

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FILOZOFICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ  
ANTROPOLOGIE**

**Vliv sociální rehabilitace na míru samostatnosti  
u lidí s duševním onemocněním**

Bakalářská diplomová práce

Obor studia: Sociální práce

Renata Fischer

Vedoucí práce: Mgr. Martin Fafejta, Ph. D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma „Vliv sociální rehabilitace na míru samostatnosti u lidí s duševním onemocněním“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Havířově dne 1. 3. 2023

Podpis ..... Renata Fischer

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Martinovi Fafejtovi, Ph.D. za vedení bakalářské diplomové práce, za cenné rady a připomínky, vstřícnost a trpělivost během konzultací. Také bych chtěla poděkovat za podporu své rodině a přátelům.

## ANOTACE

**Jméno a příjmení:** Renata Fischer

**Katedra:** Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

**Obor studia:** Sociální práce

**Obor obhajoby:** Sociální práce

**Vedoucí práce:** Mgr. Martin Fafejta, Ph.D.

**Rok obhajoby:** 2023

**Název práce:** Vliv sociální rehabilitace na míru samostatnosti u lidí s duševním onemocněním

Bakalářská práce je zaměřena na téma sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním. Cílem této práce je zjistit, jaký vliv má služba sociální rehabilitace na lidi s duševním onemocněním, zda má služba vliv na míru jejich samostatnosti v každodenním životě.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části vymezím pojmy duševní nemoc a vybraná duševní onemocnění. Následující kapitola bude věnována úskalí, kterým čelí lidé s duševním onemocněním, zejména stigmatizace a diskriminace. V další kapitole se zaměřím na jedince s duševním onemocněním v systému sociálních služeb. Závěrečná kapitola empirické části bude zaměřena na sociální službu sociální rehabilitace. V empirické části vymezím metodologická východiska výzkumu a interpretaci zjištěných dat. K naplnění práce budou vypracovány kazuistiky na základě studia dokumentů, pozorování a rozhovorů s participanty.

**Klíčová slova:** duševní onemocnění, stigmatizace a diskriminace, sociální služby, sociální rehabilitace

Title of the thesis: The effect of social rehabilitation on the level of independence of people with mental illness

The bachelor thesis is focused on the topic of social rehabilitation of people with mental illness. The aim of this thesis is to find out what effect social rehabilitation service has on people with mental illness, whether the service has effect on their level of independence in everyday life.

The thesis is divided into a theoretical part and an empirical part. In the theoretical part I will define the terms mental illness and selected mental illness. The following chapter will be devoted to the pitfalls faced by people with mental illness, in particular stigma and discrimination. In the next chapter, I will focus on individuals with mental illness in the social service system. The final chapter of the empirical part will focus on the social service of social rehabilitation. In the empirical part will define the methodological background of the research and the interpretation of the data. To complete the thesis, case studies will be developed based on document studies, observations and interviews with participants.

Keywords: mental illness, stigma and discrimination, social services, social rehabilitation

# Obsah

Úvod.....	7
Teoretická část .....	9
1 Duševní onemocnění .....	9
1.1 Schizofrenie.....	11
1.2 Afektivní poruchy .....	15
1.3 Poruchy osobnosti.....	16
2 Dopady duševního onemocnění na život jedince .....	17
2.2 Sebestigmatizace .....	19
2.3 Stigmatizace zdravotníkem .....	20
2.4 Stigmatizace a rodina.....	21
2.5 Diskriminace a bydlení .....	23
2.6 Diskriminace a zaměstnání .....	24
2.7 Boj proti stigmatizaci a diskriminaci .....	25
3 Člověk s duševním onemocněním v sociální práci.....	27
3.1 Specifické potřeby osob s duševním onemocněním.....	28
3.2 Systém sociálních služeb .....	29
3.3 Kategorizace sociálních služeb .....	30
4 Sociální rehabilitace jako prevence.....	34
4.1 Sociální rehabilitace a legislativa .....	34
4.2 Zařízení sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním .....	35
Empirická část .....	38
5 Metodologie výzkumu .....	38
5.1 Cíl práce a výzkumné otázky .....	38
5.2 Popis výzkumné metody a design výzkumu.....	39
5.3 Popis výběru techniky sběru dat.....	41
5.4 Charakteristika výzkumného souboru .....	43
5.5 Kazuistiky.....	44
5.6 Vyhodnocení dat, prezentace výsledků .....	54
Diskuse .....	58
Závěr .....	60
Seznam literatury a zdrojů .....	62

## Úvod

*„Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele.“*

*Menandros řecký dramatik 342–291 př. n. l.*

K výběru tématu mé bakalářské práce mě přivedla skutečnost, že pracuji ve středisku sociální rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním. Toto téma volím proto, že chci zjistit, zda lidem, kteří trpí různými formami duševního onemocnění, je poskytována dostatečná podpora. Zda služba sociální rehabilitace je schopná těmto lidem pomoci při návratu do běžného života. Zda lidé, kteří se službou sociální rehabilitace spolupracovali, jsou schopni samostatně prožívat každodenní život.

Duševní onemocnění provází lidstvo od nepaměti, napříč staletími. Ve středověku bývali lidé, trpící duševním onemocněním, vyloučeni na okraj společnosti. Dostali nálepku, že jsou posedlí démony, eventuálně mohli být považováni za světce. V průběhu dějin se pohled společnosti změnil, také proto, že celá psychiatrie doznala nebývalého rozvoje. Zejména po II. světové válce, kdy se rozvinul farmaceutický průmysl a s tím nástup psychofarmak.

Ale lidé, kteří trpí duševním onemocněním potřebují také podporu v nejrůznějších situacích, potřebují získat sebedůvěru a větší samostatnost. A protože sama jsem s lidmi s duševním onemocněním v každodenním kontaktu, zajímá mě, zda je tato podpora dostatečná.

Cílem této práce je zjistit, jaký vliv má služba sociální rehabilitace na lidi s duševním onemocněním, zda má služba vliv na míru jejich samostatnosti v každodenním životě.

V bakalářské práci se proto zaměřím na konkrétní klienty střediska sociální rehabilitace, abych zjistila, zda tato služba sehrála v jejich životě určitou roli.

Bakalářská práce bude členěna do dvou částí, a to teoretické a empirické. V teoretické části se nejprve zaměřím na vymezení pojmu duševní onemocnění a představím hlavní symptomy vybraných duševních onemocnění. Následuje vymezení dopadů duševního onemocnění na každodenní život jedince. V další kapitole představím pojem sociální služby obecně a popisuji službu sociální rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním. V závěru teoretické části se zaměřím na pojem kvalita života.

Empirická část se bude týkat výzkumného šetření, který jsem ve středisku sociální rehabilitaci prováděla, abych získala odpověď na výzkumnou otázku: *Jaký vliv má služba sociální rehabilitace na návrat do běžného života a na míru samostatnosti v obstarávání osobních záležitostí u lidí s duševním onemocněním?*

# Teoretická část

## 1 Duševní onemocnění

V úvodní kapitole této práce se zaměřím na definování základního pojmu duševní onemocnění a také na vybrané duševní poruchy, se kterými se potýkají klienti sociální rehabilitace, kterým se bude věnovat výzkumné šetření.

Pojem duševní zdraví se týká každého z nás, můžeme o něj přijít, můžeme se o duševní zdraví starat, pečovat o něj. Duševní zdraví není jen absence nemoci, ale souhrn smysluplných naplnění životních možností. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) definovala již v roce 1946 zdraví jako stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky, tak i sociálně. Definice zdraví byla upřesňována a doplňována. V programu WHO Zdraví pro všechny do roku 2000 (Health for All, HFA), který byl přijat v roce 1977, se objevila doplňující charakteristika zdraví jako schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Tím přestalo být zdraví cílem samo o sobě a stalo se prostředkem k realizaci harmonického vývoje člověka. Nový program WHO Zdraví pro všechny v 21. století (HFA 21, Zdraví 21), který byl přijat v roce 1999 a přináší definici zdraví, která z praktických důvodů vymezuje zdraví jako „snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a poruch a nárůst pocíťované úrovně zdraví“. (Krajská hygienická stanice Hradec Králové)

*„Duševní zdraví je schopnost adaptace na prostředí a situace, přijímání všeho, co život přináší příjemného, včetně sexuality a jiných forem pudového a citového života, umění rozeznávat je a v sociálním kontextu kontrolovat“ (Hart, Hartlová, 2000, s. 702).*

Duševní onemocnění může postihnout kohokoliv bez ohledu na věk, vzdělání, genetiku, barvu, pleti. Zkoumáním tohoto onemocnění se zabývá celá řada oborů (psychopatologie, psychologie, psychiatrie).

Příznaky duševního onemocnění jsou na celém světě stejné, ale vlivem kulturních rozdílů může být nahlíženo na nemoc rozdílně. Dle Ociskové a Praška (2015) bylo a stále je postavení duševně nemocného ve společnosti odrazem dané doby, úrovně poznatků a vyspělosti kultury. V současné době se odhaduje, že duševním onemocněním trpí 1 až 2 % světové populace (Hartl, Hartlová 2000, s. 346-347).

Dle Orla (2012, s. 21) se lidská psychika a celý lidský život vyvíjí a formuje *„jako interakční model dispozic vrozených – tedy těch, se kterými doslova přicházíme na svět (ať už geneticky daných nebo vznikajících v průběhu nitroděložního života) a faktorů působících po narození – kam patří působení a vliv prostředí, jiných lidí, okolností a událostí (úrazy, traumata) i vlastních aktivit (konzumace návykových látek).*

Pro duševní poruchy (a poruchy chování) je platná klasifikace s označením F00-F99. Jednotlivé rozčlenění nemocí je pak děleno následovně:

F00-F09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických,

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

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

F30-F39 – Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

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

F60-F69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 – Mentální retardace

F80-F89 – Poruchy psychického vývoje

F90-F98 – Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99-F99 – Neurčená duševní porucha“

(Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2021)

Škála duševních poruch je široká, proto se budu ve své bakalářské práci věnovat vybraným onemocněním. Zejména se zaměřím na duševní poruchy, se kterými se potýkají klienti sociální rehabilitace, s nimiž je provedeno výzkumné šetření.

## 1.1 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které je opředeno mnoha mýty, a proto je širokou veřejností obtížně přijímáno. V roce 2012 provedli Nawková s kolegy mezinárodní komparativní studii popisující obsahy mediálních sdělení o psychických poruchách ve vztahu ke stigmatizaci v českých, slovenských a chorvatských tištěných médiích. Negativní postoje vůči osobám s psychickou poruchou byly nalezeny v 37 % článků publikovaných v České republice, 38 % článků na Slovensku a 40 % článků v Chorvatsku.

Také například v mnoha filmech jsou jedinci s psychickou poruchou stereotypně líčeni jako nebezpečné, všeho schopné osoby (Ocisková, Praško, 2015). Toto postihuje asi 1% světové populace. Patří mezi psychotické poruchy, které deformují myšlení a vnímání. Onemocnění pojmenoval švýcarský psychiatr Eugen Bleuler v roce 1911, ale toto onemocnění bylo popisováno již v dávné minulosti (Skopová, 2016, s. 8).

Schizofrenie je pojem používaný pro celou skupinu psychóz, kdy základní charakteristikou je ztráta smyslu pro reálný svět. Dle MKN-10 jde o soubor schizofrenních poruch, které způsobují poruchy vnímání a myšlení (Hartl, Hartlová, 2000). Dispozice k schizofrenii je dědičná, vzniká nejčastěji v mladém věku, v době přechodu k dospělosti. Není vyloučeno, že se může nemoc projevit v pozdějším věku (do věku 45 let) (Vágnerová, 1999). Asi 20 % pacientů má velmi dobrou prognózu, na které se podílí zejména včasná moderní farmakologie. Toto onemocnění ničí intelektový, osobnostní, emoční a sociální život jedince (Malá, Pavlovský, 2002).

Hlavní symptomy se mohou dělit do čtyř skupin:

1. psychotické symptomy
2. poruchy iniciativy (sociální stažení)
3. poruchy poznávacích funkcí (paměť)
4. symptomy depresivní nebo manické

(Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

Skupina příznaků zahrnuje různé druhy poruch vnímání, které jsou označovány jako halucinace. Nejčastěji se vyskytují halucinace sluchové a zrakové, kdy nemocný slyší nejrůznější zvuky různé

intenzity. Dále se mohou objevovat halucinace čichové a chuťové, kdy nemocný je přesvědčen, že mu někdo něco přidává do potravy (Skopová, 2016).

Dalším symptomem jsou bludy, které jsou definovány jako mylná přesvědčení. Bludy můžeme rozdělit na bludy zevní kontroly, bludy vztahovačnosti, bludy paranoidně-perzekuční (jedinec se cítí pronásledovaný), bludy inventorní (ohrožení mimozemšťany) (Bankovská Motlová, Španiel, 2017). U jedinců s touto diagnózou se mohou vyskytovat poruchy motoriky. Motorická aktivita může být zvýšená nebo naopak snižovaná, a to až do stadia stupor. V tomto stádiu se jedinec nepohybuje vůbec, nekomunikuje, nepřijímá potravu. V tomto stádiu je přímo ohrožen na životě. Hrozí dehydratace, dekubity, případně embolie (Bankovská Motlová, Španiel, 2017).

### **1.1.1 Formy schizofrenie**

Dle Vágnerové (1999, s. 184) se dělí schizofrenie na čtyři základní typy. Paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní. Vzájemně se tyto formy mohou překrývat, jedna forma může přecházet do druhé, lze se setkat také s kombinovanými formami.

#### **Paranoidní schizofrenie**

Odborná literatura uvádí, že je jedná o nejčastější formu nemoci. Je charakterizována patologickou podezíravostí ke svému okolí. Dále nemocné pronásledují paranoidní bludy, halucinace zrakové i sluchové. Myšlení je narušené, jedinec se nedokáže přinutit k potřebné aktivitě (Vágnerová, 1999). Tato forma schizofrenie vzniká v pozdějším věku, většinou do 40 až 45 let. Průběh nemoci může být

v atakách, s částečnými nebo úplnými remisemi (Hartl, Hartlová, 2000).

### **Hebefrenní schizofrenie**

Tato forma schizofrenie se týká pouze adolescentů. Většinou se jedná o jedince velmi plachého, samotářského. Velmi často je nezodpovědné a nepředvídatelné chování doprovázené nepřiměřenými náladami (Hartl, Hartlová, 2000). Dle Vágnerové (1999) mívá tato forma špatnou prognózu, protože zasahuje do rozvoje osobnosti v období, kdy se má vytvářet osobnost jedince. Může působit jako prodloužená puberta, které neodpovídá věku jedince. Nemocní mají sklony k planým, pseudofilozofickým úvahám a nemístnému vtipkování.

### **Katatonní schizofrenie**

Dle Vágnerové (1999) je tato forma typická v oblasti motorické aktivity a rozlišuje je na dvě varianty:

1. Produktivní forma – vyznačuje se nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou
2. Stuporózní forma – projevuje se celkovým zpomalením až útlumem veškeré pohybové aktivity

### **Simplexní schizofrenie**

Dle Mahrové a Venglářové (2008) tato forma onemocnění způsobuje postupné uzavírání do vlastního světa. Nemocní bývají již od dětství samotářští, introvertní, uzavření.

## 1.2 Afektivní poruchy

Dle Vágnerové (1999) se afektivní poruchy projevují jako chorobná nálada, která odpovídá situaci, v jaké se nemocný nachází. Základním projevem afektivních poruch je patická nálada, která neodpovídá reálné situaci. Afektivní poruchy neboli poruchy nálad patří mezi závažné psychické poruchy, které zpravidla zasahují kompletně do celého lidského bytí (Orel, 2012).

Nejčastější formy poruchy nálad jsou manické epizody, depresivní epizody a bipolární poruchy, které střídají oba typy nálady.

### **Depresivní porucha**

Dle Vágnerové (1999) depresivní nálada velmi silně ovlivňuje veškeré prožívání, uvažování i chování nemocného. Jedinec postižený depresí ztrácí schopnost prožívat radost a stává se pesimistou bez ohledu na realitu. K příznakům depresivního syndromu dále patří porucha chuti k jídlu, změna tělesné hmotnosti, poruchy spánku, ztráta energie, útlum, pocity bezcennosti, obtížné soustředění (Mahrová, Venglářová, 2008). *„Nebezpečné jsou suicidální myšlenky a tendence. Riziko, že se nemocný o sebevraždu skutečně pokusí, bývá v tomto případě značně vysoké“* (Vágnerová, 1999, s. 195).

### **Manická porucha**

Základním příznakem je patologicky povznesená nálada, hyperaktivita a rozjařenost. Nemocný bývá křečovitý, v napětí, dobrá nálada působí nepřirozeně (Vágnerová, 1999). Nemocní navazují

nekontrolované kontakty s cizími lidmi, celé noci telefonují svým známým, mívají zvýšený sexuální apetit, nadměrně užívají alkohol (Mahrová, Venglářová, 2008). Výskyt pouze mánických epizod je velmi vzácný, většinou se jedná o bipolární poruchu (Malá, Pavlovský, 2002).

### **Bipolární afektivní porucha**

Dříve nazývaná maniodepresivní psychóza, je onemocnění, kdy se střídají depresivní epizody s mánickými. Jedná se o velmi závažné celoživotní onemocnění (Malá, Pavlovský, 2002).

### **1.3 Poruchy osobnosti**

*„Porucha osobnosti je trvalý stav, projevující se nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblasti citového prožívání, uvažování i chování, zejména ve vztahu k druhým lidem a společnosti.“* (Vágnerová, 1999, s. 254)

Mezinárodní klasifikace nemocí rozeznává šest druhů poruch osobnosti, v minulosti se nazývaly psychopatie (MKN – 10). Jde o poruchy, které jsou stálé, těžko ovlivnitelné jak farmakologicky, tak psychoterapeuticky. V praxi se setkáváme se smíšenými poruchami osobnosti (Malá, Pavlovský, 2002).

Dle Vágnerové (1999) předpoklad ke vzniku poruchy osobnosti je dán geneticky a zároveň velký význam má prenatální fáze. Velký význam hrají sociokulturní vlivy, působení rodiny a další sociální faktory. Zvláště nepříznivý vliv má raná citová deprivace.

Praško (2003, s. 19), uvádí že *„projevy poruchy osobnosti se zpravidla poprvé objevují ve věku pozdního dětství nebo adolescence a přetrvávají prakticky celý život“*.

## 2 Dopady duševního onemocnění na život jedince

V této kapitole se budu věnovat skutečnosti, že lidé s duševním onemocněním se potýkají nejen s příznaky nemoci, ale také s diskriminací a nepochopením.

Duševní onemocnění je břemenem pro samotného jedince, ale také pro jeho rodinu. Dle údajů WHO duševní poruchy patří mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti (Malá, Pavlovský, 2002). *„Psychiatrická porucha jedince má negativní psychologický i ekonomický dopad na pacienta, jeho rodinu, děti, příbuzné i celou společnost“* (Malá, Pavlovský, 2002, s.10).

Jak uvádí ve svém díle McNally (2011, s. 223) hranice mezi duševním utrpením a duševní nemocí nebude nikdy čistá. To, co se počítá jako duševní porucha, závisí na posunu kulturních, politických a ekonomických hodnot, stejně jako na vědeckých faktech o tom, jak se naše psychologie a biologie mohou pokazit, což způsobuje utrpení a funkční poškození v každodenním životě.

### 2.1 Stigmatizace

Z antického Řecka pochází pojem „stigma“, které je překládáno jako znak nebo stopa, která vypovídá o něčem neobvyklém, nedostatečném nebo z morálního hlediska špatném (Ocisková, Praško, 2015).

Dle Vágnerové (1999, s. 168) vážné duševní onemocnění funguje jako sociální stigma a dále uvádí: *„laik si není ochoten připustit, že by také on mohl onemocnět duševní chorobou, zatímco si téměř vždy připustí možnost*

*onemocnění somatického*“. Na druhou stranu jsou určitá somatická onemocnění, kde je nemocný též stigmatizován.

Stigmatizace má negativní důsledky pro léčbu pacientů, stigmatizaci se nevyhýbají ani terapeuti a lékaři v oboru psychiatrie (Malá, Pavlovský, 2002). Obava ze stigmatizace může být tak velká, že se jedinec neodvážá navštívit odborníky, své problémy bagatelizuje.

*„Stigmatizace je společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak připisovány záporné vlastnosti, jedná se o předem dané záporné hodnocení, které je okolím prisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci“* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 565).

Nejkomplexnější model jednotlivých složek stigmatizace má čtyři základní komponenty:

1. Značkování (labelling) – na základě odlišnosti oproti subjektivní nebo společenské normě
2. Stereotypie (stereotyping) – odlišnost spojená s nepříjemnými osobnostními znaky, vlastnostmi nebo projevy chování
3. Ztráta pozice a diskriminace – stigmatizováni jedinci jsou zneváženi, odmítnuti a vyloučeni.

(Thornicroft et al. in Ocisková, Praško, 2015)

Všechna stadia stigmatizace mohou doprovázet emoční reakce stigmatizujícího, jako jsou pohrdání, hněv, nenávisť nebo strach. Dle Ociskové a Praška (2015) může mít stigmatizace devastující vliv na vztahy, také může dojít k diskriminaci stigmatizovaných lidí v zaměstnání, rodině, v oblasti bydlení, vzdělávání i poskytování zdravotní péče.

Stigma může být viděno jako nadřazený termín, složený ze tří složek:

1. Problémy znalostí, které souvisí s ignorací (neznalostí)
2. Problémy postojů (předsudky)
3. Problémy chování projevující se v diskriminaci

(Ocisková, Praško, 2015)

*„V moderní době se jako stigma začal označovat jakýkoliv přívlastek, rys nebo porucha, která jednotlivce hodnotí jako nepřijatelně od odlišného od normálních lidí, s nimiž je v pravidelném kontaktu“ (Thornicroft, 2011, s. 195).*

## 2.2 Sebestigmatizace

Dle Ociskové a Praška (2015) je sebestigmatizace proces, který začíná poté, co označená osoba asimiluje společenské předsudky, které se na ní vztahují. *„Osobnostní rysy, které kdysi tvořily jádro jedince, nyní ustupují do pozadí, a rysy, které jsou stereotypně připisovány stigmatizovaným osobám, začínají tvořit dominantní část sebepojetí“ (Ocisková, Praško, 2015, s. 59-60).*

Sebestigmatizace je proces, kdy jedinec přijímá negativní stereotypy, které vůči němu zaujímají jiní lidé. Dle Ociskové a Praška (2015) je tento proces třífázový:

1. Fáze – jedinec se setkává s nepřijetím společnosti, začíná si uvědomovat stereotypy, které druhé vedou k tomu, že s ním není nakládáno jako s rovnocenným partnerem.
2. Fáze – v této fázi si jedinec tyto postoje přivlastní a začíná s nimi souhlasit.

3. Fáze – jedinec souhlasí s tvrzeními a aplikuje je na sebe.

## 2.3 Stigmatizace zdravotníkem

Dle Ociskové a Praška (2015) mají lékaři a jiní zdravotníci větší pohotovost k nálepkovací reakci. Hanlivé nálepky zde často slouží jako obrana terapeuta, která zdůvodňuje vlastní neúspěch nebo neochotu se pacientovi intenzivněji věnovat.

Postojem lékařů k duševně nemocným se zabývá také ve svém díle Kolářová (2012, s. 334), kde se uvádí že *„jiným škodlivým důsledkem psychiatrické léčby a další vrstvou v konstruování duševní choroby a duševně chorých je přesvědčování pacientů samých, že jsou skutečně duševně nemocní“*.

Ocisková a Praško (2015) uvádí, že psychiatr často dává nálepkou hůře léčitelné diagnózy u pacientů, kteří jsou mu nesympatičtí, nebo je s nimi obtížné navázat dobrou spolupráci. Užívání hanlivých nálepek („paranoik“, „hypochondr“, hraničářka“, „kverulant“, „hysterka“, „psychopat“, často slouží jako obrana terapeuta, který takto zdůvodňuje vlastní neúspěch nebo nechť s takovým pacientem pracovat.

Problémem stigmatizace pacient versus zdravotnický personál se zabývá také Thornicroft (2011, s. 263), kde uvádí, že *„z dostupných údajů není zcela jasné, zda psychiatři ke stigmatizaci přispívají, či zda se jí snaží redukovat“*.

## 2.4 Stigmatizace a rodina

Diskriminace lidí, kteří trpí duševním onemocněním, proniká do všech součástí každodenního života. Duševní onemocnění má vliv na všechny členy rodiny a každý člen rodiny je zároveň tím, kdo může být nápomocen, kdo může spolupracovat s odborníky (Mahrová, Venglářová, 2008).

*„Potvrzení diagnózy vážného duševního onemocnění působí na rodinu jako zátěž, resp. jako trauma, s nímž je nutné se nějak vyrovnat. Reakce rodiny na duševní onemocnění má svou vývojovou dynamiku a v průběhu času se mění“* (Vágnerová, 1999, s. 171).

Někteří příbuzní odrazují člena své domácnosti od léčby na psychiatrii, protože se bojí stigmatizace. Rodina se obává, že celá rodina dostane „cejch“ a že to bude „hanba“. Tyto obavy mají své kořeny v historii, kdy opravdu „hanba“ padala na celou rodinu a také je to způsobeno neznalostí.

Situaci, kdy je určitý stigmatizující aspekt přenášen na druhou osobu nazýváme přenesené stigma. Goffman (2003) to popisuje jako propůjčené stigma, kdy jedinec – zasvěcený, je „se stigmatizovaným spojen skrze sociální strukturu“ a společnost vnímá oba jedince stejně nebo přinejmenším zasvěcený/á nese určitou část stigmatu. Goffman (2003, s. 41), dále uvádí že *„loajální partner pacienta s duševní chorobou, dcera propuštěného trestance, rodič mrzáka, přítel slepce či rodina kata – ti všichni jsou nuceni nést jistou část hanby stigmatizovaného, s nímž jsou spřízněni. Jednou z možných reakcí na takový uděl je ztotožnit se s ním a přenést svůj život do světa oné stigmatizované přízně“*.

Vágnerová (1999) uvádí, že duševně nemocný získává v rodině novou roli a mění se i chování ostatních členů rodiny. Nové uspořádání v rodině může zabíhat do extrémů. Prvním extrémem je, že se nemocný stane středem veškeré pozornosti a péče. Ostatní členové domácnosti jsou upozaděni, nemají šanci prosadit své zájmy a v důsledku tohoto přehlížení rodinu opouštějí. Hrozí rozpad rodiny. Opačným extrémem je situace, kdy je nemocný pro svou rodinu nepřijatelný. Nemocný se ve vlastní rodině dostává do izolace a nikoho nezajímá (Vágnerová, 1999).

*„Předsudky v postojích rodinných příslušníků ovlivňují i jejich vztah k léčbě duševně nemocného. Často z nich vyplývá tendence léčbu odmítat nebo alespoň zapírat, protože umístění na psychiatrii by mohlo stigmatizovat celou rodinu“* (Vágnerová, 1999, s. 173).

Thornicroft (2011, s. 29), ve svém díle uvádí že *„jednou z cest, jak se mohou členové rodiny s nastalou situací vypořádat, je striktní rozlišování mezi člověkem, jehož miluji, a škodlivými účinky jeho zdravotního stavu“*. Členové rodin, které mají ve svém okolí duševně nemocného, mohou nacházet podporu prostřednictvím svépomocných skupin. Tyto skupiny se vytvořily v průběhu posledních dvaceti let v řadě států. Svépomocné skupiny obvykle pořádají setkání pro rodinné příslušníky, kde mají možnost si vzájemně sdělit informace, hovořit o svých pocitech a myšlenkách. Právě díky podpurným skupinám získá řada příbuzných novou sebedůvěru, protože se seznámí s jinými lidmi, kteří jsou v podobné situaci (Thornicroft, 2011).

Problematikou sociálních aspektů duševních onemocnění se zabývá výzkum Malouškové a Fafejty (2021), kde *„dotazovaní byli kritizováni za to, že jsou příliš líní a neefektivní a že se za ně jejich rodina stydí. Kromě toho*

s nimi bylo zacházeno s přehnanou péčí, která je ponižovala, protože je vykreslovala jako neschopné“ (Maloušková, Fafejta 2021).

## 2.5 Diskriminace a bydlení

Thornicroft (2011) se ve svém díle ohlíží do minulého století, kdy byli lidé s duševním onemocněním dlouhodobě umísťováni do psychiatrických léčeb. *„Například v Evropě lze rozpoznat zřetelnou dělící čáru mezi západními státy, které v současnosti z velké části dokončily proces deinstitucionalizace, a většinou států střední a východní Evropy, kde se přechod od institucionální péče ke službám spíše místního charakteru započal až po roce 1989“* (Thornicroft, 2011, s. 33). Existují důkazy o tom, lidé s duševním onemocněním čelí diskriminaci. Jako důkaz poslouží výzkumy v této oblasti. V rámci rozsáhlého výzkumu v USA (v osmi státech) na kterém se podílelo téměř 2000 uživatelů služeb, kteří trpěli závažnou duševní nemocí, byli respondenti dotazováni na své zkušenosti s diskriminací. Téměř čtvrtina (22 procent) uvedla, že v minulosti domov vůbec neměli, dalších 32 procent uvedlo, že diskriminaci týkající se bydlení zažilo (Thornicroft, 2011).

V díle Ociskové a Praška (2015, s. 42) se uvádí že *„v případě osob trpících psychickou poruchou jsou jednou z hlavních příčin bezdomovectví konflikty v rodině, kdy dochází k tomu, že nemocný je nucen odejít z domu či odejde ze své vůle“*.

## 2.6 Diskriminace a zaměstnání

Dle údajů WHO duševní poruchy patří mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti. Vyskytují se v produktivním věku a vedou k dlouhodobým hospitalizacím, pracovním neschopnostem, které mohou vést až k přiznání invalidity (Malá, Pavlovský, 2002).

O významu práce pro lidi s duševním onemocněním hovoří ve svém díle Thornicroft (2011, s. 72), kde uvádí, že *„práce může dobré duševní zdraví podporovat v různých směrech: nabízí příležitosti k ověření a využívání dovedností, je zdrojem cílů generovaných vnějšími silami, nabízí pestrost, přehledné prostředí, peníze, fyzickou bezpečnost, meziosobní kontakty a v neposlední řadě oceňovanou sociální pozici“*.

Při hledání zaměstnání řeší lidé s psychiatrickou léčbou v anamnéze zásadní otázku. Sdílet o sobě pravdu nebo raději tuto skutečnost zatajit? Jak uvádí Thornicroft (2011) toto dilema nemá snadné řešení. Sdělí-li tento jedinec pravdu, vystavuje se situaci, že nebude přijat. Neuvede-li tuto skutečnost nemůže žádat o změnu pracovní náplně tak, aby vše zvládl. Stejným problémem se zabývají také Maloušková a Fafejta (2021, s. 85), když ve svém výzkumu uvádějí odpověď dotazovaných: *„svou nemoc před svými zaměstnavateli zatajili, aby se vyhnuli propuštění nebo odmítnutí“*.

Jedinci s psychiatrickou léčbou v anamnéze *„bývají méně výkonní, ztratili své pracovní návyky a jsou hůře adaptabilní. Přejít do plného invalidního důchodu znamená pro mnohé pacienty také značnou zátěž, protože funguje jako signál potvrzení vlastní nemohoucnosti a neschopnosti“* (Vágnerová, 1999, s. 175).

## 2.7 Boj proti stigmatizaci a diskriminaci

*„Stigmatizace pravděpodobně vzniká z pocitů ohrožení a odlišnosti, což souvisí se zakořeněnými stereotypy předávanými výchovou i s udržováním stereotypu médií. Pokud totiž vnímáme skupinu lidí jen podle jejich odlišnosti, zdá se nám být více cizí, a tím pádem nás více ohrožuje“* (Ocisková, Praško, 2015, s. 253). Postoj veřejnosti k lidem, kteří trpí duševním onemocněním je značně zkreslený a zatížený předsudky. Podepsala je na tom média a výchova v rodinách a společnosti.

Thornicroft (2011, s. 255) ve své díle uvádí, že *„převládající náhled na duševní onemocnění je natolik negativní, že zdravotnický personál si musí být vědom toho, že diagnóza, kterou předkládá, může být vnímána jako nanejvýš nepříjemná“*, dále Thornicroft navrhuje, že *„jedním z úkolů personálu je vypracovat přijatelnější způsoby, jak informace o diagnóze pacientům sdělovat“*.

Stigmatizace psychických poruch může být zredukována dle Ociskové a Praška (2015, s. 258) třemi přístupy: vzděláváním, protestem a kontaktem. Jako nejefektivnější ze všech jmenovaných možností se ukazuje sociální kontakt. *„Kontakt, je založen na předpokladu, že zvýšení kontaktu mezi veřejností a lidmi s duševní nemocí, kteří jsou schopni o svých potížích mluvit na veřejnosti, vede ke snížení strachu z pacientů a zvýšení soucitu a empatie“*.

Další možností, jak pomoci destigmatizaci, jsou svépomocné skupiny. Tyto skupiny mají jasný účel, a to poskytnout psychickou podporu lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám.

Dle Ociskové a Praška (2015, s. 259) je destigmatizace lidí s duševním onemocněním důležitým úkolem a cestou, jak situaci řešit je

*„seznamovat veřejnost s projevy duševních poruch tak, aby je nevnímali, jako senzaci a odlišnost, ale byli schopni jim porozumět a pochopit osoby s duševními potížemi“.* Dále je třeba pracovat s rodinou (edukace rodiny a pacienta) a dalším úkolem je změnit postoje profesionálů.

V Evropské unii jsou zákony proti diskriminaci povinnou součástí legislativy. *„Tyto zákony musejí zakazovat veškerou diskriminaci na pracovišti, mimo jiné také z důvodu zdravotního postižení. Členské státy mají rovněž povinnost vytvářet instituce dohlížející na dodržování těchto zákonů“* (Thornicroft, 2011, s. 271).

### 3 Člověk s duševním onemocněním v sociální práci

V této kapitole se zaměřím na konkrétní potřeby lidí s duševním onemocněním v systému sociálních služeb.

Lidé, trpící duševním onemocněním, potřebují pomoc nejen zdravotní, ale také sociální. Dle Probstové (2005) má sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví různý obsah a různé cíle – od obnovení stavu duševní rovnováhy až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch.

Klient s duševním onemocněním je především člověk. Jak uvádí Mahrová a Venglářová (2008) nikdy bychom na něj neměli pohlížet jen na diagnózu, nebo jako na problém. Jedná se o člověka, který má své specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení. Základním předpokladem práce s klientem je, vyvarovat se nálepkování neboli labellingu. Hartl (2004, s. 61) chápe labeling jako označení osoby zápornou „nálepkou“, například psychiatrickou diagnózou, která může mít výrazný dopad na chování dané osoby. *„Takovéto označení jedince může vést k sebenaplnující předpovědi, v jejímž důsledku osoba skutečně duševně onemocní, a začne vykazovat poruchy chování nebo se stane delikventní“.*

### 3.1 Specifické potřeby osob s duševním onemocněním

Lidé, kteří onemocní jakoukoliv formou duševního onemocnění se potýkají s celou řadou potíží a problémů. Mezi překážky, které brání naplnění potřeb patří i stigmatizace, přenesená stigmatizace a předsudky.

#### **Bydlení**

V České republice žijí lidé s duševním onemocněním v domácím prostředí nebo v léčebnách, také v domovech důchodců pro psychiatrickou klientelu nebo také se může jednat o bezdomovce (Probstová, 2005). Od devadesátých let 20. století je preferováno hledisko podpory, to znamená, že podpora by měla být klientovi poskytována co nejdéle v prostředí, které je pro klienta příjemné. Ideální péče je přiblížení klienta co nejběžnějším podmínkám.

Jak uvádí ve svém díle Thornicroft (2011) problémy s bydlením mohou nastat vlastně v kterékoli fázi života. *„Některé z typů duševních chorob, které pacienty výrazně omezují, často nastupují právě v období dospívání nebo v rané dospělosti, tedy přesně v době, kdy mladí lidé obvykle odcházejí z domova a zakládají vlastní rodiny* (Thornicroft, 2011, s. 33).

#### **Práce**

Dle Probstové (2005) je největší obtíž pro klienty s duševním onemocněním každodenní boj s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí, pozornosti, emocí. Závažné jsou poruchy v oblasti sebeprožívání, poruchy vztahování se k lidem. Všechny tyto potíže mohou vyústit v částečnou nebo úplnou ztrátu schopnosti pracovat. Přiznání plné invalidity může být pro některé duševně

nemocné stigmatem, ale na druhou stranu může být jedna z mála jistot v nejistém světě.

### **Volný čas**

Na první pohled banální téma, ale zcela jistě patří smysluplné trávení volného času do celkového pohledu na kvalitu života. Jak uvádí Probstová (2005) dlouhodobě duševně nemocní žijí velmi často izolovaně a v naplnění jejich volného času jim mohou bránit různé překážky. Může to být finanční náročnost, nedosažitelnost místa veřejnou dopravou což jsou vnější překážky. Dále mohou sehrát roli vnitřní překážky jako jsou potíže v komunikaci, vedlejší účinky léků, nízká sebedůvěra nebo nápadnost v chování.

## **3.2 Systém sociálních služeb**

*„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli“ (Matoušek, 2011, s. 9).*

Celý systém sociálních služeb by měl zahrnovat co největší pestrost služeb, které jsou cílené na skupiny potřebných klientů. Zároveň by měly být služby vzájemně propojeny a navazovat tak jedna na druhou dle skutečných potřeb jak klientů, tak společnosti (Mahrová, Venglářová, 2008). Poskytnutí sociální služby má člověka podporovat v jeho vlastním aktivním řešení nepříznivé životní situace. To ale neznamena, že sociální služba přebírá zodpovědnost člověka za jeho vlastní osud nebo životní perspektivu. V situacích, kdy je jedinec z důvodu věku nebo zdravotního stavu neschopen sám zvládat

životní situaci, přichází sociální služby se svou pomocí. I v těchto případech musí sociální služba působit tak, aby byla maximálně podporována samostatnost člověka a chráněna jeho důstojnost (Mahrová, Venglářová, 2008).

V roce 2006 byl přijat zákon, který vymezuje práva a povinnosti poskytovatelů sociálních služeb i ze strany státu, kraje, obce. Zákon klade důraz na kvalitu poskytovaných sociálních služeb a účinnost nabyt 1. 1. 2007 jako Zákon č. 108/2006 Sb. Zákonné úpravy obsahují pojmy, které vymezují sociální služby, jejich cílové skupiny a možnosti jejich využívání (Mahrová, Venglářová, 2008).

### 3.3 Kategorizace sociálních služeb

Dle Matouška (2011) je kategorizace sociálních služeb do určité míry převzatá z německé právní úpravy a dělí se na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Formy poskytovaných služeb mohou být terénní, ambulantní a pobytové.

#### 3.3.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství se člení na základní a odborné sociální poradenství. Cílem je poskytování potřebných informací, které přispívají k řešení nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství poskytují specializované poradny, které se profilují dle nějakého jevu nebo cílové skupiny jako jsou například osoby s duševním onemocněním, senioři, cizinci (Mahrová, Venglářová, 2008).

### 3.3.2 Služby sociální péče

Tyto služby jsou zaměřeny na to, aby pomáhaly lidem zajistit si fyzickou a psychickou soběstačnost. Nabízejí pomoc při zvládnání úkonů péče o vlastní osobu (Mahrová, Venglářová, 2008).

Dle Matouška (2011) cílem služeb sociální péče je umožnit osobám, které tyto služby užívají, v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. V případech, kdy jejich zdravotní stav toto vylučuje, je nutné těmto osobám zajistit důstojné prostředí a zacházení.

Mezi služby sociální péče řadí zákon následující:

osobní asistence

pečovatelská služba

tísňová péče

průvodcovské a předčitatelské služby

podpora samostatného bydlení

odlehčovací služby

centra denních služeb

denní stacionáře

týdenní stacionáře

domovy pro osoby se zdravotním postižením

domovy pro seniory

domovy se zvláštním režimem

chráněné bydlení

sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

### **3.3.3 Služby sociální prevence**

Služby sociální prevence se zaměřují na situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení osob a nejsou způsobeny neschopností pečovat o sebe z důvodu věku nebo zdravotního stavu. Hlavní oblasti těchto služeb jsou tzv, sociálně negativní jevy (kriminalita, zneužívání návykových látek, krize v rodině). Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (Matoušek, 2011).

Zákon upravuje následující druhy služeb sociální prevence:

raná péče

telefonická krizová pomoc

azylové domy

tlumočnické služby

krizová pomoc

domy na půl cesty

kontaktní centra

nízkoprahová denní centra

nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

noclehárny

služby následné péče

sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

sociálně terapeutické dílny

terapeutické komunity

terénní programy

sociální rehabilitace

## 4 Sociální rehabilitace jako prevence

V této kapitole se budu věnovat podrobněji pojmu sociální rehabilitace, který se pojí s tématem této bakalářské práce.

Společnost mezinárodní rehabilitace (Rehabilitation International) užívá definici, dle níž je „sociální rehabilitace proces, jehož cílem je dosáhnout u postiženého schopnosti (normální) sociální funkce“ (Rissanen in Jesenský, 1995).

Cílem sociální rehabilitace je existenční zabezpečení a legislativní ochrana jedince s postižením, jeho začlenění do společnosti, uplatnění osobnostního potenciálu, (re)socializace, zajištění komunitní podpory, sociálních služeb, úpravy místních podmínek (Matoušek, 2005).

### 4.1 Sociální rehabilitace a legislativa

Sociální rehabilitace je služba, která je poskytována dle § 70 a upravuje ji zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a § 35 vyhlášky č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, který ji pojímá následovně: „Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“ (Zákon č. 108/2006 Sb.). Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a

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

Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:

- a) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností, obsažených v odstavci 2 tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

#### 4.2 Zařízení sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním

Výzkumné šetření proběhlo na pracovišti sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním, proto se zaměřím na bližší představení tohoto střediska.

## **Poslání služby**

Středisko sociální rehabilitace podporuje dospělé lidi s duševním onemocněním získat, udržet si a rozvíjet dovednosti potřebné v běžném životě – v bydlení, zaměstnání, vzdělávání se, v rodinných a společenských vztazích, při trávení volného času, při využívání dostupných služeb. Služba je určena lidem s duševním onemocněním od 18 let věku.

## **Cíle služby**

Cílem služby je, aby uživatelé služby dle svých individuálních potřeb, přání a možností:

dosáhli větší míry samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti v běžném životě, posílili svoje pozitivní návyky, které jsou nezbytné pro samostatný život (péče o domácnost – nákupy, vaření, praní, hospodaření s penězi, péče o sebe sama, o svoje zdraví), zachovali si svoje schopnosti a kompetence a dále je podle svých možností rozvíjeli a předcházeli tak vlastní sociální izolaci nebo jejímu prohlubování (rozvoj komunikace, posilování paměti, pozornosti, plánování osobního, společenského a dle možností i pracovního života), znali a uplatňovali svá práva i povinnosti.

## **Poskytované služby**

Nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování: nácvik práce na PC, nácvik obsluhy domácích spotřebičů, nácvik obsluhy bankomatů a vyvolávacího systému na úřadech, nácvik péče o domácnost, nácvik

orientace ve venkovním prostředí, nácvik vyplnění tiskopisů, nácvik jednání na úřadech.

### **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:**

doprovody (do školy, do zaměstnání, k lékaři, na jednání s úřady),  
nácvik využívání dopravních prostředků, nácvik pracovního  
pohovoru, nácvik elektronické komunikace, nácvik vyhledávání  
informací na internetu

### **Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:**

pohyb venku (procházky), rozhovory, psaní ve Wordu (životopis,  
motivační dopis, úřední dokument)

### **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:**

podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a  
kompenzačních pomůcek

podpora při vyřizování žádosti o byt

podpora při hledání vhodného bydlení

podpora při hledání vhodné práce

informace k sociálnímu zabezpečení.

### **Hlavní zásady služby**

respekt k názorům jedinečnosti a volbě uživatele

individuální přístup

vzájemná spolupráce na základě důvěry a pocitu bezpečí

## **Empirická část**

Empirická část práce bude rozdělena do několika částí. Nejprve bude vymezena metodologie výzkumu, poté nástroje sběru dat a jejich analýzu. V závěru budou shrnuty výsledky práce a samotné zhodnocení cíle výzkumného šetření.

### **5 Metodologie výzkumu**

Empirická část bakalářské práce navazuje na část teoretickou, kde jsou vymezeny pojmy, týkající se lidí s duševním onemocněním.

V této části práce nejprve představím metodologii výzkumu a výzkumné otázky. Dále představím výzkumnou metodu a sběr dat. Závěrem budu analyzovat a interpretovat data. Pro svůj výzkum použiju kvalitativní přístup. Kvalitativní výzkum je dle Hendla (2005, s. 50) takový výzkum, který se snaží o porozumění zkoumaným jevům a jejich vysvětlení, přičemž k jeho výsledkům se nelze dostat pomocí statistických procedur ani jiným způsobem kvantifikace.

#### **5.1 Cíl práce a výzkumné otázky**

Hlavním cílem této práce je poukázat na vliv sociální rehabilitace na míru samostatnosti u osob s duševním onemocněním. Výzkumné otázky tvoří jádro každého výzkumného projektu. Plní dvě základní funkce: pomáhají zaostřit výzkum tak, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli, a ukazují cestu, jak výzkum vést.

Výzkumné otázky musí být v souladu se stanovenými cíli i výzkumným problémem (Švaříček, Šedová 2007).

### **Hlavní výzkumná otázka**

Jaký vliv má služba sociální rehabilitace na návrat do běžného života a na míru samostatnosti v obstarávání osobních záležitostí u lidí s duševním onemocněním?

Odpověď na výzkumnou otázku chci získat tazatelskými otázkami, které jsme si připravila pro rozhovor s klienty služby sociální rehabilitace:

Změnily se nějak v souvislosti s podporou služby Vaše sociální vztahy – přátelé, kamarádi, partneři, příbuzní?

Změnilo se něco s bydlením, s rodinou?

Změnily se v průběhu poskytování služby nějak Vaše zájmy, vaše pracovní uplatnění, způsob trávení volného času?

Domníváte se, že se nějak změnil Váš pohled na sebe sama, na Vaše schopnosti a jak?

V čem Vám služba sociální rehabilitace pomohla nebo naopak nepomohla?

## **5.2 Popis výzkumné metody a design výzkumu**

Pro výzkumnou práci zvolím kvalitativní metodu výzkumu, jehož podstatou je dle Švaříčka (2007), do široka rozprostřený sběr dat, bez toho, aby byly na počátku výzkumu stanoveny základní proměnné. Dle Hendla (2016) kvalitativní výzkum používá celou škálu postupů, aby zajistil hodnověrnost svých výsledků. „*Velkým přínosem*

*kvalitativní metodologie jsou přístupy, pomocí nichž navrhujeme teorii nějakého sledovaného fenoménu“ (Hendl, 2016, s. 53). Silverman (2005) uvádí, že mezi přednosti kvalitativního výzkumu patří hloubka porozumění fenoménu a validita dat. Jak uvádí Walker „kvalitativní výzkum získává poznatky z toho, co lidé píšou a říkají...a snaží se rozvinout teorie a odhalit nové pohledy na věc, spíše než testovat prognózy“ (Walker, 2013, s. 49).*

Design výzkumu znamená rámcové uspořádání nebo plán výzkumu. Případová studie, která v této práci bude užita, patří k základním výzkumným designům. Dle Švaříčka a Šedové (2007) se jedná o detailní studium jednoho nebo více případů a je tradičně považováno za jeden z možných způsobů, jak porozumět složitým sociálním jevům. Dle Miovskeho (2006) dokonce některé případové studie vstoupily do historie (například Freudovy Studie o hysterii). V případové studii jde zejména o zachycení složitosti případu a předpokládá se, že důkladným prozkoumáním případu lépe porozumíme i jiným podobným případům (Hendl, 2016). Pro případovou studii jsou charakteristické dvě výzkumné otázky a to „jak“ a „proč“. Zkoumaný případ by měl být aktuální a měl by vycházet z reálného života (Miovský, 2006).

V této práci bude použita osobnostní případová studie, doplněná rozhovorem s pěti klienty služby sociální rehabilitace.

Cílem empirické části bakalářské práce je pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty a pomocí studia dokumentace zjistit, jaký vliv má sociální rehabilitace na klienty s duševním onemocněním.

Ve zvoleném středisku sociální rehabilitace jsem vybrala pět klientů, kteří s touto službou spolupracují. Tito klienti mají různé psychiatrické diagnózy, jsou různého věku. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na možné změny v oblasti bydlení, sociálních vztahů, pracovních příležitostí a zvládnutí každodenních činností.

Výsledkem praktické části budou kazuistiky pěti vybraných klientů.

### 5.3 Popis výběru techniky sběru dat

#### **Rozhovor**

Pro svůj výzkum jsem se rozhodla získat data pomocí rozhovoru, který jak uvádí Švaříček a Šedřová (2007) je nejčastější používanou metodou v kvalitativním výzkumu. Nejrozšířenější formou rozhovoru pak je polostrukturovaný rozhovor, kdy vytváříme určité schéma, které je pro tazatele závazné (Miovský, 2006). Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je, že tazatel má možnost klást doplňující otázky a tím může být dosaženo větší výtěžnosti a přesnosti než při plně strukturovaném rozhovoru (Miovský, 2006). Polostrukturovaná varianta rozhovoru kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody obou krajních forem rozhovoru, t. volného, nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru (Reichel, 2009). Reichel (2009) uvádí že „u polostrukturované formy rozhovoru, na rozdíl od volné, se často již jako určitý aspekt standardizace objevuje předpis prostředí, v němž by měl rozhovor probíhat (v pracovně tazatele, v kavárně atp.“ (Reichel, 2009, s. 112).

Výzkumné šetření v této práci se provádí v rámci etických principů, jenž chrání účastníky i výzkumníka. Klíčovým bodem je získání

informovaného souhlasu všech zúčastněných lidí, kteří se budou výzkumu účastnit. Účastníci výzkumu by měli vědět o čem výzkum je a měli by mít svobodnou volbu, zda se studie zúčastní (Walker, 2013). Zásadní etické aspekty jsou:

Informovaný souhlas – participanti vyjádřili informovaný souhlas s účastí na tomto výzkumu

Vyhnutí se stigmatu nebo tísní – participanti byli ujištěni, že účast na výzkumu je zcela dobrovolná, nebudou vystaveni špatnému pocitu, pokud se rozhodnou účast ve výzkumu ukončit

Ochrana osobních údajů – informace v této práci jsou zcela důvěrné a pouze pro účely této bakalářské práce

Anonymita – participanti zůstanou v anonymitě, která je důležitá k ochraně jejich soukromí (povzbuzení k otevřeným odpovědím)

## **Pozorování**

Vzhledem ke skutečnosti, že výzkumné šetření bude probíhat v prostředí střediska sociální rehabilitace s klienty, kteří mají duševní onemocnění, rozhodla jsem se pro zúčastněné pozorování. Pracuji ve středisku sociální rehabilitace několik let, a proto jsem měla možnost vybrané klienty zúčastněně dlouhodobě pozorovat. V rámci sběru dat jsem pozorovala práci sociální pracovnice s klienty, s rodinami a také s úřady.

Dle Miovského (2006) se metoda pozorování řadí mezi nejstarší metody v získávání psychologických znalostí. *„Metody pozorování lze dělit z několika různých hledisek. Dle předmětu pozorování můžeme rozlišovat mezi introspektivními technikami a extrospektivními technikami. Pozorování vnějších procesů a jevů lze dále členit na přímé a nepřímé“*

(Miovský, 2006, s. 142). Výhodou zúčastněného pozorování je to, že *„pozorovatel má bezprostřední zkušenost se situací a jevy, které pozoruje. Má možnost zapojit se do interakcí mezi účastníky a lépe pochopit a popsat to, co, jak a proč dělají atd.“* (Miovský, 2006, s. 152).

## **Analýza dokumentů**

Ve středisku sociální rehabilitace, kde bude výzkumné šetření probíhat, jsem měla možnost podrobně se seznámit s dokumenty všech osob, které se budou výzkumné sondy účastnit. Všichni zúčastnění s tímto úkonem souhlasili. V tomto případě se jednalo o studium individuálních plánů a osobních cílů.

V průběhu výzkumu se studují data, která byla již dříve vytvořena. V užším pojetí dle Miovského (2006) pod termínem analýza dat rozumíme *„výzkumnou strategii založenou na analýze již existujícího materiálu, popřípadě materiálu, který vznikne mezi výzkumníkem a účastníky výzkumu“* (Miovský, 2006, s. 98). Pro účely případové studie je potřeba prostudovat dokumenty, které se týkají osoby, která se účastní výzkumu.

### **5.4 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvoří pět klientů sociální rehabilitace. Rozhovory s klienty proběhly v příjemném prostředí, v místnosti pro klienty nebo v domácím prostředí klienta, vždy dle předchozí domluvy. Všichni participanti předem vyslovili souhlas s rozhovorem a s nahráváním celého rozhovoru. Bližší informace o jednotlivých klientech jsou obsahem následujících kazuistik. Pro zachování

anonymity budou jména zúčastněných nahrazena fiktivními jmény. Z rozhovorů, studia dokumentů a pozorování byly vypracovány následující kazuistiky.

## 5.5 Kazuistiky

Obsahem této kapitoly je pět kazuistik, které jsou zpracované na základě rozhovorů, pozorování a studia dokumentů. Jména a údaje, podle kterých by mohli být participanti identifikováni, jsou změněny.

### **Kazuistika č. 1 – paní Gabriela**

#### *Osobní a rodinná anamnéza:*

Paní Gabriela je žena středního věku, která vystudovala střední školu. Nikdy se nevdala, celý život žila v rodinném domě společně se svými rodiči a sestrou. Po absolvování střední školy nastoupila do zaměstnání. Ve volném čase se plně věnovala péči o své rodiče, zejména o matku, které trpěla duševním onemocněním. Změny v životě nastaly po smrti matky. Krátce nato zemřel otec a v průběhu roku zemřela také její sestra. Paní Gabriela se psychicky zhroutila a byla dlouhodobě hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici. Po této léčbě byla předána do ambulance psychiatra v místě bydliště.

Bohužel se plně rozvinula duševní nemoc a paní Gabriele se naprosto změnil život. Její onemocnění má dopad na sociální vazby, ale také na její vazby v široké rodině. Paní Gabriela často vzpomíná na svou matku a sestru.

#### *Sociální anamnéza:*

Paní Gabriele se zásadně změnil život úmrtím rodičů a následně náhlým úmrtím sestry. Právě v této době u ní naplno propukla její nemoc. Nejprve byla klientka hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici a následně se léčila ambulantně u svého psychiatra. Bohužel nemoc se rychle zhoršovala, byla nutná další dlouhodobá hospitalizace. Takto prožila paní Gabriela více než dva roky života. Její život probíhal mezi psychiatrickou nemocnicí a ambulancí psychiatra. Zároveň v tomto čase se provdala její poslední příbuzná, která se i s manželem nastěhovala do rodinného domu paní Gabriely. Kdykoliv se klientka vrátila z léčení, manžel příbuzné ji psychicky týral, protože se snažil jí z domu vystrnadit.

V tomto období službu sociální rehabilitace kontaktovala příbuzná paní Gabriely se žádostí o spolupráci. Sociální pracovnice společně s koordinátorkou střediska služby navštívily paní Gabrielu v bytě její kamarádky, kde našla dočasný azyl. Provedly šetření a rozhovorem s klientkou zjistily skutečný stav věcí. Domluvily se na spolupráci a uzavřely smlouvu mezi klientkou a službou. Společně se domluvily na individuálním plánu a na cíli budoucí spolupráce.

Nejprve bylo důležité navázat spolupráci v rámci multidisciplinární spolupráce s psychologem, kam začala paní Gabriela docházet na terapie. Tím se daly věci do pohybu a během několika týdnů se paní Gabriela mohla přestěhovat do samostatné garsoniéry, kde našla potřebný klid. Po vybudování důvěry, což trvalo déle než rok, se paní Gabriela svěřila, že byla celé dětství zneužívána svým příbuzným.

Dalším úkonem bylo poskytnout paní Gabriele informace o možnostech sociálních dávek (příspěvek na bydlení). Dalším krokem ve spolupráci bylo navázání klientky na psychoterapeutický stacionář, se kterým středisko sociální rehabilitace úzce spolupracuje. Paní

Gabriela začala pravidelně stacionář navštěvovat. Nejprve bylo nutné klientce poskytnout podporu formou doprovodu do stacionáře, jelikož trpí sociální fobií a těžko se seznamuje s cizími lidmi. Mezi další úkony patří doprovody k lékařům (oční vyšetření, návštěva chirurgické ambulance atd.) Při těchto návštěvách u odborných lékařů je velmi důležitá spolupráce s psychologem. Doprovody k odborným lékařům jsou v současné době časté, protože má klientka mnoho zdravotních potíží. Vše je ztíženo tím, že klientka nemůže jít do ordinace, kde je lékař-muž. Vždy se musí objednat k lékařce.

Paní Gabriela trpí vážnou duševní nemocí a ve vypjatých situacích se její osobnost roztrhává. Při vyšetření u oční lékařky se paní Gabriela tzv. „přepne“ do jiné osobnosti, která měla v úmyslu zdemolovat ordinaci. Právě proto je nutné mít na telefonu psycholožku. Telefon je zapnutý na hlasitý poslech a psycholog mluví na klientku a snaží se jí „vrátit“ do její osobnosti. Jedná se o náročnou situaci, kterou je možné zvládnout právě díky spolupráci všech zúčastněných oční lékařky, sociální pracovnice i psycholožky na telefonu. Situace v praxi vypadá tak, že se klientka „přepne“ a řekne: „Jsem Morgana a všechny vás zabiju. Dejte mi zrcadlo!“ Psycholog přes mobil volá: „Gábino, vrať se zpátky, potřebuji Gábinu zpátky!“ Takové „přepnutí“ může trvat i nekonečných 10 minut. Poté, co se klientka „vrátí“ zpět se zeptá: „Je všechno v pořádku? Proč se tak tváříte?“

Aktuálně klientka bydlí sama, pravidelně navštěvuje svou psycholožku a psychiatricku. V rámci naší spolupráce ji služba sociální rehabilitace doprovází na úřady, k lékařům. Byl vypracován nový individuální plán, který zahrnuje také vycházky a malé výlety do okolí, aby nebyla klientka ohrožena sociálním vyloučením.

## **Kazuistika č. 2 – paní Pavlína**

### *Osobní a rodinná anamnéza:*

Paní Pavlína je žena středního věku, vystudovala střední školu. Byla vdaná, je matkou tří dospělých dětí. V minulosti pracovala, ale po narození dětí zůstala v domácnosti. Plně se věnovala svým dětem, většinou sama, manžel se doma příliš nezdržoval. Manželství nebylo idylické, protože manžel klientku týral fyzicky i psychicky. Paní Pavlína vše tajila před okolím a zejména před dětmi. Zhruba v této době začaly u klientky první problémy s její psychikou. Manželství skončilo rozvodem. Dospělé děti mají své rodiny, své zájmy. Klientka o svých dětech hovoří často a s láskou.

### *Sociální anamnéza:*

Paní Pavlína žije sama ve svém bytě, děti ji navštěvují zřídka. Cítí se osamělá. Nemá přátele, nemá koníčky. Nemá zaměstnání, pobírá invalidní důchod, příspěvek na bydlení. Její zdravotní stav se zhoršil po odchodu dětí z domova, kdy zůstala sama. V té době byl její stav vážný a byla hospitalizována v psychiatrické nemocnici. Jednalo se o dlouhodobý pobyt déle než šest měsíců. Po návratu z nemocnice začala docházet do psychiatrické ambulance, také se k ní na čas přistěhovala dcera. Bohužel během pár měsíců se stav zhoršil a klientka opět nastoupila do ústavního léčení, znovu na šest měsíců. Po návratu z ústavního léčení se klientka, na doporučení sociální pracovnice v psychiatrické nemocnici, obrátila na službu sociální rehabilitace. Paní Pavlína ve spolupráci se sociální rehabilitací začala navštěvovat terapeutický stacionář. Ale tuto spolupráci velmi rychle ukončila. Nechtěla se s nikým stýkat, neměla zájem o okolí, nečetla, nesledovala televizi. Znovu nastoupila do psychiatrické nemocnice.

Po skončení hospitalizace se opětovně obrátila na středisko sociální rehabilitace. Klientce byla nabídnuta možnost spolupráce s peer konzultantem, který je součástí týmu střediska. Postupně si navzájem k sobě vybudovali důvěru a v současné době společně vycházejí na procházky do okolí, navštěvují rukodělnou dílnu. Paní Pavlína začala číst knihy, věnuje se vaření a pečení, našla si kamarádku, se kterou chodí do společnosti.

### **Kazuistika č. 3 – paní Sylva**

#### *Osobní a rodinná anamnéza:*

Paní Sylva je mladá žena. Sylva pochází z početné rodiny, má několik sourozenců. Rodiče nikdy nepracovali. Ve spise se uvádí, že už v dětství začala experimentovat s drogami a alkoholem. V té době začala mít problémy ve škole i v rodině (špatný prospěch, absence, útěky z domova). Dále je ve spisu uvedeno, že v pubertálním věku 13 let byla (na žádost matky) umístěna do diagnostického ústavu. V tomto zařízení pobývala 2 roky, poté se vrátila domů. Hned po návratu z ústavu se začala živit prostitucí, její závislost na alkoholu a drogách se zvyšovala a Sylva potřebovala pravidelný příjem.

Později otěhotněla, dítě porodila, ale nikdy se o něj nestarala. Na základě soudního rozhodnutí byla Sylvě omezena rodičovská odpovědnost. Péči o dítě převzala její matka.

#### *Sociální anamnéza:*

Sylva žila svým způsobem života, neměla vlastní bydlení, žila na ulici nebo pobývala u svých klientů (za poskytování sexuálních služeb). U jednoho ze svých klientů Sylva pobývala několik měsíců až do

události, která měla vliv na její další život. Jedné noci, kdy byla Sylva pod vlivem alkoholu a drog, napadla a vážně zranila svého klienta. Událost měla za následek, že byla hospitalizovaná v psychiatrické nemocnici. Tehdy jí byla diagnostikována bipolární afektivní porucha. Po propuštění z hospitalizace se její život příliš nezměnil, nadále žila na ulici nebo u klientů. Jen občas pobývala v psychiatrické nemocnici (pobyty byly většinou 2 až 3 měsíce).

V životě Sylvy nastaly změny. Začala pravidelně docházet do psychiatrické ambulance, také do psychoterapeutického stacionáře. Občas bydlela na ubytovně (než jí vyhodili pro nevhodné chování), občas přespala na noclehárně, občas u klienta. Prostituce, alkohol a drogy byly stále součástí jejího života.

Jednoho dne (po propuštění z hospitalizace) přišla Sylva do služby sociální rehabilitace, bez doporučení, jen o naší službě slyšela od své kamarádky. Po obvyklém jednání se zájemcem, podepsání smlouvy, začala sociální pracovnice vypracovávat individuální plán společně s klientkou. Sociální pracovnice zvolila techniku aktivního naslouchání (Sylva se potřebovala vypovídat), dále pokračovala v rozhovorech o zodpovědnosti.

Nejprve bylo třeba vyřešit bydlení klientky. Sociální pracovnice ve spolupráci s pověřenou opatrovnící domluvily pro Sylvu dočasné ubytování v azylovém domě. Klientka projevila snahu a přání vzít život do svých rukou a začít žít řádný život. Finančně nestrádala, protože měla invalidní důchod 3. stupně (finanční plnění) a také si vydělávala i nadále prostitucí. Po třech měsících byl klientce pobyt v azylovém domě ukončen, pro neplnění pravidel. Sociální pracovnice opět začala hledat vhodné bydlení pro klientku, samozřejmě pokračovaly rozhovory o zodpovědnosti, o plánech do

budoucná. Dalším místem pobytu byla noclehárna, kde strávila klientka pouze jeden týden, ale i zde byl klientce pobyt ukončen. Tentokrát proto, že si na pokoj vodila klienty.

Sylva se opět ocitla na ulici, ale naštěstí nadále docházela (v doprovodu sociální pracovníce) do psychiatrické ambulance. Lékařka konstatovala, že její zdravotní stav se prudce zhoršil, proto odeslala klientku opět do psychiatrické nemocnice. Tam opět pobyla několik měsíců. Po návratu z hospitalizace chtěla změnit svůj život, toužila po samostatném bydlení a chtěla se opět stýkat se svým dítětem. To nadále zůstávalo v péči její matky.

Sociální pracovníce opět domluvila bydlení pro Sylvu v dalším azylovém domě. Sylva byla poučena, že má svá práva, ale také povinnosti. Klientka přislíbila, že bude dodržovat ubytovací řád, bude udržovat pořádek, bude se podílet na úklidu společných prostor.

Tentokrát vydržela Sylva v azylovém domě 2 měsíce. Po této době opět přestala plnit povinnosti a začala porušovat ubytovací řád. Vodila si na pokoj klienty, přinášela do azylového domu návykové látky, který ostatním spolubydlícím prodávala. Opět byla vyhozena, opět žila na ulici. Sociální pracovníce jí motivačními rozhovory přivedla na myšlenku jít na odborné léčení, aby se zbavila závislosti na psychoaktivních látkách. Klientka nemá dobré vztahy s matkou, v současné době ji nenavštěvuje.

#### **Kazuistika č. 4 – pan Tomáš**

*Osobní a rodinná anamnéza:*

Pan Tomáš je mladý muž, má základní vzdělání, nikdy nepracoval. Vyrůstal jen s otcem, rodiče se brzy rozvedli a matka o něj nejevila zájem. Ve škole byl šikanován, dle jeho sdělení, nejen spolužáky, ale také učitelem. Otec často odjížděl za prací do vzdálenějších měst, proto byl Tomáš často u dalších příbuzných. Ve škole se mu nelíbilo, nic ho nebavilo. Kamarády neměl. Po základní škole nastoupil na učiliště, které nedokončil. Když dosáhl plnoletosti odjel se toulat po Evropě. Sám uvedl, že pobýval v různých zemích, vždy mezi bezdomovci. Nikdy se nesnažil najít si práci. Takto se toulal několik let. Po návratu do České republiky začal navštěvovat psychiatrickou ambulanci, protože ho trápily depresivní stavy. Vše vyústilo událostí, která mu změnila život. Pokusil se o sebevraždu. Následoval dlouhodobý pobyt v psychiatrické léčebně.

Tomáš má po úrazu mnohé zdravotní problémy.

*Sociální anamnéza:*

Tomáš žije v bytě společně s otcem. Otec vyjíždí za prací do zahraničí a Tomáš bývá často sám. Je bez přátel, s dalšími příbuznými se nestýká. Zájmy a koníčky nemá. Jeho otec ho přivedl do střediska sociální rehabilitace, pan Tomáš neprotestoval, v podstatě mu tu bylo lhostejné. Alespoň to uváděl.

Začal spolupracovat se sociální pracovnící, která jej přivedla do terapeutického stacionáře v rámci multidisciplinární spolupráce. Zpočátku Tomáš nejevila zájem o dění ve stacionáři, nekomunikoval, nezapojoval se do aktivit. Po určité době do stacionáře nastoupil mladý muž se stejnou diagnózou jako má Tomáš a postupem času se oba stali kamarády. Zmíněný kamarád se zajímal o kulturní a sportovní dění ve městě. Také se zajímal o historickou literaturu a

často navštěvoval knihovnu. Tomáš kamaráda doprovázel na sportovní akce a někdy do knihovny. Brzy si také on začal půjčovat knihy a zaujala ho cestopisná literatura.

Ve spolupráci se sociální rehabilitací se podařilo najít Tomášovi práci v chráněné dílně, kde je klient spokojen. Dalším krokem bylo najít samostatné bydlení, což se podařilo. V současné době Tomáš bydlí v samostatné garsonce a jak sám uvádí je spokojený se svým životem.

### **Kazuistika č. 5 – pan Filip**

#### *Osobní a rodinná anamnéza:*

Pan Filip je mladý muž, má vysokoškolské vzdělání. Dětství prožil v dětském domově. Otce nikdy nepoznal, matka je závislá na alkoholu. Jediná příbuzná, se kterou se stýká, je jeho babička. Po ukončení střední školy se přestěhoval ke své babičce a začal studovat vysokou školu. Dle jeho slov neví, jak vystudoval střední a poté vysokou školu, protože již na střední škole let začal pít alkohol ve velkém množství. Celé studium má zastřeno v nějaké mlze, vzpomíná si pouze na alkoholové opojení. Byl krátce ženatý, z tohoto svazku má dítě, se kterým se stýká jen výjimečně, protože má problémy s bývalou manželkou.

#### *Sociální anamnéza:*

Filip nastoupil do prvního zaměstnání na vysokoškolskou pozici, ale po půl roce zaměstnání po vzájemné dohodě opustil. Důvodem bylo pití alkoholických nápojů v zaměstnání. Následovalo další pracoviště a situace se opakovala. Rozhodl se pro odbornou pomoc a absolvoval léčebný pobyt v psychiatrické nemocnici, aby se závislosti na alkoholu

zbavil. Po návratu z léčení se seznámil s dívkou a po krátké známosti se vzali, také proto, že dívka otěhotněla. Filip začal pracovat, ale tentokrát nastoupil do továrny do dělnické profese. Vše se vyvíjelo dobře, ale mnoho spolupracovníků nadměrně užívalo alkohol. Takže to netrvalo dlouho a Filip opět začal pít. Po narození dítěte ho opustila manželka i s dítětem a Filip měl další „důvod“ proč pít. Po roce působení v tomto zaměstnání se u Filipa začaly projevovat první příznaky psychického onemocnění, proto vyhledal lékařskou pomoc. Opět se ocitl v psychiatrické nemocnici, ale jak sám uvádí, alkohol pil i tam. Prý to vždycky někdo „sežene“.

Po propuštění z nemocnice Filip pravidelně docházel ke svému psychiatrovi a sám kontaktoval službu sociální rehabilitace. Sociální pracovnice po prvotním šetření společně s klientem vytvořila individuální plán a domluvili se, že budou postupovat po krocích tak, aby vše klient zvládl. Nejprve Filip za podpory služby podal žádost o invalidní důchod, následně spolu řešili otázku samostatného bydlení.

Bydlení na ubytovně, kde žije spousta dalších lidí, kteří se alkoholu nevyhýbají, není vhodné místo pro jedince, který se závislostí na alkoholu bojuje. Situace se vyvíjela dobře, invalidní důchod byl klientovi přiznán, získal bydlení ve městě. Také se podařilo najít práci organizaci, které poskytuje chráněné pracovní místo. Filip pracoval na zkrácený úvazek, víc by nezvládl, ale byl spokojený.

Po pár měsících se znovu nepohodl s bývalou manželkou a vše dopadlo tak, že opět měl odepřeno vidět se se svým dítětem. Situaci řešil po svém, začal opět pít. Přestal docházet k psychiatrovi, přestal spolupracovat se službou sociální rehabilitace.

Opět následoval pobyt v psychiatrické nemocnici, kde podle vyjádření lékařů zůstane nejméně šest měsíců, protože jeho psychické onemocnění se nadměrným užíváním alkoholu velmi zhoršilo.

Po několika měsících obdržela koordinátorka střediska sociální rehabilitace obsáhlý dopis (elektronickou poštou) od Filipa. V dopise sděluje, že se v nemocnici seznámil s mladou ženou (léčí se s jinou diagnózou) a že se rozhodli žít společně a vzájemně se podporovat. Protože chtějí oba začít úplně od nuly a v novém místě, kde je nikdo nezná, rozhodli se přestěhovat do jiného regionu. Jejich novým místem k životu bude horská oblast, kde si již zmíněná mladá žena domluvila zaměstnání v rekreačním středisku.

## 5.6 Vyhodnocení dat, prezentace výsledků

V této kapitole se zaměřím na vyhodnocení výzkumného cíle zodpovím na výzkumné otázky na základě zpracovaných kazuistik z předchozí kapitoly.

### **Výzkumná otázka č. 1**

*Změnily se nějak v souvislosti s podporou služby Vaše sociální vztahy – přátelé, kamarádi, partneři, příbuzní?*

Téměř všichni participanti zaznamenali změnu ve svém životě v oblasti sociálních vztahů. Někteří si našli kamaráda, přítele nebo se jim zlepšily vztahy v rodině. U paní Gabriely byla zaznamenána velká změna, jak sama uvádí: „už mě neponižuje můj švagr každodenními nadávkami a vulgárními výrazy“. Dva participanti si našli kamarády, se kterými tráví volná čas, pan Filip má nyní urovnané vztahy se svou bývalou ženou. Jak uvedl: „bývalka ocenila, že se snažím a že spolupracuji

*se sociální rehabilitací, tak zase se mnou mluví“.* Pouze u paní Sylvy nenastaly změny v oblasti sociálních vztahů. Paní Pavlína uvedla: *„poprvé v životě mám kamarádku, která mi rozumí, asi proto, že má podobné problémy jako já“.*

## **Výzkumná otázka č. 2**

### *Změnilo se něco s bydlením, s rodinou?*

Bydlení je základní potřeba každého člověka. Mnozí z klientů sociální rehabilitace zůstávají v původních rodinách, z nejrůznějších důvodů. Většina z participantů uvádí, že v oblasti bydlení jsou nyní spokojeni a ve spolupráci se službou sociální rehabilitace nastaly změny v této oblasti. Pan Tomáš uvedl: *„konečně si připadám jako dospělý chlap, mám svůj byt“.* Pro paní Gabrielu byla bytoví otázka naprosto zásadní, jak sama uvedla, protože sdílet domácnost s příbuznými, kteří ji ponižovali bylo nesnesitelné. Sama uvedla: *„chtěla jsem spáchat sebevraždu, neměla jsem jediný den klid“.* Pro dvě klientky se situace nezměnila, paní Pavlína již vlastní bydlení měla a paní Sylva momentálně samostatně bydlení nehledá. Sylva uvedla: *„v azylovém domě se mi nelíbí. Protože po mě pořád někdo něco chce“.* Pan Filip sice vlastní bydlení získal, ale dle jeho slov: *chci zkusit štěstí v jiném regionu, kde mě nikdo nezná, půjdu tam s novou partnerkou“.*

## **Výzkumná otázka č. 3**

*Změnily se v průběhu poskytování služby nějak Vaše zájmy, vaše pracovní uplatnění, způsob trávení volného času?*

Zaměstnání lidí, kteří mají psychiatrickou diagnózu je v současné době obtížné. Není dostatek chráněných pracovních míst a chráněných dílen. Přitom mnozí by pracovali velmi rádi, zlepšili by si svůj příjem a samozřejmě své sebevědomí. Jak uvedl pan Tomáš: *„hodně čtu, hlavně nahlas, protože jsem měl po úrazu problémy s mluvením. Chodím do knihovny, s kamarádem chodím do kina, kde jsem nikdy předtím nebyl. A hlavně mám práci. Poprvé v životě mám práci. Paní Pavlína uvedla, že se změnilo téměř vše: „chodím procházky do okolí, navštěvuji keramickou dílnu. Začala jsem číst knihy, věnuji se vaření a pečení, našla jsem si kamarádku, se kterou chodí do společnosti. Paní Gabriela uvedla, že začala chodit do přírody, v rozhovoru uvedla: „nikdy bych sama ven nešla, byla jsem zavřená v jednom pokoji několik let“.* Paní Sylva uvedla, že se nic nezměnilo.

Většina participantů zaznamenala pozitivní změnu v oblasti pracovního uplatnění, trávení volného času nebo zájmů.

#### **Výzkumná otázka č. 4**

*Domníváte se, že se nějak změnil Váš pohled na sebe sama, na Vaše schopnosti a jak?*

Pan Tomáš uvedl: *„někde jsem slyšel: co tě nezabije, to tě posílí, tak to je asi můj případ. Asi si víc věřím“.* Paní Pavlína uvedla: *„víc si věřím, že zvládnou každodenní život. Předtím jsem se bála zapnout třeba pračku, myslela jsem si, že ji pokazím. Věřím víc i lidem kolem sebe“.* Pan Filip uvedl: *„teď už věřím, že dokážu navždy skončit s alkoholem. Dokážu to“.* Paní Gabriela, uvedla, že se asi nic nezměnilo, stejně jako paní Sylva. Pro některé participanty se změnilo vnímání svých schopností, někteří tuto skutečnost nezaznamenali.

#### **Výzkumná otázka č. 5**

***V čem Vám služba sociální rehabilitace pomohla nebo naopak nepomohla?***

Většina participantů shodně odpověděla, že jim služba pomohla, jen paní Sylva odpověděla: „nevím“. Pan Tomáš uvedl: „služba mi pomohla s bydlením, najít si práci. Někdy si myslím, že jsem našel sám sebe“. Paní Gabriela uvedla: „služba mi pomohla v těch nejdůležitějších věcech. Sama bych to nikdy nedokázala. Hlavně bydlení a možnost svěřit se někomu se svými problémy. Nemohu jít sama k lékaři, nemohu jít sama na úřad, bojím se cizích lidí. V tom všem mi služba moc pomohla. Naučila jsem se, jak zapnout pračku a uvařit si polívku“. Pan Filip uvedl, že si uvědomuje, že jeho závislost na alkoholu mu ničí život: „hodně jsme to se sociální pracovníci probírali, vůbec mě nekárala, to bylo poprvé v životě, že se mnou někdo normálně mluvil jako s normálním člověkem“. Paní Pavlína také hodnotí, že se necítí izolovaná, jak sama uvedla: „služba mi pomohla hlavně s tím, že se můžu někomu vypovídat. Asi jsem dostala novou chuť do života“.

## **Diskuse**

V této kapitole se věnuji diskusi a zaměřuji na část teoretickou i empirickou.

### **Teoretická část práce**

V současné době máme k dispozici celou řadu odborných publikací, které se zabývají problematikou duševních poruch. Tato část práce mě osobně obohatila o nové poznatky, které jsem v rámci rešerše nastudovala.

### **Empirická část práce**

V rámci výzkumného šetření jsem zjistila, že opravdu každý člověk je individualita. Někteří respondenti odpovídali ochotně a spontánně. Druhá část respondentů sice ochotně odpovídala, ale jednoslovně. Z tohoto důvodu jsme si společně domlouvali další schůzky. Zajímavostí je, že ženy byly hovornější a otevřenější. Muži potřebovali na rozhovor delší čas.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že psychické problémy se nevyhýbají nikomu. Část klientů prožila těžké dětství, část klientů prošla peklem závislostí. U jedné participantky se onemocnění projevilo v pozdějším věku, u druhé v mládí.

Ve spolupráci s respondenty jsem zjistila, že většina z nich je ohrožena sociálním vyloučením. Pokud nemusí, nevycházejí ze svých domovů, pouze na běžné nákupy nebo k lékaři. Jedna participantka trpí sociální fobií, proto potřebuje doprovody všude. Lidé s duševním onemocněním tráví většinu svého času ve svých domovech, mají spoustu volného času, ale svůj čas většinou nevyužívají aktivním způsobem.

Dále jsem z rozhovorů s participanty zjistila, že mnozí z nich mají problémy ve svých vlastních rodinách, pramenící ze skutečnosti, že mají duševní onemocnění. Paní Pavlína uvedla, že po dobu hospitalizace v psychiatrické nemocnici jí za celou dobu šesti měsíců dospělé děti ani jednou nenavštívily.

Problematika cílové skupiny lidí s duševním onemocněním je rozsáhlá, zahrnuje mnoho oblastí každodenního života jako je bydlení, zaměstnání, partnerské vztahy, vztahy v rodině. Tématem pro další výzkumné šetření by mohla být například pracovní rehabilitace. Z rozhovorů s participanty jsem zjistila, že právě uplatnění na trhu práce je pro tuto skupinu značně ztíženo. Není dostatek chráněných pracovních míst, není dostatek zaměstnavatelů, kteří jsou ochotni zaměstnávat lidi na zkrácené úvazky.

## Závěr

Cílem této práce je zjistit, jaký vliv má služba sociální rehabilitace na lidi s duševním onemocněním, zda má služba vliv na míru jejich samostatnosti v každodenním životě.

Tato bakalářská práce je složena ze dvou hlavních částí, a to teoretické a empirické. V první části jsem představila základní pojmy z oblasti duševního onemocnění a také sociální rehabilitaci, které spolupracuje s lidmi s duševním onemocněním.

Empirická část byla zaměřena na zmapování života vybraných klientů služby sociální rehabilitace. Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím kazuistik, které byly zpracovány na základě studia dokumentů, pozorování a rozhovorů s klienty. Rozhovory byly realizovány vždy po předchozí domluvě s každým zúčastněným klientem. Místo pro realizaci rozhovorů si zvolili participanti sami, v domácím prostředí nebo v kanceláři sociální rehabilitace. Rozhovory s participanty byly nahrávány na mobilní telefon a poté přepsány, vždy se souhlasem každého účastníka výzkumného šetření. Z vypracovaných kazuistik vyplynulo mnoho informací a na jejich základě jsem mohla odpovědět na výzkumné otázky.

Lidé s duševní onemocněním se potýkají s celou řadou potíží v každodenních činnostech. Valná většina z nich zůstává i v dospělosti ve svých primárních rodinách. Z výzkumného šetření vyplynulo, že velkým problémem je samostatné bydlení a možnost zaměstnání. S podporou a ve spolupráci se službou sociální rehabilitace je mnoha případech i tento problém možné řešit a často i vyřešit. Z výzkumného šetření vyplynulo, že některým klientům se právě tento problém podařilo zdárně vyřešit. Dalším problémem pro lidi s duševním onemocněním je sociální izolace. Z výzkumného

šetření vyplynulo, že služba sociální rehabilitace je přínosná i v tomto ohledu, jak vypovídají vypracované kazuistiky. Sociální kontakty s jinými lidmi nebo s lidmi, kteří mají podobné problémy jsou pro klienty sociální rehabilitace důležité. V mnoha případech tato setkání přerostou v přátelství a vzájemnou podporu. Na druhou stranu je nutno podotknout, že sociální kontakty pouze v rámci sociální rehabilitace, mohou vést k posílení izolace od okolí.

Na otázku, jaký vliv má služba sociální rehabilitace na míru samostatnosti v obstarávání osobních záležitostí u lidí s duševním onemocněním je možné odpovědět jedním slovem: značný. Klienti, kteří spolupracují se sociální rehabilitací se mnoha případech osamostatnili, odešli ze svých primárních rodin, jsou schopni za podpory služby starat se o svou domácnost, smysluplně tráví volný čas, někteří nastoupili do zaměstnání. Vliv sociální rehabilitace na život člověka s duševním onemocněním je opravdu velký, jak je patrné z vypracovaných kazuistik. Na druhou stranu je nutno připustit, že není v silách žádné sociální služby pomoci všem. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že přes veškerou snahu sociálních pracovníků jdou někteří lidé svou cestou. Vzhledem ke skutečnosti, že mezi hlavní zásady služby sociální rehabilitace patří individuální přístup, respekt k názorům každého klienta a svobodné volbě, je správné respektovat volbu klienta, jít vlastní cestou. Na druhou stranu je nutné mít na zřeteli zdravotní hledisko a nechat na posouzení odborného lékaře, zda klient svou volbou není ohrožen na zdraví.

Při zpracování bakalářské práce, ale také ze své praxe v sociální rehabilitaci, jsem si uvědomila, že lidé s duševním onemocněním se potýkají s velkým množstvím problémů. Proto je třeba jim podat pomocnou ruku, zapojit do spolupráce i rodinné příslušníky, aby mohli tito lidé i přesto vést plnohodnotný život. Cíl práce byl naplněn.

## Seznam literatury a zdrojů

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., ŠPANIEL, F. (2017). *Schizofrenie – Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta

GOFFMAN, E., (2003). *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon.

HARTL, P., (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál

HENDL, J., (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

JESENSKÝ, J., (1995). *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum

KOLÁŘOVÁ, K., (2012). *Jinakost – postižení – kritika*. Praha: Slon

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., (2002). *Psychiatrie, učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál

MALOUŠKOVÁ, K., Fafejta, M., (2021). *The Social Marginalization of People Living with a Mentally Ill Label—Family, Friends, and Work*. *Qualitative Sociology Review* 17(3):76-89. Retrieved Month, Year ([http://www.qualitativesociologyreview.org/ENG/archive\\_eng.php](http://www.qualitativesociologyreview.org/ENG/archive_eng.php)).

MATOUŠEK, O., (2011). *Sociální služby*. Praha: Portál

McNALLY, R. J., (2012). *What is mental illness?* Harvard University Press.

MIOVSKÝ, M., (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada

OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada

OREL, M., (2020). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

PRAŠKO, J. a kol., (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál

PROBSTOVÁ, V., (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál

REICHEL, J., (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada

SKOPOVÁ, J., (2016). *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění*. Praha: Galén

SILVERMAN, D., (2005). *Ako robiť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar,

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Praha: Portál

THORNICROFT, G., (2011). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

VÁGNEROVÁ, M., (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál

WALKER, I., (2013). *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

## Internetové zdroje

Krajská hygienická stanice Hradec Králové

[http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/kapitola\\_11\\_definice.html](http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/kapitola_11_definice.html)

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

<https://www.uzis.cz/>