

Sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním na Zlínsku

Bc. Miklová Jana

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Miklová**
Osobní číslo: **H130371**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním na Zlínsku**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociálních služeb, sociální rehabilitace a terapie.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou strukturovaného rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KRATOCHVÍL, Stanislav. Základy psychoterapie. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0302-5.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-1721-385.

MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

PĚČ, Ondřej, Václava PROBSTOVÁ a Beate Elisabeth ALBRICH. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Mgr. Jaroslav Balvín, CSc.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

1. prosince 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

15. dubna 2016

Ve Zlíně dne 1. prosince 2015


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 12. 4. 2016



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (š 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na činnost denních stacionářů pro jedince s duševním onemocněním a na jejich účinek, jaký tato zařízení ambulantní péče mají na tyto nemocné z hlediska jejich psychosociální rehabilitace přirozeném prostředí. Na základě poznatků z odborné literatury z oboru sociální péče a psychiatrie formuluje východiska pro praktickou část. Výzkum byl veden jako kvalitativní, formou rozhovoru s uživateli zařízení sociální rehabilitace Labyrint v Uh. Hradišti, Klub Luisa Uh, Brod, centrum Horizont Zlín. Z vyhodnocení výzkumu formou zakotvené teorie vyplynulo 6 kategorií odpovídajících názorům z rozhovorů s respondenty. Tyto kategorie vystihly pocity klientů z rehabilitace v daných zařízeních. Panovala téměř dokonalá shoda, že tyto stacionáře jsou velmi pomáhajícím zařízeními, kde se velmi dobře cítí. Doporučovali by ale, aby zde nalézali větší možnosti komunikace s profesionálně vzdělanými lidmi (psycholog, psychiatr), což by se dosáhlo navýšením počtu stálých terapeutů.

Klíčová slova: Sociální rehabilitace, duševní onemocnění, lidé s duševním onemocněním, kvalita života, kvalitativní výzkum, arteterapie

ABSTRACT

The thesis deals with the activities of daily care centers intended to people suffering from mental disorders. The impact of such ambulatory medical care facilities on affected people in terms of their psychosocial rehabilitation in the natural environment (independence, self-sufficiency, improved social inclusion) is also focused in the thesis. The practical part is based on professional literature in the field of social work and psychiatry. The research was conducted by means of qualitative interviews with the users of the social rehabilitation facilities named Labyrinth in Uherské Hradiště, Klub Luisa in Uherský Brod and Horizont in Zlín. The evaluation of research in the form of grounded theory emerged six categories which reflect the views and the best feelings of respondents participating in those institutions. There was near-perfect coincidence that these daily care centers were very assisting clinics, where people could feel very good. On the other hand, the clients would welcome a greater possibility of communication with professionally educated people (psychologist, psychiatrist), which could be achieved by increasing the number of permanent therapists.

Keywords

Social Rehabilitation, Mental Disorders, People with Mental Disabilities, Quality of Life, Qualitative Research, Arttherapy

Motto:

„Každý tvor spěje k naplnění své podstaty a každé zdržení i spěch jsou škodlivé.“

Lao – c‘

Poděkování:

Děkuji panu doc. PhDr. Mgr. Jaroslavu Balvínovi, CSc., za odborné vedení, ochotu a pomoc, kterou mi poskytoval během zpracování mé diplomové práce. Zároveň děkuji všem respondentům, kteří mi pomohli uskutečnit rozhovory pro účely mého výzkumu.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM	13
1.1 STAV VÝZKUMU ZVOLENÉHO TÉMATU	15
1.2 VZTAH TÉMATU K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE.....	19
1.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S DUŠEVNĚ NEMOCNÝMI.....	20
2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	26
2.1 FORMY A DRUHY SLUŽEB POSKYTOVANÝCH DUŠEVNĚ NEMOCNÝM	30
2.2 PSYCHICKÉ ONEMOCNĚNÍ.....	32
2.3 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH PORUCH.....	39
3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE NA ZLÍNSKU	41
3.1 SOCIÁLNÍ REHABILITACE CENTRA LABYRINT	42
3.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE	48
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	53
4.1 CÍLE VÝZKUMU	53
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	53
4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	54
5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	61
5.1 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	70
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	77
SEZNAM OBRÁZKŮ	78
SEZNAM TABULEK	79
SEZNAM PŘÍLOH	80

ÚVOD

Před dvěma lety jsem začala docházet do zařízení sociální rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním, kde jsem začala pracovat jako asistent uživatelů v keramické dílně, zaměřené na výrobu ruční keramiky. Zde jsem měla možnost tyto lidi poznávat a přemýšlela jsem o životě této skupiny. A jak služba sociální rehabilitace pomáhá znovu nalézt vlastní síly k naplnění života v různých životních oblastech uživatelů. Díky osobní zkušenosti při práci s těmito lidmi jsem si uvědomila, jak nelehkou mají pozici v životě a společnosti. A zde se zrodila myšlenka psát o této problematice diplomovou práci.

V minulosti lidé s duševním onemocněním byli více izolováni a nebyli na veřejnosti vidět a společnost to mohla vnímat tak, jakoby tito lidé neexistovali.

Duševní choroby jsou specifické tím, že projevy těchto nemocí nejsou vidět, o to těžší je představit si a pochopit, co tito lidé prožívají. Dnešní společnost klade na jedince vysoké nároky, aby se plně začlenili, což je pro tyto lidi těžké. Díky stále zlepšujícímu se systému péče o duševně nemocné se ale kvalita jejich života zlepšuje.

Musíme si uvědomit, že duševní nemoc s sebou přináší značnou míru utrpení, ale i omezení v dosavadním životě člověka, naruší radost z běžného prožívání života i pocit, že člověk někam patří. Se stigmatizací duševně nemocných úzce souvisí předsudky a mýty, které jsou stále ještě dnes ve společnosti hluboce zakořeněny. Po roce 1989 se začíná měnit přístup k nim, i k systému péče a také pohled na jejich možnosti uplatnění ve společnosti. Dochází k inkluzi a na duševně nemocné se začíná nahlížet jako na plnohodnotné bytosti.

Je důležité, aby všichni společně spolupracovali a pomohli tak duševně nemocnému se zpět integrovat do společnosti - sociální rehabilitace je tu proto, aby ulehčila nemocnému návrat do společnosti, ze které byl v důsledku svého onemocnění vyloučen. Když člověka postihne duševní onemocnění, je stigmatizován a kvalita jeho života se snižuje, jeho schopnosti, jak zvládat tyto role neplní očekávání a v důsledku je izolován od okolí, přátel, někdy i rodiny a celé společnosti. Když se nemocnému jedinci dostane vhodné pomoci nejen hospitalizací (ústavní péčí), ale v mém případě v komunitním zařízení, stane se duševní onemocnění věcí, se kterou se naučí žít a lépe plnit předpokládané sociální role.

Mým cílem je seznámit a přiblížit problematiku sociální rehabilitace v zařízeních, zjistit jaký má význam jako prostředek pro znova začlenění do společnosti.

V teoretické části je nastíněna problematika duševního zdraví a popsány vybrané diagnózy duševních poruch. Pozornost je věnována základním pojmům a jejich vysvětlení.

V praktické části používám kvalitativní výzkum, který v rozhovorech zkoumá, jak sami klienti hodnotí svůj život, tedy životní spokojenost, jak jim služby zařízení pomáhají ve vztazích k lidem od té doby, co docházejí do zařízení v Uherském Hradišti, v Uherském Brodě či Zlíně.



Obr. č. 1: V keramické dílně (foto pořízeno se souhlasem).

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM

Pojem „duševní porucha“

Hartl, Hartlová (2000, str. 424) uvádí, že podle WHO je medicínsky podložitelná změna psychických procesů, která zasahuje do pracovního i společenského života nebo způsobilosti k právním úkonům. U duševní poruchy dochází ke změně vybraných duševních procesů projevující se v chování jedince, jeho pocitech a snižuje schopnost adaptace na sociální prostředí, ve kterém se nachází. Duševní porucha může vznikat z různých příčin. Mohou to být důvody genetické, chemické či organické a také mohou být důvodem chybné učení a sociální konflikty.

Pojem „člověk s duševním onemocněním“

Podle Mahrové a Venglářové (2008, str. 28) je to hlavně člověk, který má své specifické potřeby a odlišné způsoby jak je uspokojit. Jeho obtíže vznikly v některé oblasti psychických funkcí, případně představují kombinaci těchto poruch funkcí. Tyto problémy jsou pro něj velkou zátěží a mohou ho postavit až do role nemocného.

V publikaci Sociální práce v praxi vymezuje Goldman (1981, cit podle Matoušek, 2005 str. 136) člověka s duševním onemocněním jako trpícího duševní poruchou nebo jiným onemocněním, které se stává dlouhodobým. Jeho onemocnění snižuje funkční kapacitu nebo může ovlivnit několik aspektů denního života. Je to osobní hygiena, sebeobsluha, mezilidské vztahy, ekonomická soběstačnost a další.

Služby sociální rehabilitace se týkají pojmu „**resocializace**“

Matoušek (2003, str. 183) definuje **resocializaci** ve slovníku sociální práce jako „*Návrat ke společensky přijatelnému způsobu chování u lidí, kteří se od něj odchýlili.*“

Stigma – podle Matouška (2005, s. 134) označuje předsudek, chápaný ve smyslu, že duševně nemocní jsou nežádoucí, je třeba se jim vyhýbat anebo se jich bát. Jandourek (2001, str. 239) stigma vnímá jako „*označení, kterým se nějaká osoba ve své skupině odlišuje od platných standardů, především od psychické, fyzické nebo sociální normality, což ji ohrožuje v její sociální identitě a plném přijetí ze strany druhých.*“

Nový občanský zákoník dokonce vytvořil nový pojem **osoba s nebezpečnými vlastnostmi** nebo **s nebezpečnou povahou** (§2923 – „škoda způsobená osobou s nebezpečnými vlastnostmi“, který spadá do majetkových škod způsobených tím, kdo nemůže posoudit následky). Některé výklady předpokládají, že do této definice spadají lidé s duševními poruchami (podle databáze ASPI a komentáře Ladislava Křečka v modulu Li)

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 nebo znovunavrácení schopnosti. Psychiatrická rehabilitace navazuje na ostatní psychiatrickou léčbu a týká se duševních poruch. (Peč, Probstová, 2009, str. 94) Existuje více definic pojmu psychiatrická rehabilitace a shodují se na tom, co je posláním rehabilitace.

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb

Na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí, které stojí za tímto procesem (jeho priority jsou vyjádřeny v dokumentu *„Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“*, který byl přijat dne 21. února 2007 usnesením vlády České republiky č. 127), se vysvětluje termín **transformace** takto: „Transformace je změna velkokapacitní ústavní služby pro lidi s postižením na bydlení a podporu v běžném prostředí. Lidé s postižením díky transformaci přecházejí z velkých ústavů do bytů či rodinných domů v běžné zástavbě a žijí způsobem života, který je obvyklý pro jejich vrstevníky.

Transformace sociálních služeb přispívá k začlenění osob s postižením do běžného života společnosti. S náležitou podporou mohou lidé s postižením žít v běžných domácnostech, převzít odpovědnost za svůj život a zvládat péči o sebe a domácnost tak, jak to dělají ti, kdo v ústavech nežijí. Mohou chodit do zaměstnání, pěstovat své záliby nebo se stýkat s přáteli z okolí. Není důvod, aby svůj život trávili ve velkokapacitní instituci, která je v těchto činnostech omezuje.“ (Černostová, 2016)

Deinstitucionalizace služeb

Deinstitucionalizace služeb pobytové péče je proces zlidštění (humanizace) ústavní péče s důrazem na dodržování jednotlivých práv a potřeb každého klienta tak, aby bylo zabráněno neadekvátním nařízením formálních institucí. Cílem tohoto procesu je tedy „transformace

pobytových sociálních služeb v jiné formy sociálních služeb poskytovaných v přirozeném sociálním prostředí“ (Vávrová, 2009, s. 8).

Deinstitucionalizace se pojímá jako transformace pobytových ústavů, které budou zachovány v koncepčně jiné podobě. Další pojetí počítá s tím, že bude v ústavech lůžek ubývat, až zmizí úplně. V sociálních službách je cesta k deinstitucionalizaci u nás již nastoupena a projevuje se pozitivně v reálných výsledcích, o nichž referuje následující studie ze stránek MPSV:

Mapování průběhu transformace v organizacích zapojených v projektu Transformace sociálních služeb 2013 – 2015

„Sběr dat byl realizován ve všech 40 zapojených zařízeních. Byla sledována data, která se týkala celkové kapacity sociálních služeb, počtu nově vzniklých komunitních služeb, počtu uživatelů a další.

Shrnutím dostupných dat byl zjištěn pokles lůžek v ústavní kapacitě (z 3821 na 2842) a naopak navýšení počtu lůžek v kapacitě neústavní (z 512 na 1309). Dále klesl počet klientů, kteří využívali ústavní služby. Někteří se vrátili zpět do rodiny, jiní odešli do vlastního bydlení.

Zvýšil se počet uživatelů ve službě chráněného bydlení (z 451 na 752). Přičemž nejvyšší počet uživatelů v této službě je se střední mírou podpory. Klienti s vysokou mírou podpory byli nejvíce umístováni do služby domovy se zvláštním režimem (53 uživatelů k 31.12.2015).

Jedním z ukazatelů zlepšení kvality života v pobytových službách je snížení počtu obyvatelů na pokoji (zvýšení počtu uživatelů na jednoľůžkových pokojích z původních 74 na 178), menší počet klientů na užívání koupelny (v DOZP z původních cca 6 osob na koupelnu na průměrné 3,6 osob na koupelnu) a toalety (v DOZP byl původní průměr 4,8, oproti novému průměru ve výši 3 uživatelů na 1 WC)“. (Černostová, 2016)

1.1 Stav výzkumu zvoleného tématu

Výskyt duševních onemocnění je v České republice poměrně vysoký a společnost jí musí věnovat patřičnou pozornost.

V současné době u sociální rehabilitace duševně nemocných v České republice stále převládá názor, zvláště u psychiatrů, že rehabilitace je něčím, co, doplňuje léčebné procesy. Podle jejich mínění jsou tato rehabilitační zařízení a služby prozatím málo rozšířené.

Domnívají se, že je stále málo příkladů dobré praxe a úzké spolupráce lůžkových zařízení a terénních služeb. Mohli bychom říct, že vzniká rozpolcenost rehabilitace mezi dva sektory sociálních služeb a zdravotnictví.

Sociální rehabilitace si klade za cíl, aby duševně nemocní pokud možno fungovali co nejvíce samostatně a vykonávali obvyklé sociální a osobní role a žili v běžných životních podmínkách. Je žádoucí, aby se těžiště péče o nemocného nacházelo v jeho přirozeném prostředí. Podmínkou ovšem je dostupná síť ambulancí a lůžkových zařízení, dále možnost pomáhajících sociálních služeb nemocnému v jeho bytě, vesnici či městě spolupráce různých odborných nástrojů pomoci. Vzniká tak prorehabilitační integrovaný celek nazývaný komunitní psychiatrie, který zahrnuje psychosociální služby od lůžkových zařízení, přes denní stacionáře, ambulance, rezidenční zařízení až po terénní služby, které se společně soustředí na rehabilitační cíle duševně nemocného.

Současné trendy v psychiatrii spočívají v propojení péče o dlouhodobě nemocné, hlavní důraz se klade na spolupráci zdravotnických a nezdravotnických zařízení. Zařízení, která poskytují psychosociální a rehabilitační služby, by měly jako můstek mezi pobytem v psychiatrické léčebně a integrací do komunity. (Španiel, 2013)

Vstupním článkem poskytování psychiatrické péče jsou psychiatrické ambulance, které zároveň slouží i jako následná péče pro pacienty, kteří jsou propuštěni z léčeben. Ambulance by se neměly zaměřovat jen na farmakoterapii, ale měla by poskytovat komplexní nabídku služeb ve spolupráci s dalšími nemedicínskými zařízeními. V ideálním případě by se mělo jednat o síť na sebe navazujících institucí a organizací, které by umožňovaly pacientovi plně se integrovat do společnosti.

Sociálně rehabilitační programy v lůžkových zařízeních jsou: snaha o zkvalitnění života pacientů, akceptace léčby pacienty a potřebu destigmatizace oboru psychiatrie. V mnoha léčebnách existují rehabilitační oddělení, která vedle farmakoterapie nabízejí aktivity, které napomáhají k návratu do jeho přirozeného prostředí a zvyšují jeho připravenost na život po propuštění z léčebny.

Dlouhodobé hospitalizace ve vzdálených léčebnách odtrhávají nemocné od reality a vztahů v ní. Návrat domů je složitý a je zde riziko recidivy. Péče o nemocné by měla být tedy komplexní, systematická a kontinuální. Duševně nemocný by měl pocítit pomoc, měl by vědět, že se má na koho obrátit se svými starostmi.

Většina denních stacionářů pro duševně nemocné pacienty vznikla v 90. letech 20. století. Denní stacionáře jsou jednou z nejvíce opomíjených složek systému psychiatrické péče. Sociální rehabilitace patří k nejčastějším funkcím denních stacionářů doplněná ambulantní péčí (Hejzlar, 2009)

V mnoha západních zemích již proběhla deinstitucionalizace. Ale lze říci, že denní stacionáře nemohou nahradit celkovou hospitalizaci v ústavním zařízení, proto by měly být chápány jako následná péče po propuštění z těchto zařízení nebo jako alternativní řešení u pacientů, kde není jejich stav závažný.

U nás v současné době dochází k procesu institucionálních změn, jejichž cílem je oslabení tradičních ústavních forem péče a posílení služeb spojených s vlastním bydlením, s místní komunitou a také s individuálním přístupem ke klientovi. Uživatel služeb je navzdory svým limitům stále považován za člověka, který nese zodpovědnost za svůj život a svá rozhodnutí, naplňuje svá přání a volí životní cestu. (Matoušek, 2001, str. 249).

Počátky psychosociální rehabilitace ve světě

Kořeny psychiatrické rehabilitace můžeme nalézt hluboko v historii. Již ve starověku byla duševně nemocným poskytována hudba, léčba prací, příjemná atmosféra. V 19. století se objevovaly záměry pacientům připravovat co nejpohodlnější podmínky, věnovat se vyšetřením v oblasti práce, hry a sociálních aktivit. Ukazují se poznatky, že strukturovaná aktivita pozornost se zaměřovala na opětovný návrat do sociálního života a asistenci při nalézání zaměstnání. (Pěč, Probošová 2009, s. 94- 95)

V 60. letech v USA a Velké Británii vznikají rodinné krizové týmy, které vznikly podle vzoru služby domácí péče a intervence, jejíž počátky nalézáme už v 30. letech minulého století.

Ke vzniku došlo v Amsterdamu pod vedením psychiatra Querida. Vznik domácí služby je spojen se snahou radních města ušetřit pomocí snížení počtu lůžek v městské nemocnici. (Hejzlar, 2004)

Zmínka o začátcích psychiatrické rehabilitace je již od 50. let minulého století. Britská i americká vláda umožnily deinstitucionalizaci a vznik komunitních center duševního zdraví, se kterými byla rehabilitace spojena. V důsledku zavádění principů přístupnosti a kontinuity služeb vznikají nové formy péče např. případové vedení, advokacie, svépomocné hnutí, asertivní vyhledávání. Druhý směr vzniku je spojen se svépomocnými kluby tzv.

klubová centra, která zakládali lidé se zkušeností s psychiatrickou léčbou. (Pěč, Probstová, 2009, s. 95)

Od 60. let minulého století je zaznamenán větší rozvoj rehabilitace a vznikají tzv. komplexní centra denních aktivit. Orientovala se hlavně na nácvik dovedností a rozvoj zdrojů podpory. Psychiatrická rehabilitace byla více nakloněna k biologické psychiatrii, psychosociální rehabilitace původně ve svém pojetí vylučovala používání léků. V 90. letech došlo k propojení obou proudů – psychiatrických i psychosociálních, a proto se oba termíny začaly používat souběžně. (Matra III, 2004, s. 42)

V osmdesátých a devadesátých letech 20. století se moderní psychiatrická rehabilitace stala součástí sociálního a zdravotního systému.

Situace u nás do roku 1989 byla rehabilitace vázaná na léčebné prostředí, do popředí vstupoval medicínský model léčby duševních poruch. V psychiatrických léčebnách, lůžkových zařízeních, se prováděly různé druhy ergoterapie a výjimečně šlo o dílny (např. Družstvo Obzor). Zdravotnické instituce neumožňovaly dostatečnou socioterapii a kreativitu potřebnou k rozvoji rehabilitačních aktivit. (Pěč a Probstová, 2009, s. 96)

V souvislosti se společenskými změnami po roce 1989 dochází u nás ke změně v přístupu k duševně nemocným, k systému péče o ně a v pohledu na jejich možnosti uplatnění ve společnosti. Dochází k inkluzi, a na duševně nemocné je nahlíženo jako na plnohodnotné bytosti, které mají svá práva, která mohou uplatňovat, tak jako jsou definována v Deklaraci práv duševně nemocných.

Diskuse o **formách sociálních služeb** můžeme zachytit už od 60. let 20. století, především v souvislosti se zajištěním pomoci pro osoby s duševním onemocněním a mentálním handicapem. Tato debata se rozvinula v kontextu výzkumných zjištění, která poukázala na rizika institucionální péče. Ze strany příjemce můžeme uvést rizika, jako jsou např. oslabení vlastní identity, narušení intimity, až apatie v každodenních aktivitách, ztráta perspektivy a zhoršení zdraví. Jak uvádí Matoušek (2001, str. 49) tohoto tématu se dotýká také problematika triangulace, která uspořádává vzájemné vztahy mezi pracovníky zařízení, klienty a jejich blízkými.

V sociální práci je **deinstitucionalizace** spojena se změnou přístupu k práci s klientem, jejichž teoretická východiska ovlivňuje zejména přístup orientovaný na člověka. (Matoušek, 2001, str. 248)

Jako poslání sociální práce vidí Úlehla (2005, str. 53) vést dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách a tím, co si přeje klient. Rozvíjet přitom dialog jako spolupráci a kooperaci rovnocenných partnerů. Pracovníkovou odborností je pak umět být prostředníkem mezi normami společnosti a přesvědčením klienta

V současné době mohou sociální pracovníce využít možnosti zahraničních stáží, kde se k nim jezdí učit další lidé z jiných zemí a chtějí právě tento model používat je pro tento tým jednou ze zpětných vazeb na jejich práci, ale především jsou to nejspíše viditelné výsledky v práci s pacienty s těžkým duševním onemocněním, kdy dříve to byli lidé zavření za vysokými zdmi ústavů a dnes to jsou lidé, kteří pracují, žijí se svými rodinami a jsou součástí společnosti.

Podle statistiky WHO vyhledá psychiatrickou péči každý čtvrtý občan Evropské unie. V evropských zemích je hrubým odhadem postiženo asi 40 % lidí, 15 % trpí některou z osobnostních poruch a 3 % trpí psychotickým onemocněním, jako jsou schizofrenie, bipolární afektivní porucha. (NRZP, 2016)

Statistiky ukazují, že počty hospitalizovaných pacientů i ambulantních psychiatrických vyšetření lehce stoupají.

1.2 Vztah tématu k sociální pedagogice

Když se zamyslíme nad chápáním sociální integrace duševně nemocných, tak si většina představí spíše dramatické případy násilí nebo bezdomovectví a abusu návykových látek. Ve skutečnosti jde ale o nemocné, kteří trpí frustrací osobních potřeb, sociální izolací a odmítáním svého i nejbližšího okolí. (Hejzlar, 2004)

Provázanost se sociální pedagogikou vidím právě v pomoci nemocným, o jejichž sociální dezintegraci společnost nemá dostatečnou představu. Jde tedy o pomoc ve zprostředkování sociálních kontaktů, prosazení osobních zájmů a potřeb a zvýšení samostatnosti, která je nutná k nezávislému životu. Lze říci, že sociální rehabilitace úzce souvisí s oborem sociální pedagogika a neodklání tak od předmětu oboru sociální pedagogiky, lze ji aplikovat v situacích při terénní práci, komunitní péči a jedná se o skupinu jedinců, kteří jsou sociálně znevýhodněni. Duševně nemocní musí mít nárok na respektující individuální přístup, a proto je potřeba měnit dosavadní hlavní způsob organizace péče o ně. Koncept velkých psychiatrických azylů z 19. století, jehož jsou současné psychiatrické léčebny po-

zůstatkem, nabízel jak medicínské, tak i sociální řešení. A to takové, že přemísťoval nemocného z jeho přirozeného prostředí do chráněného a izolujícího. (Hejzlar, 2004)

1.3 Sociální práce s duševně nemocnými

Sociální pracovník může s lidmi s duševním onemocněním pracovat v institucích (psychiatrická léčebna, psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrický domov důchodců, nespecializované zařízení – v Čechách také ústav sociální péče pro mentálně postižené i běžný domov důchodců), léčebných komunitách, dále v komunitních zařízeních (krizová centra, denní sanatoria, centra denních aktivit, zařízení podpory práce a bydlení, týmy řízení případu) nebo jsou duševně nemocní jeho klienty v jiných službách poskytovaných obcí, případně jinými organizacemi.“ (Matoušek, 2005, s. 135)

Kvalifikační předpoklady sociálního pracovníka

Činnost sociálních pracovníků zasahuje do klientova života každodenně, proto se musí řídit v rámci platné legislativy určenými zákony.

Podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je předpokladem k výkonu sociálního pracovníka jeho způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost.

Odbornou způsobilostí se rozumí:

„a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost a charitní a sociální činnost.

Kompetence sociálního pracovníka

„Je funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesní role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnosti reflektovat adekvátně a citlivě aplikovat hodnoty profese.“ (Matoušek, 2003 s. 91)

Vzdělávání sociálních pracovníků

Výkon práce sociálního pracovníka se řídí Zákonem č.108/2006 Sb. o sociálních službách. Stanovuje obecně požadavky na další vzdělávání sociálních pracovníků, jedná se ale pouze o předpis rámcový. Neudává tedy přesný postup pro vzdělávání. Existují zákonem požadavky, jež musí sociální pracovníci z hlediska kvalifikační odbornosti splňovat, jsou u nich jisté rozdíly ve výkonu, který při práci podávají. Zde také můžeme říci, že neplatí přímá úměra mezi stupněm vysokoškolského vzdělání a výsledky práce.

Zákon č.108/2006 o sociálních službách § 109 vymezuje základní činnosti pro pracovní pozici sociálního pracovníka následovně: „sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociálního poradenství, sociální rehabilitace, zajišťuje potřeby kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“

(§ 109 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách).

Vondrka (2008, s. 40-41) uvádí, že cílem sociálních služeb je ochrana lidí, kteří jsou při prosazování svých zájmů nějak znevýhodněni ať už v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, krizové sociální situace, konfliktního způsobu života, sociálně znevýhodňujícího prostředí nebo trestné činnosti.

Role sociálního pracovníka

V praxi se můžeme setkat s několika přístupy a rolemi ke klientům. Můžeme definovat čtyři typy rolí, které se vzájemně prolínají.

- Angažovaný sociální pracovník – tento typ sociálního pracovníka chápe klienta jako sobě rovného, vnímá ho s respektem a je zároveň empatický
- Při práci uplatňuje morální hodnoty stejně jako v osobním životě. Úskalím je vytvoření osobního vztahu s klientem, vyhoření nebo stranění klientovi
- Radikální sociální pracovník – stejně tak jako angažovaný pracovník je ovlivněn jeho osobními hodnotami, které vkládá do praxe, zaměřuje se na oblast sociální politiky a politické ideologie

- Byrokratický sociální pracovník – vytváří iluzi velkého zájmu o klienta, ale prvotně usiluje o manipulaci s lidmi v zájmu jejich změny

Profesionální pracovník – prioritou tohoto typu pracovníka jsou především práva a zájem klienta, řídí se etickým kodexem, důležitý je pro něj individuální vztah s klientem. Vztah mezi klientem a pracovníkem je upevňován respektem práv klienta.

Profesionalitou rozumíme vztah přiměřený profesnímu rámci a funkci zúčastněných osob, který se zaměřuje především na potřeby klientů. Klient je na prvním místě, ambice a představy pracovníka jsou druhotné. Je potřeba respektovat svébytnost klienta. Nečasová (2008, s. 74-76)

Pracovník je ve vztahu mocnější tím, že je většinou zástupcem státu a představuje kritéria normality. Klient je potom bezmocný tím, že něco potřebuje a pracovník mocnější svou pomocí. Toto je aspekt, který formuje proces spolupráce a pracovník by s ním měl umět úspěšně pracovat. (Smutek a Smutková, 2006)

Podle Smutka (2006, s. 78) sociální pracovník ve vztahu ke klientovi vystupuje v pěti intervenčních rolích, které se odlišují pracovní náplní, ale i typem zařízení, stylem vedení a cílem organizace. Role můžeme rozdělit:

- Sociální prostředník – připravuje klienta na kontakt s dalšími experty
- Uschopňovatel – pracovník asistuje klientovi a pomáhá mu nalézat silné stránky a zdroje
- Mediátor – pomáhá klientovi řešit spory mezi klientem a systémem organizací
- Obhájce – argumentuje, vyjednává a manipuluje s prostředím v zájmu klienta

Profesní schopnosti a dovednosti sociálních pracovníků

Většina odborníků, kteří působí v oblasti sociální práce, se shodují na tom, že k nejdůležitějším schopnostem, jimiž je podložena činnost sociálních pracovníků, patří schopnost empatie. (Mlčák 2004, s. 63)

Schopnost empatie často spojujeme v souvislosti s prosociálním chováním, pomáhajícím chováním nebo altruismem. Prosociální chování nemusí být motivováno pouze altruisticky, ani nemusí mít vždy finální efekt skutečné pomoci. Vyznačuje se takovými akty chování a jednání, které člověk vykonává ve prospěch toho druhého, aniž by čekal vlastní pro-

spěch či sociální souhlas. Prosociální chování se vyvíjí současně s vývojem empatie, morálního usuzování a atribučními procesy. Tendence chovat se prosociálně souvisí s vývojem senzitivity k sociálním normám. (Mlčák 2004, s. 69)

Schopnosti a dovednosti zvládat stres

Někteří autoři užívají v této souvislosti obsahově široký koncept zvládnání stresu, ostatní využívají pojmenování jako resilience nebo odolnost vůči stresu. Sociální pracovníci v rámci sociální práce vykonávají odborné pomáhající i kontrolní aktivity, ve kterých uplatňují vůči svým klientům vysoce angažovaný a podpůrný přístup. Jejich prvotním cílem je umožnit klientům optimálně možnou úroveň jejich sociálního fungování.

Stres v sociální práci může zjednodušeně chápat jako dynamický rozpor mezi souborem vnějších pracovních nároků, které musí sociální pracovník zvládat, a souborem jejich vnitřních osobnostních dispozic. Tento rozpor může být tak závažný, že pro tyto pracovníky představuje ohrožení, které může negativně ovlivnit jejich prožívání a chování. (Mlčák str. 70)

Pracovní úkoly sociálních pracovníků v oblasti duševního zdraví podle Mlčáka (2004, str. 112)

- radit při skupinových i individuálních sezeních klientovi, pomáhat překonat duševní a tělesné nemoci, chudobu, nezaměstnanost
- hodnotit záznamy a radit se s ostatními spolupracovníky a profesionály o hodnocení duševního nebo tělesného stavu klientů a pacientů

Spolupracovat s poradci, lékaři, ošetřovateli při plánování léčby s ohledem na praxi sociální práce

Zaznamenávat, hodnotit a monitorovat pokrok pacientů vzhledem k léčebným cílům.

Odkazovat pacienty nebo jejich rodiny na komunitní zdroje bydlení a léčby, aby napomáhaly k rekonvalescenci z duševních, doplňovat následně dalšími efektivními službami.

Členům rodiny radit a pomáhat v porozumění, zvládnání a podporování klientů a pacientů.

Modifikovat léčebné plány v souladu se změnami statusu klientů.

Řídit jiné pracovníky a vést supervizi těm, kteří poskytují služby klientům či pacientům.

Pomáhat rozvoji komunity, rozvíjet sociální politiku a poskytovat o ní informace

Kompetence pracovníků v oblasti sociální práce

Podle Havrdové (1999, s. 45-46) by sociální pracovník měl být nositelem následujících kompetencí:

- Schopnost rozvíjet účinnou komunikaci
- Orientovat se a plánovat postup
- Podporovat a pomáhat klientovi k soběstačnosti
- Zasahovat a poskytovat vhodné služby
- Přispívat k práci organizace
- Odborně růst

Vztah sociálního pracovníka a klienta

Podle Mlčáka (2005, s. 181) v interakci sociálních pracovníků a jejich klientů se projevuje řada stabilních interpersonálních charakteristik osobnosti. V souvislosti s problematikou interakce sociálních pracovníků a jejich klientů tzv. **system interpersonální diagnózy**, jedná o nejpropracovanější taxonomii dimenzí sociálního chování. Popisuje varianty sociálního chování, které se dají znázornit prostřednictvím kruhového schématu. Schéma je rozděleno na vertikální a horizontální osy a jsou zde znázorněny dvě základní bipolární interpersonální dimenze a to **dominance** (nadřazenost) – **submise** (podřazenost) a **hostilita** (nepřátelskost) – **afiliace** (přátelskost).

Schéma je dále rozděleno do osmi bipolárních typů chování, které mohou nabývat adaptivní až maladaptivní kvality.

- **Dominantní až autokratické chování** – se zakládá na síle moci, ambicích, nutkavé dominance, autokratičnosti.
- **Kompetitivní až egocentrické chování** – vyjadřující orientaci na spokojenost se sebou, orientace na vlastní osobu, sebedůvěru a nadřazenost, nezávislost, sebeprosazení
- **Rázné až agresivní chování** – založeno na striktnosti, punitivitě a hostilitě

- **Skromné až ponížené chování** – podložené skromností, slabostí sebeponížením, plachostí, podřízeností, citovou rezervovaností.
- **Konformní až hyperkonformní chování** – odvozené ze závislosti, tendence vyžadovat pomoc a poskytovat obdiv
- **Kooperativní až hyperafliativní chování** rezultující z přátelskosti, spolupráce a ochoty ke kompromisům
- **Odpovědné až hyperprotektivní chování**, které souvisí se zralostí, zodpovědností, ohleduplností, sebevědomou nezávislostí, ochotou pomáhat a podporovat

2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

System péče pro lidi s duševním onemocněním zajišťují zdravotní i sociální služby. Tyto sociální služby jsou tu proto, aby sloužily lidem, kteří se dostali do obtížné životní situace a nemohou se o sebe postarat, aby nezůstali v sociální izolaci. V takových případech zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb. nabízí možnost pomoci nebo podpory prostřednictvím poskytování sociálních služeb.(Vondrka 2008, cit podle Mahrová, Venglářová a kol., str. 69).

Tento zákon definuje sociální rehabilitaci v § 3 sociální službu jako činnost, která zajišťuje pomoc či podporu osobám začlenit se do společnosti, popřípadě ovlivnit jejich vyloučení ze společnosti. Tento zákon rozděluje tři základní skupiny poskytování sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence.

Psychosociální rehabilitace je směr sociální rehabilitace, který se zaměřuje na skupinu klientů s duševním onemocněním. Někdy se také užívá pojmu psychiatrická rehabilitace a je stejného významu.

Rozsah působnosti psychiatrické rehabilitace popsali William Anthony spolu s jeho spolupracovníky. „*Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.*“

(Anthony 2009 cit, podle Pěč, Probstová, str. 94)

Wilken a den Hollander (1999, str. 4) uvádí, že slovo rehabilitace můžeme chápat ve dvou významech, a to znovuzískání důstojnosti a obnovení funkčnosti. Cílem rehabilitace je tedy obnova klientových schopností, ale i naučit je žít s jeho chronickou nemocí. Tohoto lze dosáhnout změnami v klientově prostředí, dále poskytováním sociálních služeb nebo naučit okolí klienta jak zacházet s poruchou a jejími projevy. Cílem psychosociální rehabilitace je tedy samostatnost, dlouhodobá úzdrava a fungování v sociálních rolích, je důležité, aby se člověk s psychózou naučil rozumět své nemoci.

Wilken den Hollander (1999, s. 5) chápe tato základní pojetí rehabilitace:

Přístup zaměřující se na prostředí – je zaměřen na vytváření příjemného prostředí, kde by klient mohl existovat s co nejmenší pomocí.

Přístup zaměřený na problém klade důraz na symptomy a problémy klienta, které jsou odvozeny na základě aktuální situace klienta. Za cíl pokládají vypracování plánů celkové péče a intervence.

Přístup zaměřený na rozvoj klienta se orientuje hlavně na jeho přání a potřeby. Kde je hlavní důraz kladen na osobnostní růst a učení. Tento přístup byl dříve považován za nevhodný pro chronické pacienty, protože měli obtíže formulovat své cíle. Klient si musí tedy určit cíl a také způsob jeho dosažení.

V poslední době se významně změnil přístup k lidem, kteří trpí duševním onemocněním. V minulosti měla většinová společnost tendenci se lidí s duševními nemocemi izolovat.

Vondrka (2008, str. 243) uvádí, že by měla být péče o duševně nemocné komplexní a systém služeb na sebe navazovat. Do tohoto systému zároveň spadá i rodina duševně nemocného a jeho okolí. Odbornou pomoc tvoří pomáhající pracovníci, specialisté, zařízení a organizace. Tato problematika není jednoduchá, protože duševně nemocný si neuvědomuje a nechce si připustit, že nemocí trpí. Autor také popisuje, že by mělo první kontakt zajistit nízkoprahové zařízení, které může vyhledat sám nemocný nebo někdo z rodiny či přátel. Poté následují další kroky, jako je doporučení ambulantních nebo kontaktních center. Pokud tato péče nestačí a duševně nemocný člověk potřebuje zdravotní dohled v případě zhoršení psychického stavu, je možné zvolit rezidenční péči. Zajišťují ji psychiatrické léčebny, psychiatrické kliniky, psychiatrická oddělení nemocnic, domovy se zdravotním postižením.

Sociální rehabilitace v komunitě

Komunitně působící služby jsou sdruženy v asociaci komunitních služeb v oblasti duševního zdraví. Existují značné rozdíly v typech i rozsahu služeb, které jednotlivé organizace poskytují. Někdy se jedná o chráněné dílny a sociálně terapeutickou dílnu, jindy navazuje spektrum programů, jako např. regionální komunitní tým, denní centrum, tréninkové byty atd. V praxi komunitních služeb se projevují vlivy všech tří hlavních rehabilitačních škol. Klade se důraz na podpůrné prostředí, které zohledňuje funkční omezení navozená nemocí zejména v chráněných dílnách a chráněných bydleních (rehabilitace zaměřená na prostředí). Libermanova škola se zaměřuje na zlepšení asertivity uživatelů a na jeho schopnosti řešit různé problémové situace. Principy bostonského směru spočívají v rozvoji

dovedností klienta a v hledání zdrojů pro jeho uplatnění v komunitě. Můžeme zmínit také nizozemský směr tzv. Care (Comprehensive approach of rehabilitation). Vedle rehabilitačních škol se užívá tzv. Case management, v modernějším podání se uplatňuje jako asertivní komunitní léčba, u nás ovšem méně zastoupen, protože terenní týmy u nás nejsou skutečně multidisciplinární, není zde zdravotnická působnost ani nepřetržitý provoz.

Multidisciplinární týmy

Rehabilitační spolupráce se obtížně organizuje, jestliže relevantní osoby pracují v různých službách s rozdílně nastavenými pravidly a kompetencemi. Tuto skutečnost mohou řešit právě multidisciplinární týmy, ve kterých úzce spolupracují jednotliví specialisté. V těchto týmech bývají nejčastěji zastoupeny profese psychiatra, sociálního pracovníka, psychiatrické zdravotní sestry, psychologa a ergoterapeuta. Tento tým má vedoucího, kterým může být pracovník jakékoliv zmíněné profese. Co se týká multidisciplinární týmové spolupráce i u nás již funguje uvnitř některých zařízení např. v denních sanatoriích. V souvislosti s posláním rehabilitace jde o multidisciplinární týmy, které fungují mobilním způsobem a svou činností a spojují různé složky péče a to psychiatrických lůžkových až po sociálně rezidenční. Takové týmy mají potřebné kompetence k propojení ostatních složek péče. Tyto týmy jsou typické např. v Nizozemí, Velké Británii či Finsku. Práce multidisciplinárních týmů, která zahrnuje metody případového vedení, psychiatrické domácí péče a intenzivní celodenní práci s těžkými případy se nazývá asertivní komunitní léčba. (Hejzlar, 2010)

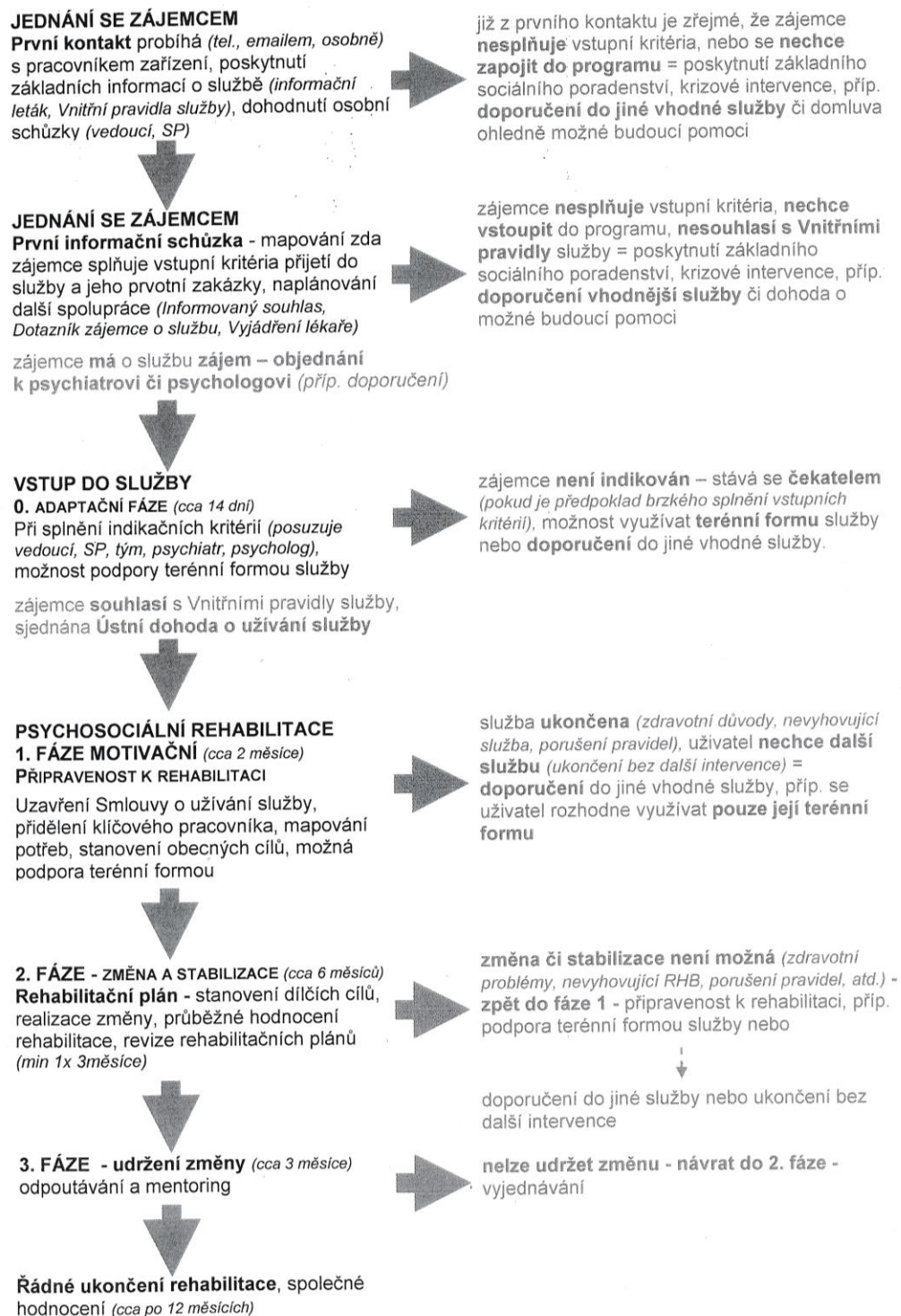
Sociálně rehabilitační programy

Tyto programy jsou přínosné zejména pro pacienty, kterým nemoc navozuje přetrvávající poškození, kde dochází ke zhoršení schopností a dovedností a v důsledku toho omezení pro výkon praktických a sociálních rolí. Je třeba také zohlednit vývoj adaptačních dovedností, sociální situaci nemocného a míru sociální podpory, které se nemocnému dostává zvláště v rodinném prostředí.

Pokud se po propuštění duševně nemocný není schopen vrátit k předchozímu způsobu života, je pro takové situace zřízena dolečovací péče. Existuje v různých podobách: návrat do ambulantní péče, specializovaná doléčovací zařízení, chráněná bydlení, domácí péče, chráněná zaměstnání

Člověk s duševním onemocněním potřebuje od sociální služby mnohdy komplexní nabídku pomoci, zejména v oblastech právní pomoci, bydlení a práce. „Pracovní rehabili-

tace má být zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností.“ (Matoušek, 2005, str. 149)



Toto schéma obecně popisuje obvyklý průběh poskytování služby od fáze jednání se zájemcem až po ukončení služby. Jsou zde znázorněny klíčové události v průběhu poskytování služby a popsány možné varianty výstupu z daných fází.

Obr.č.2. Schéma procesu rehabilitace v ambulantní formě

2.1 Formy a druhy služeb poskytovaných duševně nemocným

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., rozděluje sociální služby na formy a druhy poskytování. Tento zákon také rozlišuje formy ambulantní, terénní a pobytovou službu. Druhy sociálních služeb jsou rozděleny podle péče, která je poskytována v konkrétních zařízeních.

Ambulantní sociální služby jsou určeny osobám, které do zařízení docházejí samy nebo s doprovodem. Tato služba je bez ubytování. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí klienta. Podle §33, Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. (ČESKO, 2006)

Sociální pracovník může doprovázet uživatele na úřad, k lékaři, do obchodu, pokud se uživatel neorientuje a hrozí, že by zabloudil, nebo pokud potřebuje doprovod.

Ne všichni pacienti potřebují využít sociální služby, u některých uživatelů není tato potřeba díky mírnému průběhu nemoci nebo díky fungujícímu rodinnému zázemí. (Hejzlar, 2009)

Jak uvádí interní materiál sociálních pracovníků (*Dobrá praxe centra sociální rehabilitace Labyrint*, [b.r.]) využívání služby sociální rehabilitace je založeno na dobrovolném rozhodnutí tzn., že do služby může vstoupit jako uživatel a kdykoliv bez udání důvodu spolupráci ukončit. Do jednotlivých rehabilitačních programů vstupují uživatelé na základě svého rozhodnutí.

Každé rozhodnutí, které je v souladu či rozporu s obecně uznávanými morálními pravidly odráží individuální hodnoty a povahové vlastnosti, jedince, které jsou dány normami dané společnosti. Právě to, co je společností považováno za morální ovlivňuje chování jednotlivých členů této společnosti.

Postupně tak dochází i k odstraňování bariér mezi majoritní společností a touto částí populace. Tím, že má v současné době majoritní společnost o mnoho více příležitostí se s duševně nemocnými ve svém každodenním životě setkávat, dochází postupně i k odtabuizování a vyššímu stupni pochopení této problematiky.

Velkou zásluhu na tomto faktu má i současný trend v sociálních službách, který podporuje vznik ambulantních a terénních služeb pro lidi s duševním onemocněním.

Specifika sociální práce závisí zejména na kontaktu sociálního pracovníka s lidmi nacházejících se v obtížných situacích, které nedokážou řešit sami. Sociální pracovník má

určitou zákonnou moc, kterou by měl umět disponovat ku prospěchu svých klientů a zároveň by se měl pohybovat v rámci morálních standartů

Podle Mahrové a Venglářové (2008, str. 50) se etický kodex snaží vysvětlit povinnosti pracovníků a zdůraznit jejich roli v ochraně zranitelných klientů. Vymezuje limity profesionální odpovědnosti. Dává si za úkol ochraňovat a dodržovat standardy a regulovat profesionální chování. Etický kodex zavazuje sociálního pracovníka k poskytování adekvátních informací, také k rozvoji a podpoře růstu klienta. Zavazuje ho zároveň k povinnosti konzultovat s klientem postup pomoci.

Individuální plánování

Podstatou poskytování služby sociální rehabilitace je naplnění osobních cílů uživatele. K tomu slouží tzv. individuální plán, což je dohoda mezi uživatelem a poskytovatelem, je v ní vyjádřen cíl uživatele a jednotlivé kroky, které k cíli směřují. V procesu individuálního plánování je klíčovým faktorem důvěrný vztah mezi pracovníkem a uživatelem. Individuální plánování reaguje pružně na potřeby uživatele. Klíčový pracovník provází uživatele tak, aby byl schopen nalézt a správně formulovat cíle, k jejichž naplnění mu služba může dopomoci. (*Dobrá praxe centra sociální rehabilitace Labyrint*, [b.r.]

Individuální plánování vychází z rehabilitačního procesu, který tvoří tyto fáze:

- **mapování potřeb a schopností, hledání přání** - individuálnímu plánování předchází fáze mapování potřeb, důležitých je prvních 14 dní vstupu do služby. Uživatel se seznamuje s novým prostředím, s ostatními uživateli a možnostmi, jež mu může služba poskytnout.
- **stanovení cílů a plánování jak jich dosáhnout** - po fázi mapování je možné soustředit se na stanovení cílů. Pro rehabilitační práci je vhodné, aby cíle byly konkrétní, měřitelné, dosažitelné, realistické a termínované. Při stanovení cílů vycházíme z osobního cíle, na kterém jsme se dohodli s uživatelem při uzavření Smlouvy o poskytování služby. Toto plánování má dlouhodobé a krátkodobé cíle. Dlouhodobý cíl by měla být stanoven na období minimálně jednoho roku a korespondovat s činnostmi sociální rehabilitace. Dále dílčí cíle dělí dlouhodobý cíl do několika kroků. Krátkodobé cíle jsou zaměřeny na aktuální problémy a požadavky. Je nutné je definovat přesně.

- **realizace cílů** - v průběhu realizace cílů působí pracovníci na uživatele tak, že podporují rozvoj jejich samostatnosti, motivují je k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé situace.
- **vyhodnocení výsledků** - každý individuální plán musí být průběžně za účasti uživatele hodnocen. Je doporučeno, aby hodnocení mělo dvě fáze hodnocení průběhu procesu (např. hodnocení vztahu, aktivity, načasování, hodnocení dosažení cílů.
- u hodnocení je důležité popsat to, co se podařilo, co bylo obtížné, co pomáhalo, co nikoliv, jaké aktivity byly účinné, jaké nikoliv. Jak se celý proces vyvíjel, popřípadě co bylo příčinou nesplnění plánu. (*Dobrá praxe centra sociální rehabilitace Labyrinth*, [b.r.]

2.2 Psychické onemocnění

Matoušek (2008, str. 54) definuje duševní nemoc jako “*Nemoc projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů.*“ Jiný pohled je uveden v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize (dále jen MKN 10) se přiklání k označení duševní porucha. Rozlišujeme několik skupin: psychózy, poruchy nálad, poruchy osobnosti, organicky podmíněné poruchy a úzkostné poruchy, organicky podmíněné a úzkostné poruchy (označované dříve jako neurózy). Jednotlivé skupiny rozlišuje Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace a diagnostický a statistický manuál duševních nemocí. (Matoušek, 2008, str. 275)

Duševní onemocnění je specifické tím, že na lidech s tímto onemocněním nejsou patrné na první pohled žádné příznaky. Rodina či lidé v okolí nevnímají a nedokážou pochopit, v jaké situaci se nemocný ocitl. Pro duševně nemocného je obtížné rozumět tomu, co se děje a proč tomu tak je. Proto by měl existovat tým odborníků, systém sociálních služeb, systém zdravotnických zařízení, které by duševně nemocnému i rodině ulehčili pochopení situace, ve které se nachází, a pomohly zvážit možná řešení. (Styx, 2003, str. 161)

Sociální práce v rámci péče o duševně nemocné se snaží o deinstitutionalizaci, prevenci stigmatizace osob s duševním onemocněním. V případě deinstitutionalizace usiluje o přesunutí těžiště péče o tuto cílovou skupinu z institucí (psychiatrických léčen, psychiatrických oddělení nemocnic, do přirozených společenství stacionářů, terapeutických komunit).

Díky stereotypním představám o lidech s duševním onemocněním dochází k přisuzování stigma už kvůli podstoupení psychiatrické léčby. Baštecký (1997, str. 96) se dívá na stereotypy jako na jakási společenská mínění, která se ustálila ve společnosti, tato mínění se vždy týkají určité skupiny osob, v tomto případě duševně nemocných. Existence takových stereotypů vyplývá z přirozené potřeby lidí kategorizovat. Stigmatizovaní lidé jsou vystaveni různé míře odmítání v běžných každodenních situacích v partnerských vztazích, na pracovišti atd. U jedinců postižených duševní poruchou může vést stigma, posílení příznaků duševní poruchy. Stigma nemocným lidem snižuje sebedůvěru. Vede ke strachu, který napomáhá stresu. Pacienti se snaží vyrovnat se stigmatizací změnou svého chování tak, že omezují dřívější sociální kontakty, opatrně komunikují a vyhledávají podobně stigmatizované. Tito lidé trpí dvojnásob, příznaky jejich onemocnění a zároveň i odmítáním okolí. (Marková, Venglářová, 2006, str. 19).

Stigma se netýká jen pacienta samotného, ale má dopad i na jeho rodinu. Duševní porucha vrhá špatné světlo i na ostatní příbuzné. V minulosti byli duševně nemocní odsunuti na okraj společnosti. Ta z nich měla strach, vnímala je jako nebezpečné a nesamostatné lidi. (Marková, Venglářová, 2006, str. 126- 127)

V poslední době vznikají tendence stigmatizaci odstranit nebo alespoň omezit. Tyto snahy se projevují například prostřednictvím destigmatizačních kampaní, různých diskuzí a přednášek, také vznikají programy pro stimulaci zaměstnanosti, terénní a komunitní prací.

Pavlovský, Malá (2002, str. 119) zdůrazňují, že společnost by měla mít na vědomí, že lidé s duševním onemocněním mají stejná práva jako ostatní občané a toto právo jim přísluší podle: Deklarace práv duševně nemocných. Všichni pracovníci mají povinnost zachovávat mlčenlivost ke všem skutečnostem, o kterých se dozvěděli v průběhu práce s duševně nemocnými.

Příčiny duševních nemocí

Příčiny duševních nemocí vidí Mahrová, Venglářová, (2008 str. 69-70) v kombinaci více faktorů. Je velmi těžké určit první příčinu vzniku duševního onemocnění. Pro lepší model psychosociální vulnerability, který spočívá v síle osobnosti, úrovni stability a míře zranitelnosti. Každý má tyto aspekty nastaveny jinak a je např. vůči stresu více odolný a zvládá krizové situace snadněji, v takovém případě je zapotřebí vyšší míra stresu nezbytná pro vznik projevů duševní nemoci.

Zaměříme-li se na pojem psychóza je definován různě. Autor Smolík (2002, str. 148) uvádí, že se odvozuje od závažnosti funkčního postižení. Porucha se považuje za psychotickou, pokud vede k postižení, které výrazně narušuje kapacitu schopností vyrovnat se s nároky normálního života.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí mezi psychotické poruchy patří: (Smolík, 2002, str. 149)

- Schizofrenie
- Schizotypální poruchy
- Trvalé duševní poruchy a bludy
- Akutní a přechodné psychotické poruchy
- Schizoafektivní poruchy
- Jiné poruchy

Psychóza je obecný pojem, podobně jako schizofrenie, často bývá s psychózou ztožňována. Pěč, Probstová, (2009, str. 34), popisuje etiologii psychotického stavu a uvádí, že může být různá. Příčiny mohou být toxické, organické, traumatické nebo nejasné. Rozpad funkce já je považován za hlavní příznak duševního onemocnění. Dochází k narušení vnímání reality a jedinec neodlišuje, co přichází zevnitř a co z vnějšího světa. Další symptomy, jimiž jsou halucinace a bludy jsou pak považovány za druhotné jevy.

Psychóza je těžké duševní onemocnění, při kterém nemocný ztrácí kontakt se skutečností, kterou jinak vnímá a jinak hodnotí. Tato ztráta kontaktu souvisí s halucinacemi i bludy, pod jejichž vlivem nemocný ukazuje velmi nepochopitelné chování pro okolí. Psychotikovi, který se nevnímá jako duševně nemocný, připadají zcela v souladu s vnímáním světa. Charakter onemocnění u duševně nemocných vytváří v těchto lidech představu jakéhosi vlastního světa, uvnitř kterého jsou uzavřeni jako v bludném kruhu.

Hartl (2004, str. 65) definuje duševní poruchu jako „*klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech, šířeji změnu některých psychických procesů projevující se v chování a prožívání člověka a znesnadňující jeho interakci se sociálním okolím*“.

Cílovou skupinou, která navštěvuje sociální rehabilitaci, jsou osoby s chronickým duševním onemocněním, nejčastěji z okruhu psychóz (F20-29) nebo z okruhu afektivních

poruch (F30-39), u nichž je stabilizovaný zdravotní stav a jejichž cílem je samostatný život s minimální mírou podpory ze strany okolí. Nejprve se tedy zaměřím na osoby z okruhu psychóz. Jedná se o osoby, u nichž došlo k narušení sociálních rolí. Příčiny psychóz jsou většinou neznámé. Pravděpodobně spočívají v odchylných biochemických pochodech v mozku. Zkoumají se rovněž i vlivy psychické a psychosociální, infekce a změny v metabolismu.

Schizofrenie

Podle Vágnerové (2004, str. 333) schizofrenie patří do okruhu psychóz, při tomto onemocnění je narušeno myšlení a vnímání, je porušena emotivita a integrita člověka, jsou poškozeny mozkové funkce.

Podobně i tak Malá, Pavlovský (2002, str. 58) vysvětlují termín schizofrenie jako rozštěp mysli.

Podle MKN (2008 str. 96) Schizofrenní poruchy se vyznačují zejména poruchami myšlení a vnímání a také afektivitou, Intelektové schopnosti a jasné vědomí zůstávají zachovány, i když se někdy mohou objevit určité kognitivní deficity. Osobnost je postižena v těch nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality a autonomie.

Nemocný nabývá pocitu, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo sdíleny jinými lidmi. Běžné jsou např. sluchové halucinace, hlasy mohou komentovat chování a myšlení pacienta.

Podle Vágnerové (2004, str. 345) rozeznáváme:

Paranoidní schizofrenie

U paranoidní schizofrenie se jedná o onemocnění, které se vyznačuje tzv. nesystematickým neboli izolovaným bludem, s paranoidním obsahem. Charakteristické jsou také halucinace, nemocný se stává svému okolí podezřívavým a vztahovačným, též může mít pocit, že je v ohrožení, případně má pocit, že je pronásledován a že bude zničen. Bludy se vztahují, buď k bytostem nadpřirozeným nebo i k členům jeho vlastní rodiny. Halucinace se vyskytují nejčastěji jako sluchové ve formě hlasů, které něco našeptávají a přikazují. Narušeno bývá myšlení a vůle, jedinec se obtížně přinutí k nějaké aktivitě (Vágnerová, 2004, str. 345)

Hebefrenní schizofrenie

Charakteristickým znakem pro tento typ schizofrenie je porucha myšlení. V mysli nemocného se vytváří metafyzické nebo filozofické úvahy, které nejsou podpořeny racionálními argumenty. V oblasti emočního prožívání se projevuje velkou podrážděností, kolísáním citových prožitků bezdůvodným střídáním emočního vzrušení s depresí a pocity strachu. V projevech sociálního chování je zjevná odchylka od společenských norem projevovaná hrubostí, vulgaritou a sociální necitlivostí (Vágnerová, 2004, str. 347).

Katatonní schizofrenie

Pro tento druh schizofrenie je charakteristická nápadnost v oblasti motorické aktivity, což se projevuje u tzv. produktivní formy tohoto onemocnění. Projevem této formy je paradoxní jednání a opakování některého druhu pohybu a stejných vět.

Další formou katatonní schizofrenie je stuporózní forma, která se projevuje zpomalením, nebo celkovým utlumením motorické aktivity nebo i ztrátou vůle k vykonávání jakékoliv činnosti (Vágnerová, 2004, str. 349).

Simplexní schizofrenie

Nejprve by se dala diagnostikovat jako porucha osobnosti, charakteristická vysokou sociální nepřizpůsobivostí a jedinci často tráví dlouhý čas v nečinnosti. Jedinci nezvládají běžné úkony a požadavky, přestávají dbát o svůj zevnějšek a izolují se od ostatních. Vágnerová, 2004 str. 349).

Četnost onemocnění se v různých publikacích i různých autorů poměrně liší. Například Praško (2005, str. 113) uvádí výskyt v rozmezí od jednoho až po půl procenta populace.

Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním. Chování nemocného je pro okolí podivné a málo ovlivnitelné. Není lehké se do takového člověka vcítit a porozumět jeho projevům. Schizofrenie představuje značnou zátěž i pro rodinu. Duševně nemocný doma působí rušivě a domov, který by měl být dobrým zázemím pro tuto funkci ztrácí. Nemocný hodnotí běžné situace jinak, dává jim jiný význam, který se může jevit zdravému člověku nesmyslný a nesprávný. Většina lidí si vytváří od nemocného odstup, nedokážou ho přijímat s jeho chorobnými projevy. (Vágnerová, 2004, str. 349)

Češková (2007, str. 21 -22) ve své publikaci uvádí, že asi třetina nemocných se po několika atakách dokáže vrátit k dosavadnímu způsobu života, u další třetiny se epizody schizofrenie střídají po celý život. V období remise už nemocní nejsou schopni se vrátit k svému zaměstnání, a většinou je jim přiznán invalidní důchod. Poslední třetina pacientů se ani přes léčbu příznaků schizofrenie nezbaví, nejsou schopni samostatného života a jsou odkázáni na svou rodinu, případně na zdravotnické zařízení.

Schizofrenie se dá léčit a úspěšnost léčby závisí na ochotě pacienta spolupracovat. I nejkvalitnější léky nemohou zaručit dobré výsledky, jestliže pacient nespolupracuje a není k léčbě dobře motivován. Důležitou součástí léčby je i psychoterapie. Každá terapie musí být individuální a musí respektovat stav a odolnost pacienta vůči zátěži.(Vágnerová, 2004, str. 333)

Afektivní poruchy

Dalším typem onemocnění, které se vyskytuje u uživatelů navštěvující sociální rehabilitaci

Projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která je v rozporu s reálnou životní situací jedince. Tato nálada narušuje jeho jednání a uvažování a má i následný dopad na jeho funkce. Dalším důsledkem je sociální selhávání a vznik adaptačních poruch.(Vágnerová, 2004, str. 369)

F 30 Manická fáze

Klasifikace rozlišuje tři stupně onemocnění, můžeme považovat jako společný rys povznesenou náladu, vyšší tělesnou a duševní aktivitu.

Mánie s psychotickými symptomy (objevují se halucinace a bludy), dále hypománie (dlouhodobé mírné zvýšení nálady, familiárnost, podrážděnost, domýšlivost nebo neomalené chování, tyto příznaky neovlivňují fungování jedince v pracovní ani sociální oblasti).

Podle Mahrové, Venglářové (2008, str. 78) nemocný nedokáže odhadnout své schopnosti a důsledky svého chování a dostává se tak do nepříznivých sociálních situací. Nadnesená nálada se projevuje nepřirozeně vstřícně a bývá nezvykle dobrá. Pokud nemocný čelí odporu, může se nálada měnit až na zlost a hněv. Tyto poruchy nálady mohou vést k bizarnímu oblékání, líčení a k dotěrnému chování. Manická řeč je hlasitá, zrychlená, skoro se nedá přerušit a hraní se slovy.

Léčba mánie

V léčbě se využívá komplexní terapie – farmakoterapeutická i psychosociální. Je důležité vytvoření spolupráce s pacientem i s rodinou. Je důležité, aby všichni zúčastnění byli dobře informováni a podíleli se na léčbě. (Malá, Pavlovský, 2002, str. 38)

F 31 Bipolární afektivní porucha

Je charakterizovaná více fázemi poruchy nálad. Mohou se vyskytovat samotné manické fáze, nespíše se střídají cykly deprese a mánie. Přechod z jedné fáze do druhé je dlouhodobý, ale mohou být i nenadále, např. přes noc. Autorky Mahrová Venglářová (2008, str. 79) uvádí, že mezi fázemi bývá období remise – klidu, období bez projevu nemoci. Manické fáze se objevují náhle a trvají někdy dva týdny až 4-5 měsíců. Původní pojem tohoto onemocnění „maniodepresivní psychóza“ zahrnoval také pacienty, trpící jen depresí, dnes se již užívá termín maniodepresivní onemocnění nebo psychóza zejména jako synonymum pro bipolární poruchu.

F 32 Depresivní fáze

V této fázi depresivní epizody trpí jedinec skleslou náladou, sníženou energií, sebevěrou a koncentrací. Zhoršuje se také schopnost radovat se, Většinou se rychle unaví, a má narušen spánek a chuť k jídlu. Podle výskytu a obtížnosti příznaků rozlišujeme formy na lehkou, středně těžkou a těžkou. Depresí zatížený jedinec je úzkostný, ztrácí schopnost prožívat radost, je pesimistický. Podle Malé (2002, str. 29) je možné rozlišit několik stupňů depresivní poruchy, kde dokonce při těžkém stupni může dojít až sebevražedným tendencím. Takový jedinec není schopen se zapojit do běžného, společenského či domácího života.

Duševní nemoc někdy nelze léčit pouze ambulantně, v těchto případech nemocný podstupuje léčbu ve specializovaných zařízeních. Zde může být poskytnuta komplexní péče. V případech, kdy je hospitalizace nutná, může docházet duševně nemocný do denních stacionářů. V těchto zařízeních působí terapeuti nabízející odlišný pohled na nemoc prostřednictvím malby, hudby, nebo divadelního ztvárnění či pracovní činnosti. Tyto terapie nabízejí jiné možnosti pohledu na nemoc a umožňují náhled nebo uvolnění emocí, pocitů. (Mahrová, Venglářová, 2008, str. 68)

Neurotické poruchy a úzkostné poruchy

Neurózy vznikají působením psychosociálních vlivů, jedná se o poruchy adaptace vůči prostředí ale i vůči sobě samému. Neurotické příznaky může zaznamenat i zdravý člověk: strach, obavy, slabost, úzkost a smutek. Co však zůstává, je kontakt s realitou, nejsou přítomné halucinace bludy a deliria. Vágnerová (2008, str. 399) definuje tyto poruchy “ Úzkostné poruchy jsou charakteristické chronickou nepřiměřenou úzkostí, která se může projevovat vyhocenými akutními atakami nebo iracionálním a vystupňovaným strachem. Nemocní nejsou schopni své pocity a z nich vyplývající jednání ovládat“.

2.3 Klasifikace duševních poruch

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí (MKN) je dokumentem Světové zdravotnické organizace

(WHO – World health organization). Publikace formou číselného seznamu kodifikuje systém klasifikace lidských onemocnění, poruch, symptomů nemocí.

Tato klasifikace nemocí zahrnuje zároveň i přidružené problémy. Je nutná z hlediska správné diagnostiky, léčby a výzkumu. Obor psychiatrie má označení v dokumentu písmeno velké F, jímž je označeno 10 kategorií a jejich podskupiny. Autoři Malá, Pavlovský 2002, str. 43 uvádí, že duševní porucha je diagnostikována podle skupiny znaků a příznaků, které se vyskytují společně a jsou viditelné ostatními a nemohou reprezentovat jinou nemoc. Dělí se do skupin podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10). Jsou označeny znakem „F“ s následnými dvěma až čtyřmi číslicemi.

Podle aktualizované verze k 1. 1. 2013 jsou heslovitě duševní poruchy klasifikovány takto:

F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10 – F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F 20- F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30- F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90_F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha (World Health Organization, 2008).

Kvalita života

Rehabilitace je zacílena na kvalitu života a to hlavně na její zvýšení. Kvalita života bývá vnímána v termínech podmínek každodenního, které vytváří kvalitu života. Uspokojující podmínky pro život zahrnují oblasti jako práci, zdraví, sociální vztahy a bezpečné životní prostředí. Jiný pohled jak může být kvalita života definována je způsob, jak lze dané životní podmínky jedince poměřit s obecnými sociálními standardy. Na druhé straně lze toto téma uchopit i fenomenologicky, zde se klade důraz na subjektivní rozměry jako pocit blaha, uspokojení a štěstí. Lze říci, že kvalita života má dvě stránky: objektivní a subjektivní. Komplexní přístup k rehabilitaci se dotýká obou stránek. Přání a potřeby formulujeme podle osobního vyhodnocení klientovy kvality života. (Wilken, Hollander 1999, str. 8)

Kvalitu života definuje i Matoušek 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.*“ (Matoušek, 2008, str. 92)

Hartl se vyjadřuje ke kvalitě života v psychologickém slovníku: „*Kvalita života je vyjádření pocitu životního štěstí. K nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost. Z psychologického hlediska je chápána jako míra seberealizace a duševní harmonie čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti.*“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 284)

Sociální rehabilitaci se zaměřuje na to, aby pomohla zvýšit jejich kvalitu života tak, aby byli spokojeni a šťastni v prostředí, které si vybrali sami k životu.

3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE NA ZLÍNSKU

Jak jsem již zmínila v úvodu, měla jsem možnost pracovat jako asistent u psychotických pacientů v zařízení Labyrint v Uh. Hradišti. Moje zkušenost se týká asistence uživatelům při kreativních činnostech a práci v keramické dílně v rámci pravidelného programu.

Sociální práce s lidmi s psychickým onemocněním je tak další důležitou složkou rehabilitačního procesu.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje sociální rehabilitaci jako specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. (ČESKO, 2015)

Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“. (70 odst. 1)

Současný trend sociálních služeb podporuje vznik ambulantních a terénních služeb pro lidi s duševním onemocněním. Smyslem rehabilitace je vrátit člověku s duševním onemocněním jeho dřívější pracovní a společenskou výkonnost.

Ministerstvo práce a sociálních věcí definuje sociální rehabilitaci jako „soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby zdravotním postižením směřujících k dosažení k samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý stav. Cílem je dosažení nalezení vhodného pracovního uplatnění. Proces sociální rehabilitace je integrální součástí poskytování sociálních služeb (MPVS, 2015)

Mezi základní činnosti sociální rehabilitace patří:

- Nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti
- Výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti
- Zprostředkování společenského kontaktu
- Pomoc při uplatňování práv oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Zákon o sociálních službách uvádí, že všechna zařízení, která poskytují službu sociální rehabilitace, musí mít oprávnění k poskytování sociálních služeb. Dále je potřeba rozrůstající se síť komunitních center věnujících se péči o duševně nemocným jsou zřízena jako sociální služba, a dále podporu od rodiny, která je významnou součástí při léčbě duševní nemoci. Vymětal (2004, str. 20)

3.1 Sociální rehabilitace centra Labyrint



Obr.č. 3 Vstup do centra Labyrint

Centrum Labyrint nabízí činnosti, které vychází z definice zákona jejich struktura je koncipována tak, aby co nejvíce umožnila posláním a naplnění cílů zařízení a podpořila uživatele v znovu začlenění do společnosti. Vzniklo v roce 2006 a toto zařízení je jedno z patnácti středisek, které patří pod Oblastní charitu Uherské Hradiště.

Cílem služby je prevence sociálního vyloučení osob s duševním onemocněním a dále jejich podpora v začlenění do sociálního prostředí. Služby centra momentálně využívá 60 uživatelů z toho je 40 lidí s duševním onemocněním a 20 s mentálním postižením.

Cílem služby je uživatel, který:

- je schopen navazovat sociální kontakty a má uspokojivé vztahy s druhými lidmi

- samostatně zvládá dovednosti běžného života, jako je nakupování, vaření, hygiena, úklid, praní, telefonování, hospodaření s penězi
- je soběstačný v návštěvě služeb, jako jsou úřad práce, lékař, kadeřnictví, restaurace, sportoviště a kulturní zařízení
- dokáže využívat svého volného času a je s jeho naplněním spokojený
- umí pečovat a pečuje o sebe a své zdraví
- zvládá stres a umí zacházet se svojí zranitelností a svým onemocněním
- naplňuje pro něj důležité běžné sociální role (např. dobrovolník, zaměstnanec, podnikatel, partner, rodič, člen klubu sportovec atd.)
- má smysl života a prožívá spokojenost, radost, a štěstí.

Jak uvádí interní materiál centra (Dobrá praxe centra sociální rehabilitace Labyrint, [b.r.]) služby sociální rehabilitace jsou poskytovány:

- **osobám s duševním onemocněním** (z klinicko – diagnostického hlediska se jedná převážně o osoby s psychotickým onemocněním starším 18- ti let a mladší 65 let)
- **osobám s mentálním postižením**

Služba Labyrintu nemůže být poskytnuta:

Osobám v akutní fázi nemoci

Osobám s akutní závislostí na alkoholu a jiných psychotropních látkách

Osobám s těžkou a hlubokou mentální retardací

Osobám s poruchou autistického spektra

Osobám s těžkými smyslovými vadami

Služba může být poskytnuta v omezeném rozsahu

- Imobilním osobám bez asistence
- Osobám nehovořícím česky
- Osobám přejícím si zůstat v anonymitě
- Osobám chronicky nedodržujícím léčebný režim

- Osobám porušujícím vnitřní pravidla služby

Zásady a formy poskytování služby

Zásady poskytování služby

Respektování práva a svobodného rozhodování

Individuální přístup a flexibilita – program je přizpůsoben potřebám klientům

- Podpora sebedůvěry, soběstačnosti a samostatnosti, potenciál pro řešení vlastní situace
- Zaručení mlčenlivosti o sdělených informacích, diskrétnost
- Transparentnost služby
- Profesionální přístup pracovníků
- Týmová spolupráce

Formy poskytování služby

Ambulantní

Kapacita ambulantní formy poskytování: 20 uživatelův daný okamžik.

Terénní (v přirozeném prostředí uživatele).

Kapacita terénní formy služby: 5 uživatelů na den.

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb.

Nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a činnosti vedoucích sociálnímu začleňování.

Patří zde:

Nácvik obsluhy běžných spotřebičů a zařízení.

Nácvik péče o domácnost, například úklid, drobné údržbářské práce, nakupování chod kuchyně.

Nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům.

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Nácvik běžných i alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi.

Výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti:

Oblastní Charita Uherské Hradiště pořádá každoročně podzimní kampaň v Uherském Hradišti, jejíž cílem je zvýšit povědomí o potřebách duševně nemocných a dostupné pomoci v regionu a zároveň odstraňovat předsudky veřejnosti vůči duševnímu onemocnění. Koordinátor této kampaně je František Šuranský. V lednu 2016 došlo k přestěhování prostor zařízení Labyrint z Jarošova u Uh. Hradiště do centra Uh. Hradiště a pro uživatele tohoto regionu to představuje daleko menší bariéru, protože nemusí tak daleko dojíždět.

Klub duševního zdraví Luisa



Obr. č. 4: Před vstupem do klubu Luisa v Uherském Brodě

Poslání

Posláním sociální rehabilitace Luisa je pomáhat lidem s duševním onemocněním v opětovném postupném začleňování do běžného života a napomocť při překonávání obtíží duševní nemoci a také přispět ke zkvalitnění života.

Cílová skupina

Sociální služba je určena lidem ve věkovém rozmezí od osmnácti do 64 let osmnácti let s chronickým duševním onemocněním především z okruhu psychóz, neurotických a afektivních poruch z Uherského Brodu a jeho okolí. Klub je otevřen také jejich rodinám, blízkým a přátelům. Do zařízení jsou přijímáni pacienti se stabilizovaným stavem.

Služba není určena

- osobám s demencí
- střední těžkou a hlubokou formou mentální retardace
- poruchami příjmu potravy
- sexuálními poruchami

Cíle klubu

Dosažení a udržení psychické stability.

Rozvoj dovedností a schopností k zapojení do společenského prostředí.

Podpora samostatnosti a soběstačnosti.

Podpora řešení nepříznivých sociálních situací osob s chronickým duševním onemocněním.

Zapojení se na trh práce, začlenění do společnosti prostřednictvím aktivního trávení času.

Principy služby

Podpora a ochrana důstojnosti, osobní svobody.

Podpora rodiny a blízkých vztahů.

Podpora soběstačnosti.

Respektování vlastní vůle a rozhodnutí klienta.

Základní činnosti ve službě následné péče

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Doprovody k lékařům, na úřad, do sociálních služeb.

Návštěvy kulturních a společenských akcí.

Sportovní aktivity.

Výlety a pobytové zájezdy.

Společná setkání s uživateli podobných zařízení.

Sociálně terapeutické činnosti.

Edukační programy – nácvik vaření, úklidu výuka práce na počítači

Výuka angličtiny, kurz hospodaření s penězi

Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Základní a odborné sociální poradenství

Návštěvy během případné hospitace (LUISA 2015)

Horizont Zlín



Obr. č. 5 Vstup do zařízení centra Horizont

Horizont poskytuje sociální služby lidem s duševním onemocněním je neziskovou organizací spadající pod Centrum služeb postiženým Zlín o. p. s.,

Toto centrum funguje již několik let, v současné době centrum navštěvuje 50 klientů s chronickým duševním onemocněním schizofrenie, z okruhu psychóz a poruch osobnosti ve stabilizovaném stavu. Součástí terapeutického týmu je psycholog, a sociální pracovníci včetně terapeutů.

Poslání

Posláním zařízení Horizont je poskytovat podporu a pomoc osobám s duševním onemocněním zajistit jim naplnění plnohodnotného života, zvládat jej a hledat možnosti sebe-realizace.

Cíl

Cílem je naplňovat přání uživatelů pracovat, bydlet samostatně, zlepšit kvalitu života a zmírnit sociální izolaci a naučit se žít se svou nemocí. Dále pomoci uživatelům obnovit vazby na přirozené sociální prostředí a pomoci jim zapojit se do společenského a veřejného života.

Centrum denních služeb nabízí terénní i ambulantní službu, v rámci kterých probíhají vzdělávací programy, sociálně terapeutické dílny, klienti se mohou zapojit do volnočasových aktivit. Sociální rehabilitace nabízí edukační programy, kde jsou uživatelé seznamováni se svým onemocněním, příčinami formou diskuzí a přednášek.

Získání a udržení pracovních návyků, dovedností mohou uživatelé praktikovat v pracovní rehabilitaci a terapii.

Součástí terapie je i činnost v keramické dílně, která je zaměřena na výrobu ruční keramiky, zdobení keramiky, práce za hrnčířským kruhem.

3.2 Psychosociální rehabilitace

Psychosociální rehabilitace působí v několika rovinách: klient – prostředí – společnost. Rehabilitací chceme u klienta dosáhnout co nejvyšší míru nezávislosti pro sebe i k ostatním. Stanovené cíle by měly mít dostatek času na realizaci, sociální pracovník by měl mít dostatek času na zachycení důležitých informací z života klienta. Pracovník by měl být seznámen i s rodinným prostředím klienta, a podmínkami ze kterých přišel – jeho minulostí, současností i plány do budoucna. Správná rehabilitace by měla probíhat v souladu s přáním a potřebami klienta, být založena na klientových hodnotách. (Wilken, Hollander, 1999 str. 7)

Psychiatrická rehabilitace je zaměřena všechny složky osobnosti psychicky nemocného, zahrnuje i jeho fyzickou zdatnost. Rehabilitace je zaměřena na poruchu psychických funkcí, problémy s adaptací v rodině, v práci a ve společnosti.

Komplexní psychiatrická rehabilitace podle Markové, Venglářové, (2006, str. 140) zahrnuje: **psychoterapii**, která je velmi významnou součástí péče o duševně nemocné.

Psychoterapií chápeme terapii psychologickými prostředky, uplatňuje se ve všech medicínských oborech, ale u duševně nemocných má největší význam. Může probíhat skupinově nebo individuálně, může mít formu verbální i neverbální.

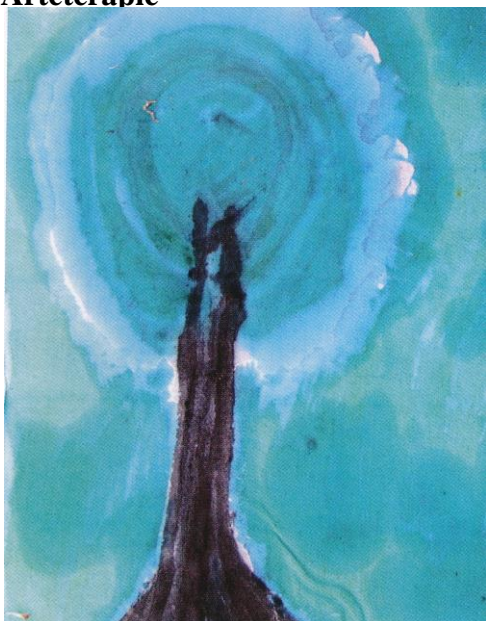
Konkrétnější výklad podává Vymětal (2003, str. 306) rozlišuje psychoterapii třemi stupni přístupu k nemocnému profilaci rehabilitaci a terapii.

Profilaxi odpovídá soubor opatření, která mají za cíl zamezit vzniku a rozvoji nežádoucích psychických jevů. Terapie (sekundární prevence) je léčbou v běžném slova smyslu. Využití psychologických postupů a strategií, kterými mírníme a odstraňujeme poruchu zdraví. Psychoterapie je vnímána jako rehabilitace, představuje psychologickou intervenci, díky které se mohou zmírnit následky, vzniklé poruchou zdraví.

Je důležité upozornit na to, že termín psychoterapie, často bývá zaměňován za termín poradenství. Můžeme se setkat i s názorem, že poradenství je jedním z druhů psychoterapie. Autor Benson (2005, str. 40) zastává názor, že terapeuti, poradci, mívají sklon pracovat nedirektivním a neposuzujícím přístupem zaměřeným na klienta. Oproti tomu má mnoho psychoterapeutů větší sklon k aktivitě a direktivně, se kterou navrhuji postupy v práci s klientem.

Kratochvíl (2002, str. 64) je názoru, že o psychoterapii se hovoří tehdy, když pacient trpí zdravotní poruchou. O poradenské činnosti se hovoří spíše tam, kde klient prožívá nespokojenost, napětí, a konflikty nebo stresové situace a problémy, které k diagnostikované poruše ještě nevedly.

Arteterapie



Obr.č. 6 Propagační materiály sdružení Horizont



Obr.č.7. Práce s hlinou

Projekce zážitků jsou vyjádřeny výtvarně – kreslení, malování, modelování jde o obsah, vyjádření emocí, ani ne tak o umělecký výsledek.

Podobně vnímá arteterapii i Šicková – Fabrici (2002, str. 12) a to jako svébytný obor na pomezí dvou velkých oblastí psychoterapie a výtvarného umění. Autorka chápe poslání arteterapie jako doprovázení lidí z teritoria disharmonie, chaosu, z prostředí ohrožujícího jejich tělesné a duchovní zdraví, do prostoru léčivého, léčícího, jež mohou najít i sami v sobě prostřednictvím výtvarného umění.

Autoři Pěč a Probstová (2009, str. 74 - 75) uvádějí, že výtvarná činnost je paralelou ke skutečnému životu; arteterapie se dotýká témat, jako jsou důvěra, destigmatizace, sebeúcta, efektivita, řeší traumata z minulosti. Zaměřuje se především na tvůrčí potenciál člověka a patří zde veškeré tvůrčí aktivity s výtvarným materiálem, hlína, barvy, plátno. Člověk si tak uvědomuje své pocity při vnímání materiálů a tvorba z těchto materiálů nás dostává do kontaktu se světem a se sebou samým.

Muzikoterapie

Hudbu využívá k terapeutickým účelům, může probíhat formou poslouchání hudby a sdělováním prožitků, nebo také způsobem sdělování pocitů a prožitků formou zpěvu, hry na hudební nástroj.

Psychoedukace

Nemocný má právo vědět, co se s ním děje a jak rozumět své nemoci. K tomu napomáhá psychoedukace, která je základní formou spolupráce sociálního pracovníka s klientem a zároveň i pracovníka se členem rodiny. Sociální pracovník pomáhá upravit či upevnit vztahy nemocného s nejbližšími příbuznými. Autorky Bibiáková a Venglářová, (2008, s. 246) uvádějí, že psychoedukací rozumíme metodu, která nemocnému i jeho příbuzným předkládá informace o jeho onemocnění. Se vzděláváním nemocného probíhá i skupina pro rodiče. V České republice probíhá preventivní edukační program proti relapsu psychózy pod názvem Preduka. Je to jednodenní program určený pro jedince s duševními poruchami.

Volný čas duševně nemocných

Matoušek (2006, str. 236) vysvětluje že „ve skupině duševně nemocných najdeme lidi s nejrůznějšími zájmy, představami volném čase, lidi v nejrůznějších životních situacích.“ Lidé dlouhodobě duševně nemocní žijí často velmi izolovaně a mají velmi malou síť soci-

álních kontaktů. Tito lidé potřebují pomoc při budování kontaktů s okolím, a přístupem do různých zařízení a institucí, které poskytují možnosti volnočasových aktivit. Tito lidé často neví, jak optimálně trávit svůj volný čas. Vznikají u nich překážky jak vnitřní tak vnější. Může to být nedosažitelnost místa veřejnou dopravou, finanční náročnost, odmítání lidí s duševním onemocněním okolím či strach z nich. Za vnitřní překážky můžeme považovat nedostatek dovedností, psychologické bariéry, strach z nového, nadměrná zátěž, zvnitřněná stigmatizace, problémy v sociálním chování jako neobratnost, nápadnost chování a problémy v komunikaci, symptomy duševní nemoci, nebo nízká sebedůvěra. Trávení volného času s druhými lidmi podporuje socializaci a vytváření mezilidských vztahů. Volnočasové aktivity dostávají člověka do reality všedního dne, rozvíjí v člověku pocit vlastní kompetentnosti a snižují pocit izolovanosti.

Aktivizace uživatelů probíhá v rámci dopoledního i odpoledního programu, ráno se uživatelé schází společně se sociálními pracovníky na ranní komunitě. Zde si dopředu uživatelé připraví aktuální informace z domova, ze světa, připomenou se důležitá výročí nebo pranostika k danému dnu. V průběhu ranního setkání se také uživatelé domlouvají na společném vaření, na tom, které suroviny nakoupí a kdo bude vařit. Jako další oblasti, ve kterých probíhá aktivizace, jsou: trénink paměti a společenské hry, keramika, výroba svíček, rukodělné práce, vymalovávání mandal, cvičení a relaxace, poznávací výlety, procházky po blízkém okolí, práce na PC. (Dobrá praxe centra sociální rehabilitace Labyrint, [b.r.])

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Sociální rehabilitace ve Zlínském kraji – Zlínský kraj se člení na čtyři územně právní celky:

Zlín, Uherské Hradiště, Vsetín, Kroměříž.

V okrese Vsetín jsou tři zařízení, která nabízí služby sociální rehabilitace, jedná se o Camino centrum sociální rehabilitace ve Vsetíně, dále ve Valašském Meziříčí centrum Amika, dále sociální centrum denních aktivit Iskérka. V Kroměříží se nachází zařízení Horizont, kde mohou využívat terénní i ambulantní formu poskytovaných služeb. V okrese Uherské Hradiště se nachází zařízení Labyrint, součástí tohoto okresu je i Uherský Brod, kde se nachází středisko komplexní péče pro rodinu, školu a duševní zdraví Luisa.

Ve výzkumném šetření se zaměřím na zařízení v mém okolí a to jsou Labyrint v Uh. Hradišti, Horizont ve Zlíně a Lusie v Uh. Brodě. Bude se jednat převážně o osoby s psychotickým onemocněním, chronickým onemocněním ve stabilizovaném stavu, starší osmnácti let, kteří nejsou závislí na alkoholu, ani na žádných návykových látkách.

4.1 Cíle výzkumu

Praktická část vychází z teoretických východisek výzkumu. Pro výzkum byla stanovena hlavní výzkumná otázka.

Jaký význam má služba sociální rehabilitace na kvalitu života osob s duševním onemocněním?

4.2 Výzkumné otázky

Jaký je vliv sociální rehabilitace na kvalitu života v oblasti sociálních vztahů?

Jaký je vliv sociální rehabilitace na kvalitu života v oblasti volného času?

Jaký je vliv sociální rehabilitace na kvalitu života v oblasti zaměstnání?

V souladu s výzkumným problémem a s výzkumnými cíli jsem zvolila kvalitativní výzkum, který se mi jevil jako nejvhodnější, může problém prozkoumat hlouběji, více se seznámit s uživateli zařízení, získat otevřenější odpovědi.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro tento výzkum jsem si stanovila výzkumný vzorek osmi uživatelů ze tří zařízení sociální rehabilitace v Zlínském kraji.

Při rozhovorech jsem se snažila o dodržení určitých pravidel jako klidné a příjemné prostředí, ve kterém bude rozhovor uskutečněn. Výzkumný vzorek byl stanoven záměrně na základě doporučení vedoucích pracovníků vybraných zařízení. Jedním z kritérií bylo, aby respondenti docházeli do zařízení aspoň dva roky, aby zařízení lépe znali. Pro svůj výzkum jsem si zvolil metodu záměrného výběru. „Metoda záměrného výběru je zřejmě vůbec nejrozšířenější metodou výběru, s jakou se při aplikaci kvalitativního přístupu setkáváme“ (Miovský, 2006, s. 135).

Z výběru jsem vyloučila osoby s mentálním postižením, které navštěvují centrum sociální rehabilitace Labyrint. Věkové rozmezí klientů se pohybovalo mezi 35. až 60. rokem.

Během výzkumu byl podepsán informovaný souhlas. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon.

Nejprve jsem respondenty seznámila s tím, pro jaké účely bude rozhovor uskutečněn, abych předešla případnému znejistění a nervozitě z rozhovoru.

Celkem jsem oslovila deset klientů, z toho dva odmítli účast na výzkumu. Jeden klient odmítl nahrávání rozhovoru na diktafon, rozhodl se otázky vypracovat písemnou formou, ale nakonec se mu otázky jevily tak obtížné vzhledem k jeho tehdejšímu rozpoložení, že účast na výzkumu vzdal.

Typy otázek: otázky byly kladeny tak, že zjišťovaly informace, které se týkaly okruhů: sociálních vztahů, zaměstnání, trávení volného času a spokojenosti s návštěvou v zařízení.

Znění otázek:

- S kým v současné době bydlíte? A jste spokojen-a s tím, jak bydlíte? Využíváte možnosti podporovaného bydlení? A jak jste bydlel-a před navštěvováním centra Labyrint?
- Další otázky by se týkaly zaměstnání. V jakém oboru jste byl-a zaměstnán-a? Co jste všechno dělal-a? Jaké byly Vaše pracovní zkušenosti před navštěvováním Labyrintu?

- Jak jste se o centru dozvěděl-a? A jak často sem teď docházíte?
- Můžete zhodnotit, jak se změnil Váš zdravotní stav od doby, co chodíte do Labyrintu? Kolikrát jste byl-a hospitalizovan-ý/á od doby, co navštěvujete toto zařízení?
- Kolik let jste nemoc-en/ná? Chtěl-a byste říct něco o Vaší diagnóze?

Nyní bychom přešli k oblasti sociálních vztahů. Máte nějaké kontakty mimo zařízení? Naš-el/la jste si zde nové kamarády? Změnil se s příchodem Vaší nemoci okruh Vašich známých?

- Jste spokojen-a s nabídkou služeb?
- Jak vypadá Váš den, když docházíte do centra Labyrint, / Horizont / Luisa? Co děláte když jste doma?
- Měl-a jste koníčky před onemocněním, které se s příchodem onemocnění změnilo?
- Které činnosti Vám přinášejí nejvíce radosti? Co nového jste se v zařízení naučil-a? Naučil-a jste se lépe komunikovat?
- Pokusil-a byste se říct, v čem Vám návštěva klubu pomohla?
- Je něco, co Vám v klubu schází? Přemýšlel-a jste o tom?
- Je ještě něco, co byste chtěla říct?

Někteří z uživatelů centra Labyrint mě znali už z předešlých let, kdy jsem vykonávala praxi v zařízení. Ve dvou zařízeních, kde jsem uskutečnila rozhovory, jsem byla vnímána jako neznámá osoba, proto jsem rozhovory uskutečnila po poradě s vedoucím zařízení až po několikáté návštěvě v zařízení, abych uživatele lépe poznala.

První rozhovory jsem provedla v zařízení Labyrint v Uh. Hradišti. Protože přepisy rozhovorů jsou obsáhlé v příloze je přiložena pouze ukázka rozhovoru s první respondentkou paní Lad'kou. Respondenti mají smyšlená jména.

Seznámení s respondenty:**Respondentka Lad'ka centrum Labyrint Uh. Hradiště**

Rozhovor realizován dne 8. 2. 2016

- 40 let
- centrum SR navštěvuje 2 roky
- je v invalidním důchodě
- léčí se s schizoafektivní poruchou
- léčí se od 17 let
- paní mladistvého vzhledu
- ochotná poskytnout rozhovor, je výřečná a velmi se rozpovídala, ještě před rozhovorem potřebovala vykouřit cigaretu, seděla v křesle

Respondent Radek, centrum Labyrint Uh. Hradiště

Rozhovor realizován dne 8. 2. 2016

- 37 let
- centrum SR navštěvuje 4,5 roku
- bydlí s rodiči
- je v invalidním důchodě
- mladý muž, nejistý v projevu, problémy s očním kontaktem
- léčí se s depresí a má Aspergrův syndrom
- léčí se od 18 let
- v rozhovoru nejistý a velmi stručný v odpovědích, více jsem se musela doptávat a odpovědi jakoby „tahat“

Respondent Milan, centrum Labyrint Uh. Hradiště

Rozhovor realizován dne 8 .2. 2016

- 58 let, nejstarší z respondentů
- bydlí sám
- centrum SR navštěvuje 6 let
- je v invalidním důchodě
- léčí se s paranoidní schizofrenií
- léčí se od 29 let
- muž vysoké hubené postavy
- v rozhovoru hůře artikuloval, podával jednoduché odpovědi, a proto jsem se musela více doptávat

Respondent Pavel, klub Luisa Uh. Brod

Rozhovor realizován dne 8. 2. 2016

- 48 let
- bydlí sám
- centrum SR navštěvuje 8 let
- je v invalidním důchodě
- léčí se od 25 let
- léčí se s depresí
- v rozhovoru poměrně otevřený, ochotný, cílevědomý

Respondentka Alena, klub Luisa Uh. Brod

Rozhovor realizován dne 2. 2. 2016

- 43 let

- bydlí s rodiči
- centrum SR navštěvuje 3 roky
- léčí se od 27 let
- léčí se s maniodespresivní psychózou
- milá a laskavá paní, drobné a menší postavy
- v rozhovoru otevřená a komunikativní, k rozhovoru jsem ji přemluvila, z počátku měla obavy

Respondentka Soňa, klub Luisa Uh. Brod

Rozhovor realizován dne 3. 2. 2016

- 36 let
- bydlí s rodinou
- v invalidním důchodě
- centrum SR navštěvuje 2 roky
- léčí se s schizoafektivní poruchou
- paní silné, zavalité postavy
- v rozhovoru rázná, ochotná odpovídat

Respondent Honza, SR Horizont Zlín

Rozhovor realizován dne 4. 2. 2016

- 55 let
- bydlí sám
- v invalidním důchodě
- je nemocen od 18 let
- léčí se s paranoidní schizofrenie
- centrum navštěvuje 4,5 roku

Respondentka Tereza, SR Horizont Zlín

Rozhovor realizován 4. 2. 2016

- věk 35 let, nejmladší respondentka
- léčí se od 19 let
- bydlí s rodiči
- léčí se depresí a s psychózou
- mladá paní velmi silné postavy, pomalá a neobratná, rychle se unaví a nemá sílu
- centrum navštěvuje 14 let

Tabulka 1 Seznam respondentů

Respondent	Věk respondenta	Délka rehabilitace	Kód diagnózy
1 Lad'ka	40	2 roky	F 25.2
2 Radek	37	4,5 roku	F 32.2
3 Alena	43	3 roky	F 20.0
4 Soňa	36	2 roky	F 32.2
5 Šárka	35	14 let	F 31.9
6 Milan	58	6 let	F 25.9
7 Pavel	48	8 let	F 20.0
8 Tereza	35	14 let	F 33.3

Před nahráváním rozhovorů byl podepsán informovaný souhlas, respondenti byli seznámeni s cílem mé diplomové práce, podpisem stvrdili, že souhlasí s nahráváním rozhovoru na diktafon. A také o možnosti odmítnout účast na výzkumu. Podle Miovského (2006, str. 98) je pro výzkumníka audiozáznam oporou a pomocí, zároveň ale dodává, že

použití záznamového zařízení by mělo co nejméně rušit kontakt mezi tazatelem a respondentem. Rozhovory jsem uskutečnila v měsíci leden – únor 2015 s uživateli sociální rehabilitace Labyrint v Uh. Hradišti, Luisa v Uh. Brodě, Horizont ve Zlíně.

Technika sběru dat

Otázky jsem připravila formou polostrukturovaného rozhovoru (interview) a jak uvádí autor Miovský (2006, str. 96) je nejrozšířenějším druhem metody interview. Tento typ dotazování vytváří určité schéma a specifikuje okruhy otázek, na které se budeme respondentů ptát.

Lze zaměřovat pořadí podle toho, v jakém okruhu se pohybujeme, maximalizujeme tak výtěžnost rozhovoru. Výhodou je také možnost pokládat doplňující otázky i u odpovědí, které se tazateli jeví jako smysluplné nebo vhodně rozšiřující zadání. Můžeme tak dosáhnout vyšší přesnosti a výtěžnosti než při klasickém plně strukturovaném rozhovoru. (Miovský 2006, str. 151)

Pro potřeby mé diplomové práce jsem použila metodu zakotvené teorie. Použitím této teorie vytvoříme novou teorii a její ověření systematickým shromažďováním jevu, který zkoumáme. Kódování využíváme k analyzování získaných údajů a opět skládáme novým způsobem, čímž vytváříme opět novou teorii. (Miovský 2006, str. 154)

5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Vzniklými kódy a hledáním společných témat a provázaností jsem vytvořila následující kategorie.

Pro zachování anonymity se pod velkými písmeny P, L, A, M, S, R, H, T, se skrývají počáteční písmena nahrazených jmen respondentů našeho výzkumu. Číslo, které následuje, udává číslo kódu v textu

(např. P39= respondent Pavel, kód 39)

Kategorie

- Důležitost řádu a povinnosti
- Aktivizace
- Společenský kontakt
- Centrum je naše opora
- A tak (ne)máme zaměstnání
- Každý program je vítán

Otevřené kódování

Poté, co jsem rozhovory přepsala, jsem přistoupila k vytvoření kódů a kategorií. Tato část se věnuje rozboru jednotlivých kategorií, které jsou provázány a vzájemně se ovlivňují.

Kategorie č. 1: Důležitost řádu a povinnosti

- To mě donutí (A18)
- Motivace (A12)
- Musím (L21)
- Svoboda (R54)
- Struktura (P22)

Jedním ze společných rysů duševně nemocných je obtížnost organizovat si svůj čas. Tím, že se někteří rozhodli do zařízení pravidelně docházet, nabývají určité jistoty a pravidelnosti, která jim v životě chyběla.

Respondent pan Pavel si uvědomuje, že docházka do klubu ho silně motivuje v tom, aby měl jeho den řád. *„Takže když jdu do klubu, mám...dá se říct takový pevný režim. To mi vyhovuje, ten den má takový nějaký řád. Že tady chodím většinou na devět nebo půl desátou. To mě donutí, abych se třeba i upravil, abych sem hlavně vstal, udělal si nějaký pořádek. Abych mohl začít fungovat v klubu. V klubu máme nějaké činnosti, a když člověk přijde po činnosti domů, tak si taky uklidí. A udělá toho tolik. Když vlastně zůstane doma a nikam nejde, většinou toho udělá ještě méně. A když jde tady do toho klubu, má program a život má nějaký řád.“* (P22).

Pan Pavel dodává, jak pasivně by vypadal jeho den, kdyby byl jen doma, určitě by pospával, a když si pospí, tak to se mu do klubu vůbec nechce, což je společný rys i pro další dotazované respondenty tohoto výzkumu.

Také respondentka Alena to vidí podobně a je pro ni důležitý rozdíl pobytu doma a v klubu...*„Nejdůležitější je, že mám pravidelný denní režim. a taky ten program tady mě přinutí nebo paní vedoucí, mám tu silnější vůli, než kdybych byla v léčebně nebo doma“* (A12). V klubu se cítí velmi dobře a její vztah k zařízení Luisa je tak intenzivní, že odpovídá:

„Luisa je náš druhý domov, dá se říct.“ (A13). Pro pana Radka je pobyt v Labyrintu strukturovanější a rozdíl shledává v tom, že doma je to svobodné. *„Pořád je to doma, než tady volnější“*(R54).“

Paní Soňa popisovala, jak těžce trávila čas doma, v době kdy upadla do deprese: *„pokud jsem v depresi,udělám to co musím, to nejnnutnější prostě ... a když su úplně v depresi tak ležím....a prostě je to takové psycho.“*(S41) ale když může navštívit klub tak reaguje: *„toš my sa spíš snažíme dělat tu činnost tady a nerýpeme sa v pocitách nějak...“*(S45).

Jakmile se nemocný rozhodne zařízení sociální rehabilitace navštěvovat podepíše smlouvu se zařízením a stává se tak členem, toto členství ho zavazuje dodržovat pravidla daná zařízením. Paní Alena uvádí pravidla: *„ta docházka, chodit včas..každý by měl dodržovat čas a nenarušovat přednášky nebo činnosti..a potom udržovat čistotu“*(A18).

Kategorie č. 2: Aktivizace

Na zkvalitnění života má vliv zaktivizování. Tato kategorie byla vytvořena na základě těchto kódů.

- trénink paměti (R33)
- jsem roztěkaná (A12)
- kolektiv (T26)
- únava (L6)

Kód trénink paměti vystihují výroky těchto respondentů

Respondent Pavel odpovídal, že v Luise mu kognitivní cvičení přináší radost, že ...*“zdokonalujeme se zde v paměti“*(P24). Dále uvádí, že by se také chtěl zlepšit v angličtině, aby si mohl vyměňovat pohlednice s celým světem...*“sa rád ještě přiučím angličtině, abych mohl dělat postcrossing..“*(P24).

Na otázku, co se hlavně líbí z aktivizačních činností panu Radkovi, odpovídá *“..hlavně ty paměťová cvičení“*(R33). Podobně odpovídá i další z respondentů paní Soňa, která si dokonce dala za cíl v individuálním plánu zaměřit se na kognitivní cvičení a dodává *„a potom bych chtěla pořád ty kognitivní funkce jako trénovat, abych měla lepší paměť.“*(S25)

Z rozhovoru s paní Laďkou je patrné, že psychiatr, který doporučil docházení do centra, chtěl, aby se zaktivizovala *„projevil se mi únavový syndrom, tak ona aby mě zaktivizovala, tak mi doporučila Labyrint“*(L6). Paní Laďka popisuje, jak bylo pro ni obtížné překonat silnou únavu a ráno vstát a jít do Labyrintu, kde byl bohatý program, ale to se jí postupně dařilo a dokonce zvažovala, že se vrátí do zaměstnání...*“byl to přínos v tom, že jsem se zaktivizovala a potom přemýšlela, že vrátím do práce“*

Také další respondentka Alena se cítí často velice unavená, tak odpovídá *„A tím, že beru moc prášků, to tělo je takové ochablé....“*(A17). Aby se do něčeho pustila, musí se přemáhat. Proto si vytyčila v individuálním plánu za cíle *„...zlepšit soustředění, paměť,.... víc rozmýšlet...“* (A17). Má pocit, že dřív mluví a potom teprve myslí.

S kognitivním cvičením souvisí i nácvik komunikace, který činí respondentům potíže, někteří se do takových cvičení zapojují velmi neradi. Jedná se o nácviky komunikačních dovedností nebo skupinová cvičení.

Kategorie č. 3: Společenský kontakt

Tuto kategorii vystihují tyto kódy:

- ztráta kontaktu (H20)
- samota (P3)
- kolektiv (T26)
- stigma (A13)
- scházet se (S20)

Této výše uvedené kategorie se dotýkají sociální kontakty. Každý z nás potřebuje někoho, komu se může svěřit se svými radostmi i starostmi. Pro některé z respondentů bylo docházení do zaměstnání jednou z možností, kde člověk navazuje sociální kontakty.

Na otázku, zda se změnil okruh známých paní Aleny po vypuknutí nemoci, ona odpovídá: „*Spíše ze začátku jsem se za svou nemoc styděla a když jsme měli třídní sraz po letech, tak jsem tam nešla. Jednak nemám o čem mluvit a o nemocech nikdo nechce poslouchat*“ (A13).

Podobně i pan Pavel reaguje „*Noo, už sa tak nestýkám s tēma kamarádama, se spolužákama. Nenavštěvuju srazy ze školy. Tady jsem získal nové kamarády, s kterými mohu trávit volný čas. Stále sem chodí noví uživatelé a jsou to většinou kamarádi..... Ano. Získal jsem nové známé, jak jsem začal chodit do Luisy. (P19) Chodí sem jak kluci, tak holky. Mám kamarády, kamarádky. Třeba jak mám přátele na Facebooku, tak to jsou vlastně hodně uživatelé tohoto klubu.*“ (P20). Stejně tak i pro respondenta Radka je navazování kontaktů v centru Labyrint důležité a dodává.. „*Hlavně, že jsem mezi lidmi...*“ (R47).

Člověk nechce zůstat sám, právě samotná jeho existence je potvrzována skrze druhé. Také dotazovaný pan Pavel pociťuje určitý druh samoty a touží mít vedle sebe někoho druhého „*...Lepší by bylo, kdyby člověk mohl žít s nějakou přítelkyní, ve dvou by se žilo vlastně lepší*“ (P3). Položila jsem nejstaršímu z respondentů panu Milanovi otázku, týkající se významu zařízení Labyrint, v čem mu návštěva pomáhá, a ten jednoslovně odpovídá „*...Od samoty*“ (M45).

Respondentka Tereza chodí do Horizontu pouze dva dny v týdnu a byla by ráda, kdyby mohla chodit do zařízení častěji, nejlépe každý den „*ale onemocnění mi nedovoluje*

to navštěvovat častěji“ (T14). Také dodává „Mám sociální kontakt, nervy se léčí vykládáním s druhým“ (T26).

A zamezit tomu, aby člověk zůstal sám, je podmínkou úspěšné socializace. Někdy z výpovědí respondentů vyplynulo, že o vztahy v důsledku onemocnění přišli. Jeden z nejstarších respondentů výzkumu pan Honza vzpomíná, jak měl jednoho kamaráda „Jsem to přerušil... s ním se nescházím“ (H19). Je patrné, jak duševní onemocnění výrazně zasahuje do života těchto lidí a také do vztahů respondenta Honzy. „No a on už pak na mě i zanevřel trochu...“ (H20). Uživatelé vnímají návštěvu zařízení jako bezpečné místo a nezažívají většinou strach jeden z druhého a cítí se přijati. Přesto se ale může stát, že někdo se cítí stále izolován a je otázkou k zamyšlení, jak by se dala tato izolovanost zmírnit a jak tyto jedince posunout směrem k většímu přijetí ze strany druhých. Na druhou stranu také dochází k tomu, že členové skupiny v zařízení se obměňují a někdy klienti ani nemají čas, a aby vytvořili nějaké pevnější vztahy jako např. u Honzy „Jo, tadyk ti klienti jako jsou, no...akorát se bavíme při tom programu a pak zase jako nic“ (H22).

Dále zde hraje roli odchod do invalidního důchodu, kdy dochází k přerušování vztahů. Bylo to v době, kdy byli respondenti zaměstnaní a navštěvovali školu.

Naopak jsou výjimky, které mají stále přátele i ve zdravé populaci a respondent Honza se pochlubil: „No, když su doma, tak třeba o tom víkendů jako, tak já se ještě kamarádím s jednou dívkou nebo ženou teda, protože ona má přítele a dítě, jako takže já jí pomáhám něco i jako nakoupit, nějaké drobnosti, jako co shání, s tím dítětem by jí to trvalo dlouho. Ona bydlí na Budovatelské, takže to je v rámci prvního segmentu, takže té pomáhám jako a ted den je jako, když je to ve všední den, tak dopoledne mám teoreticky klid, jako akorát někdy něco chce dopoledne a pak odpoledne chodíme do cukrárny nebo na vycházky“ (H28).

Také respondentka Ladka získala nový okruh známých, kteří dochází pravidelně do Labyrintu, je tam v kontaktu s nemocnými lidmi, kteří podle ní ví, co to znamená, a tam se taky víc otevře a je sdílnější, podotýká: „Nemám moc přátel, ale stále mám i kontakty ze školy, kamarádky, které se ke mně neotočily zády díky té nemoci“ (L19).

Kategorie č. 4: A tak (ne)máme zaměstnání

Ke kategorii A tak (ne)máme zaměstnání se vztahovaly tyto kódy:

- invalidní důchod (A10)
- jistota (S6)
- touha pracovat (L5)
- být užitečný (P25)
- neschopnost (T3)

Duševně nemocní by chtěli pracovat, ale jejich zdravotní stav jim to často neumožňuje, to má vliv na jejich sebevědomí a cítí se proto neschopní a méněcenní. Dokud mohli pracovat, cítili se užiteční a důležití. V práci byli do té doby, než se u nich projevilo onemocnění, a v současné době všichni z dotazovaných uživatelů pobírají plný invalidní důchod. Jejich okolí si myslí, že ti, co se vrátili z psychiatrické léčebny, jsou zbaveni dokonce svých práv a nejsou schopni znovu pracovat. Tím, že klienti v centru tráví více času, nahrazují čas strávený v zaměstnání.

Lidé s duševním onemocněním si uvědomují, že mají jen omezené šance na trhu práce.

Spokojenost v pracovním procesu je důležitý prvek pro kvalitu života člověka. *„Byla jsem zaměstnaná měsíc v kartonáži, to byl nejhorší měsíc mého života“ (T3)*. Na zaměstnavatelnost má vliv snížená výkonnost duševně nemocných.

Plný invalidní důchod vytváří určité finanční jistoty pro nemocného. Docházení do zaměstnání bylo jednou z možností, kde člověk navazuje sociální kontakty.

Podmínkou dosažení invalidního důchodu byl u jedné z respondentek delší pobyt v léčebně. *„A měla jsem malý příjem, nějak jsem se dozvěděla, že když budu rok v léčebně, tak mi dají invalidní důchod“ (A10)*.

Hraje zde roli také působení sociálního stigma, se kterým se neustále potýkají

„Chtěla jsem dělat pečovatelku a práci jsem nemohla sehnat, a tak jsem šla do invalidního důchodu“ (S6).

Po odchodu do invalidního důchodu duševně nemocný začíná pociťovat jakési prázdno, které je potřeba nějak zaplnit. Výjimkou je ovšem jedna z respondentek, která

navzdory onemocnění pracuje na půl úvazku ve zdravotních potřebách jako prodavačka. „Práce se mi líbí, ...nám tam chodí lidé, kteří mají také nějaké zdravotní problémy, i když nejsou nemocní jako já...“ (L5).

Pan Radek si v rámci sestavení individuálního plánu stanovil za cíl najít práci. V minulosti dělal pomocné práce a skladníka a z rozhovoru vyplynulo „Sice školu mám, ale už dlouho od školy a navíc bez práce“ (R10), takže si myslí, že udělat si rekvalifikační kurz by mohla být i motivace pro zaměstnavatele.

Pan Petr je velmi cílevědomý, a přestože je v invalidním důchodě, zvažuje také další vzdělávání: „že si udělám vlastně kurz pro asistenty pedagoga, což jsem vykonával na základní škole“ (P25).

Kategorie č. 5: Centrum je naše opora

Ke kategorii byly vybrány kódy: bezpečí (A13)

- opora (P14)
- sebevědomí (P29)
- méně hospitalizace (T10)
- porozumění (S40)

„Až potom, když jsem byla v dost velkých depresích, jsem začala do Luisy docházet na doporučení psychiatra. A řekla bych, že díky tomu, že jsem sem chodila, jsem se z toho dostal. ..To, co nemůžu říct ani kamarádkám, to tady můžu říct naší paní vedoucí a vím, že to u ní zůstane. Nikomu to říkat nebude a mám tu oporu tady“ (S17). Na otázku v čem jí pomáhá klub, který navštěvuje, paní Soňa odpovídá „Nejvíc ta podpora lidí, že dokážou pochopit, že jsem v depresi...to porozumění“ (S31).

Hodně uživatelů žije s rodiči, kteří představují velkou jistotu a jsou pro ně také podporou v jejich nelehké pozici. Odpoutání se od nich pocítují častokrát za krok do neznáma a horší změnu. Častokrát ale mají k nim nedůvěru, a kdyby se měli svěřit se svými pocity, tak více preferují pracovníky zařízení: „Ale mám ráda hlavně paní vedoucí, kvůli které docházím sem, no“ (S40).

Sociální pracovníci pomáhají při tvorbě individuálních plánů, a snaží se naučit klienty předcházet relapsu onemocnění. Paní Soňa oceňuje profesionalitu a lidský přístup sociálních pracovníků a právě v jejich kvalitách spatřují uživatelé velký přínos.

Někteří z respondentů potvrzují, že docházkou do těchto zařízení posílili víru v sebe a cítí se jistější a překonali tak mnohé bariéry ve vztahu k druhým lidem. Jako respondent pan Pavel, který našel podporu až v klubu Luisa, protože ji neměl u rodiny. V zařízení při nácviku komunikace dokázal prezentovat před lidmi celosvětové problémy a díky takovému úspěchu vzpomíná...*“V tom jsem nabyl jistoty a zdokonalil se, člověk má trošku větší sebevědomí“* (P29).

Respondentka Alena taky nachází v zařízení radost z vaření, které si může pravidelně osvojovat, a věří, že do budoucna využije všechno, co se v zařízení naučí, protože doma ji k vaření nepustí...*“Ale doma vaří maminka, která mě k plotně nepustí“* (A11).

Také pan Radek na otázku, jak se mu líbí v zařízení Labyrint, odpovídá: *“Myslím, že mně to tady hodně pomohlo, jsem spokojený..“* (R56).

Jedna z otázek byla směřována k jejich diagnóze, a zda návštěva zařízení je nějakým způsobem ovlivnila od doby, co začali do zařízení docházet. Zda docházení do zařízení sociální rehabilitace má vliv na jejich psychiku a jestli nástupem došlo ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Většina dotazovaných se shoduje na tom, že počet hospitalizací se návštěvou zařízení snížil a svůj zdravotní stav udržují ve stabilizovaném stavu a hledají způsoby jak předcházet jeho zhoršení.

Nejmladší z respondentů v zařízení Horizont byla asi 35 krát hospitalizovaná. *„prostě když Horizont navštívím, je mi dobře. To já nevím, doktor chce, abych tady chodila...“* (T11) dále pokračuje a oceňuje možnost navštěvovat služby zařízení, a kdybych zde nechodila: *„do měsíce bych byla nazpět v léčebně“* dodává. (T24)

Stejně tak hodnotí docházku do klubu Luisa pan Pavel a poznamenává: *„Od té doby, co sem chodím, od roku 2008, jsem jakože hospitalizovaný nebyl, protože tady máme možnost se aj vypovídat. Třeba když mně loni zemřela matka, tak mě občas Luisa podpořila, a když byla nějaká těžká životní situace, tak nás podpoří a nemusíme být hospitalizováni“* (P14).

Paní Ladřka se shoduje na tom, že Labyrint není sice náhrařka hospitalizace, ře slouří lidem, kteří mají zdravotní stav stabilizovaný, ale musí konstatovat, ře „*Co chodí do Labyrintu, tak jeřtě hospitalizovaná nebyla*“ (L12).

Někteří z respondentů se také dozvěděli o možnosti psychoedukace a díky větší informovanosti o jejich nemoci mohli společně s rodinou uzdravit jejich osobní vztahy.

Kategorie ř. 6: Každý program je vítán

Ke kategorii byly přiřazeny následující kódy:

- kontakt s ostatními (S23)
- nějak se vyjádřit (L14)
- nové dovednosti (R45)
- sebedůvěra (P31)
- změna (L16)

Od okamřiku, kdy se pacient ocitne v invalidním důchodu nebo po návratu z léčebny a nedochází do práce, vzniká velká díra v jeho řivotě. A toto je okamřik, kdy nemocného osloví psychiatr a navrhne mu docházet do zařízení sociální rehabilitace.

Respondentka Ladřka popisuje, jak docházka do Labyrintu navozuje pocit jako by člověk vlastně chodil do práce „*Je z domu pryč, ale není to tak zátěžové, jako když chodí do práce.*“ Také dodává, ře: „*má změnu prostředí, má program...a navíc je tam v kontaktu s dalšími lidmi*“ (L19).

Paní Ladřka se nadchla z možnosti zkusit arteterapii, uvědomuje si, jaké podmínky jim centrum nabízí a zvlářtě atmosféru, vedle toho vzpomíná i na vliv dramaterapie a celkovou pestrost nabídky. Popisuje, ře: „*Díky nemoci vlastně jsem objevila arteterapii, k řemu slouří a ře člověk se vlastně díky umění může nějak projevovat, vlastně to pro mě byl přínos. Jo, ře vlastně i doma si tvořím, snařím se vyjádřit, co vlastně prořívám. Když mě něco trápí, vezmu tuřku a nakreslím si nějakou abstrakci. Takře mi to vlastně pomohlo k sebevyjádření tady tím směrem*“ (L14).

Podle nového programu je možnost individuální arteterapie, ale i tvorba s hlinou ve skupinkách, a respondentka Ladka oceňuje hlavně to, že *„je tam podchyceno rozvíjení člověka jako té osobnosti.. je tam dost vyčerpávající program“ (L22).*

Pan Radek, jeden z nejmladších respondentů vypovídá, o vztahu ke keramice, ve které má výsledky a tvrdí, že: *... „a v té keramice jsem se taky zlepšil.. prostě jsem se naučil něco nového“ (R45).* Má rád i ruční práce *...“ Třeba nějaké ty titěrné věci, jeden čas jsme dělali něco z korálků, no nejčastěji jsem dělal krokodýlky..“ (R38)*

Respondenta Honzu by bavilo chodit na nohejbal, nadchl by se i fotbalem, ale uvědomuje si, že si nemůže zahrát: *„Jenomže tady je málo lidí, noo to by mě bavilo“ (H36).*

Pan Petr si osvojil vaření, v programu jej zkouší každý čtvrtek a stává se jistějším doma. Tyto dovednosti využije hlavně o víkendech, kdy si vaří *„Ve čtvrtky tady sa učíme a člověk si potom doma něco navaří a člověk si věří při tom vaření“* ještě dodává *“do složitých obědů sa tady nepouštím, ale něco sme sa tady opravdu naučili“ (P31).*

Nejmladší respondentka Tereza si pro sebe zpívá u rádia, má hudbu velmi ráda, přesto, že neumí zpívat je jí to příjemné. *„Chodím tady na zpívání s kytarou“ (T48).* Tvrdí, že onemocnění je u ní těžké, má málo sil a nesmí se tolik přemáhat. *„Nemám tolik sil, abych to zvládla, některé programy...a proto si беру jen ty maličké“ (T31).*

5.1 Vyhodnocení výsledků výzkumu

Otázky cílené na kvalitu života, měly odpovědět na význam pobytu uživatelů v denních stacionářích. Týkaly se několika okruhů: důvod navštěvování centra, onemocnění, hospitalizace zaměstnání, sociální kontakty, koníčky, program v centru a co by chtěli v centru zlepšit. Uspořádáním kódů vzniklo 6 kategorií: Důležitost řádu a povinností; Aktivizace; Společenský kontakt; Centrum je naše opora; A tak (ne)máme zaměstnání, Každý program je vítán.

Aby bylo možno tyto okruhy vyhodnotit, bylo použito otevřené kódování a z odpovědí byly vytvořeny výstižně pojmenované kategorie:

První kategorie „**Aktivizace**“ vyjadřující zapojení se do pravidelného programu. Respondenti se musí podřítit řádu, který jim napomáhá zbavit se pasivity a navodit zdání normálního života se svými jistotami vystihuje kategorie „**Důležitost řádu a povinností**“.

Také je důležité získávání pocitu zaměstnanosti, který byl vyjádřen kategorií „**A tak (ne)máme zaměstnání**“. Docházka mající co největší možnou pravidelnost a program spoludotvářejí pocit kvalitního života. Kategorie, která charakterizuje značnou důležitost existence centra v životě respondentů nazvaná „**Centrum je naše opora**“ vznikla z převládajícího pocitu, že vnímají zařízení jako bezpečné místo, kde se jim dostává porozumění a nabývají pocitu plnohodnotnosti. Že v centru nacházejí velmi mnoho terapeutických aktivit ve smyslu vyplnění volného času, ale také vzdělávacích činností v rámci psychoedukace i poradenství (individuální rozhovory s pracovníkem centra), vystihuje kategorie „**Každý program je vítán**“.

Uživatelé vnímají zařízení jako místo setkávání, kde se mohou cítit dobře, vzniká zde prostor pro utváření nových přátelství což vyjadřuje kategorie „**Společenský kontakt**“.

Z výzkumu je patrné, že existence těchto zařízení, v nichž jsem dělala výzkum, má nezastupitelný význam v životě jejich uživatelů.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bylo zjistit, jaký význam má sociální rehabilitace jako prostředek pro znovuzачlenění duševně nemocných do společnosti.

Pracovala jsem ve 3 zařízeních, kde jsem si mohla dovolit po získání důvěry provést rozhovory. Šlo o terénní zařízení sociální rehabilitace, která vytvářejí pro své klienty prostor pro setkávání v bezpečném prostředí a navozují přátelskou atmosféru.

Konkrétním cílem bylo dokázat, předpoklad, že tato zařízení mají pozitivní vliv na klienty. Vyhodnocením kategorií vytvořených podle odpovědí respondentů, se toto plně potvrdilo. Výsledky tohoto kvalitativního výzkumu ukazují, že význam této služby, která zde funguje jako navazující péče po návratu z psychiatrické léčebny nebo na doporučení ošetřujícího lékaře je jednoznačně pozitivní.

Program je ucelený a dobře prokomponovaný ve všech zařízeních. Z rozhovorů plyne, že se odráží vhodně na rozvoji všech klientů s duševním onemocněním, s nimiž jsem vedla rozhovor.

Oceňuji, že centrum nabízí aktivity a efektivní trávení volného času, pomáhá k regulaci denního programu jedinců a působí blahodárně v tom smyslu, že pomáhá potřebné edukaci, supluje čas, který by jinak trávili v zaměstnání, které by mnozí rádi měli, ale pro svou nemoc se do něho nemohou dostat. Různé terapie vnímají jako činnost, která je baví.

Je ocenitelné, že uživatelé těchto zařízení si posilují pocit sebeúcty, sebedůvěry a skrze interakci s druhými lidmi, jsou schopni dosáhnout toho, aby mohli zastávat různé společenské role.

Jestliže bychom srovnali význam těchto zařízení s institucionálními službami, přístup bývá individuálnější, v institucionálních zařízeních jsou nemocní často pasivnější, někdy jejich režim probíhá nezávisle na jejich vůli a každodenní život je určován institucí. Je také důležité tyto nemocné aktivovat, tak abychom posílili jejich sociální začlenění. Ústavní režim působí negativně i na poskytovatele služeb, protože nemohou uplatňovat individuální přístup ke klientům.

Integrace péče o duševně nemocné je výzvou i pro českou psychiatrii. Transformací, ke které postupně dochází, může negativně ovlivnit větší respekt k člověku a jeho individualitě, s důrazem na kvalitu života a ohled na možnosti sociálního začleňování. Tento

vývoj, ke kterému dochází, je příležitostí pro mezioborovou spolupráci. Jsou tady ale stále diskutované překážky hlavně legislativní, finanční ale i organizačním. V této oblasti, která trpěla dosud na nedostatky v koncepcích - od financování až po nedokonalý systém, dochází stále k pozitivnějším změnám v právních předpisech nařízeních i zákonech.

Domnívám se, že cíl mé práce jsem naplnila a našla jsem také odpovědi na výzkumné otázky.

V poslední době dochází k odstraňování bariér mezi většinovou společností a duševně nemocnými. Tím, že má v současné době majoritní společnost o mnoho více příležitostí se s touto skupinou duševně nemocných ve svém každodenním životě setkávat, dochází postupně i k odtabuizování a vyššímu stupni pochopení této problematiky.

,

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BABIAKOVÁ, Mira, MARKOVÁ Eva a VENGLÁŘOVÁ Martina. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 8024711516.

BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo, společnost*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-45-0.

BENSON, Nigel C. *Psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 175 s. ISBN 80-7367-005-4.

ČEŠKOVÁ, Eva, SVOBODA Mojmir a KUČEROVÁ Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 305 s. ISBN 80-85121-44-1.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 311 s. ISBN 80-71788-03-1.

HAVRDOVÁ, Zuzana, *Kompetence v praxi sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-18-5

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Vyd. 6. aktualiz. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0302-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Vyd 1. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-7178-700-0.

MATOUŠEK, Oldřich a KŘIŠŤAN, Alois. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-x.

MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MLČÁK, Zdeněk. *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. Spisy Filozofické fakulty Ostravské univerzity. ISBN: 80-7368-129-3

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. 1. české vydání. Praha: Grada, 2008, s. 280. ISBN 978-80-247-1587-2. Dostupné také z: http://toc.nkp.cz/NKC/200807/contents/nkc20051631341_1.pdf

PRAŠKO, Ján a kol. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7002-X.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd.1., Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Slon, 1994. ISBN 80-85850-001.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Vyd.3 Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. ISBN 978-80-86429-36-6

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. Vyd. 5., aktualiz. Praha: Maxdorf, 2005, 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.

VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. Vyd.2., Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3.

Interní materiál *Dobrá praxe centra sociální rehabilitace Labyrint*, [b.r.]. Interní materiál centra. Uh. Hradiště: Labyrint.

Internetové zdroje:

Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. [online] [2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiJuPvzm47MAhWHxRQKHTZQB8IQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fokusvysoci>

na.cz%2Fdocument.ashx%3Ffile%3DWilken%2C_Hollander.pdf&usg=AFQjCNG1DU-s-xManrZXRHezSwO7Quc3QKA

LUISA 2015 <http://www.luisa-centrum.cz/news/klub-dusevniho-zdravi/>

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR.

Dostupné z <http://www.nrzp.cz/aktualne/tiskove-zpravy/123-ochrana-dusevniho-zdravi-obcanu-cr.html>

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/abc.html>

ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCÁLNÍCH VĚCÍ: Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. [online] © 2015 [cit. 2015-04-11] Dostupné z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/136040/108_2006_2015.pdf

ČERNOSTOVÁ, Dana. *Mapování průběhu transformace v organizacích zapojených v projektu Transformace sociálních služeb 2013 – 2015* [online]. [cit 2016-04-10]. dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/2016/04/07/mapovani-prubehu-transformace-v-organizacich-zapojenych-v-projektu-transformace-socialnich-sluzeb-2013-2015/>

ŠPANIEL, Filip. *Reforma systému psychiatrické péče*. [online]. [cit 2016-01Hejzlarwww.10]. Dostupné z:

http://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf

HEJZLAR, P. *Komunitní péče v psychiatrii a psychosociální rehabilitace*. Praha: Grada Publishing, 2004.

HEJZLAR, P. *Psychiatrie pro praxi: Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách*. 2009.

HEJZLAR, P. *Psychiatrie pro praxi: Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné*. 2010.

HEJZLAR, Petr. *Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. Psychiatrie pro praxi, 2009, č 10 vol, 5*. [online] dostupné z:

www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200905-0007.php ISSN 1803-5272

Matra III. <http://www.trass.cz/index.php/transformace>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

NRZP Národní rada osob se zdravotním postižením ČR.

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí.

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č.1 V keramické dílně.....	11
Obr. č.2 Schéma.....	31
Obr. č.3 Vstup do centra Labyrint	45
Obr. č.4 Před vstupem klubu Luisa.....	48
Obr. č.5 Vstup do zařízení Horizont.....	50
Obr. č.6 Propagační materiál ze centra Horizont.....	53
Obr. č.7 Práce s hlinou.....	53

SEZNAM TABULEK

Tab .č. 1: Seznam respondentů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Rešerše použité literatury

Příloha č. 2: Ukázka rozhovoru s respondentkou Lad'kou

Příloha č. 3: Program Labyrintu

Příloha č. 4:

PŘÍLOHA P I: NÁZEV PŘÍLOHY

Rešerše použité literatury

BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo, společnost*. Praha: Galén, 1997. ISBN80-85824-45-0.

Příručka k problematice psychiatricky nemocných ve společnosti. Shrnutí problémy, které mají duševně nemocní v souvislosti s právními předpisy, postavení lidí s duševními poruchami, jejich práva a problémy v různých situacích. Autor byl psychiatr a vysokoškolský učitel. Pozn.: Právnícká databáze ASPI (dostupná ve 3. patře knihovny UTB obsahuje ve své části Literatura aktuální příručky, články a judikáty) ke společenským problémům, jichž se právo dotýká, je třeba poznatky této knihy konfrontovat se současností.

BENSON, Nigel C. *Psychoterapie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-005-4.

Knih je stručným, ale uceleným přehledem psychiatrických psychoterapeutických metod. V úvodu zmiňuje důležité pojmy z psychiatrie a psychoterapie. Přes svůj komiksový žánr poskytuje populárním způsobem odborné informace

ČEŠKOVÁ, Eva, Mojmir SVOBODA a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

Učebnice psychopatologie pro psychology. Popisuje psychiatrické problémy a poruchy, které diagnostikuje psycholog a terapeut. Rozsáhlá je kapitola 3 Speciální psychiatrie s charakteristikou organických duševních poruch, do nichž spadá také otázka duševních poruch vyvolaných účinkem psychoaktivních látek a schizofrenie, dále pak poruchy nálady a například neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresem, což jsou problémy, s nimiž se sociální pracovník a pedagog může setkat často.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.

Slovník středního rozsahu se základními hesly pro sociologii a další společenské obory, které s termíny sociologie pracují. Hesla jsou vybavena anglickými ekvivalenty. Autorem je spisovatel, publicista a sociolog, což mělo vliv na dobrou srozumitelnost hesel.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Vyd. 6. aktualiz. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0302-5.

Autor, Prof. Stanislav Kratochvíl (nar. 1932), je renomovaný klinický psycholog, který přednášel na vysokých školách (Univerzita Palackého Olomouc) a pracoval také jako šéf léčebny v Kroměříži. Je autorem publikací určených odborníkům a laické veřejnosti. Ve svém profesionálním životě se věnoval hypnóze, skupinové psychoterapii, manželské terapii a problematice sexuálních dysfunkcí, pro něž prakticky rozvíjel a zkoumal párovou formu sexuální terapie. V této monografii, která je považována za stěžejní dílo české klinické psychologie, autor zevrubně popisuje druhy psychoterapie a současné směry v psychoterapii. Od kapitoly III se věnuje skupinové terapii a rodinné terapii.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Vyd 1. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

Nevelká kniha lapidárně popisující sociální práci i potřeby sociálních pracovníků k profesionálnímu výkonu od individuální práce až po multidisciplinární tým. Kniha je uspořádána ve stylu kolektivní monografie (další autoři u různých kapitol). Věnuje se především charakteru sociálních služeb, vč. etiky a zákonných úprav. Gabriela Márová se soustřeďuje ve své autorské části na psychiatrické minimum. Spolu s autorkou Venglářovou vysvětlují charakter duševních nemocí a možnosti terapie u jednotlivých skupin nemocných

MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

Encyklopedie významného českého psychologa zaměřeného na sociální psychologii

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

O. Matoušek se věnuje oboru, který je dnes vzhledem k nárokům na komunitní práci důležitý. Monografie definuje sociální práci jako profesi se svými nároky na pracovníka a řešené problémy, zvládané pomocí poradenství, krizové intervence, mediace; celá kapitola je věnována práci se skupinou.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-x.

Sociální práce s konkrétními skupinami lidí, většinou na okraji společnosti z důvodů asociálního chování (týrání a zneužívání dětí - důležitá práce s rodinou) nebo sociálních problémů (osamocení rodiče, rozvádějící se rodiče a jejich děti, zdravotně znevýhodnění, staří). Monografie uvádí celou škálu služeb a terapeutické práce, pro mne je důležitá kapitola 6, 7 a 8 týkající se práce s mentálně a duševně nemocnými.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ (ed.). *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

Ucelená kolektivní monografie se věnuje zevrubně tématu psychóz ve vztahu k vhodným terapiím od behaviorální terapie přes kognitivní rehabilitace, trénink sociálních dovedností či psychoterapie na úrovni skupiny, kam spadá i arteterapie.

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Slon, 1994. ISBN 80-85850-001.

Zkušený autor, který ze své praxe z USA obohacuje svými názory i pohled na českou sociální práci, kterou ovlivnil v 90. letech. Při svých přednáškách a seminářích kladl důraz na spojení teorie a praxe. Kniha je cenná podrobnou a systematickou metodikou.

SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008, 424 s. ISBN 978-80-7357-316-4.

Kniha pojímá sociální služby v praxi v souvislosti s právními předpisy. Vyjmenovává mezinárodní dokumenty i normy a dokumenty, které u nás podle ústavního práva zajišťují poskytování sociálních služeb seniorům a tělesně postiženým. Zmiňuje transformaci a deinstitucionalizaci sociálních služeb, dále financování, nárok na příspěvek na péči, podmínky poskytování sociálních služeb a standardy kvality. Cenný je právní rámec, v němž jsou služby popsány, jsou ale již bohužel ve znění do roku 2008.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: Slon, 2005. ISBN 978-80-86429-36-6

Knihu provází kauza Tadeáše, který je živým případem, který slouží k názornému vysvětlování problémů lidí s těžkými psychózami.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Učebnice psychopatologických projevů, které musí znát psycholog i ten, kdo pracuje s těmito jevy ve své profesi, jako je například speciální pedagog. Popisuje psychické funkce, vlivy prostředí na vývoj jedince od narození, zátěžové faktory i obranné akce. Ve druhé části knihy udává stručný přehled poruch: psychický problém jako např. reakce na somatickou chorobu nemoc v dětství) a onemocnění centrální

PŘÍLOHA II

Ukázka rozhovoru s respondentkou Lad'kou

Místo : Labyrint Uh. Hradiště

Dne: 8.2. 2016

Dobrý den, jsem ráda, že jste svolila k našemu rozhovoru. Začala bych první otázkou, kolik je Vám let?

L1: Bude mi 40.

První otázky by se týkaly bydlení. Mohla byste mi říct, s kým bydlíte? Jestli jste sama nebo něco bližšího?

L2: Tak já bydlím u rodičů v domku se synem, máme tam samostatné patro. Takže vlastně máme soukromí a má to vlastně výhody. Třeba když jsem sama doma, můžu za rodičema, protože si potřebuju popovídat. Takže má to i výhody, i když většinou člověk chce být sám. Noo, jakože bydlení samostatné....

Takže jste asi spokojená, jak bydlíte....

L3: Noo, tak ušetříme. Než platit někde nájem, tak platím jenom inkaso. A je tam také komunikace s rodiči, že se vidíme každý den. Takže vcelku jo.

A v jakém oboru jste byla zaměstnaná nebo jakou práci děláte?

L4: No já teď pracuju jako prodavačka ve zdravotnických potřebách. Dřív jsem pracovala jako účetní a když jsem byla v invalidním důchodě – mi byl přiznán – jsem práci jako účetní nesehnala, takže víceméně jako prodavačka pracuju.

Líbí se Vám tato práce nebo byste chtěla pracovat i v jiném oboru?

L5: No tak práce se mi líbí, protože pracuju s lidma. Nám tam chodí lidé, kteří mají také nějaké zdravotní problémy, i když nejsou nemocní tak jako já, ale potřebují poradit nějaké

zdravotní pomůcky, různé věci. Takže kolikrát hledáme v katalozích nebo vysvětlují, co vůbec vlastně chtějí a my musíme z nich to dolovat, abysme pochopili, co vlastně vůbec potřebují. Je to práce s lidma, takže mě ta práce baví.

Dobrá. Další otázka by se týkala zařízení Labyrintu. Můžete mi říct, kde jste se o zařízení sociální rehabilitace dozvěděla nebo jak vlastně začalo docházení do Labyrintu?

L6: Tak o Labyrintu mi řekla moje doktorka psychiatrická, protože jsem vlastně byla doma s nemocí a navíc se mi projevil únavový syndrom. Tak ona aby mě aktivizovala, tak mi doporučila Labyrint. Abych se tam šla podívat a tam potom začala ta spolupráce.

Takže jak dlouho asi navštěvujete Labyrint?

L7: Asi plus minus dva roky.

A jak často tam v týdnu docházíte?

L8: Než jsem si našla práci, tak jsem chodívala třeba celý týden, třikrát – čtyřikrát do týdne. A teď, co chodím do práce, tak mám dva dny volno. Ty jsem se snažila taky chodit do Labyrintu, ale už je toho hodně, takže párkrát do měsíce. Už to není tak četné.

Teď bych se zeptala něco ohledně Vašeho onemocnění, jestli byste mi mohla říct, s čím jste se léčila a jestli jste byla hospitalizovaná v léčebně?

L9: Tak já se léčím od 17 let, šestnáct něco mi bylo....Projevily se u mě deprese po úmrtí mého dědečka a bylo to dost vážné. Takže po roce od smrti následovala hospitalizace. Hospitalizace se každoročně opakovaly, protože pořád ten pocit, že někdo chybí, že se za ten rok nasbíral stres. Studovala jsem střední školu, takže jsem mívala hospitalizace poměrně časté, každý rok zhruba. A co je tam ještě?

Ptala jsem se ohledně Vaší nemoci, ptala jsem se na Vaši diagnózu. Jestli byste mi ještě mohla říct ohledně....schizoafektivní psychóza...jste říkala?

L10: Ano, mám vlastně diagnózu schizoafektivní porucha.

Tak jestli byste mi ještě mohla říct ohledně toho onemocnění.....třeba jak jste byla hospitalizovaná.

L11: Ted' nevím, jestli rozumím.

Kolikrát jste byla hospitalizovaná?

L12: Noo, první byl přínos, že jsem to nepočítala. Ted' mám 17 letého syna, takže před jeho narozením jsem byla v léčebně téměř každý rok. Co se mi narodil syn, tak 2-3krát krátkodobé pobyty. Už se to snažím zvládat líp, tu nemoc.

Myslíte si, že tím, že jste poznala zařízení sociální rehabilitace Labyrint, že to také ovlivnilo počet hospitalizací nebo to úplně oddálilo to, abyste byla hospitalizovaná? Mělo to nějaký vliv na to, že tady byla nějaká změna díky tomu, že jste poznala toto zařízení?

L13: Tak já do toho Labyrintu nechodím zas tak dlouho. Ale určitě je to přínos pro lidi, když jsou doma, když jsou nemocní a jsou na neschopence. Můžou změnit prostředí tím, že dochází do Labyrintu. Jo ale určitě si myslím, že není Labyrint náhražka hospitalizace. Joo, že vlastně slouží Labyrint lidem, kteří mají ten stav nějak stabilizovaný a nejsou v nějaké horší fázi. A pak, když už je třeba změnit medikaci nebo je tam nějaký horší průběh té nemoci nebo když se ta nemoc projeví, tak určitě zase ta hospitalizace. Vlastně co chodím do Labyrintu, tak jsem ještě hospitalizovaná nebyla.

Ted' bych se zeptala něco ohledně Vašeho volného času. Měla jste nějaké koníčky před onemocněním, které se příchodem onemocnění změnilo? Co byste mi k tomu mohla říct?

L14: No spíš bych to asi řekla tak....já jsem chodila na základní uměleckou školu na výtvarný kroužek kreslení. Všichni mě tam brali, jakože hezky kreslím. Joo, ale neměla jsem k tomu vlastně vztah. Díky nemoci vlastně jsem objevila arteterapii, k čemu slouží a že člověk se vlastně díky umění může nějak projevat, vlastně to pro mě byl přínos. Jo, že vlast-

ně i doma si tvořím, snažím se vyjádřit, co vlastně prožívám. Když mě něco trápí, vezmu tužku a nakreslím si nějakou abstrakci. Takže mi to vlastně pomohlo k sebevyjádření tady tím směrem.

Takže by se dalo říct, že se Vaše koníčky onemocněním trochu změnily?

L15: Změnil se náhled na ně. Nezměnil se, že bych začala dělat něco nového, ale spíše přístup k tomu. Je to lepší (smích).

Ještě bych se zeptala na činnosti, na program, který se Vám v Labyrintu nabízí. Co třeba Vám přináší z toho programu nejvíc radosti?

L16: Takže tím, že si doma tvořím, jsem uvítala, že je v Labyrintu arteterapie. Je tam možnost individuální arteterapie nebo pak jsou třeba jenom tvorba s hlínou ve skupinkách. To mě tak zaujalo nejvíc. Třeba je dobrá i dramaterapie. Každý ten program má nějaký přínos. Je to pestré, není každý den jen to samé. Člověk se naučí věci, se kterými nemá možnost se jinde setkat. V Labyrintu se dělá každý den něco jiného. Každý den není vyhrazen stejný program.

Takže by se dalo říct, že Vám návštěva Labyrintu pomáhá v rozvíjení Vašeho talentu nebo volnočasových aktivit, že?

L17: Člověk najde čas na to, co ho baví. Doma vlastně takto vhodná atmosféra není, takže když si třeba člověk vybere, že by chodil jenom na ty tvůrčí práce nebo arteterapii, tak je tam ta atmosféra a podmínky k tomu. Tak určitě je to přínos.

Jsou ještě nějaké jiné oblíbené činnosti kromě toho, co jste říkala? Mluvila jste o tom, že někdy zapomínáte nebo si hůře pamatujete. Nějaké třeba kognitivní cvičení?

L18: No tak ty kognitivní cvičení, co tam bývají, jsou většinou na přemýšlení, takže to mi nedělá problém. Ale když mám něco vzpomínat, tak mi to nedělá problém. Když jsou třeba nějaké ty kognitivky v rámci toho....třeba rozvíjení těch myšlenkových pochodů, že člověk nad něčím přemýšlí nebo tak, tak s tím problém nemám.

Další otázka by se týkala oblasti sociálních vztahů. Zeptala bych se, jestli s příchodem do sociální rehabilitace Labyrint se Vám změnil okruh známých? Jestli jste si díky tomu, že tam můžete chodit, vytvořila nějaké další kamarády? Jestli je to v tomhle hodně přínosné? Zlepšil se Vám tím kontakt s lidmi?

L19: Tak tedy určitě. Mám nový okruh známých. Jsou lidé, kteří tam docházejí pravidelně, takže s těmi se znám blíže. A jedna kamarádka, která tam také dřív chodívala hodně – a teď už chodí do práce – takže jsme v kontaktu, jen že si občas napíšem...určitě je to dobré, když je člověk uzavřený, tak je tam také v kontaktu s nemocnými lidma, kteří třeba ví, co to znamená. A taky se víc otevře a je sdílnější. Určitě to je také přínos.

A co se týká kontaktů mimo klub, máte asi také, protože chodíte do práce a rodinu...takže ty přátele máte, že?

L20: Takže jednak jsou to pracovní vztahy, že jsme s kolegyněma v kontaktu i mimo práci, ale také kontakty ze školy. Kamarádky, které se ke mně neotočily zády díky té nemoci, tak ten vztah je takový bližší. Nemám moc přátel, ale zas si myslím, že to, co mám.....je lepší mít pár dobrých přátel než moc povrchních. Takže se netrápím tím, že třeba nemám na Facebooku třeba sto přátel, ale prostě znám lidi, na které se můžu fakt obrátit.

A teď bych se zeptala, v čem vidíte přínos nebo zlepšení Vašeho života tím, že jste chodila do zařízení Labyrintu? V čem Vám to vlastně pomohlo?

L21: Labyrint mi pomohl tím, když jsem tam začala chodit, že k mé nemoci jsem vlastně ještě měla únavový syndrom a podmínkou docházení do Labyrintu bylo 3 týdny chodit pravidelně. Což bylo těžké, ale byla to taková motivace, takže tím jsem se přinutila ráno vstát. Dopoledne jsem byla v Labyrintu a byl tam nějaký program, tak nebyl nějaký čas na tu únavu a postupně se to zlepšovalo, takže jsem byla schopná i doma lépe fungovat. Byl to přínos v tom, že jsem se zaktivizovala a potom přemýšlela i o tom, že se vrátím do práce. Joo, bylo to zajímavé tam trávit dny, jednak že jsem se seznámila s novými lidma. Sem tam se jezdí i na nějaké výlety, takže je to taková komunita pro ty nemocné lidi a nevím, co bych k tomu ještě dodala. Je to přínos v tom, že i když člověk nechodí do práce a je doma, tak přes ten den má nějaký program. Když je člověk doma, může si uklízet, vařit, zase si udělat nádobí a pořád je co dělat a ta práce není vidět. A tak má možnost se někam vypravit, má

změnu prostředí, má program od sociálních pracovníků, navíc je tam v kontaktu s dalšími lidmi. Takže to je vlastně přínos. Má pocit, jako by do té práce vlastně chodil. Je z domu pryč, ale není to tak zátěžové, jako když chodí do práce. Přes den má program a aktivizuje se.

Je v Labyrintu něco, co vám schází? Co by ještě mohlo zařízení nabízet? Co byste uvítala?

L22: Já si myslím, že ty služby jsou dostatečné, protože ať už je tam ta arteterapie nebo dramaterapie – to jsou asi tak nejvíc, na které jsem chodívala – je tam podchyceno rozvíjení člověka, jako té osobnosti.... Je tam dost vyčerpávající program. Každý si tam najde svoje. Nikde není psané, že by se muselo chodit každý den. Že třeba podle programu se rozhodne, že začne chodit tehdy a tehdy. Nebo tam někdo chodí třeba proto, že je doma bez práce, že má změnu prostředí. Ale jinak si myslím, že je program všestranný. Bývala třeba muzikoterapie, ta už skončila. Chodila tam paní s bubnama, učili jsme se bubnovat. Pořádaly se návštěvy muzeí, chodí se do kina a do divadla. Zájmová činnost je tam bohatá a každý si vybere.

Je něco, s čím jste třeba nebyla spokojena v Labyrintu? Z těch služeb, které nabízí? Něco, co Vám třeba nepasovalo?

L23: Já jsem takový rebelský člověk, takže mě přišlo, že tam je vlastně program celý den. V určitou dobu se tam dělá toto, pak se dělá toto. Prostě program časový. A přišlo mi, když jsem se ještě s těma lidma neznala, že není čas si popovídat. Je tam ráno ranní posezení, každý si tam sdělí, jak se cítí, ale pak už přes den není čas se o tom pobavit. To mi třeba chybělo. Ale od klientů, kteří už tam chodili déle, jsem měla zprávy, že když to tam bylo volnější, tak to tam bylo chaotické. Když tam šel někdo za účelem toho programu, tak byl nespokojený. Nevím, to jsem tam nechodila. Přišlo mi, že by tam mohlo být mezi tím programem víc odstupňovaného času. Ale zase lidé, kteří tam chodí, přijdou ráno v devět, chtějí tam být do oběda, do jedné hodiny, takže to je tak 3-4 hodinky a pokud má být nějaký program, tak ono se to těžko nějak kombinuje...dřív byl program celý týden, ale poslední dobou byly volné středy a středa byla umožněná...že když tam někdo chtěl přijít, tak tam přišel, ale víceméně si utvořil svůj vlastní program. Takže nevím, jak to teď funguje, když je Labyrint přestěhovaný do Hradiště, ale když byl Labyrint v Jarošově, tak tam bývaly

volné středy. Bud' tam byla individuální terapie Ale ne pod vedením. Kdo tam přišel, tak si našel činnost, co by chtěl vlastně dělat. Tím, že se tam sešlo víc lidí, byl tam takový otevřený program.

Ještě bych se chtěla zeptat ohledně zaměstnání na otázku, jak jste po mateřské začala hledat práci?

L24: Já bych se ještě vrátila k souvislosti mezi nemocí a prací. Já jsem onemocněla na střední škole, takže jsem vlastně dodělávala střední školu s nemocí. Pak jsem si dodělávala maturitu. Chodila jsem do práce a pracovala jako účetní. Ale potom, když jsem šla na mateřskou a měla jsem se vrátit do práce, tak už jsem to nezvládala. Znovuzačlenění do práce. Byla jsem na kurzu přes úřad práce na administrativu a kurz mi dělal problém zvládnout ho. Takže mi doktorka navrhla plný důchod, což bylo schválené. Takže jsem byla přes 4 roky doma při plném důchodě a při přezkoušení před komisí mi ho pak zkrátili na částečný. Tak jsem pak sháněla práci, podařilo se mi najít práci, docela jsem ji i zvládala. Už se mi ale projevovaly problémy se zády a migrénami. Takže chodit do práce bylo náročné. Snažila jsem se to překonávat, protože jednak jsem měla málo peněz, a protože se starám sama o syna, ty peníze jsem potřebovala. Prostě je to na úkor něčeho. Člověk se překonává, aby zajistil rodinu. A musí. Nikdo se ho neptá, jestli je schopný, ale prostě musí, protože ty finance mu nikdo nedá. Takže jsem měla částečný důchod možná 2 roky a pak jsem byla v práci, kde se mi víc projevila i fobie. Když jsem šla na neschopenku, tak se to nelepšilo a navíc se mi přidal únavový syndrom, takže mě doktorka znovu dávala na přehodnocení důchodu. Byl mi přiznán III. stupeň. Změnou denního režimu mi Labyrint pomohl a asi po půlroce pravidelného docházení do Labyrintu jsem opět začala chodit do práce. Chodím tři dny v týdnu, 6 hodin, nemám ani poloviční úvazek. Mám zkrácený úvazek a taky s tím bojuju. Teď mám sice plný invalidní důchod, že máme víc peněz, ale zase syn je na střední škole na internátu. Takže pokud mu nechci říct – „nesmíš studovat to, co tě baví“ – tak prostě musím. Není to lehké, ale je tam ta motivace zajistit rodinu. Práci, kterou teď dělám, mě baví, taky mě obohacuje. Když chodím celý týden do práce, mám migrény a bolí mě hlava, tak je to náročné.

A ještě kdybychom se vrátili k době, kdy jste začala chodit do Labyrintu: Mohla byste srovnat, jaký je rozdíl, když jste měla trávit celý den doma a potom, když jste měla možnost strávit dopoledne v Labyrintu? Porovnat ty dvě věci, jaké to bylo...

L25: Já jsem byla vlastně pořád unavená. Bylo to v zimě, přelom jara, byla jsem pořád unavená. Člověk musí něco udělat, zase sem si šla lehnout, prostě to nešlo překonat, pořád jsem polehávala. Když jsem začala docházet do Labyrintu, měla jsem změnu. Labyrint byl v Jarošově, takže já jsem musela z domu do Hradiště, potom do Jarošova. Byl tam přínos, že byl člověk v kontaktu s lidma, nenapadlo ho jít si lehnout, odpočinout. Byl tam kontakt s lidma, změna prostředí. Určitě to byl přínos. Postupně jsem se dostávala z té únavy, třeba i chuť do života, nevím, jak bych to nazvala. Pomohlo mi to začít znovu normálně fungovat.

I když třeba odpoledne si ještě kolikrát lehnu, abych si odpočinula. Už to není celý den, jak jsem ležela, než jsem začala chodit do Labyrintu. Pořád jsem byla unavená. Přes den žádná změna. Labyrint mi v tomto hodně pomohl. Kdybych tam nechodila, nevím, co bych dělala dneska. Těžko říct. Ted' už funguju a je to dobré, jednak že chodím do práce, že jsem v kontaktu s těma lidma z Labyrintu. Takže když mám nějaký problém, tak to probereme. Tím, že tam nechodím každý den, mi nezavřeli dveře, ale ta služba tady pro mě je.

A mohly bychom se ještě vrátit? Mluvila jste o tom, že se Vám hodně líbí práce s hlínou v Labyrintu. Mohla byste ještě něco říct k této aktivitě? K čemu jste se tam dostala, když jste dělali s hlínou?

L26: Když jsem tam začala chodit a dozvěděla se, že je tam keramická dílna, tak jsem byla úplně nadšená. Pořád každý den jsem chtěla dělat s hlínou, i když to nebylo v rámci programu. Což mi bylo umožněno, takže jsem byla spokojená. Snažila jsem se začít tím, nějak ztvárnit ty svoje pocity, nějak umělecky ztvárnit. Napadlo mě, přestože jsem nikdy nedělala malé sošky, udělat si sošku anděla. Znázorňoval, jak je v podřepu a objímá kolena a má tvarované křídla, tak jsem vyjádřila ten stav, kterým jsem si procházela v prvních dnech, kdy jsem začala chodit do Labyrintu. Mělo to vyjadřovat únavu i pokoru, strhanost i bezradnost a všechny ty různé pocity...Znázornila jsem si to tím andělem, takže jsem z toho měla radost. Pak jsem ještě dělala 3 nebo 4 různé figurky. To, co jsem nikdy nedělala, jsem měla možnost si tam zkusit. Určitě jsem ráda, že mi to bylo umožněné.

Ještě bych se zeptala: Je možnost si sestavit individuální plán. Sestavovala jste si něco takového?

L27: Tak v Labyrintu má každý přidělen svého klíčového pracovníka, se kterým prochází, co ho trápí, co by chtěl vyřešit. Nebo co může udělat pro to, co mu vadí, co může změnit. Abych pravdu řekla, takový plán mám, ale už nevím, co tam bylo sepsané.

Kdybyste si ho znovu dělala, přemýšlela jste, co byste si zase dala za cíl?

L:28 Já jsem teď víceméně spokojená, jak to mám v životě. Určitě bych měla víc odpočívat. To se mi moc nedaří, ale výhledově mám jet do lázní. Takže to tam mám taky už zahrnuté. Syn je na střední škole, takže to se taky podařilo. Dostal se na školu, na kterou chtěl. Vzhledem k tomu, že je na internátě, tak mi odpadla každodenní práce kolem domácnosti. Přes týden vařím jenom sobě a starám se o psa. Není to tak náročné, jako když byl každý den doma. Jsem spokojená, užiju si ho o víkendech. Je to tak, že se to dá zvládnout.

Děkuji za rozhovor.

PŘÍLOHA III

PROGRAM LABYRINTU OD 7.3.-11.3.2016

(změny v programu vyhrazeny)

- Každý den od 9:00-9:30 Ranní snídání v Labyrintu!

Pondělí 7.3.

8:00-14:00

- Skupina Uzdrav se sám/ Keramika /10:00-12:00/
- Pracovní terapie/ Práce na PC/12:30-14:00/

Úterý 8.3.

8:00-14:00

- Relaxace /8:30-9:00/
- Sportovní aktivity /10:00-12:00/
- Keramika pro MP /10:00-12:00/
- Trénink kognitivních funkcí /12:30-14:00/

Středa 9.3.

8:00-14:00

- Individuální programy

Velehradská:

- Nákup+vaření
- Návštěva muzea

Čtvrtek 10.3.

8:00-14:00

- Relaxace /8:30-9:00/
- Vaření/dílky/práce na PC /10:00-12:00/
- Keramika /12:30-14:00/

Pátek 11.3.

8:00-14:00

- Dramaterapie /10:00-12:00/
- Trénink kognitivních funkcí /12:30-14:00/

Těšíme se na vás !!!



PŘÍLOHA IV

Rozvrh skupinových aktivit únor - červen 2016 HORIZONT ZLÍN

Pondělí:

8.00 – 12.00 *Pracovní rehabilitace*

13.00 – 14.00 Trénink mozku

Úterý:

8.00 – 12.00 *Pracovní rehabilitace*

9.00 – 11.00 Aktivizační program

13.00 – 14.30 Zpívání s kytarou

13.00 – 16.00 Poradna pro rodinné příslušníky

Středa:

8.00 – 12.00 *Pracovní rehabilitace*

9.00 – 12.00 Společné vaření

13.00 – 16.00 Filmový klub

13.30 – 16.00 Ping pong

Čtvrtek:

8.00 – 12.00 *Pracovní rehabilitace*

9.00 – 16.00 Kavárna

12.30 – 14.00 Skupinová terapie

Pátek:

8.00 – 12.00 *Pracovní rehabilitace*

13.00 – 14.00 Individuální trénink paměti

13.00 -14.30 Výtvarná dílna

Každý pracovní den od 8.00 do 16.00 probíhají individuální schůzky.

Každý pracovní den od 8.00 do 17.00 je poskytována terénní služba.

Pohovor s psycholožkou je možný každý čtvrtek od 9.00 do 12.00.

V úterý a v pátek od 13.00 do 16.00 poskytujeme ambulantní službu také v Otrokovicích.