

Sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním

Social Rehabilitation of People with Mental Illness

Michal Novosad

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michal Novosad**
Osobní číslo: **H17154**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální rehabilitace a duševního onemocnění.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace výzkumného šetření technikou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumného šetření, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

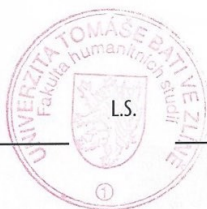
Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

CORRIGAN, Patrick W. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach. New York: Guilford Press, 2016. ISBN 978-14-625-2621-5.
DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.
OREL, Miroslav. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.
PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ondřej Vávra**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním. Cílem bakalářské práce je na základě kvantitativního výzkumu mezi uživateli služby sociální rehabilitace a následné analýzy získaných dat zjistit, spokojenost uživatelů se službou. Výsledný závěr a získané informace by mohly sloužit ke zkvalitnění poskytování konkrétní služby sociální rehabilitace. Výzkum byl realizován v Sociální rehabilitaci Luisa, z. s. Uherský Brod.

Klíčová slova: sociální rehabilitace, duševní onemocnění, sociální práce, péče o duševně nemocné, prevence duševního onemocnění

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the theme of social rehabilitation of people with mental illness. The aim of the bachelor's thesis is based on quantitative research among users of social rehabilitation services and subsequent analysis of the obtained data to determine the satisfaction of users with the service. The final conclusion and gathered data could be useful for improvement provision to specific service of social rehabilitation. The research was realized by the Social Rehabilitation Luisa, z. s. in Uherský Brod.

Keywords: social rehabilitation, mental illness, social work, care for mentally ill, prevention of mental illness

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval Mgr. Ondřeji Vávrovi za trpělivost, ochotu a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych rád poděkoval řediteli sociální rehabilitace Luisa, z. s. Mgr. Milanu Honovi za umožnění realizace mého výzkumu. V neposlední řadě děkuji jednotlivým respondentům výzkumu za čas a vstřícnost při vyplňování dotazníků. Závěrem děkuji své rodině za podporu.

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

„Ukažte mi zdravého člověka, a já vám ho vyléčím.“

Carl Gustav Jung

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ	13
1.1 HISTORIE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V ČESKÝCH ZEMÍCH	13
1.2 KOMUNITNÍ A ÚSTAVNÍ PÉČE	15
1.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S JEDNOTLIVCEM	16
1.4 DRUHY A FORMY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	17
2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	21
2.1 MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ MKN-10	21
2.2 VÝČET ZÁKLADNÍCH DIAGNOSTICKÝCH KATEGORIÍ DUŠEVNÍCH PORUCH PODLE MNK-10	22
2.3 PSYCHOTICKÁ ONEMOCNĚNÍ	24
2.4 PREVENCE DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ	25
2.5 RODINNÁ PSYCHOEDUKACE PŘI LÉČBĚ DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ	25
3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE	27
3.1 SOCIÁLNÍ REHABILITACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	28
3.2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE V ČESKÉ REPUBLICE	28
3.3 SLUŽBA SOCIÁLNÍ REHABILITACE LUISA, Z.S.	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
4 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
4.1 CÍL VÝZKUMU	34
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU	35
5.1 METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	35
5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR	35
5.3 ETIKA VÝZKUMU	37
6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMU	38
6.1 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT	38
6.2 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	43
7 DISKUZE	46
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
SEZNAM TABULEK	52
SEZNAM OBRÁZKŮ	53

SEZNAM PŘÍLOH	54
----------------------------	-----------

ÚVOD

V České republice okolo 600 000 lidí za rok navštíví ambulantního psychiatra, v institucích se léčí okolo 60 000 lidí a v ústavech sociální péče je 4 500 duševně nemocných. Kvalifikovaný odhad tzv. skryté psychiatrické nemocnosti je okolo 1 000 000 – 1,5 mil. lidí, tzn. každý pátý člověk v České republice je duševně nemocný (bez dostatečné zdravotně-sociální sítě). Aktuálně je v České republice 410 zařízení poskytujících sociální službu sociální rehabilitace. Nejvíce zařízení se nachází v Hlavním městě Praha. Mezi poskytovanými službami převažují formy ambulantního typu, které jsou u většiny zařízení současně kombinovány se službami poskytovanými v terénu. Pouze 27 služeb poskytuje sociální rehabilitaci formou pobytové služby. Služeb sociální rehabilitace využívá bezmála 25 000 uživatelů napříč kraji.

Oblastí zájmu bakalářské práce je možnost začlenění chronicky duševně nemocných zpět do běžného života díky sociální rehabilitaci, jejíž služby mohou využívat po dokončení léčby v psychiatrické nemocnici. Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na péči o duševně nemocné. Přiblížena je historie péče o duševně nemocné od dob starověku až po novodobou historii, včetně historie péče o duševně nemocné v českých zemích. Dále jsou uvedeny rozdíly mezi komunitní a ústavní péčí a druhy a formy sociálních služeb. Následuje vývoj sociální práce s jednotlivcem. Další částí je definice duševního onemocnění a jeho dělení podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Ve druhé polovině se teoretická část se věnuje sociální rehabilitaci. Zaměřuje se na sociální rehabilitaci v České republice a na konkrétní službu sociální rehabilitace. Zdrojem informací v teoretické části jsou knihy a odborné časopisy vztahující se k tématu duševních onemocnění, sociálních služeb a sociální rehabilitace.

Praktická část bakalářské práce se zabývá situací cílové skupiny osob s chronickým duševním onemocněním ve Zlínském kraji, konkrétně v Uherském Brodě. Výzkum probíhal v sociální rehabilitaci pro osoby s chronickým duševním onemocněním Luisa, z. s. Cílem bakalářské práce je na základě kvantitativního výzkumu mezi uživateli služby sociální rehabilitace a následné analýzy získaných dat zjistit, spokojenost uživatelů se službou.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

O psychických poruchách jsou zmínky jak ve starém Egyptě, tak v Mezopotámii (3. tisíciletí př. n. l.) a později v Řecku. Za nejvýznamnějšího lékaře antické kultury je považován Hippokrates (460-370 př. n. l.), který se ve svých teoretických i praktických názorech na duševní poruchy odpoutal od dosavadního mystického pojetí, které pochází ze starého Egypta. Jako první zastával názor, že duševní poruchy jsou chorobami mozku, ale byl zastáncem jen somatické terapie. Jeho hlavním léčebným postupem bylo vymýtit z těla nahromaděné tělesné šťávy. K dalším intenzivním změnám v péči o duševně nemocné dochází až ve středověku (Dušek, 2015).

Pro duševní choroby středověk znamenal dobu temna. Duševně choří nebyli považováni za nemocné, ale za posedlé zlými duchy, vstoupili do nich padlí d'áblové. Šílenství bylo neklamným projevem vtělení d'ábla a posedlostí démony. Vliv církve byl značný. Čarodějnické procesy a upalování patří k charakteristice doby.

Ve střední Evropě spadaly zdravotní a sociální záležitosti do kompetence církve. Pomatení byli považováni za posedlé d'áblem a spojené se satanem, ale také existoval názor, že jsou to děti boží. U některých klášterů a poutních míst byly zakládány osady bláznů, kde bylo o nemocné postaráno, ale zároveň jim zůstala i samostatnost (Svoboda, 2015).

K výraznějším změnám v péči o duševně nemocné dochází v druhé polovině 18. století. Začínají se ve větší míře uplatňovat psychologické a rehabilitační snahy. Francouzský lékař a zakladatel psychiatrie Philippe Pinel (1745-1826) ve Francii prosazuje nové léčebné postupy, má humanitní přístup, zavádí terapii zaměstnáváním a řadu dalších opatření.

Přínosem pro terapii duševně nemocných se koncem 19. století stal rozvoj psychoanalýzy a dynamické psychiatrie. Zasloužil se o to Sigmund Freud (1856-1939) a jeho následovníci. Znamenalo to zcela nový přístup k duševně nemocným a k novým terapeutickým postupům. Přelomem se stal rok 1952, kdy byly poprvé použity při léčbě psychofarmaka (Dušek, 2015).

1.1 Historie péče o duševně nemocné v českých zemích

V českých zemích se o péči o duševně nemocné nejvíce zasloužil řád Milosrdných bratří, který od druhé poloviny 18. století budoval v řadě měst své nemocnice. V roce 1790 byl v rámci Všeobecné nemocnice v Praze otevřen samostatný Ústav pro duševně nemocné,

který měl 60 lůžek. Otevřením tohoto ústavu byly dány předpoklady pro samostatný rozvoj psychiatrie jako medicínského oboru v českých zemích.

Začátkem 20. století byla zřízena psychiatrická léčebna v Bohnicích u Prahy, později byla nově vybudovaná léčebna v Havlíčkově Brodě, jiné léčebny vznikly z klášterů jako např. bývalý klášter dominikánek u sv. Anny v Brně. V našich podmínkách se zřizovaly léčebny o menší kapacitě, kolem tisíce lůžek, oproti zahraničním léčebnám, např. v USA, kde se kapacita léčeben pohybovala kolem pěti tisíce lůžek. (Dušek, 2015).

Ve válečné době od roku 1939 až do roku 1947 psychiatrická péče strádala nedostatkem zájmu a financí. Po skončení války se Československo na 40 let ocitlo pod vlivem Sovětského svazu, kdy zdravotní systém byl znárodněn a řízen centrálně. Psychiatrická péče byla poskytována v ústavech na odlehlých místech (Petr a Marková, 2014). Nicméně psychiatři a psychoterapeuti pořádali tajné přednášky a konference, aby zamezili zaostávání naší psychoterapie za světovým vývojem (Kratochvíl, 2017).

Zlom nastal po roce 1989, kdy nastalo omezení izolace psychiatrie od jiných medicínských oborů a otevření dialogu s nemocnými a jejich příbuznými. O psychiatrických poruchách se začalo také mnohem více hovořit veřejně, často i v médiích. (Petr a Marková, 2014)

Nyní je psychiatrická péče realizována prostřednictvím sítě psychiatrických zařízení lůžkových, ambulantních a komplementárních. Pro zajištění efektivity v péči o potřebné je neodmyslitelná nejen spolupráce mezi jednotlivými složkami, ale také propojenost se sítí služeb psychologických, psychoterapeutických a sociálních.

Psychiatrické nemocnice jsou vesměs spádové, tzn. jedna nemocnice spadá na jeden kraj. Člení se na specializovaná oddělení (např. příjmové, gerontopsychiatrické, psychotické, neurotické). Zajišťují dobrovolnou i nedobrovolnou léčbu. Existují také zdravotnická zařízení specializovaná na léčení závislostí, jako např. alkoholová závislost.

Psychiatrické ambulance poskytují služby ambulantní psychiatrické péče, umožňují pravidelné kontroly stavu, sledování případných komplikací, úpravu medikace apod. Mnoho psychických poruch a stavů nevyžaduje hospitalizaci, ale vystačí s diagnostikou a léčbou v ambulanci. Ambulantní psychiatrická péče také navazuje na hospitalizaci nebo jí může předcházet.

Komplementární péče navazuje na hospitalizaci nebo ambulantní péči a někdy je brána jako „mezičlánek“ mezi hospitalizací a ambulancí. Umožňuje zachování větší soběstačnosti, navazování sociálních kontaktů, poskytuje zaměstnání a program ve volném

čase s podílem vlastní iniciativy a aktivní činnosti klientů. Je realizována v podobě několika variant: denních stacionářů, chráněných dílen, chráněných pracovišť, pracovních tréninkových center, chráněných bydlení, domů na půl cesty, domovů se zvláštním režimem, terapeutických klubů a svépomocných skupin (Orel, 2016).

Nicméně zdravotnictví a psychiatrická péče prochází rozsáhlou transformací, jež dosud nebyla ukončena (Říčan a kol., 2006). I když se pohled na život nemocných pomalu mění a existují snahy o reformu psychiatrické péče, stále přetrvává systém zaměřený především na institucionální péči. V zařízeních ústavního typu žije v České republice více než 100 tisíc dospělých duševně nemocných (Balková, 2018).

1.2 Komunitní a ústavní péče

Komunitní péče využívá terapeutický a rehabilitační potenciál přirozených společenství lidí. Je trendem posledních desítek let nejen pro lidi s duševními poruchami, ale i pro další skupiny zdravotního postižení a pro seniory (Kalvach a kol., 2011). Také je protikladem k ústavní péči, jejímž rysem je dlouhodobější oddělení nemocných od jejich přirozených lidských společenství (Probstová a Pěč, 2014).

Uzavřená psychiatrická oddělení mají možnost omezení volného pohybu pacientů. Důvod omezení volnosti pohybu je ochrana dotyčného a jeho okolí. Na otevřených psychiatrických odděleních jsou hospitalizováni pacienti, jejichž stav nevyžaduje tak bedlivou kontrolu. Při respektování pravidel, řádu a programu oddělení se mohou pohybovat bez omezení.

Rozdíly mezi psychiatrickým oddělením, psychiatrickou klinikou a psychiatrickou nemocnicí jsou nejen ve spektru a množství pacientů, ale také v délce možného pobytu. Na psychiatrických odděleních a psychiatrických klinikách trvá hospitalizace dle stavu dny až týdny, v psychiatrických nemocnicích to mohou být i měsíce až roky (Orel, 2016).

V průběhu času vznikala řada definic komunitní péče pro lidi s duševními poruchami (Foitová, 2009). Jedna z definic, kterou definuje Pěč zní následovně: „*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.*“

Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zvláště v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat (Probstová a Pěč, 2014).

Komunitní péče se od počátku zaměřovala na využití přirozených zdrojů pomoci a podpory v komunitě, posílení zdravých stránek osobností pacientů, zaměření nejen na odstranění symptomů, ale i na posílení funkční kapacity pacientů, posílení jejich občanských práv a důstojnosti, individualizaci péče a na jejich maximální sociální začlenění (Foitová, 2009).

1.3 Sociální práce s jednotlivcem

Sociální práce s jednotlivcem je historicky nejstarší metodou sociální práce. V začátcích ji představuje zejména neformální sousedská pomoc. Snaha vědecky podložit profesi sociální práce začíná právě teoretickým rozpracováním postupu sociálního pracovníka s jeho konkrétním klientem.

V USA se už v 19. století setkáváme s požadavkem individuálního přístupu při řešení sociálních problémů ve společnosti. V USA byl založený Spolek pro zlepšení podmínek chudých, který se zabýval otázkami řešení chudoby.

Cílem spolku bylo navštěvovat chudé v jejich domech, podporovat je, nakolik to je potřebné, pomáhat jim při získávání práce, povzbuzovat je při dosahování samostatnosti, vést je k úctě k sobě samým, pěstovat u nich návyky a v konečném důsledku poskytovat i nevyhnutelnou materiální pomoc.

V roce 1877 se v USA sjednotili charitativní organizace do Sdružení charitativních organizací.

Hlavními tezemi Sdružení byly:

- potřeba vedení co nejúplnějších záznamů o případu,
- potřeba centrální evidence,
- význam návštěv – dobrovolných sociálních pracovníků v domácnostech klienta apod.

V roce 1905 vznikl v USA Spolek služeb rodině, který založili Mary Richmondová a Francis H. Kleanová. Tento spolek poskytl služby více jak tisícům klientů a o formě a účinnosti poskytnuté pomoci si vedl záznamy. Richmondová a Kleanová zpracovaly tyto záznamy o poskytnutých službách, které Spolek vydal pod názvem „Social Casework“.

Na začátku 20. století bylo pro případovou sociální práci charakteristické:

- hledání práce pro členy rodin, kteří se nacházeli v problémech,
- zabezpečení školy pro děti,
- umístění dětí zanedbávaných, podvyživených a opuštěných do zaopatřovacích institucí, přičemž v této oblasti dominoval názor, že pokud není možné změnit prostředí, je potřebné vybrat z něho jednotlivce, a to i tehdy, jak by mělo dojít k rozdělení rodiny.

Rozvoj případové sociální práce v 20. letech minulého století ovlivnila i rozvíjející se psychoanalýza, která zaměřila pozornost na příčino-důsledkové vztahy mezi jedincem a jeho prostředím. Desetiletí po první světové válce se tak neslo ve znamení úsilí o využití psychosociálních obsahů v metodickém konání orientovaném na oblast případové práce, zdůrazňující závažnost řešených problémů (Levická, 2002).

Případová práce se zabývá řešením takových problémů, které klienta skličují a omezují využívání jeho vnitřních a vnějších možností. Některé problémy vyplývají z prostředí. Další jsou mezilidské, zejména rodinné; ty tvoří hlavní oblast případové práce. Další skupinou problémů jsou problémy vnitřní, psychické. Je žádoucí odlišovat cíle, které sociální pracovník v případové práci sleduje a postupy, kterých při tom využívá. Cílem je nejlépe dosažené řešení problémů, které vyplývají z prostředí.

Užívané postupy můžeme rozdělit následovně:

- poskytnutí psychické podpory klientovi,
- vyjádření zájmu, vyslovení problému, ventilace klientových pocitů,
- přímé ovlivnění klienta,
- reflexe souvislostí, zejména vztahů mezi prožitky klienta a tím, co se děje v jeho prostředí (Matoušek, 2003).

1.4 Druhy a formy sociálních služeb

Sociální služby se dělí na:

- služby sociální péče,
- služby sociální prevence
- sociální poradenství.

Služby sociální péče

Služby sociální péče pomáhají osobám se "stabilizovaným zdravotním stavem" zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim zapojení do běžného života. V ostatních případech mají tyto služby potřebným osobám "zajistit důstojné životní prostředí a zacházení", tj. pomáhat těmto lidem překonávat každodenní životní problémy a zajistit, aby měli možnost žít důstojný život.

Mezi služby sociální péče patří:

- osobní asistence,
- pečovatelská služba,
- tísňová péče,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- podpora samostatného bydlení,
- odlehčovací služby,
- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Služby sociální prevence

Služby sociální prevence pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy izolací od společnosti. Mezi hlavní důvody patří nepříznivá sociální situace, způsob života, který vede ke konfliktu se společností. Cílem služeb sociální prevence je pomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Služby sociální prevence jsou:

- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,
- azylové domy,
- domy na půli cesty,
- kontaktní centra,
- krizová pomoc,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociálně terapeutické dílny,
- terapeutické komunity,
- terénní programy,
- sociální rehabilitace.

Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje informace přispívající k řešení nepříznivé sociální situace klienta. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, v poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a zahrnuje též sociální práci s osobami se specifickými potřebami. Součástí odborného poradenství mohou být i půjčovny kompenzačních pomůcek, jako např. berle, hole, pojízdné zvedáky (Česko, 2006).

Formy sociálních služeb

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Do ambulantních služeb osoba dochází nebo je doprovázena do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénní služby jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (Matoušek, 2007).

2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Podle jedné z definic Světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen nepřítomnost nemoci nebo vady. Pokud hovoříme o psychice, může být snaha o vymezení duševního zdraví obtížnější. Hranice mezi zdravím a patologií je v případě duševních poruch na některých místech zcela jednoznačná, ale na jiných naopak velmi neostrá. Vznikají tak poměrně rozsáhlé hraniční oblasti.

Z tohoto důvodu se v medicíně nikdy nevyhneme diagnostickým systémům a klasifikacím, které vymezují rozlišení zdravého a nemocného. Zdravé pak můžeme sledovat a podporovat, ale není třeba zahájit léčbu. Pokud se dostaneme do oblasti nemocných, je nejen nutné sledovat vývoj stavu, ale především zjistit, oč jde, a poté zahájit léčbu s cílem pomoci potřebnému a zlepšit jeho stav (Orel, 2016).

Z hlediska struktury rozlišujeme mezi nemocí a úchylkou. Při nemoci dochází ke kvalitativní změně ve vývoji osobnosti. Nemoc se rozvíjí přes jednotlivé etapy, vrcholí a posléze odeznívá. Někdy dojde k úplnému uzdravení, jindy může nemoc zanechat různé následky. Úchylka (abnormalita) představuje trvalé vybočení od normy.

Z hlediska trvání rozlišujeme mezi krátkodobými reakcemi a dlouhodobým trváním nemoci. Trvání reakcí není vždy stejné, rozlišuje se od velmi krátkých přes středně dlouhé až k dlouhodobým formám. Existují duševní onemocnění, u kterých můžeme sledovat jejich postupný vývoj a rozvoj a mají dlouhodobé trvání (Dušek, 2015).

Pacienti trpící psychickými poruchami se denně potýkají nejen s příznaky své nemoci, ale také s diskriminací, která souvisí se stigmatizujícími postoji a s chováním společnosti. (Ocisková, 2015)

Praxe ukazuje, že pro sociálního pracovníka pracujícího s lidmi s duševním onemocněním je nezbytné a užitečné znát základy psychopatologie (Probošová a Pěč, 2014).

2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10

MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) je klasifikace onemocnění používaná v České republice. V současné době je platná 10. revize, která bude 1. 1. 2022 nahrazena 11. revizí.

Jsou zde popisována onemocnění na základě skupiny znaků a příznaků, které se vyskytují společně, v daném souboru se odlišují od ostatních a nereprezentují jiné onemocnění. Duševní poruchy tvoří v MKN-10 samostatnou kapitolu (5. kapitola, strany

191-261). Pro sociálního pracovníka je důležitá znalost příznaků, symptomů, syndromů a diagnóz duševních onemocnění, jejich průběhu, ale i dopadu na člověka.

Některými klinickými pracovníky je kritizován deskriptivní přístup, na kterém je založena a který není pro mnohé terapeuty v souladu s jejich způsobem uvažování. Mnozí sociální pracovníci a studenti sociální práce mají velmi rozpolcený vztah se znalostí psychiatrické diagnostiky a užívání psychiatrických diagnóz. Můžeme se setkat jak s přehnaným respektem, tak skepsí až odmítáním.

Přehnaný respekt sociálních pracovníků k diagnostice plyne z pocitů neznalosti a nedostatečné kompetence ve srovnání s psychiatry a klinickými psychology. Skepse vůči diagnózám a jejich klasifikacím jsou ovlivněny myšlenkami o jejich přesnosti a přínosu. Mnozí psychoterapeuti, psychologové a psychiatři shledávají diagnózy založené na pouhém popisu jevů za neuspokojivé a preferují popisy založené na dynamice vnitřních stavů (Probsová a Pěč, 2014).

2.2 Výčet základních diagnostických kategorií duševních poruch podle MNK-10

Níže uvádíme výčetek a stručný popis jednotlivých kategorií duševních onemocnění dle aktuálně platné revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

Organické a symptomatické duševní poruchy (F00–F09)

Tato kategorie zahrnuje onemocnění, která přímo souvisí s postižením mozku. Organické duševní poruchy jsou přímo způsobeny chorobným procesem mozku (např. degenerativní poškozením mozkových neuronů, ukládání patologických proteinů, odumřením mozkové tkáně). Symptomatické duševní poruchy jsou podmíněny chorobným procesem, který primárně postihuje jinou část těla, ale sekundárně působí také na mozek (např. intoxikace organismu či selhání jater, kdy dojde k zaplavení mozku toxickými látkami (Orel, 2016).

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

Jedná se o jakoukoliv duševní poruchu, která vznikla užíváním psychoaktivních látek, což jsou látky vyvolávající závislost. Psychoaktivní látky mají vliv na chování, vědomí a náladu.

Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20–F29)

Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí. Je jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění. Zásadní je porucha myšlení a vnímání, oploštělá nebo neadekvátní emotivita a narušené chování a jednání. Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění. Psychóza je charakterizována bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním.

Poruchy nálady (F30–F39)

Základní charakteristikou u těchto poruch je porucha nálady anebo afektu ve smyslu plus nebo minus. Vymykají se běžnému kolísání nálad, které je do určité míry zcela fyziologické. Dělí se na depresivní, manické epizody a smíšené epizody (Svoboda, 2015).

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40–F49)

Společným znakem této široké skupiny, kterou zjednodušeně nazýváme „neurózy“, je především úzkost a tělesné projevy. Naléhavost a prožitek subjektivních příznaků mohou být velmi vysoké, často snižují životní spokojenost a narušují běžné fungování. Kontakt s realitou však není narušen, jak je tomu například u poruch psychotických (Orel, 2016).

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

Tato skupina zahrnuje poruchy, které souvisí s určitým patofyziologickým mechanismem. Poruchy příjmu potravy, které se z hlediska psychiatrické a psychologické praxe jeví jako nejzávažnější, jsou z řady pohledů ukázkou biopsychosociálního modelu psychických poruch.

Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60–F69)

Jedná se o poruchy hluboce zakotvené v osobnosti člověka. Patří sem poruchy osobnosti, návykové a impulzivní poruchy a poruchy pohlavní identity a preference.

Mentální retardace (F70–F79)

Základní charakteristikou je nedostatečně vyvinutý intelekt, s tím souvisí úroveň narušení chování, stupeň soběstačnosti a nutnost péče. Mentální retardace představuje globální poškození intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti od počátku duševního vývoje jedince (Svoboda, 2015).

Poruchy psychického vývoje (F80–F89)

Jsou to poruchy, kde normální způsob osvojení jazyka je narušen od časných vývojových stadií. Tyto stavy nelze přímo přičítat neurologickým abnormalitám nebo poruchám řečového mechanismu, smyslovému poškození, mentální retardaci nebo faktorům prostředí. Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jsou často následovány přidruženými problémy, jako jsou obtíže ve čtení a psaní, obtíže v meziosobních vztazích a poruchy emocí a chování. (MNK-10, 2018)

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

V kategorii se nachází několik skupin poruch. Mezi nejčastější patří hyperkinetické poruchy, poruchy chování, smíšené poruchy a emocí a chování a tikové poruchy.

Neurčená duševní porucha (F99)

Duševní porucha jinde a jinak nespécifikovaná, jedná se o doplňkovou kategorii (Orel, 2016).

2.3 Psychotická onemocnění

Psychóza je obecný pojem, stejně jako schizofrenie, která je často s psychózou ztotožňována. Za hlavní příznaky psychotického onemocnění lze pokládat dezintegraci funkcí já. Důsledkem toho je ztráta testování reality, a tedy i hranic sebe. Další symptomy (například halucinace nebo bludy) lze považovat za druhotné jevy. Každý psychotický stav je závažným zásahem do integrity jedince (Pěč a Probošová, 2009).

Psychická onemocnění schizofrenního okruhu patří mezi nejzávažnější duševní poruchy vůbec. Májí totiž vliv na řadu psychických funkcí současně. V některých případech vyřadí člověka z produktivního života.

Schizofrenie je různorodé onemocnění. Mění významně prožívání, chování i postoj ke skutečnosti. Představuje celou skupinu forem s příznaky, které zahrnují narušené vnímání, myšlení, emoce, motivaci i chování. Začíná typicky v adolescenci. Zhruba u dvou třetin nemocných má tendenci chronifikovat a zkracuje délku života. Představuje velmi závažný problém nejen pro jedince a jeho rodinu, ale také pro společnost (Orel, 2016).

S psychotickým onemocněním bývají spojeny potíže týkající se především lidských vztahů. Lidé s psychózou mívají problémy někomu důvěřovat. Jejich chování a komunikaci ovlivňuje i častá negativní zkušenost. Jsou nejen objektem stigmatizace ze strany okolí,

ale sami si toto stigma zvnitřňují a jejich chování může být důsledkem těchto postojů (Pěč a Probová, 2009).

2.4 Prevence duševního onemocnění

Primární prevence si klade za cíl odstranit negativně působící sociální vlivy a vyhledávat ohrožené jedince. Na psychickou stabilitu jedince působí vnitřní i vnější vlivy. Každý z nás má individuální způsob vnímání a reakce na stressové situace, což může být ovlivněné naším žebříčkem hodnot. Mezi neovlivnitelné zkušenosti patří primární fyzické a duševní postižení. Tito jedinci jsou více vystaveni stresovým faktorům, které se musí naučit vhodným způsobem zvládnout. V zájmu zachování duševního zdraví je nutné se zaměřit na přijetí situace a pěstování přiměřeného sebevědomí.

Sekundární prevence má za úkol vyhledávat již nemocné a zajistit jejich včasnou léčbu. Psychická disharmonie se může projevat mnoha způsoby, psychickými i somatickými. Somatické obtíže mohou být reakcí na stress. Náročné životní situace mohou vyčerpat organismus tak, že dochází k somatickému onemocnění. Včasné odhalení a rychlé zahájení léčby snižuje možné poškození jedince a jeho okolí, může dojít ke zmírnění nebo úplnému vyléčení psychosomatického onemocnění.

Terciální prevence se snaží snížit následky duševních poruch na co nejnížší míru. Mnoho duševních poruch s sebou nese dlouhodobou léčku psychofarmaky, která mohou negativně ovlivňovat jiné funkce organismu. Může docházet k recidivám, progresím a některé mají i charakter doživotního onemocnění (Petr a Marková, 2014).

2.5 Rodinná psychoedukace při léčbě duševních onemocnění

Spolupráce mezi terapeutickým týmem, pacientem a jeho rodinou zlepšují průběh a prognózu většiny chronických onemocnění a jsou nezbytné k dosažení zotavení. Psychoedukační programy jsou určeny pacientům i osobám blízkým, přičemž lze pracovat jak s jednotlivou rodinou, tak ve skupině. Skupinová psychoedukace má řadu výhod, protože účastníci mohou sdílet své poznatky, zkušenosti a navzájem se emočně podporovat.

Obsah psychoedukačního programu vychází z pěti hlavních obecných cílů.

- Prvním cílem je edukace o nemoci, léčbě a rehabilitaci. Vzhledem k záplavě informací různorodé kvality je vhodné zjistit, odkud je pacienti a jejich blízcí čerpají a doporučit zdroje kvalitní.
- Druhým cílem je výuka dovedností k řešení problémů a zvládání krizí.

- Cíl třetí, poskytnutí emoční podpory, usnadní adaptaci a smíření se s realitou duševní nemoci v rodině.
- Čtvrtým cílem je zmírnit sebestigmatizaci, a to posílením sebevědomí prostřednictvím nabytých znalostí a dovedností.
- Cílem pátým je pomoc budovat si podpůrné sociální sítě, například nácvikem sociálních dovedností (Bankovská Motlová, 2019).

3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Rehabilitace je dnes považována za nedílnou součást moderní a komplexní léčby. Týká se jak léčby řady tělesných, tak duševních poruch. Je to soubor postupů a opatření, které napravují narušené funkce, zvyšují soběstačnost a usnadňují tak návrat k celkové duševní, tělesné a pracovní výkonnosti. Cílem rehabilitace je zvýšení nebo obnovení funkční zdatnosti a zvýšení kvality života.

Rehabilitace v psychiatrii se zaměřuje jak na újmy vlivem samotného psychického onemocnění, tak na újmy vznikající následkem léčby nebo jako důsledek existence psychického onemocnění. Obsahuje formy – rehabilitace léčebná, pracovní, pedagogická, sociálně-psychologická, vychází tak z celostního přístupu v péči o člověka (Orel, 2016).

V důsledku nástupu duševní nemoci se hroubí sociální role a zůstává jen role pacienta. Pro nemoc lidé často ztrácejí původní zázemí, tím vzniká začarovaný kruh. Lidé s psychosociální nedostatečností mají omezenou sociální síť a zároveň obtíže při navazování a udržování sociálních kontaktů (Pěč a Probošová, 2009).

Dobrá sociální síť je užitečná v rámci prevence relapsu duševních onemocnění. Umožňuje se vymluvit z toho, co se děje a najít si zázemí, o které je možné se opřít. Naopak nedostatečná sociální podpora ponechává člověka samotného se svými problémy (Praško, 2003).

U psychiatrických pacientů se schizofrenií může být míra návratnosti do psychiatrických nemocnic vysoká. Potřeba v kvalitní následné péči po hospitalizaci je obrovská a hraje velkou roli při pomoci pacientům zůstat stabilní, aby se zabránilo relapsu. Takové zdroje pro pokračující péči je však často obtížné získat, zejména ve venkovských komunitách, kde je přístup k těmto službám omezený a zátěž péče je často kladena na členy rodiny, kteří nemají formální výcvik v péči o pacienty s takovými psychiatrickými chorobami.

V takových komunitách je důležité zdůraznit vzdělávání pečovatелů a zavedení systému podpory místních komunitních organizací pro pacienta i pro jejich pečovatele, aby se snížilo vyhoření poskytovatelů péče a aby se zabránilo re-hospitalizaci pacienta (Trang, 2018).

Lidé s vážným duševním onemocněním a psychiatrickým postižením jsou často sociálně znevýhodněni. Mohou mít nízké příjmy, nižší vzdělání a častěji se ocitají v sociálně tíživé situaci (Corrigan, 2016).

3.1 Sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním

Rozlišujeme tři hlavní směry sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním, které se nazývají podle místa vzniku:

1. Bostonský směr, který reprezentuje W. Anthony zdůrazňuje rozvoj schopností a význam učení. Klient je především žák. Rehabilitace maximalizuje zdraví na rozdíl od léčby, která minimalizuje symptomy.
2. V Los Angeles je hlavním představitelem R. P. Liberman, směr rozpracovává podrobně trénink sociálních dovedností, získání strategií na řešení problémů, monitorování symptomů, funkční vyšetření či vyšetření stresorů.
3. Britský směr má představitele G. Shepherdema a D. Bennettema. Dává přednost pečlivě vytvořenému systému péče a úpravě prostředí, které je potřeba adaptovat a zabezpečit kvalitními službami ve kterém klient žije (Pěč a Probošová, 2009).

Cílová skupina sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním jsou osoby, u kterých v důsledku onemocnění došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností a rolí či toto nebezpečí hrozí.

Cílovou skupinou jsou proto lidé, kteří v důsledku duševního onemocnění mají snížené sociální dovednosti a schopnost komunikace, nemají dostatečné nebo funkční sociální zázemí a nemají srozumitelně nebo dostatečně vymezeny své sociální role.

Funkcí sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním je nácvik sociálních rolí, podpora a růst sebeúcty, obnova komunikace s vnějším světem společně s vytvářením sociální sítě, zvládnání stresu, podpora soběstačnosti a nezávislosti. Podporu v sociálních kontaktech nemusí poskytnout jen oprávněné služby, přirozenou podporu lze hledat v rodině, u přátel, u kolegů (Pěč a Probošová, 2009).

3.2 Sociální rehabilitace v České republice

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách dle paragrafu 70 v aktuálním znění sociální rehabilitaci definuje jako:

- 1) Soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických vlastností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních

služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

- 2) Služba dle odstavce 1 poskytovaná formou terénních či ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnost a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
 - b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- 3) Služba dle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností obsažených v odstavci 2 tyto základní činnosti:
 - a) poskytnutí ubytování
 - b) poskytnutí stravy
 - c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

3.3 Služba sociální rehabilitace Luisa, z.s.

Luisa, z.s. poskytuje službu Sociální rehabilitace, která zahrnuje soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob s chronickým duševním onemocněním a lehkým mentálním postižením, kterým pomáhá s opětovným začleňováním do běžného života. Je službou sociální prevence.

V roce 2014 došlo k registraci sociální služby. Středisko komplexní péče o rodinu, školu a duševní zdraví, Luisa, z.s. poskytuje v rámci aktivit Klubu duševního zdraví službu Sociální rehabilitace dle § 70 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Cílovou skupinou jsou osoby s chronickým duševním onemocněním s chronickým duševním onemocněním z okruhu psychóz, afektivních a neurotických poruch, dále osobám s lehkým mentálním či kombinovaným postižením v rámci spádové oblasti Uherského Brodu. Věkové rozmezí uživatelů je 18 až 80 let. Posláním Klubu duševního zdraví je pomáhat těmto lidem.

Služba je poskytována formou ambulantní, uživatel dochází do zařízení a terénní, kdy pracovníci dochází do přirozeného sociálního prostředí uživatele. Služba je poskytována bezplatně.

Okamžitá kapacita pro v ambulantní formě pro individuální práci jsou 3 uživatelé, pro skupinovou práci je to 26 uživatelů. Okamžitá kapacita terénní formy jsou 2 uživatelé.

Klub poskytuje tyto činnosti:

- vzdělávací aktivity (tematické skupiny – připravují si jednotliví členové Klubu na různá zajímavá témata, výuka práce na PC, procvičování kognitivních funkcí, literární skupina...),
- aktivity podporující rozvoj osobnosti (kognitivní trénink, autogenní trénink, psychosociální aktivity, dramaterapie, ...),
- besedy s odborníky na téma duševní onemocnění v životě člověka vedoucí k lepšímu pochopení dopadů nemoci a k jejímu efektivnějšímu zvládnutí,
- nácvik běžných denních činností (vaření, úklid, práce na dvorku, ...),
- zábavné aktivity (deskové a karetní hry, interaktivní hry, muzikoterapie, zpívání při kytáře, ...)
- pohybové a relaxační aktivity (jóga, cvičení, pohybové aktivity v tělocvičně, hra KUBB, relaxace a imaginace, ...),
- kulturní a společenské aktivity (společné návštěvy kina, výstav, přednášek, společná setkání, Čaj o páté, ...),
- výlety a pobyty (Rehabilitačně-ozdravný pobyt v Praze, rehabilitačně-ozdravný pobyt v Jeseníkách, ...)
- výtvarné a rukodělné aktivity (pletení košíků, výrobky z korálků, keramiky, výroba adventních věnců, vánočních ozdob, kreslení, šití, pletení, ...),
- pracovní aktivity (práce v dřevařské dílně - výroba ptačích budek a krmítek, práce v keramické dílně, ...),
- návštěvy a výměny zkušeností se zařízeními poskytujícími služby stejné cílové skupině (Labyrint Uherské Hradiště, Iskérka Rožnov pod Radhoštěm, Kotva Strážnice, ...),
- akce pro veřejnost (do organizace a pořádání jsou zapojeni členové Klubu duševního zdraví).

Klub rovněž poskytuje základní sociální poradenství.

Služba je poskytována paralelně ve dvou samostatných objektech vzdálených cca 7 minut běžné chůze v Uherském Brodě.

Luisa: sídlo a hlavní pracoviště zařízení, vybavené kanceláří, relaxační místností, sociálním zázemím, kuchyňkou a společenskou místností. K nim náleží i uzavřené atrium domu s venkovním posezením, krytým altánem, dřevodílnou, skladem a keramickým ateliérem.

Domeček: slouží k nácviku běžných domácích prací a práci na zahradě. Disponuje prostornou vstupní chodbou a dvoupokojovým bytem s tradičně zařízenou kuchyní, která je propojena s pokojem s krbem. K vybavení náleží tkalcovský stav, šicí dílna, stůl pro stolní tenis.

Materiální i technické vybavení obou pracovišť odpovídá běžnému modernímu i hygienickému standardu. Vstup je bezbariérový. Cílem služby je zajistit klidné a důstojné prostředí tak, aby se zde uživatelé cítili dobře a bezpečně.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem bakalářské práce je na základě kvantitativního průzkumu mezi uživateli služby sociální rehabilitace a následné analýzy získaných dat zjistit spokojenost uživatelů se službou. V této kapitole bude popsán cíl výzkumu a výzkumné otázky.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřovala na péči o duševně nemocné, jako takové. Snažili jsme se přiblížit historii péče o duševně nemocné od dob starověku až po novodobou historii, včetně historie péče o duševně nemocné v českých zemích. Následoval vývoj sociální práce s jednotlivcem. Dále bylo definováno duševního onemocnění a jeho dělení podle Mezinárodní klasifikace nemocí.

Následně jsme nastínili prevenci duševního onemocnění, která se dělí na primární, sekundární a terciální. Psychická stabilita je jeden z faktorů, který má vliv na prevenci duševního onemocnění. Na psychickou stabilitu jedince působí vnitřní i vnější vlivy. Každý z nás má individuální způsob vnímání a reakce na stresové situace, což může být ovlivněné žebříčkem hodnot každého jednotlivce. V zájmu zachování duševního zdraví je nutné se zaměřit na přijetí situace a pěstování přiměřeného sebevědomí.

Poté jsme se zaměřili na rodinnou psychoedukaci v léčbě duševních onemocnění. Spolupráce mezi terapeutickým týmem, pacientem a jeho rodinou zlepšují průběh a prognózu většiny chronických onemocnění a jsou nezbytné k dosažení zotavení.

Ve druhé polovině teoretické části jsme se věnovali sociální rehabilitaci. Definovali jsme sociální rehabilitaci osob s duševním onemocněním. Zaměřili jsme se na sociální rehabilitaci v České republice a na konkrétní službu sociální rehabilitace.

Jak jsme se pokusili nastínit v teoretické části předkládané práce, služba sociální rehabilitace hraje zásadní pozitivní roli v navrácení osob s chronickým duševním onemocněním do běžného života. U psychiatrických pacientů se schizofrenií může být míra návratnosti do psychiatrických nemocnic vysoká. Potřeba v kvalitní následné péči po hospitalizaci je obrovská a hraje velkou roli při pomoci pacientům zůstat stabilní, aby se zabránilo relapsu.

Takové zdroje pro pokračující péči je však často obtížné získat, zejména ve venkovských komunitách, kde je přístup k těmto službám omezený a zátěž péče je často kladena na členy rodiny, kteří nemají formální výcvik v péči o pacienty s takovými psychiatrickými chorobami.

Na základě uvedeného jsme se rozhodli realizovat výzkum mezi uživateli služby sociální rehabilitace v menším komunitním centru, abychom získali jejich zpětnou vazbu se službou.

Cílem výzkumu je tedy získat data od uživatelů sociální rehabilitace, abychom zjistili, jestli jim služba pomáhá při řešení jejich životní situace. Další pomyslnou metou našeho výzkumu bude analyzovat, jak se uživatelé ve službě cítí. Dále pak jak jsou uživatelé spokojeni s programem služby a pracovníky služby.

4.1 Cíl výzkumu

Hlavní cílem bakalářské práce je prozkoumat spokojenost uživatelů služby sociální rehabilitace s touto službou, respektive získat jejich zpětnou vazbu k hodnocení služby. Dílčím cílem je získaná data poskytnout službě sociální rehabilitace, ve které jsme výzkum realizovali, a napomoci tak zkvalitnění této služby.

4.2 Výzkumné otázky

V souladu s výše uvedenými výzkumnými cíli a zaměřením výzkumu byly formulovány následující výzkumné otázky:

Otázka č.1: Jak jsou uživatelé spokojeni s prostředím služby?

Otázka č.2: Jak jsou uživatelé spokojeni s pracovníky služby?

Otázka č.3: Jak jsou uživatelé spokojeni s programem, který služba nabízí?

Otázka č.4: Jak jsou uživatelé spokojeni s prací služby?

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

V následující kapitole bude objasněn metodologický rámec výzkumu. Budou zde popsány metody a techniky sběru dat, dále pak výzkumný soubor a etika výzkumu.

5.1 Metody a techniky sběru dat

Metoda kvalitativního dotazování a technika rozhovoru by zde byla jistě vhodnější, nicméně v souladu s cíli naší práce, kterým je zpětná vazba uživatelů sociální rehabilitace, jsme použili metodu kvantitativního dotazování, abychom obsáhli co největší počet zkoumané populace. Zvolili jsme techniku písemného dotazování. Osobní a telefonické dotazování je mnohem časově náročnější. Zároveň jsme brali zřetel na to, že mnoho respondentů by nemuselo mít prostředky a schopnosti zvládnout elektronické dotazování. Z toho důvodu jsme si vybrali metodu písemného dotazování.

Při tvorbě dotazníku jsme vycházeli z původního dotazníku sociální rehabilitace Luisa, z. s. určeného ke zpětné vazbě uživatelů.

Brali jsme zřetel na jednotnou formu hodnocení služby, respektive zpětné vazby uživatelů služby se službou, proto jsme použili metodu kvantitativního dotazování. Cílem dotazování bylo, aby dotazník byl krátký, stručný a jednoduchý, aby to uživatele nezdrželo a nevyvedlo z míry vzhledem k charakteristice výzkumné populace, zejména pak specifickým druhům duševního onemocnění zkoumané populace.

Na výzkumnou část jsme využili strukturovaný dotazník (viz. Příloha P 1), který byl předán uživatelům služby sociální rehabilitace. Cílem výzkumu bude získat zpětnou vazbu od uživatelů sociální rehabilitace.

5.2 Výzkumný soubor

Ve službě sociální rehabilitace Luisa, z. s. Uherský Brod je zaregistrováno 64 uživatelů. Při našem časovém plánu realizace výzkumu jsme chtěli sběr dat uskutečnit v měsících března až květen roku 2020. Nicméně vzhledem k chřipkové epidemii a následné pandemii nového koronaviru COVID-19 se náš časový plán na realizaci výzkumu musel pozměnit. Nastala tíživá situace, která postihla celou Českou republiku, nejen zařízení sociálních služeb, která měla zrušený nebo omezený provoz. Z tohoto důvodu se nám nepodařilo získat data od všech uživatelů, abychom měli obraz o zpětné vazbě od uživatelů se službou kompletní, což

naskytuje možnost a příležitost i dále pokračovat ve výzkumu mezi neoslovenými uživateli sociální rehabilitace.

V souladu s cíli naší práce jsme oslovili uživatele s duševním onemocněním služby sociální rehabilitace. Jednalo se o záměrný výběr přes instituci. Následně jsme v součinnosti s pracovníky služby realizovali sběr dat za využití techniky skupinově administrovaného dotazníku ve formě tužka-papír.

Touto cestou bylo získáno celkem 36 kompletně vyplněných dotazníků, což považujeme s ohledem na charakteristiku výzkumné populace, zejména pak specifické druhy duševního onemocnění zkoumané populace, za uspokojivé. Všechny získané dotazníky byly postoupeny statistické analýze a dalšímu zpracování.

Ve výzkumném vzorku bylo celkem 36 respondentů, z čehož bylo 17 žen a 19 mužů. Nejvíce respondentů je více než 5 let uživateli služby. Nejvíce uživatelů navštěvuje službu několikrát do týdne. Vybrané sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku shrnuje následující Tabulka 1.

Tabulka 1 Vybrané sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku

Charakteristika		Počet	Počet v [%]
Pohlaví	Muž	19	53
	Žena	17	47
Délka užívání služby	Méně než 1 rok	4	11
	Více než 1 rok	7	20
	Více než 3 roky	12	33
	Více než 5 let	13	36
Návštěvnost	Každý den	12	33
	Několikrát do týdne	20	56
	Jednou za měsíc	4	11

5.3 Etika Výzkumu

Vzhledem k faktu, že se v našem případě jednalo o dotazníkové výzkumné šetření, nebylo třeba řešit složitější etické otázky. Kontaktovali jsme vedoucího zařízení, kde bychom chtěli provést výzkumné šetření a ten nám dal svolení jej vykonat.

Respondenti byli předem informováni o anonymitě a dobrovolnosti výzkumného šetření a seznámeni s jeho záměrem a cíli. Po etické stránce žádný respondent neodmítl účast ve výzkumu, což považujeme za nadmíru kladné zjištění.

Lze konstatovat, že výzkum byl proveden v souladu s etickými zásadami a rovněž v souladu s platnými právními normami České republiky.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMU

V následující kapitole popíšeme uplatněné postupy analýzy dat a následně budeme získané výsledky interpretovat.

Data získaná dotazníkovým šetřením jsme nejprve převedli do tabulky v programu Excel (verze 2016) tak, že jsme zaznamenávali odpovědi na jednotlivé položky dotazníku. Poté jsme data analyzovali.

6.1 Zpracování a analýza dat

První 3 otázky byly zaměřeny na socio-demografické údaje (viz výše) se kterými jsme dále pracovali při hledání odpovědí na výzkumné otázky a následném zpracování dat.

Ve vzorku bylo celkem 36 respondentů, přičemž jeho rozložení dle pohlaví odráží poměr mezi počtem uživatelů a uživatelék služby konkrétní sociální rehabilitace. Mužů se nachází ve výzkumném vzorku 19 (53 %), žen 17 (47 %). Obě pohlaví mají téměř stejné zastoupení. Lze tedy konstatovat, že pohlaví nemá vliv na využívání služby sociální rehabilitace.

V oblasti délky užívání služby se nejvíce respondentů (36 %) nacházelo v kategorii více než 5 let, nejméně (11 %) v kategorii méně než 1 rok. Uvedené odráží, že nejvíce respondentů užívá službu dlouhodobě.

V oblasti návštěvnosti se nejvíce respondentů (56 %) nacházelo v kategorii několikrát do týdne, nejméně (11 %) v kategorii každý měsíc. Na kategorii každý den odpovědělo 33 % respondentů. Můžeme se domnívat, že většina respondentů chodí do služby pravidelně každý týden jen na určité aktivity, které nejsou v programu každý den. Na rozdíl od třetiny respondentů, která chodí do služby pravidelně každý den a účastní se všech aktivit.

Dále jsme hodnotili další otázky dotazníku.

Otázka č. 4 Líbí se Vám prostory služby (zařízení)?

Na otázku č. 4 odpovědělo 30 respondentů (84 %), že se jim prostory služby líbí. 5 respondentů (14 %) odpovědělo, že se jim prostory služby téměř líbí a 1 respondent (2 %) odpověděl, že se mu prostory služby nelíbí. Na základě odpovědi na výzkumnou otázku můžeme predikovat, že 98 % respondentům se do jisté míry prostory služby líbí. 1 respondentovi se prostory služby nelíbí, může jít o individuální preference daného

respondenta. Myslíme si, že není v silách at' už konkrétního zařízení nebo jakéhokoliv zařízení sociálních služeb zajistit, aby se prostory líbily všem.

Otázka č. 5 Cítíte se ve službě (zařízení) bezpečně?

Na otázku č. 5 odpovědělo 30 respondentů (84 %), že se cítí ve službě bezpečně. 6 respondentů (16 %) odpovědělo, že se téměř cítí ve službě bezpečně. Vzhledem k faktu, že podle Maslowa potřeba bezpečí patří mezi 5 základních lidských potřeb, které člověk má (viz Orel, 2016). Tohle zjištění považujeme za pozitivní a velmi zásadní.

Otázka č. 6 Jste spokojen/a s přístupem klíčového pracovníka s Vám?

Na otázku č. 6 odpovědělo 33 respondentů (92 %), že jsou spokojeni s tím, jaký k nim má přístup klíčový pracovník. 3 respondenti (8 %) odpověděli, že jsou téměř spokojeni s tím, jaký k nim má přístup klíčový pracovník. Při poskytování sociální rehabilitace je důležité, aby měl pracovník s uživatelem adekvátní profesionální vztah a uživatel se ztotožňoval s přístupem sociální práce daného pracovníka. I z tohoto důvodu bývá ve službách sociální rehabilitace více sociálních pracovníků, aby si mohl uživatel mezi nimi vybrat. Respektive aby si mohl i pracovník vybrat uživatele, protože je naprosto normální, že si občas dva lidé nepochopí. Vztah klíčový pracovník-uživatel je v sociální práci velmi důležitý, protože klíčový pracovník zdá konkrétního uživatele nejlépe a ví, jak mu pomoci v konkrétní životní situaci, ve které se nachází.

Otázka č. 7 Je Vám klíčový pracovník nápomocen při řešení Vaší životní situace?

Na otázku č. 7 odpovědělo 30 respondentů (84 %), že jim je klíčový pracovník nápomocen při řešení jejich životní situace. 6 respondentů (16 %) odpovědělo, že jim je klíčový pracovník téměř nápomocen při řešení jejich životní situace. Jak jsme již nastínili v teoretické části práce u uživatelů sociální rehabilitace v důsledku onemocnění došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností a rolí, mohou mít nízké příjmy, nižší vzdělání a častěji se ocitají v sociálně tíživé situaci. Funkcí sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním je nácvik sociálních rolí, podpora a růst sebeúcty, obnova komunikace s vnějším světem společně s vytvářením sociální sítě, zvládnutí stresu, podpora soběstačnosti a nezávislosti. Můžeme tedy konstatovat, že každému respondentovi je jeho klíčový pracovník nápomocen nebo do jisté míry nápomocen při řešení jeho konkrétní životní situace.

Otázka č. 8 Jste spokojen/a s přístupem ostatních pracovníků?

Na otázku č. 8 odpovědělo o 33 respondentů (92 %), že jsou spokojeni s přístupem ostatních pracovníků. 3 respondenti (8 %) odpověděli, že jsou téměř spokojeni s přístupem ostatních pracovníků. Žádný respondent neodpověděl, že není spokojený s přístupem ostatních pracovníků.

Otázka č. 9 Když máte problém, máte možnost se pracovníkům s důvěrou svěřit?

Na otázku č. 9 odpovědělo 35 respondentů (98 %), že se můžou s důvěrou svěřit pracovníkům. 1 respondent (2 %) odpověděl, že nemá důvěru v pracovníky. Nemůžeme posoudit, co vedlo daného respondenta, aby odpověděl, že nemá důvěru v pracovníky, jestli si stále za svým tvrzením stojí, nebo jen o momentální myšlenkový pochod. Vztah pracovník – uživatel je založený na důvěře a bez důvěry nelze budovat kvalitní a pevné vztahy. Nicméně 98 % respondentů odpovědělo, že se můžou pracovníkům s důvěrou svěřit, což je velmi kladné zjištění.

Otázka č. 10 Účastníte se aktivit ve službě (zařízení)?

Na otázku č. 10 odpovědělo 34 respondentů (95 %), že se účastní aktivit ve službě. 2 respondenti (5 %) odpovědělo, že se neúčastní aktivit ve službě. Někteří respondenti se neúčastní aktivit, ale využívají např. terénní službu nebo individuální podporu pracovníka.

Otázka č. 11 Jste spokojen/a s typem aktivit ve službě (zařízení)?

Na otázku č. 11 odpovědělo 32 respondentů (89 %), že jsou spokojeni s typem aktivit ve službě. 4 respondenti (11 %) odpověděli, že jsou téměř spokojeni s typem aktivit ve službě. V následující otázce měli respondenti možnost se vyjádřit, abychom zjistili, jaké konkrétní typy aktivit jim ve službě chybí.

Otázka č. 12 Jaké aktivity Vám v nabídce chybí?

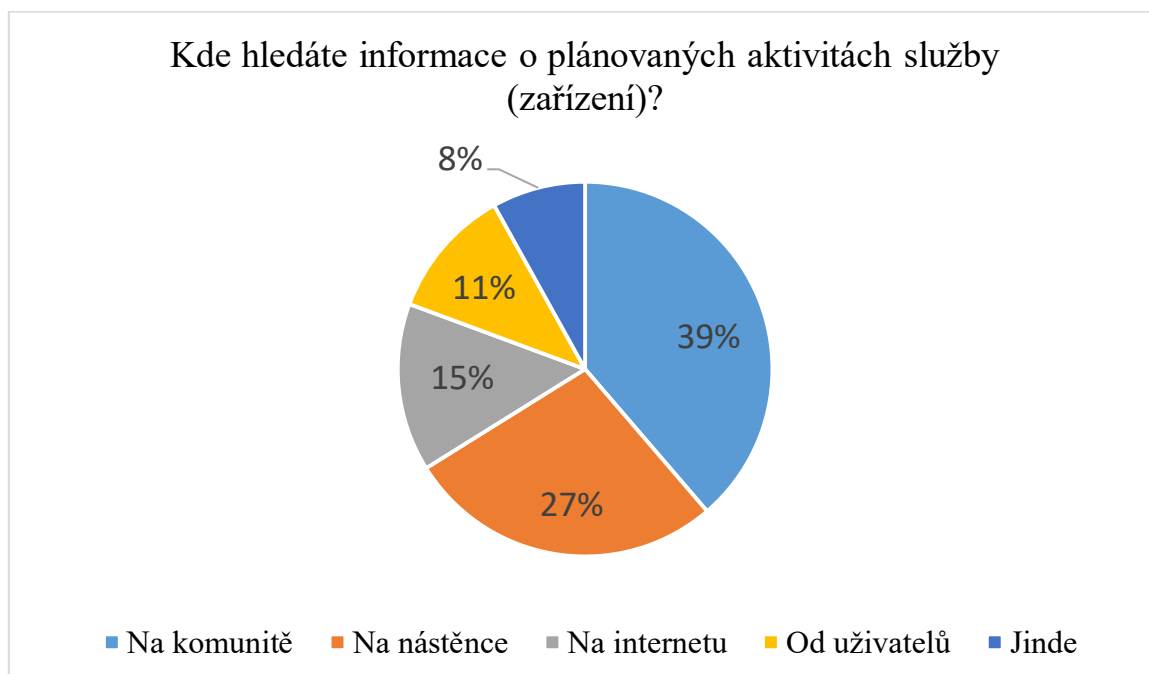
Co se týče otázky č. 12 jsme museli s ohledem na charakteristiku výzkumné populace, zejména pak specifické druhy duševního onemocnění zkoumané populace v rámci čištění dat vyselektovat odpovědi, které byly naprosto mimo téma. Většina respondentů by si přála zařadit více sportovních aktivit do programu. Jmenovitě pak lyžování, cyklistiku, posilování a box. Několik respondentů navrhovalo více aktivit ve venkovním prostředí. Zbytek byl spokojen se stávajícím typem aktivit.

Otázka č. 13 Myslíte, že jsou různé druhy aktivit zařazovány vyváženě?

Na otázku č. 13 odpovědělo 32 respondentů (89 %), že si myslí, že jsou různé druhy aktivit zařazovány vyváženě. 4 respondenti (11 %) odpověděli, že si to nemyslí. Zde nacházíme prostor k menší změně pro pracovníky v plánování konkrétních aktivit.

Otázka č. 14 Kde hledáte informace o plánovaných aktivitách služby (zařízení)? (můžete vybrat více odpovědí)

U otázky č. 14 více než půlka respondentů vybrala více odpovědí. Nejvíce častá odpověď, na kterou odpovědělo 24 respondentů (66 %) byla, že informace hledají na komunitě. Což je každodenní ranní shromáždění všech přítomných pracovníků a uživatelů. Hovoří se zde o plánovaných aktivitách a o programu na daný den, popř. se zde rozebírá co mají přítomní uživatelé na srdci a chtěli to rozebrat. Nejméně častá odpověď byla, že respondenti hledají informace od uživatelů. Odpovědělo na ni 7 respondentů (19 %). Možnost jinde zvolilo 5 respondentů. 3 respondenti uvedli, že informace získávají telefonicky, 2 respondenti uvedli, že informace získávají prostřednictvím papírového týdenního plánu. Vybrané odpovědi shrnuje následující Obrázek 1.



Obrázek 1 Vybrané informační zdroje výzkumného vzorku

Otázka č. 15 Máte možnost se spolupodílet na plánování aktivit?

Na otázku č. 15 odpovědělo 32 respondentů (89 %), že si myslí, že mají možnost se spolupodílet na plánování aktivit. 4 respondenti (11 %) odpověděli, že si to nemyslí. Lze těžko posoudit, proč 4 respondenti odpověděli, že nemají možnost se spolupodílet na plánování aktivit, nevíme, zdalipak se vůbec účastní ranních komunit, kde se program a aktivity plánují, či se skutečně nemohou podílet na plánování aktivit.

Otázka č. 16 Pozorujete u sebe změnu od počátku docházení do služby (zařízení)?

Na otázku č. 16 odpovědělo o 33 respondentů (92 %), že u sebe pozorují změnu od počátku docházení do služby. 3 respondenti (8 %) odpověděli, že u sebe změnu nepozorují. Lze těžko usuzovat, z jakého důvodu 3 respondenti změnu nepocítují, jestli jde o subjektivní pohled konkrétních, či momentální myšlenkový pochod, nebo opravdu žádná změna od počátku docházení do služby u nich nenastala. Nicméně 92 % respondentů u sebe od počátku docházení do služby změnu pozoruje, což je pozoruhodný výsledek.

Otázka č. 17 Naplnila služba (zařízení) Vaše očekávání?

Na otázku č. 17 odpovědělo 29 respondentů (80 %), že služba naplnila jejich očekávání. 7 respondentů (20 %) odpovědělo, že služba do jisté míry naplnila jejich očekávání, což považujeme za velmi pozitivní zjištění, zejména pak pro pracovníky a vedení služby.

Otázka č. 18 Napadá Vás ještě jakákoliv připomínka či komentář. Zde máte prostor se vyjádřit.

Prostor vyjádřit se využila jen třetina respondentů. Ti místo využili k pochvale konkrétních pracovníků, pokárání konkrétních uživatelů, či ventilaci svých myšlenek.

6.2 Shrnutí výsledků výzkumu

Na základě realizovaného výzkumu, který byl představen v přechozích kapitolách, lze konstatovat následující:

Výzkumná otázka č.1: Jak jsou uživatelé spokojeni s prostředím služby?

Při odpovědi na tuto výzkumnou otázku budeme vycházet z otázek č. 4 a č. 5 z dotazníku.

Lze usuzovat, že 98 % respondentům se prostory služby líbí nebo do jisté míry líbí. V důsledku nástupu duševní nemoci se hroutí sociální role a zůstává jen role pacienta. Uživatelé sociální rehabilitace by neměli mít pocit, že se stále nachází psychiatrické nemocnici nebo do ní dochází. Proto jsou prostory služby sociální rehabilitace navrženy tak, aby simulovali přirozené prostředí uživatele. Vzhledem k faktu, že jedním z cílů sociální rehabilitace je zvýšení kvality života, je podstatné, aby se uživateli prostředí líbilo a cítil v prostředí dobře. Následně se pak může uživatel prostředím inspirovat a upravit si své přirozené sociální prostředí v rámci zvýšení kvality života.

Všichni respondenti se cítí bezpečně nebo téměř bezpečně ve službě. Jak již bylo zmíněno dříve, podle Maslowa potřeba bezpečí patří mezi 5 základních lidských potřeb, které člověk má (viz Orel, 2016). Pro službu sociální rehabilitace je důležité, aby prostředí služby v uživatelích nevyvolávalo úzkosti nebo jiné příznaky duševních onemocnění, které by mohli vést k relapsu nemoci. Tudíž je důležité, aby se ve službě uživatelé cítili bezpečně.

Lze tedy prohlásit, že jsou uživatelé s prostředím **nadmíru** spokojeni.

Výzkumná otázka č.2: Jak jsou uživatelé spokojeni s pracovníky služby?

Při odpovědi na tuto výzkumnou otázku budeme vycházet z otázek č. 6, č. 7, č. 8 a č. 9 z dotazníku.

Všichni respondenti jsou spokojeni s přístupem svého klíčového pracovníka, který jim je dle jejich odpovědí nápomocen při řešení jejich životní situace. Toto zjištění je důležité pro konkrétní zařízení. Napovídá nám, že služba sociální rehabilitace funguje správně, když se zde vykonává sociální práce.

Dále můžeme přijít ke zjištění, že 92 % respondentů je spokojených s přístupem ostatních pracovníků. 8 % je téměř spokojeno. Určitě je zde prostor pro službu ke zlepšení, nicméně musíme brát v potaz, že všem uživatelům služby nemusí nutně sedět všechny

přístupy všech sociálních pracovníků. Z toho důvodu tenhle výsledek považujeme za velmi solidní.

98 % respondentů nemá problém se s důvěrou svěřit pracovníkům. Jak již bylo zmíněno dříve, důvěra hraje nesmírnou roli při výkonu sociální práce, proto toto zjištění považujeme za velmi zásadní.

Lze tedy prohlásit, že jsou uživatelé s pracovníky **velmi** spokojení.

Výzkumná otázka č.3: Jak jsou uživatelé spokojeni s programem, který služba nabízí?

Při odpovědi na tuto výzkumnou otázku budeme vycházet z otázek č. 10, č. 11, č. 12, č. 13, č. 14 a č. 15 z dotazníku.

Na otázku č. 10 odpovědělo 95 % respondentů, že se účastní aktivit ve službě, můžeme tedy usuzovat, že většina respondentů jsou aktivní uživatelé služby. Z toho 89 % respondentů je spokojeno s typem aktivit ve službě. Zbytek respondentů se vyjádřil, že by uvítal více sportovních aktivit a více aktivit ve venkovním prostředí.

Výsledky výzkumu mohou být zkresleny faktem, že v době sběru dat probíhala v České republice pandemie koronaviru COVID-19 a všechny akce ve venkovním prostředí byli zakázány.

Dále pak 89 % respondentů si myslí, že jsou druhy aktivit zařazovány vyváženě. 11 % respondentů si to nemyslí. Je zde velká pravděpodobnost, že se jedná o stejné respondenty, kteří by uvítaly více sportovních aktivit a více aktivit ve venkovním prostředí.

V otázce hledání informací o plánovaných aktivitách respondenti nejčastěji označili odpověď na komunitě. Což je každodenní ranní shromáždění všech přítomných pracovníků a uživatelů. Odpovědi u ostatních kategorií byly rozloženy rovnoměrně. Lze tedy usuzovat, že žádný informační zdroj není postradatelný. Vybrané odpovědi shrnuje Obrázek 1.

Na otázku č. 15 odpovědělo 32 respondentů (89 %), že si myslí, že mají možnost se spolupodílet na plánování aktivit. 4 respondenti (11 %) odpověděli, že si to nemyslí. Z dotazníku přesně nevíme, proč mají tyto respondenty pocit, že se nemůžou spolupodílet na plánování aktivit. Nicméně získaná data budou sloužit jako zpětná vazba pro pracovníky služby a ti mohou zkusit nalézt řešení.

Lze tedy prohlásit, že jsou uživatelé s programem, který služba nabízí **veskrze** spokojení.

Výzkumná otázka č.4: Jak jsou uživatelé spokojeni s prací služby?

Při odpovědi na tuto výzkumnou otázku budeme vycházet z otázek č. 16, č. 17 a č. 18 z dotazníku.

Můžeme konstatovat, že 92 % respondentů u sebe od počátku docházení do služby pozoruje změnu, ať už v životní situaci, či k přístupu k životu nebo přístupu k nemoci, což je pozoruhodný výsledek.

Na otázku č. 17 odpovědělo 29 respondentů (80 %), že služba naplnila jejich očekávání. 20 % respondentů odpovědělo, že služba do jisté míry naplnila jejich očekávání. S určitostí nemůžeme posoudit, jaké očekávání zmíněných 20 % respondentů mělo. Lze však říci, že jejich očekávání bylo téměř splněno.

U otázky č. 18 měli respondenti prostor se vyjádřit. Využila toho jen třetina respondentů. Ti místo využili k pochvale konkrétních pracovníků, poukázání na to, co jim vadí na jiných uživatelích, či ventilaci svých myšlenek.

Lze tedy prohlásit, že jsou uživatelé s prací služby **naprosto** spokojení.

7 DISKUZE

Ve výzkumu jsme se zaměřili na analýzu zpětné vazby od uživatelů konkrétní služby sociální rehabilitace. Výše uvedené výsledky výzkumu ukázaly, že jsou respondenti s poskytováním služby nadmíru spokojeni. Při přípravě výzkumu jsme očekávali, že výsledky výzkumného šetření budou diametrálně odlišné, vzhledem k charakteristice výzkumné populace, zejména pak specifickým druhům duševního onemocnění a kombinovaného postižení zkoumané populace.

Dále výše uvedené výsledky výzkumu ukázaly, že 95 % respondentů se účastní aktivit ve službě. 89 % respondentů je spokojeno s typem aktivit ve službě. Lze tedy usuzovat, že většina respondentů jsou aktivní uživatelé služby a jsou spokojeni s typem aktivit ve službě. Aktivity probíhají ať už v individuální tak skupinové podobě. Tento fakt je v rozporu s výzkumnými zjištěními, podle kterých by při práci s osobami, se specifickými druhy duševních onemocnění a kombinovaného postižení měli aktivity probíhat v co možná nejvíce homogenních pracovních skupinách (viz Mlčková, 2019).

Při realizaci výzkumu jsme očekávali, že výsledky výzkumného šetření budou více různorodé, vzhledem k charakteristice výzkumné populace, zejména pak specifickým druhům duševního onemocnění a kombinovaného postižení zkoumané populace. Nicméně výsledky výzkumného šetření byly až pozoruhodně shodné, což nás přivádí k myšlence, že v oblasti sjednocení služeb pro osoby s mentálním a osoby s chronickým duševním onemocněním je ještě velký prostor k navazujícímu výzkumu. Úspěšnost sjednocení osob s chronickým duševním onemocněním a osob s kombinovaným postižením v konkrétním zařízení, na základě výzkumu ukazuje, že respondenti jsou spokojeni se stávající situací.

Při hodnocení metodologického přístupu, který jsme zvolili, jsme došli k poznání, že metoda kvalitativního dotazování a technika rozhovoru by zde byla jistě vhodnější a rozhodně jednodušší na realizaci. Nicméně v souladu s cíli naší práce, což je zpětná vazba uživatelů sociální rehabilitace, jsme použili metodu kvantitativního dotazování, abychom obsáhli co největší počet zkoumané populace. Zvolili jsme techniku písemného dotazování.

Vzhledem k chřipkové epidemii a následné pandemii nového koronaviru COVID-19 bylo nutné časový plán na realizaci výzkumu pozměnit. Z tohoto důvodu se nám nepodařilo získat data od všech uživatelů, abychom měli obraz o zpětné vazbě od uživatelů se službou kompletní, což naskytuje možnost a příležitost i dále pokračovat ve výzkumu mezi neoslovenými uživateli sociální rehabilitace.

Při realizaci navazujícího výzkumu bychom doporučili zrevidovat předkládanou verzi dotazníku s cílem obsáhnout více informací o výzkumném vzorku, a to zvýšením položek dotazníku.

Za silnou stránku výzkumu můžeme označit výsledky výzkumu, které byly zejména pro konkrétní službu sociální rehabilitace velmi přínosné.

Budoucí zaměření výzkumu v oblasti sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním vidíme v postihnutí větší škály respondentů, např. ze všech služeb sociální rehabilitace ve Zlínském kraji, v rámci monitoringu poskytování služeb sociální rehabilitace z pohledu jejich uživatelů. Rovněž považujeme za vhodné revidovat předkládanou verzi Dotazníku spokojenosti se službou sociální rehabilitace s cílem zvýšit vnitřní reliabilitu dotazníku.

Za zmínku by rovněž stál výzkum týkající se zpětné vazby z pohledu pracovníků služeb sociální rehabilitace čili mezi osobami, které službu poskytují. Poskytlo by nám to celkový obraz o fungování služeb sociální rehabilitace a sociální práci s cílovou skupinou osob s chronickým duševním onemocněním.

Přínos námi předkládaného výzkumu spatřujeme zejména ve zpětné vazbě uživatelů služby sociální rehabilitace, jakožto klientů sociální práce. Shrnutí výsledků výzkumu bakalářské práce by mělo sloužit pro sociální pracovníky a vedení konkrétní služby jako zpětná vazba od uživatelů, respektive jako reflexe poskytování služby sociální rehabilitace. Dotazník bude archivován a poslouží při dalším šetření zpětné vazby od uživatelů.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce se zabývá tématem sociální rehabilitace osob s chronickým duševním onemocněním. Cílem bakalářské práce bylo na základě kvantitativního průzkumu mezi uživateli služby sociální rehabilitace a následné analýzy získaných dat zjistit spokojenost uživatelů se službou. Dílčím cílem práce bylo sesbíraná data poskytnout službě sociální rehabilitace ve které byl výzkum realizován v rámci zkvalitnění služeb sociální rehabilitace.

Bakalářská práce je zaměřená na možnosti začlenění chronicky duševně nemocných zpět do běžného života díky sociální rehabilitaci, jejíž služby mohou využívat po dokončení léčby v psychiatrické nemocnici. Teoretická část bakalářské práce popisuje péči o duševně nemocné. Přiblížena je historie péče o duševně nemocné od dob starověku až po novodobou historii, včetně historie péče o duševně nemocné v českých zemích. Mezi největší milníky v péči o duševně nemocné patří rozvoj psychoanalýzy a dynamické psychiatrie. Zasloužil se o to zejména Sigmund Freud a jeho následovníci, což mělo za následek zcela nový přístup k duševně nemocným. Dalším významným milníkem se stal rok 1952, kdy byly poprvé použity při léčbě psychofarmaka.

Dále jsou uvedeny rozdíly mezi komunitní a ústavní péčí a druhy a formy sociálních služeb. Následuje vývoj sociální práce s jednotlivcem o jejíž rozvoj se zasloužila zejména Mary Richmondová. Další částí je definice duševního onemocnění a jeho dělení podle Mezinárodní klasifikace nemocí.

Následně práce popisuje prevenci duševního onemocnění, která se dělí na primární, sekundární a terciální. Psychická stabilita je jeden z faktorů, který má vliv na prevenci duševního onemocnění. Každý z nás má individuální způsob vnímání a reakce na stresové situace, což může být ovlivněné žebříčkem hodnot každého jednotlivce. V zájmu zachování duševního zdraví je nutné se zaměřit na přijetí situace a pěstování přiměřeného sebevědomí. Poté se práce zaměřuje na rodinnou psychoedukaci při léčbě duševních onemocnění. Spolupráce mezi terapeutickým týmem, pacientem a jeho rodinou zlepšují průběh a prognózu většiny chronických onemocnění a jsou nezbytné k dosažení zotavení.

Ve druhé polovině se teoretická část věnuje sociální rehabilitaci. Definiuje sociální rehabilitaci osob s duševním onemocněním. Zaměřuje se na sociální rehabilitaci v České republice a na konkrétní službu sociální rehabilitace. Služba sociální rehabilitace hraje zásadní pozitivní roli v navrácení osob s chronickým duševním onemocněním do běžného života. U psychiatrických pacientů se schizofrenií může být míra návratnosti do

psychiatrických nemocnic vysoká. Potřeba v kvalitní následné péči po hospitalizaci je obrovská a hraje velkou roli při pomoci pacientům zůstat stabilní, aby se zabránilo relapsu.

Takové zdroje pro pokračující péči je však často obtížné získat, zejména ve venkovských komunitách, kde je přístup k těmto službám omezený a zátěž péče je často kladena na členy rodiny, kteří nemají formální výcvik v péči o pacienty s takovými psychiatrickými chorobami.

Praktická část bakalářské práce se zabývá situací cílové skupiny osob s chronickým duševním onemocněním ve Zlínském kraji, konkrétně v Uherském Brodě. Výzkum probíhal v sociální rehabilitaci pro osoby s chronickým duševním onemocněním Luisa, z. s. Výsledky výzkumu ukázaly, že jsou respondenti s poskytováním služby naprosto spokojeni. Data dále ukazují, že službu navštěvují převážně aktivní uživatelé.

Budoucí zaměření výzkumu v oblasti sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním vidíme v postihnutí větší škály respondentů, např. ze všech služeb sociální rehabilitace ve Zlínském kraji, v rámci monitoringu poskytování služeb sociální rehabilitace z pohledu jejich uživatelů. Rovněž považujeme za vhodné revidovat předkládanou verzi Dotazníku spokojenosti se službou sociální rehabilitace s cílem zvýšit vnitřní reliabilitu dotazníku.

Přínos námi předkládaného výzkumu spatřujeme zejména ve zpětné vazbě uživatelů služby sociální rehabilitace, jakožto klientů sociální práce. Shrnutí výsledků výzkumu bakalářské práce by mělo sloužit pro sociální pracovníky a vedení konkrétní služby jako zpětná vazba od uživatelů, respektive jako reflexe poskytování služby sociální rehabilitace. Dotazník bude archivován a poslouží při dalším šetření zpětné vazby od uživatelů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BALKOVÁ, Miluše, 2018. *Zdravotně sociální pomezí – proč se vzájemně potřebujeme?* Psychiatrie pro praxi. [online]. 19(2e): e14-e20 [cit. 2020-04-24]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2018/89/02.pdf>
- [2] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie, 2019. *Rodinná psychoedukace v léčbě závažných duševních onemocnění.* Psychiatrie pro praxi. [online]. 20(3e): e111-e113 [cit. 2020-04-24]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2019/03/03.pdf>
- [3] CORRIGAN, Patrick W., 2016. *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach.* New York: Guilford Press. ISBN 9781462526215.
- [4] ČESKO, 2006. *Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách: Sociální služby.* In: Sbírká zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [5] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-6.
- [6] FOITOVÁ, Zuzana, 2009. *Komunitní péče aneb aby duše neztratila duši.* In Pěč, O., Probsová, V. (eds.) *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [7] KALVACH, Zdeněk, Libuše ČELEDOVÁ a Eva HOLMEROVÁ, 2011. *Křehký pacient a primární péče.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [8] KRATOCHVÍL, Stanislav, 2017. *Základy psychoterapie. 7.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1227-0.
- [9] LEVICKÁ, Jana, 2002. *Metódy sociálnej práce.* Trnava: ProSocio. ISBN 978-80-89074-38-9.
- [10] MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [11] MATOUŠEK, Ondřej, 2003. *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.

- [12] *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*, 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.
- [13] MLČKOVÁ, Tereza, 2019. *Sjednocení služeb pro osoby s mentálním a osoby s chronickým duševním onemocněním*. Brno. Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/mp3mo/DP_fin_403742_Mlckova_T.pdf. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
- [14] OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-51199-3.
- [15] OREL, Miroslav, 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5516-8.
- [16] PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [17] PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [18] PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ, 2003. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-501-1.
- [19] PROBSOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [20] ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Dětská klinická psychologie. 4*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1049-5.
- [21] SVOBODA, Mojmír, 2015. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy. 3*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.
- [22] TRANG, Andy, 2018. *Continuity of care for patients with schizophrenia in communities with limited resources*. *Mental Illness* [online]. 10(1), 7 [cit. 2020-04-23]. DOI: 10.4081/mi.2018.7585. ISSN 2036-7465. Dostupné z: <https://www.pagepress.org/journals/index.php/mi/article/view/7585>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Vybrané sociodemografické charakteristiky výzkumného vzorku 36

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vybrané informační zdroje výzkumného vzorku.....	41
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: Dotazník spokojenosti se službou sociální rehabilitace

PŘÍLOHA P 1: DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI SE SLUŽBOU SOCIÁLNÍ REHABILITACE



*LUISA, z.s., Středisko komplexní péče pro rodinu, školu a duševní zdraví, Bří Lužů 116, Uherský Brod
tel.: 572 630 241*

Klub duševního zdraví,

tel.: 572 630 241

Dobrý den,

jsem student třetího ročníku oboru Zdravotně sociální péče na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a nyní pracuji na závěrečné práci, jejíž součástí je výzkum. Chtěl bych Vás proto poprosit o vyplnění tohoto krátkého, zcela anonymního dotazníku, který bude sloužit jen jako výzkumný materiál k mé práci. Zakroužkujte vždy jen jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak (pokud v nabídce není odpověď, se kterou se naprosto ztotožňujete, vyberte tu, která je jí nejbližší.) Děkuji za Váš čas a ochotu.

Michal Novosad

1. Jak dlouho jste uživatelem služby (zařízení)?

- a) méně než 1 rok
- b) více než 1 rok
- c) více než 3 roky
- d) více než 5 let

2. Jaké je vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

3. Jak často službu (zařízení) navštěvujete?

- a) každý den
- b) několikrát do týdne
- c) každý měsíc

4. Líbí se Vám prostory služby (zařízení)?

- a) Ano
- b) Téměř
- c) Ne

5. Cítíte se ve službě (zařízení) bezpečně?

- a) Ano
- b) Téměř
- c) Ne



6. Jste spokojen/a s přístupem klíčového pracovníka k Vám?

- a) Ano
- b) Téměř
- c) Ne

7. Je Vám klíčový pracovník nápomocen při řešení Vaší životní situace?

- a) Ano
- b) Téměř
- c) Ne

8. Jste spokojen/a s přístupem ostatních pracovníků?

- a) Ano
- b) Téměř
- c) Ne

9. Když máte problém, máte možnost se pracovníkům s důvěrou svěřit?

- a) Ano
- b) Ne

10. Účastníte se aktivit ve službě (zařízení)?

- a) Ano
- b) Ne

11. Jste spokojen/a s typem aktivit ve službě (zařízení)?

- a) Ano
- b) Téměř
- c) Ne

12. Jaké aktivity Vám v nabídce chybí? (vypíšte)



13. Myslíte, že jsou různé druhy aktivit zařazovány vyváženě?

- a) Ano
- b) Ne

14. Kde hledáte informace o plánovaných aktivitách služby (zařízení)? (můžete vybrat více odpovědí)

- a) Na komunitě
- b) Na nástěnce
- c) Na internetu
- d) Od uživatelů
- e) Jinde (vypište) : _____

15. Máte možnost se spolupodílet na plánování aktivit?

- a) Ano
- b) Ne

16. Pozorujete u sebe změnu od počátku docházení do služby (zařízení)?

- a) Ano
- b) Ne

17. Naplnila služba (zařízení) Vaše očekávání?

- a) Ano
- b) Téměř
- c) Ne

18. Napadá Vás ještě jakákoliv připomínka či komentář? Zde máte prostor se vyjádřit.
