení má tréninkový charakter a je tedy časově ohraničené a není náhradou za jakýkoliv druh sociálního bydlení.“* (Horáková 2017)

Dle Matouška může být toto bydlení vnímáno jako další nepřírozená instituce, kde se lidé s duševním onemocněním učí žít v nepřírozených podmínkách, často v přítomnosti cizích lidí, což jsou *„dovednosti, které nejsou přenosné z chráněného prostředí do prostředí budoucího samostatného domova.“* (Matoušek, 2005 s. 146) Často se také učí věci, které poté, když se dostanou do samostatného bydlení, tyto nezvládají, protože v chráněném bydlení se to učili za jiných podmínek. (Matoušek, 2005)

Dalším prostředkem, jak podpořit klienta a nastavit u něj dovednost samostatného bydlení je **podporované bydlení**. Tato služba je poskytována u klienta doma a může být prováděna i v prostředí ubytovny. Je zaměřena na pomoc při úklidu, při jednání s úřady i hospodaření s penězi. Jejím cílem je integrace duševně nemocných zpět do širší společnosti.

Dále je možno využít **tréninkové bydlení**. Cílem této služby je „*poskytovat lidem s duševním onemocněním takovou podporu, aby se naučili žít v samostatných bytech a byli schopni přechodu do chráněného bydlení nebo do pronájemního či soukromého bytu.*“ (Fokus Písek 2021)

Zkušenosti některých organizací, které mají v péči i takovéto klienty ukazují, že mnoho z těchto nemocných zvládne adaptaci, pokud dostanou potřebnou podporu.

### 1.3.3 Trávení volného času

Člověk vnímá trávení volného času jako činnost, kterou si může sám vybrat a rozhodnout se, že bude tuto činnost dělat. Ať už se jedná o aktivní trávení volného času sportem, či aktivitu spojenou se sledováním televize, hraním her, či nějakou relaxací, vždy jde o to, aby z ní měl nějaké uspokojení. (Österaardová, 2010)

Lidé, trpící duševním onemocněním jsou různorodou skupinou osob s nejrůznějšími zájmy, schopnostmi. Mohou se, ve volném čase realizovat jak chtějí, ale v naplnění představ o trávení volného času jim mohou bránit různé překážky. Dle Matouška a kol. (2005) jsou rozděleny do dvou skupin, a to vnitřní a vnější.

Mezi **vnitřní překážky** se řadí nedostatek dovedností, neznámá situace, potíže v komunikaci, symptomy duševní nemoci, nízká sebedůvěra. K **vnějším překážkám** řadíme především finanční náročnost, strach z veřejné dopravy, negativní reakce okolí na lidi s duševním onemocněním.

Österaardová 2010 ve své Absolventské práci „Volnočasové aktivity u duševně nemocných“ poukazuje na to, že volný čas člověka s duševním onemocněním velmi ovlivňují léky, které užívá, proto je jakákoliv aktivita díky těmto lékům obtížně zvladatelná. (Österaardová, 2010)

Dobrym vyplnenim volneho casu lidi s duševni poruchou, které se přizpůsobí možnostem a schopnostem jedince jsou služby sociálně terapeutické dílny, kde je klientům umožněno více se rozvíjet v dovednostech a učit se něco nového, nebo si alespoň udržet stávající schopnosti, které jsou pak jimi využity k návratu do práce nebo k sebeobslužnosti. (Matoušek a kol., 2005)

### **1.3.4 Sociální schopnosti a dovednosti (komunikace a vztahy)**

Při komunikaci s lidmi s duševním onemocněním je nutno mít na paměti, že takto postižení lidé bývají vystrašení a potřebují více tělesného prostoru. Pokud někdo prochází stavem halucinací, je nutné vědět, že halucinace a bludy, které zažívá, jsou jeho realitou a není možné mu tuhle realitu vymluvit. Jejich halucinace a bludné myšlení jsou pro ně velmi opravdové a jsou jimi motivováni. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Duševní onemocnění nemá nic společného se stupněm inteligence člověka, proto není možno automaticky předpokládat, že člověk s duševním onemocněním je automaticky hloupý. Je tedy nutno pochopit, co chce dotyčný člověk vyjádřit. Často, pokud člověk nevyprve své komunikační schopnosti, podaří se mu jej pochopit. (Psychology today, 2021)

Lidé s vážným duševním onemocněním často nejsou schopni dokončit řádně školu, udržet si zaměstnání, bydlení či navázat nějaké partnerské vztahy. (Fokus, 2021)

Lidé s duševní nemocí také jistě něco očekávají od partnerského vztahu, třeba že jim partner bude oporou. Konflikt může nastat už tím, že partner se schizofrenií očekává např. to, že jeho partner se bude o nemoc zajímat a druhý z partnerů o jeho nemoci mlčí.

Vztah, ve kterém jsou jeden nebo oba partneři duševně nemocní, je velice zatěžován, neboť nemoc obou partnerů sebou nese obavy, těžkosti a různá omezení, ale není nemožný při velké podpoře okolí i rodiny. (Psychology today, 2021)

I přátelské vztahy jsou velmi zasaženy nemocí. Pokud se u člověka rozvine onemocnění, málokteré přátelství přetrvá. Člověk s dlouhodobým duševním onemocněním má nejčastěji za sociální síť pouze rodinu nebo udržuje kontakt

s obdobně nemocným člověkem, se kterým se seznámil v psychiatrickém zařízení či jiné sociální službě, která pomáhá těmto lidem. (Thornicroft, 2011)

### 1.3.5 Pracovní uplatnění

Mezi další důležitou lidskou potřebu je mít práci. Nejinak tomu je i u lidí s duševním onemocněním, pro něž to znamená mít další sociální roli, což podporuje jejich dobré duševní zdraví. Díky samotné diagnóze duševního onemocnění člověk ale často tuto roli ztrácí. Pokud překoná problémy s hledáním práce a najde si ji, nemusí si ji díky své nemoci udržet. (Thornicroft, 2011)

Díky placenému zaměstnání dochází u nemocného člověka k rozvoji sebedůvěry, je aktivní, rozvíjí své schopnosti, a může lépe zvládat své onemocnění, vést plnohodnotnější život a v neposlední řadě se lépe začlenit do společnosti. (Šupa, 2006)

Pokud se nejedná o trvalejší změnu psychiky, tak akutní fáze duševního onemocnění a její projevy nepředstavují pro člověka takovou zátěž, aby nemohl začít znovu fungovat. (Matoušek, 2005)

Dle stejného autora je ale *„pro mnohé klienty největší obtíž každodenní boj s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí, pozornosti, emocí.“* (Matoušek, O. 2005, s. 148), což může vést až ke ztrátě pracovních schopností. V takovémto případě, je často člověku přiznán invalidní důchod, což pro mnohé osoby s duševním onemocněním může být stigmatem, se kterým se jen těžko vyrovnávají. Krejčíková 2004 popisuje, že *„všichni lidé můžou produktivně pracovat, když je jim poskytnuta správná pomoc ve správném čase a na správném místě.“* (Krejčíková, 2004, s. 41) Ve společnosti jsou vžité předsudky, že takto postižení lidé pracovat nemohou. Opak je pravdou. Pokud jsou jim vytvořeny podmínky k práci, jsou schopni vykonávat svoji práci zodpovědně.

Podle O. Pěče a V. Probstové (2009) můžeme rozdělit lidi s duševním onemocněním na 3 části. První skupinu tvoří Ti, kteří díky své nemoci pracovat nemohou, druhou část tvoří ti, kteří pracují a poslední skupinu tvoří lidé, kteří opakovaně práci hledají.

Možností podpory lidí s duševním onemocněním při začleňování na trh práce je mnoho. Jednou z možností, jak pomoci nemocnému člověku ze třetí skupiny je ověření si pracovních schopností pomocí pracovní rehabilitace, potažmo pracovní terapie. (Matoušek, 2005) Pracovní terapii se bude tato práce věnovat podrobněji v kapitole č. 3.

V rámci pracovního uplatnění je důležité se zmínit i o uplatňování práv lidí s duševním onemocněním. O tuto oblast se lidé s duševním onemocněním spíše nezajímají ať už z neznalosti či z obavy ztráty zaměstnání, například v případě, že by si na zaměstnavatele stěžovali. I tuto dovednost mohou lidé s duševním onemocněním v rámci pracovní terapie v sociální službě trénovat a následně ji používat v běžném životě.

Jednotlivé dílčí cíle v praktické části této práce budou zaměřené na oblast práce, uplatňování svých práv a na oblast sociálních vztahů a komunikace.

## 2 Sociální práce s lidmi s handicapem

S lidmi s různým handicapem, zdravotním znevýhodněním či postižením se setkáváme již po staletí. Jedná se o přirozený jev, se kterým jsme se setkávali v dřívějších dobách a budeme se s těmito lidmi setkávat i v budoucnu. Tito lidé jsou často vnímání pouze jako jedinci, kteří pasivně přijímají pomoc od různých organizací sociální pomoci či péče. I z toho důvodu jsou tito lidé stigmatizováni a vnímání běžnou společností ne vždy lichotivě. (Mojžíšová, 2019) Ne však každý člověk s handicapem či zdravotním postižením musí být nutně klientem sociální práce.

Samotná terminologie nebyla vždy jasná a díky tomu, že rozdíl mezi pojmy postižení a handicap je velmi jemný, bylo potřeba tyto termíny lépe vysvětlit. Matoušek (2005) dle Mezinárodní klasifikace zdravotních stavů a jejich následků uvádí následující terminologii: „*postižení (impairment)*, jsou problémy týkající se tělesných funkcí a tělesných struktur – tyto problémy mohou být příčinou *omezení v činnostech (aktivity limitations)*, na této úrovni je důsledek popisován z hlediska jednotlivce – mohou být také příčinou *omezení ve společenských aktivitách (participation restrictions)*, čímž jsou označovány důsledky širší, sociální“ (Matoušek, 2005, s. 92) Samotný pojem handicap, který je u nás v současné čím dál častěji používaný můžeme hledat převážně v prvních dvou termínech. Pokud se podíváme na všechny tři termíny, můžeme je celkově v překladu nazvat jako znevýhodnění. (Matoušek, 2005)

Pro potřeby této práce budu používat pojem člověk s handicapem, protože pro lidi s duševním onemocněním je jejich nemoc handicap, jelikož „*představuje nevýhodu, překážku, bariéru při vykonávání jakékoliv žádoucí životní, společenské, anebo pracovní úlohy*“ (Macková, M., 2014, s. 8)

Nejenom díky sociální práci, ale i různým reformám v oblasti péče o tyto lidi se můžeme čím dál více setkávat s integrací lidí s handicapem do společnosti. Sociální práce má tedy za cíl napomáhat lidem s handicapem při zapojení do společnosti v oblasti pracovní, vzdělávací, zdravotní a v oblasti bydlení. Velkou váhu v samotné sociální práci mají i jednotlivé intervence sociálního pracovníka. V rámci těchto intervencí je důležité, aby uměl sociální pracovník pracovat se samotným znevýhodněním, neposiloval ho a zaměřil se na silné stránky. Tímto se zvýší kvalita

života těchto lidí a díky snížení sociálního znevýhodnění se sníží i bariéry, které často vedou k omezování života těchto jedinců a jejich stigmatizaci. (Thomson, 1992)

Pro potřeby této práce bude v této kapitole detailněji rozebrána psychiatrická rehabilitace, ze které vychází v rámci sociální práce s lidmi s handicapem i pracovní terapie pro lidi s duševním onemocněním. Jedná se tedy o součást ucelené rehabilitace. V jednotlivých podkapitolách definuji termín psychiatrická rehabilitace, stručně popíši její historii a dále se budu věnovat principům a procesu samotné rehabilitace.

## **2.1 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním**

Práce s lidmi s duševním onemocněním má svá specifika. V rámci sociální práce s duševně nemocnou osobou jsou nezbytnou součástí alespoň minimální znalosti sociálního pracovníka v oblasti psychiatrických onemocnění (viz předchozí kapitola). *„Lidé se zdravotním postižením jako celek jsou přirozenými uživateli služeb sociální práce a zdravotní péče. V souvislosti s demografickými výhledy stárnutí populace, které je často spojeno i se změnou zdravotní kondice, se v sociální práci zvyšuje potřeba znalosti témat zdravotního postižení včetně dovednosti rozlišovat mezi obecnými tématy zdraví a nemoci a specifickými tématy zdravotního postižení.“* (Krhutová, L., 2013, s. 10) S tím souvisí i schopnost se v určité nastalé situaci umět správně zachovat.

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, člověk s duševním onemocněním může mít také nedostatky v různých oblastech života. Může se jednat o absenci sociálních vztahů, absenci pracovních schopností a dovedností, či další problémy v běžném fungování. (Mahrová, Venglářová, 2008) V těchto všech oblastech je práce velice specifická, kladoucí na sociálního pracovníka znalosti v různých oblastech sociální práce a to nejenom v oblasti psychiatrických onemocněních, ale také v samotné psychiatrické rehabilitaci.

## **2.2 Psychiatrická rehabilitace**

Termín rehabilitace pochází ze slova „*rehabilitatio*“, což doslova znamená „*obnovení*“, znovunabytí schopností, které byly sníženy v důsledku nemoci. Obecným



cílem psychiatrické rehabilitace je schopnost fungování klienta v daném prostředí, a jeho určitá spokojenost, aniž by došlo k jeho vytržení z komunity. (REGULI, 2021)

Psychiatrickou rehabilitaci lze dle Hrubého chápat jako znovunavrácení schopností. Samotný pojem se týká hlavně osob s duševním onemocněním a je součástí psychiatrické léčby, která je díky tomuto ucelenější (Hrubý, 2011)

O zlepšení života osob s duševním onemocněním a znovuzapojení jich do běžného života pojednává mnoho metod. Tento obor se neustále vyvíjí. Snaha o kombinaci přístupů dodává psychiatrické rehabilitaci komplexnější pohled a neustále se přizpůsobuje klientovým potřebám. Vždy je na prvním místě posouzení klientových možností. (Komunitní psychiatrie, 2011)

Höschl mluví o psychiatrické rehabilitaci v pojetí Anthonyho a Cohena, jako o souboru metod a přístupů, díky kterým je osobě s duševním onemocněním poskytována taková profesionální podpora, aby mohla žít spokojeně v prostředí, které si sama zvolí a zároveň aby taková to profesionální podpora byla co nejmenší a bylo co nejvíce využito zdrojů a schopností této osoby a tím se tyto schopnosti a dovednosti posilovaly. (Höschl et al., 2002)

## 2.3 Historie vývoje psychiatrické rehabilitace

Ve starověku byla duševní choroba brána jako posedlost démony. V 18. století je psychiatrie ustanovena jako samostatný obor, a to především zásluhou Filipa Pineliho, který začal využívat při léčbě pracovní činnost, více se věnuje psychoterapii, farmakoterapii a zamítá podporovat podávání alkoholických nápojů apatickým nemocným. Petr, Marková uvádí, že „*prosadil stejné hygienické podmínky, jaké do té doby platily pro tělesně nemocné, a prokázal, že duševní choroby jsou léčitelné.*“ (Petr, Marková, 2014, s. 27) Tyto léčebné metody se tehdy rozšiřují po celé Evropě i Severní Americe.

První zmínky o psychiatrické rehabilitaci jsou z americké armády během 1. světové války a byla to vlastně pomoc zraněným vojákům při návratu do civilního života. (Klinika rehabilitačního lékařství 2019) Dále se psychiatrická rehabilitace rozvíjí

v 19. století, kdy byl aktivní program upřednostňován před terapií mluvením a tím byla snaha vézt nemocného ke změně jednání. (REGULI, H., 2021)

Česká psychiatrie zažívá další rozvoj mezi 1. a 2. Světovou válkou, kdy je v roce 1919 založena československá psychiatrická společnost. V roce 1960 se na našem území začíná rozvíjet síť ambulantních psychiatrů a 1. 7. 1966 je schválen zákon o péči zdraví lidu č. 20/1966 Sb., který sjednocuje zdravotnickou péči. (Petr, Marková, 2014, s. 34)

K nejznámějším psychiatrickým zařízením na našem území řadíme Psychiatrickou nemocnici v Kosmonosech (1870), ústav v Dobřanech (1880) a Psychiatrickou nemocnici v Bohnicích (1903), Psychiatrickou léčebnu v Havlíčkově Brodě. (Petr, Marková, 2014)

*„Přístup k duševně nemocným prošel dlouhým vývojem. Na historii péče o duševně nemocné lze nahlížet jednak z pohledu medicínského, kdy se na základě jednotlivých vědeckých objevů postupně zformovala psychiatrie jako samostatný medicínský obor, a jednak z pohledu společenského, kdy se postupně utvářel postoj společnosti k duševně nemocným jedincům.“* (Petr, Marková, 2014, s. 24)

Ve společnosti se stále více hovoří o nutnosti reformy psychiatrické péče, obzvláště po sametové revoluci v roce 1989. Podle této reformy je potřeba více podporovat duševně nemocné mimo psychiatrické nemocnice, snížit lůžkovou kapacitu a pomoci vzniknout centrům pro duševně nemocné. (Petr, Marková, 2014, s. 34)

Reforma psychiatrické péče v České republice byla schválena dne 7. října 2013 a realizovat by se měla mezi roky 2014 – 2023. M. Holcát v této publikaci říká *„Pevně věřím, že tento dokument poslouží jako vhodný nástroj k provedení změn, které v konečném důsledku vylepší kvalitu života duševně nemocných.“* (Holcát, Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, s. 9)

## **2.4 Hlavní principy psychiatrické rehabilitace**

Zásadní náhledy na psychiatrickou rehabilitaci je možné, dle Reguli (2021), rozdělit podle tří škol, kde vznikly:

**Bostonská škola** klade důraz na rozvoj pacientových schopností pomocí učení,

**Los Angeleská škola** naopak pomáhá pochopit, z čeho se nemoc skládá, jaké jsou stresové faktory vyvolávající zhoršení a snaží se pacientovy pomoci žít s nemocí,

**Anglická škola** klade důraz na prostředí pacienta a jeho roli v něm. Snaží se využívat potenciál nemocného. (Reguli, 2021)

Dle Wilkena a Hollandera (1999) patří mezi hlavní principy rehabilitace - emancipace, normalizace a participace. Emancipace je spojená se zplnomocňováním, normalizace souvisí se sociálními rolami, participace je spojená s rozhodováním, na kterém by se měl podílet sám klient.

*„Psychiatrická rehabilitace vychází ze zásady, že i duševně nemocný člověk musí být brán jako jedinec neoddělitelný od svého sociálního prostředí, a proto snahou při jeho léčení musí být plnohodnotný návrat do tohoto sociálního prostředí.“* (Dušek, K., Večeřová – Procházková, A., 2010, s. 548)

Podle teoretických konceptů rehabilitace je možné, aby mnoho lidí s duševním onemocněním vedlo běžný život mimo zdi psychiatrické nemocnice. Tito lidé mají však omezenou kvalitu života jejich funkčním postižením, jelikož současná psychiatrická léčba dokáže pouze zmírnit či odstranit symptomy závažných psychiatrických poruch, nikoliv však deficity, které mají tyto poruchy za následek. (Probstová, Pěč, 2009)

## **2.5 Proces psychiatrické rehabilitace**

Jak již bylo zmíněno výše, psychiatrická rehabilitace a z ní vycházející pracovní terapie je nedílnou součástí sociální práce s lidmi s handicapem. Jedná se tedy o součást ucelené rehabilitace.

Proces rehabilitace začíná již během léčby pacienta, kdy je zaměřen na využití zbytků zdravých návyků a dovedností, dále se stanoví hranice mezi přáním pacienta a jeho reálnými možnostmi kde je nutné spokojit se i se sebemenšími úspěchy a využití všech možností pacienta i terapeutického týmu pro zlepšení kvality života pacienta a jeho co největší zapojení do běžného života. (Reguli, 2021)

Rehabilitaci lze rozdělit do několika fází:

**Diagnostika člověka s duševním onemocněním** – to znamená zhodnocení jeho současných schopností a dovedností, zhodnocení prostředí, kde žije a možné podpory rodiny, případně okolí, Patří sem také stanovení rehabilitačních cílů,

**Fáze plánování** – na začátku je popis účasti nemocného na procesu rehabilitace, rozdělení zodpovědností mezi něj a terapeuty, časová posloupnost jednotlivých částí rehabilitace a zhodnocení potřeb pro každou jeho dovednost,

**Intervenční fáze** – kdy dochází k výběru strategií pro rozvoj a posilování pacientových schopností. Při této fázi je nutná jeho maximální spolupráce. Postupuje se od jednodušších úkolů ke složitějším a posilují se stávající dovednosti rehabilitovaného člověka. (Reguli, 2021)

Při samotné práci s člověkem s duševním onemocněním je potřeba nezapomínat na širší sociální prostředí, které je pro něj důležité a má v něm svou roli a snažit se propojit ho se všemi oblastmi potřeb lidského života. Peč a Probstová poukazují na důležitost ucelené rehabilitace, která vychází z nizozemské školy STORM, která se zaměřuje na všechny úrovně fungování – jedinec, jeho okolí, společnost a snaží se je propojit. Samotné propojení všech oblastí a potřeb lidského života hraje významnou roli při rehabilitaci osob s duševním onemocněním. *„Na úrovni jedince se snaží porozumět zranitelnosti a s ní spjatými poruchami a postiženími, na úrovni klientova okolí a společnosti hledají možnosti a limity, se kterými se naši klienti setkávají.“* (Peč, O, Probstová, V. 2010. s. 110)

## 3 Pracovní terapie

V této kapitole se budu věnovat definici, vymezení, cílům a metodám pracovní terapie. V závěru této kapitoly vymezím důležitost pracovní terapie u lidí s duševním onemocněním.

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, pracovní rehabilitace představuje proces znovunabytí schopností. A právě pracovní terapie je nedílnou součástí tohoto procesu, přičemž se stává zásadním nástrojem pro zlepšení kvalit života osoby s duševním onemocněním. Vytváří prostor, ve kterém si klienti mohou nacvičit a zdokonalit dovednosti a schopnosti, jež jsou důležité nejen v rámci integrace do pracovního procesu, ale i běžného života.

### 3.1 Definice, vymezení pracovní terapie

Pracovní terapie - ergoterapie je prvním krokem, který by mohl pomoci člověku s duševním onemocněním najít ten správný směr.

*„Název je odvozen z řeckého slova **ergon** = práce a **therapia** = léčba.“* (Müller, 2007, s. 253)

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. se jedná o takovou činnost, která slouží k posílení *„kompetencí v oblasti pracovních dovedností a návyků provozovanou v sociálně – terapeutických dílnách.“*

Pracovní uplatnění zasahuje do široké oblasti sociálního fungování. Při práci se člověk učí nejenom nové věci, učí se také komunikovat s ostatními, být součástí kolektivu, dodržovat různá pravidla, řešit každodenní problémy, ale také očekává, že je za určitou pracovní činnost finančně ohodnocen. Dalo by se tedy říct, že mít placené zaměstnání je jakýmsi měřítkem toho, jak je jedinec ve společnosti úspěšným, zároveň ale také jak jedinec vnímá sebe samotného. Dle Vágnerové 2002 *„ztráta zaměstnání zhoršuje psychickou pohodu, někdy dokonce narušuje duševní zdraví, a stejně tak platí, že psychické potíže mohou být ve vztahu k profesi rizikovým faktorem. Duševně nemocný ztrácí práci snadněji.“* (Vágnerová, 2002, s. 175)

Ztráta placeného zaměstnání může tedy vést ke zhoršení nemoci a člověk s duševním onemocněním tak ztrácí naději na lepší budoucnost. Často se ocitne v začarovaném kruhu, ze kterého nevidí cestu ven.

*„Ergoterapie je založena na předpokladu, že smysluplná činnost (zaměstnání), zahrnující interpersonální vazby a vztahy prostředím, může být použita k prevenci a ovlivňování dysfunkce a k dosažení maximální adaptace. Činnosti používané ergoterapeuty obsahují, jak vlastní, tak terapeutický smysl.“ (Müller, 2007, s. 11)*

Jak již bylo zmíněno v úvodu, dle Matouška má pracovní terapie umožnit udržení nebo i zlepšení pracovního potenciálu rehabilitovaného člověka a jeho následný částečný nebo i úplný návrat do pracovního procesu. Zároveň má tato terapie *„spojovat individuálně cílené postupy se strategiemi zaměřenými na prostředí.“ (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 149)*

Tato pracovní příprava je provozována v různých zařízeních ambulantně, a to na klinikách, v nemocnicích nebo v ústavech sociální péče. Tuto terapii čím dál častěji přebírají nestátní neziskové organizace. (Matoušek, 2005)

## **3.2 Cíl pracovní terapie**

Celkovým cílem pracovní terapie je tedy zkvalitnění života člověka, tak, aby mohl žít smysluplný život a zachoval si nebo získal takové schopnosti a dovednosti, které vycházejí z jeho individuálních potřeb. Konkrétněji je pracovní terapie zaměřena na rozvoj takových schopností, dovedností a návyků, které by měly vést k rozvoji osobnosti a možnosti pracovního uplatnění. (Jesenský, 1995)

*„Člověk je aktivní bytost, která se vyvíjí pod vlivem činností, které vykonává. Jestliže je využita kapacita její vlastní motivace, lidská bytost je schopna prostřednictvím těchto činností ovlivňovat své fyzické a psychické zdraví a měnit sociální a fyzické prostředí, které ho obklopuje.“ (Müller, 2007, s. 11)*

## **3.3 Metody pracovní terapie**

Pracovní terapie jinak řečeno ergoterapie, je léčba pomocí pracovních činností a to tak, že pod vedením ergoterapeuta je člověk dle svých možností a schopností

v závislosti na onemocnění aktivizován. Tato terapie je vhodná jak pro lidi s duševním onemocněním, tak pro osoby tělesně či smyslově postižené. (Kubínková D., Křížová A., 1997)

Díky pracovní terapii je klient aktivizován pomocí léčebných a specifických postupů, s cílem obnovit nebo udržet stávající schopnosti a dovednosti, které mají vést k získání či udržení co největší míry samostatnosti daného jedince při běžném fungování ve společnosti. (Müller, 2007, s. 295)

Kromě metod spojených s pracovní činností hraje v rámci pracovní terapie významnou roli **zážitek**, který lze vnímat jako zdroj pro poznávání. „*Pojem zážitek označuje individuální část situačního obsahu, která je účastníkem „filtrována“.* Jedná se o výběrovou sdělitelnou část obsahu určité situace. Přičemž obsahem chápeme vše, co si z dané situace můžeme pamatovat. Jsme schopni to zasadit do kontextu své zkušenosti a vyjadřovat se o tom tak, abychom se dorozuměli i s ostatními.“ (Matějková E., 2018, s.)

Nedílnou součástí pracovní terapie je i zpětná vazba, tzv. **reflexe**. Díky ní si lépe uvědomujeme smysl prožívané zkušenosti a rozšiřujeme se její povědomí, dále rozvíjíme proces učení, schopnost naslouchání a empatického citění. Mimo jiné reflexe poukazuje na spojitosti, které by jinak mohly zůstat skryté. (Hanuš, Chytilová, 2009)

Existují různé techniky reflektivních metod, jejich volba by vždy měla odpovídat možnostem konkrétního člověka či skupiny lidí, se kterými pracujeme. Dle Michala Dubce mimo mluvené a psané reflexe, existuje i zpětná vazba pomocí škály. V rámci ní můžeme vyjádřit míru určitého jevu, přičemž se může jednat nejen o naše myšlenky, ale i pocity či postoje. Škála vychází z principu, kdy si sami určíme stupnici, prostřednictvím které budou zúčastnění odpovídat na zadanou otázku. Například může vzniknout škála pomoci zaujetí pozice v místnosti, kdy podle míry souhlasu si dotyčný stoupne blíže ke zdi/ k oknu a v případě nesouhlasu postoupí doprostřed místnost apod.

Jakýkoliv typ reflexe je vhodný doplnit o otázky typu: Co Vám chybělo? Co podle Vás fungovalo? Co byste doporučili změnit? Co chce doporučit ostatním? (Dubec, 2007)

Jednou z nejdůležitějších složek, na kterou se pracovní terapie zaměřuje je posilování a procvičování kognitivních schopností – tzv. **trénink kognitivních schopností**. Jelikož informanti výzkumného šetření mají zkušenosti s kognitivním tréninkem, popíší tuto metodu podrobněji.

*„Kognitivní funkce jsou všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují rozpoznávat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám prostředí. Patří sem paměť, koncentrace, pozornost, rychlost myšlení a porozumění informacím. Dále sem zahrnujeme vyšší kognitivní tzv. exekutivní funkce – schopnost řešit problémy, plánovat, organizovat, náhled a úsudek.“* (Kognitivní funkce, 2013)

*„Člověk si pomocí intelektuálních kognitivních schopností a jejich aktivity uvědomuje sám sebe i prostředí, v němž se nachází a vytváří si tak postupně hodnotovou orientaci, která mu pomáhá řešit problémy, do nichž se v průběhu života dostává – a tím i žít a přežít.“* (Křivohlavý, J., Preiss, M. 2009, s. 43)

Samotný trénink kognitivních funkcí je pro lidi s duševním onemocněním zásadní při jejich integraci zpět do společnosti, potažmo pracovního procesu. Prostřednictvím těchto funkcí totiž poznáváme svět, dále nám napomáhají v plánování našeho jednání či v interakci s ostatními lidmi. Jsou nápomocné při pochopení a vyložení situací, do kterých se v rámci sociální komunikace během života dostáváme. Výraznou roli zde hraje tzv. exekutivní složka, která je zodpovědná za naše rozhodování, řízení pozornosti, sebekontrolu a výkonnost. Konkrétně funguje jako pracovní paměť, díky které si ukládáme zásadní informace pro vykonání úkolu. (Klucká, J., Volfová, P., 2016)

Pokud to shrneme do jedné věty, tak kognitivní funkce se zabývají tím, co budeme dělat, zatímco exekutivní funkce stojí za tím, jestli konkrétní činnost vůbec naplánujeme a případně jakým způsobem ji provedeme a ukončíme. (Křivohlavý, J., Preiss, M., 2009)

Posilování exekutivních funkcí je v rámci pracovní terapie stěžejní, protože jejich narušení patří mezi typické obtíže duševně nemocných lidí. *„Mezi obvyklé projevy poruchy exekutivních funkcí patří potíže se zahájením jednání, vytvářením*



*plánů či snížená plynulost řeči. Je zhoršena schopnost náhledu na své chování, může být přítomna i agresivita, apatie atd.“ (Matějková, E., 2018)*

### **3.4 Pracovní terapie u osob s duševním onemocněním**

Pracovní terapie u osob s duševním onemocněním se zaměřuje na získání pracovních návyků, aby byl případně možný přechod klienta z chráněného prostředí do běžného pracovního procesu, nebo alespoň, tam kde přechod není možný, zajistit tvorbu pracovních návyků. Je důležité, aby si klient připadal užitečný. Pracovní terapie není chápána jako vyplnění času klienta, ale spíše jako práce, kde je důležité, aby si klient připadal užitečný. (Matoušek, 2005, s. 119)

Mezi činnosti, které jsou klientům nabízeny v dílnách, je možno najít například:

- nácvik základních pracovních a sociálních dovedností,
- trénink stanovené docházky,
- adaptace na pracovní kolektiv a učení se novým druhům práce,
- postupné zvyšování pracovní zátěže.

Tyto činnosti probíhají pomocí výběru z širokého programu rukodělné a výtvarné tvorby, ale také nácvikem praktických dovedností v rámci sebe obslužnosti, či praktickým nácvikem přípravy k pracovnímu začlenění. Pracovní terapií v dílnách je možno i posilovat sebevědomí a soběstačnost klientů. (Fokus Písek, 2021)

V rámci pracovní terapie lidé s duševním onemocněním navazují také nové sociální kontakty, což je u této cílové skupiny velmi důležité. Cítí se v homogenní skupině bezpečnější, nepocítují sociální izolaci a tím se snižuje i možné agresivní chování. (Matoušek, 2005)

## 4 Organizace Cedr Pardubice o.p.s.

V této kapitole bude konkrétněji popsána organizace Cedr Pardubice o. p. s., v jejíž sociálně terapeutické dílně v Pardubicích bylo prováděno výzkumné šetření a zjišťován hlavní cíl bakalářské práce.

### 4.1 Charakteristika organizace Cedr Pardubice o.p.s.

V organizaci CEDR Pardubice jsou poskytovány služby osobám se zkušeností s duševním onemocněním v Pardubicích již od roku 1994 a od roku 2010 i v Ústí nad Orlicí. Jednotlivé činnosti sociálně terapeutických dílen jsou sladěny v souladu se zákonem o sociálních službách a příslušnou vyhláškou<sup>1</sup>. Služba je poskytována osobám s duševním onemocněním. Organizace Cedr Pardubice se svým posláním snaží pomáhat osobám se zkušeností s duševním onemocněním ve zlepšení jejich životních podmínek dle jejich představ a to tak, aby si mohli zvolit prostředí, kde chtějí žít, žít tam spokojeně a dále vytvářet pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením. (Metodika organizace, 2017) Tato organizace má zaregistrované dvě sociální služby pro lidi s duševním onemocněním. Sociálně terapeutické dílny a Sociálně aktivizační služby. V rámci služby probíhá i trénink kognitivních dovedností. Sociální služby organizace Cedr Pardubice poskytuje zdarma a vždy s nimi uživatel musí souhlasit. Samozřejmostí je profesionální přístup pracovníků sociálně terapeutických dílen, kteří dodržují tyto principy:

*Individuální přístup* – pracovník jedná na základě přání a rozhodnutí uživatele, respektuje jedinečnost každého uživatele.

*Profesionální přístup k uživateli* – v rámci poskytované služby je spolupráce stavěna na základě partnerského přístupu a individuálního plánování formou psychosociální rehabilitace.

*Ochrana osobních údajů a důvěrnost informací* – při práci s uživatelem je zachovávaná mlčenlivost ve všech oblastech spolupráce, a to i v rámci kvalifikovaného souhlasu, pokud si to uživatel přeje a neohrožuje sebe nebo okolí na životě.

---

<sup>1</sup> vyhláška č. 505/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, která provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách

*Posilování silných stránek uživatele, hledání a využívání vlastních zdrojů* – pracovník spolupracuje s uživatelem na rozvoji jeho silných stránek a společně hledají zdroje v jeho okolí. Snaží se o aktivní začlenění uživatele do běžné společnosti a podporu jeho přirozené vztahové sítě. (Metodika organizace, 2017)

## **4.2 Charakteristika služby sociálně terapeutické dílny a její cíl**

Sociálně terapeutické dílny jsou charakterizovány zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., jako „*ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Služba obsahuje tyto základní činnosti:*

- 1) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- 2) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- 3) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
- 4) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.“*

Cílem sociálně terapeutických dílen je motivace a podpora uživatele při rozvoji pracovních schopností a sociálních dovedností tak, aby se mohl uplatnit v práci, či běžném životě, jako je např. práce ve skupině lidí, obnovení režimu dne, zlepšení komunikace, navazování sociálních kontaktů. (Metodika organizace, 2017, s. 7)

Účelem této služby je dlouhodobý nácvik zvládnání péče o sebe, rozvoj soběstačnosti a další činnosti vedoucí k sociálnímu začleňování uvedených osob. Základním cílem je tedy vybavit uživatele takovými kompetencemi (dovednostmi) v oblasti péče o vlastní osobu, které jim v budoucnu nejen umožní uplatnění v jejich samostatném životě, ale které jim mohou dopomoci také k pracovnímu uplatnění. Sociálně terapeutické dílny CEDR Pardubice disponují 23 rehabilitačními místy.

Sociálně terapeutická dílna je určena dospělým lidem se zkušeností s duševním onemocněním ve věku od 18 do 64 let.

Jednou z důležitých věcí, je motivace klienta, a také jeho zájem o pomoc a snaha o spolupráci. Meritem služby je vždy individuální spolupráce sociálního pracovníka s klientem založená na důvěrném a bezpečném vztahu a pravidelné docházení klienta do dílny dle jeho aktuálních možností, jelikož právě aktivity na dílnách jsou prostředek pro osvojení potřebných dovedností nutných pro nástup do zaměstnání.

Do sociálně terapeutické dílny dochází klienti, kteří chtějí pracovat a potřebují si ověřit pracovní či sociální návyky nebo mu chybí informace z pracovní oblasti. Dále služba sociálně terapeutické dílny pomáhá klientům, kteří potřebují řešit své zdravotní problémy, chtějí se věnovat rukodělným činnostem a nemají k tomu prostor, kde by se mohli naučit nové věci a rozvíjet své dovednosti. V neposlední řadě tato služba napomáhá pravidelnou činností udržet stabilní zdravotní stav. (Metodika organizace, 2017)

Kromě pracovní terapie probíhají v sociálně terapeutické dílně další terapie. Muzikoterapie, arteterapie, canisterapie, dramaterapie. V současné době se pracovníci této dílny začínají více věnovat samotné zooterapii. V průběhu terapie je využíván králík domácí.

### **4.3 Pracovní terapie v sociálně terapeutické dílně a její průběh**

Pracovní terapie je jednou z terapií, se kterou se můžeme v organizaci Cedr Pardubice a v jejich sociálně terapeutických dílnách potkat. Sociální služba je využívána osobami se zkušeností s duševním onemocněním, které v určitou chvíli nejsou z důvodu tohoto onemocnění umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce a chtějí tuto situaci změnit. V rámci pracovní terapie je s klienty spolupracováno na nejrůznějších cílech z oblasti práce. Velká část klientů vlivem onemocnění vnímá potřebu nově si osvojit nebo znovu získat ztracené kompetence vycházející z oblasti tzv. měkkých dovedností, které jsou pro uplatnění na trhu práce nepostradatelné.

Nejčastěji jde o cíle směřující k osvojení schopnosti komunikace, kooperace, výkonnosti, řešení konfliktů, osobní efektivita, strukturované myšlení a dalších. V první řadě stojí však vždy zvládnutí vstávání, docházení do místa dílen a pravidelné docházky.

Nabídka služeb je vhodně doplňována následujícími programy - Trénink kognitivních dovedností a Relaxace, které jsou do nabídky služby zařazeny na základě zjištěné potřeby a ověřené efektivitu.

Délka pracovní terapie je vymezována individuálně Smlouvou o poskytnutí služby, kde může být i blíže specifikováno využívání služby na určité dny v týdnu a na určitý počet hodin denně či týdně. S každým uživatelem je sestaven Individuální plán v rámci posláním a možností zaregistrované služby, ve kterém si uživatel zvolí cíl, kterého chce ve službě dosáhnout a postupy, které povedou k dosažení jeho cíle. Tento individuální plán je na základě individuálních schůzek průběžně vyhodnocován, či aktualizován. (Metodika organizace, 2017)

Jednotlivé aktivity sociálně terapeutických dílen probíhají v pracovních dnech od 8,00 – 15,30 hodin. Individuální schůzky s pracovníky probíhají mimo dobu pracovní terapie na dílně, po předchozí domluvě s výjimkou krizových situací.

Pracovní terapie probíhá ve skupině přímo na dílnách, kam tito lidé ambulantně dochází dle dohody. I když některé z činností jsou individuálního charakteru, většina činností probíhá ve skupině, kde se lidé znají, komunikují spolu, vzájemně si pomáhají a podporují se. Pracovní terapie probíhá v Pracovní a Tvořivé dílně s podporou sociálního pracovníka či pracovního terapeuta. Tito zaměstnanci mají odpovídající vzdělání, které požaduje Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a neustále se vzdělávají v rámci odborných kurzů.

Mezi činnostmi, které probíhají na dílnách, patří především:

- nácvik základních pracovních dovedností,
- trénink sociálních dovedností,
- trénink pravidelné docházky,
- adaptace na pracovní kolektiv,

- stabilizace zdravotního stavu,
- stabilizaci pracovního výkonu,
- učení se novým programům dílen,
- zvyšování pracovní zátěže – ověřování zvládnutí,
- posílení sociální kompetence, sebevědomí,
- zvýšení kvality práce.

Dále je součástí pracovní terapie program podpory zaměstnávání – jedná se o pravidelný program, jehož součástí jsou aktivity, zaměřené na trénink sociálních a pracovních dovedností s cílem rozvíjet u uživatele potenciál v oblasti práce a seberealizace.

Nedílnou součástí pracovní terapie v sociálně terapeutické dílně Cedr je i trénink kognitivních dovedností. Dle Matouška je „*pro mnohé klienty největší obtíž každodenní boj s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí, pozornosti, emocí.*“ (Matoušek. O. 2005, s. 148), což může vést až ke ztrátě pracovních schopností. Je tedy zřejmé, že Kognitivní poruchy patří mezi skryté problémy, ztěžují každodenní činnosti a samostatný život. Mohou negativně ovlivnit rodinu a vztahy s blízkými, mají vliv také na chování a prožívané emoce. Deficity kognitivních funkcí znemožňují také návrat do zaměstnání. (Metodika organizace, 2017, s. 35)

Program sociálně terapeutických dílen je tedy především zaměřen na rozvoj pracovních schopností a sociálních dovedností jednotlivých uživatelů služby s důrazem na uplatnění v práci či běžném životě.

Podpora uživatele probíhá v takových oblastech spolupráce, které si sám zvolí. Důležitým faktorem, jak zhodnotit, zda služba klientovi pomohla, jsou kritéria, která je možno sledovat. Mezi sledovaná kritéria patří:

**Podpora klienta v rozvoji pracovních schopností a sociálních dovedností, které směřují k uplatnění v zaměstnání či každodenním životě.**

Klient po určité době zvládne zadanou práci, odvádí ji kvalitněji, na práci se soustředí, neodbíhá od ní, dodržuje pracovní postup, je schopen si vytvořit systém v práci, spolupracuje s ostatními klienty a pracovním asistentem. Zná a dodržuje pravidla dílny, zvládá rozvržení času na práci, na přestávku, na úklid. Dále je klient

schopen po určité době přijít včas, všimnout si upozornění na nástěnce, kouřit na místě k tomu určeném a ve vhodnou dobu, omluvit se v případě pracovní neschopnosti, či požádat o volno.

Samotný rozdíl je znát po určité době v tom, že si klient umí nařídit budík, odhadnout, jak dlouho mu trvá cesta, poradit si v nepředané situaci během cest, používat telefon. Současně si umí naplánovat a strávit dovolenou, využít volný čas po práci, přijímat a zvládat kritiku, je schopen náhledu na svoji práci i na sebe samotného.

Mezi další pracovní schopnosti a sociální dovednosti, které se dají porovnat je například to, že klient je schopen stanovit si cíl a přijít s novými nápady, zvládnout nové programy dílny, dokáže zhodnotit jak sám sebe, tak i svou práci (klady i zápory). Zároveň umí odhadnout vlastní možnosti a schopnosti a dokáže danou situaci přizpůsobit zdravotnímu stavu. Umí spolupracovat s ostatními, nestrání se kolektivu, je jeho součástí a je více komunikativní. Klient je více motivován, přemýšlím o své budoucnosti např. v oblasti práce, má více sociálních kontaktů, dokáže využívat běžné veřejné zdroje k naplňování svých potřeb.

Důkazem je porovnání zápisu po dohodnutém časovém úseku, průběžné hodnocení individuálního plánu klienta, zápisy se schůzkami s klientem, docházka na jednotlivé programy sociálně terapeutické dílny.

### **Pravidelné činnosti v rámci pracovní terapie, které můžou pomoci klientovi stabilizovat či zlepšit zdravotní (psychický) stav.**

Klient nebyl v průběhu využívání služby hospitalizován nebo se četnost hospitalizací či nepřítomnosti z důvodu zhoršení psychického stavu snížila. Dále můžeme pozorovat to, že klient pravidelně dochází do dílny na jednotlivé programy, je schopen si navýšit docházku a v neposlední řadě umí zacházet s projevy své nemoci, tzn., rozezná míru zhoršení, zná příznaky své nemoci a zátěžové situace.

Důkazem jsou zápisy, krizové plány, dotazník – hodnocení služby (dotazník pro klienta).

### **Pomoc klientovi porozumět sám sobě, udržet a rozvíjet sociální dovednosti a komunikaci, především při komunikaci s druhými lidmi.**

V tomto případě je klient schopen komunikovat s ostatními klienty na dílně, umí po určité době hodnotit sám sebe i svoji práci a to jak klady, tak i zápory. Dále se umí přiměřeně prosadit, umí dodržovat stanovená pravidla dílen, dohody s pracovníky a ostatními partnery v komunikaci. Klient má náhled na své jednání a situaci a umí o daném problému hovořit, zvládá jasnou a otevřenou komunikaci.

Důkazem je porovnání zápisu po dohodnutém časovém úseku, průběžné hodnocení individuálního plánu, schůzky s uživatelem.

Naplňování cílů je vyhodnocováno dle měřitelných a konkrétních kritérií, které jsou obsahem ročního „Hodnocení naplňování cílů služby“. Kritéria jsou definována na základě potřeb klientů a následně potřeb organizace, vyplývajících z porad a supervizí. (Metodika organizace, 2017).

V průběhu využívání služby se s uživatelem pravidelně setkává sociální pracovník, který poskytuje podporu či pomáhá zprostředkovat další služby při řešení konkrétních problémů a hledá společně s uživatelem vhodné způsoby řešení (např. hledání zaměstnání, vhodného bydlení, řešení dluhové situace, řešení konfliktů, jak si udržet zaměstnání, jak zvládat domácnost, péči o sebe, jak navázat kontakt s rodinou, partnerský vztah).

Na systém sociálních služeb navazuje možnost zaměstnání v chráněných podmínkách v rámci organizace CEDR Pardubice, o. p. s. a spolupráce s ostatními neziskovými organizacemi.

### **4.3.1 Uživatelé pracovní terapie**

Službu pracovní terapie využívají klienti dle cílové skupiny organizace a to jsou dospělí lidé s duševním onemocněním od 18 do 64 let včetně.

Jelikož má tato služba vést k udržení si či znovunabytí převážně pracovních schopností a dovedností, mají uživatelé pracovní terapie také svá práva a povinnosti.



### **Práva klientů sociální služby:**

Klient má právo nahlížet do dokumentace, která je o něm ve službě vedena, má právo na to, že sdělené informace nebudou předávány další osobě bez jeho souhlasu. Dále si může stěžovat nebo podávat připomínky k vedení službu, právo na řešení stížností a připomínek dle vnitřního předpisu organizace, který vždy najde na nástěnce v prostorách služby, kde najde i postup, jak stížnost či připomínku podat. V dalších právech nejdeme právo na nediskriminační prostředí, právo na národnost, náboženské vyznání, sexuální orientaci, politickou příslušnost atd. Samozřejmostí je také právo na profesionální přístup všech pracovníků organizace k jeho osobě a právo na poskytování informací o dalších možnostech služby využitelných ve prospěch klienta. V neposlední řadě právo na využívání služby a možnosti s různých důvodů ji kdykoliv ukončit a právo na zprostředkování kontaktů s jinými organizacemi či institucemi.

### **Pravidla/ povinnosti klientů, kteří docházejí do dílny:**

Klient je povinen řídit se pokyny sociálního pracovníka či pracovního asistenta. Dále je povinen chovat se ohleduplně k ostatním uživatelům služby. Každý klient se snaží dodržovat docházku dle dohody o rehabilitaci, plánovanou nepřítomnost v dílně by měl oznámit předem, nejpozději však v den nepřítomnosti. Klient spolupracuje se svým pracovním asistentem na stanoveném programu dílny, který je součástí dohody o rehabilitaci a je také vyvěšen na nástěnce. Má nárok na odpočinek. Plánované volno si každý klient domlouvá nejpozději den předem. Každý klient by si měl evidovat docházku do dílny a jejím opuštění informovat pracovního asistenta. Udržování pořádku pracovního místa je nedílnou součástí povinností klienta. Další důležitou povinností je dodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví při činnosti na dílně. Na svačinu mají klienti vyhrazeno místo (místnost pro odpočinek) a čas. Kouření je povoleno pouze na místech k tomuto účelu určených. Každý z klientů má nárok na motivační odměnu – vlastní výrobek zdarma při splnění podmínek a pravidel stanovených v jednotlivých dílnách, která jsou vyvěšena v každé z dílen na nástěnce. (Metodika organizace, 2017)

Pokud klienti čemukoliv nerozumí, vždy se mohou obrátit na svého sociálního pracovníka či pracovního asistenta, který jim vše vysvětlí.

### 4.3.2 Techniky pracovní terapie

Cílem této kapitoly není konkrétně vypsát všechny techniky, které pracovní terapie nabízí, ale pro ukotvení je potřeba zmínit alespoň některé, aby bylo zřejmé, pomocí jakých technik se dají rozvíjet schopnosti a dovednosti člověka s duševním onemocněním, které pak může využít v běžném životě či začlenění do společnosti, což je hlavním cílem mé práce.

#### **Činnosti, které v rámci pracovní terapie sociálně terapeutická dílna nabízí:**

- drátkování, drhání, výroba bižuterie,
- háčkování, pletení, výroba tematických háčkovaných ozdob,
- práce s keramickou hlínou, ruční tvorba z hlíny, točení na hrnčířském kruhu,
- pletení z Pedigu – ozdoby, košíky,
- plstění ovčí vlny,
- ruční šití, strojové šití, – drobné hračky,
- výroba tematických dekorací (výrobky pro předsváteční prezentaci, PF atd.),
- malování na textil, batikování, savování,
- práce se dřevem – dřevořezba,
- výroba svíček, mýdel,
- malování na sklo, keramiku, ubrousková technika,
- vaření, zdravý životní styl, nakupování.

Pracovní program v sociálně terapeutické dílně (rukodělné činnosti) vytváří pracovní asistenti v součinnosti se sociálním pracovníkem. Programy dílen jsou 1 x ročně aktualizovány.

Pracovní asistenti sepisují s uživateli tzv. *pracovní plán*, ve kterém je uvedeno, jaké dovednosti si chce uživatel osvojit.

Pracovní program/ tvořivé činnosti slouží k upevňování pracovních návyků, rozvíjení schopnosti soustředění, trpělivosti, pečlivosti, představitosti, organizační schopnosti apod. a učí zlepšovat jemnou motoriku prstů, udržování pořádku, spolupráci s ostatními i komunikaci. (Metodika organizace, 2017)

## Shrnutí teoretické části

Tato práce se zabývá problematikou významu pracovní terapie u osob s dlouhodobým duševním onemocněním. Proto jsem se v první kapitole věnovala klasifikaci duševních nemocí a podrobněji popsala vybrané typy duševního onemocnění, které se vyskytovaly u informantů výzkumného šetření bakalářské práce. Dále jsem se zaměřila na jejich specifické potřeby a možné dopady duševního onemocnění v jednotlivých oblastech života těchto osob.

Ve druhé kapitole jsem se věnovala psychiatrické rehabilitaci, ze které vychází pracovní terapie pro lidi s duševním onemocněním. Pro kontext této práce je to důležité, protože pracovní terapie je součástí ucelené psychiatrické rehabilitace. Krátce jsem popsala historii psychiatrické rehabilitace, její principy a proces.

V následující kapitole jsem se věnovala pracovní terapii, jejímu vymezení, cílům, metodám. V kontextu této práce bylo nutné v poslední kapitole popsat důležitost pracovní terapie u lidí s duševním onemocněním, jež jsou informanty výzkumného šetření.

Stěžejní roli v mé bakalářské práci představuje organizace Cedr Pardubice. Proto jsem věnovala jednu kapitolu popisu samotné organizaci, ve které probíhalo výzkumné šetření, dále byla popsána služba sociálně terapeutické dílny z pohledu zákona o sociálních službách. Byla zde vysvětlena pracovní terapie v sociálně terapeutické dílně a její průběh a popsání uživatelé služby, což jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním, kteří jsou cílovou skupinou organizace, jejich práva a povinnosti. V závěru kapitoly byly vysvětleny metody a techniky pracovní terapie v organizaci.

Všechny tyto kapitoly zastřešuje samotná sociální práce, protože právě v rámci ní uskutečňujeme a napomáháme procesu integrace lidí s duševním onemocněním zpět do společnosti.

Výše uvedené kapitoly a podkapitoly představují důležitý odrazový můstek pro samotnou realizaci praktické části – prováděného výzkumu. Zmíněné informace nám napomůžou k pochopení a lepší orientaci v mnou vytvořeném dotazníku.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 Metodické ukotvení výzkumných aktivit

Cílem mé práce je zjistit, jak ovlivňuje pracovní terapie proces začleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti. V této kapitole tedy uvedu konkrétní hodnoty, jež pracovní terapie přináší lidem s duševním onemocněním. Dále zdůvodním výběr kvalitativní výzkumné strategie, techniky polostrukturovaného rozhovoru a interpretuji získané údaje. V závěru práce shrnu teoretická východiska a zodpovím hlavní cíl textu.

### 5.1 Formulace výzkumných cílů

Z hlavního cíle práce se odvíjí výzkumný cíl. Získané informace mohou posloužit pracovníkům organizace při plánování činností na jednotlivých sociálně terapeutických dílnách, které by mohly pomoci při začleňování těchto osob do společnosti a zároveň je může vést k přemýšlení, zda si klienti nevytvářejí na službě závislost.

**Hlavní cíl:** *Popsat význam pracovní terapie v sociálně terapeutické dílně pro osoby s duševním onemocněním a objasnit, jaký vliv má na vybrané oblasti klientova života při začleňování do společnosti.*

Hlavní cíl (HC) je dále rozdělen do tří dílčích cílů (DC).

**DC1:** *Zjistit, jaký význam pracovní terapie vnímá klient v oblasti práce.*

Tímto dílčím výzkumným cílem se pokusím zjistit, zda a jaký má pracovní terapie vliv na režim dne klienta, dále bude zaměřena na pracovní výkon, tempo, náročnost činností, vnímání kolektivu a zda si klient získal či obnovil nějaké pracovní dovednosti, a jak je dokáže využít v běžném životě.

**DC2:** *Zjistit, jaký význam pracovní terapie vnímá klient v oblasti sociálních vztahů.*

Tímto se pokusím nalézt odpověď na to, zda a jaký má podle klienta pracovní terapie vliv na vztahy v jeho okolí, na vnímání sebe samotného a dále na oblast komunikace.

**DC3:** *Zjistit, jak uživatelé hodnotí možnost uplatňování svých práv v sociálně terapeutické dílně.*

Tento dílčí výzkumný cíl mi pomůže shrnout náhled klientů na práci asistentů, na možnou pomoc v rámci organizace a na možnost projevit svou vůli při uplatňování svých potřeb a názorů, které jsou ve společnosti neméně důležité.

## **5.2 Volba výzkumné strategie**

Jako vhodnou výzkumnou strategii pro mé šetření jsem vyhodnotila kvalitativní dotazování.

Pro kvalitativní výzkumnou strategii je typické, že se primárně zaměřujeme na to, jak jednotlivci či skupiny chápou, hodnotí a vysvětlují svět kolem sebe. Osoba provádějící výzkum se tedy snaží přijmout perspektivu dané osoby a k dané věci přistupovat v jejím sociálním kontextu. „*V kvalitativním výzkumu jde především o interpretaci problému pohledem samotných aktérů. Jejich interpretace je následně analyzována a interpretována, tzn., že je převáděna do jazyka teorie, do jazyka odborného, do podoby pracovních hypotéz, resp. výroků o nějaké zjištěné skutečnosti.*“ (Trousil M., Jašíková V., 2015, s. 120)

Pro kvalitativní výzkum je tedy typické, že je velmi intenzivní co do sběru a množství dat, v nichž se výzkumník pokouší najít nějaké souvislosti či vztahy, zkoumá hloubku jednotlivých jevů a velmi důležité je pochopení všech souvislostí. (Disman, 2011)

Podle Hendla je kvalitativní výzkumná strategie velkou výhodou, protože lze informanta pozorovat a zkoumat v přirozeném prostředí a případně se doptávat, či ujasňovat si nejasnosti, které mohou nastat. (Hendl, 2005) Zároveň tím, že informant nemá k dispozici předpřipravené odpovědi jako například u dotazníku, jeho odpovědi mají velice subjektivní charakter a mohou přinést cenný neovlivněný názor samotného jedince, což je u osob se zkušeností s duševním onemocněním velmi cenné. Díky skupině uživatelů, kteří souhlasili s účastí na výzkumu vzhledem k jejich onemocnění a jisté zranitelnosti, jsem si připravené otázky nejprve nechala odsouhlasit vedoucí pracovníci poskytovatele sociálních služeb.

### 5.3 Technika sběru informací

Individuální polostrukturovaný rozhovor byl mou prací nejvhodnější technikou, protože dle Reichela vodně kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody. (Reichel, 2009) Díky této technice budu moci lépe zmapovat dovednosti uživatele služby a vyhledat a upřesnit potřeby uživatelů. Kromě samotného obsahu informací, které mi budou informanty sdělovány, mohu sledovat i jejich názory a postoje k samotnému výzkumu. (Hendl, 2008) Zároveň jako tazatel mohu reflektovat potřeby informanta, které mohou ovlivnit samotný rozhovor. Empatie, citlivost a další vlastnosti tazatele jsou podle Hendla důležité vlastnosti, které převážně v počátku samotného rozhovoru dokáží překonat počáteční ostych informanta. (Hendl, 2008)

Jelikož jsem v této organizaci vykonávala praxi, většinu informantů jsem již znala a oni znali mě, tak jsme měli již navázaný nějaký vztah. Nemusela jsem tedy použít metody nestandardizovaného zúčastněného pozorování, kterou popisuje Švaříček (2007, s. 143) jako „*dlouhodobé systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces.*“

### 5.4 Soubor informantů

Profil informantů vycházel z cílové skupiny organizace, což jsou lidé s duševním onemocněním, uživatelé psychiatrické rehabilitace s diagnózou psychóza schizofrenního okruhu. Jde o klienty 18 – 64 let, kteří využívají službu více jak půl roku. Tato skupina uživatelů je charakteristická tím, že má velmi často problémy se zvládnutím sociálního fungování. Konkrétně to bývá ztráta komunikativních dovedností, omezení aktivity, úzkost, obavy až paranoia, depresivní stavy, postupná ztráta intelektu, narušení kognitivních funkcí.

Pro výzkum byla zvolena technika záměrného výběru, a to hlavně z důvodu cílové skupiny informantů. Vybírala jsem informanty, u kterých bylo zřejmé, že otázky, které jim budu klást, pochopí a budu tak moci zjistit jejich pohled na danou problematiku. „*Vybírají se ty jednotky, o nichž se lze domnívat, že ve svém souhrnu nejlépe umožní provést zkoumání.*“ (Trousil a Jašíková, 2015, str. 80)

Neprospěchem u této techniky může být také podle stejných autorů „subjektivní volba osob z dané kategorie jedinců. Tazatel může nevědomky upřednostňovat určitý typ respondentů.“ (Trousil a Jašíková, 2015, str. 80)

**Tabulka 1 - seznam informantů výzkumného šetření**

Uživatel služby	Pohlaví	Věk	Délka využívání služby
Uživatel 1	Muž	40	11 let
Uživatel 2	Muž	38	9 let
Uživatel 3	Muž	25	3 roky
Uživatel 4	Muž	19	0,5 roku
Uživatel 5	Muž	52	1 rok
Uživatel 6	Muž	44	5 let
Uživatel 7	Muž	29	7 let
Uživatelka 8	Žena	33	7 let
Uživatelka 9	Žena	25	2 roky
Uživatelka 10	Žena	64	2 roky

Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky je patrné, že ve výzkumném souboru informantů převažovali muži. Dále zde najdeme věk informantů a délku využívání sociální služby.

## **5.5 Popis výzkumného prostředí a jeho organizace**

Výběr informantů jsem provedla oslovením uživatelů v obecně prospěšné organizaci Cedr Pardubice, což je nezisková organizace, která poskytuje služby lidem s duševním onemocněním od roku 1994 v listopadu 2020. Samotnou organizaci, kde probíhal výzkum, jsem popisovala v předchozí kapitole.

Dále proběhla transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.

Tabulka 2 - Transformace výzkumných otázek do tazatelských otázek

<b>Hlavní cíl (HC)</b>	
<i>Jakým způsobem ovlivňuje pracovní terapie v sociálně terapeutické dílně klienty ve vybraných životních a osobních doménách z jejich pohledu?</i>	
<b>Dílčí cíle (DC)</b>	<b>Tazatelské otázky (TO)</b>
<b>DC1:</b>  <i>Zjistit, jaký význam pracovní terapie vnímá klient v oblasti práce.</i>	<b>TO1:</b> Vzpomínáte si, proč jste přišli do organizace a co jste očekávali, že se v Cedru bude dít?
	<b>TO2:</b> Jak jste spokojen/a s pracovním programem v dílně?
	<b>TO3:</b> Jaký vliv má docházení do sociálně terapeutické dílny na režim Vašeho dne?
	<b>TO4:</b> Jak se změnil Váš pracovní výkon v průběhu docházení na pracovní terapii?
	<b>TO5:</b> Jak vidíte v současné chvíli Vaši schopnost pracovat a chodit do zaměstnání?
	<b>TO6:</b> Co Vám přinesla práce v kolektivu dílny?
	<b>TO7:</b> Jaké pracovní problémy jste se naučil/a lépe zvládat díky docházení na pracovní terapii?
	<b>TO8:</b> Které pracovní dovednosti, jste během využívání služby sociálně terapeutické dílny získal/a či si obnovil/a a dokážete je využít v běžném životě?
	<b>TO9:</b> Jakým způsobem si myslíte, že vás tato služba může posunout na vyšší úroveň v oblasti práce?
<b>DC2:</b>  <i>Zjistit jaký význam pracovní terapie vnímá klient v oblasti sociálních vztahů.</i>	<b>TO10:</b> Jaký vliv má pracovní terapie vliv na vztahy ve Vašem okolí?
	<b>TO11:</b> Které sociální dovednosti jste si během služby osvojil/a či získal/a?
	<b>TO12:</b> Jaký vliv má pracovní terapie na Vaši schopnost komunikace?
	<b>TO13:</b> Jak změnila pracovní terapie vnímání sebe samého/samou?



	<b>TO14:</b> Jsou služby sociálně terapeutické dílny Vaší jedinou aktivitou? Pokud ne, jaké další služby využíváte?
	<b>TO15:</b> V čem Vám pomáhá přítomnost dalších klientů či pracovníků?
	<b>TO16:</b> Jak vnímáte přítomnost dalších klientů při různých činnostech?
	<b>TO17:</b> Jste připraven poznat jiné prostředí? Pokud Ano, jaké schopnosti či dovednosti dokážete použít v rámci přirozeného prostředí nyní?
<b>DC 3:</b>  <i>Zjistit, jak klienti hodnotí možnost uplatňování svých práv v sociálně terapeutické dílně</i>	<b>TO18:</b> Jak vnímáte Váš vztah se svým sociálním pracovníkem?
	<b>TO 19:</b> Jak vnímáte Váš vztah se svým pracovním asistentem?
	<b>TO20:</b> Můžete si vybrat jiného asistenta či sociálního pracovníka, pokud to uděláte, proč?
	<b>TO21:</b> Pokud byste byli nespokojeni s kvalitou nebo způsobem poskytované služby, kam/ na koho se můžete obrátit?
	<b>TO22:</b> Kdybyste mohl/a v Cedru něco změnit, co by to bylo?

Zdroj: vlastní zpracování

Samotný výzkum jsem prováděla v průběhu ledna v roce 2021 ve vybrané organizaci, která dlouhodobě poskytuje sociální služby lidem se zkušeností s duševním onemocněním v Pardubicích. Tazatelské otázky, které byly použity při samotném rozhovoru lze nalézt v transformační tabulce. „V typickém případě kvalitativní výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu. Z tohoto důvodu se někdy kvalitativní výzkum považuje za emergentní nebo pružný typ výzkumu.“ (Hendl, 2005, s. 50)

Díky cílové skupině jsem zvolila časové rozpětí rozhovoru do 45 minut s tím, že informant mohl rozhovor kdykoliv sám ukončit. Otázky jsem měla připravené

v krátkých větách a dle potřeby je dovysvětlila. Reflexe byla nedílnou součástí rozhovoru, abych se ujistila, že informant otázce rozuměl. Jednotliví informanti byli dopředu seznámeni s důvodem výzkumu, byli informováni o tom, že výzkum je anonymní, že bude rozhovor nahráván pro potřeby následujícího přepisu a poté smazán. Před započítím rozhovoru jim byl předložen k podpisu informovaný souhlas se samotným rozhovorem nebo měli možnost odmítnout se tohoto výzkumu účastnit.

Po provedeném předvýzkumu se dvěma informanty v lednu 2021 proběhlo zpracování a analýza získaných informací. Následně došlo k mírné úpravě otázek. Během měsíce ledna a února 2021 proběhlo celkem 10 rozhovorů. Na konci rozhovoru kromě rozloučení jsem jednotlivé informanty znovu ubezpečila, že nikde ve výzkumu nebude použito jejich jméno ani nic, co by je mohlo se samotným výzkumem spojovat. Informovaný souhlas lze nalézt v příloze práce (příloha B).

## 5.6 Analýza dat

Pro potřeby podrobné analýzy dat byla provedena doslovná transkripce rozhovorů, ze záznamového zařízení do textové podoby, podoba jazyka byla zanechána v původní verzi, tedy v hovorové češtině. Dle Hendla se jedná o „*proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuze do písemné podoby.*“ (Hendl, 2005, s. 208) a následně „*rozdělení dat do analytických jednotek.*“ (Hendl, 2005, s. 228) Na ukázkou uvádím v příloze této práce jeden doslovný přepis rozhovoru (viz Příloha B). Ostatní doslovné rozhovory budou uloženy v mém osobním archívu.

Dále byla zvolena technika otevřeného kódování, které dle Reichla (2009, s. 167) slouží k odhalování a členění témat a následné kategorizaci. Výstupy zjištěné v rozhovorech s informanty byly označeny kódy a následně dle charakteristik kódu uspořádány do specificky vytvořených kategorií. Cílem analýzy dle Hendla „*je redukce, organizace a sumarizace informací s cílem dát výsledkům význam.*“ (Hendl, 2017, str. 215)

## 5.7 Rizika výzkumu a jeho etika

Jedním rizikem tohoto výzkumu může být moje zkušenost z praxí v rámci organizace, a tudíž znalost problematiky, což může být spojeno s tím, že bych mohla

předpokládat určité výsledky samotného výzkumu. Velmi důležité je toto riziko reflektovat a eliminovat. „*Výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.*“ (Hendl, 2005, s. 52)

U kvalitativního výzkumu je nutno poukázat i na nevýhody, díky kterým – nízké reliabilitě a vysoké validitě kvalitativního výzkumu nebude moci výsledek zobecnit a bude platný pouze pro organizaci, ve které výzkum probíhal. (Disman, 2007)

Mezi další nevýhody kvalitativního výzkumu Hendl uvádí to, že „*je těžké provádět kvantitativní predikce a analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy.*“ (Hendl, 2005, s. 52)

Z hlediska etiky je nezbytné, aby informanti souhlasili s uskutečněním rozhovoru a jeho případným záznamem. Může se jednat o písemný nebo ústní souhlas. Podstatné je, že informovaný souhlas je formou naplnění etických principů. Informanti by měli být seznámeni s průběhem výzkumu, jeho cíli, ale i s tím, jak se se získanými informacemi dále naloží a že poskytnuté informace nebudou použity proti nim. Z toho důvodu bychom měli plně zajistit anonymitu informanta (pokud nesouhlasí se zveřejněním) a získané informace prezentovat tak, aniž by mohla vzniknout jakákoliv spojitost s konkrétní osobou.

Je důležité dotyčného informovat o tom, že nemusí odpovídat, pokud by mu konkrétní otázka činila potíže či byla jakkoliv nepříjemná. S čímž souvisí i fakt, že by výzkum neměl narušovat soukromí informanta víc, než je nutné. Výzkumník musí zabránit ať už fyzické, psychické či právní újmě. Proto je důležité klást opatrně především citlivé otázky. Zároveň je nutné zachovat určitou dynamiku rozhovoru a rovnováhu mezi právy informantů a naší snahou dosáhnout výzkumného poznání. Dotazovaného bychom naším vystupováním neměli nikterak ovlivňovat. (Bitrich, Tomáš, 2002)

## 6 Interpretace získaných informací

Tato kapitola se zabývá interpretacemi informací získaných z odpovědí informantů na otázky, které mají za úkol zjistit, jakým způsobem samotné informanty ovlivňuje pracovní terapie v sociálně terapeutické dílně ve vybraných životních a osobních situacích a jejich analýzou.

Tři podkapitoly se věnují jednotlivým dílčím cílům, ke kterým jsou stanovené otázky do rozhovoru.

Interpretaci jednotlivých odpovědí vždy shrnu pod daným dílčím cílem. Jednotlivé interpretace jsou doplněné o doslovnou citaci informanta, kterou uvádím kurzívou v uvozovkách. Informanti jsou dále označeni čísly podle toho, v jakém pořadí absolvovali rozhovor. První informant je označen I1, druhý I2 atd. dle posloupnosti číselné řady.

### 6.1 Interpretace vztahující se k prvnímu dílčímu výzkumnému cíli

Tímto dílčím výzkumným cílem jsem zjišťovala, zda a jaký má pracovní terapie vliv na režim dne klienta, dále jsem se zaměřila na pracovní výkon, tempo, náročnost činností, vnímání kolektivu a zda si klient získal či obnovil nějaké pracovní dovednosti, a jak je dokáže využít v běžném životě.

**DC1:** *Zjistit, jaký význam pracovní terapie vnímá klient v oblasti práce.*

Na základě získaných informací na otázku, proč informanti vyhledali službu sociálně terapeutické dílny a co očekávali, že se bude v organizaci dít, se všichni shodli na tom, že se „něco změní“, budou někam docházet a nebudou sami doma, poznají nové lidi, život bude více o pravidelnosti. Jako přidanou hodnotu vnímali, že se mohou něco naučit. I10: *„Byla jsem zvědavá, co tady najdu, protože jsem takové organizace neznala a zároveň jsem si říkala, že se tady alespoň něco naučím a nebudu pořád sama. Bydlím na ubytovně a nikoho tam neznám. Dříve jsem byla na ulici a tam jsem měla aspoň nějaké kamarády, ti už ale odešli a tady jsem sama. Nemám ani rodinu, jsem z dětského domova, takže když nic jiného, nebudu pořád sama a budu si mít s kým popovídat a*

*prostě se něco změní.*“ Nikdo z klientů nevyhledal službu sám, buď byli posláni úřadem práce, nebo přišli na doporučení rodiny či ošetřujícího psychiatra.

Dále se všichni dotazovaní shodli na tom, že docházení do sociálně terapeutické dílny je pro ně přínosné především v tom, že mají nastavený pravidelný režim. I7: *„Vnímám to jako změnu, že někam chodím, že jsem třeba někde jinde než pořád doma, do Cedru chodím 2x v týdnu a v ty dny vím, co se bude dít a i když mám něco třeba pomoci doma na zahradě, tak musím přemýšlet, abych si to dobře naplánoval. Takže dobrý.“* Jedná se o paralelu s docházením do zaměstnání. Udržují si schopnost ráno brzy vstát, aniž by museli. S tím souvisí i organizace zbylého denního režimu, kdy mnozí uvedli, že se snaží chodit i ve stejný čas spát. Samotné docházení do sociálně terapeutické dílny pro většinu dotazovaných představuje smysluplnou výplň jejich volného času.

Ohledně spokojenosti s pracovním programem v dílně se odpovědi informantů liší především v závislosti na jejich druhu onemocnění. Důležitým atributem spokojenosti je pak samotný fakt, že pokud zúčastnění nejsou dostatečně seznámeni s náplní programu, u mnohých to může vyvolat pocit nepochopení tématu a následné vyvolání úzkosti a nervozity. I10: *„Když programu rozumím, tak jsem s ním spokojená, když mu nerozumím, jsem z toho nervózní. Já toho moc neumím, takže ráda zkouším všechny možné činnosti, které program nabízí.“*

Z hlediska genderového rozdělení, především ženy vnímají obsah programů kladně a považují ho za jistý druh odpočinku v protikladu s činnostmi, které musí ve své domácnosti zpravidla vykonávat. S tím souvisí podněty a případné změny ohledně náplně dílny. Mnohé by uvítaly i možnost výletů mimo organizaci Cedr a to nejen za účelem relaxace, ale především pro rozšíření si svých znalostí o blízkém okolí. I10: *„Líbilo by se mi třeba víc poznat Pardubice, nejsem odsud a moc se tu nevyznám a nemám se koho zeptat. Takže kdybychom mohli zapojovat nějaké činnosti třeba i venku, líbilo by se mi to.“*

Velmi důležité podněty přinesly odpovědi, jež se dotýkají kurzu vaření či obsluhy PC, přičemž klienti sami uvedli, že získané dovednosti nejsou schopni samostatně aplikovat ve své domácnosti, a to především na základě odlišností jednotlivých spotřebičů a techniky. I1: *„Když jsem se učil na počítači, tak jsem měl*

*radost, ale doma jsem ho pak neuměl ani pustit, mám ho doma jiný než v Cedru, takže jsem byl smutný.“*

V rámci dotazování se na změnu pracovního výkonu v průběhu docházení na pracovní terapie se odpovědi dělí na dva tábory. Někteří dotazovaní nepociťují žádnou změnu, jež by posílila jejich pracovní nasazení, vnímají pouze to, že někam dojdou a nesedí jen doma. I10: *„V tomhle změnu nějak nepociťuji. Já jsem do práce za život moc nechodila, dokonce jsem byla ve vězení kvůli tomu, že jsem nechtěla pracovat.“* Druhá skupina si uvědomuje, že jejich účast na terapii má podpůrný vliv v oblasti samostatného jednání, což souvisí s jejich rychlostí reagovat, zvládat víc věcí najednou a připravovat se na zaměstnání. Tito klienti jsou připraveni vyzkoušet si naučené dovednosti na nácvikových místech, kterých je ale v organizaci omezený počet s omezenou nabídkou pracovních činností. I4: *„No, že by mě mohla dokázat připravit na případné zaměstnání, až bych chtěl jít a vybral si ho, ale tady se dá vyzkoušet myslím jen úklid nebo šití nebo nějaká kompletace, já jsem vyučený pekař, tak by se mi líbilo, kdybych si mohl zkusit přímo někde pekařinu, ale ne tak brzo ráno a ne sám, to asi ale nejde.“* Nikdo z informantů se nyní nechce vrátit do zaměstnání. Je to i z důvodu nedostatku chráněných pracovních míst a na otevřený trh práce si klienti netroufnou, protože mají obavu z neznámého prostředí nedostatku podpory od zaměstnavatele a nemalou obavu hraje také ztráta invalidního důchodu.

## **6.2 Interpretace vztahující se k druhému dílčímu výzkumnému cíli**

Tímto dílčím cílem jsem se pokoušela nalézt odpověď na to, zda a jaký má podle klienta pracovní terapie vliv na vztahy v jeho okolí, na vnímání sebe samotného a dále na oblast komunikace.

**DC2:** *Zjistit jaký význam pracovní terapie vnímá klient v oblasti sociálních vztahů.*

V otázce vlivu pracovní terapie na vztahy ve svém okolí se větší polovina informantů shodla na tom, že žádný rozdíl nevnímá, tráví čas většinou doma, nikam nechodí, komunikují pouze s rodinou, kde žádný vliv nevnímají také. Informant I4: uvádí že, *„No mamka si všimla, že se tolik nevzteám, když mi něco nejde a nesedím*

pořád u PC. “ Důležité pro informanta I10: je to „*Že se méně bojím lidí, já kromě Cedru nikoho nemám, jsem sama.*“

Na rozdíl od vztahů schopnost lepší komunikace uvádějí všichni informanti, a to jak s lidmi, které znají, tak s cizími lidmi. I1: „*V Cedru víc komunikuju, tam se mně lidi nesmějou, že mi nerozumí. Jinak se s cizími lidmi nebavím, maximálně se občas zeptám, kolik je hodin nebo jestli nemá člověk cigaretu, a to jsem dělal i předtím. A vlastně na výletě si už sám objednáám oběd či kávu, kterou mám rád, takže i s cizími lidmi se komunikace zlepšila.*“

Otázka vztahující se k osvojeným či získaným sociálním dovednostem byla pro samotné informanty velmi těžká a dlouho nad ní přemýšleli. Většina informantů uvádí, že vnímá opět zlepšení v oblasti komunikace. Na otázku, jaký vliv má pracovní terapie na její schopnost komunikace uvádí I9: „*Určitě dobrý, jak jsem říkala, dnes už dokážu mluvit s lidmi a na něco se zeptat, když potřebuju, také už dokážu jít sama na úřad práce, kde se dokážu bavit s pracovníci úřadu práce.*“ Jedna informantka mi na tuto otázku odmítla odpovědět. V rámci dobrovolnosti jsem respektovala její rozhodnutí.

Zajímavé byly odpovědi v náhledu na sebe samého/samou, kdy všichni informanti uvedli, že nad tímto tématem zatím moc nepřemýšleli ale tím, že někam pravidelně dochází, kde jim je dobře a mají si tam, s kým popovídat se cítí dobře a jsou klidnější. I1: „*Nevím, asi, že pravidelně někam chodím, kde mi je dobře a mám si tam s kým povídat, co docházím do Cedru, neměl jsem ataku nemoci, a proto jsem klidnější.*“ Toto souvisí i s tím, že většina informantů žije sama nebo se staršími rodiči a služby sociálně terapeutické dílny jsou jejich jedinou aktivitou.

Přítomnost dalších klientů či pracovníků hodnotí opět všichni kladně, kde nejvíce vyzdvihují opět to, že si mají s kým popovídat a nejsou doma samy. Pro jednoho informanta je přítomnost ostatních spojená nejen s komunikací, ale i důvěrou, díky které se cítí jistější i sám. I5: „*Komunikace, důvěra k ostatním a vnímaná důvěra od ostatních jak od pracovníků, tak klientů. Díky tomu se můžu cítit jistější ve svých krocích.*“

Většina informantů není připravena opustit známé prostředí, kde se cítí dobře a jít poznat prostředí jiné pro ně neznámé, pokud se to netýká společných akcí či výletů pořádaných samotnou organizací, případně úřadů. I9: „*To nevím, asi ne.*“ Ale už

*chodím sama nakupovat a dokáži se na něco někoho zeptat, to že už taky chodím sama na úřad práce a nemusí mě doprovázet pracovník.“ Pouze jeden informant udává, že I5: „Ano jsem – mám schopnost poměrně rychle se adaptovat na nové prostředí a na nové kontakty s lidmi, dokážu dojet kamkoliv, řídím auto, nevdá mi jezdit ani autobusem.“*

### **6.3 Interpretace vztahující se k třetímu dílčímu výzkumnému cíli**

Tento dílčí cíl mi pomohl shrnout náhled informantů na práci asistentů, na možnou pomoc v rámci organizace a na možnost projevit svou vůli při uplatňování svých potřeb a názorů, které jsou ve společnosti neméně důležité.

**DC3:** *Zjistit, jak uživatelé hodnotí možnost uplatňování svých práv v sociálně terapeutické dílně.*

Velice důležitý je fakt, že všichni informanti se shodují v tom, že jsou spokojeni se svými sociálními pracovníky v rámci jejich vzájemné spolupráce. Tento vztah vnímají především jako určitý druh podpory, zvláště v souvislosti s řešením problémů. Sociální pracovníky mnozí vnímají jako své kamarády, kterým se mohou svěřit, pokud je něco trápí a neví si rady. Jeden z dotazovaných řekl: I1: *„V pracovnících Cedru cítím velkou podporu a to mi pomáhá být v pohodě.“*

Někteří klienti vyzdvihli skutečnost, že jim tato spolupráce ulehčuje přijetí sama sebe a svých handicapů. Dotazovaný uvádí: I6: *„Na výletech s námi hrají různé hry, nestydí se za to, že jsou s námi. Mně osobně to moc pomáhá, neměl jsem s tím dobré zkušenosti.“*

S tím také souvisí přijetí negativních projevů dané nemoci, kdy právě sociální pracovníci působí jako prostředníci mezi dotyčnou osobou s duševním onemocněním a okolím. Konkrétní příklad uvedl další informant: I4: *„Ano jsem spokojený se všemi pracovníky tady, cítím se tady fakt, jako kdyby to byli kamarádi, nikdo na mě nekouká divně, když se rozčílím a něčím třísknu o zem, pracovníci to vědí a ostatní klienty na to upozornili, že se to může stát.“*

Ohledně možnosti změny asistenta či sociálního pracovníka se všichni dotazovaní shodli, že o této možnosti ví, ale jsou spokojeni, tudíž žádná změna není



nutná. Jedním z možných argumentů, kdyby byla náhrada nutná, je nesoulad v rámci osobnostního hlediska. Informant uvádí toto: I3: *„Pokud bych si o stávajícím sociálním pracovníkovi myslel, že se jako dva lidé mjíme, že si od počátku nerozumíme (třeba jaké jsou moje potřeby, co chci), že bych od začátku věděl, že ta komunikace drhne nebo, že je problematická, k ničemu dál nevede. Potom bych o změně uvažoval.“*

Otázka zaměřená na možnou nespokojenost s kvalitou nebo způsobem poskytované služby a následný postup řešení, rozdělila informanty na dvě skupiny. Jedna polovina bezpečně znala postup při podávání stížností, věděla jak a u koho si stěžovat a kde se nachází schránka důvěry, druhá polovina neměla tušení, reagovala, jak kdyby tuto informaci slyšela poprvé. Posléze po doplnění otázky i druhá polovina informantů odpověděla, že by se obrátila I9: *„na sociálního pracovníka“*, nevěděla ale, kde se nachází schránka důvěry.

Velmi důležité podněty přinesly odpovědi na poslední otázku, jež se týkala možnosti změny, kterou by mohli klienti udělat a kterou ovlivnila pandemická situace. Většina klientů by ráda i za běžné situace fungování služeb využívala individuální schůzky v místě bydliště nebo v přirozeném prostředí mimo samotnou organizaci, která za normálních okolností není možná z důvodu nabídky služeb organizace. I10: *„Možná, kdyby se dalo dělat víc věcí třeba u mě doma, hlavně co se vaření týče nebo praní, byla bych ráda.“*

Jak bylo zmíněno, hlavní podněty směřovaly především k možnosti podpory, jež by se mohla realizovat přímo v domácnosti informantů. Jedná se o otázky v oblasti běžného provozu domácnosti přes vaření, přestavění pokoje, práci na počítači až po praní. Díky tomu, také vzniká prostor, kdy klienti mohou sociální pracovníky seznámit se svým domácím prostředím, což mnohé těší.

V rámci podpory rozvoje sociálního života by mnozí upřednostňovali i vícero společenských aktivit, viz jedna z odpovědí: I8: *„Chtěla bych chodit s Cedrem víc mezi lidi, třeba do kina, kavárny, obchodů, abych se přestala bát lidí, naučila se něco nového, pak bych to třeba mohla zkoušet sama.“*

Klienti ocenili možnosti výletů, které organizace Cedr uskutečnila a nadále připravuje. Bylo též několikrát vyzdviženo, že právě pobyt venku je pro mnohé

přínosným prvkem. I7: „*Líbilo by se mi víc jezdit na výlety a nebyť pořád zavření v Cedru.*“

Pouze dva informanti se zmínili o změně samotného zázemí organizace. Jeden klient uvedl, že by rád vylepšil zařízení toalet. Druhý upozornil na provizorní charakter samotné budovy organizace Cedr a její umístění. Uvítal by raději budovu, jež by působila více jako zdravotnické zařízení a nejlépe v centru města.

## **6.4 Shrnutí nejvýznamnějších poznatků z dílčích cílů**

Pokud bychom měli shrnout nejvýznačnější poznatky získané z dílčích výzkumných cílů, je očividné, že pro informanty má pracovní terapie význam především z hlediska změny, pravidelnosti a možnosti se něco naučit. Především fakt že budou mít pravidelný režim a nebudou doma sami, je klíčový. Pro mnohé dotazované pracovní terapie představuje smysluplnou výplň jejich volného času.

Velice důležitým aspektem je podpora, která v terapii vzniká v oblasti samostatného jednání. Díky tomu jsou schopni rychleji reagovat, zvládat více věcí najednou a tím se připravovat na možnou budoucí roli zaměstnance.

Přestože většina informantů nevnímá žádný rozdíl v oblasti změny vztahů ve svém okolí, vyzdvihli skutečnost, že se zlepšila jejich schopnost komunikovat. A to nejen s lidmi, které znají, ale i s cizími lidmi. S tím souvisí i značné potlačení strachu z nových situací a nových osob.

Protože prostřednictvím pracovní terapie mají možnost někam pravidelně docházet, někam, kde se cítí dobře, jsou obecně klidnější a spokojenější. Pro mnohé je přítomnost ostatních spojená s pocitem důvěry, díky které se cítí sami jistější.

Velice důležitá je spokojenost všech dotazovaných ohledně vzájemné spolupráce se sociálními pracovníky. Tu vnímají především jako druh podpory. Pokud by nastal problém z hlediska kvality poskytované služby, polovina dotazovaných věděla, jak má postupovat a kde se nachází schránka důvěry.

## Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala významu pracovní terapie pro osoby s duševním onemocněním. Cílem této práce bylo popsat význam pracovní terapie pro osoby s duševním onemocněním a objasnit, zda a jaký vliv má na vybrané oblasti klientova života při začleňování do společnosti. Teoretická část práce se zaměřovala na popsání klasifikace jednotlivých duševních nemocí, bylo zde konkrétněji popsáno schizofrenní onemocnění a poruchy osobnosti. Zároveň se také věnovala potřebám lidí s duševním onemocněním a dopadům onemocnění na jednotlivé oblasti života těchto lidí. Dále se dotkla sociální práci s lidmi s handicapem a zaměřila se na specifickou sociální práci s touto cílovou skupinou, uvedla cíle a metody pracovní terapie a popsala vybranou cílovou skupinu. V neposlední řadě představila organizaci CEDR Pardubice o.p.s., kde proběhl vlastní výzkum.

V praktické části se zabývala vlivem pracovní terapie na vybrané části života osoby s duševním onemocněním v organizaci Cedr Pardubice o. p. s., kde probíhal kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru s uživateli služby sociálně terapeutické dílny.

Hlavním výzkumným cílem práce bylo popsat význam pracovní terapie v sociálně terapeutické dílně pro osoby s duševním onemocněním a objasnit, zda a jaký vliv má na vybrané oblasti klientova života při začleňování do společnosti. Hlavní cíl byl dále rozdělen do tří dílčích cílů, které zněly: DC1: Zjistit, jaký význam pracovní terapie vnímá klient v oblasti práce. DC2: Zjistit jaký význam pracovní terapie vnímá klient v oblasti sociálních vztahů. DC3: Zjistit, jak uživatelé hodnotí možnost uplatňování svých práv v sociálně terapeutické dílně. K tomu, aby mohly být zodpovězeny tyto cíle, byla vybrána kvalitativní metoda, při které byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru.

Ze samotného výzkumu vyplývá, že pro většinu klientů je nejdůležitější vzájemný kontakt, a to jak s druhými klienty, tak se samotnými pracovníky organizace. Sociální kontakt je jednou z nejdůležitějších lidských potřeb a sociální síť lidí se zkušeností s duševním onemocněním je omezena nejčastěji pouze na rodinu. Proto vnímám, že ve výzkumu uváděli informanti sociální kontakt jako nejdůležitější potřebu. Dalším neméně důležitým atributem, který souvisí se spokojeností a sociálním

kontaktem je komunikace. Opět to souvisí s omezenou sociální sítí, nemožností si s kýmkoliv popovídat, ať už z důvodu obavy, že informantům nebudou druzí lidé rozumět nebo z obavy ze samotných lidí.

Dalším důležitým zjištěním je to, že ač informanti navštěvují službu sociálně terapeutické dílny a v rámci pracovní rehabilitace by se měli mimo jiné připravovat na možné zaměstnání, nikdo z uživatelů nechce nastoupit nyní do zaměstnání nebo ho nehledá. Může to být způsobeno obavou z nezvládnutí pracovního výkonu, či absencí podpory na budoucím pracovišti. Všichni informanti uvádějí, že by se rádi naučili něco ze samoobslužnosti nejlépe v přirozeném prostředí, co by poté mohli využít v běžném životě. Opět jako v dílčím cíli číslo jedna jsem narazila na překážku, že pokud se něco v rámci pracovní terapie naučí v sociálně terapeutické dílně, v přirozeném prostředí to nedokážou použít.

I když mezi informanty jsou velké rozdíly v době poskytování sociální služby, nikde v otázkách jsem nevnímala velký rozdíl v odpovědích, který by s délkou poskytování sociální služby souvisel a tudíž vytváření si závislosti na službě.

Z mého pohledu má pracovní terapie největší význam pro osoby se zkušeností s duševním onemocněním v oblasti sociálních vztahů a komunikace. Z pohledu samotného výzkumu a tudíž informantů má pracovní terapie význam nejen v oblasti sociálních vztahů a komunikace, ale vyzdvihuje také potřebu samotné podpory uživatele v přirozeném prostředí, kterou si měli možnost uživatelé vyzkoušet v době pandemie. V oblasti pracovního uplatnění ustupuje pracovní terapie do pozadí, i když v této oblasti je neméně důležitá. Může za tím stát malá motivace klientů z obav z neznámého prostředí bez podpory pracovníků.

Jako doporučení, které vyplynulo z tohoto šetření, vnímám to, že by bylo dobré zavést do sociální služby sociálně terapeutické dílny některé praxe, jako například rozšíření kompetencí pracovníků do terénu tak, aby mohli podporovat klienty při nástupu do zaměstnání přímo na jejich pracovišti a tím zvýšit jejich motivaci k hledání možného pracovního uplatnění, která nyní v rámci pracovní terapie zaniká. K tomu se nabízí metoda IPS ( Individual Placement and Support), která by mohla pomoci zefektivnit práci terapeutů s klienty a umožnit tak lepší posun klientů na otevřený trh práce. Dále by bylo vhodné rozšířit nácviková pracovní místa v organizaci,

vycházející z potřeb klientů. (Časově omezená místa, z kterých se klienti budou posouvat dál na otevřený trh práce.). Získané informace z šetření mohou posloužit pracovníkům organizace při plánování činností na jednotlivých sociálně terapeutických dílnách, které by mohly pomoci při začleňování těchto osob do společnosti a zároveň je může vést k přemýšlení, zda není na čase rozšíření sociální služby o službu sociální rehabilitace, která by umožnila podporovat klienty v jejich přirozeném prostředí a tuto službu vnímají samotní uživatelé jako jim přínosnou při samotném začleňování do společnosti a organizace ji nyní nenabízí.

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Seznam informantů výzkumného šetření.

Tabulka 1: Transformace výzkumných otázek do tazatelských otázek.

## Seznam knižní literatury

- (1) BITRICH, Tomáš. *Kvalitativní výzkum a česká legislativa: Informace nejen o zákoně na ochranu osobních údajů*. Biograf, č. 27, s. 91 – 104, 2002.
- (2) DUŠEK, K. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A.. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada).ISBN978-80-247-4826-9.
- (3) DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: univerzita Karlova, Karolinum, 2007. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7
- (4) DUBEC, M. *Zásobník metod pro Osobnostní a sociální výchovu*. Praha: Odyssea, 2007, s. 9-12. ISBN 978-80-87145-02-9.
- (5) HANUŠ, R., CHYTILOVÁ, L. *Zážitkově pedagogické učení*. Praha: Grada, 2009, s. 101. ISBN 978-80-247-2816-2.
- (6) HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál 774 s. ISBN 807178303X. S. 424.
- (7) HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.
- (8) HENDL, J., REML, J. 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha : Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.
- (9) JESENKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. Vyd. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.  
KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 247 s. ISBN 80-7178-563-6.
- (10) KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P.. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5580-9
- (11) KREJČÍKOVÁ, O. *Profesní příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením*. Ostrava: Montanex, 2004. ISBN 80-7225-112-0
- (12) KRHUTOVÁ, Lenka. *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. Druhé vydání. Ostrava, 2013. ISBN 978-80-74-64-290-6.
- (13) KŘIVOHLAVY, J., PREISS, M. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. Praha: Grada, 2009, s. 43. ISBN 978-80-247-2738-7.
- (14) KUBÍNKOVÁ, D., KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 95s. ISBN 80-7067-698-1

- (15) MACKOVÁ, Martina. *Sociální práce s handicapovanými I*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN isbn978-80-7435-464-9.
- (16) MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M.. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- (17) MATOUŠEK, O., KŘIŠŤAN, A., ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.  
Metodika organizace, 2017, s. 7
- (18) MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
- (19) MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807367-818-0
- (20) MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, ed. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2019. ISBN 978-80-7394-738-5.
- (21) MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 295 s. ISBN 80-244-1075-3. ISBN 978-80-247-4172-7
- (22) ÖSTERAARDOVÁ, P. *Volnočasové aktivity u duševně nemocných. Čelákovice, 2010*. Absolventská práce. 83 s. Vyšší odborná škola a Střední škola zdravotnická škola, Mills s. r. o. Vedoucí práce Lucie Krečmerová.
- (23) PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. 1. vyd. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
- (24) REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- (25) THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. 1.čkové vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. 360 s. ISBN 978-80-260-0302-1.
- (26) THOMSON, N. 1992. *Existentialism and social work*. 1992. 9781138251236.



- (27) TROUSIL, M., JAŠÍKOVÁ, V. 2015. *Úvod do tvorby odborných prací*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 978-80-7435-542-4.
- (28) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portal, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
- (29) WILLERTON, J. *Psychologie mezilidských vztahů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 155 s. ISBN 978-80-247-3924-3

## Elektronické dokumenty

- (1) CEDR o.p.s. [online]. [cit. 2020-12-08]. Dostupné z: <http://www.cedrops.cz>
- (2) Fokus Praha, z.ú. [online]. [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: <https://fokus-praha.cz/cz/o-nas>
- (3) Fokus Písek.[online]. [cit. 2021-01-07]. Dostupné z: <http://www.fokus-pisek.cz/index.php?id=treninkove-bydleni>
- (4) HOLCÁT, M. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 7. října 2013. [online]. [cit. 2020-10-25]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)
- (5) HORÁKOVÁ, J. *Lidé s duševním onemocněním, problematika bydlení.*[online]. [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: [http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura\\_P roblematika\\_bydleni.pdf](http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_P roblematika_bydleni.pdf)
- (6) HRUBÝ, V. *Rehabilitace osob se zdravotním postižením.* Tisková zpráva MPSV. [online]. [cit. 2020-10-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/311/030604b.pdf>
- (7) *Komunitní psychiatrie v praxi. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci.* [online]. [cit. 2020-10-13]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/document.ashx?id=23>
- (8) Lékařská fakulta Univerzita Karlova. *Klinika rehabilitačního lékařství 2019* [online]. [cit. 2021-01-08]. Dostupné z <https://rehabilitace.lf1.cuni.cz/historie-oboru-rehabilitace>
- (9) MATĚJKOVÁ, E. *Využití metod artefietiky pro osoby s duševním onemocněním při jejich integraci do společnosti.* Brno, 2018 [online]. [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/sendtj/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jan Špaček.
- (10) MKN-10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. [online]. [cit. 2020-12-08]. Dostupné z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/>

- (11) Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Přeložil Jan PFEIFFER, přeložil Olga ŠVESTKOVÁ. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.
- (12) POLÁCH, L. *Organické duševní poruchy, včetně symptomatických* [online]. [cit. 2020-12-08]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/2503566-F00-09-organicke-dusevni-poruchy-vcetne-symptomatickych.html>
- (13) *Psychology Today* © 2021 Sussex Publishers, LLC.[online]. [cit. 2021-01-05]. Dostupné z <https://www.psychologytoday.com/blog/threat-management/201010/communicating-people-mental-illness-the-publics-guide>
- (14) REGULI, H. *Rehabilitace v psychiatrii* [online]. [cit. 2021-01-08]. Dostupné z <https://docplayer.cz/69110749-Rehabilitace-v-psychiatrii-mudr-helena-reguli.html>
- (15) RŮŽIČKOVÁ, L. *Psychiatrické minimum* [online]. [cit. 2020-12-08]. Dostupné z [http://www.benepal.cz/files/project\\_4\\_file/PSYCHIATRICKE-MINIMUM.pdf](http://www.benepal.cz/files/project_4_file/PSYCHIATRICKE-MINIMUM.pdf)
- (16) SLIDEPLAYER.CZ. *Poruchy osobnosti a chování u dospělých F 60 - 69* [online]. [cit. 2020-12-09]. Dostupné z <https://slideplayer.cz/slide/12285950/>
- (17) SUCHOMEL, P. *Poruchy osobnosti* [online]. [cit. 2020-12-11]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/poruchy-osobnosti>
- (18) ŠUPA, J. *Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“* [online]. [cit. 2020-12-15]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2006, s. 23. Studie. Dostupné z: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HiS5IQMY01MJ:https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/expert%25C3%25ADza\\_-\\_osoby\\_s\\_du%25C5%25A1evn%25C3%25ADm\\_onemocn%25C4%259Bn%25C3%25ADm.doc+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HiS5IQMY01MJ:https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/expert%25C3%25ADza_-_osoby_s_du%25C5%25A1evn%25C3%25ADm_onemocn%25C4%259Bn%25C3%25ADm.doc+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-)
- (19) VESELÝ, P. *Proč schizofrenie budí strach*[online]. [cit. 2020-12-11]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/clanek/proc-schizofrenie-budi-strach-40296241>
- (20) WILKEN, J. P., DEN HOLLANDER, D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*[online]. [cit. 2020-12-18]. Dostupné z:[http://www.kcentrumnoe.cz/cze/index.php?action=subject\\_publication](http://www.kcentrumnoe.cz/cze/index.php?action=subject_publication)
- (21) *Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění* [online]. [cit. 2021-01-05]. Dostupné z: <https://www.pracomat.cz/poradna/zakonik-prace.html>

## **Seznam příloh**

Příloha A: Přepis rozhovoru s informantem I1

Příloha B: Informovaný souhlas k poskytnutí rozhovoru

## **Příloha A**

### **Přepis rozhovoru s informantem I1**

**V:** „Na začátek rozhovoru Vám chci poděkovat, že jste souhlasil s výzkumem a připomenout Vám, že se jedná o výzkum v rámci mého studia sociální práce na Univerzitě v Hradci Králové. Téma mé práce zní Význam pracovní terapie u osob s duševním onemocněním. Oslovila jsem Vás po konzultaci se sociální pracovnící organizace z důvodu, že spadáte do cílové skupiny mého výzkumu a už jsme se viděli na praxi, kterou jsem tady vykonávala. Mám tady pro Vás informovaný souhlas s rozhovorem. Ráda bych si tedy náš rozhovor nahrávala, pokud budete souhlasit. Pokud ano, přečtěte si prosím předaný informovaný souhlas, pokud nebudete něčemu rozumět, ráda dovysvětlím. Poté zaškrtněte, zda mohu rozhovor nahrávat a podepište ho. Ještě bych Vás chtěla upozornit, že veškeré informace, které mi sdělíte, budou anonymní. Pokud se Vás nějaká otázka dotkne či Vám bude nepříjemná, nemusíte na ni odpovídat, zároveň také můžete kdykoliv rozhovor ukončit. Je to takto pro Vás v pořádku, můžeme začít?“

**I1:** „Můžeme, jsem připravený.“

**V: TO1:** „Vzpomínáte si, proč jste přišli do organizace a co jste očekávali, že se v Cedru bude dít?“

**I1:** „Mamka mi řekla, že Cedr existuje a že bych mohl zkusit jít se tam podívat, že pořád sedím jen doma. Nemyslel jsem si nic, ale nechtěl jsem bejt doma sám, to mě nebaví, nemám si doma s kým povídat. Tak jsem si řekl, že to zkusím, nemám co ztratit.“

**V: TO2:** „Jak jste spokojen/a s pracovním programem v dílně?“

**I1:** „Dobře, můžu si u činností odpočinout, doma mám náročnou práci, musím pomáhat venku na statku a na poli.“

**V:** „Máte nějakou oblíbenou činnost v rámci pracovní terapie?“

**I1:** „Ani ne, je mně jedno co dělám, když si u toho můžu povídat, takže spíš něco jednoduššího, abych se nemusel tolik soustředit, protože pak si nemůžu povídat.“

**V:** „Je nějaká činnost v rámci pracovní terapie, která Vám chybí?“

**I1:** „Není, můžeme si vybrat, co bysme chtěli dělat.“

**V: TO3:** „Jaký vliv má docházení do sociálně terapeutické dílny na režim Vašeho dne?“

**I1:** „Dobrý“

**V:** „Co pro Vás znamená, když řeknete, že má docházení dobrý vliv?“

I1: „Pravidelně vstávám každý den, udělám si kafe, zakouřím si a jedu do Cedru, kde jsem do dvanácti hodin a pak jedu zase domů. Připadám si, jako že chodím do práce a nemusím bejt pořád doma. Taky, když přijdu domů, hned udělám, co mám, abych se potom mohl podívat na ulici, víc se snažím při filmu soustředit, abych věděl o čem je, a potom si o něm třeba můžeme povídat v Cedru. Dřív jsem to tak nevnímal, jen jsem se díval na televizi, často ani nevím na co, taky jsem věci odkládal, protože jsem si je mohl udělat, kdy jsem chtěl.“

**V: TO4: „Jak se změnil Váš pracovní výkon v průběhu docházení na pracovní terapii?“**

I1: „To nevím, nechci chodit do zaměstnání, v zaměstnání se mi projevila nemoc, když jsem se naštvál a už to nechci. Tady mi je dobře. Bylo by to dobré, ale takhle mám jistotu, že mám nějaké peníze a to nechci měnit.“

**V: TO5: „Jak vidíte v současné chvíli Vaši schopnost pracovat a chodit do zaměstnání?“**

I1: „Nechci už pracovat. Mohli by mi sebrat důchod, a takhle mám jistotu, že mám nějaké peníze a to nechci měnit, taky by se mně mohl zhoršit psychický stav.“

**V: TO6: „Co Vám přinesla práce v kolektivu dílny?“**

I1: „Hlavně v tom, že si můžu s někým povídat, doma jsme pořád sám nebo s mamkou, která chodí do práce a taťka je pořád venku u zvířat nebo na poli a ten si se mnou moc nepovídá. Taky někam pravidelně jezdím, mám rád vlaky a při cestě do Cedru jezdím na nádraží, kde se na ně můžu podívat, jinak bych je neviděl.“

V: „Říkáte, že Vám pomáhá to, že někam jezdíte, že se podíváte i na místa, kam byste se jinak nepodíval, mám tomu rozumět tak, že i v tomto Vám pomáhá práce v kolektivu?“

I1: „Jo, protože při práci se dřevem jsem se skamarádil s jedním klientem, který má taky rád vlaky a občas se dojedeme podívat na vlaky spolu.“

**V: TO7: „Jaké pracovní problémy jste se naučil/a lépe zvládat díky docházení na pracovní terapii?“**

I1: „Nevím, asi žádný, možná jsem trochu rychlejší a zvládnou toho víc, jinak mě nic nenapadá.“

V: „Proč tedy využíváte službu sociálně terapeutické dílny?“

I1: „Abych nebyl doma sám a něco dělal. Taky tam už mám kamarády, kteří se mi nesmějou, že hůř mluvím a můžu si s nima povídat.“

**V: TO8: „Které pracovní dovednosti, jste během využívání služby sociálně terapeutické dílny získal/a či si obnovil/a a dokážete je využít v běžném životě?“**

I1: „Dříve jsem se neuměl soustředit, teď ano a jsem rychlejší, jinak nic no, stejně se toho mnoho nedá použít doma. Chodil jsem na kurz počítačů a pak jsem si doma ani neuměl počítač pustit, je jinej.“

**V: TO9: „Jakým způsobem si myslíte, že vás tato služba může posunout na vyšší úroveň v oblasti práce?“**

I1: „Já už nechci pracovat, kdybych chtěl, asi bych potřeboval víc pomoci při tom, co bych dělal a chtěl bych to zkusit přímo tam, kde bych chtěl dělat. Takhle mám pocit, že si chodím hrát a to mě moc nebaví, i když jsem rád, že si můžu povídat. V Cedru si můžu vyzkoušet jen šití nebo úklid a mě baví třeba starat se o zvířata nebo dělat něco venku na poli.“

**V: TO10: „Jaký vliv má pracovní terapie na vztahy ve Vašem okolí?“**

I1: „Nemá, s nikým se v okolí nebavím, jsem jen doma a tam je to stejný. Většinou mluvím jen s mamkou, občas se sestrou, jinak si čtu a poslouchám hudbu.“

V: „Okolí ale není jen to, kde jste doma, na začátku rozhovoru jste mi říkal, že už máte v Cedru nějaké kamarády, s kterými si můžete povídat nebo se jdete podívat společně na vlaky, to jste dříve nedělal, uváděl jste, že jste byl jen doma, jak tomu mám tedy rozumět?“

I1: „Tak asi má v tom, že jsem dokázal navázat kontakt s dalšími lidmi, se kterými se cítím dobře.“

**V: TO11: „Které sociální dovednosti jste si během služby osvojil/a či získal/a?“**

I1: „Trochu tu komunikaci.“

V: „Jaké další sociální dovednosti Vás napadají?“

I1: „Asi žádný“

**V: TO12: „Jaký vliv má pracovní terapie na Vaši schopnost komunikace?“**

I1: „V Cedru víc komunikuju, tam se mně lidi nesmějou, že mi nerozumí. Jinak se s cizími lidmi nebavím, maximálně se občas zeptám kolik je hodin nebo jestli nemá člověk cigaretu a to jsem dělal i předtím. A vlastně na výletě si už sám objedná oběd či kávu, kterou mám rád, takže má dobrou vliv.“

**V: TO13: „Jak změnila pracovní terapie vnímání sebe samého/samou?“**

I1: „Dobře, co znám Cedru, jsem klidnější.“

V: „Jak si to vysvětlujete?“

I1: „Nevím, asi, že pravidelně někam chodím, kde mi je dobře a mám si tam s kým povídat, co docházím do Cedru, neměl jsem ataku nemoci, a proto jsem klidnější.“

**V: TO14: „Jsou služby sociálně terapeutické dílny Vaší jedinou aktivitou? Pokud ne, jaké další služby využíváte?“**

I1: „Ano, před Cedrem jsme se byli s mamkou podívat ještě v jiné službě v Pardubicích, ale tam jsem měl špatné spojení, takže jsem tam byl pouze 2x.“

**V: TO15: „V čem Vám pomáhá přítomnost dalších klientů či pracovníků?“**

I1: „Hlavně v tý komunikaci, a že nejsem pořád sám a taky, že když se mi něco nedaří, ostatní mi poradí nebo pomůžou. Taky vlastně i v tom soustředění, protože se musím víc soustředit na to, co mi kdo říká a musím se snažit víc mluvit tak, aby mi rozuměli, takže se pořád zdokonaluju ve výslovnosti.“

**V: TO16: „Jak vnímáte přítomnost dalších klientů při různých činnostech?“**

I1: „Dobře.“

V: „Co to znamená?“

I1: „Jsou tady hodný lidi a mám si s kým povídat, zároveň když nevím, jak co udělat, tak než se zeptám pracovníka, dívám se jak to dělají ostatní.“

**V: TO17: „Jste připraven poznat jiné prostředí? Pokud ano, jaké schopnosti či dovednosti dokážete použít v rámci přirozeného prostředí nyní?“**

I1: „Jsem, navštívit třeba jiné dílny nebo se někam podívat.“

V: „Co to znamená někam se podívat?“

I1: „Třeba někam do přírody nebo na výlet, dřív jsem nikam nejezdil, byl jsem pořád doma, dnes jezdím na každý výlet i přes noc, zvládnou si vzít sám léky, objednat si jídlo, pití, zapálit oheň, postavit stan. Jen občas potřebuju připomenout, abych něco nezapomněl, ale i to se už učím, mám deníček, do kterého si píšu to, na co nesmím zapomenout.“

V: „Takže už zvládnete někam vyrazit sám?“

I1: „Ne, to ne, mám na mysli vyrazit někam s Cedrem, že už se toho nebojím jako dřív, když jsem se bál cizích lidí. Teď, když jedeme s Cedrem, už se nebojím. Sám určitě nikam nepojedu.“

**V: „TO18: Jak vnímáte Váš vztah se svým sociálním pracovníkem?“**

I1: „Dobrý.“

V: „Mohli byste to prosím trochu rozvést, co znamená dobrý?“

I1: „Vždycky mi pomůžou, když si s něčím nevím rady, nebo si s nimi můžu povídat, když mě něco trápí. Nepřijde mi, že to je můj pracovník, přijde mi, že jsme kamarádi,



povídáme si o všem možným, dokážou lidem pomoci, když je jim těžko, vždy vědí, co říct, na výletech s námi hrají různé hry, nestydí se za to, že jsou s námi. Mně osobně to moc pomáhá, neměl jsem s tím dobré zkušenosti, když se mi lidi smáli kvůli tomu, že špatně mluvím. V pracovnících v Cedru cítím velkou podporu a to mi pomáhá být v pohodě.“

**V: TO19: „Jak vnímáte Váš vztah se svým pracovním asistentem?“**

I1: „Úplně stejně jako se sociálním pracovníkem, nevidím v tom rozdíl. I s asistentem si můžu povídat o čemkoliv, vyslechne mě, poradí. Vždycky najdeme společný téma, o kterým si můžeme povídat. Taky se s ním učím nové věci, když mi to nejde, vždy mi poradí nebo mě povzbudí, ať to nevzdávám.“

**V: TO20: „Můžete si vybrat jiného asistenta či sociálního pracovníka, pokud to uděláte, proč?“**

I1: „Ano, ale nepotřebuju, nevím, proč bych to dělal. Fakt jsem tady se všema spokojenej.“

**V: TO21: „Pokud byste byli nespokojeni s kvalitou nebo způsobem poskytované služby, kam a na koho se můžete obrátit?“**

I1: „U sociálního pracovníka nebo vedoucího služby, taky můžu napsat dopis a poslat ho.“

V: „Víte, kde máte v organizaci schránku na stížnosti?“

I1: „Ano na chodbě mezi nástěnkama, ale nikdy jsem ji nevyužil, nebylo to potřeba, můžeme si vše říct.“

**V: TO22: „Kdybyste mohl/a v Cedru něco změnit, co by to bylo?“**

I1: „Já bych toho v Cedru moc neměnil, líbí se mi to tak, jak to je. Dá se tam dojet MHD rovnou od nás a staví mi to kousíček od dílen. Také se mi ale líbilo, když v době, když byly zavřené dílny kvůli Covidu za mnou můj sociální pracovník přijel domů a mohl jsem mu ukázat, jak bydlím, co doma dělám u zvířat, kde máme sad nebo kam chodím na procházky. Už se také budu moct učit na počítači, protože ho pracovník doma viděl a náhodou máme v Cedru stejný, ale v jiné dílně, tak to budu zkoušet tam. Kdyby to neudělal, tak by to nezjistil, takže jsem rád.“

V: „Dobře, je ještě něco, co byste mi chtěl na závěr říct?“

I1: „Ne, nic mě nenapadá.“

V: „Dobře, v tom případě Vám moc děkuju za rozhovor a přeji Vám v nynější neobvyklé době hodně sil.“

I1: „Taky děkuju.“

## **Příloha B**

### **Informovaný souhlas k poskytnutí rozhovoru**

#### **Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru**

Já níže jmenovaný/á souhlasím s poskytnutím rozhovoru pro účely bakalářské práce s názvem Význam pracovní terapie u osob s duševním onemocněním, kterou zpracovává Dagmar Haldová, studentka Univerzity Hradec Králové, obor sociální práce.

Rozhovor je anonymní a účast v něm je dobrovolná. Máte právo neodpovídat na otázky, na kterou nebudete chtít odpovědět. Celý rozhovor bude nahráván s Vaším souhlasem na záznamové zařízení a následně přepsán do písemné formy, v případě Vašeho nesouhlasu s nahráváním si budu dělat písemné poznámky. Veškeré informace o Vás budou ve výzkumu bakalářské práce anonymní.

Prosím zaškrtněte:

Souhlasím s rozhovorem a účastí ve výzkumu

ano

ne

Jméno informanta:

Datum:

Podpis: