

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Markéta Zábojníková

**Trávení volného času lidí žijících na chráněném komunitním
bydlení BONA, o.p.s.**

Leisure time activities of people living in the sheltered community
housing BONA, o.p.s.

Poděkování:

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala paní PhDr. Evě Dragomirecké, PhD., za její odborné a velmi vstřícné vedení, užitečné rady a věcné poznámky k bakalářské práci. Velmi ráda bych poděkovala za vstřícnost všem, kteří se podíleli na výzkumném šetření, zejména personálu chráněného bydlení Vila Jitka a v neposlední řadě své rodině za podporu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně a s pomocí pouze uvedených pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze, dne 10. 8. 2015

.....
Markéta Zábojníková

Anotace

Bakalářská práce se zabývá trávením volného času lidí žijících na chráněném komunitním bydlení BONA, o.p.s. V bakalářské práci bude vymezena oblast psychotických onemocnění, popsán systém a formy komunitní péče a chráněné bydlení jako sociální služba. Výzkumná část mapuje způsoby trávení volného času lidí na chráněném bydlení „Vila Jitka“ neziskové organizace BONA, o.p.s.

Klíčová slova

Psychotické onemocnění, schizofrenie, komunitní péče, chráněné bydlení, volný čas

Annotation

The bachelor thesis outlines the leisure time activities of people living in the sheltered community housing BONA, o.p.s. The area of psychotic disorders will be specified in this bachelor thesis. The system and forms of community care and the sheltered housing as the social services will be described. The part of research of this bachelor thesis maps the ways of the leisure time activities of people living in the sheltered housing of a non-profit organization BONA, o.p.s., which is called the „Vila Jitka“.

Keywords

Psychotic disorders, schizophrenia, community care, sheltered housing, leisure time

Obsah

Úvod.....	10
Cíle.....	11
1. Psychózy a jejich dopad na kvalitu života.....	12
1.1 Klasifikace duševního onemocnění.....	13
1.2 Dělení psychotického onemocnění.....	13
1.3 Psychotické onemocnění – schizofrenie.....	16
1.4 Druhy schizofrenie.....	17
1.5 Příznaky schizofrenie.....	18
1.6 Léčba schizofrenie: biologická léčba a koncept „recovery“.....	18
1.7 Kvalita života lidí se schizofrenií.....	20
2. Komunitní péče.....	23
2.1 Vymezení pojmu komunita.....	23
2.2 Komunitní péče pro lidi s duševním onemocněním v ČR.....	23
2.3 Formy komunitních služeb.....	24
2.4 Zařazení chráněného bydlení do komunitních služeb.....	27
3. Chráněné bydlení.....	28
3.1 Definice chráněného bydlení.....	28
3.2 Chráněné bydlení jako sociální služba.....	29
3.3 Chráněná bydlení pro lidi s duševním onemocněním v ČR.....	29
3.4 BONA, o.p.s.	32

3.4.1	Nestátní nezisková organizace BONA, o.p.s.	32
3.4.2	Služba chráněné bydlení - BONA, o.p.s.	33
3.4.3	Chráněné bydlení BONA, o.p.s. – Vila Jitka.....	34
4.	Výzkumná část.....	35
4.1	Cíle kvalitativního šetření.....	35
4.2	Výzkumný předpoklad.....	36
4.3	Výběr respondentů.....	36
4.4	Metody sběru dat.....	36
4.4.1	Metody sběru dat – popis chráněného bydlení Vila Jitka, služeb a společných aktivit klientů.....	37
4.4.2	Metody sběru dat - případové studie.....	37
4.4.3	Metody sběru dat - rozhovory.....	38
5.	Kvalitativní šetření.....	40
5.1	Popis místa.....	40
5.2	Chráněné bydlení Vila Jitka.....	40
5.3	Služby a společné aktivity klientů na chráněném bydlení Vila Jitka.....	41
5.4	Případová studie: klientka Markéta.....	42
5.5	Případová studie: bývalý klient Petr.....	44
5.6	Analýza dat.....	47

6. Výsledky výzkumu.....	48
Závěr a doporučení.....	51
Zdroje.....	53
Knižní zdroje.....	53
Internetové zdroje.....	55
Zákony.....	56
Seznam příloh.....	57

Seznam použitých zkratk

ČR - Česká republika

DPS Ondřejov - Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov

CHB - Chráněné bydlení

KTC - Komunitní terénní centrum

MKN – 10 - Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

PC - Stolní počítač (z anglického personal computer)

PL - Psychiatrická léčebna

PNB - Psychiatrická nemocnice Bohnice

TV - Televize

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

WHO - Světová zdravotnická organizace (z anglického World Health Organization)

Úvod

Tato práce se zabývá tématem trávení volného času lidí žijících na komunitním chráněném bydlení BONA, o.p.s. Východiskem práce je mé dvouleté působení na pozici recepční služby na Chráněném bydlení Vila Jitka - BONA, o.p.s. Zde jsem měla možnost být nejen pozorovatelem, ale rovněž spoluaktérem fungování a života komunity. Během času, který jsem zde strávila, jsem se častokrát zamýšlela nad otázkami typu, jak klienti vnímají kvalitu trávení svého volného času, zda-li a do jaké míry prostředí CHB determinuje jejich volný čas apod. Struktura bakalářské práce je následující.

V první kapitole nazvané „Psychózy a jejich dopad na kvalitu života“ se zaměřuji na vymezení pojmu psychóza, na klasifikaci duševního onemocnění a psychotických onemocnění. Jedním z nejzávažnějších a nejčastějších psychotických onemocnění je schizofrenie. Jelikož schizofrenii trpí 99 % klientů CHB Vila Jitka a je považována za nejznámějšího zástupce psychóz, rozhodla jsem se jí věnovat v následujících podkapitolách. V podkapitolách o schizofrenii uvádím její stručný popis, druhy, příznaky, biologickou léčbu schizofrenie a koncept recovery. Posledním tématem první kapitoly je kvalita života lidí se schizofrenií.

Druhá kapitola „Komunitní péče“ má za cíl osvětlit pojmy komunitní péče a komunita, popsat systém, formy a současný stav komunitní péče v České republice a vymezit zařazení chráněného bydlení do systému komunitní péče.

Ve třetí kapitole „Chráněné bydlení“ definuji pobytovou službu chráněné bydlení. V kapitole také popisuji současný stav chráněných bydlení v České republice. Ve zkratce představuji neziskovou organizaci BONA, o.p.s., její historii a hlavní oblasti sociálních služeb, ve kterých se angažuje. Nakonec popisuji pobytovou službu chráněné bydlení BONA, o.p.s., konkrétněji službu chráněné bydlení Vila Jitka.

Čtvrtá kapitola obsahuje úvod do výzkumné části, ve které vymezuji cíle kvalitativního šetření, výzkumný předpoklad, výběr respondentů a metody sběru dat.

Pátá kapitola už je věnována samotnému kvalitativnímu šetření, které obsahuje popis místa, chráněného bydlení Vila Jitka, služeb a společných aktivit klientů a případové studie dvou klientů. Jako další kapitola následuje analýza dat.

V poslední šesté kapitole hodnotím výsledky výzkumného šetření.

V příloze se nachází rozhovory s klienty chráněného bydlení Vila Jitka.

Jako poslední bych se ráda vyjádřila k pojmu uživatel služby, který by se správně měl používat, podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V bakalářské práci jsem ho v převážné části nahradila výrazem klient, z toho důvodu, že se toto označení v organizacích běžně používá.

Cíle

Cíle bakalářské práce směřují ke zjištění, jestli lidé žijící na chráněném komunitním bydlení Vila Jitka, zde tráví svůj volný čas. Cílem je zmapovat způsoby trávení jejich volného času a případně navrhnout možné inovace.

1. Psychózy a jejich dopad na kvalitu života

Pojem „*psychóza*“ je řeckého původu, a vznikl ze slova „*psyché*“, které do češtiny překládáme jako „duše“, a přidáním medicínské koncovky – óza.

Podobně jako schizofrenie je psychóza obecný pojem, proto je často laickou veřejností se schizofrenií ztotožňována.

Psychózami označujeme skupinu závažných duševních onemocnění, při kterých jedinec ztrácí kontakt s realitou, žije ve svém vlastním vnitřním světě, který neodpovídá pohledu ostatních lidí. Tato ztráta kontaktu je doprovázena příznaky v podobě halucinací a bludů, pod jejichž vlivem se může jedinec dopouštět pro ostatní zcela nepochopitelných činů. Psychický stav jedince ale není neměnný, většinou se u něj střídají období s výraznými projevy příznaků onemocnění tzv. akutní ataky a období remise s nepatrnými nebo žádnými potížemi. Příčiny psychotických onemocnění jsou většinou neznámé.

Častěji se psychotické onemocnění rozvinulo u jedinců, jejichž matky prodělaly ve druhé třetině těhotenství virovou infekci, nebo u jedinců, kteří přicházeli na svět komplikovanými porody. Jedinec může mít předpoklad pro vznik psychotického onemocnění, ale je dost možné, že když během života nepotká spouštěč, neonemocní.

Rizikovými faktory pro spuštění onemocnění mohou být těžké životní situace doprovázené fyzickým a psychickým vypětím nebo například užívání návykových látek, zejména pak konopí.

Psychózy vznikají převážně v době dospívání, kdy jedinec prochází obdobím velkých fyziologických změn, uvědomováním si své identity a prožíváním silných emočních stavů. Psychotické onemocnění a jeho důsledky závažným způsobem poznamenávají život jedince a v průběhu trvání znehodnocují jeho kvalitu. Velký vliv na kvalitu života s psychotickým onemocněním určují dopady nemoci, které mohou být různé. Od minimálního, kdy jedinec zvládá své onemocnění a nedostává se do větších sociálních problémů, až po dopad maximální, kdy dochází k zadlužení, ztrátě zaměstnání, bezdomovectví nebo protisociálnímu chování.

„Možná jsem duševně nemocný, ale duchovně jsem velmi mocný!“ (klient CHB Vila Jitka)

Citát klienta CHB výstižně popisuje, jak duševní - psychotické onemocnění stigmatizuje jedince. Zároveň je v druhé části vyslovena velká dávka naděje, že i přes nesnadné onemocnění, zůstává značná část života jedince bohatá a jeho kvalita může být v mnoha dalších oblastech zachována.

1.1 Klasifikace duševního onemocnění

„Termín klasifikace označuje uspořádání prvků do skupin nebo souborů podle jejich podobnosti. Od roku 1948 vyčlenila Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) psychiatrii jako samostatný obor. Kapitola psychiatrie je rozčleněna do 10 oddílů a jednotlivé poruchy jsou zde zařazovány podle hlavních společných znaků.“ (Svoboda, 2006, s. 82-83).

V MKN - 10 se nachází duševní onemocnění pod písmenem F, kam spadají poruchy duševní a poruchy chování F00 - F99, jak oznamuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [2015a].

F00-F09 - Organické duševní poruchy včetně symptomatických.

F10-F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.

F20-F29 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.

F30-F39 - Afektivní poruchy (poruchy nálady).

F40-F48 - Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.

F50-F59 - Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory.

F60-F69 - Poruchy osobnosti a chování u dospělých.

F70-F79 - Mentální retardace.

F80-F89 - Poruchy psychického vývoje.

F90-F98 - Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání.

F99 - Neurčená duševní porucha.

1.2 Dělení psychotického onemocnění

Dále jsou v MKN - 10 podle ÚZIS [2015b], psychotická onemocnění řazena v sekci F20 - F29. Sem náleží schizofrenie, schizotypální porucha, poruchy s trvalými bludy a větší skupina akutních a přechodných psychotických poruch a schizoafektivní poruchy.

F20 - Schizofrenie

Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejznámějšími druhy schizofrenie jsou: paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní, které jsou podrobněji popsány v podkapitole 1.4.

F21 - Schizotypální porucha

Schizotypální porucha je charakterizována výstředním chováním a poruchami myšlení a afektu, které jsou podobné schizofrenním, ale určité a charakteristické symptomy se nevyskytnou v žádném stádiu. Symptomy mohou zahrnovat chladné a nepřiměřené afekty, anhedonii, podivínské nápadné chování; tendenci k izolaci od společnosti; paranoidní nebo bizarní nápady, ale nikoli pravé bludy; vtíravé ruminace; poruchy myšlení a vnímání; občasné přechodné, jakoby psychotické ataky s intenzivními iluzemi, sluchovými a jinými halucinacemi a bludům podobnými myšlenkami, obvykle bez zevní provokace.

F22 - Poruchy s trvalými bludy

Do této kategorie řadíme různé poruchy, kde jedinou a nejvýraznější klinickou charakteristikou jsou dlouhotrvající bludy. Náleží sem porucha s bludy, která je charakteristická rozvojem buď jednoho nebo více vzájemně souvisejících bludů, které

přetrvávají často i celý život a ostatní poruchy s přetrvávajícími bludy, u nichž jsou blud nebo bludy doprovázeny perzistujícími halucinatorními hlasy.

F23 - Akutní a přechodné psychotické poruchy

Jedná se o heterogenní skupinu poruch, které jsou charakterizované náhlým výskytem psychotických symptomů, jako jsou bludy, halucinace a poruchy vnímání s prudkými poruchami běžného chování. Pro tyto poruchy nebyl prokázán jejich organický podklad. Popletenost a zmatenost je častá, ale dezorientace místem, časem a osobou není trvalá nebo dostatečně závažná, aby opravňovala k diagnóze organicky způsobeného deliria (F05-). Kompletní uzdravení se objevuje většinou během několika měsíců, ale i týdnů a dní.

F24 - Indukovaná porucha s bludy

Tato kategorie obsahuje dva typy poruch: paranoidní poruchu a psychotickou poruchu. Poruchami s bludy trpí dvě nebo více osob, které jsou v těsné emoční vazbě. Pouze jedna z nich však trpí pravou psychotickou poruchou. Bludy u druhé osoby jsou indukovány a obvykle zmizí, když jsou od sebe obě osoby odděleny.

F25 - Schizoafektivní poruchy

Jsou to epizodické poruchy, které mají zřejmé jak afektivní, tak schizofrenní symptomy. Radíme sem manický typ, depresivní typ, smíšený typ, jiné a nespecifikované schizoafektivní poruchy.

F28 - Jiné neorganické psychotické poruchy

Následující kategorie obsahuje poruchy s bludy a halucinacemi, které neopravňují diagnózu schizofrenie (F20.-), trvalé poruchy s bludy (F22.-), akutní a přechodné psychotické poruchy (F23.-) nebo psychotického typu manické fáze (F30.2) nebo těžké depresivní fáze (F32.3).

F29 - Neurčené neorganické psychózy

1.3 Psychotické onemocnění – schizofrenie

Schizofrenie je psychotické onemocnění charakteristické poruchami myšlení, jednání, vnímání, emocí a vůle.

Podle Atkinsona (2003), je schizofrenie označení pro skupinu poruch, které se vyznačují těžkou dezintegrací osobnosti, zkreslením reality a neschopností zvládat nároky běžného života. Vyskytují se ve všech kulturách, dokonce i v těch které jsou vzdálené od stresů industrializované civilizace. Jako porucha byla schizofrenie rozpoznána zhruba před 200 lety, ale nepochybně existuje mnohem déle. Porucha postihuje přibližně 1% populace, vyskytuje se stejně u mužů i žen.

První ataka schizofrenie obvykle přichází ve fázích pozdní adolescence nebo rané dospělosti. Největší riziko je v období mezi 15. - 30. rokem života. Může se projevit akutně nebo se rozvinout v postupných příznacích. U některých jedinců je léčba krátkodobá, u někoho trvá řadu let i celý život. Prognózy onemocnění vycházejí z biologických, psychických a sociálních faktorů. Dalším určujícím faktorem je závažnost a průběh onemocnění, pokud se nemoc projeví náhle a rychle, je větší šance, že bude mít pozitivnější prognózu, než když se vyvíjí pomalu a postupně. Průběh onemocnění schizofrenie může být plíživý, akutní nebo chronický.

- „Plíživý průběh schizofrenie – člověk si postupně uvědomuje změnu své osobnosti a mění se jeho vnímání vůní barev a chutí, tělesné orgány nefungují jako dřív a dochází k citové oploštělosti. Jedinec se špatně soustředí, už ho nebaví to, co pro něho byla dříve zábava. Později se objevuje přítomnost bludů.
- Akutní průběh schizofrenie – během několika dnů se člověk cítí, jakoby měla přijít nějaká katastrofa. Člověk zaujímá nepřátelský postoj vůči okolí, o kterém si myslí, že stojí proti němu. Může docházet k velkému neklidu, až zuřivosti.
- Chronický průběh schizofrenie – někteří pacienti se vyléčí úplně nebo žijí bez významných změn v chování. Jiní se díky chronickému onemocnění dostávají až k reziduálnímu chování. Jsou uzavření, příliš nekomunikují a nedůvěřují okolí. Někomu

se stále navrací bludy a halucinace, ale dokáže již s těmito poruchami myšlení a vnímání lépe fungovat, protože k nim nemá tak velký emoční vztah. Část chronických pacientů musí být na dlouhou dobu v ústavní péči, díky trvalým příznakům a častým atakům.“ (Dufek, 1976).

Následující podkapitoly se zaměřují na základní druhy schizofrenie, její hlavní příznaky a léčbu. Poslední podkapitola popisuje kvalitu života lidí se schizofrenií.

1.4 Druhy schizofrenie

Podle Mahrové (2008, s. 76), můžeme mezi základní a nejčastěji uváděné druhy schizofrenie zařadit schizofrenie paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní.

Paranoidní schizofrenie F20.0 (s tou se setkáváme asi nejčastěji), jež bývá charakteristická bouřlivými atakami nemoci s halucinacemi a bludnými přesvědčeními, které však vcelku dobře reagují na léčbu. Pokud je pacient spolupracující a motivovaný k léčbě, lze jej držet v poměrně dobré remisi.

Hebefrenní schizofrenie F20.1 je méně častou poruchou a projevuje se již v raném věku okolo patnáctého roku života. Léčba tohoto druhu onemocnění není moc často úspěšná, protože pacienty lze těžko motivovat k tomu, aby při léčbě spolupracovali. Projevuje se hlavně změnou chování, které je pubertální.

Katatonní schizofrenie F20.2 je nejvzácnější formou schizofrenie. Pacient je ve stavu, kdy nereaguje na okolí, ale své okolí vnímá, což někdy přechází do extrémního neklidu. K tomuto druhu schizofrenie se vážou i zdravotní problémy jako jsou vysoké horečky, svalová ztuhlost a problémy s metabolismem. Katatonní schizofrenie často končí i smrtí pacienta. V těchto případech je nejlepší léčbou elektrokonvulzivní terapie.

Simplexní schizofrenie F20.6 je spíše postupné uzavírání se do vlastního vnitřního světa. Tito nemocní bývají již od dětství introvertní, samotářští, uzavření. Dominují zde spíše negativní příznaky nemoci (snížená motivace, vůle, aktivita,...). Negativní příznaky lze léčbou hůře ovlivnit než příznaky pozitivní (bludy, halucinace). Zde mají své nezastupitelné místo metody psychiatrické rehabilitace.

1.5 Příznaky schizofrenie

„V minulosti Bleuler formuloval jako základní příznaky schizofrenie poruchy asociací, afektivity (nepřiměřené nebo nevýrazné čili tzv. oploštělé emoční projevy), ambivalenci (vzájemně neslučitelné postoje a afekty vůči sobě či ostatním) a autismus („skutečné“ prožívání je ve světě psychotických prožitků namísto reálného světa). Tyto základní příznaky se později v literatuře tradovaly jako Bleulerova „4A“ .(Probstová a Pěč, 2014, s. 40).

Podle různých typů dělení rozlišujeme příznaky typické pro schizofrenii. Jedním z nich je dělení podle části psychiky, kterou narušují. Tedy poruchy myšlení, vnímání, vůle, chování, nálady, pozornosti a jiné.

Dále základní příznaky můžeme rozdělit na pozitivní a negativní.

„Pozitivní příznaky znamenají nadměrné, nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí. Patří sem halucinace (poruchy vnímání), bludy (poruchy myšlení), dezorganizace řeči (vyjádření chybí smysl a význam, nesprávné používání slov atd. díky neuspořádanosti procesů myšlení) a kontroly chování. Typické halucinace pro schizofrenii jsou slyšení hlasů (ozvučování myšlenek), člověk má pocit, že ostatní mohou „číst“ jeho myšlenky a přivlastňovat si je nebo mu je vkládat do mysli proti jeho vůli.“ (Raboch, 2006).

Negativní příznaky jsou vymezeny oslabením nebo celkovou ztrátou normálních funkcí. Např. jedinec není schopen projevit nějaký cit, zájem o druhé lidi nebo vůli něco vykonat.

1.6 Léčba schizofrenie: biologická léčba a koncept „recovery“

Dnešní doba nabízí mnoho možností léčby jedince se schizofrenií nebo alespoň možnosti, jak předcházet zhoršení nemoci. Nejčastější je biologická léčba za pomoci neuroleptik. Důležitou úlohu v možnostech léčby schizofrenie zaujímá koncept recovery, který vychází ze specifického pohledu na zvládnutí duševního onemocnění. Jedinec se stává hlavním iniciátorem změn v pohledu na své onemocnění, jeho léčbu a život s nemocí.

Dalšími možnostmi léčby jsou různé typy psychoterapie, psychoedukace, krizové intervence a rané intervence.

Při biologické léčbě se nejčastěji používají neuroleptika, která rozdělujeme do tří skupin.

„Za prvé neuroleptika bazální neboli hypnosedativní - tato neuroleptika mají sedativní až hypnotický efekt. Zařazujeme mezi ně chlorpromazin, levomepromazin, periciazin a chlorprotixen. Druhou skupinou jsou neuroleptika incizivní, která mohou působit již v miligramových dávkách a mají menší sedativní a hypnotický efekt. Do této skupiny patří flufenazin (Moditen), haloperidol, flupentixol (Fluanxol), zuclopenthixol (Cisordinol) a melperon (Buronil). A posledním druhem jsou neuroleptika atypická, která mohou mít i antidepresivní účinek, dobře se snášejí a nezpůsobují velký útlum. Mezi atypická neuroleptika patří clozapin (Leponex), sulpirid (Dogmatil), amilsulprid (Solian), risperidon (Risperdal, Rispen), olanzapin (Zyprexa), ziprasidon (Zeldox), zotepin (Zoleptil), quetiapin (Seroquel) a aripiprazol (Abilify).

Někteří pacienti ovšem nedodrží užívání předepsaných léků a to i přes vysoké riziko návratu psychických atak nebo agresivního chování. Proto se při léčbě dává přednost depotním neuroleptikům, která se aplikují injekčně, většinou jednou za 10 - 28 dní.“ (Raboch et al., 2006).

Koncept „recovery“ neboli „zotavení“

„Zotavení (recovery) znamená něco jiného než vyléčení v lékařském smyslu. Zotavení rovněž není totožné s dosažením psychické stability. Při „zotavení“ se jedná o jedinečné osobní procesy, v nichž se klienti snaží svému životu dát znovu obsah. V procesu zotavování může mít klient prospěch z poskytovatele pomoci, ale těžiště zotavení spočívá mnohem spíše v tom, co podniká sám klient, aby dal svému životu příznivý obrat. Zotavení spočívá v postupné výměně identity „pacienta“ za identitu „občana“.

Zotavování obsahuje aktivní přijetí nemoci a omezení, je to forma akceptace, která dává impulzy k růstu jiného pocitu sama sebe. V tomto světle se musí klienti často zotavovat z psychiatrického stigmatu, které se stane součástí jejich osobnosti, ze závislosti na určitých formách jednání, ze svých neuskutečněných přání do budoucna a z omezených možností, které jim poskytuje společnost.

Rehabilitace se zaměřuje na konkrétní životní oblasti, jako je bydlení, práce, vzdělávání a sociální kontakty, u zotavování je více v popředí psychologické hledisko. Je

možné to chápat jako dvě dimenze „procesu zotavování“. První dimenzí je interní psychologický proces. Jedná se v něm o změnu obrazu sama sebe, načerpání naděje a odvahy, formulování osobních cílů, posílení víry ve vlastní schopnosti a větší sebeurčení. Druhou dimenzí je externí proces společenské participace. Je to viditelná manifestace zotavení v oblasti bydlení, práce, učení, sociálních kontaktů atd.“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 20).

1.7 Kvalita života lidí se schizofrenií

„Kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ (Motlová, Dragomirecká, 2003, str. 85).

Slovník sociální práce vymezuje kvalitu života jako: „komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče. jde o ekvivalent „zisku“ v ekonomickém uvažování. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko, např. o životní spokojenost. Závisle na pojetí se kvalita života dá kvantifikovat souborem hodnot nebo jednou hodnotou. Nástrojem užívaným k hodnocení kvality života jsou obvykle sebeposuzovací škály, dotazníky, strukturovaný rozhovor. Kombinace metod je vždy vhodnější než spoléhat na validitu jedné metody. Kvalitu života však až na výjimky nelze určovat nezávisle na informacích od posuzovaného člověka.“ (Matoušek, 2003).

Kvalita života psychiatrických pacientů slouží jako kritérium používané k hodnocení oblastí a okolností pacientova života. Jsou to pocity spokojenosti, sociální role a jejich naplňování, materiální prostředí a životní perspektiva.

„Na základě mnoha studií různých autorů (např. Lehman, Katschnig) zaměřených na hledání indikátorů pro stanovení kvality života psychiatrických pacientů se předpokládá uplatňování přinejmenším těchto tří složek: subjektivní pohoda/spokojenost, fungování v sociálních rolích a vnější životní podmínky (materiální - životní standard i sociální síť nebo sociální podpora).“ (Motlová a Koukolík, 2005).

Psychotické onemocnění schizofrenie je typické rozštěpením psychických funkcí jedince.

„Psychotická transformace reality vede k celé řadě dalších vážných symptomů z oblasti chování, osobnosti a kognice. Všechny tyto složky mohou být vážně narušeny a výsledkem je porucha sociálního fungování a kvality života.“ (Horáček, 2003, s.18).

Podle výzkumů uváděných Katschinegem (1998) je kvalita života lidí se schizofrenií charakterizována následovně.

Je horší než kvalita života lidí v běžné populaci i lidí s jiným psychotickým onemocněním. Čím delší je trvání nemoci, tím se kvalita života zhoršuje. V největší míře kvalitu života lidí trpící schizofrenií zhoršují negativní příznaky nemoci. Naopak snižování negativních účinků léků a kombinace psychofarmakologické a psychoterapeutické léčby kvalitu života zvyšuje. Pacienti žijící v komunitě vykazují lepší kvalitu života než ti, kteří byli léčeni v psychiatrických léčebnách a dalších klasických institucích.

Zlepšování kvality života lidí se schizofrenií probíhá řadou léčebných postupů jako je farmakoterapie a psychosociální intervence. Ideální a nejvhodnější je kombinace obou. I když psychofarmaka prošla obrovským vývojem od dob svého vzniku a rapidně zvýšila svou účinnost při léčbě schizofrenie, stále nezaručují dostatečnou obranu proti dalším stresujícím vlivům, proto se zařazují kromě výše zmíněných postupů léčby ještě další formy terapie např. psychosociální rehabilitace a psychoterapie. Podle Koukolíka (2005), bylo zjištěno, že psychosociální faktory ovlivňují subjektivní kvalitu života hospitalizovaných pacientů více než psychopatologie.

Podle dosavadních znalostí o schizofrenii se odborníci shodují, že nejlepším způsobem terapie je kognitivně-behaviorální, pracovní, pohybová rehabilitace a nácvik sociálních dovedností.

„Kognitivní rehabilitace je zaměřena na odstranění nebo zmírnění kognitivního deficitu (zlepšení kapacity paměti, pozornosti, úrovně řešení problémů atd.). V současné době k tomu slouží např. celá řada počítačových programů. Behaviorální přístupy v rehabilitaci schizofrenie zahrnují zejména nácvik konkrétních sociálních dovedností. Jsou založeny na principech učení a zaměřeny především na aktivizaci nemocného, ne na ovlivnění akutních psychotických příznaků.“ (Možný, 1999).

Podle Kučerové (2010), je cílem nácviku sociálních dovedností zlepšení, porozumění a vyjadřování vlastních emocí, vnímání a pochopení emocí ostatních, zahájení, udržování a

ukončení krátkého rozhovoru, sebeobstárání, sebezprosažení se přiměřeným způsobem, osvojení si dovednosti nacházení kompromisů a vytvoření podpůrné sociální sítě.

Velmi důležitý je pro klienty pravidelný harmonogram a strukturování dne. Díky pravidelnému režimu se nemocný lépe orientuje v realitě, aktivizuje a motivuje v udržení činností.

„Práce nebo vůbec pohyb je nezbytnou složkou pro aktivizaci člověka nemocného schizofrenií. Především díky oslabení vůle a ztrátě motivace upadá do apatie a právě díky pohybu a uvědomění si vlastního těla ho lze z tohoto stavu dostat. Existují i studie zabývající se vhodným cvičením a aktivizací těla pro lidi se schizofrenií, které přispívají alespoň částečně ke zvládnání nároků běžného života.“ (Hátlová, 2003).

2. Komunitní péče

„Komunitní péče je upřednostňována v řadě vyspělých zemích od poloviny dvacátého století a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, která znamená redukci velkých psychiatrických nemocnic a jejich náhradu službami komunitními. Důsledkem těchto změn byl v západních zemích vznik komunitních týmů duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, kde působí.

Jejich další specializací vznikaly týmy a služby zaměřené na péči co nejbližší přirozenému prostředí pacientů nebo sloužící jako alternativa hospitalizace.“ (Probstová a Pěč, 2014, s. 185).

2.1 Vymezení pojmu komunita

Zásadní roli v systému komunitních služeb hraje komunita, která je nástrojem, prostředím i zdrojem komunitní péče.

„Komunita je místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.“ (Hartl, 1997).

Komunita, která je vyvážená a přirozeně fungující se vyznačuje týmovou prací, vzájemnou péčí a důvěrou, má rozvinutou efektivní vnitřní komunikaci. Postupným vývojem v čase si vytváří vnitřní i vnější vazby a vlastní identitu.

2.2 Komunitní péče pro lidi s duševním onemocněním v ČR

Jak Česká psychiatrická společnost [2015] uvádí, komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby.

„V novějším konceptu tzv. vyvážené péče (balanced care) jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, včetně psychoterapeutických programů, akutní lůžková psychiatrická péče na odděleních všeobecných nemocnic včetně jejích alternativ (krizové služby a denní stacionáře), dlouhodobá rezidenční péče v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace.“ (Probstová a Pěč, 2014, s. 185).

Komunitní péče v ČR není novým oborem, má svoji dlouhou historii. Ve dvacátém století zažila svého největšího rozkvětu a úrovně v meziválečném období. Následný vývoj byl přerušen politickými změnami a tendencemi procesu institucionalizace komunitních služeb. Teprve až po roce 1989 se v ČR znovu začíná komunitní péče rozvíjet v podobě domácí péče.

Současná komunitní péče je z převážné části poskytována neziskovými organizacemi.

Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat.

V ČR existují oblasti ve kterých se komunitní služby pro lidi s duševním onemocněním vůbec nevyskytují. Síť služeb v jednotlivých regionech není kompletní. Kapacita většiny služeb je nedostačující, pro mnoho z nich se sepisují pořadníky čekatelů na měsíce a roky dopředu.

„V roce 2007 u nás existovalo 29 neziskových organizací poskytujících služby psychiatrické rehabilitace se 470 odbornými pracovníky, kteří měli v péči zhruba 4600 pacientů. Zastřešujícími asociacemi těchto organizací jsou Asociace komunitních služeb a FOKUS - Sdružení pro péči o duševně nemocné.“ [Komunitní péče, 2015].

Hlavními nedostatky komunitních služeb pro lidi s duševním onemocněním jsou nekoordinovanost jejich vzniku, větší zaměřenost na služby samotné spíše než na komunity, oddělenost zdravotního a sociálního sektoru, špatné financování a plánování služeb.

2.3 Formy komunitních služeb

Pěč a Probstová (2014) uvádí mezi formy komunitních služeb služby následující:

- **Denní stacionáře**

Denní stacionáře využívají převážně psychiatrickí pacienti pro denní pobyt. Mají formu denní, kdy fungují alespoň šest hodin v jednom dni nebo frakcionovanou (fungují jednou nebo vícekrát týdně a trvají alespoň tři hodiny v jednom dni). Mohou být alternativou k hospitalizaci či rozšíření ambulantní léčby, kdy je důraz kladen na psychotherapeutický program. Programy denního stacionáře se využívají i jako příprava na zařazení do programů psychiatrické rehabilitace. Denní stacionáře také mohou poskytovat specializované programy pro určité skupiny psychiatricky nemocných (psychózy, afektivní poruchy, úzkostní poruchy, závislosti, děti a dorost, organické psychické poruchy, osoby s poruchami příjmu potravy).

Zařazení do denních programů není vhodné při potřebě náročných vyšetřovacích postupů, u stavu vzrušenosti, agresivity, poruch vědomí, při vysokém riziku sebevražedného jednání, nesouhlasu pacientů s léčbou, akutní intoxikaci alkoholem nebo jinými psychotropními látkami, při těžké a hluboké mentální retardaci či v raném dětském věku. Základním prvkem péče je obvykle psychotherapeutický program, který je často kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací podle povahy onemocnění. Program je realizován týmem sestaveným z lékařů, klinických psychologů, zdravotních sester a sociálních pracovníků.

- **Krizové služby**

Mezi specifické formy služeb v této oblasti patří **krizová centra** a **mobilní krizové týmy**.

Krizová centra poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči. Péče je poskytována formou krizové intervence, neodkladného psychiatrického vyšetření, emergentní psychotherapie, krátkodobé systematické individuální, rodinné a skupinové psychotherapie, farmakoterapie a taky krátkodobého několikadenního pobytu na lůžku. Do týmu krizového centra jsou obvykle zapojeni psychiatři, kliničtí psychologové, zdravotní sestry a sociální pracovníci.

Mobilní krizový tým, který je sestaven z psychiatra, klinického psychologa, psychiatrických sester a sociálního pracovníka, poskytuje krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychotherapii přímo v místě rozvoje krizové situace.

- **Případové vedení (case management)**

Jedná se o přístup který má napomoci lepší koordinaci poskytování služeb ve fragmentovaném systému péče. Případový vedoucí jednak koordinuje péči o pacienta mezi několika potřebnými poskytovateli podle jeho individuálních potřeb, jednak poskytuje i přímou podporu pacientovi. Vývojem postupně vznikaly různé formy případového vedení. **Brokerský model**, kdy případový vedoucí neměl klienty ve své přímé péči a mohl tak obstarávat zhruba čtyřicet klientů. Model se ukázal jako málo účinný. Dalšími modely case managementu bylo **klinické případové vedení**, kdy již pracovník měl klienty v přímé péči, soustředil se hlavně na zdravotní stav klientů a konzultoval s ostatními členy týmu, model **intenzivního případového vedení**, který klade důraz na psychosociální intervence nebo **případové vedení založené na silných stránkách**, jenž zdůrazňuje rehabilitační přístup a hledá přirozené zdroje podpory pro pacienta.

- **Psychiatrická rehabilitace**

„Rozvoj moderní psychiatrické (psychosociální) rehabilitace nastal po druhé světové válce. Slovo „psychiatrická“ používáme pro jasné vymezení cílové skupiny. Významnými impulzy jejího rozvoje byly: poválečné programy pracovní rehabilitace, objev psychofarmak (padesátá léta 20. století), boj za lidská práva (šedesátá léta) a hnutí deinstitutionalizace, rozvoj komunitní péče, rozvoj svépomocných skupin. V osmdesátých a devadesátých letech 20. století se moderní psychiatrická rehabilitace stala integrální součástí zdravotního a sociálního systému.

Součástí rehabilitace je i rehabilitační plán, ve kterém si klient za pomoci klíčového pracovníka stanoví krátkodobé a dlouhodobé cíle. Díky rehabilitačnímu plánu si sociální pracovník zmapuje uživatelské dovednosti a schopnosti. Vytvářejí i určitou dohodu, na které mohou spolu s klientem pracovat a tím jeho dovednosti a schopnosti prohlubovat nebo zvyšovat. Důležité je, aby rehabilitační plán byl zhotoven na předem dané období a po uplynutí stanovené doby byl vyhodnocen, případně vytvořen plán nový.“ (Probstová in Matoušek, 2005).

„Psychiatrická rehabilitace si ve svém vývoji postupně utvořila některé specifické postupy v jednotlivých úrovních potřeb či v tzv. životních doménách (práce, bydlení, vzdělávání, volný čas). I přes zjevný přínos těchto specifických postupů je zapotřebí vždy zajistit komplexní rehabilitační postup u každého klienta. Vždy jeden rehabilitační pracovník či jeden tým by měli provázet klienta celým rehabilitačním

procesem, i když je klient dočasně zařazen do tréninku v některém ze specifických postupů.

V oblasti práce je specifickým postupem **pracovní rehabilitace**, která je z hlediska klienta podporou nejen k výběru, získání a udržení vhodného zaměstnání ale je i přípravou a příležitostmi pro rozvoj pracovních kompetencí. Mezi druhy pracovní rehabilitace řadíme **dobrovolnou práci, chráněné pracovní dílny, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnání**.

Za specializované oblasti volného času můžeme považovat **centra denních aktivit a uživatelské kluby**, které poskytují kognitivní a praktickou podporu, emocionální podporu, posilování důvěry, motivace a schopností či podpory normality a doporučeného chování.

Dalším specializovaným rehabilitačním programem je **podporované vzdělávání**, které zahrnuje poskytování trvalé podpory a asistence v této oblasti.“ (Probstová a Pěč, 2014).

2.4 Zařazení chráněného bydlení do komunitních služeb

Chráněné bydlení je specifická komunitní služba spadající do oblasti bydlení v rámci psychiatrické rehabilitace. Oblast bydlení poskytuje služby chráněného bydlení a podporované bydlení.

„Psychiatrická rehabilitace v oblasti bydlení má umožnit duševně nemocným samostatně a nezávisle bydlet, zlepšit k tomu potřebné dovednosti a sebedůvěru a pomoci vytvořit stálý domov. V průběhu deinstitucionalizace a při potřebě zabezpečení nových podmínek bydlení pro propuštěné pacienty vznikl model tzv. **lineárního kontinua návazných zařízení**, které se skládá z několika typů zařízení (chráněná bydlení s různou intenzitou péče, domy a byty na půl cesty jako mezistupně v kontinuu služeb), která poskytují různé stupně podpory. Klient nebo pacient postupuje podle kontinua od prostředí nejvíce omezujícího, s velkým počtem personálu, k méně omezujícím možnostem. Na konci osmdesátých let začal být tento systém „kontinua“ kritizován a vznikl nový přístup, tzv. **podporované bydlení**.“ (Probstová a Pěč, 2014, s. 199).

3. Chráněné bydlení

S pojmem chráněné bydlení je úzce spjat proces deinstitucionalizace a pojem komunitní péče.

Deinstitucionalizace sociálních služeb znamená přeměnu ústavní péče v péči komunitní. Tento proces propukl ve světě v šedesátých letech dvacátého století, kdy se začaly zřizovat zařízení pro podporu bydlení, které měly za cíl udržení nebo posílení klientových kompetencí a zkvalitnění jeho života. Zařízení pro podporu bydlení měly již od začátku různou míru podpory i omezení.

„Chráněné bydlení již podle názvu poskytuje více chráněné podmínky a větší míru podpory. Byty nejsou ve vlastnictví klienta. Cílem chráněného bydlení je buď resocializace nemocného a příprava k samostatnému a soběstačnému způsobu života, anebo umožnění mu dlouhodobého pobytu mimo lůžkové psychiatrické nebo sociální zařízení. Jde o služby na pomezí následné zdravotnické a sociální péče. I když se tyto služby v České republice stále rozvíjejí, přesto je síť komunitní péče nedostatečná. Služby jsou útržkovité, nenabízí tedy kontinuální péči a jsou stále závislé na klasickém modelu psychiatrické péče.“ (dle Farbiakové, 2005).

Objevují se i názory, že chráněné bydlení není ideálním zařízením komunitní péče k postupnému osamostatnění klienta.

„Chráněná bydlení často představují další miniinstituci, kde žijí trvale závislí pacienti. Lidé ve skupině se učí žít ve skupině cizích lidí, což je soubor dovedností, které nejsou zcela potřebné pro život ve vlastním bytě, a tedy i pro žádoucí „běžné“ podmínky.“ (Probstová in Matoušek, 2005, s. 146).

3.1 Definice chráněného bydlení

Podle Matouška (2003), je chráněné bydlení bydlení v bytě, který je v běžné zástavbě a patří poskytovateli sociální služby. Bydlí v něm jeden nebo více klientů, kteří se podle

svých možností podílejí na vedení své domácnosti. Klienti jsou v pravidelném kontaktu s pracovníky sociální agentury. Služby jsou klientovi podle individuální služby poskytovány sociálním pracovníkem, pečovatelem nebo asistentem. Chráněné bydlení je vhodné pro klienty trvale postižené nebo dlouhodobě nemocné, kteří potřebují terapeutickou podporu, ale jejichž stav nevyžaduje ústavní pobyt s plným zaopatřením.

3.2 Chráněné bydlení jako sociální služba

Chráněné bydlení jako sociální služba vychází ze zákona č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, jenž vstoupil v platnost 1. ledna 2007, ten obsahuje právní úpravu podpory v bydlení § 51 následovně:

§ 51 Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

3.3 Chráněná bydlení pro lidi s duševním onemocněním v ČR

„Chráněné bydlení pro lidi s duševním onemocněním (dále jen CHB) je pobytová služba, která je poskytována na předem domluvenou přechodnou dobu, obvykle 1 - 2 roky

s možností prodloužení. Jejím cílem je pomoci klientům nabýt či obnovit schopnosti a dovednosti nutné pro běžný život. Nejdůležitějšími oblastmi nácviku jsou péče o domácnost, sebepéče, navazování a udržování sociálních kontaktů. S nácvikem a v dalších osobních záležitostech (hledání práce, volnočasových aktivit, apod.) klientům poskytují podporu terapeuti.

Chráněná bydlení rozlišujeme na individuální, kdy klient bydlí sám nebo s jedním až dvěma spolubydlícími, nebo skupinová, kdy zhruba deset klientů bydlí společně ve větším bytě nebo domě. Pobyt a služby si klienti platí.“ [VIDA, o.s., 2009, s. 174].

Jak uvádí Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním v ČR [2009], existuje celkem dvacet služeb CHB pro lidi s duševním onemocněním, které poskytuje šest neziskových organizací, dvě charitativní organizace a jedna společnost s ručením omezeným. Nejvíce pobytových služeb CHB je samozřejmě v hlavním městě Praha, naopak žádná CHB nenajdeme v Jihočeském, Královéhradeckém, Olomouckém, Pardubickém, Plzeňském a Zlínském kraji.

● **CHB v Jihomoravském kraji**

V Jihomoravském kraji se nachází tři objekty poskytující služby CHB. Prvním je CHB Ovečka, jehož poskytovatelem je Diakonie ČCE – středisko v Brně a kapacitu má čtyři obyvatelé. Druhé CHB, které umožňuje klientům žít po určitou časově omezenou dobu v chráněných podmínkách, poskytuje Psychocentrum Domeček Hodonín, o.p.s. Kapacitně disponuje deseti lůžky. Sdružení Práh poskytuje poslední třetí CHB v Jihomoravském kraji. CHB je poskytováno formou bydlení individuálního prostřednictvím čtyř samostatných bytů a formou bydlení skupinového, které je určeno pro pět osob.

● **CHB v Karlovarském kraji**

Katalog sítě poskytovatelů sociálních služeb v Karlovarském kraji [2012], uvádí jako jediného poskytovatele pobytové služby CHB pro lidi s duševním onemocněním v tomto regionu společnost s ručením omezeným Mravenec. Dalšími cílovými skupinami CHB Mravenec jsou osoby s chronickým onemocněním, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby se sluchovým postižením, osoby se zdravotním postižením a senioři. Věková struktura uživatelů služby je rozmanitá od mladých dospělých (19 – 26 let), přes dospělé (27 – 64 let), až po mladší seniory (65 – 80 let). Kapacita objektu je dvacet šest lůžek.

- **CHB v Libereckém kraji**

Občanské sdružení Fokus Liberec zprostředkovává služby CHB na dvou místech. Posláním služby je podpora duševně nemocných lidí v získávání dovedností potřebných k samostatnému životu a umožňujících žít podle vlastních představ a možností mimo zdravotnická a ústavní zařízení. Kapacita služby je šestnáct klientů.

- **CHB v Moravskoslezském kraji**

V Moravskoslezském kraji je jediným poskytovatelem Charita Opava. Chráněné a podporované bydlení pro duševně nemocné zajišťuje podporu v oblasti bydlení, umožňuje rozvoj psychosociálních dovedností v prostředí, které se podobá domácím podmínkám, rozvíjí soběstačnost a samostatnost a motivuje k aktivnímu životnímu stylu. Služba může být naplněna až dvanácti klienty.

- **CHB v hl. městě Praha**

Hlavním poskytovatelem služby CHB je v Praze Bona, o.p.s., která v současnosti službu poskytuje pro padesát šest klientů ve čtyřech samostatných komunitách. Na CHB bydlí klienti v komunitách po 10 - 15 lidech. Smlouva je na rok, s možností prodloužení O.s. Eset Help nabízí klientům tři samostatné pokoje v ženském bytě a tři samostatné pokoje v mužském bytě na dobu jednoho roku.

Fokus Praha o.s., (Region Jih) umožňuje pobyt v CHB v Bytech na půli cesty. Délka pobytu je stanovena na jeden rok a následně se prodlužuje vždy po půl roce. V současné době má Fokus Praha sedm bytů. Kapacita služby je devět klientů.

- **CHB ve Středočeském kraji**

Fokus Mladá Boleslav sdružení pro péči o duševně nemocné poskytuje služby zaměřené na klienty, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni v PL Kosmonosy a během hospitalizace v PL ztratili dovednosti, které jsou potřebné pro samostatné bydlení. Kapacita je osm lůžek.

Fokus Praha, o.s. (Region Střední Čechy) má dva týmy CHB. Komunitní tým-chráněné bydlení Mělník a Chráněné bydlení Sedlec. Cílem podpory je umožnit klientům žít co nejsamostatněji v běžných neústavních podmínkách. Služby jsou určeny pro klienty, kteří chtějí bydlet nezávisle na rodině nebo léčebně a zpočátku potřebují větší podporu socioterapeutů. CHB Mělník má kapacitu tři klienty a CHB Sedlec deset klientů.

- **CHB v Ústeckém kraji**

Jediným poskytovatelem služby CHB je v Ústeckém kraji Fokus Ústí nad Labem. Služba je zaměřená na možnost osamostatnění se mladých zájemců od primární rodiny a následně získání všech dovedností potřebných pro samostatný život. CHB může poskytnout až čtrnáct lůžek.

- **CHB v kraji Vysočina**

Fokus Vysočina (středisko Havlíčkův Brod), Fokus Vysočina (středisko Pelhřimov) a O.s. VOR zajišťují služby CHB lidem s duševním onemocněním v kraji Vysočina.

3.4 BONA, o.p.s.

V následující kapitole popisují nestátní neziskovou organizaci BONA jako největšího poskytovatele služby chráněné bydlení, co do počtu poskytovaných pobytových míst.

3.4.1 Nestátní nezisková organizace BONA, o.p.s.

Nestátní nezisková organizace BONA, o.p.s., vznikla zápisem do rejstříku obecně prospěšných společností ze dne 29. ledna 1999. Společnost byla založená Nadací Bona a MUDr. Zdeňkem Bašným k zajištění provozu rehabilitačních služeb pro duševně nemocné občany ve struktuře psychosociální sítě, vytvořené Nadací Bona, která z důvodu nové právní úpravy činnosti nadací a nadačních fondů již nemohla tyto služby nadále poskytovat.

Bona, o.p.s., zahájila svou činnost k 1. 6. 1999 [Historie- obecně prospěšná společnost Bona, 2015a].

Bona, o.p.s., se angažuje na poli sociálních služeb v oblasti bydlení a oblasti práce.

V oblasti bydlení se jedná o služby:

- Podpora samostatného bydlení
- Chráněné bydlení:
 - Chráněné bydlení „Vila Jitka“
 - Chráněné bydlení „200“
 - Chráněné bydlení „Kocourkov“
 - Chráněné bydlení „180“

V oblasti práce se jedná o služby:

- Sociální rehabilitace:
 - Sklářská dílna
 - Textilní dílna
 - Dílna Údržba zeleně
- Další aktivity:
 - Centrum Dvojí svět – obchod
 - Socioterapeutické centrum U Kocoura

[Sociální služby – přehled, 2015b]

3.4.2 Služba chráněné bydlení - BONA, o.p.s.

Jednou z hlavních činností BONA, o.p.s., je poskytování sociální služby chráněného bydlení. V současnosti je poskytována ve skupinové formě ve čtyřech samostatných komunitách na území městské části Prahy 8. Služba umožňuje dlouhodobý pobyt lidem s duševním onemocněním ve skupině 10 - 15 lidí. Smlouva je na jeden rok s možností prodloužení. Služba je klientům poskytována za úplatu. Úhrada za stravné a ubytování je účtována ve výši skutečných nákladů, zhruba na 5000 Kč měsíčně. Částka za poskytovanou péči je stanovena ve výši přiznaného příspěvku dle zákona 108/2006 Sb., minimálně však ve výši 2000 Kč za měsíc.

Hlavní cíl služby je směřování klienta – uživatele služby k soběstačnosti, kdy klient už nebude potřebovat podporu terapeutického týmu v míře a podobě, ve které je poskytována ve službě chráněného bydlení (Výroční zpráva, 2013).

Jednotlivá střediska služby chráněného bydlení:

Chráněné bydlení 163, U Drahaně 163, Praha 8 („Vila Jitka“);

Chráněné bydlení 144, U Drahaně 144, Praha 8 („Kocourkov“);

Chráněné bydlení 180, Pod Čimickým hájem 180, Praha 8 („CHB 180“);

Chráněné bydlení 200, Pod Čimickým hájem 200, Praha 8 („CHB 200“).

3.4.3 Chráněné bydlení BONA, o.p.s. – Vila Jitka

Zájemce o chráněné bydlení musí mít trvalé bydliště v Praze nebo okolí, jeho minimální věk musí být 18 let, musí se léčit s duševní poruchou, ale jeho zdravotní stav musí umožňovat využití služby.

Důležité je, aby klient nebyl uživatelem návykových látek, musí minimálně jeden rok abstinovat.

Zájemce o službu kontaktuje vedoucí terapeutku v oblasti bydlení a absolvuje vstupní pohovor, na jehož základě se zjišťuje, zda splňuje předpoklady pro přijetí. Důležitou roli hraje také doporučení ošetřujícího psychiatrického lékaře.

Základem chráněného bydlení je, aby se zde všichni naučili být více samostatní, uměli si uvařit, uklidit, dodržovali hygienické návyky, zdokonalili se v sociálních dovednostech, snažili se aktivně využívat svůj volný čas, aby uměli dodržovat určitá pravidla a naučili se toleranci vůči ostatním klientům, kteří na chráněném bydlení bydlí [Vnitřní pravidla pro uživatele, 2011].

4. Výzkumná část

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila kvalitativní výzkum. Vzhledem k cílové skupině lidí s psychotickým onemocněním a ke stanoveným cílům práce jsem se rozhodla pro získávání informací především metodou rozhovorů.

Rozhovory se jevily jako nevhodnější metoda kvalitativního šetření. Jejich hlavní výhodu jsem spatřovala v hloubkové analýze daného případu, kdy se respondenti mohou vyjádřit i nad rámec otázek a tím dochází k dalšímu jeho osvětlení.

K dokreslení případu jsem ještě použila popis místa, služeb, společných aktivit klientů a dvě případové studie klientů.

Jak popisuje Hendl (2005), na začátku kvalitativního šetření výzkumník vybírá téma a určí si základní výzkumné otázky. V průběhu výzkumu nevznikají pouze výzkumné otázky, ale také hypotézy i nová rozhodnutí. Během celého výzkumu je třeba, aby výzkumník hledal a posléze analyzoval fakta, která osvětlují stanovené otázky a která přinášejí závěry ověřující možné hypotézy. Dále uvádí, že důležitým faktorem je, aby sběr dat a jejich analýza probíhala zároveň, neboť výzkumník může rozhodnout, zda jsou získané informace potřebné a na které by bylo vhodné se podrobněji zaměřit. Konečná verze kvalitativního výzkumu pak zahrnuje nejen popis místa, ve kterém výzkum probíhal, ale i doslovné odpovědi respondentů rozhovoru, také zajímavé poznatky, které badatel během výzkumu získal. Podobně jak popisuje Hendl, jsem se v průběhu šetření dostávala do situací, kdy jsem přehodnocovala jak otázky k rozhovoru, tak i obsah šetření.

4.1 Cíle kvalitativního šetření

Mým hlavním cílem je zjistit, jestli klienti CHB Vila Jitka, Bona, o.p.s., zde tráví svůj volný čas a zmapovat, jak svůj volný čas tráví.

Jako další cíl jsem si stanovila zjistit, jestli jsou klienti spokojeni s nabídkou volnočasových aktivit, které BONA, o.p.s., svým klientům nabízí nebo zprostředkovává. Dále jako novou volnočasovou aktivitu by na CHB Vila Jitka popřípadě uvítali.

4.2 Výzkumný předpoklad

Výzkumné šetření vedlo ke zjištění, zda lidé s psychotickým onemocněním žijící na CHB Vila Jitka, zde tráví svůj volný čas. Vlastní předpoklad mě utvrzoval, že lidé s psychotickým onemocněním žijící na CHB Vila Jitka více jak čtyři roky, zde tráví svůj volný čas z několika důvodů. Mezi hlavní důvody bych zařadila dopad psychotického onemocnění na zdravotní i sociální stav klientů a dostatečnou materiální vybavenost CHB Vila Jitka.

4.3 Výběr respondentů

Jako respondenty výzkumného šetření jsem si zvolila klienty CHB Vila Jitka. Záměrně jsem vybírala klienty, se kterými jsem pracovala a měla možnost být s nimi v přímém kontaktu minimálně jeden rok.

4.4 Metody sběru dat

Kvalitativní šetření jsem si rozdělila na tři části. Jako metody sběru dat jsem použila pozorování, popis místa, popis služeb a společných aktivit klientů, případové studie, nestrukturované a strukturované rozhovory.

V první části jsem se věnovala stručnému popisu CHB Vila Jitka a popisu služeb a společných aktivit, které klienti na CHB vykonávají.

Ve druhé části jsem se zabývala případovými studiemi dvou klientů.

Ve třetí části jsem aplikovala metodu rozhovorů.

4.4.1 Metody sběru dat - popis CHB Vila Jitka, služeb a společných aktivit klientů

Popisem CHB Vila Jitka, služeb a společných aktivit klientů jsem chtěla poukázat na materiální prostředí a pravděpodobný harmonogram běžných dní klientů.

4.4.2 Metody sběru dat- případové studie

Případové studie jsem použila k dokreslení života klientů a jejich postupnému vývoji ve fungování na CHB. Záměrně jsem zvolila jednu klientku, která na CHB žije již delší dobu a díky tomu jsem měla velkou šanci pozorovat její posun v rehabilitaci. Pro druhou případovou studii jsem si vybrala klienta, který se před časem z CHB odstěhoval zpět k rodině.

U případových studiích jsem zvolila jako metody sběru dat obsahovou analýzu spisové dokumentace, skryté pozorování a nestandardizovaný volný rozhovor viz. Přílohy č.1 a č.2.

U nestandardizovaného rozhovoru jsem položila úvodní otázku a nechala klienty volně mluvit. Následně jsem se pouze doptávala na detaily, které bylo potřeba doplnit. Osobní údaje jsou pozměněny z důvodu zachování anonymity klientů.

U případové studie klientky Martiny jsem zvolila metody pozorování, analýzu spisové dokumentace, rozhovor.

Pozorování: skryté pozorování běžných dní klientky na chráněném bydlení.

Obsah spisové dokumentace: základní informace o uživateli, vstupní dotazník s vyjádřením lékaře k osobě zájemce, zápis ze vstupního pohovoru, souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů, dohoda o oslovování, smlouva o podnájmu mezi uživatelem a Nadací Bona, smlouva o poskytnutí služby uzavřená mezi uživatelem a Bona, o.p.s. (její součástí jsou vnitřní pravidla a dohoda o zakázce), hlášení o mimořádných situacích, výtky, měsíční a roční

vyúčtování, úřední vyjádření, soudní rozhodnutí a vše, co vyplývá ze zakázky spolupráce s uživatelem (rehabilitační plán).

Rozhovor: Pro rozhovor s klientkou Martinou jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Náš rozhovor trval přibližně jednu hodinu. Klientce jsem dávala předem připravené otázky, na které mi odpovídala převážně v dlouhých frázích. Často zabíhala do podrobností a v určitých momentech bylo znát, že jí otázky nutí dlouze přemýšlet.

U bývalého klienta Petra jsem postupovala obdobně. Jako hlavní metody výzkumu jsem použila pozorování, analýzu spisové dokumentace a rozhovor.

Pozorování: skryté pozorování fungování klienta na CHB, v době kdy zde ještě bydlel.

Obsah spisové dokumentace: základní informace o uživateli, vstupní dotazník s vyjádřením lékaře k osobě zájemce, zápis ze vstupního pohovoru, souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů, dohoda o oslovování, smlouva o podnájmu mezi uživatelem a Nadací Bona, smlouva o poskytnutí služby uzavřená mezi uživatelem a Bona, o.p.s. (její součástí jsou vnitřní pravidla a dohoda o zakázce), hlášení o mimořádných situacích, výtky, měsíční a roční vyúčtování, úřední vyjádření, soudní rozhodnutí a vše, co vyplývá ze zakázky spolupráce s uživatelem (rehabilitační plán), dohoda u ukončení rehabilitace.

Rozhovor: Petr bydlel na CHB po dobu pěti let. Společný rozhovor jsme vedli na CHB Vila Jitka. Požádala jsem ho o rozhovor, kde by mohl srovnat trávení volného času na CHB a jeho aktuální trávení volného času. Rozhovor jsme vedli volně a trval přibližně půl hodiny.

4.4.3 Metody sběru dat - rozhovory

Jako hlavní metodu sběru dat jsem vybrala standardizovaný strukturovaný rozhovor.

„Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami sestává z řady pečlivě formulovaných otázek, na něž mají respondenti odpovědět.“(Hendl, 2005, s.250).

Z celkového současného počtu třinácti klientů CHB Vila Jitka jsem pro rozhovor oslovila devět klientů, kteří žijí na bydlení více jak jeden rok a v minulosti jsem měla možnost pozorovat jejich běžné denní aktivity.

Z třinácti jsem oslovila jen devět, protože jsem v průběhu šetření docházela k závěrům, že klienti, kteří nastoupili na CHB za poslední rok a já jsem s nimi nikdy nebyla v kontaktu, ani jsem neměla možnost po delší dobu sledovat jejich aktivity, nebudou k rozhovorům dostatečně motivováni a připraveni. Dvě klientky rozhovor odmítly poskytnout. První z důvodu, že jí není příjemné, když jsou její myšlenky zaznamenávány. Druhá odmítla, protože jí cílené, jak sama řekla „otázky na tělo“, nedělají dobře. Navození atmosféry důvěry tzv. raportu jsem měla usnadněný tím, že jsem klienty znala už z dřívější doby, kdy jsem na CHB Vila Jitka pracovala. Rozhovory s klienty jsem uskutečnila v prostorech CHB.

Rozhovory jsem si průběžně zaznamenávala. V textu uvádím přesné odpovědi jednotlivých klientů viz. Příloha č. 3.

Osobní údaje klientů, kteří mi poskytli rozhovory, jsem zaměnila za jiné z důvodu zachování anonymity.

Výzkumné šetření jsem rozdělila do několika okruhů, podle nichž jsem strukturovala výzkumné otázky.

Výčet otázek k rozhovorům:

- 1) Trávíte svůj volný čas na CHB nebo mimo CHB? Popřípadě jak?
- 2) Co jste dnes dělal(a) ve svém volném čase nebo se chystáte dělat?
- 3) Jak vypadá váš běžný den?
- 4) Navštěvujete nějaké volnočasové aktivity, skupiny ?
- 5) Kolik hodin denně trávíte nějakým koníčkem, nějakou volnočasovou aktivitou?
- 6) Trávíte volný čas sám (sama) na pokoji, nebo jste raději s ostatními ve společenské místnosti?
- 7) Jezdíte na výlety s ostatními klienty, které nabízí nebo zprostředkovává BONA, o.p.s. ?
- 8) Vyhovují Vám možnosti trávení volného času na CHB? Chybí vám nějaká aktivita na CHB ?

5. Kvalitativní šetření

5.1 Popis místa

Všechna čtyři CHB (Vila Jitka, Kocourkov, 180 a 200), která spadají pod Nadaci BONA, byla cíleně umístěna v bezprostřední blízkosti Psychiatrické nemocnice Bohnice (dále jen PNB). Stávají se tak prvním možným přechodným místem po ukončení hospitalizace, kdy pacient ještě není připraven na bydlení v podnájmu nebo u blízkých v rodinném prostředí. Na jedné straně je relativní blízkost PNB velmi výhodná pro rychlou hospitalizaci klientů při případném zhoršení jejich psychického stavu a pro sítování s dalšími sociálními a zdravotními službami v rámci rehabilitace. Na straně druhé je pro hodně klientů areál PNB a okolní prostředí velmi znepokojující a vzbuzuje v nich špatné vzpomínky z minulosti, kdy byli v PNB hospitalizováni.

5.2 Chráněné bydlení Vila Jitka

CHB Vila Jitka (dále jen Vila) je třípatrový objekt, který je situován poblíž PNB v ulici U Drahaně. Nedaleko od Vily je druhé CHB Kocourkov a v ulici Pod Čimickým hájem se nachází další dvě CHB 180 a CHB 200. Vila je nejnovějším CHB Nadace BONA. Výstavba tohoto objektu byla realizována v roce 2006 - 2007 a je součástí vilové zástavby. Budova celkově působí modernějším dojmem než ostatní CHB. Často zde probíhají zahraniční exkurze a krátkodobé i dlouhodobé stáže.

Vilu obklopuje prostorná zahrada, na které se občas pořádají společné venkovní aktivity. Před vilou je postavena provizorní terasa, kde klienti často tráví svůj volný čas. Do objektu je bezbariérový přístup. V přízemí budovy se nachází kuchyně s jídelnou, společenská místnost, kde probíhají každodenní komunity mimo víkendy a společenské akce. Dále je

v přízemí bezbariérový pokoj pro jednoho klienta, společné záchody a kancelář pro terapeutů a personál. Ve sklepních prostorech je umístěna sklářská dílna, kde se setkávají klienti v rámci pracovní rehabilitace. Dále je zde prádelna a prostory pro techniku a nářadí. V prvním patře jsou celkem čtyři pokoje. Každý pokoj má svou koupelnu s vlastním sociálním zařízením, případně balkónem. Jeden pokoj je jednolůžkový a zbývající jsou dvoulůžkové. V mezi patře se nacházejí další dva jednolůžkové pokoje. Na předposledním patře jsou dva pokoje s jednolůžkem a dvoulůžkem a zároveň je zde zimní zahrada, kde si klienti mohou uložit své nepotřebné věci např. zimní oblečení. Poslední patro se nachází v podkroví a jsou zde dva pokoje pro jednu osobu. Celková kapacita budovy je patnáct klientů. Vila je svými prostory ze všech bydlení nejvíce přizpůsobena ke komunitnímu životu.

5.3 Služby a společné aktivity klientů na chráněném bydlení Vila Jitka

Služby, které klienti plní v rámci svých rehabilitačních plánů během týdne, jsou vymezeny prostory CHB Vila Jitka.

Lidé, kteří bydlí na Vile Jitka, mají v rámci rehabilitace a společného fungování několik povinností. Každý týden se zapisují do plánu služeb na týden další, a to tak, že každý z klientů musí mít sedm služeb na týden a má za úkol je v příslušný den plnit. Mezi služby na chráněném bydlení například patří úklid jídelny po večeři, umytí nádobí v myčce, vynesení odpadků, vaření, atd.

O víkendu ještě přibývají další dvě povinnosti. V sobotu je to úklid pokojů a v neděli nadávkování léků na celý následující týden.

Každý má svůj rehabilitační plán, který se sestavuje na půl roku. Zde jsou vytyčeny krátkodobé a dlouhodobé cíle, které se klient za pomoci terapeutů snaží plnit. Každý měsíc se uživatel služby s terapeutem schází na patronských schůzkách a hodnotí se, co se již podařilo splnit nebo na čem je třeba intenzivněji pracovat [Vnitřní pravidla pro uživatele, 2011].

Nejdůležitější společnou aktivitou je ranní komunita, která probíhá pouze ve všední dny a je povinná pro všechny klienty mimo pracující. Na komunitě si klienti povídají o tom, jak budou trávit nadcházející den, jak se mají po fyzické i psychické stránce apod. Komunita je důležitá pro vyladování vzájemných vztahů na Vile a řešení technických problémů. Pro klienty žijící na CHB delší dobu představuje komunita a komunitní život značný problém. Po letech stereotypů komunitního života trpí nedostatkem soukromí, neustálými střety

s ostatními klienty, povinnými komunitami, které mají většinou obdobný charakter, stejnými službami apod.

Dalšími společnými aktivitami klientů jsou pravidelné táborové ohně a slavnostní obědy. V minulém roce na Vile proběhlo promítání dokumentárního filmu Miroslav Zikmund: Cesta stoletím, za účasti a následné debaty s režisérem Petrem Horkým.

Kousek od CHB Kocourkov se nachází Socioterapeutické centrum U Kocoura, které klientům zprostředkovává Klub a Knihovnu U Kocoura. Knihovna je pro klienty otevřena od pondělí až do pátku od 13:00 do 16:30 hodin. Knihovna zdarma nabízí půjčování knih, novin a časopisů, informační a poradenské knihovnické služby. Klienti si mohou přinést i vlastní četbu a využívat klidu čítarny. V budoucnu by se v prostorech knihovny měl nechat zavést a zpřístupnit čtenářům internet.

Dále do blízké budoucnosti BONA, o.p.s., připravuje pro své uživatele novou službu psychoterapeutických skupin, která bude financována z grantu Norských fondů.

Další aktivity, které mohli nebo mohou letos klienti absolvovat jsou výlety do Orlických hor a rekreační pobyt u moře v Chorvatsku.

5.4 Případová studie: klientka Martina

Klientka bydlí na chráněném bydlení od roku 2007.

Osobní anamnéza

Martina je svobodná a bezdětná. Letos jí bude 44 let. Je velmi milá, přátelská a dobrosrdečná. Občas mívá depresivní nálady, které jsou spojené s její nemocí.

Rodinná anamnéza

Rodiče před pár lety umřeli. Matka byla kostýmní výtvarnicí a otec scénografem. Martina do svých 36. let žila ve společné domácnosti s rodiči v bytě na Václavském náměstí. Má bratra, švagrovou a dvě neteře, které jsou na prvním stupni základní školy. S bratrem má velmi hezký vztah, navzájem se navštěvují.

Vzdělání

Martina nedostudovala dvouleté střední odborné učiliště s maturitou obor technika a administrativa. Chtěla studovat Vyšší odbornou školu a Střední uměleckou školu Václava Hollara, ale neuspěla v přijímacím řízení.

Zdravotní anamnéza

Martina má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii. Podle Martiny, měla matka také psychotické onemocnění, pravděpodobně maniodepresivní psychózu. Martina měla první ataku v 18. letech. Léčila se ambulantně. Celkem měla čtyři hospitalizace. Dobrovolně se nechala hospitalizovat ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze ke Karlovu v roce 1999 a v Bohnicích v průběhu dalších let na 1., 2. a 27. pavilonu. Psychofarmaka bere pravidelně, nikdy je nevysadila. Na nemoc má náhled, ví, že jí léky pomáhají. V minulosti se jí při změně medikace objevila agorafobie. Martina měla obrovský problém vyjít ven jen před CHB. Postupem času a tréninkem se situace zlepšila. V menší míře trpí agorafobií dodnes.

Akutní ataku už neměla řadu měsíců. Momentálně se Martina léčí se zdravotními problémy se štítnou žlázou.

Práce

V roce 1988 Martina pracovala dva měsíce v Českém rozhlasu jako administrativní pracovnice. Psala vysílací časy na stroji. Potom pomáhala s úklidem v Metrostavu. V roce 1996 začala pracovat dvanáctihodinové směny na pozici knihovnice v Klementinu, což jak sama potvrdila, bylo pro ní hodně fyzicky i psychicky náročné a po této zkušenosti se zhoršilo její psychotické onemocnění. Po zaktivizování začala v roce 2000 docházet do neziskové organizace Fokus, kde si vyzkoušela práci v keramické dílně, v aranžérské dílně i jako telefonistka. Práce ji naplňovala a dodávala nový smysl do života. Kvůli zhoršení nemoci, kdy přestala vycházet z domova, práci v chráněných dílnách ukončila.

Momentálně po více jak 10. letech začala docházet do tréninkové čajovny 13. komnata, která funguje při pavilonu Psychosociálních aktivit v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Na toto tréninkové místo jí doporučila sestřička z Komunitního terénního centra (dále jen KTC), která s ní pravidelně chodila na procházky po okolí Bohnic.

V čajovně si Martinu chválí, podle hlavní terapeutky je velice pozorná, pečlivá a příjemná k zákazníkům. Navrhla ji, aby zkusila pohovor do tréninkové kavárny V. kolona, kam by případně mohla nastoupit již od září.

Zájmy

Martina svůj volný čas zaplňuje převážně četbou, luštěním sudoku a křížovek.

Jednou týdně dochází na KTC, kde buď vybarvuje mandaly nebo vyrábí dekorace z organzy.

Občas na CHB cvičí pět Tibetanů s peer konzultantem. Od bratra dostala tablet, ale neví, jak ho správně používat. V minulosti byla zapojena do projektu Dobroduš. V rámci projektu za ní docházely dvě dobrovolnice na bydlení a společně se učily anglický jazyk.

Vztahy s ostatními klienty

Martina je společenská, s ostatními klienty vychází bez větších problémů. Ráda s ostatními sleduje TV ve společenské místnosti, zároveň je někdy raději sama na pokoji. S bývalými klienty je v kontaktu.

Rehabilitační plán

V rámci rehabilitačního plánu se Martina od nastěhování na CHB zaměřila na tyto důležité úkoly: chození mimo Vilu Jitku, vaření nových i vyzkoušených jídel a získání práce. Všechny úkoly postupně a s velkým úspěchem zdolává.

Role CHB

Martina CHB vnímá jako svůj domov, jelikož rodiče už nemá, s bratrem žít nemůže a na samostatné bydlení se ještě necítí být dostatečně připravená. Komunita CHB představuje její nejbližší kamarády a známé.

5.5 Případová studie: bývalý klient Petr

Bývalý klient Petr bydlel na CHB po dobu pěti let. Momentálně žije již přes rok u své rodiny.

Osobní anamnéza

Muž 43 let, na CHB bydlel dva roky s přítelkyní, následně další tři roky sám. Je svobodný a bezdětný. Je spíše tichý, méně nápadný, ale po dotazu jiné osoby se dokáže velmi dobře rozprávět. Jeho nemoc ho velmi trápí, ale i přesto v mnoha situacích neztrácí smysl pro humor. Má snahu se něco nového naučit a posunout se v životě dál.

Rodinná anamnéza

Dříve měl Petr obavu ze zasahování příbuzných do života, hlavně ze strany matky nebo bratra. Momentálně vychází s matkou dobře. Po návratu domů se mu matka snaží finančně vypomáhat. O otci žádné informace nejsou, protože sám Petr o něm říká, že pro něj neexistuje.

Vzdělání

Petr je vyučený strojírenský technolog. Studoval i na Českém vysokém učení technickém na strojní fakultě, ale studium kvůli nemoci nedokončil. Má rekvalifikační kurz manažer obchodní společnosti. Dále absolvoval počítačový kurz v organizaci 7 paprsků. Čtyři roky studoval anglický jazyk.

Zdravotní anamnéza

V psychiatrické léčebně byl Petr hospitalizován jednou na pět měsíců. Jinak se léčil a léčí ambulantně. Poprvé byl na psychiatrii v roce 1998, protože se, jak sám uvádí, zabýval podružnými věcmi a nevnímal realitu.

Do ambulance šel sám. Když mu není dobře, má halucinace a špatně vnímá realitu, ale léky mu pomáhají. V užívání medikace je samostatný, ví, že mu pomáhá. Nemá zvládnuté mechanismy, jak předcházet atakám a sledovat varovné příznaky. Když mu není dobře, je raději sám, na okolí působí zamlkle. Nebylo obvyklé, aby si přišel popovídat s někým z terapeutů, spíše bylo potřeba, aby byl k rozhovoru vyzván. Kromě léků mu pomáhá i studená sprcha, která ho dle jeho slov dokonale probere.

Petra velmi trápí, že má nevléčitelnou nemoc a těžko se s tím vyrovnává. Proto je rád, že chodí do práce a snaží se svůj volný čas vyplňovat různými aktivitami, aby na to, že je nemocný nemusel stále myslet.

Dále má i problémy s usínáním a samotným spánkem. V dětství měl totiž úraz, díky kterému si zranil nosní přepážku a ve spánku se mu špatně dýchá. Petr má problémy s kognitivními funkcemi.

Práce

U studia brigádně pracoval Petr v bezpečnostní agentuře a na poště. Dále byl koordinátorem akcí pro mentálně postižené děti ve svazu tělesně postižených. Během působení na CHB pracoval v chráněné dílně – Technické služby, kam docházel pětkrát do týdne na čtyři hodiny. Dále docházel i do organizace Fosa o.p.s., přes kterou se snažil najít si

pracovní místo na volném trhu. Měl z toho trochu strach. Báł se, že ho nebudou skoro nikde chtít přijmout díky jeho nemoci. A nebo naopak se Petr obával, že když už ho přijmou, tak s ním budou jednat, jako by byl úplně neschopný. Práci nakonec s pomocí Fosa, o.p.s., získal. Již přes dva roky pracuje v jednom smíchovském hotelu jako úklidová služba.

Zájmy

V minulosti měl Petr psa a jeho velkým koníčkem je kynologie. Ve volných chvílích často sportuje - hraje volejbal, stolní tenis, plave nebo se zabývá jógou. Jednou týdně dochází na trénink kognitivních funkcí, aby si zlepšil paměť a soustředěnost. Dalšími zájmy jsou hudba, četba a luštění sudoku.

Vztahy s ostatními klienty

Petr je bezkonfliktní typ člověka. Nikdy jsem nezažila, že by vyvolal nebo se jen zapojil do nějaké hádky nebo výměny názorů. Vztahy se všemi členy CHB byly dobré. Pokud bylo potřeba, byl ochotný pomoci i poradit ostatním lidem.

Rehabilitační plán

V individuálním plánu měl Petr stanoveno, že by se rád naučil lépe hospodařit s penězi a neutrácet za věci, které nejsou opravdu potřebné. S tímto požadavkem na finanční sebekázeň bojuje i po návratu domů.

Role CHB

Petr vnímal svůj život na CHB pouze jako přestupnou stanici. Od začátku rehabilitace měl daný jasný cíl, že se chce vrátit domů k rodině. CHB pro něj představovalo velké množství nadbytečných povinností, které v běžném životě nevykonává, ale chápal jejich smysl pro potřebné fungování komunity.

5.6 Analýza dat

Analýzu dat jsem provedla ze získaných rozhovorů z případových studií a z dalších rozhovorů. Analýzu jsem strukturovala do osmi oblastí podle jednotlivých otázek. Každou otázku jsem si zrevidovala zvlášť tak, že odpovědi na jednotlivé otázky jsem si vypsala bokem na papír.

Velká část informací, které jsem získala, jsou subjektivního charakteru, ale i přesto se u většiny respondentů opakovaly obdobné odpovědi.

Konkrétní informace, které jsem analýzou získala, popisují v následující 6. kapitole.

6. Výsledky výzkumu

Z kvalitativního výzkumu vyplývá, že většina klientů CHB Vila Jitka zde tráví svůj volný čas. Na otázku, jestli tráví nebo trávili (jeden klient už na CHB nežije) svůj volný čas na CHB nebo mimo CHB, z 9 dotazovaných respondentů 6 odpověděli ano, 1 odpověděl ne a 2 odpověděli, že je to tak 50% na 50%.

Velmi důležitou roli v trávení volného času klientů CHB Vila Jitka hraje samotné komunitní chráněné bydlení.

Klienti mohou mít ambivalentní vztah vůči CHB. Mohou ho vnímat jako svůj domov, místo kam patří, od kterého se odvíjí jejich život a množství tráveného volného času na CHB, ale zároveň, jak už bylo výše popsáno, mohou trpět nedostatkem soukromí, stereotypem pravidel fungování v komunitě, stereotypem vykonáváním povinných komunit a služeb.

Výsledky z rozhovorů potvrdily můj předpoklad, že klienti žijící na CHB více jak čtyři roky, zde tráví svůj volný čas částečně z důvodu dopadu psychotického onemocnění na jejich zdravotní a sociální stav a z důvodu materiálního zajištění CHB. Z citací klientů: „*Svůj volný čas trávím většinou na bydlení. Ale jsem natolik unavená, že si nejraději čtu a to potom hned usnu. Dost mě vysiluje plnění služeb a medicace.*“, „*Ano, většinu času trávím na bydlení. Je to pro mě pohodlnější. Mám tu vše, co potřebuju. Svůj počítač, TV a někdy hrajeme s ostatními karty.*“

Z výzkumných otázek vyšel závěr, že **klienti využívají volný čas k četbě knížek a časopisů (2 klienti), luštění křížovek (2 klienti), poslouchání hudby a rozhlasových pořadů (1 klient) a sledování televizních pořadů (3 klienti). Jeden klient, který vlastní notebook, tráví volný čas na internetu nebo hraním počítačových her** (viz graf č.1).

Jako aktivity poblíž CHB se častokrát opakovaly procházky po okolí.

Pokud by si klienti mohli vybrat, kde chtějí trávit svůj volný čas, jestli na pokoji nebo ve společenské místnosti, je to 50 % na pokoji a 50 % ve společenské místnosti.

I když většina potvrzuje, že tráví volný čas na CHB, zároveň dodává, že minimálně jednou týdně navštěvuje nějakou volnočasovou aktivitu v jiných neziskových organizacích např. v O. s. FOKUS, na DPS Ondřejov nebo navštěvuje blízké KTC.

Každý klient byl schopný odpovědět, jak bude trávit svůj volný čas. Je zde znát pozitivní přístup k plánování vlastního volného času. Klienti vnímají potřebu strukturování celého dne a rozložení povinných služeb a odpočinku, třeba i aktivním způsobem. Všichni měli něco v plánu, častokrát se opakovaly výlety ven, procházky do přírody, kolem PNB, procházky do supermarketů, do kostela, sledování televize, četba a luštění křížovek.

Harmonogram dne je pro většinu klientů CHB podobný. Společně se setkávají na ranní komunitě, při obědech a večeřích. Je celkem běžné, že společně večeří i osm klientů. Během dne se klienti střídají v úklidových službách a přípravě jídel. Podle potřeby navštěvují své doktory, chodí na nákupy jídel, mají patronské schůzky apod. **Vrcholem dne můžeme označit večer, kdy se klienti schází ve společenské místnosti při sledování TV.** Není neobvyklé, že večerní sledování začíná od 17. hodiny a končí kolem 22. hodiny. Klienti, kteří nejsou natolik společenští nebo jsou z celého dne unavení, odpočívají na svých pokojích.

V průměru každý klient tráví půl hodiny až 2 hodiny denně nějakou volnočasovou aktivitou. Ať už pasivním způsobem nebo aktivním.

Téměř každý klient absolvoval nějakou skupinovou nebo volnočasovou aktivitu na KTC. Předpokládám, že většina klientů se na KTC dostala již během své hospitalizace v PNB a navykla si zdejší skupiny a aktivity navštěvovat. Nejoblíbenější činností klientů na KTC je vybarvování mandal a výroba vlasových ozdob z organzy. KTC má pro CHB velmi významnou úlohu. Nejenom svou blízkostí, ale zejména svým personálem. Psychiatrické sestry z KTC pomáhají značnou měrou v posilování sebedůvěry a sebekázně v naplňování volného času klientů z CHB. Např. společnými procházkami, rozhovory a skupinami.

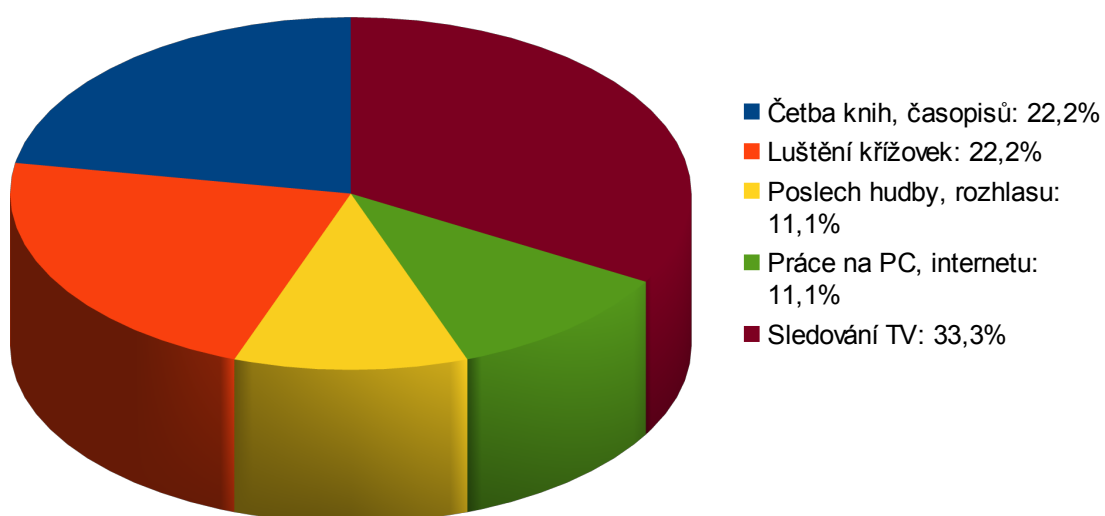
BONA, o.p.s., se snaží klientům zprostředkovávat různé aktivity a výlety nad rámec pobytové služby. Jedná se o několikadenní pobyty v přírodě nebo každoroční týdenní pobyt u moře. Menší část klientů využila nabídky pětidenního pobytu v Orlických horách, který byl zcela zdarma.

Několik klientů se pravidelně vydává s personálem BONA, o.p.s., do Chorvatska. Zájezd vychází s plnou penzí a noclehem pouze 5000 Kč na osobu, ale i tak je pro hodně klientů částka za zájezd limitující, a tak se nemohou k moři s ostatními vydat.

Převážná většina klientů je s možnostmi trávení volného času na CHB spokojená. Některým klientům na CHB chybí z materiálního hlediska více společenských her, karetních her a playstation. Jedna klientka by ráda obnovila tradici karetních večerů.

Graf č. 1

Hlavní způsoby trávení volného času klientů na CHB Vila Jitka



Závěr a doporučení

V teoretické části bakalářské práce byla popsána oblast psychotických onemocnění za pomoci Mezinárodní klasifikace nemocí, kde psychotická onemocnění spadají pod sekci F20 - F29. V této části byl ve zkratce popsán pojem psychóza. Jak už jsem v úvodu napsala, převážná část klientů chráněného bydlení Vila Jitka, kde výzkumné šetření proběhlo, trpí diagnózou schizofrenie, proto jsem se tomuto psychotickému onemocnění věnovala i v dalších podkapitolách. Dalšími popsánymi oblastmi v teoretické části jsou komunitní péče a chráněné bydlení. Tyto dva pojmy spolu úzce souvisí a jsou ve vzájemné hierarchii. Chráněné bydlení jako sociální služba spadá do systému komunitní péče. Chráněná bydlení jsou důležitým místem a zdrojem podpory v oblasti bydlení psychiatrické rehabilitace lidí s psychotickým onemocněním.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jestli klienti chráněného bydlení Vila Jitka, zde tráví svůj volný čas. Z rozhovorů, které jsem na chráněném bydlení vedla, jsem zjistila, že většina klientů svůj volný čas zde tráví. Tento závěr si vysvětluji hned několika důvody. Mnoho faktorů ovlivňuje motivace a přístup lidí žijících na chráněném bydlení ke způsobům trávení jejich volného času. Jedním z faktorů je bezpochyby samotné psychotické onemocnění, kdy klienti pod jeho vlivem jsou fyzicky i psychicky utlumení a postrádají motivaci a vůli pro další plánování volného času mimo chráněné bydlení. Dalším faktorem je časová zaneprázdňenost. Předchozím pozorováním běžných dní a aktivit klientů vyplynulo, že téměř každý klient má svůj pravidelný denní harmonogram, který musí absolvovat. Pokud pravidelně nedochází na nějakou volnočasovou aktivitu nebo skupinu mimo chráněné bydlení, většinou už mu nezbyvá tolik času pro organizování jiných koníčků. Zásadním faktorem pro trávení volného času je také finanční situace a finanční příjem klientů. Není neobvyklé, že klientům zbývá z invalidního důchodu po zaplacení nájemného, stravného, příspěvku na péči a dalších možných výdajů (exekuce, vyživovací povinnosti, dluhy apod.), kapesné ve stovkách korun měsíčně. Kapesné většinou utratí za hygienické potřeby, nákup kávy, cigaret a sladkostí, proto další peníze na dražší volnočasové aktivity již obvykle nezbyvají. Důležitým faktorem ovlivňující motivace k trávení volného času je vybavenost CHB, která klientům připadá dostačující.

Z kvalitativního šetření také vyplynulo, že klienti nejčastěji tráví svůj volný čas na svých pokojích četbou knih, luštěním křížovek, posloucháním hudby a rozhlasu. Důležitou společnou aktivitou je sledování TV ve společenské místnosti. Klienti se rádi sdružují ve společenské místnosti. Tento fakt si vysvětlují potřebou sociálního kontaktu, a zároveň možností odpočinku u nenáročného televizního pořadu. Proto velký potenciál vnímám ve skupinových aktivitách, které by ve společenské místnosti mohly probíhat.

Většina klientů je s volnočasovým vyžitím na CHB spokojená. Objevily se pouze návrhy na nové vybavení společenské místnosti. Klienti by uvítali např. nové společenské hry, playstation, karty apod. Jedna klientka navrhla znovuzavedení karetních večerů.

Z výsledků výzkumu jsem vyvodila následující doporučení. V rámci rehabilitace a pro podporu volného času klientů by se mohly uskutečňovat tzv. **skupinové aktivity na CHB**. Ty mohou probíhat jak v malém počtu, tak ve velké skupině. Aktivity by byly dobrovolné, otevřené i pro ostatní klienty z dalších CHB BONA, o.p.s. Klienti by si předem odhlasovali, jakou aktivitu chtějí společně vykonávat. V nabídce by se mohly objevit aktivity jako dekorativní tvorba, cvičení na zahradě, společenské hry, filmové večery apod.

Např. v rámci filmových večerů by se promítaly předem vybrané filmy a dokumenty. U promítání by asistovala recepční služba, která by po sledování filmu klienty zapojovala do diskuze. Časem by si klienti na filmové večery zvykli a promítání by mohlo probíhat bez asistence recepční služby.

Nebo by mohla být další společnou skupinovou aktivitou cvičení s peer konzultantem. Pravidelná cvičení v podobě různých jogínských a posilovacích cviků by probíhala na zahradě a za nepříznivého počasí v jídelně.

Skupinové aktivity na CHB by mohly vyplnit volný čas klientů, kteří převážnou část dne tráví na bydlení a nejsou v takové psychické a fyzické kondici pro docházení na KTC. Zároveň by se mohli potkávat s ostatními klienty, a díky tomu získávat nové sociální kontakty a dovednosti. Důležitou úlohou by ve skupinových aktivitách sehrál personál CHB, který by byl v prvních počátečních fázích zdrojem nápadů, nadšení pro danou věc a opory. Po zaktivizování klientů k pravidelné činnosti, by se zodpovědnost za vedení a provedení aktivit postupně přesouvala na klienty samotné.

Zdroje

Knižní zdroje:

ATKINSON, R., et al. Psychologie. Přel. E. Herman, M. Petržela, D. Brejlová. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. 2. dotisk 3. vyd., Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0139-7.

DUFEK, M. Soudní psychiatrie pro lékaře a právníky. Praha: Orbis, 1976. 270 s.

FARBIÁKOVÁ, I., Proces psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných osob v oblasti podpory bydlení. Postupová práce, FF UK, Katedra sociální práce, Praha, 2005.

HARTL, P., Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha: Slon, 1997. 221 s. ISBN 80-85850-45-1.

HÁTLOVÁ, B. Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch. Praha: Karolinum, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0719-0.

HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HORÁČEK, J. Psychotické stavy v klinické praxi. Praha: Academia Medica Pragensis Anepra, 2003. 263 s. ISBN: 80-86694-01-1.

KATSCHING, H., Freeman, Hugh, Sartorius, Norman (ed.). Quality of life in mental disorders. Chichester: John Wiley & Sons, 1998. 389 s. ISBN 0-471-96643-6.

KUČEROVÁ, H., Schizofrenie v kazuistikách, Praha: Grada, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. et al.. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, O. a kol. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

MOTLOVÁ, L., DRAGOMIRECKÁ, E. Schizofrenie a kvalita života. Psychiatrie, 2003, roč. 7, č. 1., s. 84 – 90.

MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F. Schizofrenie, neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén, 2005. 437 s. ISBN 80-7262-277-3.

MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J. Kognitivně-behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe. Praha: Triton, 1999. 304 s. ISBN 80-7254-038-6.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. Psychiatrie pro sociální pracovníky. 1. vydání. Praha: Portál, s.r. o., 2014. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. 1. vydání. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. (2006). Psychiatrie minimum pro praxi. Praha: Triton. ISBN 80-7254-746-1.

SVOBODA, M. (ed.). Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

BONA, o.p.s., Výroční zpráva, 2013.

Internetové zdroje:

Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním v České republice, [2009]. Chráněné bydlení. In: cuni.cz [online]. [cit. 2015-07-25]. Dostupné z: <https://www.cuni.cz/UK-3390-version1-vida.pdf>.

Bona-o.p.s. [2015a]. Historie obecně prospěšné organizace Bona. In: bona-ops.cz [online]. [cit. 2015-06-20]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/o-nas/historie>.

Bona-o.p.s. [2015b]. Sociální služby – přehled. In: bona-ops.cz [online]. [cit. 2015-06-20]. <http://www.bona-ops.cz/socialni-sluzby-prehled>.

Katalog sítě poskytovatelů sociálních služeb v Karlovarském kraji. [2012]. Mravenec, spol. s.r.o. [cit. 2015-08-01]. Dostupné z http://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Documents/Katalog_poskytovatele.pdf.

Psychiatrická společnost ČLS JEP, Česká psychiatrická společnost z.s., [2015]. Komunitní péče. In: psychiatrie.cz [online]. [cit. 2015-07-15]. Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=106.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [2015a]. Základní informace. In: uzis.cz [online]. [cit. 2015-06-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [2015b]. Poruchy duševní a poruchy chování F00-F99. In: uzis.cz [online]. [cit. 2015-06-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F20-F29.html>.

Vnitřní pravidla pro uživatele [online]. Poslední úpravy červen 2011 [cit. 2015-06-15]. Dostupné z: [http://www.bona-](http://www.bona-ops.cz/vnitri-pravidla-pro-uzivatele)

ops.cz/sites/www.bonaops.cz/files/dokumenty/vnitni_pravidla_pro_uzivatele_cerven_2011.pdf.

ZÁKONY:

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. V platném znění.