

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Aktivizace klienta s psychiatrickou diagnózou v chráněném bydlení

Activization of a client with psychiatric diagnosis in sheltered housing

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. Ivana Nováková

Autor:

Iveta Faifrová

Praha 2016

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí bakalářské práce PhDr. Ivaně Novákové, za odborné vedení práce a cenné rady. Také děkuji respondentům z chráněného bydlení Bona o.p.s., za ochotu spolupracovat. Kolektivu Bona o.p.s., za možnost provedení výzkumu. Děkuji mé rodině za podporu a trpělivost.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou prací na téma Aktivizace klienta s psychiatrickou diagnózou v chráněném bydlení vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:

Iveta Faifrová

Podpis autora práce:.....

Anotace

Bakalářská práce pojednává o schizofrenii a nastiňuje ji ze sociálního hlediska. Hlavním cílem práce je zjistit, jaká je aktivizace klientů žijících v chráněném bydlení. Zda klient vnímá svůj zdravotní stav a v důsledku tohoto aspektu je schopen se zapojit do aktivizačních programů. Pokud klient, který se aktivně vídá se svou rodinou, je pozitivně ovlivněn a díky tomu je schopen na budoucnost nahlížet pozitivně. Ve své práci jsem uvedla osm polostrukturovaných rozhovorů, které jsem vedla s klienty chráněného bydlení Bona o.p.s., rozhovory jsem vyhodnotila a následně tak zjistila, zda se předem dané předpoklady potvrdily nebo nikoliv.

Annotation

Bachelor thesis deals with schizophrenia and outlines her socially. The main objective is to find out the activation of clients living in sheltered housing. Whether the client perceives their health and is consequently able to participate in activating programs. If the client is actively being responsible with his family, and is positively influenced and thus is able to see the future positively. In my work I put forth eight interviews I had with clients from sheltered housing - Bona o.p.s. interviews. I analyzed and subsequently determined whether the predetermined assumptions were confirmed or not.

Klíčová slova

Schizofrenie, chráněné bydlení, schizofrenický klient, aktivizace, nemoc

Key words

Schizophrenia, sheltered housing, schizophrenic client, activation, illness

Obsah

1	Úvod	8
	TEORETICKÁ ČÁST	9
2	Schizofrenie	9
2.1	Schizofrenie a její definice	9
2.2	Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie	10
2.3	Formy onemocnění schizofrenií	11
2.4	Léčba	14
3	Sociální význam schizofrenie	18
3.1	Nové uspořádání rodinných vztahů	20
4	Aktivizace	22
4.1	Péče při aktivizaci	22
4.2	Specifika sociální práce s klientem	24
5	Organizace pomáhající při aktivizaci klienta	26
5.1	Občanské sdružení Baobab	26
5.2	Občanské sdružení Green doors	27
5.3	Bona o.p.s.	27
6	Chráněné bydlení Bona o.p.s.	29
6.1	Chráněné bydlení „Vila Jitka“	29
6.2	Chráněné bydlení „200“	30
6.3	Chráněné bydlení „Kocourkov“	30
6.4	Chráněné bydlení „180“	30
	PRAKTICKÁ ČÁST	32
7	Metodika	32
7.1	Cíl výzkumu	32
7.2	Otázky pro rozhovor	32

7.3	Předpoklady.....	33
7.4	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	33
7.5	Metoda výzkumu.....	34
7.6	Způsob provedení výzkumu.....	34
7.7	Seznámení s výzkumným vzorkem.....	35
7.8	Metoda vyhodnocení dat.....	38
8	Interpretace výsledků rozhovorů.....	39
8.1	Klient a léčebné zařízení.....	39
8.2	Klient a chráněné bydlení.....	39
8.3	Rodina klienta.....	40
8.4	Stanovený denní režim.....	40
8.5	Volný čas klienta.....	41
8.6	Aktivity v rámci Bony.....	42
8.7	Vnímání zdravotního stavu.....	42
8.8	Pohled na budoucnost klienta.....	43
9	Diskuze.....	44
10	Závěr.....	47
11	Seznam použité literatury.....	49
12	Summary.....	52
13	Seznam příloh.....	53

Seznam zkratek

HTF – Husitská teologická fakulta

CHB - chráněné bydlení

o.p.s. – obecně prospěšná společnost

OS - občanské sdružení

PN - psychiatrická nemocnice

SZO - světová zdravotnická organizace

UK – Univerzita Karlova

1 Úvod

Když jsem se v druhém ročníku studia UK HTF zamýšlela nad volbou tématu bakalářské práce, netrvalo dlouho a věděla jsem, že zvolím téma schizofrenie. Tato nemoc mi vždy připadala jako tajemná a nepochopitelná. Chtěla jsem se dozvědět, jak se lidé, které na cestě životem potkala schizofrenie a nekompromisně je zavedla do PN, poté následně do CHB, dále adaptují na normální život. Jakým způsobem se snaží začlenit do společnosti a jestli vůbec. Zdali mají šanci v cestě životem dále pokračovat samostatně.

Cílem mé práce je tedy zjistit, jaký je význam aktivizace klientů žijících v chráněném bydlení po absolvování léčby v PN. Zdali klient vnímá svůj zdravotní stav a v důsledku tohoto aspektu je schopen se zapojit do aktivizačních programů. Pokud klient, který se aktivně vídá se svou rodinou, je pozitivně ovlivněn a díky tomu je schopen na budoucnost nahlížet pozitivně. Práce je rozdělena na dvě hlavní části, na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části vycházím z odborných publikací, které jsou zaměřeny na toto téma. Popisují a objasňují definici pojmu schizofrenie, její formy a příčiny. Vzhledem k tomu, že práci pojmám ze sociálního hlediska, nastiňuji sociální význam schizofrenie a to od samého začátku onemocnění a jeho promítnutí do rodinných vztahů, až po samotný náhled na situaci, její přijetí a řešení. V druhé polovině teoretické části se věnuji aktivizaci klienta, k tématu se snažím přistupovat pozitivně. Dále se zaměřuji na organizace, které klientovi s aktivizací a osvojením sociálních návyků pomáhají. Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na CHB Bona o.p.s., které je hlavní součástí empirické části.

Praktická část má za úkol vyzkoumat, jaká je aktivizace klientů žijících v chráněném bydlení po absolvování léčby v PN. Zdali klient vnímá svůj zdravotní stav a v důsledku tohoto aspektu je schopen se zapojit do aktivizačních programů. Pokud klient, který se aktivně vídá se svou rodinou, je pozitivně ovlivněn a díky tomu je schopen na budoucnost nahlížet pozitivně. Zaměřuji se proto na význam aktivizace klientů. Charakterizují výzkumný vzorek, který je složen z osmi respondentů, čtyř žen a čtyř mužů. Popisují metodu výzkumu a jeho způsob provedení. Součástí je také metoda, kterou byla data vyhodnocena, tedy obsahová analýza. Ta napomohla k interpretaci výsledků polostrukturovaných rozhovorů.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Schizofrenie

2.1 Schizofrenie a její definice

Schizofrenie je velmi rozmanité onemocnění, proto v psychologickém slovníku P. Hartla a H. Hartlové (2000) můžeme najít několik definic schizofrenie. Jedna z těchto definic dle E. Bleuera (1911) říká: „rozštěpení osobnosti, resp. výskyt protikladných duševních pocitů, myšlenek a postojů, kt. duš. nemocnému znemožňují normální život“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 534).

V knize Psychopatologie pro pomáhající profese je schizofrenie definována jako: „závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“ (Vágnerová, 2012, s. 333).

Podle Cohena (2002) je to komplexní porucha, kterou je v současné době potřeba rozeznat na základě klinických symptomů. Diagnostický test tohoto typu není, a také není jasné, zdali se do pojmu „schizofrenie“ zahrnuje jedna nebo více nemocí. Je ale jisté, že reprezentuje narušení psychických funkcí člověka. Může to být narušení jedné funkce nebo celé skupiny. Zasaženo tedy může být myšlení, přesvědčení, vnímání, také emoce a motivace.

„Psychóza hluboce naruší vztah člověka ke skutečnosti a dochází při ní ke změnám osobnosti. Ty vedou mnohdy k tomu, že nemocný nedokáže pokračovat v životě tak, jak to odpovídá jeho životní dráze do počátku onemocnění. Jedná se o vleklé onemocnění se sklonem k chronicitě. Postihuje pracovní schopnost člověka, a tak snižuje jeho společenské uplatnění. To je výrazné především ve společnostech, které zdůrazňují individuální výkon a zodpovědnost“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 227).

U schizofrenie pohlaví roli nehraje. Nemoc se může vyskytnout zhruba mezi 15. – 35. rokem. Někteří pacienti se zcela vyléčí, jiní dosáhnou lepšího psychického stavu, ale navracejí se jim symptomy nemoci. Ti další bohužel mají schizofrenní symptomy jako chronické a léčba se u nich nedaří. Asi 10% lidí, kteří trpí schizofrenií, ukončí svůj život sebevraždou. Léčba schizofrenie je finančně velmi nákladná, je to často dlouhodobá léčba. Schizofrenie [online]. [cit. 2016-01-07]. Dostupné z: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/>

Kučerová (2010) píše, že významný rys této nemoci je také to, že v ní hraje roli čas. Není to choroba několika dnů, či týdnů. Ani zde není pravidlem určitý soubor příznaků, který má jistý průběh a vyústění. Schizofrenie je nemoc v pohybu, která se mění v čase. Nemá jasně vymezené příznaky, často se totiž jednotlivé příznaky ovlivňují, prolínají a souvisejí spolu.

Češková (2012) definuje schizofrenii jako představitele psychického onemocnění. Jedná se o poruchu vnímání reality, bludy, halucinace dezorganizovaný slovní projev či chování. Toto onemocnění je jedním z nejzávažnějších psychických onemocnění, patřící celosvětově mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity.

"Podle Světové zdravotnické organizace (SZO) z 24 milionů lidí se schizofrenií na celém světě méně než 50% dostává přiměřenou péči, i nejlépe léčení pacienti trpí signifikantním funkčním a sociálním deficitem. Představuje 3. vedoucí příčinu pracovní neschopnosti u mužů a žen ve věku 15-44 roků" (Češková, 2012, s. 11).

2.2 Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie

Dle Vágnerové (2012) postihuje schizofrenie zhruba 1% populace. Jednoznačná příčina vzniku tohoto onemocnění není jasná. Důvodem je tedy skutečnost, že jde o skupinu poruch, shodujících se v některých symptomech. Proto se dá předpokládat, že vznik nemoci je ovlivněn komplexem mnoha faktorů, které se vzájemně ovlivňují. *„Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů“ (Vágnerová, 2012, s. 334).*

Příčiny vzniku schizofrenie:

- **Dědičnost**

Výsledky zkoumání potvrzují, že ke vzniku schizofrenie napomáhají genetické faktory, není zatím jednoznačně známo, o jaký druh dědičnosti přesně jde. Dispozici ke vzniku schizofrenie mohou tvořit různé geny. *„Míra exprese genetické informace nemusí být příliš velká, onemocní jen někteří z těch, kdo takové dispozice mají“ (Vágnerová, 2012, s. 334).* Schizofrenie má odlišné příznaky a rozdílný průběh, můžeme proto předpokládat, že může být i geneticky heterogenní. Identifikováno bylo několik

genů, jejichž narušení může riziko vzniku choroby zvýšit. Dokonce se jednotlivé geny mohou vzájemně různým způsobem ovlivňovat (Vágnerová, 2012).

○ **Změny ve struktuře a funkcích mozku**

Ke vzniku psychických příznaků vedou odchylky genetické informace a právě ty se mohou projevit určitou změnou ve struktuře i funkci mozku. Genetickou podmíněnost těchto změn potvrzuje častý výskyt kvalitativně obdobných změn, ovšem je menšího rozsahu u příbuzných, kteří schizofrenií onemocněli. U nemocných byly také zjištěny abnormality ve struktuře mozku, ty vedou k narušení mozkových funkcí. U těchto lidí je menší hmotnost mozku dána především poklesem objemu kůry (Vágnerová, 2012).

„Schizofrenici o okolním světě přemýšlejí jinak. Obsahově i formálně. Přemýšlí nelogicky, nesouvisle, přeskakují z jednoho na druhé. Když je schizofrenik aktuálně v bludu, neznámá to, že podle něho bude jednat. Neznámá to, že dojde k vraždě matky. Schizofrenik vnitřně ví, že to nemůže udělat. Ovšem právě to vytváří obrovský vnitřní přetlak, se kterým je třeba nemocnému pomoci.“ [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/schizofrenie-zamlcovana-diagnoza/>

○ **Vnější vlivy**

Vznik schizofrenie mohou ovlivnit vnější vlivy. Choroba vzniká nejčastěji v období přechodu k dospělosti, kdy se člověk snaží osamostatnit od své původní rodiny. Jedinec, který je zranitelný, přecitlivělý, to nemusí vždy dokázat. Může prožívat požadavky směřující k samostatnosti jako ohrožující, proto snadno mohou vyvolat chorobné reakce (Vágnerová, 2012).

2.3 Formy onemocnění schizofrenií

Existují čtyři základní druhy schizofrenie, které jsou v této podkapitole uvedeny.

○ **Paranoidní schizofrenie**

Pro paranoidní schizofrenii je charakteristický nesystematický blud s paranoidním obsahem a také halucinace. Člověk, který je takto nemocný, je ke svému okolí patologicky vztahovačný, podezřívavý, pod vlivem svého bludu je přesvědčen, že je ohrožen nebo dokonce pronásledován atd. (Vágnerová, 2012).

Vágnerová (2012) uvádí jako příklad k paranoidní schizofrenii příběh muže, 45 let, který byl citově velmi vázán na matku, ačkoli ji zároveň ponižoval. Měl velmi nápadný způsob života. Odmítal chodit do práce, tedy po většinu času byl nezaměstnaný. Plíživě u něj vznikaly hlasové halucinace a bludy, trval na názoru, že má od mimozemšťanů zvláštní poslání. Také si vedl zápisky o druzích mimozemšťanů, které odlišoval dle toho, z jaké planety jsou např.: *“Obyvatelé Marsu jsou Šediváci, kteří se dále různí podle toho, odkud jsou. Na Plejádách žijí bytosti s blond vlasy a modrýma či zelenýma očima“* (Vágnerová, 2012, s. 345).

Mahrová, Venglářová (2008) paranoidní schizofrenii charakterizují jako ataky nemoci, spojené s bludnými přesvědčeními a halucinacemi. Pokud je pacient ochoten spolupracovat, na léčbu reaguje dobře.

Podle Rabocha, Zvolského (2001) je paranoidní schizofrenie charakterizována bludy a halucinacemi. Bludy vedou k symbolickým výkladům skutečnosti, také ke snaze prostřednictvím myšlenek skutečnost ovlivnit. Halucinace bývají častěji sluchové.

○ **Hebrefenní schizofrenie**

Dle Vágnerové (2012) tato forma onemocnění vzniká v období adolescence a rané dospělosti, tedy asi v 15 až 25 letech. Jelikož zasáhne rozvoj osobnosti v období, kdy by se měla vytvářet samostatná identita, má špatnou prognózu. Když v této vývojové fázi nemoc nastoupí, nová identita se nevytvoří a původní, dětské sebepojetí nemůže fungovat jako základní kámen. Tato forma schizofrenie se jeví jako prohloubená porucha se zvláštním způsobem uvažování. Znakem, který charakterizuje hebrefenní schizofrenii, je porucha myšlení. Dochází k poruše emočního prožívání a v oblasti sociálního chování je nápadný například nedostatek zábran, vulgarita, znevažování jiných lidí. Nemocní mohou také projevovat nápadně mimické a pantomimické projevy, často nedbají na svůj zevnějšek.

Pro jasnější představu této formy onemocnění je níže uveden další příběh z knihy Vágnerové (2012) a to o 21 leté dívce, která v období, kdy u ní nastala akutní psychotická ataka, tvrdila, že ji stvořilo něco pro své pobavení a dalo jí možnost podvědomě si utvořit okolní svět kolem ní. Má ze sebe pocit, že ve své podstatě svět stvořila a zároveň jej spasí. Má ráda spánek, protože se při něm cítí být normální (Štorbl, 1997 in Vágnerová, 2012).

Raboch, Zvolský (2001) uvádí, že hebreformní formě schizofrenie se v Severní Americe říká dezorganizovaný typ schizofrenie. Vyznačuje se potrhlou aktivitou, neposedností. Také nečekanými projevy, které vedou k rozkouskovaní chování (neboli fragmentaci). Nemocný často strojeně mluví, náhodně filozofuje. „*V popředí projevů onemocnění jsou zkarikované, přehnané projevy nedospělosti v mírné formě provázející dospívání*“ (Raboch, Zvolský 2001, s. 234).

○ **Katatonní schizofrenie**

Toto onemocnění je typické nápadností v oblasti motorické aktivity. Obvykle se dělí na dva druhy:

Produktivní forma, dle Vágnerové (2012) je forma, která se značí nadměrnou a ne zcela přirozenou pohybovou aktivitou. Může dojít k celkově zvýšené aktivitaci, nebo například jen o echolalie či echopraxie, to znamená, že nemocný opakuje určitá slova, věty, či pohyby.

Stuporózní forma, uvádí Vágnerová (2012) se naopak projevuje celkovým zpomalením či útlumem motorické aktivity nebo ztrátou schopnosti ke konání jakékoli činnosti. To znamená, že nemocný vydrží velmi dlouho v jedné poloze, nemluví a vyjadřuje odpor ke snaze aktivizovat jej. Jeho reakce bývají většinou paradoxní, čili opačné. Je negativistický, reaguje jako loutka.

Raboch, Zvolský (2001) poznamenávají, že u tohoto typu onemocnění jsou v popředí poruchy psychomotoriky. Projevem je nadměrná vzrušenost, bezcílý neklid. „*Tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách a při pasivních pohybech je zvýšený svalový tonus. Závažným projevem je katatonní stupor, který může být spojen se zaujímáním nepřirozených pozic. Pavelový automatismus, napodobování a negativismus také patří k typickým projevům katatonní formy schizofrenie*“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 235).

○ **Simplexní schizofrenie**

Vágnerová (2012), píše, že pro vznik této nemoci je táhlý začátek. Zpočátku se může vypadat jako porucha osobnosti s velkou leností, sociální nepřizpůsobivostí. Nemocní jsou bez zájmu o cokoli, nerespktují běžné sociální normy, bývají celé dny nečinní. Jsou nápadní svou neschopností, jsou apatičtí, uzavírají se sami do sebe. Úroveň myšlení se zhoršuje na úroveň demence.

Raboch, Zvolský (2001) uvádí, že toto onemocnění je poměrně málo časté, ovšem jeho prognóza je vážná. V popředí jsou příznaky změny chování s úpadkem vůle, ztrátou zájmů, zlostností. „*Emoce mají situaci nepřiměřený charakter*“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 232).

Průběh nemoci

Jak píše Bankovská a kol. (2011) zpravidla se projevuje atak u psychotických příznaků, jak bylo již uvedeno, někdy mezi 20. - 30. rokem První atace předcházejí prodromy v podobě podrážděnosti, nedostatku energie, sebevědomí, náladovosti. Častokrát již od 15. roku věku. Bankovská a kol. (2011) popisuje fáze nemoci zkráceně takto: Prodromy, první ataka, Remise (období bez příznaků), časné varovné příznaky a relaps (návrat nemoci).

Relaps je zmíněn podrobněji, jelikož se u pacientů se schizofrenií vyskytuje velmi často. Doubek (2010) píše, že se jedná o návrat akutních psychotických příznaků. U psychóz dochází velmi často k relapsům. Může se tak stát, když klient léky vysadí, bez vědomí svého ošetřujícího lékaře. Riziko relapsu je nejvyšší v době, kdy dochází ke snižování dávek medikamentů, či jejich vysazení. Stát se také může, že dojde k předběžnému přerušení léčby, potom si relapsem projde skoro každý pacient. Léčba by proto měla být dlouhodobá, i když se příznaky již neprojevují tolik intenzivně.

2.4 Léčba

"Schizofrenie je chorobou, která je léčitelná, i když mnohdy nedojde k úplnému uzdravení. Léčba schizofrenie může trvat velmi dlouho a v průběhu času může dojít k různým výkyvům, ke střídání akutních atak s fázemi remise, k proměně symptomů, resp. ke vzniku postprocesuálních změn. Tato terapie obvykle bývá kombinovaná, jde o psychofarmakologickou léčbu, resp. léčbu pomocí jiných biologických metod, která je doplněna psychoterapií, resp. socioterapií" (Vágnerová, 2012, s. 365).

Dobrym krokem pro včasnou léčbu je správné diagnostikování schizofrenie. Čím dříve se nemoc diagnostikuje, tím lépe se následně léčí. Někdy diagnostikování může být

těžké, protože příznaky mohou vypadat jako porucha chování, nebo bipolární poruchy, až deprese. Diagnosis. *Schizophrenia.com* [online]. [cit. 2016-02-21]. Dostupné z: <http://www.schizophrenia.com/diag.php#diagnosis>

Cílem léčby, jak píše Češková a kol. (2006), je snížit frekvence a opakování příznaků, zlepšení kvality života pacienta a to péčí po celý život. Schizofrenní onemocnění je porucha, procházející různými fázemi. Každá z fází vyžaduje různorodý přístup a péči při její léčbě. Důraz je kladen na to, že základem jsou sice také léky, ale nesmí se opomíjet psychosociální intervence.

Češková a kol. (2006) pojímá fáze léčby ze tří stran a to fáze léčby akutní, fáze stabilizace a fáze stabilní. Akutní léčba má zájem především na tom, aby u klienta odstranila pozitivní příznaky, psychosociální intervence zde napomáhá ke snížení stresu a jasnější komunikaci. Ovlivnit bludy a halucinace je poněkud složitější, ale pacient se může cítit lépe i po několika dnech, naopak hyperaktivitu, či agresivitu lze zvládnout i v průběhu hodin až dní. Klient by měl ohledně léčby dostávat informace a být motivován ke spolupráci při postupech v léčbě. Ve fázi stabilizace léčby je cílem snaha o udržení získaného zlepšení a pokroku u nemocného. Jedná se především o to, aby se udržel stav pacienta pro další pokroky při léčbě. V této fázi není třeba přehnané snahy o rehabilitaci a nadměrné zapojování do běžného života. Občas přetrvávají negativní příznaky, které ale pomalu mizí. Dochází k velké náchylnosti k relapsům, proto je antipsychotická pomoc nezbytná a psychosociální intervence by měla být klientovou oporou.

Lindermayer (1995) uvádí, že v případě aktivně psychotických pacientů a schizoafektivních pacientů, bylo prokázáno, že možnost zpoždění psychózy mohou předejít neuroleptika a antidepresiva.

Češková a kol. (2006) píše, že ve fázi, která je již stabilní, dochází k prevenci relapsu a zároveň k udržení remise, jelikož její udržení dále klientovi napomáhá k pokrokům v léčbě a dalšímu zlepšení. Farmakologická léčba se snaží o minimální dávky a psychosociální intervence pomáhá i rodině a snaží se o zapojení klienta a to díky nácviku různých manuálních dovedností, také při chráněné práci, která klientovi pomáhá se sociálními dovednostmi, podporuje ho k samostatnosti a návratu do reality.

Raboch, Zvolský (2001) se uvádí názor, že léčba schizofrenie je vázána na farmakoterapii antipsychoticky působícími léky. V dnešní době se používá název

antipsychotika, dříve neuroleptika. U neuroleptik docházelo k vedlejšímu účinku a to k extrapyramidové svalové ztuhlosti. K dosažení antipsychotického účinku šlo o nevyhnutelný krok. V posledních deseti letech se zavedla antipsychotika druhé generace, která v terapeutických dávkách zcela minimálně až úplně nepůsobí parkinsonské příznaky.

Češková (2012) uvádí, že vzhledem k tomu, že schizofrenie prochází různými fázemi, jež vyžadují specifickou strategii, by léčba tohoto onemocnění měla splňovat následující požadavky:

- aplikace léčby s účinností založenou na důkazech
- měřitelný efekt
- komplexnost (kromě farmakoterapie psychosociální intervence a péči o tělesné zdraví)
- individualizace.

Vágnerová (2012) zmiňuje typy léčby v bodech:

-Psychofarmakologická léčba

Slouží k uklidnění, ke zvýšení odolnosti. Díky vlivu léků se zmírňují akutní a pozitivní příznaky nemoci. Schizofrenie se dá vyléčit pouze za spolupráce pacienta, který léčbu akceptuje a léky, které mu jeho lékař předepsal, pravidelně užívá. I rodinným příslušníkům je třeba vysvětlit, jak bude léčba probíhat, aby neočekávali spontánní zlepšení. Jak je již výše uvedeno, v dnešní době se nemocní nemusejí natolik obávat vedlejších účinků a negativních změn, protože již existují nové antipsychotické přípravky, které tato rizika nepředstavují (Vágnerová, 2012).

-Psychoterapie

„Psychoterapie je léčebná činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění.“ (Vybíral, Roubal, 2010, s. 30)

Vágnerová (2012) píše, že pacienti občas mívají adaptační potíže, je nutné tedy respektovat jejich obavy a úzkosti. Psychoterapie nemocnému slouží k lepšímu zvládnutí nemoci, porozumění sobě samému, k zlepšení sociálních dovedností.

-Socioterapie

Vágnerová (2012) uvádí, že pro rozvoj a podporu různých praktických činností je důležitá aktivizace nemocného. Socioterapie má za úkol dosažení sociální adaptace

a integrace v oblasti zaměstnání, ale také v oblasti bydlení. Především je důležitá úprava vztahů v rodině, cílem je zlepšení atmosféry uvnitř rodiny nemocného, samozřejmě s citem a respektem.

Je třeba pro nemocné organizovat denní režim a tak je aktivovat. Potřebují pomoc, protože oni sami mají tendenci se spíše izolovat a nic nedělat. Nemocného nepřiměřeně nezatěžovat a nepůsobit mu stres. Nejlepší volbou po pobytu v léčebně, je návrat do rodiny. Pokud to není možné a rodina nemocného odmítá, nebo se do rodiny nemůže z jiného důvodu vrátit, lze jako přechodnou variantu zvolit chráněné bydlení (Vágnerová, 2012).

3 Sociální význam schizofrenie

V této kapitole je popsána schizofrenie ze sociálního hlediska. Mnohokrát je tato choroba zahrnuta velkou řadou předsudků, mnoho lidí si není jisto, co přesně schizofrenie znamená, a mnozí z nich si neuvědomují, že schizofrenie se netýká pouze onoho "nemocného" jedince, ale v mnoha případech i celé jeho rodiny.

Začátek onemocnění a jeho promítnutí do rodinných vztahů

Vágnerová (2012) popisuje, že mnohdy počáteční fáze ani jako nemoc nevypadá, mohou se totiž vyskytovat nespecifické příznaky, které se dějí i za jiných okolností (únava, podrážděnost, nespavost...). Nemocný ztrácí důvěru v sebe sama i ve svém okolí a odmítá kontakt se světem, který se pro něj stává neznámý. V tuto chvíli je zřejmé, že dochází ke změně atmosféry v rodině. Ta bývá často napjatá. Chování nemocného bývá často nepřiměřené situaci, proto u členů rodiny vzbuzuje nedůvěru a někdy i ohrožení. Právě příčinou odmítavého jednání členů rodiny k nemocnému schizofrenií je jejich chování. Pro členy je těžké mu porozumět, komunikace bývá často velmi obtížná, až neefektivní. Někdy jsou členové rodiny nemocných i bezradní, převažuje tendence nemocného od rodiny izolovat.

Fáze vyrovnávání rodiny s diagnózou

Vágnerová (2012) poznamenává, že na rodinu působí jako zátěž potvrzení diagnózy schizofrenie. Několik fází zátěže pro rodinu jsou uvedeny níže (volně podle Kaliny, 1987, a Pfeifera, 1995, in Vágnerová, 2012).

Fáze první: popření skutečnosti

Zcela prvním prožitkem po diagnóze vážné duševní choroby, bývá u členů rodiny krátký prožitek hrůzy bezmoci a úzkosti. Mnohdy prvotní obrannou reakcí bývá popření sdělení diagnózy. Dominuje zde potřeba zakrývat skutečnost, často rodinní příslušníci zatajují svému okolí, že někdo z jejich rodiny trpí duševní chorobou. Rodina může být prostřednictvím choroby nějak postižena, např. lepší postavení ve společnosti (Vágnerová, 2012).

Fáze druhá: hledání příčiny, resp. viny za vznik onemocnění

V této fázi dochází k postupnému přijetí skutečnosti a snahu o její zpracování. Nakonec rodinní příslušníci přiznají, že jejich člen duševním onemocněním opravdu trpí. Hledání příčiny za vznik onemocnění je laický rozbor situace, zaměřený na zjištění skutečností, kdo, co, proč a jak zavinil, či zanedbal. Rodiče se často trápí důvodem, co udělali špatně, jestli něco zanedbali a vinu shazují jeden na druhého. Někdy rodina nachází zcela nesmyslná vysvětlení. Ve zmíněné fázi je typický hněv, zlost a zklamání (Vágnerová, 2012).

Fáze třetí: hledání pomoci a léčba

V tomto období dochází ke zpracování problému, začíná nutkání hledat pomoc a vhodnou léčbu. Rodina se snaží o zlepšení situace. Velmi často se laik domnívá, že musí dojít k úplnému vyléčení. Sám ale neví, jak přesně léčebná procedura asi probíhá. Předsudky často ovlivní přístup rodinných členů k terapii. V případech kdy se domnívají, že léčení je bez efektu, hledají jinou pomoc. Pokud se jim zdá, že pokusy jsou marné, dochází i k rezignaci. Často prožívají bezmoc, která je tíživá pro vztahy v rodině. Na mysl může členům rodiny přijít myšlenka, že léčba neprobíhá zcela dle jejich představ, vše trvá déle, atd. (Vágnerová, 2012).

Fáze čtvrtá: náhled na situaci, její přijetí

Vágnerová (2012) k této fázi píše, že realistického postoje může rodina dosáhnout tehdy, když překoná všechny výše uvedené zátěže. To velmi dobře podporuje spolupráci s nemocným. Jako pozitivní v této fázi můžeme vyzdvihnout také nové uspořádání rodinných vztahů a nalezení nového životního způsobu, který je pro všechny přijatelný. Ovšem k tomuto řešení nemusí vždy dojít, někdy rodina a její příslušníci jako celek zátěž nesou a nemocného vyloučí do ústavní péče. V některých případech se dokonce rodinné vztahy rozpadnou.

3.1 Nové uspořádání rodinných vztahů

Vágnerová (2012) popisuje, že rovnováhu rodinného systému naruší krize, která je dána onemocněním jedince. Také může otevřít skryté problémy z dob minulých, které rodina měla.

"Domov, který by měl být klidným zázemím, tuto funkci ztrácí, protože nemocný schizofrenií zde působí rušivě, v jeho projevech se často objevuje něco, co okolí vnímá jako obtěžující či ohrožující. Nemocný hodnotí běžné situace jinak, dává jim jiný význam, jenž je z pohledu zdravého člověka nesmyslný. Nepříjemná bývá i proměnlivost a nepředvídatelnost jeho nápadů. Bez odpovídající léčby je soužití v rodině nemožné" (Vágnerová, 2012, s. 358).

Ovšem může docházet i k problému ze strany rodiny, jako je například netolerance k projevům nemocného. Tento extrém v chování vyplývá z neschopnosti uchopit situaci přijatelnějším způsobem. Pokud nemocný zrovna neprochází obdobím ataky, není nutné jej naprosto ve všem tolerovat, také mohou mít rodinní příslušníci požadavky ke splnění (Vágnerová, 2012).

Vágnerová (2012) uvádí, že častokrát vede zátěž v rodině k jejímu narušení, či rozkladu dosud fungujících pravidel. Ačkoli se může zdát, že rodina formálně přijala nemocného schizofrenií, mnohdy se od tohoto člena rodiny distancuje, není zde dostatečná komunikace, vytvářejí se zde bariéry. V momentě, kdy se u nemocného potvrdí diagnóza schizofrenie, dostává v rodině novou roli a může dojít ke změně chování ostatních členů rodiny a tato změna je spojena s možným vznikem několika rizik, jako například: vytvoření odstupů od nemocného. Častým řešením bývá omezení reálného styku s tímto členem rodiny. Tento postoj je obranou, která ještě více nemocného izoluje. Jako další riziko uvádí Vágnerová vytvoření hyperprotektivního postoje, ke kterému může dojít tehdy, kdy se nemocný stává centrem veškeré pozornosti a péče a ostatní členové rodiny nemají šanci hovořit o svých vlastních problémech. To může vést dokonce k indukci bludného uvažování někoho dalšího z rodiny, který je na nemocného citově vázán (nejčastěji matka). Nechá se přesvědčit o určité pravdivosti bludu a podle toho tak jedná. Tak dochází k neadekvátnímu jednání.

Role nemocného ve schizofrenní rodině

Velmi záleží na tom, jaké postavení měl v rodině nemocný, ještě před vypuknutím schizofrenie. Jeho role prochází různými změnami.

Adolescent a jeho role v původní rodině se příliš nemění, rodiče se ho snaží ochraňovat a starat se o něj. Tato práce je zaměřena především na dospělé jedince, jejich role v rodině je obsažena níže. Role dospělého člověka, manželského partnera a rodiče. Tyto role jsou spojeny s odpovědností a povinnostmi. Nemoc negativně ovlivní možnost plnit stejnou roli jako před nemocí a již se neočekává úplné plnění povinností. Problém také může nastat, pokud se jedná například o rodiče dětí. Děti totiž nemusí vědět, jaký emoční postoj k nemocnému rodiči zaujmout. Při pocitech nejistoty a strachu, se může zásadně změnit jejich přístup k životu (Vágnerová, 2012).

4 Aktivizace

Tato kapitola se zaměřuje na aktivizaci především z hlediska sociálního. Níže jsou popsány body jako péče při aktivizaci, specifika sociální práce s klientem, etický kodex sociálního pracovníka, formy podpory bydlení, které s následnou aktivizací klienta souvisí.

Slovo aktivizace, jak uvádí Hartl v Psychologickém slovníku, znamená "*Šířeji nespecifické označení úrovně aktivity, činnosti, vybuzenosti, založené na smyslové, žlázové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti*" (Hartl, Hartlová, 2000, s. 27).

Aktivizace může naplňovat mnoho významů v různých odvětvích. V této práci se jedná o aktivizaci klienta s psychiatrickou diagnózou, konkrétně klienta se schizofrenií. Pro jednoho klienta může být aktivizace, že se zapojí opět do pracovního procesu, pro jiného, že je schopen sám dojít na komunitní sezení.

Jak uvádí Vágnerová (2012) je důležité nemocnému zorganizovat denní plán, jelikož on sám toho většinou nebývá schopen. Denní program by měl být přiměřený schopnostem nemocného, protože mu napomáhá k obecné orientaci. Zároveň mu dodává pocit užitečnosti a napomáhá také rodinným příslušníkům. Přetížení pacienta může zvýšit riziko jeho selhání.

4.1 Péče při aktivizaci

Mahrová, Venglářová (2008) v několika bodech popisují, jak může sociální pracovník klientovi s duševním onemocněním pomoci překonáváním společenské izolace, jak mu může pomoci v rozvíjení sociálních dovedností, které mu v minulosti nebyly cizí. Také poukazuje na možnost chráněného, či podporovaného bydlení.

Překonání společenské izolace a stigmatizace

Stává se často, že se nemocní dostanou do izolace s okolím. Přirozeně budovat mezilidské vztahy bývá často komplikované a může docházet ke znehodnocení dříve vybudovaných vazeb. Duševní onemocnění bývá vnímáno negativně a tak může dojít ke stigmatizaci. Stigma souvisí s předsudky. Může docházet k různým změnám v prožívání, chování. Někdy se člověk s diagnózou cítí jako méněcenný, tedy tzv. selfstigmatizace (Mahrová, Venglářová 2008).

Získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností

Své důležité místo zde mají programy nácviku sociálních dovedností, jak uvádí Mahrová, Venglářová (2008). Jako příklad můžeme uvést cvičnou kuchyňku a podobné. Po propuštění z lůžkového zařízení se pacienti vracejí do prostředí, které k nim nebývá často vřelé, proto k nácviku sociálních schopností mohou pomáhat návazné služby komunitní péče, jedná se o denní stacionáře sociální centra, různé kluby a centra denních služeb se zájmovou činností.

Chráněné a podporované bydlení pro duševně nemocné

Klient, který je dlouhodobě hospitalizován nebo se do hospitalizace po krátkodobé remisi vrátí, se může obstojně aktivizovat ve více či méně chráněných podmínkách mimo psychiatrická zařízení. Každý z klientů má jiné nároky a jiné předpoklady dle zdravotního stavu. Ideální možností je přesunutí se do vlastního bytu s tím, že klient bude nadále využívat asistenčních služeb. Ne každý klient to ovšem zvládne. Vzhledem k rozmanitosti klientely jsou k dispozici různé formy podpory bydlení (Mahrová, Venglářová 2008).

Domovy na půl cesty (také komunitní bydlení), k dispozici je zde terapeut a klienti obývají dům, kde se podílejí na úklidu, vaření, jsou podřízeni určitému režimu. Pobyť v těchto zařízeních bývá časově omezen. Dále tu jsou chráněné byty, kterým je věnována samostatná kapitola. Podporované bydlení je formou bydlení, kdy klienti již žijí sami a v různých časových intervalech za nimi dochází asistenční služba. S dopomocí sociálních pracovníků, zdravotníků se tak učí „normálnímu“ chodu domácnosti. Další formou podporovaného bydlení jsou sociální byty, které jsou určeny především pro mladé klienty, kteří by se rádi odpoutali od své primární rodiny. Ta může na klienty někdy působit kontraproduktivně (Mahrová, Venglářová, 2008).

Matoušek a kol. (2005) oproti tomu píše, že proti novým formám péče se objevují také protiklady. „*Chráněná bydlení mohou představovat další miniinstituci, kde žijí trvale závislí pacienti*“ (Matoušek a kol., 2005, s. 46).

Chráněná práce

Jak uvádí Mahrová, Venglářová (2008), asi nejznámější z chráněných dílen jsou tzv. tréninkové resocializační kavárny. Finanční ohodnocení nebývá žádné, nebo je symbolické. Mnohem důležitější je smysl práce. Kromě kaváren se osvědčila práce dle starých řemesel jako například keramika, tkání, košíkářství, práce s dřevem atd. Forma

přechodného a podporovaného zaměstnání je již poskytována na běžném trhu práce a je ohodnocena finančně. Klient tak získá možnost se integrovat do okruhu zdravých lidí.

Trávení volného času

Velmi důležitý bod v životě klienta, který se dostává zpět do běžného života, je způsob trávení volného času. Napomáhá mu tak lépe navázat kontakty s okolním světem. Také získává pozitivní přístup k aktivizaci. Úzce souvisí se stimulací a socializací. V ambulantní péči to většinou bývají denní stacionáře. Jedná se o nabídku nejrůznějších aktivit, jako je sport, výlety, výuka cizích jazyků, práce s počítačem atd. (Mahrová, Venglářová, 2008).

4.2 Specifika sociální práce s klientem

Všeobecně je práce s lidmi, kteří trpí psychiatrickým onemocněním náročná. Mahrová, Venglářová (2008) uvádí, že je důležité se orientovat v základní psychopatologii duševní nemoci, díky které můžeme brát ohled na klienta, se kterým pracujeme. Ke klientovi přicházíme s respektem a zájmem, vnímáme ho, chováme se přirozeně. Pro klienta je to velmi důležité, protože když vidí, že o něj jevíme zájem a nasloucháme mu, málokdy tak v kontaktu s ním uděláme velkou chybu. Samozřejmě vážíme slova a máme na mysli, že klient může být zvýšeně vztahovačný. Často může být zdrojem nedorozumění, či rozrušení něco, co by za normálních okolností bylo v běžné komunikaci přehlíženo.

Beran (1997) vymezuje dva typy komunikačních dovedností při práci s klientem. Prvním typem je verbální komunikace, do které dle Berana (1997) patří otázky a výzvy, výklad, projev porozumění, ty jsou nástrojem k formulaci sdělení a další komunikaci s pacientem. Druhým typem, jsou neverbální dovednosti, jako empatie, naslouchání, pozorování, projev zájmu, které jsou významné při poznávání klienta, zcela jistě jsou podkladem pro následnou komunikaci verbální.

Je velmi důležité podotknout, že jinak jednáme s klientem, který je stabilizovaný a jinak s klientem, který je v akutní atace. Navázat kontakt s klientem bývá někdy náročné, může být nedůvěřivý. Někteří klienti naopak komunikují až přehnaně ochotně, jsou až moc komunikativní a sdělují velké množství informací najednou, bývá těžké se zorientovat a držet se daného tématu v rozhovoru Mahrová, Venglářová (2008).

K sociální práci s klientem patří etický kodex, který je vodítkem pro pracovníky, pomáhá ke kvalitní péči o pacienta. Etický kodex, také profesní etika, stanovuje etická pravidla pro vykonávání profesionální činnosti. Pracovníkovi nastíní pravidla chování ke klientovi např., že ho musí respektovat a chovat se k němu důstojně, pomáhat všem klientům stejnou mírou, zachovávat mlčenlivost... Jsou tu také pravidla, která musí dodržovat vůči svým kolegům, jako např. respektovat své kolegy, snažit se rozšiřovat vlastní znalosti v oboru... Dále také pravidla sám k sobě a své profesi, jako například musí být samostatný, spolehlivý a bezúhonný, znát a provádět kroky k prevenci proti syndromu vyhoření... Vůči zaměstnavateli také platí etická pravidla, jako plnit povinnosti, které závazek k zaměstnavateli vyžaduje. Etický kodex. *BONA o.p.s.* [online]. [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/eticky-kodex-bona-ops>

Pěč, Probstová (2009) uvádí, že v kontaktu s duševně nemocným pacientem je důležité dát mu optimální vzdálenost, snahu ho pochopit a být ke klientovi empatický. Naráží také na různé překážky v komunikaci a radí, jak je překonat: *“Pro obě strany je pak důležité podívat se nově na vzájemnou situaci. Domníváme se, že i zde může být základ „úspěchu“ začínajících pracovníků. Jejich nový pohled na situaci pacienta a chuť do (spolu)práce překonává často i obtíže „začátečnické“ chyby. Důležité je sobě i pacientovi poskytnout čas k vytvoření důvěry a překonání pocitů beznaděje. Při prvním kontaktu je dobré, aby pacient něco (obsáhnutí či snížení tenze, porozumění, normalizaci či pochopení situace) obdržel (tzv. „gift giving“). Pocit „něco jsem bezprostředně dostal“ posiluje navazování kontaktu“* (Pěč, Probstová, 2009, s. 45).

5 Organizace pomáhající při aktivizaci klienta

Schizofrenie je onemocnění, které zjednodušeně řečeno tvoří bariéru pro nemocného člověka mezi „nemocným a zdravým světem“. Tato skupina lidí často nebývá schopna se zorientovat v sociální sféře, neví, jak se vrátit do pracovního režimu, tak jak byli dříve zvyklí. Někdy je třeba této cílové skupině také ukázat základní sociální potřeby, které by sami nezvládli obnovit. V České republice jsou ovšem organizace, které nemocným pomáhají dostat se zpět do běžného života, a to různými způsoby, v těchto organizacích jsou skutečně zainteresovaní lidé, ale také obětaví dobrovolníci, díky nimž se nemocný může cítit sebejistěji a může být motivován k aktivizaci a samostatnosti.

5.1 Občanské sdružení Baobab

Toto občanské sdružení vzniklo v roce 1997, v současnosti má pobočku v Praze a na Kladně. Klientelu tvoří lidé, které potkalo psychotické onemocnění, duševní onemocnění. Při práci s klientem platí jistá pravidla, organizaci jde především o to, aby se klient cítil příjemně a aby začal vnímat běžný život příjemně. Pro organizaci je zásadní, aby se klient při spolupráci cítil, jako rovnocenný partner. Spolupráce s vyškolenými pracovníky by měla vést k dobrovolné aktivizaci klienta, zároveň má klient právo na svobodné rozhodnutí při práci a za svá rozhodnutí nese zodpovědnost. *Baobab* [online]. [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.osbaobab.cz/osdruzeni.html#osdruzenikdojsme>

Při práci s duševně nemocným je důležitá péče o klienta, ale také o pracovníka, který terapii, rehabilitaci, sociální práci, provádí. Potřebuje podmínky pro reflexi a cítit dobré zázemí v organizaci. *Baobab* [online]. [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.osbaobab.cz/osdruzeni.html#osdruzenikdojsme>

V této souvislosti, uvádí Matoušek a kol. (2005), že pracovník má nárok při práci s nemocným na kvalitní teoretickou přípravu, také na průběžné vzdělávání se.

OS Baobab má několik služeb, které jsou stručně popsány, s uvedeným příkladem v závorce. Služby v Praze poskytuje centrum sociálně rehabilitačních služeb (příprava k samostatnému bydlení), službu aktivizace a sociálních dovedností (výtvarné aktivity), také program student, který podporuje v samostatnosti a spokojenosti v oblasti vzdělávání se nebo v oblastech s ním spjatých. Různé volnočasové aktivity (šachy), kurz zdravého

životního stylu (zdravé návyky do života), vzdělávací kurzy (angličtina) a tak dále. Oproti tomu ve službách Kladno, klient může navštěvovat knihovnu, case management (realizace osobních cílů a přání), rukodělnou dílnu, atd. *Baobab* [online]. [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.osbaobab.cz/osdruzeni.html#osdruzenikdojsme>

5.2 Občanské sdružení Green doors

Vzniklo v roce 1997. Snaží se o pracovní a sociální rehabilitaci klientů, kteří trpí duševním onemocněním, zejména schizofrenií. Posláním je tedy zlepšit klientovi sociální schopnosti, aby si mohl najít a hlavně udržet pracovní pozici, zároveň kontaktovat a edukovat zaměstnavatele lidí s psychiatrickou nemocí. Programy, které klientovi takto napomáhají, jsou formou přechodného, či podporovaného zaměstnání. Nebo také job setkáním (workshop, kde se klient dozví jak se připravit na pohovor, dozví se zkušenosti ostatních a to ho může případně motivovat). *Green doors* [online]. [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/>

Příkladem jsou „tréninková“ zaměstnání, která mají za úkol klienta připravit na otevřený trh práce, na vidinu jistých cílů a možnost seberealizace. Je to Café Na půli cesty, tréninková restaurace Mlsná kavka, klub V. kolona. Je zde také sociální poradna, pomáhající při začleňování na trh práce. Klientovi tedy pomáhá poskytnout potřebné informace z oblasti sociálních služeb a sociálního zabezpečení. *Green doors* [online]. [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/>

5.3 Bona o.p.s.

Tato nestátní nezisková organizace vznikla v roce 1999. Cílovou skupinou jsou dospělí lidé, kteří mají diagnostikovanou duševní chorobu. Klienty se snaží začlenit do běžného života, ze kterého jsou možná oddělováni. Při práci s klienty je kladen důraz na individualitu každého jedince, na vlastní právo rozhodnutí, také na důstojné jednání. Využití služeb je dobrovolné. Personál Bony, je vyškolen pro práci s touto cílovou skupinou. *Bona o.p.s.* [online]. [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/zakladni-prohlaseni>

Sociální služby, které Bona o.p.s. nabízí, jsou: podpora samostatného bydlení, která probíhá na území hl. města Prahy. Pomáhá klientovi k osamostatnění se a ke schopnosti samostatně žít. Služba se realizuje po uzavření nájemní smlouvy na dobu určitou, v prostorách k této službě určených. Klientovi služba pomáhá při chodu domácnosti, aktivizačních činnostech, obstarávání osobních záležitostí. Služba je zpoplatněna. *Bona*

o.p.s. [online]. [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/zakladni-prohlaseni>

Další služba nese název Chráněné bydlení, které je určeno osobám se sníženou soběstačností. Je tedy evidentní, že klient potřebuje pomoc jiné fyzické osoby. Klientům napomáhá vrátit návyky, které pro ně byly dříve běžné. Poskytuje ubytování, pomoc při chodu domácnosti, sociálně terapeutickou činnost atd. Větší pozornost je věnována službě CHB v páté kapitole. *Bona o.p.s.* [online]. [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/zakladni-prohlaseni>

Bona o.p.s., také nabízí sociální rehabilitaci, která zahrnuje sklářskou a textilní dílnu. Také nabízí dílnu technických služeb. Pomáhá nácviku dovedností, aktivizaci klienta a také pomoc při udržování sociálních kontaktů a soběstačnost. Řadí se mezi bezplatné služby. *Bona o.p.s.* [online]. [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/zakladni-prohlaseni>

Nově, tedy konkrétně od 7.7. 2015 *Bona o.p.s.* provozuje poradnu BONSay a to pravidelně jednou týdně. Nejen pro osoby, které trpí duševním onemocněním, ale také pro jejich rodiny a širokou veřejnost, která má zájem se o duševních chorobách dozvědět něco víc. Zahrnuje sociální poradenství a orientaci ve službách, které jsou lidem s duševním onemocněním určeny. BONSay je bezplatná služba. *Bona o.p.s.* [online]. [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/zakladni-prohlaseni>

6 Chráněné bydlení Bona o.p.s.

Chráněné bydlení, v Hartlově slovníku pod pojmem bydlení chráněné, anglicky protected housing, je: *"systém různých typů bydlení, určených jedincům rizikovým, postiženým n. nemocným, který umožňuje jejich maximální integraci do normálního, neústavního prostředí, obvykle v normální zástavbě, s různou mírou dohledu a pomoci ze strany odborného personálu; obvykle jde o nepřetržitou n. denní či jen externí odbornou pomoc"* (Hartl, 2000, s. 83).

Služba, kterou CHB Bona o.p.s. nabízí, je nazývána jako pobytová služba. Využívat ji mohou klienti, kteří mají sníženou soběstačnost, nejsou si sami sebou a svými dovednostmi jisti z důvodu duševní nemoci, a proto potřebují dohled a pomoc ještě další osoby. *Bona o.p.s.* [online]. [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/zakladni-prohlaseni>

Cílem služby CHB je poskytnutí ubytování, pomoc při resocializaci klienta, zpětně získat schopnost sebedůvěry a motivace k aktivitám. Také o samostatnost v souladu s medikací, v rámci péče o domácnost, zároveň o sebe sama. Služba pomáhá klientovi k vědomosti, jak komunikovat se sociálními službami. Také nácviky sociálních situací, vaření, nákupy, úklid a nedílnou součástí jsou i ranní skupinová sezení. Dále nabídky možností služeb ostatních organizací pro tento typ klientů a mnoho dalšího. *Bona o.p.s.* [online]. [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/zakladni-prohlaseni>

Níže jsou uvedena 4 zařízení, které slouží jako CHB pro klienty.

6.1 Chráněné bydlení „Vila Jitka“

Je budova, která se nachází na adrese U Drahaně 163, 181 00 Praha 8. Skýtá ubytování pro 15 osob. Personál je zde ve složení vedoucí terapeutky, asistentky terapeutky a recepční služby, která má 3 členy. Stavba má tři poschodí a Nadací Bona byla realizována v letech 2006 – 2007. Pokoje, které jsou dvojlůžkové i jednolůžkové, mají vždy svou vlastní koupelnu a toaletu. Pro obyvatele „Vily Jitka“ je společným prostorem kuchyň, obývací pokoj, jídelna a prádelna. Je zde také zahrada. Personál má v přízemí kancelář. Je zde zařízen bezbariérový vstup. Nachází se zde také sklářská dílna, která

je klientům k dispozici. *CHB "Vila Jitka"* [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni/vila-jitka>

„Pacient postupně zjišťuje, že má stále víc „o co se opřít“ v sobě i kolem sebe; nevidí v sobě a kolem sebe už pouze „temná místa“. Má pocit, že ta se zmenšila, což může být někdy optický klam, protože intenzita příznaků zůstává stejná, ale pacient má v životě ještě něco víc než své obtíže“ (Kalina, 2001, s. 207).

6.2 Chráněné bydlení „200“

Jedná se o činžovní dům, na adrese Pod Čimickým hájem 200, 181 00 Praha 8. Personál zde tvoří vedoucí terapeutka, asistentka terapeutky, recepční služby, které realizuje čtyřčlenný tým. Může se zde ubytovat až deset klientů. Původně, v letech 2001 – 2002 prostory umožňovaly kapacitu pro osm osob, po rekonstrukci v roce 2003, pro již zmíněných deset osob. Jsou zde tři dvoulůžkové pokoje a dva třílůžkové pokoje se samostatnou koupelnou a toaletou. Společné prostory pro klienty tvoří kuchyň s jídelnou a společenská místnost. Zaměstnanci mají samostatné zázemí. V roce 2010 došlo k další rekonstrukci a kapacita byla navýšena o dva další byty, proto v současnosti CHB „200“ nabízí 13 lůžek. *CHB "200"* [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni/200>

6.3 Chráněné bydlení „Kocourkov“

Samostatný objekt, který je plně vybaven pro potřeby klientů se nachází na adrese U Drahaně 144, 181 00 Praha 8. Zaměstnanci tohoto CHB jsou vedoucí terapeut, asistentka terapeuta a pětičlenná recepční služba. „Kocourkov“ je samostatný a plně zařízená budova se zahradou. Pokoje jsou plně vybaveny. Kapacita pro klienty je zde čtrnáct lůžek, z toho tři jednolůžkové pokoje, čtyři dvoulůžkové pokoje a jeden trojlůžkový pokoj. Nachází se zde také společné prostory, jako kuchyň, jídelna, společenská místnost, koupelna a toalety. Personál má k dispozici samostatnou kancelář s příslušenstvím. *CHB "Kocourkov"* [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni/kocourkov>

6.4 Chráněné bydlení „180“

CHB „180“ je na adrese Pod Čimickým hájem 180, 181 00 Praha 8. Personál se skládá z vedoucí terapeutky, asistentky terapeutky a čtyř recepčních služeb. V tomto zařízení se nenachází bezbariérový přístup. Maximální kapacita je 14 osob. Je zde společenská místnost společně s kuchyní. V jednom z bytů se nachází kancelář pro

personál. *CHB "180"* [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni/180>

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Metodika

7.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaká je aktivizace klientů žijících v chráněném bydlení po absolvování léčby v PN. Zdali klient vnímá svůj zdravotní stav a v důsledku tohoto aspektu je schopen se zapojit do aktivizačním programů. Pokud klient, který se aktivně vídá se svou rodinou, je pozitivně ovlivněn a díky tomu je schopen na budoucnost nahlížet pozitivně. Proto bylo nezbytné vyhotovit otázky, díky kterým bylo možné vytvořit a zpracovat výzkum pro tuto bakalářskou práci.

Před samotným započítím výzkumu, jsem požádala o schválení k provedení sběru dat ředitele organizace Bona o.p.s. Mgr. Aleše Langa a vedoucí CHB Mgr. Jiřinu Chalupskou.

7.2 Otázky pro rozhovor

1. Kolik Vám je let?
2. Jak dlouho jste byl/a v léčebném zařízení?
3. Jak jste se o možnosti chráněného bydlení dozvěděl/a?
4. Jak dlouho žijete v chráněném bydlení?
5. Máte rodinu? V jakém kontaktu s ní jste?
6. Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?
7. Máte stanovený denní režim? Jaký?
8. Jak jste dříve (před nemocí) trávil/a volný čas? Jak ho trávíte teď?
9. Jaké aktivity můžete v rámci Bony využívat?
10. Jaké máte plány do budoucna?

Vzhledem k určení výše uvedených otázek, tak mohu osvětlit předmět této bakalářské práce a tím je aktivizace klienta s psychiatrickou diagnózou, v našem případě schizofrenií, v chráněném bydlení. Otázky jsem se snažila formulovat takovým způsobem, aby byly srozumitelné pro všechny klienty. Strukturu otázek jsem nejdříve konzultovala s vedoucí mé bakalářské práce a také s terapeutky CHB, abych měla zpětnou vazbu pro jejich následnou tvorbu.

7.3 Předpoklady

Stanovila jsem čtyři předpoklady, které se mi vzhledem k výpovědím respondentů v chráněném bydlení potvrdily nebo vyvrátily. Výsledky těchto předpokladů jsou obsaženy v kapitole Diskuze.

1. Klientky ženského pohlaví jsou aktivnější, než klienti mužského pohlaví.
2. Pokud je klient v přímém kontaktu se svou rodinou, je schopen vlastní budoucnost vidět pozitivně.
3. Aktivně trávený čas před nemocí, znamená aktivně trávený čas po nemoci.
4. Klient, který se zapojil do aktivizačních programů, se snaží být více aktivní.

Tyto předpoklady jsem se rozhodla stanovit, protože je potřeba vyzkoumat, zdali je rozdíl v aktivitě klientů mezi ženským a mužským pohlavím. Díky genderově vyváženému počtu klientů jsem mohla k tomuto předpokladu přistoupit relevantně. Jak jsem se již zmínila v teoretické části, rodina je v klientově životě velmi důležitá, proto také záleží, v jakém vztahu a kontaktu je klient s rodinou a zdali je možné, že ho to ovlivňuje při jeho další vidině budoucnosti. Trávení a náplň volného času je jedna ze základních hodnot při pobytu v CHB, pokud navazuje na aktivity z dob před nemocí, rozkódoval další předpoklad. Aktivizační programy by klienty měly motivovat k aktivní činnosti.

7.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkum pro tuto bakalářskou práci jsem provedla v CHB Bona o.p.s. v Praze, na začátku dubna roku 2016. Výzkumný vzorek tvořilo osm respondentů s psychiatrickou diagnózou schizofrenie. Čtyři muži a čtyři ženy, ve věkovém rozhraní 39 až 65 let. Všichni respondenti byli seznámeni s otázkami, které jsem jim pokládala, také s tím, že veškeré informace, které mi pro výzkumné šetření poskytnou, budou anonymní a svůj souhlas stvrdili podpisem.

Z hlediska zachování anonymity, mají respondenti rozhovorů smyšlená jména. Vzhledem k rozsahu práce jsem se chtěla vyhnout citlivým tématům, které by mohly být pro klienty nepříjemné. Proto jsem zvolila otázky, týkající se tématu aktivizace klienta.

7.5 Metoda výzkumu

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila kvalitativní metodologickou formu, tedy polostrukturovaný rozhovor. Za pomoci této zvolené metody, bylo možné s klienty CHB navázat přirozený kontakt. Necítili se pod tlakem, celkově tedy při rozhovoru panovala příjemná atmosféra.

7.6 Způsob provedení výzkumu

Průběh při výzkumu byl pokaždé jiný. Rozhovory s klienty probíhaly přímo v prostorách CHB. Schůzku pro rozhovor jsem měla vždy předem domluvenou díky předchozí komunikaci s vedoucími terapeutů CHB. Před samotným rozhovorem, jsem měla možnost se zúčastnit ranní komunity, kde jsem se s klienty seznámila a zároveň jim nastínila témata pro rozhovor. Poté bylo již na každém klientovi, zda projeví o dané téma a výzkum zájem. S každým klientem jsem hovořila jednotlivě a v soukromí. Po úvodních slovech, vysvětlení cíle práce a podepsání souhlasu jsem se přesunula k samotnému rozhovoru.

Snažila jsem se navodit uvolněnou, spíše neformální atmosféru, aby se respondenti cítili příjemně. Při svých výpovědích se klienti snažili komunikovat a odpovídat na mé otázky. Všichni respondenti byli velmi ochotní. Pouze v jednom případě se stalo, že klient odpovídal pouze jednou větou i jednoslovně. Z jakého důvodu, mi není známo. Ve svých odpovědích působil spíše stydlivě, než nedůvěřivě. Při jednom z rozhovorů se dokonce klient necítil dobře, sám to totiž řekl při rozhovoru, i přesto chtěl odpovídat a rozhovor dokončit. Po dokončení rozhovoru se mnou ještě nějakou chvíli seděl u stolu a potom řekl, že si jde odpočinout, zřejmě se opravdu necítil nejlépe. Jedna z klientek se po rozhovoru chtěla dozvědět více o tématu této bakalářské práce, zajímalo jí, kolik respondentů mi odpovědělo a také jí zajímalo, jakou formou budu data zpracovávat a vyhodnocovat. Ochotně jsem jí proto na otázky odpověděla. Bylo velmi povzbudivé, když jsem viděla, že má práce u klientky vzbudila zájem. Každý rozhovor s klienty CHB, trval třicet až čtyřicet minut. S klienty jsem seděla v soukromí a bez přítomnosti terapeutů, kteří ovšem byli přítomni v kancelářské místnosti CHB.

Při rozhovorech jsem si zvládala udělat zápisky na záznamový arch, nebyl tedy pořizován žádný audiozáznam. Jak jsem se již zmínila, atmosféra byla spíše uvolněná a tak jsem měla dostatečný prostor si vše zaznamenat a zároveň s respondenty plynule komunikovat. S klienty jsem měla možnost hovořit v soukromí, nic nás tedy nerušilo, ve dvou případech jsem dokonce měla možnost sedět s klientkami na zahrádce u CHB, kde to

pro obě strany bylo velmi příjemné a pozitivní prostředí. Každý klient byl různě sdílný, proto jsou některé výpovědi delšího, jiné kratšího charakteru. Po uskutečnění rozhovorů, jsem ten samý den vše přepsala do elektronické podoby a kompletní výpovědi klientů jsou součástí této práce, jako příloha.

7.7 Seznámení s výzkumným vzorkem

V této části práce se setkáváme s klienty, kteří odešli z léčby v PN a nyní se nacházejí v zařízení CHB, konkrétně v Bona o.p.s. Níže čtenáře seznamuji s jednotlivými respondenty, jejichž jména jsou smyšlená. Seznámení s klientem touto formou nám tak pomůže se lépe orientovat při četbě a porozumění výsledků tohoto výzkumu.

Josef

Josefovi je 58 let. Když jsem do CHB přicházela uskutečnit rozhovor, s panem Josefem jsem se setkala již před vstupem do budovy. Velice ochotně se mě ujal a dovedl mě k vedoucí terapeutce. Po společné ranní komunitě se klient aktivně nabídl, že mi bude odpovídat na otázky, které jsem mu sdělila. Poté jsme se přemístili do místnosti, kde jsme na rozhovor měli soukromí a klid. Než jsme začali hovořit o tématu, které nás čeká, se klient zeptal, jak dlouho bude naše povídání trvat. Při odpovídání na otázky se snažil odpovídat konkrétně a působil velmi klidně. Na konci rozhovoru mi podal ruku a opět mě ochotně doprovodil ke dveřím.

U pana Josefa, jsem si všimla, velmi suché pokožky na ruku, kůži měl velmi popraskanou. Ruce na stole, během rozhovoru položené neměl. Při odpovědích se mi vždy díval přímo do očí.

Anna

Anně je 65 let. S klientkou jsem navázala kontakt sama, když byla ve společenské místnosti. Souhlasila s uskutečněním rozhovoru. Ze začátku se zdála velmi mlčenlivá, ale během rozhovoru velmi vstřícně spolupracovala a odpovídala. Při otázce ohledně klientčiny rodiny jsme hovořily také o smrti syna paní Anny, byl na ní znatelný zármutek. V poslední fázi rozhovoru se ovšem začala usmívat, jelikož jejím cílem je, se do půl roku přestěhovat do pečovatelského domu. Po skončení společného rozhovoru se mnou Anna hovořila o svetr, který jsem na sobě měla, velice se jí líbil a ptala se, zda jsem ho sama

háčkovala. Odpověděla jsem, že svetr je koupěný. A klientka se zmínila o tom, že když byl syn malý, ráda mu oblečení háčkovala.

Klientka Anna byla upravená. Ruce měla položené na stole a mnula si po celou dobu našeho rozhovoru dlaně.

Jitka

Jitce je 39 let. S klientkou jsem opět navázala kontakt ve společenské místnosti CHB, kde se zrovna dívala na televizní pořad. Působila upraveně. Velmi ochotně souhlasila s rozhovorem. Společně jsme se posadily do místnosti a začaly spolu hovořit na dané téma otázek k rozhovoru. Po prvních třech otázkách se klientka rozpovídala a působila, že k tématu přistupuje pozitivně, snažila se odpovědět podrobně. Po skončení rozhovoru se již nedočkavě dívala na hodiny, protože se před dvanáctou hodinou chystala do prádelny, která se nachází nedaleko CHB, do práce chodí každý všední den na čtyři hodiny.

Jitka měla krátké světlé vlasy. Jak jsem se již zmínila, po rozhovoru odcházela do práce. Při rozhovoru seděla velmi blízko u mě a při odpovědích na otázku vždy kývala hlavou.

David

Davidovi je 44 let. Při ranní komunitě jsem se dotázala, kdo by byl ochotný odpovědět na polostrukturované otázky pro rozhovor. Ze začátku pan David nejevil zájem, v průběhu celé komunity nenavazoval oční kontakt a byl značně zamlklý. Pro spolupráci se mnou se ovšem směle přihlásil. Před zahájením se mě dotazoval, jaký obor studuji. Oční kontakt se mnou navázal jen zřídka. Při prvních otázkách se zdál poněkud podrážděný. Při rozhovoru dokonce řekl, že se necítí dobře, ale přerušit naše povídání nechtěl. Při poslední otázce bylo na klientovi vidět, že si není jist, jak se jeho stav bude vyvíjet nadále. Evidentně se necítil se dobře.

Klient David, mi sám řekl, že v noci dobře nespál a jevil známky únavy. Jeho oblečení bylo pomačkané a na několika místech roztržené.

Václav

Václavovi je 50 let. Před rozhovorem odešel z budovy ven na cigaretu. Vrátil se poněkud zadýchaný a roztěkaný, působil neupraveně. Ještě než jsme spolu začali hovořit k tématu, svěřil se, že po schodech do CHB běžel, protože v dolním patře v budově byl pes a on se psů bojí. Také řekl, že občas mívá strach z lidí, ale jen z těch, kteří se mu jeví, jako zlí a nepříjemní. Na otázky odpovídal pan Václav velmi ochotně a s určitým nadhledem. Někdy se stalo, že klient neodpověděl na otázku, kterou jsem mu položila, a začal hovořit na jiné téma. Vyslechla jsem ho a danou otázku jsem poté zopakovala. Potom už se klient snažil odpovědět konkrétně. Když jsme rozhovor ukončili poslední otázkou, pan Václav se mi také svěřil, že občas, když se dívá na televizi, má pocit, že hlasatelé televizních novin mají velkou hlavu s porovnáním k tělu. Náhle přeskočil na téma kreslení, řekl, že rád kreslí a vybarvuje, že pro mě do budoucna nakreslí obrázek. Po skončení rozhovoru si se mnou podal ruku a řekl, že mě rád poznal.

Václavův pohled byl těkavý. Několikrát během rozhovoru se díval po místnosti a otáčel se.

Karel

Karlovi je 57 let. S klientem jsem kontakt navázala při ranní komunitě. Působil velmi tiše a zakřiknutě. Než jsme spolu rozhovor zahájili, chodil po místnosti několikrát dokola a díval se do země, působil smutně. Jeho kroky byly velmi pomalé a nejisté. Na otázky odpovídal velice stroze. Při odpovědi na otázku, jak svůj volný čas tráví v současné době, se mile usmál, když řekl, že chce skončit s kouřením. Po celou dobu, až do našeho rozloučení působil velmi stydlivě.

Karel byl velmi upravený, když jsme spolu hovořili, ruce neměl položené na stole, měl je celou dobu položené v klíně a nehýbal s nimi.

Pavla

Pavle je 42 let. S klientkou jsem se setkala na zahradě CHB. Ihned se mě ujala, jelikož věděla od vedoucí terapeutky, že se do zařízení přijdu podívat. Posadily jsme se ven na zahradu CHB a začaly si povídat na dané téma rozhovoru. Klientka byla upravená a vypadala velmi mladě. Na všechny otázky odpovídala aktivně a snažila se co nejlépe

spolupracovat. Byla ke mně velmi milá a ochotná. Když paní Pavla odpověděla na poslední otázku a rozhovor jsme ukončily, řekla, že je velmi milé si takto s někým mimo CHB popovídat. Popřála mi hodně štěstí ke zpracovávání mé bakalářské práce a ochotně mě zavedla za další a poslední klientkou. Ta se totiž z venkovní části přesunula do společenské místnosti a dívala se na televizní pořad.

Klientka Pavla měla hezky upravené dlouhé vlasy v culíku. Působila na mě velmi energicky a pozitivně.

Bohuslava

Bohuslavě je 60 let. Klientka chtěla také trávit hezký slunečný den venku, proto jsme se přesunuly na zahradu CHB. Bohuslava na otázky, které jsem jí pokládala, vždy odpovídala s velkou rozvahou a velmi pokorně. Všimla jsem si poměrně silného třasotu jejích rukou. Oční kontakt se mnou navázala pouze na začátku rozhovoru, opět na mě pohleděla, když jsme rozhovor dokončily. Také mi pověděla, že má vystudovanou vysokou školu a v minulosti byla povoláním doktorka. Velmi mile mě překvapila, když se zeptala na formu zpracování rozhovoru, kolik klientů již odpovědělo a jaké množství klientů jsem pro vypracování práce potřebovala k rozhovoru. Na samý konec našeho setkání mi popřála hodně štěstí při psaní bakalářské práce

Bohuslava měla krátce střižené šedé vlasy. V ruce sebou nesla kabelku a při rozhovoru jí měla položenou v klíně, aniž by se po rozhovoru někam chystala. Všimla jsem si silného třasu rukou paní Bohuslavy a velmi pomalé a rozvážné chůze.

7.8 Metoda vyhodnocení dat

Nejprve jsem rozhovory, které vznikly při návštěvách v CHB přepsala do elektronické podoby v plném znění. Výpovědi, které mi respondenti poskytli, jsem podrobila obsahové analýze, která je vyhotovená v sedmé kapitole empirické práce.

Na základě předem stanovených předpokladů jsem určila jednotlivé okruhy témat, které jsem za pomoci obsahové analýzy vyhodnotila a zpracovala tak jednotlivé odpovědi klientů. Jak jsem již uvedla, na polostrukturované rozhovory mi odpovědělo 8 respondentů, kteří se skládali ze čtyř žen a čtyř mužů, ve věkovém rozpětí 39 až 65 let, všichni jsou v současné době klienty chráněného bydlení v zařízení Bona o.p.s.

8 Interpretace výsledků rozhovorů

8.1 Klient a léčebné zařízení

Celkem 8 klientů, tedy všichni, byli před CHB v léčebném zařízení. Dva klienti byli v PN jeden rok, Anna rok a půl a klientka Pavla rok a tři měsíce. David: *„No já jsem tam byl od roku 1993, měl jsem celkem dvacet hospitalizací. Ta nejdelší byla tři čtvrtě roku a teď posledně jsem tam byl v roce 2011 jen tři týdny.“* U Václava se nemoc objevila již v dětství a procházel různými léčebnými zařízeními: *„Už od dětství, 2 roky na dětském v Motole. Nastoupil jsem tam, když mi bylo dvanáct let. Pak to se mnou šlo z kopce, studování mi moc nešlo. Měl jsem s tím vždycky problémy i děti jak se mi posmívaly a tak, to mi nedělalo dobře. A vlastně jsem byl pořád někde.“* Klientka Jitka: *„Celkem 3x jsem tam byla. Poprvé to bylo necelé tři měsíce, potom necelých 8 měsíců a teď naposledy to bylo 16 měsíců.“*

8.2 Klient a chráněné bydlení

O službě chráněného bydlení, se v období, kdy klienti pobývali v léčebném zařízení, dozvědělo 6 klientů. Například pan Josef se o CHB dozvěděl na skupině, kde probíhá příprava na CHB. Od sociální pracovnice v léčebně se o CHB dozvěděla klientka Bohuslava. David si nevzpomněl, jak se o CHB dozvěděl a Václavovi o CHB řekla teta. Jelikož mu nejdříve zemřel otec a později také matka. Musel se přesunout do CHB. S mnoha aktivitami, spojenými s péčí o sebe samého potřebuje pomoc a je si toho plně vědom. Společnost dalších osob v CHB mu dělá dobře, díky tomu se necítí sám.

V současné chvíli v CHB pobývá nejdéle Anna, která zde žije již 13 let. Nejkratší dobu zde tráví respondentka Pavla, která je zde ubytovaná od 1.10. 2015. Jak jsem zjistila, u klientů může v průběhu pobytu docházet i ke zhoršení stavu, což byl případ paní Jitky, která v CHB žila v letech 2012 - 2013. Potom se její stav zhoršil, musela tedy zpět do PN, v CHB je od roku 2014 až do současnosti. *„Jsem tu vlastně už podruhé, poprvé jsem přišla v listopadu roku 2012, do dubna 2013. Zhoršila jsem se, tak jsem byla v nemocnici a pak se sem zase vrátila. A to v srpnu roku 2014 až vlastně do teď.“*

Celkem se o možnosti chráněného bydlení dozvědělo v léčebném zařízení 6 klientů, kde byli v minulosti hospitalizováni. Jeden klient si nevzpomněl, kde se o CHB dozvěděl a 1 klient se o možnosti CHB dozvěděl od své tety.

8.3 Rodina klienta

V teoretické části jsem se zmínila o tom, že schizofrenie se netýká pouze nemocného, ale také jeho rodiny. Ovšem v některých případech se může stát, že klient žádnou rodinu nemá, nebo má a není s ní v žádném kontaktu a to z různých důvodů. Klienti, kteří rodinu mají, tvoří většinu, konkrétně 5 z 8 respondentů rodinu má. Například paní Bohuslava se zmínila, že je sice rozvedená, ale má syna, dceru, matku a bratra. Klient Josef je sice svobodný, ale rodinu má a aktivně se s rodinou vídá. Jitka odpověděla: *„Maminku už nemám, ta umřela, když jsem byla docela malá. Ale tatínkovi je 83 už, tak.... Je starší. On žije s přítelkyní, ta je Němka, ale bydlí normálně v Praze. Vidáme se, ne tak často, ale vidáme se.“* David má otce, se kterým je často v kontaktu. Klientka Pavla rodinu má, a pokud to čas dovolí, s rodinou se snaží vídat každý týden.

Karel stroze odpověděl, že rodinu nemá a Anna rodinu také nemá, v minulosti jí zemřel syn. Klient Václav odpověděl: *„Jsem jedináček, tatínek pak umřel na raka (rakovina) Já nemít rodiče, tak bych byl nešťastný, oni se o mě tak starali.“*

V případě, kdy klienti rodinu mají a aktivně se s ní scházejí, jsem si všimla jejich výrazu ve tváři. Ve všech těchto případech byl klient usměvavý a působil velmi pozitivně. Bylo evidentní, že když mají možnost se s rodinou setkávat, dodává jim to pozitivní nahléd a motivaci. Ovšem paní Anna, která rodinu již nemá a dokonce jí zemřel syn, byla velice smutná, když tuto skutečnost zmínila.

8.4 Stanovený denní režim

Chráněné bydlení učí své klienty samostatnosti, klade tedy důraz na aktivity, které jsou v běžném životě samozřejmostí. Snaží se o udržení sociálních návyků, také kontaktu se společnostmi, včetně sociálních služeb. Proto všech 8 klientů odpovědělo, že v rámci Bony o.p.s. dodržuje služby, které jsou mezi klienty každý týden rozdělovány mezi všechny klienty. Paní Anna uvedla, že každý všední den, od 9 hodin probíhá společná komunita, chodí nakoupit a jednou týdně vaří. Jitka dodržuje služby a mimo ty také chodí na poloviční úvazek, tedy čtyři hodiny denně, do práce. Pracuje v prádelně, která se nachází v blízkosti CHB „180“.

Pavla uvedla, že při službách se také dá přizpůsobit možnostem klienta. Například ona měla dříve fobii z vaření, proto se ho neúčastnila, ale teď už se také zapojuje. Václav služby plní, ale občas potřebuje pomoc. Klient Josef řekl, že služby na CHB jsou vaření,

úklid, také generální úklidy, které probíhají například o Vánocích. „*Někomu někdy bývá špatně, tak to za něj vezme někdo jiný.*“

Všichni klienti se zapojují do denního režimu tak, jak jim to zdravotní a psychický stav dovolí. Za zásadní můžeme považovat to, že CHB se klientům se sníženou schopností přizpůsobí a vyjde jim vstříc při plnění denních aktivit. Zároveň, v případě, kdy se některý z klientů necítí dobře, tak mu pomůže danou činnost vykonat jiný z klientů, který se cítí lépe. Tímto způsobem dochází ke vzájemné spolupráci a ochotě mezi klienty.

8.5 Volný čas klienta

Při rozhovoru jsem klientům položila otázku, jak v době před nemocí trávili svůj volný čas a jak ho tráví nyní.

Čtyři klienti svůj čas před nemocí trávili aktivně. Pan Josef měl dříve velké zájmy, cestoval (Francie, Itálie, Anglie, Německo). Potom se u něj objevila nemoc. Báł se jít domů také trpěl depresemi. Karel v minulosti chodil na procházky. Klientka Anna měla dříve pestřejší zájmy. Ráda četla, sportovala. Starala se o syna. Klientka Pavla si v období před nemocí dělala rekvalifikační kurz masérství, vizážistky. Také průvodcovský kurz, který ale nedokončila. Ráda malovala a fotila, přírodu a architekturu. Čtyři klienti v minulosti neprojevali velký zájem o trávení volného času aktivně, jak se zmínil například pan David, který se dlouze odmlčel a poté řekl, že ho nic moc nebavilo. A Jitka dříve volný čas aktivně netrávila, protože přicházela nemoc.

V současné době tráví svůj volný čas aktivně 5 klientů z 8. Jitka chodí s přítelem do kina, s kamarádkou chodí na procházky. Ráda cestuje. Byla v Chorvatsku a ráda by se tam znovu podívala. „*V loni jsem byla díky Boně v Chorvatsku a to se mi líbilo. Měli jsme hezké ubytování a jídlo bylo výborné a velké porce. Nevyšlo to ani moc draho. Kdyby to letos šlo, tak bych jela zase ráda.*“

Josef svůj volný čas tráví procházkami a nákupy. Klient Karel teď volný čas tráví procházkami, dívá se na televizi. Také se zmínil o tom, že v současné době kouří, ale snaží se přestat. David řekl, že se prochází venku, v lese. S otcem shání nemovitost, konkrétně chalupu. Řekl, že se jim najít vhodnou chalupu ke koupi moc nedaří, jelikož mají velké nároky. Klientka Anna: „*Ted' hodně čtu, ráda čtu literaturu faktu. Chodím ven na procházky, tady kolem CHB, někdy i dál.*“

Tři z dotazovaných klientů svůj čas tráví spíše pasivně. Václav mnoho aktivit neprovozuje, bojí se nepříjemných lidí. Paní Bohuslava: „*Tady mám hodně času na*

vyplnění, je to klíčová otázka pro to, být tady. Jak se člověk zabaví. Ráda poslouchám rádio, poslouchám jeden pořad „Kolotoč“. Dopoledne většinou proležím. Taky se dívám na seriály.“ Klientka Pavla odpověděla takto: „Teď mám velká omezení, tak mi zůstala četba. Mám totiž vystudovanou knihkupeckou školu.“

Jak jsem výše zmínila, tři klienti svůj volný čas tráví spíše pasivně. Je možné, že je tomu tak v rámci únavy, či nejistoty v sebe sama a ve své možnosti. Musíme také zohlednit možné zdravotní i psychické potíže klientů, které mohou být proměnlivé.

8.6 Aktivity v rámci Bony

Pět z osmi klientů uvedlo, že se aktivně účastní programů, které jim Bona nabízí. Josef se účastní počítačového kurzu a promítání filmů. Také kurzu zahradnictví. Václav rád maluje, chodí se dívat do galerie, kam má možnost docházet z CHB společně s peer konzultantem, zkouší hrát ping-pong. Klientka Anna se ráda účastní promítání filmů a také terapeutické skupiny. Paní Jitka se účastní výstav, na které ji společně s ostatními doprovází peer konzultant. Paní Pavla ví, že aktivit je v nabídce velké množství. Jmenovala například volnočasový klub, v současné době zkouší docházet na počítačový kurz. A to i vzhledem k momentům, kdy bývá často unavená a potřebuje odpočívat. Další tři klienti aktivity, které jim jsou nabízeny v rámci CHB, nevyužívají. Někdy ani vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou. Klient David řekl, že aktivit je jistě hodně, ale on sám nic nevyužívá. Pan Karel stručně odpověděl, že nic nevyužívá. Podrobněji se k otázce nevyjádřil. Klientka Bohuslava také ví, že nabídka služeb je velká, ale jak sama tvrdí, do ničeho se jí nechce.

Toto zjištění mě vzhledem k výpovědím klientů nepřekvapilo. Již v rámci rozhovorů zmínění tři klienti, konkrétně klient David, Karel a klientka Bohuslava, dali zřetelně najevo, že se aktivit, které jim Bona nabízí, neúčastní.

8.7 Vnímání zdravotního stavu

Klientka Bohuslava řekla, že fyzicky se cítí dobře, ačkoli psychicky těžce snáší nákupy, služby a úklid. Klient Josef se v kolektivu cítí lépe, tvrdí, že kdyby byl sám, nic by se mu nechtělo. Václav se díky bydlení v CHB cítí dobře a klientka Pavla řekla, že se cítí mnohem lépe, než dříve. Anna uvedla, že její stav je proměnlivý, ale je to lepší, než bývalo. Pan Karel řekl, že se cítí celkem dobře.

Naopak klient David dle jeho slov neví, co s ním bude, jelikož se jeho stav zhoršuje. Klientka Jitka řekla, že její stav je kolísavý a v minulých třech letech procházela hroznými stavy.

Celkem svůj zdravotní stav ohodnotilo pozitivně 6 klientů z 8. Z výpovědí klientů je jisté, že velmi intenzivně vnímají a prožívají svůj aktuální zdravotní stav. A to po psychické i fyzické stránce. Tři klienti svůj zdravotní stav hodnotili negativně, zřejmě vzhledem k tomu, že je jejich stav buď proměnlivý, nebo se vůbec necítí dobře. Nejčastěji však klienti v CHB svůj stav hodnotili pozitivně.

8.8 Pohled na budoucnost klienta

V otázce pohledu na budoucnost, klient Josef řekl, že plány do budoucna nemá. David se dlouze odmlčel a řekl, že toho mnoho neplánuje, jelikož se necítí být v dobrém stavu. U klienta Davida jsem si všimla, že při odpovědi na tuto otázku viděl svou negativně. Neprojevil ani známku pozitivního myšlení do budoucna. To mě poněkud zarazilo, ovšem jak jsem se již zmínila, zřejmě klient nebyl v dobrém psychickém a fyzickém rozpoložení.

Šest respondentů plány do budoucna má. Například pan Václav na otázku: *„Jaké máte plány do budoucna?“* odpověděl takto: *„Myslíte, že bych se měl oženit? To ne, to mi nahání strach. To ne. Mám taky sociální fobii. Bojím se, že by všechno skončilo. Ale rád bych někdy letěl letadlem, i když bych se asi bál.“* Respondent Karel by v budoucnu rád přešel na Podporu samostatného bydlení, kde je v seznamu čekatelů. Paní Anna by se během půl roku ráda odstěhovala do křesťanského domova Horizont. Klientka Jitka má v budoucnu za cíl zlepšit svůj současný stav. Pavla řekla, že má strach z cestování. *„Chtěla bych se ale překonat a projet si Prahu. No, já měla i strach, že se někde v Praze ztratím. Tak bych chtěla s mapou si projet všechny stanice metra. Začnu na lince „C“ a pak na „B“. Asi nejtěžší se mi zdá linka „A“. Tak snad to půjde.“* Bohuslava, stejně jako Karel, čeká na uvolnění místa na Podpoře samostatného bydlení. Tam by se chtěla osamostatnit, jelikož si myslí, že v CHB jsou rozmazlováni.

Při otázce pohledu na budoucnost se negativně vyjádřili celkem 2 klienti z 8 respondentů.

9 Diskuze

V praktické části mé bakalářské práce jsem stanovila čtyři předpoklady, které v této kapitole vzhledem k výpovědím respondentů mé domněnky potvrdily nebo vyvrátily.

1. Klientky ženského pohlaví jsou aktivnější, než klienti mužského pohlaví.

Tento předpoklad se **nepotvrdil**. Šest z osmi klientů, kteří jsou aktivní, nejsou pouze ženy, nýbrž i muži. Mezi klienty, kteří svůj volný čas tráví pasivně, patří jeden muž a jedna žena. Pokud bych mohla tento předpoklad také hodnotit z věkového hlediska. Věk pro aktivitu klientů nehraje žádnou roli. Nejstarší respondentce je 65 let a z výzkumného hlediska je řazena mezi klienty, kteří jsou aktivní.

2. Pokud je klient v přímém kontaktu se svou rodinou, je schopen svou budoucnost vidět pozitivně.

Tento předpoklad se **nepotvrdil**. Celkem je s rodinou v přímém kontaktu pět klientů, což znamená, že se s rodinou aktivně vidají. Klienti, kteří rodinu mají a aktivně se s ní stýkají, zároveň svou budoucnost vidí pozitivně, jsou celkem tři klientky. Konkrétně paní Jitka, Pavla a paní Bohuslava. Další dva klienti, ačkoli rodinu mají, svou budoucnost pozitivně nevidí. Na svou budoucnost nahlíží pozitivně pět klientů, neslučují se ovšem ve všech případech s klienty, kteří rodinu mají. Příčinou tohoto zjištění může být fakt, že pokud má někdo rodinu, nemusí to značit oporu a porozumění v rámci rodinných vztahů. Někdy se může stát, že klienti v rodině nemusí cítit oporu, obzvláště v našem případě, kdy hovoříme s lidmi, kteří prošli PN a jejich rodiny, jim možná nedávají najevo porozumění, i když se s klienty schází. Ale zároveň to pro klienty nemusí být bariérou v plánování vlastní budoucnosti, jako je tomu například u paní Anny, která rodinu nemá, ale v budoucnu se chce z CHB přestěhovat do pečovatelského domu Horizont.

Z tohoto předpokladu vyplývá, že celkem tři klientky, konkrétně Jitka, Pavla a Bohuslava jsou se svými rodinami v přímém kontaktu a zároveň svou budoucnost vidí pozitivně.

3. Aktivně trávený čas před nemocí, znamená aktivně trávený čas po nemoci.

Předpoklad se mi **nepotvrdil**. Volný čas aktivně před nemocí trávily čtyři klienti a v současné době aktivně volný čas tráví pět klientů z osmi dotazovaných. Všechny pět klientů, kteří jsou momentálně aktivní, mezi své aktivity zahrnuje procházky. Ovšem

respondenti, kteří byli před nemocí aktivní, se ve stejném složení neobjevují mezi klienty, kteří jsou aktivní i po nemoci. Zbylí tři klienti, kteří svůj čas tráví pasivně, uvedli jako důvod únavu a potřebu odpočívat. Jeden klient dokonce řekl, že aktivit nedělá mnoho vzhledem k tomu, že občas má strach z lidí a psů. Proto sám vychází pouze před vchodové dveře CHB.

4. Klient, který svůj zdravotní stav hodnotí pozitivně, se snaží zapojit do aktivizačních programů Bona.

Tento předpoklad se **potvrdil**. Mezi klienty, kteří svůj zdravotní stav hodnotí pozitivně, patří všichni respondenti, kteří se zároveň aktivně zapojují do aktivit, které jim organizace Bona o.p.s. nabízí. Výjimku tvoří pouze jedna klientka, která v rozhovoru uvedla, že i přesto, že se fyzicky cítí dobře, tak psychicky špatně snáší například nákupy, služby v CHB a úklid, ale zároveň má problém s účastí v aktivizačních programech. Podle klientčiny slov se jí do žádné aktivity v rámci Bony nechce. Tento výsledek se mi zdá jako pozitivní, jelikož většina klientů se snaží být aktivní.

Vzhledem k osobnímu kontaktu s klienty a předem zvolené kvalitativní výzkumné metodě (polostrukturovaný rozhovor), jsem měla možnost respondenty nejen blíže poznat, ale také si povšimnout, jaké jsou jejich reakce na otázky. Všechny tyto aspekty přispěly k cíli práce, kterým bylo zjistit, jaká je aktivizace klientů žijících v chráněném bydlení po absolvování léčby v PN. Zdali klient vnímá svůj zdravotní stav a v důsledku tohoto aspektu je schopen se zapojit do aktivizačních programů. Pokud je klient v přímém kontaktu se svou rodinou, je tak schopen na svou budoucnost nahlížet pozitivně.

Myslím si, že aktivně strávený volný čas na klienty může působit i jako prevence proti zhoršení zdravotního stavu. Pokud si klient osvojí určité sociální dovednosti a bude se snažit (s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav) určité samostatnosti, je větší pravděpodobnost efektivnějšího začlenění do běžného života.

Chtěla bych také reflektovat limity výzkumu. Jsem si vědoma, že šetření disponuje nízkým počtem respondentů, tudíž tento výzkum není zcela relevantní. Jedná se ovšem o sondu do dané problematiky. Šetření jsem provedla v chráněném bydlení Bona o.p.s., kde mi na otázky odpovědělo celkem 8 respondentů. V několika případech se stalo, že klienti odpověděli na otázku velmi stroze, jeden klient takto odpovídal na všechny mnou položené otázky. Příčina může být různá, klient nemusel být aktuálně v dobrém

zdravotním stavu, nechtěl o daném tématu rozsáhle hovořit. Možnou příčinou také mohlo být, že jsme měli krátkou chvíli na vzájemné seznámení, které vždy proběhlo na společné ranní komunitě. Domnívám se, že krátký časový úsek pro lepší poznání s klienty, mohl vyvolat v respondentech jistou zábranu při odpovědích na mnou pokládané otázky. Je proto možné, že výsledky výzkumu by byli rozdílné, pokud bych stejné otázky aplikovala v jiné instituci CHB.

10 Závěr

Úlohou práce s názvem Aktivizace klienta s psychiatrickou diagnózou v chráněném bydlení, bylo objasnit čtenáři základní pojmy, týkající se osob, které měly v minulosti diagnostikovanou schizofrenii. Další úlohou práce, bylo splnit stanovený cíl, kterým bylo zjistit, jaká je aktivizace klientů žijících v chráněném bydlení po absolvování léčby v PN. Zdali klient vnímá svůj zdravotní stav a v důsledku tohoto aspektu je schopen se zapojit do aktivizačních programů. Pokud klient, který se aktivně vídá se svou rodinou, je pozitivně ovlivněn a díky tomu je schopen na budoucnost nahlížet pozitivně.

Vyvodila jsem následující závěry. Většina klientů, kteří v současné době žijí v CHB Bona o.p.s., se snaží být aktivní. Mezi své aktivity ve volném čase řadí především procházky. Dále jsem vykoumala, že svůj zdravotní stav většina klientů vnímá a hodnotí pozitivně. Do aktivizačních programů, které CHB svým klientům nabízí, se aktivně zapojuje většina klientů. Co se týče aktivit v rámci CHB, tak nejvyhledávanější aktivitou je docházení na výstavy za doprovodu peer konzultanta. Většina klientů se s rodinou aktivně schází, ovšem již pouhá menšina, která se s rodinou vídá, má na svou budoucnost pozitivní náhled.

Teoretická část nás vnesla do základních pojmů a definic, které se ke schizofrenii, práci se schizofrenním klientem a také s rodinou klienta pojí. Výsledky praktické části práce jsou rozděleny a interpretovány do témat, která jsem vyhodnotila za pomoci obsahové analýzy. Zároveň jsem se stručně charakterizovala respondenty a to pro lepší orientaci čtenáře. Po interpretaci a vyhodnocení všech dat, jsem přemýšlela, jakým dalším způsobem by mohla být práce rozpracována. Například klientům položit otázku, jaké je jejich dosavadní dosažené vzdělání. Věřím, že výsledky by byly při nejmenším zajímavé. Jak jsem se totiž na samý závěr rozhovoru s klientkou Bohuslavou dozvěděla, byla doktorkou. Znamená to tedy, že schizofrenie může potkat na cestě životem kohokoli, bez rozdílu věku, pohlaví, ale také vzdělání.

Při rozhovorech mě překvapilo zjištění, že všichni respondenti věděli, jak dlouho v chráněném bydlení žijí. Celkem čtyři klienti si pamatují přesné datum, kdy do CHB přišli.

Zamýšlela jsem se nad možným návrhem aktivity, která by mohla být pro klienty společně s terapeuty CHB Bona o.p.s. přijatelná. Po dopoledním bloku (nákup, vaření),

který navazuje na ranní komunitu, by bylo efektivní, obzvláště v jarním a letním ročním období společně s klienty, trávit čas na zahradách před budovami CHB. Na zahradě si mohou společně vypěstovat například zeleninu, ovoce a těšit se ze společné úrody a zároveň jí zužitkovat při vaření. Společně o zahradu pečovat a vážit si tak produktů, které klienti s asistencí terapeutů vypěstují.

S ohledem na limity této práce, bych chtěla podotknout, že má bakalářská práce slouží jako sonda k náhledu do dané problematiky. Může sloužit jako ilustrace problematiky schizofrenie pro čtenáře, kteří se o toto téma zajímají a neví přesně, jak programy CHB probíhají, proto jsem se je snažila co nejlépe popsat. Také může sloužit pro samotné terapeutky CHB, kterým může být nápomocna jako zpětná vazba například k programům, které klientům ochotně nabízejí a to nejen při společných komunitních sezeních.

11 Seznam použité literatury

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, terapie pro 21. století*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 110 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2494-5.

BERAN, Jiří. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-390-3.

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-7178-497-4.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír (ed.). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2012, 117 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7.

DOUBEK, Pavel. *Psychóza v životě - život v psychóze: informace, rady a doporučení*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2010, 57 s. ISBN 978-80-7345-231-5.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 106 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.

LINDENMAYER, Jean Pierre (ed.). *Positive, negative and affective symptoms in schizophrenia and related psychotic conditions*. Copenhagen: Munksgaard, 1995. ISBN 87-16-15144-5.

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

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

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 622 s. ISBN 80-7262-140-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL (eds.). *Současná psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

Internetové zdroje:

Schizofrenie [online]. [cit. 2016-01-07]. Dostupné z:

<http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/>

Psychologie.cz. *Psychologie.cz* [online]. 2010 [cit. 2016-02-08]. Dostupné z:

<http://psychologie.cz/schizofrenie-zamlcovana-diagnoza/>

Baobab [online]. [cit. 2016-02-16]. Dostupné

z:<http://www.osbaobab.cz/osdruzeni.html#osdruzenikdojsme>

Green doors [online]. [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/>

Bona o.p.s. [online]. [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/zakladni-prohlaseni>

Diagnosis. *Schizophrenia.com* [online]. [cit. 2016-02-21]. Dostupné z:

<http://www.schizophrenia.com/diag.php#diagnosis>

Etický kodex. *BONA o.p.s.* [online]. [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: [http://www.bona-](http://www.bona-ops.cz/o-nas/eticky-kodex-bona-ops)

[ops.cz/o-nas/eticky-kodex-bona-ops](http://www.bona-ops.cz/o-nas/eticky-kodex-bona-ops)

CHB "Vila Jitka" [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: [http://www.bona-](http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni/vila-jitka)

[ops.cz/chranene-bydleni/vila-jitka](http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni/vila-jitka)

CHB "180" [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: [http://www.bona-ops.cz/chranene-](http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni/180)
[bydleni/180](http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni/180)

CHB "Kocourkov" [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni/kocourkov>

CHB [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni>

CHB "200" [online]. [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/chranene-bydleni/200>

12 Summary

This thesis deals with schizophrenia from a social perspective. The main objective was to ascertain the activation of clients who live in sheltered housing. Whether clients perceive their health and as a result of this health condition are able to participate in activation programs that are offered to them. If a client who actively meets with his family, is positively influenced and thus is able to see their future positively. In the practical part, I explain eight interviews I had with clients sheltered housing Bona o.p.s Interviews. I work in the end and then evaluate to see if the predetermined conditions are confirmed or not.

13 Seznam příloh

Polostrukturované rozhovory

Josef

Kolik Vám je let?

Narodil jsem se v roce 1958, tak mi teď je 58.

Jak dlouho jste byl v léčebném zařízení?

Tam jsem byl jeden rok.

Jak jste se dozvěděl o možnosti chráněného bydlení?

Dozvěděl jsem se o tom v léčebně, tam jsem chodil na přípravnou skupinu pro chráněné bydlení. No a tam jsem se to dozvěděl.

Chtěla bych se Vás zeptat, jak dlouho v chráněném bydlení žijete?

Jsem tu od 1.9. 2014

Máte rodinu? A v jakém jste s nimi vztahu, vídáte se?

Já jsem svobodný, ale rodinu mám, vídáme se.

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav, jak se cítíte?

Myslím, že stav je stabilizovaný. Fyzicky i psychicky se cítím dobře, ale to víte, taky záleží na kolektivu. Tady je to lepší, jak jsem v kolektivu, kdybych byl, sám nic by se mi dělat nechtělo. Tady třeba Pavel teď dělá oběd a tak se těším na Čínu, společně tu koukáme na televizi a tak...

Máte nějaký denní režim? Jaký?

Mám, jsou to služby, co tu máme a střídáme se.

Můžete uvést nějaké příkladem?

Vaření, příprava snídaně, úklid pokoje, taky máme generální úklidy, ty děláme spíš, když jsou nějaké svátky. Jako třeba Vánoce nebo tak. Někdy se taky stane, že někdo nějakou službu začne dělat a pak se mu najednou udělá zle, tak to pak za něj musí dodělat někdo jiný.

Aha, takže si v takové situaci pomáháte?

No, to jo.

Jak jste dříve (před nemocí), trávil volný čas? A jak ho trávíte teď?

Před nemocí jsem měl velké zájmy. Cestování, třeba například Francie, Itálie, Anglie, Německo. Ale to se změnilo, jak začala nemoc, tak jsem se bál sám doma, nebo jsem se bál jít domů. Už to prostě nebylo takové. Měl jsem taky deprese.

Teď volný čas trávím procházkami, nákupy. Posedím v parku tady před domem, taky jsme tu měli kuličkový turnaj, ale to asi nevíte.

Jaké aktivity můžete v rámci Bony využívat?

Noo, Průhon, tam jsou počítače, kurzy a promítání filmů. Taky jsou kurzy zahradnictví, to jsem se účastnil.

Máte nějaké plány do budoucna?

Zatím ani ne.

Anna

Kolik Vám je let?

65 let.

Jak dlouho jste byla v léčebném zařízení?

Rok a půl.

Jak jste se o možnosti chráněného bydlení dozvěděla?

Od ředitele.

Od ředitele Bony nebo od ředitele léčebny?

Od ředitele léčebny.

Jak dlouho žijete v chráněném bydlení?

13 let.

Máte rodinu? A v jakém jste s nimi vztahu?

Nemám rodinu, protože mi zemřel syn. Nejdřív zemřela maminka a rok a půl na to mi zemřel syn. Manžel ten od nás odešel. Nikoho už nemám, s nikým se tedy nevidám.

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

No, spíš proměnlivý, ale dejme tomu, že bych řekla, že je to lepší než bývalo.

Máte denní režim? Jaký?

Ráno ve všední dny je komunita, popřípadě nákup a jednou týdně uvařím.

Jak jste dříve (před nemocí), trávila svůj volný čas? Jak ho trávíte teď?

Dřív jsem měla pestřejší zájmy. Ráda jsem četla, měla jsem i sportovní zájmy – plavání. Starání se o syna, to byla moje starost, dřív.

Teď hodně čtu, ráda čtu literaturu faktu. Chodím ven na procházky, tady kolem CHB, někdy i dál.

Máte nějakého oblíbeného spisovatele?

V té literatuře faktu to je B.P. Borovička. Knížky si můžu půjčovat v knihovně, tu máme tady kousek. Také často chodím na procházky.

Jaké aktivity můžete v rámci Bony využívat?

U kocoura, tam je skupina. Terapeutická skupina. Nebo taky promítání filmů. Služby se snažím využívat, když mi to zdravotní stav dovolí.

Jaké máte plány do budoucna?

Stěhování, do půl roku. Ještě teda nevím kde přesně. Ale buď Pečovatelství dům na Praze 7. Nebo Křesťanský domov Horizont. Tam bych chtěla víc, ale nevím, jak to dopadne. Je tam čekací doba, tak asi až se tam uvolní místo.

Jitka

Kolik Vám je let?

Bude mi 40, takže 39 let.

Jak dlouho jste byla v léčebném zařízení?

Celkem 3x jsem tam byla. Poprvé to bylo necelé tři měsíce, potom necelých 8 měsíců a teď naposledy to bylo 16 měsíců.

Jak jste se dozvěděla o možnosti chráněného bydlení?

V nemocnici mi o něm řekli.

Jak dlouho žijete v chráněném bydlení?

Jsem tu vlastně už podruhé, poprvé jsem přišla v listopadu roku 2012, do dubna 2013. Zhoršila jsem se, tak jsem byla v nemocnici a pak se sem zase vrátila. A to v srpnu roku 2014 až vlastně do teď.

Máte rodinu? A v jakém jste s nimi vztahu?

Maminku už nemám, ta umřela, když jsem byla docela malá. Ale tatínkovi je 83 už, tak.... Je starší. On žije s přítelkyní, ta je Němka, ale bydlí normálně v Praze. Vídáme se, ne tak často, ale vídáme se.

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

Kolísavý. Během posledních tří let jsem měla hrozné stavy. Fakt, někdy je to hrozný. Jak, kdy.

Máte denní režim? Jaký?

Co se týče práce tady, tak co máme služby a pak chodím hodně pěšky, to mě baví. Jinak taky chodím do práce, zrovna dneska jdu ve 12h. Pracuju tady kousek v prádelně na půl úvazku. Je to normálně od pondělí do pátku.

Jak jste dříve (před nemocí), trávila svůj volný čas? A jak ho trávíte teď?

Dřív moc ne, přicházela nemoc, už v průběhu dětství asi.

Teď ráda chodím s přítelem do kina, nebo s kamarádkou tady z bydlení na procházky. Chodíme hodně pěšky, ráda cestuji, v loni jsem byla díky Boně v Chorvatsku a to se mi líbilo. Měli jsme hezké ubytování a jídlo bylo výborné a velké porce. Nevyšlo to ani moc draho. Kdyby to letos šlo, tak bych jela zase ráda.

Jaké aktivity můžete v rámci Bony využívat?

Můžeme chodit na výstavy, s peer konzultantem. To jsme se byli podívat na obrazy, ale i fotografie.

Jaké máte plány do budoucna?

Zlepšení, hlavně abych se zlepšila.

David

Kolik Vám je let?

Mě je 44.

Jak dlouho jste byl v léčebném zařízení?

No já jsem tam byl od roku 1993, měl jsem celkem dvacet hospitalizací. Ta nejdelší byla tři čtvrtě roku a teď posledně jsem tam byl v roce 2011 jen tři týdny.

Jak jste se o možnosti chráněného bydlení dozvěděl?

Už nevím.

Jak dlouho žijete v chráněném bydlení?

Od roku 2010.

Máte rodinu? V jakém kontaktu s ní jste?

Mám tátu. Vídáme se celkem často.

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

Nespál jsem dobře na dnešek. No, nevím, co se mnou bude, zhoršuje se to.

Máte stanovený denní režim? Jaký?

Já nevím, tak asi nákup, chodím do Lidlu nebo je tady Albert. Nejradši chodím do Billy, ale tam je to drahý.

Aha a dále se ještě nějak zapojujete do režimu?

Taky úklid, to je snad všechno.

Jak jste dříve (před nemocí) trávil volný čas? Jak ho trávíte teď?

(dlouhá odmlka) Já žádnou nemoc nemám. Před tím jsem měl dvě zaměstnání, pracoval jsem ve dvou pracích, ale to bohužel jenom krátce. Nic moc mě nebavilo.

A teď se rád projdu venku, do lesa. S tátou sháníme nějakou nemovitost, chatu, kam bychom mohli jezdit. Ale ono je to náročný, máme docela velké nároky.

Jaké aktivity můžete v Boně využívat?

Já nevím, no tak asi je toho hodně, nevyžívám toho moc. Dělali jsme třeba divadelní kroužek, tam jsme si nacvičili pásmo básniček. To mě docela i bavilo.

Jaké máte plány do budoucna?

(dlouhá odmlka) Mě je špatně. No nevím. Moc toho neplánuju, nejsem v dobrém stavu.

Václav

Kolik Vám je let?

50 let.

Jak dlouho jste byl/a v léčebném zařízení?

Už od dětství, 2 roky na dětském v Motole. Nastoupil jsem tam, když mi bylo dvanáct let. Pak to se mnou šlo z kopce, studování mi moc nešlo. Měl jsem s tím vždycky problémy i děti jak se mi posmívaly a tak, to mi nedělalo dobře. A vlastně jsem byl pořád někde.

Jak jste se o možnosti CHB dozvěděl?

Od tety, když maminka umřela. To mě pak vezli sem.

Jak dlouho žijete v CHB?

Tady od 16.12. 2009

Máte rodinu? V jakém kontaktu s ní jste?

Jsem jedináček, tatínek pak umřel na raka (rakovina). Já nemít rodiče, tak bych byl nešťastný, oni se o mě tak starali. Teď už nikoho nemám, s nikým se nevidám.

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

Mám starost s panem Vackem, ten je na interně. Je to kamarád a já jsem na něj hodně fixovanej.

A jak hodnotíte Váš stav, jak se cítíte vy?

Tady na bydlení dobře.

Máte stanovený denní režim? Jaký?

Služby tady, ale potřebuju pomoci. Píšu si recepty na vaření, ale nové recepty mi dělají problém.

Jak jste dříve (před nemocí) trávil volný čas? Jak ho trávíte teď?

No to nevím, spíš jsem lámal větvičky a byl jsem lempl. Spíš jsem byl na zahradě.

Teď toho moc nedělám, víte, někdy se bojím lidí, teda těch co jsou nepříjemný. A taky psů.

No ty stavy se mění...Spíš vycházím jen před vchod CHB.

Jaké aktivity můžete v rámci Bony využívat?

Chodím do galerie, jak kdy ale. Zkouším hrát ping-pong. Taky mám rád malování, trhám noviny, to mě hrozně baví. Trhání molitanu taky.

Jaké máte plány do budoucna?

Myslíte, že bych se měl oženit? To ne, to mi nahání strach. To ne. Mám taky sociální fobii. Bojím se, že by všechno skončilo.

Ale rád bych někdy letěl letadlem, i když bych se asi bál.

Karel

Kolik Vám je let?

57 let.

Jak dlouho jste byl v léčebném zařízení?

Tam jsem byl rok.

Jak jste se o možnosti chráněného bydlení dozvěděl?

Přímo tam, tam dělali školení na přechod do chráněného bydlení.

Jak dlouho žijete v chráněném bydlení?

Rok a čtvrt.

Máte rodinu? V jakém kontaktu s ní jste?

Nemám.

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

Celkem dobrý.

Máte stanovený denní režim? Jaký?

Podle toho, jak mám službu. Se to rozděluje.

Jak jste dříve (před nemocí) trávil volný čas? Jak ho trávíte teď?

Asi procházky.

Teď taky procházky, pokušuju, ale chci přestat. Koukám na televizi.

Jaké aktivity můžete v rámci Bony využívat?

Nic nevyužívám.

Jaké máte plány do budoucna?

Já bych chtěl na podporu samostatného bydlení, ale čekám, než se tam uvolní místo.

Pavla

Kolik Vám je let?

42

Jak dlouho jste byla v léčebném zařízení?

Rok a čtvrt.

Jak jste se o možnosti chráněného bydlení dozvěděla?

Přímo v léčebném zařízení.

Jak dlouho žijete v chráněném bydlení?

Od 1.10. 2015

Máte rodinu? V jakém kontaktu s ní jste?

Ano, rodinu mám. Vidáme se, pokud možno, každý týden.

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

O hodně lepší, než to bylo.

Máte stanovený denní režim? Jaký?

Tady mám služby, týkají se úklidu, vaření. Je super, že se dá přizpůsobit možnostem. Já jsem měla fobii z vaření, to mi dělalo problém. Ale teď už se zapojuji. Někteří tu mají i fobii z nakupování. Dělá jim problém byt mezi lidmi.

Jak jste dříve (před nemocí) trávila volný čas? Jak ho trávíte teď?

Měla jsem hektické období. To jsem dělala rekvalifikační kurz na masérství, taky na vizážistku. Zkoušela jsem i průvodcovský kurz, ale ten jsem nedokončila. Pak jsem také chodila malovat k absolventce do ateliéru. Ráda jsem fotila přírodu a architekturu.

Teď mám velká omezení, tak mi zůstala četba. Mám totiž vystudovanou knihkupeckou školu.

Jaké aktivity můžete v rámci Bony využívat?

Strašnou spoustu, je tu volnočasový klub. Vše je zdarma. Já se snažím chodit na počítačový kurz. Ale občas, jsem totiž pořád unavená a potřebuju odpočívat.

Jaké máte plány do budoucna?

Já mam strach z cestování. Chtěla bych se ale překonat a projet si Prahu. No, já měla i strach, že se někde v Praze ztratím. Tak bych chtěla s mapou si projet všechny stanice metra. Začnu na lince „C“ a pak na „B“. Asi nejtěžší se mi zdá linka „A“. Tak snad to půjde.

Bohuslava

Kolik Vám je let?

60 let.

Jak dlouho jste byla v léčebném zařízení?

Asi 2 roky.

Jak jste se o možnosti chráněného bydlení dozvěděla?

Tam v léčebně od sociální pracovnice.

Jak dlouho žijete v chráněném bydlení?

Taky dva roky.

Máte rodinu? V jakém kontaktu s ní jste?

Matku, syna a dceru. Taky bráchu, snažíme se vídat. Brácha má chatu, tak tam jezdíme. Jinak jsem rozvedená.

Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

Fyzicky zdravotní stav v pořádku. A psychicky, tak těžce snáším nakupování. Služby a úklid.

Máte stanovený denní režim? Jaký?

1x týdně je vaření, 1x týdně je nakupování. Potom máme rozdělené služby, jako třeba úklid.

Jak jste dříve (před nemocí) trávila volný čas? Jak ho trávíte teď?

Ráda jsem vařila, ale moc jsem nechodila ven.

Tady mám hodně času na vyplnění, je to klíčová otázka pro to, být tady. Jak se člověk zabaví. Ráda poslouchám rádio, poslouchám jeden pořad „Kolotoč“. Dopoledne většinou proležím. Taky se dívám na seriály.

Jaké aktivity můžete v rámci Bony využívat?

Spoustu věcí, ale mě se do ničeho nechce.

Jaké máte plány do budoucna?

Čekám na uvolnění místa na Podpoře samostatného bydlení. Chtěla bych pokračit v samostatnosti, tady nás hodně rozmazlují. Je vždy navařeno i uklizeno.