

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bakalářská práce**

Pavλίna Špilháčková

*Socializace jedinců s duševním onemocněním*

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Socializace jedinců s duševním onemocněním“ vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne:

.....

Pavčina Špilháčková

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala Mgr. Martinu Dominikovi Polínkovi, Ph.D. za poskytnuté cenné rady, odborné vedení mé bakalářské práce, za jeho ochotu a čas, který mi věnoval

Děkuji klientům z Psychiatrické nemocnice v Opavě a z Centra podpory a služeb v Horizontu ve Zlíně za čas, který mi poskytli, abych mohla zrealizovat svou závěrečnou práci. Dále bych chtěla poděkovat paní psycholožce Zuzaně Staňové a paní Cyroňové za poskytnuté informace, které jsem mohla využít při sepisování své práce.

V neposlední řadě musím poděkovat své rodině a kamarádům za podporu a trpělivost, kterou mi poskytovali během celého studia.

# Obsah

Úvod .....	6
I. Teoretická část .....	8
Úvod k teoretické části .....	9
1. Socializace .....	10
1.1. Cíl a definice .....	10
1.2. Historie socializace osob se zdravotním postižením .....	11
1.2.1. Represivní přístup .....	12
1.2.2. Charitativní přístup .....	12
1.2.3. Humanistický přístup .....	13
1.2.4. Rehabilitační přístup .....	13
1.2.5. Preventivně-integrační přístup .....	14
1.2.6. Inkluzivní přístup .....	14
1.3. Rozdělení socializace .....	15
1.3. Sociální učení .....	16
1.4. Segregace .....	17
1.5. Sociální činitelé .....	17
1.5.1. Rodina .....	17
1.5.2. Společnost .....	18
3. Schizofrenie .....	19
1.2. Projevy .....	20
3.3. Diagnóza .....	22
3.4. Rozdělení schizofrenních poruch .....	23
3.4.1. F20.0 Paranoidní schizofrenie .....	24
3.5. Speciálněpedagogická intervence .....	24
3.5.1. Ergoterapie .....	24
4. Skupinová terapie .....	26
II. Praktická část .....	28
Úvod praktické části .....	29
5. Cíl práce a výzkumné otázky .....	30
6. Kvalitativní výzkum .....	32
6.1. Výběr výzkumného souboru a realizace výzkumu .....	32
6.1.1. Charakteristika respondentů .....	33
6.2. Metoda sběru dat .....	34
6.3. Realizace výzkumu .....	35

6.3.	Metoda zpracování kvalitativních dat.....	36
6.4.	Analýza kvalitativních dat .....	36
7.	Zpracování výzkumných dat .....	37
7.1.	Okruh č. 1. –Dospívání a rodinná situace.....	37
7.2.	Okruh č. 2.– Počátek onemocnění.....	39
7.3.	Okruh č. 3. – Vzdělání a následné zaměstnání.....	41
7.4.	Okruh č. 4 – Terapie při schizofrenii.....	43
7.5.	Okruh č. 5- Účinné faktory pro lepší průběh socializace .....	45
8.	Výsledky a Diskuze.....	47
9.	Závěr.....	52
	Seznam literatury.....	54
	Seznam příloh.....	56
	ANOTACE .....	63

## Úvod

Socializace jedinců s duševním onemocněním je téma mé závěrečné práce při bakalářském studiu. Svou bakalářskou práci jsem specifikovala na schizofrenii, jelikož mám v rodině strýce s touto diagnózou a zajímaly mě okolnosti, které s ní jsou spojené.

O socializaci se v dnešní době velice často doslýcháme z médií, kde jsou ne vždy uvedeny přesné informace o významu tohoto slova. Proto mezi laickou společností vznikají domněnky o lidech s jakýmkoli druhem postižení a je následně velmi těžké tyto domněnky vyvrátit. Podle majoritní společnosti, která odsuzuje zmíněnou minoritu, protože je svým handicapem jinak výrazná a laicky řečeno nenormální, nezapadá tato skupina do většinové společnosti. Nesplňují požadavky, které jsou pro většinu lidí normou 21. století, jsou odsouzeni až segregováni ze společnosti.

Závěrečnou práci jsme rozdělili na teoretickou část, kde vysvětlíme pojmy, které jsou ve spojení s tématem této práce. V druhé části praktické jsme zvolili kvalitativní přístup, konkrétně rozhovory, díky kterým jsme mohli být v osobním kontaktu s dotazovanými.

Záměr pro sepsání mé závěrečné práce jsem učinila na praxi v Psychiatrické nemocnici v Opavě, kde jsem absolvovala stáž. Zaujala mě problematika duševního onemocnění, a proto jsem se o ní chtěla dozvědět více.

Výsledky výzkumu mé práce jsou určeny pro speciální pedagogy, kteří se zabývají problematikou mentálního postižení, pod kterou schizofrenie spadá. Z tohoto důvodu jsem se také do práce snažila přidat poznatky se speciální pedagogiky a jejího pohledu na duševní onemocnění.

Hlavním cílem výzkumu pro závěrečnou práci je nalézt faktory, které dopomáhají jedincům se schizofrenií k socializaci. Faktory, které vedou k tomu, aby se uvolnili při možném výskytu úzkostí, které doprovázejí jejich diagnózu. Zjištění, jestli je rodina podporuje v jejich léčbě schizofrenie. Jestli i přes svou diagnózu chodí do zaměstnání, které je více socializuje s majoritní společností. Tyto faktory lze následně použít k dalšímu zkoumání socializace těchto osob z pohledu speciální pedagogiky.

Během práce byl zvolen dílčí cíl, který se zaměřuje na účinnost skupinové terapie na respondenty, se kterými byl udělán rozhovor pro kvalitativní výzkum v praktické části.

U prvních dvou respondentů, kteří navštěvují Denní stacionář v Opavě, byla celá situace vyhodnocována s paní doktorkou Staňovou, popřípadě se zdravotními sestrami, které se podílí na terapii.

U čtyř z šesti respondentů bylo o obsahu praktické části diskutováno se sociální pracovnící magistrou Cyroňovou a paní Veselou v Centru služeb a podpory ve Zlíně, konkrétně v zařízení Horizont. V tomto zařízení jsem se pouze individuálně setkala s respondenty, se kterými jsem následně udělala rozhovor. Informace potřebné pro získání dílčího cíle byly vysledovány až v následném rozhovoru.

## **I. Teoretická část**



## Úvod k teoretické části

Teoretická část je řazena do čtyř hlavních kapitol a k nim připojených podkapitol. Tato práce je směřována z pohledu speciální pedagogiky, která je součástí socializace osob se schizofrenií. První kapitola s názvem Socializace, která se zabývá historií duševního onemocnění jako celku a následně také doplněná o speciálněpedagogický kontext. Další částí této kapitoly je podkapitola, která obsahuje význam základních socializačních činitelů, kteří působí na celou osobnost. Rozdělení socializace dle Sováka a Vágnerové.

Další hlavní kapitola Schizofrenie, vymezuje tento termín a přidává pohledy ze strany speciálních pedagogů. V kapitole je také obsažena speciálně pedagogická intervence a léčba schizofrenie.

Poslední kapitola se zabývá skupinovou terapií, která působí na osobnost člověka. Přiblížení důležitosti speciální pedagogiky na skupinovou terapii u jedinců s duševním onemocněním.

# 1. Socializace

Téma socializace či resocializace je neodmyslitelnou součástí péče o duševně nemocné. Proto je bakalářská práce zaměřena na celkový pohled lidí se schizofrenií, kteří se chtějí zapojit do majoritní společnosti.

Socializace se dá chápat v mnoha směrech, jako například směr psychologický či speciálněpedagogický a další...Všechny tyto směry spojuje převážně jediná věc, a to „začlenění člověka do společnosti“. Socializaci můžeme také chápat jako proces či stav, kdy se vedle sebe přirozeně vyskytují lidé s postižením a lidé intaktní, probíhá mezi nimi interakce, vzájemně se ovlivňují a mění. (Jedlička, a kol. 2015)

Tato kapitola se bude zaměřovat na vývoj socializace ze speciálněpedagogického pohledu, na rozdělení socializace dle Sováka, také na sociální činitele, kteří působí na formování psychických funkcí a stigma, které toto onemocnění provází.

## 1.1. Cíl a definice

Émile Durkheim, známý sociolog, popisoval úkol socializace především v tom, aby si lidé nepřipadali společností utlačováni, čili aby se naučili společnost vnímat tak, aby jim nepřipadalo, že na jednotlivce vyvíjí velkou sílu. (Jedlička, a kol. 2015)

MUSIL (1999, s. 45) popisuje socializaci jako: „*ontogenetický proces, během kterého jedince vzrůstá do společnosti, osvojuje si její poznatky, zvyky, postoje, víry, normy, ideály, internalizuje hodnoty a způsoby nahlížení světa přehlížející ve skupině a společnosti, osvojuje si kulturu.*“

Odehnal (in Janoušek, 1988, s. 134) definuje socializaci jako: „*souhrn procesů vzájemné interakce mezi společností a jedincem, v nichž společnost působí na jedince tak, aby v sobě svým učením vytvořil psychologické předpoklady nezbytné k participaci ve společnosti současně jako člen společnosti i jako relativně samostatná osoba schopná řídit své jednání a odpovídat na ně.*“

Z těchto definic vyplývá, že socializovaný jedinec je ten, který ovládá své sociální role, své pudy, umí se chovat a přizpůsobit podle společnosti, ve které se právě nachází.

Toto chování je očekávané u intaktních jedinců, kteří nemají žádný výrazný handicap. U jedinců s postižením či jiným onemocněním, k tomuto stavu nemusí vůbec dojít.

Speciální pedagogika stále není plně součástí terapie u osob s duševním onemocněním.

Duševní onemocnění je vymezeno zejména z pohledu psychiatrického či psychologického dělení.

Speciální pedagogika je členěná na jednotlivé „pedie“, podle určité cílové skupiny, kterou nadále zkoumají. Jelikož toto onemocnění vykazuje symptomy, jakožto například oslabení kognitivních funkcí, které jsou spojeny také s mentální retardací, řadí se proto ze speciálněpedagogického hlediska právě do psychopedie, která dle definice Müllera a Valenty (2007, s. 4) zní: „*interdisciplinární obor zabývající se prevencí (hlavně terciální), prognostikou mentální retardace (popř. jiných duševních poruch) se zvláštním zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci klienta s mentálním či jiným duševním postižením.*“ Z této definice můžeme speciální pedagogiku řadit mezi prostředky, díky kterým můžeme provést kvalitnější a úspěšnější socializace osob s duševním onemocněním. (Furmaníková, 2009)

## **1.2. Historie socializace osob se zdravotním postižením**

V této práci je historie socializace převážně definována u jedinců se zdravotním postižením z pohledu a rozdělení dle Slowíka, doplněna o poznatky, které ve svých publikacích popisuje Sovák či jiní významní autoři.

Historie socializace jedinců s duševním onemocněním, není v žádné publikaci jasně definována. Praško a Ocisková (2015) ve své publikaci popisují, že na jedince s duševním onemocněním bylo pohlíženo jako na osoby, které jsou posedlé d'áblem či zlými duchy. Z tohoto důvodu jim byla věnována pozornost ze strany šamanů, kteří je z jejich zakletí chtěli vyléčit. Lidé byli bezmocní, měli strach, jelikož nevěděli, odkud tyto posedlosti pochází.

### **1.2.1. Represivní přístup**

První informace o duševních poruchách pocházejí již ze starého Egypta, následně se objevily zmínky i v Mezopotámii a později řešení této problematiky zasáhlo i do Řecka. Mezi první lékaře z období starověku, můžeme zařadit například Hippokrata (460-377 př. Kr.), který je považován za nejvýznamnějšího lékaře té doby. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

Toto historické období je spojováno se zbavováním nemocných a jinak postižených jedinců. Nemocní či jinak handicapovaní lidé byli zotročováni i zneužíváni, takovéto jednání bylo součástí celého starověku. V této době však nebyla natolik dostupná speciální lékařská péče, proto není překvapující, že bylo s handicapovanými jedinci, zacházeno tak striktním způsobem. (Slowík, 2016)

Defektní osoby byly ze společnosti vyvrhovány, a to buď vyloučením ze skupiny, ve které žily, či zabitím např. shazováním ze skály nebo utopením. (Sovák, 1980)

### **1.2.2. Charitativní přístup**

Z názvu této podkapitoly vyznívá, že v tomto období se o handicapované začínala zajímat církev, která úzce spolupracovala se státem. Na postižené jedince začalo být nahlíženo jako na milosrdné členy skupiny, na někoho, kdo potřebuje ochranu. (Slowík, 2016)

Církev zakládala hospice a klášterní špitály, které směřovaly k podpoře života těchto jedinců. Společnost začala na postižené jedince pohlížet jinak, než tomu bylo v předchozím stádiu. (Slowík, 2016)

Naopak Sovák (1980) dodává, že i přes zájem církve k těmto jedincům, se pořád objevuje jejich využívání k obveselování feudálů a jejich hostů.

### **1.2.3. Humanistický přístup**

Humanistický přístup začíná v období novověku, kdy na jedince s postižením či duševním onemocněním začalo být pohlíženo z jiné stránky, než jako na celkovou bytost. Začaly se více zkoumat jednotlivé stránky celého jejich těla.

Každý jedinec s postižením měl jinak diagnostikovanou vadu, proto začaly být zakládány spolky pro osoby s rozdílným postižením, které se za pomoci medicíny specializovaly na konkrétní postiženou funkci. (Slowík, 2016)

Od 16. století se všechny myšlenky předchozích myslitelů ucelily a přidaly se k nim také psychologické a rehabilitační snahy. Od druhé poloviny 18. století dochází k velkým změnám, které výrazně ovlivnily terapeutické postupy v péči o duševně nemocné. Do popředí se dostávají psychologické a rehabilitační postupy při terapii. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

První zmínky o humánnějším přístupu v terapii duševního onemocnění pochází z Francie, kdy Filip Pinel (1745-1826) zbavil tyto pacienty pout. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

### **1.2.4. Rehabilitační přístup**

Mezi první terapeuty v českých zemích patří například Jan Theobald Held (1770-1851). Od druhé poloviny 18. stol. byly v řadě měst budovány nemocnice zaměřené na péči o duševně nemocné, o jejichž založení se zasloužil řád Milosrdných bratří. První samostatný „ústav“ pro duševně nemocné tzv. Tollhaus, který se stal součástí Všeobecné nemocnice v Praze, byl založen v roce 1790. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015)

Přelom 19. a 20. stol. byl charakteristický pro propojení léčby s výchovou a vzděláváním. Rehabilitace, která umožňovala znovu-uschopnění handicapovaného do společnosti, byla v tomto období ve velkém propagována. Ti jedinci, kteří přes svoje postižení nebyli schopni rehabilitace, byli často umístěni do institucionální péče (ústavní zařízení). Tohoto začala využívat majoritní společnost, která úmyslně jedince s postižením zavrhovala a segregovala. (Slowík, 2016)

První literatura, ve které se objevily poznatky o schizofrenii, nesla název „Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“. Autorem této knihy byl švýcarský profesor a

ředitel psychiatrické léčebny Eugena Bleuer (1857-1929). (Dörner, 1999 versus Preiss, 1998)

### **1.2.5. Preventivně-integrační přístup**

V období po 2. světové válce začal být zájem o postižené, převážně o prevenci před vznikem postižení, včetně předcházení vzniku vrozené vady v prenatálním období. Současně je toto období také spojeno s pokusy o co největší integraci osob s duševním onemocněním i postižením do většinové společnosti. Na toto začlenění však majoritní společnost nebyla připravena.

### **1.2.6. Inkluzivní přístup**

Tento přístup je charakteristický přirozeným začleňováním handicapovaných osob do majoritní společnosti, tzv. inkluzivní přístupy, které se propagují ve velké míře i během posledních let. To znamená, že jedinec s jakýmkoliv druhem postižení či znevýhodnění má právo na plné zapojení a na běžné pracovní či vyučovací metody jako majoritní okolí.

Ani v tomto přístupu se nedá říct, že by neměl žádné negativní stránky. Začleňování znevýhodněných jedinců mezi majoritní společnost je ve velké míře odsuzována z důsledku nedostatečných znalostí těchto jedinců

Všechny tyto přístupy jsou vymezeny dle Slowíka v kontextu speciální pedagogiky, převážně u jedinců s postižením. U osob s duševním onemocněním je rozdělení socializace velice podobné. Ve většině případů šlo ze začátku o úplnou segregaci u těchto znevýhodněných jedinců. Postupem času, kdy jedinci s duševním onemocněním byli považováni za ďáblem posedlé, byli vyhoštěni ze skupin a následně ponecháni šamanům, kteří jim měli pomoci.

Další postupy socializace těchto osob nejsou zcela přesné v žádné publikaci, proto lze předpokládat, že byli zavíráni do ústavních zařízení, kde následně přežívali a až v pozdějších letech se jim začala věnovat pozornost sociálních odvětví.

### 1.3. Rozdělení socializace

Jandourek (2008) rozděluje socializaci na primární, sekundární a terciální. Primární je prvotní socializace, která se odehrává v rodině v dětství a dospívání, kdy dochází k uspokojování základních lidských potřeb.

Sekundární socializace se odehrává mimo rodinu, a to v menších sociálních skupinách. Začíná v dospívání a pokračuje až do dospělosti. Tento stupeň socializace můžeme vyčlenit na dobu, kdy se jedinec dostává do nového prostředí, přechod na střední školu, popř. do nového zaměstnání.

Terciální a poslední část probíhá až do smrti. Znamená to dostat novým požadavkům ve změněné situaci, během změny zaměstnání nebo také když nastane nová společenská situace (mezi kterou můžeme zařadit například plošnou nezaměstnanost).

Z pohledu speciálně pedagogického můžeme použít rozdělení socializace dle Sováka (1980, s. 22-23), který ji rozděluje na integraci, adaptaci, utilitu a inferioritu.

#### 1. Integrita

- *„Naprosté zapojení a plné splynutí defektního jedince se společností lidí zdravých, a to ve výchově a vzdělávání, v pracovním uplatnění i ve společenském soužití. Jedinec se stává zcela nezávislým a samostatným, neboť byl úplně a beze zbytku zbaven defektivy, s níž se dokázal i subjektivně vyrovnat.“*

#### 2. Adaptace

- *„Přizpůsobení defektního jedince společenskému prostředí, které je však možné pouze za určitých podmínek. Jsou nutné jisté ohledy na individuální vlastnosti, schopnosti i potřeby jedince. Jedinec, který nebyl zbaven defektivy, je samostatný pouze za určitých okolností a ohledů.“*

#### 3. Utilita

- *„Sociální upotřebitelnost defektního jedince, jehož možnosti rozvoje jsou omezené. Jeho pracovní i společenské uplatnění se může realizovat za dohledu a řízení ze stran osob jiných. Takový jedinec, jehož efektivita nebyla z valné části odstraněna, není úplně samostatný, neboť ve svém pracovním uplatnění i ve společenských vztazích je závislý na osobách jiných.“*

#### 4. Inferiorita

- *„Tady už jde o společenskou nepoužitelnost s vyčleněním ze společnosti. Zbývá tedy místo uplatnění sociální zabezpečení v jakékoli formě, popř. péče azylová. Jde o individua zcela nesamostatná, odkázána na péči jiných. Defektivita je tu takového stupně, že nelze mluvit jenom o poruše, ale o nevytvoření, popř. ztrátě sociálních vztahů. Zde již nelze mluvit o socializaci a zbývá pouze segregace.“*

Jedinec s duševním onemocněním se i dnes, v 21. Století, stále potýká s intaktními jedinci, kteří ho stigmaticky zařadí mezi defektní jedince, kteří nemají na to, aby byli součástí dnešní společnosti.

Socializace je však možná u všech defektních jedinců na úrovni adaptace či integrace kromě těch, kteří mají rozumové vady. (Sovák, 1980)

### 1.3. Sociální učení

Psychiku dítěte ovlivňuje mnoho faktorů. Od narození až po smrt člověka je jedním ze základních činitelů, které působí a formují osobnost člověka právě společnost. Pomocí sociálního učení se dítě vyvíjí. (Vágnerová a kol., 1999)

Sociální učení můžeme chápat jako základní proces socializace, je to proces, který probíhá během interakce mezi individuem a jiným jedincem. Sociální učení probíhá na základě sociálního posilování, které lze vysvětlit jako základní princip výchovy, a to odměna a trest v interakci. Další složka sociálního učení je nápodoba, kdy přebíráme vzorce chování okolní společnosti. (Vágnerová a kol., 1999)

Řezáč (1998) popisuje ve své publikaci, že žádoucí chování je odměňováno a nesprávné nebo nežádoucí je trestáno. Pokud je určité chování oceňováno, odměňováno a posilováno, má tendenci se opakovat.



## 1.4. Segregace

Opačný termín se nazývá Segregace. Tento pojem chápeme jako společenské vyčleňování či vylučování. (Fischer, Škoda, 2008)

Dle Sováka (1980, s. 22) je socializace všech jedinců s jakýmkoli druhem handicapu, jeden z hlavních cílů speciální pedagogiky. Rozděluje socializaci na stav a proces, kdy stav, který vede k cíli úspěšné socializace, popisuje Sovák (1980, s. 22) jako: *„dosáhnutí pokud možno nejvyššího a všestranného rozvoje osobnosti jedince a jeho možná nejširšího a nejúspěšnějšího uplatnění pracovního, společenského a osobního - tzv. socializace“*. Druhou částí, která vede ke speciálněpedagogické socializaci je proces, *„kterým se speciálněpedagogickými prostředky umožňuje co možná včasné a co nejvhodnější zapojení defektního člověka do společnosti spolu s vytvářením podmínek seberealizace, a to tím, že se odstraňují nebo zmírňují následky defektivity“*. (tamtéž, s. 22)

## 1.5. Sociální činitelé

Mezi největší sociální činitelé, které působí na psychiku intaktního i postiženého člověka, patří rodina společně se zázemím, které mu poskytuje a okolní společnost, ve které se jedince nachází.

Proto je v této práci důležité tyto dvě malé podkapitoly vymezit.

### 1.5.1. Rodina

Všechna onemocnění, jsou pro rodinu velkou zátěží. U schizofrenie tomu není jinak. Jestliže je jakémukoli členu rodiny stanovená diagnóza schizofrenie, je důležité si to začít připouštět a ne snažit se jedince vyléčit svým způsobem. Schizofrenie se vyznačuje příznaky, které musí být potlačeny medikací, není proto možné se s ní vyrovnat bez této formy léčby. U části respondentů z výzkumu, který je součástí této bakalářské práce, se rodina snažila příznaky zakrývat, léčit přírodní formou, ale přitom jen symptomy vyzdvihovali. Proto je rodina jeden ze dvou základních činitelů, kteří pomáhají jedincům se schizofrenií ke snazší cestě resocializace.

*„Zátěž této situace dost často vede k narušení či rozkladu dosud fungujících pravidel a zvyklostí rodinného soužití. Nemocný je pro rodinu nepřijatelný, dochází k vytvoření odstupů od nemocného, k jeho izolaci.“ (Vágnerová, 2008, s. 358)*

Dlouhodobá zátěž, kterou mohou způsobit okolní faktory např. zanedbatelná výchova, ztráta rodiče, separace, zvyšují riziko vzniku depresí v pozdějším věku. Působení těchto faktorů se týká celého ontogenetického vývoje člověka.

Rodinu lze považovat za nejvýznamnější sociální skupinu. Jako základní funkce rodiny jsou považovány reprodukce, vytvoření materiálně-ekonomického zázemí pro děti, poskytování emoční vazby a základů vztahovosti. (Orel, 2016)

Za dalšího činitele, který se výrazně podílí na vzniku psychotických onemocnění je považován vliv lidské společnosti a sociokulturního prostředí v okolí jedince. (Orel, 2016)

### **1.5.2. Společnost**

Pro osoby se schizofrenií existuje spousta organizací, ve kterých jim je nabídnuta dlouhodobá pomoc. Při této diagnóze je základním východiskem dobře stanovené léčba, kterou jim stanovuje psychiatr, v těchto organizacích je spousta osob se stejným problémem a proto účast na setkáních v těchto organizacích může dopomáhat k lepšímu průběhu socializace. Jednou z těchto organizací je například Fokus, který má hlavní sídlo v Praze a malé pobočky po celé republice. Tato organizace poskytuje podporu pro každého člena v jeho přirozeném prostředí. Fokus nabízí velké množství sociálních služeb pro duševně nemocné, včetně pracovní a sociální rehabilitace, které dopomáhají k obnově sebedůvěry a rozvíjení praktických dovedností duševně nemocných. (Hlavinka, 2004)

Stigma, které doprovází tento druh onemocnění je ve velké míře důvodem, proč jsou lidé s touto diagnózou odsuzováni. Nálepka „psychiatrický pacient“, kterou jim společnost přisuzuje, která značí jejich nebezpečnost, vede k utlačování až segregaci těchto jedinců. Majoritní intaktní společnost si neuvědomuje, že člověk s tímto druhem onemocnění, je pořád jen člověk, který má své potřeby a zájmy, jen je prožívá jinak. (Motlová, Koukolík, 2005)

### 3. Schizofrenie

V následující kapitole bude popsána diagnóza schizofrenie, která se v dnešní době objevuje velice často. Následně její rozdělení či etiopatogeneze. Speciálněpedagogické postupy, jakožto například ergoterapii či jiná formu speciálněpedagogické prevence.

Ve výzkumu v praktické části mají všichni respondenti diagnózu schizofrenie, proto na ni byl kladen největší důraz i v teoretické části této závěrečné práce.

Schizofrenie postihuje muže i ženy přibližně ve stejné míře. První symptomy se objevují převážně v adolescenci a v mladší dospělosti. Schizofrenii postihuje přibližně 5 miliónů obyvatel, což prokázal nedávný celoevropský průzkum zkoumající břímě onemocnění mozku. Schizofrenie patří k onemocnění, která představují ekonomickou zátěž, z důsledku celkového výdaje na léčbu psychotických poruch, tento rozpočet tvoří přibližně 94miliard eur, součet tvoří zdravotní a nepřímě nezdravotní náklady. (Med. praxi, 2012, č. 9, s. 342-346)

Suicidální sklony má téměř 5% pacientů se schizofrenií, což dokazuje fakt, že schizofrenie zvyšuje mortalitu a zkracuje život nemocných přibližně o 25 let ve srovnání s běžnou populací. Součástí schizofrenie bývají také ve velké míře kardiovaskulární, metabolické a endokrinní choroby, které zvyšují mortalitu u těchto jedinců přibližně o 60 – 70%. (Med. praxi, 2012, č. 9, s. 342-346)

Kubínek (2012) ve své publikaci definuje schizofrenii jako: *„závažné psychotické onemocnění, které má sklon k chronickému průběhu s význačným funkčním postižením a sníženou kvalitou života.“* Lidé, kterým je schizofrenie popř. jiné duševní onemocnění diagnostikováno, trpí svou odlišností, pociťují zmatek, začnou být vztahovační, jejich úzkostné stavy mohou způsobit nedůvěřivý vztah k okolí.

Spadá podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. Revize pod F00 – F99 tj. Poruchy duševní a poruchy chování. *„Schizofrenické postupy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání.“* (ÚZIS, 2018)

## 1.2. Projevy

Schizofrenie patří v dnešní době mezi častá onemocnění, která celosvětovou populaci zasahují. Patří do kategorie duševních onemocnění, neboli do kategorie psychóz. *„Psychóza zásadně mění způsob, jak člověk prožívá sám sebe, druhé lidi a svět, v němž s nimi žije. Společný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií.“* (Kalina, 2001, s. 16)

Člověk postižený touto nemocí se uzavírá do svého vlastního světa, který je pro něj normální, realitě přestává rozumět. Ve výzkumu, který je součástí bakalářské práce, bylo poukázáno na to, že většina respondentů používá medikaci, která jim tento svět s halucinacemi a hlasy v jejich hlavách, oddaluje. Díky pravidelné medikaci mohou relativně v dobré míře fungovat mezi majoritní společností.

Nervozita, pocity zmatku, sebeobviňování, všechny tyto příznaky jsou považovány za varovný signál pro možný výskyt schizofrenie. (viz. praktická část) Schopnost porozumět světu, srozumitelně se chovat v rámci morálních pravidel, jednat a uplatnit se v životě, jsou jedny ze základních lidských postojů, které každý dospělý jedinec musí ovládat, u lidí se schizofrenií je to jiné. (Praško, Látalová a kol., 2013)

Dle Kaliny (2001) se schizofrenie společně s maniodepresivními psychózami řadí do kategorie funkčních psychóz, u kterých se nevyskytují žádná poškození či ovlivnění mozkové tkáně. Tento druh psychózy je charakteristický poruchou funkcí centrální nervové soustavy, osobnosti a celého sociálního pole jedince.

Ve svém světě, který si jedinec vytváří ve své hlavě, se vidí zcela jinak, než ho vidí jeho okolí, pro vnitřní představy může být jiná osobnost, může si připadat jako loutka, se kterou okolí zachází špatně, vnitřně prožívá panickou úzkost, která ho sužuje. Každý druh schizofrenie má jinou dobu vzniku, ve většině případů (viz. praktická část) se první ataky úzkosti objevily okolo osmnáctého roku života. (Kalina, 2001)

Vágnerová (2008, s. 351) popisuje průběh onemocnění následovně:

1. *„Epizodický průběh, kdy se nemoc projeví jen jednou atakou a postupně dojde k přijatelné úpravě zdravotního stavu.*
2. *Opakovaný průběh, kdy se v pravidelných či nepravidelných intervalech mohou střídát období chorobných atak a remisí.*
3. *Maligní průběh s náhlým začátkem onemocnění a poměrně rychlým vznikem osobního defektu.*
4. *Chronický průběh spojený s opakováním chorobných atak a s nimi související nepříznivé změny, tj. úbytek adaptačních schopností. V tomto případě může vzniknout reziduální porucha, popř. dochází k postupnému úpadku osobnosti nemocného.*
5. *Reziduální, resp. chronický průběh onemocnění je typický přetrváváním některých, obvykle tzv. negativních symptomů, pro něž je charakteristické oslabení nebo ztráta normálních funkcí. Tento stav bývá označován jako syndrom zlomené pružiny.*
6. *Vznik postrprocesuální změny osobnosti, která se může projevit negativní proměnou osobnostních vlastností a projevů, nebo závažnější psychosociální deteriorací. V krajním případě nejsou nemocní schopni samostatného života, potřebují trvalou péči jiné osoby.“*

Socializace jedinců s dušením onemocnění se průběžně od první ataky až po poslední projevy, které uvádí Vágnerová (viz. výše), mění. Z praktické části vyplynulo, že většina z respondentů se necítí dobře v přítomnosti ostatních osob. Proto je u nich socializace tak obtížná k uskutečnění. Speciální pedagogika nahlíží na každého jedince s duševním onemocněním zvlášť. Každý z těchto handicapovaných, by měl mít ucelenou formu rehabilitace také ve speciálněpedagogickém procesu, ne jen v psychiatrickém rozdělení dle vhodné medikace.

Z tohoto důvodu by měl speciální pedagog být součástí resocializace každého pacienta. Provést speciálněpedagogickou intervenci a následně na ni sestavit další kroky, které společně s psychiatrem navrženou medikací uskuteční pro snazší průběh socializace.

### 3.3. Diagnóza

Diagnózu můžeme určit z pozorování nemocného, jako například z klinického nálezu charakteristické psychopatologie a funkčního narušení osobnosti. I v dnešním světě, ve kterém je mnoho technologií, které nám každým dnem usnadňují životy, není pro zjištění schizofrenie žádný laboratorní test ani možnost určení pozitivního výsledku pomocí vyšetřovací metody. I přesto můžeme při stanovování diagnózy alespoň subjektivně pozorovat formální poruchy myšlení jako například inkoherenci, zárazy v myšlení nebo neologismy. (Praško, Látalová a kol., 2013)

Pokud je prokázáno primární mozkové onemocnění či jestliže příznaky vznikly následkem somatického onemocnění, je obvykle diagnóza schizofrenie vyloučena. (Med. praxi, 2012, č. 9, s. 342-346)

Pozorujeme chování pacienta, jeho halucinované hlasy, které komentují jeho chování popř. hlasy, které vycházejí z některé části jeho těla. K dalším kritériím můžeme přidat také dlouhotrvající přítomnost halucinací, které neodpovídají emočnímu ladění pacienta. Jedním z dalších možných symptomů, které ovlivní klinický obraz pacienta, může být nečinnost k práci, kterou měl rád, apatie, ztráta zájmů. (Praško, Látalová a kol., 2013)

Náhlý úbytek váhy, nepřiměřenost emočních reakcí, negativismus nebo nepřiměřené a nesrozumitelné vzrušení, můžou být další faktory, které značí schizofrenii. (Praško, Látalová a kol., 2013)

Kubínek (2012, s. 74) ve své publikaci konstatuje: „*Schizofrenii na člověku v bezpříznakovém období vůbec nemusíme poznat. Často může normálně vypadat, fungovat, studovat, pracovat. Někdy se mohou vyskytovat drobné a snadno přehlédnutelné odchylky v emočních reakcích nebo snížená schopnost řešit problémy, snazší dekoncentrace a dezorganizace ve stresu. Stává se, že schizofrenní onemocnění rozpoznáme až v jeho dlouhodobých důsledcích (bezdomovectví).*“.

Od konce 20. století se v Evropě i USA začínaly prosazovat speciální programy, které se zaměřují na rehabilitaci kognitivních funkcí, zejména díky speciálním počítačovým programům. Tyto programy se podílí na rozvoj schopností pro začlenění člověka do společnosti, převážně ergoterapie a nácvikem sociálních dovedností.

Z tohoto důvodu se dostává speciální pedagogika do popředí, jelikož rehabilitace oslabených kognitivních funkcí je součástí také speciálněpedagogické intervence. (Furmaníková, 2009)

I přes tento posun, je stále speciální pedagogika v pozadí při léčbě schizofrenií. Schizofrenie spadá do psychologie či psychiatrie, proto většina speciálních pedagogů nevěnuje tak velkou pozornost tomuto onemocnění, kterou by mohla. Slowík (2007, s. 111) toto onemocnění řadí od podoboru psychopedie a zdůrazňuje, že: „*Psychopedie se historicky orientovala na osoby s mentálním postižením a psychickými poruchami. Toto vymezení však není zcela jednoznačné – situace člověka s mentálním postižením je radikálně odlišná od situace jedince s psychickou poruchou nebo onemocněním, mezi odborníky proto neexistuje naprostá shoda v odpovědi na otázku, zda a jak by se měla tato oblast speciální pedagogiky osobami s psychickými poruchami zabývat.*“

Tuto definici můžeme považovat za odpověď na otázku, proč se speciální pedagogika primárně nezaměřuje také na jedince s duševním onemocněním, ale převážně jen na jedince s postižením fyzickým.

### **3.4. Rozdělení schizofrenních poruch**

Dle MKN 10. revize můžeme schizofrenii rozdělit do několika typů, které si následně přiblížíme v další části práce. Ve výzkumu je šest respondentů, kteří dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize spadají do kategorie F20-F29 tj. Paranoidní schizofrenie.

- F20.0 Paranoidní schizofrenie
- F20.1 Hebefrenní schizofrenie
- F20.2 Katatonní schizofrenie
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie
- F20.4 Postschizofrenní deprese
- F20.5 Reziduální schizofrenie
- F20.6 Simplexní schizofrenie
- F20.8 Jiná schizofrenie
- F20.9 Schizofrenie nespecifikovaná

### **3.4.1. F20.0 Paranoidní schizofrenie**

Všech šest respondentů trpí Paranoidní schizofrenií, proto je také v této části kapitoly uvedena a popsána pouze diagnóza s tímto konkrétním zaměřením.

*„Paranoidní schizofrenie je charakterizována relativně trvalými, persekucními bludy, které jsou většinou provázeny halucinacemi sluchovými a poruchami vnímání.“*  
(ÚZIS, 2018)

Lidé s diagnózou paranoidní schizofrenie, mají chorobnou podezřívavost vůči okolí. Člověk má pocit, že je neustále sledován, tento vjem mají za následek paranoidní bludy, které člověka sužují. Slyší hlasové halucinace, které je nutí udělat to, co jim řeknou. Bludy, které značí, že je někdo sleduje, mohou mít spojitost i se skutečnými lidmi, kteří se vyskytují v jeho okolí. Paranoidní jedinec může napadnout někoho ze svého okolí, protože si myslí, že mu chce ublížit, má utkvělou představu, že je v nebezpečí. (Vágnerová, 2008) (viz. praktická část, převážně respondent č. 3)

## **3.5. Speciálněpedagogická intervence**

Z pohledu speciální pedagogiky je terapie každý odborný postup, který pomáhá dosahovat výchovných a vzdělávacích cílů a současně má také léčebný efekt. (Slowík, 2016)

Jak bylo zmíněno v teoretické části, speciální pedagogika není běžnou součástí socializace těchto osob. Jako možná intervence by však mohla být užitečná ergoterapie, která osobám s jakýmkoliv druhem postižení, včetně duševního onemocnění, pomáhá resocializovat v sociálních dovednostech.

### **3.5.1. Ergoterapie**

Ergoterapii mohou podstoupit všichni lidé s jakýmkoliv znevýhodněním, proto i lidé trpící schizofrenií. Ergoterapie se uplatňuje především při úrazech, degenerativních onemocněních, Parkinsonově nemoci či po cévní mozkové příhodě. S těmito nemocemi často souvisí stavy s poruchou mobility a s celkovým snížením soběstačnosti.



I přesto, že je ergoterapie spíše směřována pro intervencí lidí po úrazech, bylo by dobré, kdyby se tento léčebný kontext mohl využít i v obohacení speciální pedagogiky.

Psychózy nemají jednotnou příčinu vzniku onemocnění, z tohoto důvodu neexistuje lék, který by příčinu odstranil. Proto se léčba vztahuje na všechna odvětví této nemoci, a to biologické, psychologické i sociální strany, podle toho, která je převážně aktuální. Žádná terapie nevede k počátku samotné psychózy, proto je důležité se zaměřit na přítomnou situaci, kterou pacient prožívá. (Kalina, 2001)

## 4. Skupinová terapie

Význam skupinové terapie byl zvolen jako dílčí cíl pro tuto práci. Výzkum byl uskutečněn v Denním stacionáři, ve kterém probíhala skupinová terapie. Proto byl kladen důraz na její důležitost při celkové terapii osob se schizofrenií.

Prvotní myšlenka, ze které vystupuje účinnost skupinové terapie, pochází ze zkušeností terapeutů, kteří vyzorovali, že pacientova svébytnost a zdroje psychosociálního zrání se zesílí interakcí s ostatními lidmi. Jelikož vlastní a pochopená zkušenost, má na psychiku větší vliv, než informace, které jsou předávány jen zvenčí. Skupinová terapie patří k nejrozšířenějším léčebným postupům. (Praško, a kol. 2019)

Skupinová terapie u jedinců s duševním onemocněním je zaměřena na sebe samého, na podporu, porozumění vztahům s ostatními lidmi, porozumění příznakům a vyrovnáním se s nimi. Skupina poskytuje pocit sounáležitosti, dodává naději, zmírňuje pocity sociální segregace či sociální agrese, která se může u člověka se schizofrenií objevovat.

Skupinová terapie se může provádět v kombinaci s rodinnou či individuální terapií. Je dobré využívat metody expresivních terapií či terapeutickou komunitu, která užitečně působí na dlouhodobější fungování. (Vybíral, Roubal, 2010)

Psychiatr a psychoterapeut Irving Yalom, je jedním z největších protagonistů skupinové terapie v Americe, tak ve světě, kde jezdí na přednášky. Na skupinovou terapii klade velký důraz. Definiuje ji jako malý mikrosvět, ve kterém každý z členů této skupiny objevuje sám sebe, díky spontánním reakcím a autentičnosti se rychleji utváří skupinový mikrosvět. Což způsobí, že se prohloubí vzájemná interakce mezi jednotlivými členy v této skupině. Terapeut sleduje toto chování a spouštějící události u jednotlivých osob, ale také reakce všech na jednotlivce. (Yalom, 2016)

*„Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinové dynamiky, tedy vztahů a interakcí jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. Tím se liší od individuální terapie, ve které jde o vztah mezi terapeutem a jedním pacientem.“* (Kratochvíl, 1978, s. 11)

Ve výsledcích výzkumu se potvrzuje základní princip skupinové terapie. V praktické části této bakalářské práce, bylo vyzkoumáno, že terapie působí na jedince s duševním onemocněním velice pozitivním způsobem, jelikož se terapeutovi více otevrou a natolik se

neostýchají svěřit ostatním členům se stejným problémem, na rozdíl od individuální terapie, kde je principem budování vztahu mezi terapeutem a pacientem. (viz. praktická část)

## **II. Praktická část**

## Úvod praktické části

Cílem praktické části je vyzkoumání faktorů, které se podílí na socializaci klientů se schizofrenií. Jako dílčí cíl byly také položeny otázky, ve kterých zpovídající odpovídají na účinnost skupinové terapie. Do jaké míry jim pomohla nebo naopak ji neshledávají jako užitečnou.

Pro výzkum této bakalářské práce byl vybrán kvalitativní výzkum, konkrétně metoda interview. Tato metoda je specifikována na polostrukturovaný rozhovor. Součástí tohoto rozhovoru jsou výzkumné otázky a doplňující otázky, které přibližují problematiku života jednotlivých respondentů.

Na závěr této praktické části je uvedeno shrnutí, diskuze a porovnání s dalšími závěrečnými pracemi s tématem, které je podobné jako téma této práce.

## 5. Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je nalézt účinné faktory, které napomáhají osobám s duševním onemocněním k lepšímu průběhu socializace a zjistit, jak moc je ovlivňují.

Jako výzkumný záměr bylo stanoveno zjištění, jak respondenti nahlíží na možnosti socializace. Co by změnili či doplnili pro uskutečnění jejího záměru začlenění do majoritní společnosti.

Dílčí cíl by stanoven před nahráním prvního rozhovoru, před kterým jsme diskutovali s paní psychologkou Stáňovou o skupinových terapiích a jejich účinkem na jednotlivce.

S jednotlivými respondenty byly probírány jejich osobní zkušenosti s vyrovnáváním jejich problémů, které jim nedovolují nebo naopak dovolují se více socializovat.

### Výzkumné otázky

Na začátku každého kvalitativního výzkumu musí být stanoveny jasné a přesné výzkumné otázky, abychom věděli, že na něj existuje přímá odpověď. Nesmí dojít k tomu, že se respondent musí zamýšlet nad smyslem dané otázky. Tyto otázky však můžeme během rozhovoru měnit a dále rozvíjet, ale záměr musí být stanoven před začátkem rozhovoru. (Miovský, 2006)

Před rozhovorem s klienty, byly stanoveny výzkumné otázky, které jsou spojeny se socializací jednotlivých respondentů a doplňují informace, které jsou potřebné k získání cílu této práce. Těchto otázek jsme se během celého rozhovoru snažili držet. Ve chvílích, kdy nebylo možné na výzkumné otázky odpovědět nebo nebylo možné získat požadované informace, pokládali jsme otázky konkrétněji nebo jejich znění přeformulovali.

Během rozhovorů jsme pokládali doplňující otázky, abychom od účastníků výzkumu získali potřebné informace.

### **Výzkumné otázky**

- 1) Do jaké míry Vás ovlivňuje Vaše okolí? Vaše rodina či kamarádi?
- 2) Jaké účinné faktory Vám nejvíce napomáhají k Vaši socializaci?
- 3) Jak hodnotíte skupinovou terapii? Jaký vliv má na průběh Vaši léčby?

## 6. Kvalitativní výzkum

Pro výzkum bakalářské práce byl zvolen kvalitativní přístup. Roman ŠVARŤÍČEK a Klára ŠEĎOVÁ (2007, s. 17) popisují kvalitativní přístup jako: „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.*“. Hlavní cíl výzkumníka je za pomoci metod použitých v rámci kvalitativního přístupu, vysledovat jak klient prožívá a cítí se v jeho každodenní realitě.

Díky kvalitativního výzkumu bylo možné zjistit, co dopomáhá jedincům se schizofrenií k jejich socializaci. Proto byl upřednostněn před kvantitativním výzkumem, který by nám tyto přesné informace, které mohou být použity pro další výzkum, neposkytnul.

### 6.1. Výběr výzkumného souboru a realizace výzkumu

První dva rozhovory byly uskutečněny v Psychiatrické nemocnici v Opavě, kde proběhl první kontakt s paní psychologkou Zuzanou Staňovou, se kterou byla domluvena vzájemná spolupráce. Následně bylo umožněno zúčastnit se skupinové terapie pod jejím vedením, vyhrazené pro osoby se schizofrenií, kteří dochází do Denního stacionáře při PNO.

Další čtyři rozhovory proběhly v Centru služeb a podpory ve Zlíně ve středisku Horizont. Po telefonické domluvě s paní Ladislavou Cyroňovou byl navštíven Horizonta následně byly provedeny další čtyři rozhovory s ženami se schizofrenií.

Pro kvalitativní výzkum byla zvolena metoda sněhové koule společně s metodou záměrného výběru, se kterými můžeme také kombinovat metodu prostého náhodného výběru.

Základním východiskem pro možné využití metody sněhové koule, je prvotní získávání kontaktu s účastníky výzkumu tzv. první vlnou účastníků, tento stupeň se nazývá tzv. nultá fáze. Díky prvnímu kontaktu získáváme skupinu prvních kandidátů. Tato skupina je složena z osob, které zvolil účastník tzv. nulté fáze, proto z nich vytváří možné účastníky



výzkumu. Pokud jsou ve výzkumu všechny osoby seznámeny s cílem studie a souhlasí s možnými podmínkami, mohou započít nominování kandidátů pro druhou fázi. (Miovský, 2006)

Dále byla metoda sněhové koule skombinována s metodou prostého záměrného výběru. Patří mezi nejpoužívanější techniky, se kterými se můžeme v aplikaci kvalitativního výzkumu setkat. Pro práci s touto metodou musíme přesně vědět, jaké účastníky k aplikaci kvalitativního výzkumu hledáme.

Pro úspěšný výzkum, který zprostředkujeme touto metodou, potřebujeme vyhledat účastníky, které spojují jejich určité vlastnosti (kritéria). (Miovský, 2006)

Patton (in Miovský, 2006, s. 135) vysvětluje metodu záměrného výběru takto: *„Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost (či projev této vlastnosti) nebo stav (např. příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině). Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří tuto kritérium (nebo soubor kritérií) splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit.“*

#### Kritéria pro účastníky výzkumu:

- Věk: 25–60 let
- Diagnóza: podle MKN – 10. revize pod F20 – F29, tj. Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- Osoby, které navštěvují denní stacionář s docházkou na skupinové terapie
- Souhlas s možným audio-záznamem z rozhovoru

#### **6.1.1. Charakteristika respondentů**

Výzkumné části se zúčastnilo šest respondentů. U dvou z nich, byl výzkum proveden v zařízení, do kterého pravidelně dochází a to v Denním stacionáři, který je součástí Psychiatrické nemocnice v Opavě. Další čtyři respondenti dochází do Denního stacionáře v Horizontu Zlín.

Do výzkumu byli zapojeni 2 muži a 4 ženy, rozdílného věku. Oba respondenti byli během života hospitalizováni na lůžkovém oddělení zmíněné nemocnice v Opavě.

U všech šesti účastníků spadá jejich diagnóza podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize pod F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.

POHLAVÍ	VĚK	VZDĚLÁNÍ	DIAGNÓZA	DĚLKA NEMOCI
MUŽ (1)	41	Střední (bez maturity)	F20–F29	12 let
MUŽ (2)	31	Střední (bez maturity)	F20–F29	11 let
ŽENA (3)	56	Střední (maturita)	F20–F29	33 let
ŽENA (4)	39	Základní	F20–F29	18 let
ŽENA (5)	57	Vysoká škola	F20–F29	34 let
ŽENA (6)	48	Střední (bez maturity)	F20–F29	8 let

## 6.2. Metoda sběru dat

Pro získání kvalitativních dat byla zvolena metoda moderovaného rozhovoru, která byla specifikována na polostrukturované interview. Díky této metodě můžeme získat potřebné informace přímo od klientů, se kterými jsme v přímém kontaktu, tj. můžeme vyzorovat jejich reakce na konkrétní otázky, které mohou značně ovlivnit výzkum.

Součástí moderovaného rozhovoru, je schopnost pozorování, proto ve výsledku výzkumné části mají obě tyto metody velkých vliv na výsledek vytvořené práce. *„Důležitým znakem interview je, že jej nelze provádět bez kombinace s metodami pozorování. Bez kvalitního pozorování není možné provádět kvalitní interview.“* (Miovský, 2006, s. 156)

Polostrukturované interview patří mezi nejrozšířenější metody moderovaného rozhovoru. Při použití tohoto typu rozhovoru si vytváříme schéma, které specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků dotazovat. Během rozhovoru můžeme pořadí otázek či celých okruhů průběžně zaměňovat. Pokud odpovědi nerozumíme, mohu si nechat vysvětlit, jak danou věc účastník myslel. Tazatel musí správně porozumět odpovědi.

### 6.3. Realizace výzkumu

Prostor, ve kterém bude probíhat rozhovor, není nijak podstatný, je ale ovšem důležité se na začátku respondenta zeptat, jestli se v daném prostředí cítí dobře, jestli mu celková místnost vyhovuje popř. jiný z problému, které by mohli vést k ohrožení zpovědi zpovídajícího.

Polostrukturovaný rozhovor je rozdělen do 5 okruhů, kdy na sebe všechny části navazují. V otázkách je použit direktivní i nedirektivní styl dotazování. Ve všech částech bylo vyzkoumáno dostatečné množství informací, které souvisí se socializováním účastníků výzkumu.

Na začátku rozhovorů proběhlo vzájemné představení, během kterého byli respondenti seznámeni s cílem bakalářské práce a s výzkumnými otázkami. Následně byli informováni o podepsání písemného souhlasu s vykonáváním audiozáznamu. Stejný postup proběhl v denním stacionáři PNO i v Horizontu ve Zlíně.

V úvodní části rozhovoru byly účastníkovi kladeny uvolňující otázky, abychom se lépe poznali a odpovídající nebyl natolik nervózní. Prvníokruh, obsahuje otázky na téma rodinné situace. Ve druhém okruhu byl účastník dotazován, kdy se začínaly objevovat první příznaky schizofrenie.

Poslední tři okruhy jsou nejvíce užitečné pro naplnění cíle této bakalářské práce, kdy se třetí okruh vztahuje na zaměstnání účastníků, čtvrtá a pátá část zahrnuje otázky týkající se účinných faktorů, které se podílí na socializaci dotazovaných a pátý okruh je zaměřen na terapie, které účastníci rozhovoru navštěvují.

### 6.3. Metoda zpracování kvalitativních dat

Audio-záznam byl zvolen jako nejvhodnější forma získávání dat pro výzkum. Záznamník je mnohem účinnější metodou, než přepis rukou, a to z důvodu přesnosti, kterou můžeme v záznamu zpětně slyšet. Do záznamu se nám zahrnou pomlky ve větách, promítnou vady řeči či síla hlasu. Ze všech těchto aspektů můžeme vypořádat, jak zpovídaný reaguje na určitá témata, která během rozhovoru probíhají, jestli mu jsou nepříjemná a začne téma měnit nebo naopak část tématu prohloubí a rozhovoří se.

Detaily, které byly zachyceny v rozhovoru, můžeme čerpat pro budoucí vývoj popř. pro řešení problému, které účastníka tíží. Záznam můžeme pouštět i několikrát za sebou, což vypovídá o vhodném výběru pro metodu této bakalářské práce. „*Obecně platí zásada, že pokud získáváme data aplikací kterékoli z metody získávání dat (s výjimkou shromažďování již existujících dokumentů), pak se snažíme, aby zvukový záznam a pozorování výzkumníka, tvořily maximum fixovaných dat.*“ (Miovský, 2006, s. 198)

Po skončení zvukové nahrávky, je důležité, aby byl záznam převeden do textové podoby, kterou Miovský (2006) označuje jako transkripce.

### 6.4. Analýza kvalitativních dat

Pro analýzu kvalitativních dat byla zvolena metoda vytváření trsů. Pomocí této metody můžeme výpovědi jednotlivých respondentů rozdělit do jednotlivých skupin (trsů). Tyto trsy pomůžou k lepší orientaci ve výzkumu, protože v textu hledáme konkrétní pasáže, ze kterých na vzájemné podobnosti, vzniknou dané skupiny. „*Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími znaky, určitým charakteristickým uspořádáním.*“ (Miovský, 2006, s. 221)

Díky využití audio-záznamu, jsou části rozhovorů převedeny doslovně. Následně byla z těchto částí zpracována výzkumná data a vytvářeny jednotlivé skupiny trsů.

## 7. Zpracování výzkumných dat

Tato kapitola se dělí na jednotlivé okruhy, které blíže specifikují situace jednotlivých respondentů.

### 7.1. Okruh č. 1. –Dospívání a rodinná situace

#### Respondent č. 1

*„Mám mladšího bratra o 2 roky, který je 9let ženatý. Bydlí kousek od Frýdku-Místku. Moc spolu asi 2 roky nekomunikujeme, protože jsem nechtěl, aby za mnou jezdil a navštěvoval mě. Já jsem ho pořádně ani s celou situací neuvědomil, neřekl jsem mu, že jedu do nemocnice v Opavě. Nechtěl jsem ho tím zatěžovat, říkal jsem si, že jsem dospělý, že si to vyřeším nějak sám.“*

#### Respondent č. 2

*„Žiji s rodinou, s mamkou a jejím přítelem. Bydlíme v domě, máme psa, činčilu, ptáčky...“*

#### Respondent č. 3

*„Žiju sama s maminkou. Mám bráchu, se kterým se stýkáme omezeně, jeho manželka mi řekla, že mu lezu na nervy, ale nechce mi to sám říct. Že jsem ho prý zneužívala, neustále mu říkala své problémy a on mě nechal mluvit..., nic mi neřekl, protože ví, že mám problém. On je strojní inženýr, velice chytrý a proto má i svých problému na řešení dost. Když jsem tam dlouho nebyla, tak se švagrová hrozně divila, že jsem tam dlouho nebyla, že mám asi opravdu problémy, přitom jim musím každou návštěvu dopředu oznamovat. Nemůžu za ním chodit tak, jak bych chtěla.“*

#### Respondent č. 4

*„Žila jsem s prarodiči, s mámou a se sestrou, byli na mě dosti přísní, vyčítali mi, že nepracuju, že jsem k ničemu, že mám malý důchod. V tu dobu jsem už brala léky a oni vůbec netolerovali, že mám vážnější problémy, takže to brali jen jako lenost. Z toho jsem měla takové deprese, že jsem si sáhla na život. Táta mě k sobě zpátky vzít nechtěl, protože bych*

*byla na přítěž jemu. Nezvládala jsem ani docházet do Horizontu, takže dědeček mi nadával, že mi ani tam nepomůžou, že mám raději doma pracovat. “*

### **Respondent č. 5**

*„Bydlela jsem ve Zlíně od školní docházky, akorát po nemoci jsem se přestěhovala k babičce a dědovi, kde byla i maminka moje u Hodonína – asi 17 let a od roku 2007 zase bydlím tady. Bydleli jsme v domě, o který jsem se taky musela starat a to bylo hrozně vyčerpávající pro všechny. Když maminka v roce 2007 zemřela, tak dědeček s babičkou byli už dávno mrtví, takže jsem se přestěhovala do Zlína. Nezvládla bych to sama.“*

*„ No teď bydlím sama v garsonce, ale mám tu dva sourozence. Nestýkám se s nima moc. Se sestrou víc, ale s bratrem si jen zavoláme občas.“*

### **Respondent č. 6**

*„Mám 5 sourozenců v okolí Zlína.“*

*„Vídáme se moc často ne, ale vídáme se. Ze začátku když sem onemocněla tak to bylo takové horší, než si zvykli ale teď už je to dobré.“*

*„Bydlím ve Zlíně a mám 2 děti, dceru 18 let a syna 16 let a bydlíme spolu. Jsem rozvedená a potom rozvodu se mi to rozjelo ta nemoc. No dcera ta je hodně závislá na mě tak ta plakala, ale oni si jako neuvědomili takto... Oni vlastně jezdili k babičce a vždycky když jsem měla dovolenku v tom Kroměříži, tak jsem jela domů.“*

Z rozhovorů bylo vypořováváno, že u žen se jejich problémy spojené se schizofrenií projevíly ve vztazích v rodině mnohem více, než u mužů.

První účastník žil už před prvními příznaky schizofrenie sám, proto teď nemá za potřebí se svou diagnózou obtěžovat příbuzné. U druhého respondenta můžeme vypořovovat, že jeho problémy začaly v období, kdy žil u matky, byl jedináček a podle toho ho také vychovávala. Když se u něj objevily první symptomy, měl matku a nevlastního otce, kteří mu pomohli se s těmito problémy vyrovnat. Péče, která se mu zejména ze strany matky dostává, je určitě jedna z věcí proč, podle výpovědi, je už rok bez užití drog.

Respondent č. 4 měl rodinné problémy už od dětství. Rodina mu nevěnovala tolik pozornosti, kolik by potřeboval. Začal na něj být vyvíjen tlak z povinností, které mu rodina přidělovala. První příznaky schizofrenie se objevily ve chvíli, kdy chodil do školy a doma to pro něj nebylo lehké. I když bral léky, rodina stále neviděla, že by jeho problémy byly vážnější, než si mysleli.

U respondenta č. 5 lze pozorovat opačný průběh prvních symptomů. Rodina se mu věnovala ve velké míře, maminka ho vždy podporovala, proto v roce 2007, kdy maminka zemřela, musel být znovu hospitalizován do Kroměříže, protože na něj dolehly velké úzkosti, které pro něj nebyly lehké zvládnout.

Žádný z účastníků neměl problém se o jejich minulosti bavit a odpovídat mi na doplňující otázky.

## **7.2. Okruh č. 2.– Počátek onemocnění**

### **Respondent č. 1**

*„V roce 2008, kdy jsem začal mít dluhy, bral jsem v práci přesčasy, cítil jsem se duševně unavený, byl jsem vzteklý, neustále naštvaný do toho jsem měl půjčky, které jsem nemohl ze svého příjmu splatit. Pracoval jsem jako městský policista ve Frýdku-Místku. Jeden z mých nadřízených mě šikanoval, měli jsme mezi sebou problémy, které vyvrcholily až k mému propuštění. Po propuštění z práce, jsem začal mít pocit, že mě kolega pronásleduje a chce mi ublížit. To jsem řekl i před policisty, kteří poznali, že s semnou není něco v pořádku a poslali mě do Frýdecko-Místecké nemocnice a tam mě paní doktorka hned nechala převézt do Psychiatrické nemocnice v Opavě.“*

### **Respondent č. 2**

*„Začalo to poprvé, kdy jsem začal brát drogy. Ve 20-ti jsem je poprvé vyzkoušel a pak se to semnou táhlo až do 30. Kamarádi z vesnice mi dali peníze, ať jim trávu koupím, a tak jsem to i vyzkoušel.“*

### **Respondent č. 3**

*„První příznaky se u mě objevily už v prváku na gymplu, chtěla jsem studovat medicínu, ale najednou jsem měla čtyřky, a tak tak jsem prolezla ročníkem, ale ZŠ jsem udělala s jedničkami, takže paní psycholožka, pod kterou se léčím teď, mi pověděla, že to bylo období, kdy se u mě Schizofrenie začala rozvíjet. Učení na gymplu jsem přestala zvládat, nešlo mi to, ale potom jsem nějakým způsobem i odmaturovala.“*

*„Začala jsem se léčit ve 22, kdy jsem teda byla i rovnou hospitalizovaná. V tu dobu jsem začínala mít strach ze všech doktorů. Měla jsem pocit, že mě chtějí všichni podřezat. Ten strach přetrvává dodneška.“*

#### **Respondent č. 4**

*„Onemocněla jsem brzo, nestihla jsem jít do práce, ve 20-ti letech, přestala jsem chodit do školy, pak jsem se sama chtěla přihlásit do Invalidního důchodu. Byla jsem unavená, po tom co jsem byla neustále doma, jsem se dostávala do depresí a pak jsem nebyla schopná docházet ani tady do Horizontu.“*

#### **Respondent č. 5**

*„Asi přetížení ze školy vysoké v Praze, skoro u státnic, ale dodělala jsem to, jsem inženýrka.“*

*Stres a hned schizofrenie paranoidní, jako by mě chtěl někdo ublížit, zdálo se mně, že mě někdo sleduje. Chytlo mě to na cestě z Prahy do Zlína a měla jsem pocit, že mě někdo ve vlaku sleduje a nevěděla jsem co mi je pořádně a bloudila jsem, až na mě jedna studentka zavolala policii a té jsem vlastně řekla i jiné jméno protože jsem se bála, že mě chtěou taky něco udělat a tak mě odvezli na psychiatrii do Chocně, kde jsem byla asi 3 měsíce, to bylo v roce 1986.“*

#### **Respondent č. 6**

*„Měla jsem tak nějak jako bludy no i takové halucinace takové, nervozita, bolesti páteře a tak se to všechno skloubilo no. Vlastně teď týden co jsem onemocněla tak mě zavolala mě kamarádka jako policii, protože jsem chodila pozdě s dětma do školy, jako jsem vodila syna a dceru do školy jakože se jí to nezdálo, takže vzala kamarádka děti a s tím že si po ně přijdu a já jsem dělala takové hlouposti. Takže tam zavolala na mě policii s tím, že jsem si pro ně nepřišla a v tu dobu co ona volala, jako tak asi na mě už byli najetí ta policie, protože jsem se jí nemohla dovolat, že nepřijdu. Takže neodvezli a policie zavolala lékaře a*



*odvezli mě tady do Zlína do nemocnice na nervové a z nervového mě poslali do Kroměříže.“*

Všichni účastníci zmiňují stejné symptomy, které charakterizují schizofrenii. Úzkostné stavy, stres a nervozita byly u všech respondentů spouštěči diagnózy.

U respondenta č. 2 bylo také vyzorováno, že užívání drog byl hlavní důvod prohloubení schizofrenie. Z jeho úplné výpovědi, která je doložena na konci práce, tvrdí, že je rok bez užití jakékoli drogy.

V docela brzké době si všichni účastníci uvědomili, že s nimi není něco v pořádku. Jediná respondenta č. 5 si to ze začátku nechtěla připustit až do chvíle, kdy ji policie musela zavést do psychiatrické léčebny k hospitalizaci, protože byla naprosto dezorientovaná.

### **7.3. Okruh č. 3. – Vzdělání a následné zaměstnání**

#### **Respondent č. 1**

*„Studoval jsem v Ostravě jako strojní mechanik. Svářeč kovů jsem vyučený. Pak jsem studoval ještě nástavbu, ale tu jsem musel přerušit, protože jsem byl hospitalizovaný v roce 2016. Před tím, než jsem dělal toho policistu, tak jsem pracoval 14let jako zámečnick a svářeč, kdy jsem hned po škole hodně cestoval po republice a manuálně pracoval. V lednu 2019 jsem zašel do střediska charity, kde jsou chráněné dílny, a zeptal se, zdali by mě přijali a neměli pro mě pracovní místo. Udělal jsem vstupní test 4hodinový, kdy mi následně sociální pracovnice sdělila, že bych byl práci schopný vykonávat a mohl k nim nastoupit. Recyklujeme měděný odpad, cívky, hliníkové chladiče pro charitu, pro sběrný dvůr“*

#### **Respondent č. 2**

*„Mám vystudovanou Zemědělskou školu v Opavě, s výučním listem. Teď mám podepsanou jen Dohodu o provedení práce, do 31.12. 2019 a pak se uvidí, co dál. Pracuji jako „pomocná síla“ u nás na obci, kdy si mě zavolají, když potřebují pomoc, třeba dělám výkopy kanalizace okolo naší obce. Práci mi naštěstí našla mamka, protože sám bych toho nebyl schopný. Mám volnou pracovní dobu, je to takové, že mě volají pokaždé jindy a já hned musím přijít. Je to pro mě mnohem lepší, než kdybych musel pravidelně někam docházet...“*

### **Respondent č. 3**

*„Po gymplu jsem pracovala na poště. 3 roky a potom jsem dělala manuální práci. Byla jsem v továrně, kde se tvořily malé čtverečky do televize. Ted' jsem v důchodu.“*

### **Respondent č. 4**

*„Nejdříve v Šumperku do 17-ti, potom se mi rozpadla rodina a přestěhovali jsme se do Zlína. Ve Zlíně jsem nastoupila na „Obchodku“, nemohla jsem spát, ve škole jsem byla nepozorná a žádné léky nepomáhaly. Znova jsem přestoupila na jinou školu, kdy jsem po 2 letech nezvládala praxi a přestala jsem znova. Chtěla bych možná jednou pracovat v továrně, něco jednouchého. Něco skládat možná.. Přítel by chtěl, abych začala chodit třeba někde umývat nádobí nebo uklízet, ale bud' mě nikde nechťeli, nebo jsem to přestala zvládat a zase jsem se zhroutila.“*

### **Respondent č. 5**

*„Ted' jsem v chráněné dílně, co mě všichni umřeli z rodiny tak sem ve 44 zůstala se sourozencema u sestry v bytě po smrti rodičů a potom jsem šla na chráněné bydlení rok a 3n měsíce jsem tam asi byla a potom jsem si pořídila tu garsonku.“*

*„No děláme svíčky, keramiku jako pracovní rehabilitace, ale je to pro mě těžké no. Víte, já mám problém s činností, jakože se přinutit k něčemu ale bojuju. Už jsem chtěla několikrát skončit někdy je to stres, když se uklízí na konci třeba. Ale jak říkám už mám nějaký ten věk, je mě 56 no. Ale hlavně mi dělají zle lidi. Jako když jich je hodně na jednom místě. Je tam málo místa a musíte se ohlížet a říkat s dovolením no nedělá mi to dobře hlavně po neděli no, když je asi nový týden nevím no, jsem pak tím podrážděná, víte. Mám pak pocit, že se na mě někdo pořád dívá a tak no.“*

### **Respondent č. 6**

*„Jsem vyučená prodavačka potravinářského zboží. Dělala jsem v oboru, jako předtím jsem se přemísťovala jako z měst jako pokaždé něco jiného no.“*

*„V roce 2009-2010 vedoucí prodejny a dělala jsem tam sama a onemocněla jsem s páteří a dlouhodobě takže za mě našli zástup, takže jsem měla potom v roce 2010 jsem výpověď dohodu.“*

*„Ted'ka od roku 2013 pracuji v horizontu, uklízím. Jsem aspoň mezi lidma, pomáhá mě to hodně. Ze začátku než jsem se z toho dostala, když jsem dostala ty léky tak sem byla taková otupělá, takže to bylo takové ještě... až ted' se mi zdá, že se to zlepšuje no trošku.“*

Z rozhovorů vyplývá, že u pěti z šesti respondentů, začala schizofrenie v průběhu nebo na konci školní docházky. Tlak, který na ně kladla rodina nebo zkoušky ve škole, byl tak veliký, že ho sami nemohli zvládnout. I přesto střední vzdělání s maturitou nebo výučním listem, ukončili všichni kromě respondenta č. 4, která své vzdělání zakončila vzděláním základním.

U respondenta číslo 1. a č. 6, bylo zjištěno, že jako jediní z šesti respondentů mají zájem o práci, protože ví, že práci potřebují. Nemají problém s ní začít, nepřipadají si leniví a apatičtí. U ostatních dotazovaných jsme vyzorovali, že je práce nebaví, že se jim do ní nechce, nejsou schopni se ráno přinutit vstát z postele a začít s úklidem. Všichni si to ale uvědomují, jen s tím nemůžou nic udělat, protože ví, že mají schizofrenii, na kterou se můžou v některých chvílích vymluvit.

## **7.4. Okruh č. 4 – Terapie při schizofrenii**

### **Respondent č. 1**

*„No tak určitě je dobré vidět, že v tom nejste sám, i když ve stacionáři jsou různí lidé, tak vesměs máme stejné problémy v hlavě. Nebo jsme alespoň měli. Hrajeme hry, které nám pomůžou k lepší připravenosti do života potom. Paní psychologky většinou vymýšlí různé křížovky, ve kterých jsou věci ze světa, který mi ještě vidíme jinak. Většinou si po skupinové terapii vaříme obědy, takže vyberou dva z nás, kteří jdeme společně do obchodu, napíšou nám, co máme koupit a mi se podle toho lépe orientujeme. To mi hodně pomohlo, protože když pak jdu sám do obchodu, tak vím, jak co mám dělat. Takže jsem rád, že na tyhle terapie můžu docházet.“*

## **Respondent č. 2**

*„Na začátku většinou řekneme, co budeme dělat po dopoledni. Pracovnice se nás zeptají, co jsme dělali dny před tím a co chceme stihnout do další terapie. Hodně mluvíme. Je dobré, že můžu mluvit cokoliv a ony nás poslouchají. Je to dobré pro mě, sice jsem většinou nejmladší mezi ostatníma, ale aspoň vím, že na tom nejsem třeba až tak špatně. Děláme dost věcí, které by nám měli pomáhat. Ty základní věci, které dělají všichni. Vyplňujeme různé otázky osobní, které dostaneme.“*

## **Respondent č. 3**

*„Ráda maluju, takže mi pracovnice dovolí malovat a u toho si třeba povídám s ostatními. Nebo potom sedíme v kruhu a bavíme se o nějakém tématu, které nám psycholožka zadá. Taky se bavíme o tom, co jsme udělali od minulé terapie.“*

## **Respondent č. 4**

*„Docházím třeba i 3x. týdně, kdy si každý stanoví se svoji klíčovou pracovnící, co bude dělat. Třeba malujeme. Potom si vzájemně povídáme, bavíme se o tom jak jsme se měli, co bychom chtěli dělat ve zbytku dne. Jednou jsme třeba malovali abstrakce, tak to mě bavilo.“*

## **Respondent č. 5**

*„Ze začátku, kdy jsem o nemoci ještě nic nevěděla, tak mi skupinová terapie velice pomohla. Mohla jsem se na vše zeptat a pomohlo mi to ve vnímání světa jinak. Teď už jsem jedna z nejstarších, takže nedocházím na skupiny. Už jen do chráněné dílny.“*

## **Respondent č. 6**

*„Ano, chodila jsem na skupinové terapie tady v Horizontu, tady chodí psycholožka a dělá takové schůzky. Ale taky mě to pomáhalo, že jsme relaxovali nebo cvičili, učili jsme se dechové cvičení a tak. Nebo jsme se rozvykládali jak se cítíme a tak. To jsme dělali.“*

Z rozhovorů bylo usouzeno, že skupinová terapie je pro většinu respondentů přínosná. Můžou se na ni odreagovat, protože ví, že v situaci, která je tíží, nejsou sami, že nejsou jediní, kteří zažívají stejné stavy jako oni. Psycholožka popř. sociální pracovnice je vyslechne a nechá jim možnost pro případné dotazy.

V Horizontu taky mají možnost si některé části skupinové terapie určit podle sebe, což pro respondenta č. 3 je velice vyhovující.

Většině účastníků se zamlouvá, že na terapii jim pracovníci dovolí volně hovořit o jejich problémech starostech, můžou to ventilovat a nikdo je za to neodsoudí, což u většiny z nich, doma udělat nemůžou.

## **7.5. Okruh č. 5- Účinné faktory pro lepší průběh socializace**

### **Respondent č. 1**

*„Rád jezdím na kole, pěstuji kytky, u kterých pak vidím ten pokrok, když rozkvetou a z toho mám radost. Mám pár kamarádů tady v Opavě i ve Frýdku, tak s nimi se setkávám a to mi taky pomáhá. Sám si chodím nakupovat, vařím si obědy. Hlavně odpočívám a snažím se nebyt psychicky vyčerpaný. A vím, že chci dál žít a podle toho si všechno zařizuji a snažím se dělat běžné věci, které dělají ostatní lidé.“*

### **Respondent č. 2**

*„Rád jezdím na kole, na bruslích a mám rád lyžování a v létě rád plavu. Domácí práce, které mě mamka nutí dělat, počítačové hry nebo kamarádi“*

### **Respondent č. 3**

*„Nakupuji, vařím doma, čtu si, vymalovávám si omalovánky (mandaly). Moje neteř je teď v Bruselu a poslala mi domů takové omalovánky z Muchových obrazů. Tak to mám moc ráda, při tom se vždycky pěkně uvolním. Když jsem byla naposledy v nemocnici, tak mi pořád říkali, že se mám naučit být odborníkem na svou nemoc. Proto jsem se naučila, že po obědě si musím jít na hodinu minimálně lehnout. Lehnu si, přetáhnu si deku přes hlavu a tak do 2 hodin jen ležím a kolem půl druhé si začnu pouštět písničky. Kdysi jsem chodila do tanečních, kde jsem potkala jednoho kluka, který byl členem Černého divadla v Praze, bylo to velice zajímavé, kdy on dělal mima a navedl mě na vyjadřování nálady v tanci, takže když potřebuji ráno vyjít z postele, tak si pustím písničky, které mě nabudí, a já začnu tančit. Doslova vytančím z postele. Vstávám okolo 9 hodin, do 10 snídáme s maminkou, pak jdeme do obchodu, potom vaříme oběd a pak si jdu teda lehnout, po 2 hodině si dávám kávu. Po kávě musím jít zatopit. Takový režim mi pomáhá k uvolnění.“*

#### **Respondent č. 4**

*„Třeba když hrajeme hry v Horizontu, nebo když si děláme procvičování paměti. Chodila jsem i do nácviku práce, ale to jsem nezvládala. Vytváříme různé nové věci, což je pro mě únavné a vyčerpávající. Jinak třeba ráda pletu, čtu.“*

#### **Respondent č. 5**

*„No třeba ta pracovní rehabilitace, abych vyvíjela nějakou snahu, protože většinou poléhávám doma no. Aspoň jdu mezi lidi, když mě to už doma ubíjí no třeba, jak teď byl ten koronavirus. Kdysi mi pomáhalo, když sem byla mezi lidma, co mají podobné problémy jak já no nebo stejné. Ale, teď sem radši sama no. A hlavně potřebuju ticho teda no, nemůžu hudbu nebo rádio, musím mít klid.“*

#### **Respondent č. 6**

*Poslouchám i hudbu, a když mám čas tak čtu i knihy to mě baví. Poslouchám cimbálovku i dechovku. To mě taky odreaguje trochu.“*

*„Děti přijdou ze školy a vařím nebo snažím se vařit a prát a žehlit. Dělán všechny práce. Děti mě zaměstnají nejvíce, ale mi to nevadí, nepřemýšlím špatně alespoň po tom.“*

Z výzkumu bylo vyzorováno, že každý účastník má svůj ověřený způsob odreagování, který mu pomůže na úzkost, kterou všichni respondenti zažívají.

U všech dotazovaných, kromě respondenta č. 5, jsme zjistili, že jim k uvolnění pomáhají lidé, kteří se v jejich okolí vykytují. Pro jejich relaxaci je také dobré, když si pustí muziku popř. televizi, jejich kognitivní funkce jsou zaměstnány jinak, než přemýšlením a vymýšlením konspiračních teorií.

Respondenta č. 5 upřednostňuje raději ticho. Je od rána do dvanácté hodiny zavřena v malém prostoru, kde vykonává práci, která ji nenaplnuje natolik, aby její myšlenky a hlasy, které slyší, byly dostatečně utišeny. Proto z výpovědi této respondenta soudíme, že ji vyhovuje ticho, ve kterém se ji myšlenky z celého dne ustálí. Nemá pocity pronásledování, které ji během dne sužují.

Z hlediska speciálněpedagogického poradenství, které nemá jednotný pohled na schizofrenii, lze říci, že na začátku každého vyšetření je nutné provést základní

speciálněpedagogickou diagnózu, podle které se speciálněpedagogickými přístupy dále řídit. Tento postup je však stále ve fázi objasňování a neurčitých myšlenek, proto pro stanovení této diagnózy z pohledu speciální pedagogiky je daleká cesta.

## 8. Výsledky a Diskuze

Hlavním cílem závěrečné práce bylo nalézt vhodné podmínky, které jedincům s duševním onemocněním pomůžou k lepší socializaci. Zjistit účinnost skupinové terapie posoudit do jaké míry účastníkům pomáhá.

Ve výsledku mé práce bylo posouzeno, že každý člověk s diagnózou schizofrenie je jiný. Mají sice stejné počáteční příznaky, ale průběh může být diametrálně odlišný.

Výzkumu se zúčastnily čtyři ženy a dva muži. Podle výsledků z rozhovorů, které byly provedeny, bylo jednoznačně poznat, že při chronickém průběhu nemoci, nezáleží na pohlaví, ale na soudružnosti, která by měla být v rodině nemocného a jeho okolí. Všichni z šesti zkoumaných respondentů měli chronický průběh diagnózy.

Pokud bychom hovořili o možných suicidálních sklonech, které jsou typické pro duševní onemocnění, ani jeden z respondentů nevyznačoval známky sebedestruktivního chování. Pro možný výskyt těchto sklonů, by bylo zapotřebí udělat dlouhodobější výzkum popř. udělat rozhovory i s psychologkami či sociálními pracovníci, které mají tyto dotazované ve své péči delší dobu.

Tento výzkum byl značně ovlivněn možnostmi, které mohly zkreslit jeho význam. První dva rozhovory proběhly v říjnu 2019 následně další dva v lednu 2020. Po konzultaci bakalářské práce bylo usouzeno, že pro lepší výsledky výzkumu bude zapotřebí udělat ještě minimálně dva další. V březnu 2020 v České republice byla vyhlášena karanténa, která značně ovlivnila možnost dalšího setkání s osobami se schizofrenií. Po domluvách s psychologkami z obou zařízení, bylo jasné, že rozhovory nebudou možné udělat. Poslední dva rozhovory byly proto provedeny 26.6. 2020.

Jako další zkreslení výzkumu by mohlo být považováno i fakt, že někteří respondenti neřeknou pravdu na otázku, na kterou bylo tázáno. Po rozhovoru s psychologkami či soc. pracovníci jednotlivých zařízení, bylo usouzeno, že jeden z šesti

respondentů neříkal záměrně pravdu, protože se svého konání dopustil i přes zákaz psychiatra. Za další nepravdivost a ovlivnění výsledků výzkumu, bylo také posouzeno z výpovědi dalšího z respondentů. Na rozdíl od uvedeného prvního respondenta, který si svůj čin uvědomoval, ale během audio-záznamu nechtěl přiznat, byla výpověď ovlivněna symptomy, které schizofrenie obnáší a to vymyšlení konspiračních teorií, které si respondent nepřipouští.

I přesto, že na výzkum nebylo tak velké množství času, byly výsledky výzkumu takové, jak bylo očekáváno. Všechny výzkumné otázky, které se stanovily před rozhovory, byly zodpovězeny. (viz. s. 31)

Dílčí cíl byl stanoven, abychom zjistili jakou účinnost má skupinová terapie na socializaci jednotlivých respondentů. Z výpovědi účastníků rozhovorů je zřejmé, že účast na tomto druhu terapie je pro ně přínosem. Můžou si procvičit a prodiskutovat nacvičování předmětů denní potřeby. Zeptat se psychologek na otázky, na které nemají odpovědi od nikoho z okolí, protože je za dotazování nikdo neodsoudí.

Pro srovnání výzkumu, který vzešel z této bakalářské práce, bylo vyhledáno množství jiných závěrečných prací, které měly strukturu podobnou jako tato práce, proto bylo možné objektivně posoudit vzájemné výsledky.

Pro první srovnání byla zvolena bakalářská práce Bc. Michaely Fousové, která se zabývala péčí, která je poskytována lidem se schizofrenií a následnou resocializací. Toto šetření prováděla za pomoci dotazníků určené pro lidi se schizofrenií žijící v zařízení sociální péče. Z jejího výzkumu bylo usouzeno, jak je důležité, aby se zdravotníci i pracovníci sociální péče snažili jednotlivé klienty vnímat a poslouchat jejich potřeby, protože je každý schizofrenik jiný. Dopomáhat jim k činnostem, které pro ně mají pozitivní vliv. (Fousová, 2010)

V další závěrečné práci, kterou publikovala Bc. Romana Šteflová, která se zaměřila na charakteristiku symptomů u paranoidní schizofrenie, která je diagnózou i u respondentů mé práce, bylo možné srovnat výsledek obou prací za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Na rozdíl od práce Bc. Šteflové, ve které se vyskytují respondenti, kteří mají suicidální sklony, které se u respondentů z mé práce nevyskytovaly. Zbylé symptomy, které uvádí, že obě práce jsou totožné. (Šteflová, 2016)



Pro poslední srovnání závěrečných prací, byla vybrána práce Bc. Veroniky Konopáskové, která se zabývala vlivem schizofrenie na kvalitu života. Její práce byla vedena kvalitativním přístupem za pomoci rozhovorů. Z výsledku těchto rozhovorů je možné srovnat s rozhovory mé práce, z důsledku vzájemné podobnosti z výpovědi klientů. V práci Bc. Konopáskové na rozdíl od mé práce můžeme vidět mladší věk respondentů, kteří vyvíjí stejné úsilí v socializaci, jako respondenti z mé práce, kteří jsou až o polovinu starší.

Z těchto dvou závěrečných prací je zřejmé, že respondenti, kteří navštěvují Denní stacionáře či jiné organizace pro osoby s duševním onemocněním, mají větší tendenci se co nejvíce zesocializovat za pomoci pracovní terapie. (Konopásková, 2011)

Výsledkem je vzájemná podobnost mezi jednotlivými nezávislými výzkumy. Zmíněná skupinová terapie má velký vliv na sebevědomí osob se schizofrenií, proto je důležité ji provádět ve všech zařízeních, ve kterých se vyskytují jedinci s duševním onemocněním.

### **Ke shrnutí bakalářské práce jsou uvedeny odpovědi na výzkumné otázky:**

#### **1. Do jaké míry ovlivňuje respondenty jejich okolí? Jejich rodina či kamarádi?**

Všechny výpovědi respondentů jsou prakticky totožné. Většina z nich uvedla, že je pro ně rodina, popř. jeden z příbuzných velmi důležitý člověk v životě, protože jim pomáhají k většímu pochopení věcí, které se jim zdají nereálné.

Respondent č. 2 uvedl, že bez pomoci jeho matky, která mu pomáhá s hledáním nových prací, by si sám nic nenašel.

Respondent č. 1 uvedl, že by si díky přátelům, které měl už v období před schizofrenií, nenašel nové bydlení zpátky ve Frýdku-Místku, kde vyrůstal.

Respondent č. 6 je díky svým dvěma dětem, neustále zaměstnaný, proto nemá tak velké množství negativních myšlenek jako respondent č. 3.

#### **2. Jaké účinné faktory nejvíce napomáhají k socializaci?**

Každý z respondentů má svou aktivitu, která jim pomáhá a oddaluje záchvaty úzkosti. Čtyři z šesti účastníků uvádí, že jejich pracovní povinnost jim pomáhají k přiblížení normální reality. Připadají si potřební a užiteční. Tři z vyzpovídaných respondentů uvádí, že se k práci musí nutit, jejich symptomy schizofrenie bývají tak silné, že jsou apatičtí vůči činnostem a povinnostem, které mají.

První z dotazovaných respondentů uvádí, že si uvědomuje důležitost pracovních povinností, z důvodu nedostatku financí, které má a proto i nechut', která ho v některých dnech provází, zvládá potlačit.

Je zajímavé, že z výzkumu vyplynulo, že většina dotazovaných pro své uklidnění, potřebuje hudbu, tanec, společnost ostatních lidí, jen jeden respondent uvedl, že pro zvládnutí situace potřebuje ticho a klid.

### **3. Jaké je zhodnocení skupinové terapie? Jaký vliv má na průběh léčby?**

Z výzkumu vyplynulo, že působení skupinové terapie na respondenty má pozitivní vliv na jejich následné socializace. Respondent č. 1 a č. 2 uvedli, že se v skupinové terapii cítí dobře, protože ví, že nejsou jediní, kteří se potýkají s touto diagnózou.

Možnost konfrontace s psychologkami či sociálními pracovníci během skupin. Terapie jim pomáhá v překonávání stigmat, které se vyskytují v souvislosti s pojmem schizofrenie.

Respondent č. 5 uvedl, že skupinová terapie mu vyhovovala hned ze začátku diagnózy. Teď neshledává důležité tuto skupinu navštěvovat, protože si umí poradit sám a ve skupině se necítí dobře z hlediska nízkého věku, který převažuje v terapiích.

Respondent č. 6 podotýká, že cvičení, která byla součástí skupinových terapií, byla velice přínosná. Naučil se pracovat s dechem a cvičení, která vykonává už delší dobu, protože jsou prospěšná pro relaxování.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit a přiblížit faktory, které umožňují lidem se schizofrenií jejich socializaci a účinnost skupinové terapie na jejich osobnost. Z výsledku vyplývá, že tento cíl byl vyhotoven jako uspokojující. Jelikož byl počet respondentů malého počtu a respondenti byli posuzováni jen ze dvou organizací, tak výsledky, které byly vyzkoumány, nelze aplikovat globálně pro všechny osoby se

schizofrenií. I když se některé odpovědi ztotožňovaly, je zde pořád velké množství lidí trpící touto diagnózou, kteří potřebují empatické zacházení ze stran sociálních pracovníků.

## 9. Závěr

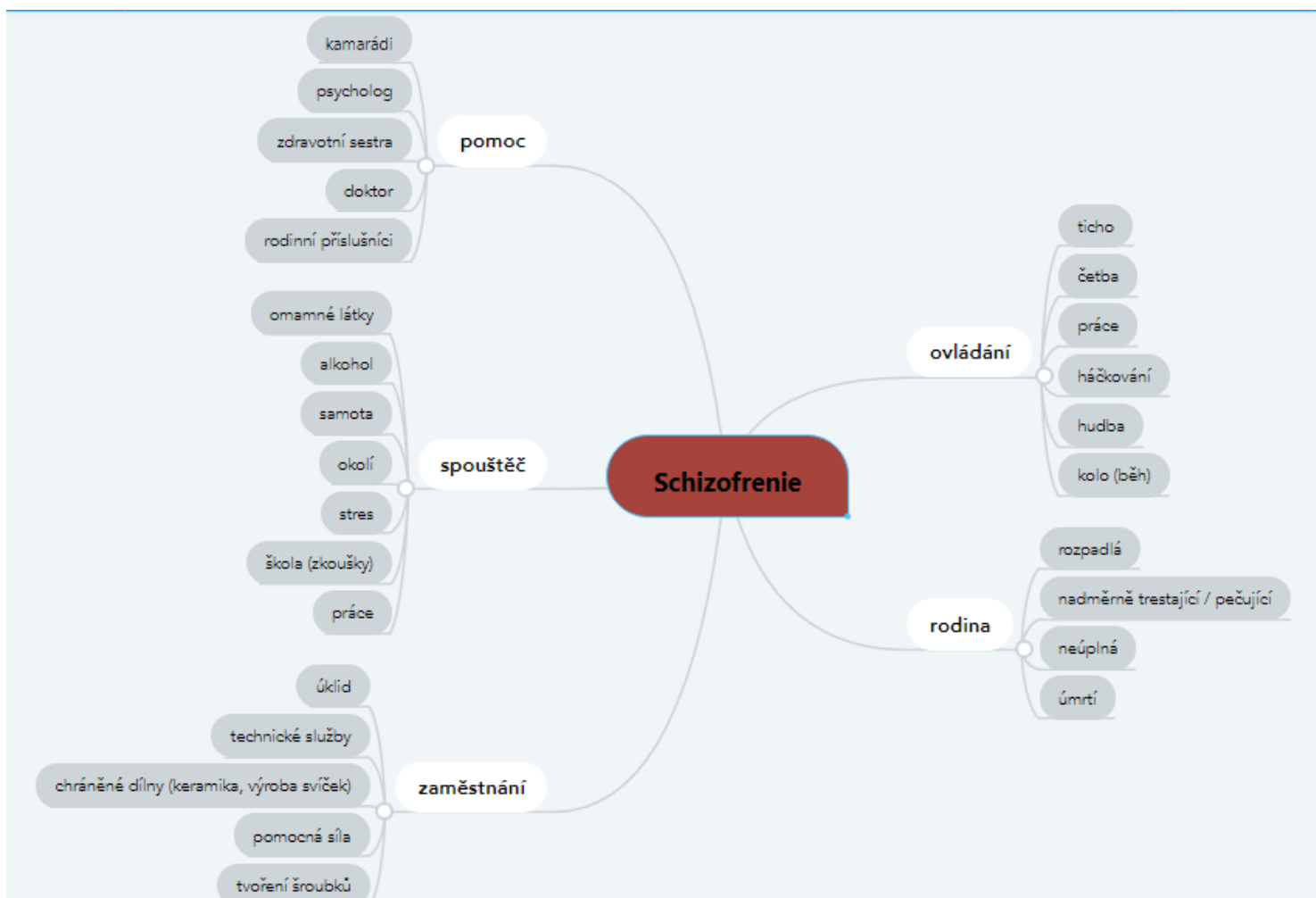
Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické, ve které je popisována historie pojmu duševní onemocnění, socializace a její rozdělení, terapie schizofrenie společně s rozdělením na jednotlivé kategorie schizofrenií a upřesnění dvou duševních onemocnění, která se v práci vyskytují. Význam skupinové terapie a ostatních faktorů pro co největší resocializace jedinců se schizofrenií

Druhá je část praktická, ve které je popsán kvalitativní přístup, který byl zvolen pro výzkum této práce. Výběr výzkumného souboru, metoda sběru dat, následná analýza a zpracování výzkumných dat společně s výsledkem práce.

Stigmat, která jsou spojena se schizofrenií je mnoho. Je ovšem důležité si vždy uvědomit, že tzv. Haló-efekt je silný faktor, který ovlivní názor laické veřejnosti. Tato práce by chtěla poukázat na to, že nesoudit lidi hned na první dojem je velice důležité. Lidé se schizofrenií, mají spoustu podobných problémů jako majoritní společnost, jen s nimi neumí tak správně zacházet.

Na závěr je důležité zmínit, že i přesto, že se schizofrenii nevěnuje příliš velké množství speciálních pedagogů a není z hlediska speciální pedagogiky vymezena, tak speciálněpedagogické metody jakožto např. ergoterapie či speciálněpedagogická intervence jsou důležité vykonávat, pro rozvoj člověka se schizofrenií a jeho resocializací.

Jako upřesnění výsledné práce, příkládám do příloh myšlenkovou mapu, která slouží k přesnějšímu zorientování výsledků.



Myšlenková mapa jako souhrn výsledků z praktické části.

## Seznam literatury

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4033-1.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

HLAVINKA, J. Sdružení pro péči o duševně nemocné. 1. 1. 2004 Dostupné z: <[www.fokus-cr.cz](http://www.fokus-cr.cz)>

JANOUŠEK, Jaromír. *Sociální psychologie*. Praha: SPN, 1988, 185 s., ISBN nepřiděleno

JEDLIČKA, Richard a kol. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5447-5.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 247 s. ISBN 08-080-87

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie neuros*. Praha: Avicenum, 1978 ISBN: nepřiděleno

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024713624.

MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie*. Galén, 2005. ISBN 80-72-62-27-73

MUSIL, J. V. 1999. *Speciální psychologie*. 1. vyd. Olomouc: UP. ISBN 80-244-0008-1.

OCISKOVÁ, Marie, Jan PRAŠKO a kol. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9906-3.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 2. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9424-7

PRAŠKO, Ján a kol. *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie*. Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0496-3

PRAŠKO, Ján, Klára LÁTALOVÁ a a kol. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2798-4.

REZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. Brno: Paido, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9426-1

SOVÁK, M. 1980. *Nárys Speciální pedagogiky*. 4., upr. vyd. Praha: SPN.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha, Portál 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4

VÁGNEROVÁ, Marie a kol. *Psychologie handicapu*. 2. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.

VYBÍRAL, Zbyněk, Jan ROUBAL a a kol. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7

YALOM, Irvin David a Melyn LESZCZ. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 8073673045

### **Internetové zdroje:**

*Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Léčba schizofrenie* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z.s, 2017 [cit. 2020-07-10]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>

*Medicína pro praxi Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti* [online]. Praha Psychiatrické centrum: Medicína pro praxi, 2012 [cit. 2020-07-10]. Dostupné z: [https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med\\_2012090007\\_Schizofrenie\\_diagnostika\\_a\\_soucasne\\_therapeuticke\\_moznosti.php](https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med_2012090007_Schizofrenie_diagnostika_a_soucasne_therapeuticke_moznosti.php)

*Poruchy duševní a poruchy chování: SCHIZOFRENIE, PORUCHY SCHIZOTYPÁLNÍ A PORUCHY S BLUDY (F20–F29)* [online]. Česká republika: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018 [cit. 2020-07-10]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

**Speciální pedagogika (Praha)**. 2009, roč. 19, č. 4, s. 322-331. ISSN: 1211-2720.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas (respondent č. 1)

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas (respondent č. 2)

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas (respondent č. 3)

Příloha č. 4 – Informovaný souhlas (respondent č. 4)

Příloha č. 5 – Informovaný souhlas (respondent č. 5)

Příloha č. 6 – Informovaný souhlas (respondent č. 6)



**Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím  
pro účely Bakalářské práce Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu  
speciální pedagogické andragogiky.**

Byl jsem informován o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Pavlína Špilháčkové s názvem Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu speciální pedagogické andragogiky.

Byl jsem seznámen s průběhem rozhovoru s právem odmítnout odpovědět otázku, pokud mi bude nepříjemná.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu přepisu, nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude následně smazán.

Byl jsem informován o anonymitě. Nikde nebude uvedeno mé jméno, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Dávám svolení, aby Pavlína Špilháčková použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a mohla některé části rozhovoru citovat.

Podpisem vyjadřuji souhlas se všemi písemnými body.

**Datum:** 21.10.2019

**Podpis respondenta:**

**Podpis výzkumníka:**



**Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely Bakalářské práce Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu speciální pedagogické andragogiky.**

Byl jsem informován o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Pavliny Špilháčkové s názvem Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu speciální pedagogické andragogiky.

Byl jsem seznámen s průběhem rozhovoru s právem odmítnout odpovědět otázku, pokud mi bude nepříjemná.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu přepisu, nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude následně smazán.

Byl jsem informován o anonymitě. Nikde nebude uvedeno mé jméno, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

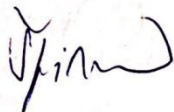
Dávám svolení, aby Pavlína Špilháčková použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a mohla některé části rozhovoru citovat.

Podpisem vyjadřuji souhlas se všemi písemnými body.

**Datum:** 21.10. 2019

**Podpis respondenta:**

**Podpis výzkumníka:**



**Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely Bakalářské práce Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu speciální pedagogické andragogiky.**

Byl jsem informován o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Pavliny Špilháčkové s názvem Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu speciální pedagogické andragogiky.

Byl jsem seznámen s průběhem rozhovoru s právem odmítnout odpovědět otázku, pokud mi bude nepříjemná.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu přepisu, nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude následně smazán.

Byl jsem informován o anonymitě. Nikde nebude uvedeno mé jméno, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Dávám svolení, aby Pavlína Špilháčková použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a mohla některé části rozhovoru citovat.

Podpisem vyjadřuji souhlas se všemi písemnými body.

**Datum:**

12. 6. 2020

**Podpis respondenta:**

**Podpis výzkumníka:**

Špilháčková

**Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely Bakalářské práce Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu speciální pedagogické andragogiky.**

Byl jsem informován o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Pavlína Špilháčkové s názvem Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu speciální pedagogické andragogiky.

Byl jsem seznámen s průběhem rozhovoru s právem odmítnout odpovědět otázku, pokud mi bude nepříjemná.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu přepisu, nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude následně smazán.

Byl jsem informován o anonymitě. Nikde nebude uvedeno mé jméno, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Dávám svolení, aby Pavlína Špilháčková použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a mohla některé části rozhovoru citovat.

Podpisem vyjadřuji souhlas se všemi písemnými body.

Datum: 12.6.2020

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:



**Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely Bakalářské práce Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu speciální pedagogické andragogiky.**

Byl jsem informován o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Pavlína Špilháčkové s názvem Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu speciální pedagogické andragogiky.

Byl jsem seznámen s průběhem rozhovoru s právem odmítnout odpovědět otázku, pokud mi bude nepříjemná.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu přepisu, nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude následně smazán.

Byl jsem informován o anonymitě. Nikde nebude uvedeno mé jméno, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Dávám svolení, aby Pavlína Špilháčková použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a mohla některé části rozhovoru citovat.

Podpisem vyjadřuji souhlas se všemi písemnými body.

**Datum:** 26. 6. 2020

**Podpis respondenta:**

**Podpis výzkumníka:**



**Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely Bakalářské práce Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu speciální pedagogické andragogiky.**

Byl jsem informován o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Pavlína Špilháčkové s názvem Socializace jedinců s duševním onemocněním v kontextu speciální pedagogické andragogiky.

Byl jsem seznámen s průběhem rozhovoru s právem odmítnout odpovědět otázku, pokud mi bude nepříjemná.

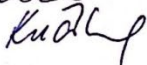
Souhlasím s nahráváním rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu přepisu, nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude následně smazán.

Byl jsem informován o anonymitě. Nikde nebude uvedeno mé jméno, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Dávám svolení, aby Pavlína Špilháčková použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a mohla některé části rozhovoru citovat.

Podpisem vyjadřuji souhlas se všemi písemnými body.

Datum: 26.6. 2020

Podpis respondenta: 

Podpis výzkumníka:



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Pavλίna Špilháčková
<b>Katedra nebo ústav:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2020

<b>Název závěrečné práce:</b>	Socializace jedinců s duševním onemocněním
<b>Název závěrečné práce v angličtině:</b>	Socialisation od individuals with mental illness
<b>Anotace závěrečné práce:</b>	<p>V bakalářské práci jsou obsaženy základní informace o schizofrenii, její léčbě a symptomy, které ji doprovází. Pohled speciální pedagogiky na problematiku schizofrenie. V teoretické části je také nastíněn koncept skupinové terapie, která pozitivně působí na psychosociální rehabilitaci jedinců se schizofrenií.</p> <p>Praktická část obsahuje výzkum, který byl prováděn u šesti respondentů, kteří se chtějí resocializovat do jejich života.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Schizofrenie, socializace, skupinová terapie, léčba, účinné faktory,
<b>Anotace v angličtině</b>	<p>This bachelor thesis includes basic informatik on schizophrenia, including treatment and symptoms. The point of view of special pedagogy on the Ister of schizophrenia.</p> <p>It will also outline the cocept of group therapy, which has positive effect on psychosocial rehabilitation of individuals suffering from schizophrenia. The practical part contains rsearch conducted on six respondents who wish to resocialise.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině</b>	Schizophrenia, socialisation, group therapy, treatment, effective factors
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	6
<b>Rozsah práce:</b>	64stran

<b>Jazyk práce:</b>	český
---------------------	-------