

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Význam denního centra pro osoby se závažným duševním onemocněním

The Significance of Day Center for people with Severe Mental Illness

Mgr. et Bc. Žaneta Naimová

Vedoucí práce: PhDr. Hana Sotáková, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Rok odevzdání: 2025

Odevzdáním této diplomové práce na téma Význam denního centra pro osoby se závažným duševním onemocněním potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Prohlašuji, že jsem při její tvorbě nepoužila nástrojů umělé inteligence jiným způsobem, než je uvedeno ve vyjádření, které je součástí textu práce. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 13.4.2025

Ráda bych poděkovala své školitelce PhDr. Haně Sotákové, Ph.D., za odborné vedení, cenné reflexe, trpělivost a podporu při psaní diplomové práce. Také bych ráda poděkovala všem zaměstnancům a klientům, kteří se výzkumu zúčastnili a bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Velký dík patří všem mým blízkým a kolegům, kteří mě při psaní práce podpořili.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá významem denního centra pro osoby se závažným duševním onemocněním (SMI). Teoretická část práce se věnuje charakteristice závažných duševních onemocnění, reformě psychiatrické péče, konceptu zotavení a komunitním službám, s důrazem na denní centra a jejich roli v systému péče. Empirická část práce je postavena na rozhovory s klienty, zaměstnanci vybraného denního centra a zaměstnanci vybrané neziskové organizace. Prostřednictvím rozhovorů analyzovaných metodou tematické analýzy je zkoumáno, jaký je význam vybraného denního centra pro klienty, jak vnímají význam pro klienty jeho zaměstnanci i pracovníci jiných služeb vybrané neziskové organizace. Z výpovědí respondentů vyplývá, že vybrané denní centrum představuje pro klienty prostor smysluplně stráveného času, poskytuje strukturu dne a umožňuje zažívat úspěch. Klíčovou roli hraje komunita, pocit bezpečí, přijetí, partnerský přístup a respekt. Zaměstnanci centra akcentují význam struktury dne, nízkoprahovosti a zplnomocňování klientů, přičemž reflektují i jeho limity a možné riziko vzniku závislosti na službě. Důležitá je také komunita a neformální prostředí. Zaměstnanci vybrané neziskové organizace vnímají význam v podobě struktury dne, zplnomocňování a smysluplně stráveného času. Vyzdvihují nízký práh, jeho výhody i limity, a otvírají otázky identity klientů. Zdůrazňují i roli služby jako bezpečného prostoru. Přínosem práce je poukázání na přesah služby skrze její neformální funkci. Vybrané denní centrum umožňuje klientům zažívat jedinečný a často jediný prostor, kde nacházejí bezpečí, respekt, důvěru a komunitu – právě to z něj činí hluboce významné místo.

KLÍČOVÁ SLOVA

denní centra; závažná duševní onemocnění; reforma psychiatrické péče; komunitní služby; tematická analýza

ABSTRACT

The diploma thesis explores the significance of a day centre for people with severe mental illness (SMI). The theoretical part of the thesis focuses on the characteristics of serious mental illnesses, mental health care reform, the concept of recovery, and community services, with an emphasis on day centres and their role in the system of care. The empirical part of the thesis is based on interviews with clients, staff of the selected day centre, and employees of a selected non-profit organization. Through interviews analysed using thematic analysis, the study explores how the selected day centre is perceived by clients, its staff, and workers from other services within the chosen non-profit organization. Respondents' statements indicate that the day centre represents a place of meaningful time use for clients, provides daily structure, and enables them to experience success. Community, a sense of safety, acceptance, partnership-based approach, and respect play a key role. The staff of the centre highlight the importance of daily structure, low-threshold accessibility, and client empowerment, while also reflecting on its limits and the potential risk of service dependency. Community and an informal environment are also considered important. Employees of the selected non-profit organization perceive the significance of the service in terms of daily structure, empowerment, and the meaningful use of time. They emphasize the low-threshold nature of the service, its benefits and limitations, and open up questions of client identity. They also underline the role of the service as a safe space. The thesis highlights the broader impact of the service through its informal function. The selected day centre offers clients a unique, and often the only, space where they find safety, respect, trust, and a sense of community – which makes it a deeply meaningful place.

KEYWORDS

day centres; severe mental illness; mental health care reform; community care services; thematic analysis

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	10
1 Závažná duševní onemocnění	10
1.1 Pojem Závažná duševní onemocnění	10
1.2 SMI z pohledu MKN-10, DSM-V a MKN-11	11
1.3 Charakteristika závažných duševních onemocnění	12
1.3.1 Schizofrenie a další onemocnění z okruhu F2	12
1.3.2 Afektivní poruchy	14
1.3.3 Obsedantně-kompulzivní porucha	15
1.3.4 Poruchy osobnosti	15
1.4 Stigmatizace duševních onemocnění	16
1.5 Psychologické aspekty závažných duševních onemocnění	18
2 Nové přístupy v psychiatrické péči: Reforma psychiatrie a proces zotavení	22
2.1 Reforma psychiatrické péče	22
2.1.1 Franco Basaglia a italský model péče	22
2.1.2 Úskalí italské reformy psychiatrické péče	23
2.1.3 Hlavní principy italské reformy psychiatrie	23
2.1.4 Reforma psychiatrické péče v České republice	24
2.1.5 Hlavní změny v rámci reformy psychiatrické péče v ČR	25
2.2 Zotavení	26
2.2.1 Zotavení a smysluplné aktivity	30
3 Komunitní služby pro osoby se závažným duševním onemocněním	31

3.1	Zahraniční modely komunitní péče o osoby se závažným duševním onemocněním	31
3.1.1	Terst.....	31
3.1.2	Švédsko.....	31
3.2	Komunitní služby pro osoby s SMI v České republice	32
3.2.1	Síť komunitních služeb v České republice	32
3.2.2	Centra duševního zdraví a komunitní týmy.....	33
3.2.3	Zaměstnání	34
3.2.4	Bydlení	35
3.2.5	Volnočasové aktivity	35
3.3	Denní centra.....	35
3.3.1	Vybrané denní centrum	36
3.3.2	Význam denních center	38
	Praktická část.....	43
4	Výzkumné cíle a výzkumné otázky	43
5	Metodologie.....	44
5.1	Pozice výzkumníka a paradigmatické zázemí	44
5.2	Výzkumný vzorek	45
5.2.1	Výběr vzorku	45
5.2.2	Popis vzorku	46
5.3	Metody sběru dat	46
5.3.1	Kvalitativní design.....	46
5.3.2	Polostrukturovaný rozhovor	47
5.4	Tematická analýza	47
5.5	Etika výzkumu.....	49

6	Představení participantů	51
7	Prezentace a analýza dat	55
7.1	Téma 1. Pocit kompetence a smysluplně stráveného času	55
7.2	Téma 2. Nízkoprahovost – jednoduchá dostupnost.....	57
7.3	Téma 3. Komunita	60
7.3.1	Podtéma Na pomezí dvou světů	63
7.4	Téma 4. Respektující přístav	65
8	Diskuze	68
9	Limity práce a možnost dalšího výzkumu	74
	Závěr	75
	Seznam použitých informačních zdrojů	76
	Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence	89
	Seznam příloh	90

Úvod

Tato práce se věnuje osobám, jejichž život zasáhlo závažné duševní onemocnění a významem, který jim přináší denní centrum, ve kterém jsem provedla výzkumné šetření.

Mou motivací k výzkumu byla má osobní zkušenost zaměstnance vybraného denního centra. Když jsem před několika lety do služby nastoupila, zjistila jsem, že někteří klienti do jedné sociální služby dochází třicet let. Motivovalo mě tedy zjistit, co stojí za tím, že si klient vybírá stále stejnou službu po tolik let. Při studiu literatury na toto téma jsem ale narazila na nedostatek studií, které by se významu denních center věnovaly (Catty et al., 2007). Literatura ale zároveň ukazuje, že k zotavení osob s duševním onemocněním může přispívat právě pocit smysluplně stráveného času a podpůrné vztahy (Mancini et al., 2005). Právě takový prostor mohou nabídnout denní centra.

Diplomová práce se skládá z teoretické a empirické části. Ve třech kapitolách postupně uvádím pojem závažná duševní onemocnění, charakterizují onemocnění spadající do této kategorie, věnuji se stigmatizaci a psychologickým aspektům života osob se závažným duševním onemocněním. Zmiňuji reformu psychiatrické péče s důrazem na její průběh v Itálii jakožto model pro vznik komunitních služeb v ČR a také koncept zotavení, který je paradigmatickým základem této práce. V poslední kapitole teoretické části se věnuji komunitní péči o osoby se závažným duševním onemocněním – zmiňuji zahraniční modely, síť komunitních služeb v ČR. V kapitole se dále věnuji charakteristice vybraného denního centra pro výzkumné šetření a studiím, které se problematice věnovaly v zahraničí.

V empirické části práce si pokládám výzkumné otázky a vytyčuji cíl práce. V této části práce představuji použitou metodologii a popisuji zúčastněné osoby výzkumu. Následně uvádím výsledky získané prostřednictvím tematické analýzy. V diskusní části se věnuji zodpovězení výzkumných otázek, porovnávám získaná zjištění s poznatky z jiných studií a zamýšlím se nad limity svého výzkumu a zároveň možnostmi dalšího výzkumu.

Teoretická část

1 Závažná duševní onemocnění

Lidé, o nichž pojednává tato diplomová práce, mají společné, že jejich život zasáhlo duševní onemocnění, které má výrazný dopad na jejich možnost každodenního fungování. Jedna diagnóza může znamenat diametrálně odlišný životní příběh a dopad na život. Proto jsem se v této práci rozhodla využívat pojem závažná duševní onemocnění (z anglického originálu Serious Mental Illness, dále také SMI), jelikož dle mého názoru lépe odráží funkční dopad na život osob, o kterých je tato práce. V první kapitole nejdříve uvedu pojem závažná duševní onemocnění, zaměřím se také na srovnání jednotlivých klasifikačních systémů nemocí z hlediska funkčního dopadu, charakterizují jednotlivé diagnózy spadající pod SMI a rozeberu problematiku stigmatizace a psychologických aspektů života těchto osob.

1.1 Pojem Závažná duševní onemocnění

Pojem závažná duševní onemocnění byl popsán v 80. letech 20. století v reakci na odlišné potřeby osob s duševním onemocněním, u nichž má duševní onemocnění významný dopad na jejich život a které vyžadují specializovanou péči. Termín byl popsán v roce 1987 v USA pracovní skupinou svolanou Národním institutem duševního zdraví (NIMH), který definoval termín na základě tří kritérií. Prvním z nich byla diagnóza neorganické psychózy nebo poruchy osobnosti. Druhým kritériem byla jejich dlouhodobost trvání – dva roky a déle. Třetím byly funkční dopady onemocnění na život člověka. Nejdůležitějším kritériem byl funkční dopad na život jedince s duševním onemocněním, který zasahuje do schopnosti každodenního fungování a naplňování základních potřeb, a dále do schopnosti sociálního, pracovního i mimopracovního fungování. Uvedená kritéria vznikla z potřeby definovat skupinu onemocnění SMI tak, aby bylo možné cílit služby na potřeby daných osob. (National Institute of Mental Health, 1987). Od té doby vznikalo velké množství definic pojmu závažné duševní onemocnění a autoři se v průběhu času snažili o vytvoření operacionální definice pojmu (Ruggeri et al., 2000; Schinnar et al., 1990).

Definice využívaná pro pojem závažná duševní onemocnění v České republice je definice vycházející z prací Martín-Pérez et al., 2019 a Ruggeri et al., 2000. V současnosti jsou v České republice v kontextu Center duševního zdraví za osoby se závažným duševním

onemocněním považování lidé s diagnózou z okruhů F2, F3 (eventuálně F42 a F60.0, F60.1, F60.3, F60.5, F60.6, F61, F62), jejichž onemocnění trvá déle než dva roky a kde v důsledku nemoci došlo k funkčnímu narušení. V této diplomové práci používám pojem SMI tak, jak je chápán ve výše uvedeném kontextu českých Center duševních zdraví. K posouzení funkčního narušení je v multidisciplinárních psychiatrických týmech používán klinický nástroj GAF (viz níže), na jehož základě lze celkově posoudit aktuální úroveň funkčního omezení. Rozhodující je skóre GAF menší nebo rovno 60. (Ministerstvo zdravotnictví, 2021b)

Škála globálního fungování (GAF) slouží k hodnocení celkové úrovně fungování klientů využívajících psychologické či psychiatrické služby. Sleduje se zde závažnost psychických příznaků, viditelné chování, schopnost vykonávat sociální role a zvládat každodenní aktivity (např. osobní péči). Významné je zaměření na schopnost navazovat vztahy. Všechny tyto ukazatele se zohledňují dohromady a výsledné hodnocení je vyjádřeno na škále od 1 do 100 bodů, přičemž vyšší skóre značí lepší celkové fungování jedince. (Říčan et al., 2021)

1.2 SMI z pohledu MKN-10, DSM-V a MKN-11

MKN-10 (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí) u diagnóz z okruhu SMI explicitně nerozlišuje závažnost jako součást diagnostického kritéria. Závažnost se hodnotí pouze u některých poruch např. u depresivní epizody (F32), která může být hodnocena jako lehká, střední nebo těžká. Ačkoli se závažnost neurčuje formálně, tak lze při diagnostice využít doplňkové nástroje k určení závažnosti a funkčního omezení (např. The Level of Personality Functioning Scale-Self Report – LPFS-SR). (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011) Úroveň funkčního dopadu onemocnění se může projevit v anamnestickém rozhovoru.

DSM-5 (Diagnostický a statický manuál duševních poruch, 5.edice) má odlišný přístup k hodnocení závažnosti u psychických poruch oproti MKN-10 a zahrnuje pro některé z nich specifická kritéria závažnosti. DSM-5 někdy poskytuje formální měřítka závažnosti, ale jindy se soustředí na strukturovanější popis příznaků, které umožňují odborníkům určit míru závažnosti na základě míry funkčního narušení. U některých diagnóz se zaměřuje také na význam hodnocení funkčního omezení. (Raboch et al., 2015)

MKN - 11 (11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí) přináší nový, komplexní přístup k hodnocení zdravotního postižení a funkčního omezení oproti předchozí verzi. Velký posun v rámci MKN-11 je ve směru od kategoriálního přístupu k přístupu dimenzionálnímu. Kategorický přístup k diagnostice duševních poruch vychází z předpokladu, že lze jednotlivé diagnózy v rámci širší kategorie jasně odlišit. Duševní porucha je tedy buď přítomna, nebo nepřítomna, přičemž diagnostika vyžaduje stanovení jednoznačného prahu symptomů. Tento přístup je však často kritizován, neboť symptomy duševních poruch se vyskytují na různých úrovních závažnosti. Na rozdíl od toho dimenzionální přístup předpokládá, že příznaky se pohybují na kontinuu od zdravé úrovně až po těžkou psychopatologii. Na onemocnění se více pohlíží jako na spektrum. (Reed et al., 2019) V MKN-11 dochází v důsledku dimenzionálního přístupu ke sjednocení v jednu dimenzionálně pojatou diagnózu, v rámci níž rozlišujeme stupně závažnosti. V MKN-11 dochází ke sloučení dílčích diagnóz schizofrenie, poruch autistického spektra a také poruch osobnosti. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024)

1.3 Charakteristika závažných duševních onemocnění

V této kapitole se pokusím stručně nastínit charakteristiku jednotlivých onemocnění patřících do okruhu SMI. Vzhledem k tomu, že se jedná o širokou škálu různých duševních onemocnění, budu se primárně zaměřovat na ty, které se v literatuře objevují v tomto spojení nejčastěji.

1.3.1 Schizofrenie a další onemocnění z okruhu F2

Schizofrenie jsou dle MKN- 10 charakteristické deformací myšlení a vnímání. Mezi typické psychopatologické fenomény spojované se schizofrenií patří ozvučování myšlenek, vkládání, odnímání nebo vysílání myšlenek, což jsou jádrové příznaky tohoto onemocnění. Rovněž se může vyskytnout bludné vnímání nebo ovlivňování, sluchové halucinace komentující nebo diskutující o nemocném ve třetí osobě, poruchy myšlení a negativní příznaky. Mezi negativní příznaky schizofrenie patří nedostatky v řeči, emoční oploštělost, apatie, anhedonie. Onemocnění má dopad i na kognitivní oblast, kde může dojít k narušení pozornosti, paměti a exekutivních funkcí. Průběh schizofrenních onemocnění může být trvalý nebo epizodický. Člověk se schizofrenií může zažívat období zcela bez příznaků onemocnění. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011)

Rozlišujeme premorbidní stádium, kdy se nemoc ještě klinicky neprojevuje. Mohou být přítomny latentní poruchy kognice a povahové zvláštnosti. Poté se projevuje stádium prodromální, jenž předchází plnému propuknutí onemocnění. Typické jsou výrazné změny v chování, větší uzavírání se do sebe, omezená komunikace. V této fázi hovoříme o tzv. zlomu v životní linii člověka. Výše popsaný soubor změn v chování je obvykle zachycen rodinnými příslušníky. (Raboch & Pavlovský, 2012)

Dlouhodobá prognóza osob se schizofrenií se nazývá také pravidlem třetin. Zhruba třetina osob se po první atace uzdraví zcela nebo téměř a epizoda onemocnění se již neopakuje. Druhá třetina osob zažívá opakované ataky onemocnění s reziduální psychopatologií v mezidobí. Poslední třetina trpí dlouhodobě chronickým průběhem s kolísavou intenzitou a téměř trvale přítomnými příznaky. Důležité je, že u každého má onemocnění individuální průběh. (Raboch & Pavlovský, 2012)

MKN-10 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011) rozlišuje několik typů schizofrenií. Nejčastější formou je paranoidní schizofrenie, pro kterou jsou typické persekční bludy a halucinace. Dalším typem je hebefrenní schizofrenie, označovaná také jako schizofrenie mladého věku, jejíž první příznaky se manifestují již kolem 15. roku života (i dříve). Je pro ni typické dezorganizované chování, nepřiměřená aktivita, plané filosofování a manýrismus. Katatonní schizofrenie se vyznačuje psychomotorickými příznaky. Může se projevovat nadměrným psychomotorickým neklidem, psychomotorickým útlumem až katatonním stuporem. Dalšími projevy může být povelový automatismus, manýrování a negativismus. Méně častou formou schizofrenie je schizofrenie simplexní, která je charakterizována plíživým rozvojem změn chování s úpadkem vůle, narůstající lhostejností, ztrátou zájmů a oploštění emocí. (Raboch & Pavlovský, 2012)

MKN-10 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011) dále vymezuje nediferencovanou, reziduální a jinou schizofrenii a postschizofrenní depresi. MKN-11 již nerozlišuje schizofrenie, jak bylo zmíněno výše. Schizofrenie klasifikuje dle pořadí epizody (první, opakovaná, kontinuální) a také dle toho, zda je symptomatická, v částečné nebo plné remisi. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024)

Do kategorie F2 patří také schizofrenii příbuzné stavy. Mezi ně patří schizotypní porucha, trvalá porucha s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy a schizoafektivní

porucha (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011). Schizoafektivní porucha je typická přítomností schizofrenních a afektivních příznaků. Rozlišujeme depresivní, manický a smíšený typ. Ve srovnání se schizofrenií je prognóza příznivější (Raboch & Pavlovský, 2012).

1.3.2 Afektivní poruchy

Pro afektivní poruchy je charakteristická porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi či k euforii. Změny nálady mohou doprovázet celkové změny v aktivitě. Nástup je často vyvolán stresovou nebo jinou událostí (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011). Z hlediska SMI jsou relevantními diagnózami bipolárně afektivní porucha a těžká depresivní fáze.

Bipolární afektivní porucha (BAP) se vyznačuje střídáním depresivních, manických a hypomanických epizod. Konkrétní projevy mohou mít v různých obdobích odlišnou intenzitu. Mánie a hypomanie je charakteristická zvýšenou aktivitou, energií a euforickou náladou. Pro fázi deprese je typický pravý opak tj. snížená aktivita, nedostatek energie a zhoršená nálada. Rozlišujeme, zda se jedná o fázi hypomanickou, manickou, lehkou až střední nebo těžce depresivní fázi. Také se určuje přítomnost nebo nepřítomnost psychotických příznaků, které epizodu mohou doprovázet. MKN-10 uvádí i epizodu smíšenou u které dochází k rychlému střídání manických a depresivních fází. Jednotlivé epizody mohou trvat několik dnů, týdnů až měsíců. Existují však případy ultrarychlého cyklování (5-364 cyklů za rok) nebo cykly ultradiánní (více než 365 cyklů za rok, tedy více než jeden denně). Fáze nejsou nepřetržité, objevuje se mezi nimi bezpříznakové období. (Tillman & Geller, 2003)

V současnosti se změnil pohled na uvedené onemocnění. Neexistuje jedna bipolární porucha, ale hovoříme o poruchách bipolárního spektra. Tento přístup reflektuje diverzitu ve směru závažnosti a postižení člověka. Lidé s bipolárními afektivními poruchami mohou být, stejně jako v případě schizofrenie, lidé, kteří i přes své onemocnění nemají funkční dopad na život, ale také ti, u nichž došlo k chronifikaci onemocnění, což jim znemožňuje plnohodnotné fungování ve společnosti. (Farrelly et al., 2006)

Mezi SMI z kategorie afektivních poruch řadíme také těžkou depresivní fázi. Těžká depresivní fáze se vyznačuje přítomností alespoň tří hlavních příznaků deprese, mezi

něž patří depresivní nebo skleslá nálada, případně pocit vnitřní prázdnoty, netečnost a pocit beznaděje, zpomalení psychomotorického tempa spojené s rychlou únavou i při menší námaze a snížená celková aktivita. Rovněž jsou přítomny alespoň čtyři z dalších příznaků deprese mezi které patří: sociální stažení, snížená soustředěnost a pozornost, snížená sebedůvěra, pocity vlastní bezcennosti, pocity viny, pesimistické nebo negativní myšlenky na budoucnost, sebevražedné myšlenky či chování, poruchy spánku, snížená chuť k jídlu a zhoršení kognitivních schopností. U těžkých depresí bývají často přítomny somatické příznaky, jako jsou ranní deprese, ztráta radosti z běžných činností, předčasné ranní probouzení, výrazná ztráta chuti k jídlu, úbytek hmotnosti, psychomotorické zpomalení nebo neklid a snížení libida. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011)

1.3.3 Obsedantně-kompulzivní porucha

Hlavními rysy obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) jsou opakující se a vtíravé myšlenky (obsese) spolu s nutkavým chováním (kompulze). Tyto projevy se pacientovi neustále vnucují, aniž by je dokázal ovládnout. Je si však vědom, že myšlenky pocházejí z jeho vlastního nitra, a vnímá své nutkavé chování jako nelogické a obtěžující. (Národní zdravotnický informační portál, 2023)

V rámci MKN-11 je rozlišena OCD s dostatečným až dobrým náhledem a OCD s nedostatečným až chybějícím náhledem. Za náhled se považuje schopnost jedince uznat, že jeho přesvědčení nejsou pravdivá a dokázat přijmout alternativní vysvětlení svých prožitků (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024).

1.3.4 Poruchy osobnosti

Mezi závažná duševní onemocnění jsou řazeny také některé poruchy osobnosti. Konkrétně paranoidní porucha osobnosti, schizoidní porucha osobnosti, emočně nestabilní porucha osobnosti, anankastická porucha osobnosti, vyhubá (anxiózní) porucha osobnosti, smíšené a jiné poruchy osobnosti a trvalé změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku. (Ministerstvo zdravotnictví, 2021b)

Pro poruchy osobnosti jsou příznačné abnormálními vzorce v oblasti vnímání sebe a druhých, afektivity, interpersonálního fungování a kontroly impulzů. Vzorce chování ovlivňují celou osobnost. Začátek je obvykle v dětství nebo dospívání, přičemž pokračuje

dále do dospělosti. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011)
Člověk s poruchou osobnosti se pak ocitá ve velké osobní nepohodě.

Ačkoli dle definice Národního institutu duševního zdraví patří do kategorie závažných duševních onemocnění i lidé s poruchami osobnosti, tak jsou v americké literatuře za osoby s SMI často považováni pouze lidé z výše zmíněných diagnostických okruhů. Jedním z důvodů může být nekonzistentnost samotného pojmu SMI (viz kapitola Pojem závažná duševní onemocnění). Le a kolektiv vyzdvihují, že hraniční porucha osobnosti může vést k závažným důsledkům, podle kterých spadá do kategorie SMI. Porucha způsobuje zásadní problémy v mezilidských vztazích, komplikuje léčbu dalších onemocnění a tito lidé jsou predisponováni k dalším zdravotním obtížím. Autoři rovněž zmiňují stigmatizaci hraniční poruchy osobnosti mezi pomáhajícími profesionály. (Le et al., 2020)

1.4 Stigmatizace duševních onemocnění

Lidé se závažným duševním onemocněním jsou často stigmatizováni ze strany většinové populace. Jedná se o velice závažné téma ovlivňující do velké míry životy osob s SMI. Výsledky studií zaměřujících se na stigmatizaci osob s SMI ukazují, že většinová populace má z těchto osob strach, vnímá je jako nebezpečné a nepředvídatelné jedince (Penn & Martin, 1998).

Lancetova komise, složená z odborníků z celého světa, kteří se zaměřují na řešení globálních zdravotních problémů pod záštitou prestižního časopisu The Lancet přezkoumala důkazy o dopadech diskriminace a stigmatizace osob s duševním onemocněním ve více než 40 zemích světa. Ukázala, že dochází k vylučování těchto osob z většinové společnosti a k odpírání základních lidských práv, jako je přístup ke zdravotní péči, vzdělání a pracovnímu uplatnění (Thornicroft et al., 2022). Další důsledky jsou také v oblasti bydlení (Corrigan et al., 2006; Page, 1977). Stigma, předsudky a diskriminace v konečném důsledku vedou k poškození nejen samotných nemocných a jejich blízkých, ale také celé společnosti. Stigma duševního onemocnění může být ve výsledku horší než samotné duševní onemocnění, (Thornicroft et al., 2022). Právě proto se někdy stigma označuje jako tzv. druhá nemoc. (Finzen, 2000)

Stigma působí v třech úrovních. První je úroveň veřejná, tj. jak se stigma projevuje v dané společnosti, kultuře, médiích. Druhá je strukturální, což je stigma projevující se na úrovni organizací, úřadů, zaměstnavatelů aj. Třetí je úroveň samotného jedince, která ukazuje, jak člověk hodnotí sám sebe. (Livingston & Boyd, 2010)

Na úrovni jedince může docházet k internalizaci stigma, tj. vzniku sebestigmatu založeném na přijetí stigma jedincem s duševním onemocněním. Internalizované stigma je spojené s nižší ochotou k léčbě, těžší závažností symptomů a celkově horší prognózou (Ritsher & Phelan, 2004). Může také docházet ke zhoršování psychických obtíží, sníženému sebevědomí a well-beingu (Link et al., 1997; Penn & Martin, 1998). Může se stát, že jedinec nepocítuje žádnou skutečnou diskriminaci, ale v důsledku sebestigmatizace se uzavírá do sebe a vyhýbá kontaktu s ostatními. Tento proces vede k dalšímu snižování kvality života, prohlubování handicapů a posilování pocitu vlastní bezcennosti (Ocisková et al., 2014).

Výzkum věnující se problematice stigmatizace osob s duševním onemocněním (nejen pouze osob s SMI) v České republice srovnával míru stigmatizace těchto osob v letech 2013, 2014 a 2019. Ukázalo se, že postoj Čechů k lidem s duševním onemocněním se mírně zlepšil, avšak nenastalo zlepšení v sociální distanci (ochotě pracovat, žít, sousedit nebo přátelit se s někým, kdo má duševní onemocnění). Stigmatizace osob s duševním onemocněním je v České republice stále vysoká (Winkler et al., 2021).

Dotazníkové setření agentury STEM z roku 2024 věnující se pracovnímu uplatnění osob se zdravotním postižením ukázalo, že Češi a Češky by v 65 % případu nechtěli mít za souseda člověka s psychiatrickou diagnózou, soused s mentálním postižením by vadil 37 % respondentů. Agentura uvádí, že zjištění je důležité i z důvodu uplatnění na trhu práce. Pokud nechceme člověka s psychiatrickou diagnózou za souseda, pravděpodobně k takové osobě nebudeme vstřícní ani v pracovním životě. (STEM, 2024)

Podle doporučení Lancetovy komise je klíčové zaměřit se na snižování sebestigmatizace a zvýšení povědomí o duševních onemocněních (v České republice např. iniciativa Na Rovinu). Je nezbytné pracovat na změně postojů ve všech cílových skupinách, které zahrnují nejen samotné pacienty, ale také vládní představitele, zaměstnavatele, zdravotnické pracovníky, média a zástupce vzdělávacího systému. Důležitou roli v této oblasti hraje

pokračující reforma psychiatrické péče, která se usiluje o zlepšení dostupnosti a kvality péče v souladu s moderními přístupy k duševnímu zdraví. (Thornicroft et al., 2022)

1.5 Psychologické aspekty závažných duševních onemocnění

Lidé se závažným duševním onemocněním se nepotýkají pouze s obtížemi přímo plynoucími z duševního onemocnění, tj. symptomy. Existuje velice málo vědeckých publikací věnujících se psychologickým dopadům závažných duševních onemocnění (Thornicroft et al., 2004). SMI mají významný funkční vliv na jedince i jeho okolí. Dopad je vždy individuální a prožívání jednotlivců není možné generalizovat (např. i z důvodu velké diverzity samotných diagnóz spadajících do kategorie SMI)

Závažná duševní onemocnění propukají z hlediska vývoje často v období mladé dospělosti, mnohdy i dříve. Nemoc tedy zasáhne člověka v období, kdy se např. chystal na vysokou školu a měl nějaké životní plány. Život s diagnózou závažného duševního onemocnění může znamenat hlubokou životní změnu, která u mnoha osob se SMI vyvolá pocit ztráty smyslu života (Eklund et al., 2012; Rusner et al., 2009; Steen et al., 2023). V dalších odstavcích rozeberu, jaké faktory k danému pocitu přispívají.

SMI má komplexní a často negativní vliv na mezilidské vztahy. Nejedná se pouze o vztahy partnerské a přátelské, ale také vztahy pracovní a komunitní. V rovině partnerské se mohou objevovat důsledky duševního onemocnění ve zvýšené náročnosti pro partnera (Solomon & Draine, 1995), a to například v podobě výkyvů nálad, sociálního stažení či emoční nedostupnosti. Člověk s duševním onemocněním může zažívat pocity nepochopení ze strany partnera nebo partnerky. Narušená bývá i rovina partnerské intimity. Ve vztahu se mohou objevovat obavy o budoucnost vztahu např. z důvodu nestability, možnosti založení rodiny a financí. (Cloutier et al., 2021).

Ačkoli se ukazuje, že lidé se závažným duševním onemocněním mnohdy považují romantické vztahy za zásadní potřebu, existuje velice málo studií věnujících se tomuto tématu (Cloutier et al., 2021). Možnou příčinou může být i ostych zdravotnických pracovníků tato témata s lidmi s duševním onemocněním otevírat (Quinn et al., 2011). S tím souvisí i potřeba zakládání rodin, kterou lidé s SMI přirozeně mají, ale nedostávají ze strany odborníků dostatečnou podporu a intervenci (Dubreucq et al., 2023)

Lidé se závažným duševním onemocněním mohou mít potíže navazovat a udržovat přátelské vztahy. Vztah se může změnit v důsledku propuknutí nemoci a změn, které onemocnění doprovázejí. Tito lidé bývají méně společenští, mnohdy nemají dostatek sil pro obnovu a udržení přátelství. Přátelé, podobně jako partneři, někdy nerozumí tomu, co člověk s duševním onemocněním prožívá (Perese & Wolf, 2005)

V důsledku obtíží ve vztazích se lidé se závažným duševním onemocněním často cítí izolovaní nebo osamělí. Sociální odstup bývá u některých diagnóz přímo spojen se symptomy, jako například zvýšená paranoidita u schizofrenie. Často se také potýkají s pocitem nepochopení ze strany okolí (Linz & Sturm, 2013). Na základě minulých zkušeností – jako je stigmatizace, bagatelizace nebo nepřiměřené reakce okolí – se tito lidé méně často svěřují se svými pocity, což následně prohlubuje jejich izolaci. U osob s tímto onemocněním se rovněž objevuje silný pocit jinakosti, ať už v důsledku samotných symptomů, nebo reakcí okolí v minulosti (Tomicová, 2013)

Práce je jedním z nejdůležitějších součástí života člověka, jedná se o vývojový úkol období dospělosti a zároveň patří k charakteristikám dospělého člověka. Lidé s SMI v České republice mohou pobírat invalidní důchod z důvodu snížené průčeschnosti. To ovšem neznamená, že by pracovat nechtěli. Práce neznamená pouze finanční nezávislost, ale také fyzické a duševní zdraví a zdroj sociálních vztahů (Waddell & Burton, 2006). Lidé se schizofrenií uvádí, že by jim práce mohla přinést větší pocit kontroly nad svým životem a větší sebevědomí. Rovněž by měli větší pocit životního smyslu a sounáležitosti s většinovou populací (Marwaha & Johnson, 2005). Pro osoby se závažným duševním onemocněním (konkrétně se schizofrenií) má práce stejnou hodnotu jako pro většinovou populaci (Priebe et al., 1998). Ačkoli se ukazuje, že většina osob z okruhu SMI pracovat chce (Secker, 2001), tak je jejich nezaměstnanost stále vysoká (Marwaha et al., 2007).

Mezi překážky při hledání zaměstnání mohou patřit pocity nedostatečnosti vyplývající z duševní nemoci, obavy týkající se náročnosti plné pracovní doby a stresu spojeného s prací. Také se objevuje strach, že by pravděpodobně vykonávali práci, která by pro ně nebyla naplňující. Obavy se rovněž týkají přímo duševního onemocnění a jeho dopadů na každodenní fungování. Příkladem mohou být např. hlasy u schizofrenie, snížená schopnost

pozornosti a také obtížné ranní vstávání. Další obavou může být relaps onemocnění z důvodu zvýšeného stresu a stigma v pracovním prostředí. (Marwaha & Johnson, 2005)

Lidé se závažným duševním onemocněním kteří pracují, popisují, že práce měla významně pozitivní vliv na proces zotavení (viz **kapitola 2.2. Zotavení**). Práce jim přinesla větší pocit zapojení do většinové společnosti, pocit normalizace, zlepšila denní režim, zvýšila finanční nezávislost a zlepšila jejich celkový wellbeing. Práce jim také pomohla snížit pocity sebestigmatu. (Ercan Doğu & Gündoğmuş, 2024)

Z výše jmenovaných důvodů vyplývá, proč někteří lidé s SMI práci nemají nebo je pro ně možné ji vykonávat pouze ve velice omezené míře. Smysluplné trávení času má zásadní vliv na pocit osobní a sociální identity (Laliberte-Rudman, 2002). Ukazuje se, že k pocitu smysluplného života u osob se schizofrenií mohou přispívat mimo práci také volnočasové aktivity (Eklund et al., 2012).

Velkým problémem pojícím se s problematikou závažných duševních onemocnění je bezdomovectví. Mnoho osob bez domova má zároveň duševní onemocnění. Je ale velice obtížné zjistit o jak velké počty osob se jedná. Metaanalýza článků věnující se problematice duševních onemocnění mezi lidmi bez domova ve vysoko příjmových státech ukázala, že zhruba 76 % těchto osob má duševní onemocnění. Přibližně 12 % z nich trpí schizofrenií a dalších 12 % těžkými epizodami deprese. (Gutwinski et al., 2021). V letech 2002-2003 proběhlo dotazníkové šetření mezi pražskými lidmi bez domova s účelem zjistit výskyt duševních onemocnění u této skupiny. Z celkového souboru 22 % z nich uvedla, že se v minulosti léčila v psychiatrické léčebně. Psychotické příznaky byly zjištěny u 7 % mužů a 18 % žen (Dragomirecká et al., 2004). Studie však nebrala v potaz např. skupinu poruch osobnosti a byla provedena ještě před začátkem reformy psychiatrické péče. V bakalářské práci věnující se sociální práci s osobami s duševním onemocněním bez domova uvádí Šnévajsová (2009) také problematiku nedostatku sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním, konkrétně zmiňuje nedostatek návazných ambulantních služeb. Této problematice se budu věnovat v kapitole **3.2 Komunitní služby pro osoby s SMI v České republice**.

Závažná duševní onemocnění mají multidimenzionální vliv na život jedince, ale i na život rodiny, na komunitu i na celou společnost. Rodiny, které mají v péči člověka se

závažným duševním onemocněním, čelí významným výzvám, protože tato role zásadním způsobem ovlivňuje jejich každodenní život i celkovou pohodu. Rodiny osob se závažným duševním onemocněním mohou zažívat emoční, finanční i fyzickou zátěž. Metaanalýza článků věnující se dopadu SMI na rodiny těchto osob odhalila, že rodiny se potýkají s problémy fyzickými (nespavost, bolesti hlavy, extrémní únava), psychickými (deprese a další duševní obtíže) i socioekonomickými (nižší pravděpodobnost uzavření manželství a vyšší rozvodovost). (Fekadu et al., 2019)

Rodiny osob s SMI se potýkají se zátěží plynoucí z péče o člověka s SMI a zároveň s nedostatkem podpory. Zátěž spočívá v tom, že jsou mnohdy nuceni nést břemeno, které je pro ně neúnosné (oběť vlastního života na úkor druhého, nedostatek financí), čelí komplikacím vyplývajícím z vlastních zdravotních a vztahových problémů (obava o vlastní duševní zdraví, hádky v rodině, nefunkční manželství, vliv na děti) a zažívají stres plynoucí ze stigmatizace společností (přehlížení a nedocení péče, strach o budoucnost, nedostatek podpory sociálního systému). Rodiny by potřebovaly posilovat protektivní faktory (pomoc při zlepšení narušených vztahů, hledání způsobu, jak mít více času pro sebe, mít místo na ventilaci emocí, vedení ze strany zdravotnických profesionálů), v rozvoji dovedností a praktické podpory (mít možnost získat informace a praktickou pomoc). Klíčová se ukazuje být edukace a možnost intervence v rodině. Právě takový typ pomoci mohou přinést pracovníci komunitních týmů nebo center duševního zdraví. (Wirsén et al., 2020)

2 Nové přístupy v psychiatrické péči: Reforma psychiatrie a proces zotavení

Lidé se závažným duševním onemocněním v životě čelí mnohým úskalím. V druhé polovině minulého století se postupně začal proměňovat systém péče o tyto osoby. Základní myšlenkou celého procesu změny byla a je proměna směrem k péči, která by vedla směrem začleňování do komunity, do jejich přirozeného prostředí. V následující kapitole uvádím historický exkurz do proměny na základě italského modelu psychiatrické péče, který se do velké míry stal inspirací pro vznik služeb jako je denní centrum, ve kterém proběhlo výzkumné šetření, na němž staví tato práce. V kapitole dále hovořím o reformě psychiatrie v ČR a o konceptu zotavení, jenž je základním paradigmatem této diplomové práce.

2.1 Reforma psychiatrické péče

2.1.1 Franco Basaglia a italský model péče

V šedesátých letech minulého století došlo v Itálii k přelomové změně v péči o osoby s duševním onemocněním, což významně ovlivnil italský psychiatr Franco Basaglia. V té době byly v Itálii běžnou součástí léčby malé pokoje, přivazování k lůžkům, nucené znehybňování, podávání psychotropních látek, ledové koupele, elektrošoky i lobotomie. Lidé, o něž se rodiny nemohly nebo nechtěly starat, byli v těchto podmínkách permanentně izolováni od okolního světa. (Foot, 2015)

Franco Basaglia se stal ředitelem psychiatrického ústavu v Gorizii, kde postupně uvedené praktiky zakazoval. Zároveň šlo o celkovou revoluci v pojetí duševních onemocnění a institucí. Svolával sněmy, kde se mohli pacienti vyjadřovat, sdělovat svá přání, což bylo jakousi Basagliovou modifikací terapeutických komunit. Postupně byli pacienti propuštěni domů, zdi kolem komplexu léčebny byly zbourány. Pacienti mohli jezdit na výlety, jezdit domů a byly jim umožněny návštěvy. Lékaři přestali nosit bílé pláště. Tím se otevřela v Itálii diskuze o humánnosti postupů léčby. (Toresini & Mezzina, 2017) Tyto změny v přístupu s sebou ale přinášely mnohá úskalí. Ačkoli se Basagliovi podařilo udělat změnu, jednalo se o ojedinělý otevřený systém ve světě, kde zbytek zařízení fungoval stále stejně. Zároveň se vůči těmto změnám objevovala velká vlna kritiky ze stran politiků, i v veřejnosti. (Toresini & Mezzina, 2017)

S reformou ústavní léčby pokračoval v severoitalském městě Terst, kde se stal primářem v místní léčebně v roce 1971. Tou dobou se již v Itálii konaly studentské demonstrace a zakládala se patientská hnutí. Základní myšlenkou probíhající reformy se stalo pochopení, že reforma vede směrem ven – z nemocnic, do komunity. Postupně se mu podařilo nemocnici v Terstu úplně uzavřít. (Serapioni, 2019) V roce 1978 byl přijat tzv. Basagliův zákon, který ustanovoval přiklonění se ke komunitnímu systému péče před péčí ve velkých psychiatrických nemocnicích. Jednalo se však teprve o začátek dlouhého procesu, který v Itálii skončil až v roce 1998, kdy vstoupil v platnost nový italský Národní plán pro duševní zdraví. (Toresini & Mezzina, 2017)

Basagliovy myšlenky ale nesahaly jen k zavření velkých léčeben. Usiloval také o redefinování celého systému psychiatrické péče o osoby se závažným duševním onemocněním. Zabýval se celým pohledem na duševní nemoci a záleželo mu na tom, aby se deobjektivizoval pohled na psychicky nemocné pacienty, tedy aby se k pacientům přistupovalo individuálně podle jejich potřeb, nikoli dle odborně stanovených přístupů pouze na základě diagnózy. (Serapioni, 2019)

2.1.2 Úskalí italské reformy psychiatrické péče

Lidé s duševním onemocněním potřebují podporu, bez které je pro ně život mimo nemocnice obtížný. Po návratu těchto osob do rodinného prostředí některé rodiny nevěděly, jak se o své blízké starat, někteří lidé ani rodinu neměli. Ukázalo se, že pokud chceme zavírat velké instituce, je nejprve potřeba vytvořit takový systém služeb, který bude lidem poskytovat podporu po opuštění zdravotnického zařízení. To samé si uvědomil F. Basaglia již v Gorizii a při své reformě v Terstu podle toho postupoval. (Toresini & Mezzina, 2017). Zavírání institucí šlo proto ruku v ruce s přesunem péče do komunitních služeb a center, kam mohli pacienti dále docházet. Tato centra se postupně tvořila po celé Itálii. Basaglia dával dohromady týmy lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a dobrovolníků, kteří se ztotožňovali s jeho myšlenkami. Takto byla založena komunitní centra pro osoby s duševním onemocněním. (Muusse & Rooijen, 2019)

2.1.3 Hlavní principy italské reformy psychiatrie

Mezi hlavní principy úspěchu italské reformy psychiatrie patří odkazování se na hodnoty a vize, které pracovníky při jejich práci vedou. Zároveň je pro ně důležitá týmová spolupráce.

S odlišným smýšlením přichází také odlišný jazyk. Komunitní psychiatrie nevyužívá označení pacient nebo klient, ale spíše uživatelé služeb nebo jednoduše „lidé“. Komunitní psychiatrie osoby neléčí, ale „naplňuje potřeby člověka“. (Muusse & Rooijen, 2019)

Hlavní principy italské reformy lze rozdělit do tří skupin. První z nich je princip holistický. V péči se zaměřují na celou osobnost jedince, nejen na nemoc. Při práci s člověkem se věnuje pozornost jeho potřebám, historické a osobní perspektivě. V úvahu se bere životní příběh a zaměřuje se na cestu k zotavení. Další je princip ekologický, který lze vyjádřit heslem: intervence nenabízí instituce, nýbrž komunita. Služby by měly být stále k dispozici, problémy by se měly řešit v kontextu života klienta, jeho okolí a sociálních skupin. Třetím je princip založený na právech. Lidé s duševním onemocněním mají svá práva, nejen zákonná, ale i sociální jako je např. právo na smysluplnou práci, právo řídit svou cestu k zotavení a další. (Muusse & Rooijen, 2019)

2.1.4 Reforma psychiatrické péče v České republice

V Evropě vznikaly velké psychiatrické nemocnice na přelomu 19. a 20. století. Vývoj v jednotlivých zemích Evropy se začal lišit po druhé světové válce, kdy v tehdejší Československu byl vývoj významně ovlivněn komunistickým režimem. Po roce 1989 pokračovalo Československo v dědictví velkých institucí nejen pro lidi s duševním onemocněním, ale i pro ty s mentálním nebo zdravotním znevýhodněním. Komunistický režim přebíral veškerou péči o tyto osoby a rozbil komunitní význam péče. (Muusse & Rooijen, 2019) K prvním změnám začalo docházet na konci 90. let.

Nejen u nás, ale i v celé Evropě čelily země narůstajícímu výskytu duševních onemocnění. Tato situace byla spojena se stigmatizací a diskriminací osob s duševním onemocněním, neefektivní ústavní péčí, ekonomickými dopady, jako je ztráta produktivity a vysoké náklady na zdravotní péči. Současně se objevovala potřeba sladit politiky duševního zdraví s mezinárodními standardy ochrany lidských práv. V lednu 2005 se Česká republika na ministerské konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO) v Helsinkách připojila k Deklaraci o duševním zdraví a Akčnímu plánu duševního zdraví pro Evropu, jejichž cílem bylo zlepšit duševní zdraví obyvatel a reformovat psychiatrickou péči. Tyto dokumenty prosazovaly integraci duševního zdraví do běžné zdravotní péče, přechod od ústavní ke komunitní péči, ochranu lidských práv lidí s duševními poruchami

a odstranění stigmatizace. Ve stejném roce ČR přijala také Zelenou knihu vydanou v říjnu 2005 Evropskou komisí. Jejím cílem bylo zahájit širší diskuzi o duševním zdraví v Evropě a podpořit členské státy EU v reformách péče o duševní zdraví, a to v souladu s cíli Helsinské deklarace a Akčního plánu WHO. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013)

V roce 2007 výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně) spolu s WHO ČR vyhlásil Národní psychiatrický program 2007 (NPP 2007) na podporu reformy psychiatrické péče, který vycházel z potřeb pacientů v ČR a z dokumentů WHO a EU. Přesto však nebyly podniknuty konkrétní kroky k realizaci těchto cílů. Reforma psychiatrické péče byla schválena až v březnu 2013 jako součást Národního programu reforem 2013, který se zaměřil na hospodářský růst a konkurenceschopnost. Reforma spadá pod Ministerstvo zdravotnictví ČR, které ji vnímá jako výchozí krok k širší komplexní reformě péče o duševní zdraví. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013)

V současnosti je v ČR platný Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030, který je implementačním dokumentem Strategie reformy psychiatrické péče 2013—2023. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017)

2.1.5 Hlavní změny v rámci reformy psychiatrické péče v ČR

Reforma psychiatrické péče v ČR představuje systémovou změnu. Jedná se o proces, který potrvá několik desítek let. Jeho zásadním prvkem je poskytování péče v přirozeném prostředí osob tzv. služby v komunitě. Péče by měla být systematická a poskytována se zaměřením na zotavení člověka. Obecným cílem reformy je zlepšení kvality osob s duševním onemocněním. K dosažení tohoto cíle je nezbytná restrukturalizace služeb, vytváření funkční sítě zařízení poskytujících péči a také změna přístupů a myšlení pracovníků, kteří péči poskytují. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017)

Hlavním z cílů reformy psychiatrické péče v ČR je rozšíření komunitních služeb. Cílem je snížit počet dlouhodobě hospitalizovaných osob a zároveň zvýšit dostupnost ambulantních služeb. Mezi ambulantní služby, které vznikají jsou Centra duševního zdraví a ambulance s rozšířenou péčí. Účelem reformy psychiatrie je, aby paralelně se vznikajícími ambulantními službami komunitního typu došlo k redukci dlouhodobé lůžkové péče. Klienty Center duševního zdraví mají být primárně lidé se závažným duševním onemocněním, což je

skupina osob nejvíce ohrožená institucionalizací a vyloučením z běžné společnosti. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017)

Dalším z významných prvků reformy psychiatrické péče je důraz na multidisciplinární přístup. Pomoc a podpora by měla být poskytována ve všech potřebných oblastech života člověka s duševní nemocí. Spolupráce a koordinace pracovníků by neměla být omezena pouze na úroveň zdravotnického personálu, ale měla by zahrnovat i ostatní služby a probíhat napříč celou komunitou (úřady práce, odbor sociálních a zdravotních služeb aj.). Podstatná je vznikající síť sociálních a zdravotních služeb, která zahrnuje pomoc nejen ve zdravotní oblasti, ale např. v oblasti bydlení, práce nebo vzdělávání. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017)

2.2 Zotavení

„Koncept zotavení je založen na jednoduchém, ale přesto hlubokém uvědomění, že lidé, kterým byla diagnostikována duševní nemoc, jsou lidské bytosti.“

Patricia Deegan

Současná péče o osoby se závažným duševním onemocněním je charakteristická tím, že je často na nemoc zaměřená. Alternativní přístup nabízí koncept zotavení (recovery). Odborníci hlásící se k tomuto konceptu nezavrhují tradiční přístupy, ale spíše zdůrazňují potřebu změny perspektivy. Reforma psychiatrické péče v České republice předpokládá směřování k modelu biopsychosociálního, jehož součástí, kterého je i koncept zotavení (viz níže). Denní centrum, o němž pojednává praktická část práce, je založeno na kultuře zotavení. Princip zotavení je zároveň i paradigmatem, které stojí v pozadí celé diplomové práce.

Anthony nahlíží na zotavení jako na „hluboce osobní, jedinečný proces proměny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí jednotlivce. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes omezení způsobené nemocí. Recovery obsahuje uchopení nového významu a smyslu života člověka tak, jak tento člověk překonává katastrofické důsledky svého duševního onemocnění.“ (Anthony, 1993). Je možné, že někteří lidé se schizofrenií nikdy nepřestanou slyšet hlasy. Lidé s poruchami osobnosti budou mít i nadále

obtížně zvládnutelné emoční propady. Rozdíl je ale ten, že zotavení nepředpokládá ústup symptomů a tradiční „uzdravení“. Proces zotavení předpokládá, že člověk i přes nástrahy života dokáže znova žít naplněný život.

Psychologické modely definují zotavení jako „vytvoření naplněného a smysluplného života a pozitivního vnímání identity založeného na naději a sebeurčení.“ (Andresen et al., 2003) Také byly identifikovány čtyři klíčové komponenty zotavení:

- (i) nalezení naděje,
- (ii) předefinování identity,
- (iii) nalezení smyslu života a
- (iv) převzetí odpovědnosti za zotavení.

Zotavení lze chápat jako proces, který probíhá v pěti fázích:

- (1) Moratorium je počáteční fáze charakterizovaná nejistotou, zoufalstvím, zmatením identity a ochranným stažením se do sebe.
- (2) Uvědomění představuje moment, kdy si jedinec začíná uvědomovat, že ne všechno je ztraceno a že zotavení je možné.
- (3) Příprava spočívá v učení se o duševním onemocnění a rozvíjení porozumění vlastním silným i slabým stránkám.
- (4) Obnova zahrnuje stanovování cílů, zvládání nemoci a přebírání kontroly nad vlastním životem.
- (5) Růst je považován za konečnou fázi zotavení, kdy jedinec získává odolnost vůči neúspěchům, umí se starat o své duševní zdraví a udržuje si pozitivní pohled na život. (Andresen et al., 2003)

Dalším podstatným rysem zotavení je opuštění identity nemocného a nahrazení směrem k pozitivně a vrstevnatě vnímané identitě (nejsem jen „schizofrenik“, ale také manžel, kamarád a fanoušek Slavia Praha). (Corin & Lauzon, 1992; Davidson & Strauss, 1992). Právě změna ve vnímání self se ukazuje být jako klíčový prvek zotavení. Studie Buckley-Walker et al. (2010) se věnovala změnám ve vnímání self u osob v procesu zotavení. Vnímání vlastního „ideálního já“ bylo spojeno s pokročilejší fází zotavení

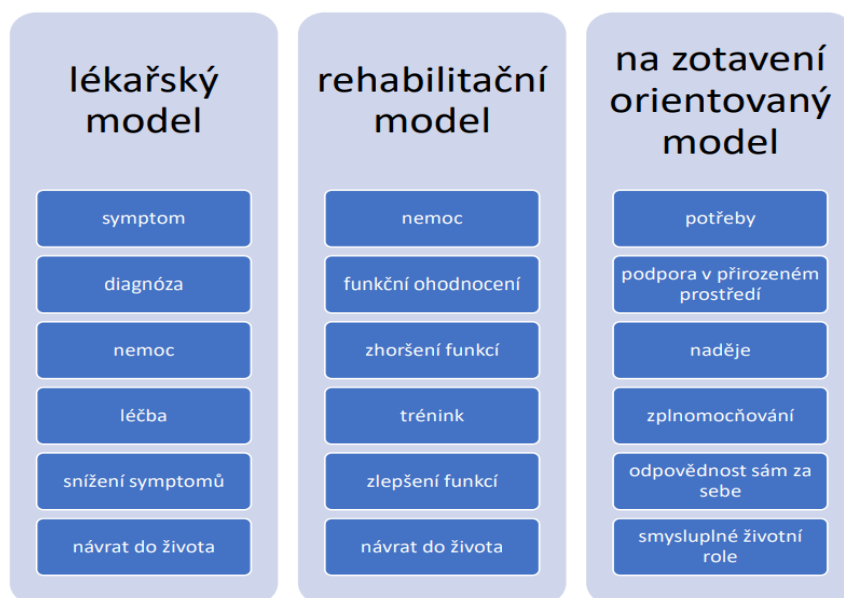
ve srovnání s vnímáním „osoby s duševním onemocněním“. Aktuální vnímání sebe sama bylo nejpodobnější vnímání „obvyklého já“ a nejméně podobné vnímání „osoby s duševním onemocněním“. Silnější identifikace s „ideálním já“ odrážela vyšší míru naděje na zotavení. Právě proměna identity se zdá být klíčovým prvkem procesu zotavení.

Mark Ragins popisuje tři nezbytné procesy, které musí nastat, aby služby poskytovaly na zotavení zaměřenou péči. Právě tyto procesy v kombinaci s myšlenkami italské reformy psychiatrické péče stojí v myšlenkovém pozadí pracovníků denního centra, kde proběhlo výzkumné šetření. Je potřeba přejít od péče, která je zaměřená na nemoc k péči **zaměřené na člověka**. Snaha pomáhajících profesionálů by se neměla zaměřovat pouze na léčbu nemoci a zmírnění symptomů. Snaha by se měla přeměnit na holistickou službu zaměřenou na člověka, která jim pomůže znovu přebudovat život. Zotavení totiž není dílem nemoci, ale člověka. Druhým nezbytným procesem změny je proces změny vztahu mezi odborníkem a klientem. Důležité je posunutí se od vztahu odborník-pacient, kde odborník říká, co je a není vhodné a jak má léčba vypadat, směrem k **partnersky laděnému vztahu**. Vztah by se spíše měl postavit na individualizovaném vztahu, který zplnomocňuje klienta a buduje jeho pocit odpovědnosti. Odborníci nemohou zotavení v klientovi vytvořit, zodpovědnost za proces zotavení je v rukou klienta a odborník je spíše partnerem na této cestě. Třetím procesem je přechod od na deficit zaměřeného pohledu na člověka na péči, která je zaměřená na **silné stránky člověka**. Důležité je budování silných stránek jedince a naslouchat jeho motivaci. Lidé se nezotavují proto, že odborníci vyléčí to, co je s nimi v nepořádku. Lidé se zotavují proto, že si vytvoří protektivní faktory a zvýší svou resilienci. (Ragins, 2024) Světová zdravotnická organizace v roce 2021 definovala transformaci služeb zaměřených na péči o osoby s duševním onemocněním směrem k péči zaměřené na člověka a stanovila zotavení jako prioritu (Světová zdravotnická organizace, 2021).

Vzhledem ke stále zvyšujícímu se počtu studií věnujících se zotavení byla v roce 2011 provedena metaanalýza Leamyho a kolektivu. Ti skrze obsahovou analýzu 87 článků o zotavení měli za cíl stanovit mimo jiné i procesy charakteristické pro zotavení. Autoři uvádí pět kategorií – **sounáležitost, naděje a důvěra v budoucnost, identita, životní smysl a zplnomocnění**. Nejčastěji se ve studiích objevoval proces zplnomocňování, který byl uveden v 79 z 87 studií. Součástí tohoto procesu je pocit osobní zodpovědnosti,

kontroly nad životem a zaměření na silné stránky člověka. Z 87 studií 75 obsahovalo procesy související se sounáležitostí, což se ukazuje jako význačný proces podílející se na zotavení. Podstatné se ukazovaly být peer podpora a podpůrné skupiny, vztahy, podpora od jiných a pocit, že lidé někam patří. Další kategorií byla naděje a důvěra v budoucnost, která zahrnovala víru v možnost zotavení, motivaci ke změně, podpůrné vztahy, pozitivní myšlení, oceňování úspěchů a také sny a ambice. Důležitou kategorií byla identita, jejíž součástí k byly role, které lidé zastávají, vypracování pozitivní identity („co umím, v čem jsem dobrý?“) a překonání stigma. Poslední byla kategorie životního smyslu, do níž patří nalezení smyslu zkušenosti duševního onemocnění, spiritualita, kvalita života, smysluplný život, sociální role, dosahování sociálních cílů a přebudování života. (Leamy et al., 2011)

Podobné faktory, jako ukázala metaanalýza Leamyho a kolektivu prezentuje Mašínová a kolektiv (Mašínová et al., 2022). Ukazují myšlenkový model, který prezentuje nutnou změnu paradigmatu tak, aby organizace poskytovaly na zotavení zaměřenou péči (**Obrázek 1**).



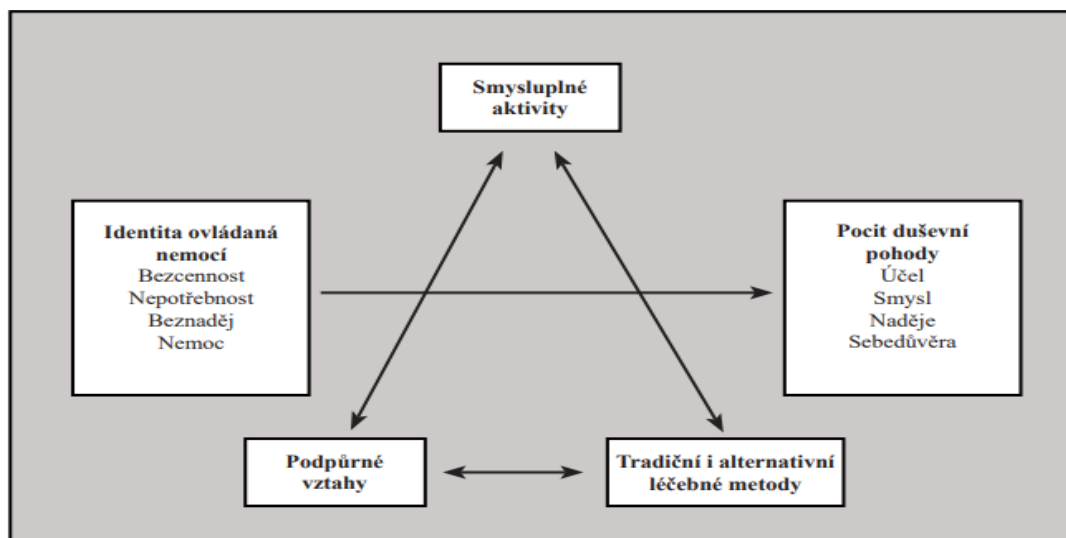
Obrázek 1: Srovnání posunu paradigmatu od lékařského po na zotavení zaměřeného paradigmatu. (Mašínová et al., 2022)

Většina osob se závažným duševním onemocněním nejsou trvale bezmocní lidé, které bychom museli neustále chránit. I když někdy mohou ochranu potřebovat, většinu času jsou schopni mít své sny, naděje, plány a dělat rozhodnutí. Mohou podstupovat rizika a nést

odpovědnost za své činy. Často právě to, před čím je chráníme, jim může přinést změnu, osobní růst, kontakt s realitou, posílení sebedůvěry a v konečném důsledku cestu k zotavení. (Ragins, 1994)

2.2.1 Zotavení a smysluplné aktivity

Mancini a kolektiv (Mancini et al., 2005) se věnovali faktorům, které zotavení lidé se závažným duševním onemocněním považovali za facilitující na jejich cestě, a zároveň také bariérám, které cestu znesnadňovaly. Překážky zotavení zahrnovaly paternalistické a donucovací přístupy v léčebných systémech, lhostejné profesionály, vedlejší účinky léků a psychiatrické symptomy. Za faktory, které naopak zotavení podporovaly, nejvíce uváděli existenci podpůrných vztahů, smysluplné aktivity a účinné tradiční i alternativní léčebné metody. Tyto závěry zdůrazňují význam podpůrných vztahů (**Obrázek 2**). Důležité také je, že někteří lidé nemají dostatečné sociální dovednosti, a proto potřebují v této oblasti podporu. Zároveň je třeba jim pomoci hledat příležitosti k sociálnímu zapojení (Linz & Sturm, 2013)



Obrázek 2: Přesun od identity ovládané nemocí k pocitu duševní pohody skrze smysluplné aktivity, podpůrné vztahy a tradiční i alternativní léčebné metody. Převzato a volně přeloženo z Mancini et al., 2005.

3 Komunitní služby pro osoby se závažným duševním onemocněním

3.1 Zahraniční modely komunitní péče o osoby se závažným duševním onemocněním

3.1.1 Terst

Po uzavření psychiatrické nemocnice v Terstu byla založena komunitní centra duševního zdraví (italsky Centro di Salute Mentale - CSM), přičemž v současnosti existují čtyři. Komunitní centra duševního zdraví mají nepřetržitý provoz a poskytují širokou škálu služeb, jako je krizová intervence, individuální a skupinová terapie, podpora v krizi a krátkodobé pobyty, rodinná podpora, výdej léků, základní socializace, jídlo, ubytování a denní péče. Služby komunitních center mají velice nízký práh, tzn. jsou přístupné téměř kdykoli a bez delších čekacích dob. Charakteristické je také to, že týmy jsou z velké části terénní (za klientem vyjíždí na schůzky tam, kde je třeba). Pro zaměstnance těchto služeb je podstatná týmová spolupráce a hodnotový rámec, který jim poskytuje oporu v jejich práci. Týmy se skládají ze zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychologů, rehabilitačních pracovníků a psychiatrů. (Novák et al., 2017)

Komunitní centra duševního zdraví spolupracují s externími službami, jako jsou sociální družstva, která pomáhají lidem s SMI s pracovními příležitostmi. Dále spolupracují např. s klientskými a rodinnými organizacemi, svépomocnými skupinami a kluby. (Muusse & Rooijen, 2019).

CSM slouží jako kontaktní místa a zároveň jako prostory, kam je možné kdykoli přijít kdykoli během dne, jsou otevřeny pro všechny (Novák et al., 2017). Také je zde příležitost zapojit se do nejrůznějších volnočasových aktivit. Centra pořádají večírky, výlety, cvičení a umělecké a divadelní workshopy. (Frances, 2021)

3.1.2 Švédsko

Od 60. let 20. století začala ve Švédsku reorganizace systému psychiatrické péče, v roce 1995 vstoupila v platnost Refoma psychiatrické péče. Vývoj reformy ve Švédsku je oproti změnám v České republice napřed a odpovídá průběhu reformy v západních státech. (Stefansson & Hansson, 2001)

Zajímavostí švédského systému psychiatrické péče je povinnost obcí poskytovat denní aktivizační služby pro osoby s duševním onemocněním (Lundqvist et al., 2018). Vzhledem k důležitosti smysluplného trávení dne se aktivity tohoto typu staly ústředním bodem švédských vládních cílů a rehabilitačních programů pro lidi s psychiatrickými obtížemi, jako jsou komunitně zaměřená denní centra (The Swedish National Board of Health and Welfare, 2011).

Tato centra existují dvojího typu a dle švédské vlády je potřeba zřizovat oba. Prvním z nich jsou pracovně orientovaná denní centra, kde účastníci následují individuálně přizpůsobené plány, musí dodržovat pracovní režim, např. vyrábí výrobky určené k prodeji nebo se podílí na úklidových pracích bez nároku na finanční odměnu. Druhým typem jsou denní centra určená k setkávání, socializaci, hraní her, výletům a dalším aktivitám. Existují také centra smíšená, která naplňují charakteristiky obou předcházejících. (Tjörnstrand et al., 2011)

3.2 Komunitní služby pro osoby s SMI v České republice

Člověk s diagnózou z kategorie SMI má k dispozici celou řadu služeb, které mu mohou dopomáhat k plnohodnotnému zapojení se do společnosti. V České republice začala vznikat síť komunitních služeb, již dávno před zahájením reformy psychiatrické péče. Zde tedy nastíním vznik komunitních služeb v České republice. V druhé části kapitoly uvedu konkrétní příklady sociálních služeb, vzhledem k množství a celkovému zaměření práce se budu soustředit primárně na tyto služby na území Hlavního města Prahy.

3.2.1 Síť komunitních služeb v České republice

Komunitní sociální služby jsou opakem služeb institucionálních. Tyto služby pomáhají lidem zapojit se do běžného života. Pracují důsledně individuálně podle potřeb klientů a usilují o jejich sociální začlenění. Služby poskytují podporu pro život v přirozeném prostředí, staví na běžném způsobu života s právy a povinnostmi, které má každý člověk. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2022)

Komunitní péče na našem území má své kořeny již před sametovou revolucí, kdy se začaly hledat cesty k alternativnímu přístupu k lidem s duševním onemocněním. Zakladatelé byli inspirováni myšlenkami F. Basaglii a reformami psychiatrie, které probíhaly v ostatních

státech. V 90. letech začaly vznikat první organizace věnující se komunitní péči. Hlavním cíli byla deinstitucionalizace péče a poskytování služeb osobám s duševním onemocněním mimo zdi psychiatrických léčeben. Dalším z cílů bylo změnit systém psychiatrické péče v České republice, ať již po stránce organizační, tak po stránce samotného financování nastaveného ve prospěch velkých institucí. (Fokus Praha, 2020)

Od 90. let se postupně rozvíjel komunitní systém péče, který fungoval paralelně vedle systému psychiatrické péče, jenž zůstal téměř beze změny. Nové paradigma preferující deinstitucionalizaci ale v průběhu let prostoupilo až do sociálně-zdravotního systému. Jednou ze změn je právě probíhající reforma psychiatrické péče v ČR. V roce 2020 na celorepublikové úrovni působilo 40 organizací věnujících se poskytování komunitní péče. Mezi organizace, které se aktivně podílí na vzniku komunitních služeb, patří např. Bona o.p.s., Fokus Praha, Baobab z.ú., ESET- HELP, z.s, V Pardubickém a Královéhradeckém kraji Péče o duševní zdraví, z.s., v Plzeňském kraji organizace Ledovec, z.s., na jižní Moravě organizace Práh jižní Morava, celorepublikově působí také Fokus ČR sdružující 11 samostatných Fokusů po celé republice. (Ministerstvo zdravotnictví, 2024)

3.2.2 Centra duševního zdraví a komunitní týmy

Komunitní týmy

Komunitní týmy (Kot) jsou týmy složené ze sociálních pracovníků, peer pracovníků a pracovních konzultantů. Klientem komunitního týmu se může stát člověk starší 16 let se zkušeností s duševním onemocněním. Pracovníci pracují jak ambulantně, tak terénně, což je převažující způsob jejich práce. Působnost každého komunitního týmu je územně ohraničena příslušnou spádovou oblastí, tj. oblastí, kde se klient aktuálně vyskytuje. Pracovníci pracují formou case managementu, což znamená, že každý klient má svého klíčového pracovníka, se kterým plánuje péči, a zapojuje se celá síť kolem klienta tak, aby byl naplňován jeho plán zotavení (Ministerstvo zdravotnictví, 2021a)

Typické zakázky, které mohou pracovníci s klientem řešit, jsou hledání bydlení, práce, komunikace s úřady (sociální dávky), navazování na další služby, finanční hospodaření, podpora při zapojení do běžné komunity, podpora v domácím prostředí,

práce s rodinou a blízkými, pomoc při hájení práv a zájmů. Může se jednat i o volnočasové aktivity. (Fokus Praha, 2025)

Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou multidisciplinární týmy složené z části sociální a zdravotní. V rámci části sociální mají stejné složení pracovníků jako mají komunitní týmy. Důležitou součástí týmu jsou zdravotní pracovníci, jako jsou zdravotní sestry, psychologové a psychiatři. Klientem CDZ se může stát člověk starší 16 let se stanovenou diagnózou z okruhu SMI. Pracovníci CDZ, obdobně jako komunitní týmy, působí ve své spádové oblasti, přičemž jejich práce je převážně terénní a probíhá formou case managementu. Zakázky v CDZ jsou nejen sociální, ale i zdravotní. (Ministerstvo zdravotnictví, 2021a)

Ačkoli by CDZ měly po vzoru italského modelu péče poskytovat péči nepřetržitě bez čekací doby (Standard CDZ), je pro pilotní CDZ stanovena minimální provozní doba 40 hodin týdně. (Ministerstvo zdravotnictví, 2021a) V současnosti obvykle klienti dochází na schůzky ve stanovený čas.

Služby CDZ jsou stejné jako služby komunitních týmů. Navíc ale nabízejí např. služby krizové intervence, psychologické poradenství a diagnostiku, sledování celkového zdravotního stavu, zprostředkování psychiatrické a psychoterapeutické péče, podporu při užívání medikace a další. (Ministerstvo zdravotnictví, 2021b)

3.2.3 Zaměstnání

V minulosti byli lidé s SMI často zaměstnáváni v chráněných dílnách a na chráněných pracovních místech. Vývoj následně postupoval přes tréninková místa, podporované zaměstnávání až po současnost, kdy je využívána metoda Individual Placement and Support (IPS) (Fokus Praha, 2020). V rámci IPS doprovází klienta na cestě k hledání a udržení práce pracovní konzultant. Ten pomáhá s hledáním vhodného zaměstnání, ale také s přípravou na pohovor, sestavením životopisu a může poskytovat podporu i při jednání se zaměstnavatelem nebo či přímo na pracovišti. Práci společně hledají na otevřeném trhu práce, přičemž základním výběrovým kritériem jsou individuální preference klienta a jeho silné stránky. (Bejerholm et al., 2015)

3.2.4 Bydlení

V současnosti mohou lidé s SMI využívat služeb case managerů v CDZ/Kot, kteří jim mohou například pomáhat se žádostí o sociální bydlení či s hledáním vhodného nájemního bytu. Dalšími možnostmi jsou např. služby chráněného bydlení, domy s pečovatelskou službou nebo tréninkové bydlení.

Mezi aktuální trendy v oblasti bydlení patří služba Housing First, kterou na území Prahy poskytuje sociální služba Baobab. Koncept Housing First pochází z USA a jedná se o velice úspěšnou formu boje s bezdomovectvím u osob s SMI (ale i jiných cílových skupin). Bydlení je zajišťováno osobám bez domova, které opakovaně pobývají v psychiatrické nemocnici, a to v podobě jednotlivých domácností. Základní myšlenkou je poskytnutí těmto lidem bydlení v co nejkratším čase s podporou sociálních pracovníků, kteří pomáhají s udržením a podporou bydlení. (Woodhall-Melnik & Dunn, 2016)

Další unikátní službou je Recovery house, pobytová služba pro šest osob, která trvá šest měsíců a je určena lidem po první psychotické epizodě. Součástí přístupu v Recovery house je práce s vlastním příběhem, velký důraz je kladen na zapojení celé rodiny, zvýšení odolnosti a sociální sítě na cestě k zotavení. (Fokus Praha, 2024)

3.2.5 Volnočasové aktivity

Volnočasové aktivity mohou lidé s SMI nalézat v klubech (neurčených přímo pro osoby s SMI), svépomocných klubech (Dobré místo z.s., Fokus Praha Klub Mosty), komunitní centra (Fokus Praha Dílna) nebo se může jednat o centra denních aktivit. Mimo Prahu jsou obvykle volnočasové aktivity pořádány pod záštitou CDZ.

Jednotlivé služby se liší nejen programem, ale také tím, jak jsou koncipovány. Některé služby umožňují vstup do centra pouze na aktivitu (např. Fokus Praha Hvězdáři), jiné služby umožňují volné trávení času v centru i mimo časy aktivit (např. Klub Mosty). Rozdíl je i v typech cílových skupin a v tom, zda je nutné se na aktivitu předem objednávat.

3.3 Denní centra

Mé výzkumné šetření proběhlo v denním centru s poměrně jedinečnými ambulantními službami pro klienty s duševním onemocněním. Kvůli anonymizaci centra i organizace, ve které bylo šetření provedeno dále v textu hovořím o vybraném denním centru a vybrané

neziskové organizaci (NO). Vzhledem k odlišnému pojmenování těchto služeb v zahraničí a v České republice používám nadřazený pojem denní centra, který odpovídá zahraničnímu pojmenování „*day centers*“, ačkoli je vybrané denní centrum registrované jako sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením. V druhé části kapitoly se budu věnovat výzkumům, které byly prováděny v denních centrech v zahraničí.

3.3.1 Vybrané denní centrum

Denní centrum, které jsem si zvolila pro výzkumné šetření (dále jen „denní centrum“ nebo „klub“), vzniklo před více než 30 lety. Dříve se jednalo o službu, která měla otevřeno sedm dní v týdnu včetně svátků, v současnosti je služba klientům přístupná pouze ve všední dny. Klienti sem mohou jezdit z celé Prahy i Středočeského kraje, není třeba být klientem žádného spádu. V současnosti se jedná o sociální službu registrovanou jako Sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením (zkratka SAS). Průměrně ji denně navštíví mezi 30-40 klienty. V současnosti má služba nižší stovky aktivních klientů. Cílovou skupinou jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním starší 18 let. Převážnou většinu klientů tvoří lidé s SMI, často se zkušeností s opakovanou hospitalizací. Onemocnění bývá chronického charakteru (pozn. Zaměstnanci sociálních služeb se nemohou ptát na konkrétní diagnózy, smí pouze zjišťovat, zda klient má nebo nemá zkušenost s duševním onemocněním. Klienti obvykle sami sdělí, s jakým typem SMI mají zkušenost). Věkový průměr klientů je zhruba 45 let. Mezi klienty jsou i lidé bez domova, kteří představují pouze menší část. Tým pracovníků je v současnosti složený ze sedmi sociálních pracovníků/pracovníků v sociálních službách, jednoho peer konzultanta a právníka.

Klienti mohou v klubu trávit čas v bezpečném prostředí, účastnit se volnočasových aktivit a zároveň využívat sociální zázemí ve formě sprchy, praček a sušiček. Klientům jsou poskytovány různé formy pomoci v situaci sociální nouze. Pracovníci poskytují také individuální konzultace, v rámci nichž pomáhají klientům předcházet a zvládat krizové situace nebo vyhledávat další služby. Služba poskytuje základní sociální a právní poradenství. V indikovaných případech pracovníci působí také jako case manageri (viz dále).

V současnosti mají klienti možnost účastnit se pestré nabídky volnočasových aktivit. Každý měsíc vychází nový program klubu, který vytváří pracovníci společně s klienty. Mezi pravidelné aktivity patří např. jóga, angličtina, kognitivní cvičení, pravidelná svépomocná setkání klientek a hudební klub. Mezi nepravidelně pořádané aktivity lze zařadit např. výlety, návštěvy diskotéky nebo pořádání seznamky pro klienty. Jednou ročně vyjíždí tým pracovníků se zhruba dvaceti klienty na týdenní rehabilitační pobyt mimo Prahu. Klub rovněž organizuje edukativní aktivity zaměřené na zlepšování sociálních dovedností a nastavování hranic (např. program, kde se klientky učí zdravě nastavovat své hranice, mluví o tématech spojených se ženstvím). V nabídce volnočasových aktivit jsou také divadla a výstavy, přičemž významnou roli hraje spolupráce s projektem Snížit kulturu práh z.s., což je platforma umožňující návštěvy kulturních akcí zdarma pro sociálně znevýhodněné osoby (Snížit kulturu práh, 2024).

Klub slouží k navazování nových vztahů, ale zároveň zde klienti mnohdy v řádech let udržují vztahy, které zde vytvořili. Prostor nabízí místo k trávení společného času bez finanční zátěže, kterou by představovala např. návštěva restaurace nebo kavárny. Vztahy jsou v klubu velkým tématem. Klienti společně s pracovníky slaví Vánoce, vstup do nového roku nebo také své narozeniny.

Klienti zastávali klíčovou roli při formování denního centra již od jeho vzniku. Klienti vždy rozhodovali o tom, jakým způsobem bude program i provoz klubu vypadat. Na základě iniciativy klientů vznikl v minulosti časopis a kapela, jeden čas byla v klubu provozována tréninková kavárna, v níž byli zaměstnání. Dnes se klienti do chodu klubu zapojují skrze pravidelná setkání, kde každý z klientů může říct vyjádřit svůj názor nebo iniciativu v uspořádání aktivity. Pracovníci také aktivně zplnomocňují klienty, což vede k tomu, že si některé aktivity klienti vedou sami, jiné vykonávají za dopomoci pracovníka, a některé jsou plně v rukou pracovníků. Klienti, kteří v klubu tráví více času, mohou mít v klubu svou specifickou roli např. pomoc s údržbou kávovaru, pomoc se zavíráním oken, vaření pro celý klub nebo starání se o tříděný odpad. V rámci výstav mají možnost vystavovat v prostoru svá umělecká díla.

Denní centrum je nízkoprahové. Nízkoprahovost znamená, že je klub přístupný i lidem bez domova, kteří zde mohou využít zázemí v podobě sprchy, pračky, potravinové

pomoci a oblečení. Klienti zároveň mohou v klubu pobývat bez omezení v rámci jeho provozní doby. Nízký práh také znamená, že na většinu aktivit se klienti nemusí předem přihlašovat. Pracovníci jsou schopni řešit zakázky i s klienty, kteří by kvůli obtížím s pravidelným a včasným docházením na schůzky do CDZ/Kot jinak neměli možnost tyto služby využít. Pracovníci tedy v indikovaných případech pracují i jako klíčoví pracovníci formou case managementu.

3.3.2 Význam denních center

Smysluplná každodenní činnost a pocit užitečnosti jsou opakovaně uváděny jako klíčové faktory pro zotavení a nalezení smyslu života u lidí s duševními obtížemi (Argentzell et al., 2012; Mancini et al., 2005). Výzkumů zaměřujících se na denní centra pro osoby s duševním onemocněním je obecně velice malé množství (Catty et al., 2007; Eklund & Tjörnstrand, 2013).

Ukazuje se, že lidé, kteří navštěvují denní centra, zde mohou rozšiřovat svou sociální síť (Catty et al., 2005a). Zároveň jim tato centra poskytují dlouhodobou a flexibilní podporu, která je zvláště významná pro ty, kteří by se jinak ocitli v sociální izolaci (Catty et al., 2005b).

Švédská studie věnující se významu zapojení v denních centrech pro osoby s psychiatrickým znevýhodněním měla za cíl zjistit, jak se klienti v denních centrech zapojují do aktivit a jak své zapojení prožívají. Jednalo se o kvalitativní výzkum, do kterého bylo zapojeno šest denních center ve Švédsku. Klienti ve studii, ve věku od 18 do 65 let, navštěvovali denní centrum po dobu minimálně jednoho měsíce, minimálně 4 hodiny týdně. Ve studii byla zahrnuta dvě centra orientovaná na získání pracovních zkušeností, dvě zaměřená jako místo setkání a dvě naplňující charakteristiky obou. Klienti skrze rozhovor s pracovníkem vyplňovali deníkový záznam za předchozí den, do něhož zaznamenávali, jaké činnosti vykonávali, s kým je dělali a jak je vnímali. K analýze dat byla využita metoda tematické analýzy. Celkem se studie zúčastnilo 88 klientů služby. Průměrný věk klientů byl 45 let, ve vzorku převažovali muži (52:36), jednalo se o klienty s onemocněním z okruhu psychóz (45 %), afektivních poruch (21 %), neuróz (20 %) a ostatních (14 %). Většina klientů žila sama (85 %) ve vlastním bydlení (93 %). (Tjörnstrand et al., 2013)

Hlavním tématem vyvstávajícím ze studie bylo téma **pocitu pospolitosti a získávání kompetencí**. Klienti ocenili strukturu dne, společnost druhých lidí, možnost mít kam jít, učení se novým věcem, přebírání zodpovědnosti za činnosti, možnost zapojit se do aktivit centra, což zvyšovalo pocity kompetence. Hlavní téma studie bylo rozděleno na pět podtémat. Prvním podtématem byl **pocit sociálního začlenění skrze aktivity center**. Pocity klientů služby zahrnovaly pocity začlenění, dobrý pocit ze společně stráveného času a pocit že jsou potřební. Úskalím tohoto subtématu bylo, že mnohdy se klienti cítí být spolu s ostatními, ale zároveň sami. Dalším podtématem byly **emoční reakce na změny**. Klienti pozitivně reagovali na změny aktivit v rámci centra, ale často měli obtíže se strachy spojenými např. s cestováním do denního centra nebo množstvím lidí v dopravních prostředcích. Významným subtématem bylo **mít rovnováhu a strukturu v každodenním životě**. Klienti reflektovali snahu nalézt rovnováhu mezi činnostmi, které vykonávají pro potěšení, a těmi, které dělají z povinnosti. Podstatný byl pocit, že aktivita je přiměřená schopnostem klienta. Významná byla také struktura dne, kterou pravidelné navštěvování centra umožňuje. Dalším podtématem bylo zvládání **výzev a učení se něčeho nového**. Klienti pociťovali pozitivní i negativní pocity spojené s překonáváním svých strachů spojených s návštěvou centra. Posledním podtématem bylo být **motivovaný skrze podílení se a svěřování zodpovědnosti**. Obecně klienty motivuje mít zodpovědnost za úkoly v denních centrech. Klienti i malé úkoly vnímali jako pracovní úkoly a přistupovali k nim zodpovědně. Přínosné je i dělání těchto úkolů s druhými, což posiluje pocit sounáležitosti ve skupině. (Tjörnstrand et al., 2013)

Podstatným problémem těchto center je rozpor s myšlenkou inkluze osob s duševním onemocněním do většinové populace. Kritici uvádí, že taková centra (pozn. autorky: v tomto případě se jednalo o pracovně orientovaná denní centra) mohou prohlubovat exkluzi těchto osob z většinové populace a vytvářet na službách závislost (Bryant et al., 2004). Jiný pohled na problematiku izolaci osob přináší Pinfold. Uvádá, že lidé s duševním onemocněním čelí dvěma světům, které představují dva extrémy. Na jedné straně sociální izolaci a na druhé komunitní inkluzi, přičemž tyto služby se nacházejí uprostřed. Z tohoto pohledu lze denní centra (autorka hovoří o kontextu komunit) vnímat jako střední cestu, kde se mohou zmiňované protipóly setkat a nabídnout místo, v němž se návštěvníci mohou cítit bezpečně, najít útočiště a získat sebedůvěru, aby byli připraveni čelit novým výzvám. (Pinfold, 2000)

Podobné závěry jako první prezentovaná studie přináší i kvantitativní švédská studie (Eklund & Tjörnstrand, 2013). Studie skrze dotazníkovou metodu zjišťovala motivaci a spokojenost klientů s denními centry. Jednalo se o pracovní i na setkání zaměřená denní centra pro osoby s duševním onemocněním, diagnosticky byly osoby složeny téměř totožně jako v první studii. Studie ukázala, že lidé byli vysoce motivováni denní centra navštěvovat a jejich hlavním motivem pro návštěvu byla **struktura dne a sociální kontakty**. (Eklund & Tjörnstrand, 2013)

První prezentovaná studie zahrnovala celé spektrum osob s SMI, ale zároveň 93 % dotázaných byli klienti, kteří mají vlastní bydlení. Některé osoby, o nichž pojednává tato práce, se v takové situaci nenacházejí. Následující studie měla mezi respondenty i klienty bez domova.

Jiný pohled na klienty denních center přináší německá studie Kilian a kolektiv (Kilian et al., 2001), která se zabývala sociální integrací a využíváním denních center osobami se schizofrenií. Autoři zdůrazňují význam navazování vztahů i mimo tato centra, ale zároveň upozorňují, že z různých důvodů může být pro tyto osoby obtížné se do společnosti zapojit. Na základě míry integrace do většinové populace, která byla zjištěna polostrukturovaným rozhovorem, autoři rozdělili tyto osoby do pěti kategorií. První skupinou byly **integrované osoby**, které měly pravidelný sociální kontakt v různých sociálních prostředích. Mají alespoň jeden blízký emoční vztah, umí navazovat kontakty i se zdravou populací a jsou se svým sociálním životem spokojeni. Většina takových osob se schizofrenií nevyhledává společnost dalších duševně nemocných a služby denních center obecně příliš nevyužívají. Druhou skupinou jsou **lidé orientovaní na integraci**, kteří se necítí plně sociálně integrovaní, špatně se jim navazují vztahy s většinovou populací, většinou z důvodu nedostatku peněz a strachu ze stigmatizace. Zhruba polovina z nich využívá služby denních center. Třetí skupinu tvoří osoby označované jako **konzumenti integrovaní v psychiatrických službách**. Jedná se o duševně nemocné, kteří mají vztahy pouze s dalšími klienty služeb, nemají žádné blízké emoční vztahy a cítí, že nejsou schopni navazovat vztahy s lidmi běžné populace. Služby denních center využívají téměř všichni. Čtvrtou skupinu představují **osoby integrované v rodinném kontextu**, které mají blízký vztah s alespoň jedním členem rodiny a zároveň mají kontakt s ostatními klienty.

Pouze jedna osoba v této skupině navštěvovala denní centra více než jednou měsíčně. Pátou skupinou jsou osoby označitelné jako **dezintegrované**. Jedná se o osoby, které žijí samy a kontakt s druhými nemají. Většina z nich zažívá osamělost a má pocit, že nedokáže vytvářet nové kontakty. Na jedné straně touží po navázání vztahů s dalšími lidmi, ale zároveň jsou odmítáni i ostatními klienty služeb, což je vede k rezignaci. Osoby z této skupiny denní centra téměř nenavštěvovaly. (Kilian et al., 2001)

Nejčastěji služby denního centra navštěvovaly osoby z **druhé** a **třetí** skupiny. Klienti služby, kteří ji navštěvovali alespoň jednou měsíčně byli dotázáni, co zde nejčastěji dělají. **Třetí skupina** klientů preferovala volnočasové aktivity, dále v centru pila kávu a využívala možnost zakoupit si oběd. Oproti nim klienti **druhé skupiny** spíše pili kávu, využívali možnost podpory sociálních pracovníků, méně využívali volnočasové aktivity a možnost zakoupení oběda. (Kilian et al., 2001)

Klienti **druhé skupiny** vnímali denní centrum jako místo podobné kavárně, kde se setkávají s ostatními a v případě potřeby mohou využít služeb podporu sociálních pracovníků. Tento typ klientů se spíše snaží si udržovat odstup od ostatních osob s duševním onemocněním. Pro klienty **třetí skupiny** bylo denní centrum spíše druhým domovem, kde tráví celý den. Službu vnímali více pozitivně, akcentovali pocity přijetí, sociální interakce a možnost trávit zde den. s minimálními finančními náklady. (Kilian et al., 2001)

Výsledky zároveň ukázaly souvislost mezi mírou symptomů a úspěšností sociální integrace. Čím menší množství negativních i pozitivních symptomů onemocnění osoby měly, tím úspěšnější byla jejich integrace do většinové populace. (Kilian et al., 2001)

Studie přinesla zajímavý pohled na problematiku z hlediska typologie osob, které mohou využívat služby denních center. Ukazuje také, že zásadním problémem těchto osob jsou právě nedostatečné sociální dovednosti. Zajímavé je také rozdělení klientů na ty, kteří do klubu docházejí především za volnočasovými aktivitami a sociální interakcí a na ty, kteří spíše využívají možnost trávit čas v klubu. Limitujícím faktorem je, že je jedná pouze o osoby se schizofrenií.

Další studií je švédská studie Sutton a kolektivu (Sutton et al., 2019). Tato studie se zaměřila na propojení konceptu zotavení a denních center. Longitudinální studie trvající 15

měsíců měla za cíl zjistit vnímanou změnu v míře zplnomocnění a také prozkoumat, zda faktory jako vnímané sebevědomí, kvalita života, sociodemografické údaje, diagnóza, typ programu a míra zapojení do činnosti centra mohou predikovat budoucí zplnomocnění. (Sutton et al., 2019)

Studie ukázala, že nedošlo v čase k žádným změnám v pocitu zplnomocnění klientů (ke zjištění byly použity dotazníkové sebereportovací metody). Jako prediktory pocitu zplnomocnění se ukázalo být sebevědomí a míra zapojení se v denních centrech. (Sutton et al., 2019)

Autoři uvádí možnost, že účastníci této studie upřednostňovali sociální podporu a útočiště před osobním rozvojem zaměřeným na cíle. Další výzkumy denních center zjistily, že uživatelé služeb si cení možnosti mít bezpečné místo, kam mohou jít, přijímat neformální podporu od vrstevníků a mít strukturu prostřednictvím „nenáročných“ společenských aktivit (Bryant et al., 2005).

Jako další potenciální příčinu tohoto výsledku autoři uvádí možnost, že vnímané zplnomocnění se může lišit v závislosti na kontextu. Úroveň zplnomocnění se mohla zvýšit v kontextu denního centra, aniž by to ovlivnilo vzorce činností a úroveň posílení v širším životním kontextu. To by platilo zejména v případě, že účastníci mají málo zdrojů, a i nadále se cítí utlačováni a stigmatizováni mimo denní centrum. (Sutton et al., 2019)

Praktická část

4 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Z literatury vyplývá, že k zotavení osob s duševním onemocněním může přispívat pocit smysluplně stráveného času a podpůrné vztahy (Mancini et al., 2005), což mohou poskytovat právě denní centra. Výzkumů zaměřujících se na denní centra pro osoby s duševním onemocněním je obecně velice malé množství (Catty et al., 2007; Eklund & Tjörnstrand, 2013). Cílem práce je popsat, jaký je význam vybraného denního centra pro jeho klienty.

Ve své práci si pokládám tři základní výzkumné otázky a několik podotázek:

Jaký je význam vybraného denního centra pro klienty služby?

Proč klienti do vybraného denního centra chodí?

V čem je pro ně jiné než ostatní služby?

Jak vnímají význam vybraného denního centra pro klienty jeho zaměstnanci?

V čem vidí specifika dané služby?

Jak vnímají význam vybraného denního centra pro klienty pracovníci jiných služeb vybrané NO?

Jaké jsou podle nich výhody centra?

Jaké jsou podle nich limity dané služby?

5 Metodologie

5.1 Pozice výzkumníka a paradigmatické zázemí

V rámci zachování transparentnosti studie je podstatná reflexe pozice výzkumníka a jeho paradigmatického zázemí, které by mohlo ovlivnit výsledek studie (Berger, 2015). Vybrané denní centrum, ve kterém byla studie realizována, je zároveň centrum, ve kterém pracuji jako sociální pracovnice. Všichni respondenti z řad pracovníků vybraného denního centra jsou moji kolegové. Všichni respondenti z řad pracovníků vybrané NO jsou zaměstnanci stejné organizace. Vybraní klienti jsou klienty vybraného denního centra, kde pracuji.

Klienti mě vnímají primárně jako pracovníci denního centra, nikoli jako výzkumnici. To se projevilo ve výběru participantů, který popisuji v kapitole **5.2.1 výběr vzorku**.

Ráda bych zmínila možné výhody výzkumu vedeného v centru, kde jsem sama zaměstnancem. Klienti vybraného denního centra mohou mít obtíže s důvěrou v cizí osoby, což se může projevat ve snížené otevřenosti vůči výzkumníkovi. Být součástí výzkumného terénu zároveň umožňuje zachytit hlubší porozumění kontextu a nuancím. Znalost terénu může pozitivně ovlivnit např. výběr vzorku, protože umožňuje co největší možnou variaci vzorku, o kterou jsem se v práci snažila.

Nyní bych ráda zachytila své představy o možných významech vybraného denního centra, které jsem sepsala 10 měsíců před zahájením empirické části práce s vědomím, že mé prekoncepty mohou negativně ovlivnit výsledek práce. „Představuji si, že klub může mít významy od čistě praktických (sprcha, vaření aj.) až po velice skryté významy, jako je např. zlepšení kvality života, vztahů klienta aj. Dále si myslím, že význam komunity, která se v klubu vytváří, je pro osoby s SMI nesporná, ačkoli literatura často hovoří o snížené sociabilitě těchto osob. Také si myslím, že význam bude individuálně velice odlišný.“

Z hlediska paradigmat a osobní filosofie je mi blízký koncept Zotavení a daseinsanalytický přístup, který se vyznačuje fenomenologicky hermeneutickým způsobem myšlení. Přístup vychází z filosofie, především z díla Martina Heideggera a Edmunda Husserla.

5.2 Výzkumný vzorek

5.2.1 Výběr vzorku

Při výběru participantů do studie jsem se snažila vybrat vzorek tak, aby bylo možné zachytit co největší možnou variabilitu významu klubu. Cílem diplomové práce je zachytit význam denního centra pro klienty klubu. Protože některé významy mohly být pro klienty hůře uchopitelné a zároveň jsem usilovala o co nejširší pohled na zkoumané téma, rozhodla jsem se zařadit tři různé skupiny respondentů. Participanty jsem vybírala z řad zaměstnanců vybraného denního centra, také z řad zaměstnanců vybrané NO a z klientů denního centra. Pohled na význam denních center pro klienty s SMI ze strany zaměstnanců je v literatuře neprozkoumán, ačkoli by mohl data obohatit o nové pohledy. Z toho důvodu jsem se do výzkumu rozhodla zařadit právě zaměstnance vybrané NO.

Výzkumný vzorek všech tří skupin participantů byl vybrán metodou nenáhodného výběru respondentů, kdy si výzkumník vybírá respondenty podle určité vlastnosti a ochoty se zúčastnit výzkumu (Miovský, 2006). Metoda byla vybrána proto, že jsem v práci chtěla zachytit variabilitu vzorku, což by náhodný výběr nemusel umožnit (např. bych vybrala čtyři klienty, kteří klub využívají obdobným způsobem). Jako typ vzorkování bylo využito vzorkování maximální variace, které spočívá v hledání odlišných zdrojů. Právě toto vzorkování může zajistit co nejpřesnější dokumentaci variací jedinců a kontextu (Miles & Huberman, 1994).

Záměrný výběr respondentů vytváří silná data tím, že se vybírají respondenti s bohatým množstvím informací, které do výzkumu vnáší. V případě náhodného výběru by takový výběr byl slabinou, ale v kvalitativním výzkumu přináší záměrný výběr vhledy a hlubší porozumění spíše než empirická zobecnění (Patton, 2015). Při výběru respondentů z řad zaměstnanců vybraného denního centra jsem zohlednila svou znalost konkrétních osob, abych mohla zachytit různé pohledy na význam této služby. Záměrně jsem vybírala jak ty, kteří se v oblasti konceptu zotavení aktivně vzdělávají, tak i ty s nižší mírou zapojení do této problematiky. Současně jsem přihlížela k individuálním odlišnostem, jako je věk, délka praxe či předchozí zkušenosti s cílovou skupinou. Dalším kritériem výběru zaměstnanců byla pracovní zkušenost ve vybrané NO po dobu alespoň šesti měsíců.

Zaměstnance vybraného denního centra jsem oslovovala osobně s vysvětlením výzkumu a jeho významu.

Při výběru respondentů z řad zaměstnanců vybrané neziskové organizace jsem záměrně zahrnula pracovníky z různých týmů, abych zachytila širší spektrum zkušeností a perspektiv. Jako kritérium výběru jsem zvolila zaměstnance, s nimiž se osobně znám pouze okrajově, ale zároveň jsem věděla, že do vybraného denního centra indikují klienty ze své služby. Centrum v minulosti navštívili, případně jej navštěvují společně s klienty, a zároveň v dané neziskové organizaci pracují alespoň šest měsíců. Zaměstnance ostatních služeb jsem oslovila e-mailem nebo telefonicky s nastíněním výzkumu a jeho významu.

Klienty daného denního centra jsem vybírala tak, aby reprezentovali různé způsoby využívání služby – například podle frekvence docházky, zaměření na nízkoprahové prvky klubu či účasti pouze na volnočasových aktivitách. Jako kritérium výběru jsem určila, aby klient službu využíval minimálně po dobu půl roku, byl dlouhodobě stabilizovaný a zároveň nejsem jeho/její klíčovou pracovnící. Také jsem na základě rozhovoru s pracovnící jiné služby vybrané NO skrze metodu sněhové koule indikovala k rozhovoru klientku, která do klubu půl roku chodila, ale přestala chodit, ačkoli nadále využívá služby pracovní konzultantky. Klientka byla nejprve oslovena s nabídkou na účast pracovnící a následně jsem s klientkou skrze e-mailovou domluvu domluvila datum rozhovoru. Rozhovory se všemi třemi skupinami participantů probíhaly v prostorách denního centra.

5.2.2 Popis vzorku

Můj výzkumný soubor se skládal z deseti participantů. Tři zaměstnanců a zaměstnankyň vybrané NO, tři zaměstnanců a zaměstnankyň vybraného denního centra a čtyř klientů a klientek vybraného denního centra. Podrobnější informace o participantech jsem zařadila do kapitoly **6 Představení participantů**.

5.3 Metody sběru dat

5.3.1 Kvalitativní design

Práci jsem se rozhodla vést v kvalitativním designu. Miovský, (2006) uvádí, že právě kvalitativní přístup je vhodný při výzkumu, který si klade za cíl zachytit idiografickou povahu skutečnosti. Kvalitativní design práce dle mého názoru dokáže lépe zachytit osobní

význam vybraného denního centra pro klienty. Původním záměrem práce bylo vytvořit případovou studii, která by skrze kvalitativní design popsala jedinečné vlastnosti denního centra. V průběhu psaní práce jsem se z etických důvodů rozhodla svůj původní záměr změnit (viz kapitola **5.5 Etika výzkumu**).

5.3.2 Polostrukturovaný rozhovor

Rozhovory se všemi participanty probíhaly formou polostrukturovaných rozhovorů, které mi přišly vhodné, jelikož obsahují předem připravené otázky a zároveň nechávají témata emergovat (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Předem jsem si stanovila tematické okruhy rozhovoru a nechala jsem vyvstávat další témata, která se v průběhu rozhovorů ukazovala. Okruhy se lišily pro všechny tři skupiny dotazovaných. Ukázku otázek v rozhovoru uvádím v **Příloze 3**. Rozhovory probíhaly v prostorách vybraného denního centra po předchozí domluvě. Sběr dat se uskutečnil od listopadu 2024 do února 2025. Rozhovory byly po celou dobu nahrávány a následně přepsány. Ukázky jednotlivých prepisů jsou uvedeny v příloze práce. Z etických důvodů neuvádím ukázky všech respondentů viz kapitola **5.5 Etika výzkumu**.

5.4 Tematická analýza

Pro zpracování dat jsem zvolila metodu tematické analýzy, která slouží k organizaci a popisu dat. V rámci tematické analýzy je možné na data pohlížet z různých úhlů, analýza je zároveň velice flexibilní (Braun & Clarke, 2012)

Analytický proces jsem provedla tak, jak ho uvádí Braunová & Clarkeová (2012):

1. Fáze seznamování s daty, opakované pročitání, hledání významů, tvorba prvních kódů
2. Generování počátečních kódů, hledání opakujících se vzorců
3. Hledání témat, třídění, porovnávání kódů do potenciálních témat
4. Přezkoumání témat, ujasňování hranic témat
5. Definování a pojmenování témat
6. Shrnutí a napsání zprávy

V rámci zpracování dat jsem provedla analýzy všech tří skupin participantů zvlášť. U každé skupiny jsem nejprve rozhovory opakovaně pročítala a tvořila prvotní kódy. Poté jsem začala hledat témata, která jsem třídila a porovnávala. Pro konkrétní skupinu participantů jsem vydefinovala kódy, které jsem řadila do vznikajících témat a podtémat. Některé kódy jsem slučovala do nadřazených kódů, např. kódy pro různé volnočasové aktivity jsem shrnula do kódu volnočasové aktivity. Poté jsem opakovaně přezkoumávala témata, abych se ujistila, že kódy jednotlivých skupin respondentů opravdu sytí dané téma (v **Tabulce 1** uvádím příklady kódů pro tři skupiny respondentů v tématu 1). Nakonec jsem vydefinovala a pojmenovala čtyři získaná témata, jedno vzniklé podtéma a hlavní téma práce (**Tabulka 2**). V rámci témat v kapitole **7 Prezentace a analýza** dat ukazují odlišnosti a podobnosti pohledu tří skupin participantů. Hlavní téma práce vzniklo syntézou a hledáním hlubšího významu všech aspektů, které se v práci ukázaly. Z tohoto důvodu ho prezentuji až v kapitole **8 Diskuze**.

Téma	Skupina participantů	Příklady kódů
Pocit kompetence a smysluplně stráveného času	Klienti	Volnočasové aktivity, těžké zažít úspěch, pocit úspěchu v klubu i mimo, znovunalezení aktivit, denní režim, vstup do klubu
	Zaměstnanci vybrané NO	Volnočasové aktivity, denní režim, vstup do klubu, zplnomocňování
	Zaměstnanci denního centra	Volnočasové aktivity, denní režim, vstup do klubu, zplnomocňování, limity zplnomocňování

Tabulka 1: Příklady kódování tématu Pocit kompetence a smysluplně stráveného času pro tři skupiny respondentů

Hlavní téma	Téma	Podtéma
Víc než jen SASka	Pocit kompetence a smysluplně stráveného času	
	Nízkoprahovost – jednoduchá dostupnost	
	Komunita	Na pomezí dvou světů
	Respektující přístup	

Tabulka 2: Představení hlavního tématu, témat a podtémat

5.5 Etika výzkumu

Vzhledem k tomu, že se jedná o výzkum, který může přinášet etická rizika, věnovala jsem etickým aspektům práce zvýšenou pozornost. Před zahájením výzkumu byly zvažovány aspekty týkající se cílové skupiny, možného poškození pracovních vztahů, psychologicky náročná témata v rozhovorech, možné poškození třetí strany a střet zájmů. Nyní se vyjádřím k tomu, jakým způsobem byla ošetřena možná rizika.

Před zahájením byla kontaktována ředitelka centra a vedoucí denního centra, kteří byli podrobně seznámeni s průběhem a významem výzkumu a výzkum schválili. Informace o probíhajícím výzkumu byla záměrně sdělena pouze osobám, které byly přímo osločovány k účasti jako potenciální participantky a participant, aby bylo minimalizováno riziko nepřímé identifikace a zachována důvěrnost výzkumného procesu v prostředí služby. Následně jsem připravila dvě verze informovaného souhlasu – jeden pro obě skupiny pracovníků vybrané NO a druhý pro klienty. Informovaný souhlas pro klienty byl psán ve zjednodušené podobě a před zahájením rozhovorů jsem vždy klientům důkladně vysvětlila, o jaký výzkum se jedná a jaký je jeho význam. Během rozhovorů jsem zdůraznila, že rozhovory vedu z pozice studentky psychologie, nikoli pracovnice centra. Všichni participant rozhovorů byli seznámeni s tím, že rozhovory nahrávám a také s tím, že budu rozhovory následně anonymizovat, převádět do písemné podoby a zvukové stopy budu mazat. Plné znění informovaných souhlasů je přiloženo v příloze práce (**viz Příloha 1 a 2**).

Dále jsem zvažovala cílovou skupinu práce, která je z podstaty křehká, a mohla by se zde objevit psychologicky náročná témata. Vybírala jsem pouze klienty, kteří jsou dlouhodobě stabilizovaní. Všichni participant byli před rozhovory upozorněni, že o čemkoli, co je pro ně náročné, mluvit nemusí, rozhovor mohou kdykoli ukončit. Během rozhovorů jsem se ujišťovala, zda nepřekračuji hranici citlivosti. Předem jsem domluvila možnost využití krizové intervence v rámci vybrané NO v případě psychické dekompenzace respondenta (např. při dotazech na demografické údaje by se mohly objevit traumatické vzpomínky). Také jsem se před rozhovory ujistila, zda klient nemá omezenou svéprávnost.

Možné poškození pracovních vztahů a vztahu s klienty jsem ošetřila tím, že jsem záměrně vybírala jako participanty klienty, se kterými se znám, ale nejsem jejich klíčový pracovník, tudíž s nimi přímo nepracuji. V případě pracovníků z vybrané NO jsem záměrně

vybírala pracovníky, se kterými nemám bližší vztah. Vždy jsem zdůrazňovala dobrovolnost v účasti a možnost odmítnout pokračovat v účasti.

Možné poškození jména organizace a třetích stran jsem ošetřila skrze důkladnou anonymizaci. V práci neuvádím záměrně věk participantů, jakékoli názvy např. třetích institucí a dalších, ani názvy měst a vlastní jména, popř. jsem jména změnila. Také v rámci anonymizace mohlo dojít ke změně prezentovaného pohlaví participanta. Některé specifické údaje, který by mohly vést k odhalení identity participantů jsem záměrně vynechala nebo pozměnila. Vzhledem k tomu, že by design práce jako případové studie mohl způsobit odhalení jednotlivých participantů, jsem se rozhodla vést studii takto. Veškeré etické aspekty práce jsem průběžně konzultovala se školitelkou práce.

Vzhledem k tomu, že při hledání pasáží v rozhovorech nebylo téměř možné ani po důkladné anonymizaci zajistit plnou ochranu anonymity respondentů jsem se rozhodla, úryvky z rozhovorů s klienty do příloh práce nezařazovat. V přílohách (**Příloha 4-9**) jsou k dispozici úryvky rozhovorů s pracovníky denního centra a vybrané NO.

6 Představení participantů

V rámci rozhovorů jsem měla celkem tři skupiny participantů. První skupina participantů sestávala ze zaměstnanců vybraného denního centra, druhou skupinu tvořili zaměstnanci jiných služeb vybrané NO a třetí skupinou byli klienti vybraného denního centra. Jako první představím respondenty z řad zaměstnanců vybraného denního centra. Kvůli anonymizaci použiji označení Z 1-3 (zaměstnanec 1-3). Vzhledem k nízkému počtu zaměstnanců a možné identifikaci jsem se rozhodla uvádět o zaměstnancích vybraného denního centra pouze údaje, na jejichž základě je nelze identifikovat (viz kapitola **5.5 Etika výzkumu**).

První zaměstnanec vybraného denního centra (Z1) působí v dané službě několik let a má předchozí zkušenost s prací s lidmi s duševním onemocněním v jiné organizaci. Současnou profesi vnímá jako hluboce smysluplnou. Za hlavní přínos služby označuje nejen možnost smysluplného trávení volného času, ale také společné hledání nových cest s klienty, které podle něj tvoří jedinečnost vybraného denního centra.

Druhá zaměstnankyně vybraného denního centra (Z2) pracuje v daném zařízení dlouhodobě, přičemž předchozí profesní zkušenosti mimo oblast duševního zdraví ji k této práci přímo nepřipravily. Současnou roli vnímá jako možnost být užitečná a oceňuje prostor pro otevřený a lidský přístup ke klientům. Zdůrazňuje, že se do své práce snaží vkládat osobní nasazení a autenticitu.

Třetí zaměstnankyně vybraného denního centra (Z3) působí ve službě řadu let. Za největší přínos své práce považuje možnost neformálního pobývání s klienty a vytváření vzájemné blízkosti. Podle jejího názoru není nutné, aby pracovníci byli odborníky na psychiatrická onemocnění – důležité je nebát se klientů a být s nimi rád. Pomoc klientům podle ní spočívá především v tom, že jim pracovníci věnují čas, jsou přítomní a naslouchají jim.

Další skupinu respondentů tvoří pracovníci jiných služeb dané neziskové organizace. V rámci anonymizace budu používat zkratku ZNO 1-3 (zaměstnanec vybrané NO 1-3).

První zaměstnanec vybrané NO (ZNO1) působí v komunitním týmu vybrané neziskové organizace již několik let. Předchozí zkušenosti získal v oblasti podporovaného zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Za klíčové prvky práce s klienty považuje

partnerský přístup a lidskost. Otevřeně reflektuje, že se v praxi setkává s tématy, která jsou pro něj náročná, ale zároveň považuje za důležité jim věnovat pozornost – například otázku sexuality klientů.

Druhá zaměstnankyně vybrané NO (ZNO2) působí již několik let v komunitním týmu vybrané neziskové organizace. Dříve pracovala v oblasti sociálních služeb a má také zkušenost z prostředí psychiatrické péče. Ve rozhovoru upozorňuje na obtíže spojené s poskytováním podpory lidem se závažným duševním onemocněním v týmu, který neobsahuje zdravotnický personál. Akcentuje důležitost aktivizace klientů, zároveň však vyjadřuje lítost nad tím, že charakter její práce neumožňuje vždy zachovat tak nízkoprahový přístup, jaký by považovala za ideální.

Třetí zaměstnankyně vybrané NO (ZNO3) působí několik let na pozici pracovní konzultantky v komunitním týmu, přičemž předchozí profesní zkušenosti mimo oblast duševního zdraví ji ke kontaktu s touto cílovou skupinou přímo nepřipravily. Za důležité ve své práci považuje nesoudící přístup ke klientům a zároveň možnost poskytovat konkrétní a praktickou podporu, například formou předávání informací. Zdůrazňuje také význam časové kapacity – oceňuje, že má prostor věnovat se klientům individuálně. V rámci rozhovoru se objevila zmínka o jedné z klientek, která později přestala navštěvovat klub. V případě jejího souhlasu bude s touto klientkou realizován individuální rozhovor.

Nyní představím jednotlivé participanty výzkumu z řad klientů. Celkem se jedná o čtyři participanty. V rámci anonymizace budou označení K1-K4.

První klient klubu (K1) dochází do služby dlouhodobě, přestože dojíždí z jiného města a cesta je pro něj časově náročná. Službu navštěvuje pravidelně několikrát týdně. V minulosti prodělal delší psychiatrickou hospitalizaci, kterou popisuje jako psychicky velmi zatěžující. Důležitým stabilizačním prvkem v jeho životě je pracovní činnost, které se věnuje opakovaně během týdne, a která podle jeho slov přispívá k udržení duševní pohody. V rozhovoru reflektuje náročné dětství a smutné životní ztráty. Ve volném čase se věnuje různorodým aktivitám, mezi něž patří např. hudba či pobyt v přírodě. V poslední době začal navštěvovat také jinou službu s volnočasovým zaměřením, která má vyšší práh, avšak zvládá ji bez obtíží. Má zkušenost s paranoidní schizofrenií.

Druhý klient klubu (K2) navštěvuje klub pravidelně již několik let. Do služby začal docházet v období, kdy procházel náročnou životní situací. Zpočátku využíval především nízkoprahové zázemí služby, které mu poskytovalo základní bezpečí a prostor k odpočinku. Postupně se stal součástí komunity a navázal zde významné sociální kontakty. Ve své výpovědi zmiňuje, že se v minulosti potýkal s psychickými obtížemi, které se objevily již v období dospívání a vedly k hospitalizaci. Hovoří také o tom, že v určité fázi života sahal po návykových látkách, na nichž si postupně vytvořil závislost, která trvá do současnosti. Po propuštění z hospitalizace vnímal nedostatek následné podpory a popsal zkušenost s odmítnutím ze strany jiné komunitní služby, které bylo zdůvodněno jeho duální diagnózou. V současné době usiluje o pracovní uplatnění, i když se mu daří spíše příležitostně a krátkodobě zapojit do pracovního procesu.

Třetí klient klubu (K3) začal docházet do služby na doporučení ambulantního psychiatra. Klub navštěvuje pravidelně – účastní se individuálních podpůrných rozhovorů s pracovníkem, zapojuje se do volnočasových aktivit a také do skupinového programu, který vnímá jako prostor přátelství a sdílení. Přesto se v prostorách služby necítí vždy komfortně – zmiňuje obavy z toho, že o něm ostatní hovoří nebo ho pomlouvají, a také strach z možného okradení. Přátelské vztahy však považuje za velmi důležité a oceňuje, že v rámci služby našel lidi, se kterými může být v kontaktu. V průběhu života vystřídal více pracovních pozic, mimo jiné v chráněném zaměstnání a v oblasti administrativy. Hudba hraje v jeho životě zásadní roli – věnuje se jí dlouhodobě a nadále ji rozvíjí ve volném čase, například v rámci komunitních aktivit mimo službu. V rozhovoru reflektuje, že psychické obtíže vnímal již v dětství a že ovlivnily i jeho vzdělávací dráhu, kterou se mu nepodařilo dokončit. V současnosti spolupracuje také s pracovníkem jiné organizace v rámci individuální podpory. Má zkušenost s paranoidní schizofrenií.

Čtvrtá klientka klubu (K4) využívala službu v minulosti pouze po omezenou dobu, a to výhradně za účelem účasti na volnočasových aktivitách. Do klubu byla doporučena v rámci psychiatrické péče, avšak prostředí jí nevyhovovalo a měla pocit, že do komunity nezapadla. Z těchto důvodů docházku ukončila a následně přestala využívat služby zaměřené na osoby s duševním onemocněním. V současnosti navštěvuje jiné volnočasové zařízení tohoto typu, které jí dle jejích slov více vyhovuje. Ve své výpovědi popisuje dětství jako

harmonické, s podporující rodinou a rovnocennými vztahy s rodiči. Přestože se ve škole zažívala nepříjemné situace, měla kolem sebe blízké přátele. Studium ji bavilo a dosud ji zajímá kultura i cestování. Psychické obtíže se u ní poprvé projevily v období mladé dospělosti, kdy byla hospitalizována s afektivní epizodou. Později došlo k další hospitalizaci a úpravě diagnózy na schizoafektivní poruchu. V současnosti žije ve stabilním partnerském vztahu, který popisuje jako psychicky posilující. V průběhu rozhovoru opakovaně zdůrazňuje význam rodinné a přátelské podpory v obtížných obdobích. Vymezuje se vůči roli pacientky a obtížně nese situace, kdy je s touto identitou spojována. Má zkušenost s chráněným zaměstnáním a v současnosti aktivně hledá práci za pomoci pracovní konzultantky.

7 Presentace a analýza dat

Nyní se budu věnovat samotné prezentaci témat, která se v rozhovorech opakovaně objevovala. Cílem analytické části je představit konkrétní témata, a to jak z pohledu klientů vybraného denního centra, tak z pohledu zaměstnanců vybrané NO a také zaměstnanců vybraného denního centra, kteří celkový pohled dotváří.

7.1 Téma 1. Pocit kompetence a smysluplně stráveného času

Závažné duševní onemocnění s sebou přináší ztráty. Jednou z nejvýraznějších je často ztráta práce a snížená průběžnost. Někteří lidé s SMI práci mají, ale pracují spíše na kratší úvazky. Právě proto je pro ně důležité mít strukturu dne a zároveň aktivity, které je baví.

Lidé mohou do klubu přicházet na doporučení v rámci psychiatrické hospitalizace, kde mají danou strukturu dne a může pro ně být obtížné si sami zorganizovat den.

Z2: „Jako ona ta nemoc je jakoby vlastně i jako složitá v tom, že najednou člověk jako vypadne ze všeho sociálních vazeb, režimu a najednou se ocitne v takovém vzduchoprázdnu jako trošku.“

Z1: „Ty kluby jsou hrozně důležité v tom nějak smysluplně trávit volný čas, což sami často klienti nebo lidé po hospitalizacích úplně neumí, protože na těch hospitalizacích jim to přesně bylo dáno, co mají dělat v určité době v určitý čas.“

K2: „Jo, určitě, určitě sem chodím kvůli tomu nějakému režimu.“

Také je mohou do klubu doporučit ambulantní psychiatři, case manageři/peer pracovníci nebo pracovní konzultanti jiných služeb.

K3: „Do klubu jsem začal chodit na doporučení ambulantního psychiatra, abych měl nějaký aktivity a strukturu.“

ZNO3: „Posílám k vám často klienty, kteří buď tu práci hledají a hledají aktivity, který by mohli dělat ve volném čase.“

Klienti mohou v klubu využívat širokou škálu aktivit, někteří do něj chodí mnoho let.

K1: „Začal jsem sem chodit a postupně jsem vyzkoušel různé aktivity. Moc mi pomáhá, že je tu možnost něco dělat, mít s kým mluvit a někam společně vyrazit. Zúčastnil jsem se vícero pobytů, které pro mě byly velmi příjemné a obohacující. Těším se i na další, protože mi to dělá radost a pomáhá to zvládat některé příznaky, co mě trápí. Do klubu chodím už spoustu let.“

Jiní klienti skrze volnočasové aktivity mohou nacházet záliby, které vlivem nemoci ztratili.

K3: „No, já jsem se cvičení věnoval dřív, i doma jsem si občas zacvičil. Ted' už to nedělám, ale myslím, že mi stačí to cvičení, co mám u vás.“

Pro klienty je často obtížné zažívat pocity úspěchu, které jim může dodávat právě práce. Někteří klienti mají pracovní úvazky a práce jim pomáhá se cítit v životě lépe.

K1: „Také jsem zaměstnán už několik let a od té doby jsem svěží a už nepotřebuju žádnou léčbu v léčebně. Dokonce mi dali prémii a zvýšili mzdu, že jsou se mnou spokojení, a jsem rád, že můžu pracovat s nimi a že můžu si vydělat peníze.“

Během hovorů všichni klienti zmiňovali situace, kdy zažili úspěch. Ten může přicházet i z jiných zdrojů než z práce. Klient popisuje svůj největší životní úspěch.

K3: „Chtěl jsem se jednou věnovat hudbě víc do hloubky, ale měl jsem problém s pamětí. Chodil jsem na přípravu ke zkoušce k jedné paní profesorce, která byla vynikající. Nakonec se mi povedlo se to všechno naučit zpaměti. To považuji za svůj největší úspěch v životě.“

Jedním ze základních procesů zotavení je zplnomocnění, proto se zaměstnanci denního centra snaží klientům předávat zodpovědnost, učit je kompetencím a pomáhat jim nalézt své silné stránky.

Z1: „Možná právě přijímat právě tu nějakou zodpovědnost a učit se těm kompetencím. Myslím si, že je hrozně důležité k zotavení je nalézt své silné stránky. Protože skrze ty silné stránky se můžeš právě dostat k nějaké té úspěšnosti v těch kompetencích, že jo.“

ZNO1: „Já tam vnímám trochu jako paradox, protože myslím si, že každý z nich potřebuje nějakého člověka, na koho se můžou obrátit, nebýt v tom sami, ale zároveň je potřeba jim dávat ty kompetence, aby to zvládli sami.“

ZNO3: „Já si myslím, že v tom zplnomocnění je strašně důležitá ta víra, že to ty lidi zvládnou i bez nás, nebát se jim dávat ty kompetence.“

Všichni zaměstnanci denního centra ale přiznávají, že je pro ně zplnomocňování mnohdy obtížné, ačkoli ho vnímají jako smysluplné.

Z1: „Já zplnomocňování jako vidím hodně smysluplně, ale nejsem si jistý, jestli to umím.“

Z2: „Snažíme se a myslím si, že to je hrozně důležitý, jen někdy obtížný. Je fakt skvělý, když člověk vidí toho klienta, že si prostě ty věci zařídí sám prostě, takže k tomu vlastně jako moc nepotřebuje, nebo potřebuje jenom

takovej jako support, takový jako pozadí toho, aby se cítil bezpečně. Myslím si, že to je jako na tom pracovníkovi, aby nějakým způsobem jakoby dokázal rozeznat, kdy a jakou míru podpory vlastně ten člověk jako potřebuje.“

Z3: „Zplnomocnění je možná v těch maličkých věcech, já říkám, já vám to můžu vypsát, tu složenku, ale zkuste to sama. Bude nám to trvat dýl, tak já jednu napíšu a pak vám to budu kontrolovat. Jako někdy je to těžké, ale ten smysl v tom je ale velký.“

Klient zmiňuje nové aktivity, které v klubu zkusil.

K2: „No, to vyrábění jsem předtím nikdy pořádně nezkoušel, jakože vytvořit něco třeba, co nám dělá ozdobu doma, a teď kon mám ten svůj věnec, ten adventní věnec, co doufám budu mít na Štědrovečerní večeři.“

Právě volnočasové aktivity mohou klientům dodávat pocit kompetence a úspěchu. Klient dále vzpomíná na to, jak měl v klubu výstavu svých uměleckých děl, díky ní se cítil jako celebrita.

K2: „Měl jsem tu výstavu své umělecké tvorby. Bylo to super, bylo to super a pak celý měsíc, jak jsem tady chodil a díval se na to. Jo, bavilo mě to. Vždycky jsem přišel, dal jsem si ten batůžek, vysvlékl jsem si bundu, a porozhlídl jsem se, pokaždé byla ta moje dílka na stejném místě, a to byl dobrý pocit. Trošku jako celebrita jsem si připadal.“

Klienti i obě skupiny zaměstnanců vyzdvihují, že denní centrum může klientům přinášet **strukturu dne a smysluplné trávení volného času**. Pro klienty je podstatné zažívat v životě **pocit úspěchu**, přičemž některým klientům se daří právě skrze volnočasové aktivity tento pocit v klubu zažívat. Zaměstnanci denního centra i zaměstnanci vybrané NO shodně mluví o významu **zplnomocnění** pro osoby s SMI na cestě k zotavení. Zaměstnanci denního centra se shodují v tom, že je pro ně mnohdy zplnomocňování obtížné a vnímají v něm své limity.

7.2 Téma 2. Nízkoprahovost – jednoduchá dostupnost

Závažná duševní onemocnění mohou způsobit v důsledku např. ztráty práce i ztrátu domova. Nízký práh denního centra znamená, že poskytuje zázemí také pro tyto osoby. Nízkoprahovost zároveň znamená, že se klienti nemusí předem přihlašovat na aktivity, což pro ně může být vzhledem k možnému oslabení exekutivních funkcí náročné (viz kapitola 1.3 **Charakteristika závažných duševních onemocnění**). Denní centrum je

rovněž místem, kam jsou přijímáni i klienti, kteří z nějakého důvodu byli odmítnuti v jiných typech sociálních nebo sociálně-zdravotních služeb.

Klienty vybraného denního centra jsou i lidé bez domova.

ZNO1: „Já o tom přemýšlím tak, že sem posílám klienty, který nemají naplněné ani úplně základní potřeby. Ti, kteří potřebují prostor pro hygienu, vyprat si, nějak se třeba oblíct, tak až po vlastně nějaké sociální poradenství, kde zase se dá asi poradit jak s dávkama, jak s jinýma úřadama, tak třeba i ale s právníma věcmi.“

Právě lidé bez domova mohou být faktorem, kvůli kterému někteří klienti do klubu chodit nechtějí nebo chodí pouze na volnočasové aktivity.

K3: „Ale bojím se trochu tady těch bezdomovců. Bojím se toho, že se tady někdy krade, a tak si hlídám svoje věci jako ostráž.“

K4: „Já jsem i zaslechla, že tím, jak jsou prostě tady ty bezdomovci a takhle, že prý se tady i jako prý krade.“

ZNO2: „Zkoušela jsem sem vzít jednu klientku, ale ona nechtěla chodit ani na ty volnočasové aktivity, když zjistila, že sem chodí i lidi bez domova. Bohužel ty předsudky fungují.“

Klient popisuje své zkušenosti s využíváním hygienického zázemí denního centra.

K2: „Právě že ta ulice mě donutila tady chodit do té sprchy, chodit si prát a vím, že jak jsem měl ten svůj batůžek se svýma věcmi, že jsem si je hlídal pořádkem.“

Nízkoprahová centra pro osoby bez domova, která nejsou specializovaná pro osoby s duševním onemocněním, mohou být pro klienty se závažným duševním onemocněním náročná kvůli jejich křehkosti.

Z1: „Myslím si, že lidi s duševním onemocněním i přestože my se setkáváme jako s drsnými lidmi, tak jsou to stále křehcí lidé, kteří přesně v takovémhle prostředí nízkoprahových denních center těch běžných to nezvládnou no.“

Nízký práh neznamená jen práci s lidmi bez domova, ale také to, že klienti se nemusí přihlašovat na aktivity, ani na schůzky. Pro některé klienty je to velice důležité, pro jiné spíše ne.

K2: „Jo určitě, že když mám čas chuť a když je chuť a nálada nebo se cejtim dobře nebo ve svojí nějaké síle, jakože když se dobře probudím, nebo když se cítím ten den silný, tak jsem schopný jít na keramiku, jít na výlet, být tvůrčí.“

K3: „*Neměl bych s tím problém, kdybych se musel přihlašovat.*“

Význam nízkého prahu klubu je také v tom, že klienti, kteří nezvládají docházet na schůzky nebo nemají zakázku, mohou být po čase vyloučeni z jiných komunitních služeb. Některá CDZ nebo komunitní týmy do klubu odesílají klienty, kteří z nějakého důvodu nesplňují jejich cílovou skupinu nebo dlouhodobě nezvládají chodit na schůzky. Klient popisuje své zkušenosti s CDZ, které ho odmítlo přijmout z důvodu duální diagnózy. Toto téma se vyskytovalo nejvíce u zaměstnanců z obou skupin respondentů.

K2: „*Ale vždycky mě odmítli, protože jsem byl závislý, a právě že kolikrát se mi udělalo blbě tam. Řekli mi, že tam nemám co dělat, ani mě prostě nikdy nevyslechli.*“

ZNO1: „*Máte takovou tu přístupnost v uvozovkách z ulice, takový to, že přijdu v podstatě, kdy se mi to hodí. U nás to tak úplně nejde zařídit, aby po každým někdo mohl přijít a bylo mu poskytnuto. Myslím si, že nemáte tak vysoký práh, že si poradíte víceméně s každým klientem. Víceméně.*“

Z1: „*S jedním klientem mám zkušenost, že s ním nespolupracovali v CDZ, protože on jim řekl, že nemá žádnou zakázku, ale nebyla to pravda. A já si myslím, že by CDZ a Kot neměli být jenom o zakázkách, že ten člověk ví, co potřebuje nebo nepotřebuje, ale ti klienti to často nevědí. Spíš by to mělo být o vytváření vztahů a během toho vytváření vztahů nebo důvěry vyplyne spousta věcí, co ten klient potřebuje.*“

Důležitou součástí nízkého prahu je také to, že je na klienty není vytvářen takový nárok, mohou si jednoduše jen sednout a pít kávu.

ZNO3: „*Přijde mi hrozně důležitý, že se tam fakt můžou přijít jenom jako sednout na kafe, že tam vlastně není žádný jako nárok. Mně přijde, že u nás tam vlastně nějaký nároky trochu jako tvoříme, jako asi minimální, ale prostě není tady prostor jenom proto nějak, aby se sem přišli jen tak. To tady nevytváříme.*“

Téma nízkého prahu bylo **reflektováno pracovníky** denního centra i vybrané NO převážně v **pozitivním světle**. Zaměstnanci uváděli význam denního centra jako prostoru pro **klienty bez domova**. Pracovníci obou skupin nízký práh skloňovali také v souvislosti s klienty, pro které je obtížné **chodit včas na schůzky**, což může být výhoda oproti službám s vyšším prahem. Význam denního centra vidí rovněž v tom, že i klienti, kteří z různých důvodů **nebyli přijati v CDZ/Kot**, mohou v denním centru najít své **místo**. Významná je také **nenárokovost** služby, která umožňuje pobývání bez zakázky.

Téma nízkého prahu bylo klienty reflektováno převážně v **negativním světle**. Klienti, ale i pracovníci vybrané NO, nejvíce reflektovali přítomnost osob bez domova jako faktor,

kvůli kterému klienti klubu nebo pracovníků do klubu **nechtěli chodit**. Pouze jeden klient zdůrazňoval význam nízkého prahu ve výše popsaných pozitivních aspektech. To může být způsobeno tím, že klient má zkušenost s bezdomovectvím a duální diagnózou, kdy byl odmítnut jinou službou. Zároveň bude výsledek ovlivněn výběrem vzorku.

7.3 Téma 3. Komunita

Někteří klienti navštěvují denní centrum pouze za účelem smysluplně stráveného času, jiní zde nalézají vztahy, které jsou pro ně důležité. Komunita, která v klubu vzniká, představovala nejčastěji zmiňované téma klientů. Ukazuje se však, že ne každý člověk do komunity chce patřit. Identifikovala jsem zde podtéma Na pomezí dvou světů.

Prostory denního centra jsou místem, kde se denně schází 30–40 klientů, což je vzhledem k limitujícímu prostoru náročné a může být pro klienty odrazující.

Z3: „Ten prostor taky není nafukovací a že vlastně je tady fakt hodně lidí, takže to odpoledne vypadá tak, že se tady musí v tom počtu nějak poskládat, kde si sednou a tak.“

Z2: „Myslím, že to tu není pro lidi, co jsou zvyklí na nějaký svůj klid. Pro ně to může bejt složitý, že to tady někdy je takovej trošku jako organizovanej chaos.“

ZNO3: „Určitě bych k vám neposlala nějaké introvertnější klienty, ti obvykle spíš chodí na ty individuální schůzky.“

Klient, která chodí na volnočasové aktivity do klubu řadu let, po otázce, proč se obvykle v klubu moc nezdržuje, zmiňuje strach z pomluv od druhých.

K3: „Cítím se tady jak nahej v trní, protože si myslím, že mě ty lidi pomlouvají, že mě nemají rádi. Tak tu sedávám velmi zřídka, kdy jenom se najím po cvičení s váma a pak jdu domů.“

Závažná duševní onemocnění mohou znesnadňovat vytváření vztahů a také vést ke ztrátě přátel.

ZNO1: „Ale myslím si, že to naplnění toho osobního života je potom složitější. Naplnění nějakých potřeb v rámci komunity, v rámci nějakého mezilidského kontaktu.“

K4: „Se mi chce až trošku brečet prostě, jak to s těma kamarádkama po čase skončilo, tak možná bych třeba i já jako mohla v tom něco udělat, třeba jim zavolat, že jo, a snažit se to třeba nějak obnovit.“

K3: „Já nejvíc lituju toho, že jsem se kvůli té nemoci pak hodně izoloval a neměl jsem vůbec přátele.“

Všichni aktivní klienti, když byli dotázáni, proč je pro ně klub důležitý, uvedli jako hlavní důvod přátelé, které v klubu našli.

K2: „No, dostalo se mi nový kolektiv lidí podobně jak jsem na tom já. Ale konečně se se mnou někdo bavil na úrovni, že začínám někoho zajímat. Přispívám tady k nějaké duševní pohodě a myslím si, že hodně členů si mě oblíbilo, ale prostě nějakým způsobem tady patřím už podle mě.“

Z1: „Já myslím, že je strašně důležité, že je tu i ten prostor se seznámit, protože kde jinde ho najdou?“

Z2: „Ty vztahy, co tu navazují, ta sociální interakce, to je hrozně důležitý. Myslím si, že oni po čase si tu najdou nějaký vazby, který jim konkrétně vyhovují.“

ZNO1: „Taky k vám posílám klienty, který se chtějí nějak socializovat, bejt v kontaktu s lidma, udělat si nějaký přátelé.“

ZNO3: „Já vnímám, že k vám hodně ti klienti chodí pro sociální kontakt, pro ty vztahy.“

Klienti popisují, co jim klub přinesl.

K3: „Co jsem potřeboval? Mít kontakt s lidmi, protože, protože já jsem samotář a neměl jsem, v mládí jsem měl spoustu přátel a od té doby, co mám potíže psychický jsem o ně postupně přišel. Jedna paní tady z klubu, která bohužel zemřela, tak té se ptali, co jí přinesla choroba. A ona říkala, že zhloupkla, ale získala přátele. A já mám taky ten pocit.“

K1: „Jsem moc rád, že jsem tu našel přátele.“

Klienti mnohdy chodí do denního centra roky a vytváří zde velice blízké vztahy. Mnozí se zde setkávají každý všední den. V klubu je vždy slyšet cvrkot – někdo zde vaří pro komunitu, jiní si povídají a další se věnují hře.

Z3: „Jeden tu vaří, další tu hrajou, jiný se tu párujou. Je to tady takový spolužití, nějak se na tom všem tady spolupodílejí. Taky si myslím, že to společný vaření, že ta Jana, jak vaří pro ostatní, to nedělá jen tak formálně, ale že to je důležitá věc. Tu komunitu si myslím, že hodně spojuje nějaký společnej zážitek divadla, kina nebo i toho výletu.“

ZNO2: „Je tady ta, jak se jmenuje ta ředitelka, co tu vždycky vaří a šéfuje? (Smích). Jako určitě to má i svoje stinné stránky, ne každý se tady hned cítí dobře, že ta komunita je silná. Napadá mě, že to u vás není jenom pračka a sprchovej kout.“

Právě vztahy, které mezi sebou klienti mají a jejich blízkost je pro ně klíčová. Všichni aktivní klienti během rozhovoru zmínili úmrtí někoho z komunity.

K1: „Jeden kamarád Tonda nečekaně zemřel (se smutkem), což byl můj dlouholetý kamarád a dobrý kluk, který byl hodně veselý a byl takový trošku pohodový. A najednou přišla nemoc a Tonda zemřel.“

K3: „Škoda, že jste tu nezažila Ondru, dokud ještě byl. S ním byla vždycky legrace.“

K2: „Když odešel Jakub, fakt mě to dostalo, jakože fakt hodně.“

Z3: „Jsme i u jejich stárnutí a odcházení, takže sledujeme společně celý jejich svět a život.“

Blízké vztahy nemají jen klienti mezi sebou, ale také s pracovníky. Právě neformální prostředí může napomáhat vytvářet jiný typ vztahu s pracovníky, než mají klienti např. v CDZ nebo Kot.

K2: „Ne, já vás neberu jako učitelky nebo takhle, ale vzhlížím k vám jako s nějakým respektem nebo že už jste srdeční záležitost u mě, kdyby se někomu z vás něco stalo, tak už by to nebylo jen tak.“

Z1: „Pro ty klienty vlastně my pracovníci jsme nějaké autority. Ale jsme tam v nějakým osobnějším vztahu a my primárně neřešíme technické typy dávky, hledání psychiatra. My tam s těma lidma jsme víc osobněji, oni se nás ptají na náš názor a vlastně jsme s nimi v tom volném čase, protože já si myslím, že v tom CDZ a komunitním týmu, kde vlastně ten sociální pracovník koordinujete všechny služby, je to hodně formální a my jsme hodně neformální. To podle mě to vytváří úplně jiný dojem pro ty klienty.“

ZNO2: „A to je vlastně hrozně důležitý a myslím si, že je to důležitý tak je hlavně pro ty klienty, že se tady můžou smát. S náma se můžou smát taky, ale ono nad vyplňováním příspěvků na bydlení se tolik nenasměješ jako nad Monopolama nebo Scrabblem. Takže to si myslím, že je váš obří dar.“

Vztahy s pracovníky jsou spíše na partnerské bázi.

K3: „Mám tu rád cvičení a povídání s klíčovým pracovníkem. Já doufám, že se neurazí, ale on je takovej můj kamarád.“

K2: „Ten vztah je na bázi nějakého ani neřekla bych přátelství, ale to, že nás znáte nebo to, že se od nás ledaskdy i učíte, a takhle jako jsme pro vás přínosem.“

ZNO2: „To slovo komunita mi sem vlastně docela dobře pasuje. Nemám pocit, že byste tu byli rozdělení na my, pracovníci a vy klienti. Spíš mi to přijde participační. Hodně to vnímám třeba na radách, na jedné jsem byla, a přišlo mi skvělé, jak něco řeknete vy, něco zase klienti – a je to opravdu o tom, co by klientům udělalo dobře. Není to jen my tu jsme pro ně, ale i oni tu jsou pro nás.“

7.3.1 Podtéma Na pomezí dvou světů

Klienti, kteří začnou využívat služby jako je denní centrum se setkávají s komunitou osob s duševním onemocněním. To pro některé z nich může představovat problém.

Klientka dříve navštěvovala denní centrum kvůli volnočasovým aktivitám, ale z důvodu komunity do klubu později chodit přestala, protože se s touto skupinou nechtěla identifikovat.

K4: „A já jsem teda, jako jestli právě můžu být upřímná, tak já jsem tady vlastně z toho zařízení měla takový jako smíšený pocity, že prostě jako mně někdo říkal, že sem choděj a ono to vlastně asi je pravda, že je to nízkoprahové zařízení, takže jsem choděj, jako i lidi bez domova, bezdomovci. A některý, já jsem to tehdy ještě nevěděla, že to jsou bezdomovci, ale některý ty pacienti mi přišli prostě, že jsou na tom jako hodně špatně prostě. Nebo tak já jsem jakoby začínala se léčit ve stacionáři, tak tam teda ty některý pacienti taky byly jako trošičku zvláštní, ale tady mi to přišlo jako ještě víc prostě. A vlastně s těma lidma jsem pak chodila i na tu aktivitu. A já jsem prostě pořád měla takový ten pocit, že mě někdo řadí mezi ně, že jsem stejná jako oni. A to mi trošku vadilo.“

Poté vyzdvihuje, že nepotřebovala do komunity zapadnout, protože její rodina a přátelé ji podpořili a byli tu pro ni i v období nemoci.

K4: „No já jsem právě ani nemusela úplně shánět kamarády, protože jsem měla ty svoje, a i ty zdravý a taky přátele a rodinu, co třeba mně strašně moc pomohlo to, že jsem byla pořád mezi těma zdravýma lidma. A oni mě brali jako normálně, oni mě brali akorát, že se mi stal nějaký problém a prostě vůbec na mě nekoukali nějak shora.“

Pracovníci vybrané NO reflektovali, že pro některé klienty je klub vhodnější, zatímco pro jiné volí odlišné typy služeb. Nejvíce zmiňují mladé lidi a prvozáchyty duševního onemocnění. Takoví lidé se pak ocitají na pomezí dvou světů – světa osob s a bez duševního onemocnění.

ZNO1: „Neposlal bych k vám asi mladé klienty nebo prvozáchyty. Ti víc vyhledávají, jak to formulovat, nějakou kombinaci toho, že mít samozřejmě prostor, kde to sdílet, kde být sám sebou, kde nemít to tabu, ale zároveň trochu být i v tom běžném světě, běžném fungování, prostě hledat nějaký balanc mezi tím, protože myslím si, že to právě lidi, který nejsou chronicky nemocní, ale mají nějakou zkušenost, tak myslím si, že potřebují nějaký zdravý náhled na to. Mně přijde, že třeba by se neměl ten člověk uzavřít do nějakýho systému a měl by, dokud to jde, zkoušet to nějak tak jako spíš přirozeně.“

ZNO2: „Mladý lidi jsou hodně obratní, hodně často si řeknou já nechci bejt s těma nemocnýma, já chci chodit do práce nebo vůbec nepřemejšlej nad tím, že by třeba do práce nechodili anebo když už nechtěj nebo to z nějakýho důvodu nejde, tak maj mladí ale jiný věci, do kterých se pouští.“

Z1: „Já si říkám, že ty potřeby mladých třeba jsou někde jinde.“

Někteří klienti v době, kdy se cítí lépe, do klubu přestanou chodit. Zaměstnanec vybrané NO popisuje situaci klienta, který v době zlepšení psychického stavu vyhledává jiné typy kontaktů.

ZNO1: „Podařilo se mu nějak, že občas přijde k nám třeba, kde si nabije mobil, počítač, chvílku si tam posedí, dá si kafe, pořeší s námi nějaké problémy, které aktuálně řeší, nebo které ho tíží a pak si hledá nějaké kontakty v tom vnějším světě. Myslím, že to souvisí možná i s tím jeho problémem, který má, ale spíš bych řekl, že u něj to je tak, že nechce tyto kontakty vyhledávat, chce jít někam trochu dál.“

Klientka vlivem nemoci přišla o práci a dodnes čelí obtížím s jejím udržením, s čímž jí dopomáhá pracovní konzultantka. Zároveň jí ale faktory jako přátelé, rodina, přítel a vlastní zájmy pomohly po hospitalizaci s návratem do života.

K4: „No, za prvej jsem asi teda rovnou nějak hledala práci, to mám tu pracovní konzultantku. A potom s těma kamarádama to tehdy ještě jako fungovalo, takže my jsme prostě s těma kamarádkama, my jsme pořád byly spolu a byly to jako různý kamarádky, takže jako mně to vlastně vystačilo na nějaký ten volnej program, pak jsem si něco dělala sama, jakože jsem si nějak četla.“

Klienti i obě skupiny pracovníků vnímají význam vybraného denního centra jako prostoru k **navazování vztahů**. V rámci denního centra se vytváří **komunita**, která je charakteristická **blízkostí** jednotlivých členů. Blízkost panuje nejen mezi klienty navzájem, ale i mezi **klienty a pracovníky**, tu zdůrazňují jak zaměstnanci denního centra, tak klienti. Pracovníci obou skupin vyzdvihují význam **neformálního prostředí** klubu jako prostoru, který umožňuje právě takovýto typ vztahů. Klienti i zaměstnanci obou skupin reflektují vztah klient – pracovník jako **partnerský**.

Prostředí denního centra však není pro každého. V rámci podtématu Na pomezí dvou světů se ukazují otázky spojené s **identitou** klientů. Být součástí denního centra znamená být mezi lidmi s duševním onemocněním (s často chronickou povahou onemocnění), což pro některé klienty může být **nepříjemné**. To reflektovala jak klientka, která do klubu přestala chodit, tak zaměstnanci vybrané NO. Faktory jako přátelé, rodina, práce a další

mohou pozitivně ovlivňovat návrat do společnosti. Převážně zaměstnanci vybrané NO zdůrazňovali **fenomén mladých** osob s duševním onemocněním, kteří mohou vyhledávat spíše jiné typy komunit.

7.4 Téma 4. Respektující přístav

Tématem, které se ukázalo být pro klienty i pracovníky klíčové, je téma denního centra jako respektujícího přístavu. Jinakost klientů je mnohdy světem nepřijatá. Je obtížné být autentický ve světě, kde mnohdy stigma stále silně přetrvává. Toto téma reprezentuje více „jak“ než „co“ ve smyslu bezpečí, důvěry, autenticity, lidskosti a respektu, které se v klubu vytváří.

Pocity nepřijetí, odsouzení a stigmatizace jsou tématem, které mohou lidé s SMI v životě zažívat. Klient popisuje opakované zážitky s odsuzováním ze strany pracovníků jiné služby, ale mnohdy i od ostatních klientů v jiné sociální službě.

K2: *„...ale právě že tam prostě mě i hodně odsuzovali.“*

Další klient během rozhovoru vypráví o dlouhodobé hospitalizaci, kde zažil nepříjemný přístup ze strany personálu.

K1: *„Jsem rád, že už nemusím být v nějakém ústavu, v nějaké léčebně mimo kamarády, které mám rád, a že jsem mimo dosah lékařů a sester, které se ke mně někdy nechovaly hezky.“*

Další klient hovoří o tom, jak byl propuštěn z práce kvůli stigmatizaci jeho duševního onemocnění.

K3: *„A když jsem marodil psychicky, tak jsem se dostal do invalidního důchodu a pak jsem pracoval na zkrácený úvazek. A v té druhé práci mně to měli za zlý, že sem duševně nemocný, takže už mě tam nechtěli.“*

Právě různorodost a jinakost je pro klienty denního centra typická a způsobuje, že mnohdy do přirozeného prostředí nezapadají.

Z1: *„Pro mě je nejdůležitější ta různorodost a jinakost. Je fascinující pozorovat, jak se klienti v prostředí denního centra projevují – komunikují, oslovují věci, chtějí hrát hry. Jakmile však vyjdu ven, vnímám je jinak. Zdá se mi, že se cítí v ohrožení, nejsou tak uvolnění, chybí jim ta přirozená lehkost bytí, která je u nás přítomná. Tady se cítí v bezpečí. Mimo denní centrum naopak často působí napjatě. Právě v tom vidím zásadní rozdíl mezi prostředím uvnitř a venku. Typický klient denního centra vyniká svou jinakostí – nezapadá zcela do běžné společnosti, ale právě zde nachází přijetí.“*

Právě proto je zásadním významem vybraného denního centra jeho bezpečné prostředí.

ZNO1: „Myslím si, že to mají tady takový přístav, že ví, je to právě taková jistota, můžou sem přijít, potkají tady lidi, můžou si tady udělat věci, které potřebují, na který nemají úplně prostor, a nemají vlastně, asi v tom jako reálném životě není takový zázemí, kde by měli takový pocit bezpečí a zároveň nějaký sounáležitosti, které můžou tady sdílet a být tady sami sebou.“

ZNO2: „A to pro mě i jako pro pracovníka, když přijdu, tak se tady cejtím hrozně dobře, ale cítím se hrozně dobře i proto, že tady vidím, jak tady ti klienti, jaký je tady ten cvrkot a ti klienti si tady žijou a je vidět že ten klub je jejich, že se tady cejtějí dobře.“

Z2: „...A taky že se tady cítí bezpečně. To si myslím, že je jako hodně důležitý, takže nějaký bezpečnej prostor jim dát.“

Pracovník denního centra popisuje jeho představu toho, jak může v kontextu výše popsaného být podstatné prostředí denního centra.

Z1: „Jedna z mých fantazií je, jak ten klub vnímají, je to, že tam jdou za nějakým smysluplným trávením času, ale nenapadne je, že tam najdou to bezpečné prostředí. Myslím si, že klienti nutně nevnímají to bezpečí versus nebezpečí, nebo kde se necítí komfortně, ale pak sem přijdou, a to bezpečí najdou v tom klubu“.

Pracovnice dodává, jak vnímá chování klientů po vstupu do klubu.

Z2: „Ale jako často ty lidi, potom co sem začnou chodit, tak trošku jako pookřejí. Prostě no že našli nějaké místo, který je jim otevřený, prostě kde se můžou jako projevit prostě tak, jak oni chtějí.“

Klient popisuje, jak prožíval klub, když do něj začínal chodit, a situaci nyní

K2: „A myslím si, že jsem byl i víc takový neklidnější a bylo to ze mě i cejtít jako i to chování, že bylo to takový víc těkavý a víc jakože víc jsem no to chování bylo takové, ještě takové, ne že bych dělal problémy, ale bylo to úplně trošku jiné než teďkon. Už jsem klidnější. Už vím, co od každého čekat. Už jsem zařazený, už nemám pocit, že se musím někam zařazovat a už nemám pocit se někde angažovat nebo nějak bojovat. Myslím, že svoje místo mám.“

Právě pocit, že jsou klienti respektovaní, vyslechnutí a cítí se bezpečně, je jedním z nejdůležitějších důvodů, proč do klubu chodí.

K1: „Líbí se mi přístup terapeutů, kteří mají otevřené srdce a výborný respekt, který chovají ke svým klientům. Je to tu nádherné, hezké, klidné, vstřícné a mám to tu strašně moc rád a jsem tu spokojený.“

K2: „No právě že hrozně moc let se mi nedostalo slova, nikdo mě neposlouchal. Pak jsem začal tady mít ty konzultace, a tak se mi začalo uvolňovat moje napětí a už nejsem tak nervózní tak napjatý, už nemám takový

úzkosti, jako jsem mívál. Taky cejtím, jak nás vedete a máte nějakou úctu k nám jako pacošům, a my k vám a jako takhle to cejtím.“

K3: *„Našel jsem tu přátele, respektují mě tu a mám se komu svěřit.“*

Zaměstnanci obou skupin ale dodávají, že vše má své stinné stránky. Pocit bezpečného přístavu je nesmírně přínosný – někteří klienti do klubu chodí pouze dočasně a časem se v životě posunou a jdou dál, ale pro některé klienty je denní centrum místem, kam chodí dlouhodobě a nedaří se jim ze sociální služby vystoupit do přirozeného světa.

Z2: *„U některých klientů ta služba funguje jako impuls, který je znovu vtáhne do života, což je vlastně jedním z cílů sociální služby. Bohužel se to ale ne vždy podaří – někteří klienti tu jednoduše zůstávají, aniž by se posunuli dál.“*

Z3: *„Občas si říkám, že jsme pro některé klienty takovým záchytným bodem, na kterém lpí a na který si postupně vytvářejí závislost. Často mi volají a hlásí, že zítra neprijdou. Na druhou stranu je potřeba si uvědomit, že ti lidé mají celoživotní handicap.“*

ZNO2: *„Cílem sociální služby je, aby klienti postupně odcházeli a nevytvářeli si na ní závislost, což se i u vás mnohdy daří. Jenže právě tady vidím určitou specifickou roli toho vašeho klubu – je určeno pro klienty, u kterých to nemusí být tak jednoznačné. Ve škole nás učili, že závislost na službě není žádoucí, ale musíme si zároveň uvědomit, že fungujeme v určitém sociálním kontextu. Mnoho vašich klientů začalo službu využívat v době tvrdého komunismu nebo divokých devadesátých let, kdy sociální sféra vypadala úplně jinak. Někakou formu závislosti na službě si tehdy vybudovali, a pokud v té době dospívali nebo byli v klíčovém životním období, těžko po nich dnes, o 20 či 30 let později, můžeme chtít, aby ji jednoduše opustili.“*

Pracovníci obou skupin i klienti vnímají význam denního centra v tom, že slouží jako **bezpečný prostor**, který kontrastuje se situacemi, kdy v životě opakovaně čelí pocitu nepřijetí a stigmatizace ze strany většinové společnosti. Pro klienty je v klubu důležitý **respekt, pocit přijetí a možnost mít se komu svěřit**. Zaměstnanci obou skupin poukazují na to, že bezpečný prostor může sloužit jako místo, odkud klienti dále pokračují na cestě v zotavení **směrem do komunity**. Zároveň však upozorňují na stinnou stránku takto vytvořeného bezpečného prostoru, který může vést k **závislosti na službě**.

8 Diskuze

Má první výzkumná otázka zní: „**Jaký je význam vybraného denního centra pro klienty služby?**“ Ukazuje se, že pro klienty vybraného denního centra je důležité, mít místo, kde mohou smysluplně trávit svůj volný čas. Zároveň jim aktivity v centru přináší strukturu dne, kterou oceňují. Klienti často zmiňovali pocit úspěchu, který je pro ně v životě důležitý, a denní centrum může být místem, kde se tato potřeba naplňuje. Témata pocitu kompetence, struktury dne a smysluplně stráveného dne jsou v souladu s výsledky studií (Tjörnstrand et al., 2011, 2013).

Pouze jeden klient reflektoval pozitivně o nízkém prahu pro aktivity i v roli naplnění základních životních potřeb, což bude zřejmě způsobené jeho vlastní zkušeností s bezdomovectvím a odmítnutím jinými sociálními službami. Ostatní klienti vnímali nízkoprahovost klubu spíše negativně. Britská studie Johnsen et al., 2005, která se věnovala denním centrům pro osoby bez domova, ukazuje, že denní centra mohou být nejen místem bezpečí, ale i obav, které pramení ze strachu z chování klientů bez domova. Negativní nahlížení na osoby bez domova může zároveň pramenit z charakteru duševního onemocnění. Klienti z okruhu F2 mohou mít zvýšenou opatrnost a být podezřívavější vůči ostatním. Tento výsledek ale bude ovlivněn i složením respondentů z řad klientů, kdy byl zařazen jen jeden klient, který má zkušenost s bezdomovectvím. Zároveň je výsledek ovlivněn i možnou stigmatizací těchto osob.

Jako nejdůležitější se pro klienty ukázalo téma komunity, která v klubu vzniká. Pro klienty se jedná o jedinečný prostor k navazování vztahů, obdobně jako bylo popsáno ve studiích Catty et al., 2005a, 2005b. Nesmírně podstatné jsou pro ně mnohdy dlouholeté vazby, které zde mají. Oceňují blízkost vztahů, které se vytvářejí nejen mezi klienty, ale také mezi klienty a pracovníky. Je pro ně podstatné, že má vztah pracovník-klient partnerský charakter. Význam partnerského vztahu ukázala i studie Erickson et al., 2023 věnující se komunitní péči pro osoby s SMI. Klienti služby vyzdvihovali důležitost vztahů s pracovníky více než samotnou léčbu duševní nemoci. Tato skutečnost je v souladu s kulturou zotavení, která zdůrazňuje význam partnerského vztahu mezi odborníky v oblasti duševního zdraví a klienty (viz kapitola **2.2 Zotavení**).

Být součástí komunity osob s duševním onemocněním může být pro některé klienty nepřijatelné z identitních důvodů. Klientka, která do klubu po čase přestala chodit, poukázala na limit denního centra v podobě identifikace se sociální skupinou, která se v klubu sdružuje. Podobné závěry uvádí práce Kilian et al., 2001, která ukazuje, že klienti orientovaní na integraci mohou využívat určité aspekty denních center. Setkání s lidmi se závažným průběhem duševního onemocnění, než mají oni sami, pro ně však může být obtížné, a proto mají tendenci vyhledávat kontakty ve většinové populaci. Důvodem může být sebestigmatizace (Gunnarsson & Eklund, 2017).

Ukazuje se, že pro klienty denního centra je podstatné, jak se v klubu cítí. Pocit přijetí, respektu a možnost se někomu svěřit patřily k často zmiňovaným tématům. Téma respektu jsem nenašla v žádné studii, která by se věnovala specificky denním centrům pro osoby s SMI. Jedná se tak o nový aspekt denních center, který tato práce přináší. Bezpečný prostor se ukázal být centrálním tématem pro uživatele denních služeb v práci Bryant et al., 2011. Práce Gilbert et al., 2008 se věnovala významu vztahů a pocitu bezpečí v rámci psychiatrických hospitalizací. Podobně jako studie Erickson et al., 2023 ukazuje, že pacienti nepovažovali v rámci své zkušenosti s hospitalizací léčebné postupy za klíčové. Jako zásadní vnímají vztahy a jejich aspekty, jako je komunikace a přístup pracovníků. Právě kvalitní vztahy v rámci psychiatrické hospitalizace umožnily vznik pocitu bezpečí a důvěry.

Má druhá výzkumná otázka zní: **„Jak vnímají význam vybraného denního centra pro klienty jeho zaměstnanci?“** Stejně jako klienti služby i zaměstnanci považují za důležité smysluplné trávení volného času a strukturu dne, kterou klub může klientům přinést. Zaměstnanci považují za podstatné zplnomocňování klientů, ačkoli přiznávají, že je pro ně mnohdy obtížné. Důvodem může být nedostatečný výcvik zaměstnanců v oblasti zplnomocňování klientů. Význam vzdělávání odborníků na duševní zdraví, kteří pracují s klienty s SMI, ukazuje studie Jansen et al., 2025. Práce Eklund & Leufstadius, 2016, se věnuje zavádění nových programů do denních center pro osoby s duševním onemocněním. Poukazuje na to, že i pracovníci, kteří prošli školením pro zavádění nových aktivit pro klienty, pociťují obavy, zda to oni i klienti zvládnou. Pocit společně odvedené práce se ukazuje jako facilitující faktor.

Další význam denního centra spatřují pracovníci v jeho nízkoprahovosti. Považují za důležité, že zde mohou trávit čas lidé bez domova, klienti se nemusí na aktivity přihlašovat a je zde místo i pro ty, kteří byli v jiných službách odmítnuti. Rozdílné vnímání nízkoprahovosti mezi pracovníky a klienty může souviset s tím, že pracovníci vycházejí z orientace na potřeby klienta. Zatímco pracovníci mohou akcentovat význam služby jako “místa pro všechny“, klienti se soustředí spíše na vlastní obavy. To může souviset s osobnostními charakteristikami sociálních pracovníků. Antolová, 2019 ukazuje, že se sociální pracovníci mohou vyznačovat vyšší mírou soucitu.

Zaměstnanci denního centra i jeho klienti shodně vnímají klub jako důležitý prostor pro navazování a udržování mezilidských vztahů, přičemž vyzdvihují jeho komunitní rozměr. V dostupné literatuře jsem nenalezla žádnou studii, která by se zabývala vztahy v denních centrech pro osoby s SMI z pohledu zaměstnanců. Zaměstnanci akcentují roli neformálního prostředí jako prostoru, který dopomáhá tvorbě blízkých vztahů, což je v souladu s výpověďmi klientů. Lauzier-Jobin & Houle, 2022 se věnovali významu formální a neformální péče v zotavení pro osoby s úzkostmi, depresemi nebo bipolární poruchou. Ukázalo se, že oba typy podpory mají odlišnou funkci. Neformální podpora sloužila spíše pro pocit blízkosti, společnosti a vzájemnosti. Formální podpora je charakteristická plánováním, časovými omezeními a odbornými kompetencemi. Studie poukazuje na to, že obě formy péče hrají důležitou roli v procesu zotavení – mohou se vzájemně doplňovat a obohacovat, přičemž každá z nich nese odlišný význam, a proto jsou obě nezbytné. Vybrané denní centrum svým charakterem stojí spíše na straně neformální podpory (např. oproti službám CDZ, Kot). Právě denní centra mohou sloužit jako neformální podpora, obzvláště u osob, u kterých z různých důvodů není možná nebo je omezená forma podpory rodiny a přátel.

Zaměstnanci denního centra vnímají jeho význam jako bezpečný prostor, který klientům poskytuje potřebnou oporu. Poukazují na skutečnost, že v důsledku odlišnosti a stigmatizace klienti často nenacházejí prostor ve většinové populaci. Zaměstnanci zároveň upozorňují na to, že pro mnohé klienty představuje přechod z této služby směrem do širší komunity značnou výzvu, což může vést k rozvoji závislosti na službě. Bryant et al., 2004 poukazuje na možnost vzniku závislosti na službách, která může ve výsledku prohlubovat

sociální exkluzi. Pinfold, 2000 vnímá služby poskytující bezpečné místo klientům, jako prostor pro získání sebedůvěry, která jim může dopomoci k zapojení se do komunity.

Má třetí výzkumná otázka zní: **„Jak vnímají význam vybraného denního centra pro klienty pracovníci jiných služeb vybrané NO?“** Zaměstnanci vybrané NO vnímají význam vybraného denního centra jako prostoru pro smysluplné trávení volného času, který může zároveň pomáhat strukturovat den a podporovat zplnomocnění.

Pracovníci vybrané NO zdůrazňovali význam denního centra jako jedinečného prostoru pro osoby bez domova s SMI. Zároveň jim vyhovuje nízký práh služby, kam mohou odkázat klienty, s nimiž je z nějakého důvodu obtížné pracovat v komunitních týmech nebo týmech duševního zdraví. Poukázali také na význam denního centra jako prostoru pro trávení času bez nároků a zakázky, který se v jejich typech služeb příliš nevyskytuje. Zkušenosti s klienty v rámci jejich práce pomohly poukázat na stinnou stránku nízkého prahu denního centra. Stigmatizace a obavy z osob bez domova mohou být vnímány některými klienty negativně a v důsledku toho preferují jiné typy služeb.

Pracovníci vybrané NO vnímali dané denní centrum také jako prostor pro budování vztahů a vyzdvihovali jeho komunitní charakter. Za podstatné považují rovněž partnerský charakter vztahů. Pohled pracovníků mimo denní centrum pomohl poukázat na otázky identity, které se mohou spojit s takovým typem služby. Pracovníci zdůrazňovali, že někteří klienti odmítají tyto služby, protože nechtějí být spojení s identitou nemocného avyhledávají spíše jiný typ služeb. Poukázali na fenomén mladých lidí s duševním onemocněním, kteří vyhledávají spíše jiné typy komunit, převážně ve většinové populaci. Studie Gunnarsson & Eklund, 2017 se věnovala vnímání denních center mladými lidmi ve věku 18-35 let s duševním onemocněním. Stejně jako v této studii se ukázalo, že mladí lidé vnímali návštěvy denního centra jako stigmatizující pro jejich identitu. Převážná část klientely sestávala ze starších lidí s chronickým průběhem duševního onemocnění, což se odráželo i ve struktuře nabízených aktivit, které poté nebyly pro mladé dostatečnou výzvou. Ukázalo se také, že mladí lidé mohou denní centrum vnímat spíše jako přechodný prostor pro trávení času. Aktivita nabízené denními centry nebyly pro tyto klienty dostatečně atraktivní, jejich potřeby se orientovaly spíše na získání práce a návrat do většinové

populace. Výsledky Gunnarsson & Eklund, 2017 jsou v souladu s výsledky získanými v této práci.

Zaměstnanci vybrané NO zdůrazňují význam vybraného denního centra jako bezpečného prostoru, který podporuje přijetí jinakosti a různorodosti klientů. Podobně jako zaměstnanci denního centra poukazují na to, že pro některé klienty může toto prostředí sloužit jako prostor pro návrat do komunity. Zároveň však upozorňují na možné riziko vzniku závislosti na sociální službě.

Nyní bych ráda propojila pohledy všech tří skupin respondentů na význam denního centra pro klienty. Klienti, pracovníci denního centra i pracovníci vybrané NO zdůrazňovali podobné významy denního centra, avšak každá ze skupin vyzdvihovala odlišné aspekty významu. Několik studií zaměřených na psychiatrické komunitní služby a vnímání potřeb ukázalo nesoulad mezi potřebami uváděnými klienty a těmi, které identifikovali zaměstnanci (Lasalvia et al., 2000, 2012; Slade et al., 1998). Rozdíl mezi výsledky mé práce a výsledky studie Lasalvia et al., 2012, může být způsoben rozdílným způsobem sběru dat, přičemž v jejich výzkumu byla použita dotazníková metoda s předem stanovenými kategoriemi potřeb. Největší diskrepance se ve studii ukázala v oblasti vztahů, především intimních vztahů a sexuality klientů. Naopak největší shody se objevují v oblastech, na kterých pracovníci přímo s pacienty pracují, a tudíž mají lépe zmapované jejich potřeby (bydlení, fyzické zdraví). Autoři zmiňují možný vliv pracovních zkušeností, vzdělání a dalších faktorů. Zaměstnanci obou skupin v mnou prezentované studii měli v průměru pět let praxe, někteří s předchozí zkušeností v práci s lidmi s duševním onemocněním. Dalším z faktorů, který může přispívat k odlišnému výsledku, je kultura zotavení ve vybrané NO. Tato kultura staví intervence na potřebách klientů, které se důkladně mapují, nikoli na předpokladech o těchto potřebách.

V následující části díkuze představím hlavní téma této práce, které vzniklo jako syntéza poznatků získaných během výzkumu a hlubšího zamyšlení nad významem vybraného denního centra pro jeho klienty. Postupně, skrze opakované čtení rozhovorů, návrat k teoretickému rámci i vlastní reflexi, se začal formovat motiv, který jednotlivé části práce spojuje do smysluplného celku. Toto hlavní téma jsem pojmenovala: „**Víc než jen SASka** (sociálně-aktivizační služba)“.

Při studiu odborných studií jsem narazila na práce, které vyzdvihovaly význam sociálních služeb především jako prostoru pro zvyšování kompetencí klientů (Eklund & Tjörnstrand, 2013; Tjörnstrand et al., 2013), pro smysluplné trávení času (Eklund & Tjörnstrand, 2013; Sutton et al., 2019), případně navazování vztahů (Catty et al., 2005a). Tato témata se bezesporu odrážela i v rozhovorech. Přesto se během analýzy ukázalo, že samotná přítomnost těchto prvků není tím, co by plně vystihovalo podstatu vztahu klientů k vybranému dennímu centru.

Při odpovědi na otázku, proč do centra chodí, klienti zmiňovali daleko hlubší vrstvy významu – mluvili o něm jako o místě, kde jsou přijímáni bez předsudků, kde zažívají lidskou blízkost, důvěru a respekt. Zažívají zde přesně ty věci, které jim chybí v jejich běžném životě, a vybrané denní centrum tak může být jediným prostorem, kde se jim může dařit toto zažívat.

Denní centrum pro ně není pouhým místem trávení volného času, ani jen „sprchou a pračkou“. Vybrané denní centrum přesahuje svou formálně vymezenou funkci danou registrací jako sociálně aktivizační služba. Jak ukazuji ve své práci, nabízí prostor k obnově lidské důstojnosti, možnost být slyšen a viděn, příležitost zažívat respekt, úspěch a smysluplné vztahy. Někteří klienti tento prostor navštěvují i více než třicet let – a to samo o sobě vypovídá o jeho nenahraditelnosti.

Ačkoli jsem v práci poukázala také na některé limity a úskalí, která mohou s denním centrem souviset, celkově se ukazuje, že právě propojení bezpečí, lidskosti, respektu a komunity vytváří jedinečný prostor, který je pro klienty hluboce významný.

Právě v tomto přesahu – v tom, co nelze snadno změřit, ale co je cítit z každého sdílení – spočívá hlavní téma této práce: vybrané denní centrum je **víc než jen SASka**.

9 Limity práce a možnost dalšího výzkumu

Vzhledem k velikosti vzorku není možné závěry zobecnit. Zároveň byli všichni respondenti vybíráni metodou záměrného výběru, tudíž mohlo v důsledku dojít ke zkreslení výsledku, např. vyšší ochota zapojit se do výzkumu může značit vyšší zainteresovanost v tématu.

Dalším z limitů práce je již zmiňovaná výzkumná pozice. Výzkum probíhal v prostředí, ve kterém zároveň pracuji. Tato dvojí role výzkumníka a zaměstnance mohla ovlivnit, jak způsob vedení rozhovorů, tak i interpretaci dat. Respondenti mohli odpovídat jinak, než by odpovídali externímu výzkumníkovi – např. s ohledem na loajalitu, obavu z hodnocení nebo snahu „neublížit“. Zároveň si uvědomuji riziko subjektivního zkreslení při analýze rozhovorů, vyplývající z mé osobní zkušenosti s prostředím a klienty. V průběhu výzkumu jsem se snažila tato rizika minimalizovat pomocí reflexivního přístupu, otevřenosti vůči datům a konzultací s vedoucí práce.

Možnost dalšího výzkumu se nabízí v oblasti denních center pro mladé lidi s SMI. Studie ukázala, že tito lidé spíše vyhledávají komunity osob mimo oblast duševního zdraví. Tento pohled však přinášeli case manageři týmů duševního zdraví. Z hlediska dalšího výzkumu by bylo dobré více prozkoumat, jak mladí lidé s duševním onemocněním vnímají denní centra, a zda by vůbec takový typ zařízení chtěli navštěvovat. Celkově by bylo na místě zaměřit se více na budoucnost takových typů služeb pro mladé lidi s SMI tak, aby více odpovídaly jejich potřebám.

Závěr

Tato práce si kladla za cíl zachytit význam vybraného denního centra pro jeho klienty. Na vzorku tří zaměstnanců vybraného denního centra, tří zaměstnanců vybrané neziskové organizace a čtyř klientů jsem zkoumala, co vnímají jako důležité pro klienty samotní klienti služby, jeho zaměstnanci a zaměstnanci vybrané neziskové organizace.

Pro klienty je vybrané denní centrum místem, kde mohou smysluplně trávit svůj volný čas, získávají strukturu dne a mohou zde zažívat úspěch. Zásadní je pro ně komunita, která se v klubu vytváří – dlouhodobé a blízké vztahy s ostatními klienty i pracovníky, založené na důvěře a partnerském přístupu. Klienti rovněž vyzdvihují pocit přijetí, respektu a bezpečí, které jim centrum poskytuje. Někteří klienti odmítají navštěvovat denní centrum kvůli obavám z přijetí identity nemocného nebo kvůli přítomnosti osob bez domova, kterou vnímají jako ohrožující.

Zaměstnanci vybraného denního centra vnímají jeho význam jako prostoru pro smysluplné trávení volného času dodávajícího strukturu dne. Poukazují na důležitost zplnomocňování ve své práci, ačkoli v něm vnímají své limity. Na rozdíl od většiny oslovených klientů vnímají pozitivně nízký práh klubu. Zdůrazňují význam komunity, která se v klubu formuje a blízkosti, která v komunitním prostoru panuje. Vyzdvihují rovněž neformální charakter, který služba pro klienty vytváří. Podobně jako klienti vyzdvihují význam bezpečného prostoru. Zdůrazňují ale, že ačkoli pro některé klienty může být bezpečný prostor odrazovým můstkem směrem do komunity, pro jiné může takový prostor způsobit jeho setrvávání v něm.

Zaměstnanci vybrané neziskové organizace vnímají denní centrum jako důležitý prostor pro smysluplné trávení času, strukturování dne a podporu zplnomocnění klientů. Zdůrazňují význam jeho nízkého prahu jako prostoru pro klienty, kteří v jiných typech služeb nemají místo. Pohled pracovníků jiných služeb pomohl poukázat na limity denního centra v podobě identitních otázek, především pak mladých lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Stejně jako zaměstnanci služby, i oni vnímají význam služby jako bezpečného prostoru, který má své limity.

Vybrané denní centrum svým klientům umožňuje zažívat pocity bezpečí, respektu, důvěry a komunity. Vytváří jedinečný prostor, který je pro klienty hluboce významný. Vybrané denní centrum přesahuje svým významem svou formálně danou funkci sociálně-aktivizační služby a pro klienty je zásadní právě svým neformálním přesahem.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Antolová, B. (2019). Personality of Social Worker. *4th International E-Conference on Studies in Humanities and Social Sciences*, 183–192.
- Argentzell, E., Håkansson, C., & Eklund, M. (2012). Experience of meaning in everyday occupations among unemployed people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 49–58. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.540038>
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M., & Rinaldi, M. (2015). Individual Placement and Support in Sweden—A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 57–66. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.929739>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219–234. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. (pp. 57–71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-004>
- Bryant, W., Craik, C., & McKay, E. (2005). Perspectives of day and accommodation services for people with enduring mental illness. *Journal of Mental Health*, 14(2), 109–120. <https://doi.org/10.1080/09638230500073600>

- Bryant, W., Craik, C., & McKay, E. A. (2004). Living in a Glasshouse: Exploring Occupational Alienation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 282–289. <https://doi.org/10.1177/000841740407100507>
- Bryant, W., Tibbs, A., & Clark, J. (2011). Visualising a safe space: the perspective of people using mental health day services. *Disability & Society*, 26(5), 611–628. <https://doi.org/10.1080/09687599.2011.589194>
- Buckley-Walker, K., Crowe, T., & Caputi, P. (2010). Exploring identity within the recovery process of people with serious mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(3), 219–227. <https://doi.org/10.2975/33.3.2010.219.227>
- Catty, J., Goddard, K., & Burns, T. (2005a). Social Services and Health Services Day Care in Mental Health: The Social Networks and Care Needs of their Users. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(1), 23–34. <https://doi.org/10.1177/0020764005053267>
- Catty, J., Goddard, K., & Burns, T. (2005b). Social Services Day Care and Health Services Day Care in Mental Health: Do they Differ? *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2), 151–161. <https://doi.org/10.1177/0020764005056764>
- Catty, J. S., Burns, T., Comas, A., & Poole, Z. (2007). Day centres for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001710.pub2>
- Cloutier, B., Francoeur, A., Samson, C., Ghostine, A., & Lecomte, T. (2021). Romantic relationships, sexuality, and psychotic disorders: A systematic review of recent findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(1), 22–42. <https://doi.org/10.1037/prj0000409>
- Corin, E., & Lauzon, G. (1992). Positive Withdrawal and the Quest for Meaning: The Reconstruction of Experience among Schizophrenics. *Psychiatry*, 55(3), 266–278. <https://doi.org/10.1080/00332747.1992.11024600>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Watson, A. C., Boyle, M., & Barr, L. (2006). Solutions to Discrimination in Work and Housing Identified by People With Mental Illness. *Journal*

- of Nervous & Mental Disease*, 194(9), 716–718.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000235782.18977.de>
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 131–145. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x>
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Dragomirecká, E., Kubisová, D., & Anděl, M. (2004). Duševní zdraví pražských bezdomovců. *Psychiatrie*, 8(4), 274–279.
- Dubreucq, M., Lysaker, P. H., & Dubreucq, J. (2023). A qualitative exploration of stakeholders' perspectives on the experiences, challenges, and needs of persons with serious mental illness as they consider finding a partner or becoming parent. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1066309>
- Eklund, M., Hermansson, A., & Håkansson, C. (2012). Meaning in Life for People with Schizophrenia: Does it Include Occupation? *Journal of Occupational Science*, 19(2), 93–105. <https://doi.org/10.1080/14427591.2011.605833>
- Eklund, M., & Leufstadius, C. (2016). Adding quality to day centre activities for people with psychiatric disabilities: Staff perceptions of an intervention. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(1), 13–22. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.1040452>
- Eklund, M., & Tjörnstrand, C. (2013). Psychiatric rehabilitation in community-based day centres: Motivation and satisfaction. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 438–445. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.805428>
- Ercan Doğu, S., & Gündoğmuş, A. G. (2024). “The more we dive into life, the more this illness fades away and gets better”: A qualitative study on the competitive work experiences of people with serious mental illness (SMI). *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*.
<https://doi.org/10.1177/10519815241292154>

- Erickson, B. R., Marti, F. A., Choi, K., Eberhart, N., Ashwood, J. S., Zima, B., Montero, A., Kataoka, S., & Bromley, E. (2023). “They Just Helped Save My Life:” Client Perspectives on the Los Angeles County Full Service Partnership (FSP) Program for Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 59(6), 1227–1234. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01096-z>
- Farrelly, N., Dibben, C., & Hunt, N. (2006). Current management of bipolar affective disorder: Is it reflective of the BAP guidelines? *Journal of Psychopharmacology*, 20(1), 128–131. <https://doi.org/10.1177/0269881105056999>
- Fekadu, W., Mihiretu, A., Craig, T. K. J., & Fekadu, A. (2019). Multidimensional impact of severe mental illness on family members: systematic review. *BMJ Open*, 9(12), e032391. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032391>
- Finzen, A. (2000). Stigma, stigma management, destigmatization. *Psychiatrische Praxis*, 27(7), 316–320.
- Fokus Praha. (2020). *Konference k 30 letům pražských komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví*. https://Fokus-Praha.Cz/Wp-Content/Uploads/2023/01/Konference_30-Let-Komunitnich-Sluzeb-v-Praze_web.Pdf.
- Fokus Praha. (2024). *Recovery house*. <https://Fokus-Praha.Cz/Co-Delame/Sluzby-pro-Lidi-s-Dusevnim-Onemocnenim/Dum-Zotaveni/>.
- Fokus Praha. (2025). *Centra duševního zdraví a komunitní týmy*. <https://Fokus-Praha.Cz/Co-Delame/Sluzby-pro-Lidi-s-Dusevnim-Onemocnenim/Centra-Dusevniho-Zdravi-a-Komunitni-Tymy/>.
- Foot, J. (2015). *The Man Who Closed the Asylums: Franco Basaglia and the Revolution in Mental Health Care*. Verso books.
- Frances, A. (2021). Save Trieste’s mental health system. *The Lancet Psychiatry*, 8(9), 744–746. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00252-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00252-2)
- Gilburt, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users’ experiences of psychiatric hospital admission

- in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(1), 92. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>
- Gunnarsson, A. B., & Eklund, M. (2017). Young people with psychiatric disabilities and their views of day centres. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(3), 167–177. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1178327>
- Gutwinski, S., Schreiter, S., Deutscher, K., & Fazel, S. (2021). The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLOS Medicine*, 18(8), e1003750. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003750>
- Jansen, M., Manning, M., Gonzales, L., DeLuca, J., & Stacy, M. (2025). Training guidelines and competencies for serious mental illness (SMI) psychology. *Psychological Services*, 22(1), 4–19. <https://doi.org/10.1037/ser0000854>
- Johnsen, S., Cloke, P., & May, J. (2005). Day centres for homeless people: spaces of care or fear? *Social & Cultural Geography*, 6(6), 787–811. <https://doi.org/10.1080/14649360500353004>
- Kilian, R., Lindenbach, I., Löbig, U., Uhle, M., & Angermeyer, M. C. (2001). Self-perceived social integration and the use of day centers of persons with severe and persistent schizophrenia living in the community: a qualitative analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(11), 545–552. <https://doi.org/10.1007/s001270170005>
- Laliberte-Rudman, D. (2002). Linking Occupation and Identity: Lessons Learned Through Qualitative Exploration. *Journal of Occupational Science*, 9(1), 12–19. <https://doi.org/10.1080/14427591.2002.9686489>
- Lasalvia, A., Boggian, I., Bonetto, C., Saggioro, V., Piccione, G., Zanoni, C., Cristofalo, D., & Lamonaca, D. (2012). Multiple perspectives on mental health outcome: needs for care and service satisfaction assessed by staff, patients and family members. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1035–1045. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0418-0>
- Lasalvia, A., Ruggeri, M., Mazzi, M. A., & Dall'Agnola, R. B. (2000). The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The

- South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 366–375.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102005366.x>
- Lauzier-Jobin, F., & Houle, J. (2022). A comparison of formal and informal help in the context of mental health recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(4), 729–737. <https://doi.org/10.1177/00207640211004988>
- Le, H., Hashmi, A., Czelusta, K.-L., Matin, A., Moukaddam, N., & Shah, A. A. (2020). Is Borderline Personality Disorder a Serious Mental Illness? *Psychiatric Annals*, 50(1), 8–13. <https://doi.org/10.3928/00485713-20191203-02>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. Le, Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On Stigma and Its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177. <https://doi.org/10.2307/2955424>
- Linz, S. J., & Sturm, B. A. (2013). The Phenomenon of Social Isolation in the Severely Mentally Ill. *Perspectives in Psychiatric Care*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1111/ppc.12010>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Lundqvist, L.-O., Ivarsson, A.-B., Rask, M., Brunt, D., & Schröder, A. (2018). The attendees' view of quality in community-based day centre services for people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(3), 162–171. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1283441>
- Mancini, M. A., Hardiman, E. R., & Lawson, H. A. (2005). Making Sense of It All: Consumer Providers' Theories about Factors Facilitating and Impeding Recovery from

- Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 48–55.
<https://doi.org/10.2975/29.2005.48.55>
- Martín-Pérez, C., Herrero-Martin, J. J., Pérez-López, G., Pedrosa-García, R., Ibañez-Casas, I., Torres-González, F., & Moreno-Küstner, B. (2019). Severe Mental Illness in Community Mental Health Care in Spain. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 207(2), 106–111. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000929>
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2005). Views and Experiences of Employment among People with Psychosis: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(4), 302–316. <https://doi.org/10.1177/0020764005057386>
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M. C., Brugha, T., Azorin, J.-M., Kilian, R., Hansen, K., & Toumi, M. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *British Journal of Psychiatry*, 191(1), 30–37. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.020982>
- Mašínová, L., Pfeiffer, J., Krejčí, T., Louženský, J., & Fojtíček, M. (2022). *Metodika dobré praxe č. 2: Zavádění kultury zotavení do multidisciplinárních týmů a organizací*. [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-10/Metodika%20%C4%8D.%2002%20%20Zav%C3%A1d%C4%9Bn%C3%AD%20kultury%20zotaven%C3%AD%20do%20multidisciplin%C3%A1rn%C3%ADch%20%C3%BDm%C5%AF%20a%20organizac%C3%AD%20\(1\).Pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-10/Metodika%20%C4%8D.%2002%20%20Zav%C3%A1d%C4%9Bn%C3%AD%20kultury%20zotaven%C3%AD%20do%20multidisciplin%C3%A1rn%C3%ADch%20%C3%BDm%C5%AF%20a%20organizac%C3%AD%20(1).Pdf).
- Miles, M., & Huberman, M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Sage.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2022). *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace*. <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/Krit%C3%A9ria+transformace+a+DI.Pdf/F9b9cf13-724c-8b35-7f03-7870a2e68b91>.
- Ministerstvo zdravotnictví. (2021a). *Malý průvodce Centry duševního zdraví*. <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20CDZ.Pdf>.

- Ministerstvo zdravotnictví. (2021b). Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI). In *Věstník Ministerstva zdravotnictví* (pp. 2–17).
- Ministerstvo zdravotnictví. (2024). *Mapa Center duševního zdraví*. https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1wUIw3an8hY_0pzoO5F1EAj4Rk_5mnas9&ll=49.84436730987587%2C15.361049149999982&z=8.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2017). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. https://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Muusse, C., & Rooijen, S. van. (2019). *Svoboda především: analýza zkušeností s komunitní péčí o duševní zdraví v italském Terstu a její význam pro Nizozemsko*. Marco Cavallo.
- Národní zdravotnický informační portál. (2023). *Obsedantně kompulzivní porucha (OCD): diagnóza a léčba*. <https://www.nzip.cz/clanek/725-Obsedantne-Kompulzivni-Porucha-Diagnoza-a-Lecba>.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community-based mental health system*.
- Novák, P., Skála, O., Říčan, P., & Šupa, J. (2017). *Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví, Inspirace pro Centra duševního zdraví, Terst | FACT | Otevřený dialog*. https://www.fokus-cr.cz/images/brozura_Terst_FACT_Otevreny_dialo.pdf?utm_source=chatgpt.com.
- Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Látalová, K., Mainierová, B., Sedláčková, Z., & Ticháčková, A. (2014). Stigmatizace a

- sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 110(5), 250–258.
- Page, S. (1977). Effects of the mental illness label in attempts to obtain accommodation. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 9(2), 85–90. <https://doi.org/10.1037/h0081623>
- Patton, M. Q. (2015). Sampling, Qualitative (Purposeful). In *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeoss012.pub2>
- Penn, D. L., & Martin, J. (1998). The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatric Quarterly*, 69(3), 235–247. <https://doi.org/10.1023/A:1022153327316>
- Perese, E. F., & Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: Social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 591–609. <https://doi.org/10.1080/01612840590959425>
- Pinfold, V. (2000). 'Building up safe havens...all around the world': users' experiences of living in the community with mental health problems. *Health & Place*, 6(3), 201–212. [https://doi.org/10.1016/S1353-8292\(00\)00023-X](https://doi.org/10.1016/S1353-8292(00)00023-X)
- Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T., & Eckle, I. (1998). Employment, Attitudes Toward Work, and Quality of Life Among People With Schizophrenia in Three Countries. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 469–477. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033341>
- Quinn, C., Happell, B., & Browne, G. (2011). Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 21–28. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00705.x>
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Karolinum.

- Ragins, M. (1994). *Changing from a medical model to a psychosocial rehabilitation model*.
<https://www.ccsme.org/wp-content/uploads/2017/05/Recovery-Changing-From-A-Medical-Model-To-A-Psychosocial-Rehabilitation-Model.Pdf>.
- Ragins, M. (2024). Creating Recovery Possibilities. *Konference Recovery2024*.
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19.
<https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Říčan, P., Krupčík, O., Melicharová, H., Benýšková, A., Rektor, J., Pěč, O., & Plecháček, O. (2021). První vlna center duševního zdraví z pohledu kvantitativní evaluace i zkušenosti. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 117(5), 230–243.
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research*, 129(3), 257–265.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149–155. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>
- Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2009). Extra dimensions in all aspects of life—the meaning of life with bipolar disorder. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(3), 159–169.
<https://doi.org/10.1080/17482620902864194>
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, Y. S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602–1608. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1602>
- Secker, B. G. P. S. J. (2001). Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: The service user's perspective. *Journal of Mental Health*, 10(4), 395–404. <https://doi.org/10.1080/09638230123559>

- Serapioni, M. (2019). Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26(4), 1169–1187. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000400008>
- Slade, M., Phelan, M., & Thornicroft, G. (1998). A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychological Medicine*, 28(3), 543–550. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006564>
- Šnévajsová, L. (2009). *Sociální práce s duševně nemocnými lidmi bez domova v České republice* [Bakalářská práce]. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Snížit kulturu práh. (2024). *Snížit kulturu práh*. <https://www.snizitkultureprah.cz/>.
- Solomon, P., & Draine, J. (1995). Subjective burden among family members of mentally ill adults: Relation to stress, coping, and adaptation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(3), 419–427. <https://doi.org/10.1037/h0079695>
- Steen, A., Graste, S., Schuhmann, C., de Kubber, S., & Braam, A. W. (2023). A Meaningful Life? A Qualitative Narrative Analysis of Life Stories of Patients with Personality Disorders Before and After Intensive Psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 36(3), 298–316. <https://doi.org/10.1080/10720537.2021.2015729>
- Stefansson, C. -G., & Hansson, L. (2001). Mental health care reform in Sweden, 1995. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(s410), 82–88. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2082.x>
- STEM. (2024). *Podmínky pro uplatnění lidí se zdravotním postižením na trhu práce nejsou dobré, navíc plýtváme talenty*. <https://www.stem.cz/podminky-pro-uplatneni-lidi-se-zdravotnim-postizenim-na-trhu-prace-nejsou-dobre-navic-plytvame-talenty/>.
- Sutton, D., Bejerholm, U., & Eklund, M. (2019). Empowerment, self and engagement in day center occupations: A longitudinal study among people with long-term mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(1), 69–78. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1397742>
- Světová zdravotnická organizace. (2021). *Peer support mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches / Guidance and technical packages on*

community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. <https://iris.who.int/handle/10665/341643>.

The Swedish National Board of Health and Welfare. (2011). *The National Guidelines for Psychosocial Interventions for Schizophrenia or Schizophrenia-type Conditions.* <https://extranet.who.int/mindbank/item/1213>.

Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., el Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)

Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., & Vazquez-Barquero, J. L. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research*, 69(2–3), 125–132. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00191-9](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00191-9)

Tillman, R., & Geller, B. (2003). Definitions of Rapid, Ultrarapid, and Ultradian Cycling and of Episode Duration in Pediatric and Adult Bipolar Disorders: A Proposal to Distinguish Episodes from Cycles. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(3), 267–271. <https://doi.org/10.1089/104454603322572598>

Tjörnstrand, C., Bejerholm, U., & Eklund, M. (2011). Participation in day centres for people with psychiatric disabilities: Characteristics of occupations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(4), 243–253. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.583938>

Tjörnstrand, C., Bejerholm, U., & Eklund, M. (2013). Participation in Day Centres for People with Psychiatric Disabilities — A Focus on Occupational Engagement. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 144–150. <https://doi.org/10.4276/030802213X13627524435225>

Tomicová, H. (2013). *Lidé s psychiatrickou diagnózou v příbězích svých blízkých* [Diplomová práce]. Masarykova univerzita.

- Toresini, L., & Mezzina, R. (2017). *Za zdmí. Deinstitutionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Fokus Praha.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2011). *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí*. <https://Mkn10.Uzis.Cz/>.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2024). *Česká verze 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí*. <https://Icd.Who.Int/Browse/2024-01/Mms/Cs>.
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?* The Stationery Office.
- Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Evans Lacko, S. (2021). Development of public stigma toward people with mental health problems in Czechia 2013–2019. *European Psychiatry*, 64(1), e52. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2226>
- Wirsén, E., Åkerlund, S., Ingvarsdotter, K., Hjärthag, F., Östman, M., & Persson, K. (2020). Burdens experienced and perceived needs of relatives of persons with SMI – a systematic meta-synthesis. *Journal of Mental Health*, 29(6), 712–721. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370632>
- Woodhall-Melnik, J. R., & Dunn, J. R. (2016). A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies*, 31(3), 287–304. <https://doi.org/10.1080/02673037.2015.1080816>

Vyjádření k využití nástrojů umělé inteligence

Při psaní této diplomové práce jsem podpůrně využila nástroje umělé inteligence, konkrétně jazykový model ChatGPT. Důvodem bylo zefektivnění procesu psaní, zejména při formulování textu a jazykových úpravách. Konkrétně jsem zadávala prompty jako „navrhni lepší formulaci této věty bez ztráty jejího obsahu“ nebo „oprav text po gramatické stránce, ale zachovej význam“. Umělá inteligence mi pomohla lépe strukturovat myšlenky a zvýšit stylistickou úroveň textu, přičemž jsem dbala na to, aby zůstala zachována odborná a autorská integrita práce.

Obsahová náplň práce, výběr literatury, analýza i interpretace dat byly zcela v mé vlastní gesci. Nástroje umělé inteligence nebyly využity k vytváření výzkumných dat ani k jejich analýze, ale výhradně jako jazyková podpora v souladu s etickými zásadami akademické práce.

Seznam příloh

Příloha 1 – Informovaný souhlas pro klienty

Příloha 2 – Informovaný souhlas pro zaměstnance vybrané NO a denního centra

Příloha 3 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 4 – Ukázka z rozhovoru se Z1

Příloha 5 – Ukázka z rozhovoru se Z2

Příloha 6 – Ukázka z rozhovoru se Z3

Příloha 7 – Ukázka z rozhovoru se ZNO1

Příloha 8 – Ukázka z rozhovoru se ZNO2

Příloha 9 – Ukázka z rozhovoru se ZNO3