

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Denisa Černá

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Bakalářská práce

2024

Denisa Černá

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Denisa Černá**
Osobní číslo: **Z21228**
Studijní program: **B0988P240002 Zdravotně sociální péče**
Téma práce: **Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním**
Téma práce anglicky: **Social work with people with mental illness**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ČEŠKOVÁ, Eva; KUČEROVÁ, Hana; SVOBODA, Mojmír, ed., 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
HÖLLANDER, Dirk den a WILKEN, Jean Pierre Lambert, 2016. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARe*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1.
MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel a JANOTOVÁ, Dana, 2012. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-582-4.
RAGINS, Mark, 2018. *Cesta k zotavení*. Překlad Jan RŮŽIČKA a Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus. ISBN 978-80-902741-1-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Adéla Michková, Ph.D.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2024**

L.S.

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 1. 4. 2024

Denisa Černá v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Adéle Michkové, Ph.D. za vedení mé práce a za trpělivost. Také bych zde ráda poděkovala Bc. Michaele Růžičkové, zástupkyni ředitele Domova Na cestě za možnost realizace výzkumu na tomto pracovišti a za cenné rady, a především všem informantům a pracovníkům Chráněného bydlení, kteří se zapojili do výzkumu. Největší díky patří mé mamince Bc. Veronice Kudláčkové Černé za její pomoc a podporu během celého mého studia a také rodině a přátelům za jejich velikou podporu.

ANOTACE

Bakalářská práce se věnuje konceptu zotavení (recovery) u osob s duševním onemocněním a uplatnění tohoto konceptu v praxi. Je zpracována do dvou částí. Teoretická část představuje koncept zotavení v kontextu psychiatrické reformy a vybraných duševních onemocnění a seznamuje s metodikou CARE.

Průzkumná část je zpracována formou kvalitativního výzkumu a má za cíl popsat, jak lidé s duševním onemocněním využívající služby vybraného pobytového zařízení reflektují proces zotavení.

KLÍČOVÁ SLOVA

Duševní onemocnění, CARE, zotavení, psychiatrická reforma

TITLE

Social work with people with mental illness.

ANNOTATION

The bachelor's thesis focuses on the concept of recovery in individuals with mental illness, and the application of this concept in practice is divided into two parts. The theoretical part introduces the concept of recovery in the context of psychiatric reform and selected mental disorders, and familiarizes readers with the CARE methodology.

The exploratory part is conducted in the form of qualitative research and aims to describe how people with mental illness utilizing services of a selected residential facility reflect on the recovery process.

KEYWORDS

Mental illness, CARE, recovery, psychiatric reform

OBSAH

Úvod.....	11
Cíle práce	13
Cíl teoretické části.....	13
Cíle průzkumné části.....	13
Teoretická část	14
1 Duševní onemocnění.....	14
1.1 Vybraná onemocnění podle MKN-10	14
1.1.1 Schizofrenie (F20-F29).....	15
1.1.2 Afektivní poruchy (F30-F39).....	17
2 Reforma Psychiatrické péče.....	19
Reformovaný systém péče	19
Psychiatrické nemocnice.....	19
Ambulantní péče	20
Komunitní péče	20
Centra duševního zdraví (CDZ).....	20
Pobytové sociální služby v systému péče	21
3 Zotavení	22
3.1 Faktory bránící zotavení.....	23
3.2 Fáze osobního zotavení	24
3.2.1 Naděje	24
3.2.2 Zplnomocnění	24
3.2.3 Zodpovědnost.....	25
3.2.4 Životní role.....	25
3.3 Metodika CARE.....	26
4 Plán zotavení ve 4 oblastech	28
4.1 Zotavení tělesného zdraví.....	28

4.2	Zotavení identity	28
4.3	Zotavení každodenního života	29
4.4	Zotavení společenských rolí	29
5	Závěr	30
	Průzkumná část	31
6	Metodika výzkumné (praktické) části.....	31
6.1	Hlavní průzkumný cíl.....	31
6.2	Průzkumné metody.....	31
6.3	Výzkumné prostředí a popis Domova Na cestě	31
6.4	Výběr informantů	33
6.5	Příprava průzkumu	33
6.6	Sběr dat.....	34
6.7	Zpracování dat.....	35
7	Diskuze.....	53
8	Závěr	56
9	Použitá literatura	58
9.1	Internetové zdroje.....	59
9.2	Další zdroje	60

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Osobní identita.....	35
Obrázek 2 Kdo jsem?.....	36
Obrázek 3 O co se v životě opírám?.....	37
Obrázek 4 Každodenní život.....	40
Obrázek 5 Na co se těším?.....	42
Obrázek 6 Co mě nejvíce baví?.....	43
Obrázek 7 Zdraví (psychické a fyzické zdraví)	44
Obrázek 8 Jak se starám o sebe/své zdraví?.....	45
Obrázek 9 V čem vnímám, že mě nemoc brzdí/omezí?.....	47
Obrázek 10 Společenské role a zapojení do společnosti.....	49
Obrázek 11 Chci nabýt nějakou funkci, roli?.....	50
Obrázek 12 S kým se rád setkávám?.....	51
Tabulka 1 Plán zotavení ve 4 oblastech.....	28

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CDZ	Centra duševního zdraví
ČR	Česká republika
DZR	Domov se zvláštním režimem
FZS	Fakulta zdravotnických studií
CHB	Chráněné bydlení
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
PN	Psychiatrická nemocnice
SRPP	Strategie reformy psychiatrické péče
UPCE	Univerzita Pardubice
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala z osobního zájmu o duševní onemocnění. Během studia jsem měla možnost setkat se s řadou osob a organizací zaměřených na zotavení lidí s duševními onemocněními.

V dnešní době se společnost intenzivně zabývá otázkami duševního zdraví a péče o lidi s duševními onemocněními. Toto téma je v České republice stále aktuálnější, zejména v kontextu probíhající reformy psychiatrické péče, která má za cíl poskytnout komplexní a humánní péči, zaměřenou na zotavení pacienta či klienta. Sociální práce hraje v tomto procesu klíčovou roli, jelikož se soustředí na podporu a integraci lidí s duševním onemocněním do společnosti, a tím přispívá k jejich kvalitnímu a samostatnému životu. Tato bakalářská práce se zaměřuje zejména na zásady, metody a přístupy sociální práce, které podporují zotavení klienta a napomáhají jeho integraci do společnosti. Popisuje, jak lidé s duševním onemocněním využívající služby vybraného pobytového zařízení reflektují proces zotavení.

V lednu roku 2020 byl schválen významný strategický plán – Národní akční plán pro duševní zdraví, je stanoven do roku 2030 a je implementačním dokumentem pro tři strategické dokumenty. Stanovuje specifické postupy pro naplňování částí Strategie reformy psychiatrické péče 2013—2023, kde byly identifikovány implementační mezery. Tento plán je součástí implementačních dokumentů Strategického rámce Česká republika 2030 a dále rozpracovává konkrétní oblasti Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030, známého jako „Zdraví 2030“ (momentálně v přípravě k předložení vládě ČR k schválení), včetně implementačního plánu zaměřeného na modely integrované péče a integraci zdravotní a sociální péče – konkrétně na reformu péče o duševní zdraví. (Národní akční plán pro duševní zdraví, 2020, online, s. 9-17)

Na základě doporučení uvedených v Národním akčním plánu pro duševní zdraví, kde se uvádí, že je nutný vznik prostupných komunitních pobytových služeb s různou mírou podpory se inspiroval právě Domov Na cestě a vytvořil prostupné komunitní pobytové služby, zaměřené na zotavení.

Domov Na cestě poskytuje pobytové sociální služby, které si zakládají na principu zotavení a aktivně sledují nejnovější trendy v poskytování péče lidem s duševním onemocněním. (Chráněné bydlení a Domov se zvláštním režimem.) Pracují v metodice CARE.

Cílem bakalářské práce je popsat, jak lidé s duševním onemocněním využívající služby vybraného pobytového zařízení reflektují proces zotavení.

Práce je rozdělena do dvou částí: teoretické a praktické. Teoretická je rozdělena do pěti kapitol. V jednotlivých kapitolách popisují duševní onemocnění, reformu psychiatrické péče, zotavení a plán ve čtyřech oblastech.

V praktické části je popsána metodika výzkumu, výzkumného prostředí a následná interpretace dat. V rámci výzkumného šetření jsem za pomoci vedoucí chráněného bydlení vybrala šest klientů Domova Na cestě. Informanti byli vybráni metodou prostého záměrného výběru. Tato metoda spočívá v tom, že, *„vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu“ (tj. účastníky splňující určité kritérium, nebo soubor kritérií) toho který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ním také souhlasí“* (Miovský, 2006, str. 136).

V závěru je pak uvedena diskuze, kde odpovídám na hlavní výzkumnou otázku.

CÍLE PRÁCE

Cíl teoretické části

Cílem teoretické části je shrnout aktuální poznatky současného systému reformy psychiatrické péče a dále vysvětlit pojmy zotavení, CARE, duševní onemocnění, psychiatrická reforma, fáze osobního zotavení, pobytové služby.

Cíle průzkumné části

Průzkumný cíl:

Průzkumným cílem práce je popsat, jak lidé s duševním onemocněním využívající služby vybraného pobytového zařízení reflektují proces zotavení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Duševní onemocnění je definováno jako klinicky významné narušení kognitivních funkcí, emoční regulace nebo chování jednotlivce. Často je spojeno s úzkostí a narušením v klíčových oblastech života. Existuje řada různých typů duševních onemocnění. Pojem "duševní onemocnění" je někdy zaměňován se "stavy duševního zdraví", což je širší termín, zahrnující duševní poruchy, psychosociální postižení a stavy s výrazným distresem, narušeným fungováním nebo rizikem sebepoškozování. Tento informační list se zaměřuje na duševní poruchy definované v Mezinárodní klasifikaci nemocí 11. revize. (WHO, 2024, online)

Novou definici zdraví představil Machteld Huber a kol. (2014, online), obrátil definici zdraví WHO, uvádí, že je zastaralá a zdraví definuje jako: „*schopnost přizpůsobit se a přímo ovládat sebe sama s ohledem na fyzické, emocionální a sociální výzvy života*“, tato definice tvoří základ pro tzv. koncept pozitivního zdraví. V tomto pojetí zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nebo přítomnost nemoci, ale jako schopnost jednotlivců vypořádat se s měnícími se fyzickými, emocionálními a sociálními výzvami v životě a aktivně řídit své vlastní já.

Duševní onemocnění mohou být vyvolána různými faktory, včetně biologických (genetických, vrozených), psychogenními a sociálními vlivy. Často se jedná o kombinaci těchto faktorů. I když mohou existovat poruchy s výrazně biologickým základem jako jsou organická poškození mozku, okolní prostředí, výchova, stimulace a sociální podpora, mohou významně ovlivnit projevy daného onemocnění. U některých poruch není stále zcela jasné, zda mají primárně psychogenní původ, a změny v centrální nervové soustavě se objevují až sekundárně po opakovaných epizodách nemoci. Identifikovat jednoznačnou příčinu nebo počátek onemocnění často představuje výzvu. Při hodnocení duševních poruch je nezbytné zohlednit všechny aspekty života postižené osoby a nespoléhat se výhradně na diagnostická kritéria. Dva jedinci s identickou diagnózou mohou mít zcela odlišné symptomy a prognózy. Každý pacient je unikátní, a proto nelze automaticky předpokládat podobné projevy onemocnění jen na základě diagnostiky. (Mahralová, Veglářová, 2008, s. 69)

1.1 Vybraná onemocnění podle MKN-10

MKN-10 je medicínská klasifikace používaná v ČR, založená na lékařském přístupu. Přestože poskytuje strukturovaný pohled na projevy duševních onemocnění, je důležité chápat, že lidské prožívání a chování jsou mnohem komplexnější, než jen tato klasifikace může zachytit. Pro

sociální pracovníky je zásadní zaměřit se na jednotlivce, jeho interakci s okolím, adaptaci a celkové fungování v daném prostředí. Nicméně znalost psychiatrických diagnóz a dynamiky duševních onemocnění může sociálním pracovníkům pomoci lépe porozumět chování a prožívání svých klientů (Probstová, Pěč, 2014, s. 20).

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

F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

F30 – F39 Poruchy nálady, afektivní poruchy

F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatotrofní poruchy

F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70 – F71 Mentální retardace

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

F 99 Neurčená duševní porucha (Probstová, Pěč, 2014, s. 24)

Vzhledem k rozmanitosti duševních onemocnění není možné v rámci mé bakalářské práce pokrýt všechny. Zaměřuji se především na onemocnění, se kterými vstupují klienti do sociální služby, jež je předmětem mého výzkumného šetření. Konkrétně se jedná o nemoci z oblasti psychotických a afektivních poruch.

1.1.1 Schizofrenie (F20-F29)

Podle Jarolímka (2017, s. 32-34) schizofrenie patří do kategorie duševních chorob nazývaných psychózy. Slovo schizofrenie má řecký původ a doslovně znamená „rozštěpení duše". Tento termín vznikl na počátku dvacátého století na základě nesprávné představy, že charakteristickým rysem schizofrenie je rozdvojení osobnosti. I když tato představa byla již dávno opuštěna, název zůstal zachován. Mezi psychózou (schizofrenií) a neurózou je výrazný rozdíl. Osoba trpící neurózou může prožívat úzkosti, strachy a deprese podobně jako jedinec se

schizofrenií, ale tyto obtíže mu stále ještě umožňují celkem normálně fungovat v každodenním životě.

U jedince se schizofrenií jsou však tyto obtíže tak intenzivní a hluboké, že zasahují do každodenního života a značně ho ovlivňují. Pro takovou osobu je pak obtížné rozlišit, co je skutečné a co není. U lidí trpících schizofrenií dochází také k poruchám kognitivních funkcí. Především je ovlivněn proces ukládání nových informací (paměť), což může vést k obtížím například při učení ve škole. Také jsou narušeny tzv. řídicí funkce, jako je schopnost stanovit si cíle a vypracovat plán k jejich dosažení. Nemocní lidé mohou mít také problémy s pozorností. Dále jsou postiženy i motorické funkce, což se projevuje sníženou schopností vykonávat motorické úkony efektivně a také sníženou schopností učit se z vlastních chyb. (Jarolímek, 2017, s. 32-34)

Bludy

Blud je závažná psychická porucha, která se řadí mezi psychotické poruchy a manifestuje se jako porucha myšlení. V případě, že pacient vykazuje jeden či více bludů v rámci svého psychopatologického obrazu, je tato situace definována jako psychóza. (Kučerová, 2013, s. 16)

Klíčové charakteristiky bludu zahrnují:

1. Přesvědčení o něčem, co neodpovídá skutečnosti, neexistuje nebo se nestalo.
2. Nemožnost rozmluvit pacienta z jeho bludného přesvědčení či mu vysvětlit jeho nesprávnost.
3. Blud dominuje pacientovým myšlením, ovládá jeho psychiku.
4. Blud ovlivňuje pacientovo chování, což může vést k jeho změně.
5. Vzniká na patologickém základě.

Ačkoliv tato definice bludu je jasná a srozumitelná, diagnostika bludu může být komplikovaná. Je nezbytné s pacientem pečlivě probrat jeho myšlenky a přesvědčení, aby se posoudilo, zda se jedná pouze o mylné názory či víry, nebo zda jsou to bludné interpretace různého stupně a hloubky. (Kučerová, 2013, s. 16)

Halucinace

Halucinace představují poruchu vnímání, při níž pacient vnímá vjemy vytvořené v jeho mozku v důsledku onemocnění. Tyto vjemy mohou mít významný dopad na chování pacienta.

Například pacient může zacpat uši, aby se vyhnul slyšení neexistujících hlasů. (Petr, Marková, 2014, s. 213)

Existují různé typy halucinací, mezi které patří:

- Halucinace sluchové: Pacient slyší neexistující hlasy, zvuky nebo jiné zvukové vjemy.
- Halucinace zrakové: Pacient vidí vize nebo obrazy, které neexistují v reálném světě.
- Halucinace chuťové: Pacient cítí chuť, která v jídle skutečně není přítomna, často se jedná o pocity jedu nebo jiné nepříjemné chuti.
- Halucinace čichové: Pacient vnímá vůně, které neexistují v daném prostředí.
- Halucinace dotykové: Tyto halucinace mohou mít sexuální podtext a zahrnují fiktivní pocit dotyku na kůži pacienta.

Tyto halucinace mohou značně ovlivnit život pacienta a jeho schopnost fungovat v každodenním životě. Je důležité je identifikovat a správně je diagnostikovat pro efektivní léčbu a podporu pacienta. (Petr, Marková, 2014, s. 213)

1.1.2 Afektivní poruchy (F30-F39)

Jde o třetí nejčastější skupinu duševních onemocnění, která se vyznačuje poruchami nálady, a to jak ve smyslu pozitivním, tak i negativním. Podle MNK-10 do této skupiny duševních chorob řadíme manickou epizodu, bipolární afektivní poruchu, depresivní poruchu, rekurentní depresivní poruchu a trvalé poruchy nálady. (Probstová, Pěč, 2014, s. 63)

V klinické praxi bývají mírné a střední formy deprese, respektive mánie, spojovány spíše s psychologickými a sociálními faktory, zatímco těžší formy s faktory biologickými. Afektivní poruchy se často vyskytují v rodinách napříč generacemi, což vede k úvahám o jejich dědičnosti, zejména u bipolární poruchy nálady, a podporuje pohled na tyto poruchy jako na biologicky podmíněné. Mnozí však i u těžších průběhů afektivních poruch vidí příčinný vliv raných psychických a sociálních faktorů, které se v rodinách opakují a přenášejí se z generace na generaci. (Probstová, Pěč, 2014, s. 64)

Manická porucha

Mánie často představuje protiklad deprese. Ačkoliv může být pozorovatelná zřejmá energičnost, dobrá nálada, zvýšené sebevědomí a v některých případech i grandióznost, skrývá se za těmito projevy často skrytá úzkost, strach, nejistota a bezmoc. Člověk v manické epizodě může vypadat, jako by říkal: "Nemám strach, nejsem osamělý, nejsem neúspěšný nebo

nesmělý" - a to i přes skutečnost, že tyto pocity mohou být stále přítomny (dominantní obranou je popření). Takový jedinec může působit, jako by měl absolutní kontrolu nad svým životem, překračuje pravidla a hranice, často na úkor svého zdraví a blaha. Manický jedinec se zdá jako osoba plná sebedůvěry, jako by překonala své vnitřní slabosti. I přes vnější veselost je však možné vnímat pod povrchem pocity, které nejsou tak optimistické. Jeho humor a vtipy mohou být provokativní a podrážděné, zaměřující se na slabé stránky druhých, což může sloužit jako obrana proti vlastním vnímáním nedostatkům. Často může následovat propad do deprese, která byla maskována, což může být velmi intenzivní a hluboký. (Probstová, Peč, 2014, s. 67)

Depresivní porucha

Deprese je nejen nejčastější diagnostikovanou duševní poruchou, ale také jednou z nejčastěji zneužívaných diagnostických kategorií. Často lidé bez hlubšího porozumění skutečné hloubce deprese lehkověrně říkají: "Mám depku." Ti, kteří však zažili intenzivní formu deprese, popisují bolest, která přesahuje fyzickou bolest. Deprese není jen o smutku. Lidé ji často vnímají jako silnou tenzi, bolestivý stisk, který je paralyzuje, nebo jako takovou únavu, že nemohou několik dní vstát z postele nebo dodržovat základní hygienické návyky. Existuje také tzv. "larvovaná deprese", kdy tělesné symptomy maskují skrytou depresivní symptomatiku, což může ztížit diagnózu. Depresivní symptomy mohou být přítomny u mnoha dalších duševních poruch, doprovázet tělesná onemocnění, organické změny v mozku a objevovat se i v reaktivních stavech. (Probstová, Peč, 2014, s. 76)

Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha je charakteristická střídáním epizod zvýšené nálady, energie a aktivity, následovaných obdobími snížené nálady a úbytku energie. Tato porucha se především projevuje epizodami mánie nebo hypománie, mezi kterými se vyskytují depresivní epizody. Jedním z nejvýraznějších znaků je výrazná variabilita a nestabilita nálady. Výskyt bipolární afektivní poruchy je často spojen s nadužíváním alkoholu a drog. Zhruba třetina pacientů s touto poruchou trpí osobnostními změnami, psychosociálním postižením nebo se dopouští zneužívání psychoaktivních látek. V léčbě bipolární poruchy se uplatňují stabilizátory nálady, antidepressiva (s rizikem přechodu do manické fáze), antipsychotika a psychoterapie. V rámci profylaxe se pacientům často předepisují stabilizátory nálady. Pro efektivní léčbu je klíčové včasné rozpoznání tzv. prodromálních příznaků, což umožňuje identifikovat začátek nové epizody a rychle zasáhnout. (Kučerová, 2013, s. 226)

2 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Důvodem pro reformu psychiatrické péče v ČR je skutečnost, že od počátku 90. let 20. století neproběhly v tomto oboru žádné zásadní systémové změny. Tento zdravotnický sektor se navíc potýká s dlouhodobou nedostatečnou finanční podporou. Současný systém péče je převážně založen na materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích, které reflektují koncept péče, jež byl moderní v první polovině 20. století. (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, online, s. 5)

Cílem Reformy péče o duševní zdraví je zajištění svobodného a plnohodnotného života pro osoby s duševním onemocněním, a to i přes jejich postižení. Pro dosažení tohoto cíle je nezbytné provést hluboké strukturální změny v systému péče. Důležitá je také efektivní snaha o snížení stigmatizace a diskriminace těchto lidí. K úspěchu Reformy je klíčové aktivní zapojení lidí s duševním onemocněním do procesu rozhodování na všech relevantních úrovních. Probíhající reformní proces se snaží na tyto výzvy reagovat a je na dobré cestě k jejich naplnění. (Průvodce reformou psychiatrické péče, 2019, online)

Reformovaný systém péče

Cílem Strategii reformy psychiatrické péče (SRPP) je vytvoření vyváženého systému péče. Tento systém by měl reflektovat potřeby pacientů a těch, kteří o ně pečují. (Průvodce reformou psychiatrické péče, 2019, online)

V tuto chvíli ještě provázanost péče není dostatečná, a to jak spolupráce mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními, tak kooperace s praktickými lékaři, psychology apod. (Návrh novelizace Koncepce oboru psychiatrie z pohledu ambulantní psychiatrie, 2008, online).

Ve většině regionů (mimo některá velká města) chybí dostatečná nabídka psychoterapie a sociálně-psychiatrických služeb. Nejsou dostatečně rozvinuty specializované ambulance. Není dostupná krizová psychiatrická pomoc v terénu. (Návrh novelizace Koncepce oboru psychiatrie z pohledu ambulantní psychiatrie, 2008, online)

Psychiatrické nemocnice

Cílem transformace psychiatrických nemocnic (PN) není pouze dehospitalizace, což znamená propouštění pacientů z PN bez zajištění návazných služeb. Naopak, hlavním cílem je, aby nemocnice byly součástí komplexního systému péče, kde lůžková péče není náhradou za jiné chybějící služby, ale měla by být součástí systému. (Průvodce reformou psychiatrické péče, 2019, online)

Ambulantní péče

Psychiatrická ambulance je základním pilířem psychiatrické péče, poskytujícím služby většině klientů v oblasti psychiatrie. Tyto ambulance jsou navrženy tak, aby měly nízký vstupní práh, což zvyšuje jejich dostupnost pro pacienty. Kromě toho v rámci těchto zařízení fungují i samostatné ambulance klinického psychologa. Ve struktuře psychiatrického systému slouží jako primární vstupní bod, který zajišťuje koordinaci a integraci péče v rámci psychiatrického systému. (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, online, s. 39)

Komunitní péče

MUDr. Ondřej Pěč (2012, online, s. 62) definuje komunitní psychiatrickou péči jako „...široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce naplněny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby... Komunitní péče je postavena na úzkém propojení zdravotní a sociální oblasti. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat.“

Centra duševního zdraví (CDZ)

Centra duševního zdraví představují nový nízkoprahový pilíř v poskytování zdravotně-sociálních služeb v ČR. Tento pilíř rozšiřuje systém péče a přibližuje ho více duševně nemocným. Centra nabízejí individualizovanou péči zejména pro osoby s vážnými duševními onemocněními a koordinují dostupné služby tak, aby co nejlépe vyhovovaly potřebám klientů v jejich přirozeném prostředí. (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, online)

Služby poskytované v rámci CDZ jsou primárně zaměřeny na přirozené prostředí klienta, ale mohou být realizovány také přímo v zařízení CDZ. Péče je založena na práci multidisciplinárního týmu, který zahrnuje různé odborníky. Terénní tým se zabývá různými intervencemi, včetně vyšetření, koordinace péče (case management), krizových intervencí, zprostředkování hospitalizace, asertivní práce v terénu (včetně specializovaných týmů zaměřených na osoby bez přístřeší), práce s rodinou, psychiatrické rehabilitace a podpory v oblasti vzdělávání a zaměstnávání. (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, online)

V letech 2021–2022 proběhly audity kvality CDZ v 15 centrech duševního zdraví (CDZ). Výstupy shrnuje Souhrnná zpráva z pilotních auditů CDZ. Výstupy odrážejí fázi vývoje CDZ,

kdy organizace dokázaly integrovat služby do jednoho týmu, pracovníci jsou orientovaní na zotavení a jsou schopni síťovat a poskytovat zvýšenou míru podpory, je-li to třeba. Ukázalo se, že 7 CDZ má větší spádovou oblast, než je maximální doporučená (120.000), a pouze 2 CDZ se blíží optimální spádové oblasti (90.000). (Souhrnná zpráva z pilotních auditů CDZ, 2022, online, s. 6-7)

V současné době bylo vybudováno 29 CDZ po celé České republice.

Pobytové sociální služby v systému péče

Chráněné bydlení (CHB) § 51

Chráněné bydlení je speciální forma pobytové služby určená pro osoby s narušenou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění či duševního onemocnění. Tito klienti potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení může nabízet skupinové či individuální bydlení dle potřeb jednotlivce. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, online)

Domovy se zvláštním režimem (DZR) § 50

V zařízeních se zvláštním režimem se poskytuje ubytování a další služby osobám s narušenou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách či stařeckého a Alzheimerova typu demence. Tito jedinci vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim poskytovaných sociálních služeb je v těchto zařízeních přizpůsoben specifickým potřebám a situacím těchto klientů. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, online)

3 ZOTAVENÍ

„Zotavení je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojující, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“ (Anthony, 1993, s. 527)

Zotavení může být definováno jako osobní proces adaptace a vyrovnání se s negativními důsledky duševních zdravotních problémů, a to i přes jejich trvalou nebo dlouhodobou existenci. Používání tohoto termínu v tomto kontextu neznamena "vyléčení". Místo toho se odkazuje na jedince, kteří vidí sami sebe jako aktivní účastníky svého zotavení spíše než jako pasivní příjemce profesionální pomoci. Příběhy osobního zotavení často ukazují, že mnozí jedinci dosáhli tohoto stavu nezávisle na odborné pomoci (a v některých případech dokonce navzdory ní). Centrálními prvky zotavení jsou osobní růst a transformace, včetně přijetí vlastních problémů, aktivního pocitu začlenění do společnosti, kontrola nad vlastním životem, kultivace naděje a využití podpory ze strany ostatních. To zahrnuje jak neformální interakce s pečujícími přáteli, tak i spolupráci s profesionály zaměřenou na konkrétní řešení. (Baker, 2021, s. 165)

Hlavním přínosem v péči o osoby s duševním onemocněním je zaměření na jejich silné stránky, přizpůsobení léčby jejich individuálním potřebám a konečně naděje, že mohou žít spokojeně i přes omezení způsobená nemocí (Foitová et al., 2014, s. 9).

Zotavení osobní ukazuje, že člověk může žít plnohodnotný život podle svých představ, i když nedojde k úplnému zmírnění symptomů a sociální remise (Hejzlar, Halíř, & Fiala, 2010, s. 147).

Attenbury (2014, s. 182) považuje osobní zotavení za alternativu k tradičním modelům péče o duševně nemocné. Důraz klade na etické a morální základy zotavení, které jsou spojeny se základními právy a hodnotami, jako je spravedlnost a respekt, jež by měly být poskytovány všem jedincům v demokratické společnosti.

Americká psycholožka Patricie E. Degan, která má vlastní zkušenosti s duševním onemocněním popisuje zotavení jako *„proces, způsob života, postoj a také přístup, s jakým řešíme každodenní náročné situace...Je potřeba přijmout to, co nás postihlo, a znovu si vybudovat nový a ceněný smysl pro integritu a smysl v rámci i vně omezení daných tímto postižením; jde o to žít, pracovat a milovat mezi lidmi, pro které jsme zásadním přínosem“* (Degan in Ridgway, McDiarmid, Davidson, Bayes, & Ratzlaff, 2014, s. 5).

Zotavení potom „*spočívá v postupné výměně identity pacienta za identitu občana...Zotavování obsahuje aktivní přijetí nemoci a omezení, je to forma akceptace, která dává impulzy k růstu jiného pocitu sama sebe*“ (Pěč & Probstová, 2009, s. 20).

Davidson et al. (2017, s. 34-35) staví na představě, že jedinec s duševním onemocněním je zodpovědný za své zotavení. Vidí ho jako odborníka na definování svých vlastních potřeb, preferencí a přání, stejně jako konkrétních problémů spojených s jeho onemocněním.

Zotavení se nedostaví samo, je potřeba o něj usilovat, „*pojmem zotavování v tomto smyslu zahrnuje vše, co dotyčný sám koná, aby svou nemoc zvládal a aby obnovil svůj život i za přítomnosti přetrvávající disability*“ (Davidson et al., 2017, s. 35).

3.1 Faktory bránící zotavení

Můžeme identifikovat několik faktorů, které mohou ztěžovat proces zotavení u klientů, jejich rodinných příslušníků nebo dokonce u profesionálních pracovníků. Tyto faktory často působí negativně a mohou zpomalit či ztížit proces zotavení (Cvičebnice Active Recovery Triad, 2019):

- Absence základních životních jistot a stabilita.
- Nedostatečná a neúčinná profesionální podpora.
- Zneužívání prostředků.
- Prožitky traumatických událostí.
- Neuctivé chování a postoj druhých k osobě.
- Nedůvěra a pocit beznaděje u důležitých osob v životě klienta.
- Omezené možnosti získání hodnotných sociálních rolí.
- Nedostatek informací o strategiích pro zvládnání psychických obtíží.
- Stigmatizace.
- Stud a předsudky.

Také u profesionálních pracovníků, rodinných příslušníků a přátel můžeme pozorovat postoje a reflexe, které mohou zvýšit riziko nepodpůrného přístupu k procesu zotavení. Často se jedná o dobře míněné reakce, které však nejsou vždy prospěšné pro zotavení klienta. (Cvičebnice Active Recovery Triad, 2019)

3.2 Fáze osobního zotavení

3.2.1 Naděje

Práce s nadějí je klíčová pro budování důvěry a motivace k lepší budoucnosti. Ragins zdůrazňuje, že práce s nadějí má silný motivační efekt, jelikož umožňuje jedinci představit si konkrétní a jasnou budoucnost. Tato teorie je podložena výsledky z různých lékařských studií. Ty ukazují, že když pacienti pocítovali naději na zlepšení, jejich zdravotní stav se významně zlepšil. Naopak, pokud lékaři neposkytovali naději, pacienti často ztráceli motivaci a jejich stav se zhoršoval. Klíčové je nejen nabídnout naději, ale také ji považovat za dosažitelnou. Je důležité nepřekážet jedinci, důvěřovat mu a věřit v jeho schopnosti. (Ragins, 2018, s. 20-30)

„Setkal jsem se s mnoha „postiženými“ lidmi, kteří nezkoušeli ani nic nového, ani práci, poněvadž jim jejich doktor řekl, že to nezvládnou. A mnohokrát jsem viděl, jak lidé dokázali věci, jež jsem já se svými zkušenostmi a vzděláním považoval za nemožné.“ (Ragins, 2018, s. 25)

3.2.2 Zplnomocnění

Zplnomocnění znamená, že každý člověk má své možnosti i překážky. Tyto překážky však nemusí řídit náš život. V situacích postižení a nemoci se často soustředíme na omezení a na to, co "nelze" nebo co se zdá být nemožné. Toto zkreslení může být částečně důsledkem školení pomáhajících profesionálů, kteří jsou často zaměřeni na řešení problémů a hledají takové, které lze řešit. Ačkoliv tito profesionálové chápou, že člověk není jen svými problémy a omezeními, často přehlížejí možnosti a příležitosti. (Wilken & Den Hollander, 2016, s. 44)

Z osobní zkušenosti Annette Plooyové (2008) z psychiatrické nemocnice vyplývá, jak rychle byla kategorizována jako "chronický pacient", a tím pádem vnímána jako případ bez vyhlídek. V mnoha psychiatrických institucích se rozlišuje mezi "perspektivními" a "neperspektivními" pacienty, přičemž druhá skupina je často opomíjena. Proč? Protože postižení jsou často vnímáni jako nezměnitelná skutečnost, a tak jim je věnována jen minimální pozornost. Annette tvrdí, že to může vést k sebenaplňujícímu proctví: své vize si naplníte sami. (Wilken & Den Hollander, 2016, s. 44)

Při provázení jedinců se nezaměřuje na jejich problémy a postižení. Neignoruje je, ale spíše je systematicky sleduje, aby se vyhnulo zkreslení perspektivy. Vychází z předpokladu, že rehabilitace a obnova důstojnosti jsou vzájemně propojené. To znamená, že člověk vnímá jako jedince s řadou možností a omezení, nikoli jako osoby s problémy či poškozeným mozkem. Skutečná obnova důstojnosti zahrnuje nejen změny na straně jednotlivce, ale také úpravy v jeho

sociálním prostředí. Na těchto principech pracuje tak, že jedinec považuje za své blízké a spoluobčany, kteří mají právo se plnohodnotně zapojit do společnosti, a to ne tím, že se snaží o "co nejvyšší účast", jak je někdy prezentováno v materiálech pro poskytovatele zdravotní péče. (Wilken & Den Hollander, 2016, s.44-45)

3.2.3 Zodpovědnost

Třetí etapou metody zotavení je převzetí zodpovědnosti za sebe samého. Člověk má již dostatek síly, aby mohl pokračovat s čím dál menší podporou sociálního pracovníka (nebo jiných členů týmu) a sám se vydává žít vlastní život. Nicméně musí se naučit přijímat odpovědnost za své jednání, poučit se z chyb a pracovat s hněvem a zklamáním. Klíčové je podpořit jedince, aniž bychom ho nutili. (Ragins, 2018, s. 45) toto dilema mezi pomocí a kontrolou popisuje následovně: „...jako odborníci na duševní zdraví musíme v první řadě usilovat o to, abychom podporovali zotavení a přijetí sebezodpovědnosti. Nelze pouze o lidi pečovat, mírnit jejich utrpení a chránit je. Musíme si dávat pozor na to, kdy ve jménu pomoci a péče o druhé ničíme jejich naději, bereme jim sílu nebo snižujeme jejich odpovědnost za sebe sama.“ Autor dále zdůrazňuje, že tato fáze je často nejnáročnější jak pro nemocné, tak i pro jejich pečující. I při opakovaných neúspěších člověka nesmí být naděje ani právo na převzetí odpovědnosti za vlastní život odňaty. Je klíčové jedince podporovat v jejich snaze o samostatnost a umožnit jim dělat chyby, z nichž se mohou poučit, a tím převzít kontrolu nad svým životem. (Ragins, 2018, s. 21, 42-46)

„Tak, jak se lidé s duševním onemocněním postupně zotavují, uvědomují si, že musí za svůj život převzít odpovědnost. To znamená, že musí začít riskovat, zkoušet nové věci a učit se ze svých chyb a selhání. Znamená to také, že se musí odpoutat od pocitů viny, hněvu a zklamání, které se nějak pojí s jejich onemocněním.“ (4 fáze zotavení, 2021, online)

3.2.4 Životní role

V závěrečné fázi terapeutického procesu je klíčové pomoci klientům najít novou smysluplnou roli mimo rámec jejich nemoci. Ragins tuto transformaci popisuje jako "nalezení vlastního místa ve světě" nebo "začátek žití vlastního života". Před vypuknutím nemoci byli tito jedinci obyčejnými lidmi, kteří vedli běžný život. Nemoc však tuto rovnováhu narušila, což může vést k obtížím v pokračování v dřívějších aktivitách, jako jsou studium, sport, práce nebo rodinné role. V této kritické fázi je důležité se zaměřit právě na tyto role a podpořit jedince v návratu k nim. (Ragins, 2018, s. 21-53)

Autor sám uvádí, že „*nemoc lidí často obírá o jejich životní role, jejich místa ve světě. Lidé s duševním onemocněním často odcházejí ze škol, mají problémy v práci. Jejich rodinné a přátelské vztahy se přerušují a život prudce zamíří jinam, než si představovali. Systém péče o duševní zdraví jim obvykle nabízí pouze jednu roli — úlohu chronicky duševně nemocného.*“ (Ragins, 2018, s. 53)

3.3 Metodika CARE

V zaváděném multidisciplinárním přístupu v rámci reformy psychiatrické péče se ukazuje jako vhodná komplexní metoda, která je již v řadě českých lůžkových zařízení i komunitních službách využívána, metoda psychosociální rehabilitace CARE. (Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2020, online)

Komplexní přístup k zotavení (CARE) je metoda vyvinutá v 90. letech nizozemskými specialisty, Jean-Pierre Wilkenem a Dirkem den Hollanderem. Tato metoda vychází z konceptu Recovery a klade důraz na zapojení jedinců s duševními onemocněními do komunity, podporu v přebírání odpovědnosti a využití síly přítomnosti. Jedním z klíčových prvků CARE je identifikace a posílení silných stránek jednotlivce a práce s jeho motivací. Zároveň je zde kladen důraz na vytváření hlubokého vztahu mezi klientem a terapeutem. (Wilken & Den Hollander, 2016, s.13)

Hlavním cílem metody CARE je zlepšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Toho se dosahuje tím, že podporuje jednotlivce v realizaci jejich přání a cílů, rozpoznává specifické symptomy jejich nemocí a vytváří pro ně podpůrné prostředí, které jim pomáhá v dosažení jejich osobních cílů. (Platforma CARE, 2021, online)

Metoda CARE je v České republice využívána především pro svou jednoduchost a srozumitelnost, jak pro pracovníky, tak pro klienty. V letech 2015-2016 se konala školení po celé zemi, která měla za cíl aplikovat metodu CARE do všech psychiatrických nemocnic, včetně psychiatrické nemocnice Bohnice. Tato nemocnice spolupracuje s CARE Europe a Centerm pro rozvoj péče o duševní zdraví. (Platforma CARE, 2021, online)

CARE je zaměřen na zlepšení kvality života jedinců s duševními potížemi, a to zejména v sociálním rámci. Pro profesionály v oblasti péče představuje tento přístup efektivní nástroj pro podporu klientů v jejich úsilí dosáhnout kvality života, kterou si přejí a která jim vyhovuje. V situacích, kdy jedinec prochází závažnou traumatickou událostí, jako je například psychóza, zotavení se soustředí na samotnou nemoc a na obnovení "normálního života". Cílem je

poskytnout klientovi život, který považuje za smysluplný jak pro sebe, tak pro ostatní kolem sebe. (Wilken & Den Hollander, 2016, s.13)

Pojem "integrace" nebo "účast" je zásadní, protože klienti touží být součástí společnosti a chtějí být vnímáni jako rovnocenní členové mezi ostatními. Nikdo nechce být jen pacientem nebo klientem; tyto role často vznikají z nepřírozené potřeby vyhledat odbornou pomoc. Každý si přeje být respektován jako jedinec s rovnými právy a možnostmi. Ti, kdo stráví delší dobu v zdravotnické péči, často potřebují najít svou cestu zpět do společnosti a touží po návratu do normálního života. Klienti si přejí znovu se stát aktivními občany. (Wilken & Den Hollander, 2016, s.13-14)

Model CARE byl vytvořen s ohledem na lidi, kteří potřebují krátkodobou nebo dlouhodobou odbornou podporu. Jejich potřeby v oblasti doprovázení a péče mohou být komplexní, zvláště pokud se kombinují různé faktory jako duševní onemocnění, mentální postižení, nezaměstnanost, závislost, finanční problémy, složitá rodinná situace nebo sociální vyloučení. Model CARE je postaven na principech péče založené na vztazích, orientaci na silné stránky jednotlivce a na podpoře zotavení (Wilken & Den Hollander, 2016, s. 13-17).

4 PLÁN ZOTAVENÍ VE 4 OBLASTECH

Metodický materiál organizace Domov Na cestě, kterou popisují na začátku praktické části této práce plán zotavení ve 4 oblastech je používán jako mapovací nástroj pro podporu procesu zotavení. Organizace se inspirovala ze stáží s holandskými kolegy v rámci realizovaných projektů. Pracovník s klientem prochází jednotlivé oblasti a mapují, na co by se chtěl zaměřit, o co usiluje, co by si přál v dané oblasti života dosáhnout.

Tabulka 1 Plán zotavení ve 4 oblastech

Zdraví	Osobní identita	Každodenní život	Společenské role
--------	-----------------	------------------	------------------

4.1 Zotavení tělesného zdraví

Zdraví je schopnost přizpůsobit se a mít život ve vlastní režii ve světle fyzických, emočních a sociálních výzev. Být zdravý znamená dokázat se přizpůsobit výkyvům, být dostatečně pružný a dokázat udržet rovnováhu, případně ji znovu nalézt, a to jak ve smyslu tělesném, tak duševním a společenském. (Huber, 2014, online)

Zdravotní zotavení se týká jak psychických, tak fyzických aspektů. Klienti mají nárok na kvalitní psychiatrickou péči stejně jako na solidní somatickou péči. Vztah mezi fyzickým zdravím, duševním blaho a sociálním uspokojením je klíčovým prvkem léčby. Kromě doporučení k životnímu stylu a omezení předepisování nebo užívá příliš mnoho léků současně je důrazně doporučováno věnovat se i tělesnému zdraví klienta. Proto je spolupráce s obecným lékařem a zubařem nezbytná. (Cvičebnice Active Recovery Triad, 2019)

4.2 Zotavení identity

Problémy v oblasti duševního zdraví představují jednu stránku procesu, ale rozhodně ne jedinou, kterou je třeba zohlednit. Je zásadní znovu objevit svou identitu a stanovit si vlastní cíle. Osobní zotavení znamená znovunabytí samostatnosti a sebeurčení. Mnozí klienti se postupem času stále více vzdalují od svého životního příběhu. Tato vzdálenost, kterou cítí jak klienti sami, tak jejich ošetřující, představuje významnou bariéru v procesu léčby. (Cvičebnice Active Recovery Triad, 2019)

Je klíčové věnovat se životnímu příběhu klienta. Příspěvek rodiny a přátel může tento příběh obohatit. Tyto příběhy jsou nezbytné pro zařazení klientových každodenních zkušeností do širšího kontextu života. Tento proces nejen podporuje klienta při (znovu)objevování vlastní identity, ale je také základem pro zotavení založené na péči. Tímto způsobem se zaměřujeme

na celou osobnost klienta, nikoli pouze na jeho nemoc. (Cvičebnice Active Recovery Triad, 2019)

4.3 Zotavení každodenního života

Výzkumy ukazují, že míra závislosti na péči je úzce spojena s každodenním fungováním. Hlavní příčinou této závislosti nejsou klientovy negativní příznaky, ale kognitivní problémy spojené s onemocněním. Často identifikujeme vážné problémy v každodenním životě a stagnaci v procesu zotavení tohoto života. Během let se následky postižení staly tak dominantními, že běžný život klienta byl zcela opomenut. Běžné každodenní aktivity buď zanikly, nebo byly převzaty někým jiným. (Cvičebnice Active Recovery Triad, 2019)

Je důležité motivovat klienty k postupné samostatnosti s ohledem na jejich kognitivní schopnosti, a to ať jde o aktivity jako úklid domácnosti, nákupy, setkání s přáteli či rozvoj koníčků. (Cvičebnice Active Recovery Triad, 2019)

4.4 Zotavení společenských rolí

Hledání a zachování zaměstnání, dosažení vzdělání a schopnost aktivní účasti ve společenském životě – to jsou základní pilíře procesu zotavení. (Cvičebnice Active Recovery Triad, 2019)

„Práce – takto uvažujeme – znamená, že se člověk podílí na životě společnosti a že se dostane do kontaktu s jinými občany. Navíc výzkumy stále znovu prokazují, že většina lidí se závažnými psychickými onemocněními pracovat chce.“ (Cvičebnice Active Recovery Triad, 2019)

Ti, kdo mají zaměstnání, často usilují o jeho zachování, i přes vysokou náročnost. Mnozí považují návrat do práce za klíčový ukazatel svého osobního a sociálního zotavení. (Cvičebnice Active Recovery Triad, 2019)

5 ZÁVĚR

Teoretická část této bakalářské práce nejprve přibližuje vybrané diagnózy podle MKN-10, což je schizofrenie a afektivní poruchy. Dále se věnuje reformě psychiatrické péče, která představuje klíčovou změnu v péči o lidi s duševním onemocněním. Tato část práce také představuje prvky zamýšleného systému péče a jejich roli v něm.

Celkově lze konstatovat, že duševní onemocnění a reforma psychiatrické péče jsou těsně propojeny s konceptem zotavení. V současném prostředí je klíčové poskytovat individuální a komplexní podporu lidem s duševním onemocněním, aby mohli dosáhnout co nejlepší kvality života a úspěšně se zotavit.

Jedním z klíčových aspektů teoretické části je metodika CARE, která je moderním přístupem v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Tato metodika klade důraz na individuální přístup, podporu zotavení a posilování autonomie klientů.

Poslední část teoretického výzkumu se podrobněji zabývá konceptem zotavení, jeho fázemi a faktory, které mohou bránit zotavení.

PRŮZKUMNÁ ČÁST

6 METODIKA VÝZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI

6.1 Hlavní průzkumný cíl

Jak lidé s duševním onemocněním využívající služby vybraného pobytového zařízení reflektují proces zotavení.

6.2 Průzkumné metody

Pro naplnění cíle mé bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu. Kvalitativní výzkum je definován jako postup, kde na začátku výzkumu je stanoveno téma a výzkumné otázky, které se mohou v průběhu výzkumu upravit a doplňovat, stejně jako během sběru dat a analýzy výzkumného vzorku. Cílem kvalitativního výzkumu je hledat odpovědi na zvolené výzkumné otázky a provést výsledné a empirické závěry na základě získaných dat. Sběr dat v tomto přístupu je časově náročnější než v kvantitativním výzkumu. Spolupráce s jednotlivými informanty je dlouhodobější a umožňuje získání bohatšího obsahu dat. V rámci tohoto typu výzkumu je důležité poskytnout podrobný popis místa zkoumání a zahrnout rozsáhlé citace z rozhovorů a poznámek získaných v terénu. (Hendl, 2016, s.45)

Průzkumná část byla provedena prostřednictvím kvalitativního výzkumu s polostrukturovanými rozhovory s osobami s duševním onemocněním. Do výzkumu byli zapojeni informanti s diagnózami schizofrenie a afektivní poruchy.

6.3 Výzkumné prostředí a popis Domova Na cestě

Průzkum byl proveden se šesti informanty. V rámci zachování anonymity informantů nebudou v průzkumu uvedena jejich jména. Konkrétní data do charakteristiky pocházejí z rozhovorů provedených pro tuto konkrétní práci. Výzkum byl uskutečněn v Domovu Na cestě, který se zabývá konceptem Zotavení a metodikou CARE.

Domov Na cestě ve Skutči

Poskytuje pobytové sociální služby, které si zakládají na principu zotavení a aktivně sledují nejnovější trendy v poskytování péče lidem s duševním onemocněním. (Chráněné bydlení a Domov se zvláštním režimem.) Pracují v metodice CARE. (Domov Na cestě, 2019, online)

Jejich přístup je orientován na zotavení. Zotavení zde znamená, že lidé opět získávají kontrolu nad svým životem a nejsou vnímáni pouze jako klienti nebo pacienti. Cílem je, aby si lidé

uvědomili svou hodnotu a nalézali svou identitu jako osoby, která má své jedinečné vlastnosti a talenty. Je důležité, aby si byli vědomi svých slabých stránek a uměli s nimi pracovat, přičemž si uvědomují, že život může přinést jak úspěchy, tak neúspěchy. Pro úspěšné zvládnání různých situací v životě je třeba rozvíjet sebedůvěru, sebevědomí, sebepoznání, sebpřijetí, sebeovládání, a také sebereflexi a touhu po osobním rozvoji. Tyto faktory podporují proces zotavení. Podporují uvědomění klienta o tom, že on sám je tvůrcem svého života a procesu zotavení. Pomáhají mu formovat představu o budoucnosti a podporují ho v hledání toho, co dodává jeho životu hodnotu a smysl. Klienty vystavují novým situacím, které jim pomáhají růst a rozvíjet se. (Domov Na cestě, 2019, online)

Chráněné bydlení

Popisu této služby budu věnovat více času, protože v ní probíhal můj výzkum, a ráda bych tedy službu více představila. Chráněné bydlení Domova Na cestě je celoroční pobytová služba, která je poskytována 13 klientům s vážným duševním onemocněním.

Bydlení je situované tak, že pro sedm klientů jsou pronajaté tři byty v bytovkách a jeden dům se zahradou je pro šest klientů a je majetkem domova. Vše se nachází v běžné zástavbě města Skutče. Každý klient má k dispozici svůj vlastní pokoj a využívá společné prostory bytu a domu.

Personální obsazení služby – vedoucí služby a zároveň sociální pracovnice, jeden terénní sociální pracovník, tři pracovnice v sociálních službách a peer konzultant, což je člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Služba je poskytována denně od 7 do 15.30h. Pracovníci chodí za klienty na domluvené schůzky v rámci jejich bytů, nebo se schází s klienty v kancelářích CHB.

Vzhledem k tomu, že je služba zaměřená na zotavení a deklaruje se jako prostupná, tak pracovníci úzce spolupracují s Centry duševního zdraví v rámci Pardubického kraje a dalšími návaznými službami jako jsou například domy s pečovatelskou službou nebo soukromí pronajímatelé bytů a podobně.

Cílem služby je umožnit klientovi naučit se během 3 let žít samostatně a opustit zařízení CHB. Během této doby se klienti budou učit zvládat běžné životní situace s využitím svých silných stránek a přistupovat k neúspěchům s nadějí a perspektivou. Budou aktivně hledat smysluplné role v různých oblastech života a rozvíjet dovednosti, které jim umožní být aktivními a

pozitivními členy komunity. Důležitou součástí je také naučit se řídit svou nemoc tak, aby si klienti udrželi kontrolu nad svým životem. (Domov Na cestě, 2019, online)

6.4 Výběr informantů

Informanti, kteří se průzkumu zúčastnili, byli vybráni metodou prostého záměrného výběru. Tato metoda spočívá v tom, že, „*vybíráme mezi potencionálními účastníky výzkumu“ (tj. účastníky splňující určité kritérium, nebo soubor kritérií) toho který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ním také souhlasí“* (Miovský, 2006, str. 136).

Museli splňovat dvě základní kritéria, první kritérium bylo mít diagnostikovanou duševní poruchu z oblasti schizofrenních a afektivních poruch a druhé být diagnostikován alespoň čtyři roky. Oslovení informanti jsou klienty chráněného bydlení Domova Na cestě, jehož cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním z okruhu schizofrenních a afektivních poruch.

Informant 1 – muž, 45 let, diagnóza: paranoidní schizofrenie, středoškolské vzdělání, nemocí trpí od 25let, pobíratel invalidního důchodu 3. stupně, zaměstnán na 0,2 úvazku na farmě, délka pobytu v sociální službě 11 měsíců

Informant 2 – muž, 44 let, diagnóza: paranoidní schizofrenie, vyučen, nemocí trpí od 18let, pobíratel invalidního důchodu 3. stupně, zaměstnán na 0,25 úvazku jako uklízeč v Domově Na cestě, délka pobytu v sociální službě 32 měsíců

Informant 3 – muž, 39 let, diagnóza: schizofrenie, vyučen, nemocí trpí od svých 23 let, pobíratel invalidního důchodu 3. stupně, délka pobytu v sociální službě 16 měsíců

Informant 4 – muž, 47 let, diagnóza: paranoidní schizofrenie, nedokončené středoškolské vzdělání, nemocí trpí od svých 16 let, pobíratel invalidního důchodu 3. stupně, délka pobytu v sociální službě 30 měsíců

Informant 5 – muž, 33 let, diagnóza: hebefrenní schizofrenie, nedokončené středoškolské vzdělání, nemocí trpí od 15 let, pobíratel invalidního důchodu 2. stupně, délka pobytu v sociální službě 10 měsíců

Informant 6 – muž, 45 let, diagnóza: schizofrenie, vyučen, nemocí trpí od 30 let, pobíratel invalidního důchodu 3. stupně, délka pobytu v sociální službě 12 měsíců

6.5 Příprava průzkumu

Pro stanovení oblastí průzkumu byla provedena rešerše bibliografických zdrojů, které byly využity jak pro průzkumnou část práce, tak pro část teoretickou. Zásadním literárním zdrojem

byla kniha *Podpora zotavení a začlenění* autorů Dirk den Hollander a Jean Pierre Wilken (2016) a Plán zotavení ve 4 oblastech jako interní metodický materiál organizace.

. Na základě této klíčové literatury, kterou považuji za zásadní pro celé téma, byl určen hlavní průzkumný cíl. Pro dosažení hlubšího pochopení tématu a získání konkrétních odpovědí od informantů byla zvolena kvalitativní metoda průzkumu. Stanovený hlavní průzkumný cíl byl při rozhovorech zpracován do polostrukturovaného formátu, aby bylo možné získat osobní názory jednotlivých informantů na dané téma.

Před uskutečněním rozhovoru byl každý z oslovených informantů osobně kontaktován autorkou bakalářské práce. Během tohoto setkání se seznámili s autorkou, cílem práce a informacemi o průběhu rozhovoru. Všichni oslovení informanti vyjádřili souhlas s účastí v rozhovoru. Poskytnutá data od informantů byla anonymizována a využita výhradně pro potřeby této bakalářské práce.

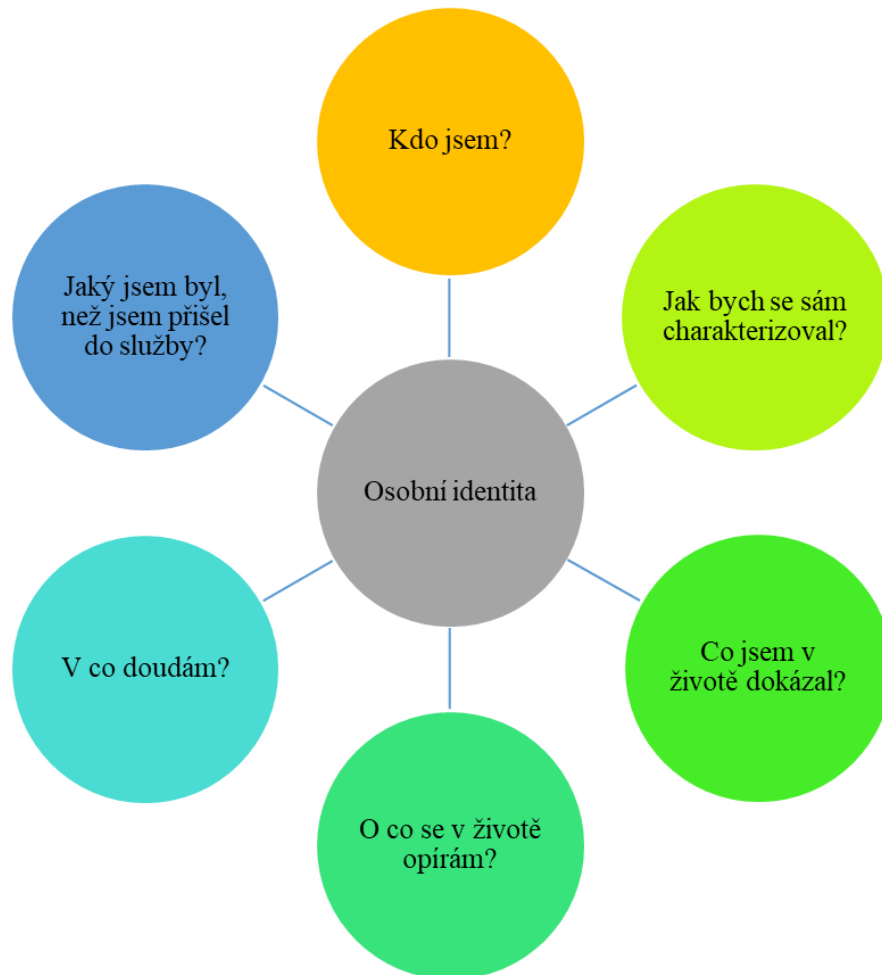
6.6 Sběr dat

Na základě předchozí domluvy s jednotlivými informanty byl sjednán termín a čas osobního rozhovoru. Všechny rozhovory se uskutečnily v prostorách Chráněného bydlení Domov Na cestě. Před rozhovorem byl informantům sdělen cíl práce a přibližný průběh rozhovoru. Následně každý podepsal informovaný souhlas s rozhovorem a byl zahájen polostrukturovaný rozhovor. Všechny rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon, vybavený funkcí diktafon. Informanti byli požádáni o vyjádření se ke všem oblastem průzkumu, otázky byly kladeny vždy ve stejném pořadí. Informanti byli schopni se vyjádřit, zformulovat svůj názor, ale odpovídali velmi stručně, někdy pouze heslovitě. Po rozhovoru, kdy byly zodpovězeny všechny oblasti, byla nahrávka rozhovoru uložena do mobilního telefonu a posléze anonymizována a přepsána do písemné podoby. Data byla zpracována pomocí otevřeného kódování. Během analýzy rozhovorů byly použity kategorie: **Osobní identita, Každodenní život, Zdraví (psychické a fyzické zdraví), Společenské role a zapojení do komunity**, což jsou oblasti zotavení. Tyto konkrétní kategorie byly zvoleny pro obsáhlejší analýzu dat, jejichž následné zpracování se zaměřovalo na postihu souvislostí mezi jednotlivými sděleními informantů jak v rámci kategorií, tak mezi nimi.

6.7 Zpracování dat

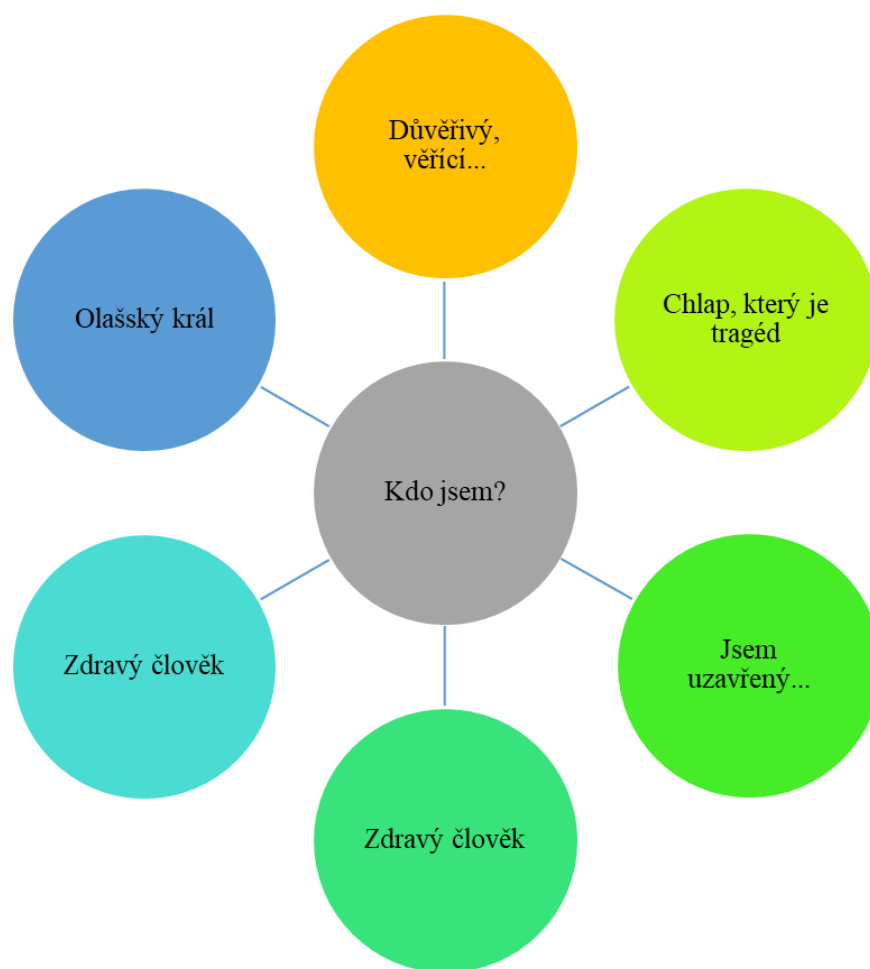
Z každé oblasti jsem náhodně vybrala dvě otázky a zároveň i odpovědi na ně, které poté pro představu znázorňuji pomocí myšlenkových map.

Oblast 1. osobní identita



Obrázek 1 Osobní identita

Tato oblast vyjadřuje vlastní zotavení informantů v oblasti osobní identity, jak se charakterizují, čím jsou, co v životě dokázali, o co se v životě opírají, v co doufají, co chtějí a jak se viděli před vstupem do sociální služby, respektive jaký byl jejich život předtím. Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 1.



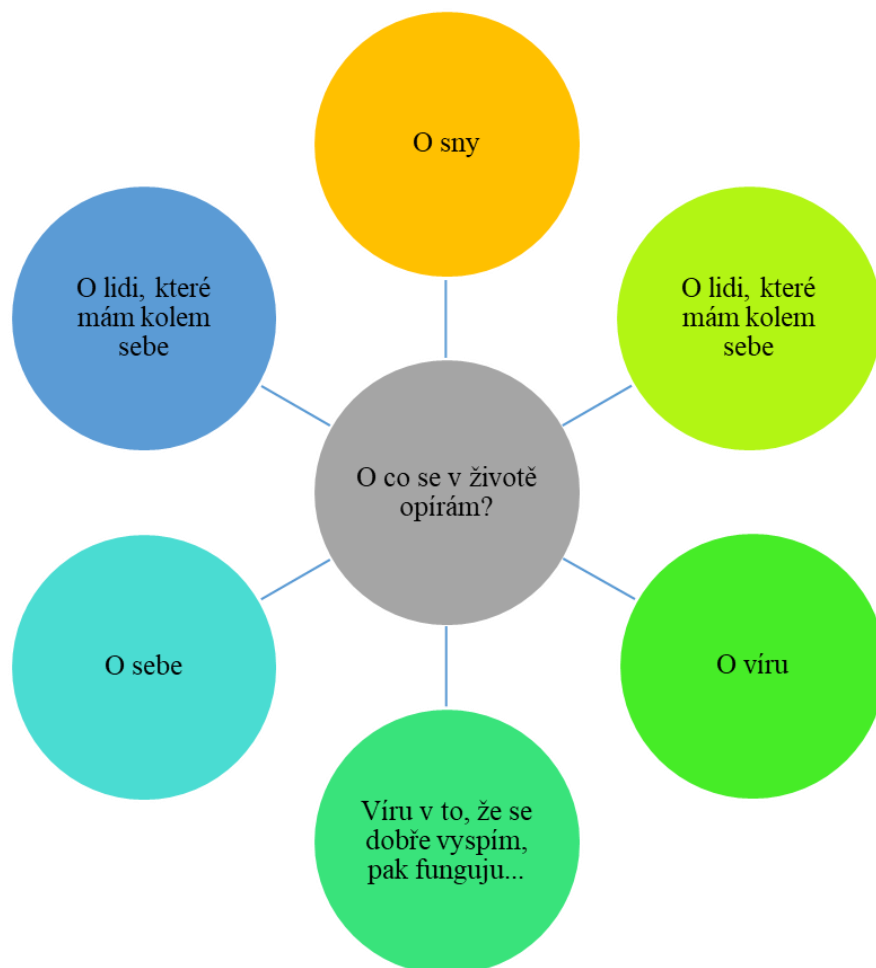
Obrázek 2 Kdo jsem?

V této oblasti jsem položila informantům tyto otázky: **„Kdo jsem?** Někteří informanti v této položené otázce popisují spíš své **vlastnosti** než tím, kdo jsou. Dva informanti se shodli, že jsou lidé citliví a označují se jako zdraví lidé. Informant 1: *„Jsem člověk důvěřivý, věřící, který má rád jízdu autem a dobré jídlo.“* Informant 2 o sobě říká: *„Chlap, který je tragéd, ale citově založený.“* Informant 3 se vidí jako: *„Olašský král.“* Informant 4 uvedl: *„Jsem uzavřený, citlivý člověk.“* Informanti 5 a 6 se popisují jako zdraví lidé. Z pohledu zotavení je důležité, že ani jeden informant o sobě nemluví tak, že by se označil za pacienta, ale dokáží popsat zdravou část sebe sama. Je zde také patrné, že určitý vliv na osobní identitu má i víra, která je pro informanty velmi důležitá. Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 2.

Další otázka byla: **„Jak bych sám sebe charakterizoval?** Při zodpovídání této otázky, se informanti docela pousmívali, jeden se ptal, jestli když o sobě uvede fakt, že je *„Vychcáný jako beruška“* bude vadit, chvíli přemýšlel a nakonec řekl, že odpověď uvede tak, jak jí řekl. Informant 2 se popisuje jako: *„Normální kluk, každý má nějaký svoje mouchy. I když lezu po*

čtyřech, pomůžu člověku.“ Informant 3 říká: „Jsem nejlepší člověk ve vesmíru.“ Informant 4 konstatuje: „Mám už skoro všechno za sebou, vše v životě jsem si užil.“ Informanti 5 a 6 se charakterizují jako je odpovědní, cílevědomí, upřímní, přímočaří a milí lidé. Skoro všichni informanti se shodli, že pro ně není jednoduché o sobě takto mluvit a přemýšlet, protože když byli pacienti nemocnice, nikdo se o tyto věci nezajímal, řešilo se hlavně to, jak účinkují léky.

Na otázku: „**Co jsem v životě dokázal?**“ informanti uváděli, že jsou hrdí na to, že mají dokončené středoškolské vzdělání, dokáží ustát práci, kterou dostanou, řeší své dluhy, které se díky jejich hospitalizacím v psychiatrických nemocnicích „vyšplhaly“ do statisícových částek. Další důležitý počin ve svém životě vidí v nelehké abstinenci od návykových látek a hraní automatů. Informant 3: „Započal jsem nový věk.“ Informant 4 uvádí: „Nakreslit kytaru a nechat si jí vyrobit a taky složit vlastní hudbu.“ Pro informanta 5 je důležité že: „Dokážu bydlet sám – bez pomoci rodičů. Začíná mě to bavit, je to výzva.“



Obrázek 3 O co se v životě opírám?

Další kladená otázka byla: „**O co se v životě opírám?** Informant 1 uvedl, že se opírá: „*O sny.*“ Pro Informanty 2 a 6 jsou důležitou oporou lidé, které mají kolem sebe, ať už jsou to pracovníci dané služby, rodina či přátelé. Informanti 2,3,4,5 a 6 se opírají nejen ve víru v sama sebe, ale i o víru v Boha. Informant 4 také uvádí: „*Víru v to, že funguji, když se dobře vyspím, pak funguju a prožiju den a noc a tím nebudu v nemocnici.*“ Tím, že se většina informantů opírá sama o sebe potvrzuje fakt, že se opírají o své silné stránky, které vidí třeba i ve víře v Boha. Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 3.

V co doufám? to byla další položená otázka, která může zkoumat to, zda mají informanti nějakou naději či vizi do budoucna. Informant 1 řekl: „*Doufám, že se dožiju vysokého věku.*“ Informant 2 doufá: „*Že život má smysl a že je nekonečný.*“ Informant 3 uvádí: „*V nejlepší podmínky pro rodinu.*“ Informanti 4, 5 a 6 doufají, že si v budoucnu najdou vlastní byt, nebo budou bydlet u rodiny. Informant 6 doufá v: „*Úspěšnou léčbu zbavení se dluhů.*“

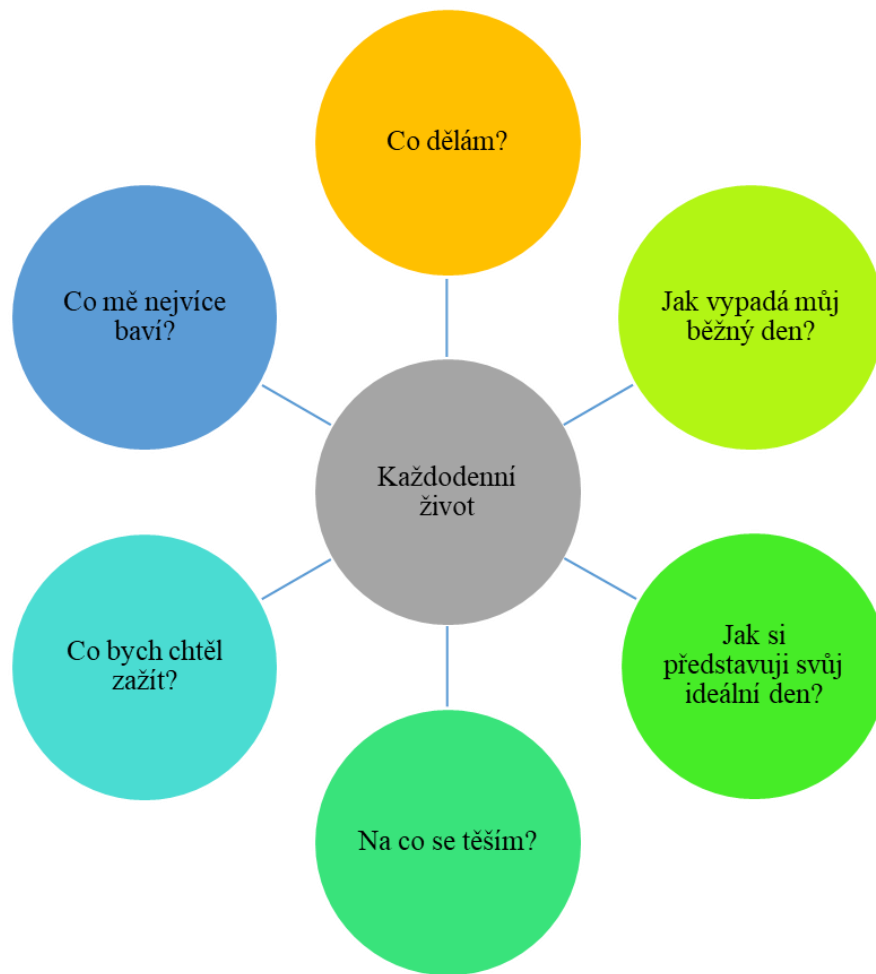
Poslední otázkou v oblasti osobní identity je: „**Jaký jsem byl, než jsem přišel do služby (jaký jsem měl život)?** Informant 1 uvedl: „*Byl jsem pacientem nemocnice, ve které jsem strávil několik let.*“ Informant 2 popsal svůj předchozí život takto: „*Žil jsem v dlužích a nejistotě. Lhal jsem i lidem, kteří pro mě dělali maximum.*“ Informant 3 řekl: „*Měl jsem těžký život, po ubytovnách s cizími lidmi. Měl jsem strach.*“ Informant 4 žil v nejistotě, měl obavu, zda ho s jeho minulostí vezmou do sociální služby. Informant 5 popisuje život „*vesmírného váguse*“ nic nedělal, o nic se nestaral a nezajímal, protože o něj bylo doma postaráno a měl „*mama hotel*“ jak sám uvedl. Život informanta 6: „*Byl jsem rozpolcený, nedůvěřivý, stranil jsem se lidí. Dříve jsem užíval drogy, alkohol a neměl jsem jisté bydlení.*“

Shrnutí oblasti č. 1 osobní identita

Z odpovědí informantů vyplývá, že se vidí jako zdraví lidé, kteří mají své sny, víru a **přání** a neoznačují se za pacienty. Díky charakteristice sebe sama dokázali označit nejen své **silné stránky**, ale reflektovali i slabé stránky. Tím, že se dokáží opřít sami o sebe, o lidi kolem sebe a svou víru, mají perspektivu a **naději**, že zvládnou život s nemocí. Ve svém životě vidí smysl, doufají, že se dožijí vysokého věku a časem založí i rodinu. Ve chvíli, kdy popisovali svůj život před vstupem do pobytové sociální služby bylo zřejmé, že jejich život byl plný nejistoty, hazardu, dluhů a užívání drog. Někdo měl tu možnost užíval si „*mama hotelu*“ a poukazuje na to, že neměl prakticky žádnou odpovědnost. Zaznělo i slovo jako je rozpolcenost a nedůvěra, což může ukazovat na symptomy nemoci, nebo na to, že neměli důvěru v lidi, kteří byli kolem nich, se kterými by mohli mluvit o tom, co se v jejich životě odehrává.

Z jejich současného života je také patrné, že se jejich život v pobytové sociální službě zaměřené na zotavení změnil například, tím, že převzali **odpovědnost** za svůj život a dluhy. Dostávají podporu v době, kdy se snaží abstinovat od návykových látek. Mají **důvěru** v pracovníky služby, což je klíčová hodnota pro jejich **motivaci** k lepší budoucnosti, jak uvádí Ragins (2018). Z jejich života se vytratila určitá nejistota a strach, které dříve měli, díky nejisté budoucnosti.

Oblast č. 2. Každodenní život



Obrázek 4 Každodenní život

Každodenní život a jeho náplň je velmi důležitou součástí lidských životů, protože se mohou realizovat ve věcech, které je baví, ve kterých jsou dobří a dělají jim radost. Lidem s duševním onemocněním se v průběhu nemoci stávalo to, že činnosti, které dříve zastávali, přebíral někdo jiný, ať to byli členové rodin, pracovníci nemocnic, nebo sociálních služeb a lidé se stali spíše konzumenty služeb než aktivními účastníky ve svém životě. Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 4.

První otázka zněla: „*Co dělám (co potřebuji dělat, aby mě život bavil)?* Informant 1,2 a 6 uvedli, že potřebují chodit do práce a pomáhat jiným lidem. Pro informanta 3 je důležitý „*Vliv od zeměkoule,*“ informant 4 potřebuje: „*Nemít fyzickou bolest, jezdit na kole, být venku v přírodě*“ a informant 5 říká, že: „*počítač je pro mě důležitý, chodit ven na procházky, čtení na internetu.*“

Ve druhé otázce jsem se zaměřila na běžný den, konkrétní znění bylo „*popište váš běžný den*“ jehož plánování a smysluplné trávení je v životě člověka velmi důležité. Den informanta 1 vypadá tak, že „*Ráno vstanu, nasnídám se, pozdravím se s přítelkyní, zakouřím si, naobědvám se, jdu do práce, po návratu se navečeřím, podívám se na film a jdu spát.*“ Informant 2 uvedl, že: „*Nakupuji, jdu do práce, kouřím, starám se o sebe.*“ Informant 3 řekl, že: „*90 % času se flákám a 10 % času se chovám slušně, uklidím byt a zajdu do krámu.*“ Informant 4 přes den poslouchá hlavně hudbu, sleduje filmy, hodně přemýšlí a těší se na to, jestli mu dopadne žádost na byt. Podobně tráví svůj den i informant 5, který je většinou na počítači, hodně přemýšlí o budoucnosti a také o penězích. Informant 6 uvedl: „*ráno vstanu v 7 h uvařím si kávu, zakouřím si, kouknu se na TV, pak se jdu projít do krámu.*“

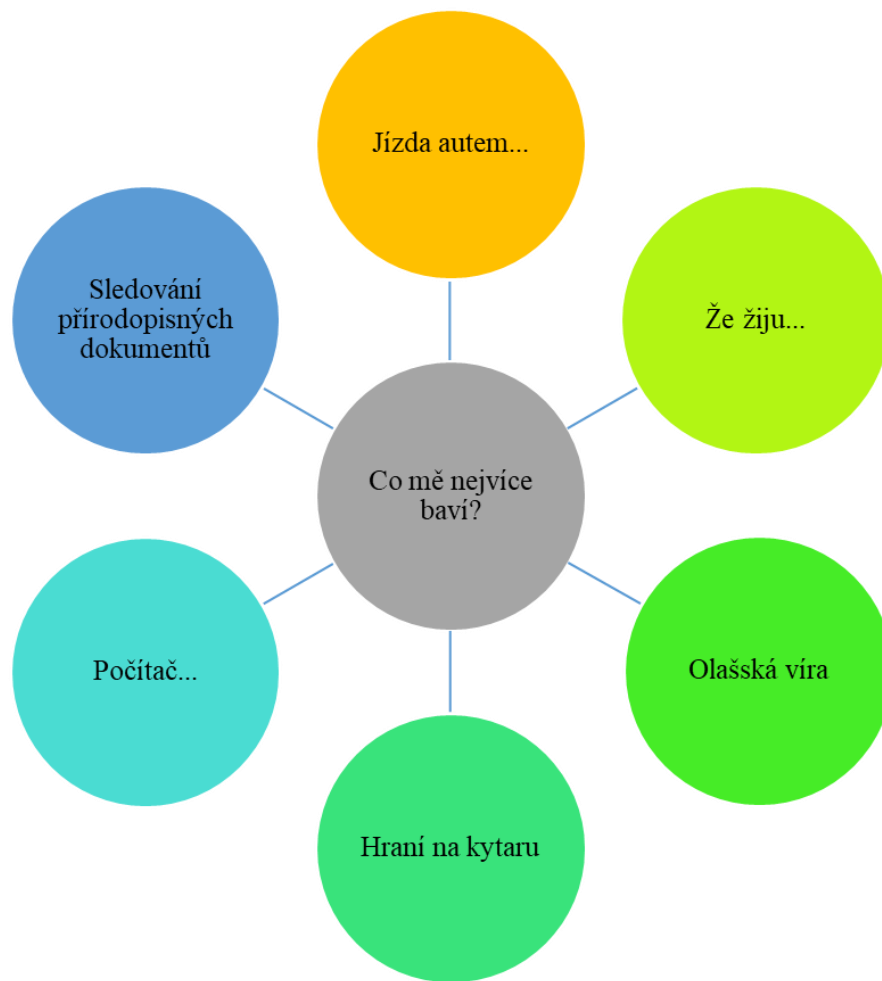
„*Jak si představuji svůj ideální den*“, to byla třetí položená otázka z oblasti každodenního života. Cílem otázky je zjistit, zda mají informanti své představy o tomto dni. Informant 1 si představuje svůj ideální den tak, že zažije dlouhý spánek a úspěch v práci. Informant 2 by ten den nejraději strávil „*S nějakou slečnou.*“ Informant 3 si ideální den „*Nedovede představit*“, pro informanta 4 ten den nastane přestěhováním do svého bytu. Pro informanta 5 by tento den znamenal to, že by „*vyšla nová hra*“ a informant 6 popisuje den tak, že: „*jedu na chatu k mé bývalé ženě a vidím se s dcerou*“.



Obrázek 5 Na co se těším?

Další čtvrtá otázka byla „*Na co se těším?*“ Informant 1 uvedl, že se těší na „*přítelkyni*“, informant 2 „*na smrt, na nový začátek – novou etapu mého života*“, informant 3 „*na znovuzrození Olašské víry,*“ informant 4 „*na peníze.*“ „*Až jednoho dne odsud odejdu a půjdu do vlastního bydlení*“ to byla slova informanta pět. A informant šest se v podstatě těší na celý svůj den, který může na tomto světě zažít. Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 5.

Předposlední otázka z oblasti každodenního života byla „*Co bych chtěl zažít?*“ Informant 1, 2 a 5 by chtěli cestovat jak k moři, tak v rámci České republiky, nebo navštívit Japonsko. Informant 3, by chtěl zažít „*hezký sex*“, informant 4 by chtěl zažít „*den v nahrávacím studiu, kde by se nahrávala moje hudba.*“ Informant 6 by si přál zažít „*častější návštěvy své dcery*“, a aby se mohl vrátit bydlet ke své matce.



Obrázek 6 Co mě nejvíce baví?

Poslední otázka zněla: „*Co mě nejvíce baví?* V této otázce informanti odpověděli nejen na to, co je baví, dělat tady a teď, ale i na to co je baví a momentálně nedělají. V odpovědích se odráží na jejich zájmy, koníčky, sny, ale i spiritualitu ve formě viry. Informanta 1 nejvíce baví: „*jízda na koni, nebo autem*“, informant 2 uvedl: „*že žiju, dýchám, že se nějak pohybuju*“, informanta 3 baví: „*Olašská víra*“ a informanta 4 „*hraní na kytaru.*“ Informant 5 uvedl: „*počítač, kvůli internetovým možnostem a hudba.*“ A informant šest řekl: „*sledování přírodopisných dokumentů v TV a chodit ven*“. Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 6.

Shrnutí oblasti č. 2. každodenní život

Oblast každodenního života nám pomocí položených otázek ukázala, že oslovení informanti nejsou i přes pobyt v sociální pobytové službě závislí na pracovnících dané služby. Dokáží si zorganizovat svůj volný čas, tak aby jim dával **smysl**, tráví ho s partnery tím se ukazuje, že zastávají důležité **životní role** například partnera. Dalším znakem zotavení v této oblasti je, že

informanti chodí do práce, kde zastávají role zaměstnanců, přebírají **odpovědnost** za odvedenou práci. Práce a pomoc jiným lidem, je pro ně významnou součástí jejich života. Z odpovědí také vyplývá, že zažívají stejný den, jako běžná populace, nakupují, vaří, odpočívají, hrají hry na počítači nebo nedělají nic, když se jim momentálně nechce to je dobrá známka toho, že nejsou pohlceni nemocí, a jejich **zotavení** je na dobré cestě. Představa ideálního dne pro některé znamená trávit den s partnerkou, nebo hezkou slečnou, dobře se vyspat, jet na chatu za dcerou a jeden z informantů si tento den vůbec nedovede přestavit.

Informanti také uváděli to, že se těší na budoucí život v novém prostředí, což ukazuje to, že jejich život je plný **naděje** a očekávání. Mají také své představy, co by chtěli zažít uvádí, jak by chtěli trávit více času s rodinou. Což je ukazuje na to, že mají navázané kontakty s rodinou. Polovina informantů by si přála cestovat, jiní by si chtěli splnit přání v podobě možnosti strávit den v nahrávacím studiu, nebo strávit den s rodinou.

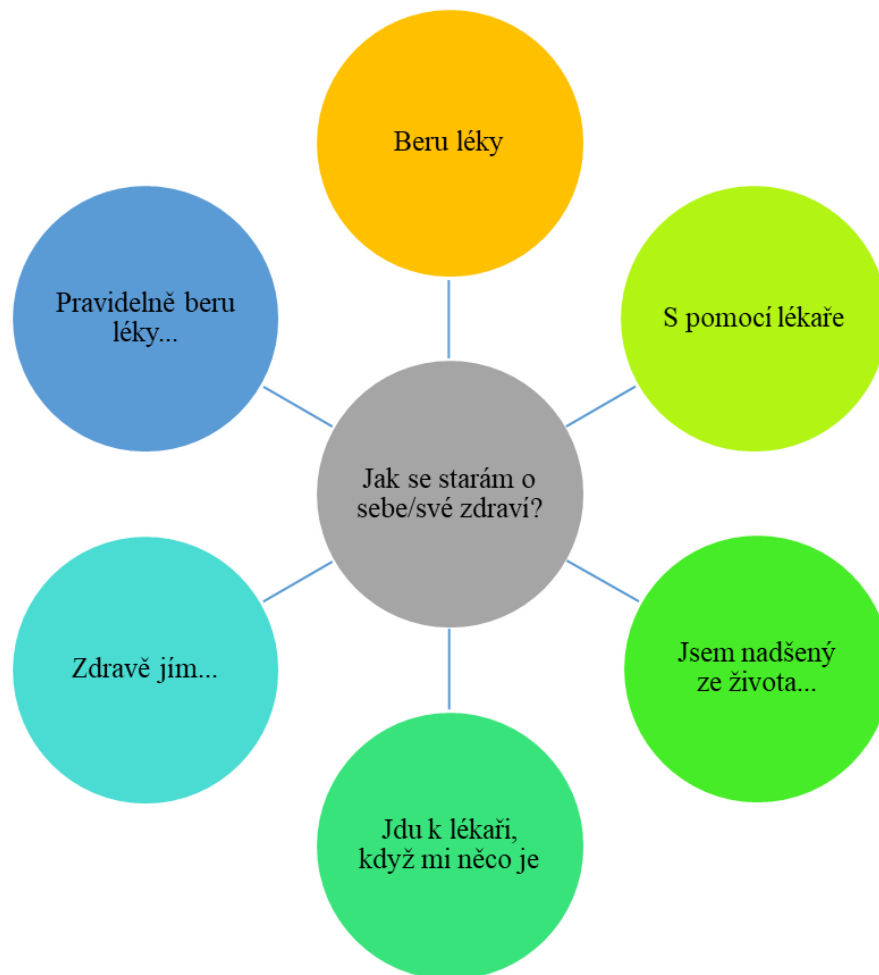
Oblast č. 3 Zdraví (psychické a fyzické zdraví)



Obrázek 7 Zdraví (psychické a fyzické zdraví)

V oblasti zdraví jsem vybrala otázky týkající se toho, jak a zda se lidé o své zdraví starají, jak vnímají svou nemoc, zda je jejich nemoc v něčem limituje, co i přes svou nemoc dokáží vnímat a v neposlední řadě, jak by jejich život vypadal, kdyby nebyli nemocní. Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 7.

První položená otázka zněla: „*Jak si udržuji psychické a fyzické zdraví?*“ Prakticky všichni informanti mají povědomí o tom, jak se mají o své zdraví starat a reflektují i to, jak si své zdraví udržují. Informant 1 odpověděl, že je pro něj důležitá: „*Dobrá strava, pohyb – sekání a chůze*“, informant 2 uvedl: „*Čerstvý vzduch, muzika, relaxace, spánek, jídlo, klid, ticho, vypsát se v básních, léky a lékař*“. Informanti 3 a 4 své zdraví udržují tak, že navštěvují lékaře a berou pravidelně léky. Informant 5 podporuje své zdraví: „*Dobrou náladou, dělat si srandu, brát život s humorem a informant 6 potřebuje „být v rovnováze s věcmi, které přicházejí.“*



Obrázek 8 Jak se starám o sebe/své zdraví?

Druhá otázka se zabývá tím: „*Jak se starám o sebe/ o své zdraví?*“ Při své praxi jsem zjistila, že častým jevem u lidí s duševním onemocněním je to, že se lidé o své zdraví nestarají, nebo když

se cítí dobře, tak přestanou užívat medikaci. Informant 1, 2, 4, a 6 shodně mluví o tom, že se o své zdraví starají tak, že berou pravidelně léky, chodí k lékaři a dodržují léčbu. Informant 3 uvedl: „*Jsem nadšený ze života, a to mi pomáhá*“ a informant 5 řekl: „*Zdravě jím, chodím brzy spát, dodržuji pitný režim, chodím na depot.*“ Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 8.

Ve třetí otázce jsem se zaměřila na to, jak informanti vnímají svou nemoc a stejně tak zněla i otázka: „**Jak vnímám svou nemoc?**“ Z těchto odpovědí vyplývá, že i přes překážky, které dovede duševní nemoc klást, jí informanti nevidí jako onemocnění, které by jim zničilo život natolik, že by se s ní nedokázali žít. Informant 1 ví, že se „*musí šetřit*“, informant 2 uvedl, že: „*Ted' to mám perfektně nastavené*“, informant 3 to popsal tak: „*Jsem zdánlivě zdrav.*“ Informant 4: „*Vím, že mi léky pomáhají, když je beru mohu říci, že jsem zdraví, dostanu se do reality a vymizí projevy nemoci*“. Informant 5 vidí nemoc tak: „*Neberu ji jako překážku, snažím se s ní žít, léčba mi pomáhá.*“ A informant 6 řekl: „*Rozumím příznakům své nemoci.*“

„**Co vnímám, že i přes nemoc dokážu vnímat?**“ Užívání psychiatrických léků často ovlivňuje vnímání lidí, kognitivní funkce a jejich emoce, z uvedených odpovědí plyne, že informanti dokáží vnímat běžné věci a vjemy (které zde beru jako spojení mezi lidským vědomím a objektivním materiálním světem). Informant 1 uvedl: „*Vnímám hudbu, kterou miluji*“, informant 2: „*Dokážu vnímat strasti jiných lidí a přebírám je na sebe*“. Informant 3 a 4 vnímají lidi kolem sebe a vše co ostatní. Informant 5: „*Svůj životní stav, nemoc je něco jako malá překážka a nechci na ní upozorňovat*“ a informant 6 řekl: „*Vnímat své pocity a důsledky své nemoci.*“



Obrázek 9 V čem vnímám, že mě nemoc brzdí/omezuje?

„*V čem vnímám, že mě nemoc omezuje*“, to byla třetí položená otázka v oblasti zdraví. Omezení, která informanti vnímají jsou často v negativních účincích psychiatrických léků, vztazích, nebo v reálném pohledu na věc, kdy některé symptomy nemoci jako jsou například bludy omezují jejich život. Informant 1 odpověděl: „*Mývám sucho v ústech, je to vedlejší účinek léků*“. Informant 2 vnímá to, že ho nemoc omezuje v určitých oblastech života, ale i přesto uvedl: „*snažím se vyrovnat zdravým lidem, ale úplně to nejde*.“ Informanta 3 nemoc omezuje „*Ve vztazích*“, informanta 4 v „*Myšlenkách, fyzicky se cítím zdrav*“, informanta 5 v ničem, to že něco neumí, bere jako že nemá zkušenost a informant 6 řekl: „*v čistém pohledu na věc*“. Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 9.

Většině lidí, kterým přijde do života nemoc si říkají, co by dělali, kdyby nebyli nemocní, proto jsem položila otázku „*Co bych dělal, kdybych nebyl nemocný?*“. Informanti popisovali, že by vykonávali své profese, které díky nemoci dělat nemohou, protože když je člověk řidičem kamionu, tak zpravidla vždy po určení této diagnózy přijde o řidičské oprávnění. Jeden z informantů si myslí, že by dokončil studium. Fakt, je že každý by žil jiný život a nebyl by

klientem pobytové sociální služby. Informant 1 se zaměřil na svou profesní oblast a odpověděl: „*Asi bych řídil náklad'ák*“, informant dvě řekl: „*Žil bych asi jiný život, ale pády by přicházeli a tak, asi není o co stát*“ a informant 2 „*Byl bych klidnější.*“ Informant 4 popisuje život tak: „*Chodil bych do práce, vydělal bych si víc peněz a chodil mezi lidi ven.*“ Informant 5 si myslí, že: „*Možná bych měl vystudováno, ale jinak nevím, co by bylo*“ a informant 6 uvedl: „*Jezdil bych kamionem jako dřív.*“

Shrnutí oblasti č.3 Zdraví (psychické a fyzické zdraví)

Oblast zdraví ukázala, že informanti **znají svou nemoc, ví, co jim pomáhá** a není to jen užívání medikace, ale jsou to i další podpůrná opatření, jako je dobrá strava, spánek, klid, poslech hudby a další. Mají také zajištěnou lékařskou péči a lékaře navštěvují, to poukazuje na jejich **zodpovědnost za sebe a svou léčbu**. Tyto uvedené skutečnosti popisují to, jak si udržují své zdraví a jak se o sebe starají. Svou nemoc nevnímají jako konec života bez plánů, ale mají **naději**, že jejich **život s nemocí může být i pestrý**. Je pro ně důležité, že **rozumí příznakům své nemoci**, což je také jedním ze **znaků zotavení** a určitým přijetím života s nemocí. Informanti se i přes veškerá omezení, které jim dávají například nežádoucí účinky psychiatrických léků snaží zapojit do běžného každodenního života, jako ostatní lidé, dokáží vnímat spojení mezi lidským vědomím a objektivním materiálním světem. Zároveň ale reflektují i to, že přes veškerou snahu se některým nedaří vyrovnat zdravým lidem, ale nějak významně je to neposouvá o krok vzad. Někoho nemoc omezuje ve vztazích, v myšlenkách a u někoho v pohledu na věc. To, kde je nemoc omezuje nejvíce ukázala otázka: „Co bych dělal kdybych nebyl nemocný?, protože z ní vyplynulo, že by informanti mohli vykonávat své profese, které díky nemoci dělat nemohou, protože když je člověk řidičem kamionu, tak zpravidla vždy po určení této diagnózy přijde o řidičské oprávnění. Jeden z informantů si myslí, že by dokončil studium. Fakt, je že každý by žil jiný život a nebyl by klientem pobytové sociální služby. I v oblasti zdraví je patrné jejich **zplnomocnění**, protože když jim **nemoc** dává nějaké překážky, tak zároveň vždy **neřídí jejich život**.

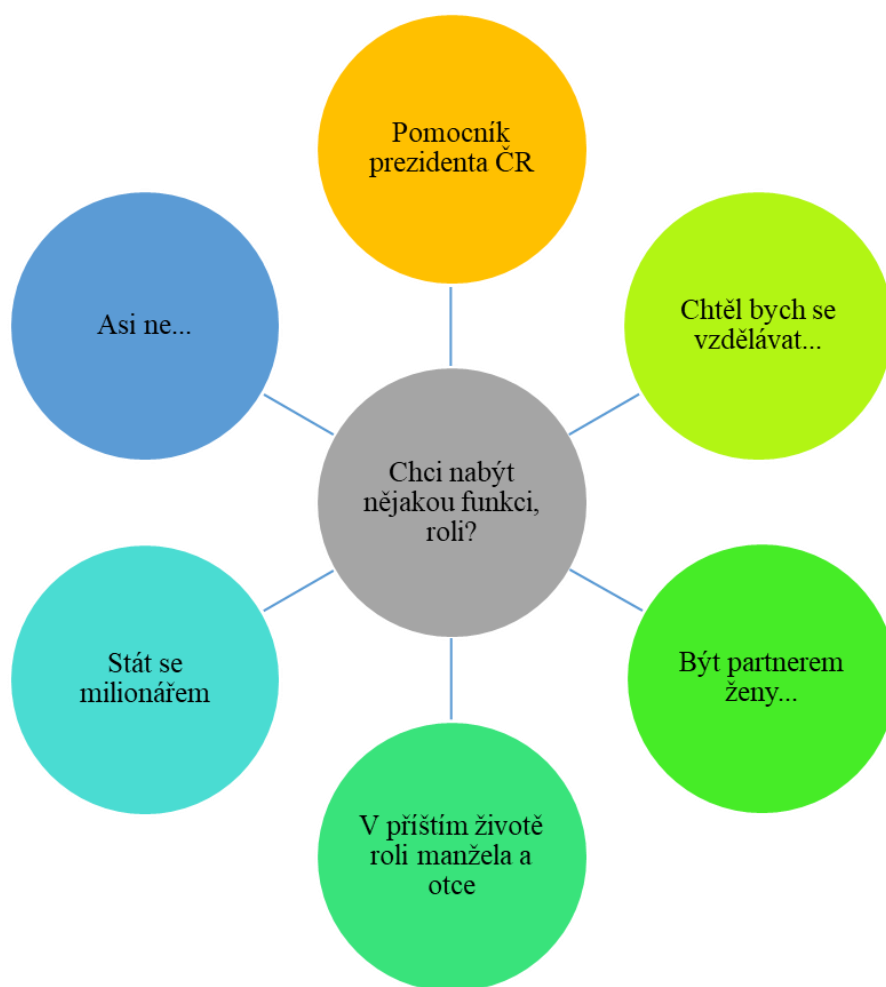
Oblast č. 4 Společenské role a zapojení do komunity



Obrázek 10 Společenské role a zapojení do komunity

Oblast společenských rolí a zapojení do komunity vyjadřuje vlastní zotavení informantů v tom, jak se zapojují do pracovního procesu, získávají vzdělání a jak jsou schopni podílet se na společenském životě. Jak tráví svůj volný čas, zda nejsou uzavřeni jen doma a netrpí samotou. Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 10.

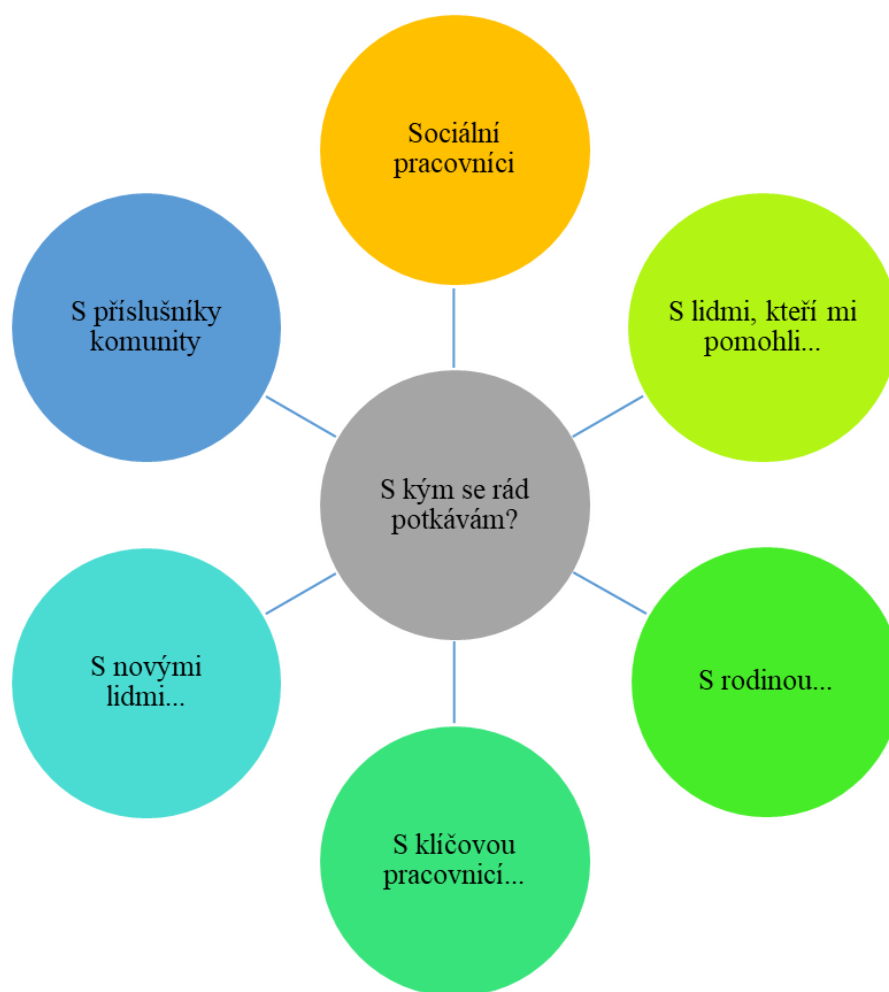
V první otázce jsem se zaměřila na to: „*Co dělám mimo domov?*“ Informant 1 odpověděl: „*pracuji, hraji karty či šachy*“, informant 2 uvedl: „*třikrát týdně chodím do práce, chodím na procházky, na výstavy, do muzea a nakupovat*“. Informanti 3 a 4 mluvili o tom, že chodí nakupovat, nebo si sednou na kávu na benzinu, nebo jdou na zimní stadion. Informant 5 řekl že: „*Snažím se najít přátele, už jsem jich pár potkal*“ a informant 6 uvedl: „*jezdím za dcerou na chatu, navštěvuji mamku.*“ Z těchto odpovědí vyplynulo, že všichni informanti, jsou zapojeni do komunity, protože využívají běžné služby, navštěvují různé instituce, hledají si kamarády, nebo chodí do práce.



Obrázek 11 Chci nabyt nějakou funkci, roli?

Ve druhé otázce jsem se zajímala o životní role informantů, proto otázka zněla: „*Chci nabyt nějakou funkci, roli?*“ Z odpovědí vyplývá, že každý z informantů má v této oblasti nějaké přání, jakou roli by chtěl zastávat, nebo už má jasno v tom, že momentální role, kterou zažívá mu stačí. Informant 1 odpověděl, že by chtěl být: „*Pomocník prezidenta ČR*“, informant 2 řekl: „*Chtěl bych se vzdělávat – spíš nějaký kurz, třeba na sanitáře.*“ Informanti 3 a 4 by chtěli zastávat roli manžela a otce. Informant 5 by chtěl být: „*Milionářem*“ a informant 6 uvedl: „*Asi ne, jsem otec dcery, a to mi stačí.*“ Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 11.

Ve třetí otázce jsem se zaměřila na to: „*Jak moc chci ještě pracovat?*“ Informanti 1, 2 a 6 mluvili o tom, že v současné době pracují, nebo se v práci zaučují. Do práce mají chuť a budou pracovat, dokud jim to zdraví dovolí. Informant 3 uvedl: „*Ne, pracovat nemohu*“, informant 4 řekl: „*Ne s touto nemocí ne (bez léků ano)*“ a informant 5 to vidí tak, že: „*Fyzicky vůbec, práce mě netáhne, ale na počítači těžím kryptoměnu, a to mi vydělává.*“



Obrázek 12 S kým se rád setkávám?

Čtvrtá otázka v oblasti společenských rolí se týká toho: „*S kým se rád setkávám?*“ Informant 1, 3 a 4 vyjmenovali několik pracovníků služby Domova Na cestě, jsou to lidé, které rádi vidí a povídají si s nimi, k těmto lidem uvedli i rodinu, matku a bratra. Informant 2 mluví o lidech, kteří: „*Mi pomohli, nikam mě nezatáhli a zůstali při mně, kterým důvěřuji*“. Informant 5 řekl: „*Rád se setkávám s novými lidmi*“ a informant 6 uvedl: „*S rodinou, příslušníky komunity a pracovníky.*“ Kódy jsou zobrazeny na obrázku č. 12.

„*Chci se naučit něco nového?*“, to byla předposlední otázka v této oblasti. V této otázce se nejvíce ukázalo to, že informanti mají zájem o další vzdělávání, nejen v oblasti studia jazyků, práce, finanční gramotnosti ale i v oblasti zdraví. Informant 1 řekl: „*Chci se zdokonalovat v angličtině*“, informant 2 odpověděl: „*Chtěl bych omezit kouření, stát se sanitářem kvůli práci se staršími lidmi.*“ Informant 3 uvedl: „*Každý den se díky osvojení něco nového učím*“,

informanti 4 a 6 nenapadlo nic, co by se chtěli učit. A informant 5 by se chtěl naučit: „*Plynně anglicky, chtěl bych rozumět mluvené řeči. Líp se o sebe finančně postarat.*“

Poslední položená otázka byla: „*Co jsem dříve dělal?*“ Odpovědi na tuto otázku ukázali podobnost odpovědí v otázce z oblastí zdraví, kde jsem se ptala: „Co bych dělal, kdybych nebyl nemocný? Informanti se tu opět vrací ke svým profesím (které nyní nemohou vykonávat), práci, trávení času s rodinou a koníčkům. Informant 1 řekl: „*Pracoval jsem u koní*“, informant 2 vzpomínal: „*S jedním kamarádem jsme trávili čas v lesích, to mě uklidňovalo, ale byly to krásné časy, les mám rád.*“ Informant 3 uvedl: „*Chodil jsem do práce, bavil se s kamarády a bydlel s rodinou*“. Informant 4 odpověděl: „*Maloval jsem obrazy*“, informant 5 řekl: „*Fakt hodně jsem chodil.*“ Poslední informant 6 popisoval, jak: „*Jezdil po Evropě s kamionem.*“

Shrnutí oblasti č. 4 Společenské role a zapojení do komunity

V této oblasti jsem položila také šest cílených otázek, na to abych zjistila, jaké je osobní zotavení informantů ve společenských rolích a zapojení do komunity. Odpovědi ukázali, že informanti jsou **zapojeni do komunity** tím, že využívají běžné služby v komunitě jako jsou **obchody**, restaurace, benzínky, chodí do **práce a hledají si přátele** jako ostatní lidé. Zotavení ve společenských rolích je patrné v tom, že informanti mají **představu a přání** v tom, jaké **životní role** by chtěli zastávat, nebo si uvědomují, jaké **role již zastávají**, například roli otce, syna, **zaměstnance**. Z odpovědí plyne, že někteří informanti jsou **zapojeni do pracovního procesu**, jiní se na to připravují, ale jsou i informanti, kterým jejich nemoc a užívání léků zapojení do práce znemožňuje a někdo pracovat nechce. Fakt, že uvádí se rádi potkávají s pracovníky, je evidentně tím, že jsou to **nejbližší lidé** kolem nich, kteří jsou jim **podporou** v jejich starostech, radostech a řeší s nimi mnoho věcí, během své pracovní doby.

Sdělují i svá **přání** v oblasti vzdělávání, kdy několikrát zaznělo, že by se chtěli zdokonalit v anglickém jazyce, získat novou pracovní profesi, nebo se naučit žít bez cigaret.

Z odpovědí na otázku co jsem dříve dělal vyplynulo, že informanti trávili čas s rodinou, chodili do práce, setkávali se s kamarády, malovali obrazy a jeden informant jezdil s kamionem. Tato otázka ukázala podobné odpovědi jako na otázku: „Co bych děla, kdybych nebyl nemocný?, informanti se tam vrací k profesím, které nemohou vykonávat.

7 DISKUZE

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo popsat, jak lidé s duševním onemocněním využívající služby vybraného pobytového zařízení reflektují proces zotavení.

K výzkumu jsem použila kvalitativní výzkumné strategie s technikou polostrukturovaných rozhovorů. Data byla zpracována pomocí otevřeného kódování. Hlavní výzkumná otázka zněla: Jak lidé s duševním onemocněním využívající služby vybraného pobytového zařízení reflektují proces zotavení. Do výzkumu byli zapojeni informanti s diagnózami schizofrenie a afektivními poruchami, kteří bydlí v chráněném bydlení Domova Na cestě ve Skutči.

Abych zjistila reflexi osobního zotavení informantů, použila jsem mapovací nástroj pro podporu procesu zotavení s názvem: Plán zotavení ve čtyřech oblastech, se kterým pracují pracovníci Domova Na cestě. Plán zotavení se zabývá čtyřmi oblastmi života a mapuje právě proces zotavení v **Osobní identitě, Každodenním životě, Zdraví, Společenských rolí a zapojení do komunity**. Pro svůj výzkum jsem si z každé oblasti vymyslela šest otázek, které jsou uvedeny v části zpracování dat a některé z nich náhodně vybrané jsem zobrazila pomocí myšlenkových map.

V oblasti identity jsem zjistila, že se informanti vidí jako zdraví lidé, kteří mají své sny, víru a **přání** a neoznačují se za pacienty. Díky charakteristice sebe sama dokázali označit nejen své silné stránky, ale reflektovali i slabé stránky. Tím, že se dokáží opřít sami o sebe, o lidi kolem sebe a svou víru, mají perspektivu a **naději**, že zvládnou život s nemocí. Ve svém životě vidí smysl, doufají, že se dožijí vysokého věku a časem založí i rodinu. Ve chvíli, kdy popisovali svůj život před vstupem do pobytové sociální služby bylo zřejmé, že jejich život byl plný nejistoty, hazardu, dluhů a užívání drog. Někdo měl tu možnost užívat si „mama hotelu“ a poukazuje na to, že neměl prakticky žádnou odpovědnost. Zaznělo i slovo jako je rozpolcenost a nedůvěra, což může ukazovat na symptomy nemoci, nebo na to, že neměli důvěru v lidi, kteří byli kolem nich, se kterými by mohli mluvit o tom, co se v jejich životě odehrává.

Z jejich současného života je také patrné, že se jejich život v pobytové sociální službě zaměřené na zotavení změnil například, tím, že převzali **odpovědnost** za svůj život a dluhy. Dostávají podporu v době, kdy se snaží abstinovat od návykových látek. Mají **důvěru** v pracovníky služby, což je klíčová hodnota pro jejich **motivaci** k lepší budoucnosti,

Ragins (2018, s. 20-30) popisuje, jak je naděje klíčová hodnota pro budování důvěry a motivace k lepší budoucnosti a má silný motivační efekt, jelikož umožňuje jedinci představit si konkrétní a jasnou budoucnost.

Z oblasti **Každodenního života** vyplynulo, že si informanti dokáží zorganizovat svůj volný čas, tak aby jim dával smysl, tráví ho s partnery a (tím se ukazuje, že zastávají důležité **životní role**). Dalším znakem zotavení v této oblasti je, že klienti chodí do práce, kde zastávají role zaměstnanců, přebírají **odpovědnost** za odvedenou práci. Práce a pomoc jiným lidem, je pro ně významnou součástí jejich života. Odpovědi také ukazují na to, že zažívají stejný den, jako běžná populace, nakupují, vaří, odpočívají, hrají hry na počítači nebo nedělají nic, když se jim momentálně nechce. To je dobrá známka toho, že nejsou pohlceni nemocí, a jejich zotavení je na dobré cestě. Další nedílnou součástí procesu zotavení je to, že se těší na budoucí život v novém prostředí, což ukazuje na to, že jejich život je plný **naděje** a očekávání. Mají také představy o tom, co by chtěli v životě zažít a jak by mohli trávit čas s rodinou.

Podle Raginse (2018, s. 53) duševní onemocnění ochuzuje, či možná obírá o lidi o jejich životní role, lidé často opouštějí svá zaměstnání, školu či spolky, protože jim jejich nemoc dělá problémy. V systému péče, se tak jejich role zúží, zpravidla na jednu, a to roli pacienta s chronickým duševním onemocněním.

Z oblasti **Zdraví (psychického a fyzického)** vyplývá že, že informanti znají svou nemoc, ví, co jim pomáhá a není to jen užívání medikace, ale jsou to i další podpůrná opatření. Mají zajištěnou lékařskou péči a lékaře navštěvují, to poukazuje na jejich **zodpovědnost** za sebe a svou léčbu. Svou nemoc nevnímají jako konec života bez plánů, ale mají **naději**, že jejich život s nemocí může být i pestrý. Je pro ně důležité, že rozumí příznakům nemoci, což je také jedním z příznaků **osobního zotavení** a určitým přijetím nemoci. Informanti se i přes veškerá omezení, které jim dávají například nežádoucí účinky psychiatrických léků snaží zapojit do běžného každodenního života, jako ostatní lidé, dokážou vnímat spojení mezi lidským vědomím a objektivním materiálním světem. Zároveň ale reflektují i to, že přes veškerou snahu se některým nedaří vyrovnat zdravým lidem, ale nějak významně je to neposouvá o krok vzad. Zde je patrné jejich **zplnomocnění**, protože když jim nemoc nastavuje nějaké překážky, tak zároveň vždy neřídí jejich život. Z výzkumu také vyplývá, že největší omezení vidí v profesních možnostech, o které díky nemoci přišli, a to je například u řidičů, kterým je při diagnóze schizofrenie velmi často odebrané řídičské oprávnění.

Huber (2011) popisuje, že zdraví je určitá schopnost přizpůsobení se a mít život pod jistou kontrolou. Wilken & Den Hollander (2016) uvádí, že v situacích postižení a nemoci se často soustředíme na omezení a na to, co "nelze" nebo co se zdá být nemožné.

V oblasti **společenských rolí a zapojení do komunity** je patrné, že někteří informanti jsou **zapojení do pracovního procesu**, jiní se na to připravují, ale jsou i informanti, kterým jejich nemoc a užívání léků zapojení do práce znemožňuje. Zotavení ve **společenských rolích** je také patrné v tom, že informanti mají **představu a přání** v tom, jaké **životní role** by chtěli zastávat, nebo si uvědomují, jaké role již zastávají, například roli otce, syna a zaměstnance. Sdělují i svá přání v oblasti vzdělávání, kdy několikrát zaznělo, že by se chtěli zdokonalit v anglickém jazyce, získat novou pracovní profesi, nebo se naučit žít bez cigaret. Informanti jsou **platnými členy komunity** nejen tím, že chodí do práce, ale navštěvují běžná místa v komunitě. Fakt, že uvádí, že se rádi setkávají s pracovníky, je evidentně tím, že jsou to nejbližší lidé kolem nich, kteří jsou jim podporou v jejich starostech, radostech a řeší s nimi mnoho věcí, během své pracovní doby.

Jak uvádí Anthony: „*Zotavení je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.*“.

Jsem přesvědčená o tom, že výsledky průzkumného šetření potvrzují, že lidé reflektují ve službě své zotavení. Využívají příležitosti žít jako každý jiný a snaží se mít svůj život pod kontrolou. Služba přispívá k zotavení, klienti jmenují pracovníky jako oporu, ale mají i jiné zdroje podpory ve svém zotavení.

Výzkum tak potvrzuje, slova odborníků v oblasti práce s lidmi s duševním onemocněním a koresponduje s poznatky z teoretické části.

8 ZÁVĚR

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, z části teoretické a praktické. Ve své práci jsem se snažila tyto dvě části propojit tak, aby byla teoretická část vhodným podkladem pro část praktickou.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit: jak lidé s duševním onemocněním využívající služby vybraného pobytového zařízení reflektují proces zotavení.

V teoretické části se proto zabývám popisem současného systému reformy psychiatrické péče, aktuálních poznatků v oblasti s lidmi s duševní onemocněním, s důrazem na vybrané diagnózy podle MKN-10, včetně schizofrenie a afektivních poruch. Dále se tato část věnuje psychiatrické reformě, která představuje klíčovou změnu v péči o duševně nemocné, zahrnující reformovaný systém péče, základní pilíře, jako jsou psychiatrické nemocnice, ambulantní péče, komunitní péče, CDZ a roli pobytových služeb v tomto systému.

Jedním z klíčových aspektů teoretické části je metodika CARE, která je udává moderní přístup v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Tato metodika klade důraz na individuální přístup, podporu zotavení a posilování autonomie klientů.

Poslední část teoretického výzkumu se podrobněji zabývá konceptem zotavení, jeho fázemi a faktory, které mohou bránit zotavení. V této souvislosti je představena také pobytová sociální služba Domov Na cestě, která nabízí dvě prostupné komunitní pobytové sociální služby zaměřené na zotavení.

V průzkumné části jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu. Ke sběru dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Data byla zpracována pomocí otevřeného kódování. Během analýzy rozhovorů byly použity kategorie: Osobní identita, Každodenní život, Zdraví (psychické a fyzické zdraví), Společenské role a zapojení do komunity. Informanti, kteří se průzkumu zúčastnili, museli splňovat dvě základní kritéria, první kritérium bylo mít diagnostikovanou duševní poruchu z oblasti schizofrenních a afektivních poruch a druhé být diagnostikován alespoň čtyři roky. Oslovení informanti jsou klienty chráněného bydlení Domova Na cestě, jehož cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním z okruhu schizofrenních a afektivních poruch.

Domov Na cestě nabízí svým klientům prostor, pro jejich vlastní zotavení. Tato organizace je jedna z mála příspěvkových organizací krajského typu, kde se specializují právě na zotavení.

Inspiruji se v zahraničí, kde probíhá reforma psychiatrické péče již několik let. Proto ve své práci uvádím zdroje, které se zotavením úzce souvisí.

Z provedeného výzkumu jasně vyplývá, že klienti Domova na cestě prochází vlastním zotavením, které reflektují ve svých odpovědích na mnou položené otázky.

Já sama osobně vidím velký význam ve vzniku takových organizací, jako je Domov Na cestě, protože pokud by mě někdy potkala zkušenost s duševním onemocněním a musela bych využít pobytovou sociální službu, tak by to měl být právě tento domov. Tato tvrzení si dovoluji tvrdit, protože jsem měla možnost poznat práci zaměstnanců díky školním praxím a také brigádě v chráněném bydlení zde.

Výsledky šetření mé bakalářské práce jsou z mého pohledu přínosem do další práce pracovníků Domova Na cestě a jsou i potvrzením toho, že pokud o sobě tvrdí, že jsou služba zaměřená na zotavení, tak to výsledky šetření opravdu potvrzují.

9 POUŽITÁ LITERATURA

BAKER, Paul. *Fenomén slyšení hlasů: kniha pro lidi a o lidech, kteří slyší hlasy*. Přeložil Tomáš VANĚK. Praha: Fokus, 2021. Marco Cavallo. ISBN 978-80-907058-2-1.

DAVIDSON, Larry, Janis L. SYMANSKI-TONDORA, Martha STAEHELI LAWLESS, Maria O'CONNELL a Michael ROWE. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení: nástroje transformace péče o duševní zdraví*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN 978-80-906574-0-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.

JAROLÍMEK, Martin. *Já blázním s vámi*. Praha: Galén, [2017]. ISBN 978-80-7492-313-5.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.

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

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

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

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení*. Přeložil Jan RŮŽIČKA, přeložil Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus, 2018. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. In: Sběrka zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupný také z:

http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.pdf. ISSN 1211-1244.

9.1 Internetové zdroje

4 FÁZE ZOTAVENÍ. *Cdzusti.cz* [online]. 2021 [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: <https://cdzusti.cz/4-faze-zotaveni/>

Domov Na cestě [online]. 2019, [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://domovnaceste.cz/>

Domov Na cestě [online]. 2019, [cit. 2024-04-01]. Dostupné z: <https://domovnaceste.cz/wp-content/uploads/2022/11/Jak-pracujeme-s-Metodou-ART-v-nasi-praxi.-1.pdf>

FOITOVÁ, Z., PINKASOVÁ, V., ROLENEC V., RŮŽIČKOVÁ M., SOLDÁNOVÁ, S.,

HUBER, M. A KOL. *Definice zdraví* [online]. 2014 [cit. 2024-03-16]. Dostupné z: <https://www.essenburgh.com/en/from-a-new-definition-of-health-towards-person-centred-care/>

STUHLÍK., ... ZAJÍČKOVÁ, A. *Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví: Manuál* [online]. 2014 [cit. 2024-04-01]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manu_al_WEB_1.pdf

HEJZLAR, P., HALÍŘ, M., & FIALA, M. *Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné* [online]. 2010 [cit. 2024-04-01]. Dostupné z: https://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2010/03/08_hejzlar_3_2010.pdf

METODIKA ZAVÁDĚNÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO PŘÍSTUPU. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. duben 2020 [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/multidisciplinarita/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu>

NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. 2020 [cit. 2024-04-14]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/reforma/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-napdz>

Návrh novelizace Koncepce oboru psychiatrie z pohledu ambulantní psychiatrie [online]. 2008 [cit. 2024-04-02]. Dostupné z: http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_2_74_77.pdf

PLATFORMA CARE. *Cmhcd.cz* [online]. 2021 [cit. 2024-01-14]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>

PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2019 [cit. 2024-02-18]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf

RAGINS, Mark. *Jak praktikovat zotavení s lidmi s vážným duševním onemocněním* [online]. [cit. 2024-01-29]. Dostupné z: https://www.zotaveni.cz/zotaveni-nadoma/download/5_cf15372fd4d91587b7fd8bba510258bc

Souhrnná zpráva z pilotních auditů CDZ [online]. 2022 [cit. 2024-03-17]. Dostupné z: https://www.acdz.cz/images/_Souhrnna_zprava_pilotni_audity_CDZ.pdf

STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. 2013 [cit. 2024-02-05]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

WHO. *World Health Organization* [online]. 2024 [cit. 2024-03-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

9.2 Další zdroje

ANTHONY, W. A. *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. 1993 [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <http://www.psychodyssey.net/wp-content/uploads/2011/07/Recoveryfrom-mental-illness-The-guiding-vision-of-the-mental-health-service-system-in-the-1990s.pdf>

ATTERBURY, K. *Preserving the person: The ethical imperative of recovery-oriented practices*. *American Journal Of Orthopsychiatry*. 2014 [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/h0099362>

Rigway, P., McDiarmid, D., Davidson, L., Bayes, J., & Ratzlaff, S. (2014). *Cesty k zotavení*. Lawrence, USA: University of Kansas School of Social Welfare.

Umění ART: Cvičebnice Active Recovery Triad [PDF]. 2019.