

Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta
Ústav sociální práce

Vliv psychosociální rehabilitace v tréninkové kavárně na kvalitu života klientů

Bakalářská práce

Autor: Žaneta Martínková
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: Kombinovaná
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Žaneta Martínková
Studium:	U1644
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název bakalářské práce:	Vliv psychosociální rehabilitace v tréninkové kavárně na kvalitu života klientů.
Název bakalářské práce AJ:	The influence of psychosocial rehabilitation in the training café on the quality of life for clients.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem bakalářské práce bude zjistit přínosy a rizika psychosociální rehabilitace v kontextu života klientů, kteří pracují v TK Strojda Burger FOKUS Mladá Boleslav z.s. a vytvořit baterii doporučení pro dobrou praxi. Pro dosažení cíle bude využita kvalitativní výzkumná strategie.

TILIOSOVÁ,P. a MATUŠKA,V.: Stručný průvodce psychosociální rehabilitace. Praha: Sdružení pro péči o duševně nemocné Fokus Praha, 2004. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ,M. et al.: Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN:978-80-247-2138-5 PAYNE, J. a kol.: Kvalita života a zdraví. Praha 2005, Triton PĚČ,O., PROBSTOVÁ,V. et al.:Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: TRITON,2009. ISBN: 978-80-7387-253-3 WILKEN, Jean Pierre; HOLLANDER, Dirk. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. Komunitní psychiatrie v praxi, vzdělávací moduly [online]. 1999 [cit. 2014-01- 12]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/download/odborne-texty>

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Zuzana Hloušková

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne

Žaneta Martínková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. et Mgr. Radce Janebové, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotu strávit svůj čas u rozhovoru.

Anotace

MARTÍNKOVÁ, Žaneta. *Vliv psychosociální rehabilitace v tréninkové kavárně na kvalitu života klientů*. Hradec Králové, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá problematikou vlivu psychosociální rehabilitace poskytované v tréninkové kavárně na kvalitu života klientů s duševním onemocněním. Jejím cílem je prozkoumat subjektivně vnímaný vliv rehabilitace na pracovní návyky, psychický a fyzický stav klientů a jejich sociální vztahy.

V teoretické části je popsán aktuální stav péče o lidi s duševním onemocněním v České republice, charakterizován pojem klient s duševním onemocněním a nejvíce pozornosti je věnováno objasnění pojmu psychosociální rehabilitace a s ním úzce souvisejícím termínem kvalita života.

V druhé, praktické části je představeno výzkumné šetření, které bylo provedeno kvalitativní výzkumnou strategií, formou polostrukturovaného rozhovoru s klienty tréninkové kavárny Strejda Burger. Cílem rozhovorů bylo zjistit, jaké vnímají přínosy a rizika psychosociální rehabilitace poskytované v sociální službě na dílčí oblasti jejich života. Závěrem srovnává výsledky s teoretickými poznatky a nabízí baterii doporučení pro dobrou praxi.

Klíčová slova: Klient s dlouhodobým vážným duševním onemocněním, psychosociální rehabilitace, kvalita života, pracovní rehabilitace

Annotation

MARTÍNKOVÁ, Žaneta. The influence of psychosocial rehabilitation in the training café on the quality of client's life. Hradec Králové, 2019. Bachelor thesis. Univerzity of Hradec Králové, Faculty of Philosophy, Institute of Social Work. Head of bachelor thesis: Mgr. et. Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

The bachelor thesis deals with the influence of psychosocial rehabilitation provided in the training café on the quality of life of clients with mental illness. Its aim is to explore subjectively perceived influence of rehabilitation on work habits, mental and physical condition of clients and their social relations.

The theoretical part describes the current state of care for people with mental illness in Czech Republic, characterizes the term client with mental illness and the most attention is paid to clarify the concept of psychosocial rehabilitation and closely related term quality of life.

In the second, practical part is presented a research, which was carried out by qualitative research strategy, in the form of semi-structured interview with clients of the training café Strejda Burger. The aim of the interviews was to find out which benefits and risks of psychosocial rehabilitation provided in this social service do the clients perceive in relation to particular areas of their life. Finally, it compares the results with theoretical knowledge and offers battery recommendations for good practice.

Keywords: Client with severe mental illness, psychosocial rehabilitation, quality of life, work rehabilitation

Obsah

Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Aktuální stav péče o lidi s duševním onemocněním v České republice.....	12
2 Klient s dlouhodobým vážným duševním onemocněním.....	14
2.1 Psychóza.....	14
2.1.1 Schizofrenie.....	15
2.1.2 Typy schizofrenie.....	17
2.2 Specifika sociální práce.....	18
3 Psychosociální rehabilitace.....	19
3.1 Bostonský model.....	20
3.2 Kvalita života.....	21
3.2.1 Definice kvality života.....	22
3.2.2 Indikátory kvality života.....	22
3.2.3 Model kvality života.....	23
3.2.4 Objektivní a subjektivní pohled na kvalitu života.....	23
3.3 Životní a osobní domény.....	24
3.4 Pět pilířů rehabilitace a dimenze rehabilitačního procesu.....	24
3.5 Teoretické rámce psychosociální rehabilitace.....	25
3.5.1 Zotavení.....	25
3.5.2 Zaměření na přítomnost a zplnomocňování.....	27
3.6 Pracovní rehabilitace.....	28
3.6.1 Funkce pracovní rehabilitace.....	28
3.7 Tréninková kavárna Strejda Burger.....	30
3.8 Léčky psychosociální rehabilitace.....	31

PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
4 Metodologie výzkumu.....	34
4.1 Formulace hlavního cíle výzkumného šetření.....	34
4.2 Formulace dílčích cílů výzkumného šetření.....	34
4.2.1 Dílčí cíl 1.....	34
4.2.2 Dílčí cíl 2.....	34
4.2.3 Dílčí cíl 3.....	35
4.2.4 Dílčí cíl 4.....	35
4.3 Zvolená výzkumná strategie.....	35
4.4 Transformační tabulka.....	36
4.5 Volba výzkumného souboru.....	37
4.6 Popis organizace a průběhu výzkumu.....	38
4.7 Způsob zpracování dat.....	39
4.8 Rizika výzkumu a výzkumné strategie.....	39
5 Analýza a interpretace údajů.....	40
5.1 Analýza a interpretace údajů dílčího výzkumného cíle 1.....	40
5.2 Analýza a interpretace údajů dílčího výzkumného cíle 2.....	42
5.3 Analýza a interpretace údajů dílčího výzkumného cíle 3.....	45
5.4 Analýza a interpretace údajů dílčího výzkumného cíle 4.....	46
6 Baterie doporučení pro dobrou praxi.....	48
Závěr.....	52
Seznam tabulek.....	55
Seznam použitých zdrojů.....	56
Seznam příloh.....	57

Přehled použitých zkratk

CARe Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci

CDZ Centrum duševního zdraví

CM Case manager

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

TK Tréninková kavárna

Úvod

Duševní onemocnění lidem výrazně snižuje kvalitu života, a proto je hlavním posláním sociálních pracovníků při spolupráci s touto cílovou skupinou vytvářet podmínky, které povedou k jejímu zpětnému zvýšení. Na tomto principu již od roku 2013 funguje Tréninková kavárna (dále TK) Strejda Burger, která je součástí komplexní neboli ucelené psychosociální rehabilitace organizace FOKUS Mladá Boleslav. Touto prací bych ráda ověřila, jaký vliv má psychosociální rehabilitace v Tréninkové kavárně na kvalitu života klientů. Konkrétním cílem je **zjistit přínosy a rizika psychosociální rehabilitace v kontextu života klientů, kteří pracují v TK Strejda Burger FOKUS Mladá Boleslav z.s. a vytvořit baterii doporučení pro dobrou praxi**. Dosud máme k dispozici dokumenty typu rehabilitační plán, jeho hodnocení a databázi. Pro zefektivnění služby považuji za přínosné ověřit si vliv rehabilitace z pohledu klientů, protože kvalita života se skládá nejen ze složky objektivní, která je měřitelná různými nástroji, ale stejnou měrou také subjektivní. K ověření bude využito polostrukturovaného rozhovoru s klienty. Rozhovor bude zaměřen na zjištění, jaký vliv má psychosociální rehabilitace v kavárně na pracovní návyky, psychický a fyzický stav klientů a jejich sociální vztahy. To jsou hlavní roviny života klientů, které může do určité míry ovlivňovat rehabilitace v kavárně.

V teoretické části bude stručně zmíněn aktuální stav péče o lidi s duševním onemocněním v České republice a s ním související probíhající reforma psychiatrické péče. Dále bude vymezen pojem klient s duševním onemocněním a vylíčena specifika nemoci. Významná část bude věnována objasnění pojmu psychosociální rehabilitace a s ní úzce souvisejícího pojmu kvalita života.

Při výše zmíněné probíhající reformě psychiatrické péče považuji za důležité, aby byla brána v potaz komunitní péče, která zde již řadu let funguje, a při tvorbě nových Center duševního zdraví (dále CDZ) byly tyto zkušenosti využity. K tomu je nutné prověřit, do jaké míry plní svůj hlavní cíl a co by bylo potřeba zefektivnit. Stávající týmy komunitní péče se snaží o začleňování lidí s duševním onemocněním. Téma začleňování lidí s duševním onemocněním zpět do života je mi blízké, a proto jsem se rozhodla věnovat pozornost průzkumu, jaký efekt má na kvalitu života z pohledu klientů. Z toho důvodu jsem si vybrala TK - dílčí úsek komunitní péče poskytovanou organizací FOKUS Mladá Boleslav v Nymburce v prostředí, ve kterém se denně

pohybují. Psychosociální rehabilitace, která je zde klientům nabízena, jako jedna z metod sociální práce, v níž je kladen důraz na pracovní složku, zvyšuje pravděpodobnost začlenění klientů do společnosti a rozšiřuje jejich možnosti v uplatnění se na volném trhu. Zároveň jim dává možnost osamostatnit se, stabilizovat svůj zdravotní stav, zlepšit svojí finanční situaci. Pro stát by efektivní rehabilitace s pozitivními výsledky mohla do určité míry odlehčit státu od nutnosti poskytovat lidem s duševním onemocněním péči v podobě nákladných hospitalizací a podpory prostřednictvím invalidních důchodů. Zmapováním možností konkrétní sociální služby, která je na pomezí chráněné dílny a volného trhu, mohou být nalezeny její silné stránky aplikovatelné v dalších městech. Na druhou stranu se mohou objevit její nedostatky, na kterých by bylo vhodné pracovat a budou-li brány v potaz, zvýší se tím její kvalita.

Komunitní péči a komplexní psychosociální rehabilitaci, kterou poskytuje FOKUS Mladá Boleslav, ve svých studiích a přednáškách podrobně popisuje ředitel organizace MUDr. Jan Stuchlík. Dílčí části psychosociální rehabilitace z pohledu case managera (dále CM) se ve své bakalářské práci věnovala kolegyně Bc. Radmila Mojžíšová. Tato práce se zaměřuje na dosud konkrétně nepopsanou oblast – vliv pracovní složky psychosociální rehabilitace na klienty zaměstnané v kavárně.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Aktuální stav péče o lidi s duševním onemocněním v České republice

Stěžejním aktuálním tématem psychiatrie v České republice je reforma psychiatrické péče. Tímto úkonem by se služby poskytované lidem s duševním onemocněním měly přiblížit modelu roky propracovávanému a využívanému ve skandinávských zemích a v Holandsku. Důležitým prvkem, na kterém je uvedený model postaven, je psychosociální rehabilitace. V České republice byl v období od roku 1968 až 1989 trend separovat lidi s duševním onemocněním do lůžkových zařízení a víc jim nebyla věnována pozornost. Bohužel od 90. let 20. století nedošlo k výraznější systémové změně péče, což způsobilo nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí. Snahu poskytovat lidem péči na podobném principu jako ve Skandinávii nebo v Holandsku zde vyvíjely neziskové organizace vznikající od roku 1990 s minimální podporou státu. Důsledkem je nedostatečné množství dostupných ambulantních služeb a komunitní péče a zastaralost struktury lůžkové kapacity. Na to bylo poukázáno při revizi koncepce psychiatrie v roce 2005 v Helsinkách, kdy byla podepsána Deklarace o duševním zdraví a Akční plán duševního zdraví pro Evropu a Zelená kniha Komise evropských společenství. Tento úkon posloužil k dalším důležitým návrhům změn, které vedly ke vzniku Národního psychiatrického programu 2007, důležité opory reformy psychiatrické péče. Do té doby Česká republika neplnila závazek zlepšit podmínky péče o lidi s duševním onemocněním a v Evropské unii byla mezi posledními, kdo neměl vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem bylo dlouhodobé finanční podhodnocování oboru a koncentrace péče v psychiatrických léčebnách. V současné době probíhající reforma psychiatrické péče byla schválena v roce 2013 a jejím hlavním cílem je zlepšit kvalitu života lidem s duševním onemocněním. Toho by mělo být dosaženo důrazem na komunitní péči, především vznikem CDZ, usnadněním přístupu ambulantní péče a rozšířením psychiatrických oddělení při běžných nemocnicích. Jedním z bodů reformy je také destigmatizace klientů i oboru jako takového. Péče v tomto systému bude zaměřena na recovery (zotavení) klienta a multidisciplinární přístup, kde budou lépe rozděleny role a kompetence jednotlivých povolání. Vzniknou nové komunitní týmy a bude vytvořena síť služeb pro lidi s duševním onemocněním. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, online, 2013)

V České republice je v rámci neziskového sektoru podobná komunitní péče zaměřená na začleňování lidí s duševním onemocněním zpět do života poskytována již od roku 1990, kdy byl založen Fokus Praha postupně se rozšiřující do dalších měst a o deset let později například Green Doors nebo BONA. Tyto neziskové organizace vycházejí z principů péče, která je v reformě popsána, jen dosud neměla oporu ve státě a neexistovala zde dostatečná provázanost mezi oborem zdravotnictví a sociální práce. Organizace zajišťovaly především péči sociální a v nedávné době jim bylo umožněno zapojit do svého týmu také zdravotní sestry a psychiatry, což výrazně zefektivňuje činnost týmu. Nyní vznikají na podobném principu státní CDZ.

2 Klient s dlouhodobým vážným duševním onemocněním

Lidé s dlouhodobým vážným duševním onemocněním, tedy ti, na které je zaměřená reforma psychiatrické péče, jsou rozmanitá skupina, kde je každý jedinečný a vyžaduje individuální přístup. Přesto existuje určitá charakteristika, která tuto cílovou skupinu vymezuje. Za vážné duševní onemocnění je dle Probstové (2005) považován **stav, který trvá více než dva roky a závažně narušuje funkční kapacitu jedince nebo jeho fungování v běžném životě v oblastech jako ekonomická soběstačnost, mezilidské vztahy, osobní hygiena a sebeobsluha, učení a rekreace, směřování, sociální transakce**. Definice psychiatrického případu dle Světové zdravotnické organizace zní: *„jde o zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociální postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání.“* (MKN, online, 2008) Mnoho autorů za kritérium považuje také diagnózu a to konkrétně dle Mezinárodní klasifikace nemocí onemocnění z okruhu schizofrenií (F2), poruchy nálady (F3) a poruchy osobnosti (F6).

2.1 Psychóza

S ohledem na cílovou skupinu organizace, kde byl prováděn výzkum, z výše uvedených onemocnění blíže popíšu pouze psychózy, tedy onemocnění z okruhu schizofrenie. Šťastný (2016, s. 7) psychózu definuje: *„Psychóza je závažné duševní onemocnění, při kterém dochází k poruše kontaktu s realitou. Nemocný člověk nedokáže jasně rozlišit, co je a co není skutečné. Vnímá a myslí jinak, než lidé v jeho okolí. Změny myšlení, vnímání a cítění jsou do té míry intenzivní, že od základu mění kvalitu duševního života nemocného člověka.“* Psychóza není označení pouze jednoho onemocnění, ale skupiny nemocí, jejichž projevy odpovídají výše popsanému. Rozdělujeme je do tří základních skupin na organické, u kterých došlo k poškození mozkové tkáně, toxické, které jsou vyvolány užíváním návykových látek jako je LSD, a funkční, které nejsou zpočátku provázeny typickým poškozením mozkové tkáně.

Služeb organizace FOKUS Mladá Boleslav nejčastěji využívají lidé s funkční psychózou. Do této skupiny patří (Doubek, 2010):

- schizofrenie
- akutní a přechodné polymorfní psychotické poruchy
- porucha s bludy
- schizoafektivní porucha
- schizotypální poruchy

2.1.1 Schizofrenie

Nejčastěji se vyskytujícím psychotickým onemocněním je schizofrenie. „*Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.*“ (Vágnerová, 2012, s. 333) V současné době toto onemocnění postihuje přibližně 1% populace a projevuje se obvykle v období mezi 15 – 35 rokem života bez ohledu na sociokulturní vlivy nebo rasovou příslušnost. Pohlaví zde hraje roli ve věku výskytu a poté v průběhu onemocnění. U mužů nemoc obvykle propukne mezi 15 – 25 rokem života, u žen mezi 25 – 35 a vyskytuje se u nich většinou mírnější forma onemocnění s lepší reakcí na léčbu. (Češková, 2012)

Příčiny vzniku nemoci zatím nejsou zcela známy. V dnešní době nejvíce uznávaná teorie, zabývající se vznikem schizofrenie, je multifaktoriální podmíněnost. „*Tento model patří obecně do bioekopsychosociálního modelu nemoci, kdy je vznik nemoci dán spolupůsobením genetických, biologických faktorů a faktorů prostředí, přičemž se tyto faktory vzájemně podmiňují.*“ (Probstová, 2014, s. 43) Často používaný pojem je tzv. stress – vulnerability model, podle kterého je propuknutí nemoci způsobeno určitou mírou stresu, kterou daný jedinec díky svým vrozeným vlohám již neunes. Znamená to, že zranitelný člověk více podléhá krizovým situacím. (Venglářová in Mahrová, 2008) „*Problém nespočívá v zátěži, ale ve způsobu jejího zpracování.*“ (Vágnerová, 2012, s. 336) Včasné odhalení nemoci a zahájení léčby je důležité a ovlivňuje prognózu. Průběh onemocnění má epizodický charakter, kdy se střídá období remise a ataky. Remise je fáze, kdy na čas ustoupí příznaky a ataka bývá nazývána jako tzv. „*znovuzplanutí nemoci*“, kdy se příznaky objeví v neúnosné míře a obvykle následuje hospitalizace. LucCiompi během své praxe rozdělil dlouhodobý vývoj schizofrenie do tří fází (Soteria, online, 2019): „*V první fázi biologické faktory*

*ve vzájemném působení s psychosociálními faktory určují tzv. Premorbidní vulnerabilitu osobnosti. Ciompi používá v tomto ohledu metaforu tenké kůže, která silně cítí vnější podněty. Ve druhé fázi působí stresující životní události. Důsledkem této nadměrné vnímavosti a působení stresorů dochází k akutní psychotické dekompenzaci. Třetí fáze je pak dlouhodobý vývoj schizofrenie, který může směřovat k **plnému uzdravení, částečnému uzdravení nebo chronicitě.**“*

Schizofrenie se projevuje pozitivními a negativními příznaky a kognitivním deficitem. *„Mezi pozitivní příznaky řadíme halucinace, bludy a dezorganizaci s konsekvencemi v jednání nemocného. /.../ Negativní příznaky představují ochuzení psychiky, nejvýrazněji v emotivitě a volní složce. Zahrnují apatii, ztrátu motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení. Jsou zodpovědné za funkční neschopnost a špatnou kvalitu života.“* (Češková, 2012, s. 184) Mezi poruchy kognitivních funkcí patří poruchy vnímání, poruchy myšlení, narušení orientace v realitě, autistické projevy a poruchy verbálního projevu. (Vágnerová, 2012) Znamená to, že bývá nejvíce narušena paměť, schopnost soustředit se, iniciovat a pozornost. Tyto dysfunkce bývají přítomny již před propuknutím onemocnění, během ataky se prohlubují a při remisi nedochází k návratu k původnímu stavu. (Češková, 2012) *„Pro mnoho schizofreniků negativní příznaky společně s kognitivní dysfunkcí představují přetrvávající, na léčbu nereagující a zneschopňující komponentu onemocnění, která vede k tomu, že mají problém začlenit se do normálního života a obstat na trhu práce.“* (Češková, 2012, s. 185)

U schizofrenie se může velmi lišit její průběh a proto s ohledem na počet akutních atak a vznik přetrvávajícího onemocnění Vágnerová (2012) uvádí toto dělení:

- epizodický průběh
- opakovaný průběh
- maligní průběh
- chronický průběh
- reziduální, resp. chronický průběh

Za důležitý poznatek s ohledem na zkoumanou psychosociální rehabilitaci, která má směřovat k rozšíření možností klientů uplatnit se na volném trhu považují následující: *„Schizofrenní porucha je diagnostikována zhruba u 25% psychiatrických hospitalizací a 50% přijetí do psychiatrických zařízení za rok. Onemocnění má sklon k chronickému*

průběhu a často vede k trvalé invaliditě, celosvětově patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity.“ (Češková, 2012, s. 182)

2.1.2 Typy schizofrenie

Schizofrenie se dělí do čtyř základních typů, které se v průběhu nemoci mohou překrývat. Zároveň i samotný průběh nemoci může být u každého člověka značně různorodý. Vágnerová (2012) typy schizofrenie popisuje takto:

- **Paranoidní schizofrenie** – vyznačuje se především bludy a halucinacemi, které mají vztahovačný, podezřivý charakter vůči okolí nemocného. Klienti se v jejich důsledku mohou cítit ohroženi nejen ze strany smyšlených nadpřirozených bytostí, ale často i určitými lidmi ve svém okolí. Halucinace mívají podobu hlasů, které vyhrožují nebo něco přikazují. Lidé s paranoidní schizofrenií mají utlumené emoce a problémy s vůlí. Bludný výklad reality způsobuje narušené myšlení.
- **Hebefrenní schizofrenie** – vzhledem k období vzniku onemocnění, které má za následek, že se osobnost nestihne vyvinout, bývá tato forma nazývána jako prohloubená, protrahovaná puberta. Tomu také odpovídají její projevy, kdy má jedinec klackovité chování, což znamená, že je nezodpovědné a často plné manýrování. Porucha myšlení se projevuje jeho ochuzením a inklinováním k pseudofilozofování. Oproti paranoidní schizofrenii zde převládají zrakové halucinace, které mají navíc proměnný charakter. Emoce bývají z počátku kolísavé, s bezdůvodným střídáním extrémních nálad. Postupně dochází k jejich oploštění až apatii. Tento typ schizofrenie bývá také nazýván dezorganizovaný. Narušené sociální chování se projevuje hrubostí, nedostatkem zábran, nebo naopak sociální izolací a omezenými komunikačními schopnostmi po verbální i neverbální stránce.
- **Katatonní schizofrenie** – se projevuje především poruchami motorických schopností. Dělí se na formu produktivní a stuporózní. Při stuporózní má klient odpor k jakékoli aktivitě, nemá vůli, je negativistický a jeho pohyby jsou zpomalené. Verbální projev a chování bývá postihnuto stereotypií. Halucinace a hlasy klientům zakazují mluvit. Objevuje se vosková ohebnost. Produktivní forma se projevuje opačně, tedy nadměrným množstvím nepřiměřených pohybů, grimasováním. U této formy se objevuje echolalie (opakování slov) a echopraxie

(opakování jednoho pochybu). Katatonní schizofrenie se v dnešní době vyskytuje vzácně.

- **Simplexní schizofrenie** – má časný a plíživý vznik. Dochází k postupné redukci volní složky, uzavírání se do sebe až sociální izolaci, emotivita se postupně oplošťuje. Nemoc má progresivní průběh a psychosociální stránka se postupně zhoršuje.

Svoboda (2012) a Kučerová (2010) k těmto čtyřem typům přidávají dle MKN ještě nediferencovanou a reziduální schizofrenii. Nediferencovaná v sobě zahrnuje více forem, přičemž žádná nezaujímá dominantní postavení. Reziduální následuje po akutní atace a projevuje se zanedbáváním sebe i okolí.

2.2 Specifika sociální práce

Vanda Valentová (2008) vymezuje oblasti potřebné péče u lidí s duševním onemocněním, které vyplývají ze specifík tohoto onemocnění. Jsou jimi: **překonání společenské izolace a stigmatizace, získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností, chráněné a podporované bydlení a chráněná práce.** Z čehož vyplývá, že v současné době je důležitá propojenost jednotlivých služeb poskytujících zaměstnání, ubytování, kontinuální léčbu a sociální podporu, což nabízí moderní komunitní psychiatrie. V takovém systému sociální pracovník dbá na vztah založený na respektu a partnerství a individuální přístup, zaměřuje se na sociální integraci klienta, práci s prostředím a mapování zdravotně-sociálních potřeb a vychází z konceptu recovery (úzdravy). (Matoušek, 2005)

3 Psychosociální rehabilitace

Metoda, která vede k překonání společenské izolace a k rozvíjení sociálních dovedností a schopností a je při práci s lidmi s duševním onemocněním v dnešní době hojně využívaná, se nazývá psychosociální rehabilitace. Podobný obsah je možné najít pod heslem psychiatrická rehabilitace. Tyto dva pojmy se často zaměňují a rozdíly mezi nimi se do určité míry stírají. V obou případech jde o propracovanou komplexní péči, která vede k podobným výsledkům. Rozdíl mezi nimi spočívá pouze v přístupu autorů jednotlivých pojmů. Koncept CARE v českém překladu Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci je jedním ze světově uznávaných přístupů, který propojuje funkční prvky různých rehabilitačních škol a byl vypracován v osmdesátých letech minulého století Jean-Pierrem Wilkenem a Dirkem den Hollanderem, autory zaměřujícími se na sociální komponentu a spíše vylučující ze svého repertoáru biologickou léčbu. (Pěč, 2009) Komplexnost přístupu spočívá v tom, že chce postihnout všechny úrovně fungování: jedince, jeho okolí a společnost. Zároveň autoři zastávají názor, že by měl být dostupný všem lidem s psychosociální nedostatečností. Hlavní zásadou tohoto přístupu je nutnost pracovat v souladu s klientovými přáními a potřebami péče. Zlepšení kvality života a naplňování sociálních rolí je hlavním cílem. Toho může být dosaženo obnovou klientových schopností, ale také začleněním trvalého deficitu klienta do celistvosti jeho života. Rehabilitace bývá přijímána jako proces obnovení funkčnosti a zároveň jako znovuzískání důstojnosti. To úzce koresponduje se zásadou, že je nutné pracovat v souladu s klientovými přáními.

Definice psychosociální rehabilitace dle Mezinárodní klasifikace nemocí (in Wilken a Hollander, 1999) zní: *„Psychosociální rehabilitace je proces, který dává člověku příležitost dosáhnout optimální úrovně nezávislého fungování ve společnosti. Zahrnuje jednak vylepšení schopností dotyčného jednotlivce, jednak zavedení změn v okolním prostředí s cílem umožnit život nejvyšší možné kvality lidem se zkušeností s duševním onemocněním, které vytváří určitý stupeň postižení. Cílem psychosociální rehabilitace je zajištění optimální úrovně fungování jednotlivců a společenství a minimalizace postižení a handicapů s důrazem na možnost rozhodování jednotlivců o úspěšném životě v komunitě.“*

William Anthony a jeho spolupracovníci vymezili tuto definici (Anthony, 2002, s. 101): *„Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu,*

aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.“ Pod pojmem úspěch je myšlen výsledek, se kterým bude spokojeno okolí a spokojenost značí vnitřní uspokojení jedince samého. (Probstová, 2014) Psychiatrická rehabilitace se tedy snaží o maximalizaci zdraví, zatímco léčba si dává za cíl potlačení nemoci. Léčba je zaměřená na poškození, rehabilitace pracuje s postižením a hendikepem. Psychiatrická rehabilitace vychází ze zaměření na zachovalé schopnosti klienta, se kterými dále pracuje. (Paleček, 2001)

V České republice jsou služby poskytující psychosociální rehabilitaci obvykle registrovány dle Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., jako „sociální rehabilitace“ (§70). Zákon sociální rehabilitaci definuje: „*Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.*“ Pracovníci z organizací poskytujících pomoc lidem s duševním onemocněním při poskytování výše uvedené sociální rehabilitaci samozřejmě zohledňují specifika cílové skupiny. To znamená, že využívají znalosti psychosociální rehabilitace, která naplňuje kritéria sociální rehabilitace dle zákona a navíc ji doplňuje o důležité principy vedoucí ke kvalitnější spolupráci s klientem. Konkrétně jsou principy popsány v další části práce.

3.1 Bostonský model

Rozlišujeme tři hlavní proudy rehabilitačních škol, ve kterých se liší především role klienta (Wilken, Hollander, 1999):

- Libermanův přístup – klient je asertivním pacientem.
- Benettův a Shepherdův přístup – klient je spolupracující uživatel neboli podílející se konzument služeb
- Anthonyho přístup – klient je uvědomělým studentem

FOKUS Mladá Boleslav poskytuje své služby dle Anthonyho Bostonského modelu. „*Vývojově zaměřený přístup se soustřeďuje na klientova přání a potřeby. Klíčovým konceptem zde je osobnostní růst a učení. Řada psychoterapeutických proudů je na tomto přístupu založena, i když býval považován za nevhodný pro chronicky duševně nemocné pacienty, kteří se nezdáli schopni zformulovat osobní cíle. A v tomto přístupu musí sám klient určit cíl a způsob jeho dosažení. Bez cíle není směr, kam namířit klientův vývoj.*“ (Wilken, Hollander, 1999, s. 3) Proces psychosociální rehabilitace dle Bostonského modelu má tři fáze: diagnostickou, plánovací a intervenční. Cyklický charakter tomuto modelu dodává fáze vyhodnocení, která plynule vede k další diagnostice. (Pěč, 2009) Ve fázi diagnostické je důležité šetření připravenosti neboli readiness. Pokud z tohoto šetření vyplyne nedostatečná připravenost klienta ke změně, pak jsou mu doporučeny jiné metody, které ho dostatečně připraví. Při šetření se pozornost zaměřuje na klientovu potřebu změny, připravenost na změnu, jak si klient uvědomuje sám sebe nebo prostředí a jaká je klientova sociální staženost. Součástí diagnostické fáze je šetření rehabilitačních potřeb klienta a stanovení dlouhodobého cíle. Plánování obnáší vytvoření rehabilitačního plánu rozvoje dovedností s popisem konkrétních intervencí potřebných k dosažení cíle. Rehabilitační plán je na důkaz spolupráce podepsán klientem a pracovníkem, který mu byl s vytvářením nápomocný. Intervence mohou mít podobu týmové práce, protože do ní bývají obvykle zapojováni i lidé z klientova okolí nebo další pracovníci. (Pěč, 2009)

3.2 Kvalita života

Klíčovým tématem psychosociální rehabilitace je kvalita života jedince se zaměřením na její zvyšování. Termín kvalita života byl poprvé zmíněn v roce 1920 Pigoem, který zkoumal, jaký vliv mají státní dotace na kvalitu života sociálně slabších vrstev a zároveň na státní rozpočet. Více se o kvalitě života začalo diskutovat díky americkému prezidentovi Johsonovi v 60. letech dvacátého století, který za cíl domácí politiky zvolil zlepšování kvality života Američanů. Považoval za důležitější ukazatel společenského blaha otázku „Jak se lidem žije za určitých podmínek“ než kvantitu spotřebovaného zboží. Do té doby převládající koncept „společnost hojnosti“ byl zpochybňován myšlenkou, že pouze ekonomický růst nutně nevede ke zvyšování spokojenosti lidí se životem. Naopak se začalo prokazovat, že spíše narůstají požadavky, které nelze naplnit. V Evropě se tento pojem dostal do popředí v 70. letech,

kdy na dosahování lepší kvality života pro spoluobčany postavil svůj politický program německý politik Willy Brandt.

3.2.1 Definice kvality života

Následně se také objevila potřeba definovat pojem kvalita života sociology a vzniklo mnoho odborných publikací. Jednoznačně širokou veřejností uznávaná definice zatím nebyla stanovena. Odborníci se přesto shodují na principu vycházejícím z Maslowovy hierarchie potřeb, kdy je nutné, aby byly naplněny základní potřeby a až poté je možné uspokojit následující. Tyto potřeby na sebe dle Maslowa navazují tímto způsobem: Základní tělesné, fyziologické potřeby - Potřeba bezpečí a jistoty - Potřeba lásky, přijetí, spolupatříčnost - Potřeba uznání, úcty – Potřeba seberealizace. Není-li naplněna některá ze základních fyziologických potřeb, není možné naplnit potřebu bezpečí. Naopak jsou-li fyziologické potřeby zcela naplněny, pak nejsou považovány v tu chvíli za důležité a pozornost je soustředěna na dosažení dalšího cíle. Kvalita života je v tom smyslu chápána jako uspokojení člověka s dosahováním cílů, které určují směr jeho života. Nebo jako stupeň, ve kterém jedinec využívá možnosti svého života. Světová zdravotnická organizace definuje pojem kvalita života jako: *“individuální vnímání vlastní pozice v životě, v kontextu té kultury a v systému těch hodnot, v nichž jedinec žije. Vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům.”*

3.2.2 Indikátory kvality života

Při vývoji definice se posuzovala propojenost mezi podmínkami života, do kterých spadá např. příjem, politické zřízení, a vlastním životním pocitem lidí, načež bylo zjištěno, že *„pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které se sociologickým statutem, a dokonce ani s biologickým zdravím, nemusí být v přímé úměře.”* (Payne, 2005, s. 206) Studium kvality života, neboli *„hledání a identifikace faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí“* (Payne, 2005, s. 206) vedlo v roce 1961 k přijetí OSN 12ti faktorů, které ovlivňují kvalitu života - „podmínky života“. Patří mezi ně (Vadurová, Mühlpachr, 2005, s. 8): *“stav ochrany zdraví, životní prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty, osobní svoboda.”* Poté bylo v roce 1974 Evropskou komisí OSN

vytvořeno 8 skupin sociálních indikátorů (Halečka, 2001), kterými jsou: zdraví, kvalita pracovního prostředí, nákup zboží a služeb, možnosti trávení volného času, pocit sociální jistoty, možnosti rozvoje osobnosti, fyzikální kvalita životního prostředí, možnost účasti na společenském životě.

3.2.3 Model kvality života

Z multidimenzionality pojmu kvalita života vycházeli výzkumníci v Centru pro podporu zdraví při torontské univerzitě v Kanadě, kteří vytvořili Model kvality života skládající se ze tří hlavních a devíti dílčích domén.

Tabulka č. 1: Model kvality života

BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
PATŘIT NĚKAM (BELONGING) – spojení s konkrétním prostředím	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasová realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Zdroj: The quality of life model, University Toronto, Canada

3.2.4 Objektivní a subjektivní pohled na kvalitu života

Boevink a kolektiv zastávají názor, že je vhodné kombinovat dva rozdílné pohledy na kvalitu života v souvislosti s péčí o zdraví. V takovém případě je stejně důležité objektivní posouzení životních podmínek jako subjektivní osobní zkušenost jednotlivce s kvalitou života. S tím souvisí rozdílné metody měření kvality života, které Křivohlavý, J. (2002) dělí do tří skupin:

- objektivní metody – hodnotí se externí kritéria v pojetí a hodnocení kvality života; nejčastěji se využívá metoda APACHE II.
- subjektivní metody – hodnotí se interní kritéria v pojetí a hodnocení kvality života; nejčastěji se využívá Program hodnocení individuálně chápané kvality života od C. A. O'Boyla a H. M. McGee
- smíšené metody – využívá se dílčích částí subjektivních a objektivních metod

Při poskytování psychosociální rehabilitace je subjektivní pojetí kvality života důležité, protože úzce souvisí s motivací klienta. Pokud je nespokojený se svou situací, je větší pravděpodobnost, že bude otevřený změnám. Zároveň jeho přání může ovlivnit, v jaké oblasti se dané změny budou dít. *„Dle Wilkena a Hollandera spočívá kvalita života především v jeho smyslu. Lidé, prostředí, aktivity, domácí zvířata a všemožné další věci dávají našemu životu smysl a hodnotu, pro kterou stojí za to žít. Kvalita a smysl života jsou však pochopitelně pojmy subjektivní.“* (Hollander, Wilken, 2016, s. 19) Lehman považuje kvalitu života za: *„pocit blaha, pohody a uspokojení, zakoušený lidmi v průběhu každodenního života.“* (Wilken, Hollander, 1999, s. 5)

3.3 Životní a osobní domény

Stejně jako při vyhodnocování kvality života i komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci vychází z holistického pojetí, kdy *„nahlíží na osobnost jedince jako na celek v kontextu celého jejího života“* (Wilken a Hollander, 1999, s.4) a zaměřuje se na osobní a sociální role klienta. Při poskytování rehabilitace se různě mění potřeba působení v úrovních fungování – klient, jeho prostředí a společnost. Odvozuje se od klientova přání v naplňování konkrétních sociálních rolích. Proto se zde kvalita života vztahuje k osobním a životním doménám. Životní domény Pěč (2009) souhrnně nazývá životním prostředím a jsou to oblasti, ve kterých je možný rozvoj osobnosti. Mezi životní domény patří: bydlení, práce, učení a volný čas. Osobní domény podmiňují náš pocit spokojenosti a zahrnují tyto oblasti: sebepéče, zdraví, bezpečí a sociální vztahy.

3.4 Pět pilířů rehabilitace a dimenze rehabilitačního procesu

Hollander s Wilkenem popisují pět pilířů rehabilitačního procesu, které determinují míru podpory, na kterou se mohou klienti spolehnout. Zároveň jsou důležitými komponenty ve vztazích, které tvoří triádu: klient – profesionál – příbuzní.

Rehabilitační aktivity by proto měly být zaměřeny na posilování těchto pilířů (Wilken, Hollander, 2016, s. 28):

- *„motivace – hnací motor zotavení, například naděje, přání a touhy*
- *identita – rozvoj osobní identity prostřednictvím budování vlastního životního příběhu a objevování vlastních silných stránek.*
- *znalosti a dovednosti – včetně schopnosti vyrovnat se s postižením a rozvíjet svou nezávislost.*
- *status a vytváření smyslu – rozvoj smysluplných aktivit, hodnotných společenských rolí a pozitivních vztahů*
- *sociální a materiální podpora – včetně kontaktů s lidmi s podobnými zkušenostmi, bydlení, zaměstnání, odborné péče a podpory.“*

Rehabilitace probíhá ve třech dimenzích: času, vztahů a činností. (Pěč, 2009) Jednotlivé dimenze jsou provázané. Pokud má klient dobré vztahy s profesionálem a svým sociálním okolím, potom probíhající sociální interakce mají přímý pozitivní vliv na vykonávané činnosti. Ty se zároveň odehrávají v dimenzi času. Při rehabilitaci je důležitou podmínkou akceptace časové náročnosti. Dle Ciompiho (Ciompi in Wilken a Hollander 1999), „je pomalé důležitější, než rychlé.“

3.5 Teoretické rámce psychosociální rehabilitace

V rámci syntézy tří rehabilitačních škol dle Wilkena a Hollandera vychází psychosociální rehabilitace ze tří teoretických rámců, kterými jsou zotavení, zaměření na přítomnost a zplnomocňování.

3.5.1 Zotavení

Ke změně v přístupu k lidem s duševním onemocněním přispěla svojí vlastní zkušeností Američanka Patricia Deeganová, která nyní působí jako peer odbornice. Po diagnostikování chronické schizofrenie a následnému zotavení díky svému vlastnímu přesvědčení a zapojení se do studia psychologie stanovila několik základních charakteristik zotavení (Hollander a Wilken, 2016, s.22):

- *„proces zotavení je z velké části procesem vnitřním*
- *nejedná se o přímočarý proces; cesta vedoucí k zotavení je lemována mnoha pády a opětovnými vzestupy*

- *klíčem k zotavení je přijetí skutečnosti, že co je pryč, již nelze vrátit*
- *přijetí je aktivní proces, který vyžaduje značné osobní úsilí*
- *proces zotavení je především procesem učení a zrání*
- *v aktivní snaze o překonání následků onemocnění mohou být další lidé zapojeni“*

Zotavení není synonymem uzdravení. Při zotavení nedochází k plnému vymizení symptomů a neočekává se, že se život člověka vrátí do původní podoby jako před nemocí. Zotavení Anthony popisuje jako hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností a/nebo rolí člověka. Je to o žití spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory omezením způsobeným nemocí. Zotavení zahrnuje vývoj nového smyslu a účelu života člověka. (Anthony, 1993) Lidé s duševním onemocněním jsou vystaveni obdobnému procesu jako například lidé po úrazu nebo jinak vážně nemocní. V jeden okamžik přichází o své dosavadní role a zbývá jim role jediná – role pacienta. Následuje období truchlení, které obnáší fáze popření, zoufalství, hněvu a žalu. (Wilken, Hollander, 1999) Během překonávání této prvotní krize začíná probíhat proces zotavení. *„Procesy zotavování spočívají ve znovunalezení identity a životního smyslu. Součástí je však rovněž doložení staré identity, často zatížené rolí klienta či pacienta. Detlef Petry hovoří o demaskování, odhalení pravé tváře člověka, objevení základního jádra lidské bytosti, jež se pod maskou skrývá. Tato pravá identita skýtá prostor i zranitelným stránkám jedince, Taková výzkumná cesta vede nakonec k posílení nezávislosti. Důraz na silné stránky výrazně podporuje postupnou restituci pozitivního sebeobrazu: na mě záleží.“* (Hollander, Wilken, 2016, s. 23) První fáze je proces, při kterém je důležité uvědomění si nemoci a překonání tzv. „zaseknutí“. Zde je důležité snížení utrpení a ovládnutí symptomů, ke kterému pomáhá farmakoterapie, nabídka bezpečí, osobní péče a lékový management. Tato fáze je nazývána stabilizace a je nezbytná pro získání motivace ke změně. Po zápase s postižením a jeho následky přichází fáze reorientace, kdy je důležité zkoumání důsledků nemoci na blízkou budoucnost, vlastní zranitelnosti, zpracování zkušeností, hledání identity a smyslu. Zde je na místě poskytnutí poradenství, psychoedukace a pomoc při plánování budoucnosti. Tato fáze bývá také uváděna jako střední fáze – znovunabytí ztraceného a posunu kupředu. *„V této fázi se jedná o aktivní převzetí kontroly a zodpovědnosti za vlastní život, pochopení sebe sama, pochopení vazby mezi sebou a nemocí, pochopení života ve světě, schopnost postarat se o sebe, schopnost být aktivní či o stýkání s ostatními.“* (Pěč, 2009, s. 105) Poslední fáze

je o životě přesahujícím postižení a nazývá se reintegrace. Je to fáze, při níž dochází k obnově smysluplných vztahů a sociálních rolí. Důležité je hledání silných stránek, vyrovnání se se zranitelností a dosažení požadované situace z hlediska bydlení, práce, učení a volného času. Pěč (2009) s Wilkenem a Hollanderem (2016) se shodují, že v této části procesu dochází ke zlepšování kvality života. Pěč (2009, s. 21) tyto fáze pojmenovává:

- „„přemožení“ nemocí
- *zápas s nemocí*
- *život s nemocí*
- *život mimo nemoc*“

Proces je o to náročnější, protože se lidé s duševním onemocněním většinou musí zotavit nejen z nemoci, ale i z jejích následků jako jsou (Pěč, 2009, s. 104):

- *„ze stigmatu, které duševní nemoc přináší a které je často klientem zvnitřněno*
- *z iatrogenních efektů nastavení léčby a z nedostatku příležitostí pro sebeurčení*
- *z negativních vedlejších efektů nezaměstnanosti*“
- *z rozbitých snů*“

3.5.2 Zaměření na přítomnost a zplnomocňování

Wilken a Hollander poukazují, že být tu pro klienta je velmi důležitý prvek v procesu rehabilitace. Naše přítomnost se může projevit pasivně i aktivně. Znamená to potom jednoduše tu být s klientem nebo pro něj i něco vykonat. Co je v dané situaci důležité, záleží na klientovi. Tato naše přítomnost bývá v psychosociální rehabilitaci popisována principem BAP:

- základní bezpečí – poskytnout klientovi pocit bezpečí, tedy vědomí, že danou situaci může nějak ovlivnit, že nad ní má kontrolu. Všeobecně je základní bezpečí definováno jako: *„ochrana před fyzickými i emočními hrozbami, jako jistota, že i dnes budeme mít co jíst a budeme mít střechu nad hlavou.“* (Wilken, Hollander, 2016, s. 86)
- aktivní podpora – podpora může mít podobu morální, emocionální, praktickou či sociální. *„Podpora je pro člověka podporou jen, když je tak vnímána.“* (Wilken, Hollander, 2016, s. 88)

- osobní pouto – „*Vztah je založen na osobním poutu, tedy propojení dvou lidských bytostí. Svrchovanou roli hraje lidskost pomáhajícího pracovníka, nikoli jeho role odborníka. Podobně je u daného klienta na prvním místě rovněž lidská stránka, nikoli pouze jeho problémy.*“ (Wilken, Hollander, 2016, s. 90)

Zplnomocňování neboli empowerment dle Matouška (2008, s. 144) znamená: „*Cíl některých postupů sociální práce spočívající ve zvýšení klientovy či skupinové schopnosti prosazovat vlastní oprávněné zájmy, respektive vymanit se z podřízeného, utlačeného postavení. Termín se používá ve dvou překrývajících se významech. Jednak v perspektivě psychologizující, kde se jím míní posilování sebevědomí, posilování schopnosti vyjednávat, asertivně prosazovat osobní či úzce skupinové zájmy; jednak v perspektivě sociální, kde jde o prosazování zájmů velkých skupin.*“

3.6 Pracovní rehabilitace

Jednou ze specifických úrovní psychosociální rehabilitace je oblast zaměstnávání lidí s duševním onemocněním a s ní úzce související pracovní rehabilitace. Pro klienty bývá v rámci nemoci velkou překážkou oblast sebeprožívání, dlouhodobé poruchy kognitivních funkcí, pozornosti a emocí. Při pracovní rehabilitaci je díky využívání výše zmíněných principů psychosociální rehabilitace brán na tyto překážky zřetel a klienti mají možnost získat a posílit pracovní a sociální dovednosti, zažít si určitý režim, být součástí společnosti, pocítit vlastní potřebnost pro kolegy v týmu, získat sebevědomí, mít motivaci k aktivitě, fyzickou bezpečnost vyplývající z finančního příjmu. Posílení v jakékoli z těchto oblastí vede ke zvýšení kvality života. Dle Thornicrofta (2011, s. 82): „*panuje všeobecná shoda v tom, že práce může být pro mnoho lidí hlavním zdrojem vyrovnanosti a smysluplného života, a když chybí, může se zvyšovat pravděpodobnost rozvoje nebo trvání duševní nemoci.*“ Při pracovní rehabilitaci je stejně důležitá příprava klienta pro práci jako následné poskytnutí pracovní příležitosti, ať už v chráněných podmínkách nebo na volném trhu.

Při pracovní rehabilitaci je důležitý nácvik pracovních dovedností, který je jako jedna z činností v zákoně 108/2006 spolu s dalšími uveden nikoli pod sociální rehabilitací (§ 70), ale v rámci sociálně terapeutické dílny (§ 67) : „*Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu*“

práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.“

3.6.1 Funkce pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je dlouhodobý proces probíhající v postupných krocích vycházejících z individuálních potřeb klienta. Tento proces má čtyři hlavní funkce, které jsou dle Weeghela (in Pěč, 2009, s. 116) tyto:

- příprava
- adaptace
- podpora v chráněných pracovních podmínkách
- podpora v běžných pracovních podmínkách

Tyto funkce mohou být naplňovány v denních centrech, chráněných dílnách, přechodném zaměstnávání nebo podporovaném zaměstnání. S funkcemi úzce souvisí krokový model podle Libermana, kdy je nutné naplnit jeden cíl před prací nad dalším. Zároveň podle nynějších přístupů je vždy nezbytné vycházet především z individuálních potřeb klienta. Přesto u mnoha klientů probíhá tento proces: vyhodnocení pracovních schopností -> příprava na práci -> trénink pracovních dovedností -> chráněná dílna -> přechodné zaměstnávání -> nalezení zaměstnání -> podpora v zaměstnání na volném trhu. (Liberman in Pěč, 2009)

Van Weeghel (in Pěč, 2009, s. 121) definoval 12 faktorů úspěšnosti pracovní rehabilitace:

1. *„Propojení s procesem údravy a výběrem zaměstnání (pracovní rehabilitace je vlastním rozhodnutím klienta)*
2. *nabízet výhled běžného zaměstnání, ale i alternativy*
3. *nezkracovat proces rehabilitace (jde hlavně o přípravné programy u lidí s krátkými pracovními zkušenostmi a dlouhou anamnézou nemoci a hospitalizace)*
4. *vyhodnocení pracovních dovedností a příležitostí jako kontinuální proces, který má tři fáze (výběr, získávání a udržení)*
5. *rychlé umístění uchazeče do požadovaného pracovního prostředí (ale ne každého)*

6. *poskytovat podporu při vzdělávání (podporované vzdělávání)*
7. *orientovat intervence na (pracovní) prostředí (využívat různé možnosti přizpůsobení na pracovním místě)*
8. *poskytovat podporu zaměstnavateli i kolegům*
9. *učit dovednosti i strategie zvládnání (trénink sociálních dovedností s obsahem co nejvíce blízkým pracovní situaci)*
10. *propojení s léčbou a dalšími rehabilitačními programy*
11. *propojení s obvyklými programy zaměstnanosti*
12. *pracovní rehabilitace je součástí komunitního podpůrného systému.“*

3.7 Tréninková kavárna Strejda Burger

TK Strejda Burger je součástí komplexní psychosociální rehabilitace organizace FOKUS Mladá Boleslav a byla otevřena 8. 4. 2013. V prvním roce zde měli možnost pracovat v chráněném prostředí čtyři klienti a v dalších letech byla kapacita postupně navýšena nejprve na šest a v září 2018 na 8 míst. To bylo důsledkem nejen velkého zájmu ze strany klientů, ale také obliby ze strany zákazníků. V době otevření byla jedinou kavárnou svého druhu v okolí.

TK Strejda Burger byla ve své době registrována jako „Sociální rehabilitace“ dle Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., což bylo dáno praktickými ohledy v rámci procesu vytváření jednotlivých služeb v dané lokalitě. Dle § 70 jsou v této službě poskytovány tyto základní činnosti:

- a) *nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
- b) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- c) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*

.A to i přesto že jsou v TK běžně naplňovány principy sociálně-terapeutické dílny a do postupů začleněny aktivity směřující k získání pracovních dovedností. Pod sociální rehabilitací jsou v České republice registrovány i další tréninkové provozovny zaměstnávající lidi s duševním onemocněním a fungující na principech psychosociální rehabilitace a posilování životních a osobních domén.

Služba je díky registraci financována Středočeským krajem ze státního rozpočtu.

Služba poskytuje klientům obnovení i nácvik pracovních a sociálních dovedností v prostředí otevřeném veřejnosti, což umožňuje efektivní zapojení do běžného života. Pracovní zátěž se přibližuje podmínkám volného trhu práce. Klienti pracují na pozici kuchař/číšník. Pracovní nácvik klienta vždy vychází z individuálních potřeb, ovšem důraz je obecně kladen především na nácvik zvládnání pracovní zátěže, podporu samostatnosti, schopnosti komunikace, posílení sebevědomí. Klienti si také obnoví či získají znalosti z oblasti gastronomie.

Posláním služby je dle operačního manuálu TK Strejda Burger zvýšení či udržení žádoucí kvality života klienta prostřednictvím zapojení do pracovního procesu, snaha o zvyšování svobody klienta a jeho osobní zodpovědnost za svůj život a posilování zdravé stránky osobnosti klienta a s tím spojené odpoutání pozornosti od klientova onemocnění a jeho patologických příznaků. Cílem služby je postupně připravit klienta na práci v nechráněných podmínkách a umožnit mu za přítomnosti terapeutů nacvičit a posílit pracovní dovednosti (dodržení pracovní doby, plnění zadaných úkolů, postupné zlepšování se v práci, zapojení vlastních nápadů, uplatnění v pracovním kolektivu a schopnost týmové spolupráce, dodržení pracovního řádu, zkušenosti a znalosti v oblasti gastronomie), sociální dovednosti (umění jednat s lidmi a navazovat kontakty, posílení sebevědomí, sebeuplatnění, posílení osobnosti zvládnutím určitých krizových situací, respekt autorit, fungování v kolektivu) a aktivní zapojení do společenského života.

3.8 Léčky psychosociální rehabilitace

Základním principem psychosociální rehabilitace je vyhledávání rizik v životě klienta a následně za spolupráce s klientem a jeho sociálním okolím snaha o jejich eliminaci. Při spolupráci s klientem může sociální pracovník narazit na tak zvané léčky vyplývající z určitých omezení pracovníka či klienta. Při práci s klientem s duševním onemocněním by si pracovník měl být vědom existence těchto překážek a zvládnout na ně včas reagovat, aby nebyl zmařen proces rehabilitace. Hollander s Wilkenem (1999) tyto obtížné situace pojmenovávají:

- pracovník přeceňuje klienta
- pracovník podceňuje klienta
- pracovník vyžaduje aktivitu u klienta s chybějící vlastní motivací

- pracovník vyčkává, dokud nepřijde klient s přáním, otázkou, nebo plánem a nepomáhá mu s formulováním jeho přání, očekávání
- hranice normalizace – pracovník má přehnané nároky na normalizaci okolí klienta, nebo na normalizaci vztahu mezi sebou a klientem, kdy opomíjí klientův deficit například cítění emocí druhých
- opomíjení klientova požadavku pomoci
- nesprávné dávkování úsilí
- pracovník se zamotá do problémů s loyaltitou a dostatečně si nevymezí hranice
- pracovník je unaven klientem a v takové fázi nedokáže poskytovat přiměřenou péči, navíc je zde vysoké riziko vyhoření pracovníka

Shrnutí teoretické části

Předchozí tři kapitoly byly věnovány popisu a vysvětlení základních pojmů souvisejících s psychosociální rehabilitací poskytované klientům s duševním onemocněním. Pro ucelenost práce byl na úvod reflektován aktuální stav péče o lidi s duševním onemocněním v České republice a stručně charakterizován pojem „klient s dlouhodobým vážným duševním onemocněním“. Stěžejní pro praktickou část je třetí kapitola, kde je popsán proces psychosociální rehabilitace a s ní související koncepty zotavení, zplnomocnění a zaměření na přítomnost při práci s klientem. Hlavním cílem psychosociální rehabilitace je postupovat kroky, kterými se zvyšuje kvalita života klientů, a proto byla určitá část práce zaměřena na problematiku její definice.

V teoretické části jsou popsány dva stěžejní pojmy: psychosociální rehabilitace a pracovní rehabilitace, které se obecně úzce prolínají. V komplexním přístupu psychosociální rehabilitace je pracovní rehabilitace její součástí, která napomáhá k posílení životní domény „práce“. V zařízení, ve kterém bylo prováděno výzkumné šetření, jde v první řadě o rehabilitaci klientů v oblasti zaměstnání. Samotná registrace služby pod hlavičkou „sociální rehabilitace“ naznačuje přesah, kterým jsou dotčeny i další oblasti života klientů, tak jak je popsáno v předchozí kapitole. Ve výzkumné části se tuto skutečnost snažím postihnout tím, že nepracuji s úzkým pojmem pracovní rehabilitace, ale psychosociální rehabilitace, který ve shodě s literaturou (Pěč, 2009) vnímám jako nadřazený a pracovní rehabilitaci v sobě pojímající.

Psychosociální rehabilitace pracuje s životními a osobními doménami, ze kterých jsem vybrala ty, na které má zaměstnání klientů v TK přímý vliv – práce, zdraví (fyzické i psychické) a sociální vztahy.

Praktická část

4 Metodologie výzkumu

V této kapitole bude popsán průběh celého výzkumu od formulace hlavního a dílčích cílů, přes zvolené metody výzkumu až po interpretaci výsledků.

4.1 Formulace hlavního cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit přínosy a rizika psychosociální rehabilitace v kontextu života klientů, kteří pracují v TK Strojda Burger FOKUS Mladá Boleslav z.s. a vytvořit baterii doporučení pro dobrou praxi.

4.2 Formulace dílčích cílů výzkumného šetření

K naplnění hlavního cíle poslouží čtyři dílčí cíle, které jsou podrobněji popsány v následujících podkapitolách.

4.2.1 Dílčí cíl 1

DC 1 Zjistit, jaký vliv má psychosociální rehabilitace v kavárně na **pracovní návyky** klienta.

DC 1.1 Zjistit, jaký má **přínos** psychosociální rehabilitace pro klientovy pracovní návyky.

DC 1.2 Zjistit, jaká jsou **rizika** v oblasti pracovních návyků klienta během psychosociální rehabilitace.

4.2.2 Dílčí cíl 2

DC 2 Zjistit, jaký vliv má rehabilitace v kavárně na klientův **psychický stav**.

DC 2.1 Zjistit, jaký má **přínos** psychosociální rehabilitace pro klientův psychický stav.

DC 2.2 Zjistit, jaká jsou **rizika** v oblasti psychického stavu klienta během psychosociální rehabilitace.

4.2.3 Dílčí cíl 3

DC 3 Zjistit, jaký vliv má rehabilitace v kavárně na klientův **zdravotní stav**.

DC 3.1 Zjistit, jaký má **přínos** psychosociální rehabilitace pro klientův zdravotní stav.

DC 3.2 Zjistit, jaká jsou **rizika** v oblasti zdravotního stavu klienta během psychosociální rehabilitace.

4.2.4 Dílčí cíl 4

DC 4 Zjistit, jaký vliv má rehabilitace v kavárně na **sociální vztahy** klienta.

DC 4.1 Zjistit, jaký má **přínos** psychosociální rehabilitace pro klientovy sociální vztahy.

DC 4.2 Zjistit, jaká jsou **rizika** v oblasti sociálních vztahů klienta během psychosociální rehabilitace.

4.3 Zvolená výzkumná strategie

Kvalita života je subjektivní záležitost a proto jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu, kde je větší prostor pro zkoumání názoru jednotlivce a dává nám větší možnost lépe pochopit pohled jiného člověka. (Švaříček, 2007) Konkrétně jsem vybrala polostrukturovaný rozhovor, aby byla zachována určitá osnova a zmíněna důležitá témata, ale zároveň byla umožněna respondentům určitá volnost volby a tím získána další cenná data, která by poukazovala na osobní upřednostňování témat. Za výhodné při polostrukturovaném rozhovoru považuji možnost doplňujících, upřesňujících otázek, které nám dávají možnost lépe pochopit a také ověřit míru vzájemného porozumění při rozhovoru. Do určité míry nám tyto otázky pomohou lépe interpretovat myšlenky respondentů. Navíc se dílčím částem rozhovoru můžeme věnovat více do hloubky a narazit na další přínosná témata, což nadále koresponduje s osobním přístupem potřebným při zkoumání kvality života jedince. (Miovský, 2006)

4.4 Transformační tabulka

Tabulka č.2: Transformační tabulka

Dílčí výzkumný cíl	Dílčí výzkumný cíl 2. Řádu	Indikátory	Sada tazatelských otázek
Zjistit, jaký vliv má psychosociální rehabilitace v kavárně na pracovní návyky klienta.	Zjistit, jaký má přínos psychosociální rehabilitace pro klientovy pracovní návyky.	Co se klient/ka naučil/a nového v oblasti dovedností, práce v týmu, poslouchání nadřízeného a komunikačních dovedností?	Co jste se naučil/a díky naší službě nového pro svůj budoucí pracovní život? (v oblasti dovedností a práce v týmu, poslouchání nadřízené/ho a komunikačních dovedností)
	Zjistit, jaká jsou rizika v oblasti pracovních návyků klienta během psychosociální rehabilitace.	Co klientovi chybělo v oblasti pracovních dovedností	Shledal/a jste nějaké pracovní dovednosti, které byste potřeboval/a posílit, ale v kavárně se na nich nepracovalo? Jaké?
Zjistit, jaký vliv má rehabilitace v kavárně na klientův psychický stav .	Zjistit, jaký má přínos psychosociální rehabilitace pro klientův psychický stav.	stabilizace psychického stavu klienta	Co vám naše služba přinesla dobrého v oblasti vašeho psychického zdraví?
	Zjistit, jaká jsou rizika v oblasti psychického stavu klienta během psychosociální rehabilitace.	zhoršení psychického stavu klienta	Stalo se během zaměstnání, že by se zhoršil Váš psychický stav? Povězte mi o tom.
Zjistit, jaký vliv má rehabilitace v kavárně na klientův zdravotní stav .	Zjistit, jaký má přínos psychosociální rehabilitace pro klientův zdravotní stav.	stabilizace zdravotního stavu klienta	Co vám naše služba přinesla dobrého v oblasti vašeho zdraví?
	Zjistit, jaká jsou rizika v oblasti zdravotního	zhoršení psychického stavu klienta	Stalo se během zaměstnání, že by se zhoršil Váš

	stavu klienta během psychosociální rehabilitace.		zdravotní stav? Povězte mi o tom.
Zjistit, jaký vliv má rehabilitace v kavárně na sociální vztahy klienta.	Zjistit, jaký má přínos psychosociální rehabilitace pro klientovy sociální vztahy.	navázání/zlepšení sociálních vztahů	Navázal/a jste během zaměstnání v kavárně nové vztahy (pracovní i soukromé)? Jaký vliv měla práce na předchozí vztahy?
	Zjistit, jaká jsou rizika v oblasti sociálních vztahů klienta během psychosociální rehabilitace.	Rozpad sociálních vztahů/ izolace	Stalo se Vám během zaměstnání v kavárně, že byste z nějakého důvodu omezil/a kontakt se známými? Povězte mi o tom.

Zdroj: Autor

4.5 Volba výzkumného souboru

Cílem bakalářské práce je zjistit přínosy psychosociální rehabilitace a možná rizika vyskytující se během ní v konkrétní tréninkové kavárně na kvalitu života klientů. Výběr respondentů byl záměrný - jako výzkumný vzorek bylo nutné zvolit přímo klienty, kteří mají s psychosociální rehabilitací v kavárně osobní zkušenost. Navíc bylo vhodné oslovit klienty, kteří v kavárně pracovali minimálně rok, protože se dá předpokládat, že za takovou dobu měla rehabilitace na kvalitu života zásadnější vliv. TK vznikla v roce 2013 a její kapacita je vždy 6 klientů, kteří měli původně smlouvu na tři roky. Kritérium odpracovaného alespoň jednoho roku dosud splňuje 8 klientů, z toho 5 klientů nadále bydlí v okolí Nymburka. Pro výzkum byla v rámci charakteristiky respondentů směrodatná pouze délka trvání pracovního poměru v tréninkové kavárně, a proto je následující tabulka stručná.

Tabulka č. 3: Stručná charakteristika respondentů

Respondent číslo	délka pracovního poměru	ukončený pracovní poměr
R1	3 roky	Ano
R2	2,5 roku	Ano
R3	3 roky	Ano
R4	1 rok	Ne
R5	4 roky	Ne

Zdroj: Autor

4.6 Popis organizace a průběhu výzkumu

Při organizaci výzkumu jsem vycházela z doporučení pana Švaříčka (2007), který výzkum rozděluje na tyto etapy:

- *Stanovení cílů výzkumu*
- *vytvoření konceptuálního rámce*
- *definování výzkumných otázek*
- *rozhodnutí o metodách*
- *zajištění kontroly kvality výzkumu*
- *sběr dat a jejich organizace*
- *analýza a interpretace dat*
- *formulování závěrů do výzkumné zprávy“*

Před samotným stanovením cílů výzkumu jsem se věnovala teoretické přípravě a studiu materiálů zabývajících se kvalitou života a psychosociální rehabilitací. Téma kvality života je nyní populární a tak bylo nutné vyhledat si kvalitní zdroje, které by byly spjaty s psychosociální rehabilitací. Následovalo vytvoření konceptuálního rámce výzkumu a s ním související definování výzkumných otázek. Z výzkumných otázek vyplynula vhodná metoda výzkumu.

Po této přípravě a dosažení jasné představy jsem oslovila vedení organizace s žádostí o umožnění rozhovorů s klienty. V této etapě jsem také ověřila vhodnost zvolených otázek a udělala rozhovor „na nečisto“.

Výzkum proběhl v listopadu 2018 v zařízení FOKUSu Mladá Boleslav z.s. v Nymburce. Všechny respondenty jsem osobně oslovila a informovala je o záměru výzkumu. Mé obavy z odmítnutí účasti nebyly naplněny a rozhovor byl proveden se všemi oslovenými.

Každý rozhovor se uskutečnil v bezpečném prostředí. Respondenti nebyli s otázkami předem seznámeni. Úvod rozhovoru byl věnován stručnému popisu účelu práce, kdy jsem zmínila, že věřím v možnost zefektivnění služby a byl zdůrazněn anonymní charakter rozhovoru. Respondenti byli požádáni o informovaný souhlas s nahrávaným rozhovorem. Rozhovor byl veden ve stanoveném pořadí otázek a byl doplňován o rozšiřující, upřesňující a ověřující otázky. Nejvíc jich bylo potřeba v případě první

otázky – Co jste se naučil/a díky naší službě nového pro svůj budoucí pracovní život? Zde jsem upřesňovala, co všechno se skrývá pod pojmem „pracovní návyky“. Průměrná délka jednoho rozhovoru byla 20 minut.

V prosinci 2018 jsem zahájila analýzu získaných dat a jejich interpretaci. V lednu byly vytvořeny závěry z výzkumu.

4.7 Způsob zpracování dat

Rozhovory byly na základě souhlasu klientů nahrávány na diktafon. Klienti byli velice sdílní a při rozhovoru bylo získáno velké množství informací. Při rozhovorech se opakovala počáteční nervozita a následné uvolnění a radost ze sdílení a vzpomínání. Díky tomu byly odpovědi na otázky týkající se přínosů velice bohaté a obtíže nastávaly při otázkách na rizika. Bylo patrné citové zabarvení, kdy klienti vyjadřovali velkou náklonnost ke službě a těžko se jim hledala negativa.

Po rozhovorech byla provedena transkripce, neboli doslovný přepis, a tím bylo nashromážděno velké množství dat. Pro lepší orientaci v datech bylo využito otevřeného kódování. *„Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby. Je to ústřední proces tvorby teorie z údajů.“* (Strauss, Corbinová, 1999, s.39) Při tomto procesu byla data roztríděna dle dílčích cílů.

4.8 Rizika výzkumu a výzkumné strategie

Výzkumem bylo zjišťováno téma, které má hodně osobní charakter a opírá se o vlastní zkušenosti interpretů, proto existovalo velké riziko před výzkumem v podobě neochoty zapojit se, případného odmítnutí účasti již po provedeném rozhovoru. Těmto komplikacím jsem se snažila předejít otevřeností a co možná nejlepším představením výzkumného záměru. Klienti byli ujištěni o anonymitě průzkumu a důležitým bodem bylo ubezpečení, že jde především o jejich osobní názor, a tudíž nemusí být nervózní, zda odpoví správně.

U některých klientů s vážným duševním onemocněním dochází k narušení kognitivních funkcí a při rozhovoru existuje vyšší riziko nepochopení položené otázky. Proto bylo nutné zvýšit důraz na srozumitelnost a jednoznačnost dotazů a mít připravenou sadu doplňujících, nikoli však návodných, otázek.

Riziko, které vyplývá ze zvolené výzkumné strategie je časová náročnost rozhovorů a s ní související vysoké nároky na udržení pozornosti klienta i své a na regulování odbíhání od hlavní linky výzkumu.

V neposlední řadě spatřuji riziko výzkumu ve své vlastní osobě, kdy si uvědomuji, že každý tazatel vstupuje do rozhovoru s vlastním názorem, stereotypy, předsudky a zkušenostmi a je nezbytné s tímto počítat při interpretaci výsledků. (Miovský, 2006)

5 Analýza a interpretace údajů

V následující části práce bude provedena analýza a interpretace získaných údajů dle jednotlivých dílčích cílů. Každý z dílčích cílů se skládal ze dvou částí, které zkoumají přínosy a rizika psychosociální rehabilitace poskytované v Tréninkové kavárně.

5.1 Analýza a interpretace údajů dílčího výzkumného cíle 1

Dílčím cílem DC 1 jsem se snažila najít odpověď na otázku, jaký vliv má psychosociální rehabilitace v kavárně na pracovní návyky klientů. Za důležité jsem považovala ty pracovní dovednosti, které může klient uplatnit v zaměstnání na volném trhu a konkrétně se jednalo o **dovednosti nezbytné pro práci v kavárně či kuchyni, práci v týmu, docházku**, poslouchání nadřízeného a **komunikační dovednosti**. Otázka zahrnuje široký rámec dovedností, a proto byla položena jako otevřená. Díky tomu se dalo vyzorovat, co jednotliví klienti považují za významné a zmiňují předně. Zároveň jsem zjišťovala, zda existují pracovní návyky, které nebyly při rehabilitaci dostatečně posilovány.

Většina klientů uvádí, že během rehabilitace získala pravidelný denní režim, který jim usnadnil dodržování **docházky** do práce. Klienti popisují, že je nesnadné vstávat a také dojít do práce ve dny, kdy jim není dobře. Klient R3: *„Taky jsem se naučil, že jsem dřív jakoby dýl spal a tak že jsem se naučil jakoby dojít do tý práce i když mi nebylo moc dobře.“* Plynulými kroky se jim podařilo naučit se tento stav překonat a pracovat. Navíc si postupně navyšovali úvazek, což jim rozšířilo možnosti při hledání práce na volném trhu, protože dokázali pracovat více hodin týdně. *„Je fajn, že nic není jako naráz nebo ze dne na den, ale všechno se to děje tak nějak postupně, že*

to byl v podstatě takový postupný pokrok. Nejdřív třeba o tu hodinu na den a pak třeba i ten den navíc a člověk to nějak postupně zvládl.“

Všichni se shodují na získání velkého množství **dovedností** v oblasti přípravy pokrmů, obsluhy na baru, skladování surovin a hygienických návyků v kuchyni a tyto dovednosti jmenují. Klient R3: *„Jako třeba usmažit karbanátek do hamburgerů, jako co tam patří všechno do toho nebo třeba i ty palačinky nebo bagety zapečený.“* Klient R1: *„Nebo i ten úklid tak celkově jsem třeba neměl úplně zažitý a teď jsem vlastně schopn v kavárně uklidit. Tedy jako zamést, vytrít a tak dále. A to můžu použít třeba i doma a stejně tak to můžu využít případně v nějakým pracovním poměru./.../ A pak ještě určitě ty suroviny, to hlídání data spotřeby a mohu říci teda i to ukládání do krabiček a ledniček a tak dále.“* Klientka R4: *„Používat ty rukavice v kuchyni. Jako dodržovat nějaký zásady hygieny.“* Klientka R2: *„No uvařit tu kávu, udělat ty limonády a taky obsloužit ty lidi, že jo? To taky není jednoduchý stoupnout si k tomu stolečku a jako ptát se: Co si dáte?“* Někteří klienti měli před nástupem do rehabilitace velice malé zkušenosti s vařením doma a seznamovali se s kuchyní od začátku. Klientka R5: *„Tak jsem si jakoby začala víc věřit v tý kuchyni. Vlastně jsem neměla předtím zkušenost žádnou. Takže mě tohle naučilo vlastně všechno. /.../ Třeba ty palačinky, to jsem v životě nedělala. To jsem se naučila super jako. Nebo to pečení toho pečiva, že jo? To taky. Všechno to sice trvalo jakoby delší dobu než jsem se to naučila.“*

Zajímavým příkladem je dovednost, která poukazuje na zvládnutí **komunikace** a **práce v týmu**, tedy organizace práce ostatních kolegů při přípravě pokrmů v kuchyni. Klientka R5: *„Pak když jsem se jakoby všechno naučila za ty roky, tak už mi jakoby šlo i to, že jsem říkala lidem, ty uděláš tohle a ty tohle. Tu organizaci no.“* V komunikaci klient R1 navíc zmiňuje, že se naučil být otevřenější k okolí: *„Stal jsem se vlastně trochu otevřenější. Ze začátku jsem jako s nikým moc nekomunikoval. S klienty málo, s nadřízenými téměř můžu říct, že vůbec. Jenom jsem přijímal úkoly, ale nekomunikoval s nimi. Což si myslím, že se určitě hodně zlepšilo.“* Opakovaným tématem souvisejícím s komunikací bylo zmírnit ostych z cizích lidí při práci na baru a nebát se je oslovit při obsluze. Klient R3: *„Jako že jsem se otrkal být mezi lidma. S tím jsem měl jako opravdu problémy. Nejdřív když jsem šel ke stolku, tak jsem se bál oslovit ty lidi nebo nějak jako objednat tu objednávku. No a pak jak jsem to dělal*

každý den a opakovaně, tak se to prostě zlepšilo. Už jsem neměl ani trému a šlo to prostě samo.“

Většina klientů není místních a do práce musí dojíždět vlakem. Někteří uvádí, že i to byla dovednost, kterou museli posílit, protože je náročné strávit ještě půl hodiny až hodinu ve vlaku. Při rehabilitaci v kavárně se jim podařilo tuto dovednost nacvičit. Jedna klientka kromě fyzické náročnosti dojíždění také uvádí, že měla strach z lidí kolem sebe a měla pocit, že na ni cestou obvykle divně koukají, protože všichni museli vědět, že je jiná. Tento strach údajně častým opakováním vymizel.

Poslouchání nadřízeného nezmínil nikdo z klientů, i přesto že například pro klienty s poruchou osobnosti může být právě tato dílčí oblast potřebná k nácviku.

Polovině klientů chyběla během rehabilitace v kavárně v oblasti pracovních dovedností **širší nabídka specializace** náplně práce. Klientka R2: *„Chyběla mi trošku jako duševní práce. Naučit se něco trošku jako i studijního, do toho mého.“* a klient R1: *„Napadá mě, že jsem pracoval jako ..., tak něco z té oblasti. Učit se zase nové věci třeba v této oblasti mě napadlo.“*

Další klientka, která má za sebou zkušenost s ukončením rehabilitace a hledání práce na volném trhu popisuje jako nedostatek **omezenou délku pracovní doby**. Omezením v tomto případě není míněno nastavení služby, ale samotné onemocnění, v jehož důsledku by bylo více hodin práce pro klienty příliš náročné. Klientka R5: *„No jakoby dýl pracovat prostě, že delší dobu no. Ale nevím, jestli bych to úplně zvládla, že jo?“*

5.2 Analýza a interpretace údajů dílčího výzkumného cíle 2

Pomocí druhého dílčího cíle jsem se pokusila zjistit, jaký vliv má psychosociální rehabilitace v TK na psychický stav klientů. Zajímalo mě, zda se klienti v průběhu rehabilitace setkali s něčím, co jim pomohlo dlouhodoběji **stabilizovat** jejich psychický stav. Zároveň považuji za důležité zmapovat možná rizika, která se v oblasti psychického stavu vyskytují během rehabilitace v kavárně.

Z rozhovorů vyplývá, že v této oblasti je pro respondenty důležité téma **režimu dne** a s ním související **náplně dne**. Oba tyto faktory dle jejich slov výrazně ovlivňují jejich psychickou pohodu a stabilitu. Klientka R5 popisuje svoji zkušenost, kterou

získala během hospitalizace a nalézá její potřebnost ve svém běžném životě: „*Ono je fakt dobrý mít režim. Já jsem to zjistila tam, že je fakt dobrý mít režim i takhle normálně, že jo? Pak v tu stejnou dobu jíst, jakože ty prášky furt jako aby se to pak drželo přesně na ty hodiny. A to samý mám s prací, že vstávám v tolik, do kolika jsem v práci... Že prostě mám nějakou náplň toho dne.*“

Dalším opakujícím se tématem souvisejícím s režimem dne bylo zvyknout si na vstávání v určitou hodinu a s tím související včasné usínání kvůli potřebnému kvalitnímu spánku. Klient R1 popisuje změnu v pravidelnosti, kdy musí počítat se vstáváním do práce, což mu znemožňuje celonoční hraní her. Díky tomu si zvyká na běžný režim pracujících lidí. Klient R1: „*Pravidelně vstávat do práce. Jakoby počítat s tím i dopředu, že člověk třeba nemůže být celou noc vzhůru a podobně. Že vlastně bude teda vstávat do práce, takže s tím musí prostě počítat.*“ Klientka R2 uvádí, že se jí postupnými kroky podařilo odbourat obavy z večerní únavy a tím si obohatila volný čas o setkávání s přáteli při společenských událostech. „*Získala, protože já jsem, jako nevím, jestli je to lékama nebo je to tou diagnózou, ale já jsem byla hodně unavená k večeru. Já jsem měla strach třeba chodit do divadla, do kina, když to bylo od sedmi, od osmi večer, na plesy. Já jak tam byly ty odpolední směny a já se dostávala domů až ve tři čtvrtě na sedm, no tak já jsem, ze začátku jsem z toho byla hodně unavená, ale postupně jsem se vlastně naučila trochu víc večerní život. Už bych se teď nebála, kdyby mi někdo nabídl, pojď se mnou do kina, tak bych se nebála. Už na to mám jako kondici. A co ještě. I to vstávání se tam člověk naučí. Mě teda osobně víc vyhovuje ten ranní režim, jo? Já jsem spíš ranní ptáče. Já klidně ráno v těch šest vstanu, ale jsem radši, když jsem odpoledne doma, nebo když se nevracím pozdě večer. Ale díky tý kavárně, jsem se naučila vlastně obojí.*“

Často opakovaným přínosem bylo získání **psychické odolnosti**. Klienti jsou v kavárně vystavováni určité psychické zátěži se stálou podporou terapeutek. Sami jsou si této skutečnosti vědomi a respondentka R2 ji například popisuje takto: „*Je to takový to, ale kdybych to nějak měla říct jednou větou tak: Těžko na cvičišti lehkou na bojišti. To tam někdy bylo docela hodně náročný a pak člověk má někdy pocit, že jako, že v některých směrech ani tak náročnej život nemam. Teď třeba mám práci, která je náročná jinak, ale svým způsobem to bylo tak náročný, aby člověk měl velkou šanci obstát.*““

Respondent R3 také zmiňuje náročnost práce, která je určitým způsobem přínosem, protože formou, jakou byla ošetřena, ve výsledku zvýšila klientovu psychickou odolnost: „*Celý to docela vono to byl takový šrumec někdy v tom burgeru tak jako že to jakoby že to je výhodou potom. Protože teďka mam klidnější práci, masíruju toho jednoho člověka a jako prostě když je větší stres v tý práci trošku na začátku aspoň v tý tréninkový tak pak jako pak už když je ta práce na volným trhu potom nějaká tak už jako je ten člověk posilenej pak už. /.../ Takže to je trošku větší stres tam větší hladina a jak jsme tam pod kontrolou jako vás terapeutek, že jo tak prostě pak už to v tý další práci takový jednodušší no. Kdybyste byly na nás jako moc hodný, moc v rukách nebo jak to říct, tak jakoby pak ten stres v tý další části bysme nemuseli unýst. Ale díky tomu, že to tady je trošku víc našlapaný tady se jako...*“

Většina respondentů si vybavila události, které poukazují na **překonání horších dnů**, kdy jim nebylo dobře, a přesto dokázali do práce dojít. Obvykle se navíc jejich psychické rozpoložení v průběhu dne v práci zlepšilo a tato zkušenost je příště přiměla k příchodu do práce. Nazývají to: „*Vůle dojít do práce i v horší dny*“, „*nepoddávat se nemoci*“ nebo respondentka R5: „*Jo, tak to je supr otázka. Protože to... Kolikrát se ráno probudim s tím, že mám úzkost, že jo? Jdu do práce a úzkost zmizí. /.../ „Nevim. Člověk rozptýlí ty myšlenky. Když třeba kolikrát ani to ani nemusí bejt na prášek, že jo. Že stačí, když fakt jako když se vychytá to, co jako co vám to rozptýlí, tak mě to dělala ta práce no.*“ Klient R1 popisuje konkrétní situaci, kdy v prvním roce při úzkostném stavu nedorazil do práce, další rok se rozhodl tento stav překonat a do práce dorazil. Jeho stav se během dne zlepšil a při další obtíži už očekával, že mu práce naopak pomůže. „*...že se mi tento stav podařilo, dá se říct, odbourat a vlastně příště jsem už byl schopen dorazit a jako zapojit se a už jsem nemusel odejít domů.*“

Další zajímavý přínos, který si někteří při položení otázky vybavují a považují ho za důležité, je pocit, že jsou součástí společnosti a také mají možnost setkávat se s jinými lidmi. Klientka R4 tuto skutečnost komentuje: „*Vlastně, že jsem mezi lidma a že se člověk necejtí osamělý no.*“

Dále se jim opakováním dané činnosti podařilo odbourat či zmírnit strach při jízdě vlakem. Poslední uvedený příklad klientka R2 popisuje: „*V podstatě to byl takovej postupnej pokrok a myslím, že vůbec v tom FOKUSu je fajn, že nic není jako naráz nebo ze dne na den, ale všechno se to děje tak nějak postupně a tím že jsem vlastně*

musela cestovat tím okolím, tak jsem se vlastně naučila dojíždět tím vlakem. Vlastně jsem se i trošku obrnila, jako je to divný jo, ale při tý nemoci třeba člověk má i strach, že v tom vlaku sedí, kolem něj jsou ty cizí lidi, teď na něj nikdo nemluví, teď vidím, jak se.. prostě je to takový zvláštní jo. Takže i tohle se člověk naučí, pokud tam nebydlí přímo v tom Nymburce.“

V rámci psychosociální rehabilitace je kladen důraz na zjišťování a eliminování možných rizik, a proto je součástí dílčího cíle také zmapování, za jakých podmínek došlo během rehabilitace ke zhoršení psychického stavu klientů.

Ve většině případů během zaměstnání v kavárně k žádnému výraznějšímu **výkyvu v psychickém stavu** klientů dle jejich slov nedošlo. Přesto je zde opakující se prvek, který poukazuje na citlivé místo při procesu rehabilitace. Klienti popisují zhoršení psychického stavu v důsledku **odchodu na volný trh**, kdy pocítují obavy, nejistotu a je to pro ně velká životní změna. Tyto stavy zažívají v období před koncem pracovní smlouvy. Klientka R2 před odchodem na volný trh zažila toto: *„Poslední dobou, než jsem si zvykla, že bych odtamtud měla jít, tak jsem se trochu zhoršila no. Než jsem se s tím nějak vnitřně vyrovnala.“*

Klient R3 popisuje svoji zkušenost s dekompenzací jeho psychického stavu během psychosociální rehabilitace v kavárně, kdy si nabral mnoho povinností a bylo toho na něj příliš: *„To možná byl na mě tak velkej ten stres v jednu chvíli, že jsem toho měl jako moc těch věcí, že jsem si nabalil nějaký věci navíc a asi jsem to neměl dělat, nějak se mi to nakupilo. A to jsem pak šel do tý léčebny, že jo? To zas asi bylo až moc toho stresu najednou no.“*

5.3 Analýza a interpretace údajů dílčího výzkumného cíle 3

V třetím dílčím cíli se zaměřuji na zdravotní stav, což je další oblast, která výrazně ovlivňuje kvalitu života člověka. V rozhovoru zkoumám, zda existuje něco, co by během rehabilitace zlepšilo zdravotní stav klientů nebo naopak mělo na zdraví negativní vliv.

Převládajícím tématem v oblasti zdravotního stavu byla během rozhovorů **fyzická kondice**. Klienti popisují práci v kavárně jako výrazně fyzicky náročnou. Do kavárny chodí hodně zákazníků, zaměstnanců je poměrně málo a tak je provoz pro pracovníky někdy obtížnější. Zajímavé je, že tento poznatek všichni klienti shodně uvádějí jako

přínos, protože si díky tomu postupně výrazně zlepšují kondici. Klient R1: „*Určitě to jako zlepšilo i moji fyzickou kondici.*“ a R4: „*No asi ta fyzicka. Jak tam člověk běhá, tak je nejdřív unavený a pak postupně je to lepší. Jako že se rozhejbe asi.*“ Jedna z klientek v důsledku takového provozu dokonce výrazně zhubla. R2: „*Tak se mi podařilo zhubnout 12 kilo. Kdybych ležela doma, tak nezhubnu. Měla jsem režim a v tý práci jsem se hodně naběhala a myslím, že jsem docela získala kondici v tý práci. Což je pro duševní zdraví taky důležitý, že jo? Bejt na tom dobře i fyzicky.*“

Zajímavý postřeh tří klientů bylo, že se museli naučit **rozložit si síly** do celého dne. Jeden klient uvádí opakovanou zkušenost, kdy si nabral příliš povinností a v důsledku toho se dekompenzoval. Za doprovodu terapeutek se během rehabilitace naučil nepřetěžovat se a případné velké množství povinností ošetřit – snížením úvazku nebo odmítnutím. Klient R3: „*Ted'ka jsem si to právě takhle udělal no. Jsem si snížil malinko úvazek a malinko navýšil v tom volnu.*“

Na druhou stranu fyzická náročnost alespoň z počátku vedla u klientů k velké **únavě** a po práci jim většinou nezbyly síly na nějaké další aktivity. Volné dny věnovali odpočinku a přicházeli o možnost aktivního trávení volného času. Klient R1: „*Takže jsem někdy prostě byl opravdu třeba unavený, že jsem musel třeba jako odpočívat v těch volných dnech, myslím po té práci. A třeba jsem hodně spal a tak jako odpočíval no.*“ Klientka R2: „*Vlastně jsem někdy docela hodně spala a ani jsem třeba nešla plavat nebo na procházku.*“

Klientka popsala, že se v kavárně poměrně hodně rozkouřila. Klientka R2: „*Rozkouřila jsem se tam. Musím říct, tam ležel na dvorečku ten popelník. Bohužel tam minimálně polovina lidí kouřila a hodně. A když už je člověk jednou kuřák, tak jako v prostředí, kde se hodně kouří. Skoro si myslím, že by to v chráněný dílně být nemělo, ale jako je to naše chyba, že kouříme. Ale strhne to no.*“

5.4 Analýza a interpretace údajů dílčího výzkumného cíle 4

Všichni klienti se shodují, že mají rádi pracovní kolektiv v kavárně. Navázali zde vztahy s novými kolegy a obvykle tento pracovní vztah vyústil v **přátelství**. Klientka K2 zmiňuje, že lidé v kavárně jsou si mnohem bližší než na volném trhu, protože je spojuje důležité společné téma a jsou k sobě v tomto směru otevřenější, mohou sdílet své zkušenosti s nemocí. Klient R1: „*Navázal jsem vlastně, mohu říct, s každým*

takový ten týmový pracovní vztah. No zároveň vlastně, mohu říct, s každým jsme byli tak trošku jako i kamarádi. /.../ Taky, že jsme si vlastně docela rozuměli i s tou nemocí, že jsme si o tom mohli povídat.“ R2: „Ten kolektiv tam byl s poměrně velkejma vazbama. A v týmový práci tam to není takový, v tom burgeru byli k sobě lidi takoví otevřenější.“ R4: „Navázala s novějma kolegama a kolegyněmi. Vlastně jsme kamarádi.“ R5: „Já mám odtamtad’ vlastně i nejlepší kamarádku. Holka moje.“

Na vztahy mimo pracovní kolektiv měla dle slov klientů rehabilitace také značný vliv. Klient R1 mluví o **změně v přístupu ze strany kamarádů** k němu a jeho nemoci. *„Tak taky mám vlastně pocit, že je to lepší i s těmi kamarády, které znám třeba i třicet let a který vlastně nemaj tady s FOKUSEm nic společnýho. /.../ Tak například, že vidí, že mám práci, tak ke mně přistupují jakoby jinak trošku. Protože tydlety lidi někdy maj vlastně tendenci jakoby pochybovat o nemoci jako je schizofrenie, maj jakoby hodně předsudků a tak dále. To se teď určitě zlepšilo. Že viděj, že se jako snažim. /.../ Můj dobrej, skoro bych řekl, nejlepší kamarád říká, že vidí, že jsem se i trochu někam posunul, se dá říct. Že pořád nenadávám a dá se se mnou i dobře povídat. /.../ Teďka mě vlastně jako i chválí a chová se vlastně i pomalu ohleduplněji zase. A že uznává, že vlastně jako to mám.“* Klient R3 popisuje svůj vztah s matkou a vidí velkou změnu ve svém **osamostatnění**. *„Jako mamka viděla, že jsem samostatnej. Že to zvládám sám, že jo tu práci i život. Já jsem měl s mamkou takový jako trochu potíže dřív. Že se na mě moc upnula. To se pak postupně změnilo.“* Klientka R5 se naučila díky rehabilitaci více vymezit a to **zlepšilo její vztahy** s rodinou. *„Co se týče tý kuchyně, tak že si víc věřim teďka a že si chci věci taky dělat po svým. Že víc věřimsvýmu úsudku. Víc se vymezim a pak je to lepší.“*

Klientka K2 uvádí, že **omezila kontakt** s původními přáteli, protože už na ně neměla čas. Zároveň tuto skutečnost reflektuje jako něco normálního – získala nové přátele v zaměstnání a věnovala pozornost především jim. *„V podstatě na některý lidi už jsem neměla tolik času. Ale i tak jsem si potom třeba našla, že jsme jeli na ten pobyt nebo na chalupě, jako prostě nezapomněla jsem na ně, ale věnovala jsem se hodně těmhle lidem no. Ale to mi přijde normální, že když je člověk nějakou část dne v práci, tak pak nemá tolik volna na ty ostatní.“*

Ostatní klienti nevypozorovali omezení kontaktů se svými původními přáteli, ani zhoršení navázaných vazeb.

6 Baterie doporučení pro dobrou praxi

Z propojení teoretických znalostí a subjektivně vnímaných přínosů a rizik z pohledu klientů vyplívá několik poznatků, které by se dle mého názoru daly využít jako baterie pro dobrou praxi.

Nastavit podmínky pracovního prostředí, co nejvíce podobné volnému trhu. Pokud má být proces pracovní rehabilitace efektivní a má-li jít o poslední „stupeň“ před začleněním na volný trh, měla by být klientům umožněna adaptace na podmínky, díky nimž budou připraveni na běžnou pracovní pozici. Klienti by měli mít možnost získat zde sociální a pracovní dovednosti a především pracovní návyky, které budou uplatnitelné na volném trhu. Znamená to **získat povědomí o pracovních povinnostech, ale i právech vyplývajících ze zákoníku práce**, které běžně využíváme – čerpání dovolené, pracovní neschopnost, přestávka a jiné.

Zachovat vždy individuální přístup k potřebám klienta. Náplň psychosociální rehabilitace v prostředí TK bývá podobná pro většinu klientů, přesto je nezbytné, aby pracovníci, kteří ji poskytují, nezapomínali na základní kritérium sociální práce a dodržovali individuální přístup ke každému jednotlivci. Všichni mají stejný cíl – uplatnit se na volném trhu, cesta k naplnění tohoto cíle se však může podstatně lišit. Někdo je šikovný a tak se naučí poměrně rychle přípravu pokrmů v kuchyni, ale potřebuje velkou podporu v sociálních dovednostech. Jinému klientovi nedělá problém začlenit se do kolektivu a komunikovat se zákazníkem, ale obtíže mu dělá zručnost při manuálních činnostech. Individuální přístup by měl brát v potaz nejen jednotlivé dovednosti, ale také fyzickou zdatnost klienta. V tomto směru je efektivní **postupovat jednotlivými drobnějšími kroky**, například postupným navyšováním hodin, ale také kompetencí klienta. Přitom je nezbytné vyvažovat nároky kladené na klienta tak, aby nedocházelo k přetížení nebo ustrnutí. Klient by měl **být vystavován přiměřenému tlaku**.

Důležitým aspektem funkční psychosociální rehabilitace je dostatečná **motivace** klienta v práci na změně. Pracovní prostředí, kde jsou vidět odvedené výsledky v podobě pochvaly od zákazníků a finančního ohodnocení, je pro klienty příjemné motivující. To klientovi pomáhá překonat náročnější období v procesu rehabilitace a udržuje ho to motivovaného k udržení práce a lepším výkonům. Sociální pracovníci by o tomto aspektu měli mít povědomí a správně s ním zacházet.

Z výpovědí klientů vyplynulo, že cítí jako podstatné **příjemnou atmosféru na pracovišti**, která jim výrazně usnadňovala průběh psychosociální rehabilitace. Jelikož je psychosociální rehabilitace z velké části o nabývání **nových sociálních rolí a získávání sociálních dovedností**, je povinností sociálních pracovníků v TK pracovat se vztahy na pracovišti tak, aby byl zachován týmový duch a příjemná, podporující atmosféra. Zároveň toto musí být vykonáváno citlivě s ohledem na integritu každého jedince a pokud je to možné dát prostor klientům případné drobné konflikty řešit bez vnějšího zásahu. Osvědčilo se například poskytnutí rady a nastínění možnosti řešení. Pokud konflikt nezasahoval do pracovního procesu, bylo řešení již na klientech. Příjemné atmosféře na pracovišti také napomůže, pokud jsou pracovní chyby klienta řešeny vždy v ústraní, nikdy před zákazníky.

Dbát na **funkční vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem**. Sociální pracovník je v TK zároveň v **pozici terapeuta**, který klienta podporuje a je mu oporou v náročných situacích, a zároveň je jeho **nadřízeným**, který vyžaduje dobře odvedenou práci a dodržování pravidel. Tato dvojrole může být pro pracovníka náročná. Sociální pracovník si musí umět udržet hranice, dávat pozor na riziko přeceňování nebo podceňování klienta a ošetřit si dávkování úsilí.

Klientovi by měl být věnován **dostatečný prostor na přípravu a adaptaci** na pracovní zařazení. V tomto procesu je nenahraditelná **návaznost na jiné služby organizace** (dle Weeghela by měla být pracovní rehabilitace součástí komunitního podpůrného systému). Na přípravě a adaptaci s klientem spolupracuje CM, pracovník sociálně terapeutické dílny a vedoucí TK – motivují, seznamují, prakticky nacvičují, podporují.

Podobnou roli hraje návaznost na jiné služby, také při odchodu klienta na volný trh. Této fázi by měla být věnována významná pozornost. Většina klientů ji popsala jako část, kdy pocítili zhoršení svého psychického stavu. Napomoci ke zmírnění propadu může – **brzké navázání spolupráce s IPS, postupné probírání možností, otevřená komunikace o časovém omezení služby, zvýšená podpora ze strany CM**. Podstatné pro klienty je také to, že po rozvázání pracovního poměru, zůstávají ve spolupráci s CM.

Destigmatizace. Zaměstnávání klientů v provozu otevřeném veřejnosti napomáhá k destigmatizace. Role sociálního pracovníka spočívá také v předávání informací

veřejnosti a šíření povědomí o problematice duševního zdraví. I to je součástí psychosociální rehabilitace.

Shrnutí praktické části

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit přínosy a rizika psychosociální rehabilitace v kontextu života klientů, kteří pracují v TK Strejda Burger. Především jsem se zajímala o vnímaný vliv na jejich pracovní návyky, psychický a fyzický stav a sociální vztahy.

Dílčím cílem 1 bylo zjistit, jaký vliv má psychosociální rehabilitace na **pracovní návyky** klientů. Klienti shodně popisovali nabyté **dovednosti nezbytné pro práci v kavárně či kuchyni, práci v týmu, dodržování docházky a zlepšení komunikačních dovedností**. To je v souladu s teoretickými východisky psychosociální rehabilitace, o nichž bylo pojednáno v teoretické části. Za nedostatečné klienti uváděli **omezenou nabídku specializace**, kdy by se rádi věnovali jiným profesím. Dále si klienti všimli, že ani nácvik v TK jim **neumožní pracovat na plný úvazek** a sami reflektují, že to vychází především z omezení v rámci jejich nemoci.

Dílčím cílem 2 jsem se snažila zjistit, jaký vliv má psychosociální rehabilitace na **psychický stav** klientů. Cíl byl opět rozdělen na část zkoumající možnosti **stabilizace** a část mapující **rizika dekompenzace**. Klienti vnímají jako pozitivní **získání režimu a náplně dne**, což jim pomáhá stabilizovat jejich psychický stav. Zároveň ve svých výpovědích hovoří o nabytí **psychické odolnosti**, což je zapříčiněno určitou mírou psychické zátěže, které jsou v kavárně na směnách vystavováni. Díky této odolnosti zažívají zkušenost „**překonání horších dnů**“. V neposlední řadě se jako důležité jeví fakt, že jim zaměstnání umožňuje **necítit se osamělý**. Rizikovou částí procesu psychosociální rehabilitace spatřují klienti v její závěrečné fázi, kdy jsou vystaveni velkému tlaku ohledně hledání dalšího zaměstnání a jejich uplatnění na volném trhu. V tomto období mají zkušenost s výkyvem psychického stavu všichni klienti, kteří si dosud touto fází prošli.

Vliv psychosociální rehabilitace na **zdravotní stav** zkoumám v rámci **dílčího cíle 3**. Za přínos klienti považují **zlepšení fyzické kondice**, které je důsledkem náročnosti provozu, takže je přirozenou součástí práce v kavárně. Klienti se dle svých slov lépe naučili **rozložit síly** do celého dne a to především po osobních zkušenostech s vlastním

přetížením. Před dosažením zlepšení fyzické kondice klienti zažívali nepříjemnou zkušenost s velkou **únavou**, kterou bylo občas náročné překonat.

Poslední část výzkumu byla věnována otázce jaký vliv má psychosociální rehabilitace na **sociální vztahy** klientů, což byl **dílčí cíl 4**. Klienti popisují příjemnou atmosféru na pracovišti, která vedla k navázání **přátelství s kolegy**. Psychosociální rehabilitace měla dle některých klientů vliv také na **sociální vztahy mimo kavárnu**, kdy si všimli **změny v přístupu ze strany kamarádů**, ale také **zlepšení vztahů s rodinou** a důsledek jejich vlastního osamostatnění. Za nepříznivý důsledek zaměstnání jedna z klientek uvádí **omezení kontaktu s přáteli**, protože ji na to nezbyval čas.

Poslední část praktické části je věnována vytvoření „baterie“ doporučení pro dobrou praxi, která vyplívají z teoretických poznatků a rozhovorů s klienty.

Závěr

Duševní onemocnění lidem, kteří s ním mají zkušenost, ovlivňuje všechny oblasti života. Z toho důvodu vymezuje koncept psychosociální rehabilitace pojmy životní a osobní domény, které při spolupráci klienta a sociálního pracovníka zpřehledňují klientovy potřeby a je proto důležité na nich pracovat pro zvýšení kvality života klientů. Zaměstnání v tréninkové kavárně, kde se tento koncept využívá, pokrývá z velké části oblast životní domény „práce“. Má však přirozený vliv i na jiné oblasti jako je osobní doména „zdraví“ a životní doména „sociální vztah“. Na tyto oblasti je působeno využitím principů „zotavení, zplnomocňování a zaměřením na přítomnost“. Cílem bakalářské práce je formou rozhovorů s klienty ověřit, jaký vliv má z jejich pohledu psychosociální rehabilitace na kvalitu života a ve které oblasti cítí přínosy nebo rizika a jak je sami pojmenovávají.

V teoretické části byl stručně reflektován aktuální stav péče o lidi s duševním onemocněním v České republice a představena probíhající reforma psychiatrické péče. Tato kapitola byla do práce vložena pro větší ucelenost tématu, protože i tato změna přístupu je založena na konceptu psychosociální rehabilitace. Poté byl charakterizován pojem klient s duševním onemocněním a pro přehlednost popsáno psychotické onemocnění s důrazem na schizofrenii. Stěžejní místo v teoretické části zaujímá kapitola pojednávající o psychosociální rehabilitaci a kvalitě života.

V praktické části je popsána metodologie výzkumného šetření, včetně sběru dat a jejich analýzy. Zvolenou kvalitativní metodou s ohledem na charakter zkoumané problematiky i určitá omezení respondentů byl polostrukturovaný rozhovor. Ten nabídl možnost jedinečných náhledů na danou problematiku, proto jej považuji za vhodně zvolený a výsledky šetření byly pro výzkum přínosné. I přesto že byl vzorek respondentů velmi malý a některé z rozhovorů byly poměrně krátké, podařilo se z nich získat celkem bohatá data. Rozhovorů bylo uskutečněno 6 a hlavním kritériem výběru respondentů byla minimálně jednoletá zkušenost se zaměstnáním v TK.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo *zjistit přínosy a rizika psychosociální rehabilitace v kontextu života klientů, kteří pracují v TK Strejda Burger FOKUS Mladá Boleslav z.s. a vytvořit baterii doporučení pro dobrou praxi*. Pro jeho dosažení byly stanoveny 4 dílčí cíle, které vycházejí z výše uvedených domén: *jaký vliv má psychosociální rehabilitace v kavárně na pracovní návyky klientů (DC1), zjistit, jaký vliv má rehabilitace v kavárně*

na klientův psychický stav (DC2). zjistit, jaký vliv má rehabilitace v kavárně na klientův zdravotní stav (DC3) a zjistit, jaký vliv má rehabilitace v kavárně na sociální vztahy klienta. Každý tento dílčí cíl byl zkoumán z hlediska přínosů a rizik.

Z dílčího cíle 1 vyplynulo, že je klientům poskytována dostatečná opora při získávání a zdokonalování pracovních návyků a dovedností. Získali zkušenost s dodržováním pracovního řádu, zdokonalili se v komunikaci, naučili se spolupracovat v týmu. Za nedostatek klienti opakovaně uvádějí úzkou specializaci pracovní náplně. Rádi by se věnovali profesím, které jsou jim blízké a se kterými mají zkušenost z minulosti. Zatím v Česku na modelu, který by byl do takové míry otevřen volnému trhu, fungují především tréninkové kavárny a tréninkové restaurace.

Osobní doména „zdraví“ byla zkoumána v rámci DC 2 a DC 3. Jedna oblast se věnovala psychickému zdraví se zaměřením na míru stabilizace či dekompenzace během procesu psychosociální rehabilitace TK. Druhá ověřovala podíl na zlepšení nebo zhoršení zdravotního stavu v důsledku zaměstnání v TK. Z výpovědí klientů vyplývá, že za přínos považují získání režimu a náplně dne, určité psychické odolnosti a necítili se osamělí. Po zdravotní stránce si klienti všimli zlepšení jejich fyzické kondice. Úskalím procesu rehabilitace je podle klientů náročný provoz, na který je potřeba si zvyknout a než k tomu dojde, cítí velkou únavu. Oblast, na které je potřeba z pozice pracovníků TK více dbát je přechod klienta na volný trh – je to fáze, kdy se klienti cítí nejistí, mají velké obavy z neznáma a prožívají zhoršení psychického stavu. Je proto důležité této fázi věnovat dostatek prostoru a řádně ji ošetřit.

Příjemnou částí výzkumu bylo povídání o čtvrtém dílčím cíli, o sociálních vztazích, kdy byli respondenti nejdílnější a měli mnoho zajímavých poznatků. Podařilo se jim v kavárně navázat nová přátelství a vyzdvihli za přínosnou příjemnou atmosféru na pracovišti, která jim proces rehabilitace výrazně usnadňovala. Navíc klienti popisovali také zkušenost se změnou postoje okolí vůči jejich osobě, když si všimli, že jsou zaměstnání a snaží se zapojit do běžného života. Někteří zmiňují, že měli méně času na setkávání s přáteli mimo zaměstnání.

Na základě poznatků z teoretické části a rozhovorů s klienty byla vytvořena baterie doporučení pro dobrou praxi. Ta by mohla sloužit jako námět pro podobné služby.

Realizovaný výzkum byl omezen pouze na TK Strejda Burger. Dalším zajímavým postupem by mohlo být zmapování poskytované psychosociální rehabilitace v dalších tréninkových provozovnách a ověření, jaké přínosy a rizika během ní vnímají klienti i tam. Zároveň by se problematika poskytované psychosociální rehabilitace dala prozkoumat z pohledu zasazení TK v rámci sítě tvořené spolupracujícími službami organizace a analyzovat jejich provázanost s ohledem na efektivitu.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Model kvality života..... str.23

Tabulka č. 2 – Transformační tabulka..... str.36

Tabulka č. 3 – Stručná charakteristika respondentů..... str.37

Seznam použitých zdrojů a literatury

- DOUBEK, Pavel. *Psychóza v životě - život v psychóze: informace, rady a doporučení*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2010. ISBN 978-80-7345-231-5.
- HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0216-5.
- ŠTASTNÝ, Martin. *Člověk s vážným duševním onemocněním*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnic, 2016. ISBN 978-80-906518-9-0.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

Internetové zdroje:

Schválená strategie psychiatrické péče. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, 8. 10. 2013 [cit. 2019-01-21]. Dostupné z:

http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

WILKEN, Jean Pierre; HOLLANDER, Dirk. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. Komunitní psychiatrie v praxi, vzdělávací moduly* [online]. 1999 [cit. 2019-01-21]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/download/odborne-texty>

SCHEANSOVÁ, Andrea. *.Soteria léčí s klidem a bezpečím*. [online]. Praha: Zdravotně-sociální portál Lidé mezi lidmi, 30.9.2012 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/well-being/soteria-leci-klidem-a-bezpecim>

Zákony pro lidi. *Zákon č.108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách*. [online]. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas	str. I
Příloha č. 2 – Transkripce rozhovoru	str. II

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro účely výzkumného projektu bakalářské práce

Vliv psychosociální rehabilitace v tréninkové kavárně na kvalitu života klientů

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce vedené na Filozofické fakultě Univerzity Hradec Králové. Bakalářské práce je psána na oboru Sociální práce Žanetou Martínkovou.

Cílem tohoto výzkumu je analyzovat vliv psychosociální rehabilitace poskytované v tréninkové kavárně na kvalitu života klientů. Zkoumané budou přínosy a rizika psychosociální rehabilitace v kontextu kvality života klientů, kteří pracují v Tréninkové kavárně Strejda Burger FOKUS Mladá Boleslav z.s. a výstupem bude vytvořená baterie doporučení pro dobrou praxi.

Pro účely analýzy nejsou důležité osobní údaje respondentů. Rozhovor, který s Vámi bude zaznamenán, bude ihned po jeho pořízení anonymizován. Všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru Žanetě Martínkové pro účely výše popsaného výzkumného projektu.

V.....

Dne.....

Podpis:

Podpis výzkumníka:

Žaneta Martínková (775562067)

Příloha č. 2 Transkripce části rozhovoru

Transkripce části rozhovoru, která se týkala čtvrtého dílčího výzkumného cíle – sociální vztahy.

K – klient pracující v TK 3 roky

V – výzkumník

V: Poslední velká část našeho rozhovoru se týká sociálních vztahů. Zajímalo by mě, zda jste navázal během zaměstnání nové vztahy? Pracovní i nepracovní...

K: Tak co se týče pracovních vztahů, tak jsem navázal, vlastně mohu říct, s každým takový ten týmový pracovní vztah. No zároveň jsme vlastně s každým byli tak trošku i kamarádi.

V: Takže s někým, kdo už třeba v kavárně nepracuje, udržujete nadále kamarádský vztah?

K: Ano, alespoň občas. S některýma si píšu i poměrně častěji, s některými ještě častěji (smích).

V: To je dobře. A měla práce, to, že jste nyní v zaměstnání a sám jste říkal, že to je někdy poměrně hodně fyzicky náročná záležitost, někdy vliv i na vaše předchozí vztahy? Promítlo se to nějak?

K: Tak taky mám vlastně pocit, že je to i lepší s těmi kamarády, které znám třeba už třicet let nebo prostě hodně dlouhou dobu a které vlastně s FOKUSEM nemají nic společného.

V: V čem pocítujete to lepší? V čem se to změnilo?

K: No, tak například, že vidí, že mám jako práci a tak ke mě přistupují jakoby trošku jinak. Protože tyhle lidi mají někdy tendenci jakoby pochybovat o nemoci jako je schizofrenie. Mají jakoby hodně předsudků a tak dále. To se teď určitě zlepšilo. Zásadně můžu uvést jeden příklad. Jeden z dobřejších, vlastně skoro nejlepších kamarádů, když jsme se teďka sešli a rozmlouvali, tak se dá říct, že mě chválil. Jakože se se mnou dobře mluví, že si máme o čem povídat a prostě, že vidí, že jsem se o trochu někam posunul. Tak nějak to asi zformulovat. Ještě budu konkrétnější, že prý třeba pořád nenadávám na něco a že teda se mnou dobře povídá. A to je kamarád, i když dobrý, který mi

třeba za cokoliv i vynadá, když se mu něco nelíbí. Teďka právě došlo k té situaci, že mě.... jako i chválí... že se ke mě vlastně chová trochu i ohleduplněji zase. Dřív to nechápal a říkal, ať třeba neberu prášky. Ale zase je to kamarád, který mě nikdy neopustil a navštěvoval mě i v léčebně. Teď jakoby uznává jako že to mám a že jako vidí, že se fakt snažím.

V: To je moc hezký příklad. Takového kamaráda vám přeju. Jste si teď tedy blíže, když pracujete.

K: Ano, jakoby jo.

V: Děkuju. Poslední část, to je zase ta druhá stránka sociálních vztahů. Stalo se Vám během zaměstnání v kavárně, že byste z nějakého důvodu omezil kontakt se známými? Povězte mi o tom.

K: Tak to bych si nemyslel. Prostě ta práce neměla jakoby zásadní vliv, jestli se scházím s kamarády třeba nějak víc nebo míň