

Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta

Bakalářská práce

2018

Šárka Lufinková

Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta
Ústav sociální práce

Sociální práce a ergoterapie u osob s duševním onemocněním

Bakalářská práce

Autor:	Šárka Lufinková
Studijní program:	Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální a charitativní práce
Forma studia:	Kombinovaná
Vedoucí práce:	PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Šárka Lufinková
Studium:	U1407
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální a charitativní práce
Název bakalářské práce:	Sociální práce a ergoterapie u osob s duševním onemocněním
Název bakalářské práce AJ:	Social work and occupational therapy for persons with mental illness

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Tato bakalářská práce se bude zabývat tématem sociální práce a ergoterapie u osob s duševním onemocněním. Bakalářská práce se bude skládat ze dvou částí z teoretické a praktické části. Na začátku teoretické části práce budou vymezeny základní pojmy duševní zdraví a duševní nemoc. Dále budou popsány příčiny a příznaky duševních poruch a jejich rozdělení. Část práce se bude zabývat systémem poskytování zdravotní a sociální péče o duševně nemocné. Další část bude věnována terapiím pro osoby s duševním onemocněním, převážná část bude zaměřena na ergoterapii vymezení pojmu ergoterapie, prostředky a cíle ergoterapie. Závěr teoretické části práce se zaměří na organizace pomáhající osobám s duševním onemocněním v Libereckém kraji. Cílem práce je popis základních pojmů v oblasti duševních onemocnění, sociální práci s osobami s duševním onemocněním a také popsání prostředků a cílů ergoterapie. Praktická část bude obsahovat kvantitativní výzkum, který bude proveden formou dotazníku. Cílem praktické části bude posouzení vlivu sociální práce a pracovní terapie na kvalitu života osob s duševním onemocněním.

DUŠEK, K., A. VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6 MAHROVÁ, Gabriela a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 44-47. Klient s duševními problémy v systému sociálních služeb. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5 PĚČ, Ondřej a kol. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. 1. vydání. Praha: TRITON, 2009, s. 72-76. Expresivní terapie a arteterapie. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3 VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4 JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, ŠAJTAROVÁ Ludmila, Ergoterapie, Portál, Praha, 2009, ISBN 978-80-7367-583-7 MATOUŠEK, O. et al. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F. Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3 KŘIVOHLAVÝ, Jaro, Psychologie zdraví, Portál, Praha, 2001, ISBN 80-7178-774-4 MENTZOS, Stavros, Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2009

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.
Oponent:	Mgr. Zuzana Machová
Datum zadání závěrečné práce:	4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Trutnově dne

Šárka Lufínková

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D. za odborné rady, připomínky a vstřícnost při vedení mé práce. Dále bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumného šetření, bez kterých bych jej nemohla realizovat.

Velké poděkování patří mé rodině a přátelům, kteří mě podporovali po celou dobu studia.

Abstrakt

LUFINKOVÁ, Šárka. *Sociální práce a ergoterapie u osob s duševním onemocněním*. Hradec Králové, 2018. 51 s. Bakalářská práce. Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Tato práce se zabývá tématem sociální práce a ergoterapie u osob s duševním onemocněním.

Na začátku teoretické části práce jsou vymezeny základní pojmy duševní zdraví a duševní nemoc. Dále jsou popsány příčiny a příznaky duševních poruch a jejich rozdělení. Část práce se zabývá systémem poskytování sociální péče o duševně nemocné. Navazuje část věnovaná terapiím pro osoby s duševním onemocněním. Převážná část je zaměřena na ergoterapii: vymezení pojmu ergoterapie, prostředky a cíle ergoterapie. Závěr teoretické části práce se zaměří na organizace v Libereckém kraji pomáhající osobám s duševním onemocněním. Cílem práce je popis základních pojmů v oblasti duševních onemocnění, sociální práce s osobami s duševním onemocněním a také popsání prostředků a cílů ergoterapie.

Praktická část bude obsahovat kvantitativní výzkum, který bude proveden formou dotazníku. Cílem praktické části bude posouzení vlivu sociální práce a pracovní terapie na kvalitu života osob s duševním onemocněním.

Klíčová slova: klient, duševní nemoc a zdraví, ergoterapie

Abstract

LUFINKOVÁ, Šárka. *Social work and ergotherapy of people with mental illness*. Hradec Králové, 2018. 51 s. Bachelor thesis. University of Hradec Králové. Vedoucí práce Leader of the bachelor thesis: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

This thesis focuses on the topic of social work and ergotherapy of people with mental illness. At the beginning of the theoretical part of the thesis are defined basic terms as mental health and mental illness. Then the causes and symptoms of mental disorders and their distribution are described. Part of the thesis deals with the system of social care for the mentally ill. The next part is devoted to therapies for people with mental illness. The main part is focused on ergotherapy: definition for the term ergotherapy, means and goals of ergotherapy. Conclusion of the theoretical part will focus on organizations in the regions of Liberec helping people with mental illness. The aim of the thesis is to describe the basic concepts in the field of mental illnesses, social work with people with mental illness and also to describe the means and goals of ergotherapy.

The practical part will include quantitative research, which will be done in the form of a questionnaire. The aim of the practical part is to assess the impact of social work and occupational therapy on the quality of life of people with mental illness.

Key words: klient, mental illness and health, ergotherapy

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ZÁKLADNÍ POJMY.....	9
1.1 DUŠEVNÍ NEMOC	9
1.2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	10
1.3 PŘÍČINY A PŘÍZNAKY DUŠEVNÍCH CHOROB	10
1.4 DĚLENÍ DUŠEVNÍCH PORUCH	15
2 SYSTÉM SOCIÁLNÍ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ.....	21
3 ERGOTERAPIE	24
3.1 HISTORIE ERGOTERAPIE	25
3.2 PROSTŘEDKY ERGOTERAPIE	25
3.3 CÍLE ERGOTERAPIE.....	29
4 NEZISKOVÉ ORGANIZACE V LIBERECKÉM KRAJI	30
5 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	32
6 POSOUZENÍ Vlivu SOCIÁLNÍ PRÁCE A ERGOTERAPIE NA KVALITU ŽIVOTA OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	33
6.1 CÍLE A VÝZKUMNÝ PROBLÉM	33
6.2 METODY VÝZKUMU	35
6.3 SESTAVENÍ DOTAZNÍKU.....	36
6.4 POPIS REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
6.5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	36
DOTAZNÍK PRO KLIENTY	37
DOTAZNÍK PRO ERGOTERAPEUTY	42
7 INTERPRETACE A SHRNUÍ DÍLČÍCH CÍLŮ	46
ZÁVĚR.....	48
SEZNAM LITERATURY.....	50
INTERNETOVÉ ZDROJE	50
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....	51

Seznam příloh:

PŘÍLOHA 1 - Dotazník

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá tématem Sociální práce a ergoterapie u osob s duševním onemocněním. V obecné rovině lze konstatovat, že v nedávné minulosti trpěli duševně nemocní lidé určitou stigmatizací. V soudobé společnosti už je na ně nahlíženo mnohem pozitivněji, stigmatizace se tak objevuje v daleko menší míře.

Práce je zaměřena na ergoterapii jako jednu z terapeutických metod, kterou lze vcelku úspěšně uplatnit v léčbě duševně nemocných pacientů, ovšem i tato terapie musí být chápána v širším kontextu, neboli jako součást celostní léčby těchto pacientů.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. V první kapitole teoretické části budou vymezeny základní pojmy, do kterých řadíme duševní nemoc, duševní zdraví, příčiny a příznaky duševních chorob. V další kapitole budou tyto pojmy konkrétněji popsány. Tato kapitola se také bude zabývat dělením psychických poruch.

Třetí kapitola je zaměřena na systém sociální péče o duševně nemocné. Následuje kapitola věnována ergoterapii, která se člení na její historii, prostředky a cíle. V závěru teoretické části budou specifikovány neziskové organizace v Libereckém kraji, které se věnují péči o duševně nemocné.

V praktické části bude použita kvantitativní metoda formou dotazníku, který bude zaměřen na posouzení vlivu sociální práce a ergoterapie na duševně nemocné pacienty, zde bude posouzena zejména kvalita jejich života. Dotazník bude mít dvě skupiny respondentů: ergoterapeuty a klienty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMY

Mezi základní pojmy lze zařadit: duševní zdraví, duševní nemoc, příčiny a příznaky duševních chorob a také jejich dělení. Právě proto se v následujících podkapitolách budeme věnovat těmto základním pojmům.

1.1 DUŠEVNÍ NEMOC

„Nemoci jsou poruchy v průběhu životních dějů, které jsou spojeny se snížením výkonnosti a většinou i s vnímatelnými tělesnými změnami. Příčiny nemocí jsou vnější, jako živé organismy, horko, chlad, vlhko, mechanické vlivy a chemické škodliviny, nebo vnitřní, jako vrozená nebo v průběhu života získaná dispozice k určité nemoci. Rozlišují se akutní a chronická onemocnění. Tázání a vyšetřování nemocného slouží ke zjištění nemoci, která má různé příznaky. Správné stanovení diagnózy umožňuje účinné ošetření a v omezené míře předpověď vyústění průběhu nemoci.“ (Dorner, 1999, s. 19).

Z obecného pohledu na nemoc lze konstatovat, že nemoc je určitá anomálie oproti normě. Většinou se projevuje jako snížení výkonnosti organismu. Příčiny jsou jak vnější, tak vnitřní. Nicméně pro správné stanovení diagnózy, a to neplatí pouze pro psychiatrii, je nutný rozhovor s nemocným. (Dorner, 1999)

K určení diagnózy psychické poruchy je vhodné znát nejen diagnostická kritéria, ale především normu psychického zdraví, což je často velmi problematické. Právě proto se pohled na určení psychických poruch do značné míry liší. Je na každém lékaři, aby se s touto problematikou vyrovnal a dokázal rozhodnutí aplikovat do své lékařské praxe. (Dušek, Procházková, 2010)

Z těchto definic dvou autorů lze vysledovat určitou rozdílnost. Ta spočívá v tom, že je problematické určit normu a to zejména u duševních chorob. Tedy určit hranice toho, co ještě v normě je a co již není. Nicméně definice duševní nemoci se charakterizuje jako odchylka od určité normy.

Tuto skutečnost lze shrnout i tak, že lékař – psychiatr, je také pouze jenom člověk, který má své zkušenosti, svou cestu životem a na základě toho i určuje diagnózu. Právě proto se stává, že zatímco jeden lékař indikuje takovou léčbu, jiný indikuje jinou. Zároveň se může lišit i diagnostika.

1.2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

„Pojem zdraví nelze chápat negativně – zdraví je tam, kde není nemoc. Kritérium normalnosti samo o sobě neexistuje, je to vždy vztah k něčemu. Také na zdraví se nelze dívat jako na daný stav, ale jako na proces, který má svou dynamiku. Nevyvíjí se sám o sobě, ale vždy v určitém vztahu k prostředí. Organismus je vybaven určitým rozsahem přizpůsobivosti k prostředí a prostředí klade na organismus jistý rozsah nároků. Podobný problém je mezi normalitou a zdravím. Při normalitě máme na mysli projevy, které v určité etnické oblasti zaznamenáváme u většiny lidí. Zdraví je zvláštní případ normálního, má svůj subjektivní a objektivní aspekt.“ (Dušek, Procházková, 2010, s. 22)

Subjektivním aspektem zdraví je především pocit samotného člověka, jak on se v dané chvíli cítí, jaké je jeho prožívání. Oproti tomu objektivním aspektem zdraví se rozumí vnější aspekty. Zdravý člověk má na stejné úrovni zdraví jako subjektivní, tak objektivní stránku. Jsou tedy vyvážené. (Dušek, Procházková, 2010)

Duševní zdraví a duševní porucha jsou hodnoceny v kontinuální rovině. Porucha je totiž ve většině případů včleněna do dynamiky rozvoje osobnosti. V tomto případě se kalkuluje porucha jako vývojová etapa osobnosti, tedy jako součást určitého přirozeného vývoje. Tento proces má ovšem svou vlastní dynamiku. Takový přístup považuje duševní poruchu za přirozenou součást vývoje osobnosti. (Dušek, Procházková, 2010)

1.3 PŘÍČINY A PŘÍZNAKY DUŠEVNÍCH CHOROB

Příčiny duševních poruch lze dělit dle tohoto rozvržení:

- Vnitřní – dědičnost a vývoj centrální nervové soustavy
- Vnější – vlivy prostředí a sociální faktory: frustrace, konflikt, stres, trauma, krize, deprivace (Vágnerová, 2008)

„Souhrn všech dědičných informací se nazývá genotyp. Jsou to předpoklady ke vzniku různých vlastností organismu. Genetické vlohové určují míru rizika vzniku psychické odchylky. Jejich konkrétní projev je ve větší či menší míře závislý na působení vnějšího prostředí.“ (Vágnerová, 2008, s. 30)

Soudobá behaviorální genetika uvádí fakt, že dědičnost ovlivňuje téměř vše a to včetně psychických poruch. Má významný vliv na chování jedince, a to buď ve střední rovině, nebo dokonce ve vyšší rovině. Dědičnost je tedy významným atributem,

se kterým je nutno počítat při hledání příčin u psychických poruch. (Koukolík, Motlová, 2001)

Samotná genetika je hodně ovlivněna partnerskou volbou, zde máme na mysli dva základní termíny: pozitivní selekce a negativní selekce. V případě pozitivní selekce lze mluvit o míře výběru partnera na základě jeho rozumových schopností. Poměrně často se stává, že si lidé vybírají partnera zhruba na stejné úrovni rozumových schopností, v tomto případě lze uvést známé přísloví: vrána k vráně sedá. Naproti tomu příkladem negativní selekce může být například temperament. Pojem temperament vyjadřuje především úroveň emočního prožívání, osobního tempa, celkové reaktivity, apod. V praxi je tomu tak, že se zde přitahují odlišní lidé. Důvod je většinou velmi prostý, vzájemně se doplňují. Na základě lidového pořekadla: co se škádlivá, to se rádo mívá, nebo také protiklady se přitahují. (Vágnerová, 2008)

Další kapitola se zaměřuje na základní vlivy vnějšího prostředí:

- rodina
- vrstevníci
- škola
- pracoviště
- společnost

Rodina je z hlediska rozvoje dětské osobnosti nejdůležitější skupinou, právě v tomto prostředí získává dítě to nejpotřebnější pro svůj vlastní život. Je důležité, aby rodina byla schopna zajistit maximální míru přijetí, pocit bezpečí a jistoty pro dítě. Na druhé straně, rodina také poskytuje dítěti informace o něm samotném. Jednotliví členové a jejich vztahy budují v dítěti vzory, které často napodobuje, to znamená, že dítě má vzory, s kterými se následně identifikuje. (Vágnerová, 2008)

V období dospívání je jedinec odpoutáván ze svého rodinného prostředí a toto prostředí je nahrazeno vrstevnickou skupinou. V tomto období se významně mění charakter tohoto jedince a to ve vazbě na vrstevnickou skupinu, která nemusí být nutně jenom jedna. Tyto skupiny si také vytvářejí své vlastní normy a hodnoty, mění se tak i hodnotová orientace mladého člověka v návaznosti na hodnoty vrstevnické skupiny. Jedinec má zpravidla vysokou potřebu přijetí do skupiny. V důsledku toho je mladý člověk schopen chování, které často není přijatelné společností a má tak sklon například k sociálně patologickým jevům. (Vágnerová, 2008)

Škola, ale také pracoviště je prostředí, které klade na jedince určité nároky. Zejména škola by měla jedinci poskytovat dostatečnou míru přijetí v jeho individuálním nastavení, ale také ho rozvíjet a to jak po osobní stránce, tak připravovat ho na život v dospělé společnosti a budovat schopnost etablovat se na trhu práce. (Vágnerová, 2008)

„Pro neúspěšné, nebo špatně adaptované děti se může stát škola něčím ohrožujícím, nebo naopak bezvýznamným prostředím, například tehdy, pokud rodina nepovažuje školní prospěch za podstatný. Důležité jsou vztahy mezi žákem a žáky, ale také mezi žáky a pedagogy, tyto narušené vztahy mohou být oboustranně velmi stresující pro obě skupiny. Pedagog je autoritou, která má určitou moc, i když objektivně dost omezenou, a proto může dítě různým způsobem ovlivnit.“ (Vágnerová, 2008, s. 47)

Zdrojem zkušeností je celá společnost. V poslední době významným způsobem stoupá vliv veřejného mínění, masmédií. V televizním vysílání i v prostředí internetu nám jsou předsouvány nové normy, hodnoty a to vše vytváří svůj obraz, pod jehož vlivem se mění chování, hodnoty a normy celé společnosti. Zejména mladí lidé jsou na tyto vlivy velmi citliví, navíc v případě, kdy jsou ukotveni v jejich vrstevnických skupinách.

To, co také ovlivňuje naše duševní rozpoložení, je frustrace, kterou můžeme charakterizovat jako situaci, kdy je člověku znemožněno dosáhnout nějakého cíle, i když byl přesvědčen o tom, že tohoto cíle dosáhne. Frustrace je tedy neočekávaná ztráta uspokojení nějaké lidské potřeby. (Vágnerová, 2008)

Dalším již zmíněným vnějším vlivem je konflikt. Určitým způsobem patří do života každého jedince. Stává se však značným problémem tehdy, pokud trvá příliš dlouho. Může být zdrojem frustrace, depresivních nálad, apod. Zejména neřešený konflikt se může stát zdrojem nepříjemných prožitků a dlouhodobých psychických problémů. Je vhodné, aby se člověk naučil řešit přiměřeným způsobem konflikty, a to jak na pracovišti, tak i v osobním životě. (Vágnerová, 2008)

Důležitý vliv na příčinu duševní choroby může mít stres. *„Stres je sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespécifickou noxou. Termín stres má v současnosti mnohem větší a širší použití, rozumí se jím i zátěžová situace nebo stav individua. Z psychologického hlediska lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. Psychologické pojetí stresu je tedy mnohem širší než pojetí biomedicínské. Stres nemusí mít ovšem jenom pouze negativní stránku, ale také*

pozitivní. Určitá míra stresu může totiž člověka aktualizovat, stimulovat ho k hledání účelného řešení situace a tím rozvíjet jeho kompetence.“ (Vágnerová, 2008, s. 50)

Charakteristické znaky stresových situací jsou:

- Pocit neovlivnitelnosti situace
- Pocit nepředvídatelnosti situace
- Pocit nezvládnutelnosti situace
- Nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn

(Vágnerová, 2008, s. 50)

Psychické trauma lze definovat jako náhle vzniklou situaci, která je charakterizována negativním významem pro individualitu jedince a jeho prožívání. Trauma je spojeno vždy s negativním významem a ztrátou, projeví se především v emoční rovině. Takto traumatizovaný člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí a zpravidla prožívá úzkost. (Vágnerová, 2008)

Krise je ze své podstaty narušení rovnováhy a vede k podobným symptomům jako trauma, ale nutně nemusí skončit takovým způsobem. Každá krize nás může naopak posílit, záleží na nastavení jedince, jeho přirozenosti a také na jeho sebeaktivačních tendencích. (Vágnerová, 2008)

„Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. Deprivační zkušenost patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům, může nepříznivě ovlivnit jak aktuální psychický stav jedince, tak jeho psychický vývoj.“ (Vágnerová, 2008, s. 53).

Další část se věnuje příznakům duševních poruch. Příznaky duševních poruch můžeme sledovat v těchto aspektech: vnímání, emotivita, paměť, intelekt, myšlení, vědomí, pozornost, osobnost, jednání, vůle, pudy a instinkty.

Vnímání - je jednou ze základních psychických funkcí, která nám umožňuje orientovat se ve světě. Právě vnímání se odehrává prostřednictvím smyslového vnímání, tedy našich smyslů, z tohoto důvodu je porucha vnímání jedním ze základních znaků duševní nemoci. (Dušek, Procházková, 2010)

„Emotivita je důležitou součástí psychických projevů člověka, vyjadřuje jeho subjektivní vztah k vlastním projevům a k jeho okolí a významně se účastní v regulačních mechanismech, ve všech formách postojů a chování. Emoce mají

hodnotící význam a vyjadřujeme jimi svůj kladný a záporný postoj, pocit libosti a nelibosti, prožitek získání či ztráty hodnot, uspokojení a zklamání. Doprovázejí každé duševní dění, právě proto lze pomocí emotivity pozorovat duševní poruchu nebo nemoc.“ (Dušek, Procházková, 2010, s. 52)

Paměť je schopnost uchovávat, přijímat a dle potřeby si vybavovat svoji minulost, tedy události, které se odehrály v naší minulosti. Paměť je nedílnou součástí diagnostiky duševních poruch, její pomocí zkoumáme aktuální zdravotní stav člověka. (Dušek, Procházková, 2010)

Intelligence je úroveň rozumových schopností, zčásti je souborem vrozených dispozic, ale také získaných předpokladů, které získáváme v průběhu svého života. Toto získávání se zpravidla odehrává ve skupinové rovině. Mezi základní poruchy řadíme především mentální postižení nebo také demenci. (Dušek, Procházková, 2010)

Myšlení patří mezi nejvyšší poznávací funkci organismu a jeho prožívání. Známe mnoho typu myšlení, například logické, spontánní, reaktivní, symbolické, primitivní, magické, symbolické, konkrétní, abstraktní a intuitivní. Právě i tato složka našeho prožívání reaguje na přítomnost duševní poruchy. (Dušek, Procházková, 2010).

Vědomí patří do takzvané globální psychické funkce. Bez jeho správného fungování nejsme schopni efektivním způsobem fungovat. Právě vědomí je jednou ze základních aspektů diagnostiky duševní poruchy. V tomto procesu uvědomování si se uplatňuje celá řada mechanismů, například automatizace. (Dušek, Procházková, 2010)

Mezi další příznak duševních poruch je porucha pozornosti. Zde lze uvést například roztržitost, rozptýlenost, hypoprosexie, hyperprosexie, aprosexie, paraprosexie. (Dušek, Procházková, 2010)

Příznakem také může být porucha pudů a instinktů, která se projevuje v těchto oblastech: sitiofobie, nechutenství, mentální anorexie, bulimie, požívání nejedlých, nestravitelných či neobvyklých věcí, porucha pudu sebezáchovy, poruchy sexuálního pudu, porucha rodičovského pudu, poruchy sociálních pudů, atd. (Dušek, Procházková, 2010)

1.4 DĚLENÍ DUŠEVNÍCH PORUCH

Duševní neboli psychická onemocnění zahrnují mnoho duševních poruch. Některé z poruch mají lehčí průběh a jsou vcelku dobře léčitelné. Jiné vyžadují dlouhodobou léčbu, která obsahuje zdravotní, ale také sociální intervence. Výrazněji také ovlivňují život člověka. Mezi závažná duševní onemocnění lze zařadit schizofrenii, deprese a bipolární poruchu. Projevy a dopady těchto duševních poruch jsou velmi různorodé, mají různou intenzitu a u člověka dochází k narušení kontaktu s realitou. Tato kapitola je zaměřena na dělení duševních poruch:

- 1) Demence je získané postižení, při kterém dochází ke ztrátě již rozvinutých intelektových schopností. Má různou míru progresu a postihuje především starší generaci. Příčin vzniku může být více, mohou ji vyvolat různé faktory, které se mohou ve svém účinku vzájemně ovlivňovat. Primární příčinou demence mohou být genetické dispozice, na kterých mohou záviset reakce organismu na jiné postižení nebo onemocnění.

Biologickým základem demence je funkční nebo morfologická změna mozku. Metabolické odlišnosti jsou dány primární příčinou onemocnění. Morfologické změny mohou být způsobeny krvácením, degenerativními změnami mozkových buněk, hypoxií nebo mechanickým zhmožděním.

Ke vzniku demence mohou rovněž přispět exogenní fyzikální, chemické a biologické faktory nebo mohou být její přímou příčinou, například v případě úrazů a otrav. Další faktory, které mohou do určité míry ovlivnit nástup i průběh onemocnění, jsou sociální faktory: nevhodný styl života spojený s dlouhodobým užíváním alkoholu, tendence k neadekvátnímu riziku s možností úrazu. Aktivní a stimulující styl života, kvalita sociálního zázemí spojená s podporou v případě onemocnění mohou mít pozitivní význam, nemohou však mít zásadní korektivní vliv.

- 2) Mentální retardace je označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Pokud se dítě již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem, jde o vrozenou mentální retardaci. Mentální retardace je trvalá, přestože je v závislosti na kvalitě stimulace a etiologii možné určité zlepšení. Příčinou vzniku mentální retardace je postižení centrální nervové soustavy. Jde o postižení, které mohou způsobit různé faktory. Na jeho vzniku se mohou

podílet jak porucha genetických dispozic, tak nejrůznější exogenní faktory, které poškodí mozek v rané fázi jeho vývoje. Mentální retardaci rozdělujeme na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou.

- 3) Pervazivní vývojové poruchy závažným a komplexním způsobem poškozují psychický vývoj takto postižených dětí. Tento termín je společným označením pro závažnější poruchy, které se projevují již od raného dětství. Typickou pervazivní vývojovou poruchou je dětský autismus. Pojem autismus je charakterizován jako stažení se do sebe a tendence k sociální izolaci. Autismus vzniká jako důsledek organického poškození mozku, avšak jeho etiologie není jednoznačně vymezena. Může se vytvořit různými způsoby a na jeho vzniku se může podílet více faktorů. Vzniká častěji u chlapců, než u dívek. Jedním ze základních symptomů je deficit v oblasti sociálního porozumění a sociální interakce.

Autistické děti reagují neobvyklým způsobem na běžné sociální signály, například oční kontakt, úsměv a mimiku obličeje, neboť nejsou schopny rozlišovat jednotlivé výrazy vyjadřující určitý emoční prožitek. Autistické děti nejsou schopny empatie, nedovedou odhadnout pocity a ladění jiných lidí a nerozumí jejich emočním projevům.

Mezi pervazivní vývojové poruchy jsou dále zařazovány:

- Hellerův syndrom – tato porucha je označována jako dezintegrační porucha v dětství. Jde o poruchu, kdy k autistickému syndromu dochází později po uplynutí období normálního raného vývoje. Postižené dítě se například do dvou let vyvíjí normálně a teprve později se začnou projevovat obtíže v oblasti motoriky a řeči.
- Aspergerův syndrom je charakteristický disharmonickým vývojem osobnosti, převažuje porucha v oblasti sociální interakce a komunikace. Není narušen vývoj řeči ani inteligence. Takto postižené děti bývají motoricky neobratné a verbální projev bývá nápadný svou monotonností a pedantickým důrazem na správné použití jazyka. Příčina této poruchy není jednoznačně určena.
- Rettův syndrom je geneticky podmíněné neurodegenerativní onemocnění, které je velmi vzácné a postihuje pouze dívky.

- 4) Schizofrenie je závažná duševní choroba, projevující se chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Pojem schizofrenie má vystihovat skutečnost, že u nemocných dochází k rozštěpu, rozpolcení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí.

Schizofrenie je skupina poruchy, proto není jednoznačně určena přesná příčina jejího vzniku. Lze předpokládat, že vznik ovlivní komplex mnoha faktorů a jejich vzájemná interakce. Jde o soubor dědičných dispozic, specifických zkušeností, vývojově podmíněných změn a vyvolávajících podnětů.

Symptomy schizofrenie bývají relativně různorodé. Jednotlivé projevy je možné odlišit podle toho, zda jsou projevem nadměrného, resp. zkráceného vyjádření standardních funkcí, tyto příznaky se označují jako pozitivní, nebo jejich úbytku, v tomto případě jde o příznaky negativní. Příkladem pozitivních příznaků jsou bludy, halucinace, vkládání do toku myšlenek, dezorganizace řeči a narušená kontrola chování. Jako příklad negativních příznaků lze uvést výraznou apatii, zpomalenost myšlení, ochuzení řeči, útlum emočních reakcí a sociální stažení.

- 5) Afektivní poruchy – základní projevem je chorobná nálada, která neodpovídá reálně životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, somatické funkce a jednání. Důsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání.

Afektivní porucha může mít charakter jednoho z extrémů emočního ladění – depresivního nebo manického. Pravděpodobnost vzniku určitého typu afektivní poruchy není stejná, depresivní ataka je častější než manická epizoda.

Depresivní poruchy patří k nejčastějším duševním onemocněním. Mohou ji ovlivnit i klimatické podmínky, například kde je méně světla a více chladu, bývá častější. Deprese postihuje častěji ženy, než muže a průměrný věk při první epizodě onemocnění se pohybuje kolem 30 let. Depresivní ladění velmi silně ovlivňuje veškeré prožívání, neboť deprese modifikuje všechny emoce. Nemocní ztrácí schopnost prožívat radost, mají zvýšený sklon k pocitům viny, často neadekvátních situací, resp. zcela nereálných, až bludného charakteru. U závažnějších depresí jsou poškozeny homeostatické mechanismy, což vede ke vzniku pocitu zoufalství, beznaděje a bezmocnosti.

Manická porucha je vzácnější než deprese. Obvykle je součástí tzv. bipolární poruchy. Na rozdíl od deprese se izolovaně vyskytuje jen velmi vzácně. Základním příznakem je povznesená, křečovitá nálada spojená

s hyperaktivitou, expanzivitou a rozjařeností. Nejde ovšem jen o vystupňované veselí, nemocný bývá podrážděný, v napětí a navenek se jeho nápadně dobrá nálada nejví přirozeně.

Bipolární porucha se projevuje střídáním depresivní a manické epizody různým způsobem. Průměrný věk počátku onemocnění je 21 let. Postihuje stejně často muže jako ženy.

- 6) Neurotické a úzkostné poruchy jsou charakteristické chronickou nepříjemnou úzkostí, která se může projevovat vyhocenými akutními atakami, nebo iracionálním a vystupňovaným strachem. Jsou spojené s narušením emočního prožívání. Úzkost je trvalejší osobnostní rys, u kterého převažují pocity napětí a stav neurčitěho obsahu. Strach lze chápat jako konkretizaci úzkosti, je to prožitek obav z něčeho konkrétního. Úzkostná porucha může mít podobu generalizované úzkosti, fobické nebo panické poruchy či obsedantně – kompulzivní poruchy. Úzkostnými potížemi trpí ženy dvakrát častěji než muži a nejčastěji se rozvíjí v mladém dospělosti.
- 7) Posttraumatické poruchy jsou reakcí na jednorázový traumatizující zážitek nebo déletrvající stresovou situaci. Charakteristické je znovuprožívání a přetrvávání této události ve vědomí, spojené s intenzivním strachem, pocitem bezmoci a hrůzy. Mezi takové zážitky lze zařadit závažné onemocnění, smrt, ztráta rodinného zázemí a těžký úraz. Události, které se vymykají běžné lidské zkušenosti, tvoří specifickou skupinu. Jedná se například o znásilnění, přepadení, mučení, ale také živelné a společenské katastrofy. Za těchto okolností nereagují všichni lidé stejně.
- 8) Disociativní (konverzní) poruchy, pro které je charakteristické narušení integrace jednotlivých psychických funkcí, jejich koordinace s motorickými projevy, případně transformací psychických problémů na úroveň tělesných příznaků. Tyto poruchy se dříve označovaly jako hysterické neurózy. Výklad pojmu disociativní spočívá na předpokladu, že určité obsahy vědomí mohou být vytěsněny, přesto pokračují ve svém působení, ale izolovaně, bez kontroly vědomí, a projevují se jiným způsobem než dosud. Obranný mechanismus funguje pouze omezeně. Člověk svůj problém sice vytěsnil z vědomí, ale ten jej dál ovlivňuje a trápí.

Pojem konverze označuje proměnu zatěžujícího a nepřijatelného afektu, přání nebo myšlenky do chování. Často se projeví jako příznak somatické poruchy či onemocnění.

Disociativní poruchy nejsou příliš časté a vznikají jako reakce na nějaké trauma, konflikt nebo neuspokojení určité potřeby. Jsou vyvolány vnějšími vlivy a způsob jejich zpracování závisí na osobnosti postiženého jedince.

- 9) Somatoformní poruchy se projevují pocity tělesných obtíží či subjektivním přesvědčením o vlastní nemoci, která není objektivně potvrzena a somatickými stesky. Příčinou somatických symptomů jsou psychické problémy a poruchy. Somatizace je proces, kdy pod vlivem negativního citového prožitku vzniká nebo přetrvává specifická tělesná reakce. Jde obvykle o poruchy regulace tělesných orgánů. Somatoformní poruchy nejsou tak dramatické jako disociativní poruchy. Vznikají jako somatická reakce na psychickou zátěž.
- 10) Psychické poruchy spojené se somatickými projevy – patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti jsou charakteristické poruchy příjmu potravy. Z tohoto vyplývá narušení vztahu k jídlu a alimentárního chování. Pocitem nespokojenosti se svým zevněškem trpí častěji dívky. Jedním z důvodů je sociokulturní stereotyp zdůrazňující význam ženské krásy. Současným ideálem je štíhlost, která je chápána jako nezbytný předpoklad krásy. Tento aktuální vzor krásy je však pro většinu populace nedostupný, přesto o něj dívky i mladé ženy často usilují. Nejznámější poruchy příjmu potravy jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Tyto poruchy nemají přesně určenou příčinu, objeví se pravděpodobně jako důsledek komplexního působení biologických, psychických i sociálních faktorů. Jedinci, kteří trpí jednou z těchto poruch, bývají nadměrně soustředěni na jídlo.
- 11) Suicidiální syndrom jako projev autoagrese – sebevražedné jednání se v lidské společnosti vyskytovalo vždy, i tehdy, když bylo společensky odmítáno a sankcionováno. Lidé jsou schopni v určitých případech, kdy mají subjektivně dostatečně silný motiv, potlačit pud sebezáchovy a ukončit vlastní život. Ukončení vlastní existence může být chápáno jako únik od něčeho nežádoucího nebo naopak získání něčeho žádoucího. Motivy k sebevraždě mohou být různé. Rizikovými faktory mohou být deprese, schizofrenie nebo porucha osobnosti.

12) Poruchy osobnosti a chování – osobnost člověka funguje jako integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakteristických rysech i relativně stabilní. (Vágnerová, 2004)

2 SYSTÉM SOCIÁLNÍ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

Sociální služby se částečně překrývají s širší kategorií veřejných služeb, které jsou poskytované v zájmu veřejnosti a na rozdíl od komerčních služeb jsou financovány z veřejných rozpočtů. Podrobněji jsou definovány legislativou než jiné služby a díky tomu jsou více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí. Sociální služba může být poskytována i jako služba komerční, například na základě kontraktu mezi poskytovatelem a uživatelem. (Matoušek a kol., 2007)

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, s cílem zlepšit kvalitu jejich života. Dalším cílem je tyto lidi v maximální možné míře začlenit do společnosti nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak i jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství. (Matoušek a kol., 2007)

Vážná duševní nemoc (schizofrenie, afektivní porucha aj.) je proces, jehož průběh není možné předvídat, zejména u lidí mladšího věku a u lidí, u kterých se projevila poprvé. U nemoci může dojít k odeznění akutních potíží nebo se nemoc může zcela vyléčit. Může se také opakovat s mezidobími, v nichž obtíže pacienta omezují méně a jsou méně naléhavé. Jelikož jde o proces, je nutné, aby služby reagovaly na měnící se potřeby nemocného. Požadavku na pružné přizpůsobování služeb odpovídá model řízené péče. Manažerem péče může být vedle psychiatra a psychologa také sociální pracovník. (Matoušek a kol., 2007)

V období akutní nemoci jsou využívána lůžková nebo ambulantní zdravotnická zařízení. Ústavní péče v psychiatrickém zařízení je nutná zejména u pacientů, kteří si nejsou schopni zajistit základní potřeby, a u těch, kteří představují vážné nebezpečí pro sebe či pro své okolí. Péče formou docházky do denního stacionáře je možná u pacientů, jejichž stav jim umožňuje samostatně se do zařízení dopravovat. (Matoušek a kol., 2007)

V období remise obtíží lze provádět soustavnou terapeutickou práci s rodinou. Měla by začít v době, kdy pacient končí intenzivní léčení. Cílem práce s rodinou je především předejít přílišnému pečování o pacienta, ale také jeho zavržení. (Matoušek a kol., 2007)

Léčba schizofrenie je vždy komplexní, to znamená, že jsou podávány léky, zpravidla antipsychotika v kombinaci například s antidepresivy, většina nemocných je

na tuto léčbu dlouhodobě odkázána, dále se jedná o trénink psychosociálních situací. Jsou ovšem pacienti, kteří se plně zotaví už po první atace, ovšem je v podstatě nemožné tyto pacienty určit. Samotná antipsychotika jsou léky, které jsou určeny k odstranění akutních psychotických příznaků a k tomu, aby se pacient dlouhodobě ochránil před rizikem relapsu. (Motlová, Koukolík, 2001)

„Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý obsah i různé cíle – od obnovení stavu duševní rovnováhy až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch. Ačkoliv průběh duševních onemocnění může být významně ovlivněn sociálními faktory a závažně duševně nemocní potřebují více odborné i jiné pomoci, bývají neatraktivní terapeuticky a jsou objekty stigmatizace, jež se týká nejen této cílové skupiny, ale i profesionálů, kteří s nimi pracují. Kvalifikovaná práce sociálního pracovníka je v multidisciplinárním týmu nejen nezastupitelná, ale v některých fázích je pro života člověka se závažným duševním onemocněním primární.“ (Matoušek, 2005, s. 133)

V soudobém pojetí psychiatrie, která má silně komunitní principy, má sociální pracovník tyto role:

1. Vytváří s pacientem vztah založený na respektu a partnerství.
2. Plní roli vyslance, advokáta, ale hlavně je tvůrcem vztahů, a to i směrem do nejbližšího okolí, sousedi, rodina, zaměstnavatelé a řada dalších institucí, které mohou být k prospěchu.
3. Chápe zásadní fakt, že duševně nemocní lidé se od sebe neliší pouze svým onemocněním, tedy danou diagnózou, ale také jejím průběhem. Zároveň také svým sociálním zázemím, vzděláním, věkem, dovednostmi. Dle toho se také indikuje jejich sociální podpora.
4. Duševně nemocní lidé mají svůj vnitřní svět, který je zpravidla velmi bohatý. Tuto skutečnost musí sociální pracovník rovněž respektovat a také akceptovat.
5. Mapuje neustále zdravotní i sociální potřeby svého klienta a snaží se mu nabídnout různé možnosti a alternativy dalšího vývoje.
6. Podporuje readaptaci, tedy proces, na jehož konci je smíření klienta s jeho zdravotním stavem. Často je to dlouhodobý proces, který umožňuje klientovi především jeho sebezpřijetí.
7. Podporuje v maximální možné míře sociální integraci. Snaží se o to, aby se klient ukotvil ve svých sociálních potřebách. (Matoušek, 2005, s. 135-136)

Rozvoj moderní psychiatrické péče nastal zejména po druhé světové válce. Impulsem byly především programy pracovní rehabilitace, objevy nových psychofarmak, ale také boj za lidská práva, kdy se začalo pohlížet jiným způsobem na duševně nemocné lidi. Dalším významným faktorem bylo nové pojetí komunitní práce, tedy psychiatra, psychologa, psychoterapeuta, sociálního pracovníka. Vytvoření malého, ale efektivního týmu, více se dbá na skupinovou psychoterapii a celou řadu dalších atributů. (Matoušek, 2005)

Součástí péče je také terapie, která může odstranit psychické poruchy a nedostatky, které vznikly v důsledku chybějících nebo nevydařených vztahů, ty jsou ale obnoveny pouze v rámci dalšího vztahu, tedy terapeuta a jeho pacienta. Z tohoto pojetí vycházejí všechny psychoanalytické nebo psychoanalyticky orientované terapeutické metody. (Mentzos, s. 172)

Dalším typem terapie jsou takzvané nepsychoanalytické metody, ty většinou vycházejí z učení Carla Rogerse. Jejich podstata spočívá v tom, že klient naprosto nerušeně vypráví své zážitky a terapeut se snaží přesněji a výstižněji charakterizovat afekty s nimi spojené a to tak, že pacientovi neustále vsugerovává, že on, terapeut, tyto afekty akceptuje. Tím je pacientovi umožněno, aby opustil staré postoje a byl schopen přijmout sám sebe. Cílem je zvýšení pacientova sebevědomí, aby si moc nedělal z toho, co si o něm myslí ostatní, posiluje se jeho otevřenost a také jeho realita. (Mentzos, s. 181-182)

Ovšem za posledních asi padesát let se toho v psychiatrii a také ve společnosti mnoho změnilo. Princip stigmatizace již rozhodně není tak velký, navíc se do značné míry ustoupilo a ustupuje od lékařské péče v tom pojetí, že se lidově řečeno blázen zavře do blázince a pokud se nevzpamatuje, tak tam zůstane do smrti, protože přece ohrožuje celou společnost. (Dorner, s. 15)

Jako příklad lze uvést na jedné straně lékařskou péči, ale také sociální péči. Obě tyto roviny by měly být v rovnováze. Více se podporuje integrace, ale také inkluze těchto lidí do společnosti, má to svůj důvod, efektivita takto pojaté léčby je mnohem vyšší a často také levnější.

Zřetelný je také vstup neziskového sektoru do pole sociální práce. Lze zmínit chráněné bydlení, programy péče o mladistvé, o vězně, o staré lidi a přesun této péče z léčeben do přirozeného prostředí, což se neobejde bez vyškolených sociálních pracovníků.

3 ERGOTERAPIE

V úvodu této kapitoly bude nejprve ergoterapie definována. Lze uvést tři základní definice. První je od České asociace ergoterapeutů, druhá od Světové organizace ergoterapeutů a poslední od Rady ergoterapeutů evropských zemí. K dispozici tak budou definice z České republiky, Evropy a světa. Následně je lze vzájemně komparovat.

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity.“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová 2009, s. 13)

„Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění, nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby.“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová 2009, s. 13)

„Cílem ergoterapie je podpořit zdraví a celkový pocit pohody jedince prostřednictvím smysluplného zaměstnávání. Ergoterapeuti jsou přesvědčeni o tom, že zdraví může být ovlivněno činností člověka. Ergoterapie je léčba osob s tělesným a duševním onemocněním nebo disabilitou, při které se používají specificky zvolené činnosti s cílem umožnit osobám dosáhnout maximální funkční úrovně a nezávislosti ve všech aspektech života.“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13)

Každá tato definice je mírně odlišná. Všechny ovšem spojuje skutečnost, že ergoterapie se zabývá tím, jak pomoci člověku, jak zvýšit jeho kvalitu života a to pomocí efektivního a smysluplného zaměstnávání.

Ergoterapie je také multioborová věda. Její základ tvoří především lékařství, ale je také vhodně doplněná sociálními vědami, což z ní dělá právě efektivní nástroj, který lze využít jako součást komunitní práce s duševně nemocnými lidmi. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

3.1 HISTORIE ERGOTERAPIE

Historie tohoto oboru se datuje do období 18. století, kdy se začala ergoterapie, nebo její počátky uplatňovat v léčbě duševně nemocných pacientů. Tito pacienti nacházeli zaměstnání, zde vidíme právě počátky multioborovosti, tedy využití sociálních věd v oblasti lékařských věd a jejich vzájemná interakce. Samotný vznik profese ergoterapie lze uvést v roce 1917. Stalo se tak ve Spojených státech amerických. Zajímavé je, že mezi zakladateli byl zejména psychiatr, sociální pracovníce a architekt. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Jedním z milníků v oboru ergoterapie byly obě světové války, jelikož zde vyvstala celospolečenská potřeba péče o zdravotně postižené, ale také o duševně nemocné lidi, kteří se vraceli z těchto konfliktů do běžného života. Ergoterapie zde nabývala na velkém významu. Dalším východiskem pro ergoterapii byl rozvoj medicínských věd. Lze konstatovat, že je úzce spojen s biomedicínským oborem. Postupem času je možné také vyzorovat, že ergoterapie se již tolik nezaměřovala na nějakou dysfunkci například v pohybovém aparátu, ale odskočila k takzvanému celostnímu pohledu na pacienta a stala se nedílnou a významnou složkou, která je schopna zvýšit úroveň nejen zdravotní, ale také sociální péče o duševně nemocné pacienty. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Ergoterapie se již dnes pevně ukotvila v systému lékařských věd a díky své multioborovosti se stala nedílnou součástí jak zdravotní, tak i sociální rehabilitace.

3.2 PROSTŘEDKY ERGOTERAPIE

Mezi základní prostředky ergoterapie lze zařadit převážně intervenci zaměřenou na osobu-prostředí-zaměstnávání, přístup zdola – nahoru versus shora – dolů, a dále intervenci zaměřenou na nácvik běžných denních činností. Jako volnočasový prostředek se využívá hra, výtvarné činnosti a tradiční řemesla. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

U prvního druhu intervence je ergoterapeut schopný analyzovat, zda jsou faktory klienta, například tělesné funkce a struktury a osobní struktury, v souladu nebo nesouladu s požadavky aktivity, která se odehrává v konkrétním prostředí. Přiměřený, bezpečný a nezávislý výkon běžných denních a pracovních činností a volnočasových aktivit závisí na úspěšné interakci tří složek: osoby, činnosti a prostředí. Pokud jsou schopnosti dané osoby dostatečné pro provedení činnosti a nároků prostředí, osoba je schopna aktivitu zvládat. Pokud požadavky, nezbytné pro splnění úkolu, převyšují

schopnosti klienta, dochází k nerovnováze mezi aktuálním výkonem a dovednostmi. Nerovnováha může být snížena, odstraněna nebo jí může být zabráněno prostřednictvím ergoterapeutických intervenčních strategií. V praxi se často používá kombinace strategií. Ergoterapeut se v intervenci zaměřuje zejména na:

- **adaptaci prvků prostředí nebo nároků** aktivity – cílem je minimalizovat vedlejší účinky či následky znevýhodňujících situací a podpora provádění činnosti. Adaptace se může týkat fyzického prostředí (technické řešení, architektonické úpravy), sociálního prostředí (ostatní osoby, které musí změnit své chování, aktivity nebo role ve vztahu ke klientovi a provádění činností či některých aspektů fungování).
- **úpravu prostředí, v němž se aktivita odehrává** – intervence zdůrazňuje výběr podmínek, které osobě umožňují provádět aktivity v souladu s jejími aktuálními schopnostmi a dovednostmi. Tento přístup zahrnuje i umístění osoby do jiného, více vhodného prostředí (např. bezbariérový byt).
- **prevenci bariér**, které by mohly omezovat provádění činnosti nebo by vytvářely rizika, která se mohou v prostředí objevovat (např. instruktáž pečovatele, jaké opatření v bytě učinit, aby nedošlo k poranění)
- **vytvoření podmínek**, které podporují nebo usnadňují zapojení do aktivity v konkrétním prostředí.
- **obnovení/vybudování schopností a dovedností** – není nutné dosáhnout maximální funkce. Vytváření nových funkcí je nezbytné v případě, pokud nebude možné navrátit úroveň původních dovedností a osoba bude potřebovat zvládat zcela nové dovednosti. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Další metodu intervence, kterou lze v ergoterapii použít je přístup zdola – nahoru versus shora – dolů. Za výhodu tohoto přístupu lze považovat, že intervence zaměřená na obnovu nebo získání schopností může být prospěšná v mnoha úkolech, např. zvýšení svalové síly ramenního kloubu usnadní provádění všech úkolů, pro které jsou tyto schopnosti nutné, např. podat si hrnek z vyšší police. Tento přístup se zaměřuje na vnitřní faktory klienta, proto může být považován z hlediska času za úspornější, protože ergoterapeutovi neukládá povinnost zabývat se také požadavky aktivity a okolního prostředí a jejich souvislostmi s úrovní klientových schopností. K obnově schopností dochází izolovaně, zatímco běžné denní činnosti jsou komplexní. K jejich zdárnému provedení je potřebná souhra mnoha dovedností. Problémem metody může

být, že ačkoli dojde ke zlepšení schopnosti, nemusí být toto zlepšení dostatečné pro provedení konkrétní aktivity. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Nedojde – li k úplné obnově schopností, bylo pomocí nápravných strategií využito maximálního prospěchu pro klienta, přistoupí se k přístupu shora – dolů. Nejdůležitější výhodou je to, že se v hodnocení a intervenci zaměřuje na sociální role a činnosti, které jsou pro klienta smysluplné a významné. Ergoterapeutický proces se od začátku zaměřuje na aktivity, které si sám klient stanoví jako důležité pro svůj život, a proto je význam ergoterapie a obsah intervence pro klienta zřejmý. Toto přispívá ke zvýšení motivace a aktivnímu zapojení klienta do terapie. Každodenní aktivity jsou prostředkem a zároveň výstupem terapie. Aby byla intervence co nejefektivnější, měla by se provádět v co nejpřirozenějším prostředí klienta. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Pro složitost a komplexnost lidského chování a potenciální potíže klienta je obtížné zvolit stejnou nebo standardizovanou intervenci. Jednotný postup by velmi ulehčil ergoterapeutovi práci a mohl by přispět ke zjednodušení a urychlení plánování cílů terapie, ale bylo by to však na úkor potřeb a zájmů klienta, s rezignací na dosažení maximálního potenciálu a uplatnění individuálního přístupu. Při plánování intervence je rozhodujícím krokem určení dosažitelných, přiměřených a funkčních cílů a výstupu terapie. Ergoterapeut musí určit, na jaké aktivity se v terapii zaměří a posoudit další faktory, které ovlivňují výstupy terapie. Lze hodnotit tyto faktory:

- 1) Prognóza onemocnění – informuje ergoterapeuta o existenci bezpečnostních opatřeních nebo kontraindikacím, které vylučují použití určitých intervenčních strategií. Je důležitá zejména u progresivních onemocnění, u kterých lze očekávat postupný pokles funkčních schopností.
- 2) Čas vyhrazený k intervenci – má velký podíl na plánování cílů. Faktor času se promítá do intervence zároveň v souvislosti s prognózou onemocnění a motivací klienta k terapii.
- 3) Kontext/podmínky prostředí – již při plánování intervence je třeba zvažovat, do jakého prostředí bude klient propuštěn. Ergoterapeut by se kromě fyzického prostředí měl zaměřovat také na sociální, osobní, kulturní a časové faktory. Zásadní vliv na poskytování ergoterapie má také pracoviště, na kterém ergoterapeut působí. Lze zde zahrnout oblast praxe, terapeutické prostředí, omezení spojená s konkrétním prostředím a očekávání a nároky dalších profesí.

Ergoterapeut při plánování intervence musí také zvažovat poslání a filozofii zařízení a manažerský styl práce na pracovišti.

- 4) Psychická stránka klienta – ergoterapeut nesmí přehlížet psychickou stránku a zaměřit se pouze na funkční aspekty úzdravy nebo obnovy funkce. Běžné denní činnosti jsou velmi osobní a často i intimní povahy. Limitace v jejich provádění nebo přítomnost další osoby při jejich provádění, může být pro klienta velmi psychicky náročné. Omezení schopnosti samostatně provádět běžné denní schopnosti ovlivňuje role klienta i role ostatních členů rodiny. Ergoterapeut by si měl být vědom těchto důsledků a maximálně se snažit respektovat při náviku běžných denních činností právo na soukromí a zachování důstojnosti klienta.
- 5) Bezpečnost – měla by být jedním z hlavních zájmů ergoterapeuta během jakékoliv intervence. Při určení přiměřeného rizika pro klienta je užitečné zvažovat takovou míru rizika, kterou klient považuje za komfortní. Ergoterapeut by měl také zjišťovat, jak je klient schopen zhodnotit již existující riziko, navrhnout plán pro jeho zvládnutí a tento plán realizovat s ohledem na své možnosti a omezení. Důležitou informací také může být to, jak klient inklinoval k rizikovému chování před vznikem disability.
- 6) Bolest – může negativně ovlivnit výkon aktivity a není důležité, zda vznikla při aktivitě nebo po ní. Při plánování cílů a intervenčního postupu musí být pečlivě zvažovány zdroj bolesti a její prognóza. Úlohou ergoterapeuta je realizovat při provádění aktivity taková opatření, u kterých dojde ke snížení bolesti a současně k podpoře výkonu. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

Dalšími prostředky ergoterapie mohou být hra a volnočasové aktivity. *„Ergoterapeut hru a volnočasové aktivity může využít za prvé jako kondiční prvek terapie, a to zejména ve stacionářích pro děti i dospělé, v domovech důchodců, na rekondičních pobytech, v komunitních zařízeních a v domovech pro osoby s postižením. Za druhé, ergoterapeuti hrou či jinou volnočasovou aktivitou sledují konkrétní osvojování nových dovedností či udržování dovedností již získaných.“* (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 218)

Způsob práce ergoterapeuta a využití konkrétních volnočasových aktivit závisí především na tom, zda pracuje s dospělými nebo s dětmi. U dospělých je důležité zohledňovat přiměřenost volnočasové aktivity k jejich věku a životním zvyklostem. Informace k hodnocení volnočasových aktivit získává ergoterapeut rozhovorem,

dotazníky, specifickými hodnoceními nebo přímým pozorováním účasti klienta ve volnočasové aktivitě. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

V ergoterapii lze využít také výtvarné činnosti a tradiční řemesla. Tyto prostředky byly hlavním terapeutickým nástrojem zejména v počátcích ergoterapie. Vývoj společnosti jde dopředu a v dnešní době už nejsme závislí na ruční výrobě hrnců, talířů, látek a dalších artefaktů. Rukodělné činnosti již nejsou předmětem soběstačnosti, což se značně odráží i ve výběru terapeutických činností v ergoterapii. Nicméně to neznamená, že se tradiční prostředky nemohou nadále využívat. Výhodou těchto řemesel může být aktivizace celé skupiny, například v domovech pro seniory. Tito lidé mohou společně něco tvořit, co je následně aktivizuje jako skupinu, nikoliv pouze jako jednotlivce. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

3.3 CÍLE ERGOTERAPIE

„Požadovaným výstupem ergoterapeutické intervence je udržet, obnovit nebo sladit schopnosti osoby, nároky činností a požadavky prostředí tak, aby se zachoval či zlepšil funkční stav osoby a její sociální začlenění. Hlavním cílem ergoterapie je tedy pomoci osobám uspokojivě provádět činnosti v oblasti péče o sebe, produktivity a volného času.“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 16)

Cíle lze definovat v těchto oblastech:

1. Podporovat zdraví a duševní pohodu daného jedince a to tím, že s ním provádíme smysluplné aktivity a zaměstnáváme ho.
2. Jedinci pomáháme zlepšovat jeho schopnosti a to hlavně ty, které jedinec potřebuje pro zvládnutí běžných a každodenních činností, dále jeho pracovních a volnočasových aktivit.
3. Dalším významným atributem ergoterapie je začlenění jedince do jeho sociální skupiny.
4. Dalším smyslem je schopnost uplatnění jedince ve své sociální roli.
5. Důležité je to, aby i ergoterapeut byl účastníkem rozhodovacího procesu.
6. Posilovat pacienta v tom, aby si tyto nové kompetence osvojil, udržel, obnovil a byl schopen plné interakce se svým sociálním prostředím.
7. Usilovat o zachování příležitosti účastnit se všech aktivit každodenního života a to bez ohledu na pacientovo postižení či znevýhodnění. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)

4 NEZISKOVÉ ORGANIZACE V LIBERECKÉM KRAJI

V Libereckém kraji působí mnoho neziskových organizací, které se ve své podstatě nemusí přímo věnovat duševně nemocným lidem, ovšem v komplexním způsobu sociální práce se věnují i psychickým obtížím svým klientů. Jako příklad lze uvést tyto organizace:

- Fokus Liberec
- Rodinný klub motýlek
- Dolmen
- Farní charita Česká Lípa
- Děčko Liberec
- Roska Česká Lípa

Fokus Liberec poskytuje následné služby lidem s duševním onemocněním od roku 1993. Společnost působí na Jablonecku, Liberecku, Českolipsku, Novoborsku, Frýdlanstku a Tanvaldsku. Má mnoho zkušeností při poskytování psychosociální rehabilitace lidem s duševní poruchou (nejčastěji schizofrenií nebo jiným typem psychózy). Umožňuje nájemní bydlení, spojené s poskytováním služby podpora samostatného bydlení, lidem, kteří se vrací po dlouhodobých hospitalizacích. Spolupracuje s psychiatrickou nemocnicí Beřkovice a Kosmonosy při návratu pacientů do běžného prostředí. Cílovou skupinou jsou dlouhodobě duševně nemocní, kteří se chtějí zařadit do rehabilitačních programů a jsou ochotni respektovat pravidla služeb. Tyto služby mohou využívat i příbuzní a blízcí duševně nemocných. Posláním je podporu duševně nemocných lidí v samostatném rozhodování, jednání a řešení své zdravotní a sociální situace. Fokus Liberec za tímto účelem zřizuje sociální služby chráněného a podporovaného bydlení, pracovní rehabilitace, terénní programy a nabízí pracovní příležitosti na chráněných pracovištích. (Fokus Liberec)

Rodinný klub motýlek byl založen jako nezávislé a dobrovolné občanské sdružení. Základním posláním klubu je vytvoření otevřeného místa k neformálnímu setkávání lidí různých věkových kategorií. Účelem je posilovat prvořadou a nezastupitelnou roli rodiny a rodičovské výchovy. Provoz klubu funguje na principu dobrovolné činnosti členů rady sdružení a na práci dobrovolníků. Klub Motýlek je jako nezisková organizace závislá především na dotacích a darech. (Rodinný klub Motýlek)

Společnost Dolmen se zaměřuje na lidi s mentálním postižením. Na první pohled se nezdá, že tito lidé jsou duševně nemocní, ale mentální postižení je často kombinované i s duševní nemocí. Samotné mentální postižení se nepokládá za získanou duševní nemoc, ale spíše vrozené postižení, nebo získané v průběhu života, například úrazem, apod. Tato organizace nabízí poměrně sofistikované a komplexní služby, tedy nejen chráněné bydlení, ale také sociálně terapeutickou dílnu a také podporují samostatné bydlení svých klientů. (Společnost Dolmen)

Farní charita pomáhá všem, kdo pomoc potřebují bez ohledu na barvu pleti, národnost nebo náboženství. Pomáhá chudým, opuštěným, nemocným, starým, tělesně, mentálně, psychicky či zdravotně postiženým, bezdomovcům, migrantům a uprchlíkům, matkám v tísní, opuštěným a týraným dětem, narkomanům, alkoholikům, prostitutkám, vězňům, utlačovaným menšinám, lidem postiženým katastrofami, válkou a vůbec všem, kteří se ocitnou v jakékoliv nouzi. Provozuje například sociální podnik, kde mohou své pracovní uplatnění nalézt také duševně nemocní lidé, pro které jsou zde určena pracovní místa, kde je podporována zejména jejich potřeba seberealizace. (Farní charita)

Společnost Děčko se věnuje sociálně terapeutickým službám u ohrožených skupin na trhu práce. Jednou z takových skupin jsou i duševně nemocní lidé. Součástí společnosti je i občanská poradna. Pracovníci občanské poradny poskytují rady a pomoc všem, kteří se na ně obrátí. Tato pomoc je bezplatná, důvěrná a nestranná. Poradna usiluje o to, aby občané netrpěli neznalostí svých práv a povinností, neznalostí dostupných služeb nebo neschopností vyjádřit své potřeby či hájit své oprávněné zájmy. Cílovou skupinou jsou lidé, kteří se dostali do nepříznivé životní situace v oblasti rodiny a mezilidských vztazích, v oblasti pracovního práva. Zároveň také lidé, kteří potřebují pomoc v oblasti sociálních dávek a sociální pomoci, v oblasti bydlení, spotřebitelských problémů a zadluženosti. (Společnost Děčko)

Unie Roska nabízí celé spektrum služeb pro občany s roztroušenou sklerózou, kteří také mají své psychické obtíže, čili i zde lze vysledovat přímou podporu, například ve formě silně komunitního stylu práce s akcentací na společné sdílení. (Unie Roska)

5 SHRNU TÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Tato bakalářská práce se zabývá tématem sociální práce a ergoterapie u osob s duševním onemocněním.

Na začátku teoretické části práce byly vymezeny základní pojmy duševní zdraví a duševní nemoc. Dále byly konkrétně popsány příčiny a příznaky duševních poruch a také jejich dělení. Část práce se zabývá systémem sociální péče o duševně nemocné, zmíněna je péče v akutní fázi nemoci a ve fázi remise, kdy klienti mohou mít rozdílné potřeby. Léčba duševních nemocí by měla být vždy komplexní, s využitím všech dostupných a možných prostředků a metod. Důležité je také vymezení postavení sociálního pracovníka v léčbě duševních nemocí. Na duševně nemocného člověka nelze pohlížet jako na někoho, komu dáme farmakologické prostředky a tím se vyléčí. Tyto prostředky by měly být pouze jedním z prostředků léčby duševně nemocných. Sociální péče může mít mnoho podob od občanské poradny až po systém chráněného bydlení, ale také podporu samostatného bydlení. V tomto kontextu lze také chápat i význam ergoterapie jako nezbytné součásti tohoto komunitního systému péče o duševně nemocné.

Velká část práce byla zaměřena na ergoterapii. Vymezení pojmu ergoterapie není jednoduché, neboť existuje více definic a pojetí. Mezi hlavní cíle ergoterapie lze zmínit podporu zdraví a duševní pohody klientů, zlepšování schopností, které klient potřebuje při běžných denních činnostech a také začlenění klienta do jeho sociální skupiny. Mezi základní prostředky ergoterapie lze zařadit převážně intervenci zaměřenou na osobu-prostředí – zaměstnávání, přístup zdola – nahoru versus shora – dolů, a dále intervenci zaměřenou na nácvik běžných denních činností. Ergoterapeut by měl vybírat intervenci s ohledem na individualitu každého klienta, jen tak může být léčba opravdu účinná.

Závěr teoretické části práce byl věnován neziskovým organizacím v Libereckém kraji pomáhající osobám s duševním onemocněním. Některé z těchto organizací nejsou primárně zaměřeny na osoby s duševním onemocněním, ale komplexností poskytovaných služeb se zabývají také duševními problémy svých klientů.

6 POSOUZENÍ VLIVU SOCIÁLNÍ PRÁCE A ERGOTERAPIE NA KVALITU ŽIVOTA OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Výzkumné šetření je zaměřeno na posouzení vlivu sociální práce a ergoterapie na kvalitu života, jak z pohledu osob s duševním onemocněním, tak z pohledu ergoterapeutů.

6.1 CÍLE A VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Hlavním cílem této práce je zjistit vliv sociální práce a ergoterapie na kvalitu života osob s duševním onemocněním, z pohledu samotných pacientů a zároveň z pohledu ergoterapeutů.

6.1.1 Dílčí cíle

DC1: Zjistit, klienti jakého pohlaví a věkového rozsahu využívají sociálních služeb a pomoc ergoterapeutů.

Předpokládám, že nejvíce dotazovaných respondentů budou ženy ve věku 31 – 50 let. Domnívám se, že ženy jsou ve většině případů schopny přiznat si nějaký problém a určitým způsobem ho řešit.

DC2: Zjistit, zda klienti s duševním onemocněním využívají nabídky sociálních služeb, psychologů, případně ergoterapeutů a v jaké intenzitě.

Myslím si, že v dnešní době se již na osoby s duševním onemocněním nepohlíží tak kriticky jako v minulosti. Spousta lidí má nějakou duševní poruchu a existují účinné prostředky i léky, jak poruchu léčit nebo zcela vyléčit. Z tohoto důvodu se domnívám, že nabídky sociálních služeb využívá stále větší množství osob s duševním onemocněním a intenzitu léčby nebo využití odhaduji v rámci několika měsíců, jelikož někdy trvá delší dobu, než určitá léčba zabere.

DC3: Zjistit, zda pro klienty s duševním onemocněním je nabídka sociálních služeb a práce ergoterapeutů nezbytná k jejich životu a zda jim přináší užitek v podobě vyšší kvality života.

Předpokládám, že pro větší množství klientů nejsou sociální služby zcela nezbytné. Mohou je brát pouze jako doplněk léčby. U těžších forem poruch to může být zcela naopak. V každém případě jsou sociální služby určitým prostředkem na zlepšení kvality jejich života.

DC4: Zjistit věk a pohlaví dotazovaných ergoterapeutů, kteří pracují s osobami s duševním onemocněním a délku jejich praxe.

Domnívám se, že většina dotazovaných pracovníků budou ženy ve věku 31 – 50 let. Ergoterapie je specifický obor, který si žádá pracovníky s určitou praxí, proto lze předpokládat, že většina pracovníků bude mít praxi v oboru v rozmezí 3 – 5 let.

DC5: Zjistit, jak ergoterapeuti vnímají účinnost své práce, zda analyzují svou činnost a zda se dále vzdělávají ve svém oboru.

Ergoterapie je multioborová věda, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Z tohoto důvodu si myslím, že pravidelné vzdělávání pracovníků je velmi důležité, aby mohli svým klientům poskytovat kvalitní službu. Důležitá je i schopnost sebereflexe, spolupráce s ostatními odborníky a vnímání určitého smyslu při své práci.

6.1.2 Transformace dílčích cílů do dotazníkových otázek

Tab. 1 Transformace dílčích cílů do dotazníkových otázek

Hlavní cíl	Dílčí cíl	Technika	Dotazování	Dotazníkové otázky
Vliv sociální práce a ergoterapie na kvalitu života osob s duševním onemocněním, z pohledu samotných pacientů a zároveň z pohledu ergoterapeutů	DC1: Zjistit, klienti jakého pohlaví a věkového rozsahu využívají sociálních služeb a pomoc ergoterapeutů.	Kvantitativní dotazníkové šetření	Pacienti s duševními poruchami	O1: Jste muž či žena? O2: Jaký Je Váš věk?
	DC2: Zjistit, zda klienti s duševním onemocněním využívají nabídky sociálních služeb, psychoterapeutů, případně ergoterapeutů a v jaké intenzitě.	Kvantitativní dotazníkové šetření	Pacienti s duševními poruchami	O4: Využil/a jste služeb sociálního pracovníka nebo sociální služby? O5: Pokud jste využíval nebo využíváte sociální služby, jak dlouho? O6: Využil/a jste služeb psychoterapie? O7: Využil/a jste služeb ergoterapie? O8: Pokud jste využil služeb ergoterapeuta, jak dlouho jste ho navštěvoval?
	DC3: Zjistit, zda pro klienty s duševním onemocněním je nabídka sociálních služeb a práce ergoterapeutů nezbytná k jejich životu a zda jim přináší užitek v podobě vyšší kvality života.	Kvantitativní dotazníkové šetření	Pacienti s duševními poruchami	O9: Určete zlepšení Vašeho stavu na stupnici od jedné do deseti, kdy jedna je žádné zlepšení a deset je maximální zlepšení a to na základě ergoterapie.
	DC4: Zjistit věk a pohlaví dotazovaných ergoterapeutů, kteří pracují s osobami s duševním onemocněním a délku jejich praxe.	Kvantitativní dotazníkové šetření	Ergoterapeut	O10: Jste muž či žena? O11: Jaký je Váš věk? O12: Jaké je délka Vaší praxe?
	DC5: Zjistit, jak ergoterapeuti vnímají účinnost své práce, zda analyzují svou činnost a zda se dále vzdělávají ve svém oboru.			O15: Vyhodnocujete výsledky své práce? O16: Vzděláváte se v oboru? O17: Zhodnoťte, jakým způsobem na škále od jedné do deseti se zlepšuje zdravotní stav Vašich pacientů s pomocí a bez pomoci komunitní spolupráce (psycholog, psychiatr, sociální pracovník, psychoterapeut).

6.2 METODY VÝZKUMU

V této práci byl zvolen kvantitativní výzkum, ve kterém byla použita metoda dotazování a jako technika dotazník.

Dotazníkové šetření je taková technika sběru dat informací, kdy jsou potřebné informace od zkoumaných osob získávány písemně, prostřednictvím otázek předtištěných na zvláštním formuláři. Neexistence přímého osobního styku prohlubuje u respondentů důvěru v anonymitu. Písemný způsob odpovědi poskytuje respondentům více času než při přímém dotazování. (Pergler a kol., 1969)

Dotazník je způsob výzkumu, u kterého jsou písemně kladeny otázky a získávají se písemné odpovědi. (Gavora, 1999). Dotazník je velmi frekventovanou metodou určenou k hromadnému zjišťování a získávání údajů. Nevýhodou této metody je nižší návratnost než u osobního dotazování. Dále není možná kontrola, kdo skutečně dotazník vyplnil a také nejsou pod kontrolou podmínky, za kterých byl dotazník vyplněn. Další nevýhodou může být nepřítomnost výzkumníka, který nemůže reagovat na dotazy či vysvětlit položené otázky. (Surynek a kol., 2001)

6.3 SESTAVENÍ DOTAZNÍKU

Dotazník byl sestaven ve formě polozavřených otázek, které byly formulovány tak, aby byly jasné a srozumitelné. Nejprve byli respondenti seznámeni s tím, za jakým účelem byl dotazník sestaven a k čemu slouží. Respondenti byli ujištěni o anonymitě a byli požádáni o upřímnost při vyplňování dotazníku.

6.4 POPIS REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření bylo uskutečněno na základě povolení v neziskových organizacích v Libereckém kraji. Nejprve byl proveden předvýzkum, kdy respondenti dotazník vyplňovali za mé přítomnosti. Cílem předvýzkumu bylo zjistit, zda jsou pokládané otázky pro respondenty jasné a srozumitelné. Dotazník byl rozdán malému počtu pacientů. Po vyhodnocení dotazníku bylo zjištěno, že je v pořádku a mohl být použit pro výzkum. Poté byl proveden samotný výzkum, kdy byly dotazníky rozdány klientům organizací a jejich pracovníkům.

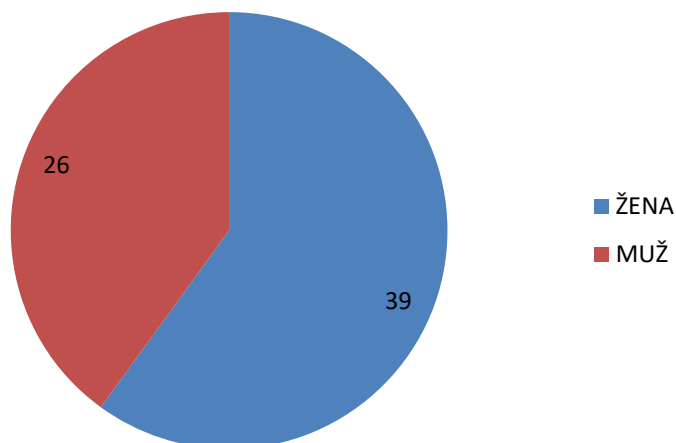
6.5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Byla použita metoda náhodného výběru klientů, kteří využívají služeb organizací. Bylo osloveno 100 klientů a 40 pracovníků. Dotazník vyplnilo 65 klientů a 29 pracovníků.

DOTAZNÍK PRO KLIENTY

Otázka č. 1: Jste muž či žena?

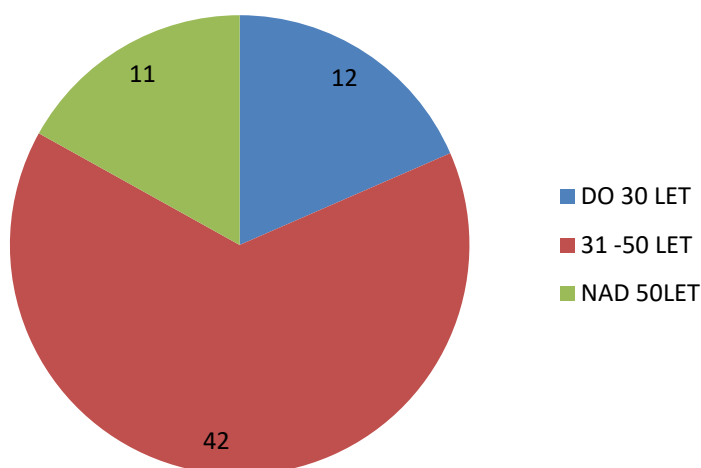
Graf 1 Pohlaví klientů



Z grafu č. 1 vyplývá, že klienty jsou více ženy než muži. Přesněji se výzkumného šetření zúčastnilo 39 žen a 26 mužů. Důvodem může být to, že ženy si jsou častěji ochotny připustit problém a nějakým způsobem jej řešit.

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

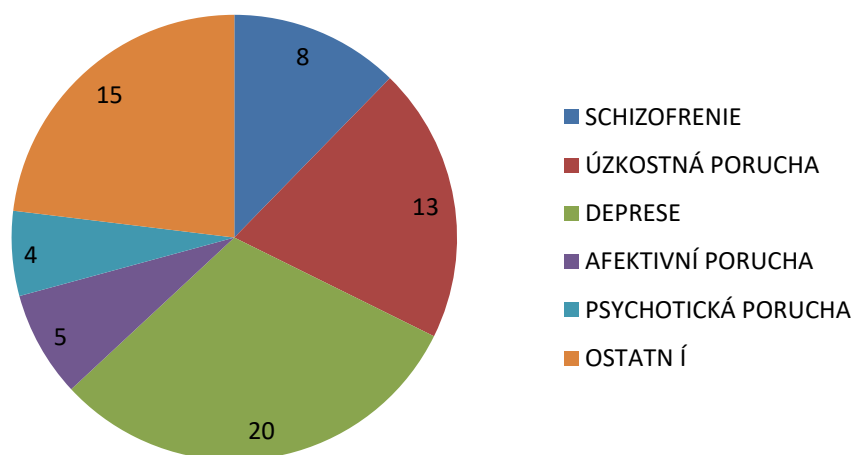
Graf 2 Věk respondentů



Z grafu č. 2 vyplývá, že největší zastoupení má věková skupina od 31 do 50 let, konkrétně 42. Může to být dáno tím, že lidé v tomto věkovém rozsahu se v průběhu života setkávají s nejvíce stresovými situacemi, a mohou být náchylnější tomu, že se u nich projeví nějaká psychická porucha.

Otázka č. 3: Jaká je Vaše diagnóza?

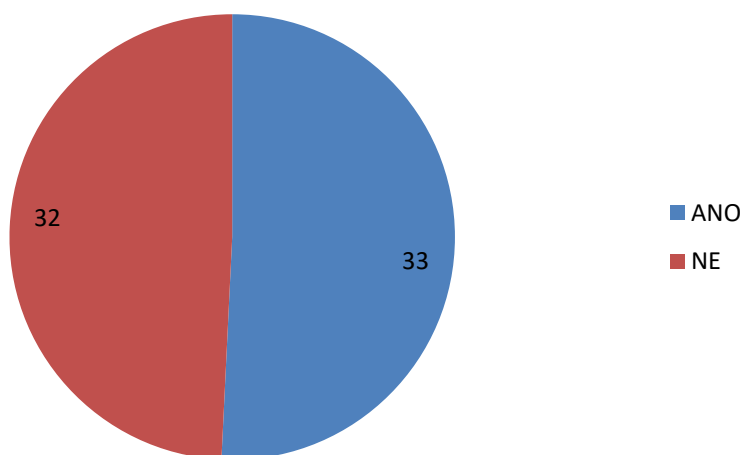
Graf 3 Diagnóza klientů



Graf č. 3 znázorňuje, jakými poruchami trpí dotazovaní klienti. Nejčastěji byla zodpovězena deprese a to v případě 20 klientů. Úzkostnou poruchou trpí 13 klientů. 15 dotazovaných nevedlo žádnou z uvedených poruch.

Otázka č. 4: Využil/a jste služeb sociálního pracovníka nebo sociální služby?

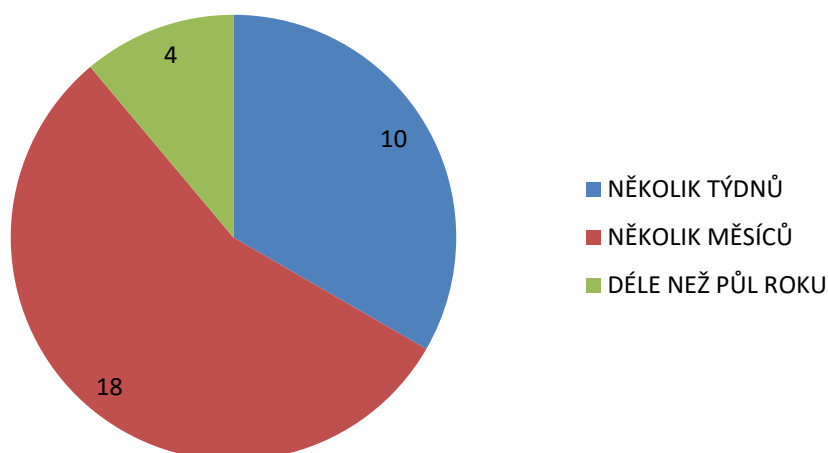
Graf 4 Využívají klienti služeb sociálního pracovníka nebo sociální služby?



V grafu č. 4 je uvedeno, že 33 klientů využívá služeb sociálního pracovníka nebo sociální služby a 32 klientů nikoliv. Tato určitá rovnováha může být způsobena tím, že některé osoby s duševní poruchou nemusí vědět, co sociální služby vlastně jsou, na jaké by mohly mít nárok a jaké by pro ně byly vhodné.

Otázka č. 5: Pokud jste využíval nebo využíváte sociální služby, jak dlouho?

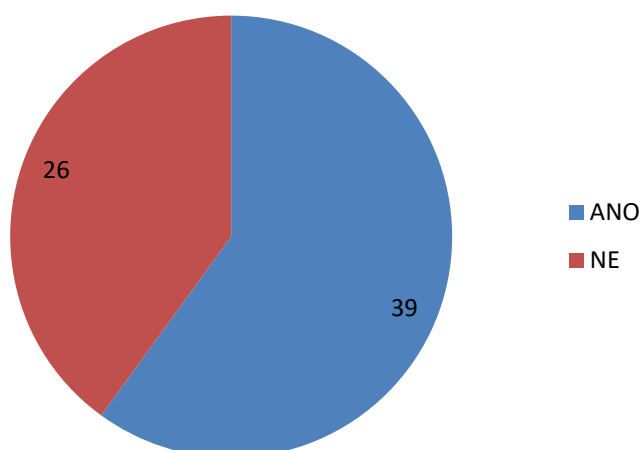
Graf 5 Doba využití sociální služby



Z grafu č. 5 je patrné, že 18 klientů využívá nebo využívalo sociálních služeb několik měsíců. Dále 10 klientů využívá sociální služby několik týdnů. Sociální služba je velmi individuální, proto může nějaký čas zabrat plán poskytované služby, který bude sestaven přímo na konkrétního klienta. Přesto je však z grafu zřejmé, že déle jak půl roku sociální služby využívají nebo využívali pouze 4 lidé.

Otázka č. 6: Využil/a jste služeb psychoterapie?

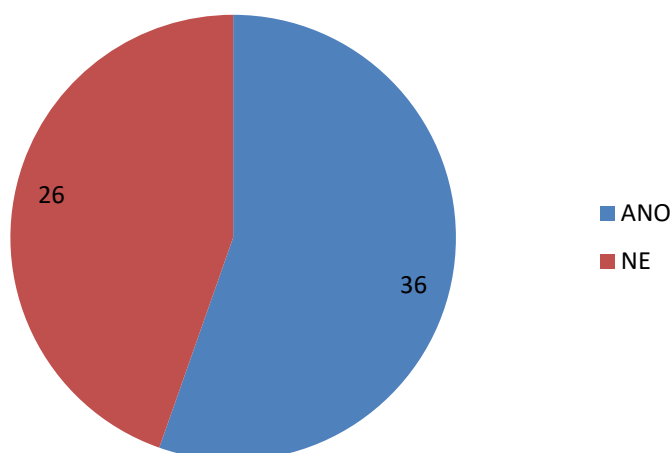
Graf 6 Využívají klienti služeb psychoterapie?



V tomto případě služeb psychoterapie využívá 39 dotazovaných klientů, kdy mohli využít služeb psychoterapie jako součást své léčby. 26 klientů služeb nevyužilo.

Otázka č. 7: Využil/a jste služeb ergoterapie?

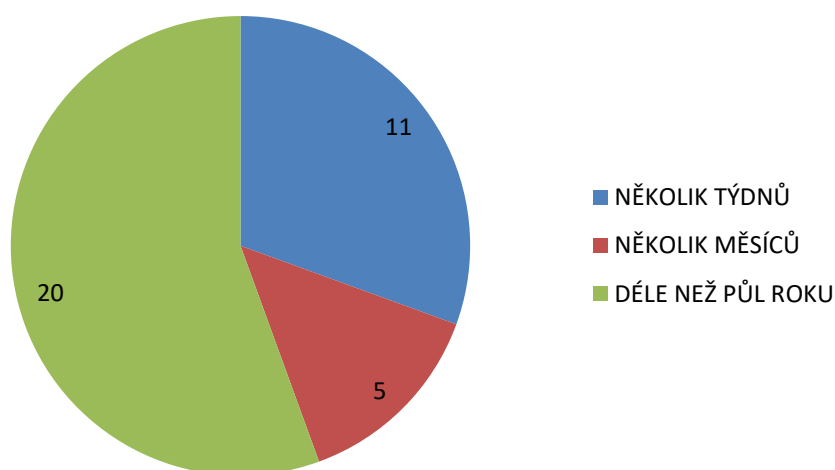
Graf 7 Využití služeb ergoterapie



Zdá se, že ergoterapie se stává stále více rozšířenou oblastí, lidé se začínají zajímat o to, co jim služba může poskytnout a pokud mají možnost, tak rádi služeb ergoterapie využijí. Přesto však velké množství klientů služeb ergoterapie dosud nevyužilo, konkrétně 26 dotazovaných.

Otázka č. 8: Pokud jste využil služeb ergoterapeuta, jak dlouho jste ho navštěvoval?

Graf 8 Intenzita využití ergoterapie



Z grafu č. 8 vyplývá, že 20 klientů využívá služeb ergoterapeuta déle než půl roku. Myslím si, že to může být způsobeno především tím, že základním prostředkem ergoterapie je intervence, která je zaměřená na nácvik běžných činností, tudíž se vliv této intervence může projevit až za delší dobu.

Otázka č. 9: Určete zlepšení Vašeho stavu na stupnici od jedné do deseti, kdy jedna je žádné zlepšení a deset je maximální zlepšení a to na základě ergoterapie.

Tab. 1 Hodnocení vlivu ergoterapeutické péče na jejich kvalitu života z pohledu klienta (hodnocení 1 žádné zlepšení, 10 nejvýraznější zlepšení)

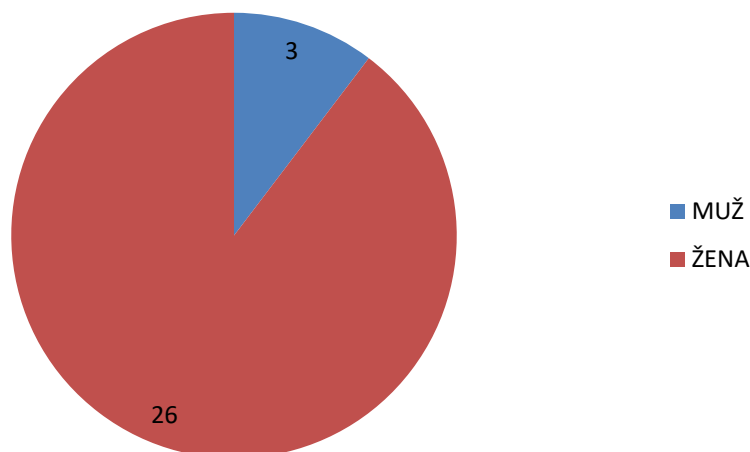
Druh poskytnutých služeb	Průměrná hodnota
Bez ergoterapie	5,3
Ergoterapie po dobu několika týdnů	6,3
Ergoterapie po dobu několika měsíců	7,1
Ergoterapie po dobu více než půl roku	7,2
Ergoterapie + sociální služby	7,5
Ergoterapie + psychoterapie	7,4

Z uvedené tabulky je vidět, že klienti, kteří využili služeb ergoterapeutické péče, se dokážou zřejmě lépe vypořádat se svým zdravotním stavem. Dle uvedeného průzkumu vyplývá, že kombinace ergoterapie se sociálními službami, případně psychoterapií, nemá dle klientů výrazně lepší vliv na kvalitu jejich života oproti využití pouze dlouhodobé ergoterapeutické péče.

DOTAZNÍK PRO ERGOTERAPEUTY

Otázka č. 10: Jste muž či žena?

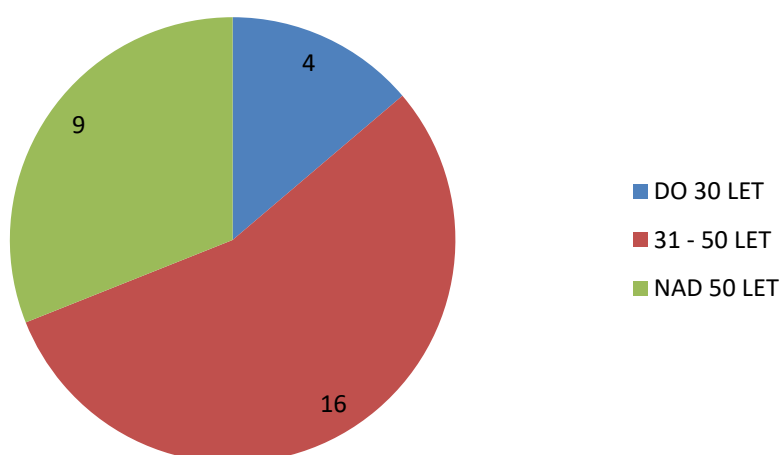
Graf 9 Pohlaví ergoterapeutů



Převážná většina ergoterapeutů je ženského pohlaví. Myslím, že to je způsobeno především tím, že ženy, jako více emocionálně založené, mají mnohem větší potřebu určitým způsobem pomáhat potřebným a celkově v oboru sociálních služeb převažují ženy nad muži.

Otázka č. 11: Jaký je Váš věk?

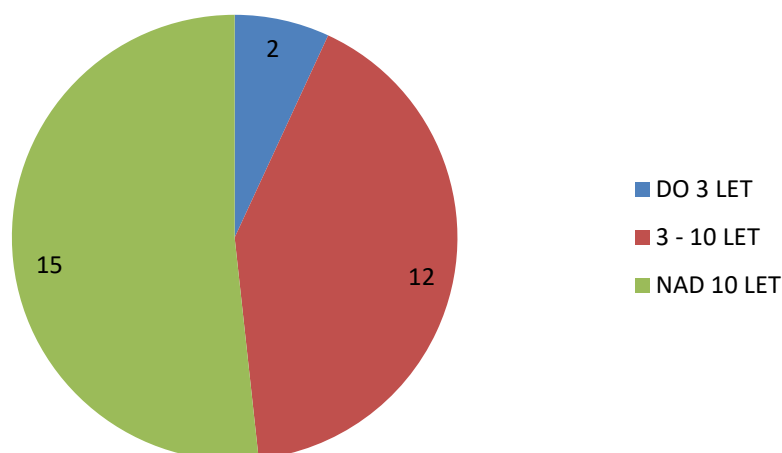
Graf 10 Věk ergoterapeutů



Většinový podíl zastoupení mezi ergoterapeuty mají lidé ve věku 31-50 let (55 %) a starší 50 let (31 %). Může to být způsobeno malým přísunem nových spolupracovníků, kteří hledají práci v jiných odvětvích. Mladí lidé do 30 let většinou zkouší více profesí, než najdou zaměstnání, které je bude naplňovat.

Otázka č. 12: Jaké je délka Vaší praxe?

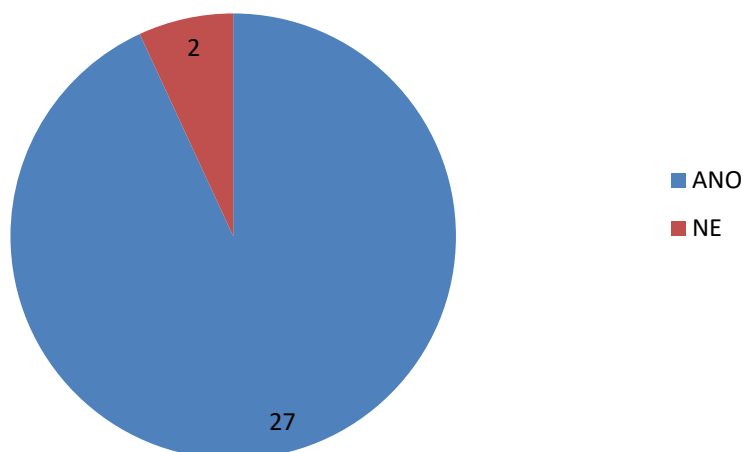
Graf 11 Délka praxe ergoterapeutů



Z grafu č. 11 vyplývá, že mezi dotazovanými převládají zkušení pracovníci s praxí nad 10 let. Pouze 2 pracovníci pracují v oboru méně než 3 roky.

Otázka č. 13: Spolupracujete týmově?

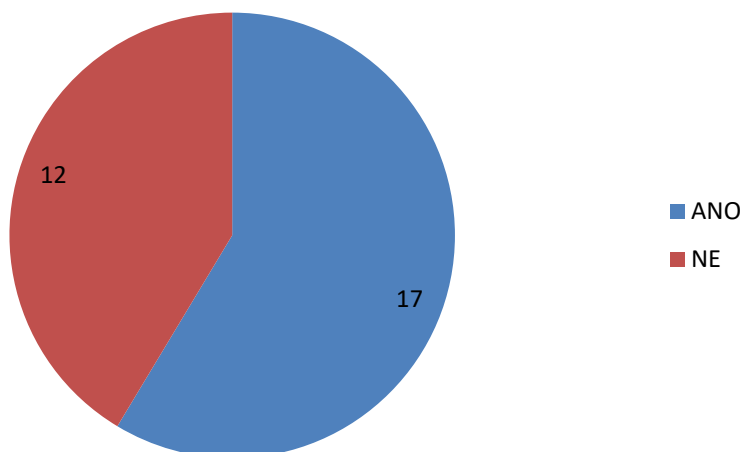
Graf 12 Týmová spolupráce ergoterapeutů



Z tohoto grafu je patrné, že většina dotazovaných svou práci s klienty konzultuje s dalšími pracovníky. Je velmi důležité sdílení zkušeností mezi kolegy, které může méně zkušené pracovníky posunout v jejich práci a pracovníci, kteří mají již dlouholetou praxi, mohou sdílením získat určitý „svěží“ nádech na danou problematiku. Žádný problém není tak jednoznačný, aby ho pokryl pouze jeden obor.

Otázka č. 14: Spolupracujete s dalšími členy týmu: psychiatr, psycholog, sociální pracovník, psychoterapeut??

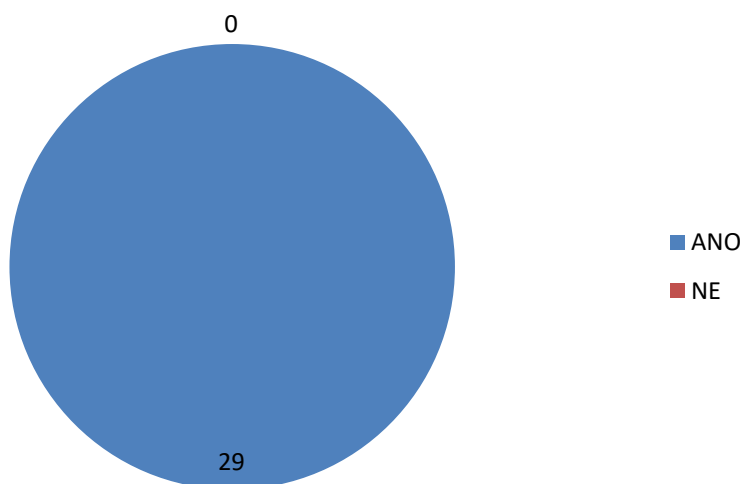
Graf 13 Spolupráce s dalšími odvětvími



Z tohoto grafu je patrné, že většina dotazovaných svou práci s klienty konzultuje s dalšími odborníky. Zde se ukazuje multioborovost ergoterapie, u které je velmi důležité spolupracovat i s dalšími obory a odborníky. Žádný problém není tak jednoznačný, aby ho pokryl pouze jeden obor, a každý obor do řešení přinese jiný pohled.

Otázka č. 15: Vyhodnocujete výsledky své práce?

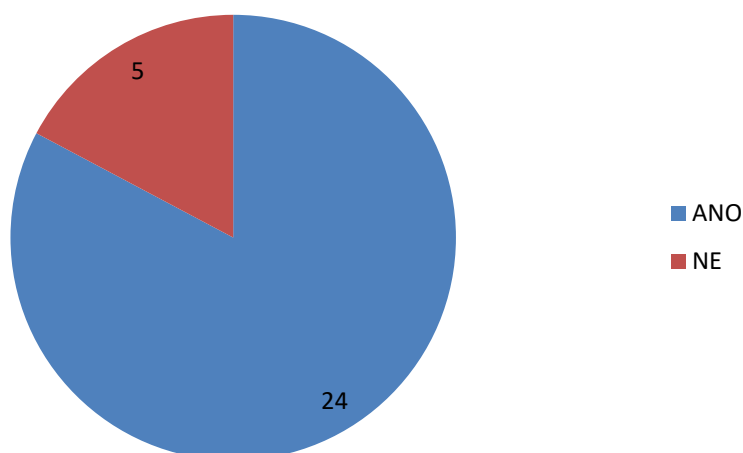
Graf 14 Analýza vlastní práce ergoterapeuta



Dle předpokladu každý ergoterapeut provádí vyhodnocení své práce s klientem.

Otázka č. 16: Vzděláváte se v oboru?

Graf 15 Vzdělání během praxe



Tak jako se v technickém světě objevují nové a nové technologie, tak také v této komunitě dochází k posunu léčebných metod a postupů. Proto je nezbytné se celoživotně vzdělávat, aby pracovníci mohli svým klientům poskytovat kvalitní péči.

Otázka č. 17: Zhodnoťte, jakým způsobem na škále od jedné do deseti se zlepšuje zdravotní stav Vašich pacientů s pomocí a bez pomoci komunitní spolupráce (psycholog, psychiatr, sociální pracovník, psychoterapeut), přičemž jedna znamená žádné zlepšení a deset maximální zlepšení.

Tab. 2 Vliv spolupráce na kvalitu života z pohledu ergoterapeuta

Druh poskytnuté péče	Průměrná hodnota
Ergoterapie bez komunitní spolupráce	5,1
Ergoterapie s využitím psychiatra, psychologa, psychoterapeuta, sociálního pracovníka	6,7

Oproti názoru klientů, kteří nepocítí výrazný rozdíl mezi léčbou pomocí samotné ergoterapie a ergoterapie s komunitní spoluprací, tak naopak pracovníci ergoterapie vnímají spolupráci s ostatními odborníky za velice přínosnou.

7 INTERPRETACE A SHRUTÍ DÍLČÍCH CÍLŮ

Vyhodnocení výzkumného šetření bylo zobrazeno grafy.

Dílčí cíl č. 1 měl zjistit, klienti jakého pohlaví a věkového rozsahu využívají sociálních služeb a pomoc ergoterapeutů. Dle provedeného výzkumu byli dotazovanými klienti převážně ženy ve věku 31 – 50 let. U tohoto dílčího cíle se potvrdil předpoklad, že sociálních služeb a pomoc ergoterapeutů využívají z větší části ženy, než muži. Věková hranice klientů je mezi 31 – 50 let.

Dílčí cíl č. 2 měl zjistit, zda klienti s duševním onemocněním využívají nabídky sociálních služeb, psychoterapeutů, případně ergoterapeutů a v jaké intenzitě. Výzkum ukazuje, že je o tyto služby zájem. Nejvíce dotazovaných využívá nebo využilo služeb psychoterapeutů, konkrétně 39. 36 klientů využilo služeb ergoterapeutů a 33 sociálních služeb. Intenzita služeb se většinou pohybovala v rozmezí několika měsíců, což potvrdilo předpoklad.

Dílčí cíl č. 3 zjišťoval, zda je pro klienty s duševním onemocněním nabídka sociálních služeb a práce ergoterapeutů nezbytná k jejich životu a zda jim přináší užitek v podobě vyšší kvality života. Cíl dílčího cíle byl zčásti naplněn, jelikož výzkum ukázal, že klienti duševním onemocněním vnímají sociální služby a ergoterapii jako velmi přínosný prostředek ke zlepšení kvality jejich života. Dle výzkumu klienti nevnímali významný rozdíl mezi službami samotné ergoterapie a ergoterapie v kombinaci s ostatními obory.

Dílčí cíl č. 4 měl zjistit věk a pohlaví dotazovaných ergoterapeutů, kteří pracují s osobami s duševním onemocněním a délku jejich praxe. Cíl byl naplněn pouze z části, jelikož výzkum ukazuje, že převážná většina dotazovaných pracovníků jsou ženy, konkrétně 26 z celkového počtu 29. Stejně jako u klientů, byla většina pracovníků ve věkovém rozsahu 31 – 50 let. Předpoklad nebyl naplněn v případě délky praxe pracovníků, jelikož nejvíce pracovníků, konkrétně 15, pracuje v oboru 10 let a více.

Dílčí cíl č. 5 zjišťoval, jak ergoterapeuti vnímají účinnost své práce, zda analyzují svou činnost a zda se dále vzdělávají ve svém oboru. Provedený výzkum potvrdil předpoklad, jelikož všichni pracovníci vyhodnocují výsledky své práce a 24 pracovníků, což je převážná většina se dále vzdělává v oboru. Pracovníci také stejně jako klienti přikládají sociálním službám a ergoterapii velký vliv na zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním.

Hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit vliv sociální práce a ergoterapie na kvalitu života osob s duševním onemocněním, z pohledu samotných pacientů a zároveň z pohledu ergoterapeutů. Klienti i pracovníci vnímají vliv sociální práce a ergoterapie jako důležitý prostředek při zlepšování kvality života osob s duševním onemocněním.

ZÁVĚR

Domnívám se, že hlavní cíl práce byl naplněn. Použitá metoda výzkumného šetření formou dotazníku poskytla dostačující množství informací.

V úvodu teoretické části byly vymezeny základní pojmy daného tématu a to duševní zdraví a duševní nemoc. Součástí této kapitoly bylo také rozdělení a popsání konkrétních psychických poruch. Další kapitola byla zaměřena systém sociální péče, která by u léčby duševních nemocí měla být vždy komplexní. Důležitá je spolupráce pracovníků všech odvětví, jako je psychiatr, psycholog, sociální pracovník, psychoterapeut a také i ergoterapeut.

Další část práce byla věnována ergoterapii, jejímu základnímu vymezení, kdy byly zmíněny různé definice ergoterapie. Dále také historii tohoto multidisciplinárního vědního oboru. Ergoterapie stojí na pomezí lékařských a sociálních věd a její soudobé základy byly položeny na začátku minulého století.

Závěr teoretické části byl zaměřen na neziskové organizace působící v Libereckém kraji. Některé z nich se primárně nevěnují osobám s duševním onemocněním, ale poskytováním komplexních služeb se při své práci setkávají i s duševním onemocněním svých klientů.

Hlavním cílem výzkumné části bylo posouzení vlivu sociální práce a ergoterapie na kvalitu života, jak z pohledu osob s duševním onemocněním, tak z pohledu ergoterapeutů. Bylo osloveno 100 klientů a 40 pracovníků. Dotazník vyplnilo 65 klientů a 29 pracovníků. Návratnost dotazníků mezi klienty činila 65 %. Toto může být způsobeno tím, že pro spoustu lidí může být velmi těžké sdílet s ostatními lidmi své duševní problémy a následně i psychické poruchy. V této oblasti by mohla pomoci větší mediální osvěta a informovanost veřejnosti. Tím pádem by se lidé o svých psychických poruchách nebáli mluvit, vyhledali vhodnou odbornou pomoc a sdílením postupu své léčby mohli pomoci ostatním nemocným.

Z výzkumu vyplývá, že o poskytované sociální služby, služby psychoterapeutů a ergoterapeutů je zájem. Většimu využití poskytovaných služeb by mohlo prospět to, že klienti nebo možní klienti služeb by byli více informováni o tom, co přesně je součástí poskytované služby a na jaké služby mají v rámci léčby nárok.

Nejvíce dotazovaných využilo služeb psychoterapeutů. Myslím si, že to je tím, že si lidé dokážou představit, jaké služby jim budou nabízeny. Naproti tomu sociální

služby jsou pro spoustu z nich velmi obsáhlý pojem a neví, co od takové služby čekat. Dále bylo zjištěno, že většina klientů, kteří využili sociálních služeb, služeb psychoterapeuta nebo ergoterapeuta, tyto služby využívali nejčastěji po dobu několika měsíců. Z výzkumu vyplývá, že dotazovaní klienti a ergoterapeuti vnímají sociální služby a ergoterapii jako důležitý prostředek ke zlepšení kvality jejich života.

Do výzkumu se zapojili pouze 4 pracovníci mladší 30 let. Vzhledem k dnešní uspěchané době a spoustě stresových situací lze předpokládat nárůst osob, u kterých se mohou objevit příznaky duševní poruchy. Proto by bylo vhodné přilákat mladé a perspektivní pracovníky, kteří by mohli být těmto klientům nápomocni. Každý klient si zaslouží individuální péči, aby se mohl se svými problémy v co nejkratším čase vypořádat, případně příznaky alespoň zmírnit.

Téma sociální práce a ergoterapie u osob s duševním onemocněním je velmi zajímavé a zároveň rozsáhlé. Pohled na osoby s duševním onemocněním se stále mění. Myslím si, že k lepšímu. Tím se také mění způsob léčby duševních poruch a nabídka poskytovaných služeb, které jsou více zaměřeny na individuální potřeby klientů a celkovou komplexnost léčby.

SEZNAM LITERATURY

1. DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie* = [Orig.: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie]. Přeložil Jan LORENC. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 8071696285.
2. DUŠEK, K., A. VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80- 247-1620-6
3. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4
4. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3.
5. MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3 KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, Portál, Praha, 2001, ISBN 80-7178-774-4
6. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
7. MATOUŠEK, Oldřich a a KOL. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
8. MENTZOS, Stavros. *Rozumíme sami sobě?: neurotické zpracování konfliktů* = [Orig.: Neurotische Konfliktverarbeitung]. Přeložil Miloslav KORBELÍK. Praha: Lidové noviny, 2000. ISBN 8071063665.
9. JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, ŠAJTAROVÁ Ludmila, *Ergoterapie*, Portál, Praha, 2009, ISBN 978-80-7367- 583-7
10. PERGLER, P. a kol. *Vybrané techniky sociologického výzkumu*, 1. vyd. Praha: Svoboda, 1969, 768 s.
11. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 260 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
12. SURYNEK, A. et al. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2001, 160 s. ISBN 80-726-1038-4.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- 12) Fokus Liberec [online]. [cit. 2018-11-22]. Dostupné z <http://www.fokusliberec.cz/>
- 13) Rodinný klub Motýlek [online]. [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <http://www.klubmotylek.estranky.cz/>
- 14) Společnost Dolmen [online]. [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <http://www.spolecnostdolmen.cz/>
- 15) Farní charita Česká Lípa [online]. [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <https://www.fchcl.cz/>
- 16) Děčko Liberec [online]. [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <http://d-os.net/vzdelavani/>
- 17) Unie Roska: Česká multiple sclerosis [online]. [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <http://d-os.net/vzdelavani/>

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf 1 Pohlaví klientů.....	37
Graf 2 Věk respondentů.....	37
Graf 3 Diagnóza klientů.....	38
Graf 4 Využívají klienti služeb sociálního pracovníka nebo sociální služby?	38
Graf 5 Doba využití sociální služby	39
Graf 6 Využívají klienti služeb psychoterapie?.....	39
Graf 7 Využití služeb ergoterapie.....	40
Graf 8 Intenzita využití ergoterapie.....	40
Graf 9 Pohlaví ergoterapeutů.....	42
Graf 10 Věk ergoterapeutů	42
Graf 11 Délka praxe ergoterapeutů.....	43
Graf 12 Týmová spolupráce ergoterapeutů	43
Graf 13 Spolupráce s dalšími odvětvími	44
Graf 14 Analýza vlastní práce ergoterapeuta.....	44
Graf 15 Vzdělání během praxe	45
Tab. 1 Hodnocení vlivu ergoterapeutické péče na jejich kvalitu života z pohledu klienta (hodnocení 1 žádné zlepšení, 10 nejvýraznější zlepšení)	41
Tab. 2 Vliv spolupráce na kvalitu života z pohledu ergoterapeuta.....	45

PŘÍLOHA 1 – Dotazník

DOTAZNÍK

Pro pacienty sociálních služeb a ergoterapeuty, určený ke sběru dat k výzkumu, který je součástí Bakalářské práce na téma Sociální práce a ergoterapie u osob s duševním onemocněním, zpracovaný studentkou Šárkou Lufinkovou - 3. ročník bakalářské studium: Sociální a charitativní práce v Hradci Králové.

Dotazník je zcela **ANONYMNÍ**, proto se, prosím, **NEPODEPISUJTE**.

Odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor, prosím **ZAKROUŽKUJTE NEBO ODPOVĚĎ DOPLŇTE**. Vyplněný dotazník, prosím, odevzdejte pověřené osobě.

Děkuji za spolupráci.

DOTAZNÍK PRO KLIENTY

Otázka č. 1: *Jste muž či žena?*

- Žena
- Muž

Otázka č. 2: *Jaký je Váš věk?*

- Do 30 let
- Od 31 let do 50 let
- Nad 50 let

Otázka č. 3: *Jaká je Vaše diagnóza? Doplňte:*

Otázka č. 4: *Využil/a jste služeb sociálního pracovníka nebo sociální služby?*

- Ano
- Ne

Otázka č. 5: *Pokud jste využíval nebo využíváte sociální služby, jak dlouho?*

- Do 1 roku
- Do 3 let
- Nad tři roky

Otázka č. 6: *Využil/a jste služeb psychoterapeuta?*

- Ano
- Ne

Otázka č. 7: *Využil/a jste služeb ergoterapie?*

- Ano
- Ne

Otázka č. 8: *Pokud ano, v jaké intenzitě?*

- Několik týdnů
- Několik měsíců
- Déle než půl roku

Otázka č. 9: *Uřčete zlepšení Vašeho stavu na stupnici od jedné do deseti, kdy jedna je žádné zlepšení a deset je maximální zlepšení a to na základě ergoterapie.*

DOTAZNÍK PRO ERGOTERAPEUTY

Otázka č. 1: *Jste muž či žena?*

- Žena
- Muž

Otázka č. 2: *Jaký je Váš věk?*

- Do 30 let
- Od 31 let do 50 let
- Nad 50 let

Otázka č. 3: *Jaký je počet let Vaší praxe v sociální oblasti?*

- Do tří let
- Do deseti let
- Nad deset let

Otázka č. 4: *Spolupracujete týmově?*

- Ano
- Ne

Otázka č. 5: *Spolupracujete s dalšími členy týmu: Psychiatr, Psycholog, Sociální pracovník, Psychoterapeut?*

- Ano
- Ne
- Částečně

Otázka č. 6: *Vyhodnocujete výsledky své práce?*

- Ano
- Ne

Otázka č. 7: *Vzděláváte se v oboru?*

- Ano
- Ne

Otázka č. 8: *Zhodnoňte, jakým způsobem na škále od jedné do deseti se zlepšuje zdravotní stav Vašich pacientů s pomocí a bez pomoci komunitní spolupráce (psycholog, psychiatr, sociální pracovník, psychoterapeut), přičemž jedna znamená žádné zlepšení a deset maximální zlepšení.*