



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Aktivizace uživatelů s duševní poruchou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Zuzana Spálenková

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Aktivizace uživatelů s duševní poruchou“

jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b Zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením Zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2022

.....

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Lence Motlové Ph.D., za cenné rady a odborné vedení, za její pomoc, připomínky i trpělivost.

Chtěla bych také poděkovat řediteli organizace Fokus České Budějovice, z.ú. za umožnění realizace výzkumu a všem informantům, kteří se účastnili výzkumu v mé bakalářské práci.

Aktivizace uživatelů s duševní poruchou

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem aktivizace uživatelů s duševní poruchou. Hlavním cílem práce bylo zmapovat poskytování aktivizace uživatelům organizace Fokus České Budějovice, z.ú. a dílčím cílem bylo zjistit, jaká je motivace uživatelů s duševní poruchou k zapojení se do aktivizačních činností.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou část. V teoretické části je bakalářská práce zaměřena na popis duševních poruch a jejich klasifikaci, na aktivizaci a motivaci a jejich možné překážky.

V praktické části práce byla hledána odpověď na hlavní výzkumnou otázku, která zněla: Jak probíhá poskytování aktivizačních činností u uživatelů s duševní poruchou v organizaci Fokus České Budějovice, z.ú.? Dílčími výzkumné otázky se zabývali motivací uživatelů k aktivizaci, možnými překážkami v aktivizaci a také přínosy aktivizace pro uživatele. Výzkum byl veden kvalitativní metodou a byla použita technika polořízených rozhovorů s pracovníky a uživateli Fokusu.

Výzkumem bylo zjištěno, že pojmem aktivizace se ve Fokusu rozumí především aktivizace v rámci sociální rehabilitace, a proto se zde aktivizace prolíná do celého procesu spolupráce uživatele s organizací Fokus a pro pracovníky bylo často těžké vydělit ze své práce aktivizaci jako takovou. Pro pracovníky i uživatele je velmi důležité bezpečné prostředí a bezpodmínečné přijetí ve Fokusu. Důvěra v nich také vzbuzuje motivaci k další spolupráci a pracovníkům umožňuje pracovat na nalezení vnitřní motivace a hledání silných stránek uživatele. Výsledky aktivizace však přicházejí velmi pomalu a pracovníci musí být velmi trpěliví. Z výzkumu vyplynulo, že by měla probíhat intenzivněji spolupráce s rodinou a blízkými uživatelů.

Klíčová slova: uživatel s duševní poruchou, duševní poruchy, aktivizace, motivace, sociální rehabilitace, rodina

Activation of clients with mental disorder

Abstract

This bachelor thesis focuses on the activation of clients with mental disorders. It aims to analyze ways of providing activation to clients of the Czech non-profit organization Fokus České Budějovice, South Bohemia. Additionally, the thesis discovers motivations of clients with mental health conditions to participate in activating activities.

The bachelor thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part describes relevant mental disorders and their classification, as well as specific activating and motivating strategies for people with such conditions and their possible limitations.

In the practical part, the author seeks to answer the main research question: How is activation of clients with mental disorder performed in the Fokus organization? It also deals with additional research questions focusing on the clients' motivation to participate in activation, possible difficulties the clients face and benefits their participation brings. In the research, qualitative methods were used, namely semi-structured interviews with professionals employed in Fokus, as well as with users of its services.

The research revealed that activation in the Fokus organization was understood primarily as a social rehabilitation, which spreads through the entire process of collaboration between the organization and its users. Therefore it was difficult for the workers to set aside activation from other activities within their work scope. Both for the workers and the Fokus users, it was essential to have a safe environment and unconditional acceptance of the clients' condition from the workers. Trust also stimulated clients' motivation to participate in further collaboration and helped workers work on cultivating inner motivation and identifying client's strengths. However, the activation brings results very slowly and it demands much patience from the professionals. The research also showed that deeper collaboration with clients' families and loved-ones should be developed.

Keywords: client with mental health condition, mental disorder, activation, motivation, social rehabilitation, family

Obsah

ÚVOD.....	8
1 Teoretická část.....	9
1.1 Duševní poruchy.....	9
1.1.1 Mezinárodní klasifikace nemocí.....	9
1.1.2 Schizofrenie.....	10
1.1.3 Afektivní poruchy.....	12
1.1.4 Neurotické poruchy.....	14
1.2 Aktivizace.....	15
1.2.1 Aktivizace v sociálních službách.....	15
1.2.2 Metody sociální práce s uživateli s duševní poruchou.....	16
1.2.3 Překážky v aktivizaci osob s duševní poruchou.....	20
1.3 Motivace.....	21
1.3.1 Možnosti motivace uživatelů s duševní poruchou.....	21
1.4 Zaměstnávání jako hlavní cíl aktivizace uživatelů s duševní poruchou.....	23
1.4.1 Zaměstnávání uživatelů s duševní poruchou.....	23
1.4.2 Problematika bydlení osob s duševní poruchou.....	24
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	26
2.1 Cíl výzkumu.....	26
2.2 Výzkumné otázky.....	26
3 Metodologie výzkumu.....	27
3.1 Popis výzkumného nástroje.....	27
3.1.1 Participanti výzkumu.....	28
3.2 Realizace výzkumu.....	30
3.2.1 Analýza dat.....	31
3.2.2 Etické aspekty výzkumu.....	31
4 Výsledky.....	32
4.1 Výsledky položených rozhovorů s pracovníky Fokus České Budějovice, z.ú.....	32
4.1.1 HVO: Jak probíhá poskytování aktivizačních činností u uživatelů s duševní poruchou.....	32
4.1.2 Dílčí výzkumná otázka 1.....	39
4.1.3 Dílčí výzkumná otázka 2.....	42
4.1.4 Dílčí výzkumná otázka 3.....	43
4.2 Výsledky položených rozhovorů s uživateli Fokus České Budějovice, z.ú.....	45
4.2.1 HVO: Jak probíhá poskytování aktivizačních činností u uživatelů s duševní poruchou.....	45
4.2.2 Dílčí výzkumná otázka 1.....	51
4.2.3 Dílčí výzkumná otázka 2.....	52
4.2.4 Dílčí výzkumná otázka 3.....	53
5 Diskuse.....	54
6 Závěr.....	60
7 Seznam zdrojů.....	62

8 Seznam příloh.....66

ÚVOD

Tématu aktivizace uživatelů s duševním onemocněním jsem se rozhodla věnovat po své dobrovolnické i pracovní činnosti v organizaci Fokus České Budějovice, z.ú. (dále jen Fokus), kde mě překvapilo, jak velmi náročné je aktivizovat klienty s duševním onemocněním, převážně s diagnózou schizofrenie. Jak náročné je to nejen pro pracovníky, ale i pro samotné klienty, a přitom je to pro lidi s touto diagnózou obzvláště důležité. Ve své práci se chci zaměřit na rehabilitaci a aktivizaci vhodnou pro klienty s duševním onemocněním, ale také na způsoby motivace klienta k práci na sobě samém.

Cílem mé bakalářské práce je zmapování poskytování aktivizace u uživatelů s duševní poruchou v organizaci Fokus České Budějovice, z.ú.

Dílčím cílem mé bakalářské práce je zmapování motivace uživatelů s duševní poruchou k zapojení do aktivizačních činností.

V teoretické části se chci nejvíce zaměřit na závažnou duševní poruchu, kterou je schizofrenie, a kterou trpí nejvíce uživatelů Fokusu. V této části se dotknu také toho, co obnáší afektivní a neurotické poruchy. Dále se v teoretické části budu věnovat aktivizaci a motivaci uživatelů s duševní poruchou. Také budu psát o problematice zaměstnávání a bydlení uživatelů s vážnou duševní poruchou. V praktické části chci odpovědět především na hlavní výzkumnou otázku, a to, jak probíhá poskytování aktivizace v organizaci Fokus České Budějovice, z.ú. a také bych ráda našla odpovědi na vedlejší otázky týkající se motivace uživatelů k aktivizaci, jaké mohou vznikat překážky při aktivizaci a jaké přínosy aktivizace přináší.

Přínos této bakalářské práce by mohl být pro sociální pracovníky v centrech duševního zdraví a jiných organizacích pracujících s uživateli s duševní poruchou. Práce může být nápomocná k tomu, aby pracovníci věděli, jak motivovat uživatele k větší aktivitě, a tím přispívat ke zlepšování psychického stavu a rozvíjet vhodné životní způsoby a dovednosti, které mohou vést k osamostatnění uživatele a jeho zařazení do společnosti.

1 Teoretická část

1.1 Duševní poruchy

Duševní poruchy jsou definovány Americkou psychiatrickou asociací (© 2021) jako zdravotní komplikace, které způsobují změny v emocích, myšlení nebo chování. Dále uvádí, že duševní poruchy jsou spojeny se stresem a ovlivňují fungování v sociálních, pracovních a rodinných aktivitách. Iniciativa Na Rovinu (© 2021) uvádí, že je velké množství diagnóz duševních poruch a existují dva druhy klasifikací nemocí – v USA je používán systém Diagnostický a statistický manuál, v Evropě je užíván systém Mezinárodní klasifikace nemocí.

1.1.1 Mezinárodní klasifikace nemocí

V následujícím odstavci Úzis (© 2022) vysvětluje, že se jedná se o publikaci Světové zdravotnické organizace (WHO), ve které jsou systematicky zapsány a definovány lidská onemocnění, poruchy, zdravotní problémy. Aktuální desátá revize této klasifikace má označení

MKN-10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V platnosti je od 1.1.1993, v ČR je v platnosti od roku 1994. Tato klasifikace je pravidelně revidována a aktualizována.

MKN-10 je rozdělena do 22 částí označených písmeny A-U s přiřazeným číselným označením. Poruchy duševní a poruchy chování jsou zde označeny písmenem F a čísly od 00 do 99:

F00-F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10-F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20-F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30-F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40-F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50-F59	Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70-F79	Mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje

F90-F98	Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání
F99-F99	Neurčená duševní porucha

1.1.2 Schizofrenie

Probstová a Pěč (2014) uvádějí, že schizofrenii jako samostatné onemocnění identifikoval poprvé Kreapelin tím, že ji oddělil od maniodepresivního onemocnění. Dále uvádějí, že Kreapelin nazval onemocnění Dementia praecox, to můžeme přeložit jako „předčasná demence“, tím vlastně zvýraznil charakteristické příznaky, které začínají v rané dospělosti a pokračují postupným kontinuálním úbytkem psychických funkcí. Doubek (2020) v následujících větách uvádí, že název Schizofrenie použil poprvé, v roce 1911, švýcarský psychiatr Eugen Bleuler. Ten také zavedl pojem Primární symptomy schizofrenie, do kterých zařadil poruchy asociací, poruchy afektivity, autismus a ambivalence.

Ke štěpení psychických funkcí píše Kučerová (2013), že toto štěpení je podstatou schizofrenní poruchy, mluví o rozštěpu myslí, respektive celé osobnosti, jednotlivé složky (vnímání, myšlení, emotivita, paměť ...) jsou sice stále pohromadě, ale je narušená jejich vzájemná součinnost a v důsledku toho i jejich funkce, takže v myslí pacienta vznikají různé nelogičnosti a paradoxy, které ovšem pacient nevnímá a nechápe. Toto Kučerová (2013) podkládá kazuistikou své pacientky, kdy pacientka ve své schizofrenní atace kreslila sama sebe jako postavu, která netvoří jeden celek, ale je roztrhána.

Příznaky

Probstová a Pěč (2014) píší, že s rozvojem psychofarmakologie se začalo více zdůrazňovat dělení příznaků na pozitivní a negativní – pozitivní příznaky nejsou součástí běžné lidské zkušenosti a lépe reagují na léčbu farmaky, jsou to např. bludy a halucinace, negativní příznaky na léčbu farmaky reagují hůře a jsou deficitem normálních emočních reakcí nebo myšlenkových procesů, jedná se např. o neschopnost prožívat potěšení, snížení volných kapacit, celkový útlum činností, pasivita atd.

Kučerová (2013), vysvětluje pozitivní příznaky jako ty, které jsou oproti normě navíc – tedy to jsou bludy, halucinace, katatonní projevy atd. Dále uvádí, že negativní příznaky jsou ty, které jsou oproti normě chybějící, tedy to jsou zejména ochuzení myšlení a

slovní zásoby, oploštění emotivity, oslabení vůle, snížená schopnost sociálních vazeb, celkové snížení aktivity pacienta. Doubek (2020) uvádí, že negativní příznaky, jako je porucha koncentrace pozornosti, obtížné rozhodování, podstatně snížená schopnost plánovat a oslabení vůle nebo její úplná ztráta, vedou ke ztrátě zájmu o věci, které uživatele dříve zajímali. Podle Kučerové (2013) některé nenápadné nebo méně nápadné a snadno přehlédnutelné příznaky (např. depresivní nálada, emoční oploštění, apatie a hypobulie, autismus a pocity zevních zásahů) mohou být považovány pouze za lenost pacienta. Bankovská Motlová a Španiel (2017) rozlišují kromě pozitivních a negativních příznaků také kognitivní příznaky onemocnění, do kterých patří především poruchy pozornosti, rychlosti zpracování informace, poruchy pracovní i dlouhodobé paměti, exekutivních funkcí, abstraktního myšlení a poruchy sociální kognice. Toto významně ovlivňuje pracovní výkon a sociální dovednosti.

Diagnostika

Kučerová (2013), uvádí k diagnostice schizofrenie, že je učiněna především na základě rozhovoru s pacientem, pozorováním jeho chování a informacemi z pacientova okolí. Dále píše, že při běžném vyšetření pacienta, mimo akutní stav, se často stává, že pacient hůře navazuje kontakt, obtížně se vyjadřuje, něco povídá, ale nic důležitého neřekne, pacient vlastně neví, co mu je, občas uvádí, že se mu hůře spí a má pocity úzkosti, z jejich chování bývá patrné, že chtějí pomoc, ale nevědí jakou. Doubek (2020) se domnívá, že při diagnostice schizofrenie jsou důležitá i pomocná vyšetření, např. toxikologické vyšetření moči a krve kvůli rozlišení od akutní intoxikace halucinogeny nebo stimulanty. Dále uvádí, že pokud je to možné je vhodné získat anamnézu od blízkého okolí pacienta, protože zpočátku může být schizofrenie zaměnitelná se schizoafektivní poruchou nebo bipolární afektivní poruchou. Kučerová (2013) v následujících větách uvádí, že lékař by měl pátrat po bližším popisu pocitů pacienta, ptát se na spánek, náladu, na úzkosti. Důležité jsou otázky týkající se myšlení – zda pacient nemá pocity změny myšlení, zda si myslí, že je schopen ovládat své myšlenky a zda mu do nich nikdo nezasahuje. Lékař by se měl dále ptát, zda pacient někdy slyší hlasy, zda nemá nějaké vidiny nebo se někoho/něčeho nebojí. Důležité jsou, samozřejmě, také otázky na myšlenky na sebevraždu, na požívání alkoholu nebo drog nebo na hraní na hracích automatech.

Probstová a Peč (2014) také uvádí, že pro stanovení diagnózy schizofrenie podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je nutná alespoň jeden měsíc trvající přítomnost

jednoho z charakteristických příznaků, za které můžeme považovat vkládání, odnímání nebo vysílání myšlenek, bludy s obsahem vnějšího ovládní, komentující hlasové halucinace nebo diskutující hlasy, bizarní, kulturně nepřiměřené bludy nebo přítomnost alespoň dvou příznaků méně charakteristických, např. přetrvávající halucinace, nesouvislé myšlení, negativní symptomy.

Příčiny

Probstová a Pěč (2014) se domnívají, že příčiny onemocnění zatím nejsou známy, přestože existuje mnoho teorií genetických, neurobiologických, neurokognitivních a psychodynamických, tak v poslední době se věda přiklání k multifaktoriální podmíněnosti, vznik nemoci je tedy pravděpodobně podmíněn společným působením faktorů genetických, biologických i faktorů prostředí.

1.1.3 Afektivní poruchy

Raboch (2020) uvádí, že přestože patologické změny nálady byly známy již ve 4. století před našim letopočtem, tak maniodepresivní psychóza byla popsána teprve v 19. století. Dále uvádí, že touto nemocí trpělo mnoho známých osobností např. Ota Pavel, Ernest Hemingway, Vincent van Gogh nebo Winston Churchill. Probstová a Pěč (2014) vysvětlují, že v případě afektivních poruch je hlavním příznakem porucha nálady spojená s mnoha dalšími obtížemi jako jsou fyziologické i kognitivní poruchy, poruchy ve vztahu člověka k sobě samému a potíže v chování.

Dle Rabocha (2020) se poruchy afektivity řadí mezi nejčastější duševní poruchy a důsledky tohoto onemocnění jsou především ekonomické – dotýkající se pracovní schopnosti lidí s tímto onemocněním.

Bipolární afektivní porucha

Dle Rabocha (2020) o bipolární afektivní poruše mluvíme tehdy, pokud se u pacienta objeví alespoň jedna manická epizoda, která je obvykle vystřídána epizodou depresivní. Probstová a Pěč (2014) uvádějí, že člověk v manické epizodě je velmi energický, na první pohled s dobrou náladou a zvýšeným sebevědomím, ale za tím se skrývá úzkost, strach a nejistota. Raboch (2020) dále uvádí, že v manické epizodě bývá nálada až euforická, myšlení a motorika jsou urychlené, někdy bývají až pocity mimořádných schopností, je zvýšená schopnost navazování i nevhodných sociálních kontaktů a také bezmyšlenkovité utrácení peněz. Dle Kučerové (2013) manický člověk také neustále

mluví a má sníženou potřebu spánku. Na rozdíl od lidí v depresivní fázi si manický člověk obvykle nestěžuje na somatické obtíže (Raboch, 2020).

Raboch (2020) se domnívá, že pro depresivní epizodu jsou typické pocity smutku, neschopnosti prožívat radost, nižší motivace k aktivitám, někdy až apatie. Probstová a Pěč (2014) uvádějí, že ale nejen to – často lidé popisují somatické projevy jako bolestivé sevření, které jim brání v pohybu nebo extrémní únavu, která jim brání vstát z postele. Dle Kučerové (2013) v depresivní epizodě může člověk také trpět zácpou a nechutenstvím-někdy nejen, že nepřijímá potravu, ale ani tekutiny. Mohou být přítomny také pocity bolesti, zimy, pálení nebo kardiovaskulárních potíží (Raboch, 2020).

Léčba

Dle Rabocha (2020) se Bipolární afektivní porucha nejčastěji léčí stabilizátory nálady a antipsychotiky, důležitá je také psychoterapie – především kvůli vyrovnaní se s nemocí i s její možnou dědičností. Probstová a Pěč (2014) uvádějí, že často pacientům s bipolární afektivní poruchou chybí náhled na onemocnění – v manické fázi se necítí být nemocnými a většinou to tak nevnímá ani okolí. Dle Rabocha (2020) právě proto je drtivá většina těchto pacientů hospitalizována a spolupráce s nimi je velmi obtížná.

Socioekonomický dopad onemocnění

Jak uvádí v následujících větách Probstová a Pěč (2014) socioekonomické dopady manické fáze bipolární afektivní poruchy mohou být obrovské. Pacient v manické fázi je schopen se velmi zadlužit, utratit veškeré dostupné finance nebo i páchat trestnou činnost, konzumovat ve větším množství alkohol a drogy. Proto je pro něj vhodná péče sociálních pracovníků, nejen co se týče sociální rehabilitace, ale také dluhové poradenství atd.

Depresivní poruchy

Raboch (2020) uvádí, že depresivními poruchami trpí 2x častěji ženy než muži, neléčená deprese trvá v průměru 6 měsíců a asi 50 % lidí postižených depresí zažije pouze jednu depresivní epizodu, u 20 % postižených dochází k opakování epizod a ve 30 % případů se deprese stává chronickou. Dle Kučerové (2013) existují i tzv. somatizující deprese, kdy převládají somatické příznaky nad typickými příznaky depresivní epizody, jedná se např. o bolesti různého druhu, nechutenství, gastrointestinální příznaky. Dále uvádí, že vyšetření však neukáží na žádný fyzický

problém. Dle Rabocha (2020) až 15 % postižených depresí spáchá sebevraždu a další se o to někdy alespoň pokusili a je tedy velmi důležité doptávat se na suicidální myšlenky, pocity beznaděje apod.

Autoři Kučerová (2013) a Raboch (2020) se shodují, že depresivní porucha velmi ovlivňuje postiženého v pracovní schopnosti a v dalších sociálních oblastech.

Diagnostika

Dle Rabocha (2020) jsou pro depresi typické poruchy nálady, myšlení a vnímání, někdy také poruchy psychomotoriky. V následujících větách dále uvádí, že až u dvě třetiny pacientů s depresí mají sebevražedné myšlenky. Často si pacienti s depresí stěžují na somatické potíže – vznikne tzv. somatický syndrom, mohou mít problémy se spánkem, sníženou chuť k jídlu, bývají hodně unavení. Aby mohla být diagnostikována depresivní porucha musejí být příznaky přítomny alespoň 2 týdny. Podle tíže příznaků dělíme deprese na mírné, střední, těžké a těžké s psychotickými příznaky. Kučerová (2013) popisuje rozdělení depresí na deprese v rámci bipolární afektivní poruchy, depresivní fáze a periodická depresivní porucha. Probstová a Pěč (2014) uvádějí, že depresivní prožívání nalézáme u mnoha dalších psychických poruch, ve stáří mohou být depresivní příznaky zaměněny za demenci a tyto depresivní příznaky nacházíme také u osob s poruchou osobnosti. Dále tyto autoři uvádějí, že u depresí se můžeme často setkat s podobnou symptomatikou jako u schizofrenie – např. apatie, ztráta radosti, ochuzení řeči a afektu, a to má největší dopad na sociální fungování a takto samozřejmě vzniká i nechuť se pouštět do různých aktivit a sociálních kontaktů.

1.1.4 Neurotické poruchy

Podle Kučerové (2013) kategorie neurotické poruchy zahrnuje mnoho různých poruch, které mají společné to, že jsou reakcí organismu na zátěžovou situaci. Dále uvádí, že reakce organismu je vždy různá podle charakteru člověka, délky i intenzity zátěžové situace. Probstová a Pěč (2014) vysvětlují, že dříve většina těchto poruch byla zahrnována do prosté kategorie „neurózy“ a stále ještě jsou podceňovány i samotnými lidmi, kteří jimi trpí. Hellerová (2020) v následujících větách uvádí, že se jedná o poruchu adaptace vůči prostředí i vůči sobě samému. Neurotické příznaky nejsou cizí ani zdravým lidem. Jedná se např. o strach, neklid, úzkost, pocity nespokojenosti s vlastním životem a vegetativní příznaky. Pacienti s některou z neurotických poruch mají normální kontakt s realitou a obvykle svým chováním neporušují základní sociální

normy. Probstová a Pěč (2014) uvádějí, že tito pacienti tvoří větší procento uživatelů s dlouhodobým duševním onemocněním, ale sociální pracovník se s těmito poruchami může setkat u lidí po různých traumatických životních zkušenostech nebo událostech, někdy prožitých i dlouho v minulosti.

Dle Hellerové (2020) Neurotické poruchy dělíme takto:

- a) Fobické úzkostné poruchy
- b) Jiné úzkostné poruchy
- c) Generalizovaná úzkostná porucha
- d) Obsedantně-kompulzivní porucha
- e) Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení
- f) Disociativní (konverzní) poruchy
- g) Somatoformní poruchy

Dále Hellerová (2020) uvádí, že průběh některých neurotických onemocnění bývá krátký a je pouhou reakcí na náhlý stres. Kučerová (2013) se domnívá, že pokud je stres dlouhodobý může se stát neurotická porucha chronickou a můžou se přidávat somatické potíže. Zatímco obsedantně-kompulzivní porucha provází pacienta po celý život (Hellerová, 2020).

1.2 Aktivizace

1.2.1 Aktivizace v sociálních službách

Sociální služby se dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, se poskytují ve třech formách:

- Terénní – probíhá v přirozeném prostředí uživatele, pracovníci docházejí za uživatelem
- Ambulantní – uživatel dochází za službami
- Pobytové – uživatel využívá služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb

V tomto zákoně se dále dočteme v § 35 o třinácti základních činnostech poskytovaných zařízeními sociálních služeb. Při práci s lidmi s duševní poruchou se nejčastěji setkáme s poskytováním sociální rehabilitace, která je zákonem definována takto: *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.

V rámci sociální rehabilitace jsou dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, realizovány tyto základní činnosti:

- Návčik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

V případě poskytování sociální rehabilitace v pobytové formě jsou dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, ještě navíc poskytovány tyto základní činnosti:

- Poskytnutí ubytování
- Poskytnutí stravy
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

Dále se při práci s uživateli s duševní poruchou využívá sociální služby Sociálně terapeutické dílny, která je v zákoně č.108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, definována takto: *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.*

1.2.2 Metody sociální práce s uživateli s duševní poruchou

Komunitní práce

Matoušek (2012) v následujících větách vysvětluje komunitní práci s lidmi s duševní poruchou jako komunitní ve smyslu komplexní péče v rovině zdravotní a sociální, kde je nutná spolupráce několika profesí bez nadřazování jedné či druhé a uživatelé služby jsou chápáni jako partneři v procesu péče. Mezi uživatele služby zařazuje i rodinné příslušníky. Komunitní péče podle něj má poskytovat dostupnost služeb, flexibilitu a přístup zaměřený na potřeby uživatelů a také uzpůsobení služeb životu klientů.

Pěč a Probstová (2009) uvádí, že v komunitní péči jsou poskytovány odborné služby, intervence a podpora, tak aby uživatel dosáhl soběstačnosti a kontroly nad svým životem a tato podpora se netýká pouze uživatele, ale i jeho blízkého okolí. Dle Šťastné (2016) pojem komunita v sociální práci znamená nejen uskupení sociálních vztahů v rámci jednoho území, ale také se může jednat o specifické skupiny jako jsou staří občané, etnické skupiny nebo osoby s duševní poruchou. Podle Jarolímka (2017) by v komunitní péči pro uživatele s duševní poruchou měl být uplatňován také komunitní přístup, což znamená fungování multidisciplinárního týmu tvořeného psychiatry, psychology, psychiatrickými sestrami a sociálními pracovníky, ale v součinnosti by měl být i praktický lékař a také rodinný příslušníci. Dle evropských zahraničních studií (European Journal of Public Health, 2017) komunitní péče o uživatele s duševní poruchou zlepšuje jejich kvalitu života, začleňuje je zpět do společnosti, poskytuje pracovní rehabilitaci a uživatelům s duševní poruchou poskytuje včasnou intervenci a komplexní podporu, a to i pro osoby s přidruženými znevýhodněními jako je domácí násilí, bezdomovectví nebo nezaměstnanost.

Case Management

Matoušek (2012) v následujících větách říká, že nejčastěji se v rehabilitaci uživatelů s duševní poruchou využívá tzv. Case management, který umožňuje zaměřit se na individualitu uživatele, je vytvářen úzký a dlouhodobý vztah se sociálním pracovníkem, který je základem této metody. Klíčový pracovník s uživatelem trénuje nácviky dovedností, nácviky modelových situací, zvládání denních problémů, pomáhá mu vytvářet sociální síť atd. Pracovník může využívat prostředků jako je aktivní naslouchání, pozorování a samozřejmě především rozhovor.

Podle Stuchlíka (2019) původ Case managementu (dále jen CM) je ve zdravotnictví, pochází z USA a jedná se vlastně o dlouhodobou intenzivní kontinuální podporu uživatele, a to i při hospitalizaci. Dále uvádí, že jde především o schopnost zaměřit se na komplexní řešení problémů uživatele za pomoci multidisciplinární spolupráce a péče poskytované dle daného individuálního plánu, který se tvoří společně s uživatelem. Dle Dousoudilové (2020) uživatel musí vědět o všech plánovaných krocích spolupráce a souhlasit s nimi nebo může sám některé kroky navrhnout. Stuchlík (2019) uvádí, že v případě užívání této metody sociální rehabilitace nazýváme klíčového pracovníka Case managerem a plní funkci průvodce, který uživateli pomáhá najít správnou cestu a dosahovat jeho vlastních cílů. Dousoudilová (2020) se domnívá, že správný Case

manager má mít především odvahu, cit a čas – bez odvahy case manager nezvládne podstupovat často obtížné domlouvání s dalšími odborníky a klientem, bez citu by jeho dobré úmysly vedly k zahlcení uživatele a bez času by byl zahlcen case manager administrativou a dalšími uživateli, to by vedlo k neochotě k týmové spolupráci. Dle Stuchlíka (2019) existují tři základní modely CM – v případě péče o uživatele s duševní poruchou se používají pouze dva modely: Intenzivní CM (ICM) nebo Aserktivní komunitní léčba (ACT).

Metoda CARE

Další metodou využívanou při rehabilitaci a aktivizaci uživatelů s duševní poruchou je metoda CARE a podle Páva et al. (2017) se tato metoda psychosociální rehabilitace zaměřuje také na principy zotavení, posilování silných stránek a přítomnost – zotavení můžeme popsat jako proces, kdy se uživatel naučí žít plnohodnotným životem i přes všechna omezení, která mu do života přináší nemoc. Dle Hollandera a Wilkena (2019) je metoda CARE komplexním přístupem, který se zabývá rehabilitací ve velmi širokém kontextu, protože v životě člověka je vše vzájemně propojeno. Páv et al. (2017) dále uvádějí, že nejde jen o to najít a posilovat silné stránky uživatele, ale také podporovat jeho přirozené sociální vazby a jeho začleňování do komunity a princip přítomnosti vnímají jako jeden z nejdůležitějších prvků psychosociální rehabilitace. Jak dále uvádějí znamená to, že pracovník uživatele nijak neposuzuje, naslouchá mu a věnuje mu pozornost – potom může vznikat vzájemná důvěra umožňující spolupráci. Bitter et al. (2015) uvádí, že metoda CARE je hojně užívanou rehabilitační metodou především v Nizozemí, kde vznikla a je velmi ovlivněna tzv. osobním zotavením (recovery).

CARE je rehabilitační metoda, kterou je možné využívat v mnoha zařízeních – v komunitních službách i v lůžkových zařízeních, které chtějí systematicky pracovat s lidmi se zdravotním znevýhodněním (netýká se pouze duševních poruch) a dosahovat jejich cílů v duchu Recovery (Centrum péče o duševní zdraví, © 2021).

Osobní zotavení

Bejerholm a Roe (2018) v následujících větách uvádějí, že v 70. letech minulého století začalo být zpochybňováno klinické zotavení jako jediné správné, a to na základě zkušeností samotných uživatelů se zotavením, a tak začala vznikat vize osobního zotavení. Osobní zotavení je proces, kontinuum, definován samotným uživatelem

s duševní poruchou – toho zde můžeme považovat za odborníka na své zotavení. Hollander a Wilken (2019) se domnívají, že s osobním zotavením úzce souvisí sociální zotavení – to se týká opětovného zapojení do společnosti. Ridgway et al. (2014) uvádějí, že uživatelům s duševní poruchou velmi prospívá zotavování vycházející z předností člověka – nezaměřuje se tedy na diagnózu a její příznaky, ale spíše se snaží vidět člověka celostně a zaměřit se na rozvoj toho, co je v pořádku, ať už se jedná o uživateleovy pozitivní stránky nebo o pozitivní podněty z okolí. Ragins (2018) se domnívá, že lidé se mohou zotavit i tehdy není-li na jejich nemoc lék – např. lidé po mrtvici či srdečním infarktu stejně tak jako lidé s vážnou duševní poruchou, ale musí být podporováno jejich sebevědomí, musí se postupně zplnomocňovat, přijímat odpovědnost sami za sebe a objevit své silné stránky.

Peer konzultant a jeho funkce v komunitním týmu

Foitová et al. (2016) vysvětlují v následujících větách pojem „peer“ jako někoho, kdo je ve stejném stavu nebo by se toto slovo dalo také přeložit jako „druh“, ve škole to budou např. vrstevníci, ve zdravotnictví např. osoby se stejným onemocněním a v případě duševního zdraví existují tzv. peer konzultanti a jsou to osoby se zkušeností s duševním onemocněním, kteří ale prošli školením. Hlavním posláním peer konzultanta je sdílet své zkušenosti se zotavením a využít svého vlastního příběhu k motivaci, podpoře i dodání naděje uživateli s duševní poruchou a do pracovního týmu vnáší pohled z druhé strany. Peer konzultant se může zapojovat do denních aktivit pořádaných v organizaci, může uživatele doprovázet, navštěvovat ho v jeho přirozeném prostředí a komunikovat s jeho rodinou, ale měl by ho také podporovat v případě hospitalizace.

Skupinová metoda sociální práce

Gulová (2011) v následujících větách říká, že člověk je po celý život součástí různých sociálních skupin, které ho ovlivňují a s tímto pracuje skupinová práce v rámci metod sociální práce. Skupiny v sociální práci mohou vznikat podpůrné, vzdělávací, pracovní apod. a jsou vedené sociálním pracovníkem.

Matoušek (2013) také uvádí, že člověk je přirozeně součástí různých sociálních skupin a vysvětluje, že skupinová metoda sociální práce může mít jak formu různých, např. i vícedenních, aktivit, tak především formu terapeutickou, kdy cílem skupiny je poskytnutí zpětné vazby, náhled na svoji situaci, zkušenost někoho jiného ... Dále Matoušek (2013) říká, že ve skupině se mohou uživatelé naučit vzájemnému respektu,

toleranci a úspěšnému řešení konfliktů a tyto skupiny často probíhají v kontextu nějakých aktivit.

Sociálně aktivizační činnosti vhodné pro uživatele s duševní poruchou

Dle Jarolímka (2017) je důležitá také podpora volnočasových a skupinových aktivit. Pěč a Probstová (2009) uvádějí, že k aktivizaci uživatelů s duševní poruchou lze využívat různé formy expresní terapie jako je arteterapie, dramaterapie nebo taneční pohybová terapie a jsou vhodné skupinové kognitivní rehabilitace nebo svépomocné skupiny. Jindřichovská Brabencová (2020) hovoří o celkem nové možnosti zahradní terapie, uvádí, že člověk je evolučně spojen s přírodou, a tak na něj působí antistresově – stres nahrazují příjemné pocity. Dále uvádí, že péče o rostlinu je jednodušší než péče o zvíře či jiného člověka, a přesto poskytuje pečovateli pocit smysluplnosti, pěstování rostlin také poskytuje lepší vnímání času a cykličnosti v životě. Deenik et al. (2017) uvádějí, že i fyzická aktivita působí příznivě na kvalitu života především dlouhodobě hospitalizovaných pacientů s vážnou duševní poruchou, a k tomu postačí i jen mírné zvýšení fyzické aktivity. Dále uvádějí, že u pacientů bývá problém s motivací k fyzické aktivitě, je tedy v tomto ohledu potřeba intenzivní a řízený přístup.

1.2.3 Překážky v aktivizaci osob s duševní poruchou

Probstová a Pěč (2014) se domnívají, že v rehabilitaci klientů se schizofrenií je důležité si uvědomit, že poruchy myšlení jsou základem snížené schopnosti tvorby nějakého plánu, konceptu, což je důležité při řešení problémů. Tito autoři v následujících větách dále uvádějí, že kognitivní poruchy často spojené s duševními poruchami se týkají pozornosti, vnímání, paměti nebo motorických dovedností a v případě problémů s pozorností je mysl klienta zaplavena, protože nedokáže oddělit podstatné od nepodstatného a nedokáže zpracovat velké množství impulzů, které se jí dostává. Základem léčby duševních poruch je léčba medikamenty – antipsychotiky, která mohou ovlivňovat především pozitivní příznaky onemocnění a upravovat neklid, což umožní lepší spolupráci v rámci sociální práce a rehabilitace.

Raboch (2020) uvádí, že nejčastěji se vyskytující nežádoucí účinky jsou tyto: extrapyramidový syndrom, mimovolní pohyby po delší době užívání léků, vnitřní neklid, který se projevuje popocházením nebo motorickým neklidem, klienti také mohou mít potíže se zácpou, zadržením moči nebo nadměrným útlumem.

Oproti ostatním autorům se Jarolínek (2017) domnívá, že je možné, aby pacienti se schizofrenií zcela přestali užívat léky, ty by měli být pouze prvním krokem léčby.

Další překážkou může být dle Probstvé a Pěče (2014) narušené vnímání sociálních situací jako celku—uživatel často nedokáže zpracovat emoční obsahy druhých lidí a pro lidi trpící schizofrenií jsou také velmi problematické automatismy, tzn. každodenní úkony, nad kterými zdraví člověk už většinou nepřemýšlí, protože jsou souhrou myšlenkových, percepčních a motorických procesů (např. vaření a další běžné úkony v domácnosti). Avšak, jak uvádí dále, narušením této souhry jsou narušeny i sociální dovednosti běžné pro život – nakupování, schopnost někam se dopravit, nakládání s financemi nebo třeba získávání informací ... a jsou jednou z příčin selhávání v sociálních rolích.

Jarolínek (2017) říká, že ztráta naděje a vůle přichází nejen díky nemoci samotné, ale také díky nevhodnému léčebnému procesu – péče v ČR je soustředěna většinou do psychiatrických nemocnic a pacient dostává, v té nejzranitelnější době, v období dospívání, nálepku „schizofrenik“.

1.3 Motivace

Nakonečný (2014) v následujících větách říká, že motivační může být vnější pobídka, jen pokud v člověku vyvolá nějakou vnitřní pohnutku. Tato pohnutka vytváří v člověku motiv, tzn. že bude jednat, tak aby uspokojil nějakou svou potřebu. Slovo motivace je podle něj odvozeno z latinského slova „moveo“ (hýbám) a představuje motivaci jedince jako pohyb v jeho chování a jednání. Z psychologického hlediska jde v motivaci o to, že jednání člověka má nějakou příčinu, smysl nebo cíl a vychází z vnitřního rozpoložení jedince nebo jako reakce na nějakou vnější situaci.

V následujících dvou větách Šamánková (2012) uvádí, že k naplnění svých potřeb potřebuje člověk motivaci – ta působí jako hnací motor a díky ní je možné i překonávat překážky, které na cestě k naplnění té dané potřeby nastanou, protože nám dává odvalu. Motivace je psychický proces, který energetizuje organismus, aktivizuje, dokáže usměrňovat chování člověka, pokud je to nutné ke splnění jeho cíle/potřebě.

1.3.1 Možnosti motivace uživatelů s duševní poruchou

Dle Jarolímka (2017) již po první atace psychotického onemocnění je výrazně oslabena koncentrace, exekutivní i kognitivní funkce a vůle (klient např. může mít dobrý úmysl ráno vstát a jít do práce, ale nemůže, protože na to nemá dostatek vůle). Probstová a Pěč

(2014) uvádí, že pomyslným mostem k motivaci uživatelů s vážnou duševní poruchou je psychoterapie. Dále uvádí, že nejvíce se, konkrétně u uživatelů se schizofrenií, osvědčuje individuální psychodynamická psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, podpurná psychoterapie a také psychoedukace, skupinová nebo rodinná psychoterapie, kognitivní rehabilitace atd., ale často nemají uživatelé ani motivaci k navštěvování individuální terapie nebo jim v tom brání příliš vysoká cena této služby. Soukup (2020) v následujících dvou větách uvádí, že sociální pracovníci mohou k motivaci uživatele využívat motivační rozhovory, které jsou využívány jako terapeutické a komunikační prostředky pro podporu vnitřní motivace každého člověka. Motivační rozhovory propojují prvky přístupu zaměřeného na klienta, kognitivní i behaviorální terapie, ale vznikali především na základě zkušeností s tím, co je v dosahování změny v chování uživatele efektivní. Frankl (2019) v následujícím odstavci uvádí, že existuje hlubší motivace v životě člověka, a tím je nalezení smyslu života na tomto světě. Uvědomuje si, že hospodářský systém poslední doby vytvořil z pracujících lidí pouhé prostředky hospodářského života a válka zcela znehodnotila lidský život, protože ten, kdo již nebyl produktivní nebyl ani hoděn života. Hovoří o vybombardovaných duších lidí ovládaných strachem z další války a dalšího utrpení. Tato situace ovlivnila několik generací a lidé často bilancují nad tím, co jim život dal a vzal. Nikdy však nelze čekat, že bude v životě více štěstí a radosti, smysl život tkví spíše v jeho naplnění a je důležité znát svůj úkol, svou životní zodpovědnost. Člověk může otázku na smysl existence svého života najít při svém aktivním jednání, při starostlivosti o druhé, při prožívání příjemných vjemů (krásy přírody, pocit, že je milován). A dokonce i v případě nemoci může postoj k vlastnímu utrpení (nemoci) dávat životu smysl a, v případě správné terapeutické podpory, může vést k tzv. posttraumatickému růstu.

Šamánková (2012) v následujících bodech uvádí druhy teorií motivace:

- Logoterapie, která sice oficiálně není považována za teorii motivace, ale často je tak chápána. Její zakladatel V.E. Frankl vidí v člověku bytost hledající smysl. Podle něj lze životu dát smysl tím, že je naplněn cíl, který si člověk stanoví nebo je vytvořeno dílo, které sám vytvořil. Životu také mohou dávat smysl zážitky, které člověk prožije jako je setkání a láska. Smysl lze podle Frankla, ale nalézat i v utrpení.
- Maslowova teorie lidské motivace

- Coveyova teorie je model amerického spisovatele Stephena Coveye, který nabízí čtyři základní lidské potřeby: fyzické, sociální, mentální a duchovní.
- Vroomova teorie očekávání, která je založena na predikci budoucnosti. Ta podle něj v každém člověku neustále probíhá a má velkou motivační sílu. Člověk, ale musí být přesvědčen o dosažitelnosti cíle.
- McClellandova teorie získaných potřeb je nazývána také teorií tří potřeb, protože podle tohoto amerického psychologa je motivace ovlivněna třemi druhy potřeb a u každého člověka převládá jiná potřeba: Potřeba něčeho dosáhnout, potřeba moci, potřeba někam patřit.

1.4 Zaměstnávání jako hlavní cíl aktivizace uživatelů s duševní poruchou

Socioekonomická situace uživatelů s duševní poruchou

Kondrátová a Winkler (2018) uvádějí, že osoby s psychotickým onemocněním patří mezi skupinu obyvatel, která je nejvíce ohrožena nezaměstnaností, chudobou a s tím souvisejícími problémy s bydlením. Horáková (2017) se domnívá, že zásadní příčinou, proč jsou uživatelé s duševním onemocněním ohroženi ztrátou bydlení je jejich vyloučení ze společnosti – s propuknutím nemoci, nejčastěji v mladé dospělosti, postupně ztrácejí svou sociální síť. Dále uvádí, že s propuknutím nemoci kolem 20. – 24. roku života také souvisí nízká výše invalidního důchodu, která dále snižuje jejich socioekonomickou situaci. Kondrátová a Winkler (2018) v následujících dvou větách dále uvádějí, že míra nezaměstnanosti u lidí s vážným duševním onemocněním je až 80 %, přitom uplatnění na trhu práce je jedním z nejvýznamnějších kroků k zotavení lidí s duševním onemocněním. Na základě výzkumu vychází, že 63 % lidí, jenž čerpají komunitní psychiatrické služby v ČR nevydrží v zaměstnání (včetně chráněných a tréninkových míst) ani hodinu a pro 90 % těchto osob je hlavním zdrojem financí invalidní důchod, z toho 30 % osob nedosahuje měsíčního příjmu více než 8500kč a přibližně polovině těchto osob poskytuje péči rodina a pobírá na ně příspěvek na péči.

1.4.1 Zaměstnávání uživatelů s duševní poruchou

Beranová (2017) uvádí, že zaměstnání hraje důležitou roli při vytváření vlastní sebehodnoty a člověk se prostřednictvím zaměstnání zařazuje do společnosti. Kondrátová a Winkler (2017) uvádějí, že zaměstnání významně zvyšuje kvalitu života uživatelů s duševní poruchou. V následujících dvou větách je popsáno, že při projektu podpory zaměstnávání uživatelů s duševní poruchou (Sdružení Práh, © 2014) vyplynulo, že uživatelé s vážnou duševní poruchou často, vlivem svého onemocnění,

ztrácejí pracovní návyky a také sebedůvěru. A že je důležitá podpora uživatele pracovním konzultantem, který může zpočátku uživatele doprovázet i přímo na pracoviště a pomáhá vést komunikaci mezi uživatelem s duševní poruchou a zaměstnavatelem. Beranová (2017) uvádí, že pro uživatele s duševní poruchou je také vhodnější zaměstnání bez stresových situací a ideálně na zkrácený úvazek. Dle Kondrátové a Winklera (2017) je důležité pro uživatele s duševní poruchou volit způsob tzv. podporovaného zaměstnávání (podpora pracovního konzultanta jak pro uživatele, tak pro zaměstnavatele), které vychází z toho, že pro uživatele je, jako pracovní rehabilitace, neefektivní umístění na tzv. chráněné místo. Dále uvádějí, že chráněné místo v uživateli podporuje přesvědčení, že na jiném pracovním místě se nemůže uplatnit, že není dostatečně kompetentní a také může více prohlubovat sociální izolaci. Dle Štanglové et al. (2018) je momentálně v české praxi zaveden standardizovaný model podporovaného zaměstnání IPS.

1.4.2 Problematika bydlení osob s duševní poruchou

Podle Horákové (2017) je v posledních letech trendem snižování délky hospitalizace na co nejkratší dobu, ale v ČR je stále velkým problémem, že uživatelé s vážnou duševní poruchou nemají po ukončení hospitalizace kam jít, jsou tedy dlouhodobě hospitalizováni. Dále vysvětluje, že dlouhodobá hospitalizace u uživatele snižuje jeho sociální kompetence i sebevědomí, vede ke ztrátě jeho vlastních sociálních vazeb, případně také přímo ke ztrátě zaměstnání a bydlení. Páv et al. (2017) uvádějí, že první snahy o reformu psychiatrické péče a tzv. deinstitucionalizaci a tím pádem rozšíření komunitní péče začali v ČR již krátce po roce 1989, stejně tak jako v jiných Evropských zemích, ale podpora komunitní péče v ČR byla nedostatečná i 10 let poté. Dále uvádějí, že v roce 2013 započala v ČR druhá fáze reformy psychiatrické péče, přesto i nadále často zůstává následná rehabilitace uživatelů s duševní poruchou v rukách psychiatrických nemocnic a jak se ukazuje v porovnání se západními zeměmi je v ČR tento počet výrazně vyšší.

V následujícím odstavci Tjörnstrand et al. (2020) uvádějí, že v zahraničí v rámci deinstitucionalizace vznikala pro uživatele s vážnou duševní poruchou tzv. podporovaná bydlení, kde každý uživatel má vlastní byt nebo pokoj a společné prostory sdílí i se zaměstnanci. Ačkoliv zde vznikají problémy týkající se omezení soukromí nebo vlastního sebeurčení, tak je jinak podporované bydlení prospěšné – vytváří uživatelům pocit bezpečí a nabízí příležitosti k socializaci.

Horáková (2017) uvádí, že bez podpory jen těžko může uživatel vyřídit invalidní důchod a získat dávky státní sociální podpory (např. příspěvek na bydlení), často tito lidé nezvládají ani finanční hospodaření a vznikají jim dluhy. Dále se domnívá, že jim život v instituci může připadat bezpečnější a srozumitelnější, přitom ale dochází k zneschopnění uživatele.

Páv et al. (2017) uvádí, že v České republice fungují, na některých místech tzv. chráněná bydlení, která jsou de facto synonymem podporovaného bydlení v zahraničí a výzkumy dokazují, že zde dochází lépe k nastartování procesu zotavení než v psychiatrických nemocnicích. Horáková (2017) k tomu uvádí, že dle zákona je možná podpora bydlení u uživatelů s vážnou duševní poruchou formou pobytovou (chráněné bydlení) nebo formou terénní služby a sociální rehabilitace, přičemž na službu chráněného bydlení poté navazuje terénní služba. Bohužel, možnost využívat komunitní péči, a tedy i chráněná bydlení má v České republice jen malé procento uživatelů s vážnou duševní poruchou (Páv et al., 2017).

Dle Goeringa et al. (2011) je pro uživatele s duševní poruchou, kteří jsou osobami bez domova šancí k zotavení projekt Housing first (Bydlení především), který poskytuje dotované bydlení s podporou multidisciplinárního týmu a následným programem Asertivní komunitní léčba (ACT), ale bez žádných předběžných podmínek jako je stabilizovaná léčba nebo kontrola nad užíváním návykových látek.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl výzkumu

Cílem bakalářské práce je zmapovat poskytování aktivizace u uživatelů s duševní poruchou v organizaci Fokus České Budějovice, z.ú. Dílčím cílem je zmapovat motivaci uživatelů s duševní poruchou k zapojení do aktivizačních činností.

2.2 Výzkumné otázky

Pro tuto práci byla stanovena jedna hlavní výzkumná otázka a tři dílčí výzkumné otázky.

HVO: Jak probíhá poskytování aktivizačních činností u uživatelů s duševní poruchou?

VO1: Jaká je motivace uživatelů k aktivizaci a jakým způsobem jsou motivováni?

VO2: Jaké mohou být překážky v aktivizaci uživatelů s duševní poruchou?

VO3: Jaké přínosy aktivizace zmiňují uživatelé a pracovníci?

3 Metodologie výzkumu

3.1 Popis výzkumného nástroje

K realizaci praktické části této práce je použit kvalitativní výzkum. Dle Levínské (2014) kvalitativní analýza získaných dat interpretuje sociální realitu jinak než v číslech a jejím cílem je vytvářet nové hypotézy. Dále uvádí, že v kvalitativním výzkumu nemůžeme počítat s generalizací na celou populaci, je zde ale možné získat mnoho informací od několika lidí při hloubkových rozhovorech a tím porozumět dané problematice.

Miovský (2006) v následujících větách uvádí, že kvalitativnímu výzkumu může být vytýkáno, že při jeho použití není možné rozpoznat podstatné od nepodstatného, nové a sporné oblasti sice dobře odhalí, ale již je neumí řešit. Nové oblasti objevené výzkumem také není možné systematizovat, klasifikovat a ověřovat. Dále uvádí, že kvalitativní výzkum umožňuje vyhledání nových hypotéz a kvantitativní zase umožňuje hypotézy testovat a dá se tedy říci, že kvalitativní výzkum nám pomáhá porozumět pozorované realitě a kvantitativní výzkum zase dokáže vyhodnotit platnost tohoto porozumění.

Byla použita metoda dotazování technikou polořizeného rozhovoru. Miovský (2006) v následujících větách charakterizuje polořizený rozhovor a uvádí, že je to vůbec nejčastější forma rozhovoru v rámci kvalitativního výzkumu. Je potřeba mít připravenou strukturu otázek – obvykle se rozdělují do několika okruhů, na které pak vyžadujeme odpovědi. V polořizeném rozhovoru, ale můžeme otázky různě přeskakovat, nechat si odpovědi řádně vysvětlit nebo probrat do hloubky. Polořizený rozhovor může probíhat na mnoha místech – venku, v kavárně nebo v přirozeném prostředí informanta.

Tato technika byla, v mém výzkumu, velmi vhodná vzhledem k období pandemie onemocnění Covidu 19 – rozhovory se mohli uskutečnit osobně, a to venku, na zahradě organizace Fokus České Budějovice, z.ú. (dále jen Fokus) nebo ve venkovních posezeních kaváren ve městě, což bylo možné i vzhledem k příznivému letnímu počasí, protože výzkum probíhal v červenci roku 2021. Bylo uskutečněno pět polořizených rozhovorů s pracovníky Fokusu a pět polořizených rozhovorů s uživateli služby Fokus. Dva rozhovory s uživateli proběhli po dvojících. V jednom případě se jednalo o pár a

v druhém případě o dva kamarády a sami si přáli, aby rozhovory bylo takto vedeny. Rozhovory byly v délce 16–49 minut.

3.1.1 *Participantí výzkumu*

Pro potřeby výzkumu v praktické části této práce byly zvoleni informanti do dvou zkoumaných skupin, a to pomocí účelového kvótního výběru. Dle Miovského (2006) je to nejčastější a nejjednodušší způsob výběru výzkumného souboru, kdy vybíráme informanty dle zvoleného kritéria nebo kritérií a za předpokladu, že jsou ochotní spolupracovat.

Participanty výzkumu jsou organizace Fokus České Budějovice, z.ú. (dále jen Fokus), která poskytla prostřednictvím svého ředitele písemný souhlas s výzkumem a dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor zahrnuje 5 pracovníků organizace Fokus. Kritériem výběru byla pracovní pozice jako terénní sociální pracovník v rámci komunitního týmu nebo jako pracovník sociálně-terapeutické dílny. Druhý výzkumný soubor zahrnuje sedm uživatelů s duševním onemocněním. Kritériem výběru byla spolupráce s organizací Fokus, a to v rámci komunitní péče nebo sociálně-terapeutické dílny.

Nejdříve byly domluveny rozhovory se skupinou pracovníků Fokusu, a to pomocí komunikace přes ředitele organizace. Každý z těchto pracovníků mi poté předal kontakt na některé ze svých klientů, kteří byli ochotni se do výzkumu zapojit. Po telefonickém kontaktu byly domluveny individuální schůzky k provedení polořízeného rozhovoru. Ve dvou případech proběhla schůzka se dvěma klienty najednou – v jednom případě se jednalo o partnerský pár, v dalším o dva uživatele sociálně-terapeutické dílny.

Tabulka 1: Základní údaje o informantech – pracovníci

Informant	Pohlaví	Věk	Pracovní pozice	Vzdělání	Délka praxe
1	Žena	27	Sociální pracovníce – komunitní tým, STD	Vysokoškolské – magisterské	4 roky
2	Žena	36	Pracovník v soc. službách – komunitní tým	Vysokoškolské	3 roky
3	Žena	46	Pracovník v soc. službách – komunitní tým	Středoškolské s maturitou	2 roky
4	Žena	59	Sociální pracovníce –	Vysokoškolské – magisterské	4 roky

			komunitní tým		
5	žena	31	Sociální pracovníce – komunitní tým	Vysokoškolské – magisterské	7 let

Zdroj: Vlastní výzkum 2021

Tabulka 2: Základní údaje o informantech – uživatelé

Uživatel s duševním onemocněním	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Rodinný stav	Bydlení	Zaměstnání	Diagnóza
1	Muž	36	Středoškolské s maturitou	Svobodný	Pronájem	Manipulant	Paranoidní schizofrenie
2	Žena	40	Středoškolské s maturitou	Rozvedená	Pronájem	Uklízečka	Schizofrenie
3	Žena	57	Středoškolské s maturitou	Rozvedená	Pronájem	ID 3. stupně	Schizoafektivní porucha
4	Muž	37	Středoškolské s maturitou	Svobodný	Pronájem	Chráněná dílna	Schizofrenie
5	Muž	48	Středoškolské s maturitou	Svobodný	Chráněné bydlení	ID	Schizofrenie
6	Muž	24	Středoškolské – výuční list	Svobodný	Pronájem	Chráněná dílna	Paranoidní schizofrenie
7	Muž	25	Středoškolské s maturitou	Svobodný	U rodičů	Student	Obsedantně kompulsivní Porucha

Zdroj: Vlastní výzkum 2021

Představení organizace Fokus České Budějovice, z.ú.

Fokus České Budějovice, z.ú. (dále jen Fokus) v následujících větách o sobě ve své výroční zprávě (Fokus, © 2021) uvádí, že je organizací, která v Českých Budějovicích působí již od roku 2007 a jejich služby využívají lidé, kteří mají duševní poruchu, ale přesto chtějí žít kvalitně, pracovat, studovat, mít přátele a rodinu. V naplnění těchto potřeb jim brání vyšší psychická zranitelnost, vysoké nároky okolí, stresující prostředí a také zakořeněné předsudky veřejnosti. Fokus poskytuje pro tyto lidi komunitní péči pomocí multidisciplinárního týmu. V rámci Fokusu mohou uživatelé jeho služeb využívat nejen sociální služby, ale také zdravotní – služby psychiatrických zdravotních sester a psychiatra. A mají možnost využít i pracovního poradenství nebo chráněného bydlení.

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění poskytuje Fokus službu sociální rehabilitace, a to tak, aby byl uživatelům jeho služeb podporou na jejich cestě k zotavení (Fokus, © 2021):

- Posiluje osobní kompetence uživatelů
- Dodává uživatelům odvahu, naději, poskytuje podporu
- Pomoc s orientací v problematice duševního onemocnění
- Poskytování emoční podpory a vytváření sociálních kontaktů
- Podporovat uživatele v jeho osobním zotavení

Další poskytovanou službou dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění jsou sociálně terapeutické dílny, jejichž cílem ve Fokusu je (Fokus, © 2021):

- Posílit sociální a pracovní dovednosti a návyky
- Pomoc při plánování dne
- Navazování sociálních kontaktů

Součástí služby sociálně terapeutické dílny jsou programy denních aktivit a ateliér Kočka.

Fokus dále ve své výroční zprávě za rok 2020 (Fokus, © 2021) uvádí, že dlouhodobě spolupracuje s psychiatrickým oddělením nemocnice České Budějovice a s psychiatrickými nemocnicemi Písek, Dobřany a psychiatrickými léčebnami Lnáře a Červený Dvůr a s dětskou psychiatrickou nemocnicí v Opařanech. Dále, že pořádá destigmatizační akce pro veřejnost. Je členem organizace Fokus ČR, z.s. a působnost komunitního týmu Fokusu je na území ORP České Budějovice, Český Krumlov, Týn nad Vltavou, Trhové Sviny a Kaplice. Sociálně terapeutické dílny fungují ve městech České Budějovice a Český Krumlov a služby komunitního týmu jsou poskytovány bezplatně, a to lidem s duševním onemocněním již od 12 let.

3.2 Realizace výzkumu

Realizaci výzkumu v organizaci Fokus České Budějovice, z.ú. (dále jen Fokus) jsem měla domluvenou s ředitelem Fokusu již po zadání tématu bakalářské práce v roce 2018. Po nastudování odborné literatury a sepsání teoretické části, jsem s pomocí vedoucí mé bakalářské práce sestavila strukturu položených rozhovorů pro pracovníky a uživatele. V červnu 2021, jsem kontaktovala pracovníky Fokusu, kteří byli ochotni

spolupracovat na mém výzkumu a jejichž kontakt jsem, s jejich svolením, dostala od ředitele Fokusu. Tímto započal výzkum k bakalářské práci. Pracovníci mi poté předali nebo přímo domluvili kontakt s některým ze svých uživatelů, kteří také byli ochotni mi poskytnout rozhovor. Data jsem sbírala v průběhu července – srpna 2021. Rozhovory byly, se souhlasem informantů, zaznamenávány na audio záznam, který archivuji. Rozhovory probíhali, tak aby se informanti cítili dobře a v bezpečí. Některé rozhovory proběhly v kavárně nebo na zahradě Fokusu, stranou od ostatních uživatelů a pracovníků. Dva rozhovory proběhly po dvojících – vždy na přání informantů. Jedna dvojice byla partnerská a druhá dvojice byli uživatelé kamarádi, potkávající se v sociálně terapeutické dílně. Poté jsem začala data analyzovat a zpracovávat v rámci kvalitativního výzkumu.

3.2.1 *Analýza dat*

Získané odpovědi byli analyzovány metodou otevřeného kódování.

Pro rozhovory byl vytvořen seznam otázek rozdělených do okruhů. Tyto okruhy obsahovali podotázky. Pro rozhovory s pracovníky Fokusu byly dané tyto okruhy: sociodemografické údaje, forma a poskytování aktivizace, přínos aktivizace, motivace, spolupráce. (Příloha č.1)

Pro rozhovory s uživateli s duševním onemocněním byly dané tyto okruhy: sociodemografické údaje, průběh a způsob aktivizace, motivace, překážky v aktivizaci spojené s duševním onemocněním. (Příloha č.2)

3.2.2 *Etické aspekty výzkumu*

Při výzkumu v praktické části mé bakalářské práce bylo dbáno na dodržování anonymity informantů – jejich jména nikde veřejně neuvádím, ve výzkumu nejsou použita jména, ale pouze označení „informant“. Pokud je v některých citacích z výzkumu, pro zanechání kontextu, použito jméno, tak bylo zaměněno za smyšlené jméno. Nejsou uváděny ani jiné identifikační znaky. Pouze není anonymizována organizace, kde výzkum proběhl, a to proto, že s výzkumem vyjádřila písemný souhlas (příloha 3). Veškeré podklady výzkumu, ať už v elektronické nebo písemné formě byly chráněny před čtením třetími osobami.

Všichni informanti byli seznámeni s průběhem rozhovoru a srozumitelně informováni o probíhajícím výzkumu, pro který byl rozhovor určen. S tím také vyjádřili svůj písemný souhlas.

Písenný souhlas obsahoval jméno výzkumníka, název výzkumu a popis čeho se týká, jméno vedoucí této bakalářské práce a také informace o tom, že podepsané souhlasy i nahrané nahrávky budou bezpečně odstraněny po obhajobě této práce.

Uvědomuji si, že informanti v tomto výzkumu mohou být velmi zranitelní lidé a otázky, které byly pro výzkum potřebné mohou být velmi citlivými údaji. Zde uvedené údaje by mohli mít vliv na jejich začlenění do společnosti vzhledem ke stigmatu duševních onemocnění, proto kladu důraz na ochranu těchto údajů.

4 Výsledky

Tato část bakalářské práce se zabývá interpretací již roztríděných dat.

Výsledky mé výzkumné práce jsou, pro lepší přehlednost, rozděleny do dvou kapitol – jedna se zabývá výsledky položených rozhovorů s pracovníky Fokusu a druhá výsledky položených rozhovorů s uživateli služby Fokus. Každá tato kapitola má několik podkapitol, a to dle výzkumných otázek.

V této části práce jsou použity úryvky z některých rozhovorů s pracovníky a uživateli sociální služby.

4.1 Výsledky položených rozhovorů s pracovníky Fokus České Budějovice, z.ú.

4.1.1 HVO: Jak probíhá poskytování aktivizačních činností u uživatelů s duševní poruchou

Hlavní výzkumná otázka se týká způsobu a průběhu poskytované aktivizace službou Fokus České Budějovice, z.ú. (dále jen Fokus). Pro tuto výzkumnou otázku byla kódováním vytvořena kategorie Způsob a průběh aktivizace, která má další podkategorie:

- Kdo poskytuje aktivizaci
- Metody a techniky používané při poskytování aktivizace
- Skupinová a individuální aktivizace
- Aktivizace v individuálním plánu
- Místo poskytování aktivizace
- Spolupráce s dalšími subjekty

Poskytování aktivizace

Ve Fokusu mohou aktivizaci uživatelům služby poskytovat, nebo na ní participovat, pracovníci multidisciplinárního týmu, který zahrnuje sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, dobrovolníky, zdravotní sestry a psychiatra. Součástí týmu dříve byl i PEER konzultant, ale momentálně je k dispozici pouze pro telefonické konzultace a hledá se jiný vhodný pracovník na tuto pozici.

Informanti hovoří také o důležitosti podpory rodiny uživatele a o možnosti zapojení se do aktivizace uživatele. Zkušenosti informantů se zapojením rodiny do aktivizace jsou ovšem různé:

Informant 2 na otázku, zda podporuje nějak rodinu v aktivizaci klienta – konzultace ohledně nácviků apod. odpovídá: *Ne, takhle úplně nemám zkušenost. Pokud se jedná o*

ty mladší klienty, kolem 20 let, tak tam ještě ano, ale jinak je to spíše práce se samotnými klienty, kdy rodiče o nás ví a mají na nás kontakty, ale až tolik se nezapojují.

Informant 1 odpovídá na otázku Jak se do aktivizace může zapojit jeho rodina: *Když chce, tak všelijak. S tím, že mu pomáhá, vezme ho na nákupy nebo ho vytáhnou jenom na procházku. Záleží, s čím se klient potýká. Když je tam nějaká sociální fobie a ten člověk má problém jenom vylézt z baráku, tak i jenom přijít a říct „hele, jdeme se projít kolem řeky“ – což je někdy dost náročný a těch lidí je tam dost. Nebo s ním půjdou nakoupit, začnou pracovat na nějakém rozhovoru, respektive celkově na komunikaci, protože spousta lidí spolu nemluví, a to je největší kámen úrazu. K této odpovědi byla položena doplňující otázka, zda to ta rodina využívá často, pokud tedy klient rodinu má. Informant 1 odpovídá: *Někdy je k té rodině ještě obtížnější cesta než ke klientovy samotnému. Mám například klientku, která má dvě dospělé dcery. A jak já říkám, všechno zlé je k něčemu dobré, takže při Covidu pochopili, že duševní onemocnění je problém, protože jí předtím měli furt za linou. A přitom je to klientka, která je jedna z aktivnějších. Takže tam bylo velké nepochopení ... K jednomu klientovi jsem jela domů a mám zkušenost, že jeho tatínek věděl, kdo jsem, věděl, kam mě zařadit, ale vůbec se netvářil ... nelíbilo se mu, že tam jsem. Je to furt dost velký stigma.**

Informant 3 odpovídá na stejnou otázku Jak se do aktivizace může zapojit rodina uživatele, takto: *Ta se zapojuje dost a jsme za to rádi. Někteří rodiče mají možnost pravidelné a dlouhodobé konzultace s náma, protože oni sami potřebují konzultace a podporu a takhle mají možnost tu podporu od nás získat.*

Informant 4 na tuto otázku ohledně zapojení rodiny do aktivizace odpovídá: *Rodinný příslušníci mohou být sami našimi klienty, když ten nositel duševního onemocnění není schopen nebo ochoten s námi spolupracovat, tak se na nás může obrátit i ta rodina a my můžeme poskytnout nějaká doporučení třeba i aktivizaci toho člověka. A jinak, když spolupracujeme s nějakým uživatelem našich služeb, tak když klient souhlasí jsme v kontaktu s jeho rodinou. Podle toho, jak se dohodneme s konkrétním uživatelem, jak sestavíme IP, tak podle toho můžeme do té aktivizace zapojovat rodinu.*

Informant 5 na téže otázku o zapojení rodiny do aktivizace odpovídá: *Tak různými, ale pracovat s rodinou je důležitý. Rodinu je možné i zapojit do IP, ale zase se musíme ptát toho klienta a tý rodiny, co vlastně oni můžou udělat a co ten klient chce, aby rodina a pracovník udělali ...*

Metody a techniky používané při poskytování aktivizace

Pracovníci Fokusu používají při aktivizaci uživatelů techniky běžně užívané v sociálních službách. Všichni informanti uvedli, že využívají především techniku terapeutického (podpůrného) rozhovoru, nácviky, doprovody a dotazování. Informant 3 uvádí navíc techniky pozorování, pochvaly a aktivního naslouchání. Informant 1 kromě toho uvádí ještě techniky sdílení a nastavení zrcadla – tzn. poskytování zpětné vazby. Zmiňuje také metodu CARE, na které mají pracovníci momentálně dlouhodobější vzdělávání: *„Aktivizace k tomu určitě také patří – např. mapování okolí, metoda Semaforu – to znamená, že když se pohybuje v zelené, je klient OK, vše je, jak má být. V oranžové už se něco děje a červená je už špatně, fakt žádná sláva, musí se zasáhnout.“*

Informant 4 hovoří navíc o Kole změny: *„Já jsem se už kdysi dávno, když jsem pracovala v jiné organizaci s osobami postiženými domácím násilím, tak jsem se naučila takovej úplně základní nástroj, a to je Kolo změny. Jakože člověk, který je na něčem nebo na někom závislej nebo lpí na nějakých svých zažitých životních scénářích, tak nelze očekávat, že ta změna proběhne hladce po prvním oběhnutí kolečka, že je dobrý se právě vybavit trpělivostí a chápat, že ta změna je pro člověka náročná věc a než k ní dojdeme, tak oběhne těch koleček třeba víc a je právě hrozně důležitý v tom kolu změny ten segment přípravy na změny a motivace. To bych řekla, že mě hodně ovlivnilo a že mě naučilo ty situace vydržet a nezoufat si po prvním neúspěchu.“*

Co se týče metod sociální práce, tak ty informanti většinou nezmiňovali vůbec a pokud byli přímo dotázáni, tak z toho vyplynulo, že jednání s uživateli již mají, tak zažité, že neví, jaké metody jsou používány. Informant 1, který jediný také zmiňuje metodu CARE, k tomu odpovídá: *Všechno je to takový propojený ... Abych řekla pravdu ty metody, co jsme se učili už si ani nepamatuju, mám už je asi tak zažitý, že nepřemýšlím nad tím, jak se, co jmenuje. Ale CARE je super, doporučuji, jsem z něj nadšená.*

Skupinová a individuální aktivizace

Ve Fokusu je poskytována aktivizace formou individuální i skupinovou.

Individuální aktivizace je poskytována v rámci služby sociální rehabilitace a prostřednictvím komunitního týmu. Všichni informanti jsou zaměstnáni na pozici terénní sociální pracovník v komunitní týmu, někteří nemají zkušenost s poskytováním skupinové aktivizace, proto se v odpovědích více zaměřují na aktivizaci individuální a podrobnosti o jejím poskytování jsou rozepsány v dalších kapitolách.

Skupinová aktivizace se odehrává v sociálně terapeutické dílně (dále jen STD) nebo pomocí svépomocných skupin při Fokusu. Individuální aktivizace je poskytována uživatelům komunitního týmu. V případě skupinové aktivizace je kladen důraz na uskutečňování sociálních kontaktů, využívání dynamiky skupiny, ale probíhají zde i různé aktivizační činnosti. K tomu, jak to funguje v STD se vyjádřil informant 1: *Probíhá to tak, že je udělaný program od pondělí do pátku na celý měsíc. A ty klienti si vybírají, co je zaujme podle toho, co je baví a co potřebují. A hlavně to je v rámci sociálních kontaktů, nácvik komunikace, vydržení vůbec v té skupince a tak podobně. Většinou to je udělaný tak, že jsou klienti, kteří jsou aktivnější, takže chodí několikrát týdně a tím pádem znají i klienty, kteří jsou méně aktivní nebo tu skupinu tolik nepotřebují a různě se tam míchají. Je to teda hlavně o těch sociálních kontaktech a potom je to individuální podle toho, co ten klient chce.* Dále vysvětlil, že uživatelé mají k dispozici zahradu, proto byl dotázán, zda tam mají uživatelé také nějaké aktivity. Odpověď informanta 1: *Jo, to určitě, ale furt je víc oblíbená káva s cigárem (smích). Ale mají tam i nějaké záhonky, mají zasazená nějaká rajčata a jsou tam práce jako sekání zahrady apod. Vzhledem k tomu, že tu zahradu využívají hlavně klienti, tak se snažíme, aby o ní nějakým způsobem i dbali.*

Informant 4 hovoří o fungování STD takto: *To je pro lidi, který potřebují teprve nabít určitý kompetence, ve chvíli, kdy chodí do STD většinou nemají žádnou práci, naprostá většina to jsou klienti nezaměstnaný nebo mají práci na kratší úvazky, ale většinou ti pracující už nemají prostor docházet ještě do STD a tam opravdu jim prospívá vidět se s jinými lidma v podobný situaci a moct se s nima sblížit a moct konfrontovat svoje životní postoje a situaci s tím, jak to mají ostatní a jak se s tím vyrovnávají. To může také působit jako určitý aktivizační prvek na ty klienty. A pak tam jsou k dispozici různé aktivity, je tam pravidelný program. Ty aktivity jsou klientům nabízeny, ale zároveň nejsou pro klienty povinný. Takže se dává i prostor, vzhledem k tomu, že pracujeme i s lidma s opravdu závažnými duševními onemocněními, tak ta služba je nízkoprahová a dává se tam šance i klientům, kteří zrovna nejsou v úplně dobrém stavu, ale je pro ně prospěšné být někde mezi lidma a tam opravdu můžou jenom přijít a ty aktivity jen sledovat a netlačit se na ně.*

Někteří informanti nemohli popsat způsob skupinové aktivizace, protože nemají úvazek v STD a ani nemají jinou zkušenost se skupinovou formou aktivizace. Informant 3 nemá zkušenost ze STD, ale s vedením svépomocné skupiny ve Fokusu ano. Tuto

zkušenost popisuje takto: *To bylo zajímavý v tom, že jednak pokud někdo přišel s nějakým problémem, co neuměl vyřešit a jiný účastníci té skupiny, tak prostě právě říkali a mluvili o tom, jak oni řešili podobnou situaci, jak jí vyřešili. Takže to bylo takový přínosný, že jsem to nebyla jen já, ale byli to i lidi se stejnými problémy. To bylo pro ně asi takový příjemný. A vůbec i to, že jiný lidi mají taky stejný problémy a že je nějak musí řešit.*

Aktivizace v individuálním plánu

Každému uživateli Fokusu je sestaven individuální plán, který se sestavuje společně s ním. Všichni informanti se shodli, že na tvorbě individuálního plánu uživatel služby spolupracuje a sám si určuje své cíle. Občas je ale potřeba ho navést, zjistit, co by si vlastně přál.

Informant 1 popisuje tvorbu individuálního plánu takto: *Takže většinou to probíhá, takže zmapujeme situaci klienta a on si pak určí, co je pro něj důležitý, co je pro něj míň důležitý, co chce řešit hned, co později, co třeba vůbec a podle toho se pak nastavuje individuální plán, kroky, cíle a tak podobně. Klient by měl být nakontaktován na více sociálních pracovníků (min.2). U některých klientů je to dobrý v tom, že využívají služby sociálně terapeutické dílny i sociální rehabilitace a tím pádem jsou rovnou navázány na více pracovníků.*

Informant 2 si myslí, že aktivizace je v individuálním plánu zahrnuta u uživatelů s psychotickými poruchy vždy. Říká: *A taky máme v individuálních plánech, když někomu chybí sociální kontakty, tak může s pracovníkem jít třeba na procházku nebo ho navštívujeme doma ... Pokud vyhodnotíme, že mu opravdu ty sociální kontakty dělají problémy, což často bývá u těch psychotických poruch, což je většina našich klientů. Často se uzavírají, takže když se dohodneme, že by jim to pomohlo, aby měli více sociálních kontaktů, tak je to i zahrnuto v individuálním plánu.*

Informant 3 k individuálnímu plánování říká: *Někdy sdílíme klienta třeba ve dvou a informace si předáváme a když plánujeme, vytváříme individuální plán, tak jsme u toho obě a ten klient a domlouváme se na tom, co kdo bude dělat, jak často, jak se budeme střídát ... K aktivizaci v individuálním plánu říká: *Většinou jsou tam nějaké cíle, u kterých se snažíme, aby to jako formuloval ten klient, aby to vlastně jsme zjistili, co si přeje, v čem mu můžeme pomoci, ale je to cíl toho klienta, on si říká, kam chce dojít a čeho chce dosáhnout.**

Informant 4 také hovoří o revizi individuálního plánu: *musíme pravidelně hodnotit, ale u každého klienta je to různé podle toho, o jakou zakázku jde a taky podle toho jaký je ten klient. Mám třeba IP takovej aktivizační, ten se týká domácího rozpočtu, aby si klientka udržela vždycky na týden určitou částku peněz a tam jsem nastavila hodnocení vždy po kratší době, po 6 týdnech se znova na to podíváme. Ale pak jsou zakázky, u kterých je to hodnocení třeba jednou za čtvrt roku a je to opravdu individuální, vychází to z potřeb a zájmů klienta.*

Místo poskytování aktivizace

Všichni informanti se shodují, že aktivizace v rámci sociálně terapeutické dílny (dále jen STD) probíhá vždy jen v prostorách STD, jejíž součástí je i ateliér Kočka, kde uživatelé mohou tvořit vitráže. Pokud funguje svépomocná skupina, tak se schází také v prostorách STD. Aktivizace v rámci komunitního týmu probíhá především pomocí terénních sociálních pracovníků a participovat na aktivizaci mohou: psychiatr, dobrovolník nebo rodina. Může být tedy poskytována téměř kdekoliv – u uživatele doma, v kavárnách, při procházkách, během doprovodů atd.

Informant 1 říká: *Nejlepší je, když probíhá v přirozeném prostředí toho klienta, abychom věděli, kde se ten klient nachází, s čím se potýká, s čím se může pracovat ... Může probíhat třeba i v práci, na jeho pracovním místě a v rodině, může docházet i ambulantně. Takový ty jako jsou schůzky, kde se buď připravuje na přijímací pohovor nebo se probírají různé situace, který mohou nastat a tak. Dá se říct, že kdekoliv, kde zrovna ten klient potřebuje.*

Spolupráce s dalšími subjekty

Všichni informanti se shodli, že spolupracují s mnoha různými organizacemi a mají zkušenost nebo si dokážou představit, že se tyto organizace také podílí nějakým způsobem na aktivizaci. Jedná se např. o jiné sociální služby, psychiatrické oddělení nemocnice České Budějovice, ale také spolupráce se zaměstnavateli. Dle informanta 4 největší podíl na aktivizaci má spolupráce s dluhovými poradnami: *Spolupracujeme se spoustou organizací, třeba s různými poradnami, v nějakých segmentech činnosti, na který my nejsme specialisti. To se hodně týká dluhové oblasti. To může také velmi přispět k aktivizaci, protože ty lidi, když se jim v té dluhové oblasti pomůže efektivně, tak můžou začít normálně žít. Jinak ty dluhy hrozně svazují a blokují vstup do běžného života*

Informant 3 vyzdvihuje spolupráci se zdravotnickými zařízeními: *Vlastně, co se týče aktivizace, tak to možná souvisí s těma léčebnami, protože my jsme tam s těma klientama hodně v kontaktu, proto aby chtěli zpátky, aby věděli, kam se vrací a aby se nestalo, že ztratí kontakt. Je dobře, když ví že se budou zase vracet.*

Shrnutí výsledků

Aktivizaci uživatelům služby Fokus mohou poskytovat všichni členové multidisciplinárního týmu Fokusu. Ten zahrnuje nejen sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, ale také dobrovolníky, zdravotní sestry, psychiatra a PEER konzultanta, který ale momentálně ve Fokusu není, ale hledá se vhodný člověk na tuto pozici. Informanti se shodují, že při aktivizaci je velmi důležitá podpora rodiny uživatele, ale většinou rodina nebývá příliš aktivní. Někdy uživatele spíše dělá nekompetentním nebo převládá vliv stigmatu duševního onemocnění. U mladších uživatelů se rodina zapojuje více – využívají konzultací s pracovníky Fokusu a chtějí podpořit zotavování svých blízkých.

Informanti nepopisovali žádné užívané metody sociální práce, pouze jeden uvedl metodu CARE. Z technik nejčastěji jmenovali rozhovor, nácviky, doprovody a dotazování. Jeden informant představil techniku Kolo změny a jeden techniku z metody CARE – Semafor.

Ve Fokusu je poskytována aktivizace skupinová nebo individuální. Skupinová aktivizace byla v poslední době velmi omezena probíhající pandemií Covid19 a nyní se činnosti aktivizace pomalu vrací zpátky do normálního fungování. Největší měrou je zastoupena v sociálně terapeutické dílně, dále pak i ve svépomocných skupinách. Hlavním prostředkem skupinové aktivizace v STD je realizování sociálního kontaktu a nácviků. STD má vytvořený program aktivit vždy na týden dopředu. Uživatelé se většinou nemusí nijak přihlašovat a mohou přijít, jak jim to vyhovuje. Skupinová aktivizace je vhodná především pro uživatele, kteří jsou v plném invalidním důchodu nebo v pracovní neschopnosti, obvykle tam nedocházejí pracující uživatelé.

Individuální aktivizace je realizována v rámci služby sociální rehabilitace prostřednictvím komunitního týmu.

Každému uživateli je sestaven individuální plán, na kterém je sám účasten – určuje si své cíle a postup, jak jich dosáhne. K tomu, ale potřebuje pomoc sociální pracovníce. Ta s ním zmapuje situaci a s uživatelem mluví o tom, co je pro něj důležité a co ne. Často hledají společně, co to vlastně pro uživatele je. Do individuálního plánu bývá aktivizace zahrnuta vždy u uživatelů s psychotickými poruchami, což je většina uživatelů Fokusu. Každý uživatel by měl být v kontaktu alespoň se dvěma sociálními pracovníky. Individuální plán se sestavuje s těmi pracovníky, se kterými je v kontaktu. Revize individuálního plánu probíhá také společně.

Místem individuální aktivizace může být přirozené prostředí uživatele – u něj doma nebo může aktivizace probíhat během nácviků v kavárně, v obchodě, během doprovodů nebo třeba při procházkách do přírody. Probíhat může také ambulantně v prostorách Fokusu. Skupinová aktivizace je poskytována téměř výhradně v prostorách STD, výjimkou může být pořádání nějakého výletu nebo návštěva výstavy v rámci programu STD.

Pracovníci Fokusu spolupracují s mnoha dalšími subjekty, které mohou také participovat na aktivizaci uživatelů, a to především spolupráce se zaměstnavateli, dluhovými poradnami a léčebnami pro uživatele s duševním onemocněním.

4.1.2 Dílčí výzkumná otázka 1

„Jaká je motivace uživatelů k aktivizaci a jakým způsobem jsou motivováni?“

Pro tuto výzkumnou otázku vznikla kódováním kategorie Motivace, která má podkategorie:

- Způsoby motivace uživatele pracovníkem
- Důležité aspekty motivace

Způsoby motivace uživatele pracovníkem

Informanti se shodují na tom, že nejdůležitější pro následnou motivaci uživatele je najít jeho vnitřní motivaci – co si opravdu přeje a proč? Příznávají, že to je často práce na dlouhou dobu.

Informant 1 říká: *„Snažíme se hledat ty cesty, to, co ti klienti chtějí a aby věděli vůbec proč a aby věděli jaký může být výsledek.“*

Informant 3 o tom, jak motivuje uživatele, říká: *„... Já třeba motivuju tak ... když třeba chtějí najít práci ... jedna věc je mít práci, protože teď potřebuju peníze a druhá věc je přemýšlet o tom čemu by se chtěl věnovat do budoucna, co by ho opravdu bavilo, takže pro mě je to práce na obou těch rovinách. Aby si člověk uvědomoval, že má i naději do“*

budoucna. Jakože ví, že teď potřebuje peníze, ale budeme se bavit o tom, jak by si to přál a že to do budoucna může být jinak. Nebo hovoříme o tom, co by ho bavilo. Je to o hledání sebe sama a o tom, že v životě ty přání může mít. Ty přání jsou od toho, aby se plnili. Takže se třeba jako můžu ptát „co vy byste si přáli“. Ono často se jich už v dětství nikdo neptal, co by chtěli...

Dále se informanti shodují na tom, že je potřeba hledat silné stránky klienta, které často nezná nebo na ně zapomněl a je potřeba mu je připomínat.

Informant 5 k tomu dodává: *Děláme to také tak, že dáváme nabídky. Např. mám zkušenost, že někoho v podobném věku by bavilo tohle ..., takže takové návrhy. A taky pomocí otázek, hodně se ptáme – co pro něj znamená žít běžný život, jak by si to představoval ...*

V dalších uváděných způsobech motivace se informanti liší nebo uvádějí spíše aspekty motivace. Informant 3 uvádí jako způsob motivace, který používá práce s nepovedenou zkušeností a rozhovor o pochybnostech o sobě samotném: *Například jeden klient neudělal zkoušku ve škole a byl z toho rozladěný, ale mluvili jsme o tom, co mu to přineslo, že jednou už si tou zkouškou prošel, tak díky tomu už třeba příště to bude jednodušší, protože už zjistil, jaké to bude. Takže mi to spolu rozebereme – jaké to bylo s tím učitelem, na co se ptal, co je pro něj důležité ... Stejně to člověku prostě něco dá. Takže je to práce s nepovedenou zkušeností nebo když je klient vztahovačnej, má pocit, že někdo něco říká a jeho se to týká, tak já tam vidím, že to je něco v čem má on o sobě pochybnosti, takže o tom mluvíme.*

Informant 4 hovoří o důležitosti správné komunikace s uživatelem: *No, já myslím, že úplnej základ, abych mohla někoho motivovat je, aby mezi námi fungovala komunikace. Takže to je to první, čemu se třeba já věnuju – vybudování dobré komunikace mezi náma a potažmo navázání nějakého spolupracujícího vztahu a pak mám šanci třeba něco měnit...*

Informant 5 ke způsobu motivace dodává: *Myslím, že se hodně zaměřuju na to pozitivní, hodně reflektuju ...*

Na otázku, zda informanti znají Motivační rozhovory a případně je využívají v praxi odpovídají čtyři informanti, že sice techniku motivačních rozhovorů znají, ale nemají na to školení, proto cíleně toto nijak nevyužívají. Informant 5 sděluje, že má školení

v motivačních rozhovorech: ... *Já myslím, že něco z toho určitě používám, ale nedokážu to konkrétně pojmenovat. ... To školení motivačních rozhovorů pro mě sice bylo přínosné, ale zjistila jsem, že spoustu věcí z toho už vlastně dělám.*

Důležité aspekty motivace

Mezi aspekty důležité pro úspěšnou motivaci všichni informanti zařadili především dobrý vztah mezi pracovníkem a uživatelem, ve kterém panuje důvěra. Dále pak trpělivost pracovníka, protože posun bývá pomalý. Jako velký problém, pokud chceme uživatele motivovat, zmínili informanti v různém kontextu naopak strach a počáteční nedůvěru ze strany uživatelů.

Informant 1 říká: *No právě, a ještě jako paranoidní schizofrenie, takže můžou mít pocit, jestli tam náhodou nejsi někým nastrčená a co ten telefon na stole – neodposloucháš nebo tak? Takže hlavně tam hrají roli zkušenosti a strach. To je hodně velké strašák... A hlavně lidi, který jsou zklamaný z vlastní rodiny, lidma, který jim byli blízký a teď tam přijde nějaký Fokus, kterej mi jako prej pomůže, a tak jako uvidim, no ...Důvěra je teda určitě důležitá.*

Informant 2 říká: *U této cílové skupiny nejsou ty výsledky vidět hned. Ono taky navazování vztahu u některých klientů bývá docela jako delší, než se ten klient cítí natolik bezpečně, že s námi jde i do toho čeho se bojí. Takže se musí velmi postupně a trpělivě. Je to na týdny a měsíce.*

Informant 3 ke vztahu mezi pracovníkem a klientem říká: *Důležité je taky navázání vztahu s tím klientem. Na jednom supervizním semináři jsem i slyšela, že to dělá 30 procent úspěchu. Takže to je pro mě důležitý, i když jsem to dřív nezmínila. Nejdříve musí dojít k navázání toho vztahu, což trvá někdy dost dlouho. Kor, když jsou duševně nemocný. Já jsem předtím pracovala jinde a tam to šlo mnohem rychleji, tady to trvá, ale když už se ten vztah naváže a oni mají tu důvěru, tak vidí že jim naslouchám a začnou třeba naslouchat i sami sobě a mluvit o sobě.*

Informant 4 na otázku Jakým způsobem motivuje uživatele k aktivitě odpovídá: *No, já myslím, že úplnej základ, abych mohla někoho motivovat je, aby mezi námi fungovala komunikace. Takže to je to první, čemu se třeba já věnuju – vybudování dobré komunikace mezi náma a potažmo navázání nějakého spolupracujícího vztahu a pak mám šanci třeba něco měnit. Řekla bych, že význam má i zachování zdravého entusiasmu. Jako musí z toho člověka, který chce motivovat jít nějaká energie. Takže komunikace, vztah, energie, ale to není všechno ... (zamyšlení) ... No a asi trpělivost a výdrž.*

Překážkou v motivaci uživatele může být pro pracovníky také utlumení uživatelů léky, uživatel v akutní fázi duševního onemocnění, přílišná očekávání z blízkého okolí uživatele nebo zneschopňování uživatele jeho rodinou.

Shrnutí výsledků

Pro motivaci uživatele je nejdůležitější najít jeho vnitřní motivaci, a to pomocí rozhovorů, kdy se pracovník snaží zjistit, co si uživatel doopravdy přeje, co je jeho vlastním cílem. Je také potřeba hledat silné stránky uživatele pomocí dotazování a podávání návrhů na aktivity, kde by mohl uplatňovat své silné stránky. Je vhodné zaměřovat se na to pozitivní – co se uživateli povedlo, a udržovat správnou srozumitelnou komunikaci. Většina pracovníků nezná a nepraktikuje techniku motivačních rozhovorů.

Mezi důležité aspekty pro úspěšnou motivaci uživatele patří především důvěra uživatele k pracovníkům a trpělivost pracovníka. Překážkou motivace je naopak nedůvěra nebo strach uživatele – třeba i spojené s jeho duševním onemocněním. Dalšími překážkami je utlumení léky, dekompenzované onemocnění, přílišná očekávání nebo zneschopňování uživatele jeho blízkým okolím.

4.1.3 Dílčí výzkumná otázka 2

„Jaké mohou být překážky v aktivizaci?“

Pro tuto výzkumnou otázku vznikla kódováním kategorie Překážky v aktivizaci bez dalších podkategorií.

Čtyři informanti vidí největší překážku v tom, pokud je uživatel dekompenzovaný. Tam není aktivizace prakticky vůbec možná a je potřeba pracovat na stabilizaci zdravotního stavu. Zároveň je to dle informanta 4 nejčastější překážkou v aktivizaci.

Od čtyř informantů zazněly překážky ve smyslu špatné spolupráce s uživatelem. Např. Nesamostatnost a nekompetentnost uživatele: *klienti hledají proč to nejde, a ne proč to jde. Oni často přijdou „no, já bych jako chtěl, ale vy to udělejte“*. Nebo, že uživatele již nebaví práce na splnění svého cíle: *... klient nespolupracuje, že ho to z nějakého důvodu už nebaví nebo jsme se prostě ... tam je potřeba znova přemýšlet o tom přání klienta a o tom jakým způsobem ho můžeme podpořit a jestli teda ten cíl nebo ten výsledek, ke kterému máme směřovat je reálnej nebo jestli jsme si ho neudělali moc vysoko*.

Vyplývá, že pokud je problém ve spolupráci, tak je potřeba zaměřit se na zhodnocení celé práce s uživatelem, zda jsou stanoveny reálné cíle, nastavena důvěra mezi

uživatelé a pracovníkem, jestli cíl je opravdu to, co si uživatel přeje nebo ještě vlastně nezjistil, co si doopravdy přeje.

Informant 3 říká k tomu, jak je někdy těžké pro uživatele zvolit správný cíl: ... *protože nejsou zvyklí mít nějaký přání třeba nebo ... Oni řeknou, že něco chtěj, ale ve skutečnosti to třeba ani nechtějí. Někdy nechtějí nic, jen se scházet. My se ale snažíme ten cíl společně najít, ale ne vždycky to jde.*

Dva informanti sdělili, že překážkou je také nedostupnost psychoterapeutické péče pro osoby s duševním onemocněním. Psychoterapeutů je, dle těchto informantů, málo a pro vážně nemocné osoby s duševním onemocněním, kteří většinou pobírají invalidní důchod, je navíc finančně nedostupná.

Další zmiňované překážky jsou: problémy se sociálním kontaktem, menší výkon uživatelů vlivem nežádoucích účinků léků užívaných na duševní onemocnění, stanovování nereálných cílů, problémy s bydlením a dluhy, oslabená vůle u většiny osob s duševním onemocněním, zneschopňování nebo strach z neznámého.

4.1.4 Dílčí výzkumná otázka 3

„Jaké přínosy aktivizace zmiňují uživatelé a pracovníci?“

Pro tuto výzkumnou otázku vznikla kódováním kategorie Přínos aktivizace a Příklady dobré praxe.

Přínosy aktivizace byly rozděleny do tří skupin: psychické, sociální a fyzické přínosy.

Informanti se shodují, že pokud je aktivizace úspěšná, tak jejím přínosem v psychické rovině je především osamostatňování uživatele, zlepšování jeho sociálních kontaktů, udržení vztahů, zvýšení sebevědomí, stabilizace duševního stavu, vědomí si svých silných stránek. Zkrátka celkové zotavování se.

V sociální rovině může úspěšná aktivizace přinášet možnost zapojení uživatele do společnosti. Uživatel může získat zaměstnání, udržet si bydlení, zbavit se dluhů a naučit se hospodařit s penězi. Také selepší komunikace uživatele s okolím. Dle informantů se dále dokáže lépe zapojit do fungování rodiny.

Fyzický přínos informanti spatřují v motivaci k pohybu a dalším aktivitám, včetně procházek do přírody v rámci psychohygieny. Informanti také uvádí, že často motivují uživatele k pravidelné stravě a nejíst během noci. Pokud, ale zlepšení životního stylu není cílem uživatele, tak na to respektují a zůstávají pouze u motivování ke zdravějšímu životnímu stylu.

Příklady dobré praxe

Informant 1 poskytl příklad dobré praxe:

Máme jednoho klienta, který byl kolem 22 let v léčebně a po 22 letech vylezl a dělá pokroky, ale já si třeba absolutně nedokážu představit, že bych byla někde 22 let zavřená a pak bych vylezla do tohohle světa, takže velké klobouk dolů. Ale je to zrovna jeden z těch klientů, co fakt chce. Myslím si, že od toho se odvíjí všechno. Nebo když přijdou klienti, respektive jejich příbuzný, s tím, že potřebuje ten člověk pomoc. Tak on třeba potřebuje, ale nechce, tak to je prostě My rádi pomůžeme, ale musí opravdu chtít ten klient. To je jádro pudla.

Informant 3 uvádí tento příklad dobré praxe:

Tak třeba klientka, která tak nějak střídavě byla hospitalizovaná, různě se stěhovala a teď je třeba stabilní. Ona je schopná pracovat, ale potřebovala prostě řešit ještě spoustu dalších věcí, který nějakým způsobem jí destabilizovali. Řešili jsme oddlužení, úpravu styku s dětma ... Teď je vlastně spokojená u zaměstnavatele a dokáže dlouhodobě pracovat. A také má bydlení a tím, jak je stabilní, tak zvládne řešit i další věci. Když jsou ty klienti takový, že se nikde neusadí ... Vlastně dokáže vyřešit jednu věc, a to generuje to, že dokáže vyřešit i další věci.

T: Řešili jste s touhle klientkou i bydlení?

Jo jo, řešili. Není to tedy ještě vyřešený úplně, ale bydlí. A s klientama řešíme bydlení běžně, aby fakt jako bydleli. A když se to podaří vyřešit tak, že je to bydlení stabilní na delší dobu, tak je to dobré. Ale je pravda, že je to těžký, aby člověk získal nějaký byt.

Informant 5 popisuje svůj příklad dobré praxe:

Mám jednoho klienta, se kterým spolupracuji již 3. rokem, a on přišel do služeb po dlouhodobé hospitalizaci. Byl v Dobřanech, v Červeňáku i tady na oddělení. A vlastně on spolupracovat úplně nechtěl, neviděl v tom přínos ... Přivedla ho jeho mamka, která v tom viděla přínos, ale on byl hodně nekomunikativní, uzavřený i vzhledem k té nemoci, protože to ještě nebyl úplně kompenzovaný stav. No a schůzky probíhali jednou týdně s tím, že jsem chodila k nim domů, vytáhla ho někam na procházku a vlastně celý ten rozhovor jsem vedla aktivně já s tím, že on mi jenom odpovídal na otázky. Léčí se teda se schizofrenií. Tak i sama jsem měla chvíle, kdy jsem si říkala, jestli to má smysl. Vnitřně jsem, ale cítila, že jo. Snažila jsem se ho motivovat, aby docházel do Fokusu, on

zezačátku nechtěl, ale později jsme se začali domlouvat na schůzkách ve Fokusu a vlastně pak začal docházet i do STD a více se tam zapojoval. Dokonce si tam našel i přátele, takže se rozšířil ten jeho sociální okruh. Předtím byl v kontaktu jen s rodinou a se mnou. Potom začal být i více aktivnější, že se i on začal ptát, jak se mám a tak. Teď vlastně bydlí sám, našel si nějaký kamarády mimo Fokus, sám volá a aktivně si domlouvá schůzku, když něco potřebuje, zeptá se. Přestože to trvalo asi rok a půl, tak je vidět, že to někam vede a vnímám to hodně pozitivně.

T: A kolik je tomu klientovy let?

Je mu 26.

T: A chodí i do práce?

Jo jo, ale to se mu taky dlouhodobě nedařilo, protože se mu nedařilo kvůli tomu prvnímu stavu a kvůli tomu stresu se udržet v práci. Ale vnímám, že on je opravdu houževnatější, že se nevzdal a pořád to zkoušel. Teď tedy pracuje v jedné firmě, kde dělá kompletační práce. Už tolik ten Fokus ani nepotřebuje, jen občas nějaké doprovody nebo návčivky cest, protože on má trochu potíže s orientací v prostoru. Jinak je to ale dobrý.

4.2 Výsledky polořízených rozhovorů s uživateli Fokus České Budějovice, z.ú.

4.2.1 HVO: Jak probíhá poskytování aktivizačních činností u uživatelů s duševní poruchou

Hlavní výzkumná otázka se týká způsobu a průběhu poskytované aktivizace službou Fokus České Budějovice, z.ú. (dále jen Fokus). Pro tuto výzkumnou otázku byla kódováním vytvořena kategorie Způsob a průběh aktivizace, která má další podkategorie:

- Průběh individuálních schůzek s pracovníkem komunitního týmu
- Role klíčového pracovníka
- Sociálně terapeutická dílna
- Délka spolupráce
- Trávení volného času
- Osobní cíl

Z rozhovorů s uživateli (dále informanti) vyplynulo, že tři informanti využívají pouze službu Komunitní tým, dva informanti využívají službu Komunitní tým i sociálně

terapeutickou dílnu (dále jen STD) a dva informanti využívají pouze STD a jeden z nich je ubytován na chráněném bydlení Fokusu.

Průběh individuálních schůzek s pracovníkem komunitního týmu

Schůzky s pracovníkem komunitního týmu jsou uskutečňovány nejčastěji v pravidelném intervalu, případně podle aktuální potřeby uživatele. Informanti uvádějí, že se scházejí obvykle 1x týdně nebo 1x za 14 dní. Jeden informant uvedl, že si schůzku domlouvá až když to potřebuje. Jeden informant se nemůže zúčastnit otázek ohledně komunitního týmu, protože využívá služeb STD a je ubytován na chráněném bydlení Fokusu a jeho schůzky s pracovníkem tedy probíhají v jiném režimu a za jiných podmínek. Schůzka s pracovníkem komunitního týmu trvá obvykle 1-2 hodiny. Jeden informant uvádí obvyklou délku své schůzky 45 minut. Schůzky probíhají, dle informantů, ve městě, v nějaké kavárně nebo na procházce a také ambulantně ve Fokusu. K samotnému průběhu schůzky se informant 2 vyjadřuje takto: *Mě třeba pomáhá s Terkou si promluvit a být s někým vzdělaným, s někým, kdo má rozhled a můžu s ní probírat jiný věci než s partnerem nebo kamarádem.*

T: Pomáhá ti to tedy v tom směru, že probíráte ty jiná témata, třeba i vážnější?

Ano, pomáhá mi to. Mám pocit, že mě to posune zase jiným směrem. Přece je Terka mladá a aktivní, má i rozhled všeobecný, takže zase mohu nahlídnout i někam jinam ...

T: Možná je fajn i to, že spolu vyrazíte ven na procházku, sama bys možná nešla?

Myslím, že je to tak.

Informant 3 hovoří o STD a individuálních schůzkách: *Když pracuju v ateliéru, tak dělám vitrážní věci – andělíčky nebo když přijde zakázka, že třeba někdo chce kočičky, tak děláme kočičky. No a jinak mám rozhovory s pracovníci. Ta se mě ptá, jak se cítím, na co myslím a jestli je mi ve Fokusu dobře. No a ve středu a v pátek máme vaření, takže to vařím.*

Role klíčového pracovníka

Všichni informanti vnímají roli svého klíčového pracovníka jako velmi důležitou. Klíčový pracovník je některými nazýván terapeutem, cítí od něj psychickou podporu, bezpodmínečné přijetí, nepocitují svou odlišnost. Klíčový pracovník jim pomáhá zvládat jejich momentální životní situaci a udržovat stabilizované duševní onemocnění. Poskytuje jim také doprovody – k soudům, do zaměstnání. Informant 5 uvádí: *Pomáhá mi to, abych se nedostal do další ataky onemocnění a už jsem 5 let nebyl hospitalizován.*

Naposledy jsem byl v 19 ti. Já jsem v 18 ti onemocněl – měl jsem první ataku, v 19 ti jsem měl další ataku. To jsem byl v nemocnici od ledna do března.

Jeden z informantů vnímá Fokus především jako prostředek pro realizaci sociálních kontaktů a prostor, kde může trávit svůj volný čas. Uvádí, že individuální schůzky s pracovníkem nemá a nepotřebuje je.

Sociálně terapeutická dílna

Službu sociálně terapeutické dílny využívají čtyři informanti. Jejich zkušenosti s poskytováním aktivizace v sociálně terapeutické dílně (dále jen STD) rozepisují jednotlivě.

Informant 3 se v STD účastní především vaření, které probíhá ve středy a pátky. Také pracuje v ateliéru Kočka, kde dělá vitráže – někdy na objednávku, někdy jen tak. Říká k tomu: *Jako je pravda, že když pracuju v ateliéru a dělám ty vitrážní věci, tak vypnu od všech svých starostí a soustředím se jenom na tu práci.* Informant je v plném invalidním důchodu, navštěvuje STD několikrát týdně a říká: *Když mám program ve Fokusu, tak mě to nabijí a cítím se tu dobře, pak ale vyhledávám samotu a jsem ráda sama.*

Informant 4 je v invalidním důchodu a chodí na částečný úvazek do práce a do STD dochází odpoledne po práci, a to téměř každý den. V STD nestihne již žádné aktivity, protože většina probíhá dopoledne, ale vyhledává zde sociální kontakt. Informant zmiňuje, že s ostatními uživateli mají možnost zasahovat do programu STD – např. si vymyslet nějaký vlastní program na další týden nebo navrhopvat aktivity, které by chtěli zařadit do programu.

Informant 5 je v invalidním důchodu a bydlí na chráněném bydlení. STD navštěvuje vždy ve středu a v pátek, kdy se vaří. Dochází sem především z důvodu sociálních kontaktů. Jak sám říká – má tu již kamaráda a kamarádku. Informant sice sám nevaří, ale účastní se přípravy na vaření a úklidu po vaření. Tyto činnosti/úkoly se rozdělují mezi uživatele.

Informant 6 je v invalidním důchodu a dochází na částečný úvazek do zaměstnání. STD navštěvuje pouze v pátek, kdy má celý den volno. V STD vyhledává především sociální kontakty, velmi rád si povídá s dalšími uživateli i se všemi pracovníky.

Délka spolupráce

Všichni informanti jsou dlouholetými uživateli služby Fokus. Tři informanti jsou uživateli 2-3 roky, dva informanti jsou uživateli cca 5 let, jeden informant je 2 roky ubytovaný na chráněném bydlení a jeden informant je uživatelem služby již 13 let.

Trávení volného času

Informantům byli položeny otázky jak a s kým tráví svůj volný čas a také, zda navštěvují nějaké kulturní, společenské a sportovní akce. Další otázka směřovala na jejich koníčky a záliby.

Informant 1 a 2 tvoří pár. Odpovídali tedy společně. Svůj volný čas tráví s rodinou, a především spolu a povídají si. Televizi sice mají, ale nekoukají na ni. Společně také vyrazí cca 1x za měsíc na nějaký výlet nebo do muzea. Pokud je navštíví rodina, tak společně hrají stolní hry nebo jdou na procházku. Informant 1 uvádí mezi své koníčky luštění křížovek a jiné různé trénování paměti, protože prý má s pamětí problém. Dále má v oblibě pěstování květin a vaření. Informant 2 se smíchem dodává, že on si nejraději pořád povídá.

Informant 3 tráví svůj volný čas většinou v STD a má doma dvě kočky, o které se stará a jsou jejím koníčkem. Kromě toho tráví čas s rodinou – s tou většinou na nějakém výletě, a s kamarádem občas chodí na kávu. Kulturní, společenské ani sportovní akce nenavštěvuje a nestojí o to. Každou sobotu má naplánované domácí práce a vaření, v neděli pečuje o sebe: *No, tak když přijedu z Fokusu. To jezdím tak na třetí hodinu domů, tak to prakticky už nic nedělám a odpočívám, ale když přijde sobota a neděle, tak v sobotu si dělám domácí práce a vaření. Mám dvě kočky, takže se o ně denně starám – uklízím jim záchod, krmím je a hraju si s nima. A v neděli tomu říkám sanitární den, a to se opečovávám já.*

Na otázku ohledně koníčku a zálib odpovídá, že nejraději má vaření. Často vaří ve Fokusu v rámci STD a má vždy radost, když ostatním chutná. Také vymýšlí a plánuje jídelníček. V STD se také věnuje tvorbě vitráží. Dalším koníčkem je malování mandal a sledování přírodopisných a cestopisných dokumentů.

Informant 4 tráví svůj volný čas v STD a o víkendu doma. Co se týče kulturních, společenských a sportovních akcí, tak odpovídá, že než se to vše omezilo kvůli pandemii, tak občas šel na nějaký koncert. Uvádí, že má spoustu koníčků a zálib – např.

chodí rybařit a houbařit, dříve také sportoval, ale to mu již nedovoluje zdravotní stav. Ještě rád brouzdá po internetu, luští křížovky a hraje hry.

Informant 5 je ubytovaný na chráněném bydlení. Dle jeho slov tam momentálně nemají žádný program během dne, jen ráno si musí na 8. hodinu dojít pro léky. Uživatel se snaží alespoň se každý den projít. Kulturní, společenské a sportovní akce nenavštěvuje a ani o to nemá zájem. Jeho koníčky a záliby jsou sport, který sleduje v televizi, procházky a také rád hraje karty, ale dodává, že umí jen Prší.

Informant 6 ve svém volném čase hodně cvičí. Cvičení a zdravá strava jsou jeho velkým koníčkem, kterému věnuje velkou část svého volného času. Oceňuje, ale i čas strávený s rodinou – s tou tráví každý víkend, kdy jsou třeba i na chatě a grilují. Již třetím rokem dochází do práce, která mu víceméně určuje plán dne. Dříve chodil na diskotéky, ale to už ho nebaví a jiné společenské, kulturní nebo sportovní akce nenavštěvuje.

Informant 7 uvádí, že si sám o sobě myslí, že je lenoch. Informant studuje vysokou školu a jako své koníčky zmínil čtení, brouzdání po internetu, výlety na kole. Chtěl by aktivně sportovat, ale zatím si žádný vhodný sport nevybral. Chybí mu přátelé, ale zároveň je prý rád sám. Společenské, kulturní a sportovní akce nenavštěvuje z důvodu velké koncentrace lidí. S rodinou ale občas navštíví třeba ZOO.

Osobní cíl

Informantům byla položena otázka, jaký je jejich cíl. Mohlo se jednat o cíl osobní nebo cíl, který mají uvedený ve svém individuálním plánu.

Informant 1 si jako nejbližší cíl stanovil uskutečnit svatbu se svou partnerkou. Již je zasnoubený a za rok a půl by si přál, aby proběhla svatba. S tím také souvisí společný cíl, který má s partnerkou (také uživatelkou Fokusu) ušetřit každý měsíc 500kč.

Informant 2 má za cíl úspěšné dokončení procesu oddlužení a s partnerem společný cíl ušetřit každý měsíc 500kč.

Informant 3 si za cíl stanovil vyřešení bydlení – nalezení vhodného řešení.

Informant 4 má cíle: udělat si řidičský průkaz, jít na operaci s klouby a potom možná i změnu zaměstnání.

Informant 5 má stanovený nejbližší cíl zavolat rodině a navštívit je.

Informant 6 má za cíl, aby se udržel stabilní zdravotní stav a nepřišla ataka onemocnění. Také je jeho cílem najít si přítelkyni.

Informant 7 má za cíl odbourání kompulzí, tak aby ho nemoc nerušila.

Shrnutí výsledků

Z rozhovorů s informanty vyplynulo, že individuální schůzky s pracovníkem mají obvykle pravidelný interval setkávání 1x týdně nebo 2x týdně a trvají od 45 minut do 2 hodin. Probíhají ve městě, v kavárnách, při procházkách nebo ambulantně ve Fokusu. V průběhu schůzky si uživatelé povídají s pracovníkem, o tom, co je momentálně trápí nebo řeší svou rodinu a každodenní starosti.

Svého klíčového pracovníka vnímají informanti jako důležitého člověka, ke kterému pociťují důvěru, cítí psychickou podporu a bezpodmínečné přijetí. Jsou toho názoru, že jim klíčový pracovník pomáhá řešit jejich momentální situaci a stabilizovat jejich duševní onemocnění. Doprovody jsou vnímány jako podpora při zvládnutí dané zátěžové situace. Jeden z informantů uvádí, že nemá klíčového pracovníka ani individuální schůzky. Dochází do STD, aby zde trávil volný čas a měl sociální kontakt.

STD poskytuje informantům především sociální kontakty, vítají komunikaci s pracovníky, někteří v STD našli i své kamarády, s kterými udržují kontakty i mimo Fokus. Informanti zmiňují ateliér Kočka, kde se dělají vitráže. Většina informantů využívající STD dochází na nácviky vaření. Jeden informant zmiňuje, že zde probíhají také kurzy malování nebo Anglického jazyka – ty ale byly během pandemie přerušeny.

Délka spolupráce informantů s Fokusem je od 2 do 13 let.

Volný čas tráví informanti buď v STD nebo s rodinou, často chodí na procházky nebo na výlety. Ženy baví vaření a práce na zahradě. Několik informantů uvedlo, že rádi trénují paměť luštěním křížovek a měli by zájem i o kurz trénování paměti, ale nemají na něj finanční prostředky a bezplatný kurz je pouze pro seniory. Většina informantů nenavštěvuje společenské, kulturní nebo společenské akce.

Osobní cíle jsou různé – od finančního hospodaření přes problematiku bydlení, udržení nebo získání stabilního zdravotního stavu bez atak a kompulzí, získání řidičského průkazu až po kontaktování rodiny.

Rozhovory s pracovníky a uživateli bylo zjištěno poskytování aktivizačních činností uvedených v tabulce 3: Poskytované aktivizační činnosti.

Tabulka 3: Poskytované aktivizační činnosti

Aktivizační činnosti poskytované individuálně	Aktivizační činnosti poskytované skupinovou formou
Podpůrné rozhovory	Nácviky komunikace v komunitě
Nácviky sociálních kontaktů	Práce na zahradě
Nácviky nákupů, cest do práce atd.	Vaření
Doprovody k zaměstnavatelům	Plánování jídelníčku a podílení se na program sociálně terapeutické dílny
Vedení k finanční gramotnosti, zvládnání domácího rozpočtu	Práce v ateliéru (vitraže)
Procházky	Cvičení (jóga)
	Trénování paměti
	Kreslení
	Promítání filmů

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2.2 Dílčí výzkumná otázka 1

„Jaká je motivace k využívání služeb Fokusu“

Téma motivace k využívání služeb se do značné míry prolíná s otázkami ohledně cílů a přínosů aktivizace a pro každého informanta představuje něco jiného.

Informant 1 oceňuje, že může se svým klíčovým pracovníkem probírat různá témata, třeba i vážnější a jsou vedeny i podpůrné rozhovory, pokud to je potřeba. Klíčová pracovnice ji také motivuje k větší fyzické aktivitě, když chodí na dlouhé procházky a poskytuje oporu při plánování dne.

Informant 2 se domnívá, že je pro něj nejdůležitější motivací k pravidelným schůzkám vypovídání se. Potřebuje mluvit o své rodině i o svých každodenních starostech.

Informant 3 využívá služby Fokusu z důvodu trávení volného času v STD, kde vaří a tvoří v ateliéru a naplňuje jí to. Důležitá je pro ni také psychická podpora klíčové pracovnice – využila doprovody k soudu, advokátovi a cítí, že na pracovníci se může obrátit s jakýmkoliv problémem.

Informant 4 je motivován k využívání služby Fokusu především trávením volného času v STD, kde je obvykle každý den po práci a nachází zde také sociální kontakty.

Informant 5 je motivován k využívání, protože je ubytovaný na chráněném bydlení Fokusu. Využívá STD kvůli sociálním kontaktům – našel si zde přátele.

Informant 6 hodně využívá podporu při zaměstnávání a přeje si udržet stabilizovaný stav svého duševního onemocnění – myslí si, že v tom mu služby Fokusu velmi pomáhají. Také se svou klíčovou pracovníci pracuje na tom, aby se naučil lépe přijímat změny.

Informant 7 věří, že mu jeho klíčová pracovníce pomáhá s motivací, k tomu věci dotáhnout a nevzdávat se. Je rád v prostředí, kde není hodnocen a může říct cokoli. Očekává, že mu pracovníce pomůže v případě relapsu onemocnění. Také využívá nácviky rozhovorů, aby se cítil jistější v některých situacích.

4.2.3 Dílčí výzkumná otázka 2

„Jaké mohou být překážky v aktivizaci?“

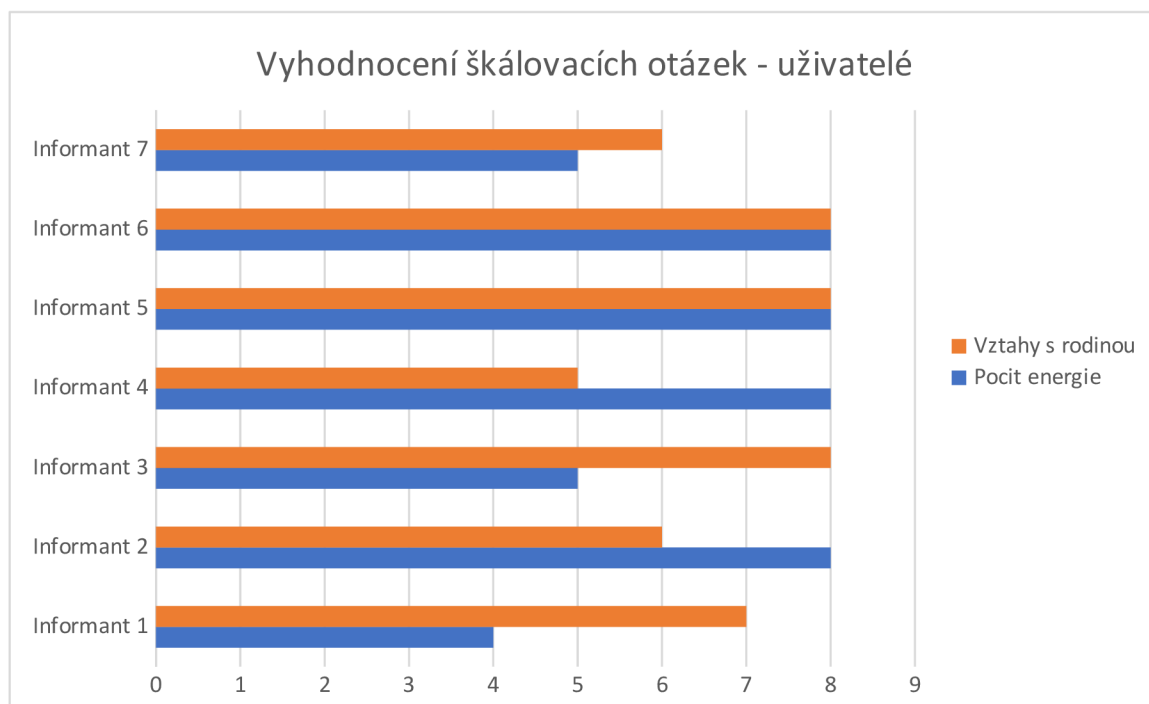
Informanti pociťují překážky nebo problémy v jejich aktivizaci především ve větším pocitu únavy nebo pocitu nedostatku energie, který může být také způsoben nežádoucími účinky léků předepisovaných na jejich duševní onemocnění. Na tento problém byla vytvořena škálovací otázka Jak hodnotíte svou aktivitu (pocit energie) za poslední týden? Byla stanovena škála od 1 do 10. 1 byla nejhorší, 10 nejlepší. Informanti hodnotili svůj pocit energie za poslední týden. Zde však byl pocit energie hodnocen převážně dobře nebo průměrně (Graf 1).

Informanti také pociťují velké problémy při změnách nebo stanovených termínech. Cítí, že tyto problémy přišli až po propuknutí onemocnění. Ti, u kterých onemocnění propuklo později (kolem 30. roku života) uvádějí, že byli předtím aktivní a flexibilní.

Jeden informant uvedl problém s orientací se v problémech a jejich řešení.

Informant s obsedantně kompulzivní poruchou vnímá překážky v jeho rychlých změnách nálad. Cítí se nevyrovnaný, má problémy s organizováním dne, má velký strach (popisuje to jako hysterii) z toho přijít někam pozdě, což je ovlivněno jeho kompulzemi. Zároveň přiznává, že jeho vůle je natolik slabá, že na sobě nechce/nemůže pracovat.

Graf 1: Vyhodnocení škálovacích otázek – uživatelé



Zdroj: Vlastní výzkum

Někteří informanti zmiňují také problémy v rodině nebo nedostatek přátel. Na tuto problematiku byla vytvořena škálovací otázka Jak hodnotíte své vztahy s rodinou a přáteli? Byla stanovena škála od 1 do 10. 1 byla nejhorší, 10 nejlepší. Zde hodnocení (graf 1) vyšlo také průměrně nebo dobře, a to i přesto, že někteří informanti uvedli, že s rodinou nejsou v kontaktu nebo pocítují, že jim v životě chybí přátele.

4.2.4 Dílčí výzkumná otázka 3

„Jaké přínosy aktivizace zmiňují uživatelé a pracovníci?“

To, co informanty motivuje k využívání služby Fokus většinou také vnímají jako přínos aktivizace. Na otázku, jaké vnímají přínosy schůzek s klíčovým pracovníkem nebo návštěv STD odpovídají, že je pro ně velkým přínosem pocítovat od svého klíčového pracovníka psychickou podporu a přijetí, které jim pomáhají zvládat jejich momentální situaci. V případě STD je to často hlavní místo, kde informanti tráví svůj volný čas a setkávají se s přáteli. Jeden informant uvedl, že vnímá, že mu aktivizace a další činnosti ve Fokusu pomáhají ke kompenzaci jeho duševního onemocnění.

5 Diskuse

Výzkum k této bakalářské práci byl prováděn v organizaci Fokus České Budějovice, z.ú., kterou jsem již předtím dobře znala – rok jsem zde působila jako dobrovolník a další rok jsem pracovala na pozici terénního sociálního pracovníka (respektive pracovníka v sociálních službách) v komunitním týmu. Dobře jsem tedy znala i většinu informantů. Přesto jsem se snažila k výzkumu stavit jako člověk neznalý situace, tak aby můj osobní postoj neovlivnil výsledky výzkumu. Při rozhovorech s uživateli jsem ocenila, že se již známe, a tak nevznikala mezi námi žádná bariéra – uživatelé mě již znali a měli ke mně důvěru, nevadilo jim vést se mnou rozhovor, ale i přesto měli trochu obavy z nahrávaného rozhovoru. Myslím, že někteří chtěli mít rozhovor, co nejrychleji za sebou, a proto jsou odpovědi uživatelů v mém výzkumu někdy až příliš strohé.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat jaké aktivizační činnosti a jakým způsobem jsou poskytovány lidem s duševní poruchou, a to v rámci organizace Fokus České Budějovice, z.ú. (dále jen Fokus). Kromě toho bylo zjišťováno, jak toto poskytování vnímají samotní uživatelé – příjemci poskytované aktivizace.

Pomocí položených rozhovorů s uživateli Fokusu jsem se pokusila blíže zjistit, jak vnímají průběh aktivizace ve Fokusu a co je vede k využívání nabízené aktivizace a aktivizačních činností. Zajímalo mě také jaké přínosy spatřují ve spolupráci s pracovníkem Fokusu nebo jestli u sebe vidí i nějaké překážky aktivizace – něco, co je v životě omezuje, limituje oproti zdravým lidem.

Během položených rozhovorů s pracovníky Fokusu jsem se zaměřila na vysvětlení způsobu poskytování aktivizace a aktivizačních činností a jak vnímají aktivizaci – co to pro ně představuje a zda vidí nějaké přínosy aktivizace, jaké spatřují překážky při poskytování aktivizace.

V položených rozhovorech jsem se informantů dotazovala také na sociodemografické údaje, kde mě zajímal věk, pohlaví informanta a jeho vzdělání. V rozhovorech s uživateli jsem se také zajímala o způsob bydlení a zaměstnání a také o délku spolupráce s Fokusem. U pracovníků Fokusu mě kromě demografických údajů zajímala

délka zaměstnání a jejich pracovní pozice ve Fokusu. Tyto údaje jsou přehledně seřazeny v tabulkách č. 1 a 2.

Hlavní výzkumná otázka „Jak probíhá poskytování aktivizačních činností u uživatelů s duševní poruchou?“ ukázala, že se toto téma prolíná do celého procesu zotavování uživatele, o které se ve Fokusu snaží. Aktivizační činnosti ve Fokusu jsou poskytované v rámci služby sociální rehabilitace a jsou to tedy, dle zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb. v platném znění činnosti směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Tyto činnosti jsou ve Fokusu poskytovány formou individuální a skupinovou. Individuální forma je uskutečňována formou schůzek s pracovníky komunitního týmu. Skupinová forma je poskytována v rámci sociálně terapeutické dílny (dále jen STD). Z výzkumu vyplynulo, že individuální schůzky probíhají dle aktuálních potřeb uživatele, obvykle 1x za týden nebo 14 dní. Jedna schůzka trvá nejčastěji hodinu až dvě hodiny. Místem schůzek bývá přirozené prostředí uživatele – u něj doma, na procházce nebo v kavárně. Podle toho, kde je to uživateli příjemné. Schůzka, ale může proběhnout i v nemocnici nebo v léčebně, pokud se uživatelův zdravotní stav zhorší. V tuto chvíli, dle pracovníků, ale není možné s uživatelem pracovat na aktivizaci. Dle pracovníků je potřeba, aby byla uživatelovo duševní porucha kompenzovaná, pokud mají pracovat na nějakých činnostech vedoucích k osamostatňování a aktivizaci uživatele.

Každý uživatel má sestaven individuální plán, na kterém aktivně spolupracuje – určuje si své cíle, četnost schůzek apod. Jak vyplynulo z položených rozhovorů s pracovníky Fokusu, často uživatel neví, co si přeje nebo to není přání jeho, ale spíše jeho blízkých, proto někdy pracovníci dlouho a složitě hledají, jaký je klientův cíl. Vnímají to, ale jako důležitý prvek v aktivizaci, protože uživatel by měl mít především vnitřní motivaci k plnění svých cílů. Součástí individuálního plánu je také krizový plán uživatele sloužící k prevenci relapsu onemocnění. Individuální plán se vyhodnocuje po různě dlouhé době podle toho, jak to je potřeba.

S tím souhlasí také Stuchlík (2019), který říká, že každý uživatel v Case managementu má sestavený individuální plán péče a o všech krocích je informován a také se na sestavení individuálního plánu podílí. Také Dousoudilová (2020) uvádí, že uživatel musí vědět o všech plánovaných krocích spolupráce a souhlasit s nimi nebo může sám některé kroky navrhnout.

Šamánková (2012) i Nakonečný (2014) uvádějí, že člověk ke splnění svých potřeb či cílů potřebuje mít nějakou motivaci – vnitřní pohnutku. Domnívám se tedy, že je velmi důležité nalézt u uživatele s duševní poruchou jeho vlastní vnitřní pohnutku a smysl proč jí naplnit. Pokud tato pohnutka bude pouze vnuknutím zvenčí, tak nemůže být nikdy dobrou motivací pro uživatele. O to víc vnímám jako důležité tuto vnitřní motivaci najít a podporovat vzhledem k oslabení vůle, kterým bývá doprovázena schizofrenie, jak uvádí Kučerová (2013).

Na aktivizaci se mohou svým způsobem podílet všichni členové multidisciplinárního týmu, který zahrnuje sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, dobrovolníky, PEER konzultanta (momentálně se ve Fokusu hledá), psychiatrické zdravotní sestry a lékaře – psychiatra. Pracovníci také zmiňují důležitost podpory rodiny, ale dodávají, že většinou se rodina příliš aktivně nezapojuje. Snad kromě rodičů mladších uživatelů. Přitom Jarolímek (2017) píše, že v komunitní péči pro uživatele s duševní poruchou by měli být v součinnosti s multidisciplinárním týmem i praktický lékař a rodinný příslušníci. Matoušek (2012) říká, že do komunitní péče by měla být zahrnuta i rodina uživatele. Jak uvádějí evropské zahraniční studie (European Journal of Public Health, 2017), tak komunitní péče multidisciplinárního týmu zlepšuje kvalitu života uživatelů s duševní poruchou a začleňuje je zpět do společnosti díky včasné intervenci a podporovanému zaměstnávání.

Myslím si, že multidisciplinární tým ve Fokusu klade velký důraz na včasnou intervenci – k tomu používá také všechny dostupné nástroje. V případě potřeby je možné poskytnout péči psychiatra přímo v bydlišti uživatele a začít, tak ihned pracovat na zlepšení zdravotního stavu uživatele.

Ohledně zapojení rodiny do aktivizace si myslím, že to je správný krok, protože z rozhovorů s uživateli vyplynulo, že je pro ně často rodina tzv. hnacím motorem k vyšší aktivitě. Na druhou stranu jsou často vztahy v rodině velmi problematické a bývá problémem i samotná komunikace v rodině. S tou někdy pomáhají pracovníci Fokusu.

Jeden pracovník zmínil v rozhovoru metodu CARE, na kterou, dle jeho slov, momentálně probíhá ve Fokusu dlouhodobější školení. Udává, že je ze školení nadšený a doporučil by jej i dalším sociálním pracovníkům.

Metoda CARE je dle jejích autorů Wilkena a Hollandera (2019) komplexním přístupem k sociální rehabilitaci, který je potřebný, jelikož v životě člověka je vše propojeno. Dále uvádí, že je zaměřena na kvalitu života v sociálním kontextu, na zapojení do společnosti nebo komunity a také na získání odpovědnosti za sebe sama.

Páv et al. (2017) k metodě CARE v následujících třech větách píše, že prostřednictvím jí se hledají silné stránky uživatele, ale nejen to. Také jsou podporovány jeho přirozené sociální vazby a jeho začleňování do komunity. Kromě toho je také důležité přistupovat k uživateli zcela bez předsudků, naslouchat mu a věnovat mu svou plnou pozornost.

Přestože ostatní pracovníci nezmínili užívání metody CARE v praxi, tak všichni kladli důraz v první řadě na vztah s uživatelem založený na důvěře a dobré komunikaci, jak mezi uživatelem a pracovníkem, tak např. i s jeho rodinou. V další řadě kladli důraz na osamostatňování uživatelů, na tom, aby se stali kompetentními a na jejich zapojení do komunity i do běžné společnosti. Jak vyplynulo z rozhovorů s uživateli, tak ti si velmi váží vztahu se svým klíčovým pracovníkem a bezpečné prostředí Fokusu společně s bezpodmínečným přijetím pracovníků, kteří jsou ochotní jim naslouchat, je pro ně velkou motivací k dalšímu využívání služeb Fokusu.

Tyto výsledky mě příjemně překvapily, protože se domnívám, že bezpečné prostředí a přijetí je pro uživatele velmi dobrou základnou pro další práci na aktivizaci uživatele a plnění jeho cílů.

Jiná metoda používaná při aktivizaci uživatelů nebyla v rozhovorech zmíněna. Přitom podle literatury je další vhodnou a užívanou metodou při práci s uživateli s duševní poruchou metoda Case Managementu. Matoušek (2012) v následujících větách říká, že je tato metoda zaměřena na individualitu uživatele, je vytvářen úzký a dlouhodobý vztah se sociálním pracovníkem, který je také základem této metody. Klíčový pracovník s uživatelem trénuje nácviky dovedností, nácviky modelových situací, zvládnutí denních problémů, pomáhá mu vytvářet sociální síť atd. Stuchlík (2019) uvádí, že v Case managementu se zaměřuje pracovník na komplexní řešení problémů uživatele za pomoci multidisciplinární spolupráce a péče poskytované dle daného individuálního plánu, který se tvoří společně s uživatelem.

Všichni informanti výzkumu z řad uživatelů uvedli dlouhodobou spolupráci s Fokusem, respektive se svým klíčovým pracovníkem. Téměř pro všechny je důležitá důvěra, kterou mají ve svém klíčovém pracovníkovi, pocítují od něj psychickou podporu, chtějí

se s ním dělit o své zážitky a v rámci STD také vyhledávají sociální kontakt a často si zde tvoří svou sociální síť. Informanti z řad pracovníků v rozhovorech sdělili, že aktivizace probíhá prostřednictvím nácviků dovedností a modelových situací, s uživateli řeší i jejich momentální životní situaci. Toto vše by se dalo zařadit do prvků Case managementu, proto si myslím, že ve Fokusu je Case management praktikován v rámci multidisciplinárního týmu, ale u pracovníků je již zažitou formou práce, a proto jí nezmiňují jako jednu z metod práce při poskytování aktivizace.

Z technik aktivizace pracovníci uváděli: Podpůrné rozhovory, nácviky, doprovody, dotazování, dále také z metody CARE techniku Semafor a techniku Kolo změny.

V STD je poskytován program po celý týden v pracovních dnech. Na sestavování programu se mohou uživatelé podílet. STD poskytuje svým klientům především nácviky a sociální kontakt. Program STD obsahuje aktivizační činnosti jako jsou nácviky komunikace v komunitě, práce na zahradě, vaření, plánování jídelníčku nebo nákupu na vaření, práce v ateliéru, cvičení, trénování paměti, kreslení nebo promítání filmů, a to v prostorech, na které většina informantů – uživatelů uvedla pozitivní zpětnou vazbu. Z rozhovorů s uživateli vyplynulo, že často v STD tráví svůj volný čas a je pro ně prostředkem k získání sociálních kontaktů. V prostorách STD také probíhají setkání svépomocných skupin (pokud zrovna nějaké probíhají). Uživatelé se na akce z programu STD nemusí nijak dopředu přihlašovat – buď přijdou nebo ne. Z rozhovorů s uživateli vyplynulo, že téměř všichni mají problémy s termíny, které je velmi stresují. Z toho důvodu se domnívám, že je lepší, když se uživatelé nemusejí na aktivity ve Fokusu nijak přihlašovat.

Z rozhovorů tedy vyplynulo, že poskytování služby STD se ve Fokusu nedrží striktně toho, jak je tato služba definována v zákoně o sociálních službách č.108/2006 Sb. v platném znění: *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.*

Informanti – uživatelé, ale potvrdili, že díky navštěvování této služby aktivněji tráví svůj volný čas a udržují sociální kontakt. Někteří si zde našli přátele, se kterými se

schází i mimo prostory Fokusu. A dle informanta 1 z řad pracovníků se zde dalo dohromady i několik partnerských párů.

Největší překážkou v poskytování aktivizace je dekompenzovaný stav uživatele. V takovém případě je uživateli poskytována psychická podpora v podobě schůzek na oddělení nemocnice nebo v léčebnách, ale není možné pracovat na aktivizování uživatele. Další velkou překážku spatřují pracovníci ve špatně nastavené spolupráci mezi ním a uživatelem – může dojít ke špatné komunikaci nebo byl špatně zvolen cíl uživatele. Někdy pracovníci zjistí, že původní nastavení cíl je spíš cíl jeho blízkých než jeho samotného. Nikdo z pracovníků neuvedl překážky, které jsou uváděné v literatuře. Např. Probstová a Pěč (2014) uvádějí poruchy vnímání, kognitivní poruchy, poruchy pozornosti atd. Někteří informanti – pracovníci, ale zmínili, že s takovými potížemi se u uživatelů již počítá a nevidí je jako překážku v aktivizaci, ale všimli si, že často mají klienti problém s vedlejšími účinky léků – cítí se velmi utlumení a mají tendence léky vysazovat.

Informanti z řad uživatelů viděli u sebe jako překážku větší únavu, nicméně ve škálovací otázce na pocit energie za poslední týden se tento fakt příliš neodrazil.

Domnívám se, tedy, že pracovníci Fokusu splňují práci sociálního pracovníka v moderním komunitním týmu, jak o tom píše Matoušek (2012):

- Vytváří vztah založený na respektu a partnerství
- Snaží se o sociální integraci uživatele
- Chápe, že každý je individualitou a neodlišuje ho pouze jeho duševní porucha
- Respektuje jedinečnost vnitřního světa uživatele
- Mapuje zdravotně-sociální potřeby uživatele a při svém jednání z nich vychází
- Chápe a podporuje koncept zotavení
- Snaží se o destigmatizaci osob s duševní poruchou

I přesto, že poslední rok byl pro uživatele Fokusu velkou zkouškou vzhledem k omezení služeb Fokusu kvůli pandemii onemocnění Covid19 a někteří v poslední době řeší i strach z očkování proti tomuto onemocnění, tak nadále nacházejí psychickou podporu v pracovnících Fokusu, kteří je vedou k osamostatňování při nácvicích běžných činností, možnosti zaměstnání a nalezení svých silných stránek. A v neposlední řadě poskytují bezpečný prostor pro sociální kontakty.

6 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat poskytování aktivizace uživatelům s duševní poruchou v organizaci Fokus České Budějovice, z.ú. (dále jen Fokus) a dílčím cílem zjistit jaké je motivace uživatelů s duševní poruchou k aktivizačním činnostem, které jim jsou nabízeny a tím zjistit, jak by bylo vhodné lépe motivovat uživatele s duševními poruchami k větší aktivitě.

V teoretické části jsem se zabývala duševními poruchami jako je schizofrenie, afektivní poruchy, depresivní a neurotické poruchy. Nejvíce jsem se věnovala schizofrenii, protože nejčastějšími uživateli ve Fokusu jsou právě uživatelé se schizofrenií. Dále jsem se v teoretické části věnovala aktivizaci v sociálních službách poskytované prostřednictvím metody Case managementu nebo metody CARE, Tento systém je v pobočkách Fokus ČR praktikován nejčastěji.

K naplnění cíle své bakalářské práce jsem použila položené rozhovory s pracovníky a uživateli v organizaci Fokus, kteří byli vybráni účelovým kvótním výběrem.

V bakalářské práci byla použita kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování a technika položeného rozhovoru. Pomocí metody otevřeného kódování byla data roztríděna a rozdělena do kategorií. Získaná data jsem poté rozdělila do dvou kapitol. Tyto kapitoly mají podkapitoly podle výzkumných otázek. Některá data jsem zaznamenala do tabulky nebo grafu pro lepší přehlednost. Pro autenticitu získaných informací je v kapitole Výsledky, v některých případech, uváděná i přímá řeč z položených rozhovorů.

Díky rozhovorům jsem zjistila, jak probíhá poskytování aktivizace u uživatelů s duševní poruchou ve Fokusu a také, co motivuje uživatele k tomu, aby službu využívali.

Z mého výzkumu vyplynulo, že aktivizace ve Fokusu je poskytována, tak jak je uváděno v literatuře a v rámci konceptu moderní komunitní péče. Jediný nedostatek je nedostatečné zapojení rodiny a blízkých uživatele do komunitní péče. To může být způsobeno nedostatkem kapacity u pracovníků i neochotou rodiny a blízkých. Jako pozitivní vnímám, že z rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že u mladších uživatelů Fokusu se rodina zapojuje více, mají zájem o konzultace s pracovníky a chtějí se aktivněji podílet na péči.

Práce může být nápomocná pracovníkům, kteří pracují s uživateli s duševní poruchou, aby věděli, jak motivovat uživatele k větší aktivitě, a tím přispívat ke zlepšování psychického stavu a rozvíjet vhodné životní způsoby a dovednosti, které mohou vést k osamostatnění uživatele a jeho zařazení do společnosti.

7 Seznam zdrojů

1. *American psychiatric association* [online]. 2021 [cit. 2022-04-29]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/>
2. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. 160 s. ISBN 978-80-204-4287-1.
3. Bejerholm U, Roe D. Personal recovery within positive psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2018 Aug;72(6):420-430. doi: 10.1080/08039488.2018.1492015. Epub 2018 Nov 1. PMID: 30383472. (Bejerholm, U., & Roe, D. (2018). Personal recovery within positive psychiatry. *Nordic journal of psychiatry*, 72(6), 420–430. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1492015>)
4. BERANOVÁ, N. *Lidé s duševním onemocněním: (Ne)možnost pracovního uplatnění* [online]. Praha: Fokus, 2017 [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/375-ne-moznost-pracovniho-uplatneni>
5. Bitter, N.A., Roeg, D.P.K., van Nieuwenhuizen, C. *et al.* Effectiveness of the Comprehensive Approach to Rehabilitation (CARE) methodology: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 15, 165 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0564-0>
6. CARE Česká republika. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021, 2021 [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: <https://www.cmhd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>
7. ČESKO. § 66 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 2. 2022. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 30. 4. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p66>
8. ČESKO. § 67 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 2. 2022. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 30. 4. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p67>
9. ČESKO. § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 2. 2022. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 30. 4. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p70>
10. Deenik, J., Kruisdijk, F., Tenback, D. *et al.* Physical activity and quality of life in long-term hospitalized patients with severe mental illness: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 17, 298 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1466-0>
11. DOSOUDILOVÁ, K. *Metodika Case managementu* [online]. Praha: Člověk v tísni, 2020 [cit. 2022-04-28]. ISBN 978-80-7591-041-7. Dostupné z: https://www.clovekvtisni.cz/media/publications/1462/file/metodika-case_ok_opr2.pdf

12. DOUBEK, P. Schizofrenie in RABOCH, J. a P. PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. 2. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020, s. 244-256. ISBN 978-80-246-2712-0.
13. FOITOVÁ, Z., Z. HEŘT, V. PINKASOVÁ, et al. MANUÁL ZAPOJENÍ PEER KONZULTANTŮ DO KOMUNITNÍ A LŮŽKOVÉ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ [online]. 2016 [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manu_al_WEB_1.pdf
14. FRANKL, Viktor Emil. *O smyslu života: v každé krizi se skrývá příležitost*. Přeložil Gabriela THÖNDLOVÁ. Praha: Grada, 2022. 120 s. ISBN 978-80-271-3357-4.
15. Goering PN, Streiner DL, Adair C, et al The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities *BMJ Open* 2011;1:e000323. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000323
16. GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
17. HELLEROVÁ, P. Neurotické poruchy. RABOCH, J. a P. PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. 2. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020, s. 274-285. ISBN 978-80-246-2712-0.
18. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Dotisk 1. vydání. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2019. 191 s. ISBN 978-80-907318-4-4.
19. HORÁKOVÁ, J. *Lidé s duševním onemocněním: Problematika bydlení [online]*. Praha: Fokus, 2017 [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/378-problematika-bydleni>
20. IL Firuleasa, DG Popovici, VM Moldovan, C Mihaescu Pintia, M Teodorescu, M Galaon, SG Scintee, C Vladescu, S Florescu, Community care in mental health patients - a systematic review: Ingrid-Laura Firuleasa, *European Journal of Public Health*, Volume 27, Issue suppl_3, November 2017, cxx186.263, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx186.263>
21. JAROLÍMEK, Martin. *Já blázním s vámi*. Praha: Galén, [2017]. 171 s. ISBN 978-80-7492-313-5.
22. JINDŘICHOVSKÁ BRABENCOVÁ, M. Metodika pro poskytování zahradní terapie v sociálních službách [online]. Kněžice: Chaloupky, 2020 [cit. 2022-04-28]. ISBN 978-80-906417-4-7. Dostupné z: <https://www.chaloupky.cz/zahradni-terapie-v-socialnich-sluzbach/>
23. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.
24. LEVÍNSKÁ, M. *Aplikovaná metodologie pro učitele II: kvalitativní přístup [online]*. Hradec Králové, 2014, 2014 [cit. 2022-04-28]. Dostupné z:

- <https://adoc.pub/aplikovana-metodologie-pro-uitele-ii-kvalitativni-pistup-mar.html>
25. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
 26. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. 312 s. ISBN 978-80-262-0211-0.
 27. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1362-5
 28. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018 [cit. 2022-04-27]. ISBN 978-80-7472-168-7.
 29. *Na Rovinu* [online]. Praha: NUDZ, 2021 [cit. 2022-04-29]. Dostupné z: <https://narovinu.net/>
 30. NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace chování*. 3., přeprac. vyd. V Praze: Triton, 2014. 600 s. ISBN 978-80-7387-830-6.
 31. PÁV, M., PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, J., ŠTASTNÁ, J. Possibilities of psychosocial rehabilitation in long term inpatient care. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2017, 18(2), 69-74 [cit. 2022-04-28]. ISSN 12130508. Dostupné z: doi:10.36290/psy.2017.013
 32. PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. 254 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
 33. PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S VÁŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM - ZAHRANIČNÍ A ČESKÁ ZKUŠENOST: NARATIVNÍ SYNTÉZA. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2017, 113(3), 132-139 [cit. 2022-04-28]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1150> (winkler, kondrátová)
 34. PROBSTOVÁ, V. a PĚČ O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
 35. PROGRAM PODPOROVANÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM: PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2018, 114(1), 9-15 [cit. 2022-04-28]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1185> (Andrea Štanglová¹, Vendula Machů¹, Lucie Kondrátová)
 36. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. 466 s. ISBN 978-80-246-2712-0.
 37. RAGINS, M. Cesty k zotavení [online]. Praha: Fokus, 2018 [cit. 2022-04-28]. ISBN 978-80-902741-2-9. Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/448-cesta-k-zotaveni-sebrane-texty-marka-raginse>
 38. RIDGWAY, P., MCDIARMID, D., DAVIDSON, L., et al. *Cesty k zotavení*. Lawrence: University of Kansas school of social welfare, 2014. 418 s. ISBN 978-1-5031-7191-6.

39. SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2020. 152 s. ISBN 978-80-262-1705-3.
40. STUHLÍK, J. *Akreditovaný kurz Case management*. 2019. České Budějovice, 2019.
41. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
42. ŠŤASTNÁ, Jaroslava. *Když se řekne komunitní práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. 116 s. ISBN 978-80-246-3356-5.
43. Tjörnstrand, C., Eklund, M., Bejerholm, U., Argentzell, E., & Brunt, D. (2020). A day in the life of people with severe mental illness living in supported housing. *BMC Psychiatry*, 20, Article 508. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02896-3>
44. *Výroční zpráva za rok 2020: Fokus České Budějovice, z.ú.* [online]. 2021 [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: <https://fokus-cb.cz/wp-content/uploads/2021/11/2020-Vyrocní-zpráva-na-web.pdf>
45. *VÝSLEDKY EVALUAČNÍ PŘÍPADOVÉ STUDIE: PROJEKT: PRÁH – PODPORA ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V BRNĚ* [online]. 2014 [cit. 2022-04-28]. Dostupné z: <https://www.esfer.cz/file/9237/>

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 - Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s uživateli

Příloha č. 2 - Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s pracovníky

Příloha č. 3 - Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Příloha č. 1

Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s uživateli:

Sociodemografické údaje:

Pohlaví

Věk

Vzdělání

Rodinný stav

Bydlení

Zaměstnání

Onemocnění, se kterým se léčíte

Průběh a způsob aktivizace:

1. Jakou službu využíváte v rámci organizace Fokus České Budějovice, z.ú. (dále jen Fokus)?
2. Jak dlouho již spolupracujete s Fokusem?
3. Pokud navštěvujete sociálně terapeutickou dílnu ve Fokusu, můžete popsat, jak zde probíhá aktivizace?
4. Jak často, jak dlouho a jakým způsobem probíhají individuální schůzky s Vaším klíčovým pracovníkem ve Fokusu?
5. V čem vnímáte přínos těchto individuálních schůzek se svým klíčovým pracovníkem?
6. Můžete mi popsat, jak trávíte svůj volný čas?
7. S kým trávíte svůj volný čas?
8. Jak často navštěvujete kulturní a společenské akce? S kým nejčastěji tyto akce navštěvujete?
9. Domníváte se, že od té doby, co spolupracujete s Fokusem, u Vás došlo ke zlepšení trávení volného času a plánování dne? Můžete případně popsat na konkrétním příkladu?

Motivace:

1. Jaký je Váš osobní cíl?
2. Jaké jsou Vaše koníčky, záliby?
3. Co a kdo Vám pomáhá nevzdávat se při cestě za svým stanoveným cílem?

Překážky v aktivizaci spojené s duševním onemocněním:

1. Jakým způsobem si organizujete svůj den? (plánování dne, přizpůsobení se náhlé změně plánu, dodržování termínu schůzek ...)
2. Na škále od 1 do 10, kdy 1 je nejméně a 10 nejvíce, jak hodnotíte svou aktivitu (pocit energie) za poslední týden?
3. Na škále od 1 do 10, kdy 1 je nejméně a 10 nejvíce, jak hodnotíte své vztahy s rodinou a přáteli?

Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s pracovníky

Sociodemografické údaje:

Pohlaví

Věk

Vzdělání

Pracovní pozice

Délka zaměstnání v organizaci

Forma a poskytování aktivizace:

1. Jakým způsobem poskytujete aktivizaci uživatelům s duševní poruchou?
2. Kde všude může aktivizace probíhat a kdo z týmu je na ní účasten?
3. Je aktivizace nějak zahrnuta i v individuálním plánu uživatele?
4. Jaké metody a techniky aktivizace využíváte při práci s uživateli?
5. Jakou formou je aktivizace poskytována – individuální nebo skupinová? Jak často probíhá individuální forma a jak často skupinová?
6. Jak probíhá aktivizace v sociálně terapeutické dílně?
7. S jakými obtížemi se setkáváte při poskytování aktivizace u uživatelů s duševní poruchou?

Přínos aktivizace:

1. V čem spatřujete přínos aktivizace pro uživatele v případně individuální a skupinové formy?
2. Můžete popsat jaké jsou psychické, fyzické a jaké sociální přínosy aktivizace pro uživatele s duševní poruchou?
3. Jak hodnotíte přínos aktivizace pro uživatele s duševní poruchou?
4. Můžete uvést příklady dobré praxe týkající se aktivizace uživatelů s duševní poruchou?

Motivace:

1. Jakým způsobem motivujete uživatele k aktivitě?
2. Pokud využíváte při své práci k motivaci prvky z psychoterapie můžete popsat jak?
3. Pokud využíváte při své práci k motivaci metodu motivačních rozhovorů můžete popsat jak?
4. Jaké vnímáte překážky v motivaci uživatelů s duševní poruchou?

Spolupráce:

1. S jakými organizacemi, které mohou přispívat k aktivizaci uživatele s duševní poruchou, spolupracujete?
2. Kdo je součástí multidisciplinárního týmu ve Fokusu a jak se účastní aktivizace uživatelů?
3. Jakým způsobem se může do aktivizace zapojit rodina uživatele?
4. Jakým způsobem podporujete rodinu při aktivizaci uživatele?

Příloha č.3

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta:

Studijní program/obor:

Jméno a příjmení studenta/studentky:

Kontaktní údaje (e-mail, tel.):

Název instituce:

Název práce:

Hypotézy, výzkumné otázky:

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Předpokládané výstupy:

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

Jméno:

Podpis:

Vyjádření kompetentní osoby instituce:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis: