

Význam sociální rehabilitace u dospělých středního věku s duševním onemocněním

Veronika Jurášková

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Veronika Jurášková**
Osobní číslo: **H17921**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Význam sociální rehabilitace u dospělých středního věku s duševním onemocněním**

Zásady pro vypracování

Zpracování a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociální práce, duševního onemocnění a sociální terapie.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PEČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

STYX, Petr. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina Venglářová a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

PEČ, Ondřej, Václava PROBSTOVÁ a Beate Elisabeth ALBRICH. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-738-7253-3.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Vyd. 2. Praha: Grada, 2016, 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Hana Včelařová**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. října 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2020**



Mgr. Lišor Marek, Ph.D.
děkan

L.S.



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

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 ÚTB 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 16. 2020

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 nevydělčně 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 nahlášení 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 pořizovat 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 užívat 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 výdělků 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 výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce s názvem „Význam sociální rehabilitace u dospělých středního věku s duševním onemocněním“ pojednává o této problematice a cílem práce je zachytit jaký má tato služba význam v péči o duševně nemocné. Teoretická část práce se zaměřuje na rozdělení duševního zdraví a nemoci, stigmatizaci osob s psychózou, popis duševního onemocnění schizofrenie, její vznik, rozdělení a typy léčby. Následně práce pojednává o vývojových krizích ve vztahu k duševnímu onemocnění, období středního věku a krizi středního věku. V neposlední řadě se teoretická část věnuje sociální rehabilitaci a přístup sociálního pracovníka k osobám s duševním onemocněním. Praktická část se zaměřuje na zkoumání podpory individuálního plánování ve vztahu ke klientům, vliv sociální rehabilitace v oblasti sociální, samostatného bydlení a podpory pracovního uplatnění. Praktická část byla zpracována formou kvantitativního výzkumu, formou dotazníku.

Klíčová slova: duševní onemocnění, schizofrenie, období středního věku, sociální rehabilitace, sociální pracovník

ABSTRACT

This bachelor's thesis entitled „The importance of social rehabilitation in middle-aged adults with mental illness“ discusses this issue and the aim of this work is to capture the importance of this service in the care of the mentally ill. The theoretical part of the thesis focused on the division of mental Health and illness, stigmatization of people with psychosis, a description of the mental illness schizophrenia, its origin, division and types of treatment. Subsequently, the work deals with developmental crises in relation to mental illness, the middle age and the middle age crisis. Last but not least, the theoretical part deals with social rehabilitation and the social worker's approach to people with mental illness. The practical part is devoted to examining the support of individual planning in relation to clients, the impact of social rehabilitation in the field of social, independent living and employment support. The practical part was processed in the form of quantitative research, in the form of a questionnaire.

Keywords: mental illness, schizophrenia, middle age, social rehabilitation, social worker

Za vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad a námětů

děkuji paní PhDr. Haně Včelařové.

Dále bych také ráda poděkovala své rodině za jejich podporu a pomoc.

Motto:

Existuje pouze jediná podívaná, velkolepější než širé moře – a tou je hvězdná obloha. A existuje pouze jediná podívaná, ještě velkolepější než hvězdná obloha – a tou je nitro člověka.

(Victor Hugo)

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	12
1.1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A JEHO MOŽNÉ PŘÍČINY	13
1.2 STIGMATIZACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	14
1.3 MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH PORUCH (DIAGNOSTIKA)	15
2 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIE.....	17
2.1 PREMORBIDNÍ A PRODROMÁLNÍ OBDOBÍ.....	19
2.2 POČÁTKY SCHIZOFRENIE V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ.....	19
2.3 ROZDĚLENÍ SCHIZOFRENIE	21
2.4 LÉČBA	22
2.5 POMOCNÉ TERAPIE	23
3 VÝVOJOVÉ KRIZE.....	25
3.1 TYPY KRIZÍ A JEJICH VZTAH K DUŠEVNÍMU ONEMOCNĚNÍ.....	25
3.2 OBDOBÍ STŘEDNÍ DOSPĚLOSTI	26
3.3 KRIZE STŘEDNÍHO VĚKU.....	26
4 SOCIÁLNÍ REHABILITACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	28
4.1 PŘEKONÁNÍ SOCIÁLNÍ IZOLACE	29
4.2 ROZVÍJENÍ SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ A SCHOPNOSTÍ.....	29
4.3 CHRÁNĚNÍ BYDLENÍ	30
4.4 CHRÁNĚNÁ PRÁCE.....	31
4.5 PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁNÍ.....	32
4.6 PŘÍSTUP SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA K OSOBÁM S DUŠEVNÍ PORUCHOU.....	32
5 ZÁVĚR.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
6 VÝZKUMNÝ DESIGN.....	36
6.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	36
6.2 DÍLČÍ VÝZKUMNÉ CÍLE	36
6.3 DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
6.4 POJETÍ VÝZKUMU	37
6.5 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	37
6.6 SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE HORIZONT KROMĚŘÍŽ, ZLÍN.....	37
6.7 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	38

6.8	PILOTÁŽ A PŘEDVÝZKUM	39
7	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
7.1	ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK V DOTAZNÍKU	40
8.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
ZÁVĚR		60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		61
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		64
SEZNAM GRAFŮ		65
SEZNAM TABULEK.....		66
SEZNAM PŘÍLOH.....		76

ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je poukázat na význam sociální rehabilitace u osob s duševním onemocněním, která je v některých případech jediné pojitko mezi klientem a okolním světem.

K napsání této práce mě inspirovala má osobní zkušenost. Ve své profesi, sociálního pracovníka, jsem krátce, ale organizace, pro kterou pracuji, existuje již přes deset let. Sociální rehabilitace Horizont v Kroměříži je zaměřena na klienty s duševním onemocněním a specializuje se na osoby trpící schizofrenií. Našimi klienty jsou lidé s psychózou přicházející s různými životními příběhy, potřebami a očekáváním. Někteří z nich právě opustili brány psychiatrické léčebny a neví si rady, jak a kde znovu začít, v běžném fungování, ve společnosti. Potřebují podporu a pomoc v oblasti pracovního uplatnění, vyřizování úředních záležitostí nebo najít řešení pro svou aktuální bytovou situaci. Jiní přichází do služeb sociální rehabilitace z důvodů malého, nebo žádného, sociálního kontaktu, případně se chtějí realizovat v tvůrčích dílnách, aby se zdokonalili v manuálních dovednostech.

Práce s duševně nemocnými vyžaduje jistou dávku trpělivosti a pochopení, ale ráda bych poukázala na možnosti, kterou osobám s duševním onemocněním, služby sociální rehabilitace mohou nabídnout. Během svého poměrně krátkého působení v oblasti práce s duševně nemocnými jsem absolvovala několik odborných kurzů zaměřených na tuto problematiku. Práce, ve které působím, mě baví, naplňuje a věřím, že je velice prospěšná.

Moje práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. V teoretické části se v hlavních čtyřech kapitolách věnujeme vyjasnění pojmů jako je zdraví a nemoc, dále základním charakteristikám schizofrenního onemocnění, dětské schizofrenii a vývojovým krizím. Závěr teoretické části práce je zaměřena na sociální rehabilitaci a předpoklady pro práci sociálního pracovníka s osobami s duševním onemocněním. Empirická část se zaměřuje na konkrétní vybrané služby sociální rehabilitace Horizont, a to zejména oblast individuální plánování a cíle klientů, sociální vztahy v rámci rehabilitace i mimo ni, otázky bydlení a podpora v oblasti pracovního uplatnění.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Předmětem mé práce je sociální rehabilitace u dospělých středního věku s duševním onemocněním, a proto se v první kapitole budu věnovat vysvětlením pojmů týkající se duševního zdraví a duševního onemocnění, rozdělení duševního onemocnění a její mezinárodní klasifikaci.

Světová zdravotnická organizace, dále jen WHO (2018) definuje duševní zdraví jako: „*Stav pohody, ve kterém si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vypořádat s běžnými životními stresy, může pracovat produktivně, a je schopen přispívat do své komunity. Duševní zdraví je zásadní pro naši kolektivní a individuální schopnost člověka přemýšlet, projevovat emoce, vzájemně spolupracovat, vydělávat na živobytí a užívat si života. Na tomto základě lze podporu, ochranu a obnovu duševního zdraví považovat za zásadní zájem jednotlivců, komunit a společnost na celém světě*“.

Dle Marková et al., (2006, s. 15) tvrdí, že duševně zdraví člověk je takový, kdo dokáže pracovat s informacemi, řešit problémy a logicky uvažovat. Aktivně se účastní dění kolem, je aktivní, komunikuje a dokáže realizovat své plány. Dále je schopen fungovat ve vztazích a docházet pravidelně do zaměstnání. Duševní zdraví je tedy dovednost přizpůsobit se změnám v životě a reagovat na ně.

Dále také WHO (2018) zmiňuje čtyři klíčová fakta týkající se duševního zdraví:

1. Duševní zdraví je více než absence duševních poruch,
2. Duševní zdraví je nedílnou součástí zdraví; ve skutečnosti neexistuje zdraví bez duševního zdraví,
3. Duševní zdraví je určeno řadou socioekonomických, biologických a enviromentálních faktorů,
4. Nákladově efektivní veřejné zdraví a meziodvětvové strategie a intervence existují za účelem podpory, ochrany a obnovy duševního zdraví

Ve velkém psychologickém slovníku najdeme definici duševního zdraví: „*Duševní zdraví neznamena pouhou nepřítomnost nemoci či poruchy, ale stav, kdy je člověk schopen adaptace na prostředí a situace, dokáže přijímat vše, co život přináší příjemného, včetně sexuality a citového života vůbec*“ (Hartl, 2010, s. 695).

WHO schválila plán pro duševní zdraví na období 2013–2020, který byl ustanoven v roce 2013 a který zahrnuje čtyři hlavní cíle při dosažení zdraví všech lidí. Těmito cíli jsou:

- účinnější vedení a správa v oblasti duševního zdraví;
- poskytování komplexních integrovaných služeb v oblasti duševního zdraví a sociální péče v komunitním prostředí;
- provádění strategií na podporu a prevenci;
- posílené informační systémy, evidence a výzkum.

1.1 Duševní onemocnění a jeho možné příčiny

V následující podkapitole se budeme věnovat tomu, jaké mohou být příčiny duševního onemocnění.

Vyjasnit jasný rozdíl mezi zdravým a nemocným člověkem je velice obtížné, a ne vždy zcela jednoznačné. V medicíně, kam spadá i obor psychiatrie, se spoléháme na klasifikaci a diagnostiku, která nám umožňuje lépe vymezit hranice mezi „zdravým“ a „nemocným“. V případě zdravého člověka je nutné pozorování a podpora, ale léčbu nezahajujeme. V případě vyhodnocení, že se jedná o člověka „nemocného“, je zapotřebí zjistit diagnózu, sledovat, jak se nemoc vyvíjí a současně zajistit vhodnou léčbu (Orel et al., 2012, s. 11).

Přesná definice příčin duševních poruch v současné době neexistuje, ale dala by se charakterizovat jako komplexní, a u mnohých stále nejasná. Je zde nutné zohlednit biologickou stránku (tělesnou), psychickou (duševní), sociální (interpersonální – vztahovou), přesahovou (duchovní) a zároveň individuální čas a prostor jedince, společnosti, a dobu, ve které zkoumání probíhá. Všechny tyto oblasti jsou navzájem neoddělitelně interakčně propojeny, změna v jedné složce souvisí a ovlivňuje celý systém (Orel et al., 2012, s. 21).

V souvislosti se vznikem duševního onemocnění zmiňují Mahrová, Venglářová (2008, s. 70-71) „model psychosociální vulnerability“, který je popisován jako vrozená dispozice k určitému způsobu zpracování zátěžových situací a současně také jako rizikový faktor pro vznik psychické poruchy. Jeho psychický stav se odráží od způsobu, jakým se jedinec vypořádá s množstvím a typem takové zátěže. Pochopitelně na tom budou hůře jedinci, kteří jsou spíše nestabilní, přecitlivělí a neschopni reagovat v krizových situacích.

Malá (2002, s. 15-16) uvádí: „*Duševní poruchy jsou vyvolány vlivy, které je možno poznat, i vlivy, které se zatím nepodařilo prozkoumat*“ a dále zmiňované vlivy rozděluje do několika základních skupin. Podle etiologického činitele, kde jsou zahrnuty duševní poruchy, které se

rozvíjí organickým postižením mozku. Jedná se například o vysoký krevní tlak či mozkovou aterosklerózu, infekční onemocnění mozku a mozkové nádory, toxické poškození nebo poranění mozku. Další skupinou jsou faktory, kdy duševní poruchu vyvolává jeden a více činitelů. Jedná se o faktory hereditárně-konstituční, tj. predispozice k určité duševní poruše. Dále zde řadíme faktory zevní, tj. vliv prostředí, které se dělí na negativní a pozitivní. Mezi negativní patří expozice infekcím, toxinům, vliv farmak vyvolávající závislost nebo nepříznivé životní situace (neúspěchy v zaměstnání, rodinném prostředí aj.). V případech opakovaných zátěžových situací, kdy člověk není schopen vyvinout psychické mechanismy, dochází ke zhoršování sociálního fungování a společně s dědičnými faktory, může dojít ke vzniku duševní poruch. Pozitivním vlivem prostředí může být harmonické rodinné zázemí, nadprůměrné intelektové schopnosti, odolnost nebo víra. Psychózy, které jsou velmi často doprovázeny změnami chování, vnímání, myšlení, patickou náladou, bez náhledu choroby, spadají do skupiny, kde je etiologický činitel neznámý, tj. kdy příčina duševní nemoci není jasná. Velmi často tyto psychózy vedou k sociálnímu vyloučení a nepředvídatelnému chování jedince. Podíl genetického přenosu, při vzniku duševních chorob, se předpokládá například u schizofrenie, schizoafektivní poruchy nebo bipolární poruchy.

1.2 Stigmatizace osob s duševním onemocněním

Pojem stigma spojené s duševním onemocněním vychází především z neznalosti, diskriminace, obav z neznámého, a je vždy spojován v negativním slova smyslu. Výraz „stigma“ pochází z antického Řecka a bývá přeložen jako *znak* nebo *stopa*, která nese svědectví. Současně tento termín poukazuje na odlišnost tělesného charakteru, které vypovídají o něčem nestandardním, nedostatečném nebo morálně špatném. Kdysi se tímto slovem označoval cejch vypalovaný otrokům v thesalských dolech antického Řecka. Toto označení bylo pro ostatní znamením, podle kterého byli jeho nositelé rozpoznávání a vylučování ze společnosti. V 19. století se pojem stigma dostával i do souvislosti s kriminalitou zločinců, kdy se fyzické odchylky vzhledu připisovaly charakteru zločinců a měly odhalit možné násilníky ještě před spácháním činu. Vždy se tedy jednalo o jedince, kteří nebyli společností akceptováni. V současné době jsou nejvíce stigmatizovaní lidé trpící nějakým typem duševního onemocnění. Ti jsou pro své okolí neakceptovatelní a zůstávají nepochopeni (Ocisková, Praško, 2015, s. 11-12).

Příkladů spojených se stigmatizací založených na rasových předsudcích, příslušnost k určitému etniku, národu nebo sexuální orientaci, je v historii nespočetně. Ocisková, Praško

(2015, s. 21) poukazují na to, že: „*Stigmatizovaný jedinec je často považován za někoho, kdo je méně než člověk*“ a dále uvádí: „*Lidé, aby si vysvětlili a ospravedlnili stigmatizaci druhých, konstruovali různé teorie a ideologie, a tím si v podstatě vytvořili alibi*“. Na stigma pohlížejí jako na situaci, kdy je člověk odmítnut většinou společností, a tím dochází k určité formě diskriminace. Tito lidé mohou být omezováni na svých právech, stávají se terčem posměchu a negativních reakcí ze strany okolí. Duševně nemocní si nesou břímě, v podobě stereotypního stigmatu, které jim připisuje vlastnosti o jejich nebezpečnosti, morální slabosti a vině.

Pojem stigmatizace je spojován s pasivním přijímáním skupin lidí, na základě předsudků a okamžité kategorizace, které ve většině případů nemají své opodstatnění, a nevychází ani z předchozí negativní zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním. Stereotypní hodnocení jedinců s psychiatrickou diagnózou může mít pro jedince negativní, ale i pozitivní následky. Mezi pozitiva můžeme zahrnout ochranu, větší soucit nebo menší nároky na výkon a role v životě. Negativní důsledky jsou typické vtipy o bláznech, které jsou ještě posíleny sdělovacími prostředky (Ocisková, Praško, 2015, s. 22).

Stigmatizace v oblasti duševního onemocnění se týká především pacientů, kteří trpí schizofrenií. Většinová společnost sdílí názor a obraz o duševně nemocném, který se léčí na psychiatrii, aniž by rozlišovali různé typy poruch – zdá se jedná o psychózu či neurologické příčiny projevující se nemoci. Laik věří, že takový člověk je svému okolí nebezpečný, může být agresivní, je zcela nepředvídatelný, a je nutné si od něj držet odstup. Automaticky jsou mu připisovány vlastnosti a role blázna. Společnost se k takovému jedinci staví s odstupem, a vnímá negativně jeho vnější projevy, jako jsou výrazy, pohyby, způsob řeči či postoje (Ocisková, Praško, 2015, s. 28).

1.3 Mezinárodní klasifikace duševních poruch

V České republice se v současné době ke klasifikaci duševních poruch používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zkratka (MKN 10), která charakterizují skupinu znaků konkrétního psychického onemocnění, vyskytující se společně, jsou neoddělitelná od ostatních, a nemohou reprezentovat jinou nemoc (Probstová, Pěč, 2014, s. 21).

„Do této poměrně heterogenní skupiny, označované v MKN–10 symboly F 00–F 09, řadíme jak duševní poruchy vyniklé na základě morfologické (patologicko-anatomické) změny v mozku, tak poruchy psychické, které se objevily v důsledku jiných tělesných nebo tzv. systémových onemocnění, kdy je postižený celý organismus v důsledku například poškození

cévního systému či nedostatku některých hormonů nebo vitamínů“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 25).

Probstová, Pěč (2014, s. 24) uvádí výčet základních diagnostických kategorií duševních poruch podle MKN 10:

- F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20 – F29 Schizofrenie, schizoafektivní poruchy a poruchy s bludy
- F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50 – F59 Behaviorální syndromy 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 adolescenci
- F99 Nespecifikovaná duševní porucha

Tato klasifikace je jakýmsi vodítkem k rozlišování těch nejdůležitějších příznaků duševních poruch. Týká se znalostí symptomů, syndromů a diagnóz duševního onemocnění. Pro profesionála pracujícího s lidmi s duševním onemocněním je tedy nezbytné znát základy psychopatologie. Stejně tak jsou ale, pro pracovníky v oblasti psychiatrie a psychosociální rehabilitace, důležité podmínky a prostředí, ve kterém člověk žije (Probstová, Pěč, 2014, s. 21).

Přestože jsou klasifikační systémy většinou kritizovány, protože nejsou schopny obsáhnout všechny kategorie, tak jsou nezbytné pro orientaci v problematice duševního zdraví (Orel et al., 2012, s. 86).

2 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIE

„Schizofrenie je nemocí sta tváří – sto nemocných ukazuje sto odlišných obrazů téže nemoci“
(Orel et al., 2012, s. 115)

Pojem schizofrenie je přeložitelný jako „rozštěp mysli“, kdy toto onemocnění Schizofrenie jako mnohotvárné duševní onemocnění výrazně mění postoj a chování člověka ke skutečnosti. Vyznačuje se narušeným chováním, vnímáním, emocemi i chováním jedince.

Přestože zmínky o duševním onemocnění existují již od nepaměti, tak samotný pojem schizofrenie, tak starý není. S tímto pojmenováním přišel Paul Bleuler, v roce 1908, kdy vyvrátil předešlou teorii „o předčasné demenci“ od Emila Kraepelina“, který poukazoval na emocionální otupělost u pacientů, která se věkem progresivně zhoršuje, a to přisoudil organickému poškození mozku. Zatímco Bleuler zastával názor, že příčiny onemocnění jsou i psychického původu (Orel et al., 2012, s. 117-118).

Schizofrenie je komplexní, chronický, celoživotní stav charakterizovaný jako psychotická porucha. Psychóza je stav, ve kterém dochází k narušení reality a narušení myšlení. Tato neurologicko-vývojová porucha pramení z interakce mezi genetickými faktory, a těmi vyplývajícími z prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Poměr počtu existujících případů schizofrenie v běžné populaci je přibližně 1 %, přičemž 70 % jedinců zažívá první projevy ve věku mezi 15 a 35 rokem života. Projevy onemocnění se většinou vyvíjí pomalu, ale zákeřně. Jednotlivci mohou projevovat rostoucí nezáměr o své okolí a postupně se vzdalovat rodině a přátelům. Vzhled a osobní hygiena se mohou časem zhoršovat, stejně tak jako nevhodné chování nebo reakce. Projevy tohoto onemocnění způsobují problémy v zaměstnání, v sociálních vztazích, i v péči o sebe (Falvo, 2009, s. 227).

Současná medicína věří, že schizofrenie je onemocnění mozku, kdy se lékaři snaží lokalizovat poškození od někdejších tkáňových, až po chemické poruchy v metabolismu v mozku. Naproti tomu stojí názor, že toto duševní onemocnění je pouhou obrannou reakcí jednotlivce na tlak zvenčí, který způsobil, že uvízl v určité dětské zkušenosti, protože mu nebylo umožněno určit si vlastní sebepojetí. Někdy tzv. „uzavírání se“ probíhá postupně, kdy se jedinec brání aktivitám a kontaktu s nejbližším okolím a rodinou. Jindy zase dochází k náhlému uzavření, kdy jedinec přestane komunikovat a je zavřen ve svém vlastním světě. Nemocný je, i navenek, ve viditelném nesouladu a nerovnováze (Styx, 2003, s. 95).

Styx (2003, s. 94) uvádí, že: „*Stažení se je zvláštní, zdravým lidem obtížně postižitelný způsob, vzdalování se zraňující realitě, kdy zpravidla člověk může mluvit s druhými, ale cítíme, že nic nesděluje*“.

K diagnostikování onemocnění musí být příznaky schizofrenie přítomny po dobu alespoň jednoho měsíce. K typickým příznakům (Orel et al., 2012, s. 115) patří:

1. Poruchy vnímání – jsou typicky reprezentovány šalebnými vjemy – halucinacemi. Nejčastější jsou halucinované hlasy a dále slyšení vlastních myšlenek nebo jejich vnímání, vkládání či vysílání,
2. Poruchy myšlení – mohou se projevovat bludy. Převažují bludy kontrolovatelnosti, ovlivňování, pronásledování apod. (tedy paranoidní bludy) nebo bludy nepatřičné dané kultuře a době. V myšlení se mohou objevovat také zárazy, neologismy, inkoherece apod.,
3. Poruchy emocí – zahrnují nejčastěji emoční oploštělost, stažení se, ale může se objevit i chorobná excitace a vzrušenost,
4. Poruchy chování – představují vesměs ztrátu zájmů, apatii, nečinnost a bezcílnost. Můžeme se setkat s negativismem, stuporem, mutismem, voskovou ohebností a podobně.

V diagnostice se často také používá rozdělení příznaků na pozitivní, negativní a kognitivní. Mezi pozitivní příznaky patří takové, které se u zdravého jedince nenachází. Jedná se především o bludy a halucinace. Halucinace postihují všechny smysly. Mezi nejčastější patří sluchové halucinace, kdy jedinec s onemocněním může slyšet zvuky nebo hlasy, které k němu mohou hovořit, hovoří o něm nebo komentují jeho jednání. Velmi nebezpečné mohou být hlasy, které rozkazují nemocnému. Pod jejich vlivem může být nebezpečný jak sobě, tak svému okolí. Při zrakových halucinacích může člověk vidět různé barvy a tvary. Čichové halucinace jsou spojeny s chuťovými halucinacemi a projevují se tak, že nemocný cítí různé pachy, velmi často jsou spojené s bludy. Tělesné halucinace se projevují zvláštními tělesnými pocity (např. pálení, elektrizování aj.). Bludy jsou poruchy myšlení. Má většinou určitý vývoj, kdy na počátku je myšlenka, která se může později rozvinout v bludné přesvědčení. Mezi negativní příznaky patří například emoční oploštělost, celková apatie, poruchy pozornosti, ztráta vůle nebo poruchy nálad. Mezi kognitivní příznaky patří snížená schopnost pamatovat si nebo být schopen něco plánovat (Doubek et al., 2010, s. 17-18).

Rozdíly u pohlaví jsou pouze na počátku onemocnění, kdy u mužů se schizofrenie obvykle mezi 15. a 25. rokem života, zatímco u žen o něco později, okolo 25 ti až 30 ti let. Dřívější nastoupení nemoci může mít horší dopad do budoucnosti, jelikož se projeví v období neúplné psychosociální zralosti (Ocisková, Praško, 2015, s. 45–46). Něco o počátcích se zmíníme v následující podkapitole.

2.1 Premorbidní a prodromální období

Přestože se toto období chová velice nenápadně, a nemá specifický charakter, tak nápadnost v chování a způsob reagování, u některých jedinců, lze vyzorovat ještě před samotným onemocněním (Vágnerová, 2014, s. 330).

Jisté znaky premorbidního období můžeme vyzorovat již v dětství, ale v některých případech se nemusí projevit vůbec (Orel et al., 2012, s. 115). Propuknutí psychózy může předcházet prodromální období, jejichž signály mohou být následující (Vágnerová, 2014, s. 329-330):

- zvýšená zranitelnost – náchylnost k depresi, neschopnost projevit emoce, nezvládnutí úzkostí a vlastní impulzivitu;
- nápadné introvertní chování – sociální izolace, obtíže v mezilidských vztazích;
- omezená schopnost osamostatnění – výrazná fixace na známé prostředí, neschopnost přijímat změny;
- ztráta spontaneity – zhoršená koncentrace, nemluvnost;
- somatické stesky neurčitěho charakteru – potíže se spánkem a celkově snížená schopnost jakékoliv aktivity.

Příznaky onemocnění mohou být náhlé nebo pozvolné. Těsně před vypuknutím psychózy může nastat zhoršení symptomů, kdy se člověk záměrně izoluje od společnosti, neprojevuje žádné emoce nebo je naopak nepřiměřeně dráždivý, přestává se o sebe starat, začíná se chovat, z pohledu okolí, podivínsky (Vágnerová, 2014, s. 330).

2.2 Počátky schizofrenie v dětství a dospívání

Vágnerová (2008, s. 361) uvádí: „Obecně platí, že čím dříve se schizofrenie projeví, tím horší má prognózu“.

Dětská schizofrenie je vzácné onemocnění, které postihuje dvakrát více chlapců než dívek a vyskytuje se zhruba u 0,2 % dětské populace. V případě dětské populace mohou být důsledky mnohem vážnějšího charakteru, než když se projeví v pozdějším věku. Psychický vývoj dítěte může být narušen nebo opožděn, což může mít za následek poškození psychických funkcí, nebo úplný rozpad osobnosti. Tyto děti mají obtíže se socializací, samostatností a vzděláváním (Vágnerová, 2008, s. 361).

To, jak se onemocnění v dětském věku (obecně do 10 ti let) projevuje se neliší od projevů v adolescenci neb v dospělosti, ale je o to nebezpečnější, protože vzniká v období tzv. vývojových krizí, kdy jsou děti více zranitelné a dochází u nich k proměnám psychiky. Počátky onemocnění bývají většinou pozvolné, ale u dětí můžeme pozorovat drobné odchylky v chování – emoční labilitu, odtažitost až izolovanost. U chlapců mohou být projevy formou hyperaktivního a agresivního chování. Dívky jsou většinou samotářské (Vágnerová, 2008, s. 362).

Dle Vágnerové (2008, s. 362-364) lze projevy dětské schizofrenie pozorovat při narušení emočního prožívání a reagování, kdy je dítě přecitlivělé, úzkostlivé, s výkyvy nálad. Značně narušený může být i emoční vztah dítěte k sobě samému, nebo k okolí, který se projevuje apatií, náladovostí a celkovým nezájmem. Dalšími důležitými projevy jsou potíže s přijímáním a zpracováváním informací, což značí poruchu kognitivních funkcí. Současně mívají tyto děti obtíže s pozorností, jsou pomalejší v uvažování než jejich vrstevníci, mají potíže s přijímáním vlastní identity a nejrůznější strachy a obavy z normálních věcí. Svět kolem nich hodnotí většinou jako nepřátelský. Sluchové a zrakové halucinace se objevují jen v akutní fázi a většinou u dětí na prvním stupni základní školy, ne dříve. Problémy bývají spojené také s vyjadřováním a jejich spojení ve větách mohou být krkolomné a obsahující neologismy. Děti se schizofrenií se projevují nápadností v chování, což se může projevit impulzivními projevy, někdy i agresivními reakcemi nebo sebepoškozováním. Na situace, kdy je dítě nepochopeno, cítí se bezradně nebo v ohrožení, může reagovat nepřiměřeně. V důsledku přetlaku či úzkosti se tyto děti pomáhají prostřednictvím stereotypních aktivit a rituálů. Nejnápadnějším znakem v nápadnosti chování jsou odlišnosti v oblasti motoriky. Poruchy socializace, jsou typickým příkladem narušených vztahů k okolí, apatii, nezájmem o komunikaci s lidmi, izolovanost. Způsob jejich řeči je neobvyklý v jejich obsahu, i formě sdělování.

Pro hebefrenní schizofrenii, která je typická pro období dospívání, jsou typické projevy puberty a stejně tak nepředvídatelné změny chování. Diagnostika tohoto typu schizofrenie je komplikovanější než jiné, protože příznaky nemoci nemusí být vždy jednoznačné. K určení diagnózy je zapotřebí dospívajícího sledovat po dobu alespoň 2-3 měsíců (Vágnerová, 2014, s. 540).

2.3 Rozdělení schizofrenie

V této podkapitole se budeme zabývat čtyřmi základními typy schizofrenie, které se ale mohou vzájemně prolínat, a stejně tak se může lišit průběh onemocnění.

Paranoidní schizofrenie (F20.0) - u tohoto typu jednoznačně převládají bludy a halucinace, které mohou mít podobu hlasů, které ho kritizují, něco mu přikazují, nebo mu sdělují něco důvěrného. Někdy tyto hlasy nemluví přímo k nemocnému, ale o něm. Člověk s tímto onemocněním je podezřívavý ke svému okolí, má pocit, že je pronásledován, ohrožen nebo zničen. Tento typ schizofrenie se může projevit i v pozdějším věku, někdy okolo 40let (Vágnerová, 2014, s. 334).

Hebefrenní schizofrenie (F20.1) - tento typ schizofrenie je většinou velice nápadný a budící pozornost. Může být provázeno rádobou filozofickému rozjímání v oblastech náboženství, filozofie nebo metafyziky, která se neopírají o hlubší znalosti z těchto oblastí, slovní spojení jsou neobvyklá, a současně neodpovídají věku nemocného. U hebefrenní schizofrenie jsou projevy formou bizarních bludů a halucinace jsou častěji zrakové než sluchové, zatímco u paranoidní schizofrenie je tomu naopak. Typické u tohoto typu je tzv. hypomanická nálada, kdy se emoce podrážděnosti mohou střídat s nabuzením, depresemi, obavami a následnou apatií. Typické je také nepřiměřené, až dětské projevy chování. Tento typ schizofrenie se objevuje v období mezi 15 a 25 rokem života, kdy dochází k utváření osobnosti a zatížení, v podobě tohoto onemocnění, má za důsledek dětské sebepojetí a nestabilní základy. Tento typ schizofrenie nemá obvykle dobrou prognózu, díky rychlému rozvoji negativních symptomů (Vágnerová, 2014, s. 336-338).

Katatonní schizofrenie (F20.2) – u tohoto typu schizofrenie je nápadná zvýšená nebo neúčelná motorická aktivita. Produktivní forma se vyznačuje nadměrnou až nepřiměřenou aktivitou nebo opakováním slov a vět. Stuporózní forma se naopak projevuje zpomalením pohybu, které může vyústit až do nehybnosti. Nemocný ztrácí zájem o jakoukoliv činnost, je negativistický a vzhledem k hlasovým halucinacím, mohou být jeho reakce nepřiměřené (Vágnerová, 2014, s. 338).

Nediferencovaná schizofrenie (F20.3) – tento typ nelze zařadit do žádného z podtypů, přestože se jedná o psychotické stavy naplňující diagnostická kritéria pro schizofrenii. Je přítomno více symptomů, která naplňují daná kritéria, než ostatní specifikované typy onemocnění schizofrenie (Praško, 2013, s. 346).

Postschizofrenní deprese (F20.4) – depresivní stav se může objevit po odeznění schizofrenní ataky. Tyto depresivní stavy jsou často spojovány se zvýšením rizikem sebevraždy (Praško, 2013, s. 346).

Reziduální schizofrenie (F20.5) – je charakteristická negativními příznaky onemocnění, jako je snížená aktivita, otupělost nebo pasivita. Jedná se o příznaky, které často zůstávají po odeznění akutních příznaků schizofrenního onemocnění (Praško, 2013, s. 347).

Simplexní schizofrenie (F20.6) – pro tento typ schizofrenie je typický pokles výkonnosti a ztráta vůle. Nemocný je výrazně utlumený, nemá o nic zájem, nevykazuje žádné projevy emocí, je apatický, a cíleně se izoluje od společnosti. Jedinec se přestává starat sám o sebe, a i běžné činnosti mu činí potíže. Pro tento typ je charakteristický pokles psychických funkcí a výrazný úbytek energie.

2.4 Léčba

Léčba schizofrenie je dlouhodobý proces, při kterém dochází k různým proměnám u jedince. Střídají se zde akutní ataky s fázemi remise, mění se symptomy nemoci, a v mnoha případech je léčba kombinovaná (Vágnerová, 2008, s. 365).

Vhodná léčba by měla být kombinací postupů ovlivňující biologickou, psychologickou i sociální stránku nemocného, protože stejně jako příčiny vzniku onemocnění, ovlivňuje mnoho faktorů, tak i samotná léčba je vzájemně propojena (Probstová, Pěč, 2014, s. 54).

Biologická léčba u schizofrenie je zajištěna pomocí psychofarmak, která slouží k celkovému zklidnění projevů onemocnění. Zároveň zmírňují příznaky, které se projevují v akutních fázích nemoci. Podmínkou pro jejich účinnost je ovšem podmíněna pravidelností užívání léků (Vágnerová, 2008, s. 365).

Jako opatření k předcházení onemocnění je nutné antipsychotika užívat i několik let po odeznění příznaků nemoci. Bohužel 30–50 % klientů nedbá na doporučení psychiatrů, léky přestávají brát a hrozí u nich nebezpečí návratu příznaků. Z tohoto důvodu existuje možnost tzv. depotních dávek, které jsou podávány injekční formou a mají dlouhodobější účinnost, 2–4 týdny (Probstová, Pěč, 2014, s. 55).

Užívání antipsychotik sebou přináší i obavy z vedlejších účinků, kterými mohou být svalová ztuhlost, třes, snížení mimiky, útlumem aj. Tyto příznaky se mohou projevat u tzv. antipsychotik I. generace, které jsou postupně nahrazovány antipsychotiky II. generace. U těchto mohou být vedlejšími účinky zvýšená chuť k jídlu a z toho pramenící obezita, čehož se může rozvinout cukrovka, cévní onemocnění, obtíže se sexualitou nebo epileptické záchvaty (Prostová, Pěč, 2014, s. 55).

2.5 Pomocné terapie

Psychoterapie je nedílnou součástí přístupu a léčby duševních poruch, která přichází na řadu po odeznění akutních příznaků nemoci. Psychoterapeutická snaha má za cíl zmírnit nebo zcela odstranit potíže spojené s psychózou, pomoci najít v člověku ztracenou sebeúctu, sebedůvěru a získat nadhled nad situací ve které se člověk nachází (Orel et al., 2012, s. 224-225).

Orel et al., (2012, s. 226) uvádí: „*V psychoterapii je podstatné, kdo ji provádí, s kým se realizuje, čím a jak působí, na co se zaměřuje, čeho chce dosáhnout a co se při ní děje. Svou roli hraje rovněž motivace a spolupráce klienta*“.

Socioterapie se zaměřuje na individualitu klienta, kdy ho učí, že okolní svět není nepřátelství a současně podporuje jeho zdravé podvědomí o své osobě. Dalším úkolem socioterapie je podpora klienta při každodenních činnostech (úřady, lékaři, pošta aj.) a současně zjišťuje jaké udržuje sociální kontakty. Pomoc vychází z předpokladu, že klient se snaží začlenit zpět do společnosti a být její součástí. Socioterapie se také zabývá zacházením s vlastními potřebami, jako je potřeba jíst, spát, pracovat, právo na soukromí aj. Nezbytnou součástí je ohleduplnost, tolerance a ochota se přizpůsobit, z čehož vyplývá nutnost osvojení si pravidel, kterými se řídí většinová společnost. Klient by měl mít možnost si vyzkoušet různé oblasti sociálního a politického prostoru dané společnosti, aby zjistil, kde je pro něj jeho onemocnění překážkou a kde si bariéry vytváří on sám. Získání praktických zkušeností je neefektivnější pro jeho rozvoj a pozici ve společnosti (Mahrová et al., 2008, s. 92-93).

Režimová terapie je důležitá pro naučení se pevného řádu a dodržování hranic. Předem určený a pevný harmonogram běžných aktivit dává klientovi pocit bezpečí a jistoty. Jedná se o terapie, která je postavena na základech sociálního učení. Cílem režimové terapie je, aby si každý klient vytvořil vlastní program dne, který bude schopen dodržovat, nezapomínal na odpočinek a věnoval se činností, které dávají jeho životu smysl. V neposlední řadě, aby

se naučil vidět své chyby, nehodnotil je vždy negativně, dokázal se z nich poučit a uměl se pochválit (Mahrová et al., 2008, s. 94-95).

Péče o každodenní chod zařízení – úkolem této terapie je nácvik spolupráce s ostatními při aktivním podílení se na svěřených funkcích, v rámci chodu komunity. Klienti se učí dělat něco pro druhé a současně se zdokonalují v dovednostech spojené s plánováním, uvědomováním si vlastních kompetencí a znovunalezení sebedůvěry. Zároveň může být tento typ terapie, pro někoho zdrojem stresu, únavy a napětí, kdy klient dostává zpětnou vazbu v podobě kritiky, kterou se snaží zpracovávat. Cílem je získání praktických životních rolí, které odpovídají reálným možnostem klienta a ty ho naplňují (Mahrová et al., 2008, s. 95-96).

Volnočasové aktivity – aktivní vyplnění volného času je většinou problematické pro klienty s duševním onemocněním. Volnočasové aktivity mají část individuální, kde dochází u klienta k seberealizaci v oblasti zájmů a koníčků. A část, kde se realizují skupinové a společenské aktivity. Při těchto činnostech je důležitou součástí terapie nejen vlastní prožitek, ale také pocit sounáležitosti. Příkladem takových volnočasových aktivit mohou být pěší nebo cyklistické výlety, návštěva zoo nebo jiné kulturně-společenské akce. Cílem této terapie je, díky těmto zátěžovým programům, umožnit klientovi zjistit, jaký má vnitřní potenciál, najít hranici svých sil a naučit se pracovat v týmu.

3 VÝVOJOVÉ KRIZE

V souvislosti se schizofrenií v dětství a dospívání jsme, v předešlé kapitole, zmínili pojem tzv. vývojové krize, kdy slovo „krize“ vychází z řeckého *krisis* a znamená období zásadní pro prognózu zdravotního stavu. V důsledku dramatických událostí, v životě člověka, dochází k přechodnému narušení emoční rovnováhy a pocitu napětí. V případě, že se mu nedaří tuto situaci řešit, přes aktivní adaptační mechanismy a adaptační strategie, může dojít k rozvoji psychického onemocnění (Thorová, 2015, s. 35-36).

Slovo krize nám evokuje něco negativního, ale ne vždy tomu tak je. Pozitivní stránkou může být zdárné překonání krize, která člověka posílí, ten se stává odolnějším, silnějším a posouvá ho na vyšší vývojovou úroveň (Thorová, 2015, s. 36).

Thorová (2015, s. 37) uvádí: *„pokud se psychika člověka v konkrétním věkovém období dostane kvůli řešení typických vnitřních problémů a konfliktů do stavu nejistoty a tenze, hovoříme o tzv. vývojové krizi. Člověk přestane být schopen prožívat věci tak, jak byl zvyklý. Nedokáže přejít do vyššího stádia a začne hledat nové adaptační mechanismy, které by mu pomohly se s krizí vyrovnat“*.

3.1 Typy krizí a jejich vztah k duševnímu onemocnění

Pro určité věkové období člověka nebo určitou událost jsou typické krize, které jsou předvídatelné, očekávatelné a jedinec na ně reaguje přirozeně. Tyto krize nazýváme tranzitorní (přechodové) a dělíme je na:

- 1) Období vzdoru: spojené se sebeuvědomováním, u dětí kolem 2-3 let,
- 2) Krize pubertální, krize dospívání, krize identity: projevující se u dospívajících; ve věku 12-14 let; vyžadována vyšší míra autonomie a osamění,
- 3) Krize rané dospělosti: očekávání větší zodpovědnosti, odpovědnosti; období 20-25 let,
- 4) Krize třicátníků, krize Kristových let: přehodnocování dosavadních úspěchů a neúspěchů; v rozmezí mezi 28-35 let,
- 5) Krize středního věku: člověk je za polovinou života, pociťuje blížící se stáří; věk mezi 45-50 let,
- 6) Krize pokročilého stáří: pokles výkonnosti, nemoci a obavy ze smrti; ve věku 70-75 let.

3.2 Období střední dospělosti

Pro téma naší bakalářské práce nás zajímá právě tato skupina, střední dospělost, která probíhá v období mezi 35 a 50 rokem života. Člověk je vnímám společností jako aktivní, zkušený a zralý, který pokračuje v tom, co si naplánoval v mladé dospělosti. Uplatňuje své předchozí zkušenosti, v různých profesních oblastech, a je na vrcholu svých úspěchů. Jistá úskalí se ale začínají objevovat, a to v podobě například konkurence mladších kolegů v zaměstnání, což se projevuje zvyšujícím se požadavkem, na neustálé zdokonalování a upevňování schopností. S obdobím středního věku také souvisí zakládání rodiny, což může být zdrojem přetížení, v souvislosti s rodinnými i pracovními povinnostmi. Stres je velmi častou příčinou poklesu energie, inspirace, a může dojít až do fáze tzv. profesního vyhoření (Thorová, 2015, s. 445).

Za základní mezník v životě se pokládá 40. rok, který se obecně považuje za polovinu života. Dochází k bilancování a přehodnocování cílů, které si člověk stanovil, protože si uvědomuje, že některé se mu již nemusí podařit naplnit. Případné radikální změny životních plánů mohou být příjemné, ale také destruktivní. Změny ve středním věku se týkají nejen psychického stavu, ale i fyzického vzhledu, což může být hůře přijímáno osobami, které si na svém tělesném vzhledu vždy zakládaly. Ženy si na tyto změny zvykají obvykle hůře než muži, protože současná společnost je nastavená na rozdílné hodnocení u obou pohlaví, v tomto vývojovém období. Může se projevit úbytek fyzických sil, sexuální výkonnosti, zdravotní obtíže a u žen se snížení možnosti početí potomka. V této souvislosti jsou ženy konfrontovány, se zvyšujícím se věkem, mnohem výrazněji než muži (Thorová, 2015, s. 446).

3.3 Krize středního věku

Krize středního věku označuje období negativního emočního stavu, které je charakteristické pro střední věk. Jeden z prvních, kdo použil spojení „*krize středního věku*“ byl Elliot Jaques, který se domníval, že se objevuje 40. roku života a trvá přibližně 20 let. Člověk v tomto období rekapituluje svůj dosavadní život, vyjadřuje nespokojenost v oblasti vztahů, zaměstnání a zamýšlí se nad budoucností. U jedince se mohou objevit deprese, negativní myšlenky a otázky spojené se stárnutím (Hartl, 2010, s. 273).

Mezi chování typické pro krizi středního věku patří dle Thorové (2015, 446):

- znechucení z dosavadního způsobu života,

- rozvod nebo nové manželství,
- zvýšená touha po dalším dítěti,
- snaha skrýt běžné projevy stárnutí,
- nespokojenost s kariérou, nutkání udělat radikální změny,
- nadměrné obavy o svůj zdravotní stav,
- obavy ze sexuální výkonnosti,
- ztráta iluzí, nespokojenost, deprese, frustrace, bezmoc a stereotyp,
- obavy ze sexuální výkonnosti,
- problémové chování.

Na krizi středního věku je nahlíženo z různých perspektiv, z nichž jednou je:

- 1) Existencionální krize, která se vyznačuje odmítavým projevům stárnutí, dekompenzací psychického stavu nebo regresem. Člověk prožívá spoustu negativních emocí – pocit marnosti, beznaděje, únavu, celkovou nespokojenost nebo podrážděnost. V krajích případech se může stát, že tyto projevy vyústí až v psychické onemocnění vyžadující hospitalizaci (Thorová, 2015, s. 450).
- 2) Při aktivní formě středního věku má člověk potřebu dělat radikální životní změny; obětuje veškerý čas kariéře, případně péči o svůj vzhled; žije promiskuitním způsobem života. Zatímco u pasivní formy krize středního věku je člověk bez energie a chuti do života. Převládají pocity nudy, úzkosti, stereotypu, nespokojenosti, které mohou člověka dovést k užívání léků (na spaní, proti depresi), alkoholu či jiných návykových látek (Thorová, 2015, s. 450).

Krize středního věku neexistuje. Vedou se diskuze, zda vůbec něco jako „krize středního věku“ existuje, nebo je to pouze termín používaný pro období středního věku, kdy se rozpadají manželství, probíhá u nich změna zaměstnání, koníčků nebo jiná radikální změna. Tyto události v životě, ale vůbec nemusí souviset s blížícím se stárnutím. Podobné změny se totiž objevují i v jiných životních obdobích, aniž by člověk právě procházel nějakou psychosociální krizí (Thorová, 2015, s. 451).

4 SOCIÁLNÍ REHABILITACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Tato kapitola charakterizuje službu sociální rehabilitace, vysvětlí její úkoly a cíl. Závěr kapitoly se věnuje přístupu sociálního pracovníka k osobám s duševním onemocněním.

Kolář (2009, s. 5) uvádí, že: *„Sociální rehabilitace je proces, ve kterém pacient s dlouhodobým či trvalým zdravotním postižením absolvuje nácvik potřebných dovedností směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře s ohledem na jeho zdravotní postižení, a to za účelem co nejvyšší úrovně jeho sociálního začlenění“*.

V rozvoji sociální rehabilitace došlo po roce 1989, k čemuž přispěly zejména neziskové organizace, nadace a některá zdravotnická zařízení, která začala provozovat služby ve střediscích, kde je klienti mohou naučit základním dovednostem, v oblasti sebeobsluhy, soběstačnosti a orientace (Kolář, 2009, s. 5).

V zákoně č. 108/2006 Sb. O sociálních službách §70 jsou upraveny podmínky pro poskytování sociálních služeb a také jsou definovány základní činnosti poskytovaných sociálních služeb. Sociální rehabilitace se realizuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb. Tyto služby poskytují klientům pomoc s učením zvládat běžné úkony v péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, nácvik soběstačnosti, podporu pracovních návyků a dovedností. Dále sem patří také činnosti, které jsou zaměřené na výchovné, vzdělávací, aktivizační a sociálně – terapeutické činnosti. Sociální rehabilitace poskytuje také ekonomické zajištění, podporu při integraci a resocializaci, a v neposlední řadě také pomoc při uplatňování práv klienta, zájmů a osobních záležitostí. Cílem poskytované služby sociální rehabilitace je tedy dosažení co nejvyšší možné míry samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti v běžném životě osob se zdravotním postižením, s důrazem na rozvoj jejich specifických schopností a dovedností, posilování pracovních návyků a nácvik běžných úkonů nezbytných pro samostatný život.

Mahrová et al (2008, s. 44) definují cíl sociální rehabilitace jako: *„Pomoc lidem k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, a to rozvojem jejich schopností, dovedností a posilováním návyků potřebných pro samostatný život. Služba je určena osobám se zdravotním postižením, ale také osobám, které jsou ohroženy sociálním vyloučením z jiného důvodu, například etnické příslušnosti, chudoby či dlouhodobé nezaměstnanosti“*.

4.1 Překonání sociální izolace

Sociální izolace je častým problémem lidí s duševním onemocněním. Z důvodů jejich nemoci je pro ně obtížnější navazovat a udržovat mezilidské vztahy nebo jim projevy nemoci zpřetrhají již vybudované vazby. Omezení se v jejich případě může týkat také jejich fyzické a finanční situace, která je limituje v tom, aby mohli trávit čas venku a vytvářet nové sociální kontakty (Mahrová et al., 2008, s. 128).

Pěč, Probstová (2009, s. 15-16) tvrdí, že tato omezení jsou společná pro všechny osoby trpící závažnými duševními poruchami. Psychiatrické příznaky nemoci přichází a odchází ve vlnách, ale omezené v každodenním fungování je provází neustále. Tito lidé musí bojovat s nepříznivými okolnostmi v životě (jako například nízký příjem, absence sociální podpory aj.) a sociálními bariérami (například stigmatizace, nedosažitelné sociální cíle, nedostupnost úřadů a neprůhledná pravidla). Tendence vyhledávat pomoc ve svém okolí je minimální, i z důvodů, že osoby s duševním onemocněním mají menší sociální síť než zdraví lidé a hodnocení jejich života je většinou negativní. Paradoxem je, že si lidé trpící duševním onemocněním přejí stejné věci jako ti zdraví, a to je – zdraví, bydlení, dobré vztahy s rodinou a přáteli, partnerský život, práci, uznání u druhých a osobní rozvoj.

Ve velkém psychologickém slovníku od Hartl (2010) můžeme nalézt následující definici sociální izolace: *„Jedná se o mnohovýznamový pojem, který vedle prvního, samozřejmě významu absence sociálních kontaktů, interpersonálních vztahů, má specifické významy v rámci hlubinné psychologie. Sociální izolace je vědomé a záměrné vyčlenění jedince ze společnosti, např. rituálem vyobcování, který v některých společnostech nahrazoval trest smrti, za těžká provinění proti pravidlům a zákonům. Sociální izolace motivovaná subjektivně se týká strachu a úzkosti z mezilidských kontaktů, odporu a nechutí k vytváření interpersonálních relací, je to závažný psychopatologický projev“.*

4.2 Rozvíjení sociálních dovedností a schopností

Rozdělujeme dva typy postižení. Primární postižení (postižení vlastní duševní nemocí) a sekundární, které může nastat u jedince po hospitalizaci, kdy společnost jedince neakceptuje. Rehabilitace probíhající již v prostředí psychiatrického zařízení napomáhají při přesunu do domácího prostředí po hospitalizaci a současně mohou napomoci předejít hospitalismu, zvláště u jedinců, kteří jsou ohroženi dlouhotrvajícími nebo opakovanými návraty do léčebny. Nezbytnou součástí nemocniční péče jsou činnosti rozvíjející a aktivizující klienta v různých oblastech, jako např. pracovní terapie, muzikoterapie, biblioterapie, pohybové

aktivity, nácvik sociálních dovedností, nácvik vaření, skupinové terapie, ale také možnost odejít na pár hodin mimo prostředí léčebny, aby se klient připravil na návrat do svého původního sociálního prostředí. Po opuštění psychiatrické léčebny má klient možnost navštěvovat denní stacionáře, sociální centra nebo sociální rehabilitace (Mahrová et al., 2008, s. 130).

4.3 Chránění bydlení

Základní lidské potřeby tvoří – potřeba jistoty, bezpečí a soukromí. Všechny tyto potřeby můžeme zahrnout do pojmu – „domov“ nebo pro jiné „střecha nad hlavou“. Lidem s duševní poruchou brání jeho zdravotní stav v naplňování stav v naplňování těchto potřeb, a tedy žít nezávislým životem (Pěč, Probstová, 2009, s. 122).

V zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se §51 zmiňuje o chráněném bydlení jako pobytové službě se sníženou soběstačností z důvodů zdravotního nebo chronického onemocnění, včetně toho duševního, kdy je nezbytná podpora fyzické osoby. Chráněné bydlení má podobu skupinového, případně individuálního bydlení. Pomoc tu přichází v podobě poskytnutí nebo zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při chodu domácnosti, při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí.

Mahrová et al., (2008, s. 130-131) uvádí, že jednou z příčin nemožnosti uspokojování základních lidských potřeb může být dlouhodobá nebo opakovaná hospitalizace v psychiatrickém zařízení, kdy nemocný člověk zjišťuje, že je schopen žít pouze za zdi léčebny. Pro jiné je to domov pro seniory s psychiatrickou péčí či ústav sociální péče. Další z možností je bydlení ve společné komunitě nebo chráněné byty s podporou. Ideální je samozřejmě bydlení ve vlastním bytě s možností podpory asistenční služby, ale důležité je, aby měli tito klienti možnost vyzkoušet si jaká forma bydlení jim vyhovuje, nebo ještě lépe, jakou zvládají. Z důvodů rozdílných potřeb klientů je nutné mít k dispozici několik různých forem bydlení:

- Domy na půli cesty (komunitní bydlení). Dům, kde žije společně více klientů, kteří se podílejí na úklidu nebo vaření a mají daný určitý režim; terapeut je jim k dispozici většinou nepřetržitě; pobyt bývá časově omezen.

- Chráněné byty. Časově omezené bydlení, kde mají klienti možnost bydlet v samostatných či společenských bytech; mají podporu od asistenčních služeb, které jim jsou nápomocny při nacvičování návyků o vlastní osobu a v domácnosti.
- Podporované bydlení. Klient žije ve svém bytě a na asistenční službu se obrací pouze v případě potřeby.
- Sociální byty. Prospěšně zvláště pro malé lidi, kteří se chtějí osamostatnit.

4.4 Chráněná práce

Dle Mahrové et al., (2008, s. 132) nabízí chráněné dílny pracovní uplatnění prostřednictvím tzv. tréninkových resocializačních kaváren.

V zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v §67 se uvádí, že sociálně terapeutické dílny, jako ambulantní služba, jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení. Těmto osobám nelze nabídnout uplatnění na otevřeném trhu práce. Smyslem této služby je zdokonalování a podpora těchto osob v sociálně pracovní terapii.

Služba obsahuje:

- pomoc při osobní hygieně,
- zajištění stravy,
- nácvik samostatnosti, soběstačnosti a začlenění do společnosti,
- podpora při získávání a zdokonalování pracovních návyků.

Klienti se učí starým řemeslům jako košíkářství, výrobě svíček, tkaní, práce se dřevem, drátování, výrobě ručního papíru, práce s keramikou, se sklem aj. Finanční ohodnocení v chráněných dílnách jsou buď žádné nebo minimální, ale o to více ukazují smysluplnost práce. Matoušek et al., (2005, s. 148–149) uvádí, že sociální izolace je jedním z problémů lidí s duševním onemocněním – pracovní rehabilitace znamená opětovné začlenění se do společnosti. S klienty se pracuje individuálně a je důležité přihlídnout na omezení a překážky, které by mohly bránit v jejich postupné adaptaci. V chráněných dílnách se pod vedením sociálních pracovníků učí základní pracovní návyky – dodržování času, docházky, schopnost soustředit se na činnost a vypořádat se s různými typy zátěže.

Neziskové organizace, které poskytují chráněné dílny, se snaží alespoň částečně kompenzovat náklady na pořízený materiál plus energii tím, že některé druhy výrobků

(například z keramiky, svíčky nebo košíky) prodávají široké veřejnosti (Mahrová et al., 2008, s. 132).

4.5 Podporované zaměstnání

Další forma pracovního uplatnění je v rámci přechodného a podporovaného zaměstnání, které je v současné době již v běžné nabídce pracovního uplatnění, a tvoří tak přirozenou integraci mezi zdravé osoby. Podpora ze strany sociálního pracovníka je pouze v nezbytně nutných případech. U přechodného zaměstnání je tato pomoc poskytována po dobu půl roku, kdy by si během této doby klient měl osvojit pracovní návyky a ty posléze využít na trhu práce. U podporovaného zaměstnání není pomoc ze strany sociálního pracovníka časově omezena a klienti se na ně mohou obracet v případech týkající se pracovní smlouvy, absence, nevládnutí pracovních norem aj. (Mahrová et al., 2008, s. 132).

Definici o zaměstnávání občanů se změněnou pracovní schopností najdeme v zákoně č. 450/1992 Sb. o zaměstnanosti, pod §21, kdy je občanem se změněnou pracovní schopností ten, kdo má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav omezenou možnost pracovního uplatnění; občany se změněnou pracovní schopností jsou též poživatelé důchodů podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, pokud jim zachovaná pracovní neschopnost dovoluje pracovní uplatnění; je poživatelem částečného invalidního důchodu nebo byl uznán částečně invalidní; občan s těžším zdravotním postižením, který má mimořádně omezenou možnost pracovního uplatnění, popřípadě se může uplatnit ve zcela úzkém okruhu zaměstnání a za mimořádně upravených podmínek; občané s těžším zdravotním postižením je vždy invalidní, který je schopen vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek.

4.6 Přístup sociálního pracovníka k osobám s duševní poruchou

Základním předpokladem sociálního pracovníka pro práci s osobami trpící duševním onemocněním je umění komunikovat, vzájemná důvěra a respekt. Při práci s takovými klienty je nutná schopnost předvídat situace, které mohou být ovlivněné narušeným vnímáním reality u jedince. Více než posuzování jejich neobvyklých reakcí nebo chování, je vhodné zaměřit se na chápavý přístup ze strany sociálního pracovníka (Mahrová et al., 20228, s. 126–128).

Probstová, Pěč (2014, s. 57) uvádí, že při práci s lidmi trpící duševním onemocněním, schizofrenii konkrétně, je důležité, aby sociální pracovník přihlédl k následujícím

skutečností. Nabízená podpora by měla být empatická – tedy taková, aby ji klient přijal za svou a mohl ji později aplikovat při běžných úkonech v každodenním životě. Je to tedy podpora chtěná a žádaná. Naopak neempatická podpora vzniká v případech, kdy je nabízené pomoci nadmíru a klient o ni vlastně nestojí, anebo je podpory naopak velmi málo. Práce sociálního pracovníka spočívá v činnostech zaměřujících se nejen na přímé intervence, ale jde také o správné nasměrování pomoci, ke klientovi (rodina, přátelé, služby, sociální zabezpečení, zdravotnické služby).

Projevy osob s duševním onemocněním mohou být velice mnohotvárné – někdy mohou být tyto lidé vztahovační a odměření, jindy zase přehnaně komunikativní a je téměř nemožné „držet s nimi krok“. Jejich slovní projev se může projevat v opakování stejných slovních spojení nebo vět. Klient může také nabít přesvědčení, z podstaty své nemoci, že je v ohrožení života z důvodů pronásledování apod. V takových situacích sociální pracovník nesoudí svého klienta, ale snaží se ho uklidnit a zmírnit jeho napětí a obavy (Mahrová et al., 2008, s. 128).

Jeden z hlavních předpokladů sociálního pracovníka při práci s klientem s duševním onemocněním je přehled a znalosti v oblasti základní psychopatologie duševních nemocí a při své práci na ně brát zřetel. Takový pracovník je tedy schopen rozpoznat, kdy se jedná o klienta ve stabilizovaném stavu, a naopak takového, který přichází, když se u něj již projevují příznaky duševního onemocnění (Mahrová et al., 2008, s. 126).

5 ZÁVĚR

Cílem teoretické části práce bylo přiblížit problematiku duševního onemocnění, zaměřili jsme se na schizofrenii a okrajově se zmínili o této nemoci projevující se zejména v dětství a období dospívání. Věnovali jsme se také období středního věku, které je pro nás podstatné při této práci, jako věkovému ohraničení u respondentů, které jsme vybírali při vytváření empirické části. V závěrečné kapitole jsme se věnovali principům a cílům sociální rehabilitace, popsali podporu osobám s duševním onemocněním v oblastech bydlení a hledání pracovního uplatnění. Práci uzavírá podkapitola o přístupu sociálního pracovníka k osobám s psychózou.

Následující část práce bude zaměřena na výzkum praktického využití služeb sociální rehabilitace a to především, v oblasti individuální práce s klientem, plnění jeho stanovených cílů, navazování sociálních vztahů, pomoc s hledáním bydlení a zaměstnání.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ DESIGN

Cílem mé bakalářské práce je poukázat na význam sociální rehabilitace a objasnit, jaký vliv má tato sociální služba na zvýšení kvality života dospělého duševně nemocného člověka, v období středního věku, v oblastech jeho individuálních potřeb, sociálních – mezilidských vztahů, v oblasti samostatného bydlení a pracovního uplatnění.

V následující části se zabýváme realizací výzkumu a jeho vyhodnocením. Vymezíme si hlavní cíl výzkumného problému a výzkumné otázky. Dále si definujeme výzkumný soubor a metody, které jsme použili při sběru dat pro výzkumné šetření této práce.

V empirické části navážeme na teoretické informace a zaměříme se na služby sociální rehabilitace Horizont Kroměříž.

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaké jsou přínosy jednotlivých oblastí sociální rehabilitace, u dospělých středního věku s duševním onemocněním, prostřednictvím ambulantní nebo terénní podpory.

6.2 Dílčí výzkumné cíle

1. Zjistit, v jakých oblastech je, dle názoru respondentů, podpora ze strany sociálních pracovníků, vycházejících z individuálních potřeb klientů, nejefektivnější.
2. Zjistit, zda docházka do zařízení, poskytující sociální rehabilitace, napomohla ke změnám v oblasti sociálních – mezilidských vztahů.
3. Zjistit vliv sociální rehabilitace na kvalitu, případně zlepšení, života klientů docházející na sociální rehabilitaci, v oblasti samostatného bydlení.
4. Zjistit, v jakých aspektech pozorují klienti podporu, v rámci sociální rehabilitace, v oblasti pracovního uplatnění.

6.3 Dílčí výzkumné otázky

1. V jakých oblastech sociální rehabilitace je, dle názoru respondentů, podpora ze strany sociálních pracovníků, vycházejících z individuálních potřeb klientů, nejefektivnější?

2. Jakým změnám v životě, v oblasti sociálních – mezilidských vztahů, napomohla docházka do zařízení poskytující sociální rehabilitaci?
3. Jak vnímají klienti, docházející do zařízení, vliv sociální rehabilitace na kvalitu, případně zlepšení jejich života, v oblasti samostatného bydlení?
4. V jakých aspektech pozorují klienti podporu, v rámci sociální rehabilitace, v oblasti pracovního uplatnění?

6.4 Pojetí výzkumu

Pro zvolenou cílenou skupinu, dospělých středního věku s duševním onemocněním jsme zvolili kvantitativní metoda výzkumného šetření.

Při hledání vhodné metody zkoumání jsme vybrali dotazník, který se zdál být vhodný pro měření kvality života osob s duševním onemocněním.

6.5 Popis výzkumného souboru

Dotazování jsem prováděla v zařízení sociální rehabilitace Horizont v Kroměříži a Horizont Zlíně. Respondenti byli seznámeni s cílem mé práce, byli ujištěni, že dotazník je anonymní a nabídla jsem jim pomoc v podobě zodpovězení případných dotazů týkajících se vyplňování.

Výzkum probíhal v měsících leden a únor 2020.

O sociální rehabilitaci Horizont, kde byl průzkum prováděn, je více uvedeno v následující podkapitole této praktické části bakalářské práce.

6.6 Služby sociální rehabilitace Horizont Kroměříž, Zlín

Sociální rehabilitace Horizont v Kroměříži a ve Zlíně spadají pod CSP Zlín, která je neziskovou organizací a jejíž hlavní činností je poskytování sociálních služeb. Doplňkovou činností je provozování chráněných dílen a pracovišť.

Posláním sociální rehabilitace Horizont v Kroměříži je podpora a pomoc dospělým lidem s duševním onemocněním znovu nalézt a využít vlastní síly k naplnění života v oblasti pracovního uplatnění, bydlení, vztahů a zájmů. Sociálně služba je určena dospělým osobám od osmnácti let s duševním onemocněním z okruhu psychóz ve stabilizovaném stavu.

Cíle služby:

1. Cíle služby je podpora a samostatnost uživatelů v oblasti práce, samostatného bydlení, navazování partnerských vztahů, udržování rodinných vztahů, péče o své zdraví a života s nemocí.
2. Podpora uživatelů před, během studia nebo při jeho dokončení a při jiných vzdělávacích a aktivizačních činnostech.
3. Pomoc s prosazováním a obhajováním práv uživatelů.
4. Podpora integrace uživatelů prostřednictvím kulturních, sportovních a společenských akcí.
5. Podpora při hledání přítel a plánování volného času.
6. Podpora při péči o vlastní osobu, soběstačnost.

Zásady poskytované služby:

- a) Respekt k odlišnému vnímání reality uživatele vyplývající z jeho duševního onemocnění.
- b) Přístupem pracovníků respektovat práva a oprávněné zájmy člověka.
- c) Individuální přístup k uživateli služby.
- d) Nevytvářet u uživatele způsobem poskytování služby závislost na službě.
- e) Podporovat přirozený způsob života a sociální začleňování uživatele.
- f) Respektovat individuální potřeby, cíle a schopnosti uživatele.
- g) Podporovat samostatnost, aktivitu a nezávislost uživatele.
- h) Nepodceňovat uživatele, tj. nepomáhat tam, kde stačí podpora.
- i) Vzájemně se tolerovat a důvěřovat si.

6.7 Způsob zpracování dat

Následující kapitola je zaměřena na vyhodnocení výzkumného šetření z dotazníků. Celkem se tohoto šetření zúčastnilo 90 respondentů, přičemž 9 z těchto dotazníků bylo vyřazeno, jelikož nesplňovaly podmínky k vyhodnocení (věkové ohraničení, neuvedený žádný konkrétní cíl v rámci sociální rehabilitace nebo psychické rozpoložení respondenta). Osloveni byli klienti, kteří dochází služby na sociální rehabilitace ambulantně, nebo ji

využívají v rámci terénní služby. Spolupracovala jsem s klienty sociální rehabilitace Horizont v Kroměříži a ve Zlíně. Odpovědi byly zaznamenávány do dotazníkových archů, které byly poté zpracovány v programu Excel, pro jejich lepší přehlednost.

Otázky v dotazníku jsme rozdělili podle dílčích otázek. Otázky v dotazníku (5, 6, 7, 8, 9, 10) byly zaměřené na individuální potřeby klientů docházející do sociální rehabilitace.

Otázky v dotazníku (11, 12, 13, 14) byly zaměřeny na oblast sociálních – mezilidských vztahů.

Pomocí otázek v dotazníku (15, 16, 17, 18) jsme zjišťovaly podporu sociální rehabilitace v oblasti samostatného bydlení.

Otázky v dotazníku (19, 20, 21, 22, 23) se týkaly podpory pracovního uplatnění.

6.8 Pilotáž a předvýzkum

Před samotným výzkumem jsme provedli předvýzkum, který nám pomohl s redukcí množství otázek, jelikož jsme zjistili, že původní verze dotazníku byla příliš dlouhá a respondenti se nedokázali plně soustředit na závěrečné otázky. Původních 30 otázek jsme tedy zkrátali na 24, přičemž poslední dvacátá pátá byla otevřená a dotazovaní měli možnost vyjádřit svůj názor na služby sociální rehabilitace.

Účelem pilotáže bylo také zjistit, zda respondenti rozumí zadaným otázkám, což se nám osvědčilo, protože některé z otázek nebyly na první přečtení příliš jasné a bylo nutné je zjednodušit.

Pro předvýzkum jsme si vybrali 7 respondentů rozdílných věkových kategorií a od obou pohlaví a probíhalo v prostorech sociální rehabilitace Horizont, v Kroměříži a ve Zlíně.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole se budeme věnovat výzkumu, kterého jsme dosáhli vyhodnocením odpovědí respondentů na předložené otázky v dotazníku.

7.1 Analýza jednotlivých otázek v dotazníku

Dotazník byl rozdělen do čtyř hlavních částí. Úvodní čtyři otázky v dotazníku jsou všeobecné, mapují respondenty podle pohlaví, věku a délky docházení do sociální rehabilitace. Otázka na omezení svéprávnosti je nepovinná. První hlavní část otázek v dotazníku je zaměřena na individuální potřeby klientů, následují otázky zaměřující se na oblast sociálních (mezilidských) vztahů, oblast samostatného bydlení a poslední část dotazníkového šetření zkoumá podporu klientům pracovního uplatnění v rámci sociální rehabilitace.

7.1.1 Demografické údaje

První dvě otázky dotazníkového šetření se týkala demografických údajů, tedy týkající se pohlaví a věku respondentů. Chráska (2016, s. 163) uvádí: *“Položky zjišťující fakta zpravidla nevyžadují velkou námahu při odpovídání, a proto se často používají jako úvodní položky dotazníku. Užívají se však i v průběhu dotazování, aby si respondent odpočinul od náročných otázek. Položky zjišťující fakta bývají velmi často dichotomické (typ ano – ne). Mezi položkami zjišťující patří i otázky na demografické údaje (věk, pohlaví, zaměstnání, složení rodiny, sociální postavení apod.)“*.

Otázkou č. 1 jsme zjišťovali kolik mužů a žen se zúčastnilo šetření. Tato otázka je pouze informativního charakteru a nemá vliv na výsledky našeho výzkumu.

Otázka zněla: *Jste muž nebo žena?*

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A muž	37	0,456 = 45 %
B žena	44	0,543 = 54 %
Celkem	81	0,999

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Z tabulky je patrné, že více odpovědí z celkového počtu tvořily ženy 44 což je (54 %) a 37 mužů, což je (45 %). Dotazníkového šetření se nezúčastnili úplně všichni klienti docházející do sociální rehabilitace Horizont v Kroměříži a ve Zlíně, ale lze předpokládat, že ženy využívají tyto služby častěji než muži. Rozdíly výsledků jsou u této otázky minimální.

V otázce č.2 jsme zjišťovali, počet mužů a žen ve věkovém rozmezí mezi 35 až 50 lety, kteří se podrobili šetření. Dle Thorové (2015) je toto časové mezidobí mezi 35 až 50 rokem života charakterizováno jako období středního věku.

K vyhodnocení jsme zvolili tři hlavní věkové skupiny a současně výsledky rozdělili podle pohlaví (viz. tabulka č.2), kdy jsme ze získaných písemných odpovědí (věk respondentů) stanovily hodnoty. Rozdělení na muže a ženy nemá vliv na výsledky našeho šetření.

Otázka zněla: *Jaký je Váš věk?*

Věkové rozmezí	Muži	Muži %	Ženy	Ženy %	Celkem M+Ž
35-39	10	27	21	48	31
40-44	13	35	13	29	26
45-50	14	38	10	23	24
Celkem	37	100	44	100	

Tabulka 2 Věk respondentů, muži a ženy

Z tabulky vyplývá, že šetření se zúčastnilo 10 (27 %) respondentů mužského pohlaví, ve věku mezi 35-39 let, dále bylo mužů ve věku 40-44 let 13 (35 %) a muži ve věku 45-50 let 14 (38 %). Nejvíce respondentů mezi muži bylo tedy ve věku 45-50 let.

Žen ve věkovém rozpětí 35-39 let se zúčastnilo šetření 21 (48 %), ve věku mezi 40-44 to bylo 13 (29 %) žen a 10 (23 %) žen ve věku mezi 45-50 let. Nejvíce respondentů mezi ženami bylo ve věku 35-39 let.

Z celkového počtu dotazovaných to bylo tedy 31 dotazovaných (mužů i žen) ve věku 35-39 let. Ve věku 40-44 let se zúčastnilo 26 (mužů a žen) a 24 respondentů (mužů i žen) ve věku 45-50 let. Z celkového počtu dotazovaných bylo tedy nejvíce ve věku 35-59 let (bez ohledu na pohlaví) respondentů využívající služby sociální rehabilitace.

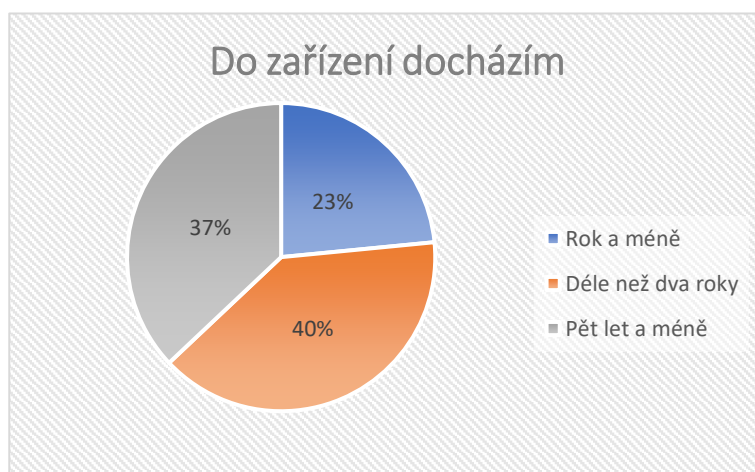
Otázkou č.3 jsme zjišťovali, jak dlouho dochází respondenti do zařízení sociální rehabilitace. Pro lepší přehlednost uvádíme tabulku (č.3) i graf (č.1).

Otázka zněla: *Jak dlouho docházíte do zařízení sociální rehabilitace?*

Délka docházení	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1 rok a méně	19	23
2 roky a více	32	40
5 let a více	30	37

Tabulka 3 Jak dlouho docházíte do zařízení?

Jak vyplývá z tabulky, tak z celkového počtu respondentů dochází do sociální rehabilitace 19 (23 %) dotazovaných „rok a méně“, 32 (40 %) respondentů odpovědělo, že dochází „dva roky a více“, 30 (37 %) dotazovaných uvedlo, že „pět let a více“ využívají služeb sociální rehabilitace.



Graf 1 Jak dlouho docházíte do zařízení?

Jak vyplývá z grafu, tak do zařízení sociální rehabilitace dochází největší počet respondentů déle než dva roky, následují klienti, kteří navštěvují rehabilitaci pět let a méně a nejméně respondentů dochází rok a méně.

Otázka č.4 byla pouze informativního typu a respondenti měli možnost na otázku neodpovídat. Všichni z dotazovaných ovšem vybrali jednu z nabízených možností.

Juříčková (2014, s.1) říká: „*Opatrovnictví je společenskou institucí, která má za úkol chránit dospělé osoby, jež byli uznáni společností jako nezpůsobilý k určitým právním úkonům a potřebují pomoc jiné fyzické nebo právní osoby při rozhodování. Přešli lidé s duševní poruchou zbaveni svéprávnosti kompletně, což bylo změněno a nyní se přistoupilo k určité autonomii a tyto osoby jsou zbaveny svéprávnosti jen v určitých právních úkonech*“.

Otázka zněla: *Jste omezen/a v nějakém směru na svéprávnosti?*

Svéprávnost/omezení	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ano	43	53
Ne	38	46,9

Tabulka 4 Jste omezen v nějakém směru na svéprávnosti?

Z tabulky vyplývá, že odpověď „ano“ zvolilo 43 (53 %) dotazovaných a 38 (47 %) vybralo odpověď „ne“.

Otázka č. 5 až 10 jsou zaměřeny na individuální plánování u respondentů docházejících do zařízení.

V zákoně č. 108/2006 o sociálních službách je v §2 definice: „*Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování*“ Pištorová et al (2011, s. 164-165).

Otázkou č. 5 jsme zjišťovali, jak jsou respondenti spokojeni se sociálním pracovníkem, který jim byl přidělen.

Vítová, M. et al. (2011, s. 115) uvádí:“ *Klíčovým pracovníkem je nazývám zaměstnanec poskytovatele, který je na základě zákona o sociálních službách určen každému jednomu uživateli pro individuální plánování průběhu sociální služby a pro hodnocení naplňování osobních cílů*“.

Otázka zněla: *Jste spokojen/a se sociálním pracovníkem, který Vám byl přidělen?*

Spokojenost se soc. pracovníkem	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
ano	60	74,0
spíše ano	18	22,2
ne	2	2,4
spíše ne	-	-
nevím	1	1,2

Tabulka 5 Jste spokojeni se svým klíčovým pracovníkem?

Podle tabulky zvolilo odpověď „ano“ 60 respondentů (74 %), tudíž jsou spokojeni se svým klíčovým pracovníkem, odpověď „spíše ano“ napsalo 18 respondentů (22,2 %), nespokojeni jsou 2 respondenti (2,4 %), „spíše ne“ nezvolil nikdo a 1 (1,2 %) z dotazovaných napsal, že „neví“, zda je spokojený se svým klíčovým pracovníkem.

Na **otázku č. 6** odpovídali jen ti respondenti, kteří vyplnili „ne“, tedy nejsem spokojený se svým klíčovým pracovníkem. V dotazníku jsem požádala respondenty, zda by mohli uvést důvody své nespokojenosti.

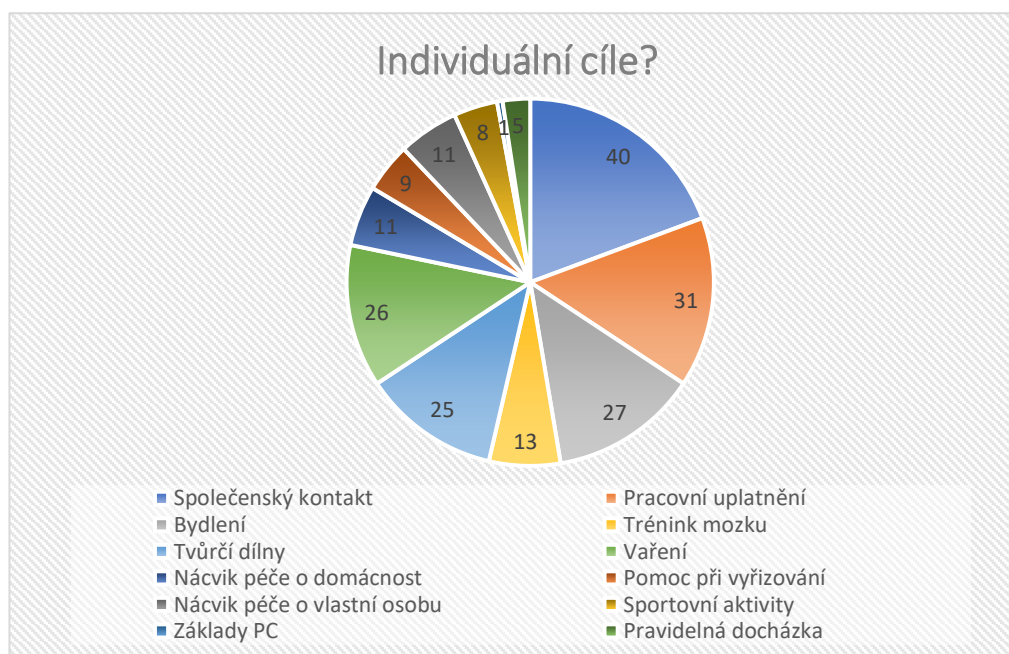
Jeden z dotazovaných uvedl, že není spokojený, protože si s ním jeho klíčový pracovník málo povídá. Druhý napsal, že důvodem jeho nespokojenosti je přístup sociálního/klíčového pracovníka k jeho/její osobě.

U otázky č. 7 jsme se snažili zjistit, jaké cíle si stanovili klienti (naši respondenti) na počátku docházení do sociální rehabilitace. Pro větší přehlednost jsme vytvořili tabulku (tabulka č. 6) a graf (graf č. 2) stanovených cílů od nejčastějších, po ty méně časté.

Otázka zněla: *Jaké cíle jste si stanovil/a?*

Individuální cíle	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Společenský kontakt	40	49,3
Pracovní uplatnění	31	38,2
Bydlení	27	33,3
Trénink mozku	13	16,0
Tvůrčí dílny	25	30,8
Vaření	26	32,0
Nácvik péče o domácnost	11	13,5
Úřední záležitosti	9	11,1
Nácvik péče o vlastní osobu	11	13,5
Sportovní aktivity	8	9,8
Základy PC	1	1,2
Pravidelná docházka	5	6,1

Tabulka 6 Individuální cíle



Graf 2 Individuální cíle

Nejčastějším cílem byl vyhodnocen společenský kontakt, který napsalo celých 40 (49,3 %) dotazovaných, což svědčí o tom, že u klientů sociální rehabilitace je velice důležitá možnost být součástí nějakého společenství lidí. Další velkou skupinu tvoří klienti, kteří přichází do sociální rehabilitace, protože potřebují pomoc s hledáním zaměstnání a vše s tím spojené. Tento cíl uvedlo 31 (38,2 %) respondentů. Srovnatelně velké množství je u klientů, kteří potřebují pomoc s bydlením, v nejrůznější podobě, 27 (33,3 %) respondentů. Naučit se základy vaření je velice oblíbené, v rámci sociální rehabilitace, a to u 26 (32 %) klientů. Následuje tvůrčí dílna, která nabízí možnost vyrobit si výrobky z hlíny, naučit se šít, vyšívát, plést košíky nebo práci se dřevem, u 25 (30,8 %) odpovídajících. Nácvik kognitivních funkcí (trénink mozku) je oblíbené, bez rozdílu věku či pohlaví. Objevilo se u 13 (16 %) respondentů. Nácvik péče o domácnost a péče o vlastní osobu se po vyhodnocení dotazníku objevilo u 11 (13, 5 %) odpovídajících. Pomoc s vyřizováním úředních záležitostí se vyskytlo v odpovědích u 9 (11,1 %) respondentů. Jako individuální cíl účastnit se sportovních aktivit v rámci sociální rehabilitace napsalo 8 (9,8 %) odpovídajících. Za cíl pomoc s pravidelnou docházkou uvedlo 5 klientů (6,1 %) a 1 klient (1,2 %) si dal za cíl naučit se základům na počítači.

Otázkou č. 8 (navazující na předešlou otázku č. 7) jsme zkoumali, zda se u klientů podařilo již dosáhnout nějakého z cílů, které si stanovili na počátku docházení do sociální rehabilitace. Opět jsme pro přehlednost zvolili tabulku (č. 7).

Otázka zněla: *Napadá Vás nějaký cíl, který jste si stanovil/a na počátku docházení do služeb sociální rehabilitace, a se kterým Vám pomohl Váš klíčový pracovník?*

Dosažený cíl	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pracovní uplatnění	17	20,9
Vaření	14	14,8
Společenský kontakt	11	13,5
Bydlení	9	11,1
Péče o domácnost	7	8,6
Vyřizování na úřadech	7	8,6
Pravidelná docházka	5	6,1
Nácvik kognitivních funkcí	2	2,4
Nácvik péče o vlastní osobu	5	6,1
Tvůrčí dílny	4	4,9

Tabulka 7 Cíl, který jste si stanovil/a na počátku docházení do zařízení

V souvislosti s pracovním uplatněním se podařilo naplnit cíle u 17 ti (21 %) respondentů z celkového počtu. Jako úspěšné vyhodnotili respondenti také základy vaření a to 14 (15 %) dotazovaných. Za přínosné, v rámci sociální rehabilitace, zhodnotili respondenti také společenský kontakt a to u 11 ti (13 %) dotazovaných. Péče o domácnost a pomoc s vyřizováním úředních záležitostí vyhodnotilo 7 klientů (9 %). Zlepšení v rámci pravidelné docházky do sociální rehabilitace vyhodnotilo 5 (6 %) dotazovaných, stejný počet klientů odpovědělo i v případě pomoci s nácvikem péče o vlastní osobu. Naplnění cíle v rámci tvůrčí dílny vyhodnotili 4 (5 %) klienti a nácvik kognitivních funkcí (trénink mozku) hodnotili jako naplněný cíl 2 klienti docházející na sociální rehabilitaci.

Otázkou č. 9 zjišťujeme, jaká (předem daná tvrzení) jsou, dle respondentů, důležitá při práci sociálního pracovníka s klientem, abych jejich spolupráce byla co nejlepší. Odpovídající měli odpověď obodovat, na stupnici 1 až 5, přičemž 1 – nejdůležitější, 2 – hodně důležitá, 3 – důležitá, 4 – méně důležitá, 5 – nedůležitá. Pro lepší přehlednost uvádíme tabulku (č. 8). Dotazovaní měli bodově ohodnotit každé tvrzení podle uvedených hodnot.

Otázka zněla: *Které z následujících tvrzení, pomáhají při plnění stanovených cílů, aby spolupráce mezi Vámi a sociálním pracovníkem byla co nejlepší?*

	1	2	3
Vztah a způsob jednání	68	11	2
Vědomosti pracovníka	62	11	5
Pocit bezpečí	65	9	7
Schopnost naslouchání	75	5	1
Respektuje mé potřeby	76	5	-

Tabulka 8 Tvrzení při plnění stanovených cílů k co možná nejlepší spolupráci se sociálním pracovníkem

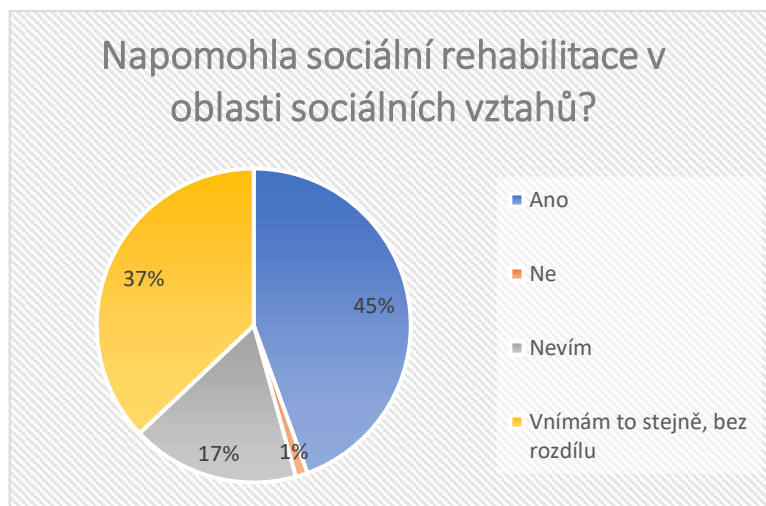
Z tabulky můžeme vyčíst, že „*Vztah a způsob jednání ze strany sociálního pracovníka ke mně*“ bylo vyhodnoceno 68x jako nejdůležitější, 11x jako hodně důležité a ve 2 případech jako důležité. Na otázku „*Vědomosti sociálního pracovníka*“ odpovědělo 62 dotazovaných, že ji považují za nejdůležitější, 11 z respondentů jako hodně důležitou a 5 odpovědělo, že je důležitá. „*Pocit bezpečí, který ve mně budí*“ vyhodnotili respondenti v 65 ti případech jako nejdůležitější, 9x jako hodně důležitou a 7x jako důležitou. „*Schopnost naslouchání ze strany sociálního pracovníka*“ se objevilo 75x jako nejdůležitější, 5x jako hodně důležité a 1x jako důležité. Odpověď na otázku, zda „*Respektuje mé potřeby*“ odpovědělo 76 dotazových, že je nejdůležitější a 5 dotazovaných, že ji považují za hodně důležitou. Možnost méně důležitá (4) a nedůležitá (5) se neobjevili u žádného z nabízených tvrzení. Hodnoty 4 – méně důležitá a 5 – nedůležitá respondenti nepoužili u žádného z tvrzení.

Otázkou č. 10 jsme se ptali respondentů, zda souhlasí s tvrzením, že se sociální pracovníci snaží o to, aby byly jejich individuální cíle naplněny. U 75 ti (93 %) respondentů byla odpověď „ano“, 2 (2 %) z nich odpověděli že „ne“ a 4 (5 %) odpověděli „nevím“.

Otázky v dotazníku č. 11 až 14 jsme směřovali k zjištění, zda docházení do sociální rehabilitace nějak napomohlo ke zlepšení v oblasti sociálních vztahů klientů.

Otázka č. 11 byla zaměřena na zjištění, zda sociální rehabilitace nějak napomohla ke zlepšení v mezilidských vztazích klientů.

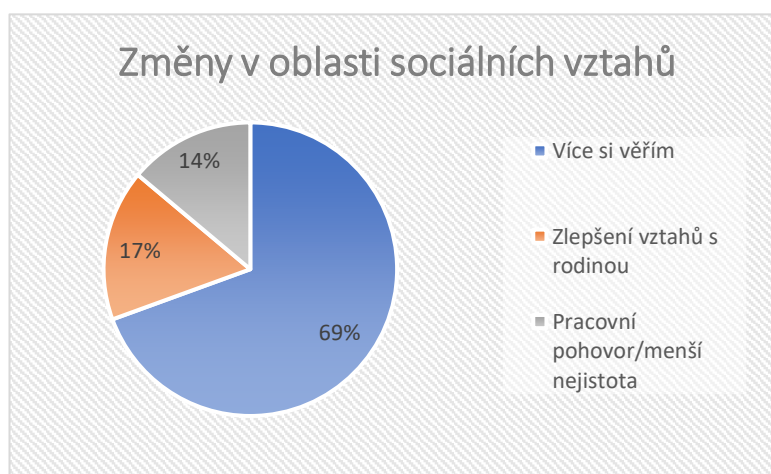
Otázka zněla: *Myslíte si, že docházení do sociální rehabilitace Horizont napomohlo zlepšení v mezilidských vztazích (v rodině, v soukromém životě nebo při každodenním styku s lidmi v zařízení i mimo něj)?*



Graf 3 Napomohla Vám sociální rehabilitace v oblasti mezilidských vztahů?

Výsledky u odpovědi „ano“ a „vnímám to stejně“ byly velice těsné, jak můžeme vidět na znázorněném grafu. Kladnou odpověď hodnotilo tuto otázku 36 (45 %) respondentů a 30 (37 %) odpovědělo, že situaci v oblasti vztahů v jejich životě vnímají stejně, bez rozdílu. Zbýlých 14 (17,2 %) dotazovaných zvolilo variantu „nevím“ a 1 klient (1,2 %) odpověděl záporně.

Otázka č. 12 (navazuje na předchozí otázku). Zde pro nás byli důležití respondenti se 45 %, tedy ti, kteří odpověděli že jim sociální rehabilitace byla nápomocná v oblasti sociálních a mezilidských vztazích.



Graf 4 V jakém směru Vám napomohla docházka v oblasti sociálních a mezilidských vztahů?

Nejčastější odpovědi byly: „Více si věřím při každodenním styku s lidmi v zařízení i mimo něj“ napsalo 25 klientů (69,4 %), „Zlepšily se mé vztahy s rodinou“ odpovědělo 6 klientů (16,6 %) a „Jsem méně nervózní při pracovním pohovoru“ napsalo 5 (13,8 %) respondentů.

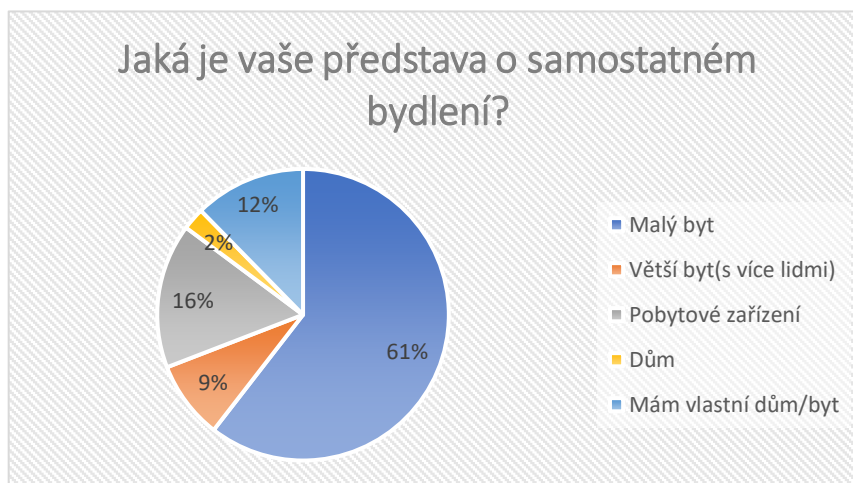
Otázka č. 13 (je úzce spojena s předchozími otázkami č. 11 a 12), kdy činnosti sociální rehabilitace mohou být nápomocné ke zvýšení sebevědomí, podporující týmovou spolupráci při společných i sportovních aktivitách s ostatními klienty zařízení, a to se odráží v jejich celkovém sebehodnocení. Jako nápomocnou shledali respondenti „týmovou spolupráci při skupinových terapiích a vaření“ 30 (37 %) klientů, nejvýše ohodnocená byla „každodenní komunikace s ostatními klienty a sociálními pracovníky“ 50 (62 %) respondentů, „společné aktivity jako jsou tvůrčí dílny“ ohodnotilo 6 (28 %) respondentů, „sportovní aktivity“ 5 (12 %) klientů a komunikaci s rodinou, přáteli 9 (11 %).

U **otázky č. 14** celých 79 (96 %) respondentů uvedlo, že v rámci sociální rehabilitace „navázali nová přátelství“ a 3 (4 %) respondenti odpověděli, že „ne“.

Okruh otázek 15, 16, 17 a 18 se týká samostatného bydlení.

Otázkou č. 15 jsme se snažili zjistit jaká je představa klientů docházejících na sociální rehabilitaci, v oblasti samostatného bydlení? Pro lepší představu uvádíme graf (č. 5).

Otázka zněla: *Jaká je Vaše představa o samostatném bydlení?*

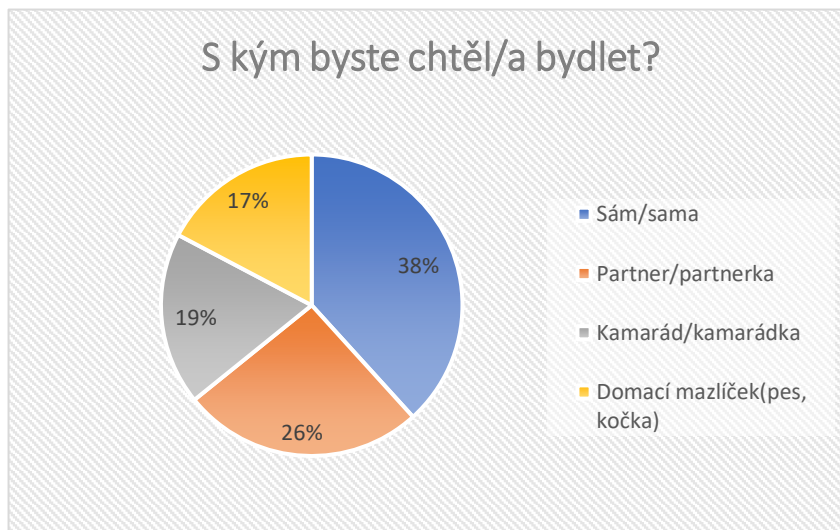


Graf 5 Jaká je Vaše představa o samostatném bydlení?

Nadpoloviční většina respondentů 49 (61 %) odpověděla, že by si přála bydlet v malém bytě (jeden pokoj s kuchyní), 13 (16 %) dotazovaných by rádo bydlelo v nějakém z pobytových zařízení, 12 % uvedlo, že mají již bydlení zajištěné ve svém bytě/domě, 9 % dotazovaných

by vyhovovalo bydlet ve větším bytě s více lidmi a poslední skupinou byli ti, kteří si přáli bydlet v domě 2 % dotazovaných.

Otázkou č. 16 jsme chtěli zjistit, zda upřednostňují respondenti spíše bydlení o samotě nebo si přejí společnost, v podobě přítele/přítelkyně, kamaráda/kamarádky nebo zvířete.

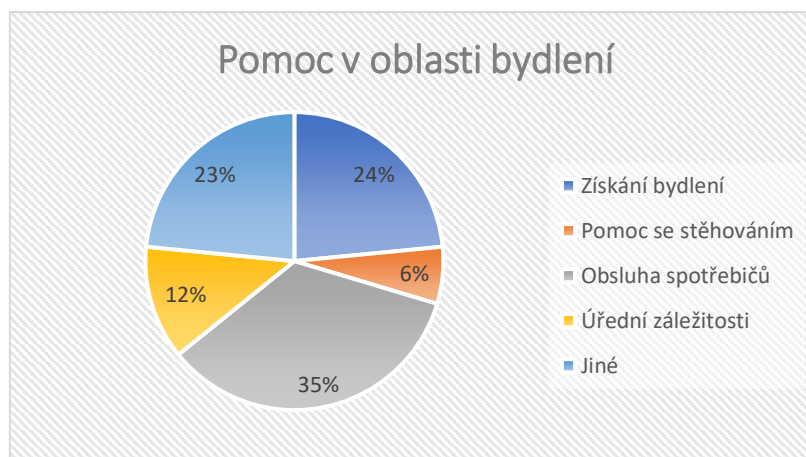


Graf 6 S kým byste chtěl/a bydlet?

Z celkového počtu by si přálo 31 (38 %) respondentů bydlet samo, 21 (26 %) by upřednostnilo bydlení s přítelem/přítelkyní, 15 (19 %) respondentů by rádo bydleno s kamarádem/kamarádkou, poslední skupinou je 14 (17 %) dotazovaných, kteří by rádi bydleli v domácím mazlíčkem.

Otázka č. 17 se zaměřuje na zjištění v čem spatřují respondenti zlepšení v jejich životě v případě, že by měli samostatném bydlení. Z možností uvedlo 59 (73 %) respondentů, že „*Samostatné bydlení by jim umožnilo starat se o sebe a svou domácnost*“, tedy stát se soběstačnými. Naproti tomu, překvapivě velké množství respondentů 18 (23 %) vyznačilo variantu, že „*Díky samostatnému bydlení nebudou mít žádné povinnosti*“. Tato varianta fungovala v dotazníku spíše jen jako doplňková. „*Neschopnost postarat se o sebe*“ uvedli 4 (4,9 %) respondenti, kde měli možnost „*Jiné*“.

V otázce č. 18 jsme zjišťovali, zda byla sociální rehabilitace nápomocná v oblasti samostatného bydlení zaměřená na získání bydlení, pomoc se stěhováním, pomoc s obsluhou spotřebičů a pomoc při vyřizování úředních záležitostí.



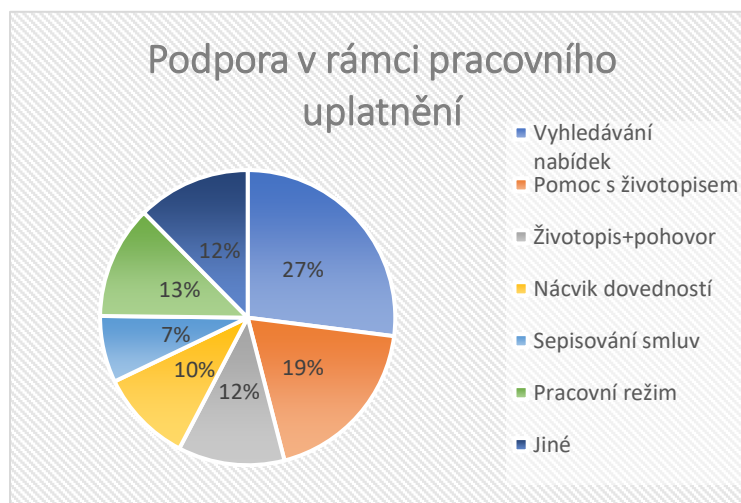
Graf 7 Pomohla Vám služba v oblasti samostatného bydlení

Jak vyplývá z grafu, tak podle vyplněných odpovědí sociální rehabilitace byla nápomocná k „nalezení vhodného bydlení“ u 19 ti (24 %) respondentů, nabídku „pomoci se stěhováním“ využilo 5 (6 %) klientů, „pomoc s obsluhou spotřebičů“ využilo 28 (35 %) respondentů, „podporu při vyřizování záležitostí“ (tj. přepsání vody/elektřiny, nastavení placení inkasa, přepsání trvalého bydliště) využilo 10 (12 %) respondentů a možnost „jiné“, tedy nevyužili danou službu zvolilo 19 (24 %) respondentů.

Otázka č. 19 až 23 jsou zaměřené na zjištění jaké představy, předpoklady a očekávání mají respondenti v oblasti pracovního uplatnění.

V otázce č. 19 měli dotazovaní možnost vybrat, i z několik možných odpovědí, v souvislosti s tím, zda jim sociální rehabilitace pomohla, v nějakém směru, týkající se pomoci k nalezení vhodného zaměstnání.

Otázka zněla: *Pomohla Vám sociální rehabilitace Horizont při získání a udržení zaměstnání? V jakých oblastech?*



Graf 8 Pomohla Vám sociální rehabilitace v oblasti pracovního uplatnění?

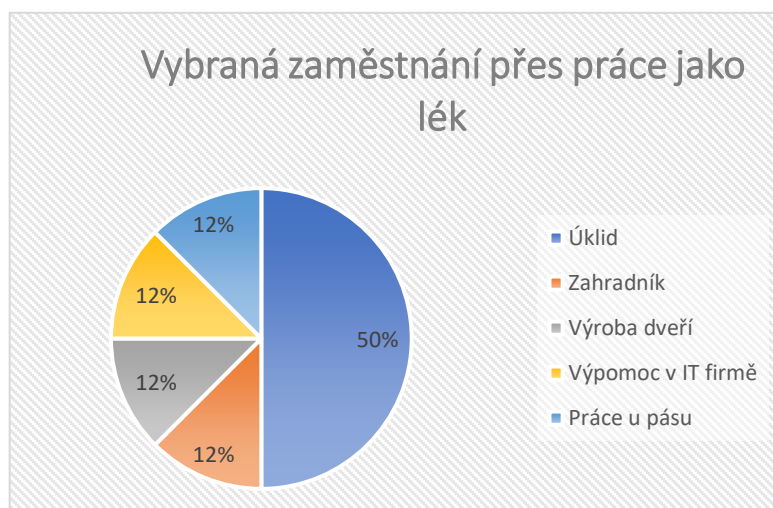
Celých 37 (27 %) dotazovaných odpovědělo, že se jim dostalo pomoci při „vyhledávání vhodných pracovních nabídek“, 26 (19 %) dotazovaných odpovědělo, že sociální pracovníci jim „pomohli s vytvořením životopisu“, 16 (13 %) dotazovaných využili „pomoc při zasilání životopisů“ (s čím souvisí i zdokonalování se na PC) a absolvování pracovního pohovoru, nácvik dovedností a návyků (denní režim, dodržování času) uvedlo 14 (10 %) dotazovaných, 10 (7 %) respondentů uvedlo, že využili podporu „při sepisování pracovních smluv“, „u podpory při nástupu do zaměstnání a dodržování pracovního režimu“ a u možnosti „jiné“ (kde jsem vysvětlila, že mohou vybrat ti respondenti, kteří nevyužili žádnou z uváděných možností) zvolilo 17 uchazečů (12 %).

Otázka č. 20 byla směřovaná na zjištění, zda projekt evropské unie „Práce jako lék“, který je nabízen také prostřednictvím sociální rehabilitace Horizont (kdy jsou cílovou skupinou duševně nemocní), napomohl některému z respondentů k získání zaměstnání.

„Hlavním cílem projektu Práce jako lék je snížení počtu zdravotně postižených uchazečů o zaměstnání evidovaných na úřadech práce a osob neaktivních ze Zlínského kraje. Projekt je zaměřený na podporu duševně znevýhodněných a postižených osob. Projekt přispěje ke zvýšení šancí cílové skupiny (45 zapojených osob) uplatnit se na volném trhu práce prostřednictvím komplexní pomoci, tj. psychologického a pracovního poradenství, vzdělávání, pracovního tréninku a zprostředkování zaměstnání (20 ti účastníkům)“ [online].

Z dotazovaných odpovědělo 73 (90 %) respondentů, že „tuto službu nevyužili“ a 8 (9,8 %) z nich odpovědělo že „ano“.

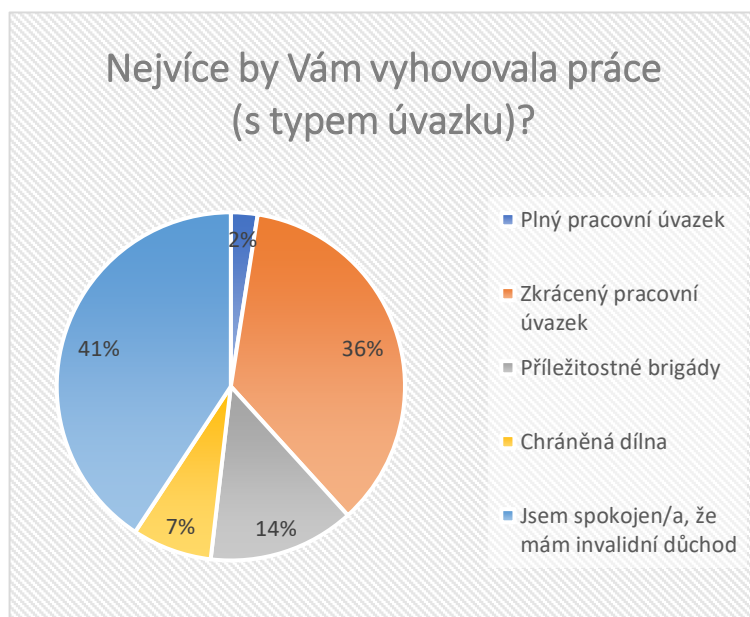
V následující otázce č. 21 zodpověděli ti, kteří toto zprostředkované zaměstnání využili a jakou pracovní zkušenost měli možnost si vyzkoušet.



Graf 9 Pracovní pozice v projektu "Práce jako lék"

Dle grafu byli klienti sociální rehabilitace zaměstnání v „úklidových firmách“, celkem 4x (50 %) z celkovému počtu a ostatní pozice jako „zahradník, práce u pásu, výpomoc v IT firmě a výroba dveří“ se objevili vždy 1x u dotazovaných.

Otázkou č. 22 jsme se ptali, jaký typ pracovního úvazku by respondentům nejvíce vyhovoval.



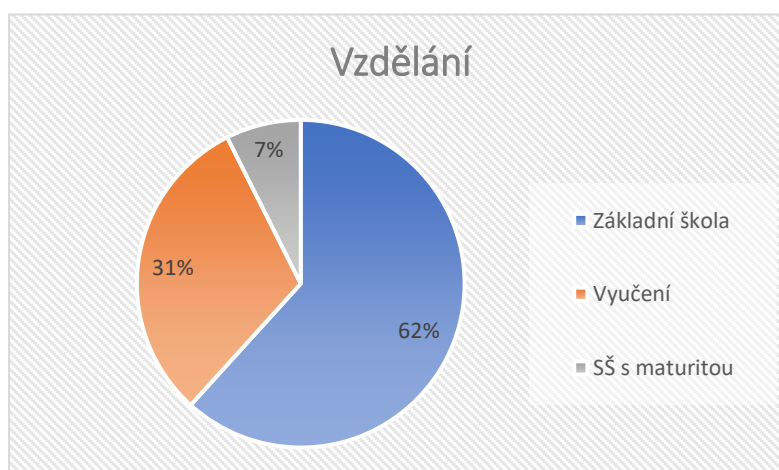
Graf 10 Nejvíce by Vám vyhovoval/a práce na jaký úvazek?

Na „plný pracovní úvazek“ by se cítili jen 2 (2 %) respondenti, „zkrácený úvazek“ by podle odpovědí uvítalo 29 (36 %), „příležitostné brigády“ by vyhovovaly 11 (14 %) respondentům,

6 (7 %) z dotazovaných by rádo pracovalo v „chráněných dílnách“ a celých 33 (41 %) jsou spokojeni s tím, že mají invalidní důchod a do práce nemusí.

Otázka č. 23 navazuje na předchozí a respondenti měli odpovědět, zda ví o nějakých překážkách, které by jim bránily v zaměstnání. V případě, že vybrali odpověď „ano“, tak bylo žádoucí uvést také důvod, přičemž 28 (35 %) respondentů napsalo, že překážkou v zaměstnání je jejich „zdravotní stav“ a 1 respondent uvedl, že překážkou by mohl být jeho „věk“. Zbývajících 53 (65 %) respondentů odpovědělo na otázku „ne“ – tedy že si nejsou vědomi žádné překážky, která by jim bránila v zaměstnání.

Na otázku č. 24 týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání odpověděli všichni respondenti, přestože byla nepovinná a měla čistě informativní charakter.



Obrázek 11 Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

„Základní vzdělání“ má podle dotazníků 50 (62 %) dotazovaných, „vyučených“ je z vybraných respondentů 25 (31 %) a „střední školu s maturitou“ má 6 (7 %) dotazovaných. V případě, že by někdo měl i vyšší či jiný typ vzdělání byla u této otázky i možnost „jiné“, kterou ovšem nikdo nevyplnil.

V závěrečné otázce č. 25 jsme se ptali respondentů, zda je napadá něco, v čem by se sociální rehabilitace, do které dochází mohla zlepšit. Na tuto otázku nikdo neodpověděl.

8 INTERPRETACE DAT

Bakalářská práce se zabývá tím, jak hodnotí dospělí středního věku s duševním onemocněním, vybrané oblasti sociální rehabilitace. Vybranými oblastmi byla podpora individuálních cílů klientů rehabilitace, oblast sociálních – mezilidských vztahů, oblast samostatného bydlení a pracovního uplatnění. K získání takových informací bylo nutné provést výzkum, který byl realizován dotazníkovým šetřením. V této kapitole se zaměříme na shrnutí získaných dat a interpretování výzkumného šetření.

Nejprve si shrneme výsledky z dotazníku, které nám ovšem nezodpovídaly na žádnou z dílčích výzkumných cílů, které jsme v rámci zrealizování výzkumu stanovili. Tyto otázky byly pouze informativního charakteru a nemají vliv na výsledky našeho výzkumu.

Otázka číslo jedna zkoumala pohlaví respondentů a jaké mají zastoupení v rámci vyhledávání služeb sociální rehabilitace. Díky této otázce jsme zjistili, že z celkového počtu 81 (100 %) respondentů tvoří muži (46 %), a ženy (54 %). Výsledek nám tedy ukazuje, že častěji vyhledávají služby sociální rehabilitace ženy než muži. Druhá otázka byla otevřená a respondenti zde měli uvést svůj věk. Pouze za účelem lepší přehlednosti jsme rozdělili zvlášť muže a ženy a z výsledků jsme zjistili, že muži (38 %) navštěvující sociální rehabilitaci jsou spíše starší (45-50 let) a naproti tomu mladší ženy (48 %) jsou spíše mladšího věku (35–39 let). Třetí otázka byla zaměřená na zjištění délky navštěvování sociální rehabilitace a z výsledků vyplývá, že respondentů, kteří dochází do sociální rehabilitace 2 roky i déle je více než těch, kteří dochází 5 let i déle. Čtvrtou otázkou jsme zjišťovali, zda je většina klientů sociální rehabilitace zbavena v nějakém směru svéprávnosti a výsledky nám ukázaly u odpovědi, že ano (43 %) a ne (38 %), z čehož nám vyplývá, že větší část respondentů je zbavena v nějakém směru svéprávnosti, oproti těm, kteří nejsou zbaveni svéprávnosti. Všechny čtyři otázky byly zahrnuty do dotazníku jako zjišťující a doplňující celkové výzkumné šetření.

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit, v jakých oblastech je, dle názoru respondentů, podpora ze strany sociálních pracovníků, vycházejících z individuálních potřeb klientů nejeftektivnější. Tato oblast je zahrnuta v dotazníku a obsahuje otázky č. 5 až č. 10.

Pátou otázkou jsme zjišťovali spokojenost respondentů s jejich klíčovým pracovníkem. Více než polovina respondentů (60 %) odpověděla, že je spokojena se svým sociálním (klíčovým) pracovníkem, který jim byl přidělen. O tom, jak zásadní roli hraje volba sociálního pracovníka se zmiňuje Vítová (2011, s. 115), která říká, že klíčový pracovník se nesnaží

pouze o naplnění individuálních cílů svého uživatele, který mu/jí byl svěřen, ale má také roli důvěrníka. Někdo, za kým mohou přijít, svěřit se cítit se v bezpečí. U navazující šesté otázky se při vyhodnocování v odpovědích objevily také dva negativní komentáře, které byli spojené, v jednom případě, s klientovou větší potřebou komunikace či samotnému přístupu pracovníka ke klientovi, v případě druhém. Cílem sedmé otázky bylo zjistit, s jakými konkrétními cíli přichází klienti do sociální rehabilitace. Respondenti mohli uvést až tři individuální cíle. Nejčastějším cílem v odpovědích, byl u (49 %) respondentů potřeba společenského kontaktu. Jako cíl najít si zaměstnání uvedlo (38 %) dotazovaných. Oblast bydlení napsalo (33 %) účastníků šetření. Cíle spojené s hledáním pracovního uplatnění a bydlení jsou velice časté, v rámci sociální rehabilitace. Následoval nácvik vaření (32 %), kdy se respondenti mohou zapojit do samotné přípravy pokrmů. S podobným výsledkem jsme vyhodnotili tvůrčí dílnu (31 %), kde se respondenti mohou zdokonalovat v rukodělných činnostech, při tvorbě výrobků z keramiky a jiných materiálů. Zbývající cíle, které dotazovaní uvedli a měly podobné hodnoty byl nácvik péče o domácnost, nácvik péče o vlastní osobu, vyřizování úředních záležitostí, sportovní aktivity, pravidelná docházka a základy na počítači. Při vyhodnocování mě překvapilo, že relativně málo dotazovaných uvedlo jako cíl vyřizování úředních záležitostí. Z praxe jsem vyzorovala, že tato podpora je ze strany klientů velice častá. Osmou otázkou jsme zjišťovali, zda se sociálním pracovníkům podařilo dosáhnout některých z cílů, které si respondenti zadali na počátku docházení, do služeb sociální rehabilitace. Z celkových odpovědí respondenti nejčastěji uvedli dosáhnout pracovního uplatnění (21 %) a jako druhý nejčastější naplněný cíl napsalo (15 %) dotazovaných, nácvik vaření. Jako další uvedli respondenti (13 %) společenský kontakt a vyřešenou otázku bydlení (11 %). Další splněné cíle, jako péče o domácnost, vyřizování po úřadech, pravidelná docházka, tvůrčí dílny, trénink mozku a nácvik péče o vlastní osobu, dopadly po vyhodnocení s podobnými výsledky. Otázkou devátou jsme zjišťovali, co je pro respondenty nejdůležitější ve vztahu sociálního pracovníka a jejich vzájemné spolupráce. Výsledky dotazování byly velice těsné, ale jako nejdůležitější považují respondenti to, že sociální pracovník respektuje jejich potřeby. Následovala schopnost naslouchat, poté vztah a způsob jednání ze strany sociálního pracovníka, pocit bezpečí a vědomosti sociálního pracovníka. Cílem desáté otázky bylo zjištění, zda respondenti souhlasí s tvrzením, že snaha sociálního pracovníka pramení o naplnění jejich individuálních cílů. Více než polovina dotázaných (93 %) tázaných odpovědělo pozitivně, (2 %) negativně a (5 %) zvolilo možnost nevím. Otázkách spojených s individuálním plánováním se věnovali Bicková a Hrdinová (2011, s. 73-74) které uvádí důležitost

vzájemného vztahu sociálního pracovníka a klienta. Ten by se do procesu plánování měl aktivně zapojit, jelikož se jedná o jeho/její individuální cíle a sociální pracovník by měl přihlídnout ke schopnostem a potřebám klienta. Vztah mezi nimi se zakládá na spolupráci, bezpečí, důvěře a respektu.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, zda docházka do zařízení poskytující sociální rehabilitace pomohla ke změnám v oblasti sociálních (mezilidských) vztahů. Tato oblast je v dotazníku zahrnuta pod otázkami č. 11 až 14.

Otázka číslo jedenáct byla směřovaná na zjištění, zda v rámci sociální rehabilitace, došlo ke zlepšení sociálních (mezilidských vztahů). Respondenti odpovídali kladně (44 %) a naproti tomu (37 %) z nich odpovědělo, že situaci v oblasti vztahů k okolí vnímají stejně, bez rozdílu. Otázka dvanáct navazovala na tu předchozí a ptali jsme se respondentů, kteří odpověděli kladně, v čem bylo docházení do sociální rehabilitace nápomocné v oblasti sociálních vztahů. Nejčastější odpovědi (69 %) byly „Více si věřím při každodenním styku s lidmi v zařízení i mimo něj“, „Zlepšily se mé vztahy s rodinou“ (17 %) a „Jsem méně nervózní při pracovním pohovoru“ (14 %). V otázce třináct jsme zjišťovali, v jakých oblastech (možnosti byly již součástí otázky) byly služby sociální rehabilitace nápomocné. Respondenti mohli uvést i více možností najednou. Nejčastější odpovědí bylo při každodenní komunikaci s ostatními klienty a sociálními pracovníky (62 %) a týmové spolupráci (37 %). Nápomoc při společných aktivitách uvedlo (28 %) respondentů. Při sportovních aktivitách (12 %) a při komunikaci s rodinou a přáteli (11 %). Z výsledků můžeme usuzovat, že tyto aktivity podporují u respondentů sebedůvěru, týmovou práci a vyhledávaný společenský kontakt. Ve čtrnácté otázce jsme zjišťovali, zda se respondentům podařilo navázat nové přátelství, v rámci sociální rehabilitace. Celých (96 %) tázaných odpovědělo kladně, pouze u (4 %) odpovědí byla záporná. Můžeme tedy konstatovat, že více respondentů si vytvořilo nová přátelství než ti, kterým se to nepodařilo.

Třetím výzkumným cílem bylo zjištění, zda má sociální rehabilitace vliv na kvalitu, případně zlepšení, života klientů, v oblasti samostatného bydlení. Tato oblast je v dotazníku zahrnuta pod otázky č. 15 až 18.

Otázkou patnáct jsme zjišťovali, jaká je představa respondentů o samostatném bydlení. Nadpoloviční většina 61 % odpovědělo, že by si přálo bydlet v malém bytě (jeden pokoj s kuchyní) a 16 % dotazovaných by rádo bydlelo v nějakém z pobytových zařízení. Cílem otázky šestnáct bylo zjištění, s kým by respondenti rádi sdíleli domácnost. Z celkového počtu by si přálo 38 % respondentů bydlet samo, 26 % by dalo přednost bydlení s

přítelem/přítelkyní nebo kamarádem 19 %. V otázce sedmnáct jsme zjišťovali, jaké výhody respondenti spatřují v možnosti samostatného bydlení. Nadpoloviční většina (73 %) odpověděla, že by jim samostatné bydlení pomohlo k možnosti starat se sami o sebe a svou domácnost. U těchto respondentů by tedy určitě plnila funkci většího osamostatnění a soběstačnosti. Naproti tomu 23 % dotazovaných vybralo možnost, která říká, že díky samostatnému bydlení nebudou mít žádné povinnosti. Tato varianta byla do dotazníku vložena spíše jen jako doplňková a vcelku překvapivě ji zvolilo 18 dotazovaných. V otázce osmnáct jsme zjišťovali pomoc sociálních pracovníků v rámci samostatného bydlení. V této souvislosti respondenti nejčastěji využívají pomoci s obsluhou spotřebičů (35 %) a nalezení vhodného bydlení se s pomocí sociálních pracovníků podařilo 24 % respondentů. Podpoře samostatnému bydlení u osob s duševním onemocněním se věnuje i Arnoldová (s. 37) která říká, že jde především o upevňování schopností a dovedností u těchto osob, aby byli schopni bydlet samostatně. Služba samostatného bydlení spočívá například v pomoci s obsluhou spotřebičů denní potřeby nebo zprostředkování společenského kontaktu.

Čtvrtým výzkumným cílem bylo zjištění, jaké představy a očekávání mají respondenti v oblasti pracovního uplatnění. Tato oblast je v dotazníku obsažena s otázkách 19 až 23.

Otázkou číslo devatenáct jsme zjišťovali, zda respondentům pomohla sociální rehabilitace v oblasti získání či udržení zaměstnání. Přestože byly výsledky srovnatelné, tak 27 % respondentů vybralo pomoc s hledáním vhodných nabídek a 19 % využili pomoci s vytvořením životopisu. Při hledání zaměstnání je nezbytné vědět na jakých místech a kde práci vlastně hledat, jakým způsobem a již nezbytností je vyhotovený profesní životopis. Otázka dvacet zkoumala, jak úspěšné bylo podporované zaměstnání s názvem Práce jako lék, určené znevýhodněným lidem, která je nabízena i prostřednictvím sociální rehabilitace. Z celkovému počtu respondentů uvedlo 10 %, že využilo možnosti podporovaného zaměstnání a celých 90 % uvedlo, že tuto službu nevyužili. V návaznosti na tuto otázku jsme se v té následující ptali, jaký typ zaměstnání si měli možnost vyzkoušet. Několikrát si respondenti měli možnost vyzkoušet práci v úklidové firmě, pomoc v zahradnictví, jedenkrát se jednalo výpomoc v počítačové firmě a práce ve firmě na výrobu dveří. Otázkou dvacet dva jsme zjišťovali, jaký pracovní úvazek by respondentům nejvíce vyhovoval. Převážná většina 36 % dotazovaných by zvládlo práci na částečný úvazek a 41 % by vyhovovala práce v chráněných dílnách. Následující otázkou číslo dvacet tři jsme se ptali, zda respondenti ví o nějakých překážkách, které by jim mohly bránit v zaměstnání. Z celkového počtu respondentů, 35 % uvedlo, že překážkou je jejich zdravotní stav a 65 %

napsalo, že neví o ničem bránící jim v zaměstnání. Otázkou číslo dvacet čtyři jsme zjišťovali, jakého nejvyššího vzdělání respondenti dosáhli. Základní vzdělání má 62 % dotazovaných a 31 % je vyučených. Skutečnost, že nadpoloviční většina respondentů má základní vzdělání může být také příčina obtížnosti zaměstnání. Otázkou zaměstnanosti osob s duševním onemocněním se zabývá Horák (2014, s.41), který zdůraznil, že u těchto jedinců dochází k odlišným představám o jejich možnostech týkající se pracovního uplatnění, a to především z důvodu, jejich nízkého dosaženého vzdělání. Současně mají tyto osoby problém s adaptací a přijetím pravidel platných pro všechny zaměstnance, a z tohoto důvodu se stávají neatraktivní pro možné zaměstnavatele.

8.1 Doporučení pro praxi

Co se týče přínosnosti tohoto výzkumu pro praxi, tak naším úmyslem bylo převážně předání teoretických poznatků v oblasti duševního onemocnění, zvláště v období středního věku u dospělých. V praktické části práce jsme se zaměřili na konkrétní oblasti sociální rehabilitace, jako individuální potřeby klientů, oblast sociálních (mezilidských vztahů), oblast samostatného bydlení a pracovního uplatnění. Na základě zjištěných dat, které jsme získali dotazníkovým šetřením, jsme uvedly výsledné hodnoty.

Přestože měli respondenti možnost, v poslední otázce anonymního dotazníku uvést podněty k možnému zlepšení, žádný z dotazovaných se slovně nevyjádřil. Bylo by jistě zajímavé a přínosné, kdyby se samotní respondenti zapojili do aktivit a činností, které by je těšili a pomáhali na společné cestě k uzdravení.

Jelikož jsem já sama zaměstnancem sociální rehabilitace Horizont, tak jsem si vědoma toho, že to, co stále chybí v této sféře, je veřejná osvěta. Skutečnost, že jsou mezi námi lidé, kteří trpí nějakým typem psychického onemocněním je nevyvratitelný fakt. Je mezi námi spousta takových, kteří neví, na koho se obrátit, když je přemůžou příznaky nemoci nebo má jejich nemoc rychlý průběh a ocitnou se za zdmi psychiatrické léčebny. Odtud někteří odchází bez zázemí a vidiny lepších zítřků. I z tohoto důvodu pořádáme pravidelně sezení, v rámci psychiatrických oddělení, a snažíme se vysvětlit jaké služby, podporu a pomoc jim můžeme poskytnout.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje problematice duševního onemocnění a pomocí kvantitativní metody výzkumu přibližuje službu sociální rehabilitace. Cílem práce bylo zmapování přínosů jednotlivých oblastí sociální rehabilitace u dospělých středního věku trpící duševní poruchou. Základní myšlenkou bylo, jaký přínos má sociální rehabilitace na zlepšení kvality života klientů s duševním onemocněním, a které z nabízených činností mohou těmto lidem pomoci v každodenním životě, i v zapojení do společnosti.

Teoretická část má čtyři hlavní kapitoly. V první části jsme se zabývali tématem duševního zdraví versus duševní onemocnění, stigmatizaci psychóz a diagnostice duševních poruch. Druhá kapitola byla věnována obecné charakteristice schizofrenie, její počátky a možné typy léčby. Třetí kapitola je zaměřena na vývojové krize a konkrétněji na ty, které probíhají v období střední dospělosti. Závěrečná část byla věnována sociální rehabilitaci a oblasti s ní související.

Cílem praktické části práce bylo zkoumání čtyř dílčích výzkumných cílů, na které navazovaly výzkumné otázky, souvisejících s konkrétními oblastmi sociální rehabilitace. K výzkumu jsme využili kvantitativního typu sběru dat, dotazníkové šetření. Výsledky prokázaly, že u klientů využívající sociální rehabilitaci dochází k lepším výsledkům v plnění jejich individuálních cílů, když cítí, že jsou respektovány jejich potřeby ze strany sociálního (klíčového) pracovníka. V sociálních (mezilidských) vztazích pomáhá sociální rehabilitace vytvářet nové sociálních kontakty, jak v rámci svých služeb, tak při komunikaci vyřizování každodenních záležitostí. V oblasti samostatného bydlení je sociální rehabilitace nápomocná s podporou a nácvikem samostatnosti a soběstačnosti. Otázka pracovního uplatnění může být u klientů částečně v rozporu s jejich představami a očekáváním.

Přestože mohou být nějaká data a výsledky z výzkumu zkreslená, tak věřím, že daná zjištění by mohla pomoci v rozvoji sociální rehabilitace Horizont, i jiných s podobnou náplní služeb.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2016. 978-80-247-5148-1.
- [2] DOUBEK, Pavel, Ján, PRAŠKO, Jaromír HONS a Erik HERMAN. *Psychóza v životě – život po psychóze*. 2. vyd. Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-231-5.
- [2] FALVO, Donna R. *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. 4th ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2009. ISBN 978-1-4496-2570-2.
- [3] HARTL, Pavel. *Velký psychologický slovník*. Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [4] HORÁK, Pavel. *Role lokálních projektů v české politice zaměstnanosti: Evaluační studie projektu zaměřeného na zvýšení zaměstnatelnosti zdravotně postižených osob a osob starších padesáti let*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7489-7.
- [5] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3
- [6] JURÍČKOVÁ, Lubica a kolektiv. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-247-4786-6.
- [7] KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- [8] KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [9] MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 8071787000.
- [10] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [11] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 807367002X.
- [12] MARKOVÁ, EVA, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

- [13] OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.
- [14] OREL, Miroslav a kolektiv. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
- [15] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [16] PĚČ Ondřej a PROBSTOVÁ Václava. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [17] PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Mladá fronta a. s., 2013. ISBN 978-80-204-2798-4.
- [18] STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.
- [19] THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie*. Proměny lidské psychiky od početí po smrt. Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
- [20] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [21] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-2620-696-5.

Internetové zdroje

- [22] Dotace EU. [online]. Získáno dne [2020-05-30].
Dostupné z: <https://www.dotaceeu.cz/cs/statistiky-a-analyzy/mapa-projektu/projekty/03-operacni-program-zamestnanost/03-1-podpora-zamestnanosti-a-adaptability-pracovni/prace-jako-lek-ii?feed=03-Operacni-program-Zamestnanost>.
- [23] World Health Organization [online]. (2018). Získáno dne [2020-05-20].
Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Právní předpisy

- [24] Zákon o sociálních službách. In: č. 108/2006.
- [25] Zákon o zaměstnanosti. In: č. 450/1992.

Jiné tištěné zdroje

[26] Sociální rehabilitace Horizont Kroměříž, vnitřní předpisy, 2017

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj. a jiné

např. například

s. strana

tj. to je

tzv. tak zvaný

WHO Světová zdravotnická organizace

§ paragraf

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Jak dlouho docházíte do zařízení?	42
Graf 2 Individuální cíle	45
Graf 3 Napomohla Vám sociální rehabilitace v oblasti mezilidských vztahů?	48
Graf 4 V jakém směru Vám napomohla docházka v oblasti sociálních a mezilidských vztahů?	48
Graf 5 Jaká je Vaše představa o samostatném bydlení?	49
Graf 6 S kým byste chtěl/a bydlet?	50
Graf 7 Pomohla Vám služba v oblasti samostatného bydlení	51
Graf 8 Pomohla Vám sociální rehabilitace v oblasti pracovního uplatnění?	52
Graf 9 Pracovní pozice v projektu "Práce jako lék"	53
Graf 10 Nejvíce by Vám vyhovoval/a práce na jaký úvazek?	53
Obrázek 11 Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?	54

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů.....	40
Tabulka 2 Věk respondentů, muži a ženy	41
Tabulka 3 Jak dlouho docházíte do zařízení?	42
Tabulka 4 Jste omezen v nějakém směru na svéprávnosti?	43
Tabulka 5 Jste spokojeni se svým klíčovým pracovníkem?	43
Tabulka 6 Individuální cíle	44
Tabulka 7 Cíl, který jste si stanovil/a na počátku docházení do zařízení	46
Tabulka 8 Tvrzení při plnění stanovených cílů k co možná nejlepší spolupráci se sociálním pracovníkem.....	47

SEZNAM PŘÍLOH

P I: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážení respondenti, v současné době studuji třetí ročník obor Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci mé bakalářské práce na téma „Význam sociální rehabilitace u dospělých středního věku s duševním onemocněním“ bych Vás ráda požádala o vyplnění tohoto dotazníku.

Tento dotazník je anonymní a veškeré získané informace budou použity pouze pro vypracování mé bakalářské práce. Předem děkuji za ochotu a Váš čas, který dotazníku věnujete.

Veronika Jurášková

- 1. Jste muž, nebo žena? Vyberte jednu správnou odpověď.**
 - a) Muž
 - b) Žena

- 2. Jaký je Váš věk?**

- 3. Jak dlouho docházíte do zařízení?**
 - a) Rok a méně
 - b) Déle než dva roky
 - c) Pět let a více

- 4. Jste omezen/a v nějakém směru na svéprávnosti? (Máte možnost neodpovídat na tuto otázku).**
 - a) Ano
 - b) Ne
 - c) Nevím

- 5. Jste spokojen/a se sociálním (klíčovým) pracovníkem, který Vám byl přidělen?**
 - a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Ne
 - d) Spíše ne
 - e) Nevím

- 6. V případě, že jste odpověděl/a na předchozí otázku „ne či spíše ne“ můžete uvést, proč?**

- 7. Jaké cíle jste si stanovil/a?**
.....

8. Napadá Vás nějaký cíl, který jste si stanovil/a na počátku docházení do zařízení, a se kterým Vám pomohl Váš klíčový pracovník?

.....

9. Které z následujících tvrzení, pomáhají při plnění Vašich stanovených cílů, aby spolupráce mezi Vámi a sociálním/klíčovým pracovníkem byla co nejlepší?

Na zobrazené škále prosím vyjádřete svůj postoj ze stupnice od 1 až 5, přičemž 1 – nejdůležitější, 2 – hodně důležitá, 3 – důležitá, 4 – méně důležitá, 5 – nedůležitá

	1	2	3	4	5
Vztah a způsob jednání					
Vědomosti pracovníka					
Pocit bezpečí					
Schopnost naslouchání					
Respektuje mé potřeby					

10. Souhlasíte s tím, že se sociální/klíčoví pracovníci snaží se o to, aby byly Vaše individuální cíle naplněny?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11. Myslíte si, že Vám docházení do zařízení Horizont napomohlo ke zlepšení v mezilidských vztazích (v rodině, v soukromém životě, při každodenním styku s lidmi v zařízení i mimo něj)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím
- d) Vnímám to stejně, bez rozdílu

12. Pokud jste odpověděli ano, v čem, v jakém směru?

.....

13. Napomohla Vám sociální rehabilitace v zařízení Horizont v některých níže zmíněných oblastech? Pokud ano, prosím označte je – můžete zakroužkovat i více možností.

- a) Při týmové spolupráci (skupinová terapie, vaření)
- b) Při každodenní komunikaci s ostatními klienty zařízení a sociálními pracovníky
- c) Při společných aktivitách (tvůrčí dílny)
- d) Při sportovních aktivitách v zařízení i mimo něj (cyklovýlety, minigolf, bowling)
- e) Při komunikaci s rodinou, přáteli

14. Navázal/a jste nové přátelské vztahy v rámci zařízení Horizont?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

15. Jaká je Vaše představa o samostatném bydlení?

- a) V malém bytě (jeden pokoj s kuchyní)
- b) Ve větším bytě, s více lidmi
- c) V pobytovém zařízení (např. Zahrada)
- d) V domě
- e) Bydlení mám zajištěné ve svém bytě/domě

16. S kým byste chtěl/a bydlet?

- a) Sám/sama
- b) S partnerem, s partnerkou
- c) S kamarádem
- d) Se zvířetem (pes, kočka aj.)

17. V čem byste viděl/a zlepšení svého života v samostatném bydlení?

- a) Budu žít samostatně a nebudu mít žádné povinnosti
- b) Budu se umět o sebe a svou domácnost postarat sám/a
- c) Jiné.....
-

18. Pomohla Vám služba sociální rehabilitace v oblasti samostatného bydlení?

Můžete vybrat i více možností.

- a) Získání bydlení
- b) Pomoc se stěhováním
- c) Pomoc s obsluhou spotřebičů
- d) Pomoc při vyřizování úředních záležitostí – přepsání vody/elektriny, placení inkasa, trvalé bydliště aj.
- e) Jiné.....(nevyužil/a jsem)

19. Pomohla Vám sociální rehabilitace při získání a udržení zaměstnání? V jakých oblastech? Můžete označit i více možností.

- a) Vyhledávání vhodných pracovních nabídek
- b) Pomoc s vytvořením životopisu
- c) Zasílání životopisů (zdokonalování se na PC), absolvování pracovního pohovoru
- d) Návuk základních dovedností a návyků (denní režim, dodržování času aj.)
- e) Sepisování pracovních smluv
- f) Podpora při nástupu do zaměstnání a dodržování pracovního režimu
- g) Jiné (tedy službu jsem využil/a)

20. Využil/a jste některou z nabídek podporovaného zaměstnání přes projekt „Práce jako lék“?

- a) Ano
- b) Ne

21. V případě že jste na předešlou otázku odpověděl/a ano, prosím specifikujte, o jaké zaměstnání se jednalo

.....

22. Nejvíce by Vám vyhovoval/a práce na

- a) Plný pracovní úvazek
- b) Zkrácený pracovní úvazek
- c) Příležitostné brigády
- d) Chráněná dílna
- e) Jste spokojeni s tím, že máte invalidní důchod a do práce nemusíte
- f) Jiné

.....

23. Víte o nějakých překážkách, které by Vám bránily v zaměstnání? Pokud ano, jaké? (zdravotní stav, omezení samostatného pohybu, jiné)

- a) Ano, prosím uveďte jaké

.....

24. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

- a) Základní/speciální škola
- b) Střední, vyučení
- c) Střední, s maturitou
- d) jiné

25. Napadá Vás, v čem by se mohla sociální rehabilitace v našem zařízení zlepšit?

Děkuji za Vaši pozornost.

