

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2020

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jméno a příjmení autora

Aneta Hájková

Název práce

**Oblast péče a kvalita života klientů se schizofrenií v pobytovém
zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku.**

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED PART TIME STUDIES

2019-2020

BACHELOR THESIS

Name and surname

Aneta Hájková

Title

Care and quality of life of clients with schizophrenia in a residential facility with a special regime in Šternberk.

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Aneta Hájková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné vedení mé bakalářské práce, dále za ochotu, veškerou pomoc a cenné rady Mgr. Lukáše Stárka, Ph.D.

Anotace

Cílem bakalářské práce bude poukázat na kvalitu života lidí se schizofrenním onemocněním v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je nezbytně nutné zmínit se o nemoci samotné, tedy o vzniku, projevech a léčbě tohoto onemocnění. Dále o pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku a kvalitě života lidí se schizofrenií, kteří zde žijí. V praktické části bude proveden kvalitativní výzkum, konkrétně sběr dat pomocí rozhovoru s lidmi v pobytovém zařízení ve Šternberku. Cíl výzkumu bude zaměřen na kvalitu života klientů se schizofrenním onemocněním zmíněného zařízení.

Klíčová slova

Dopad schizofrenie, kvalita života, pobytové zařízení se zvláštním režimem, schizofrenie, sociální péče, sociální rehabilitace, sociální služby, stigmatizace.

Annotation (ve fázi překladu)

The aim of this bachelor thesis is to point out the quality of life of people with schizophrenic disease in a residential facility with a special regime in Šternberk. The thesis is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part it is necessary to mention the disease itself, i.e. its origin, manifestation and treatment. Furthermore, the work deals with the residential facility with a special regime in Šternberk and the quality of life of people with schizophrenia who live there. In the practical part qualitative research will be carried out, namely a data collection by means of an interview with people in the residential facility in Šternberk. The aim of the research will be focused on the quality of life of clients who suffer from schizophrenia.

Keywords

Quality of life, impact of schizophrenia, residential facilities with special regime, schizophrenia, social care, social rehabilitation, social services, stigmatization.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SCHIZOFRENIE.....	12
1.1 Vývoj schizofrenie a prevalence	13
1.2 Diagnostika schizofrenie.....	15
1.3 Symptomy schizofrenie	17
1.4 Průběh a projevy schizofrenie.....	20
1.5 Léčba schizofrenie	21
2 OBLAST SOCIÁLNÍ PÉČE OSOB SE SCHIZOFRENIÍ	24
2.1 Odborné poradenství lidem se schizofrenním onemocněním.....	24
2.2 Služby sociální péče.....	25
2.3 Služby sociální prevence	25
2.4 Klient se schizofrenií v systému sociálních služeb.....	26
2.5 Stigmatizace osob se schizofrenií	27
2.6 Člověk se schizofrenií a rodina.....	29
2.7 Komunitní péče.....	30
2.8 Sociální rehabilitace.....	31
3 KVALITA ŽIVOTA V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM ŠTERNBERK.....	32
3.1 Vincentinum Šternberk	32
3.2 Model ústavní sociální péče.....	33
3.3 Pobytové zařízení se zvláštním režimem Šternberk	34
3.3.1 Aktivizační činnosti v pobytovém zařízení se zvláštním režimem Šternberk.....	35
3.4 Pojem a vymezení kvality života	36
3.4.1 Měření kvality života klientů se schizofrenií	36
3.5 Zásady a standardy kvality sociálních služeb	38
3.6 Dopad schizofrenie na nemocného a faktory ovlivňující kvalitu života	39
PRAKTICKÁ ČÁST	42
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ KVALITY ŽIVOTA KLIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ ŠTERNBERK	42
4.1 Cíl výzkumu.....	42

4.2	Dílčí výzkumné otázky	42
4.2.1	Výzkumné dílčí otázky pro respondenta X	43
4.2.2	Výzkumné dílčí otázky pro respondenta Y	44
4.3	Metodologický úvod	45
4.4	Sběr dat a kritéria respondentů	46
4.5	Etika výzkumu	48
4.6	Přepis strukturovaného rozhovoru	49
4.7	O životě respondenta X	53
4.7.1	Shrnutí nestandardizovaného rozhovoru	57
4.8	O životě respondenta Y	57
4.8.1	Shrnutí nestandardizovaného rozhovoru	58
4.9	Odpovědi pana X na strukturované otázky	59
4.10	Odpovědi pana Y na strukturované otázky	64
5	VALIDITA	69
6	KONFRONTACE SE SOCIÁLNÍ PRACOVNICÍ	70
6.1	Konfrontace sociální pracovnice s výpovědí pana X	70
6.1.1	Validita otázek u pana X	71
6.2	Konfrontace sociální pracovnice s výpovědí pana Y	73
7	VÝSLEDEK A ZHODNOCENÍ VÝZKUMU	75
7.1	Vyhodnocení dílčích otázek	77
	ZÁVĚR	79
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	81
	SEZNAM PŘÍLOH	85

ÚVOD

Statisticky dle Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) schizofrenie postihuje zhruba jednoho člověka ze sta. V České republice je to zhruba sto tisíc lidí. Schizofrenní onemocnění patří mezi desátou příčinu přidělovaných invalidních důchodů III. stupně. Věkově se schizofrenní onemocnění vyskytuje mezi osmnáctým až třicátým věkem života. Dle statistiky se může schizofrenie projevit i kolem patnáctého věku života. Jen vzácně se projeví dětská schizofrenie, která může být diagnostikovaná zhruba kolem čtyř let. Pozitivem je, že zhruba 40 procent osob se schizofrenií se po první atace uzdraví po zahájení včasné léčby. U ostatních osob se schizofrenním onemocněním dochází k relapsům a projevy onemocnění jsou trvalé. Je uvedeno, že zhruba 19 procent osob se schizofrenií je uzdraveno. Komplexně osoby s duševním onemocněním dle statistiky zažilo diskriminační chování z hlediska pracovního uplatnění a to v 64 procentech případů. 72 procent lidí své duševní onemocnění skrývá. Prevalence osob s duševním onemocněním v České republice se pohybuje kolem 21,7 procent. Je nutné předpokládat, že spousta lidí se s duševním onemocněním se neléčí. Údaje ukazují kolem 55 procent.¹ Schizofrenie zkracuje život zhruba o patnáct let. Mortalita se projevuje v začátcích onemocnění až kolem 70 procent. V průběhu léčby je to kolem 6 procent.

Správná diagnostika schizofrenního onemocnění je nezbytnou součástí pro správné definování onemocnění. Vodítkem je mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Diagnostika má multidisciplinární přístup. Nezbytnou součástí diagnostiky je nejen spolupráce mezi jednotlivými odborníky, jako je psychiatr, klinický psycholog a psychoterapeut, podpůrná součinnost rodiny, veřejných institucí a to v oblasti zdravotnické a sociální péče.

V dnešní době je schizofrenie léčitelným onemocněním, avšak zdravý člověk si nedokáže představit, jak těžkou životní zkouškou si nemocný prochází. Žil normální život, chodil do školy, trávil čas s přáteli, dělal vše, co ho baví. Postupně se časem vše

¹ Na rovinu - narovinu.net [online]. Copyright © [cit. 27. 01. 2020]. Dostupné z: <https://narovinu.net/wp-content/uploads/2019/04/mediaguide.pdf>

změnilo. Objevily se halucinace, bludy, paranoidní stavy, ataky, odloučení od společnosti, podezřívání. Racionální myšlenky se „pomátly“. Pro přátele, spolužáky a společnost jako takovou se tento dřív normální člověk stal „bláznem“ bez pochopení. „Změnil se, přeskočilo mu“, a právě zde hrají velkou roli předsudky společnosti, které vždy byly a budou. Tímto je naznačeno, že i kdybychom se sebevíc snažili pochopit pocity a chování člověka se schizofrenií, nejde to. Nedokážeme zažít to, co prožívá a i přes veškeré snahy pochopení, a snahu vnímat jej jako normálního člověka, zůstane v nás „zdravých“ lidech v hloubi duše přesvědčení, že je opravdu „nemocný“ a že není jako dřív.

Teoretická část se bude skládat ze tří hlavních kapitol, které budou doplněny o podkapitoly. V první kapitole bakalářské práce se budeme zabývat schizofrenií jako takovou. Pro lepší pochopení této problematiky se budeme zabývat vývojem schizofrenie, zde budou uvedeni představitelé, kteří se zasloužili o další výzkumy a ujasnění definic schizofrenního onemocnění. Dále bude uvedena prevalence výskytu schizofrenního onemocnění. Dalším stěžejním tématem bude diagnostika schizofrenie, ve které zmíníme součinnost autorů. Správná diagnostika patří mezi nezbytnou součást dnešní medicíny, pro stanovení správné diagnózy je nutné znát symptomy schizofrenie a následně zhodnotit projevy a průběh tohoto onemocnění. Proto se budeme zabývat průběhem a projevy schizofrenie. V této podkapitole bude v přílohách uvedena kazuistika prvotních projevů a průběhu schizofrenie. Dále budou uvedena negativní a pozitivní symptomatika a léčba schizofrenie. Tato odborná část se bude skládat z důležitých poznatků o schizofrenii jak pro rodinu, laickou veřejnost tak další pomáhající profese, které jsou nezbytně přínosné.

Druhá kapitola bude zaměřená na oblast sociální péče osob se schizofrenním onemocněním. Budou zmíněny sociální služby z hlediska odborného poradenství, sociální péče a sociální prevence. Bude vymezeno, jak funguje systém sociálních služeb pro osoby s tímto duševním onemocněním. Celkový sociální systém a sociální služby ohledně osob s duševním onemocněním jsem konzultovala se sociální pracovníci v zařízení Vincentinum ve Šternberku. Bude zde také popsána problematika stigmatizace jak z pohledu společnosti, tak rodiny. Jak člověka se schizofrenií přijímá společnost? Hrají zde role předsudky? Jak se s touto nemocí dokáže smířit rodina? Jakou

pomoc vyhledat? Jak se naučit žít s člověkem s tímto onemocněním? Nabízí se mnoho otázek ohledně této kapitoly, na které bude poukazováno. Dalšími podkapitolami bude komunitní péče a sociální rehabilitace. O komunitní péči v oblasti bydlení budou zmíněné alternativy sociální péče tak, aby klient, pokud je to nezbytně nutné, nemusel být hospitalizován v psychiatrické léčebně.

Třetí kapitola bude vyhraněna kvalitě života lidí se schizofrenním onemocněním v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku. Bude popsána instituce Vincentina, kde se budeme zaměřovat především na sociální službu pobytového zařízení se zvláštním režimem, budou zmíněny aktivizační činnosti tohoto zařízení. Jedna z podkapitol bude zaměřena na model ústavní péče z hlediska historického kontextu a dnešní podoby. Dále bude popsána kvalita života, její vymezení, metody měření a také zásady a standardy, které by měly sociální zařízení dodržovat.

V Praktické části bakalářské práce budou vytvořené strukturované otázky pro klienty se schizofrenním onemocněním zaměřené na kvalitu života v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku. Výzkum bude prováděn v prostředí Vincentina, aby se klient cítil v bezpečí za asistence sociální pracovnice. Cílem výzkumu bude formou strukturovaných otázek zjistit, jak klienti žijí, spokojenost s životem ve Vincentinu, co by rádi změnili, jak jsou spokojeni s personálem a kvalitami služeb z hlediska jejich aktivit.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

V této kapitole budeme obecně popisovat co je to schizofrenie, jaký má vliv na člověka, názory odborníků na schizofrenii a jak ji sami charakterizují. Cílem této kapitoly je uvedení do problematiky pro lepší pochopení schizofrenního onemocnění.

Schizofrenie je duševní onemocnění, které se vyskytuje po celém světě. V psychiatrii a medicíně se zařazuje do sekce F20-F29, což psychotické onemocnění. Ve většině případů je genetické, avšak nemusí tomu tak být. Na vzniku této choroby se podílejí jak faktory sociální tak psychologické a narušuje chování a jednání klienta ve společnosti i soukromém životě. Schizofrenie patří mezi psychózy.² Člověk nevnímá skutečnost takovou jaká doopravdy je, ale tak, jak si ji představuje on sám. Životní dráha, priority a motivace člověka se s tímto onemocněním náhle změní a s nimi i pohled na život. (Raboch, Zvolský 2001)

Schizofrenii jsou blízké psychopatologické změny. Podle Mahrové (2008) jsou charakterizovány myšlenkami, které jsou nejasné a nedávají smysl, poruchami vnímání a afektivitou. Klienti mají problém třídít informace, zjistit co je pravda a nepravda. Nastane období negativismu, vyčerpání a nejasností. Schizofrenii provází bludy, halucinace, pomatení myšlenek.

Malá (2002) popisuje schizofrenii jako ničitele osobního, intelektového, citového a sociálního života. *„Šílenec v laické představě je člověk s nepřiměřeným, nápadným, nepředvídatelným chováním, nesouvislou, nesrozumitelnou, podivnou řečí, s halucinacemi, bludy, s podivnými pohyby a neobvyklými činnostmi.“* (Malá, 2002, s. 58)

² Psychóza je „závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale které svým průběhem zasahuje hluboko do osobnosti pacienta a také do jeho vztahu s okolím“. (Doubek, Praško, Herman, Hans, 2008, s. 10.)

Podle Češkové (2006) je schizofrenie něčím nepochopitelným. Cílem Světové zdravotnické organizace v roce 2001 bylo, aby se veškerá psychická onemocnění „dostala na úroveň somatickou.“ (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 35)

Praško, Doubek, Herman a Hons (2008, s. 11) charakterizují schizofrenii jako „rozštěpení mezi myšlením, chováním, emocemi.“ Popisují, že společnost sischizofrenii vymezuje jako více různorodých osobností člověka. Toto tvrzení není dle ostatních odborníků správné.

1.1 VÝVOJ SCHIZOFRENIE A PREVALENCE

Záznam o „schizofrenii“ je dle zmínek již několik tisíc let starý. V této podkapitole budeme uvádět vývoj schizofrenie zhruba od 19. století, jehož výzkum se posunul díky významným vědcům zkoumajícím záhadné onemocnění vpřed. Cílem je poukázat, jak bylo a mnohdy je i dnes schizofrenní onemocnění těžké diagnostikovat i přesto, že v dnešní době jsou vymezené hlavní symptomy. Dále budeme vymezovat prevalence, ve kterých se odborníci shodují.

Je známo, že nemoc existuje odpradáвна. Její název a upřesňování vymezení se vyvíjelo dlouhou dobu. Vágnerová (1999, s. 177) vymezuje jako první zmínku o „3400 let starém fragmentu z Ajurvedy.“ Zde se vyskytly příznaky, které byly popsány a které ukazovaly na projevy schizofrenního onemocnění.

Začátek se datuje od roku 1856, kdy bylo zkoumáno psychiatrem Benedictem Augustinem Morelem psychické onemocnění u chlapce s vysokou inteligencí. Byl postižen rychle se zhoršujícím chováním, což mělo dopad i na intelekt (Zvolský a kol., 1996).

Kahlbaum se roku 1863 zasloužil o upřesnění a oddělení paranoie od „*paranoidní demence s výraznými bludy a poruchami chování.*“ (Zvolský, 1999, s. 69) O pět let později se zabýval abnormálními pohyby.

Roku 1896 byl definován pojem dementia praecox – předčasná demence nebo také předčasné zhloupení, za který se zasloužil E. Kraepelin. „*Kraepelin pokládal selhání rozumových schopností v mladém věku a prohlubování s ním spojeného chátrání*

osobnosti až do celkového úpadku za charakteristický společný rys.“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 70) O 7 let později rozšířil název o simplex, tedy Dementia praecox simplex. Za znaky jako společné vyhodnocoval právě adolescenci či časnou dospělost, nebo nezastavitelný postup o trvalé demenci. Ukázalo se, že souhrn znaků není správný. I přesto se tato diagnóza užívala nadále zhruba do dvacátých let v Evropě a v Americe až do let padesátých. (Zvolský a kol., 1996)

Dalšími pojetími schizofrenie se kromě E. Kraepelina zabývali Bleuler, Schneider, Jaspers a Hughlings Jackson. (Maj, Sartorius, 1999)

Eugen Bleuler roku 1911 poprvé užil výraz schizofrenie a uvedl, že tato nemoc nemusí vést k demenci. Tvrdil že „*Schizofrenie má vystihovat skutečnost, že u těchto nemocných dochází k rozštěpu, rozpolcenosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí, zejména myšlení a emotivity.*“ (Vágnerová, 1999, s. 177)

Dle Rabocha a Pavlovského (1998) je počet jedinců trpících danou nemocí zhruba 0,5 – 1 procento. Tedy touto nemocí onemocní 1 ze 100 lidí. Z hlediska genetického, pokud je jeden z rodičů schizofrenik, je 12 ti procentní pravděpodobnost, že onemocní touto nemocí i dítě.

Podle Praška je počet jedinců trpících schizofrenií 1 – 1,5 procento populace. Tvrdí že u mužů se schizofrenie objeví kolem patnáctého až dvaadvacátého věku. U žen to bývá později, zhruba od pětadvaceti do pětatřiceti (Praško, 2005).

Dle Malé (2002) je prevalence výskytu 1 procento osob se schizofrenií. Udává, že největší výskyt se objevuje mezi šestnáctým až osmnáctým rokem života, dále mezi pětadvacátým až třicátým rokem.

Zvolský a kol. (1996) udává 1 procento populace v mladém věku šestnácti až pětadvaceti let.

Schizofrenie se projevuje v časně dospělosti, tedy po dvacátém roce života. Riziko se podle Mahrové (2008) snižuje po pětatřicátém roce života. Tvrdí, že jedna třetina se po první atace uzdraví. Druhá třetina má kolísavý průběh, čas od času dojde k afektu.

Třetí třetina se snaží bojovat s neustálým zhoršováním nemoci. Tímto názorem se shoduje s Malou (2002)

Praško, Doubek, Herman a Hons (2008) popisují, že schizofrenií může onemocnět každý člověk. Prevalence je 1 – 1 procento. Shodují se, že dětská schizofrenie se vyskytuje výjimečně, stejně jako schizofrenní onemocnění po čtyřicátém roce života. U mužů se nejčastěji projevy objeví kolem šestnáctého až pětadvacátého roku života. U žen kolem pětadvaceti až pětatřiceti let.

Probstová (2014) udává rozmezí 0,6 – 1,5 procent. Výskyt je u mužů a žen stejný.

1.2 DIAGNOSTIKA SCHIZOFRENIE

Diagnostikovat schizofrenii v historii nebylo jednoduché, vytvářely se různé spekulace, nevytříbené názory, rozlišovaly se různé symptomy tohoto onemocnění. V dnešním moderním světě schizofrenii na základě diagnostiky dokážeme správně diagnostikovat. Diagnostika duševních nemocí nebývá jednoduchá a je potřeba odborníka v této problematice a to nejlépe zkušeného psychiatra. Už jen díky správné diagnostice a následnému léčení se zlepšila kvalita života člověka, psychický, fyzický a sociální vztah. Schizofrenii přisuzujeme k onemocněním, které se nedá zcela a úplně vyléčit.

Diagnostikovat schizofrenii v úplných začátcích – tedy v prodromální fázi je zcela nemožné. Většinou dochází k diagnostice, až když je schizofrenní onemocnění provázeno jejími projevy a zhoršením psychického stavu. Každý člověk je jiný a každý má i odlišné prvotní příznaky. „*Podstatným významem pro diagnózu schizofrenie je přítomnost kognitivního deficitu.*“ (Češková, Kučerová, 2006, s. 188) Pro správnou diagnostiku schizofrenie je nutná diagnostická diferenciacie – tedy rozlišení například mezi schizofrenním onemocněním a afektivní poruchou, je nezbytně nutné provést prohlídku hloubky kognitivního deficitu, osobnostní testy, rozhovory (IPDE)³ a dotazníky.

³ „*International Personality Disorder Examination (IPDE) je strukturovaný rozhovor zachycující poruchy osobnosti ve vztahu k MKN-10 a DSM-IV.*“ (PREISS, M. a kol., Diagnostika poruch osobnosti – využití strukturovaného rozhovoru IPDE. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 2004, (3), 158-162 [cit. 2020-01-23].

Na diagnostiku schizofrenie měl velký vliv K. Schneider. Přestože se nemohly jednoznačně stanovit přesné příznaky pro diagnostikování schizofrenie, Schneider přišel s koncepcí, kde popsal „*symptomy prvního řádu*.“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 228) Tvrdil, že nejčastějšími symptomy schizofrenie jsou „*ozvučování, vysílání a zveřejňování myšlenek, bludné interpretace, prožitky ovlivňování zvnějšku*.“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 229) Tyto symptomy se dnes opravdu zařazují mezi základní diagnostiku schizofrenie.

E. Bleuler dokázal že, zhruba jedna třetina lidí nemocných a následně uzdravených již neonemocněla, druhá třetina se taktéž uzdraví, ale dochází k relapsům a třetí třetina lidí se bohužel nedokázala uzdravit a je odkázaná na ústavní a sociální či psychiatrickou pomoc. (Vinař, 2002)

Maj a Sartorius (1999) ve své publikaci zmiňují, že příčiny schizofrenie nejsou zcela identifikovatelné, existují totiž projevy, dle kterých se schizofrenie diagnostikuje na základě klinických měřítek, aby se schizofrenní onemocnění oddělilo od jiných podobných poruch.

Vinař (2002) se ve své publikaci zmiňuje, že na diagnostiku schizofrenního onemocnění byl ještě donedávna negativní pohled. Schizofrenie byla považována za nevyлéčitelné duševní onemocnění, předpokládalo se, že člověk se schizofrenním onemocněním bude navždy odkázán na ústavní zařízení.

Diagnostika z pohledu Höschla a kolektivu se opírá o anamnézu a je důležitá pro správné stanovení diagnózy za předpokladu hypotézy – jak bude nemoc probíhat a jaké symptomy se projevují. Dochází ke sběru dat, interpretaci dat a zhodnocení. „*Mezinárodní klasifikace nemocí obsahuje diagnostická vodítka, které stanovují pravidla pro hodnocení přítomnosti či nepřítomnosti psychopatologických i průběhových charakteristik onemocnění*.“ (s. 357)

Diagnostikovat schizofrenii není jednoduché, protože určité příznaky nemusí hned znamenat, že je člověk schizofrenik. Jsou totiž totožné s mnoha dalšími duševními poruchami. Koncem 60. let se prováděla mezinárodní studie IPSS (International Pilot Study of Schizophrenia). Mělo se zabránit celosvětovému rozdílnému pohledu

na schizofrenní onemocnění, aby nedocházelo k tomu, že člověk z Ameriky diagnostikován jako schizofrenik bude ve Velké Británii považován za psychopata. V dnešní době s rozvojem medicíny a technologií je schizofrenní onemocnění léčitelné, či lze zmírnit příznaky. Je velmi důležitá komplexní léčba a vhodné terapie aby byl klient schopný žít důstojný život. (Skopová, 2016)

1.3 SYMPTOMY SCHIZOFRENIE

Již ve vývoji schizofrenie byly charakterizovány symptomy, které jsou dnes již typické pro tohle duševní onemocnění. Cílem je poukázat na charakteristické projevy schizofrenie, díky kterým je snazší schizofrenii rozpoznat. Znalost symptomů je v dnešní době primární nejen pro lékaře či psychiatry, ale taktéž pro sociální pracovníky a speciální pedagogy. V dnešní době je každý člověk, který se chová jako „blázen“ stigmatizován. Informovanost o projevech a průběhu schizofrenie může pomoci laické veřejnosti neodsuzovat lidi s duševním onemocněním a pochopit, že s příznaky schizofrenie je velmi těžké se vyrovnat.

Malá (2002) ve své knize popisuje a rozděluje symptomy na pozitivní a negativní. Pozitivní symptomy jsou často rozpoznatelné a díky těmto projevujícím se symptomům dokáže psychiatr většinou správně diagnostikovat schizofrenii. Oproti symptomům pozitivním se projevují symptomy negativní, které jsou u pacientů hůře zjistitelné. Podle Pavlovského (1998) patří mezi nejzákladnější symptomatika poruchy spojené s myšlením a jednáním. Většina psychiatrů se shodla, že by příznaky odpovídající schizofrennímu chování měly trvat déle než jeden měsíc.

V podstatě ve všech literaturách se popsání pozitivních symptomatik shoduje. Podle Malé (2002) která schizofrenní pozitivní symptomatika charakterizuje výskytem bludů, halucinací, nesrozumitelné řeči a chováním. Raboch a Zvolský (2001) symptomy charakterizují jako „*nadměrné, přehnané a nepřiměřené projevy duševní činnosti.*“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 236) Motlová a Španiel (2017) definují také ozvučování čili vkládání myšlenek a popisují tento jev jako prvotní, které se u schizofrenních poruch objevují. Lidé s tímto onemocněním popisují, že jejich myšlenky nejsou vlastní ale cizí, že se jim někdo naboural do hlavy. Podle Rabocha (1998), Motlové a Španiela (2017) jsou bludy charakteristickým znakem projevujícím se u schizofrenie a nejen u ní.

Osoba trpící bludy není schopna rozlišit, že se jedná o mylný způsob podání vjemů a prožitků. Bludy se projevují nejprve tím, že si člověk, který je jimi ovlivněn, myslí, že ho všichni kolem sledují, je odposlouchávaný. „*Jak to, že vše souvisí se vším a náhoda neexistuje? To musí mít nějaké vysvětlení. Vzniká blud.*“ (Motlová, Španiel, 2017, s. 17) Člověk s bludy je přesvědčen, že je sledován mimozemšťany nebo tajnými spolky, že je zmanipulovaný a někdo ho ovládá, že pochází z jiné planety a že je vyvolený neboť má nadpřirozené schopnosti. U většiny lidí s bludy, kdy jim následně byla diagnostikována schizofrenie, bylo zaznamenáno, že mají společné mluvy ohledně vesmíru, nadpřirozena, Bohu.

Halucinace Zvolský a Raboch (2001) zařazují mezi poruchy vnímání, které ovlivňují jednání člověka. „*Halucinace jsou klamné vjemy, vznikající nezávisle na vnějším podnětu, o jejichž realnosti je subjekt nevyvratně přesvědčen.*“ (Vágnerová, 1999, s. 180) Člověk je přesvědčen, že myšlenky jsou mu kradeny, či zaměňovány. Raboch (1998) se dále zmiňuje, že u schizofrenie se nejčastěji projevují halucinace sluchové, člověk slyší hlasy. Podle Motlové a Španiela (2017) je to zhruba u 50 ti procent lidí trpící schizofrenií. Člověka provází hlasy, které jsou neodbytné a může jich být více než jeden. Hlasy nemocného ovlivňují, nabádají ho, aby nemluvil či aby se choval jinak, a hádají se mezi sebou. Svoboda, Češková, Kučerová (2006) a Vágnerová (1999) upozorňují, že sluchové halucinace mohou být nebezpečné jak pro samotného člověka, tak pro ostatní. Hlas například řekne, ať se dotýčná osoba oběsí. Svým chováním mohou být mnohdy nebezpeční i přesto že nechtějí.

Raboch (2001) definuje halucinace zrakové. Osoba s touto halucinací je zaměřená na lidi, kteří jsou proti němu. Mají představy, že jeho věci jsou rozházené, nebyly na místech, kde měly být, protože někdo byl u něj v bytě.

Halucinace čichové a chuťové jsou dle Češkové, Svobody, Kučerové (2006) vzájemně propojeny. Jídlo smrdí, člověk začne mít podezření, že je otrávené a že mu chce okolí ublížit. Přestane jíst, protože nikomu nedůvěřuje, rapidně hubne.

Raboch (2001) dále popisuje haptické halucinace. Člověk má pocit, že po něm neustále něco leze, že ho někdo štípe či lechtá. Mohou se taktéž objevit halucinace, že dotyčného někdo sexuálně obtěžuje. „*Pokud nemocný cítí ve svém těle*

přítomnost jiné (i nadpřirozené) bytosti, hovoří se o halucinaci posedlosti.“
(Raboch, Zvolský, 2001, s. 123)

Motlová a Španiel (2017) definují negativní symptomy a tvrdí, že probíhají současně se symptomy pozitivními. I přesto jsou negativní symptomy například z pohledu rodiny méně vnímatelné. Negativní symptomy můžeme postřehnout, avšak pokud netušíme, že se s osobou něco děje, nebereme to v potaz. Řekneme si, že bude v pořádku, že je to přechodné. Většinou si to jako rodinní příslušníci dáváme do spojitosti s neopětovanou láskou či obdobím dospívání. Jako nejčastější negativní symptomy uvedeme dle Motlové a Španiela (2017) chudost řeči. Člověk přestal komunikovat jako dřív, začal se vyhýbat lidem a společenskému životu, přestal dodržovat hygienické návyky, má nedostatek energie, nudí se, ale nemá chuť do práce, neraduje se.

Motlová a Španiel (2017) ve své studii symptomy ještě více rozšířili. K pozitivním a negativním příznakům definovali ještě afektivní symptom a kognitivní symptom.

Do kognitivních symptomů zařazujeme především poruchu pozornosti, myšlení, paměti. Dle Vágnerové (1999) patří porucha myšlení mezi základní příznak schizofrenie. „*S poruchami myšlení souvisí nesprávná orientace v realitě a změny v sebehodnocení.*“ (Vágnerová, 1999, s. 178) Raboch (1998) zařazuje do kognitivních symptomů myšlenkový záraz⁴ roztržité myšlení⁵. Vágnerová (1999) popisuje ztracení vlastního já, tedy identity ve vnějším světě. Člověku se schizofrenií dělá velký problém zpracování informací, zhodnocení a zapamatování si jich. Dochází k takzvanému „*rozštěpu osobnosti, část „já“ je a část „já“ není.*“ (Vágnerová 1999, s. 179)

Afektivní symptomy jsou definovány jako „*Citové prožívání lidí trpících schizofrenií se mění, lze jej hodnotit jako nepřiměřené, oploštělé a otupělé.*“ (Vágnerová, 1999, s. 180) Vágnerová (1999) vysvětluje, že člověk se schizofrenií vnímá okolní svět jako

⁴ myšlenkový záraz se také vyskytuje u schizofrenního onemocnění. Člověk se při této poruše zarazí v řeči.

⁵ myšlení se odráží dle vlastních vnitřních prožitků, spojené s autistickým myšlením útěku do vlastní reality či magického myšlení, kdy je přesvědčen, že vše co se děje má tajemný význam. (Raboch 1998)

hrozbu. Aby se tomuto světu ubránil, stahuje se do sebe, do svého vlastního světa. Tímto chováním se schizofrenní osoba podobá člověku s autismem. A právě autismus je brán jako jeden z příznaků schizofrenie. Mezi nejčastější afektivní poruchy lze zařadit deprese. Podle Motlové a Španiela (2001) člověk přemýšlí nad sebevraždou, v hlavě nemocnému utkvěla otázka: „proč se to vše děje právě mě?“

1.4 PRŮBĚH A PROJEVY SCHIZOFRENIE

S již vysvětlenými symptomy, které doprovází schizofrenii, je velmi důležité předvídat, co se bude s klientem, který bojuje tímto duševním onemocněním dít dál. Cílem je tedy popsat prodromy a také ataky, které jsou se schizofrenií spojené. V této části bude pro lepší pochopení průběhu schizofrenie v přílohách práce uvedena kazuistika, která se bude týkat prvotních příznaků a průběhů nemoci.

Je podstatné, kdy se schizofrenie objeví. Zdáli v dětském, adolescentním či dospělém věku. Nejkomplikovanější projev schizofrenie je u dítěte. V dětském věku se často nedosáhne určitého vzdělání, možnosti zaměstnání, praxe ale i mezilidských vztahů. To vše je pro socializaci a vůbec pro život důležité. U lidí s duševní nemocí to znamená v průběhu života neschopnost pracovat, třeba jen na nějaký čas, začleňování se do společnosti a starání se o sebe samého. (Malá, 2002).

Prvními projevy před atakou jsou prodromy, což je náladovost, drzost, nedostatek energie, zhoršení výkonu v práci či ve studiu. Prodromy se mohou podle Motlové a Španiela (2017) objevit již pět let před první atakou. Člověk není takový, jaký byl. Rodina může blízkého člověka vnímat jako podivína, aniž by tušila, co se uvnitř něho odehrává a čím si prochází.

Vágnerová (1999) popisuje projevy v začátcích. Člověk nerozumí světu, vše se změnilo, ničemu nerozumí. Po zmatenosti a neustálé nesrozumitelnosti se projevuje další stádium schizofrenie, a to vyjasnění všeho co se děje. Člověk pocítí úlevu, vysvobození, že přišel na danou příčinu, proč se to vše děje. Avšak vysvětlení je pouze dalším výplodem fantazie a dalším projevem této nemoci. „*Tak vzniká blud, který všechno zdánlivě logicky vysvětluje.*“ (Vágnerová, 1999 s. 183)

Dalším projevem je ataka střídající se s remisemi tedy období bez příznaků. Trvání je diagnostikováno až na šest měsíců. Ataky se ale postupem času zhoršují. Zhoršuje se kvalita spánku. Člověk bývá často hospitalizovaný. (Motlová, Španiel, 2017)

Schizofrenní onemocnění není klasifikováno obecně jako jedna forma. Formy schizofrenie můžeme rozdělit do sedmi skupin, mezi něž patří paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie, simplexní schizofrenie. Tyto čtyři formy popisují ve své práci Vágnerová (1999) a Malá (2002). Raboch (1998) popisuje ještě další typy schizofrenie. Nediferencovanou schizofrenii, post schizofrenní depresi, reziduální schizofrenii a jinou schizofrenii. Tyto čtyři formy schizofrenie vmísil do takzvaných ostatních forem schizofrenie (Raboch, Zvolský, 2001). Těmito ostatními formami se hlouběji zabýval Zvolský a kol. (1996) v knize speciální psychiatrie.

1.5 LÉČBA SCHIZOFRENIE

Být v rukou odborníků je jedinou šancí, jak lidé mohou své onemocnění udržovat pod kontrolou. Každý člověk je jiný a každý své schizofrenní onemocnění prožívá jinou formou. Bez pomoci by tito lidé v normálním světě neuspěli, protože veřejnost a většina z ní je ovlivněna předsudky. Léčba je taktéž prvním náznakem kvality života člověka, tedy jak bude dále se svou nemocí bojovat a do jaké míry bude schizofrenním onemocněním ovlivněn ve svém budoucím životě.

Schizofrenní onemocnění neodezní jen tak samo, je potřeba odborné léčby a odborného poradenství jak pro pacienta, tak rodinu (Vágnerová, 1999). Prvotním krokem je hospitalizace pacienta. Zde je „*nutné pečlivé diagnostické ohodnocení a pečlivá diferenciální diagnóza.*“ (Zvolský a kol., 1996, s. 83) Léky jsou podávány dlouhodobě, aby nedocházelo k relapsu⁶. Schizofrenie je onemocnění, které lze léčit. Podstatné je, aby nemocný sám chtěl léčbu zahájit. Počátky léčby bývají mnohdy těžké jak pro nemocného, tak celou rodinu. Léčba v první řadě spočívá v sestavení terapeutického plánu, podávání léků v psychoterapii a socioterapii. (Praško, Doubek, Herman, Hons, 2008).

⁶ Relaps je „*návrat akutních psychiatrických příznaků, tedy těch potíží, které již nebyly přítomny, byly zaléčené,*“ (Praško, Doubek, Herman, Hons, 2008, s. 46).

V plánování léčby je nedílnou součástí rodina a její začlenění do terapeutického plánu. Dle Motlové a Španiela (2017) je v terapeutickém plánu velmi důležitá „*psychosociální intervence*.“ (s. 67) Moderní medicína se snaží o to, aby léčba probíhala ambulantně. Přesto se doporučuje a téměř vždy je nutná hospitalizace, protože při neřešení problému spojeného s duševním onemocněním, může být klient nebezpečný jak sám sobě, tak svému okolí. Další postup se určuje v průběhu psychiatrické hospitalizace. (Praško, Doubek, Herman, Hons, 2008). Skopová (2016) tvrdí, že včasná léčba ještě nediodagnostikované schizofrenie, tedy podchycení prvotních příznaků, může být příznivá. Průběh nemoci nemusí být komplikovaný a psychicky náročný, může se očekávat brzké vymizení příznaků. Bohužel toto onemocnění se většinou začíná léčit, až když má nemocný viditelné projevy nazývané jako ataky.

Nejdůležitější částí této terapie, a nejen v tomto případě, je dle Vinaře (2002) důvěra mezi pacientem a psychiatrem. Je velmi důležité, aby se pacient dokázal svěřit svému psychiatrovi. Práce psychiatra spočívá v tom, aby pacienta uklidnil a vysvětlil nemocnému účinky léků a k čemu jsou určeny. Vinař uvádí, že je nezbytné být k pacientovi upřímný. Přeci jen lidé se schizofrenií jsou podezřívaví. Jakékoliv klamné jednání je vede k přesvědčení, že všichni kolem něj jsou falešní a dochází ke ztrátě důvěry

Kliment (2013) uvádí léčbu pomocí „*antipsychotik II. generace*.“ (s. 28), která je účinnější než léčba takzvané I. generace. Léčba léky (Praško, Doubek, Herman, Hons, 2008) se využívá přes padesát let. Dříve byli lidé s duševním onemocněním „odsouzeni“ k celoživotnímu pobytu v psychiatrických zařízeních. Češková, Svoboda, Kučerová (2006) se zmiňují o takzvaných antidepresivech III. a IV. generace.

V dnešní době léky působí na zklidnění příznaků pacienta, zejména bludů a halucinací. Není známo, zdali zcela vymizí a nemocný je přestane vnímat a poslouchat. V ojedinělých případech literatura uvádí, že zcela vymizely. Léčba je specifická a u každého pacienta funguje jinak. (Praško, Herman, Doubek, Hons, 2008) Kliment (2013) popisuje celoživotní léčbu při opakovatelných atakách. Při prvních a neopakovatelných atakách trvá léčba v rozmezí dvou let. Probstová (2014) začleňuje do léčby i roli sociálního pracovníka. V oblasti léčby se mnohdy role sociálního pracovníka neuvádí. Probstová ale tvrdí, že sociální pracovník může být přínosem pro nemocného z hlediska vzájemné komunikace ohledně účinnosti léků či pozorování

pacienta na docházení ambulantní léčby – například pacient místo užívání antipsychotik a léků dochází na injekce.

Psychoterapie je dle Motlové a Španiela (2017) velmi důležitá v oblasti psychosociální intervence. Nejdůležitějším prvkem pro zahájení léčby je dle Klimenta (2013) namotivovanost pacienta. Cílem je spolupráce s terapeutem a dosažení plnohodnotného kvalitního života v oblasti zaměstnání, bydlení, společenského života. Psychoterapie má velmi pozitivní vliv na snížení počtu relapsů a symptomatik, na motivaci k znovu začlenění do společnosti a vůbec do sociálního života. Hraje zde významnou roli sociální pracovník, který je v úzkém kontaktu s terapeutem. Sociální pracovníci pomáhají i s celkovou socializací pacienta a se sníženou komunikací. (Probstová, 2014)

Psychoterapie může být individuální či skupinová. Praško (2008) definuje individuální formu, která je postavená na znovuvytvoření důvěry klienta vůči jedné osobě, se kterou je v kontaktu. Tato forma má prvky přátelské atmosféry. Je to taková navazující forma na skupinovou terapii. Přece jen člověk se schizofrenií se společností spíše vyhýbá skrze jeho nedůvěru a podezřívavost. Skupinová terapie pomáhá klientovi si uvědomit, že to, co prožívá, neprožívá jen on sám a není jediný, který prochází takto těžkou životní zkouškou. (Praško, Doubek, Herman, Hons, 2008)

Vinař (2002) s Praškem (2008) popisují takzvanou psychoedukaci jako vhodnou pro rozvíjení komunikace a hlavně pro začleňování se do skupiny. Skládá se z „*edukace, kognitivní rehabilitace, psychoterapie a nácviku sociálních dovedností.*“ (Praško, Doubek, Herman, Hons, 2008, s. 34)

Praško a kolektiv (2008) se zmiňuje o takzvané „*kognitivně behaviorální terapii.*“ (s. 31) Tato terapie je vhodná pro pacienty s dlouhodobou formou nemoci. Úkolem této terapie je pochopení svého onemocnění, jak se projevuje, naučit se plánovat a uspořádat si myšlenky, naučit se jak se vyrovnat a řešit životní problémy.

Výzvou pracovníků ve sféře sociální a zdravotní je nastartovat „novou“ životní dráhu s takto těžkým avšak léčitelným duševním onemocněním. Měl by přispět k jeho lepší kvalitě života.

2 OBLAST SOCIÁLNÍ PÉČE OSOB SE SCHIZOFRENIÍ

Cílem této kapitoly bude nastínit služby sociální péče spojené s lidmi s duševním onemocněním. Je nezbytné znát zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. V této práci a vymezené kapitole bude kladen důraz na službu sociální péče orientované na pobytové zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku.

Podle Mahrové a Venglářové (2008) by měly být sociální služby vzájemně propojeny s dalšími službami ať už v oblasti sociální, zdravotní či v oblasti školství. Svou pestrostí by měly „*cíleně pomáhat potřebným klientům.*“ (s. 39) Hlavním cílem sociální oblasti by měla být prevence, a aby tento systém přispíval ke kvalitě života každého člověka.

Budeme se zmiňovat o službách z hlediska klientů s duševním onemocněním. Je to člověk, který má problém, diagnózu, nemoc se kterou se nedokáže sami vyrovnat. Jako každý jiný má právo na využití jak zdravotnických tak i sociálních služeb. Právo je vymezeno „*Zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách.*“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 40) Tento zákon definuje potřebnou pomoc lidem v nepříznivých, krizových situacích. Respektive ochranu před sociálním vyloučením, popřípadě znovu začlenění klienta do společnosti. Mahrová a Venglářová (2008) tvrdí, že mezi jednu z nejzákladnějších vlastností sociálních služeb co se týče lidí s duševním onemocněním, je aktivní vyhledávání. Do systému sociálních služeb můžeme zahrnout sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence.

2.1 ODBORNÉ PORADENSTVÍ LIDEM SE SCHIZOFRENNÍM ONEMOCNĚNÍM

V sociální oblasti se setkáváme s poradenstvím sociálním a poradenstvím odborným. Cílem této služby je pomoci klientovi vyřešit problém, či ho odkázat na další služby, které klientům dokáží efektivně pomoci.

Problémy lidí s duševním onemocněním – schizofrenií, jsou nelehké nejen pro ně samotné, ale také pro rodinu. Změna chování, jednání a vůbec změna osobnosti člověka, kterého máme rádi, dokáže psychicky „zničit“ i jeho nejbližší. Zde se upřednostňuje odborné poradenství. V těchto případech se odkazuje na psychologické

poradny. (Mahrová, Venglářová, 2008). Jako doporučení co se této odborné oblasti týče, jsme zmínili „Krizový tým Focus Praha“ - posláním služby je odborná práce s duševně nemocnými a jejich rodinami, zvládání těžkých, krizových situací.⁷

2.2 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE

Služby pomáhající k fyzické a psychické soběstačnosti klienta. „*Zákon o službách sociální péče upravuje čtrnáct druhů služeb.*“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 41) Patří sem podle MPSV⁸ a stejně tak je vypisuje i Mahrová a Venglářová (2008) – osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení.

2.3 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE

Mahrová a Venglářová (2008) tvrdí, že pro efektivní a maximální využití služby sociální péče je vhodné kombinovat formy ambulantní (pravidelné docházení klienta), terénní (přirozené prostředí) a pobytové, které tato služba nabízí. Tyto služby se zabývají sociálním vyloučením člověka, které ale není způsobeno tím, že se o sebe člověk nedokáže sám postarat vlivem faktoru věku či faktoru zdravotního. Do služeb sociální prevence zahrnujeme ranou péči, telefonickou krizovou pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční 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

⁷ Úvod - Fokus Praha – největší nezisková organizace v České republice podporující lidi se zkušeností s duševním onemocněním. [online]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/>

⁸ MPSV Portál. *Průvodce - MPSV Portál* [online]. Copyright © [cit. 24. 01. 2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>

postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.⁹

Závěrem této kapitoly chceme zmínit, že lidem s duševním onemocněním by měl být systém sociálních služeb nabízen uceleně. Rodina a klient s duševním onemocněním si mohou vybrat nejvhodnější alternativu, tedy okruh služeb, se kterými se seznámí. „*Je nezbytné si uvědomit, že duševní potíže můžou mít i lidé, kteří primárně přicházejí s jiným problémem nebo postižením.*“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 44)

2.4 KLIENT SE SCHIZOFRENIÍ V SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

V této kapitole pod názvem klient se schizofrenií v systému sociálních služeb, budou upřesněny služby sociální péče a sociální prevence, které jsme výše v kapitolách uvedli, ale podrobněji se jimi budeme zabývat v této kapitole. Je to určitá podpora a sociální pomoc člověku s duševní nemocí, tedy schizofrenií. Klient může o sociální pomoc požádat sám, v případě schizofrenie se to mnohdy nestává, většinou o pomoc žádá rodina či přátelé.

První kontakt s klientem si dávají za úkol nízkoprahová centra – jsou zařazena do služby sociální prevence. Nízkoprahová centra jsou charakteristická terénní službou, kdy sociální pracovníci aktivně vyhledávají lidi s problémy psychickými a sociálními a snaží se jim podat první pomocnou ruku. Nastává pomoc sociálního pracovníka, jeho vůle, kompetence a znalosti kam odkázat klienta trpícího schizofrenií a popřípadě jeho rodinu. Nejčastěji je doporučována ambulance nebo kontaktní centra. V těchto centrech je poté hlavní náplní pracovníků poskytování služeb dle individuálních klientových potřeb. Některým klientům stačí tato forma pomoci, jiní se budou vracet ale velká část klientů s duševním onemocněním je hospitalizována, což znamená, že jsou odkázáni do péče odborníků v oboru psychiatrie. (Mahrová, Venglářová, 2008)

⁹ MPSV Portál. *Průvodce - MPSV Portál* [online]. Copyright © [cit. 24. 01.2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>

Dalším systémem sociálních služeb, do kterého se člověk se schizofrenií může v lepším případě dostat je stacionární péče. Je to forma sociální služby, která je hůře dostupná. Odborná léčba klienta je poskytována v tomto zařízení a je kombinovaná s pobytem klienta doma. Neztrácí přímý kontakt a vztah s rodinou a okolím. Tato volba sociální služby je zlatou střední cestou. Bohužel většinou dochází k pobytové péči. V tomto zařízení je nepřetržitý provoz ohledně péče, klienti jsou zde umístěni dlouhodobě, nebo v těchto zařízeních, pokud je to nezbytně nutné žijí. Klienti jsou umístěni v těchto zařízeních dobrovolně či nedobrovolně, nesmí být však nebezpeční sobě samým či ostatním. Zde jsou sociální pracovníci začleněni do multidisciplinárních týmů. Cílem těchto zařízení je obnovování dovedností, sociálních návyků, podporování vzájemných vztahů. (Mahrová, Venglářová, 2008). Podstatné je začlenění klienta do společnosti, aby žil život v přirozeném prostředí a nebyl stigmatizován. Z praxe, která byla provedena v zařízení Vincentinum Šternberk je znatelné, že velká část klientů, která je v tomto zařízení již celoživotní. Pokud bude klient se schizofrenií propuštěn, může docházet k problematice se začleněním do běžného života. Sociální pracovník zařizuje ambulantní formu docházení klienta, specializované služby jako chráněné bydlení, zaměstnání či domácí péče. „*Péče o klienty pak přebírají návazné služby komunitní péče, které jsou do značné míry postavené na prvcích psychosociální rehabilitace.*“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 130)

2.5 STIGMATIZACE OSOB SE SCHIZOFRENIÍ

V této kapitole se budeme zabývat všeobecně společností. Jak vnímá společnost lidi se schizofrenií? Jak na ně společnost jako taková nahlíží? Proč dává přednost předsudkům?

Schizofrenie je společností nepochopená a lze ji identifikovat již v historii. Člověk přes své „divné“ chování bývá mnohdy bez pochopení odsuzován a odmítán. Jsou to právě lidské předsudky k lidem, kteří jsou „jiní“ aniž bychom věděli, jakou životní zkouškou a s čím vším se musí vyrovnat. Vágnerová (1999) uvádí, že ze sociálního hlediska je „*schizofrenie výrazně stigmatizujícím¹⁰ onemocněním.*“

¹⁰ Stigmatizace – labelling

Společnost bývá ovlivněna mýty o schizofrenii. V první řadě je podstatné si uvědomit, že „vžít“ se do člověka s duševní poruchou nejde, i kdybychom se sebevíc snažili, je potřebné pochopení k jeho chování a k jeho pohledu na svět, které nemocný nemůže změnit. Rozhodně mezi největší pochybení patří přesvědčení, že společnost si pod pojmem schizofrenie představuje rozdvojení osobnosti.¹¹

Höschl a kolektiv (2004) uvádí, že osoby s duševním onemocněním jsou často stigmatizovány laickou veřejností. Společnost, která nezná diagnózu stigmatizovaného člověka, je většinou charakterizuje jako nepředvídatelné „blázný“, nebezpečné a neschopné se do společnosti začlenit. Jsou to jakési stereotypizované předsudky spojené s diskriminací tedy stigma, se kterými se lidé s duševním onemocněním nedokáží sami vyrovnat. V dnešní době medializace, která nás ovlivňuje, má svoje místo na přidělování předsudků a stigmatu a my jako společnost je přejímáme.

Ocisková a Praško (2015) rozdělují stigmatizaci na veřejnou, kdy společnost je ovlivněna předsudky a osobní, kdy osoby s duševním onemocněním sebe sami sebestigmatizují právě z pohledu laické společnosti.

Motlová a Španiel (2017) ve své práci popisují schizofrenii jako „*stigmatizující nemoc*.“ (s. 105) V dnešní době se snažíme o takzvanou destigmatizaci těchto lidí. Ve své publikaci se zmínili o výzkumech v české společnosti a jejich postojích k lidem s duševním onemocněním. Česká republika patří prokazatelně ke společnosti s předsudky. Bylo prokázáno, že zhruba 35 - 40 procent by nedokázalo s osobou s psychickými problémy žít, být jejími sousedy či s těmito lidmi pracovat. Ve Velké Británii byla míra předsudků a stigmatizací ze strany společnosti znatelně nižší.

V každé společnosti je stigma vnímáno jinak Ocisková a Praško (2015) publikují, že v Okinawě věří, že člověk, kterého provázejí halucinace a bludy, je vyšší

¹¹ Disociativní porucha osobnosti – „*více osobností, které se střídají v přebírání kontroly nad chováním postiženého jedince. Ten má tedy v sobě přítomno více osob, přičemž navenek se vždy projevuje jen jedna z nich. Každá z těchto osobností jako by si žila vlastním životem, má své charakteristiky, obvyklé vlastnosti, zvyky i svou historii.*“ Duševní poruchy - Zdravě.cz. *Duševní poruchy - Zdravě.cz* [online]. Copyright © Economia, a. s. [cit. 02. 02. 2020]. Dostupné z: <https://dusevni-poruchy.zdrave.cz/>

moc spojená s božstvem. Na Tchaj-wanu je bráno schizofrenní onemocnění jako trest neboli odplata za špatný minulý život a v nynějším životě je za své skutky z minulosti Buddhou potrestán.

2.6 ČLOVĚK SE SCHIZOFRENIÍ A RODINA

Postupné projevy duševního onemocnění se dotkne nejen samotného člověka se schizofrenní nemocí, ale z velké části ovlivní také jeho nejbližší, respektive rodinu. Vágnerová (1999) uvádí, že klidná atmosféra domova se mění v chaos. Nemocnému člověku najednou přijde vše jiné, nic mu nedává smysl a jako prvním terčem je právě rodina, která ještě zcela neví, co se s členem rodiny, který se začal chovat jinak děje. Vztahy se postupně mění „*Chování člověka trpící schizofrenií mnohdy terorizuje život ostatních členů rodiny.*“ (s. 187)

Doubek, Praško, Herman, Hons (2008) a Ocisková a Praško (2015) popisují, že rodiny i přesto, že tuší že se s blízkým člověkem něco děje a neustále se jeho chování stupňuje, odbornou pomoc nevyhledávají. Důvody jsou většinou takové, že si rodina poradí sama, neboť má strach ze *stigmatizace*¹². Rodina si způsob chování vysvětluje jako zklamání v první lásce, „splášení“ hormonů, mnoho povinností do školy, či špatná výchova. Bohužel již výše jsem zmiňovala, že léčba je zahájena až ve viditelném projevu duševního onemocnění – ataky, kdy rodina začne řešit a uvědomovat si, že se něco děje. Pro rodinu a nemocného začíná těžké období, je nezbytná spolupráce psychiatra. Rodina se stává velkou oporou pro nemocného. Je začleňována do rodinných terapií, které jsou velmi důležité. Rodina se musí naučit nahlížet na nemoc a nepropadat panice, protože situace je řešitelná. Mühlpachr (2008) uvádí, že rodinné zázemí je velmi důležité jak po stránce stability, tak po stránce emoční. Je důležité, aby se rodina s jakoukoliv psychotickou poruchou smířila.

¹² „*Duševní porucha způsobuje stigmatizaci. Důsledkem stigmatizace je diskriminace. Stigma duševní nemoci je označením pro vlastnosti, které odlišují duševně nemocného od ostatních lidí ve společnosti.*“ (Straková, CSc., 2013, str. 10)

Z hlediska sociální pomoci většinou klient přijde sám pro rady a pomoc. Mahrová a Venglářová (2008) zmiňují, že ti nejbližší si nepřipouští, že je pomoc potřebná. Většinou se problém nesnaží vidět, či ho přehlížejí. V tomto případě nelze nikoho vinit, protože je to běžná reakce na určitý problém. Mnoho rodin se nedokáže smířit s tím, že jeden z členů rodiny či příbuzný je „blázen“ a je proto nutný odborný zásah i pro samotnou rodinu. (Ocisková a Praško, 2015)

Probstová (2005) uvádí, že s rodinou žije přibližně 30 – 60 procent lidí s duševním onemocněním. Z hlediska sociální práce se sociální pracovník zabývá rodinou individuálně nebo skupinově. *„Cílem intervencí je reagovat na potřeby rodin i klienty, pro které je důležité chápat podstatu duševního onemocnění, zvládat projevy nemoci, rizikové chování, vědět, jak se chovat v krizových situacích.“* (s. 144)

2.7 KOMUNITNÍ PÉČE

Komunitní péče je provázaná jak v oblasti sociální tak zdravotní, nabízí velkou škálu služeb, které mohou klienti s psychickým onemocněním využívat. Komunitní péče je východiskem, aby klient nemusel být hospitalizován, pokud to není nezbytně nutné, čili má funkci preventivní. Klient, který využívá služeb komunitní péče, potřebuje dlouhodobou péči a podporu ze strany pracovníků. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Komunitní péče nabízí lidem se schizofrenií a lidem s dalšími duševními nemocemi pomoc v oblasti bydlení. Matoušek (2005) zmiňuje, že existuje malé množství komunitních zařízení, které nabízí této klientele pomoc z hlediska bydlení.

Z hlediska komunitní péče budou zmíněny čtyři oblasti, co se podpory bydlení týče.

Domy na půl cesty nebo také komunitní bydlení, zde je klientům, kteří žijí společně poskytována čtyřadvacetihodinová terapeutická péče. Cílem těchto domů je docílit samostatného bydlení. Dalším typem je chráněné bydlení, které je časově omezeno na maximální dobu rok a půl. Cílem je docílení opětovné samostatnosti pod asistenčním dozorem a návrat do vlastního bytu. Problémem však bývá placení dvou nájmu, což je pro některé klienty náročné. Uvažuje se o bydlení s asistencí ve svém bytě, což je ale časově náročné pro asistenty a není ho vždy možné skloubit. Tohle bydlení známe pod pojmem podporované bydlení. Ve stanovený termín by měl

do podporovaného bydlení docházet asistent. Sociální byty jsou určeny většinou pro mladou klientelu, aby se naučila žít samostatně a nevracela se do své primární rodiny. (Mahrová, Venglářová, 2008).

2.8 SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Matoušek (2005) a Mahrová, Venglářová (2008) se dále zmiňují o začlenění lidí s duševním onemocněním do pracovního procesu, ke kterému má přispět pracovní rehabilitace¹³

Pracovní rehabilitace se provádí v denních centrech či klubových zařízeních. Nejvíce bezpečná je však takzvaná chráněná dílna., která je vedena formou terapeutické rehabilitace. Velký úspěch mají „*tréninkové resocializační kavárny*.“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 132)

V chráněných dílnách je finanční ohodnocení spíše motivační. Jde především o prodej vyrobených výrobků těmito lidmi, které bývají dle Mahrové a Venglářové žádané. Cílem těchto chráněných dílen je získání znovu pracovních návyků, plnění docházky, soustředit se, být zodpovědný k přidělené práci. Klienti fungují podle sestaveného rehabilitačního plánu. (Matoušek, 2005)

Pro klienty léčené a v dobré formě je nabízeno zaměstnání přechodné a podporované, které probíhá již v přirozeném prostředí, je apelováno na integraci klienta. Klient je pod dozorem terapeuta, pokud je to nezbytně nutné a to po dobu půl roku v přechodném zaměstnání. (Mahrová, Venglářová, 2008).

Do běžného zaměstnání takzvaného podporovaného již klient nastupuje sám, avšak pořád má možnost využít pomoci terapeuta při řešení potíží, například nezvládnutí práce či absence. (Matoušek, 2005).

¹³ „*Pracovní rehabilitace má být zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností.*“ (Matoušek, 2005, s. 149)

3 KVALITA ŽIVOTA V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM ŠTERNBERK

Kvalita života v domově se zvláštním režimem ve Šternberku je kapitola, ve které se budeme zmiňovat o jednom z největších poskytovatelů sociálních služeb v Olomouckém kraji. Historicky je rozvoj a formování Vincentina do dnešní podoby dlouhý. O rozvoji Vincentina můžeme hovořit i v dnešní době, kdy probíhá transformace Vincentina. Budeme se soustředit především na pobytové zařízení se zvláštním režimem, ve kterém bude proveden výzkum kvality života klientů, kteří v tomto zařízení žijí, a který bude zpracován v praktické části.

3.1 VINCENTINUM ŠTERNBERK

Vznik Vincentina se datuje již od roku 1876. Zakladatelem byl Vincence z Pauly a rozvoj Vincentina začal v Praze. Od roku 1951 je nazývána jako: „*dětský ošetrovací ústav České katolické charity Vincentinum*“¹⁴ lokalizováno ve Šternberku Olomouckého kraje. V dnešní době je známá tato služba jako Vincentinum „*poskytovatel sociálních služeb Šternberk, příspěvková organizace*“¹⁵ která patří mezi jednu z největších v Olomouckém kraji a v roce 2019 oslavilo 130 výročí jeho založení v tomto kraji.

Předností Vincentina je využívání moderních metod a forem péče. Od roku 2001 probíhá transformace. Cílem Vincentina je dodržování platných předpisů dle zákona 108/2006 Sb. a především zásad a standardů kvality života, dalším vymezeným cílem je v rámci transformace rozšíření služeb a zajištění důstojného a kvalitního života pro všechny stávající ale i budoucí klienty a taktéž dodržovat Listinu základních práv a svobod.

Cílovou skupinou jsou děti, mládež, dospělí a senioři s mentálním postižením, s duševním onemocněním nebo s kombinovanými vadami. Ve Vincentinu

¹⁴ Historie. *Úvod* [online]. Copyright © [cit. 22. 01. 2020]. Dostupné z: <http://www.vincentinum.cz>

¹⁵ *Úvod. Úvod* [online]. Copyright © [cit. 22. 01. 2020]. Dostupné z: <http://www.vincentinum.cz>

jsou dostupné tyto tři sociální služby: Domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a domov se zvláštním režimem.

3.2 MODEL ÚSTAVNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

V historii je na tento model nahlíženo ze vzniku špitálů, starobinců či nalezinců, období pro vznik těchto zařízení charakterizujeme jako charitativní období, ve kterém docházelo k novým myšlenkovým proudům – především křesťanství. Lidem s jakýmkoliv postižením či handicapem se dostalo pomoci, která byla později rozšířena o péči klientů a zajištění lepšího důstojnějšího života.

Ústavní péče je založena především na poskytování komplexní péče a individuálnímu přístupu ke klientům. Každý klient má jiné potřeby vzhledem k jeho postižení. Ústavní zařízení můžeme také charakterizovat jako ochranu před majoritní společností a to především klientům, kterým jejich rodina nemohla vytvořit vhodné prostředí. Duševní onemocnění je pro společnost „neviditelné“ a právě lidé s duševním onemocněním jsou společností nejčastěji odsuzováni a stigmatizováni. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Problematikou ústavní péče v z hlediska historie a jejím vývojem se zabýval Höschl a kolektiv., (2004) popisují, že pacienti neměli dostatek pohybu a byli omezováni. Tvrdí, že právě s omezeným pohybem pacientů se zhoršoval jejich psychický a fyzický stav. V dnešní době je možné se volně pohybovat a vycházet ven. Dalším pokrokem z hlediska historie bylo odstranění mříží a přizpůsobení zdravotnického zařízení co nejvíce tomu domácímu. Změny nastaly v programech, které byly individualizovány a rozvíjeny jako arteterapie, nauka o Bibli, pohybové aktivity, či společenské akce.

V dnešním systému je individuální přístup, integrace osob s duševním onemocněním do společnosti, sociální rehabilitace a komunitní péče a především apelace na důstojný a kvalitní život z nejdůležitějších zásad sociálních zařízení. Dnes je model ústavní péče

ve formách domovů pro osoby se zdravotním postižením, chráněných bydlení, týdenních stacionářů nebo domovů se zvláštním režimem.¹⁶

3.3 POBYTOVÉ ZAŘÍZENÍ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM ŠTERNEBRK

Pobytové zařízení se zvláštním režimem vzniklo za účelem transformace. Tato pobytová služba se zvláštním režimem má kapacitu 12- 18 osob a cílová skupina jsou dospělí klienti ve věku od 19 ti let do 64 let. Tato pobytová služba má celoroční provoz a je určená jak pro ženy tak i muže. Služba je zpoplatněná částkou zhruba 180 Kč na den za ubytování a zhruba 167 Kč na den za celodenní stravu. Za platby je zodpovědná rodina nebo opatrovník. V případě že je klient bez rodiny má zřízený účet, na který mu chodí důchod a o platby se stará sociální pracovnice, klientovi je dáváno kapesné.

Zásadou tohoto zařízení je vytvoření podnětného prostředí, které bude co nejvíce přiblíženo domácímu prostředí, tak aby se klienti cítili v bezpečí a kvalita jejich života odpovídala veškerým standardům sociálních služeb. Služba je určena především pro klienty s mentálním postižením, duševním onemocněním a také s kombinovanými vadami (ve většině případů je to porucha autistického spektra, porucha chování).

Posláním a cílem pobytového zařízení se zvláštním režimem je klienty vést k samostatnosti, rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti a to tak aby mohli žít samostatný a spokojený život. V rámci toho jsou k dispozici pro klienty, kteří se o sebe v dostatečné míře dokáží postarat cvičné byty, ve kterém musí nějaký čas strávit, než mohou být umístěny do chráněného bydlení.¹⁷

¹⁶ *Transformace sociálních služeb* [online]. Copyright © [cit. 23. 01. 2020]]. Dostupné z: <http://www.vincentinum.cz>

¹⁷ *Výroční zpráva 2018* [online]. Copyright ©U [cit. 23. 01. 2020]. Dostupné z: <http://www.vincentinum.cz>

3.3.1 AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM ŠTERNBERK

Aktivizační činnosti podporují důstojný a kvalitní život klientů v pobytovém zařízení se zvláštním režimem. Každodenní život klientů by neměl být stereotypní ovšem je potřeba trpělivosti kvalifikovaných a odborných pracovníků, za což jsou vidět pozitivní výsledky při rozvoji schopností a dovedností klientů.

Aktivizační činnosti jsou jednou z podporované formy pobytového zařízení se zvláštním režimem. Cílem aktivizační činnosti je zapojení klientů do dílen. Funkce dílen je nácvik pracovních dovedností, schopností rozvoje kreativity a fantazie, podporuje taktéž rozvoj motoriky. Tato činnost je u klientů velmi oblíbená. V dílně se klienti zabývají například výtvarným uměním různých technik, taktéž v aranžerském směru, kdy se učí například plést pomlázky či košíky, tkát, vyšívát, háčkovat, vyrábět bižuterii, nebo se věnují keramickému vyrábění.

Mezi další aktivizační činnost pobytového zařízení se zvláštním režimem je podpora přípravy klientů do zaměstnání. Klienti jsou vedeni k nácviku pracovních činností, dovedností, schopností, komunikace a především řešení pracovních problémů. Vincentinum nabízí uplatnění v pracovních činnostech jako zahradník, práce v prádelně, či pracovník v úklidu. Každý klient je veden individuálně, proto nelze přesně určit kolik času bude potřebovat při nácviku. Pokud nácvik proběhne úspěšně je možno klienta zařadit do výše uvedených pracovních pozic ve Vincentinu. Kromě nácviku pracovních dovedností, jsou k dispozici cvičné byty, kde se role klientů značně mění, je nutné dospět k zodpovědnosti k sobě samému naučit se o sebe postarat ve všech směrech každodenního života. Díky tomuto cvičnému bytu by klienti měli žít plnohodnotný život v chráněním bydlení.¹⁸

¹⁸ Aktivizační úsek. *Úvod* [online]. Copyright © [cit. 23. 01. 2020]. Dostupné z: <http://www.vincentinum.cz>

3.4 POJEM A VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA

Pojem kvalita života je jednou z důležitých zásad jak ve sféře ekonomické, zdravotnické (health related quality of life) tak i v oblasti sociální. Není přesně a jasně vymezena definice kvality života. Motlová a Španiel (2017) definují ve své publikaci pojem úzdrava což lze definovat jako zmírnění příznaků a stejně důstojné kvality života klientů v sociálních službách jako lidí ve společnosti – žít v kruhu své rodiny, pokud je to možné, nikoliv v izolaci, pracovat, vzdělávat se. Průlomovým momentem bylo období druhé poloviny dvacátého století, kdy se vědci začali zabývat tím, jak se schizofrenikům vlastně žije a deinstitucionalizace. Především osoby se schizofrenním onemocněním se potýkají se stigmatizací, finanční nouzí a sociálními problémy a kvalita jejich života byla neuspokojivá – na tuto problematiku poukazoval Lehman. Začalo se více nahlížet na kvalitu života osob s duševním onemocněním a taktéž na rozvoj komunitní péče. Po roce 1945 se prováděly výzkumy z hlediska kvality života, ta se stala obsahem sociálních programů. „*Dříve se kvalita života chápala jako objektivní kritérium, které může být hodnoceno zvenčí jako míra nezávislosti a normálního fungování v běžném životě.*“ (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 9) Raboch a Zvolský (2001) tvrdí, že vše záleží na terapii. Správná terapie dokáže navodit člověka žít kvalitní život, ta špatně vedená terapie onemocnění prodlužuje a „vleče.“

V dnešní moderní společnosti se na kvalitu života nahlíží ze subjektivnější stránky a také z hlediska psychického, fyzického a sociálního. Nyní se pojem kvalita života používá pro ohodnocení zdravotnických či sociálních zařízení z hlediska dlouhodobě nemocných pacientů či klientů s postižením doživotně umístěných v sociálních zařízeních.

3.4.1 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA KLIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ

Kvalita života se posuzuje na základě dotazníků nebo strukturovaného rozhovoru. Světová zdravotnická organizace (WHO) používá dotazník WHOQOL¹⁹ to je dotazník, který bere v úvahu souhrnný, osobní, relativní význam různých oblastí života

¹⁹ World Health Organization Quality of Life Assessment

daného jedince. Dotazník SIS²⁰ se zabývá kvalitou života, především kvalitou společenských vztahů daného jedince a jeho zapojení do společenského života. Dalšími dotazníky jsou například SWIN²¹, SOS – 10²², nebo SQUALA²³. (Motlová, Španiel, 2017)

Motlová a Dragomirecká (2003) rozlišují nástroje generické, které jsou pro všechny typy pacientů a specifické pro dané specifikace pacientů se stejnou nemocí.

Motlová a Španiel (2017) popisují metody měření kvality života. Jednou z metod jsou dotazníky a rozhovory. Větší zřetel je brán na samostatnou výpověď pacientů než na postřehy expertů. Ve výzkumu jsou uváděny objektivní pohledy zkoumatele, tedy to, jak žil pacient předtím. V subjektivní části jsou již zmiňované pocity nemocného, jak se cítí, co prožívá. Sporně řešeným tématem je důvěryhodnost nemocného, do jaké míry je schopen posoudit svoji situaci.

Pro osoby se schizofrenním onemocněním se převážně používají rozhovory například QOU²⁴ – standardizovaný na objektivitu a subjektivitu nebo LQLP²⁵ – rozhovor zaměřený především na zhodnocení komunitní péče nebo kombinaci rozhovorů a dotazníků. Naskytuje se však otázka věrohodnosti osob se schizofrenním onemocněním. Měření kvality života je nezbytné provádět za dobrého psychického stavu člověka, jinak by mohlo být ovlivněno kognitivními výkyvy, depresemi, úzkostmi či farmaky. Do jaké míry si klient dokáže uvědomit dění kolem sebe? Výzkumy dle Motlové a Dragomirecké (2003) ukazují, že právě lidé se schizofrenií svou kvalitu života nadhodnocují.

²⁰ Social Integration Survey

²¹ Subjective Well Being on Neuroleptics

²² Schwartz Outcomes Scale-10

²³ Subjective Quality of Life Analysis

²⁴ Quality of Life interview

²⁵ Lancashire Quality of Life profile

Zajímavou zmínku postřehla Motlová (2017), že lidi, kteří přisuzují problémy své duševní poruše, mají horší kvalitu života. Vytýčuje takzvanou Amadorovu studii, která tvrdí, že naopak lidé, kteří nadhodnocují svoji kvalitu života, mají větší sklon k sebevraždám. Mnoho vědeckých výzkumů poukazuje na to, že pokud je člověk stabilizovaný, lze prožívat kvalitní život, ve kterém mu je především oporou rodina. Za úspěch kvality života je nezbytnou součástí volný čas.

3.5 ZÁSADY A STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Zásady a standarty kvality sociálních služeb je nutné vymezit, aby sociální služby mohly fungovat tak, aby se klienti, kteří je využívají, cítili důstojně a pohodlně. Dodržování zásad a standardů je jednou z podmínek pro fungování sociálních zařízení.

„Systém sociálních služeb je charakterizován množstvím vztahů založených na objektivních skutečnostech, které mají významný vliv na kvalitu života jedinců i společnosti.“ (Valenta a kol., 2012, s. 102)

Cílem právní úpravy je zajistit podporu vhodných podmínek osob s duševním onemocněním a to zejména a z hlediska dostupnosti sociální služby, efektivity sociální služby, hospodárnosti a její bezpečnosti, respektive nemá omezovat práva a zájmy osob. V občanském zákoníku 89/2012 v oddílu 2 článku 57 (1) je vymezeno, že *„Soud může omezit svéprávnost člověka v rozsahu, v jakém člověk není pro duševní poruchu, která není jen přechodná, schopen právně jednat, a vymezí rozsah, v jakém způsobilost člověka samostatně právně jednat omezil.“*²⁶ V neposlední řadě by měla sociální služba zajistit důstojnou kvalitu. Kvalita sociálních služeb by měla být na prvním místě. Je stanovena v takzvaném *„standardu kvality sociálních služeb.“* (Valenta a kol., 2012, s. 103)

Dle Valenty a kol. (2012, s. 103) je jednou z důležitých zásad *„ochrana lidských práv.“* V sociálních službách je nutné zajistit dodržování lidských práv. Jako další zásadu Valenta uvádí, že v sociálních službách by měly být nastavené cíle vzhledem

²⁶ 89/2012 Sb. Občanský zákoník (nový). *Zákony pro lidi - Sbirka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 24. 01. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

k individuálním potřebám klienta. Pro sociální služby je nezbytně nutné mít kvalifikované pracovníky, kteří jsou denně v kontaktu s klientem. Kvalifikovaní pracovníci mají velký vliv na kvalitu života klientů v sociální službě. Cílem je tedy zajistit bezpečí pro klienta a kvalitní důstojný život v sociálních službách.

V roce 2002 byly v České republice připraveny jako metodický materiál Ministerstva práce a sociálních věcí, který vycházel z česko-britského projektu „*standardy kvality sociálních služeb*.“ (Valenta a kol., 2012, s. 112). Cílem bylo převzít budoucí poskytování sociálních služeb u nás ze zkušeností Velké Británie.

Standardizace sociálních služeb²⁷ je pokrokem v poskytování sociálních služeb, významným měřítkem a objektivním posuzováním kvalit sociálních služeb.

Zmíníme se o standardech kvality sociálních služeb. Ke každému ze standardů jsou stanovena kritéria, návrhy postupů, které jsou dohledatelné ve vyhlášce 505/2006. Důsledkem při nesplnění kritérií může být odebrána registrace dané služby.

Cíl, způsob poskytování sociálních služeb, ochrana práv klientů, jednání se zájemcem, budoucím klientem o sociální službě, smlouva ze strany sociální služby pro klienta o poskytování sociální služby, individuální přístup a plánování o průběhu sociální služby, vedení a evidence dokumentace, stížnosti na kvalitu služeb, propojenost a návaznost sociálních služeb, profesní, kvalifikační, organizační zajištění, dostupnost sociální služby a informovanost, nouzové podmínky a především zvyšování kvality sociálních služeb.²⁸

3.6 DOPAD SCHIZOFRENIE NA NEMOCNÉHO A FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA

Lidé se schizofrenním onemocněním jsou ovlivněni společností a to především již výše uvedenou stigmatizací z hlediska pracovního uplatnění, společenského života

²⁷ Standardizace sociálních služeb je „*vytvoření základních parametrů služeb, které umožní všem zúčastněným subjektům porovnat jejich deklarovaný a skutečný obsah*“. (Valenta a kol., 2012, s. 112)

²⁸ Standardy kvality sociálních služeb - MPSV Portál. *Průvodce - MPSV Portál* [online]. Copyright © [cit. 23. 01. 2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>

či soukromého života, se kterou se musí vyrovnat. Vyrovnání ale se samotným duševním onemocněním pro člověka je ta největší výzva. Za podpory rodiny, odborníků a sociálních služeb lze dopad schizofrenie zmírnit a nastavit tak lidem významný, důstojný a kvalitní život.

Motlová a Španiel (2017) ve své publikaci přisuzují největší význam depresi. Tvrdí, že čím více člověk depresí trpí, tím více bude kvalita života horší. Mezi další dopady na zhoršení kvality života patří společenská tíseň. Člověk neví jak využít volného času, a proto může dojít k izolaci či nezáměru o dění kolem sebe. Sociální vztahy jsou z hlediska rodiny velmi důležité hlavní je mít rodinu, ve které má oporu či přátelé zapojují člověka se schizofrenií do společnosti a nepřipadá si „odstrčený.“ Je předpokladatelné, že člověk žijící v rodinném prostředí bude mít kvalitu života lepší a jednodušší než člověk umístěný v sociálním zařízení. Pracovní uplatnění patří mezi důležitý faktor, který ovlivňuje kvalitu života.

Správné využití volného času je nezbytně nutné k fungování nemocného člověka ve společnosti. Matoušek a kol. (2005) popisují, že využití volného času z hlediska vnějších faktorů jako například finanční stránka nebo odmítání společností může být odrazující, to se pak promítne do vnitřních pocitů, lidé se cítí, že nepatří mezi „normální“ lidi, pociťují úzkost. Vytvoří se psychická bariéra, která vede k uzavření se do sebe, tedy od společnosti. Izolují se a tím pádem nejsou schopni využívat volný čas.

Cílem sociálního pracovníka v těchto situacích, je klientovi „otevřít dveře“ například do zařízení denních aktivit, podporuje dobrovolnické programy, snaží se mu pomoci nácvikem dovedností ať již individuálně, tak ve skupině. Stejně tak komunitní centra nabízejí mnoho aktivit, jako výlety, oslavy, tábory. Člověk tak rádně a správně využije volného času, bude mezi lidmi, naučí se postupně adaptovat a hlavně jeho kvalita života se zvyšuje, protože bude mít pocit, že patří do „našeho“ světa.

Pracovní uplatnění dle Motlové a Španiela (2017) je pro osoby se schizofrenií velmi důležité nejen z hlediska příjmů a ekonomického zabezpečení, ale také z hlediska odpoutat se od stereotypního života. Pracovní uplatnění je jakási naděje pro lepší život člověka a taktéž být začleněn do společnosti. Je pochopitelné, že každý člověk vnímá své onemocnění jinak, proto je také pochopitelné že někteří lidé se schizofrenií se dokáží

znovu resocializovat do jeho původního života a zaměstnání a jiným se to bohužel nepodaří. Člověka, kterého postihne schizofrenní onemocnění je potřeba nadále podporovat v tom, co dříve dělal, co měl rád, co bylo jeho koníčkem tak, aby se snažil navrátit do svého života. Spousta lidí se schizofrenií, převážně těch s opakovatelnými relapsy se již nepodaří navrátit aktivně do svého zaběhnutého života, avšak existuje pomoc, která se snaží nastínit takovou kvalitu života, na jakou má každý právo.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ KVALITY ŽIVOTA KLIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ ŠTERNBERK

4.1 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem výzkumu bude zjistit očekávání, ve většině případů žití klienta se schizofrenií v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku, zdali je mu poskytována opravdová a řádná sociální péče, jak se cítí, jak vnímají prostředí, zdali by něco změnili, či zda se umí orientovat. Ví, na co vše mají lidé s duševním onemocněním nárok? Budeme se zaměřovat na otázky týkající se klienta ve vztahu kvality života na danou sociální instituci a na míru jeho spokojenosti se službami. Pro tuto část rozhovoru bude použit sestavený strukturovaný rozhovor.

4.2 DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Dílčí část výzkumu bude zaměřena na osobní životy respondentů X a Y. Tato část byla vytvořena především k osobnějším poznání respondentů samotných. Tato část bude utvořena také proto, abychom si získali důvěru respondentů. Budeme se zabývat, jak respondenti žili před tím, než byli umístěni do pobytového zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku, jak žijí nyní a jaké mají cíle do budoucna. Tento nestandardizovaný rozhovor bude úzce souviset se standardizovanými otázkami tak, abychom se co nejvíce přiblížili zkoumanému tématu kvality života respondentů v již zmíněném pobytovém zařízení. Cílem dílčích otázek bude taktéž zjistit to, jak kvalitní život respondenti vedli předtím, než nastoupili do zařízení ve Šternberku. Dílčí otázky budou zaznamenány v kapitolách o životě respondenta X a Y. V následné podkapitole budou rozdělené výzkumné otázky respondentů X a Y.

4.2.1 VÝZKUMNÉ DÍLČÍ OTÁZKY PRO RESPONDENTA X

Výzkumná otázka č. 1: Jaké bylo Vaše dětství?

Výzkumná otázka č. 2: Co se Vám všechno od dětství přihodilo?

Výzkumná otázka č. 3: Do jaké školy jste chodil? Co je to za školu?

Výzkumná otázka č. 4: Jaký to byl obor? Co jste se tam učil?

Otázka č. 5: Co jste po škole dělal za povolání? To bylo nějaké invalidní družstvo? Družstvo invalidů? Bavilo Vás to?

Výzkumná otázka č. 6: Jak dlouho jste pracoval? Jakože o tom mluvíte poprvé s námi?

Výzkumná otázka č. 6: Když jste byl ten zedník, co všechno jste postavil?

Doplňující výzkumná otázka č. 6: Takže Vy bydlíte v baráku ano? A kde se nachází?

Výzkumná otázka č. 7: Dělal jste ještě jiné zaměstnání než zednictví? Říkal jste, že máte výuční list manipulanta?

Doplňující výzkumná otázka č. 7: Takže jste byl takový kluk pro všechnu práci?

Výzkumná otázka č. 8: Máte nějaké oblíbené zájmy, koníčky?

Výzkumná otázka č. 9: Měl jste někdy nějakou slečnu? Ano, myslím partnerku.

Doplňující výzkumné otázky č. 9: Jak jsou staré dcery? Jak dlouho jste spolu žili s partnerkou? A proč spolu nejste? Ona Vás opustila nebo Vy ji? Co se stalo potom? Zkusíte si vzpomenout?

Výzkumná otázka č. 10: Proč jste přestal pracovat?

Výzkumná otázka č. 11: Jak jste vycházel s ostatními kolegy?

Výzkumná otázka č. 12: Jaký máte plány do budoucna, co byste chtěl dělat?

Výzkumná otázka č. 13: Chtěl byste někdy bydlet sám, osamostatnit se?

Výzkumná otázka č. 14: Máte nějaký zážitek, na který rád vzpomínáte?

Výzkumná otázka č. 15: Jak jste se staral o děti? Koupal jste je, když byly děti malé?
Krmil jste je?

Doplňující otázka č. 15: Do kolika let jste se o děti staral?

Respondent X popsal v rozhovoru tři obrázky. Popis obrázků bude zahrnut v kapitole o životě respondenta X.

4.2.2 VÝZKUMNÉ DÍLČÍ OTÁZKY PRO RESPONDENTA Y

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jste měl dětství?

Výzkumná otázka č. 2: Co bys nám řekl o rodičích?

Doplňující výzkumné otázky č. 3: A kde v cizině žije? A s kým teda ještě žijete? Říkal jste, že maminku nemáte, sestra žije v cizině. A co tatínek? A co brácha? Rozumíte si spolu?

Výzkumná otázka č. 4: A kde bydlíte? A líbí se Vám tam?

Výzkumná otázka č. 5: A jak často tam jste?.

Výzkumná otázka č. 6: Kdy jsi tam byl naposledy?

Doplňující výzkumná otázka č. 6: Říkal jste, že máte pejska, co to je za pejska? Je malý? Velký? A jak se jmenuje?

Výzkumná otázka č. 7: Pamatujete si, proč nebo kdy jste začal domů už jen dojíždět?

Výzkumná otázka č. 8: Proč tam nejste pořád? A bavilo Vás to? A když jste dělal zahradníka, pracoval jste třeba doma?

Výzkumná otázka č. 9: A chtěl byste něčím být? Co by Vás bavilo? A bavilo Vás to? A když jste dělal zahradníka, pracoval jste třeba doma?

Výzkumná otázka č. 10: Nějaké koníčky? Záliby?

Výzkumná otázka č. 11: Kterou písničku máte nejraději?

Výzkumná otázka č. 12: Cestoval jste někdy?

Doplňující otázky č. 12: Byl jste v zahraničí? Takže jste viděl moře? A líbilo se Vám tam? A umíte anglicky?

Výzkumná otázka č. 13: Chtěl byste si někdy najít slečnu a založit rodinu?

Výzkumná otázka č. 14: Zdají se Vám nějaké sny?

Výzkumná otázka č. 15: Pamatujete si je?

4.3 METODOLOGICKÝ ÚVOD

Na začátek metodologického úvodu bude definována otázka: Co je to výzkum? „*Výzkum je systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, anebo se získávají nové poznatky.*“ (Gavora, 2010, s. 11)

Fenomenologii poprvé ve filozofii použil Johann Heinrich Lambert v 18. století. A právě z fenomenologie vychází kvalitativní výzkum. V 19. století se fenomenologií zabýval Edmund Husserl. „*Kvalitativní výzkum je konstrukční.*“ (Gavora, 2000, s. 32)

V našem výzkumu se budeme zaměřovat na klienty se schizofrenním onemocněním v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku.

Gavora (2000) interpretuje tyto etapy kvalitativního výzkumu

- Stanovení výzkumného problému
- Informační příprava výzkumu
- Příprava výzkumných metod
- Sběr a zpracování údajů
- Interpretace údajů
- Psaní výzkumné zprávy

Ve výzkumné části jsme pro sběr dat použili standardizovaný rozhovor (interview). Standardizovaný rozhovor bude předem připravený. Cílem standardizovaného rozhovoru bude získání názorů, myšlenek a zkušeností ze života dotazovaných respondentů

v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku. Interview se dle Vojtíška využívá při menším množství respondentů. Rozhovor může být skupinový nebo individuální. Strukturovaný rozhovor bude použit z hlediska osobnějšího přístupu ke klientům se schizofrenním onemocněním. Rozhovor probíhá mezi tazatelem a respondentem ve formě dialogu, kdy odpovědi budou zaznamenány. (Vojtíšek, 2012)

První etapou je stanovit výzkumný problém. Tato etapa je velmi důležitá pro další stanovování cílů. Je nutné si ujasnit, koho budeme zkoumat, nastavit si kritéria a na čem budeme zaměřovat. V našem případě bude stanovena kvalita života v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku, z hlediska klientů, kteří tohle zařízení užívají. Kritéria v našem případě nebyla možné nastavit, z hlediska stavu klientů. Další etapou je připravenost tazatele. K řešení výzkumného problému a sběru dat bude použit strukturovaný rozhovor sestavený tak, aby byla zjištěna kvalita života klientů. Před sestavením rozhovoru proběhne konzultace se sociální pracovnící. Strukturovaný rozhovor bude zaznamenán na diktafon a následně přepsán. V neposlední řadě bude probíhat zhodnocení výzkumu a jeho výsledky.

Setkání proběhne ve zmíněném pobytovém zařízení ve Šternberku za asistence sociální pracovníce. Výzkum bude probíhat uvnitř instituce, vybráno bude neutrální místo bez ruchu a rozptylování klienta. Rozhovor budeme provádět pouze se dvěma klienty panem X a panem Y. Z hlediska psychického stavu ostatních klientů nebude možné provést strukturovaný rozhovor s vícero klienty. Účastnění rozhovoru bylo dobrovolné.

Dle Švarcové (2005) je nestrukturovaný rozhovor přizpůsobivější. Na tento typ rozhovoru je taktéž nutné se připravit. Ve výzkumu budeme formulovat otázky tak, aby „ověřovaly hypotézu ve výzkumu – nejde o pouhé sbírání faktů a názorů lidí na určité jevy“. (Švarcová, 2005, s. 28)

4.4 SBĚR DAT A KRITÉRIA RESPONDENTŮ

Sběr dat bude volen formou strukturovaného rozhovoru. V hlavní části výzkumného rozhovoru budou použité přesně dané formulované otázky týkající se zjištění potřeb a vztahu klienta k dané instituci. Předpokládali jsme, že klienti se schizofrenií budou od tématu odbíhat. Proto byla vytvořena dílčí část výzkumné práce, která během

strukturovaného rozhovoru plynula. Otázky byly strategicky vytvářeny až při setkání s klientem. Bylo velmi důležité dbát zřetele, aby se klient cítil příjemně a aby nedošlo k podezírání z výslechu. Komunikace s klienty s duševním onemocněním jsou velmi náročné. Sběr dat byl v určitých chvílích těžce zaznamenateľný, protože klient neustále odbíhal od tématu a hovořil o tom „svém světě“. Rozhovory jsme zaznamenávali na diktafon. Odpovědi a otázky byly po zpracování a vyhodnocení smazány.

Kritéria klientů jsme v této situaci nemohli nastavit. Dobrovolně se přihlásili dva muži. Pan X a Pan Y. Věkově byli odlišní, což bylo pro výzkum přínosné z hlediska názorů. Pan X je klient, kterého schizofrenie postihla již v raném dětství. Má za sebou mnoho ústavů a převozů. Nemá rodinné zázemí. Nikdo se k němu nehlásí. Nyní má přes 50 let. Pan Y má 24 let, byl schizofrenií postihnut v adolescenci. Schizofrenie je dědičná (otec trpí schizofrenním onemocněním). Rodinná podpora klienta byla zaznamenána z hlediska návštěv příbuzných. Bývá propouštěn domů, ale již po druhé se vrátil do instituce. Oba klienti trpí paranoidní schizofrenií.

Při výzkumu klientů se schizofrenií nebylo jednoduché získat odpovědi na kladené otázky a to samozřejmě poukazuje i tento výzkum.

Během celého zaznamenávání rozhovorů nás doprovázela sociální pracovnice. Je nutné podotknout, že při tomto výzkumu jsme se zavázali mlčenlivostí a to o ochraně osobních údajů všech zúčastněných klientů.

Dále jsme se při realizování této návštěvy zavázali, že nebudeme do práce udávat a zapisovat citlivé okolnosti klientů.

Uvedeme přehlednou tabulku kritérii respondentů. V tabulce je zaznamenáno především, zdali se jedná o muže či ženu, vzdělání, věk, forma schizofrenního onemocnění, délka hospitalizace v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku, zdali byl respondent hospitalizován i v jiných zařízeních, podpora rodinných příslušníků a zdali se vyskytuje schizofrenie v rodině, závislosti a oblíbené činnosti.

Kritéria respondentů	Respondent X	Respondent Y
Pohlaví	Muž	Muž
Věk	50	24
Vzdělání	Zvláštní škola	Nezjištěno
Forma schizofrenie	Paranoidní schizofrenie F20.0	Paranoidní schizofrenie F20.0
Délka hospitalizace ve Šternberku	3 roky	Neustálé relapsy a návraty
Hospitalizace v jiných zařízeních	Ano	Ano
Přítomnost rodiny	Ne, stanoven oatrovník	Ano (bez matky)
Schizofrenní onemocnění v rodině	Nezjištěno	Ano (otec)
Oblíbené činnosti	Kreslení	Keramika
Závislosti respondentů	Alkoholismus	Žádná

Tabulka č. 1 - kritéria respondentů

4.5 ETIKA VÝZKUMU

Výzkumné šetření kvality života klientů se schizofrenií v pobytovém zařízení se zvláštním režimem na základě strukturovaného rozhovoru budeme realizovat z hlediska časové dostupnosti sociální služby a především sociální pracovnice, která byla povinna na základě přání vedoucího úseku doprovázet při výzkumu, který budeme provádět na klientech pobytového zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku. Výzkum probíhal před Vánocemi roku 2019 za předpokladu, že duševní stav klientů bude vánočně a společensky naladěn.

Při prohlídce zařízení před výzkumem klientů jsme měli tu čest hovořit s vedoucím úseku, který nastínil, jak funguje pobytové zařízení se zvláštním režimem. Dále se sociální pracovnicí, která se zabývala především administrativní stránkou klientů. A v neposlední řadě se sociální pracovnicí, která nás informovala o stavech pacientů pouze v té míře, v jaké bylo možné.

Strukturované otázky pro klienty jsme sestavili jednoduše, tak aby byly srozumitelné a jejich kontext spočíval především v tom, jaký je život v pobytovém zařízení se zvláštním režimem. Je nutné podotknout, že při setkání s klienty rozhovor plynul a nebylo možné standardizované otázky dodržovat přesně, bylo nutné je doplnit o otázky nestandardizované, které vyplynuly z průběhu rozhovoru. Sběr dat byl za souhlasu sociální pracovnice nahrán na diktafon. Po přepsání záznamu byl na žádost smazán.

Byly jsme poučeni o dodržování GDPR, tedy ve výzkumu jsme neuváděli jména klientů, a předchozí zařízení, ve kterých se léčili.

4.6 PŘEPIS STRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Tyto otázky budou doplněny o komentář, který by měl poukazovat na teorii, tedy na domněnky, které jsme si v průběhu psaní této práce utvořili. Bude vytvořeno 15 strukturovaných otázek zaměřených na kvalitu života a sociální péče klientům se schizofrenním onemocněním. K otázkám jsme přiřadili i doplňující otázky v průběhu rozhovoru. Je potřeba zmínit, že již před setkáním s klienty budeme částečně seznámeni s nejpodstatnějšími událostmi v jejich životě. Proto jsou určité části otázek přizpůsobené klientovi. U každé bude uvedeno, zdali je určena pro pana X nebo pana Y. Pokud není uvedeno jinak, otázka je stanovena pro oba klienty. Jako citlivé jsme považovali uvést veškeré léčebné zařízení, kde se pan X a pan Y za svůj život nacházeli.

Otázka č. 1

Jak dlouho jste v zařízení Vincentinum ve Šternberku? Otázka je položena z důvodu, zdali si klient uvědomuje, jaký čas tráví v sociálním zařízení. Zdali si je vědom, co je to za zařízení.

Otázka č. 2

Kdy jste byl poprvé hospitalizován. Otázkou je zamýšleno, zdali si klient uvědomuje, že byl hospitalizován. Zdali si pamatuje zvrát v jeho životě.

Otázka č. 3

Byl jste dříve v jiném, podobném zařízení? Otázka stanovena pro pana X.

Doplňující otázka č. 3

Víš, proč jste byl v zařízení 1 PPL? Otázka je položena záměrně, protože právě tady začala klientova cesta s jeho prvními obtížemi.

Navštěvuje tě někdo? Otázka stanovena pro pana Y.

Doplňující otázka k č. 3

Takže Vy jste už od dětství navštěvoval psychiatrie a takovéto zařízení? Doplňující otázka se nám nabízela, zdali klient trpěl bludy a halucinacemi již v dětství.

Navštěvuje Vás ještě někdo jiný než rodina? Otázka stanovená pro pana Y.

Doplňující otázka k č. 3

Jakými terapiemi jste si prošel? Bavili Vás? Otázka je zaměřená, zdali si klient uvědomoval, že pomocí terapií mu mohou specializovaní odborníci pomoci. Jak je vnímal. Uvědomoval si, že terapie je taková první pomoc?

Otázka č. 4

Do zařízení jste docházel ambulantně? Nebo jste tady, či v jiném zařízení byl pobytově? Zde nás bude zajímat, zdali klient dokáže vymezit kdy, kde a v jakém časovém období se nacházel.

Otázka č. 5

Vaše nemoc měla tedy pozvolný průběh? Začal jste užívat medikamenty – léky? Otázka je opět zaměřená na uvědomění si, zdali klient potřeboval léky, aby mu z nepochopitelného stavu pomohly.

Doplňující otázka č. 5

Cítil jste nějaké změny? Že se s Vámi něco děje? Jde o pochopení klientova stavu, o vnímání sebe samého.

Doplňující otázka č. 5

To byl Váš spolubydlící nebo kamarád?

Otázka č. 6

Řešil jste svůj problém sám? Nebo Vám někdo pomohl? Otázka je zaměřená především na to, zdali si klient svůj problém uvědomoval sám a sám ho chtěl řešit.

Doplňující otázka č. 6

Pamatujete si, že by se s Vámi v tu chvíli dělo něco zvláštního? Jiného? Otázka je zaměřená na průběh onemocnění, zdali klient dokáže nastínit a je si vědom toho, že není něco v pořádku.

Otázka č. 7

Jaká zařízení jste navštívil a jak dlouho jste v nich pobýval? Je to otázka zaměřená na časovou linii vlastního života stráveného v pobytovém zařízení.

Doplňující otázka č. 7

Za jakým účelem jste se dostal do zařízení 2? Jak Vám pomohli? Otázka stanovená pro pana X.

Za jakým účelem jste se dostal do zařízení 1? Jak Vám pomohli? Otázka stanovená pro pana Y.

Doplňující otázka č. 7

Jak dlouho jste byl v zařízení 2? Otázka stanovená pro pana X.

Jak dlouho jste byl v zařízení 1? Otázka stanovená pro pana Y.

Otázka č. 8

Byl jste umístěný v různých zařízeních, jaký máte názor na sociální pracovníce, na paní, které se o Vás staraly a se kterými jste byl v kontaktu, ve styku? Otázka týkající se sociálních pracovníků, kteří se o klienta starali. Zdali vnímá jejich pomoc, náznak kvality života z hlediska odborné kvalifikovanosti pracovníků v očích klienta.

Otázka č. 9

Jak Vám pomáhaly sociální pracovníce, co jste oceňoval? U této otázky jsme chtěli slyšet pozitiva a negativa klienta z hlediska přístupu pracovníků ke klientovým potřebám.

Otázka č. 10

Jak se Vám líbí v nynějším zařízení? Od klienta jsme chtěli slyšet zhodnocení zařízení, ve kterém se teď delší dobu nachází, zdali je něco, co by změnil.

Doplňující otázka č. 10

Z uvedeného předešlého zařízení jste odešel do stávajícího sám? Otázka je zaměřena především na to, zdali klient vnímá své přesuny ze zařízení a zdali pociťuje rozdíly.

Otázka č. 11

Co ve stávajícím zařízení děláte, jaký máte program? Zde jsme chtěli klientovo zhodnocení, zdali si uvědomuje, co v zařízení dělá a jestli mu dané programy pomáhají a které to jsou.

Otázka 12.

Jak řešíte finance? Otázka týkajícího se důchodu, zdali má klient přehled, jak se s financemi nakládá, kolik dostává kapesné.

Otázka č. 13

Jaký je Váš sen? Otázka je zaměřená na klientovi budoucí cíle a přání, tedy odpoutat se od nynějšího stavu v přítomnosti, ale to co očekává do budoucna.

Otázka č. 14

Víte, jaká nemoc je Vám diagnostikována, s čím jste v zařízení se zvláštním režimem? Otázka byla položena, zdali vnímá svoji nemoc. Především nás bude zajímat, jak se klient zachová, protože většina klientů s duševním onemocněním jsou přesvědčení, že jsou v pořádku a zdraví.

Otázka č. 15

Co budete dělat proto, aby se Váš sen splnil? Rádi bychom znali nějakou motivaci, čeho všeho chtějí dosáhnout, aby si sny splnil.

4.7 O ŽIVOTĚ RESPONDENTA X

Pan X byl při prvním setkání velmi nervózní a zmatený. Než jsme byli na „jedné vlně“ chvíli to trvalo. Při příchodu nám klient X ukazoval nohu, kterou měl sešroubenou ze svého rodného domova. Poté jsme vedli rozhovor, který jsme systematicky rozdělili na hlavní a dílčí. Tento rozhovor bude sestaven z otázek, které vyplynuly přímo na místě s klientem. Otázky jsou zaměřené na jeho život a to především jaký žil a jaký žije momentálně.

Jaké bylo Vaše dětství?

Byl jsem u rodiny bráchovi dcerunky, pak si mě vzala rodina. Zmínil příjmení, byla hodná. Sociální pracovnice odpověď upřesnila: „Pan X je adoptovaný.“

Co se Vám všechno od dětství přihodilo?

Měl jsem více kamarádek než kamarádů.

Do jaké školy jste chodil?

Chodil jsem do ZVŠ.

Co je to za školu? Zvláštní vysoká škola to byla.

Jaký to byl obor? Co jste se tam učil?

Nemůžu si vzpomenout, sakra, no, učil jsem se tam toho, Komenského, Komenda, Komenia. Všecko jsem se tam naučil. Pan učitel mi vždycky říkal, vy jste nejlepší žák ještě s jedněmi klukami.

Co jste po škole dělal za povolání?

Byl jsem kilvankil 4 roky

To bylo nějaké invalidní družstvo? Družstvo invalidů?

Ano, dělal jsem u zedníků, vyučil jsem se zedníkem. Výuční list mám zedník a manipulant potom už.

Bavilo Vás to?

Ano, bral sem tam dvacet tisíc na měsíc.

Jak dlouho jste pracoval?

4 až 5 let. Já jsem o tom ještě nikdy s nikým nemluvil. Jakože o tom mluvíte poprvé s námi? Hmm jo.

Když jste byl ten zedník, co všechno jste postavil?

Na mém baráku byl Zálešák Svozil a dali mi dohromady sklepy pod barákem. Takže Vy bydlíte v baráku ano? Ano. A kde se nachází? Klient odpověděl na otázku celou adresou. Jako ochranu osobního údaje uvedu jen oblast – Morava. Sociální pracovnice upřesnila, že pan X opravdu pochází z Moravy. Měl jsem číslo 196, to koupil pan Z a teď je to 260 číslo baráku u nás.

Dělal jste ještě jiné zaměstnání než zednictví?

Moment. Dlouho přemýšlel. Říkal jste, že máte výuční list manipulanta? Ano, manipulant dělník. Takže jste byl takový kluk pro všechnu práci? Ano.

Máte nějaké oblíbené zájmy, koníčky? Ping pong. Sem byl na turnaji a vyhrál jsem diplom za páté místo.

Měl jste někdy nějakou slečnu? Slečnu? Ano, myslím partnerku. Měl, měl jsem tu nejhodnější za celý život. Moje dcery byly A, B a C. A se narodila jako první. Jména jsme nemohli zveřejnit.

Jak jsou staré dcery? Jéé, to nevím. Asi jak holka co sedí tady. Ukazoval na nás.

Jak dlouho jste spolu žili s partnerkou? Asi 9 nebo 10 let. A proč spolu nejste? Nevím. Ona Vás opustila nebo Vy ji? Já nevím. Mně se to nevybavuje. Při této odpovědi bylo zaznamenáno, že nezná a neví příčinu, proč ho žena opustila. Dlouho tápal při odpovědi. V hlavě nám uvízla otázka, zdali opravdu ženu a děti měl. Pana X za celou tu dobu nikdo z rodiny nenavštívil. Pouze opatrovnice.

Co se stalo potom? Zkusíte si vzpomenout? Proč jste přestal pracovat? Ticho. *Byl jsem v závodech. Já nejsem zvyklý vzpomínat. Kurník.*

Jak jste vycházel s ostatními kolegy? Na tuto otázku pan X nedokázal odpovědět.

Zde v tomto úseku rozhovoru jsme se již ze strukturovaných otázek dozvěděli, že si v práci zavolal sanitu, aby ho odvezli

Jaký máte plány do budoucna, co byste chtěl dělat? *Chtěl bych se sejit s rodinou. Stýská se mi.*

Chtěl byste někdy bydlet sám, osamostatnit se? *Ano, umím vařit, prát.*

Máte nějaký zážitek, na který rád vzpomínáte *Na výchovu dětí, na rodinu.*

Jak jste se staral o děti? Běžně. Koupal jste je, když byly děti malé? Ne. Krmil jste je? *Ano. Beba1, Beba2.*

Do kolika let jste se o děti staral? *Do devíti let. Teď jim bude kolem dvacetipěti let. Už o nich nic nevím.*

Dále jsme se zaměřili na rozhovor o nakreslených obrázcích panem, X. Které nám při příchodu hned ukazoval.

Obrázek 1.

Popis obrázku:

Na obrázku bylo vyobrazené velké červené slunce, fialová obloha, a mraky různých tvarů. Na obrázku byl velký strom bez listů.

Zkuste mi vysvětlit obrázky, které jste maloval, proč je to sluníčko červený? *To je západ slunce, takhle to vždycky za oknem vypadá, když zapadá. Mám to jako z mysli.*
A to vidíte tu oblohu tak fialovou? *Ano. Takový tvar mají ty mraky, jak jste namaloval?* *Ano. I ten strom tak vypadá, jak jste ho namaloval v té mysli?* *Jak kdy.*

Obrázek 2.

Popis obrázku:

Na dalších kresbách byly vyobrazené květiny, samostatně, ve váze, všechna pozadí papíru byla barevná

Proč rád kreslíte květiny? *Od malička, tyhle. Co je to za kytky?* *Sedmikrásky. To pozadí si vymýšlíte sám?* *Ano. Nikdo mě nepomáhal.*

Mezi obrázky jsem našla také pochmurnější kresby. Které byly celé černé.

Proč kreslíte takovéto obrázky? *Ostatní byly krásně barevné. Neměl jsem dobrou náladu.*

Obrázek 3.

Popis obrázku:

Je faktem, že obrázek tohoto typu jsme mohli čekat. Při studiu o lidech se schizofrenií a jejich kresbách jich spousta vyobrazuje mimozemské bytosti, a přílet Ufo.

Co je to za obrázek? *To velký je Ufo, pak je za ním roj, co letí. Toto je to největší těleso. Do toho nejmenšího se vlezlo třicet uchazečů. A Vy jsi ho někdy viděl?* *Samozřejmě na poli za barákem. Viděl jste nějaké lidi, že by tam nastupovali?* *Viděl jsem tam nás. Byl jste tam někdy, letěl jste?* *Ne. Já znám jen 88,9 FM rádio. Lítají i tady. Mají tady přistávací dráhu.*

A jak vypadali ti lidé? *Normální obličeje. Vypadají stejně jako my.*

Co jsem zažil, byl jsem venku. Na nádraží na peróně. A já sem zakřičel nehybte se! Jezdijou vlaky tam a tam. A já sem vlastně zachránil životy všem.

Máte ještě nějaké takové podobné zážitky? *Paní sociální pracovnice říkala, že si často s někým povídáš, ale nikdy ho neviděla. Jo, je to silueta. Jako člověk, kterého vidím já, ale kterého nevidí druzí. Jak často je vidíš?* *Ráno jednu, odpoledne jednu a večer jednu.*

4.7.1 SHRnutí NESTANDARDIZOVANÉHO ROZHOVORU

Respondent X se v této části nebál hovořit o svém životě a to především o své minulosti. Respondent X velmi rád vzpomíná na to, co prožil. V oblasti vzdělání není schopen definovat, jakou školu konkrétně vystudoval. Ve své odpovědi tvrdil, že má výuční list, což není pravda. Respondent X má dodělanou praktickou školu. Co se týče zaměstnání, odpověděl, že byl zedník, tuto výpověď potvrdila i sociální pracovnice. Dále ale tvrdil, že je manipulát s výučním listem. V jeho zaměstnání došlo k pracovnímu úrazu a tak začal pobírat invalidní důchod. Nejvíce se respondent X zabýval rodinou, na kterou vzpomíná a jeho přáními a motivací je se s rodinou sejít. Zmínil se o ženě a třech dětech. Informace o rodině respondenta X nejsou nikde zaznamenány. O rodině hovořil emocionálně. Zmínil se také o jeho závislosti na alkoholu, ačkoliv respondent X to nevnímal jako závislost, zmínil se o „skleničce.“ Posluchačům z hlediska výpovědi respondenta X nebylo zřejmé, zdali se jedná o věrohodné a pravdivé odpovědi v oblastech jeho života. Z pohledu sociální pracovnice si svoji minulost uzpůsobil spíše tomu, čemu chtěl věřit. Respondent X měl fantazii a tu využíval především v kreslení, které má rád. Oblíbeným tématem respondenta bylo hovořit o UFO a jiných světech. Cílem pobytového zařízení Vincentinum je osamostatnit respondenta X. Jeho velkou motivací je právě rodina. Respondent X bohužel pouze hovoří o tom, že by se chtěl osamostatnit, ale nedělá takové kroky, jaké by měl.

4.8 O ŽIVOTĚ RESPONDENTA Y

Pan Y byl při setkání velmi nervózní. Nenařadil oční kontakt. Při představení se tedy zeptal, co nás zajímá. Pan Y byl méně komunikativní než pan X. Dále se pan Y zakoktával a dlouho přemýšlel nad odpověďmi. Proto bylo velmi těžké zpracovat tento rozhovor. Zaměřili jsme na jeho život.

Jaké jste měl dětství? *Dětství, docela dobrý.*

Co bys nám řekl o rodičích? *Tak mámu nemám. A teda no, žijeme jen prozatím ve třech, teda rodina. A sestru mám teďka momentálně, vlastně už nějakou dobu. Žije v cizině. A kde v cizině žije? Ve Španělsku. A s kým teda ještě žijete? Říkal jste, že maminku nemáte, sestra žije v cizině. Ještě tatínka, brácha a sestru.*

A co tatínek? *Zatím je to tak dobře no. Jenže je to dobrý. A co brácha? Rozumíte si spolu?* *S bráchou si rozumíme dobře, je starší, aji ta sestra je starší. A máme ještě pejska.*

A kde bydlíte? *V rodinném domu bydlím. A líbí se Vám tam?* *Jo. A jak často tam jste?* *Ticho. Kdy jsi tam byl naposledy?* *Tak asi tak v létě. Bylo to tam dobrý.*

Říkal jste, že máte pejska, co to je za pejska? *No. Je malý? Velký?* *No. Je menší. A jak se jmenuje?* *No byli dva, a jak se jmenuje no, jeden už nežije, byli jak bratři. Pan Y si nemohl vůbec vybavit jméno psa. Jeho myšlenky byly zmatené. Pamatujete si, proč nebo kdy jste začal domů už jen dojíždět? Proč tam nejste pořád?* *No. To jsem chodil ještě do učení na zahradníka no. A bavilo Vás to?* *No, tak docela jo no.*

A když jste dělal zahradníka, pracoval jste třeba doma? *No, ne.*

A chtěl byste něčím být? Co by Vás bavilo? *Ne, teď momentálně zatím nějakou dobu ne. No zas zatím ne. Nějaké koníčky? Záliby?* *No, teď mám rád keramiku. Paní sociální pracovnice upřesnila, že rád zpívá písničky v angličtině. Kterou písničku máte nejraději?* *No, mám jich povícero no. Klient si nevzpomněl.*

Cestoval jste někdy? Byl jste v zahraničí? *Jo vlastně, byl jsem za ňou ve Španělsku, ale to už je hodně moc dávno. Takže jste viděl moře?*

No. Jo. A líbilo se Vám tam? *No, tak líbilo no. Tak jsme tam byli ve třech. A teplo tam bylo před létem nebo v létě. A umíte anglicky?* *Jo no něco, umím.*

Chtěl byste si někdy najít slečnu a založit rodinu? *No, nevím, no. Možná později.*

Zdají se Vám nějaké sny? Pamatujete si je? *No zdají se mi sny, no. A dneska se mi něco zdálo asi o sousedech nebo tak něco.*

4.8.1 SHRUTÍ NESTANDARDIZOVANÉHO ROZHOVORU

Respondent Y byl oproti respondentu X méně komunikativní. Na otázky odpovídal striktně a jednoduše. Respondent Y má oproti respondentu X rodinné zázemí, avšak jeho odpovědi ohledně rodiny zahrnovali pouze to, že má tatínka, bratra, sestru žijící

ve Španělsku a psa. Nestrukturované otázky jsme museli neustále rozvíjet, abychom se dozvěděli alespoň něco o životě respondenta Y. Respondent se zmínil v oblasti vzdělání o zahradničení, tuto odpověď nemáme potvrzenou. Respondent Y není motivován, nemá cíle a nad jeho sny přemýšlel dlouho. Oproti respondentu X který byl zaměřen spíše na minulost, respondent Y žije přítomností. Nerad vzpomínal a o budoucnosti nemá představu. Respondent Y se do zařízení ve Šternberku vrací především kvůli relapsům a taktéž nedodržování medikace ze strany rodiny. Jeho oblíbená činnost je keramika a zmínil se, že rád poslouchá písničky.

4.9 ODPOVĚDI PANA X NA STRUKTUROVANÉ OTÁZKY

Otázka č. 1

Jak dlouho jste byl ve Vincentinu ve Šternberku?

Asi 3 roky – na tuto otázku nám odpověděla sociální pracovnice, protože pan X neměl pravděpodobně přehled o čase, jeho myšlenky byly zmatené.

Otázka č. 2

Kdy jste byl poprvé hospitalizován.

Poprvé skrze sešroubovanou nohu, potom kýlu tam ve spodku. Byl jsem v zařízení 1 na pobytu na psychině.

Otázka č. 3

Proč jste byl v zařízení 1 na PPL? Otázka stanovená pro pana X.

Navštěvuje Vás někdo? Otázka stanovená pro pana Y. Pana X nikdo nenavštěvuje. Občas jeho starostka jako opatrovník.

Já sám jsem poprosil. Řekli mi, že to tam bude krásný pro mě. Byl jsem tam pět let na dětském oddělení na Áčku.

Doplňující otázka k č. 3

Takže Vy jste už od dětství navštěvoval psychiatrie a takovéto zařízení? Otázka stanovená pro pana X.

Navštěvuje Vás ještě někdo jiný než rodina? Otázka stanovená pro pana Y.

3 roky. Terapie tam byly. Důle byly počítače a nahoře byli zaměstnanci.

Doplňující otázka k č. 3

Jakými terapiemi jste si prošel? Bavili Vás?

Vším sem si prošel. Bavilo mě malování. Mandala, já jsem maloval mandalu sám. Celou dobu jsem tam chodil. Mám rád malování.

Pan X nám ukázal obrázky, které nakreslil. Pro představu kreslil především květiny. Na jednom obrázku byl černý velký mrak, dále kreslil Ufo, které mu přistávalo za barákem a které vidá z okna svého pokoje.

Otázka č. 4

Do zařízení jste docházel ambulantně? Nebo jste tady, či v jiném zařízení byl pobytově?

Ne, Došel jsem za panem (zmínil příjmení) primářem a ředitelem psychiny. Odehrávalo se to na Moravě. A já mu říkám pane Z. Tam mi napsal nějaký léky a řekl mi, že si možu dát klidně aj štamprlu. A já se ho ptám, to můžu? Však proč byste nemohl, jste chlap mi odpověděl.

Otázka č. 5

Vaše nemoc měla tedy pozvolný průběh? Začal jste užívat medikamenty – léky?

Nedostal jsem prášky, já jsem si sehnal Rivotril. Přípravek Rivotril je dále určen k léčbě akutních stavů panické poruchy (náhlé nečekané záchvaty úzkosti a strachu s intenzivními vegetativními příznaky jako je zvracení, zvracení, průjem, zácpa, pocení, bledost, zrudnutí, bušení srdce), akutní nové objevení příznaků u chronicky úzkostných pacientů). Rivotril je lék patřící do skupiny benzodiazepinů, má výrazné protikřečové

účinky. Zabraňuje vzniku záchvatů, křečí kosterního svalstva a zmírňuje již vzniklé křeče. *Dostával jsem injekce jednou za měsíc. Pak mi to všechno zrušili i ty injekce a pak jsem byl doma.*

Doplňující otázka č. 5

Cítil jste nějaké změny? Že se s Vámi něco děje?

Špatně jsem se cítil. Tam byl pan Z. Zde uvedl celé jméno, a odkud pan Z pocházel, měl moc prstýnků.

Doplňující otázka č. 5

To byl Váš spolubydlící nebo kamarád?

Na tuhle otázku bez váhání odpověděl tři příjmení.

Otázka č. 6

Řešil jste svůj problém sám? Nebo Vám někdo pomohl?

Zavolał jsem si v práci sanitu, poslechli mě, řekl jsem si, kam a proč chci odvést a oni to udělali, spojil sem se s panem primářem a ředitelem aby věděl. Pan primář a ředitel byl zmíněn již výše.

Doplňující otázka č. 6

Pamatujete si, že by se Vám v tu chvíli dělo něco zvláštního? Jiného?

Ne, vůbec ne. Potřeboval jsem tam, kde mi lidé rozumí.

Otázka č. 7

Jaká zařízení jste navštívil a jak dlouho jste v nich pobýval?

Prvně mě odvezli do zařízení 1, tam jsem byl každý rok. Po roku jsem šel domů a pak jsem byl zas tam. Pak jsem byl v zařízení 2.

Doplňující otázka č. 7

Za jakým účelem jste se dostal do zařízení 2? Jak Vám pomohli? Otázka stanovená pro pana X.

Za jakým účelem jste se dostal do zařízení 1? Jak Vám pomohli? Otázka stanovená pro pana Y.

Na sociální rehabilitaci. Země sem šúroval, pracoval. Však to dělám i tady. Už tři roky chodím po schodech pěšky.

Doplňující otázka č. 7

Jak dlouho jste byl v zařízení 2? Otázka stanovená pro pana X.

Jak dlouho jste byl v zařízení 1? Otázka stanovená pro pana Y.

Dva roky.

Otázka č. 8

Byl jste umístěný v různých zařízeních, jaký máte názor na sociální pracovníce, na paní, které se o Vás staraly a se kterými si byl v kontaktu, ve styku?

Všechny byly hodný.

Otázka č. 9

Jak Vám pomáhaly sociální pracovníce, co jste oceňoval?

Nic špatnýho. Oceňoval jsem chování, byly hezký. Pravidelně sem mohl chodit ven sám. Našel sem obchod, kde rohlík stál korunu, padesát rohlíků, padesát korun, sto rohlíků, sto korun. Vlašák stá dvacet korun. (Jedná se o vycházky v léčebně v zařízení 1). Chodili jsme k Dejdarovi do hospody, měli tam obrazy, váhu. Pil jsem kozla tři denně, někdy víno. Slivovice mi moc nechutnala. Ani na charitě mi nezakazovali pít. Teď beru železo, prášek.

Otázka č. 10

Jak se Vám líbí v nynějším zařízení?

Při položení této otázky bylo delší dobu ticho. Ale přikývl pokynem ano – líbí se mi zde.

Jsem tady tři roky v kuse, domů nejezdím, nikdo mě nenavštěvuje.

Pan X má jako opatrovníka starostku. Kontaktním člověkem je sociální pracovnice ze zařízení, kde se pan X nachází. Starostka ho občas přijede navštívit, vezme ho na oběd, ven, něco mu přivezou.

Doplňující otázka č. 10

Z předešlého zařízení 2 jste se do nynějšího zařízení dostal sám? Otázka stanovená pro pana X.

V čem je to tady lepší? Otázka stanovená pro pana Y.

Chtěl jsem sám odejít sem.

Otázka č. 11

Co ve stávajícím zařízení děláte, jaký máte program?

Malování, a někdy když je čas, dělám v kuchyni, umývám. V zařízení mají dílnu, kde klienti tráví čas. Vyrábí, kreslí, věnují se keramice. Začleňují se do prací a různých sociálních rehabilitací, aby v budoucnu mohli žít plnohodnotný život. Bohužel u velké většiny jsou klienti odkázáni na tohle zařízení.

Otázka č. 12

Jak řešíte finance?

Klient nevěděl, jak odpovědět na tuhle otázku. Bylo nám upřesněno, že o veškerou právní a finanční agendu se stará sociální pracovnice. Na účet chodí důchod, ze kterého se ve většině případů strhávají exekuční srážky. Poté je klientům přiděleno kapesné. *Dostávám 250 korun týdně. Rozčiloval se, že je to málo.*

Otázka č. 13

Jaký je Váš sen?

Setkat se s rodinou a zase žít tak, jak jsem žil.

Otázka č. 14

Víte, jaká nemoc je Vám diagnostikována, s čím jste v zařízení se zvláštním režimem?

Umírám? Smích, my si s tebou nepovídáme, protože umíráš. **Máte nějaké vidiny?**

Já vidím všechno popravdě.

Otázka č. 15

Co budete dělat proto, aby se Vám ten sen splnil?

Na tuhle otázku nám pan X nedokázal odpovědět. I přesto že má určité sny a touhu po rodině, jde vidět, že neví, jak by se k situaci dosáhnout plnohodnotného života postavil.

4.10 ODPOVĚDI PANA Y NA STRUKTUROVANÉ OTÁZKY

Otázka č. 1

Jak dlouho jste ve Vincentinu ve Šternberku?

No, asi dva měsíce no, to budou, možná měsíc. Pan Y byl již v tomto zařízení před dvěma lety poprvé. Jsou zde stále relapsy a opakovatelné návraty.

Otázka č. 2

Kdy jste byl poprvé hospitalizován?

Klienta postihla schizofrenie v adolescenci. A na otázku neodpověděl.

Otázka č. 3

Proč jste byl v zařízení 1 na PPL? Otázka stanovená pro klienta X

Navštěvuje Vás někdo? Otázka stanovená pro klienta Y.

No, jo, na minulém za mnou byli s tatškou

Doplňující otázka k č. 3

Jakými terapiemi jste si prošel? Bavily Vás? Otázka stanovená pro pana X

Navštěvuje Vás ještě někdo jiný než rodina? Otázka stanovená pro pana Y.

Ne, jen tatka a občas brácha, Sestra je v cizině ve Španělsku.

Otázka č. 4

Do zařízení jste docházel ambulantně? Nebo jste tady, či v jiném zařízení byl pobytově?

No, jak kdy, chvíli jsem tam. Chvíli doma.

Otázka č. 5

Vaše nemoc měla tedy pozvolný průběh? Začal jste užívat medikamenty – léky?

Jo, nějaké léky беру, ale nevím.

Doplňující otázka č. 5

Cítil jste nějaké změny? Že se s Vámi něco děje?

No, možná, něco no. Nevím. Na tuto otázku klient znervózněl. Bylo nám upřesněno, že otec klienta trpěl taktéž schizofrenním onemocněním.

Doplňující otázka č. 5

To byl Váš spolubydlící nebo kamarád? Otázka stanovená pro pana X.

Otázka č. 6

Řešil jste svůj problém sám? Nebo Vám někdo pomohl?

Problémy řešila rodina.

Doplňující otázka č. 6

Pamatujete si, že by se Vám v tu chvíli dělo něco zvláštního? Jiného?

Nepamatuji, nevím, jen jsem nebyl doma.

Otázka č. 7

Jaká zařízení jste navštívil a jak dlouho jsi v nich pobýval?

Jo, předtím jsem byl v těch... zde zmínil první psychiatrickou léčebnu. No, no.

Doplňující otázka č. 7

Za jakým účelem jste dostal do zařízení 2? Jak Vám tam pomohli? Otázka stanovená pro pana X.

Za jakým účelem jste se dostal do zařízení 1? Jak Vám tam pomohli? Otázka stanovená pro pana Y.

Klient nedokázal odpovědět na otázku. V zařízení 1 se léčil na dorostové psychiatrické léčebně.

Doplňující otázka č. 7

Jak dlouho jste byl v zařízení 2? Otázka stanovená pro pana X.

Jak dlouho jste byl v zařízení 1? Otázka stanovená pro pana Y.

Několik měsíců.

Otázka č. 8

Byl jste umístěný v různých zařízeních, jaký máte názor na sociální pracovníce, na paní, které se o Vás staraly a se kterými jste byl v kontaktu, ve styku?

Tady je to lepší, aji pacienti, chovají se k sobě líp. Je to tady lepší. Cítím se tady líp. Jsem spokojeněj.

Otázka č. 9

Jak Vám pomáhaly sociální pracovníce, co jste oceňoval?

Jak kde no. Tady je to lepší přístupem.

Otázka č. 10

Jak se Vám líbí v nynějším zařízení?

Jo, no, zas je to lepší než na tamtom oddělení.

Doplňující otázka č. 10

Ze zařízení 2 jste se do nynějšího zařízení dostal sám? Otázka stanovená pro pana X.

V čem je to tady lepší? Otázka stanovení pro pana Y.

Třeba tady jsem v keramice no.

Otázka č. 11

Co tady děláte, jaký máte program?

Keramiku dělám, něco můžu dělat. Něco vytvářím rukama. Klient si ale nevzpomíná, co vytvářel.

Otázka 12.

Jak řešíte finance?

Klient na otázku nedokázal odpovědět.

Otázka č. 13

Jaký je Váš sen?

Tak ten zahradník byl celkem dobrý jako povolání no, pozdějš. No Vánoce si moc nepamatuju, ty nebyly moc dobré.

Otázka č. 14

Víte jaká nemoc, je Vám diagnostikována, s čím jste v zařízení se zvláštním režimem?

No je mi lépe. Sociální pracovnice upřesnila, že před dvěma lety byl klient ve špatném stavu. Poté byl převezen na psychiatrii. Když se vrátil, přijel usměvavý a s optimismem.

Otázka č. 15

Co budete dělat proto, aby se Vám ten sen splnil?

No, nevím, no.

5 VALIDITA

Validita je dle Vaňurove a Mühlplachra (2005) vymezena jako „*nejdůležitější psychometrický ukazatel, platnost testu, která vypovídá o jeho praktické užitečnosti a udává, zda test skutečně měří zamýšlený konstrukt.*“ (s. 45)

Validita je v tomto šetření absurdní. Rozhovory, které nám poskytl respondent X a respondent Y nemůžeme považovat za objektivní. Bylo zřejmé, že klienti s tímto duševním onemocněním budou odpovídat na otázky subjektivně. Můžeme konstatovat, že základní informace o klientech – vzdělání, práce jsou z části validní z hlediska uvedené objektivity sociální pracovnice. Ostatní odpovědi na kladené otázky jsou produktem „zoufalé snahy“ o sestavení představy útržkovitých vzpomínek, které se možná staly, ale v jiném kontextu. V paměti respondentů X a Y je patrná převaha nad pobytovými zařízeními nežli v rodině a v psychiatrických léčebnách z důvodů neustálých relapsů. Takzvaný syndrom otáčivých dveří.

Snažili jsme se zvýšit míru validity, tedy aby zodpovězené otázky opravdu odpovídaly realitě. Bohužel tato představa je u těchto klientů nereálná. Jako posluchači a tazatelé jsme byli z rozhovorů velmi zmatení. Sami jsme nedokázali odhadnout z jaké části je přepsaný rozhovor validní.

Jediným způsobem jak zjistit, které zodpovězené otázky jsou pouze vytvořené, upravené a které pravdivé, bylo vytvoření konfrontace sociálního pracovníka. Tedy přesné a jasné informace co je irelevantní a co je pravdivé.

6 KONFRONTACE SE SOCIÁLNÍ PRACOVNICÍ

Ve výzkumu došlo k porovnání sociální pracovnice ohledně týkající se validity výpovědi klientů. V této kapitole uvedeme odpovědi, které jsou pravdivé. Tímto jsme chtěli dosáhnout určité objektivitu v práci.

Rádi bychom uvedli, že na odpovědi týkající se vlastních, subjektivních pocitů klientů například ohledně sociálních služeb lze jen těžko hledat objektivitu. Na většinu otázek podobného typu byly odpovědi jednoduché.

6.1 KONFRONTACE SOCIÁLNÍ PRACOVNICE S VÝPOVĚDÍ PANA X

Zde bude vložena citace sociální pracovnice, která byla přítomna u veškerých výzkumů naší práce.

„Pan X k nám do pobytového zařízení sociálních služeb přešel před zhruba třemi roky ze sociálně rehabilitačního střediska, které podporuje osoby s chronicky duševním onemocněním s cílem pro podporu rozvoje pro samostatný život. Zde se snažíme pana X maximálně podporovat formou spolupráce na jeho rozvoji ve všech oblastech od zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovně vzdělávacích a aktivizačních činností, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti až po pomoc při uplatňování práv a zájmů při obstarávání osobních záležitostí. Hlavním cílem pana X je osamostatnění se a žít pokud možno běžným životem. K tomuto cíli spolupracujeme s klientem na vytvoření dílčích cílů, které jak doufáme, nás dovedou k hlavnímu cíli naší spolupráce. Vzhledem k duševní nemoci klienta, která nám do cesty staví spoustu překážek, lze očekávat, že tato cesta bude komplikovaná a bohužel v současné chvíli nelze predikovat jako úspěšnou. Už s ohledem na věk klienta (50 let) a jeho v minulosti de facto častých pobytů v PL léčebnách lze říci, že je poznamenán hospitalismem. Tudiž pro něj bylo zpočátku těžké uchopit a hlavně pochopit část zodpovědnosti za svůj život. Po přijmutí této skutečnosti klientem se nám spolupráce částečně daří.“

6.1.1 VALIDITA OTÁZEK U PANA X

Zde byly vybrané otázky a odpovědi, které jsme za pomoci sociální pracovnice přeformulovali na skutečné a pravdivé. Výběr je založen na informovanosti sociální pracovnice ohledně klienta X.

Jaké bylo Vaše dětství?

Byl jsem u rodiny bráchovi dcerunky, pak si mě vzala rodina. Zmínil příjmení, byla hodná. Sociální pracovnice mi odpověď upřesnila: „Pan X je adoptovaný“.

Doplnění odpovědi:

Pan X je adoptovaný, v 18 ti- letech mu zemřela adoptivní matka. Poté žil ve společné domácnosti s adoptivním otcem a se svoji družkou, se kterou měl 3 dcery. Dvě z těchto dcer jsou v pěstounské péči. S bývalou družkou a dcerami není v kontaktu. Po smrti otce byl umístěn v PL kde byl dlouhodobě hospitalizován. Poté byl přemístěn do sociálně rehabilitačního zařízení, odkud k nám přišel.

Do jaké školy jste chodil?

Chodil jsem do ZVŠ .

Co je to za školu?

Zvláštní vysoká škola to byla.

Doplnění odpovědi:

Ano, pan X vychodil zvláštní školu, poté pravděpodobně absolvoval praktickou školu, kde se učil na zedníka, ale školu nedokončil.

Co jste po škole dělal za povolání?

Byl jsem kilvankil 4 roky

To bylo nějaké invalidní družstvo? Družstvo invalidů?

Ano, dělal jsem u zedníků, vyučil jsem se zedníkem. Výuční list mám zedník a manipulát potom už.

Doplnění odpovědi:

Byl zaměstnán v invalidním družstvu, kde byl zařazen jako manipulát. Svou práci nezvládal, dle jeho sdělení si přivodil pracovní úraz a získal tak invalidní důchod.

Do kolika let jste se o děti staral?

Do devíti let. Ted' jim bude kolem dvacetipěti let. Už o nich nic nevím

Doplnění odpovědi:

Nelze prokázat. Vzhledem k okolnostem je toto klientovo tvrzení dle našeho názoru pouze jeho vize minulosti. I když se o této etapě svého života zmiňuje často, hlavně v souvislosti pro utvrzení svých argumentů přes značku dětské výživy (klientovi stačí krátký impulz, reklama, jiné vizuální sdělení). Ihned je schopen si tyto podněty vizualizovat a vytvořit si tak svůj „kontext skutečnosti.“

Otázka č. 9

Jak ti pomáhaly sociální pracovnice, co si oceňoval?

Nic špatného. Oceňoval jsem chování, byly hezký. Pravidelně sem mohl chodit ven, sám. Našel sem obchod, kde rohlík stál korunu, padesát rohlíků, padesát korun, sto rohlíků, sto korun. Vlašák stá dvacet korun. (Týká se zařízení 1). Chodili jsme k Dejdarovi do hospody, měli tam obrazy, váhu. Pil jsem kozla tři denně, někdy víno. Slivovice mi moc nechutnala. Ani na charitě mi nezakazovali pít. Ted' beru železo, prášek.

Doplnění odpovědi:

Zjevně nerelevantní informace. Klient měl v minulosti problémy s alkoholem. Úzkosti a deprese řešil mimo medikamentů alkoholem či obojím.

Respondent X začal mít psychické problémy v zaměstnání. Měl od 18 ti let adoptivního otce. V jeho životě sehrála roli i jeho družka a tři dcery, se kterými není v kontaktu. Etapa jeho života ohledně rodiny nelze přímo potvrdit. Respondent X má stanovenou opatrovnici, která za ním občas jezdí. Musíme podotknout, že určitá část jeho života je pouze představa, kterou vnímá jako realitu. Myšlení respondenta X je v určitých úsecích velmi zmatené, často používá fantazii, vrací se do minulosti. Oproti respondentu Y je motivován do budoucnosti k znovu nalezení rodiny a začlenění se do společnosti. Avšak jeho cesta bude ještě dlouhá. Vzhledem k věku a stavu klienta se nepředpokládá k jeho propuštění. I přesto, že je namotivován a má cíl, nedělá nic proto, aby byl jeho sen splněn a naplněn.

6.2 KONFRONTACE SOCIÁLNÍ PRACOVNICE S VÝPOVĚDÍ PANA Y

„Pan Y, trpí stejnou duševní chorobu jako výše popisovaný pan X. Pan Y je mladého věku a přesto je na tom kvalitativně po duševní stránce hůře než pan X. Do našeho zařízení nastoupil už podruhé. Při prvním pobytu sehrála velkou roli rodina, která přispěla k jeho zhoršenému zdravotnímu stavu (zmatenost, neklid, sebedestrukční sklony), negovala léčbu (zejména předepsanou medikaci), kterou mu rodina při pobytech doma nepodávala. Pan Y i přesto pobyt zde ukončil a přešel do „domácí péče.“ Výsledkem bylo znovu hospitalizace na PL, ze které se k nám vrátil ve stabilizovaném stavu a dobré kondici (především z důvodu omezení kontaktu s rodinnou) a stanovením jiného opatrovníka. S klientem pracujeme stejnou formou jako u pana X. Pan Y má problém v definování svého cíle, žije spíše více v minulosti a o budoucnosti v podstatě neuvažuje. Spolupráce je tedy vázaná na daný okamžik, krátké a jednoduché cíle. Pan Y byl pro relaps opět hospitalizován.“

Respondent Y, i přesto že má rodinu, která mu ale nevytváří takové zázemí, jaké by měla, je na tom paradoxně ohledně psychického stavu hůře, než respondent X. Docházelo k častým relapsům a neustálým převozům mezi psychiatrickými léčebnami a pobytovým zařízením se zvláštním režimem ve Šternberku. Respondent Y žije přítomností, není znatelná touha po osamostatnění se a řešení budoucího života. Žije teď v daném zařízení, jedinou náplní v jeho životě je keramika, která ho baví. S respondentem

Y sociální pracovnice pracují tak, aby docházelo k postupné motivaci, zaměření se na budoucí cíl jeho života a aby došlo k integraci do společnosti. Prozatím je integrace, motivace a cíl u respondenta Y v nedohlednu. Bude potřeba trpělivost a neustálé sociální rehabilitace k naplnění jeho budoucí životní a úspěšné dráhy.

7 VÝSLEDEK A ZHODNOCENÍ VÝZKUMU

Z hlediska zhodnocení výzkumu, jsme v předešlé kapitole došli k závěru, že validita, tedy pravdivost výzkumu je absurdní. Klienti, kteří se zúčastnili výzkumnému rozhovoru, jsou lidé se schizofrenním onemocněním. Jejich výpovědi jsou založené na subjektivních pocitech. Tyto subjektivní pocity lze považovat za nepravděpodobné, většina subjektivních pocitů jsou útržky vzpomínek, které nejsou reálné. Cítění klientů je tímto ovlivněno skutečnostmi, které neexistují. Klienti si vytváří svět a souhrn vlastních myšlenek. Nelze očekávat objektivitu. Při sestavování výzkumu, jsme si byli vědomi, že výsledky rozhovorů s klienty X a Y nebudou obohacené o pravdivé skutečnosti. Pro alespoň částečnou validitu a objektivitu v práci bylo zvoleno porovnání výpovědi sociální pracovnice s výpověďmi klientů. Sociální pracovnice upřesnila, která z výpovědí je pravdivou a existující skutečností. Některé informace jsou k situaci klientů nezjistitelné.

V otázkách týkajících se vlastního názoru byli klienti nervózní. Ve většině případů nevěděli co odpovědět. Odpovědi byly jednoduché. Odpovědi týkající se sociálního zařízení, spokojenosti klientů, spolupráce se sociálními pracovníky bychom zhodnotili jako pozitivní. V jednom případě, respektive u pana Y byla zaznamenán negativní pocit ohledně zařízení a ostatních klientů léčících se s ním – nejedná se o zařízení, ve kterém je umístěn nyní a ve kterém rozhovor probíhal.

Nestrukturované otázky, které se nabízeli v průběhu dialogu a byli vytvářené přímo při strukturovaném rozhovoru, bychom zhodnotili v určitých případech jako velmi subjektivní a emocionální. Odpovědi ohledně rodiny klientů byly zodpovězeny emocionálně. Klient ať již rodinu má, či nemá, v rodinu věří a touží s ní žít. V očích klienta X se objevily slzy. Nestrukturované otázky byly založené především o zjištění klientova života. Klient X vzpomínal a hovořil mnoho o okolnostech, co se z jeho pohledu stalo. Je pravděpodobné, že minulost, kterou pan X popisuje, je značně v rozporu s realitou. Své pocity aplikuje především na papír formou obrázků. Mnoho obrázků bylo v podobě květin, černého listu nebo nadpřirozena.

Odpovědi pana Y na nestrukturované otázky byly velmi jednoduché. I přesto, že bylo zjištěno, že vzhledem k nedodržování medikace a nestabilního rodinného zázemí

a opory, docházelo k častým relapsům a také k častým návratům do zařízení. Minulost a budoucnost je pro pana Y nedefinovatelná. Prozatím žije přítomností, vnímá co se kolem něho děje. Není znatelná namotivovanost, nemá žádné cíle. Ve srovnání s klientem X je pan Y značně zamlklý, nemá svůj názor a není znatelné subjektivní a emocionální cítění vzhledem k rodině, kterou ale pan Y má. Pan X je spíše snílek, jeho fantazie nemá meze, avšak touha po rodině, kterou nemá je jeho motivací a cílem k uzdravení.

Oba klienti jsou rozdílní jak věkově tak svým chováním, myšlením a chápáním. Paradoxně je na tom hůře klient Y, který je mladší a má stále rodinu, za kterou se vrací, avšak s častými návraty do zařízení.

Výzkum bychom zhodnotil jako přínosný z hlediska nové zkušenosti. Dále tento výzkum přinesl mnoho subjektivních pocitů, které se dají jen těžce popsat na papír. Avšak výzkum nemůže být považovaný za validní z hlediska zjišťování kvality života v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku

Položili jsme si otázku *„čím nás výzkum a návštěva v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku ovlivnila, co nám přinesla“?*

Výzkum nás ovlivnil především přemýšlením o empatickém cítění a samotným přístupem ke klientům. Empatie je velmi důležitá při vykonávání práce v sociální sféře. Avšak je nutné podotknout, že přílišná empatie nesmí předejít v litování klienta. Odnesli jsme si tedy to, že bychom v budoucnu rádi podávali pomocnou ruku lidem, kteří to potřebují, avšak musíme si nastavit takové hranice, abychom klienty nezklamali. Tato zkušenost nám ukázala, že máme před sebou spoustu práce v seberealizaci.

Jako dalším poznatkem výzkumu, jsem došla k názoru, že empatie není mnohdy všespasitelná. Jako doporučení pro praxi v sociální práci s touto cílovou skupinou klientů bych vyzdvihla důležitost objektivního uvažování o duševním stavu klienta ve smyslu posouzení jeho aktuálních potřeb. I přes veškerou podporu pracovníků v metodickém vedení klienta k co nejmenší závislosti na službě, je spíše potřeba větší součinnost s psychiatrickými odborníky. Poukazuje na to validita výzkumu, kdy je patrné, že klienti vykazují známky inkohherentního myšlení, kdy sám klient není schopen sdělit své potřeby

a posoudit objektivní realitu. Prioritními potřebami pro tyto klienty jsou častější konzultace s psychiatrickými odborníky a kontinuální užívání medikace dle aktuálních potřeb klienta. Dalším palčivým problémem v současné době je zoufalý nedostatek domovů se zvláštním režimem. Byla by potřeba více těchto zařízení, které by byly specializované výhradně pro tuto cílovou skupinu klientů s konkrétním duševním onemocněním. Poskytování služeb a zajištění klientových potřeb by tak bylo z mého pohledu více efektivní. Z důvodu nedostatku kapacit domovů se zvláštním režimem jsou skupiny klientů žijících v pobytových sociálních zařízeních s odlišnými duševními poruchami a mentálním postižením, či jinými kombinovanými vadami v rámci společného soužití mnohdy velkou kontraindikací. Také ke skutečnosti transformace psychiatrické péče bude potřeba navýšení těchto zařízení. V tomto případě bychom se dostaly už ke strategickému plánování sociálních služeb, které by tuto problematiku mohla pomoci vyřešit.

7.1 VYHODNOCENÍ DÍLČÍCH OTÁZEK

Dílčí výzkumné otázky byly zaměřeny na životy respondentů X a Y. Těmito výzkumnými otázkami jsme chtěli zjistit, jak respondenti žili před nástupem do pobytového zařízení. Jaký měl jejich život směr.

Respondent X je adoptovaný, avšak tuhle informaci jsme získali od sociální pracovnice. Dodělal praktickou školu, následně si respondent X snažil dodělat výuční list, což se mu nepodařilo. Jeho životním povoláním byl zedník. Část života prožil na Moravě v baráku se svým adoptivním otcem a družkou, se kterou měl tři děti. S rodinou není v kontaktu. Některé informace o rodině jsou irelevantní, mohou být výplodem fantazie. Můžeme potvrdit, že obtíže ohledně psychického stavu se začaly projevovat v zaměstnání, ve kterém došlo k úrazu nohy a získal tak invalidní důchod III. stupně. Následně nelze konkretizovat, kdy přesně byl respondent X se svými problémy poprvé hospitalizován. Dlouhodobá hospitalizace byla v psychiatrické léčebně a poté v sociálně rehabilitačním centru, odkud byl převezen do pobytového zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku. Respondent X měl problémy s alkoholem a léky. Oblast kvality osobního života respondenta X je těžce zaznamenatelná skrze validitu výpovědí. Pozitivem je, že se snažil dostudovat výuční list, pracoval, měl záliby jako ping pong a žil společenským životem.

Respondent Y je v kontaktu se svou rodinou respektive s otcem, bratrem a sestrou. Opora rodiny je nestabilní, respondentovi Y nesvědčilo domácí prostředí, kde se jeho stav zhoršoval. Nebyla mu pravidelně podávána medikace ze strany otce. Respondent Y uvedl, že žije v baráku a má psa, nedokázal konkretizovat psovo jméno a velikost. Respondent Y se vyučil na zahradníka a jeho obtíže začali již v adolescenci, kdy byl poprvé převezen do psychiatrické léčebny, poté byl převezen do pobytového zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku, do kterého se vrátil již podruhé skrze neustále relapsy. Kvalitu osobního života respondenta Y můžeme zhodnotit jako neuspokojivou. I přesto, že se vyučil na zahradníka, neměl možnost se zařadit do pracovního procesu. Včetně keramiky nemá zájem o nic jiného ani o společenský život. Nedokáže definovat to, co je jeho cílem a přemýšlet do budoucna.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se věnovali lidem se schizofrenním onemocněním a jejich kvalitou života v pobytovém zařízení se zvláštním režimem, která je situována ve Šternberku v Olomouckém kraji. V dnešní době se s touto diagnózou schizofrenního onemocnění setkáváme velmi často. Lidé se schizofrenním onemocněním a vůbec osoby s duševním onemocněním jsou nejčastěji stigmatizováni. Přes manipulativní prvky masmédií se většina společnosti ztotožní s negativním názorem. Proto existují sociální zařízení, odborná pomoc a především lidé, kteří dokáží stigmatizovaným osobám považovaných za „blázny“ pomoci bez předsudků. V první půlce teoretické části jsme se zabývali spíše terminologiemi a odbornými tématy. Odbornost byla v bakalářské práci nezbytnou součástí, pro pochopení nemoci samotné. V této odbornější části bylo využito přesněji v kapitole 1.4 pod názvem projevy a průběh schizofrenie kazuistiky se subjektivním vnímáním schizofrenního onemocnění v úzkém okruhu rodiny, která byla vložena do příloh. Kazuistika obohatila odbornou a terminologickou část práce o subjektivitu a také o názorný případ, jak nemoc probíhá.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjištění kvality života osob se schizofrenií v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku. Zmínili jsme se o formách pomoci a službách, které sociální sféra nabízí jak klientům, tak rodinám. Podstatné pro výzkumnou část bylo vymezení kvality života a také představit samotné Vincentinum.

V praktické části bakalářské práce byl proveden výzkum formou strukturovaného, předem připraveného rozhovoru s klienty se schizofrenním onemocněním. Výzkumná část byla doplněná o nestrukturovaný rozhovor, který vyplýval z dialogu s klientem. Výzkumná část práce je považována za přínosnou hlavní část obohacenou o subjektivitu klientů a objektivitu sociální pracovnice, za jejíž přítomnosti byl výzkum veden. I přesto, že výzkum z velké části neprokazoval validitu a objektivitu, to bylo upřesněno sociální pracovnicí, byl pro nás zážitkem a především zkušeností. Výzkumná část se podařila především díky dvěma klientům, kteří se dobrovolně přihlásili. Komunikace s klientem X byla optimistická, aktivní a trvala zhruba hodinu a půl. Klient Y byl méně aktivní a komunikativní. Rozhovor trval zhruba

tři čtvrtě hodiny. Ve výzkumné části nemůžeme považovat vzorky za validní a ohledně strukturovaných otázek byl především pan X nevyrovnaný. Chtěl nám popisovat svůj život, zážitky a odpovědi. Strukturované otázky ohledně kvality života i přesto že odpověděl, nerozvíjel. Pan Y odpovídal jasně stručně a striktně jak na otázky ohledně kvality života tak ohledně svého života.

Problémem v současné době je zoufalý nedostatek domovů se zvláštním režimem. Byla by potřeba více těchto zařízení, které by byly specializované výhradně pro tuto cílovou skupinu klientů s konkrétním duševním onemocněním. Poskytování služeb a zajištění klientových potřeb by tak bylo z mého pohledu více efektivní. Z důvodu nedostatku kapacit domovů se zvláštním režimem jsou skupiny klientů žijících v pobytových sociálních zařízeních s odlišnými duševními poruchami a mentálním postižením, či jinými kombinovanými vadami v rámci společného soužití mnohdy velkou kontraindikací. Také ke skutečnosti transformace psychiatrické péče bude potřeba navýšení těchto zařízení. V tomto případě bychom se dostaly už ke strategickému plánování sociálních služeb, které by tuto problematiku mohla pomoci vyřešit.

Závěrem bychom doporučili pobytové zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku jako přínosnou praxi. V sociálním zařízení byli vstřícní a milí lidé, kvalifikovaní odborníci se znalostmi, které byli v této praxi rozšířené. Přístup pracovníků ke svému povolání bychom zhodnotili jako profesionální, odborný a empatický

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4287-1.

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

DOUBEK, Pavel a kol. *Psychóza v životě - život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-156-1.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6

HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan a ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. TIGISI spol. s.r.o., 2004. ISBN 80-900130-7-4.

KLIMENT, Pavel. *Psychopatologie pro sociální pracovníky: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3594-7.

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

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MOTLOVA, Lucie a DRAGOMIRECKA, Eva. *Schizofrenie a kvalita života. Psychiatrie*, 2003, roč. 7, č. 1, s. ISSN 1211-7579.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton, 1998. Levou zadní. ISBN 80-85875-98-5.

RABOCH, Jiří a ZVOLSKÝ Petr. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN: 246-0390-X.

SKOPOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie - vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-232-9.

STRAKOVÁ, CSC., doc. MUDr. Libuše. *Stigmatizace v pedopsychiatrii. Psychiatrie pro praxi*. 2013.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Základy pedagogiky pro učitelské studium*. 1. vyd. Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, Praha 2005. Str. 001. ISBN 80-7080-573-0

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení. 2., přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

VINAŘ, Oldřich. *Schizofrenní onemocnění: informace pro nemocné a jejich blízké*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-202-1.

PhDr. VOJTÍŠEK, Petr. *Výzkumné metody*. Vyšší odborná škola sociálně právní Praha, 2012. ISBN – 978-80905109-3-7.

ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

MAJ, Mario a N. SARTORIUS. *Schizophrenia*. New York: Wiley, c1999. ISBN 0471999067.

Seznam použitých internetových zdrojů

PREISS, M. a kol., *Diagnostika poruch osobnosti – využití strukturovaného rozhovoru IPDE. Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2004, (3), 158-162 [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-psychiatrie/2004-3/diagnostika-poruch-osobnosti-vyuziti-strukturovaneho-rozhovoru-ipde-28026>).

Transformace sociálních služeb [online]. Copyright © [cit. 23. 01. 2020]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/celorepublikova-analyza.pdf>.

Úvod - Fokus Praha – největší nezisková organizace v České republice podporující lidi se zkušeností s duševním onemocněním. [online]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/>.

MPSV Portál. *Průvodce - MPSV Portál* [online]. Copyright © [cit. 24. 01. 2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>.

Duševní poruchy - Zdravě.cz. *Duševní poruchy - Zdravě.cz* [online]. Copyright © Economia, a. s. [cit. 02. 02. 2020]. Dostupné z: <https://dusevni-poruchy.zdrave.cz/>

Historie. *Úvod* [online]. Copyright © [cit. 22. 01. 2020]. Dostupné z: <http://www.vincentinum.cz>.

Úvod. *Úvod* [online]. Copyright © [cit. 22. 01. 2020]. Dostupné z: <http://www.vincentinum.cz>.

Transformace sociálních služeb [online]. Copyright © [cit. 23. 01. 2020]

Výroční zpráva 2018 [online]. Copyright ©U [cit. 23. 01. 2020]. Dostupné z: <http://www.vincentinum.cz>.

Aktivizační úsek. *Úvod* [online]. Copyright © [cit. 23. 01. 2020]. Dostupné z: <http://www.vincentinum.cz>.

89/2012 Sb. Občanský zákoník (nový). *Zákony pro lidi - Sbirka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 24. 01. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

Standardy kvality sociálních služeb - MPSV Portál. *Průvodce - MPSV Portál* [online]. Copyright © [cit. 23. 01. 2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb>.

Na rovinu - narovinu.net [online]. Copyright © [cit. 27. 01. 2020]. Dostupné z: <https://narovinu.net/wp-content/uploads/2019/04/mediaguide.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Kazuistika	I
-------------------------------------	----------

Příloha A – Kazuistika, projevy a průběh schizofrenie

Bude popsána kazuistika týkající se průběhu a projevů schizofrenního onemocnění člena rodiny. Jde o přiblížení subjektivity a emocionality.

Bratranec, 22 let. Jako každý jiný si zhruba do května 2018 užíval společenský život – zábavy, posilovna, cestování. Pracuje jako řidič záchranné služby (od srpna je v pracovní neschopnosti).

První projevy začaly během letních prázdnin 2018. V počátku se choval jako vždy, jen byl trochu „jiný.“ Později, zhruba za pár dní začal problém ohledně komunikace. Míval dost často sklopenou hlavu, oční kontakt skoro žádný, pořád nad něčím přemýšlel. Když jsme se ptali, co se děje, jakoby nás neslyšel a neustále se ptal „co?“ Z rodinného hlediska jsme došli k závěru, že prožil zklamání v lásce. Začaly se projevovat negativní symptomy, které jsme bohužel nerozpoznali. I přesto, že jeho matka má diagnostikovanou těžkou paranoidní schizofrenii, nikdy jsme nepřipouštěli, že by to opravdu mohlo postihnout i jejího syna. O pár dní později se neustále ptal co se děje, že se všichni chováme divně, že je všechno divné. Snažili jsme se zjistit, co se mu tak divné zdá. Trvalo to necelý měsíc a bylo to pořád stejné, ne-li ještě horší. Spoustu věcí nechápal. Uzavřel se ještě více. Před první atakou se čím dál více začal svěřovat rodinným příslušníkům, mě, babičce, tátovi, strejdovi. Matka bratrance v životě nehraje tu nejvýznamnější roli. Je to spíš otec, ke kterému tíhne. Nejdříve se cítil sledovaný, měl odposlouchávaný mobil, přestal důvěřovat kamarádům, dokonce si na nejlepšího přítele zasedl – údajně mu chodil po bytě, když nebyl doma. Při práci si dodělával maturitu. Učitelé jsou proti němu, v práci se na něj všichni dívali, jako by způsobil smrt při převozu pacienta. Nerozuměl světu. Osočil mě sprostým slovem. Vše se v něm „pralo“. V den, kdy jsem ho chtěla vzít do společnosti – jednalo se o akci s dětmi, se vše změnilo. Choval se zmateně a křičel že „nežije a umřel“. Téhož dne jsme spolu byli na chatě, aby si odpočinul od rušného města, kde žije. Seděl, nesnesl se dívat na film „Pianista“. Prý je Němec. Ale není Hitler. Proč z něj děláme nacistu. Vypnul si telefon, protože je nabouraný. Proběhla další známka agrese. Chtěl, abych mu dala auto, že chce pryč. Byl neklidný, neustále chodil, jako by ho někdo pronásledoval. Díval se na mě, jako bych mu něco provedla. Následně jsem volala jeho otci, ať za námi přijede, bratranec se neustále ptal, kde je jeho taťka, že ho táta nemá rád. V noci nespál, pořád rozsvěcel, chodil před barák, chodil si sednout ke mně na postel a ptal se, co se s ním děje. Další den ráno proběhla ataka, chtěl utéct, emoce střídal smích a pláč. Otec to špatně nesl a nejen on. Nastalo období strachu, beznaděje a nervů. Bratranec ví, že jeho matka má diagnostikovanou

schizofrenií a nepřipouští si to. „Někdo“ ho zdrogoval. Proto nic nechápe. Následující den proběhla návštěva praktického lékaře. Odběry krve a zjišťování, zdali drogy užil či neužil, vyšetření nádoru na mozku. Vše bylo negativní. Úsudek zněl - duševní porucha. Následovala návštěva psychiatra, ke kterému chodí jeho matka. Nic se nevyřešilo, musí se čekat. Dostal předepsané prášky na spaní, ale nechce je brát. Je si jistý že mu chceme ublížit. Řekli jsme, že jsou to vitamíny. Náznaky vedou k dědičnosti ze strany matky. Avšak není nutnost hospitalizace. Do práce nesmí, byla mu zařízena neschopenka i přes jeho reakci, že je v pořádku. Při řízení se projevovaly především halucinace, kdy na dálnici zničeno nic brzdil. Podruhé boural a situaci nevnímal. Ataky se začaly stupňovat formou rozkopených dveří. Trvalo to zhruba týden. Stav se rapidně, rychle zhoršoval. Přesvědčování ze strany rodiny, aby se nechal hospitalizovat. Agresivní stavy provázely větu že „není blázen.“ V noci volaná záchranná služba za doprovodu policie. Odvezen na psychiatrii v Olomouci.

Průběh byl ze začátku nenápadný, nejevily se známky duševního onemocnění. Postupně se stav zhoršoval, docházelo k opakovatelným atakám, bludům, halucinacím. Domnívám se, že počátek mohl začít mnohem dříve než před prázdninami. Avšak viditelný průběh, že se opravdu něco děje, aniž bychom tušili, že jde o závažnou nemoc, trvala zhruba 3. měsíce než byl hospitalizován. Hospitalizace trvala zhruba měsíc.

K dnešnímu dni užívá předepsanou medikaci, kterou z počátku nechtěl užívat. Zhruba půl roku zpátky jeho zájem o koníčky, kamarády a školu upadl. Kontakt s rodinou byl minimální, jako by se za něco styděl. Dnes již pracuje opět jako řidič záchranné služby. Komunikace s rodinou se zlepšila a společenský život také a dodělává si školu v Brně.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Hájková Aneta

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Oblast péče a kvalita života klientů se schizofrenií v pobytovém zařízení se zvláštním režimem ve Šternberku.

Rok: 2020

Počet stran textu bez příloh: 80

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů českých použitých zdrojů: 24

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 13

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Stárek Ph.D.