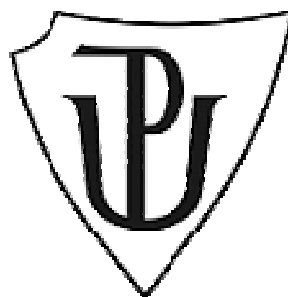


UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií



Barbora ZAVORALOVÁ MOŘKOVSKÁ, DiS.

V. ročník – prezenční forma

Obor: Pedagogika – sociální práce

KVALITA ŽIVOTA KLIENTŮ SDRUŽENÍ PRÁH

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar PITNEROVÁ, Ph.D.

OLOMOUC 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Brně dne 5. dubna 2011

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda vyjádřila své poděkování vedoucí mé práce Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D. za velmi cenné rady, odborné připomínky a zejména lidský přístup. Rovněž děkuji svému manželovi, který při mně stál po celou dobu studia a podporoval mně. Chtěla bych také touto cestou poděkovat všem, kteří se na mé práci různými způsoby podíleli a přispěli svými radami a objektivními názory. Děkuji též vedení Sdružení Práh a klientům, kteří mi ochotně poskytli rozhovory a bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.



Foto pořízeno se souhlasem

„Umění žít, je vědět, jak vychutnávat malé radosti a unést velká břemena.“

Hazlitt William

OBSAH

ÚVOD	7
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 KVALITA ŽIVOTA	10
1.1 Vymezení pojmu	10
1.2 Roviny kvality života	11
1.3 Pojetí kvality života ve vědních disciplínách	12
1.4 Kvalita života lidí s duševním onemocněním.....	14
1.5 Hodnocení kvality života.....	15
2 ŽIVOT V OBDOBÍ 18-64 LET	18
2.1 Období dospívání	19
2.2 Období mladé a střední dospělosti	21
2.3 Pozdní dospělost	23
3 SDRUŽENÍ PRÁH	25
3.1 Poslání, cíle Sdružení a cílová skupina	26
3.2 Principy poskytovaných služeb	26
3.3 Služby poskytované ve Sdružení Práh	27
3.4 Organizační struktura Sdružení	29
4 PSYCHOTICKÉ PORUCHY	32
4.1 Schizofrenie	33
4.2 Afektivní poruchy – poruchy nálady	40
5 PSYCHIATRICKÁ, PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE	45
5.1 Základní pojmy a poslání psychiatrické rehabilitace	45
5.2 Historie Psychiatrické rehabilitace.....	47
5.3 Principy psychiatrické rehabilitace	50
5.4 Psychosociální rehabilitace dle holandské školy STORM.....	52
II EMPIRICKÁ ČÁST	56
6 VÝZKUM	57
6.1 Popis zvoleného výzkumu a cíl výzkumu	58
6.2 Metoda sběru dat.....	59

6.3	Průběh výzkumu	60
7	ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	62
7.1	Otevřené kódování	63
7.2	Axiální kódování.....	82
7.3	Selektivní kódování.....	85
7.4	Interpretace zjištěných skutečností z kvalitativního výzkumu	88
	ZÁVĚR.....	91
	SEZNAM ODBORNÉ A POUŽITÉ LITERATURY.....	93
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Před třemi lety jsem začala pracovat v občanském Sdružení Práh v Brně, jehož klienty jsou lidé s dlouhodobým duševním onemocněním. Když jsem se na pracovní pozici hlásila, nevěděla jsem, co si pod prací s duševně nemocnými lidmi mám představit. Ve škole jsme se o duševním onemocnění učili pouze okrajově, neexistoval předmět, který by se věnoval metodám práce s lidmi s duševním onemocněním. Sdružení působí na území města Brna již jedenáct let a velmi si vážím toho, že jsem se stala součástí týmu lidí, kteří se snaží pomoci lidem s duševním onemocněním navrátit je do běžného života.

Jistě si každý z nás přeje být v životě spokojený a šťastný a ne jinak je tomu i u lidí, kteří mají duševní onemocnění. Zejména díky osobní zkušenosti při práci s těmito lidmi, jsem si uvědomila, jak nelehkou mají pozici. Jejich nemoc jim mnohdy neumožňuje prosadit si své zájmy, uspokojit si své základní i sociální potřeby. To, jak vnímají svůj život a svou situaci většinou záleží na tom, jak se zrovna cítí po psychické stránce, je to také ovlivněno symptomy onemocnění.

Pracuji na pozici vedoucí sociálně terapeutické dílny Trojlístek, kde je naším hlavním posláním podporovat kliente v samostatnosti, pomoci jim zachovat či nabýt pracovní dovednosti, pravidelným režimem a pracovní činností přispět ke stabilizaci jejich zdravotního stavu a v neposlední řadě informovat veřejnost o duševním onemocnění a tím přispět k pozitivní prezentaci duševně nemocných ve společnosti.

Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že oblast duševního onemocnění je plná předsudků a mýtů, duševní onemocnění si získalo cejch coby nebezpečný, záhadný a nevyléčitelný stav. Domnívám se, že důvodem je špatná a zkreslená informovanost veřejnosti. Díky řadě předsudků je pro lidi s duševním onemocněním velmi náročné se zapojit do „zdravé“ společnosti. Mají nálepkou „nebezpečného blázna“. I díky této nálepce mnohdy prožívají subjektivní pocit nespokojenosti, nespravedlnosti, začínají tomuto stigma podléhat. Celkově se tak snižuje jejich kvalita života, kterou se ve své práci také zabývám.

Myslím, že i člověk s duševním onemocněním má nárok na plnohodnotný život a cítit se spokojený. Cílem mé práce je nejen poukázat na činnost a prospěšnost služeb Sdružení Práh, ale také porozumět tomu, jak klienti služeb tohoto Sdružení hodnotí svůj život, jak jsou se svým životem v současné době spokojeni a do jaké míry jim v tom pomáhá i to, že dochází do služeb Sdružení.

Ve své práci se věnuji popisu pojmu kvalita života, pozornost je také věnována přímo kvalitě života lidí s duševním onemocněním. Za důležité považuji objasnit oblast vývoje jedince v období 18-64 let, což umožní získat náhled na odlišnosti vývoje zdravého jedince s jedincem s duševním onemocněním. Samostatná kapitola je věnována Sdružení Práh, následuje seznámení se s pojmem dlouhodobého duševního onemocnění, kde se zaměřuji zejména na popis psychotických onemocnění. Navazuje kapitola věnující se metodě psychosociální rehabilitace, jejímž cílem je celkové zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním.

Ve výzkumné části se věnuji metodologickým otázkám výzkumu, na něž navazuje kvalitativní výzkum, ve kterém byly provedeny rozhovory s klienty Sdružení Práh. Ze všech rozhovorů vzešlo v rámci otevřeného kódování několik kategorií, které jsem následně pomocí axiálního kódování uvedla do paradigmatického kódování. Pomocí otevřeného a axiálního kódování jsem vytvořila základ pro selektivní kódování, ze kterého vyplynula centrální kategorie. V závěru interpretuji získaná zjištění.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je velmi těžko uchopitelný pojem – zejména proto, že je velmi subjektivní a individuální. Kvalita života může být vše, co se týká našeho života a je nějak měřitelné – např. finanční zabezpečení, úroveň bydlení aj.

V posledních letech je možné zaznamenat vzestup studia kvality života, jedná se o hledání faktorů, které ovlivňují smysluplnost života a pocit štěstí. První zmínky o „kvalitě života“ se objevily již ve 20. letech 20. století v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. V 60. letech se pak tento pojem objevil jako ukazatel toho, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije.¹

1.1 Vymezení pojmu

Pro vymezení kvality života bude nejvhodnější začít popisem významu slov „kvalita“ a „život“.

Slovo kvalita je odvozeno od latinského základu „qualitas“ – jakost, hodnota, např. dobrá či prvotřídní nebo naopak špatná hodnota.² Rozumíme tím „...charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku.“³

Životem rozumíme život samotný, život obecně, v této práci je zkoumán život lidí.

Jak už bylo výše popsáno, pojem kvalita života je velmi široký. SLOVÁČEK uvádí: „Existuje mnoho definic pojmu kvalita života, ale zdá se, že žádná z nich není všeobecně akceptována. Všechny definice mají však jedno společné, a to, že pojem kvalita života by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince.“⁴

Obecně by se tedy kvalita života dala definovat jako subjektivní pohled a hodnocení člověka na jednotlivé oblasti svého života.

¹ HNILICOVÁ in PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 205

² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 162

³ Tamtéž, s. 162

⁴ SLOVÁČEK, L. et. al., *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*, Vojenské zdravotnické listy, 1/2004. s. 6

Torontská univerzita uvádí tuto definici: „Kvalita života je určena tím, v jaké míře osoba využívá důležité možnosti svého života. Možnosti vyplývají z práv a omezení, které má každý člověk ve svém životě a odrážejí vzájemné působení osobních faktorů a faktorů životního prostředí.“⁵

MATOUŠEK vymezuje kvalitu života jako: „Komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče. Jde o ekvivalent „zisku“ v ekonomickém uvažování. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko, např. o životní spokojenost.“⁶

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života definována tím, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, v systému hodnot dané kultury, ve které žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.⁷

1.2 Roviny kvality života

Zkoumání kvality života se nezaměřuje pouze na život jednotlivce. Kvalita života individua je pouze dílčí oblastí. ENGEL A BERGSMA rozlišují základní sféry kvality života: makro-rovinu, mezo-rovinu, personální rovinu a rovinu fyzické existence.⁸

V **makro-rovině** jsou otázky kvality života spojeny s velkými společenskými celky – např. s danými zeměmi, kontinentem apod. Život je chápán jako absolutní morální hodnota, přičemž kvalita života musí být definována tak, aby tomuto požadavku vyhovovala. Kvalita života se tedy stává součástí politických úvah nad např. problematikou boje s hladomorem, epidemiemi či stanovení obsahu základní výchovy.⁹

⁵ Quality of Life Research Unit. *The Quality of life model* [online]. Toronto [cit. 2010-09-28].

Dostupné z: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>.

⁶ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. s. 92

⁷ *Health promotion glossary*, Geneva: WHO, 1998. s. 17

⁸ ENGEL, BERGSMA in KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 163

⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 163

V **mezo-rovině** je kvalita života zkoumána v rámci malých sociálních skupin, např. domovy důchodců, školy či podniky. V této rovině je kladen důraz nejen na respekt k morálním hodnotám člověka, ale i na otázky sociálního klimatu, uspokojování či neuspokojování základních potřeb člověka v rámci dané skupiny, existence sociální opory nebo sdílených hodnot. **Osobní neboli personální rovina** je nejužším pojetím. Jedná se o život každého z nás jednotlivě. Při hodnocení kvality života se jedná o osobní hodnocení kvality svého života – zhodnocení bolesti, zdravotního stavu, spokojenosti aj. V rámci roviny **fyzické (tělesné) existence** se zaměřujeme na pozorovatelné chování druhých lidí, které je možné pozorovat. Přestože jsou tyto údaje objektivně měřitelné, postrádáme zde nezbytnou dimenzi pro hlubší pojetí kvality života.¹⁰

1.3 Pojetí kvality života ve vědních disciplínách

Kvalitou života se dnes zabývá mnoho vědních disciplín. Jsou to především kulturní antropologie, ekologie, psychologie, sociologie či medicína.

V **psychologii** je kvalita života posuzována dle toho, jak jednotlivec prožívá životní pohodu a je spokojen s vlastním životem. Prožívaná subjektivní pohoda má dvě dimenze – kognitivní a emocionální. **Kognitivní dimenze** zahrnuje racionální hodnocení vlastního života, tzn. jak svůj život hodnotíme, jak jsme s ním spokojeni. **Emocionální dimenze** zahrnuje emoce – jaké emoce u jednotlivce převažují, zda ty pozitivní či negativní. HNILICOVÁ pod pojmem „kvalita života“ uvádí **spokojenost se životem**, což je to, co činí člověka spokojeným, co ke spokojenosti přispívá a prožívání subjektivní pohody a štěstí a tím hodnotíme kvalitu života jako takového, jako celku.¹¹

Každý jedinec má potřebu uplatnit se ve společnosti a prožít citovou odezvu. Dostane-li se mu takové odezvy od blízkého okolí a osob, které jsou pro něj autoritami, roste i jeho sebeúcta.¹²

V **sociologii** jsou v souvislosti s kvalitou života zdůrazňovány zejména znaky sociální úspěšnosti, kterými jsou například jsou sociální status, majetek, vzdělání aj.

¹⁰ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 163

¹¹ HNILICOVÁ in PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 209

¹² VYMĚTAL, J. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001. s. 200

Kvalita života je v sociologii sledována u různých sociálních skupin a v rámci těchto skupin je srovnávána. Kvalita života je posuzována v kontextu s výchovou a socializací.¹³

Jak uvádí HNILICOVÁ, jedním z důležitých pojmů je termín „životní úroveň“,...*“která je definována jako měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, jež jsou lidem k dispozici.”*¹⁴

K sociologickému pojetí kvality života se vyjadřuje VAĎUROVÁ: *„Z pohledu sociologie se jedná o velice komplexní oblast, ve které je třeba kvalitu života hlouběji vymezit vůči životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu, které s QOL přímo souvisejí, ale nemohou být ztotožňovány.”*¹⁵

V oblasti **zdravotnictví** je těžištěm zkoumání kvality života psychosomatické a fyzické zdraví. V této souvislosti se používá pojem *kvalita života ovlivněná zdravím*. Jedná se o subjektivní pocit životní pohody, který je spojen s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky.¹⁶

V praxi se pak u pacienta zkoumá nejen úspěch či neúspěch nasazené terapie, sledují se také *„subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná úzkost a napětí.”*¹⁷

¹³ HNILICOVÁ in PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 211

¹⁴ Tamtéž, s. 211

¹⁵ VAĎUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: MU, 2005. s. 30

¹⁶ HNILICOVÁ in PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. s. 211-212

¹⁷ Tamtéž, s. 212

1.4 Kvalita života lidí s duševním onemocněním

Lidé s dlouhodobým duševním onemocněním bývají obvykle společností posuzováni jako odlišní, bývají v jiném postavení než např. člověk s tělesnou nemocí. Duševní nemoc se může ostatním zdát jako podezřelá, podivná a toho se veřejnost bojí. Chování člověka s duševním onemocněním může být pro ostatní nesrozumitelné, neohraničené a to vede ke stigmatizaci a následné diskriminaci lidí s duševním onemocněním. K odstranění diskriminace duševně nemocných by měla posloužit lepší informovanost o této problematice a důraz na kvalitu života. Kvalita života lidí s duševním onemocněním se snižuje především při trvalém umístění v psychiatrických zařízeních. Po skončení hospitalizace se kvalita života opět zvyšuje. Subjektivní kvalita života je celkově snížena. Nejdůležitější roli hraje zejména depresivita, úzkost – obavy ze ztráty výkonu a sociální úzkost (obavy, že nesplní očekávání druhých). V různém rozsahu a v různých oblastech je kvalita života ovlivněná stupněm zneschopnění, trváním nemoci a vedlejšími účinky terapie.¹⁸

Společnost by si především měla uvědomit, že lidé s duševním onemocněním mají stejná práva jako ostatní občané. Toto právo jim přísluší podle **Deklarace práv duševně postižených**, která byla schválena Valným shromážděním OSD dne 20. prosince 1971 a zaručuje jim mj. právo na kvalitní život.¹⁹

Duševně nemocní mají právo na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jejich potřebám, na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním, právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem aj.²⁰

¹⁸ LIBIGER, J. *Stigma duševního onemocnění*. Psychiatrie č. 1, 2001. s. 38-40

¹⁹ MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. s. 119

²⁰ MPSV: *Práva duševně nemocných* [online]. 27.4. 2005 [cit. 2011-01-4]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/838>

Kvalitu života u lidí, kteří onemocněli schizofrenií, snižuje výskyt negativních příznaků. Zejména pokud se negativní příznaky objeví již při první atace, mají na pacienta značně horší psychosociální dopad. Je známo, že lidé s psychotickým onemocněním mají sklon nadhodnocovat.²¹

1.5 Hodnocení kvality života

Kvalita života je obvykle posuzována na základě údajů získaných od daného nemocného, přičemž nejpodstatnější je subjektivní hodnocení nemocného, jak sám vnímá vlastní zdravotní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v sociálním, pracovním i rodinném prostředí. Hlavním důvodem hodnocení kvality života je zhodnocení efektu léčby nebo služby na život nemocného.²²

K hodnocení kvality života jsou používány dotazníky určující míru dopadu nemoci na běžný život nemocného. Existuje celá řada dotazníků k zjišťování kvality života. Dotazníky lze rozdělit na dva základní typy – dotazníky **generické** (obecné) a **specifické**.

Generické dotazníky hodnotí všeobecně celkový stav nemocného, jsou široce použitelné u libovolných skupin populace bez ohledu na onemocnění, věk nebo pohlaví.²³

Mezi nepoužívanější generické dotazníky patří Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36)²⁴ nebo dotazník World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHO QOL-100)²⁵.

²¹ FITZGERALD, P. B., et. al. *A longitudinal study of patient - and observer-rated quality of life in schizophrenia*. Psychiatry Research, 2003. s. 57

²² SLOVÁČEK, L. et. al., *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*, Vojenské zdravotnické listy, 1/2004. s. 6

²³ PATRICK, D.L., DEYO, R.A. *Generic and Disease-Specific Measures in Assessing Health Status and Quality of life*. Medical Care, 1989, vol. 27, no.3, s. 217

²⁴ Zkrácená forma dotazníku, který se skládá ze 36 otázek týkajících se devíti zdravotních domén

²⁵ Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace

Specifické dotazníky jsou přímo zaměřené na jednotlivé typy onemocnění. V mnoha případech jsou specifické dotazníky kombinací dotazníků generických s otázkami zaměřenými na konkrétní onemocnění.²⁶

Příkladem takového dotazníku je např. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q-LES-Q)²⁷, který je určen pro nemocné s depresivní poruchou nebo European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) pro nemocné s nádorovým onemocněním.²⁸

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí šest životních domén vytvářejících či ovlivňujících kvalitu života, zároveň se jedná o hodnocené kvality v rámci dotazníku WHO QOL-100:

- **Fyzické zdraví** – energie, únava, vyčerpanost, odpočinek.
- **Psychická úroveň** – osobnostní charakteristiky, postoje k životu a k nemoci, sebehodnocení.
- **Úroveň nezávislosti** – soběstačnost, mobilita, závislost na pomoci.
- **Sociální zázemí** – vztahy nemocného k blízkým lidem, jeho role ve společenských skupinách, způsoby komunikace s lidmi.
- **Okolní prostředí** – dostupnost zdravotní péče, sociálních služeb, finanční zdroje, fyzikální prostředí, domácí prostředí.
- **Duševní zdraví** – smysl a význam života.²⁹

SHRNUTÍ

Kvalita života je v současné době velmi frekventovaným pojmem. Kvalitu života můžeme vyjádřit jako míru životní spokojenosti a nespokojenosti.

Kvalita života se stala nedílnou součástí všech vědních oborů. Nejvíce je kvalita života popisována a sledována v sociologii, psychologii a medicíně. V sociologii jsou v souvislosti s kvalitou života zdůrazňovány zejména znaky sociální úspěšnosti, kterými jsou například sociální status, majetek, vzdělání.

²⁶ PATRICK, D.L., DEYO, R.A . *Generic and Disease-Specific Measures in Assessing Health Status and Quality of life*. Medical Care, 1989, vol. 27, no.3. s. 217

²⁷ Dotazník kvality života zaměřený na celkovou radost a spokojenost

²⁸ PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Triton, 2005. s. 282

²⁹ *Health promotion glossary*. Geneva: WHO, 1998. s. 17

V psychologii je kvalita života posuzována dle toho, jak jednotlivec prožívá životní pohodu a je spokojen s vlastním životem. V oblasti zdravotnictví je kvalita života spojována s psychosomatickým a fyzickým zdravím. U lidí s dlouhodobým duševním onemocněním je subjektivní kvalita života celkově snížena. Významnou roli zde hraje zejména depresivita, úzkost – obavy ze ztráty výkonu a sociální úzkost (obavy, že nesplní očekávání druhých). V různém rozsahu a v různých oblastech je kvalita života ovlivněná stupněm zneschopnění, trváním nemoci a vedlejšími účinky terapie.

Kvalita života bývá posuzována na základě údajů získaných od daného respondenta, přičemž nejpodstatnější je subjektivní hodnocení dotyčného, jak sám vnímá vlastní zdravotní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v sociálním, pracovním i rodinném prostředí.

2 ŽIVOT V OBDOBÍ 18-64 LET

K tomu, abychom dobře porozuměli problematice duševního onemocnění a rozpoznali rozdílnosti, je potřeba si popsat, jak vypadá zdravý vývoj jedince.

Cílovou skupinou Sdružení Práh jsou lidé s psychotickými a afektivními poruchami ve věkovém rozmezí 18-64 let. Studium jednotlivých vývojových období člověka se zabývá vývojová psychologie, která zkoumá souvislosti a pravidla vývojových proměn v jednotlivých oblastech lidské psychiky a usiluje o porozumění jejich mechanismům.³⁰

Různá vývojová stádia člověka v uvedeném věkovém rozmezí zahrnují období dospívání, mladé a střední dospělosti a období pozdní dospělosti.

³⁰ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 13

2.1 Období dospívání

Období dospívání probíhá přibližně mezi 11. a 22. rokem života. Ve všech ohledech se jedná o velmi významné životní období.

Z biologického hlediska dochází k pohlavnímu zrání jedince a k dokončení růstu. Současně probíhají i významné psychické změny, které charakterizujeme jako ohlášení nových pudových tendencí a hledání způsobů jejich uspokojování a kontroly.³¹

Vedle biologických a psychických změn dochází i k sociálnímu začlenění jedince, „*kteří se odráží v odlišném očekávání společnosti, pokud jde o jeho chování a výkony, i v měnícím se pojetí vlastní role a nově reflektovaného sebepojetí.*“³²

Vzhledem k tomu, že věkové rozpětí období dospívání je celkem široké, rozlišujeme období pubescence a období adolescence.³³

Období pubescence trvá od 11 do 15 let. Začíná prvními známkami pohlavního dospívání, u dívek nastupuje první menses. Jedinec se začíná zajímat o sexualitu, je v této oblasti zvědavý. Emoční projevy jsou nevyvážené, má problémy se sebepřijetím. Vztahy mezi chlapci a děvčaty nabývají v tomto období erotické povahy.³⁴

Pubescent je v tomto období převážně kritický k autoritám, vrstevnické skupiny mají větší vliv než rodina a škola.³⁵

V oblasti myšlení dochází k myšlení o myšlení, zvyšuje se schopnost myslet abstraktně, jedinec uvažuje nejen o skutečnosti, ale i o svých úsudcích.³⁶

Období adolescence trvá přibližně od 15 let do dosažení věku 20-22. Jedinec postupně dosahuje plné reprodukční zralosti.³⁷ „*Prohlubuje se potřeba hlubokého, intimního kontaktu s partnerem druhého pohlaví.*“³⁸

³¹ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 138

³² Tamtéž, s. 138

³³ Tamtéž, s. 139

³⁴ SEDLÁČKOVÁ, D. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada Publishing, 2009. s. 29

³⁵ ČAPEK, R. *Třídní klima a školní klima*. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 21

³⁶ LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 535

Z hlediska vývoje se jedná o nejkritičtější a nejtěžší období. Mladý člověk chce vypadat a žít jako dospělý, chybí mu však ještě nezbytné vnitřní předpoklady, není ještě dostatečně sociálně vyzrálý. Zároveň už ale není jedinec dítětem a nechce za něj být považován.³⁹

Dospívající prožívá časté pocity nejistoty, strachu a úzkosti, podceňuje a přeceňuje sám sebe.⁴⁰

Jedinec se snaží osamostatnit, odpoutat se od rodičů a od autority, vznikají sociální vztahy vyššího typu – jsou založené na porozumění, vzájemné pomoci apod.

Jak už bylo výše popsáno, období dospívání je pro jedince důležité pro postupné uvolňování z přílišné závislosti na rodičích a zároveň pro navazování diferencovanějších a významnějších vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví. Zdravá rodina poskytuje dítěti základní citovou jistotu a bezpečí, útočiště, k němuž se může vracet v situaci, kdy se cítí ohrožené. Čím hlubší, jistější a méně konfliktní vztahy má dítě s rodiči, tím je proces emancipace nutný pro osobní zrání snadnější. Někdy se může stát, že se dítěti nedaří vymanit z přílišné závislosti na rodičích a přemístit tak část své vazby na vrstevníky.

Toto může vést k psychosociálnímu konfliktu – dítě může lásku k rodičům obrátit v nenávisť, úctu v pohrdání, nebo naopak může dojít k infantilní závislosti.⁴¹

Jiní jedinci se mohou od rodiny odpoutat např. tím, že se uzavřou sami do sebe, odmítají stejný životní styl, jako jejich rodiče apod. Jedná se vlastně období, kdy se mladý člověk snaží pochopit sám sebe, vymanit se, najít sám pro sebe svůj vlastní způsob vnímání světa.

„U predisponovaných jedinců se však může určitý způsob obrany proti ohrožujícím pocitům úzkosti a nejistoty vyhrotit a přetrvávat pak jako dominující rys osobnosti. V krajních případech může jako jeden z více faktorů přispět ke vzniku otevřené patologie s neurotickou symptomatologií, s vegetativními poruchami (např. v obrazu mentální anorexie), popř. až s hraničními projevy psychotické poruchy.“⁴²

³⁷ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 139

³⁸ SEDLÁČKOVÁ, D. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada Publishing, 2009. s. 21

³⁹ SEDLÁČKOVÁ, D. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada Publishing, 2009. s. 21

⁴⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. s. 297

⁴¹ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 149

⁴² Tamtéž, s. 150

2.2 Období mladé a střední dospělosti

Období **mladé dospělosti** začíná mezi 20. a 22. rokem života a obvykle trvá do 35 let.⁴³ „*Důkazem dospělosti je schopnost a ochota přijmout zodpovědnost, která z role dospělého vyplývá.*“⁴⁴

Jedinec má před sebou dva důležité úkoly, zakotvit ve své profesi a uspořádat své mezilidské vztahy. V tomto životním období dochází k upevnění identity dospělého, jedinec si upřesňuje své osobní cíle, osamostatňuje se od své orientační rodiny, vztahy s rodinou jsou klidnější a symetričtější. Mladá dospělost je také obdobím, kdy dochází k sexuální zralosti a reprodukční činnosti.⁴⁵

Za jedno z kritérií dosažení dospělosti je považována zralost. Člověk je většinou společností vnímán jako dospělý, když po dokončení dospívání dokáže přijmout plnou odpovědnost, dokáže zvládnout určité vývojové úkoly, mezi něž patří rodičovství, stabilní partnerství či profesní role. I příprava na povolání bývá dokončena a jedinec začíná vykonávat trvalou pracovní činnost. Zároveň se věnuje i činnosti ve volném čase, která má velký osobní význam.⁴⁶

V tomto období života dochází u mladého jedince i k přehodnocení mnoha problémů a situací. Některé problémy se již nezdají tak závažné a důležité, jak se zdály před časem.

Tento přístup VÁGNEROVÁ nazývá jako postformální chování, které ... „*je typické změnou přístupu k řešení problémů i změnou v chápání samotného problému.*“⁴⁷

Emoční prožívání se u jedince v tomto období také proměňuje. Dospělý člověk vnímá mnohé situace realističtěji, ve svém jednání bývá střízlivý a pragmatický. Oproti období adolescence zná jedinec mnohem lépe své schopnosti a omezení, zná své možnosti a umí je využít zejména ve svém profesním životě. Partnerství, resp. manželství je nyní v tomto období života velmi důležité.

⁴³ SEDLÁČKOVÁ, D. Rozvoj zdravého sebevědomí žáka. Praha: Grada Publishing, 2009. s. 32

⁴⁴ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Portál, 2000. s. 302

⁴⁵ ŘÍČAN, P. Psychologie osobnosti-obor v pohybu. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 163

⁴⁶ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 165

⁴⁷ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Portál, 2000. s. 307

Vstupem do manželství lidé uspokojují své dvě hluboce zakotvené potřeby a to potřebu intimního emočního soužití – počítaje v to i uspokojení sexuálních tendencí a touhu mít děti a prožívat s nimi radost z jejich vývoje.⁴⁸

Zároveň se vstupem do partnerského svazku souvisí i další důležité období v životě jedince a to je rodičovství. Rodičovství je další známkou zralosti dospělého člověka. Jedná se o období, kdy prochází oba partneři řadou změn, dítě vnáší do jejich života nové pozitivní prožitky, zároveň může být výchova dítěte poznamenána nejistotou i nedůsledností ze strany rodičů. Jak je známo, rodina je jedním z nejsilnějších socializačních činitelů, který ovlivňuje další život jedince. Rodinný model si často dítě přebírá a aplikuje jej ve vlastním životě. U dospělých, jejichž vlastní dětství bylo šťastné a jejichž vztah k oběma rodičům byl kladný, najdeme mnohdy i v jejich životě harmonické manželství a pozitivní emoční vztah k dětem.⁴⁹

Střední dospělost je období v životě člověka, které trvá od 30 let do 45 let. Jedná se o období plné výkonnosti a relativní stability. Na začátku tohoto období je jedinec na vrcholu svých sil.⁵⁰

Dochází k postupným tělesným změnám, zejména k mírnému poklesu svalové síly, jedinec má sklony k ukládání podkožního tuku.⁵¹

V období střední dospělosti má již jedinec vyhraněné své názory, buduje si společenské postavení, jeho orientace se zaměřuje na domov a zaměstnání, kariéra je na vrcholu. Kolem věku 40 let začíná období tzv. krize středního věku, ožívá problém vlastní identity.⁵²

Mnohdy zažívá dospělý člověk silnou potřebu změny, nejen v pracovním, ale zejména v osobním životě, mění se mu představa o partnerství.

V manželství dochází k uvědomění si, že partner již není pro sebevymezení tak důležitý, jako byl dřív. Roste tendence zabývat se sám sebou.⁵³

⁴⁸ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 167

⁴⁹ Tamtéž, s. 170

⁵⁰ SEDLÁČKOVÁ, D. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada Publishing, 2009. s. 33

⁵¹ TROJAN, S. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 30

⁵² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, 2000. s. 399

⁵³ SEDLÁČKOVÁ, D. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada Publishing, 2009. s. 33

2.3 Pozdní dospělost

Pozdní nebo také starší dospělost začíná dosažením věku 45 let a trvá do 65 let.⁵⁴ K největším změnám dochází u jedince dosažením věku 50 let. Tento věk i člověk sám prožívá subjektivně jako jakýsi mezník ve svém životě, který potvrzuje počátek stárnutí. Jedinec v tomto období svého života prochází mnohými tělesnými změnami, dochází k pozvolnému úpadku tělesných funkcí, smyslové funkce se zhoršují, klesá tělesná síla a stále častěji se objevují zdravotní potíže.⁵⁵

Jedinec má v tomto období velkou zásobu informací, má dobrou schopnost využívat informace a své schopnosti. Snaží se předávat zkušenosti. *„Zkušenost ovlivňuje způsob uvažování člověka středního věku, jeho postoj k problémům, preferenci určitých strategií i zautomatizování určitých řešení.“*⁵⁶

Postupně dochází k úpadku kognitivních funkcí, zhoršuje se krátkodobá paměť, flexibilita myšlení se také snížila, výkony klesají. Učení se stává obtížnější, zejména proto, že se člověk rychleji unaví a hůře se na učení soustředí. Profesionální kariéra se postupně uzavírá, jedinec bilancuje, získává nové představy o budoucnosti, hledá alternativy přijatelné i pro období stárnutí. Většina lidí odchází v tomto období do důchodu. Pro mnohé je to období náhlých změn sociálního zařazení. Během krátkého času se změní náplň denního rozvrhu, důchodce má nyní mnohem více volného času, zúží se sociální kontakty s okolím a také se může snížit úroveň dosavadního životního standardu.⁵⁷

Vyrovnat se s rolí důchodce je pro jedince snadnější, jestliže se na toto období již dopředu připravoval a zda má již z minula vyvinutý systém zájmů a koníčků. Rodičům odcházejí děti z domova a zejména matky nesou toto období velmi těžko, protože zažívají pocit, že je nyní nikdo nepotřebuje. V literatuře je tento pocit uváděn jako „syndrom prázdného hnízda“. Manželé si v mnohých případech musí znovu zvykat na svou přítomnost, učí se znovu žít spolu.

⁵⁴ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 175

⁵⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Portál, 2000. s. 401-402

⁵⁶ Tamtéž, s. 408

⁵⁷ Tamtéž, s. 407-408

Nejen manželství, ale i širší rodinné vztahy prochází v tomto období mnoha změnami. Z rodičů se v tomto období stávají prarodiče, což se dá považovat za významnou novou roli člověka. Setkávání dětí s prarodiči bývá zpravidla jedním z prvních významných rozšíření okruhu jejich společenského styku a tím také významným činitelem jejich socializace. Prarodiče také mohou doplňovat citové a intelektuální podněty nezbytné pro zdravý a plný vývoj dítěte. U žen se dostavuje ukončení reprodukčního období, tzv. *menopauza*, které je doprovázeno různými vegetativními příznaky. U mužů sice nekončí schopnost reprodukce, nicméně i u mužů se objevují subjektivní i objektivní projevy, označované jako tzv. *andropauza*.⁵⁸

Přestože je toto období plné změn, nemusí hned znamenat děsivé období, kdy se před jedincem všude zavírají dveře. Je to období v životě člověka, jako každé jiné, má svá omezení, ale i své možnosti.

SHRNUTÍ

Vzhledem k tomu, že cílovou skupinou Sdružení Práh jsou lidé s dlouhodobým duševním onemocněním ve věkovém rozmezí od 18 do 64 let, popsali jsme si v této kapitole různá vývojová období lidského života. Období dospívání trvá od 11 do 22 let života. Jedná se o významné období, které je charakteristické řadou významných změn. Kromě pohlavního zrání jedince a dokončení růstu dochází také k psychickým změnám. Ke konci tohoto období se jedinec postupně uvolňuje ze závislosti na rodičích, připravuje se pro výkon své profesní kariéry. Následuje období mladé dospělosti, které začíná mezi 20. a 22. rokem života a obvykle trvá do 30 let. V tomto období dochází k upevnění identity dospělého, k upřesnění osobních cílů, jedinec se osamostatňuje od rodiny, navazuje stabilní partnerské svazky a začíná vykonávat trvalou pracovní činnost. Na období mladé dospělosti navazují období střední a pozdní dospělosti, která trvají od 30 do 65 let. Po dosažení věku 30 let nastává období stability a plné výkonnosti. Jedinec má již vyhraněné vlastní názory, kariéra je na vrcholu. V období od 50. let začíná docházet k mnohým tělesným změnám, tělesné funkce postupně upadají, smyslové funkce se zhoršují, klesá tělesná síla. Ve všech obdobích je pro jedince důležité mít své sociální zázemí, rodinu, děti.

⁵⁸ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. s.177

3 SDRUŽENÍ PRÁH

Občanské Sdružení Práh Brno bylo založeno v roce 1999 prostřednictvím projektu MATRA II holandského ministerstva zahraničí. Do vzniku Sdružení Práh neexistovala v Brně žádná možnost pracovní a sociální rehabilitace osob s těžkým duševním onemocněním. V roce 1999 byla také zahájena spolupráce s Psychiatrickou Léčebnou Černovice, která se v roce 2000 stala členem Sdružení.⁵⁹

V průběhu let vznikala v rámci Sdružení řada služeb – od roku 1999 postupně vznikly dvě chráněné dílny, sociální centrum, klub denních aktivit, chráněné a podporované bydlení a služba přechodného a podporovaného zaměstnávání. Hlavní metodou práce je psychosociální rehabilitace inspirovaná holandskou školou STORM.

V minulém roce oslavilo Sdružení Práh 10 let své existence. Za tu dobu si Sdružení vytvořilo pevnou pozici v systému poskytovatelů sociálně-zdravotnických služeb. Za úspěšné lze považovat fungující spolupráci s Psychiatrickou léčebnou v Brně Černovicích, rozvíjející se spolupráci s Psychiatrickou klinikou Brno - Bohunice a s některými ambulantními psychiatry. Všechny sociální služby v rámci Sdružení jsou vzájemně propojené.

Každoročně pořádá Sdružení Práh destigmatizační akce – vždy na podzim se jedná o Dny duševního zdraví a na jaře, celoměsíční akci Duben – měsíc bláznovství.

Služby Sdružení Práh jsou **financovány** zejména z prostředků Ministerstva práce a sociálních věcí ČR - prostřednictvím Jihomoravského kraje, Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva kultury ČR, Jihomoravského kraje, Statutárního města Brno – odbor sociální péče a odbor zdravotnictví a dále za přispění Psychiatrické léčebny v Brně – Černovicích a Úřadu práce Brno -Město a Brno – venkov. Služby Sociální rehabilitace a sociálně terapeutické dílny byly v roce 2009 začleněny do individuálního projektu Jihomoravského kraje na zajištění vybraných sociálních služeb. Tento projekt je financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu České republiky.

⁵⁹ Výroční zpráva Občanského Sdružení Práh, 2002

3.1 Poslání, cíle Sdružení a cílová skupina

Občanské Sdružení Práh nabízí lidem s psychotickým onemocněním z Brna a okolí pomoc a podporu při jejich začleňování do běžného života. Hlavními cíli Sdružení je poskytovat podporu v naplňování přání klientů pracovat, samostatně bydlet, vyplnit volný čas, vzdělávat se, najít přátele, zlepšit vztahy s rodinou, umět pečovat o své zdraví, najít smysl a význam svého života. Dále pak prosazovat a hájit práva klientů a jejich nejbližších, podporovat svépomocné aktivity a v neposlední řadě zlepšit vztah veřejnosti k lidem s duševním onemocněním.⁶⁰

Služby Sdružení Práh jsou poskytovány dlouhodobě duševně nemocným s psychotickými, nebo afektivními poruchami. Věkové rozmezí je mezi 18 a 64 lety. Do služeb jsou přijímáni pouze lidé se stabilizovaným zdravotním stavem.

Služba nemůže být poskytována lidem, kteří mají současně s duševním onemocněním i jiné onemocnění (tělesné, mentální nebo smyslové), a z tohoto důvodu vyžadují jinou specializovanou péči. Dále není možné poskytovat péči lidem se závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách diagnostikovanou lékařem, kteří neabstínují, lidem s agresivním chováním diagnostikovaným psychiatrem, lidem s nařízenou ochrannou léčbou protialkoholickou, protitoxikomanickou, sexuologickou a imobilním lidem (není bezbariérový přístup do budovy).

3.2 Principy poskytovaných služeb

1. Rovnoprávný vztah s klienty služeb.
2. Nezávislý, profesionální přístup ke klientům.
3. Individuální práce s klienty dle písemných individuálních rehabilitačních plánů.
4. Práce s klienty v souladu s jejich přáním či rozhodnutím.⁶¹

⁶⁰ Výroční zpráva Občanského Sdružení Práh, 2004. Str. 2

⁶¹ Informační leták Sdružení Práh – 10 let

3.3 Služby poskytované ve Sdružení Práh

Sdružení Práh poskytuje dle zákona č. 108/2006 Sb. o Sociálních službách, sociální služby **pobytové, ambulantní a terénní**.

Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.⁶²

Sdružení zajišťuje jednu službu sociální péče a tou je **Chráněné bydlení**, kde je cílem rehabilitace zvládnutí základních dovedností v domácnosti a zvyšování soběstačnosti tak, aby mohli klienti po ukončení pobytu samostatně bydlet v přirozeném prostředí.

Ambulantní služby jsou služby, za kterými osoba dochází, nebo je doprovázena či dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služeb není ubytování.⁶³

Mezi ambulantní sociální služby, které Sdružení Práh poskytuje, patří služby Odborné sociální poradenství, Centrum denních služeb, Sociálně terapeutické dílny a Sociální rehabilitace.

Posláním služby **Odborného sociálního poradenství (OSP)** je poskytovat informace lidem s duševním onemocněním, které slouží jako podklad pro řešení klientovy nepříznivé sociální situace. Služba Odborného sociálního poradenství se poskytuje formou osobní nebo telefonické konzultace. Spolupráce při řešení problému klienta může mít formu krátkodobou a dlouhodobou. Služba OSP vykonává také vstupní šetření všech zájemců o služby Sdružení Práh.

Centrum denních služeb Sdružení Práh je službou sociální péče a poskytuje bezpečný prostor, ve kterém mohou být klienti mezi lidmi, zvyšovat svoji samostatnost, učit se sociálním dovednostem a smysluplně využívat volný čas. Program služby je zaměřen na upevňování a trénink motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Děje se tak prostřednictvím nejrůznějších společenských a pohybových her zaměřených na zlepšení soustředění, vnímání, paměti a fyzické kondice. S náměty na aktivity mohou klienti přicházet sami. Klienti zde také navazují nová přátelství. Denní centrum může také sloužit jako první místo pro bližší seznámení se s Sdružením a následný přechod do dalších služeb Prahu.

⁶² § 33 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

⁶³ Tamtéž

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby sociální prevence, jejichž účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím pracovní terapie. Cílem služby je nabídnout klientům možnost postupného vytvoření nebo obnovení vlastností a dovedností, potřebných k úspěšnému pracovnímu uplatnění v chráněných podmínkách a později na otevřeném trhu práce. Sdružení Práh má 3 sociálně terapeutické dílny a to dílnu Trojlístek, dílnu Rukodělnou a Café Práh.

Sociální rehabilitace je službou sociální prevence, která je poskytována jak ambulantní, tak **terénní** formou. Cílem sociální rehabilitace je podporovat klienty v tom, aby byli samostatní v prostředí, které si sami vybrali k životu. Jedná se zejména o podporu v navazování a zachování sociálních vazeb, v úsilí získat si práci, v úsilí o dobrý zdravotní stav, který klientovi umožní začlenění do společnosti a v neposlední řadě se jedná o podporu samostatnosti v oblasti péče o sebe, bydlení či hospodaření s finančními prostředky. Pracovníci sociální rehabilitace mají schůzky s klienty buď v prostorách Sdružení, nebo v terénu. Terénem se rozumí ulice – např. nácvik jízdy v MHD, dále Café Práh, Psychiatrická léčebna, či jiné místo.

Podpora samostatného bydlení je služba sociální péče a jde o službu **terénní**. Služby terénní jsou osobám poskytovány v jejich přirozeném prostředí.⁶⁴

Podpora samostatného bydlení umožňuje klientům zvládat bydlení v jejich vlastním domácím prostředí s pomocí asistenta. Součástí rehabilitace je zejména zvládnutí hospodaření s penězi, základních dovedností v domácnosti, péče o sebe, ale i komunikace s okolím, strukturování času nebo zvládnutí zdravotního stavu.

Kromě sociálních služeb poskytuje Sdružení Práh i řadu **doplňkových služeb**. Jedná se o podporu zaměstnávání, volnočasové aktivity, chráněnou dílnu šicí a psychoterapeutické služby

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

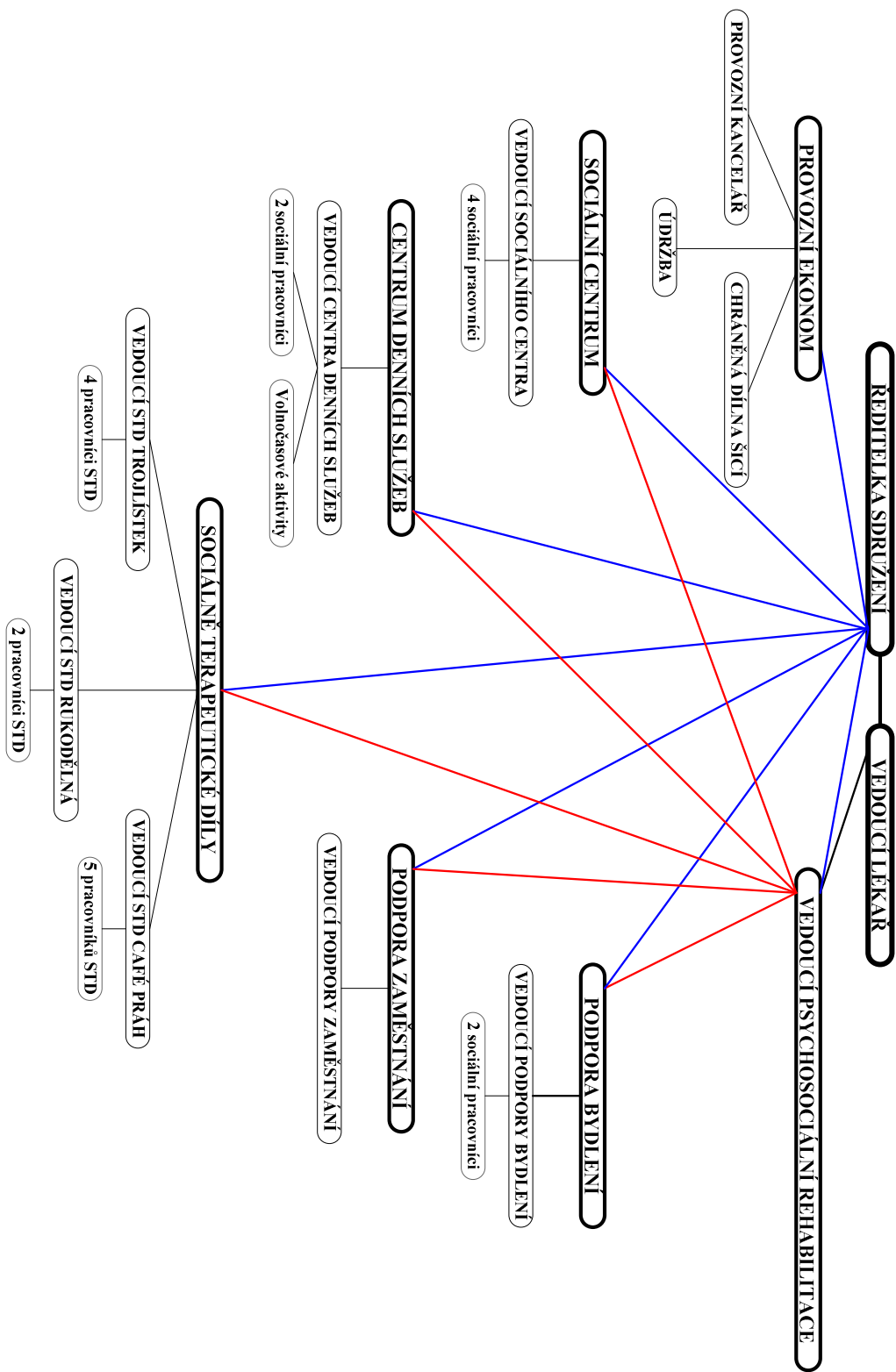
3.4 Organizační struktura Sdružení

Občanské Sdružení Práh má celkem 13 členů, z nichž jedním členem je i Psychiatrická léčebna v Černovicích. Členská rada si zvolila radu Sdružení, jejíž předsedkyní je zároveň ředitelka Sdružení PaedDr. Blanka Veškrnová a místopředsedkyní Sdružení je vedoucí lékařka Sdružení MUDr. Lenka Vachková. Dle stanov Sdružení Práh jsou statutárními zástupci předseda a místopředseda Sdružení.

Členská rada se schází pravidelně 1x ročně, vždy v květnu, kdy dochází ke schvalování výroční zprávy. V mimořádných případech bývá členská rada svolána nad rámec obvyklého setkávání rady.

Po organizační stránce jsou vedoucí sociálních služeb přímo podřízeni ředitelce Sdružení, po stránce metodologické jsou podřízeni vedoucímu psychosociální rehabilitace.

Graf organizační struktury Sdružení Práh⁶⁵



⁶⁵ Vlastní práce autorky

SHRNUTÍ

Občanské Sdružení Práh je organizace, jejímž posláním je pomoc a podpora lidem s psychickým onemocněním při jejich začleňování do běžného života. Služby jsou poskytovány lidem dlouhodobě duševně nemocným s psychickými, nebo afektivními poruchami, ve věkovém rozmezí 18 – 64 let.

Cílem Sdružení je poskytovat podporu v naplňování přání klientů pracovat, samostatně bydlet, vyplnit volný čas, vzdělávat se, najít přátele, zlepšit vztahy s rodinou, umět pečovat o své zdraví, najít smysl a význam svého života. Neméně důležitými cíli Sdružení je prosazovat a hájit práva klientů a jejich nejbližších a zlepšit vztah veřejnosti k lidem s duševním onemocněním. Hlavní metodou práce je psychosociální rehabilitace inspirovaná Holandskou školou STORM.

Sdružení poskytuje tyto sociální služby: Sociální rehabilitace, Odborné sociální poradenství, Centrum denních služeb, Chráněné bydlení, Podpora samostatného bydlení a Sociálně terapeutické dílny.

4 PSYCHOTICKÉ PORUCHY

*„Psychózu lze definovat jako patologický stav, při kterém dochází ke hrubé poruše kontaktu s realitou. Realita je chybně vnímána (halucinace a iluze) a/nebo interpretována – myšlena (bludy a formální poruchy)“.*⁶⁶

SMOLÍK uvádí, že psychotické poruchy jsou charakteristické ztrátou schopnosti adekvátní orientace v sobě samém i v okolním prostředí.⁶⁷

Mezi nejzávažnější psychotické poruchy řadíme schizofrenii a afektivní poruchy.

Vážné duševní onemocnění znamená pro většinovou populaci silné sociální stigma – nálepku, předsudek, že nemocný je „blázen“, „nebezpečné individuum“ apod. Lidé s psychotickými poruchami bývají velmi často objekty stigmatizace, toto může mít za následek to, že jsou od většinové společnosti izolováni, sami se vyhýbají společnosti ostatních lidí, stahují se.

Jedním z nejlepších způsobů, jak eliminovat stigma a snižovat diskriminaci spojené s duševním onemocněním je informovat veřejnost o této nemoci a nahradit mylné a nejasné představy jasnými a přesnými informacemi.

⁶⁶HORÁČEK, J. a kolektiv autorů. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensia, 2003. s.16

⁶⁷SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf Jesenius, 2002. s. 252

4.1 Schizofrenie

Pojem schizofrenie se objevil v odborné literatuře v roce 1911, tehdy jej použil švýcarský psychiatr EUGEN BLEULER⁶⁸. Předtím byla schizofrenie nazývána pojmem „dementi praecox“ – předčasné zhloupení, předčasná demence.⁶⁹

Schizofrenie se vyznačuje chronickým průběhem s významným funkčním postižením, změnami osobnosti, sníženou kvalitou života s vysokou mírou pracovní neschopnosti a trvalé invalidity, závažným dopadem na rodiny nemocných i na celou společnost.

Schizofrenii lze chápat jako závažné psychotické onemocnění charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení, vnímání, emocí, projevů chování a kognitivních funkcí. Jasně vědomí a intelektuální schopnosti jsou obvykle zachovány, třebaže v průběhu doby se mohou vyvinout nedostatky v rozpoznávání.⁷⁰

„Schizofrenní onemocnění má silný sklon k chronicitě, má vleklý průběh a výrazně mění kvalitu života. Postihuje pracovní schopnost člověka a snižuje jeho společenské uplatnění“⁷¹

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) je schizofrenie zařazena do okruhu F20.0 – F29.⁷²

Pravé **příčiny vzniku schizofrenie** nejsou dosud známy, obecně ale platí, že jde odůsledek vzájemného působení faktorů sociálních, biologických a psychologických.

⁶⁸ Švýcarský neuropsychiatr, profesor medicíny na univerzitě v Curychu. Věnoval se problematice psychóz, zavedl pojem schizofrenie jako označení duševní choroby, která se tehdy nazývala dementia praecox. Žil v období 1857-1939.

⁶⁹ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001.s. 228

⁷⁰ HORÁČEK, J. a kolektiv autorů. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensia, 2003. s.17

⁷¹ HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie – druhé, doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigris, 2004, s. 352

⁷² WHO: *Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders [online]. 2007 [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>*

K nejlépe doloženým rizikovým faktorům patří **dědičné vlivy** – výskyt schizofrenie se hromadí v rodinách. Blízcí příbuzní pacientů trpících schizofrenií mají vyšší celoživotní riziko onemocnění než běžná populace. Nejvíce ohroženy jsou děti pacienta se schizofrenií, zde je rizikových celých 13%, sourozenci přibližně 10% a rodiče asi 6%. Mírně zvýšené riziko onemocnění mají i vzdálenější příbuzní. Kromě schizofrenie se v rodinách s nemocným členem vyskytuje také více jiných psychiatrických poruch. To nám dokládá, že se dědí i nespécifická dispozice k psychopatologii.⁷³

Za další možné příčiny vzniku schizofrenie jsou považovány **prenatální a perinatální vlivy**, nedávno bylo zjištěno, že schizofrenie je poruchou, na níž se podílí vývojová chyba. Základem nemoci může být poškození mozku během perinatálního vývoje nebo během časného dětství. Tato teorie je nazývána **Neurovývojovou teorií schizofrenie**. Se schizofrenií může souviset například infekce matky chřipkou ve druhém trimestru těhotenství nebo perinatální komplikace při porodu. Oslabení funkce mozku se projeví nemocí teprve během rané dospělosti, kdy se některé vybrané neuronové systémy, dospívající dlouho po narození, stanou neschopnými se vyrovnat s některými typy psychosociálního stresu a proměnlivostmi života⁷⁴

Významnou příčinou pro vznik schizofrenie může být i **stres a dispozice**. U jedinců, kteří disponují sníženou odolností vůči stresu a jejichž organismus není dostatečně odolný vůči různým stresovým situacím může jejich stav nakonec vyústit do klinické manifestace onemocnění.⁷⁵

Dopaminová teorie je založena na poznání, že nervové buňky v mozku mezi sebou komunikují prostřednictvím chemických látek, které uvolňují nervové zakončení. Tyto látky se nazývají neurotransmitery.

⁷³ HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie – druhé, doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigris, 2004, s. 374.

⁷⁴ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001.s. 244

⁷⁵ FINK, G. *Stress Consequences: Mental, Neuropsychological and Socioeconomic*. San Diego: Academic Press, 2009, s. 199

Základem tzv. dopaminové teorie je zvýšená tvorba neurotransmiteru dopaminu a hypersenzitivita dopaminových D₂ receptorů. Ke snížení účinku dopaminu napomáhají neuroleptika – látky této skupiny příznivě ovlivňují příznaky endogenní psychózy – schizofrenie.⁷⁶

Onemocnění schizofrenií se objevuje poměrně často – celoživotní prevalence onemocnění je přibližně 1-1,5% - to znamená, že přibližně 1 člověk ze sta splňuje diagnostická kritéria pro schizofrenii. Výskyt onemocnění je poměrně rovnoměrný po celém světě. Schizofrenie začíná většinou mezi 15 a 35 lety, nejméně polovina případů již před 25. rokem. Výskyt onemocnění není závislý na pohlaví, postihuje stejně často muže jako ženy.⁷⁷

HORÁČEK doplňuje: „Pohlavní rozdíly nicméně existují ve věku při počátku onemocnění. U mužů nastupuje schizofrenie dříve, typicky mezi 15. a 25. rokem, zatímco u žen tomu je mezi 25. a 35. rokem.“⁷⁸

Existují tři kategorie symptomů dle toho, jak ovlivňují nemocného, jsou to pozitivní, negativní a kognitivní symptomy.

POZITIVNÍ SYMPTOMY lze definovat jako nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních duševních funkcí. Zahrnují halucinace, bludy a poruchy myšlení a vnímání.

Halucinace - jsou klamné vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu, o jejichž reálnosti je subjekt nevývratně přesvědčen.⁷⁹

Rozlišujeme halucinace smyslové a intrapsychické. Nejčastějšími smyslovými halucinacemi jsou halucinace sluchové, kdy nemocný slyší jeden či více hlasů. Tyto hlasy mohou buď něco přikazovat, radit, komentovat jednání nemocného, nebo mezi sebou mohou konverzovat.

⁷⁶ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001.s. 242 srov. s HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie – druhé, doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigris, 2004,s. 374

⁷⁷ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001.s. 241

⁷⁸ HORÁČEK, J. a kolektiv autorů. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensia, 2003, s. 32

⁷⁹ MAJ, M., SARTORIUS, N. *Schizophrenia*. Chichester: Wiley, 2002. s. 48

Mimo sluchové halucinace se mohou vyskytovat i halucinace ostatních smyslů, tj. zrakové, jde o živé, měnlivé obrazy, vidiny lidí, zvířat, předmětů. V případě čichových a chuťových halucinací cítí nemocný různé zápachy dýmu, spáleniny, jedů, mrtvolného rozkladu, chuť otrávené potravy, vody apod. Tělesné či taktilní halucinace zahrnují pocíťování brnění, elektrizování, píchání, při útrobních halucinacích se nemocný domnívá, že mu v těle klokotá krev, má zkamenělé srdce apod. Intrapsychické halucinace neboli Baillargerovy halucinace se projevují přesvědčením, že někdo nemocným manipuluje a ovládá myšlenky⁸⁰.

Bludy znamenají silné přesvědčení o něčem, co nemůže být pravda – např. může nemocný věřit tomu, že je známá osobnost, nebo si myslí, že jej někdo sleduje přes televizi apod.⁸¹ „Blud je nevyvratné přesvědčení neodpovídající skutečnosti, vzniklé chorobným psychickým pochodem“⁸²

„Halucinace i bludy mohou být příčinou neobvyklého jednání nemocného. V závislosti na jejich obsahu se nemocný může stát nebezpečný sám sobě, nebo svému okolí.“⁸³

NEGATIVNÍ SYMPTOMY – jsou důsledkem snížení, nebo vymizení nějaké vlastnosti. Představují ztrátu nebo omezení normálního fungování a obtížněji se hodnotí, protože mohou být ovlivněny současnou depresí, nebo jednotvárným a nepodnětným prostředím.

Mezi negativní symptomy zahrnujeme **ztrátu zájmu**, kdy se nemocný člověk přestává zajímat o každodenní činnosti, jako je běžný úklid, péče o vlastní osobu, v krajním případě může být i neschopný se postarat o základní hygienu, nebo najíst se. Nejbližší okolí si tohoto stavu všímá a myslí si, že je nemocný pouze líný.

⁸⁰ BLOM, J.D. *A dictionary of Hallucinations*. Springer Science, 2010, s. 434.

⁸¹ KINGDON, D.G., TURKINGTON, D. *Cognitive Therapy in Schizophrenia*. NY: Guilford Press, 2008, s. 21

⁸² MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002, s. 29

⁸³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000, s. 180

Sociální stažení představuje nedostatek kontaktů s okolím. Pro lidi se schizofrenií je velmi obtížné navazovat a udržovat si přátele a známé, bývá pro ně velmi zatěžující kontakt s větším počtem lidí, mnohdy se vlivem svého onemocnění začínou jakékoliv interakci s okolím vyhýbat úplně, důsledkem může být úplná izolace od ostatních lidí.

Emoční oploštělost se projevuje neschopností ukázat emoce změnou výrazů obličeje, gest nebo tónu hlasu, nemocný neumí vykazovat velkou odezvu na šťastné nebo smutné události, nebo může reagovat neodpovídajícím způsobem. V neposlední řadě označujeme za negativní příznaky schizofrenie i **zpomalení motoriky** a **zchudnutí obsahu řeči i myšlení**.⁸⁴

KOGNITIVNÍ SYMPTOMY zahrnují zmatené myšlení a neschopnost dokončit větu.⁸⁵

Lidé mohou mít rozličnou kombinaci pozitivních, negativních i kognitivních symptomů.

Rozlišujeme hned několik forem schizofrenie, vyznačující se různými příznaky. **Paranoidní schizofrenie** je nejčastější formou schizofrenie. Charakteristickými projevy jsou především přítomnost bludů a halucinací. „*Bludy mohou zahrnovat témata perzekuční, ale i velikášská*“.⁸⁶ Mezi nejčastější halucinace patří halucinace sluchové, kdy pacient slyší jeden nebo více hlasů, které mohou radit, přikazovat či komentovat jednání nemocného.⁸⁷

Pro **Hebefrenní schizofrenii**, jindy také nazývanou jako klackovitá schizofrenie jsou charakteristické poruchy myšlení a emočních reakcí. Typické jsou nepřiměřeně nezbedné, nevypočitatelné projevy chování. Nemoc se navenek projevuje jako prohloubená a protahovaná puberta s nápadným šaškováním a klackovitým chováním.

⁸⁴ KINGDON, D.G., TURKINGTON, D. *Cognitive Therapy in Schizophrenia*. Guilford Press, 2008, s. 25-27

⁸⁵ HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie – druhé, doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigris, 2004, s. 370-371

⁸⁶ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001, s. 233

⁸⁷ HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie – druhé, doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigris, 2004, s. 364

Tato forma schizofrenie mívá špatnou prognózu, protože zasáhne rozvoj osobnosti v období, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita jedince. Vzniká obvykle ve věku 15 až 25 let. **Katatonní schizofrenie** je typická poruchami v oblasti motorické aktivity. To mohou být projevy nadměrné vzrušenosti, bezcílného neklidu, nebo projevy chorobného nerovnoměrného útlumu psychomotoriky. Závažným projevem je tzv. katatonní stupor kdy může nemocný setrávat dlouhé hodiny v nepřírodných polohách.⁸⁸ „*Katatonní syndrom charakterizují také projevy pohybové autonomie (parakineze, manýrování, grimasování), nebo naopak závislosti na vnějších podnětech (povelový automatizmus)*“.⁸⁹

Simplexní schizofrenie je typická změnami chování s úpadkem vůle, ztrátou zájmů, oploštěním emocí a postupným stahováním se ze vztahů k vnějšímu světu. U nemocného dochází ke ztrátě schopnosti vypořádat se s nároky běžného života a zaujímat sociálně adaptivní postoje.⁹⁰ Nemocní nerespektují běžné sociální normy, potulují se a zahálí.⁹¹

Nediferencovaná forma schizofrenie zahrnuje symptomatologii více forem onemocnění a nelze rozhodnout, která je v popředí. **Reziduální schizofrenie** se projevuje stavy, které často následují a přetrvávají po odeznění a dezaktualizaci příznaků schizofrenního onemocnění. Hlavními projevy jsou podivínství, spojené často s lenošností, nemotivovanou toulavostí a zanedbáváním sebe i svého okolí.⁹²

Léčba schizofrenie se opírá o farmakoterapii antipsychoticky působícími léky. Jak uvádí LINCOVÁ, FARGHALI : „*Antipsychotika jsou léčiva, která zmírňují psychotické příznaky. Všechna doposud známá antipsychotika působí*

⁸⁸ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001, s. 234

⁸⁹ HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie – druhé, doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigris, 2004. s. 366

⁹⁰ Tamtéž, s. 367.

⁹¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000. s.187

⁹² HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie – druhé, doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigris, 2004. s. 369-370.

antidopaminergně, a kromě toho mohou ovlivňovat řadu dalších neuromediátorových systémů.“⁹³

V literatuře se také uvádí pojem neuroleptika, který byl spojen s jejich hlavním vedlejším účinkem, tedy s navozením extrapyramidové svalové ztuhlosti. V posledních letech zaznamenala rozkvět tzv. II. Generace antipsychotik, označovaná také za atypická antipsychotika. Tyto látky postrádají některé typické extrapyramidové nežádoucí účinky, nebo jich mají podstatně méně. V současné době se používají jak klasická antipsychotika, která jsou levnější, jsou dostupná i v injekčních lékových formách a mívají dostatečný tlumivý účinek, tak i nová atypická antipsychotika, která bývají lépe snášena a jsou také vhodná k prevenci nových atak schizofrenie.⁹⁴

Kromě léčby antipsychotiky je také velmi důležitá psychoedukace – což je osvěta a psychosociální intervence s cílem pomoci nemocným a jejich rodinám řešit vzniklé problémy, zvládat stres, vypořádat se s nemocí a jejími komplikacemi a pomáhat předcházet návratu nemoci.⁹⁵

Další formou terapie je tzv. Psychiatrická rehabilitace, jejímž cílem je pomoci pacientům se integrovat do komunity a znovu začít pracovat na svém vzdělání nebo fungovat v práci. Psychiatrické rehabilitaci bude věnována samostatná kapitola.

Vedle schizofrenie rozlišujeme ještě **další psychotické poruchy**, mezi něž patří schizoafektivní porucha, akutní přechodná psychotická porucha, trvalá porucha s bludy a schizotypní porucha.⁹⁶

⁹³ LINCOVÁ, D., FARGHALI, H., et al. *Základní a aplikovaná farmakologie*. Praha: Galén, 2007. s. 161

⁹⁴ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s. 245-248

⁹⁵ MAJ, M., SARTORIUS, N. *Schizophrenia*. Chichester: Wiley, 2002. s. 222

⁹⁶ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s.249-251

4.2 Afektivní poruchy – poruchy nálad

„Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného.“⁹⁷ Všichni občas zažíváme změny nálady v průběhu každého dne.

U patologické nálady však dochází k daleko hlubším výkyvům prožívání, které mají pro nemocného velmi vážné důsledky. Poruchy nálady zahrnují širokou škálu emocí počínaje hlubokou depresí a povznesenou náladou konče. Pro kvalifikaci patologické nálady je rozhodující intenzita změny nálady, typ patologické nálady, trvání a přítomnost doprovodných tělesných příznaků.⁹⁸

Dle MKN⁹⁹ jsou afektivní poruchy v kategorii F30.0 – F39.¹⁰⁰

RABOCH a ZVOLSKÝ uvádí, že **příčina** afektivních poruch není dosud známa.¹⁰¹ Poruchy nálad bývají způsobeny kombinací genetických faktorů, biologických faktorů a psychosociálních faktorů. S poruchami nálady bývají spojeny endokrinní poruchy, premenstruační syndrom nebo laktační období.¹⁰²

K doposud zjištěným **biologickým faktorům**, které mohou hrát roli v rozvoji u alespoň části depresivních poruch patří tzv. depresogeny, což jsou látky, které mohou depresi samy o sobě vyvolat. Může jít například o léky, které snižují krevní tlak aj. Dalším faktorem mohou být změny imunity, některé viry, hormonální poruchy. Další možnou příčinou onemocnění mohou být **faktory genetické**. Jako příčina onemocnění je uváděna dědičně podmíněná dispozice k periodickým změnám funkce CNS. Dle výzkumů má např. 15% nemocných s bipolární poruchou nemocné také rodiče.

⁹⁷VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000. s. 191

⁹⁸RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s.268

⁹⁹Mezinárodní klasifikace nemocí

¹⁰⁰WHO, World health organization, *Mood (affective) disorders* [online]. 2007 [cit. 2011-02-12].

Dostupné z: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

¹⁰¹RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s.268

¹⁰²Srov. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s.268-272 s HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie – druhé, doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigris, 2004. s. 431-433

V neposlední řadě považujeme za důležité **faktory psychosociální** – řadou výzkumů byl potvrzen vztah mezi stresujícími, nebo negativními životními událostmi a výskytem poruch nálady. Většinou prvních epizod afektivní poruchy předcházejí stresující životní události.¹⁰³ „Stres doprovázející první epizodu může vyústit v dlouhodobé změny biologie mozku, které zapříčiní, že se jedinec stává náchylnějším ke vzniku následných epizod i bez přítomnosti zevních stresorů“.¹⁰⁴

Poruchy nálady se vyskytují průměrně u 1-3% populace. U žen je výskyt tohoto onemocnění častější. Počátek onemocnění není časově příliš omezen, literatura udává rozmezí mezi 20. a 40. rokem.¹⁰⁵

K léčbě afektivních poruch se používají tzv. Thymoprofylaktika – stabilizátory nálady. Je to skupina léků, která napomáhá předcházet dalším atakám mánie a deprese při bipolárních afektivních poruchách. Hlavním představitelem skupiny je lithium, karbamazepin a valproát. U depresí se zdá jako velmi účinné využití elektrokonvulzivní léčby.¹⁰⁶

Manická porucha se projevuje nadbytkem optimistického nazírání a entusiasmu, s impulsivním chováním, netrpělivostí, sebezpečováním a případně agresivitou. Dalšími častými příznaky jsou zvýšená aktivita nebo neklid, zvýšená hovornost, roztržitost, nesoustředivost až myšlenkový trysk, snížená potřeba spánku, snížená potřeba jíst a pít, zvýšená sexuální aktivita, utrácení, nezodpovědnost, nevhodné chování, které může být u mánie vystupňované až do riskantního chování, zvýšená sociabilita, aj.¹⁰⁷

Uvedené příznaky jsou u mánie vystupňovány a navíc se k těmto příznakům připojuje velikášství a ztráta normálních sociálních zábran.

¹⁰³ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s. 268-271

¹⁰⁴ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s. 272

¹⁰⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000. s. 191

¹⁰⁶ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s. 257

¹⁰⁷ WALDEN, J., GRUNZE, H. *Bipolar Affective Disorders: Etiology and Treatment*. Thieme, 2004.

Kromě změny nálady zahrnuje manická epizoda i změny kognitivní a behaviorální. **Kognitivní změny** se projevují změnami myšlení. Mánie ovlivňuje schopnost myšlení, koncentrace, formulování myšlenek a pamatování. Myšlení může být tak rychlé, že nemocnému nestačí řeč, myšlenkový trysk odpovídá celkovému zrychlení psychických procesů. U některých nemocných se také objevují bludy, převážně megalomaniacké. **Behaviorální změny** zahrnují celou řadu projevů. Patří sem impulzivní chování, verbální agresivita, neúnavnost, neústupnost, bizarní projevy budící strach a pohoršení ze strany okolí, kdy si nemocný např. strhává šaty, křičí, pobíhá po veřejnosti. Manická epizoda se vyskytuje u přibližně 1% populace¹⁰⁸.

V případě **bipolární afektivní poruchy** se jedná o onemocnění, kde dochází ke střídání manické a depresivní nálady, resp. dochází ke stavu remise. Remisí se rozumí stav bez známek afektivní poruchy. Nejnápadnější projevem onemocnění je variabilita a labilita nálady.¹⁰⁹

U většiny nemocných se střídají manické a depresivní epizody, frekvence a závažnost epizod se zvyšuje s věkem nemocného a počtem předchozích epizod. Depresivní epizody bývají obvykle delší než manické. Zvýšené riziko představují zejména ženy.¹¹⁰

U bipolární formy je vyšší riziko suicidality¹¹¹, nemocní páchají sebevraždy 4 - 6 x více ve srovnání se zdravou populací.¹¹²

Bipolární afektivní porucha začíná během prvních dvou dekád života, za nejrizikovější je považováno období mezi 15. a 19. rokem života. Celoživotní riziko bipolární poruchy je 1%.¹¹³

¹⁰⁸ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s.255

¹⁰⁹ Tamtéž, s. 257

¹¹⁰ MILLAR, G., WALSH, M. *Mental health matters in primary care*. Nelson Thornes, 2000. s. 25-27

¹¹¹ sebevražednost

¹¹² PREISS, M., KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 276

¹¹³ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001, s. 258

„V rámci bipolární afektivní poruchy je možno diagnostikovat epizodu hypomanickou (F31.0), manickou bez psychotických příznaků (F31.1), manickou s psychotickými příznaky (F31.2), epizodu lehké nebo středně těžké deprese (F31.3), těžké deprese bez psychotických příznaků (F31.4), těžké deprese s psychotickými příznaky (F31.5), epizodu smíšenou (F31.6) a remisi (F31.7)“¹¹⁴

Deprese je velmi častá psychická porucha. Nejčastějšími somatickými příznaky jsou poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, úbytek váhy, sklíčená nálada – převažují tzv. ranní pesima – deprese je nejhorší ráno. Mezi kognitivní příznaky patří kromě suicidálních myšlenek i hypochondrické myšlenky, myšlenkové pochody jsou celkově zpomaleny.¹¹⁵

Lidé s tímto onemocněním mají velmi sníženou aktivitu, dominuje ztráta zájmu ověci, neschopnost se koncentrovat, anhedonie (neschopnost prožívat radost), ztráta sebedůvěry, výčitky a pocity viny. Deprese je spojena s dlouhým trváním epizody, častými relapsy a vysokou suicidalitou.

Podle intenzity a počtu přítomných příznaků rozlišujeme lehkou depresivní epizodu, středně těžkou depresivní epizodu, těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků a těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky. Úvahy o sebevraždě se vyskytují u 2/3 depresivních jedinců a 10-15% je zrealizuje. K léčbě deprese se využívá kromě antidepresiv i psychoterapie, u těžších forem deprese je nezbytná biologická léčba, ke které kromě psychofarmakoterapie patří elektrokonvulzivní terapie.¹¹⁶

Výskyt depresivní poruchy je 17%, větší riziko výskytu je u žen.¹¹⁷

¹¹⁴ RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001, s. 256

¹¹⁵ Tamtéž, s. 259-260

¹¹⁶ Tamtéž, s. 260

¹¹⁷ Tamtéž, s. 263

SHRNUTÍ

Psychóza je závažný duševní stav, při kterém dochází k poruše kontaktu s realitou. Lidé s tímto onemocněním se velmi často stávají oběťmi stigmatizace, což snižuje celkově kvalitu jejich života.

Mezi nejzávažnější psychotické poruchy řadíme schizofrenii a afektivní poruchy.

Schizofrenie je onemocnění charakterizované významnými poruchami v oblasti myšlení, vnímání, emocí, projevů chování a kognitivních funkcí. Rozlišujeme pozitivní příznaky schizofrenie, ty zahrnují bludy a halucinace. Mezi negativní příznaky řadíme ztrátu zájmu, sociální stažení či emoční oploštělost. V neposlední řadě má schizofrenie i řadu kognitivních příznaků, zahrnující např. zmatené myšlení. Schizofrenie má několik forem, které jsou diagnostikovány dle přítomných příznaků. Jedná se např. o paranoidní schizofrenii, hebefrenní schizofrenii či simplexní schizofrenii.

Afektivní poruchy, neboli poruchy nálady se projevují chorobnou náladou, která neodpovídá reálné situaci nemocného. Poruchy nálady dělíme na manickou a depresivní epizodu, na bipolární afektivní poruchu a další.

5 PSYCHIATRICKÁ, PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

V práci s lidmi s duševním onemocněním se kromě léčby biologické a psychoterapeutické osvědčila i tzv. Psychiatrická rehabilitace. Některými autory je také používán termín Psychosociální rehabilitace, který byl vytvořen v 80. letech minulého století. Význam obou pojmů je totožný.

Psychiatrická rehabilitace se snaží dát klientovi naději na lepší budoucnost, vyzdvihuje důležitost práce a smysluplné denní aktivity, zdůrazňuje nutnost aktivního zapojení klienta do jeho rehabilitačního procesu.

5.1 Základní pojmy a poslání psychiatrické rehabilitace

Slovo **rehabilitace** vychází v psychiatrické péči ze stejného významu jako v ostatních medicínských oborech a to z latinského „**habilitas**“ což znamená schopnost a předpony „**re**“ označující navrácení, znovunavrácení schopnosti. **Psychiatrická rehabilitace** se týká duševních poruch a navazuje na ostatní psychiatrickou léčbu. **Psychosociální rehabilitace** je termín používaný profesionály, kteří ze svého repertoáru vylučují biologickou léčbu a zdůrazňují její sociální komponentu.¹¹⁸

Existuje řada různých definic pojmu psychiatrická rehabilitace, všechny se však shodují v tom, co je posláním rehabilitace. Nejpoužívanější definice u nás: „*Psychiatrická rehabilitace pomáhá lidem s dlouhodobými psychiatrickými problémy a postiženími zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory*“.¹¹⁹

¹¹⁸ PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. s. 94

¹¹⁹ ANTHONY, W.A., FARKAS, M.D., COHEN, M., CAGNE, C. *Psychiatric Rehabilitation*. Second Edition. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University, 2002. s. 101

Současná psychiatrická léčba dokáže zmírnit, nebo odstranit symptomy závažných psychiatrických poruch, nedokáže však zmírnit funkční deficity, které z poruchy vyplývají.¹²⁰

Řada lidí tak může žít mimo nemocniční zařízení, kvalita jejich života je omezena jejich funkčními postiženími. Z tohoto důvodu se objevuje psychiatrická rehabilitace, jejíž podstatou je přesvědčení, že každý člověk, ať má sebevětší psychiatrické postižení, je schopen rozvíjet své dovednosti a osobnost a zlepšit si tak kvalitu života. Psychiatrická rehabilitace tedy směřuje ke zlepšení kvality života těchto jedinců a jejich podpora, aby mohli převzít zodpovědnost za svůj život jako nezávislí a aktivní lidé.¹²¹ Sociálněpsychiatrické služby se věnují především péči o dlouhodobě duševně nemocné, pro které je velmi náročné se zařadit do společnosti, často jsou úplně izolováni, vykazují málo motivace k léčbě, což je většinou způsobené hostilně nedůvěřivým nastavením společnosti.¹²²

Psychiatrická rehabilitace je zaměřena na rozvoj dovedností klienta a rozvoj zdrojů podpory klienta. Rozvoj dovedností je obvykle prováděn jejich nácvikem v chráněném prostředí a programováním – tím rozumíme používání nacvičených dovedností v přirozeném prostředí. Rozvoj zdrojů podpory klienta znamená pomoc člověku vytvořit jeho sociální podporu, což zahrnuje síť přátel, známých, členů rodiny nebo poskytovatelů služeb, kteří dávají emoční podporu.¹²³

Psychiatrická rehabilitace se zaměřuje na osoby, které mají zkušenost se závažným dlouhodobým, nebo trvalým duševním onemocněním. Těmto osobám je diagnostikováno duševní onemocnění, které omezuje jejich schopnost vykonávat určité úkoly a funkce a jejich schopnost vykonávat určité role.

¹²⁰ ANTHONY, W.A., LIBERMAN, R.P., *The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base*. Schizophrenia Bulletin, 1986, vol. 12, no. 4, page 544-546

¹²¹ *Psychiatrická rehabilitace*, Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino Institute Noord-Holland, 2004. s. 5

¹²² EIKELMANN, B. *Sociálna psychiatria. Základné poznatky a prax*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999. s. 5

¹²³ *Psychiatrická rehabilitace*, Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino Institute Noord-Holland, 2004. s. 7

LIBERMAN charakterizuje dlouhodobě duševně nemocné tzv. třemi „D“ :

- **disease** – znamená vážné duševní onemocnění, kam patří schizofrenie, afektivní poruchy nebo poruchy osobnosti,
- **duration** – trvání nemoci déle než dva roky,
- **disability** – přítomnost postižení, což lze definovat jako stav omezující aktivitu nebo fungování určité osoby.¹²⁴

5.2 Historie Psychiatrické rehabilitace

Snahu o péči zaměřenou na duševně nemocné můžeme zaznamenat již ve starověku, kdy byla lidem s duševním onemocněním poskytována hudba, léčba prací či příjemná atmosféra. Tato forma pomoci však nebyla ještě nijak koncipována.

Jak uvádí PĚČ a PROBSTOVÁ, teprve až v 19. století, v tzv. éře morální terapie se začaly objevovat záměry trénovat „zdravé“ kapacity pacientů, uzpůsobit pacientům co nejpohodlnější podmínky, věnovat se vyšetřením v oblasti práce, hry a sociálních aktivit.¹²⁵

Péče také směřovala k opětovnému návratu do sociálního života a asistenci při hledání zaměstnání. Ve 40. letech 20. století existovaly zejména ve Velké Británii a v USA poválečné státní programy pracovní rehabilitace. Původně vznikaly pro zapojení tělesně postižených do pracovního procesu, později byly rozšířeny i na duševně nemocné tím, že psychiatrické nemocnice dostávaly placené zakázky na práci od průmyslu.¹²⁶

Rozvoj moderní psychiatrické rehabilitace nastal po druhé světové válce. Významný vliv na rozvoj psychiatrické rehabilitace měly zejména již výše zmíněné poválečné programy pracovní rehabilitace, objev psychofarmak, boj za lidská práva a hnutí deinstitucionalizaci spojený se vznikem komunitních center duševního zdraví.

¹²⁴ LIBERMAN, R.P., *Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients*. Arlington: American Psychiatric Press, Inc., 1988. s. 20

¹²⁵ PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. s. 95

¹²⁶ WILKEN, J.P., DEN HOLLANDER, D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Brno: Sdružení Práh, 1999. s. 1

V 60. letech 20. století dochází k více systematickému rozvoji rehabilitace. V téže době se také objevil termín psychosociální rehabilitace, která původně ze svého konceptu vylučovala používání léků. Psychiatrická rehabilitace měla tehdy blíže k biologické psychiatrii. Vznikají tzv. komplexní centra denních aktivit. Rehabilitace se zaměřovala hlavně na nácvik dovedností a zvládnání a rozvoj zdrojů podpory. Zpočátku se komunitní centra často více věnovala „zdravějším“ pacientům – péče byla zaměřena spíše na pacienty s neurózami, než s psychotickým onemocněním. V 90. letech minulého století bylo patrné, že oba proudy, psychiatrickou a psychosociální rehabilitaci, bude potřeba spojit a termíny se začaly používat souběžně.¹²⁷

Významný vliv na rozvoj rehabilitace měly svépomocné aktivity lidí se zkušeností s psychiatrickou léčbou. PHYLLIS SOLOMONOVÁ v této souvislosti uvádí, že rehabilitace má smysl pouze tehdy, když se na ni pohlíží z pohledu těch, kterým slouží.¹²⁸

V současné době spadá pod pojem psychiatrická rehabilitace mnoho různých přístupů a aktivit. *„Všechny přístupy mají společné prvky: snaží se dát klientovi naději na lepší budoucnost, vyzdvihují důležitost práce a smysluplné denní aktivity, nutnost aktivního zapojení klienta do jeho rehabilitačního procesu a dlouhodobý charakter rehabilitace, který překračuje hranice jednotlivých institucí.“*¹²⁹

Psychiatrická rehabilitace je v současnosti integrální součástí zdravotního a sociálního systému.

Na našem území docházelo k rozvoji psychiatrické rehabilitace až po roce 1989. Důvodem byla uniformita zdravotnických institucí, které prosazovaly pouze medicínský model léčby duševních chorob a neumožňovaly dostatečné množství socioterapie a kreativity nutné k rozvoji rehabilitačních aktivit. Rehabilitace byla

¹²⁷ PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. s. 95-96

¹²⁸ FLEXER, R.W., SOLOMON, P.L. *Psychiatric Rehabilitation in Practice*. Boston: Andover, 1993. s. 15

¹²⁹ PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. s. 96

vázána na léčebné prostředí – existovaly různé formy ergoterapie v psychiatrických léčebnách či v lůžkových zařízeních.

Po roce 1989 začaly vznikat první nestátní neziskové organizace, které se zaměřovaly na poskytování psychiatrické rehabilitace a jako první rozvíjely principy komunitní péče o duševní zdraví.¹³⁰

Existují tři **hlavní směry** rehabilitace, které se nazývají podle místa vzniku. V praxi se zpravidla používají i v kombinacích. Jedná se o Bostonskou, Losangeleskou a Britskou školu.

Bostonská škola představuje vývojový model. Zdůrazňuje rozvoj schopností a význam učení. Vychází ze z potřeb klienta, klient je především žák.

Celkový koncept této školy je optimistický, věří v posun.¹³¹ Bostonský směr je reprezentován W.Anthonym a M. Farkasem.

Losangeleská škola, jindy také nazývána jako libermanovská rozpracovává podrobně trénink sociálních dovedností, získání strategií na řešení problémů či vyšetření stresorů. Klienta považuje tato škola za asertivního pacienta. Hlavními představiteli tohoto směru jsou R.P. Liberman a P.W. Corrigan.¹³²

Britská škola dává přednost pečlivě vytvořenému systému péče a úpravě prostředí, orientuje se na přizpůsobení se. Klient je zde označován jako uvědomělý klient. Hlavními představiteli jsou G. Shepherd a D. Bennett.¹³³

¹³⁰ PROBSTOVÁ, V. *Rehabilitace : včera, dnes a zítra*. OBAX – Občasný Bulletin Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví, 2003, č. 1. s. 5

¹³¹ ANTHONY, W.A ., LIBERMAN, R.P., *The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base*. Schizophrenia Bulletin, 1986, vol. 12, no. 4, page 544-546

¹³² VACHKOVÁ, L. *Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné*. Psychiatrie pro praxi, 2008. s.136

¹³³ Tamtéž, s.136

5.3 Principy psychiatrické rehabilitace

Principy psychiatrické rehabilitace se zabývala řada autorů, z nichž každý klade důraz na různé věci. ANTHONY shrnuje tyto principy:

- Rehabilitace primárně směřuje ke zlepšení schopností a kompetencí lidí s psychiatrickým postižením.
- Za přínos psychiatrické rehabilitace pro klienta se považuje zlepšení chování v prostředí, ve kterém si sám přeje být.
- Psychiatrická rehabilitace je eklektická v použití různých technik.
- Centrální zájem je na zlepšení pracovních možností, zlepšení dovedností v oblasti bydlení a vzdělávání.
- Naděje je hlavní složkou rehabilitačního procesu.
- Přechodné zvýšení závislosti může vést k postupné nezávislosti.
- Aktivní účast klienta v jeho rehabilitačním procesu je žádoucí.
- Dvě základní intervence psychiatrické rehabilitace jsou rozvoj klientových dovedností a rozvoj zdrojů podpory v okolí.
- Dlouhodobá terapie léky je často nezbytná, ale málokdy dostačující doplněk rehabilitačního procesu.¹³⁴

Dle WILKENA a HOLLANDERA je rehabilitace zaměřena na emancipaci, normalizaci a participaci. **Emancipace** znamená obnovu sociálních, je úzce spjata se zplnomocňováním. V užším slova smyslu se může jednat o osvobození od omezení, kdy hlavní úsilí směřuje ke snížení, nebo odstranění omezení, aby mohl klient zakusit větší svobodu a odpovědnost. **Normalizace** – rehabilitace by měla pomáhat klientovi naplnit co nejvíce sociálních rolí. V tomto kontextu by normální nemělo být to, že se klientovo chování zcela přizpůsobí požadavkům společnosti, ale že společnost umožní klientovi se plně začlenit do života v komunitě bez ohledu na jeho omezení.¹³⁵

¹³⁴ *Psychiatrická rehabilitace*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino Institute Noord-Holland, 2004

¹³⁵ WILKEN, J.P., DEN HOLLANDER, D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Brno: Sdružení Práh, 1999. s. 18-20

Normalizace také znamená, že klient dostává jen tolik pomoci, o kolik si sám požádá a pokud možno je stále schopen se začleňovat do normálních činností komunity, např. dojíti si na poštu, nakoupit si nebo se zapojit do výtvarných kroužků apod.

Cílem je doprovázet klienta k tomu, aby vedl co nejnornálnější život v jím zvolených sociálních rolích. **Participace** – začleňování se je současně důležitá podmínka pro emancipaci. Participace je chápána jako postupné podílení se klienta na procesu rozhodování až k dosažení plné autonomie. Autonomie znamená, že klient je výhradně odpovědný za všechna rozhodnutí, týkající se jeho rehabilitačního procesu. Odpovědnost může dát člověku pocit sebedůvěry a nezávislosti, může být ale také zátěží pro nedostatečně připraveného jedince.¹³⁶

¹³⁶ WILKEN, J.P., DEN HOLLANDER, D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Brno: Sdružení Práh, 1999. s. 18-20

5.4 Psychosociální rehabilitace dle holandské školy STORM

Vzhledem k tomu, že Sdružení Práh pracuje metodou dle holandské školy **STORM**, v následující kapitole se stručně seznámíme s její podstatou.

Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci, jehož autory jsou Jean Pierre Wilken a Dirk den Hollander, je založen na zásadě, že rehabilitace má být dostupná všem lidem s psychosociální nedostatečností či psychiatrickým postižením. Aktivity v rámci procesu rehabilitace jsou zaměřeny k tomu, aby potřebným lidem pomohly zlepšit kvalitu života a soběstačnost. Dle autorů, Wilkena a Hollandera je cílem rehabilitace podpora obnovy klientových schopností, nebo učení klienta žít s jeho onemocněním.¹³⁷

Jedná se o „...proces, ve kterém jsou aktivity zaměřeny k tomu, aby lidem s psychosociální nedostatečností pomohly optimalizovat jejich kvalitu života a soběstačnost, takže mohou působit v různých, svobodně zvolených prostředích (bydlení, zaměstnání a další) způsobem, který jim přináší osobní i sociální uspokojení.“¹³⁸

Rehabilitace je proces uskutečňovaný profesionály, který napomáhá člověku s psychiatrickým postižením v jeho procesu uzdravy.

„Úzdrava je hluboce osobní, jedinečný proces změny přístupu, hodnost, pocitů, cílů, dovedností a rolí člověka. Je to způsob, jak žít uspokojující, nadějný a plnohodnotný život.“¹³⁹

Základem v rehabilitačním procesu je kvalitní vztah s klientem. Rehabilitační přístup vyžaduje vztah, který je rovnocenný, oboustranný, otevřený a umožňuje pravdivý dialog. Pracovník musí využívat jak osobní, tak profesionální zkušenosti a znalosti. Mezi důležité profesionální dovednosti patří tři základní principy rehabilitační asistence – držení, vedení a prezentování objektu.

Držení vyjadřuje elementární bezpečí, které je zásadně důležité pro všechny další procesy emocionálního růstu a zralosti.¹⁴⁰

¹³⁷ WILKEN, J.P., DEN HOLLANDER, D. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. Brno: Sdružení Práh, 1999. s. 7

¹³⁸ WILKEN, J.P., DEN HOLLANDER, D. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. Brno: Sdružení Práh, 1999. s. 6

¹³⁹ ANTHONY, W.A. *Recovery from mental illness.: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s.* Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993. s.12

Komplexní přístup k rehabilitaci je **dvouvrstevný**, tzn., že je zaměřený jak na klienta, tak na jeho okolí a prostředí.

Hlavní složkou komplexního přístupu je **holistické pojetí rehabilitace**. Dle tohoto pojetí rehabilitace je rozvoj osobnosti možný ve čtyřech oblastech života, v tzv. životních doménách – bydlení, práce, učení se a volný čas. Náš pocit spokojenosti je podmíněn plněním každodenních činností ve čtyřech podstatných aspektech života – v tzv. osobních doménách – osobní péče, zdraví, účel a smysl asociální vztahy. **Koncept kvality života** zahrnuje potřeby a přání, které jsou zjišťovány vzhledem ke stávající, nebo žádoucí kvalitě života. **Rehabilitace je třídimenzionální proces**, jehož cílem je pomoci klientovi dosáhnout co nejvyšší míry nezávislosti pro sebe a ve vztahu k ostatním. Tento proces pracuje ve třech dimenzích – vztahy, čas a činnost. **Rehabilitační proces působí v triádě**, která je tvořena pracovníkem, klientem a nejvýznamnějšími lidmi z klientovy sociální sítě. Zvláštní pozornost je věnována klientově rodině. **Rehabilitace se zaměřuje na osobní a sociální role**, přičemž interakce uvnitř triády se obvykle opírá o naplňování sociálních rolí, které jsou většinou vztaženy k jedné ze životních domén. Rehabilitační proces má **pět pilířů** – role mají i kvalitativní dimenzi. Nejde jen o to, jaké sociální role klient naplňuje, ale zejména o to, co tyto role pro klienta znamenají. Čím větší smysl, nebo účelnost dává role klientovu životu, tím více bude klient motivován tuto roli zaujímat. Pět pilířů rehabilitace tedy tvoří motivace, status, dovednosti, materiální zdroje a sociální zdroje.¹⁴¹

V rámci komplexního přístupu k rehabilitaci rozeznáváme šest fází.

První fází je **seznámení a orientace**. Tato fáze se zaměřuje na utváření prvního kontaktu s klientem. Je velmi důležitá pro navázání vztahu s klientem.

Následuje fáze **šetření**, která zahrnuje další poznávání klienta, shromažďují se informace oklientových hodnotách, jeho aktivitách a zájmech a sociálních rolích, které naplňuje. Po fázi šetření dochází ke společnému **stanovení cílů**.

¹⁴⁰ WILKEN, J.P., DEN HOLLANDER, D. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. Brno: Sdružení Práh, 1999. s. 29

¹⁴¹ PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. s. 110-111

Cíle stanovujeme dle toho, o co je usilováno, co chceme získat. Děláme tak na základě fáze šetření. V případě, že jsou stanoveny cíle rehabilitace, rozpracujeme s klientem k dosažení cíle – tento krok je nazýván fází **plánování**. **Realizace, intervence** je samotný proces vedoucí k dosažení cíle. Konečnou fází komplexního přístupu k rehabilitaci je **hodnocení**, kdy klient společně s pracovníkem hodnotí, v jaké míře se jim podařilo dojít k vytyčenému cíli, popř. jaká bude potřeba další podpora.¹⁴²

Kvalita života je v rámci komplexního přístupu k rehabilitaci ústředním konceptem. Kvalita klientova života má dvě linie přístupu a to subjektivní zkušenost s kvalitou života a objektivní kvalitu života, zjištěnou šetřením. V rámci rehabilitačního šetření je důležité pochopit, jak klient přemýšlí o kvalitě své existence, co považuje za důležité pro svou kvalitu života, jako jsou její/jeho normy a hodnoty. Mapují se **přání zaměřená na rozvoj**, zjišťuje se pohled klienta na kvalitu svého života, z toho je možné vyvodit přání a cíle. **Psychosociální zranitelnost klienta** – zranitelnost je výsledek interakce mezi nemocí, poškozeními, neschopnostmi a sociálními nedostatečnostmi. Z tohoto zaměření vyvstávají zejména cíle vedoucí k udržení rovnováhy a stability a k získání větší stability.¹⁴³

Kvalita prostředí – tento princip se zabývá kvalitou sociálního prostředí a sociální sítě. Sociální prostředí zahrnuje prostředí, ve kterém klient žije, pracuje, studuje, učí se a relaxuje. Sociální síť zahrnuje osoby ve všech možných prostředích, se kterými přijde klient do kontaktu, kteří mají pro klienta význam.¹⁴⁴

¹⁴² WILKEN, J.P., DEN HOLLANDER, D. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. Brno: Sdružení Práh, 1999. s. 70-88

¹⁴³ Tamtéž. s. 8

¹⁴⁴ PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. s. 112

SHRNUTÍ

Psychiatrická rehabilitace (jinými autory též nazývána jako psychosociální rehabilitace) pomáhá lidem s dlouhodobými psychickými problémy a postiženími zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si sami vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory. Zaměřuje se na rozvoj dovedností a získávání co největší nezávislosti klientů služeb. Rozvoj dovedností je obvykle prováděn jejich nácvikem v chráněném prostředí a programováním – tím rozumíme používání nacvičených dovedností v přirozeném prostředí.

V současnosti rozlišujeme tři hlavní směry rehabilitace, které se nazývají podle místa vzniku. Bostonský směr představuje vývojový model. Klient je především žák. Los Angeleský směr považuje klienta za asertivního pacienta a rozpracovává podrobně trénink sociálních dovedností. Britský model dává přednost pečlivě vytvořenému systému péče a úpravě prostředí, ve kterém klient, uvědomělý klient, žije.

Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci, na jehož základě pracuje i Sdružení Práh, je proces, ve kterém jsou aktivity zaměřeny k tomu, aby lidem s psychosociální nedostatečností pomohly optimalizovat jejich kvalitu života a soběstačnost.

Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci kombinuje přístup zaměřený na problém, environmentální přístup a přístup vývojový. Model péče je dynamický, péče je stále přizpůsobována klientově motivaci a možnostem při hledání nejvyššího cíle – nejvyšší kvality života. Nejpodstatnějšími prvky jsou začlenění se a normalizace.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 VÝZKUM

Pravidelně na konci každého roku se mohou klienti služeb Sdružení Práh v rámci anonymní ankety spokojenosti vyjádřit k poskytovaným službám. Z anket vždy vyplývalo, že jsou klienti spokojeni jak s přístupem zaměstnanců, tak s úrovní poskytovaných služeb. Klienti však vždy v rámci těchto anket odpovídali velmi stručně. V anketách byly kladeny převážně otázky uzavřené, kde byla klientům dána možnost dalšího vyjádření. Toho klienti nikdy nevyužili a odpověděli pouze na uzavřenou otázku.

Základem pro výzkum se tedy stala potřeba zjistit, do jaké míry jsou vlastně klienti se službami spokojeni, s čím konkrétně jsou spokojeni, v jaké míře služby Sdružení Práh ovlivňují život a následně i kvalitu jejich života.

6.1 Popis zvoleného výzkumu a cíl výzkumu

Hlavním cílem práce je zjistit, zda má využívání služeb Sdružení Práh pozitivní význam na kvalitu života klientů a v jakých oblastech života došlo u klientů ke změně a zda na tuto změnu mělo vliv i využívání služeb Sdružení.

Pro výzkum byla stanovena **hlavní výzkumná otázka**:

- „Jak ovlivnilo využívání služeb kvalitu života klientů Sdružení Práh?“

Dílní výzkumné otázky:

- „V čem spatřují klienti kvalitu poskytovaných služeb?“
- „Jaké nové dovednosti se klienti naučili během využívání služeb Sdružení Práh?“

K dosažení zadaných cílů byla využita technika **kvalitativního výzkumu**. Kvalitativní výzkum je technika, která umožňuje zabývat se danou problematikou více do hloubky, proto se zdála pro potřeby této práce nejvhodnější.

DISMAN uvádí, že: „*Posláním kvalitativního výzkumu je porozumět lidem v sociálních situacích.*“¹⁴⁵

Kvalitativní výzkum vychází z fenomenologie, kde jsou zdůrazňovány subjektivní aspekty jednání lidí. Z toho vyplývá, že je možné připustit, že existuje více realit. Podstatou kvalitativního výzkumu je porozumění smyslu, pochopení situace jedince aj.¹⁴⁶

Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, kde je cílem testování hypotéz, je hlavním cílem kvalitativního výzkumu vytváření nových hypotéz, nového porozumění, popis a vytváření teorie. Nestanovujeme si tedy předem žádné hypotézy, výzkumný projekt není ani závislý na žádné teorii, kterou již předtím někdo vybudoval.¹⁴⁷ V kvalitativním výzkumu nejde o ověřování nějaké pravdy.

¹⁴⁵ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha : Karolinum, 2002. s.289

¹⁴⁶ HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. s. 103

¹⁴⁷ ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. s. 24

Jak uvádí GAVORA: „*Hlavními rysy kvalitativního výzkumu je jeho dlouhodobost, intenzivnost a podrobnost.*“¹⁴⁸

Mezi nejčastěji používané techniky pro sběr informací patří v kvalitativním výzkumu: **pozorování, nestandardizovaný rozhovor a analýza osobních dokumentů.**¹⁴⁹

6.2 Metoda sběru dat

Pro sběr dat byla ve výzkumu využita metoda polostrukturovaného individuálního rozhovoru, neboli interview.

Interview je takový rozhovor, který moderujeme a provádíme za určitým cílem a účelem výzkumné studie. Rozhovor provádíme obvykle s jednou, maximálně se třemi osobami.¹⁵⁰

Polostrukturované interview je velmi rozšířená podoba interview. V rámci polostrukturovaného interview si vytváříme určité schéma, které je pro tazatele závazné. Schéma zahrnuje okruhy otázek, na které se ptáme účastníků. Je možné zaměřovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme.¹⁵¹

Před rozhovory byly stanoveny **oblasti**, okruhy, kterým se měl výzkum věnovat. Byly to oblasti – zdraví, bydlení, práce, životní situace a Sdružení Práh. Ke všem výše popsaným oblastem byly připravené otázky, které byly v průběhu rozhovoru ještě doplňovány upřesňujícími otázkami. Dané oblasti byly zkoumány dle těchto období: období **před** navštěvováním služeb Sdružení Práh a období **během** navštěvování služeb Sdružení Práh.

¹⁴⁸ GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. s. 142

¹⁴⁹ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha : Karolinum, 2002. s.298

¹⁵⁰ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 156

¹⁵¹ Tamtéž, s. 157

Při výzkumu bylo žádoucí řídit se zásadami etického jednání při výzkumu, proto byl od každého komunikačního partnera získán **poučený (informovaný) souhlas**. Všichni byli poučeni o významu a cíli výzkumu, o možnosti odmítnout účast na výzkumu a o skutečnosti, že veškeré osobní a citlivé údaje budou zachovány v anonymitě. Komunikační partneři zároveň souhlasili s nahráváním interview na diktafon. Svým podpisem dotyční komunikační partneři potvrdili, že se výzkumu účastní dobrovolně, bez nátlaku, a že byli dostatečně poučeni o výše uvedených skutečnostech.

6.3 Průběh výzkumu

Výzkum byl prováděn v období prosinec 2010 – únor 2011. Rozhovory probíhaly v prostorách Sdružení Práh v místnostech určených pro individuální setkávání. V průběhu každého rozhovoru byla navozena příjemná atmosféra, na dveře místnosti byla umístěna cedule s nápisem Nerušit!, aby bylo zajištěno bezpečí, soukromí a dostatek klidu pro rozhovor.

Výběr komunikačních partnerů nebyl náhodný, vzhledem k cíli výzkumu byli komunikační partneři vybíráni mezi stávajícími klienty služeb Sdružení Práh. Původním záměrem bylo oslovit takový vzorek partnerů, aby se výzkumu zúčastnili vždy alespoň dva klienti z každé služby, kterou Sdružení Práh nabízí, tj. minimálně 8. Bohužel účast na výzkumu odmítli všichni oslovení klienti služby Chráněného bydlení.

Celkem bylo osloveno 15 klientů, z nichž 7 souhlasilo s účastí na výzkumu.

Rozhovory tedy probíhaly s celkem 7 komunikačními partnery, z nichž jeden využívá pouze službu Sociálně terapeutická dílna a zbylých 6 využívá více služeb najednou v různých kombinacích.

Pro potřeby diplomové práce došlo k rozhodnutí identifikovat komunikační partnery podle pohlaví a věku. Komunikační partneři byli klasifikováni následovně:

M: 45, M: 30, Ž: 35, Ž: 36, Ž: 46, Ž:40, Ž: 49.

Po oslovení komunikačních partnerů byl s každým domluven konkrétní čas setkání, který byl přizpůsoben zejména jejich potřebám.

Všichni komunikační partneři měli možnost dostat dopředu seznam otázek, aby se mohli na rozhovory připravit. Této možnosti využili. Součástí seznamu otázek bylo i krátké vysvětlení účelu a cíle výzkumu. Klienti se na rozhovory připravili velmi pečlivě, většina si připravila odpovědi v písemné podobě. Rozhovory probíhaly individuálně a jejich délka trvala přibližně 45 minut.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepsány do písemné podoby a vyhodnoceny za pomoci otevřeného, axiálního a selektivního kódování.

7 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Existuje několik možností, jak ve kvalitativním výzkumu analyzovat získaná data.

Pro potřeby této diplomové byla využita metoda **Zakotvené teorie**.

Cílem této teorie je vytvoření nové teorie a její ověření prostřednictvím systematického shromažďování údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů.

Zkoumanou oblast se snažíme popsat a vysvětlit.¹⁵²

K tomu využíváme tzv. kódování. Kódováním rozumíme operace, pomocí nichž získané údaje analyzujeme, konceptualizujeme¹⁵³ a opět skládáme novým způsobem, což je proces tvorby nové teorie.¹⁵⁴

V zakotvené teorii využíváme tři typy kódování a to kódování otevřené, axiální a selektivní.

¹⁵² MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 226

¹⁵³ Konceptualizace je proces formulace obecných závěrů

¹⁵⁴ STRAUSS, A. ., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. s. 39

7.1 Otevřené kódování

Prvním krokem, který byl při analýze získaných dat proveden, bylo otevřené kódování.

Při otevřeném kódování jsou získaná data rozebírána, prozkoumávána a zařazována do kategorií.¹⁵⁵

V rámci otevřeného kódování bylo postupováno tak, že nejdříve byly přečteny všechny písemné materiály. Písemnými materiály myslíme zejména přepisy rozhovorů s komunikačními partnery. Přitom bylo zjišťováno, které části textů se týkají stejné věci, jsou si podobné, tvoří stejnou obsahovou kategorii. Následně byly rozhovory postupně rozstříhány, rozprostřeny na zem a vytvořeny hromádky podle podobností a souvislostí mezi danými skupinami výpovědí.

Na základě otevřeného kódování a následného slučování kódů do kategorií bylo analýzou dat získáno 9 základních kategorií.

Některé kategorie, které byly vytvořeny, byly pojmenovány samotným výzkumníkem, jiné byly pojmenovány podle slov, které použili sami klienti.

Tyto termíny nazýváme „in vivo“ kódy.¹⁵⁶

Kategorie jsou zařazeny do jednotlivých zkoumaných oblastí a to do oblastí práce, životní situace, bydlení, zdraví a Sdružení Práh.

Detailní přepis rozhovorů s klienty je příložen v příloze č. 3.

U všech kategorií jsou výrazně označeny pojmy, které jsou vlastností dané kategorie.

¹⁵⁵ STRAUSS, A ., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. s. 42

¹⁵⁶ GLASER, 1978, s. 70, STRAUSS, 1987, s. 33 in STRAUSS, A ., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. s. 48

Oblast životní situace

Kategorie č. 1: Pravidelný režim

Nejen pro lidi s dlouhodobým duševním onemocněním je důležité mít pravidelný režim. Dát svému životu **řád** přispívá ke stabilizaci psychického stavu, ovlivňuje i naše chování.

Z rozhovorů vyplynulo, že docházením do služeb Sdružení Práh získali klienti **pravidelný režim**, jsou více **aktivní**. O své situaci před navštěvováním Prahu mluvili klienti jako o době, kdy se jen tak poflakovali, nic nedělali, jejich život se skládal z toho, že leželi v posteli, neměli žádnou **náplň dne**, jejich dny byly jednotvárné. Zpětně se k tomuto období vyjadřovali negativně, uvědomovali si, že to bylo období, se kterým nebyli spokojeni.

...byla jsem pořád doma, koukala jsem na HBO, od rána do večera jsem sjížděla nějaké filmy a nějaké seriály, nic jsem nedělala, mamce jsem nepomáhala, prostě to bylo hrozný... (Ž:35)

...když sem byl doma, tak se mi nic nechtělo, ležel sem třeba na posteli, celý den... No jen jsem koukal na telku, nebo na filmy na počítači, jinak jsem nic nedělal, nic mě nebavilo... (M: 30)

Díky docházení do Prahu dostal jejich život význam a zároveň byli nuceni si svůj čas **zorganizovat, rozvrhnout** tak, aby zvládali aktivity, které měli naplánované. Klienti si uvědomují, že i když je to pro ně mnohdy náročné, ráno vstát v brzkých hodinách a vypravit se do Prahu, došlo v jejich životě k pozitivní změně.

Den má **jasně danou strukturu**, klienti vědí, jaké aktivity je čekají, mnozí z nich si po dlouhých letech zakoupili diáře a naplánované aktivity si zapisují a rozvrhují do diáře. Zároveň se také učí svůj čas přizpůsobovat někomu jinému, např. pracovníkům, se kterými mají domluvené schůzky.

...tak ta základní věc, o které vždycky mluvím tak je režim. Takže pro mě to, že můžu chodit do Prahu je důležité to, že můj život má nějaký režim... (Ž: 35)

...můj život je naplněnější... (M: 45)

...no, musím ráno vstát, protože jak je takový řád..., ...protože doma bych jen ležela a nepřinutila bych se něco dělat... (Ž: 46)

...mám co dělat, nasedám jen tak doma, jsem víc aktivní. (Ž: 49)

...tak teď je to lepší, chodím každé den do Prahy, pracuju v dílně, chodím i s Pohodou na nějaký akce. Hlavně mám nějaký pravidelnej režim. Taky jsem dostal do svého života řád, vím, že musím vstát, protože musím jít do dílny, taky se musím včas vypravit z domova... (M: 30)

Kategorie č. 2: „Už nejsem sám/sama“.

I člověk s duševním onemocněním touží mít kolem sebe spřízněné lidi, se kterými může trávit čas, povídat si, sdílet své starosti i radosti. Nechce být sám. To, že se lidé s duševním onemocněním cítí tak osamělí může mít různé důvody. Z rozhovorů je patrné, že toto osamění bylo způsobeno hlavně zhoršením psychického stavu, mnozí klienti trpí tzv. sociální fobií, z domu vycházejí pouze za lékařem či na nezbytný nákup. Pro některé znamenala i ztráta zaměstnání omezení sociálních kontaktů, ztratili kontakt s kolegy i s některými kamarády.

Kromě toho, že duševně nemocný člověk postrádá kamarády, chybí mu i **kontakt** se širším společenským okolím.

...když jsem chodil ještě do školy, tak sem kamarády měl, to jsme třeba šli na pivo a tak. No ale potom, jak jsem byl doma, já se bál chodit mezi lidi... (M: 30)

...hodně jsem se uzavřela do sebe, nikam jsem nechodila... Od té doby, co jsem přestala pracovat, tak jsem najednou byla úplně sama, neměla jsem žádné kamarády, byla jsem doma pořád,... (Ž: 35)

...tak, můj život se skládal z toho, že jsem byla dost osamělá,...Já su hodně uzavřená sama do sebe, já jsem se lidí bála, i kvůli nemoci si ze mě lidi dělali legraci... (Ž: 40)

...můj život nebyl příliš naplněný kontakty s lidmi, se společností,...cítíl jsem se takovej jako odstrčenej od společnosti... (M: 45)

Nyní svou situací týkající se kontaktů s okolím, vnímají jako příjemnou změnu. Díky docházení do služeb Sdružení Práh získali nejen **kamarády**, se kterými tráví svůj čas i mimo Sdružení Práh. Při rozhovorech bylo zjištěno, že klientům stačí navázat **přátelství**, najít spřízněnou duši. Nemusí jít zákonitě o velké množství kamarádů. Stačí jedna osoba, která jim bude rozumět.

Za významné považují také to, že nejsou sami na svou nemoc, mají možnost se potkávat s lidmi se stejnými problémy, sdílet s nimi své starosti apod. Oceňují možnost si s někým popovídat o svých problémech, o svém zdravotním stavu, o společných tématech.

Kromě kontaktů s ostatními klienty je zde také možnost individuálních schůzek s pracovníky, což komunikační partneři považovali za příjemné.

Díky aktivitám Sdružení Práh se mohli někteří zúčastnit společných výletů, návštěv divadla nebo výstav a navázat tak **nové vztahy**.

...ted' je to lepší, když vidím, že na můj zdravotní stav nejsem sám, jsem rád, že existují ochotní a milí lidé, kteří se mi snaží pomoci. ...taky jsem si tady našel nové kamarády... (M: 45)

..., tak aspoň přijdu mezi lidi, ...Mám možnost si promluvit, když mám nějaké problémy, můžu si promluvit s asistentem, jsem vždy vyslyšena, můžu se poradit... (Ž: 46)

... a ted' mi došlo, že to tak není, když vidím ty lidi a prostě máme společným problém, jmenuje se schizofrenie, všichni se nějak snažíme a bojujeme. Potom jsou to kamarádi, nebo lidi, který mám ráda, který chodí do dílny, do klubu, pozdravíme se, povykládáme,...(Ž: 35)

...taky chodím víc mezi lidi, to je fajn, přijít sem do Prahu a jít třeba do Pohody. Jsou tady moc fajn lidi, vždycky si mám o čem s nima promluvit...(Ž: 49)

...život se mi podstatně změnil, protože víceméně tady jsem našla spoustu nových přátel, většinou jsou to lidi na pokec, našla jsem si dvě velmi dobré kamarádky,...

(Ž: 36)

...taky jsem si tady našel nové kamarády, chodíme spolu třeba na koncerty a tak. No a s mojí pracovnící si hodně povídáme i o mojí nemoci, tak jsem pochopil, co to vlastně mám, že to jak se nic nechce a tak, že to je prostě ta nemoc...

(M: 30)

...jsem ráda, že jsem v Prahu, protože už nejsem tak sama, cítila jsem se předtím osamělá... (Ž: 40)

Kategorie č. 3: Zlepšení komunikace

Z rozhovorů vyplynulo, že komunikace dělala klientům potíže. Bylo pro ně těžké zapojit se do rozhovoru, oslovit cizího člověka, umět vyjádřit svůj názor, umět říci NE. Komunikace velmi úzce souvisí s množstvím sociálních kontaktů klientů. Vzhledem k tomu, že před navštěvováním Prahu neměli klienti téměř žádné kontakty s širším okolím, pociťovali v této oblasti nedostatky.

Lidé s duševním onemocněním mívají **problémy s komunikací** kvůli zmatení kognitivních funkcí, omezení sociálních dovedností, emocionálním problémům, nebo návalům smutku.

...komunikace s lidmi – ta téměř žádná nebyla... (M: 45)

...měla jsem problémy navázat komunikaci s lidmi...

...tak jsem bohužel nedokázala komunikovat se šéfem, jen jsem odpovídala na otázky – ano, ne, nevím... (Ž: 36)

...takže i nějaká ta komunikace, já třeba nevypadám, jakože mám problém s komunikací, ale někdy taky, když mi není dvakrát dobře, tak nemluví, stáhnou se do sebe, ...(Ž: 35)

...já jsem nikdy nebyla zvyklá moc mluvit s lidma, ani jsem nevěděla, o čem bych si třeba měla s někým mluvit, na jaký téma... (Ž: 49)

O oblasti komunikace mluví všichni komunikační partneři zejména ve spojitosti s velkou změnou v jejich životě. Během využívání služeb Sdružení Práh byli v podstatě donuceni **začít komunikovat** se svým okolím.

Nejen při společných aktivitách v rámci Centra denních služeb, ale i během pobytu na dílně je nezbytné, aby klient komunikoval jak s ostatními klienty, tak s pracovníky služby.

Klienti také využili možnost účastnit se **nácviků komunikačních dovedností** v rámci Sociálně terapeutické dílny a také skupiny IPT¹⁵⁷, kterou pořádala služba Sociální centrum. Ocenili zejména možnost porozumět pojmu **asertivita** a naučit se asertivnímu jednání v praxi.

Klienti během využívání služeb navázali řadu kontaktů, naučili se **zapojit** do rozhovoru a mluvit na určené téma, neskákat druhému do řeči, říci svůj názor a sdělit ostatním, když se jim něco nelíbí.

Zlepšila se také komunikace s okolím – s rodinou, partnery.

...díky nácviku komunikačních dovedností a práci na recepci jsem se naučil lepší komunikaci s lidmi.. (M: 45)

...že umím odmítnout něco, co nechci, když mi třeba někdo nabízí nějakou voňavku nebo krém tam v podchodu, tak jsem se naučila na nácviku komunikace to odmítnout. A taky jsem se naučila, že nemám špatný pocit z toho, že to takhle odmítnu. To je ta asertivita... (Ž: 40)

...ten kurz asertivity jak byl na dílně, nácvik komunikace, to mi pomohlo... (Ž: 46)

...taky hodně mluvím s lidma, musím je třeba oslovit a zeptat se jich, kam jdou a zapsat je do knihy příchodů a odchodů. Jinak jsem se částečně naučil asertivitu, byl jsem na nácvicích komunikace...(M: 30)

¹⁵⁷ IPT – Integrated Psychological Therapy je skupina, jejíž program je soustředěn a nastaven jen pro pacienty se schizofrenií či s psychózou. Součástí programu je mj. nácvik komunikace.

*...oceňuji, že se ve Sdružení Práh, přesněji v sociálně terapeutické dílně Trojlístek zavedla skupina komunikačních dovedností. Tato skupina mi velmi pomohla...
Naučila jsem se komunikovat s klientkami na dílně a s pracovníky,... (Ž: 36)*

...jdu do Bazalky, popovídám si s někým,... (Ž: 35)

...hodně jsem se tam rozmluvila, hlavně v kolektivu, já se vždycky tak styděla, ale naučila jsem se to překonat... (Ž: 49)

Oblast Sdružení Práh

Kategorie č. 4: „To je ten Práh, který mi pomáhá...“

Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že Práh je velmi důležitou součástí jejich života. Komunikační partneři zmiňovali Práh téměř v každé oblasti, o které jsme společně mluvili.

Pro klienty je Sdružení Práh významným místem, kam mohou odejít dočasně od problémů, od každodenního stresu. Cítí, že je Práh jakési **útočiště**, kde mají svůj okruh známých, a kde mohou **vyhledat pomoc**.

V mnoha rozhovorech se poměrně často objevovala vyjádření týkající se **potřebnosti** Prahu. Práh je místo setkávání, místo, kde klienti **navazují** vztahy s kamarády, **učí** se novým dovednostem, mají možnost výběru ze široké škály aktivit. V Prahu se **cítí dobře, spokojeně**.

Někteří komunikační partneři spojují své úspěchy v dosavadním životě právě s možností navštěvovat Sdružení Práh, vyjadřují se, že jejich život se **zlepšil, změnil k lepšímu**, nabyl nového smyslu a významu. Svou momentální životní situaci popisují jako lepší, než to bylo, díky Prahu je jejich život **naplněný**.

Služby Prahu napomáhají lidem s psychotickým onemocněním zapojit se do běžného života, kdyby neexistovaly služby Sdružení Práh, klienti by nejspíš trávili svůj život doma, bez kontaktů se sociálním okolím.

...když sedíme v té posluchárně a já můžu vám povídat něco o svém životě, cítím se bezpečně a v poslední době si čím dál víc uvědomuju, jak moc je pro mě ten Práh důležitý. ..., protože, když jdete do Prahu, tak nejste doma, kde třeba ta situace nebyla vždycky tak příznivá, máte kam utéct, takže když můžu odejít do Prahu,... Já si myslím, že to opravdu může hodně lidem změnit život a já to možná tak často neříkám, že je to ten Práh, který mi pomáhá, ale chtěla bych to zdůraznit, že si myslím, že to má smysl, i pro mě to má smysl... (Ž: 35)

...ted'ka jsem si v Prahu získala svoje místo a hodně klientů se na mě obrací s problémy...Člověk se tady cítí velmi potřebný, hodně mě naplňuje, že hodně lidí se semnou baví... (Ž: 36)

...a taky jsem rád, že sem můžu chodit, když se mi nechce být doma, někdy se s našima pohádám a to mám pak blbou náladu, a tady na to můžu zapomenout, dát se psychicky dohromady a je mi líp...je skvělý, že nemusím sedět doma a že můžu něco dělat... (M: 30)

... já to tady mám moc ráda, je to moje útočiště, kam můžu jít, ono nebýt Prahu, tak kdoví, co by se mnou ted' bylo...(Ž:49)

...já si myslím, že tyhle služby jsou velmi významné pro řadu lidí, protože jsou lidé, kteří jsou sami a nemají možnost si s kým povykládat, sdělit si své zážitky, nic... (Ž: 46)

...jsem rád, že využívám služeb Sdružení Práh... (M: 45)

Kategorie č. 5: Profesionální přístup pracovníků

Na dotaz týkající se kvality poskytovaných služeb Sdružení Práh, odpovídají komunikační partneři shodně a to, že považují služby za velmi kvalitní. Potíže jim činí vysvětlení, v čem kvalitu služeb sledují. V jedné oblasti však došlo k významné shodě a tou je **přístup pracovníků**.

Každý klient Sdružení Práh má svého osobního pracovníka, v případě, že navštěvuje více sociálních služeb, má v každé této službě pracovníka. Díky tomu se klient dostává do kontaktu nejen s ostatními klienty, ale i s pracovníky. Pracovníci se s klienty setkávají na schůzkách, na kterých se věnují tvorbě rehabilitačních plánů, mapování symptomů onemocnění, snaží se společně předejít relapsu onemocnění.

Komunikační partneři popisují pracovníky jako **profesionály**, kteří mají **lidský přístup**, chovají se ke klientům jako k dospělým osobám, **respektují** jejich individualitu, jsou **empatičtí, lidští**, a že **dokážou poradit a pomoci**.

Pracovníci také pořádají aktivity, jichž se klienti mohou zúčastnit, jako je např. společné vaření, výlety, volnočasové aktivity.

V profesionálním a **vstřícném** přístupu pracovníků ke klientům spatřují největší kvality celého Sdružení Práh.

Za důležité považují komunikační partneři, se kterými jsem měla rozhovory to, že jsou pracovníky **dostatečně informováni** o aktivitách, vědí, jak si mohou stěžovat, jak mohou podávat náměty a připomínky, pracovníci je s těmito skutečnostmi pravidelně znovuseznamují.

...já si myslím, že služby jsou kvalitní, vy se snažíte nám vyjít vstříc a snažíte se nám pomáhat...(Ž: 40)

...kvalita poskytovaných služeb Sdružení Práh je myslím na velmi dobré úrovni. Kvalitní a dobrý mi připadá přístup pracovníků Sdružení Práh. No a je to na kvalifikované úrovni, jsou sympatičtí...(M: 45)

...tak v první řadě je to asi, že pracovníci Sdružení Práh jsou kvalifikovaní, že mají k těm lidem přístup, snaží se jim pomoci... (Ž: 46)

...to já si teda myslím, že tady v Prahu nám fakt všichni pomáhají. Ty služby tady jsou určitě kvalitní, hlavně pracovníci, jsou hrozně ochotní a příjemní... (M: 30)

...no kvalitní služby ve Sdružení Práh jsou jak bych řekla na takových 89% úrovni. Je tady příjemný kolektiv, ochota, spolupráce, hodně se vždycky připomenou, pracovníci nám připomenou, kdy máme schůzku, kdy je jaká akce, kdy se jede na výlet, kdy je provozní porada v dílně a tak dále, toho by se sem vešlo hodně. Chtěla bych všem pracovníkům Sdružení Práh poděkovat, že mě pomáhají se dostat do běžného života... (Ž: 36)

...hodně mi vyhovují zaměstnanci a lidé, kteří vedou Pohodu a kteří s námi tráví volný čas v klubu. Tak jako právě od té doby, co teď podruhé chodím do Prahu, tak jsem opravdu spokojená moc s tou kvalitou, protože mi přijde, že ti zaměstnanci a pracovníci, co tu s námi pracují nějakým způsobem, takže opravdu všichni jsou na svém místě, že to jsou jako opravdu profesionálové a zároveň mají cestu k lidem, nevyvyšují se, nedělají z nás děcka, nedělají z nás malý děcka... (Ž: 35)

Oblast zdraví

Kategorie č. 6: Zlepšení psychického stavu

U každého z komunikačních partnerů docházelo před navštěvováním služeb Sdružení Práh k hospitalizacím v různé frekvenci a z různých důvodů. Oblast psychického zdraví je pro klienty stěžejní, celková **psychická pohoda** má vliv na to, jak se klient cítí, jak subjektivně hodnotí svou životní situaci.

Každý z dotazovaných onemocněl v různém věku, za různých okolností, i průběh nemoci byl u každého jiný. U všech je však jedno společné a to je ztráta kontaktů s okolím, sociální stažení, neschopnost zorganizovat si svůj čas.

I zkušenost s psychiatrickou léčebnou je pro klienty negativní zkušeností, ke které se velmi neradi vrací. Se svými osobními pracovníky systematicky pracují na stabilizaci svého psychického stavu, společně mapují zvládací mechanismy pro případ krize.

Změna nastala u frekvencí hospitalizací, někteří klienti nebyli od nástupu do Prahu **hospitalizováni**, přičemž předtím byla míra hospitalizací poměrně vysoká.

Svou momentální situaci vnímají klienti jako **příznivou**, cítí se **dobře** a pokud se stane, že se jejich psychický stav horší, využívají možnost promluvit si se svým pracovníkem, s ostatními klienty, ale také s psychologem. Dále se změnil **náhled** na užívání medikace, medikace je důležitá pro stabilizovaný psychický stav a komunikační partneři, se kterými jsem mluvila, ji vnímají jako nezbytnou. Zároveň je užívání **medikace** podmínkou pro využívání služeb Sdružení Práh. Tím, že by klient přestal užívat medikaci, je seznámen s tím, že by porušil pravidla a mohl by být ze služby vyloučen. Klienti si toto pravidlo uvědomují a řídí se jím.

Jako důvod této změny uvádí komunikační partneři **jistotu**, kterou získali tím, že dochází do Sdružení Práh, to, že jejich život získal řád, pravidelný režim.

...můj zdravotní stav se o hodně zlepšil, v současné době je jakžtakž stabilizovaný. Jsem klidnější, lépe spím a mám optimističtější pohled na život. Před navštěvováním služeb jsem byl 5 x dlouhodoběji hospitalizován. Během navštěvování služeb jsem již nebyl hospitalizován, jsem tomu rád... (M: 45)

...od té doby, co chodím do Prahu jsem nebyla hospitalizovaná, což jsou 3 roky. Myslím si, že velký podíl, velkou část na tom má i Sdružení Práh. No já jsem byla tak jednou za dva roky hospitalizovaná a bylo to hodně často, protože já jsem nechtěla brát léky, já jsem se nechtěla léčit... (Ž: 35)

...já jsem byl předtím v léčebně dvakrát, hned po sobě... Ted' od tý doby, co chodím do Prahu, jsem nebyl v léčebně. A jsem rád. Určitě se cejtím mnohem líp. Jojo, to určitě, nemám takový depky a tak. Tady se tady hodně bavíme o mojí nemoci a hodně věcem jsem začal rozumět... (M: 30)

...víte, moje pracovnice to se mnou hodně probírala, taky paní doktorka to se mnou probírala no a já přišla na to, že je nesmím přestat brát, že jinak se ta nemoc bude furt vracet. Tak fakt ta největší změna je to, že jsem dlouho nemusela jít do léčebny a ono to souvisí nejenom s těma lékama, ale i tak, že mám možnost sem chodit, a tady se se mnou pracovníci baví o tom, co mě zrovna trápí, učím se zvládat krizové situace, aby mě už tolik věcí nestresovalo... (Ž: 49)

Oblast práce

Kategorie č. 7: Nové dovednosti

Z rozhovorů vyplynulo, že komunikační partneři mají různé pracovní zkušenosti ještě před onemocněním. Tím, že mohli chodit do práce, připadali si potřební, že vytvářejí nějaké hodnoty, ztrátu schopnosti pracovat pociťují jako zhroucení něčeho důležitého v jejich životě. S pravidelným docházením do dílny mnozí získaly opět ve svém životě řád.

Dílny, do nichž někteří klienti docházejí, zajišťují nejen **naučení se novým dovednostem**, ale také **znovuobnovení** pracovních schopností a dovedností, které mohl člověk s duševním onemocněním ztratit.

Kromě konkrétních činností a výrobků na dílně se klienti naučili také **základním pracovním návykům**, mezi něž patří dodržování stanovené docházky, pracovní doby, dodržování pracovní náplně, samostatnosti, pečlivosti aj.

Považuji za nezbytné doplnit, že lidé s psychotickým onemocněním mají velký sklon k tomu se podceňovat, velkou roli také hraje momentální psychický stav. U depresivních pacientů ve fázi deprese jejich stav ovlivňuje nahlížení na vlastní výkony – mají tendenci své výkony bagatelizovat, shazovat.

Přechod na otevřený trh práce je však pro komunikační partnery téměř nedosažitelný. Buď se na přechod ještě necítí připraveni – jak po dovednostní, tak po psychické stránce. Mají obavy, že jejich dovednosti nebudou stačit.

Velkou roli také hraje určitá jistota v příjmu z invalidního důchodu, o který nechtějí přestupem do zaměstnání přijít. Momentálně jim stačí pracovní dovednosti, které se učí, nebo se již naučili, chtějí pokračovat v dalším učení a jsou s tímto stavem takto spokojeni.

...tak naučila jsem se částečně šít, nebo nemůžu říct, že už to umím...(Ž: 46)

...naučila, nebo učím se takové věci jako přijít ráno někam, přijít včas někam, nachystat si věci, nachystat si svačtinu, ale jak říkám, já už se do práce nehrnu, já mám z toho spíš strach...(Ž: 35)

...naučil jsem se tady hlavně dodržovat pravidla...Naučil jsem se dodržovat pracovní náplň, musím vstávat tak, abych stihl přijet do dílny, to je někdy docela náročný, no a pak taky jsem se naučil nějaký jednoduchý kancelářský práce... (M:30)

...naučila jsem se provlékat šátek, trochu žehlit a teď procvičuji plstění, to zkouším už delší dobu, ale měla jsem výkyvy, musím pracovat na přesnosti. ...a dodržovat docházku a včas se omlouvat... (Ž: 36)

...později jsem začal chodit do šicí dílny, kde jsem se naučil tkát koberce na tkalcovském stavu a šít základní výrobky na šicím stroji...(M: 45)

Kategorie č. 8: Smysluplná činnost

I pro lidi s duševním onemocněním je důležité nějakým způsobem se **začlenit** do společnosti a z rozhovorů vyplynulo, že pracovní činnost chápou jako jednu z oblastí, jak se do společnosti zapojit.

Když byli klienti doma a nechodili do práce, **nudili se**, neměli žádnou činnost. Nyní si uvědomují, jak je dobré něco vytvářet, vyrábět. Zejména **dobrá pocit** z vykonané práce je povzbuzuje a motivuje pro další činnosti, aktivizuje je.

Někteří komunikační partneři mají za sebou celkem bohaté pracovní zkušenosti, zastávali vcelku vysoké pracovní pozice, po odchodu do invalidního důchodu jejich život v pracovní oblasti ztratil jistý smysl. Zde tedy došlo také k určité změně, k **navrácení** se do pracovního procesu, i když pouze jen do chráněného prostředí. Když se klienti v současné době potkají např. se spolužáky nebo se známými, se kterými si dlouho neviděli, nebudou lhát, když na otázku: „A co ty, co zrovna děláš?“ odpoví: „Já mám teď práci v jedné dílně...“. Je to pro ně mnohem přijatelnější, než známému odpovědět, že jsou v invalidním důchodu a nic nedělají.

Výrobky z dílen se prodávají na různých akcích, klienti mají možnost se těchto prodejků sami účastnit a zkoušet prodávat své vlastní výtvoř.

Někdy jen stačí informace, že se výrobky na prodejní akci prodaly a hned je o důvod víc, proč pokračovat v dané činnosti.

...život se mi zdá smysluplnější a naplněnější, že můžu taky částečně něco dělat pro společnost, do které jsem zapojen... (M: 45)

...tam jsem začala mít pocit, že konečně něco vytvářím, protože já jsem si řekla před několika lety, že už se nebudu trápit tím, že nedělám nic intelektově na výši, že se budu spíš věnovat tomu dělat něco rukama, něco tvořit, a i když je to úplná maličkost nebo tak, prostě, netrápit, hlavně se netrápit, že mám tu nemoc a některé věci nemůžu. Je to fajn, vždycky, když se s holkama pobavíme, co se prodalo, že si někdo něco koupil, mám z toho dobrý pocit... (Ž: 35)

...měla jsem nějaké postavení. Potom před 3 lety se situace vyhroutil tak, že jsem musela být hospitalizovaná a tím se všechno vlastně změnilo. Musela jsem odejít do invalidního důchodu, takže jsem práci ztratila...Mám radost, když před sebou vidím nějaký ten výrobek. Mám z toho dobrý pocit, když se mi něco podaří, když je o ty výrobky zájem, když vidím, že se prodají, tak mám z toho dobrý pocit... (Ž: 46)

...to je moc pěkný pocit, když víte, že něco, co vyrobíte, udělá radost někomu jinému. Hned si tak říkám, že jsem k něčemu... (Ž: 49)

Oblast bydlení

Kategorie č. 9: Vyhovující bytová situace

Poslední oblastí, ve které se došlo ke kategorizaci je oblast bydlení. Jak už bylo popsáno na začátku výzkumné části, žádný z komunikačních partnerů nevyužívá službu chráněného bydlení. Všichni dotazovaní se k oblasti bydlení vyjadřují jako k oblasti, kterou víceméně **zvládají samostatně** nebo žijí s rodiči, kteří se o většinu nezbytných záležitostí postarají.

Někde se objevuje strach z toho, jak to bude s bydlením, až tady nebudou rodiče. Zatím se tím ovšem klienti nezabývají nijak intenzivně.

Z rozhovorů vyplynulo, že péči o domácnost, úklid i vaření zastávají někteří klienti samostatně. Objevuje se zde ale **potřeba naučit se novým dovednostem**.

Ve Sdružení Práh někteří využívají možnost naučit se vařit v rámci Centra denních služeb.

Díky stabilizovanému psychickému stavu se klienti více zapojují do domácích činností, více pomáhají svým rodičům. Se svým současným bydlením jsou klienti **spokojeni**, jsou rádi, že mají své zázemí.

Na dotaz, zda se navštěvováním Prahu něco v oblasti bydlení změnilo se všichni komunikační partneři shodují v tom, že téměř **k žádné změně nedošlo**.

...tak já jsem zvládal úplně všechno, to mi nedělalo problémy bydlet, žít... (M: 45)

...ted' třeba bydlím s mámou a změnilo se to hodně v tom, že se snažím něco dělat, že se snažím pomáhat... (Ž: 35)

...co se týče bydlení, jsem ráda, že můžu bydlet u rodičů, nechystám se osamostatňovat... (Ž: 36)

...vařit pořád neumím, prát taky ne, z toho mám strach, to bych se chtěl naučit... (M: 30)

Interpretace získaných výsledků z otevřeného kódování

Sdružení Práh funguje již 11 let. Za toto časové období poskytlo sociální i jiné doplňkové služby mnoha klientům, kteří do něj docházeli z různých důvodů.

Z rozhovorů vyplynulo, že než klienti začali využívat služby Sdružení Práh, jejich běžný den neměl žádný program, veškerý čas trávili doma, neměli přátele, nevycházeli ven, nekomunikovali s okolím. Důvodem byl zejména psychický stav, sociální stažení, strach z okolí. Klienti se shodují v tom, že během využívání služeb Sdružení Práh si našli nové přátele, kamarády, získaly nové kontakty.

Řada z nich se pravidelně účastní aktivizačních činností, jako jsou výlety, sportovní utkání, maškarní apod. Pro všechny je to vždy příležitost setkat se u činnosti, na které se mohou lépe poznat, promluvit si a zároveň se pobavit. Pro mnohé je to i jakési vytržení ze samoty, nebýt společných aktivit v Prahu, seděli by nejspíš doma, nudili by se a jejich den by byl nenaplněný.

Kamarády si v Prahu našla většina dotazovaných klientů, pro některé z nich jsou tito kamarádi jedinými blízkými osobami v jejich životě, se kterými si mohou povídat na různá, mnohdy osobní témata, se kterými mohou sdílet své radosti i starosti. Zároveň mají všichni společné téma, což je nemoc, která je velmi častým tématem v diskuzích.

Díky aktivitám a službám Sdružení Práh došlo u klientů k nastavení určitého denního režimu, řádu, který musí dodržovat, naučili se dodržovat stanovená pravidla a jejich den tak může být naplněný smysluplnou činností. Pravidelný režim vnímají klienti jako něco pozitivního ve svém životě, což jim pomáhá udržet si stabilizovaný zdravotní stav, být aktivní a mít stále nějakou činnost, nezahálet.

Během využívání služeb Sdružení Práh došlo u klientů ke zlepšení komunikačních dovedností. V Prahu se klienti naučili základům asertivního jednání a dále si to mohli vyzkoušet v reálných situacích. Před navštěvováním služeb neměli klienti mnohdy potřebu se svým okolím komunikovat, také měli obavy z reakce okolí, nevěděli na jaké téma s ostatními mluvit. Těmto situacím se pro jistotu vyhýbali.

Komunikačním dovednostem se klienti učí v průběhu navštěvování dílen nebo Centra denních služeb. Je to přece něco přirozeného, komunikovat se svým okolím a pro některé klienty je to vcelku nová zkušenost.

Při otázkách, které směřovaly k ohodnocení kvalit Sdružení Práh, měli klienti jasno, dle jejich názorů jsou služby velmi kvalitní. Zodpovědět otázku, v čem tyto kvality spatřují, bylo již náročnější, ale všichni se shodovali v tom, že kvalitu služeb Sdružení Práh sledují zejména v profesionálním přístupu pracovníků. Činnosti pracovníků si klienti velmi cenní, jsou rádi za vstřícný, lidský, respektující a empatický přístup. Jako další kvalitu Sdružení spatřují to, jakým způsobem jsou zorganizovány sociální služby, klienti jsou spokojeni s tím, že služby pokrývají různé oblasti života a je možné se na ně obrátit v různých případech. S prostředím, způsobem informování i s nabídkou aktivit jsou klienti také velmi spokojeni, ovšem více to nevyjasňovali.

V oblasti zdraví se jako nejstěžejnější jeví snížení počtu hospitalizací u klientů. Před navštěvováním služeb Sdružení Práh docházelo u klientů k častým hospitalizacím, klienti neměli na své onemocnění náhled, v jednom rozhovoru jsem se setkala s tím, že klient až po příchodu do Sdružení zjistil více informací o své nemoci, bylo mu vysvětleno, co jeho nemoc obnáší, jaké má projevy a zároveň byla i psychoedukována jeho rodina, což mu velmi napomohlo na cestě ke zlepšení rodinných vztahů.

Dále se zde objevila zkušenost s vysazováním medikace, někteří klienti měli v minulosti problém s dodržováním předepsané medikace, nepovažovali za důležité léčit se. Nyní mají tito klienti na svou situaci náhled, vědí, že je nezbytné medikaci dodržovat.

Pracovní činnost je pro klienty významná. Díky sociálně terapeutickým dílnám se klienti naučili nejen nové dovednosti týkající se výroby konkrétních výrobků či obsluhu strojů, ale také se naučili nebo si obnovili pracovní dovednosti, jako je například dodržování dohodnuté docházky, omlouvání se v případě nepřítomnosti, dodržování pravidel na dílně, pečlivost, zodpovědnost za práci aj. Zároveň se jim díky docházení do dílen daří udržet si pravidelný režim.

Využívání služeb Sdružení Práh ovlivňuje kvalitu života klientů. Pravidelný režim dne napomáhá ke stabilizaci zdravotního stavu a k celkové psychické pohodě. Zároveň má navštěvování služeb Sdružení pro klienty význam v rámci sociálních vztahů, významně je ovlivněna i schopnost komunikace. K celkové spokojenosti klientů přispívá i profesionální přístup pracovníků služeb.

7.2 Axiální kódování

Po otevřeném kódování a analýze výsledků následuje axiální kódování.

Při tomto typu kódování dochází k novému uspořádání údajů prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi. To se činí v duchu kódovacího paradigmatu, které zahrnuje podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání, interakce a následky.¹⁵⁸

Na rozdíl od otevřeného kódování, kde se snažíme rozlišit pojmy a vytvořit základní kategorie, při axiálním kódování skládáme tyto pojmy novým způsobem dohromady a nacházíme vazby mezi kategoriemi a subkategoriemi.¹⁵⁹

Subkategorie jsou vztahovány ke svým kategoriím pomocí tzv. paradigmatického modelu.¹⁶⁰

Při tvorbě paradigmatického modelu pro účely této práce bylo čerpáno ze zjednodušeného modelu, který popisují STRAUSS a CORBINOVÁ takto:

PŘÍČINNÉ PODMÍNKY (události nebo případy, které vedly ke vzniku jevu) ⇒ JEV (ústřední událost, dění) ⇒ KONTEXT (konkrétní soubor vlastností, které jevu náleží) ⇒ INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY (podmínky, které ovlivňují strategie jednání nebo interakce) ⇒ STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE (strategie zaměřené na zvládnání či reagování na daný jev a následné zvládnutí) ⇒ NÁSLEDKY (výsledky, následky jednání).¹⁶¹

V rámci axiálního kódování došlo ke spojení výsledků ze všech rozhovorů s klienty, neboť všechna ústřední témata se zde vzájemně propojovala.

¹⁵⁸ STRAUSS, A ., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. s. 70

¹⁵⁹ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 229

¹⁶⁰ STRAUSS, A ., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. s. 72

¹⁶¹ Tamtéž. s. 72-78

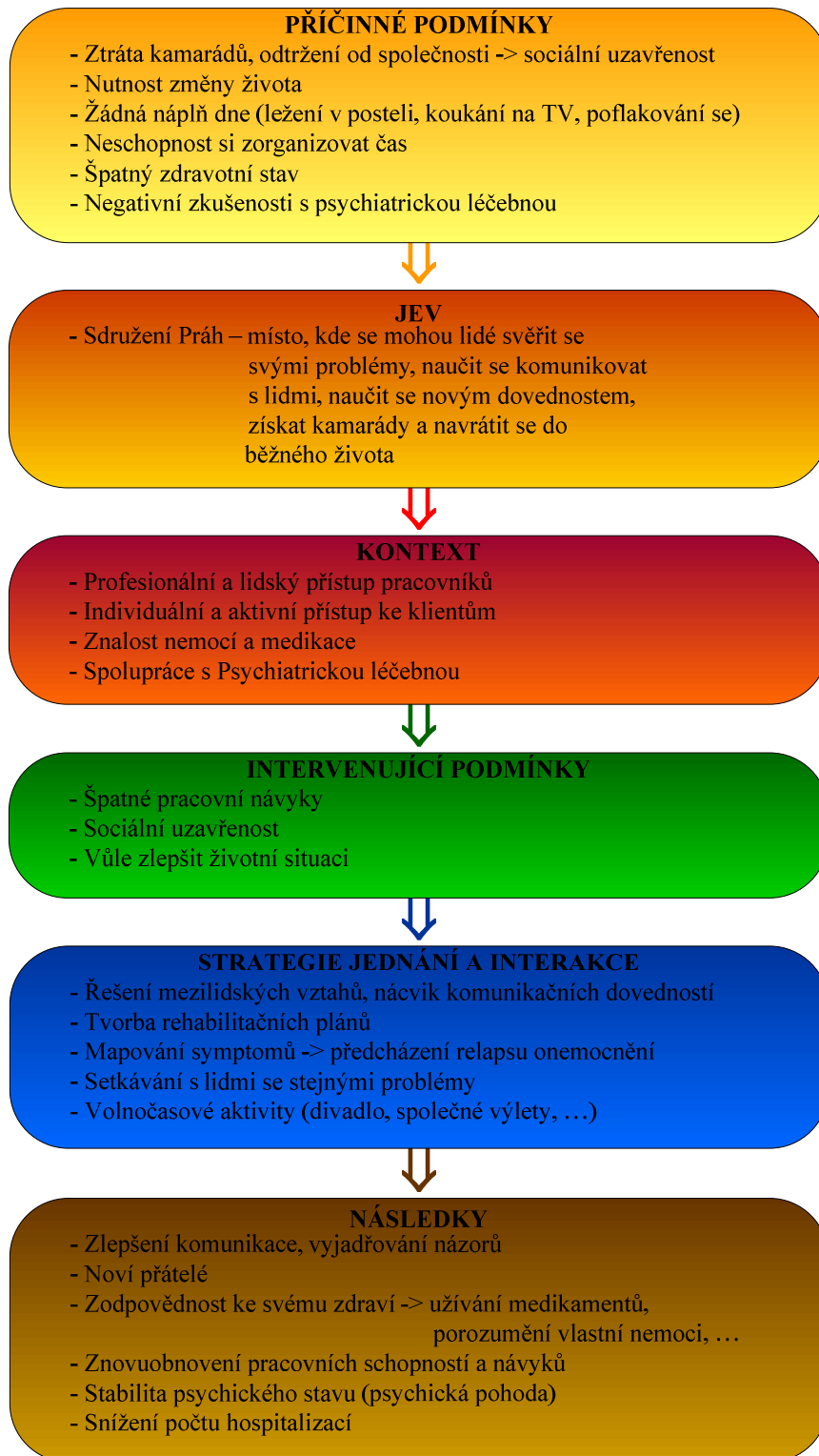
Následně byl vytvořen paradigmatický model, jehož hlavní **jev** má název **Sdružení Práh – místo, kde se mohou lidé svěřit se svými problémy, naučit se komunikovat s lidmi, naučit se novým dovednostem, získat kamarády a navrátit se do běžného života**. K identifikaci daného jevu došlo hledáním odpovědí na otázky: Čeho se údaje týkají? O čem je toto jednání nebo interakce?

Výsledný jev doprovází **kontext** dovedností a osobnostních předpokladů, které by měli pracovníci splňovat, aby mohli svou práci vykonávat. Za velmi důležité považují klienti profesionální a lidský přístup pracovníků. Součástí profesních dovedností je i dostačující povědomí o nemoci a o medikaci, což umožňuje klientům získat náhled na své onemocnění a na užívání medikace. Také rovný, partnerský a individuální přístup ke klientům je nezbytný.

Příčinnými podmínkami, jež vedly ke vzniku zmíněného jevu, jsou ztráta kamarádů a sociálních kontaktů, odtržení od společnosti a sociální stažení vlivem zhoršení příznaků onemocnění, potřeba změny ať již ze strany klienta či blízkých příbuzných, žádná náplň dne, neschopnost zorganizovat si čas, špatný zdravotní stav jedince a negativní zkušenosti s psychiatrickou léčebnou. **Intervenující podmínky**, jež souvisí s daným jevem a ovlivňují jej, jsou špatné pracovní návyky, sociální uzavřenost, která může vyústit až v sociální izolaci a v neposlední řadě vůle klientů zlepšit, změnit svou životní situaci. Vhodnými **strategiemi jednání**, které pracovníci při práci s klienty využívají, jsou řešení mezilidských vztahů, které probíhá převážně na individuálních schůzkách, nácvik komunikačních a sociálních dovedností, kde si klienti nacvičují asertivní jednání, zacházení se stresem, probíhá zde i psychoedukace. Další strategií jednání je tvorba individuálních (rehabilitačních) plánů, jež učí klienty naplánovat si své činnosti, mapování symptomů a znaků relapsu onemocnění, setkávání se s lidmi s podobnými problémy v chráněném prostředí a volnočasové aktivity, které se konají v širším sociálním prostředí.

Následkem působení těchto reakcí a strategií je pak především zlepšení komunikace, schopnost vyjadřovat své názory, získání nových kontaktů a přátel, zodpovědnost vůči svému zdraví a stabilizace zdravotního stavu, znovuoobnovení a získání pracovních schopností a dovedností a snížení počtu hospitalizací.

Paradigmatický model získaný axiálním kódováním¹⁶²



¹⁶² Vlastní práce autorky

7.3 Selektivní kódování

Selektivní kódování je konečným procesem v zakotvené teorii. Základ pro selektivní kódování byl vytvořen pomocí otevřeného a axiálního kódování.

Selektivní kódování je: „*Proces, kdy se vybere jedna centrální kategorie, která je pak systematicky uváděna do vztahu k ostatním kategoriím. Tyto vztahy se dále ověřují a kategorie, u nichž je to třeba, se dále zdokonalují a rozvíjejí.*“¹⁶³

Centrální kategorie, která se prolínala všemi rozhovory s klienty, byla označena jako: **Zavedení REŽIMU do každodenního života klientů přispívá ke stabilizaci psychického stavu a k celkové spokojenosti se soukromým životem.**

K určení centrální kategorie došlo setříděním všech informací, které vyvstaly z provedených rozhovorů. Následovalo procházení výsledky z otevřeného a axiálního kódování, přičemž došlo ke zjištění, že zvolená centrální kategorie provází všechny rozhovory. Centrální kategorie je uvedena do vztahu k ostatním kategoriím a pojmům a znázorněna ve schématu.

Pravidelný režim se v rozhovorech objevoval ve všech oblastech, na které se byl výzkum zaměřen. Zároveň se v rozhovorech prolínala oblast, která má se všemi ostatními kategoriemi důležitou souvislost. Touto oblastí je Sdružení Práh, které klienti považují za hlavní důvod změny v jejich životě.

Režim a práce – v oblasti práce se režim vyskytoval v souvislosti se zvládnutím nových pracovních dovedností, získáváním pracovních návyků a s pocitem potřebnosti a důležitosti. Docházením do sociálně terapeutických dílen jsou klienti nuceni stanovit si pravidelnou docházku do dílny, dodržovat pracovní dobu, přestávky v práci, omlouvat se v případě nepřítomnosti, dodržovat pravidla pobytu na dílně. Zároveň jim určitý řád v pracovním životě umožňuje naučit se systematicky různým pracovním činnostem, což následně vede i k dobrému pocitu z odvedené práce, pocitu potřebnosti apod.

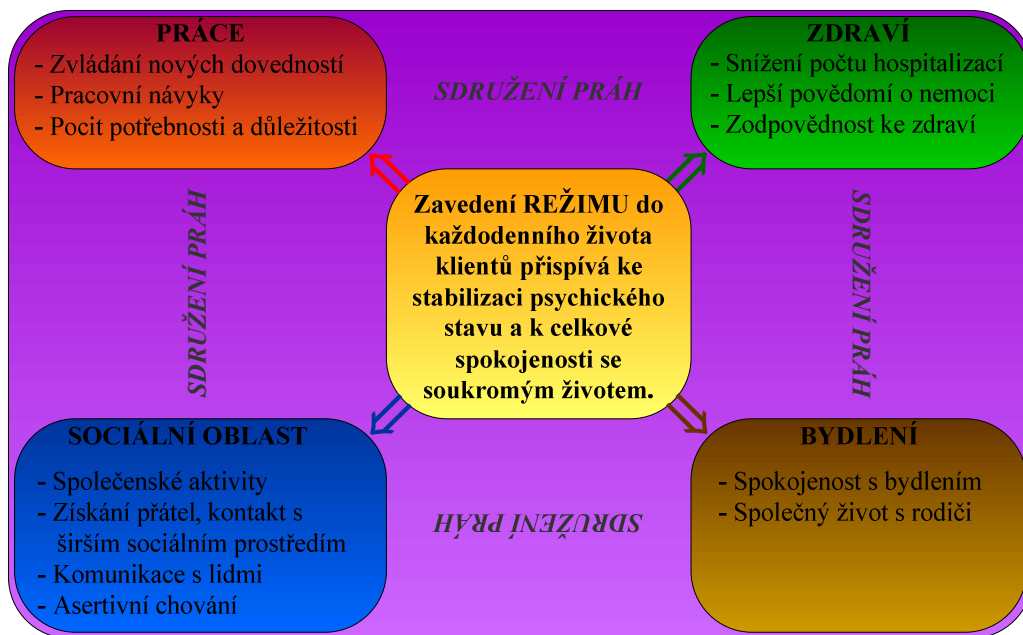
¹⁶³ STRAUSS, A. ., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999. s. 86

Režim a zdraví – zdraví a celková psychická pohoda je pro klienty důležitá pro posuzování subjektivní spokojenosti se životem. Navštěvováním služeb Sdružení Práh došlo u klientů k nastavení pravidelného režimu – docházení na schůzky, na aktivity, do dílny, což má i pozitivní vliv na zdraví. U některých klientů se snížil oproti předešlému období počet hospitalizací, klienti se také díky spolupráci s pracovníky naučili zvládat symptomy svého onemocnění, zlepšili si povědomí o své nemoci, uvědomili si potřebnost užívat pravidelně medikaci.

Režim a sociální oblast – režim má vliv i na celkový pohled na životní situaci klientů, díky pravidelnému režimu a získání určitého řádu se mohou klienti pravidelně účastnit společenských aktivit, umí si zorganizovat svůj čas tak, aby se na těchto aktivitách mohli podílet. Získáním nových kontaktů a komunikací s okolím se život klientů stal smysluplnějším, udržují tak kontakt se širším společenským prostředím, nejsou již uzavřeni doma, chodí více mezi lidi, učí se mluvit s ostatními na různá témata. V rámci nácviků komunikačních dovedností se zdokonalili v asertivním jednání, dokážou si vyřídit potřebné věci, trénují prosazování se.

Režim a bydlení – získáním určitého režimu má vliv i na oblast bydlení. Klienti jsou v oblasti bydlení spokojeni, neprojevila se velká potřeba změny v této oblasti, ovšem díky úpravě denního režimu mají pozměněný náhled na své onemocnění, na svůj život a tím také na bytovou situaci. V rozhovorech se objevovala shoda v tom, že klienti pomáhají více svým rodičům, zlepšila se také komunikace s rodiči a příbuznými, se kterými sdílejí bydlení.

Schéma selektivního kódování¹⁶⁴



¹⁶⁴ Vlastní práce autorky

7.4 Interpretace zjištěných skutečností z kvalitativního výzkumu

Ve výzkumu bylo zjišťováno, jak služby Sdružení Práh ovlivnily život jejich klientů a jaké nové dovednosti se klienti naučili. Hlavním posláním Sdružení Práh je poskytování podpory lidem s psychotickým onemocněním v naplňování přání pracovat, samostatně bydlet, vyplnit volný čas, vzdělávat se, najít přátele, zlepšit vztahy s rodinou, umět pečovat o své zdraví, najít smysl a význam svého života.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že poslání Sdružení je plněno, a že jeho služby mají pozitivní vliv na život klientů. Navštěvováním služeb získali klienti do svého života řád, naučili se plánovat si svůj čas a mít pravidelný režim. Režim se projevil jako stěžejní činitel, který ovlivňuje celkovou subjektivní spokojenost klientů se svým životem.

Před navštěvováním služeb neměli klienti mnoho příležitostí být v kontaktu s ostatními lidmi, zejména z důvodu svého onemocnění. Veškerý čas trávili doma, neměli přátele, nekomunikovali s okolím.

Díky navštěvování služeb Sdružení získal život klientů určitý smysl. Nyní mají místo, kam mohou přijít pokud si chtějí promluvit o svých starostech či o svém zdravotním stavu, dostanou se do kontaktu s ostatními klienty. Klienti se naučili komunikovat na různá témata, naučili se zapojovat do rozhovoru, zahájit rozhovor, diskutovat, zároveň se naučili v rámci různých nácviků komunikačních dovedností asertivnímu jednání.

Klienti se účastní pravidelných aktivit, které Sdružení pořádá, mají tak možnost smysluplně strávit volný čas, dostat se na místa, na která by se nejspíš nedostali – ať již z důvodu sociální fobie či z finančních důvodů. Díky společným aktivitám mohou také zjistit své možnosti, ujasní si či si najdou nové koníčky.

Dotazovaní klienti si v Prahu našli nové kamarády, blízké osoby, kterým se mohou svěřit, se kterými mohou trávit svůj volný čas. Někteří navštěvují se svými novými kamarády koncerty, kavárny, což je něco naprosto přirozeného.

V oblasti práce se klienti naučili řadu nových pracovních dovedností, což zahrnuje výrobu produktů v sociálně terapeutických dílnách.

Kromě nových dovedností došlo u klientů k nácvičku nových pracovních dovedností či jejich znovuoobnovení. Klienti se tak znovu navrací do pracovního prostředí, jejich pracovní den má určitý režim, jsou nuceni dodržovat stanovenou docházku do dílny, učí se dodržovat pravidla a zvykat si na pracovní prostředí. Klienti se v chráněném prostředí cítí bezpečně a mají obavy z přestupu na otevřený trh práce či do chráněných dílen.

Docházení do dílen má pozitivní vliv na subjektivní prožívání spokojenosti sám se sebou. Klienti se cítí potřební, činnost, kterou vykonávají, považují za smysluplnou, mají pocit, že výrobou výrobků mohou společnosti vrátit péči, která jim byla poskytnuta. Jejich život tak nabývá smyslu.

Klienti hodnotí služby Sdružení Práh jako velmi kvalitní. Kvality spatřují zejména v profesionálním a lidském přístupu pracovníků, dále pak v celkové organizaci služeb a v jejich bohaté nabídce. Spolupráci s pracovníky si klienti velmi pochvalují, jsou rádi, že mají svého osobního pracovníka, ke kterému mají důvěru, mohou za ním přijít, kdykoliv je potřeba. Pracovník je pro ně blízkou osobou, se kterou se zaměřují na předcházení relapsu onemocnění, mohou s ním ale také řešit jiné lidské otázky.

Již zmiňovaný režim má vliv nejen na pracovní oblast, ale také na oblast zdraví jedince. Pravidelným docházením do služeb a nastavením si pravidelného režimu, si klienti stabilizovali svůj zdravotní stav a u některých se snížil počet hospitalizací, u některých k hospitalizaci nedošlo od navštěvování služeb vůbec. V oblasti zdraví se klienti cítí spokojeni, jsou rádi, že se snížila frekvence hospitalizací, je jim dobře.

Tím, že klienti využívají služby Sdružení Práh, došlo u nich ke zlepšení komunikace, jsou schopni vyjadřovat své názory i ve větší skupině lidí, získali si nové přátele, se kterými tráví volný čas. Dále z výzkumu vyplynulo, že stěžejním je pravidelný režim, díky kterému se klientům stabilizoval jejich psychický stav, naučili se pravidelně docházet do služeb, jejich život dostal řád.

V porovnání s obdobím před navštěvováním služeb Sdružení Práh se klienti cítí spokojeně, mají více kontaktů s okolím, snaží se spolupracovat na stabilizaci svého zdravotního stavu a považují to za důležité. Velmi oceňují přístup pracovníků a jsou s ním spokojeni.

Shrnutím výsledků z výzkumu je možné konstatovat, že byly získány odpovědi na výzkumné otázky, klienti služeb Sdružení Práh se zde naučili řadu nových dovedností, které jsou popsány výše, zároveň vyplynulo, že klienti spatřují kvalitu služeb v přístupu pracovníků a v nabídce služeb.

Služby Sdružení Práh a jejich navštěvování mají pozitivní vliv na kvalitu života klientů. Klienti se cítí spokojeně, svůj život hodnotí jako smysluplný, mají lepší náhled na sebe i na svou situaci, mají dostatek sociálních kontaktů, pracovní uplatnění, umí smysluplně trávit svůj volný čas, celková zdravotní situace se zlepšila. Dalo by se shrnout, že Práh je pro své klienty významným místem, které je napomáhá navrátit se do běžného života a žít spokojený a smysluplný život.

ZÁVĚR

Na své diplomové práci s názvem „Kvalita života klientů Sdružení Práh“, jsem pracovala přes jeden rok. Nashromáždila jsem velké množství materiálů, zejména pak články a knihy v angličtině, které bylo třeba přeložit do češtiny.

Hlavním cílem mé práce bylo seznámit veřejnost s činností Sdružení Práh a s významem tohoto Sdružení pro život klientů, kteří využívají jeho služby. Práce je rozdělena na několik kapitol, které na sebe navazují. V teoretické části se zabývám popisem důležitých pojmů pro vysvětlení dané problematiky, empirická část je tvořena výzkumem.

V úvodu práce se věnuji problematice kvality života. Je to termín, který používáme poměrně často, ale až díky prostudování potřebné odborné literatury jsem pochopila, co opravdu znamená, jak je jeho smysl široký. Pozornost jsem věnovala také vysvětlení pojmu kvalita života lidí s duševním onemocněním. Uvědomuji si, že v naší společnosti stále převažují předsudky týkající se lidí s duševním onemocněním a tento náhled společnosti celkově snižuje kvalitu života těchto lidí, diskriminuje je, lidé s duševním onemocněním se i díky předsudkům stahují do svých ulit, nevěří veřejnosti, nemají potřebu ukázat lidem, že jsou obyčejní lidé s běžnými starostmi i radostmi.

Na kapitolu týkající se kvality života, navazuje popis vývojových období od 18-64 let. Pro tuto kapitolu jsem se rozhodla proto, aby vynikl rozdíl mezi zdravým vývojem člověka a psychotickým onemocněním, které popisují následovně.

Sdružení Práh je organizace, která si klade za svůj hlavní cíl pomáhat lidem s dlouhodobým duševním onemocněním a zlepšit jejich kvalitu života. Při psaní jsem mohla využít znalosti a dovednosti, které jsem získala během tříleté práce v této organizaci na pozici vedoucí Sociálně terapeutické dílny Trojlístek. Práh je organizace, jejíž působnost spadá na území města Brna a okolí. Bohužel kapacity služeb nestačí reagovat na poptávku – v každé službě je pořadník čekatelů, kteří mají o služby zájem, ale kapacita služeb je omezena.

Služby Sdružení Práh jsou v Jihomoravském kraji ojedinělé, kromě Prahu neexistuje v tomto kraji žádná podobná organizace.

Cílem mé práce bylo zjistit, jak služby Sdružení Práh ovlivňují životy svých klientů, snažila jsem se pochopit, v čem spatřují klienti kvalitu poskytovaných služeb a zda hodnotí svou momentální životní situaci jako uspokojivou. Díky kvalitativnímu výzkumu, který jsem provedla, se mi podařilo zjistit, že klienti služeb považují Sdružení Práh za významné místo v jejich životě, které je ovlivnilo. Jejich psychický stav se stabilizoval, ve svém životě mají nyní řád a pravidelný režim považují za určitou jistotu, stálici, která jim pomáhá. Zároveň si klienti našli nové kamarády, přátele a získali tak sociální kontakty, které určitě každý z nás potřebuje pro spokojený život.

Uvědomuji si, že je má práce ovlivněna osobní zkušeností s prací ve Sdružení Práh, vidím v tom ale zejména výhodu – velmi dobře se mi prováděly rozhovory s klienty, kteří mě znají a mají ke mně důvěru. Zároveň znám prostředí Sdružení a jsem velmi dobře obeznámena s jeho službami.

Myslím, že jsem cíl své práce naplnila, podařilo se mi získat odpovědi na otázky, které jsem si kladla. Lidé s duševním onemocněním mají právo na plnohodnotný život a k tomu jim Sdružení Práh určitě dopomáhá.

SEZNAM ODBORNÉ A POUŽITÉ LITERATURY

Bibliografie

ANTHONY, W.A ., FARKAS, M.D. *A primer on the psychiatric rehabilitation process*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, 2009. ISBN 978-1-878512-44-4

ANTHONY, W.A ., FARKAS, M.D., COHEN, M., CAGNE, C. *Psychiatric Rehabilitation*. Second Edition. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University, 2002

BLOM, J.D. *A dictionary of Hallucinations*. Springer Science, 2010, vyd. 1., 553 s. ISBN 978-1-44-19-1222-0

COHEN, R.M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. Vyd. 1. 199 s. ISBN 80-7178-497-4

ČAPEK, R. *Třídní klima a školní klima*. Praha:Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2742-4

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha : Karolinum, 2002. vyd. 3. 374 s. ISBN 80-246-0139-7

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A . *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005. Vyd. 1. 176 s. ISBN 80-247-0197-9

EIKELMANN, B. *Sociálna psychiatria. Základné poznatky a prax*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999. ISBN 80-88952-02-6

FINK, G. *Stress Consequences: Mental, Neuropsychological and Socioeconomic*. Academic Press, 2009, 199 s. ISBN 978-0-12-375174-4

- FLEXER, R.W., SOLOMON, P.L. *Psychiatric Rehabilitation in Practice*. Boston: Andover Medical Publishers, 1993, 267 s. ISBN 1563720256
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. Vyd.1, 408 s. ISBN 80-7367-040-2
- HORÁČEK, J. a kolektiv autorů. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensia, 2003. Vyd. 1. 263 s. ISBN 80-86694-01-1
- HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie – druhé, doplněné a opravené vydání*. Praha: Tigris, 2004. ISBN 80-900130-7-4
- KINGDON, D.G., TURKINGTON, D. *Cognitive Therapy in Schizophrenia*. Guilford Press, 2008, s. 219. ISBN 9781593858193
- KOLIBÁŠ, E. a kolektiv. *Všeobecná psychiatria*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislavě, 2007. Vyd. 2. 184 s. ISBN 978-80-223-2388-8
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Grada Publishing, 2002, vyd. 1., 198 s. ISBN 80-247-0179-0
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-551-2
- LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-066-87
- LIBERMAN, R.P. *Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients*. Arlington: American Psychiatric Press, Inc., 1988. ISBN 0-88048-201-X

LINCOVÁ, D., FARGHALI, H., et al. *Základní a aplikovaná farmakologie*. Praha: Galén, 2007. Vyd. 2. 672 s. ISBN-13: 978-80-7262-373-0

LÚLLMANN, H., MOHR, K., WEHLING, M. *Farmakologie a Toxikologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. Vyd. 2. 728 s. ISBN 80-247-0836-1

MAJ, M., SARTORIUS, N. *Schizophrenia*. Chichester: Wiley, 2002. vyd. 2, 498 s. ISBN 0-470-84964-9

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. Vyd. 1. 144 s. ISBN 80-7178-700-0

MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. Vyd. 1. , 352 s. ISBN 80-7367-002-X

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. Vyd. 2, 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0

MILLAR, E., WALSH, M. *Mental health matters in primary care*. Nelson Thornes, 2000. 168 s. ISBN 9780748745289

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

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Triton, 2005, vyd. 1, 630 s. ISBN 80-7254-657-0

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. Vyd. 1. ISBN 978-80-7387-253-3

PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK J., MOHR, P., MOTLOVÁ, L., SEIFERTOVÁ, D., ŠPANIEL, F. *Léčíme se s psychózou. Příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Medical Tribune, 2005.

PREISS, M., KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada Publishing, 2006, 362 s. ISBN 80-247-0843-4

RABOCH, J., ANDERS, M., PRAŠKO, J. HELLEROVÁ, P. *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm, 2006. ISBN 80-239-8501-9

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. Vyd. 1. 622 s. ISBN 80-7262-140-8

ROBERTS, G. et. al. *Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. Gaskell, 2006. ISBN 1904671306

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti - obor v pohybu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4

SEDLÁČKOVÁ, D. *Rozvoj zdravého sebevědomí žáka*. Praha: Grada Publishing, 2009. Vyd. 1, 128 s. ISBN 978-80-247-2685-4

SEIFERTO VÁ, D., PRAŠKO, J. HÖSCHL, C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. 472 s. ISBN 80-86694-06-2

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf Jesenius, 2002. Vyd.2. 506 s. ISBN 80-8591-218-X

STRAUSS, A ., CORBINOVÁ, J., *Základy kvantitativního výzkumu*. Boskovice : Albert, 1999. 228s. ISBN 80-85834-60-X

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. Vyd.1, 384 s. ISBN 80-7367-313-4

TROJAN, S. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN: 80-247-1296-2

TŮMA, I. *Schizofrenie a kognitivní funkce*. Praha: Psychiatrické centrum, 1999. Vyd. 1. 48 s. ISBN 80-85121-55-7

VAĐUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. *Kvalita života*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3754-7

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2000. Vyd. 2. 444 s. ISBN 80-7178-496-6

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. Vyd. 1, 524 s. ISBN 80-8178-308-0

VYMĚTAL, J. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001, vyd. 1., 236 s. ISBN 0-71785-61-X

WALDEN, J., GRUNZE, H. *Bipolar Affective Disorders: Etiology and Treatment*. Thieme, 2004, vyd. 2, 92 s. ISBN 3-13-105612-6

ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: UK Praha - Vydavatelství Karolinum, 1996, Vyd. 1, 206 s. ISBN 80-7184-203-6

Přehledové články, články z odborných časopisů

ANTHONY, W.A ., LIBERMAN, R.P., *The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base*. Schizophrenia Bulletin, 1986, vol. 12, no. 4, page 542 – 559

ANTHONY, W.A . *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993, vol. 16, no. 4, page 11-23

FITZGERALD, P.B., et. al., *A longitudinal study of patient- and observer-rated quality of life in schizophrenia*, Psychiatry Research, 2003, roč. 119, č. 1, s.55-62

HEJZLAR, P. *Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách*. Psychiatrie pro praxi, 2009, roč. 10, č. 5, s. 226-230

LIBIGER, J. *Stigma duševního onemocnění*. Psychiatrie, roč. 5, č. 1, 2001, s. 38-40

PATRICK, D.L., DEYO, R.A . *Generic and Disease-specific Measures in Assessing Health Status and Quality of life*. Medical Care, 1989, vol.27, no.3, s. 217-232

PROBSTOVÁ, V. *Rehabilitace : včera, dnes a zítra*. OBAX – Občasný Bulletin Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví, 2003, č. 1, s. 5

SLOVÁČEK, Ladislav et. al. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. Vojenské zdravotnické listy, 2004, roč. 73, č. 1, s. 6-9. ISSN 0372-7025

VACHKOVÁ, L. *Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné*. Psychiatrie pro praxi, 2008, roč. 9, č. 3, 136-140

Elektronické zdroje

MPSV, *Práva duševně nemocných* [online]. 27.4. 2005 [cit. 2011-01-4]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/838>

Quality of Life Research Unit. *The Quality of life model* [online]. Toronto [cit. 2010-09-28]. Dostupné z: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>.

WHO, World health organization, *Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders* [online]. 2007 [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

WHO, World health organization, *Mood (affective) disorders* [online]. 2007 [cit. 2011-02-12]. Dostupné z: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

Legislativa

Deklarace práv duševně postižených - rezoluce schválená Valným shromážděním OSN dne 20.12.1972

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

ZÁKON č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Ostatní zdroje

Informační leták Sdružení Práh – 10 let, 2010

Psychiatrická rehabilitace, Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino Institute Noord-Holland, 2004. s. 7

Výroční zpráva Sdružení Práh, 2002

Výroční zpráva Sdružení Práh, 2004

WHO, *Health promotion glossary*, WHO/HPR/HEP/98.1, Geneva, 1998, 26 s.

WILKEN, J.P., DEN HOLLANDER, D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*, Brno: Sdružení Práh, 1999

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Otázky k rozhovorům

Příloha č. 3: Přepis rozhovorů – text

Příloha č. 4: Práva lidí s duševním onemocněním

Příloha č. 5: Kontaktní údaje – Sdružení Práh

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta
Ústav pedagogiky a sociálních studií
Žižkovo náměstí 5
771 40 Olomouc
Barbora Zavoralová Mořkovská, DiS.



Informovaný souhlas

Název a cíle výzkumu: Kvalita života klientů Sdružení Práh v Brně.

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak služby Sdružení Práh přispěly ke změně životní situace klientů.

Poučení:

Byl/a jsem dostatečně poučen/a o průběhu, cílech a mé účasti v daném výzkumu a souhlasím s vlastní účastí ve výzkumném projektu.

Byl/a jsem informován/a o následujících skutečnostech:

Moje osobní data (jméno atd.) budou důsledně zachována v anonymitě a budou považována za nezveřejnitelné.

Mám možnost výhrad k probíhajícímu výzkumu a mám možnost kdykoliv přerušit spolupráci, případně vzít souhlas s uveřejněním dat zpět.

Souhlas:

Na základě poučení souhlasím s vlastní účastí v daném výzkumném projektu. Souhlas s účastí v daném výzkumu dávám dobrovolně, svobodně a bez nátlaku s vědomím, že účast v daném výzkumu mohu kdykoliv ukončit. Souhlasím s nahráváním interview s výzkumníkem, tak, aby bylo možné jej přepsat a využít jej k výzkumným účelům. Souhlasím, že získaná data mohou být využita a publikována jako součást odborné publikace, vědecké práce, odborného článku, prezentace na konferenci.

V Brně.....

Podpis:

Otázky k rozhovorům

Dobrý den,

V současné době provádím výzkum, jehož cílem je zjistit kvalitu života klientů Sdružení Práh. Jde zejména o zjištění, v jaké míře přispěly služby Sdružení Práh ke změně životní situace jejich klientů.

Ráda bych vám v rámci našeho rozhovoru položila několik otázek, které mi pomohou zjistit, zda ve vašem životě došlo k nějakým změnám a zda se na těchto změnách podílelo i to, že jste se stal/a klientem našich služeb.

V rámci rozhovoru se pokusím zaměřit na jednotlivé oblasti, které utváří komplexnost v lidském životě. Budeme se bavit o životní situaci, o službách Sdružení Práh, hospitalizacích, práci a bydlení.

1. Vlastní hodnocení životní situace

Každý z nás má jiný pohled na to, jak by měl vypadat jeho život a každý si svůj život prožívá po svém. Můžeme mít odlišný názor na to, co je pro nás v životě důležité, co nás činí šťastnými apod.

- Popište mi prosím, jaký byl váš život před navštěvováním služeb Sdružení Práh.
- Sociální služby mohou na řadu z nás působit jako zbytečné, zajímalo by mě proto, zda se váš život změnil tím, že jste těchto služeb začal/a využívat. Popište mi tedy prosím, jak se vám žije nyní, když využíváte služby Sdružení Práh.

2. Sdružení Práh

Cílem mého výzkumu je i poukázat na smysl, význam a kvalitu poskytovaných služeb samotného Sdružení Práh. Za velmi důležitou část považuji i informaci o tom, do jaké míry jste spokojen/a vy s poskytovanými službami Sdružení.

- Pokuste se mi tedy popsat, jak hodnotíte kvalitu poskytovaných služeb na našem pracovišti.

3. Hospitalizace

Zdraví jedince je jedním ze stěžejních ukazatelů, který ovlivňuje váš život. Se zdravím úzce souvisí i potřeba hospitalizací.

- Popište mi prosím, v čem se změnil váš zdravotní stav po tom, co jste začal/a využívat služby Sdružení Práh.
- Zamyslete se nad frekvencí a délkou hospitalizací před navštěvováním služeb.

- Zamyslete se nad frekvencí a délkou hospitalizací během navštěvování služeb.

4. Práce

Pro každého z nás je velmi důležité smysluplně nakládat se svým časem. Díky práci se můžeme cítit prospěšnějšími pro naši společnost, také vytváříme trvalejší hodnoty. Práci rozumím jakoukoliv činnost, která vede k nějakým výsledkům, či k dobrému pocitu, že něco děláme. apod.

- Popište vaše pracovní zkušenosti před navštěvováním služeb Sdružení Práh.
- Popište vaše pracovní zkušenosti během využívání služeb Sdružení Práh
- Uveďte, co se změnilo od té doby, co využíváte služby Sdružení Práh.
- Do jaké míry jste se naučil/a novým dovednostem či jiným návykům?

5. Bydlení

Poslední oblastí, která ovlivňuje kvalitu života jedince je bydlení.

- Uveďte, jak jste bydlel/a před navštěvováním služeb Sdružení Práh. Zaměřte se i na to, co vám dělalo v oblasti bydlení potíže a naopak, co vám šlo?
- Uveďte, jak bydlíte nyní, během využívání služeb Sdružení Práh. *Došlo k nějaké změně?*

Rozhovor č. 1

Komunikační partner č. 1 - M: 45, klient služeb STD, CDS a OSP

Dobrý den, děkuji, že jste si našel čas na náš rozhovor. Cílem mého výzkumu je zjistit, jak hodnotíte svůj život, když navštěvujete služby Sdružení Práh.

Popište mi tedy prosím, jaký byl váš život před navštěvováním služeb Sdružení Práh?

„Tak, můj život nebyl příliš naplněný kontakty s lidmi, se společností, kromě práce na zahradě, která mě baví a různému pomáhání rodičům v domácnosti jsem se celkem nudil.“

Měl jste třeba nějaké kamarády?

„No měl, jenže jsem s nima ztratil kontakt, protože jsem se v roce 1998 přibližně, přestěhoval a tak jsem ty kontakty ztratil.“

Vyhovovalo vám to bez těch kontaktů, měl jste potřebu ty kontakty mít? Chtěl jste se kamarády vídat?

„No chtěl, ale bylo to daleko, tak jsem jim třeba zatelefonoval, přátelům nebo kamarádům. „ Byla ta ztráta kontaktů nějak ovlivněná vaší nemocí nebo to bylo spíš o té nemoci? „No spíš o té vzdálenosti.“

Sociální služby mohou na řadu z nás působit jako zbytečné, zajímalo by mě proto, zda se váš život změnil tím, že jste těchto služeb začal/a využívat. Popište mi tedy prosím, jak se vám žije nyní, když využíváte služby Sdružení Práh.

„Nyní se mi žije o mnoho lépe, když vidím, že na můj zdravotní stav nejsem sám, jsem rád, že existují ochotní a milí lidé, kteří se mi snaží pomoci. Můj život je naplněnější. Jsem rád, že využívám služeb Sdružení Práh a taky jsem si tady našel nové kamarády.“

Cílem mého výzkumu je i poukázat na smysl, význam a kvalitu poskytovaných služeb samotného Sdružení Práh. Za velmi důležitou část považuji i informaci o tom, do jaké míry jste spokojen/a vy s poskytovanými službami Sdružení.

Jak vy sám hodnotíte kvalitu poskytovaných služeb na našem pracovišti?

„Kvalita poskytovaných služeb v os. Práh je myslím si na velmi dobré úrovni.“
Co se vám tady hodně líbí, co vám vyhovuje? „Kvalitní a dobrý mi připadá přístup pracovníků s. Práh. No a je to na kvalifikované úrovni, jsou sympatičtí.“

Popište mi prosím, v čem se změnil váš zdravotní stav po tom, co jste začal využívat služby Sdružení Práh.

„Můj zdravotní stav se o hodně zlepšil, v současné době je jakžtakž stabilizovaný. Jsem klidnější, lépe spím a mám optimističtější pohled na život. Chci dodat, že se mi zlepšil spánek, ale občas tam mám výkyvy, že se často budím.“ **Co způsobuje ty výkyvy?** *„Těžko říct, nemám to zmapované.“*

Kolikrát jste byl hospitalizovaný před navštěvováním služeb?

„Před navštěvováním služeb jsem byl 5x dlouhodoběji hospitalizován.“

A nyní, kolikrát jste byl hospitalizován od té doby, co navštěvujete Práh?

„Během navštěvování služeb jsem již nebyl hospitalizován, jsem tomu moc rád.“

Jaké byly Vaše pracovní zkušenosti před navštěvováním služeb Sdružení Práh?

„Před navštěvováním služeb Sdružení Práh jsem trvale nepracoval, nejdřív jsem chodil sem do Prahu do zájmových kroužků – to je do kreslení a do keramiky. Později jsem začal chodit do šicí dílny, kde jsem se naučil tkát koberce na tkalcovském stavu a šít základní výrobky na šicím stroji. Nyní pracuji na recepci. Díky nácviku komunikačních dovedností a práci na recepci jsem se naučil lepší komunikaci s lidmi. Život se mi zdá smysluplnější a naplněnější, že můžu taky částečně něco dělat pro společnost, do které jsem zapojen.“

Jestli jsem to dobře pochopila, než jste chodil do Prahu, soustavně jste nepracoval, nyní když chodíte do Prahu, máte pravidelnou činnost, docházíte pravidelně? *„No, 3x týdně, vlastně onemocněl jsem v roce 1992 jako psychicky, pak jsem ještě pracoval normálně, ale bral jsem léky a v roce 1998 mi byl přiznán PID a od té doby jsem už nepracoval.“*

Chtěl byste si ještě někdy najít práci – na otevřeném trhu práce nebo v chráněné dílně? *„Teď na chráněném místě jsem, ale to ještě nevím.“* **Vyhovuje vám to tak, jak to je?** *„No, jo.“*

Jak jste bydlel/a před navštěvováním služeb Sdružení Práh. Zaměřte se i na to, co vám dělalo v oblasti bydlení potíže a naopak, co vám šlo?

„Tak já jsem zvládal úplně všechno, to mi nedělalo problémy bydlet, žít.“

Došlo k nějaké změně během navštěvování služeb? *„Ne, nedošlo.“*

Vy vlastně nevyužíváte služby podpory bydlení, je to tak? *„Ano.“*

„Ještě mám k bydlení něco, nedávno jsem se přestěhoval s přítelkyní z Tišnova do Brna, takže už nemusím do Sdružení Práh dojíždět vlakem. Nové bydlení je o mnoho lepší, moc se mi líbí.“

Takže je možné, že ubyl stres z toho, že to máte blíž? Jojo, určitě.

Chcete k našemu rozhovoru ještě něco doplnit? „Ne, to je všechno.“

Děkuji Vám za Váš čas a za rozhovor. „Není zač.“

Rozhovor č. 2

Komunikační partner č. 2 - M: 30, klient služeb CDS a STD

Dobrý den, jsem ráda, že jste se rozhodl účastnit mého výzkumu, jehož cílem je zjištění kvality života klientů Sdružení Práh.

Jaký byl Váš život před navštěvováním služeb Sdružení Práh?

„No, ještě než jsem onemocněl, tak jsem chodil do školy, to bylo všechno v pohodě, chodil jsem na vejšku, do prváku. A pak jsem onemocněl. Dostal jsem schizofrenii. Pak už sem musel školu skončit a zůstal sem doma. Chvíli sem zkoušel roznášet letáky, ale to bylo hrozně namáhavý. Když sem byl doma, tak se mi nic nechtělo, ležel sem třeba na posteli, celý den.“

Měl jste nějaké zájmy?

„No, jen jsem koukal na telku nebo na filmy na počítači, jinak sem nic nedělal, nic mě nebavilo a taky sem byl pořád unavenej.“

Měl jste kamarády, se kterými byste se vídal?

„Když sem chodil ještě do školy, tak sem kamarády měl, to sme třeba šli na pivo a tak. No ale potom, jak sem byl doma, já se bál chodit mezi lidi. Oni mě kamarádi zvali, ať jdu s nima, ale to nešlo, tak sem ty kontakty nějak ztratil. Doma to taky bylo blbý, naši mi pořád nadávali, že se jen válim, že sem línej.“

Popište mi tedy prosím, jak se vám žije nyní, když využíváte služby Sdružení

Práh? *„Tak teď je to lepší, chodím každej den do Prahu, pracuju v dílně, chodím i s Pohodou na nějaký akce. Hlavně mám nějaký pravidelnej režim. Někdy je to teda docela náročný, vstát z postele a jít do práce. Taky sem si tady našel nový kamarády, chodíme spolu třeba na koncerty a tak. Sem rád, že si tady můžu s někým popovídat, že je tady spousta lidí, jako myslím klienti, ale i třeba pracovníci, že je s nima prostě dobrej pokec. No a s mojí pracovníci si hodně povídáme i o mojí nemoci, tak sem pochopil, co to vlastně mám, že to jak se mi nic nechce a tak, že to je prostě ta nemoc.“*

A taky sem rád, že sem můžu chodit, když se mi nechce bejt doma, někdy se s našima pohádám a to mám pak blbou náladu, a tady na to můžu zapomenout a je mi líp.“

A jak to teď vypadá u vás doma, ještě vám rodiče nadávají, že jste líný?

„Tak občas jo, když se mi nic nechce, ale moje pracovnice našim vysvětlila, že nejsem líný, že to je ta moje nemoc, tak myslím, že i naši sou takoví trpělivější. Ale pořád mě nutí pomáhat a tak.“

Cílem mého výzkumu je i poukázat na smysl, význam a kvalitu poskytovaných služeb samotného Sdružení Práh. Za velmi důležitou část považuji i informaci o tom, do jaké míry jste spokojen/a vy s poskytovanými službami Sdružení. Popište mi prosím, jak hodnotíte kvalitu poskytovaných služeb na našem pracovišti? *„To já si teda myslím, že tady v Prahu nám fakt všichni pomáhaj. Ty služby tady sou určitě kvalitní, hlavně pracovníci, sou hrozně ochotní a příjemní. Je skvělý, že nemusim sedět doma a že můžu něco dělat. Naučil sem se tady hlavně dodržovat pravidla.“* **Myslíte, že jste dostatečně informovaný o službách Sdružení, o novinkách apod. ?** *„Jo, to si myslím, že jo. Hodně věcí je na nástěnkách, třeba vim, jak si můžu stěžovat, na nástěnce v dílně máme pravidla a tak.“*

Jste spokojený s nabídkou služeb Sdružení?

„Jo to určitě sem, těch aktivit je dost, někdy ani nevim, co si mám vybrat. Třeba na výlety, to se mi nechce, to je na mě moc náročný, ale je dobrý, že je tady taková možnost. A taky je dobrý, že dostávám za práci zaplaceno, je to jako hrozně málo, ale je to dobrý.“

Popište mi prosím, v čem se změnil váš zdravotní stav po tom, co jste začal využívat služby Sdružení Práh.

„Já sem byl předtím v léčebně jen dvakrát, hned po sobě,, jednou to bylo když sem onemocněl, pak hned nějak na to , to už si nepamatuju. Teď od té doby, co chodim do prahu sem nebyl v léčebně. A sem rád. Určitě se cejtím mnohem líp, než když sem byl pořád doma, na jednu stranu se mi nikam nechtělo, ale když to vidim teď, tak teď sem na tom líp.“

Rozumím tomu tak dobře, že se cítíte v lepší psychické pohodě?

„Jojo, to určitě, nemám takový depky a tak. Taky se tady hodně bavíme o mojí nemoci a hodně věcem sem začal rozumět.“

Jakým věcem jste začal rozumět? „No třeba jsem se dozvěděl, co ta schizofrenie vlastně znamená, že to, že jsem líný je vlastně ta nemoc a že ta hypobolie, co podle doktorky mám je oslabená vůle.“

Jaké byly Vaše pracovní zkušenosti před navštěvováním služeb Sdružení Práh?

„Jak už sem říkal na začátku, já chodil do školy, než sem onemocněl a pak sem měl jen nějaký brigády, to roznášení letáků a tak, ale to sem nezvládal.“

Co přesně jste nezvládal? „Hlavně to chození po barákách, to bylo hrozný, taky sem toho musel stihnout hodně za krátký čas, tak i vstávání ráno bylo hrozný. No a vůbec donutit se vyjít z domu. Potom to už za mě dělal tatka když sem nemohl a pak už sme to museli zrušit úplně.“

A jaké jsou Vaše pracovní zkušenosti nyní, během využívání služeb Sdružení Práh? „No tak já teď chodím do dílny, jsem spokojenej, mohli by mi teda víc zaplatit. Je hlavně dobrý, že když potkám třeba bývalý spolužáky, tak mi bylo prostě blbý jim říct, že jsem v důchodu, že vlastně nic nedělám. Tak teď jim můžu říct, že něco dělám, že chodím do práce. Sice už pak nerozebírám to, kam chodím, ale zní to prostě líp, že se neflákám.“

Co se změnilo od té doby, co využíváte služby Sdružení Práh?

„Toho se změnilo hodně, hlavně musím vstávat, někdy třeba i vstávám v osm nebo v devět, to je hrozně brzo. Taky bych časem chtěl přejít do kavárny, tam je to náročnější. Taky sem dostal do svého života řád, vím, že musím vstát, protože musím jít do dílny, taky se musím včas vypravit z domova.“

Do jaké míry jste se naučil/a novým dovednostem či jiným návykům?

„Naučil sem se hlavně dodržovat pracovní náplň, musím vstávat tak, abych stihl přijet do dílny, to je někdy docela náročný, no a pak taky sem se naučil nějaký jednoduchý kancelářský práce. Taky hodně mluvím s lidma, musím je třeba oslovit a zeptat se jich, kam jdou a zapsat je do knihy příchodů a odchodů. Jinak sem se částečně naučil asertivitu, byl jsem na nácvicích komunikace.“

Jak jste bydlel před navštěvováním služeb Sdružení Práh. Zaměřte se i na to, co vám dělalo v oblasti bydlení potíže a naopak, co vám šlo?

„Tak to já sem doma nic nedělal, maximálně mě mamka nutila utřít nádobí nebo vysát. Řekl bych, že mi nic nešlo.“ (smích)

A jak bydlíte nyní, během využívání služeb Sdružení Práh?

„Tak bydlím pořád stejně, s našima. Ke změně asi nedošlo, pořád nic moc nedělám, občas teda pomůžu s nádobím a vysaju. Mamka na mě už tolik ale netlačí, jak předtím. To je dobrý. Ale vařit pořád neumím, prát taky ne, z toho mám strach, to bych se chtěl naučit“

Je ještě něco, co byste chtěl k našemu rozhovoru doplnit?

„Asi jenom to, že sem rád, že sem můžu chodit, pracovníci jsou mladý a to je fajn, můžu si tady taky popovídat s kamarádka. Sem rád, že nesedím celý dny doma, vždyť já třeba když mám přes Vánoce volno, tak nevím, co bych dělal.“

Děkuji za rozhovor. *„Nemáte zač.“*

Rozhovor č. 3

Komunikační partner č. 3 - Ž: 40, klientka služeb SC a STD

Dobrý den, děkuji, že jste souhlasila s účastí na mém výzkumu. Ve své práci se věnuji zjištění kvality života klientů Sdružení Práh. Proto je pro mě důležité zjistit, jak hodnotíte svou životní situaci.

Popište mi prosím, jaký byl váš život před navštěvováním služeb Sdružení Práh.

„Tak, můj život se skládal z toho, že jsem byla dost osamělá, jsem ráda, že jsem v Prahu, protože už nejsem tak sama, cítila jsem se předtím osamělá, léčba spočívala v užívání léků, neměla jsem žádného psychologa, který by mě psychicky rozebral.“

Takže jste žila sama, měla jste nějaké kamarády nebo známé? *„Neměla.“*

Sociální služby mohou na řadu z nás působit jako zbytečné, zajímalo by mě proto, zda se váš život změnil tím, že jste těchto služeb začal/a využívat. Popište mi tedy prosím, jak se vám žije nyní, když využíváte služby Sdružení Práh?

„Podstatně líp, protože jsem v dobrém kol., jsou tady příjemný lidi.“

Už máte nějaké kamarády? *„Už mám.“*

Našla jste si kamarády i tady v Prahu? *„Tady v Prahu a ještě na odd. na psychiatrii.“*

Cílem mého výzkumu je i poukázat na smysl, význam a kvalitu poskytovaných služeb samotného Sdružení Práh. Za velmi důležitou část považuji i informaci o tom, do jaké míry jste spokojen/a vy s poskytovanými službami Sdružení.

Popište prosím, jak hodnotíte kvalitu poskytovaných služeb na našem pracovišti? „*Já si myslím, že tady v Prahu je to takový útulný, je mi tady dobře, protože naši nadřízení jsou hodní, a celkově jsou tady dobré spolupracovnice a celkově se mi tady líbí.*“ **Popište mi prosím, do jaké míry jsou služby kvalitní.** „*Já si myslím, že služby jsou kvalitní, vy se snažíte nám vyjít vstříc a snažíte se nám pomáhat*“

Popište mi prosím, v čem se změnil váš zdravotní stav po tom, co jste začala využívat služby Sdružení Práh? „*Teďka žádná změna není, předtím jsem byla hospitalizovaná každý rok, protože jsem měla problémy se synem ve škole, ovlivnilo mě to psychicky.*“ **Jak je to nyní?** „*Zdá se, že syn šel do sebe, jsem klidnější.*“ **Změnila se frekvence hospitalizací?** „*Každý rok.*“ **Takže to zůstalo stejné?** „*Ano*“

Popište vaše pracovní zkušenosti před navštěvováním služeb Sdružení Práh? „*Já jsem těsně po maturitě pracovala v jeslích u malých dětí jeden rok. No a potom jsem otěhotněla a hodně jsem krvácela, tak mě paní doktorka nechala na rizikovém těhotenství a potom jsem po MD pracovala v zastávce u Brna na brigádě, 2 měsíce. A potom, protože jsem to už nevládala psychicky, doktoři mi dali ID.*“

O jakého roku máte ID? „*Od r.1996.*“

Takže od roku 1996 jste nepracovala a byla jste v ID? „*Ano.*“

Popište prosím vaše pracovní zkušenosti během využívání služeb Sdružení Práh. „*Tak já si myslím, že se změnilo to, jak se celkově, jak aj lidi, kteří chodí do práce, že si lidi víc váží své práce, aby o ní nepřišli. Já jsem v Prahu velmi spokojená, protože dělám práci, která mě velmi baví.*“

Do jaké míry jste se naučil/a novým dovednostem či jiným návykům?

„*Tak to nemůžu posoudit.*“ (smích)

Tak zkuste říci, co jste se naučila. „*Medvídky.*“

Medvídky jste se naučila šít? „*Ano.*“ **Co ještě jste se naučila?** „*Teď se učím pejska Edu.*“

Kromě výrobků, naučila jste se jiným dovednostem? Tím rozumíme např. dodržování pracovní doby, dodržování přestávek, omluvit se, pokud se nemohu do dílny dostavit apod?

„Naučila. Žít tak, abych nenarušovala pohodu a pracovní režim. Taky jsem se naučila líp komunikovat, jsem ráda, že umím odmítnout něco, co nechci, když mi třeba někdo nabízí nějakou voňavku nebo krém tam v podchodu, tak jsem se naučila na nácviku komunikace to odmítnout. A taky jsem se naučila, že nemám špatný pocit z toho, že to takhle odmítnu. To je ta asertivita, co jsem sem tady naučila.“

Nyní přejdeme k oblasti bydlení, jak jste bydlela před navštěvováním služeb Sdružení Práh? Zaměřte se i na to, co vám dělalo v oblasti bydlení potíže a naopak, co vám šlo?

„Tak já jsem když jsem byla vdaná, žila jsem v domě svého manžela, bydleli jsme se starou babičkou, bohužel jsme si nepadli do oka. Potom jsem se přestěhovala ke svým rodičům a teď žiju u svých rodičů.“

Uveďte, jak bydlíte nyní, během využívání služeb Sdružení Práh. Došlo k nějaké změně?

„ Snažím se vyhýbat rodičům, když jsou opilí. Je tady změna, když jsem byla sama, měla jsem vlastní domácnost, teď mám všechno dohromady se svými rodiči a musím se přizpůsobovat a vařit jinak, než jsem byla zvyklá v manželství.“

Rozhovor č. 4

Komunikační partner č. 4 – Ž: 46, klientka služby STD

Dobrý den, děkuji Vám, že jste souhlasila s účastí na mém výzkumu. Cílem výzkumu je zjištění kvality života klientů Sdružení Práh – tím myslím např. to, jak jste se svým životem spokojená atd.

Jaký byl váš život před navštěvováním služeb Sdružení Práh?

„Tak, můj život jako od 20 let, jsem vlastně pracovala normálně, takže to s tím nemůžu srovnávat, jaký byl vlastně, protože to jsem chodila do zaměstnání, měla jsem nějaké postavení, rodinu, všechno. Potom před 3 lety se situace vyhrtila tak, že jsem musela být hospitalizována a tím se všechno vlastně změnilo. Musela jsem odejít do ID, takže jsem práci ztratila, se synem už vlastně žijeme odděleně, ale zase jsem získala přítele, který mě hodně podrží v těch špatných situacích.“

Takže když po hospitalizaci jsem dostala kontakt na Sdružení práh kterého jsem využila a bylo mi nabídnuto místo v STD šicí, a to jsem šila, protože bych se doma nudila, tak aspoň přijdu mezi lidi, tak jsem toho využila, a zapojila jsem se nějak v té šicí dílně.“

Jestli tomu dobře rozumím, před 3 lety jste onemocněla? *„Ne to ne, onemocněla jsem v 19 letech , jsem byla už asi 8x hospitalizovaná.,17 let jsem měla pokoj, to jsem byla stabilizovaná, chodila jsem normálně do práce.“*

Pak se tedy ta situace zhoršila tak, že jste dostala ID? *„Ano“*

Chodila jste někam pravidelně? *„Chodila jsem po propuštění 3 měsíce na denní stacionář na Zahradníkovu a po stacionáři jsem nastoupila sem.“*

Sociální služby mohou na řadu z nás působit jako zbytečné, zajímalo by mě proto, zda se váš život změnil tím, že jste těchto služeb začal/a využívat. Popište mi tedy prosím, jak se vám žije nyní, když využíváte služby Sdružení Práh?

„No, musím ráno vstát, protože jak je takový řád a mám radost když před sebou vidím nějaký ten výrobek, protože doma bych jen ležela a nepřinutila bych se něco dělat.“

Když se zamyslíte nad tím obdobím co bylo před 3 lety a co je teď, došlo ve vašem životě k nějaké změně nebo je to stejné?

„Tak tou návštěvou Prahu se vlastně ta situace zlepšila, je to lepší. Mám možnost si promluvit, když mám nějaké problémy, můžu si promluvit s asistentem, jsem vždy vyslyšena, můžu se poradit.“

Využíváte i jinou službu než STD ? *„Ne.“*

Jak hodnotíte kvalitu poskytovaných služeb na našem pracovišti? *„Tak, v první řadě je to asi že pracovníci Sdružení práh jsou kvalifikovaní, že mají k těm lidem přístup, snaží se jim pomoci.“*

Takže je to přístup pracovníků, co třeba prostředí? *„Já mám možnost posoudit to jen v dílně a v dílně je to myslím vyhovující.“*

Myslíte, že jste dostatečně informovaná o tom, co se v Prahu děje? *„Jo, na nástěnkách je dost informací, když se třeba člověk zajímá o nějaký kroužek, tak si může vybrat.“*

Co se týče aktivit samotné dílny? *„To vlastně taky, výlety, divadla, s tím jsem spokojená.“*

Popište mi prosím, v čem se změnil váš zdravotní stav po tom, co jste začal/a využívat služby Sdružení Práh.

„Tak před 3 lety než jsem se dostala do léčebny jsem chodila do práce, ale už jsem nemohla vykonávat pořádně svou práci, nemohla jsem spát, strašně jsem zhubla a už to bylo neúnosný. Pak jsem se seznámila s přítelem, to jsem v té době prožívala strašnou depresi, celé dny jsem ležela a on když odjel na služební cestu tak ani telefony jsem nebrala, nic. Tak potom jsem byla přímo od paní dr. Poslána do léčebny, byly to těžké deprese. V průběhu léčby se objevila mánie, ale to jsem nějak překonala a teď mi to pomáhá ta práce v dílně že mám radost, že něco vyrobím, udělá mi to radost, promluví si s někým.“

Rozumím tomu tak, že to docházení do dílny má vliv na vaši celkovou pohodu?

„Ano.“

V průběhu docházení do Prahu, byla jste hospitalizovaná? *„Nebyla, pouze jsem byla 1x na denním stacionáři.“*

Jak dlouhé byly hospitalizace? *„Kolem 3 měsíců, v léčebně. Ze začátku když mi bylo 19, tak jsem byla v Bohunicích, pak před porodem, to jsem tam byla 14 dní.“*

Nyní přejdeme k oblasti práce. Jaké byly Vaše pracovní zkušenosti před navštěvováním služeb Sdružení Práh?

„Tak já jsem pracovala předtím, než jsem dostala ID před 3 roky. Pracovala jsem jako ekonomka ve fakturaci, takže jsem byla v kanceláři, je to něco jiného, než dělám teď. Já jsem šít nikdy neuměla, bylo to pro mě tady celkem nové, i když něco jsem za svůj život zkoušela šít.“

Změnilo se něco od té doby, co navštěvujete Sdružení, v pracovní oblasti, naučila jste se nějaké nové pracovní zkušenosti?

„Já si myslím, že když to srovnám s tím, co bylo na začátku a teď, to už budou 2 roky, tak že za ty 2 roky jsem se už něco naučila, je to lepší, než to bylo na začátku.“

Kromě dovedností při šití na stroji, je nějaká nová dovednost, kterou jste se tady naučila nebo si obnovila?

„Ten kurz asertivity jak byl na dílně, nácvik komunikace, to mi pomohlo.“

Našla jste si tady i nějaké nové známé nebo kamarády?

„To taky, na dílně.“

Máte dobrý pocit z odvedené práce, přestože to není placená práce?

„Mám z toho dobrý pocit, když se mi něco podaří, když je o ty výrobky zájem, když vidím, že se prodají, tak mám z toho dobrý pocit.“

Uved'te, jak bydlíte nyní, během využívání služeb Sdružení Práh. Došlo k nějaké změně? „Já jsem bydlela s přítelem už předtím, než jsem přišla do Sdružení. V bydlení nepotřebuji žádnou podporu.“

K otázkám, které jsem měla připravené je to všechno, chtěla byste ještě něco doplnit, napadlo Vás ještě něco ,co byste chtěla říct?

„Já si myslím, že tyhle služby jsou velmi významné pro řadu lidí, protože jsou lidé, kteří jsou sami a nemají si možnost si s kým povykládat, sdělit si své zážitky nic. Tak si myslím, že třeba lidi v té Pohodě si mohou popovídat s psychologem, nebo v ty dny co se tady vaří, se naučí vařit, to si myslím, že to je taky důležité. Já jako v téhle oblasti si stěžovat nemůžu, protože mám toho přítele, syna a maminku, já v téhle oblasti pomoci nepotřebuju.“

Dokázala byste shrnout, v čem vám Sdružení Práh pomohlo?

„Tak naučila jsem se částečně šít, nebo nemůžu říct, že už to umím, taky v tom nácviku komunikačních dovedností jsem trochu získala v té asertivitě.“

Rozhovor č. 5

Komunikační partner č. 5 - Ž: 35, klientka služeb SC, CDS, STD

Popište prosím, jaký byl váš život před navštěvováním služeb Sdružení Práh?

„Takže , já jsem začala navštěvovat Sdružení Práh až poměrně pozdě od té doby kdy u mě byla dg. Moje nemoc a myslím si, že to bylo hlavně proto, že já jsem vždycky měla problém s autoritami nebo s institucemi a takže když jsem poprvé asi v roce 2000 navštívila Práh, tak jsem usoudila, že mi práh nic nenabízí,tak jsem odešla. Můj život potom taky podle toho vypadal. Hodně jsem se uzavřela do sebe, nikam jsem nechodila, byla jsem doma s mámou a potom se to trochu změnilo a to jsem zase utíkala od rodičů, bydlela jsem u kamarádů, vedla jsem takový život, možná i nebezpečný by se dalo říct. Později jsem měla pocit, že takový si žít úplně nemůžu, že bych s tím životem měla něco udělat, tak jsem si začala hledat nějakou organizaci a napadl mě samozřejmě i ten Práh. Když jsem začala chodit do Prahu, nevím přesně ten rok, ale bylo to skoro 10 let vlastně po tom, co jsem byla v prahu poprvé, tak se ten můj život opravdu v něčem zlepšil. Tak předtím, než jsem začala chodit do Pohody a později do STD, neměl ten můj život žádnou, takovou, žádný režim, žila jsem, nevím, myslím, že to bylo špatný, jak jsem žila, já na to hrozně nerada vzpomínám, protože opravdu i tady, když sedíme v té posluchárně a já můžu vám

povídat něco o svém životě, cítím se bezpečně a v poslední době si čím dál víc uvědomuju, jak moc je pro mě ten práh důležitý.“

Jak jste to měla s kamarády. Měla jste kamarády, byla jste v téhle oblasti spokojená?

„Od té doby, co jsem přestala pracovat, tak jsem najednou byla úplně sama, neměla jsem žádné kamarády, byla jsem doma pořád, koukala jsem na HBO, od rána do večera jsem sjížděla nějaké filmy a nějaký seriály, nic jsem nedělala, mamce jsem nepomáhala, prostě bylo to hrozný. Kamarády jsem začala mít až později, když jsem se seznámila s nějakými lidmi, a to vždycky taky nebylo úplně dobrý, z mého hlediska, když tady tak sedím, já ty kamarády mám pořád, ale v některých věcech máme rozdílný názor na věc. Oni mě pozvou na pivo nebo na kofolu, pokecáme, aj holky, pár lidí se setkáme a pro mě je to zase dobrý že vidím, jak žijou lidi, který nemaj schizofrenii, ale oni to mají dneska těžký všichni, myslím, že všichni mají starosti, a dřív jsem nemohla pochopit, proč mám tu nemoc hroznou, proč mám schizofrenii, dnes si říkám, že všichni mají problémy a není to sranda dneska vůbec.“

Sociální služby mohou na řadu z nás působit jako zbytečné, zajímalo by mě proto, zda se váš život změnil tím, že jste těchto služeb začal/a využívat. Vy jste vlastně říkala, že na začátku jste měla pocit, že vám práh nemůže nějak pomoci, potom jste se sem vrátila. Popište mi tedy prosím, jak se vám žije nyní, když využíváte služby Sdružení Práh.

„Takže do s. p. jsem začala chodit asi před 2 rokama nebo 3, nejdřív jsem začala chodit do CDS , kde je klub pohoda, a byla jsem moc ráda, stanovila jsem si dny, kdy budu navštěvovat pohodu a hodně mi vyhovují zaměstnanci a lidé, kteří Pohodu vedou a kteří s námi trávili volný čas v klubu, nebo samozřejmě tam je i spousta jiných věcí, které nabízí CDS, včetně třeba vaření, ti je u nás celkem populární záležitost, kdy si klienti nakoupí a potom pod vedením zaměstnance uvaří jednou za týden jídlo, které si potom společně sní, je u toho legrace, je to opravdu dobrý, hrozně mě to baví. Jsem ráda i za Pohodu, což je klub, kde se setkávají klienti s pracovníkem nebo s dobrovolníky a já jsem potom začala chodit i do dílny STD – já jsem začala chodit přímo do Bazalky, což je taková umělecky zaměřená STD. Tam jsem začala mít pocit, že konečně něco vytvářím, protože já jsem si řekla před několika lety, že už se tak nebudu trápit tím, že nedělám nic intelektově na výši, že se budu spíš věnovat tomu dělat něco rukama, něco vytvořit, a i když je to úplná

maličkost nebo tak, prostě, netrápit, hlavně se netrápit, že mám tu nemoc a některé věci nemůžu. Spíš se s tím smířit, a potom, třeba, je spousta lidí, který si rádi popovídají, mě třeba zajímá, co si lidi myslí a ráda někoho vyslechnu a řeknu mu svůj názor, to já mám svůj vnitřní úkol nebo pocit, že když si někdo potřebuje vypovídat, takže ho klidně vyslechnu, tak mi to nevadí. Ale já jsem asi odběhla úplně někam jinam.“

Nevadí. Zkuste mi shrnout tu největší změnu, kterou sledujete oproti vašemu životu předtím, než jste začala chodit do Prahu, kde vidíte rozdíl?

„Tak ta základní věc o které vždycky mluvím tak je režim. Protože když chodíte do práce, záleží do jaké, ale jako většinou tam je nějaký režim, že ráno vstanete, jdete do práce, něco děláte, vrátíte se zase. A tady ten režim prostě života většinou v určité fázi nemoci, schizofrenie, zjistí každý, že mu to nefunguje nějak. A že je dobré nějak to možná i uměle ale prostě hlavně to nějak změnit. Takže pro mě to, že můžu chodit do Prahu je důležité to, že můj život má nějaký režim. Potom jsou to kamarádi, nebo lidi, který mám ráda, který chodí do dílny, do klubu, pozdravíme se, povykládáme, takže i nějaká ta komunikace, já třeba nevypadám, jakože mám problém s komunikací, ale někdy taky, když mi není dvakrát dobře, tak nemluvím, stáhnu se do sebe a myslím si, že hlavně ten režim a potom taky, že si můžu povykládat s lidma, kteří mají stejný problém a taky že jsou tady lidi, kteří mají rádi to pejskaření, takže si popovídáme o pejskách., já si takhle nemám s kým propovídat o pejskách, takže to je fajn no.“

Změnil se váš pohled na vaši nemoc?

„Určitě, já jsem si tady hodně uvědomila, že je tady spousta lidí, kteří mají tu nemoc, kterou já jsem tak nesnášela, kterou jsem si nechtěla přiznat a připustit a tady je tolik lidí, kteří si tím museli projít, a možná měli jednodušší cestu než já nebo spíš takovou povahu, že to zvládli líp. Já jsem vždycky říkala tady paní ředitelce Prahy, že já jsem vždycky přišla, odprezentovali jsme Lávkou a já šla domů. A já jsem paní ředitelce řekla, to tak není, já na tom nejsem dvakrát líp než oni, to že oni chodí do Prahu vůbec není, že já bych byla v pohodě, a oni by na tom byly hůř, a protože jsou na tom hůř, tak musí chodit do Prahu a teď mi došlo, že to tak není, když vidím ty lidi a prostě máme společnej problém, jmenuje se schizofrenie, všichni se nějak snažíme a bojujeme a je bezva, že jsou tady lidi, kteří nám chtějí pomoci jo, že opravdu i za pár peněz tady pracujou prostě proto, abychom my se měli líp jako, což je fajn....“

Děkuji, pomalu jsme se dostali k další otázce. Cílem mého výzkumu je i poukázat na smysl, význam a kvalitu poskytovaných služeb samotného Sdružení Práh. Za velmi důležitou část považuji i informaci o tom, do jaké míry jste spokojen/a vy s poskytovanými službami Sdružení. Jak tedy hodnotíte kvalitu poskytovaných služeb na našem pracovišti. V čem tu případnou kvalitu vidíte?

„Tak jako právě od té doby, co teď podruhé chodím do Prahu, tak jsem opravdu spokojená moc s tou kvalitou, protože mi přijde, že ti zaměstnanci a pracovníci, co tu s námi pracují nějakým způsobem, takže opravdu jsou všichni na svém místě, že to jsou jako opravdu profesionálové a zároveň mají cestu k lidem, nevyvyšují se, nedělají z nás děcka, nedělají z nás malý děcka. Teď, co je tady za lidi, nevím jak to bylo vždycky, ale teď opravdu já jsem hrozně spokojená a mám tady aj takové srdeční záležitosti, že některý lidi mám opravdu moc ráda jako, já teď nemám žádnou kritiku, jsem ráda, že jsou tady některý lidi.“

Popište mi prosím, v čem se změnil váš zdravotní stav po tom, co jste začal/a využívat služby Sdružení Práh. Zda došlo ke změně v tom, jak často jste byla hospitalizovaná apod. ?

„Tak já mám tuhle otázku celkem promyšlenou, protože je pravda, že vlastně od té doby, co chodím do Prahu jsem nebyla hospitalizovaná, což jsou 3 roky. Fakt je, že to souvisí i s tím, že mi poupravili medikaci v nemocnici, takže to samozřejmě souvisí s lékama. Ale já si myslím, že velký podíl, velkou část na tom má i Sdružení Práh, protože když jdete do Prahu, tak nejste doma, kde třeba ta situace nebyla vždycky tak příznivá, máte kam utýct, takže když můžu odejít do Prahu.... Takže, to je další věc, ty léky, to zázemí doma, no, potom ten život začal mít i nějaký takový smysl, jsou to maličkosti, ale prostě přijdu do Prahu, jdu do Pohody, jdu do Bazalky, popovídám si s někým, s V. se domluvíme, že zajdeme na čokoládu no a musím říct, že se cítím psychicky mnohem líp.“

Jak často jste byla hospit. předtím, než jste byla předtím, než jste navštěvovala práh?

„No já jsem byla tak jednou za dva roky hospitalizovaná a bylo to hodně často, protože já jsem nechtěla brát léky, já jsem se nechtěla léčit, takže jsem začala brát nějaký léky, co mi doktor předepsal, pak se mi udělalo dobře, tak jsem je zas pak přestala brát, skončila jsem v nemocnici, oni vůbec nevěděli, co se mnou mají dělat...“

Popište vaše pracovní zkušenosti před navštěvováním služeb Sdružení Práh. Chodila jste do práce předtím, než jste dostala ID?

„Ano, chodila, chodila jsem do práce a nejdřív jsem byla v práci 3 roky a potom, já to nechci nějak to detailů rozebírat, takže jako pak jsem to už nezvládala, já jsem byla na lékách, samozřejmě jsem to neřekla, že beru ty léky, ta práce byla velmi namáhavá, náročná jak psychicky tak fyzicky, jsem byla hrozně unavená, místo abych si šla lehnout, tak jsem šla zase pracovat a do práce až jsem skončila v nemocnici. Ale já už jsem předtím byla léčená, ale jako nějakou pracovní zkušenost už mám.“

A jaké jsou vaše pracovní zkušenosti během využívání služeb Sdružení Práh? Vy jste vlastně klientka STD, zkušenost s pracovním prostředím už máte, popište, do jaké míry jste se naučila nějakým novým dovednostem apod.

„Tak naučila, nebo učím se takové ty věci jako přijít ráno někam, přijít včas někam, nachystat si věci, nachystat si svačinu, ale jak říkám, já už se do práce moc nehrnu, já mám z toho spíš strach. Proto je pro mě ta STD takové hájemství, takové místo, kam můžu přijít, nevím, jestli bych zvládla ještě pracovat. Ono to tak nevypadá ale já opravdu mám hodně ty problémy, ty negativní vlastnosti té schizofrenie, že je to síla no, tak su ráda, že můžu chodit do Prahu. Někde si hledat práci, do toho bych nešla.“

Máte dobrý pocit z toho, že tady něco vytváříte, že se vaše výrobky prodávají, jaký z toho máte pocit?

„Jojo, je to fajn, vždycky když se s holkama pobavíme, co se prodalo, že si někdo něco koupil, určitě no, já mám vždycky akorát strach, že nebudu mít co dělat, až všechno vytvoříme, takže nebudu vědět, co mám dál vytvářet.“

Uveďte, jak jste bydlel/a před navštěvováním služeb Sdružení Práh. Zaměřte se i na to, co vám dělalo v oblasti bydlení potíže a naopak, co vám šlo?

„Takže já jsem nejdřív bydlela u mámy, v podstatě jak jsem byla uzavřená sama do sebe po hospitalizaci, hodně času jsem bydlela u mámy, nic jsem nedělala, nic jsem nepomáhala, byla jsem úplně hrozná, ale bylo mi prostě špatně, takže já to chápu. A potom, když se mi udělalo trochu líp, tak jsem začala hledat různý podnájem hlavně abych nebydlela s rodinou, protože tam ty poměry nebyly úplně dobré, a takže jako nějakou dobu jsem bydlela třeba u kamarádů nebo na privatě, ale třeba teď bydlím zase s mámou a změnilo se to hodně v tom, že se snažím něco dělat, že se snažím pomáhat, mám někdy strach, že nevím, co bude dál, kde budu bydlet, až nebudu mít

rodiče, mám za takových věcí strach, protože se o tom doma moc nemluví. Ale jak říkám, převažovalo to, že sem bydlela u rodičů.“

Je nějaká dovednost, kterou jste se tady v prahu naučila kterou jste nezvládala předtím, říkáte, že chodíte na vaření. Uměla jste předtím vařit?

„Myslím si, že ty věci, co jsme vařili v prahu bych zvládla doma. Jak říkám, my jsme se o tom bavili s Bedřiškou, já nevařím, protože vaří mamka a kdyby mamka nevařila tak já bych musela vařit ale jako je to složitý, já se tím vždycky trápím, že jestli to vůbec ještě umím. Když jsem bydlela u kamarádů, tak jsem vařila. No ale to že ten práh poskytuje tu možnost naučit se vařit jídla, tak si myslím, že je dobře, já už jsem to tady předtím chválila, že si myslím, že je to dobrá činnost, a že si z toho každý něco odnese.“

K otázkám, které jsem měla připravené je to všechno, chtěla byste ještě něco doplnit?

„Já jsem jen chtěla říct, že si myslím, že ten práh tady je na svém místě a že určitě ty dovednosti i když je děláme jako proto, abychom nebyly sami nebo zdánlivě to někomu může připadat nesmyslné, scházení se v klubu a nějaký to vaření a nějaký dílny, ale já si to nemyslím, já si myslím že to opravdu hodně lidem může změnit život, a já to možná tak často neříkám, že to je ten Práh, který mi pomáhá, ale chtěla bych to zdůraznit, že si myslím, že to má smysl, i pro mě to má smysl, nevyvyšuju se na nikoho. Určitě ostatní děcka kdyby teď s vámi mluvili, tak by vám řekli podobný věci, že mají Práh rádi.“

Moc Vám děkuji za rozhovor a za upřímné odpovědi. „Není zač, to já ráda pomůžu.“

Rozhovor č. 6

Komunikační partner č. 6 - Ž: 49, klientka služeb STD a CDS

Dobrý den, moc Vám děkuji, že jste se rozhodla zúčastnit mého výzkumu, který je zaměřen na zjištění kvality života klientů Sdružení Práh. První oblastí, o které budeme mluvit, je životní situace.

Popište mi prosím, jaký byl váš život před navštěvováním služeb Sdružení Práh.

„Já jsem se musím říct neměla moc dobře, pořád jsem tak nějak pendlovala mezi léčebnou a domovem. No a když jsem byla doma, tak jsem nikam nechodila, třeba i mezi lidí jsem se bála jít, připadalo mi, že se na mě všichni koukají, že na mě vidí, že sem nemocná. Taky jak už jsem říkala, jsem byla pořád v léčebně, tam už jsem byla jako doma.“

Měla jste nějaké kamarády, se kterými jste se vídala?

„To moc ne, mě bylo pořád tak nějak blbě, jak se mi nikam nechtělo, tak jsem ty kontakty s kamarádkami úplně ztratila. To ještě na střední škole, to jsem měla kamarádek dost, ale pak postupně jak si žije každý po svém, tak, no, prostě nikdo mi nezůstal. A já vlastně ani taky neměla takovou chuť se s někým vidět.“

Jak vypadal váš běžný den?

„Když jsem měla jít k paní doktorce, myslím tím jako k mé psychiatrice, tak to jsem se na to musela trochu připravit, umýt, obléct, vypravit se, to bylo docela fajn, paní doktorka si se mnou popovídala, vyslechla mě. Jinak jsem ale byla teda spíš doma, koukala se na telku, někdy jsem prostě jen spala, celý den jsem ležela a spala, to bylo hrozný, když se na to teď kouknu takhle. A pak jsem taky hodně byla v léčebně, tam mě dali vždycky nějak do kupy, chodila jsem tam na sezení a do dílen, tak to bylo celkem fajn.“

Sociální služby mohou na řadu z nás působit jako zbytečné, zajímalo by mě proto, zda se váš život změnil tím, že jste těchto služeb začal/a využívat. Popište mi tedy prosím, jak se vám žije nyní, když využíváte služby Sdružení Práh.

„Jé, tak teď je to docela dobrý, určitě lepší, než to bylo.“

V čem je to lepší?

„Tak určitě právě v tom, že mám co dělat, nesedím jen tak doma, jsem víc aktivní. Taky chodím víc mezi lidí, to je fajn, přijít sem do Prahu a jít třeba do Pohody.“

Našla jste si nějaké kamarády?

„Našla a docela dost, nejvíc se tady kamarádím s lidma z Pohody, to chodíme na společný akce, taky chodím na dvouhodinovku, na taneční odpoledne, nedávno tady bylo maškarní, je to byla legrace. Jsou tady moc fajn lidi, vždycky si mám o čem s nima promluvit. Já jsem nikdy nebyla zvyklá moc mluvit s lidma, ani jsem nevěděla o čem bych si třeba měla s někým mluvit, na jaký téma. Teď třeba řešíme svoje starosti, nebo taky mám kočku, tak si povídáme o té mojí kočce. Jo a taky jsem si tady našla přítele, to je taky fajn. Taky se teda občas vídám s některýma jako pacientkama z léčebny, se kterýma se znám z dřívějšíka.“

A co vaše rodina, jste v kontaktu s maminkou nebo s bratrem?

„To jsem, ale já se o tom nechci bavit, jestli to nevádí, tam ty vztahy nejsou úplně dobrý.“

To určitě nevádí, to je v pořádku, nemusíme o tom mluvit.

„Tak děkuju. Ještě bych chtěla říct, že teda občas mívám ve zdravotním stavu výkyvy, mám takový úzkosti občas, ale to mi pomůže si o tom s někým promluvit, a hned mi je líp.“

Cílem mého výzkumu je i poukázat na smysl, význam a kvalitu poskytovaných služeb samotného Sdružení Práh. Za velmi důležitou část považuji i informaci o tom, do jaké míry jste spokojen/a vy s poskytovanými službami Sdružení. Pokuste se mi tedy popsat, jak hodnotíte kvalitu poskytovaných služeb na našem pracovišti.

„Já bych řekla, že jsou tady ty služby určitě velmi kvalitní.“

V čem podle vás spočívá ta kvalita služeb?

„Tak určitě že ty služby tady máte tak dobře promyšlený, jako že každá služba je tady zaměřená na něco jinýho. Taky je to o přístupu zaměstnanců k nám, klientům. Zaměstnanci tady jsou hodně řekla bych profesionálové, mají školy, hodně toho vědí, taky jsou moc příjemný, empatictí, rozumí nám. Určitě nevím, co bych dělala, kdybych nemohla chodit do Prahu, tady v Brně nic není, jen bych asi seděla doma.“

V čem se změnil Váš zdravotní stav po tom, co jste začal/a využívat služby Sdružení Práh.?

„Tak předtím, než jsem začala chodit do Prahu, tak jsem byla myslím tak 18x hospitalizovaná, já už si teda tím počtem nejsem úplně jistá.“

Jak dlouhé byly ty hospitalizace?

„Tak určitě tak půl roku každá. To tak u mě bylo.“

A jak je to nyní? Vy chodíte do Prahu už pět let je to tak?

„Asi tak nějak, myslím. Tak za těch pět let jsem byla hospitalizovaná jednou. A to je moc fajn, jsem ráda, že do toho blázince nemusím. Víte, to je hrozný, já už tam byla jak doma, vždyť přece to je hrozný bejt v blázinci jako doma.“

Jaký je nyní Váš psychický stav, jak se cítíte po zdravotní stránce?

„Dobrý je to, určitě jsem ve větší psychické pohodě, nemám takový úzkosti, jako jsem mívala, taky právě když mi není dobře, tak se teda buď omluvím z aktivit nebo si promluví se svojí pracovníci a rozebereme to.“

Víte, já měla takový období, že jsem nechtěla brát léky. Vždycky, když mi bylo dobře, tak jsem si říkala: holka, ty jsi už zase zdravá, proč bereš ty léky. No a tak jsem je vysadila a pak už se to vezlo, začala jsem špatně spát, měla jsem bludy, myslela jsem si třeba, že mě někdo otrávil jídlo, třeba doma, že se ke mně někdo vloupal a otrávil jídlo v lednici. No hrůza. Tak pak jsem skončila vždycky v léčebně no. “

A uvědomila jste si pak po hospitalizaci, že je potřeba brát léky?

„To jo, na chvílku, oni mi to vždycky doktoři říkali, ale copak oni to vědí, jaké to je mít schůzu? A tolik těch léků brát, k čemu to je? Pořád se po nich chce člověku spát, taky mi po nic bylo slabo a taky jsem ztloustla, tak vždycky, když se mi udělalo dobře, tak mi přišlo zbytečný je brát. “

Jak to máte teď, s užíváním léků?

„Teď je беру, poctivě, víte, moje pracovnice to se mnou hodně probírala, taky paní doktorka to se mnou probírala no a já přišla na to, že je nesmím přestat brát, že jinak se ta nemoc bude furt vracet, takhle je sice pořád tady někde, ale je za zamčenýma dveřma jakoby, rozumíte mi? No a taky kdybych ty léky nebrala, tak bych porušovala pravidla tady v Prahu a mohli by mě odsud vyloučit a to já teda nechci, za to mi to nestojí, já to tady mám moc ráda, je to moje útočiště, kam můžu jít, ono nebýt Prahu, tak kdoví, co by se mnou teď bylo. “

Takže se vám změnil pohled na užívání medikace. Došlo ještě k nějaké změně, která se týká vašeho zdravotního stavu?

„Tak fakt největší změna je to, že už jsem dlouho nemusela jít do léčebny a ono to souvisí nejenom s těma lékama, ale i tak, že mám možnost sem chodit, a tady se se mnou pracovníci baví o tom co mě zrovna trápí, učím se zvládat krizové situace, aby mě už tolik věcí nestresovalo. “

Pro každého z nás je velmi důležité smysluplně nakládat se svým časem. Díky práci se můžeme cítit prospěšnějšími pro naši společnost, také vytváříme trvalejší hodnoty. Práci rozumím jakoukoliv činnost, která vede k nějakým výsledkům, či k dobrému pocitu, že něco děláme. apod.

Popište vaše pracovní zkušenosti před navštěvováním služeb Sdružení Práh.

„Já nikdy nepochodovala, onemocněla jsem už na střední, to jsem teda nějak horko těžko dodělala a pak jsem už nic nedělala, byla jsem doma, maximálně jsem ještě dřív chodila třeba na brigády, ale já ten důchod dostala hodně brzo, v práci bych to nezvládla, ani teď se do práce nehrnu, to bych nezvládla. Taky by mi mohli vzít důchod a co bych pak dělala... “

A jaké jsou vaše pracovní zkušenosti během využívání služeb Sdružení Práh?

„Chvilí jsem chodila do dílny, do šicí, ale teď už tam nechodím. Tam jsem teda nic nevydělávala, ale naučila jsem se tam trochu šít, bylo to fajn, dělala jsem různé hračky a polštáře a tak.“

Proč už tam nechodíte?

„No, já těch aktivit pak začala mít nějak moc, akce v pohodě, taky schůzky v sociálním centru, vždyť já si kvůli tomu už musela i koupit diář, abych si to nějak zorganizovala. Taky jsem se tenkrát hlásila do Kavárny, ale tam jsem nakonec nenastoupila, to bych nezvládla. Ale bylo to moc fajn, někam chodit, jako do práce, ty výrobky, co jsme tam dělali, ty se pak prodávali a co jsem slyšela, tak o ně byl zájem. To je moc pěkný pocit, když víte, že něco, co vyrobíte, udělá radost někomu jinému. Hned si tak říkám, že jsem k něčemu.“

Do jaké míry jste se naučil/a novým dovednostem či jiným návykům?

„Tak když jsem ještě chodila do té dílny, tak jsem se tam naučila šít, to je jedna věc. Taky jsem se naučila dodržovat ty pravidla, to bylo docela důležitý. Ze začátku jsem se prostě ani neomlouvala, přišlo mi to jako nedůležitý, ale vlastně ono je to slušnost, se omluvit, když někam nemůžu přijít, to mi tenkrát nedocházelo no. Taky jsem chodila na tu skupinu IPT, co pořádalo sociální centrum, tam jsme se hodně bavili o komunikaci, hodně jsem se tam rozmluvila, hlavně v kolektivu, já se vždycky tak styděla, ale naučila jsem se to překonat. Taky jsem chodila do skupiny zdravého životního stylu, tam nás naučili, jak správně jíst, abychom neztloustli a tak, to bylo dobrý.“

Napadají vás ještě nějaké pracovní dovednosti, které jste se tady naučila?

„Už asi ne, napadá mě fakt jen to dodržování pravidel, to jo, taky teda vůbec někam přijít, vypravit se z domu včas, nastavit si nějak ten režim toho dne.“

Jak bydlíte nyní, během využívání služeb Sdružení Práh. Došlo k nějaké změně?

„Já bydlím sama, s kočkou, občas za mnou přijde přítel a žije se mi docela dobře. Vařím si, peru, i žehlím. S pracovníci ze sociálního centra jsem už teda byla dvakrát zařizovat inkaso, to jsem potřebovala s tím pomoci, nevěděla jsem, jak se to zařizuje, ale jinak co se týče péče o byt, tak to myslím zvládám dobře.“

Je něco ohledně bydlení, v čem byste se chtěla zdokonalit, zlepšit?

„Tak to jo, určitě jsem občas hrozně líná a nechce se mi, tak bych potřebovala nějak popohnat. Jinak fakt asi všechno zvládám, nic mě nenapadá.“

Napadlo vás v průběhu našeho rozhovoru ještě něco, co byste ráda doplnila?

„Tak chtěla bych říct, že jsem moc ráda, že chodím do Prahu, bez Prahu bych byla určitě hodně sama, taky bych třeba nejezdila tolik na výlety, už jsem byla i v divadle s Prahem a tak. Taky jsem moc ráda, že si tady se mnou někdo povídá o mojí nemoci, že mi třeba pracovnice i něco vysvětlí, hodně pro mě všichni dělají, no, takže tak.“

Děkuji Vám za rozhovor. *„ To nemusíte, to já ráda pomůžu, mě se tady opravdu moc líbí.“*

Rozhovor č. 7

Komunikační partner č. 7 – Ž: 36, klientka služeb SC, CDS, OSP a STD

Dobrý den, děkuji, že jste souhlasila s účastí na mém výzkumu.

Jak dlouho navštěvujete Sdružení Práh? *„Do Sdružení práh chodím necelých 7 roků.“*

Popište mi prosím, jaký byl váš život před navštěvováním služeb Sdružení Práh.

„No, byla jsem samozřejmě taková puťka sem byla, měla jsem problémy navázat komunikaci s lidmi a seznámit se s přítelem.“

Měla jste před těmi 7 lety nějaké kamarádky?

„Měla jsem kamarády i kamarádky, ale to byly lidi, co byly spíš na pokec, na to popovídání, no, pochopitelně, to bylo ještě před rokem 2004, mě zklamali 2 muži. Bohužel ten druhý muž mi spláchl hormony štítné žlázy do záchodu, to bych nepřála nikomu zažít, protože od té doby mám problémy v současném vztahu s vnitřní aktivitou, osobní.“

Když se zaměříme ještě na kamarády, jak jste říkala, měla jste kamarády na pokec? *„Měla jsem jednu kamarádku na popovídání předtím.“*

Žila jste v bytě s rodiči? Jak byste popsala vztahy s rodiči?

„Ano, bydlela jsem s rodiči. No jako pro mě to bylo dobrý, rodiče stáli vždycky za mnou.“

Jak vypadal váš běžný den, jak jste trávila volný čas, před 7 lety?

„No tak samozřejmě jsem měla nacvičený běžný denní režim, ráno sem vstala, vzala si léky, vyčistila zuby, pak sem měla nějakou činnost, nebo sem chodila do

zaměstnání v jisté době, no, měla jsem vždycky nějakou činnost, byla jsem nějak zaběhnutá v kolejích, v pracovních i dá se říci v soukromých.“

Takže, jak byste shrnula, že se vám žilo? Dobře, špatně, průměrně?

„Tak řekla bych horší průměr.“

Čím to bylo? *„Bylo to způsobeno tím, že jsem nemohla v té době řešit své osobní problémy, měla jsem třeba úzkosti, které prostě provázely můj zdravotní stav, protože jsem v roce 1999 měla operaci štítné žlázy a v roce 2003 jsem měla operaci mozku, bylo to prostě hrozně nepříjemný, nepřála bych to nikomu zažít, bylo to prostě heroický výkon, co jsem zvládla, do doby, než jsem poznala Sdružení práh.*

Na Sdružení Práh mě upozornili v Černovicích, kde jsem byla hospitalizovaná, konkrétně to byla paní psycholožka Ivičicová, která nám vykládala o s. p. jaký tam mají služby, že tam mají nějaký CDS, SR, a nějaký dílny. No a s.p. mi doporučili na základě mého zdravotního stavu, a osobních problémů, které jsem měla v komunikaci.“

Sociální služby mohou na řadu z nás působit jako zbytečné, zajímalo by mě proto, zda se váš život změnil tím, že jste těchto služeb začal/a využívat. Vy jste se rozhodla využít služby Sdružení práh, jste tady sedmým rokem, popište mi tedy prosím, jak se vám žije nyní, když využíváte služby Sdružení Práh.

„Život se mi podstatně změnil, protože víceméně tady jsem našla spoustu nových přátel, většinou jsou to lidi na pokec, našla jsem si dvě velmi dobré kamarádky, se kterými se stýkám v průměru jednou za 3 měsíce, voláme si, píšeme si s těma kamarádkami a samozřejmě se tady cítím dobře, je tady příjemné prostředí, ocenila jsem spolupráci zců s.p., že prostě se nám klientům snaží vyjít vstříc, když máme nějaký problém no a taky sem nějaký problémy řešila, třeba s centrem denních služeb nebo v jiných odvětvích a vždy se to vyřešilo. Dále ocenuji, že se ve s.p. přesněji v STD Trojlístek zavedla skupina kom. Dovedností, tato skupina mi velmi pomohla, když by to takhle shrnula, daří se mi velmi dobře, z důvodu toho, že když jsem nastoupila do prahu v roce 2004, tak jsem byla velmi smutná, byla jsem uzlíček nervů, tedka jsem si v prahu získala svoje místo a hodně klientů se na mě obrací s problémy.“

Vy ve Sdružení práh využíváte více služeb, je to tak? *„Ano.“*

Jaké to jsou služby? *„Je to služba STD, SC.“*

V minulosti jste chodila do CDS, je to tak? *„Aj CDS využívám teď.“*

V každé službě máte svého osobního pracovníka, je to tak? *„Ano, samozřejmě.“*

Vy jste říkala, že předtím, než jste chodila do Sdružení, váš život byl takový horší průměr, jak je to nyní?

„Tak je to lepší z toho důvodu, že se mi zlepšily vztahy doma, lépe se mi komunikuje s rodiči i s bratrem, dokonce jsem si v průběhu chození do prahu našla partnera. Sice to byla náhoda, ale byla to šťastná náhoda, jsme spolu již pátým rokem. Jsem moc ráda, že do s.p. chodím, protože tady se člověk cítí velmi potřebný, hodně mě naplňuje, že hodně lidí se se mnou baví. No dnes například se se mnou bavil jeden klient z pohody, který chtěl, abych ochutnala buchtu, která byla na semeníčku. Teď měli Pohodáři sezeníčko a kousek buchtu mi nechali.“

Takže jste si tady našla okruh kamarádů, cítíte se tady dobře, jak jste říkala.
„Samozřejmě.“

Cílem mého výzkumu je i poukázat na smysl, význam a kvalitu poskytovaných služeb samotného Sdružení Práh. Za velmi důležitou část považuji i informaci o tom, do jaké míry jste spokojen/a vy s poskytovanými službami Sdružení.

Jak hodnotíte kvalitu poskytovaných služeb na našem pracovišti. *„No kvalitní služby ve Sdružení práh jsou jak bych řekla na takových 89% úrovni, nelze udělat službu, kde by nebyl určitý technický nedostatek. Trošku mě mrzelo, že když jsem třeba chodila na psychoterapii, že nám dvě terapie odpadly, ale pak jsem se s tím srovnala, z důvodu toho, že tam opravovaly kanceláře, tak to naše sezení bylo v lednu ukončeno. No a samozřejmě se těším na další spolupráci s paní psychologkou. No a kvalitu ostatních služeb oceňuji na výbornou, je tady příjemný kolektiv, ochota, spolupráce, hodně se vždycky připomene, pracovníci nám připomenou, kdy máme schůzku, kdy je jaká akce, kdy se jede na výlet, kdy je provozní porada v trojlístku, a tak dále, toho by se sem vešlo hodně.“*

Jste tedy spokojená s nabídkou služeb? *„Ano. Ještě bych uvítala, kdyby tady byla canisterapie.“*

Myslíte si, že jste dostatečně informovaná nejen od pracovníků, je tady pro vás kliente dostatek informací? *„Hodně informací se dozvím z letáků, hodně věcí visí na nástěnkách no a něco nám řeknou v Pohodě a v SC.“*

Co prostředí Sdružení Práh, líbí se vám tady? „Budova se mi líbí, jak se tady vymalovalo, je to tady příjemný, působí to tady dobře, oceňuji, jak je tady kuřárna, jsou tam divany, i když nejsem kuřačka, tak se natáhnou na divan.“

Takže kdybych to shrnula, jste spokojená se službami a myslíte si, že jsou kvalitní, že máte dostatek nabídek. „Ano“

Co nejvíc využíváte ze služeb Sdružení? „STD, SC a v CDS.“

V jakých oblastech vám pomáhají v SC? „V oblasti mezilidských vztahů, v komunikaci a jak zvládat mimořádné situace.“

V čem se změnil váš zdravotní stav po tom, co jste začal/a využívat služby Sdružení Práh. Kdy jste byla hospitalizovaná naposledy?

„Před 7 lety jsem byla hospitalizovaná jednou“

Zamyslete se nad frekvencí a délkou hospitalizací během navštěvování služeb.

„V průběhu navštěvování Sdružení Práh jsem byla hospit. 6x. protože když jsem nastoupila do Sdružení Práh, bohužel jsem narazila na klienta, který trpěl schizofrenií a který mě dost ovlivňoval. Bylo to způsobeno tím, že on chtěl se mnou navázat kontakt, prostě jako určitým způsobem jsem se mu líbila a potom když jsem viděla v jakých podmínkách žije, že měl problémy doma, taky jsem mu musela něco obstarat, tak jsme se dohodly, že se budem vídat jen v Prahu, že to takhle nefunguje.“

Takže tento vztah měl vliv na váš psychický stav? „Ano.“

Od té doby, co jste se s ním rozešla, došlo k nějaké změně ve vašem psych. stavu?

„Můj momentální stav je kolísavý, protože se mi vybavují události, které se mi staly v jednom maloměstě kousek od Brna. Nechci to rozebírat.“

Pracujete s pracovníky na stabilizaci svého zdravotního stavu?

„Pracuju na tom se svými osobními pracovníky.“

Vyhovuje vám ta spolupráce? „Vyhovuje.“

Jak dlouhé byly hospitalizace? „Nejkratší 1 měsíc a nejdelší 3 měsíce.“

Popište vaše pracovní zkušenosti před navštěvováním služeb Sdružení Práh.

„No, když jsem onemocněla, to bylo v těch 24, tak v té době jsem pracovala v jedné firmě, která se zabývala seznamkou a technickými věcmi a dělala jsem tam asistentku, už jsem v té době cítila, že je toho na mě moc, hodně jsem byla nesoustředěná. Stalo se mi třeba, že sem něco přehlédla, šéf mě sprdnul, řekl mě poříd' si brýle, bylo to pro mě velmi špatný, hodně těžce jsem to nesla. Taky mi dělal

problém úklid firmy, to jsem umývala záchod a koupelnu, to jsem cítila, že je to ho na mě moc. To bylo před tou první atakou nemoci.“

„Psychicky jsem onemocněla po operaci, mezitím jsem přišla o práci, byla jsem 3 roky v evidenci úřadu práce, nemohli mi najít místo. Řekli mi, abych si zažádala o důchod, nemohli mi najít práci z důvodu mého zdravotního stavu. Nejdřív mi přiznali ČID, pak PID.“

Popište vaše pracovní zkušenosti během využívání služeb Sdružení Práh

Vy docházíte do STD, kde se nacvičují pracovní dovednosti, co jste se tam naučila?

„Naučila jsem se provlékat šátek, trochu žehlit no a teď procvičuju plstění, to zkusím už delší dobu, ale měla jsem výkyvy, musím pracovat na přesnosti. Trochu mám problém s pozorností, vydržím pracovat hodinu a půl, pak už jsem velmi unavená. Musím si dělat přestávky. Předtím než jsem chodila do prahu jsem měla půl hodiny, teď si můžu dělat přestávku každých pět minut, terapeutice to nevadí. Ona přizpůsobuje činnost mě.“

Kromě filcování a výroby šály, naučila jste se ještě nějakým dovednostem, např. dodržování docházky, komunikace na dílně apod. ?

„Naučila jsem se komunikovat s klientkami na dílně a s pracovníky na dílně, a dodržovat docházku a včas se omlouvat.“

Vy jste říkala, že jste se naučila komunikovat s klienti a s pracovníky.

Rozumím tomu tak, že předtím to nešlo?

„Předtím to vůbec nebylo dobrý, když sje pracovala v té firmě, tak sem bohužel nedokázala komunikovat se šéfem, jen jsem odpovídala na otázky – ano, ne, nevím. To ho asi trochu zarazilo, nevěděl, co má o tom soudit.“

Přestože nevyužíváte službu CHB nebo PSB, Došlo k nějaké změně v oblasti bydlení? *„Co se týče bydlení , jsem ráda, že můžu bydlet u rodičů, nechystám se osamostatňovat, i když můj přítel se mnou chce bydlet, ale já nespěchám, když tam nejsou potřebný věci jako pračka a lednička, tak vůbec nespěchám. Jsem ráda, když jsem v bytě, kde můžu používat i s pomocí svých rodičů pračku, sporák, ledničku a důležité a potřebné věci.“*

Je ještě něco, co vás napadá doplnit k našemu rozhovoru?

„Chtěla bych všem pracovníkům Sdružení práh poděkovat, že mě pomáhají se dostat do běžného života. V čem vám konkrétně pomáhají, co potřebuje za podporu?“

„Naučit se komunikovat s lidmi, co se týče bydlení, tak vaření, nějaký to odborný sociální poradenství, třeba oceňuji že v SC chodí pracovníci s klienty, jako s námi na různé když něco potřebujeme vyřídit a je toho strašně moc, už mě momentálně nic nenapadá.“

Práva lidí s duševním onemocněním

Diagnóza duševní nemoci má být v souladu s přijatými lékařskými, vědeckými a etickými normami. Obtíže při adaptaci na morální, sociální a politické a jiné hodnoty nemají být samy o sobě považovány za duševní nemoc.

- Člověk s duševním onemocněním má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
- Člověk s duševním onemocněním má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
- Člověk s duševním onemocněním má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
- Tam, kde je to možné, měl by člověk s duševním onemocněním žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
- Člověk s duševním onemocněním má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
- Člověk s duševním onemocněním má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
- Pokud člověk s duševním onemocněním není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. Prosince 1971

Změna terminologie provedena 12/07/07 v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Kontaktní údaje – Sdružení Práh

Adresa:

Sdružení Práh

Tuřanská 12

620 00 Brno

Tel.: 545 229 339

539 051 122

Email: info@prah-brno.cz

Web: <http://www.prah-brno.cz>

ANOTACE

Jméno a příjmení:	BARBORA ZAVORALOVÁ MOŘKOVSKÁ, DiS.
Katedra:	ÚSTAV PEDAGOGIKY A SOCIÁLNÍCH STUDIÍ
Vedoucí práce:	Mgr. DAGMAR PITNEROVÁ, PhD.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	KVALITA ŽIVOTA KLIENTŮ SDRUŽENÍ PRÁH V BRNĚ
Název v angličtině:	THE QUALITY OF CLIENT'S LIFE IN PRAH ASSOCIATION BRNO
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá kvalitou života klientů Sdružení Práh v Brně. Teoretická část je zaměřena na popis pojmu kvalita života, dále pak na vývojová období člověka od 18 do 64 let. Následuje kapitola, která je věnována seznámení se s činností Sdružení Práh v Brně, jehož cílovou skupinou jsou lidé s dlouhodobým duševním onemocněním. Další část této práce je věnována popisu psychotických onemocnění, zejména pak schizofrenii a afektivním poruchám. Sdružení Práh pracuje metodou psychosociální rehabilitace, z tohoto důvodu je poslední kapitola teoretické části věnována popisu této metody. Empirická část práce je tvořena kvalitativním výzkumem, jehož cílem bylo zjistit, zda to, že klienti navštěvovali služby Sdružení Práh, mělo pozitivní vliv na jejich kvalitu života a jakým novým dovednostem se v průběhu navštěvování služeb naučili.</p>
Klíčová slova:	Kvalita života, Sdružení Práh, psychózy, schizofrenie, afektivní poruchy, psychiatrická, psychosociální rehabilitace, klient služby, kvalitativní výzkum, rozhovor
Anotace v angličtině:	<p>This thesis deals with the quality of client's life in Prah Association in Brno. The theoretical part is focused on description of the concept of quality of life, and then there is an description of the developmental period of humans from 18 to 64 years. The following chapter is devoted to the familiarization with the activities of the Prah Association in Brno, whose target group are people with long-term mental illness. Another part of this thesis is focused on psychotic disorders, especially schizophrenia and affective disorders. The Prah Association uses the Psychosocial rehabilitation method, so that the last chapter of the theoretical part is devoted to it.</p>

	The empirical part consists of a qualitative research. The main aim of this research was to find out, whether the fact, that the clients were visiting the Prah Association had an positive impact on their quality of life. And the other aim of the research was to discover what new skills did the clients learnt while visiting the Prah Association.
Klíčová slova v angličtině:	The quality of life, Prah Association, psychosis, schizophrenia, affective disorders, psychiatric, psychosocial rehabilitation, client, the qualitative research, interview
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Informovaný souhlas Příloha č. 2: Otázky k rozhovorům Příloha č. 3: Přepis rozhovorů – text Příloha č. 4: Práva lidí s duševním onemocněním Příloha č. 5: Kontaktní údaje – Sdružení Práh
Rozsah práce:	99 stran, příloh 32 stran
Jazyk práce:	český