

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Klient trpící schizofrenií v péči sociálního
pracovníka**

Bakalářská práce

Autor: Monika Dosedělová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Vedoucí práce: plk. PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Zadání bakalářské práce



Zadání bakalářské práce

Autor: Monika Dosedělová
Studium: U1443
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: Klient trpící schizofrenií v péči sociálního pracovníka

Název bakalářské práce AJ: Client with schizophrenia in the care of social worker

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce bude pojednávat o problematice schizofrenie, konkrétně o klientovi trpící schizofrenií v péči sociálního pracovníka. Cílem bakalářské práce bude zjistit potřebnost osoby a profese sociálního pracovníka v rámci sociální služby pro klienty trpící schizofrenií. Práce bude rozčleněna na dvě části - část teoretickou a část praktickou. V části teoretické budou definovány základní pojmy (duševní porucha, schizofrenie, psychiatrie) a budou rozčleněny duševní poruchy podle MKN - 10. Samostatná kapitola bude věnována schizofrenii (klasifikace, příčiny, léčba) s důrazem na komunikaci mezi sociálním pracovníkem a klientem - schizofrenikem. Dále zde bude vysvětlen a popsán systém sociálních služeb pro schizofreniky. Část praktická bude probíhat kvantitativně (dotazník), který bude rozdán v organizaci Péče o duševní zdraví.

ČEŠKOVÁ, Eva. Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Oponent: prof. PhDr. Jana Levická, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

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

V Chrudimi dne

Monika Dosedělová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné vedení mé bakalářské práce, dále za ochotu, veškerou pomoc a cenné rady plk. PhDr. Zdeňkovi Hrstkovi, Ph.D.

Abstrakt

DOSEDĚLOVÁ, Monika. *Klient trpící schizofrenií v péči sociálního pracovníka*. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: plk. PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Tato bakalářská práce pojednává o klientech trpících schizofrenií v péči sociálních pracovníků. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit potřebnost sociálního pracovníka v rámci sociální služby pro klienty trpící schizofrenií. Práce je rozčleněna na dvě části, na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část se zabývá symptomatologií, léčbou schizofrenie, a také definuje termín schizofrenie. Dále jsou představeny profesní a osobní požadavky na výkon práce sociálního pracovníka. Je zde také charakterizována komunikace mezi klientem se schizofrenií a sociálním pracovníkem. Následně je charakterizován okruh osob pracujících s osobou trpící schizofrenií. V závěru teoretické části je nastíněn systém sociálních služeb pro klienty trpící schizofrenií. Výzkumné šetření je provedeno na základě rozdání dotazníků vlastní konstrukce osobám se schizofrenií. Číselné výsledky kvantitativního šetření jsou zaneseny do tabulky a výsečových grafů, z nichž vyplývá, že sociální pracovník je nezbytným členem týmu sociální služby určené pro duševně nemocné osoby.

Klíčová slova: sociální práce, sociální pracovník, klient, schizofrenie.

Abstract

DOSEDĚLOVÁ, Monika. *Client suffering from schizophrenia in the care of social worker*. Hradec Králové, 2017. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové, Institute of Social Work. Leader of the Bachelor Degree Thesis: plk. PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

This bachelor thesis deals with people suffering from schizophrenia who are in care of social workers. The main aim of the work is to find out how useful actually are social workers within social services for them as patients. Generally, the thesis is divided to two parts, the theoretical and research one. The first part includes symptomatology, the cure of schizophrenia, and defines the illness itself. Personal and professional requirements for performance of social worker are the next part of theoretical part. Following part characterizes communication between the patient and social worker. In this section is also defined sort of people who takes care of the people suffering from schizophrenia. Regarding the research section all results are evaluated thanks to own designed questionnaires which were answered and handed back by people suffering from schizophrenia. Numeric results of quantitative analysis are typified to charts and pie graphs, from which is clear that social worker is necessary part of the social services team aimed for mentally disordered people.

Keywords: social work, social worker, client, schizophrenia.

OBSAH

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Klient a schizofrenie	11
1.1 Charakteristika, definice a výskyt schizofrenie.....	11
1.2 Symptomatologie schizofrenie	13
1.3 Klasifikace schizofrenie podle MKN - 10.....	14
1.4 Léčba schizofrenie.....	16
1.5 Stigmatizace schizofrenie.....	20
1.6 Kvalita života osob se schizofrenií.....	21
2 Role sociálního pracovníka v péči o klienta trpícího schizofrenií.....	25
2.1 Profesní požadavky na výkon práce sociálního pracovníka.....	25
2.2 Komunikace s klientem trpícím schizofrenií.....	26
2.3 Okruh osob pracujících s lidmi se schizofrenií	28
3 Pomoc a péče o klienta trpícího schizofrenií	32
3.1 Sociální práce	32
3.2 Dávky sociální péče pro osoby trpící schizofrenií	33
3.2.1 Invalidní důchod.....	33
3.2.2 Příspěvek na péči.....	34
3.2.3 Průkaz osoby se zdravotním postižením	35
3.3 Systém služeb pro osoby trpící schizofrenií	36
3.3.1 Sociální poradenství.....	37
3.3.2 Služby sociální péče.....	38

3.3.3	Služby sociální prevence.....	39
3.4	Vybraná zařízení věnující se duševně nemocným klientům	39
	VÝZKUMNÁ ČÁST	41
1	Hlavní cíl výzkumu.....	41
2	Dílčí cíle výzkumu.....	42
3	Metodika výzkumu	43
3.1	Výzkumná strategie	43
3.2	Tabulka operacionalizace	43
3.3	Zpracování výzkumných dat a jejich analýza	44
4	Popis výzkumného souboru	46
5	Interpretace zjištěných výsledků.....	47
6	Souhrn.....	67
7	Diskuze	69
	Závěr	71
	Seznam použitých zdrojů	72
	Seznam použitých právních předpisů.....	74
	Seznam tabulek	75
	Seznam grafů.....	77
	Seznam příloh.....	78

Úvod

Cílová skupina duševně nemocných, potažmo konkrétně osob trpících schizofrenií, je v dnešní době stále více aktuálním a často diskutovaným tématem. Stává se tak především z důvodů velmi hojného spojování duševního onemocnění se stigmatem a mýty ze stran široké veřejnosti. Společnost nemá o dané problematice příliš relevantních informací, neví, jak se má k lidem trpících schizofrenií chovat, jak s nimi jednat a komunikovat. Není tedy výjimkou, když se veřejnost osob se schizofrenií bojí a straní se jich. Nejen naše společnost, ale také televize a další hromadné sdělovací prostředky hovoří ve valné většině o těchto lidech negativně a nazývají je mimo jiné například těmito hanlivými výrazy: „blázen“, „cvok“, „magor“ a další.

Péče o klienty trpící schizofrenií ještě do nedávna znamenala pouze péči zdravotní (lékařskou) a z velké části poskytovanou jen ve zdravotnických ústavech, chudobincích nebo sirotčincích. V dnešní době již můžeme hovořit o další složce péče, kterou je péče sociální, ve které zásadní a klíčovou roli hraje profese sociálního pracovníka.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit potřebnost sociálního pracovníka v rámci sociální služby pro klienty trpící schizofrenií.

Z cíle hlavního jsou určeny dílčí cíle. Prvním dílčím cílem je zjistit vliv sociálního pracovníka na zlepšení kvality života klientů trpících schizofrenií. Druhým dílčím cílem je analyzovat změny klientů trpících schizofrenií od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (zejména vlivem sociálního pracovníka). Identifikovat naplnění očekávání od kooperace se sociálním pracovníkem je třetí dílčí cíl.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část výzkumnou. Obsahuje tři hlavní teoretické kapitoly, které se navzájem prolínají, doplňují a navazují na sebe. Jednotlivé kapitoly jsou doplněny o podkapitoly. Výzkumná část tvoří samostatnou část, která navazuje na předcházející teoretickou část.

První kapitola pojednává obecně o klientovi a schizofrenii. Podává informace o charakteristice a symptomatologii schizofrenie. Jsou vymezeny nejrůznější definice schizofrenie od různých autorů. Dále je zde vysvětlena léčba schizofrenie. Součástí

je podkapitola věnována stigmatizaci osob trpících schizofrenií. Poté je popsána kvalita života osob se schizofrenií.

Ve druhé kapitole jsou podotknuty profesní a osobní požadavky na výkon práce sociálního pracovníka. Zde je rozebrána verbální a neverbální komunikace mezi klientem se schizofrenií a sociálním pracovníkem. Následně je popsán okruh osob pracujících s osobu trpící schizofrenií a definován termín multidisciplinární tým.

Třetí závěrečná kapitola nastiňuje celý systém sociálních služeb pro klienty trpící schizofrenií. V této kapitole jsou charakterizovány jednotlivé dávky a sociální služby, na které mají klienti se schizofrenií nárok, a mohou o ně žádat. Na samotný závěr teoretické části jsou vypsány vybraná zařízení poskytující sociální služby nejen pro osoby trpící schizofrenií ale i osoby s dalšími duševními onemocněními.

Praktická část bakalářské práce je orientována na konkrétní výzkum. Výzkumné šetření je realizováno prostřednictvím vyplnění dotazníků klienty trpícími schizofrenií v organizaci Péče o duševní zdraví ve střediscích Chrudim a Pardubice. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila kvantitativní výzkumnou strategii, tedy dotazník vlastní konstrukce. Důvodem mého rozhodnutí pro volbu dotazníku bylo především jeho jasně dané zhodnocení na základě číselných ukazatelů do přehledných grafů. Další výhodou je časová nenáročnost, vzhledem k tomu, že tato metoda dovoluje zkoumat více respondentů najednou.

Aplikačním cílem této bakalářské práce je ozřejmit odborníkům v pomáhajících profesích náročnost, potřebnost a důležitost péče o klienta trpícího schizofrenií. Rovněž zpracování této problematiky by mohlo napomoci rozšířit přehled o daném tématu organizacím a pracovníkům, které primárně s duševně nemocnými lidmi nepracují, ale v některých případech s nimi kontakt navazují nebo mohou někdy navázat. Jsou jimi například: Policie ČR, praktičtí lékaři, kriminalisté, zdravotní sestry, psychoterapeuti, ergoterapeuti, pracovníci v sociálních službách a další poskytovatelé sociálních služeb. Bakalářská práce může sloužit jako pracovní nástroj expertů na cílovou skupinu a dále může být žádoucí pomůckou u budoucích sociálních pracovníků - studentů sociální práce. Touto prací chci také zdůraznit, že osoba trpící schizofrenií není někdo, koho bychom se měli bát, na koho bychom měli ukazovat prstem, komu bychom se měli vysmívat či za koho bychom se měli stydět.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Klient a schizofrenie

Schizofrenie je jedno z nejvíce rozšířených a nejzávažnějších duševních onemocnění na celém světě. Spadá do psychotického onemocnění a je duševní nemocí dědičně podmíněnou. Podle Pavlovského v knize Rabocha, Pavlovského a Janotové (2012) nejsou příčiny stále jasně stanoveny, přičemž na vzniku schizofrenie se účastní faktory z oblasti biologické, psychologické a sociální a navzájem se doplňují. Kliment (2013) je přesvědčen, že se schizofrenie vyznačuje především pestrostí nejrůznějších příznaků, jako jsou například: bludy, halucinace, poruchy myšlení, neúčelné jednání jedince, nebo kognitivní poruchy. Mnoho autorů přidává ještě poruchy emotivity. Podle Češkové a Příkryla (2013) se schizofrenie objevuje u jedinců v mladém věku a většinou začíná dříve u mužů a má vážnější charakter, než jak tomu je u žen. Kolikrát je velice obtížným procesem určení správné diagnózy. Není pravidlem, že se psychiatři na diagnóze shodnou. To vede k tomu, že nemocný klient tápe a je mu nepříjemné, pokud neví, co s ním je. Stanovení diagnózy má výrazný vliv na následný život nemocného jedince, ať už v oblasti zdraví, práce, tak partnerství.

1.1 Charakteristika, definice a výskyt schizofrenie

Schizofrenie je především procesem. Nemoc se objevuje v atakách, a střídá se s remisemi (období klidu), které u každého nemocného jedince mají jinou kvalitu. Ovšem jednotlivé ataky sebou přináší delší a horší průběh schizofrenie, poznamenává Kučerová (2013).

Termín schizofrenie byl znám již na samém počátku 20. století a v té době byl považován za rozštěp mysli nebo rozpad osobnosti. Probstová a Pěč (2014) uvádí, že schizofrenii jako samostatnou duševní nemoc identifikoval Krapelin a pojmenoval ji jako „dementi praecox“, tedy v překladu předčasná demence. Dušek a Večeřová - Procházková (2010) se s Klimentem ztotožňují a doplňují, že pojem schizofrenie do oboru psychiatrie poprvé uvedl švýcarský psychiatr Eugen Bleuler a to již v roce 1911.

Bankovská Motlová a Španiel (2013) diskutují o (ne) aktuálnosti pojmu schizofrenie, který je podle nich zastaralý a může vést ke stigmatizaci. Termín schizofrenie u společnosti vyvolává rozpaky. Podle autorů v dnešní době můžeme schizofrenii léčit, avšak neumíme stigma odstranit.

Definice schizofrenie

Existuje velké množství definic pojmu schizofrenie. Autoři se mnohdy neshodují, možná právě proto, že u každého nemocného jedince, má schizofrenie jiný průběh nebo jinou formu. Když se řekne schizofrenie, lidem se ihned vybaví „to je bláznovství“, „šílenství“ či „nenormálnost“. Často má společnost schizofrenii spjatou s mentálním postižením, ačkoliv tomu tak není. Nicméně schizofrenie, nic takového z výše zmíněného neznamena. Češková (2012, s. 11) definuje schizofrenii jako: *„duševní onemocnění charakterizované přetrvávajícím kognitivním deficitem, pozitivními a negativními příznaky (které typicky začínají v mládí), podstatnou variabilitou v projevech a průběhu a strukturální, funkční a neurochemickou alterací mozku (včetně dopaminergní deregulace).“*

Kučerová (2010, s. 10) hovoří o schizofrenii jako o: *„rozštěpu osobnosti, přičemž osobnost je, integrovaný celek všech psychických i fyzických vlastností jedince.“*

Cohen (2002, s. 157) smýšlí o schizofrenii takto: *„Schizofrenie je komplexní porucha, kterou je v současné době nutné rozeznat na základě klinických symptomů. Neexistuje žádný diagnostický test a není jasné, zda to, co se zahrnuje do pojmu „schizofrenie“, je jedna nebo více nemocí. Jasné je, že reprezentuje narušení psychických funkcí jednotlivce, a to jedné funkce nebo celé skupiny. Zasaženo může být myšlení a přesvědčení, vnímání, emoce a motivace.“*

Češková a Příkryl (2013, s. 10) k definici schizofrenie říká: *„Jde o závažné psychické onemocnění, u kterého mohou být narušeny téměř všechny psychické funkce. V popředí stojí poruchy myšlení a vnímání a emotivity.“*

Dušek a Večeřová - Procházková (2010, s. 218) uvádí definici, která zní takto: *„Schizofrenie patří mezi závažné psychické poruchy a je charakterizována poruchami myšlení, vnímání a osobnosti.“*

Přes velké množství definic mě však nejvíce zaujala ta napsaná Rabochem a Zvolským (2001, s. 227) a to vzhledem k její jednoduchosti a výstižnosti. „Schizofrenie (F20) je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě.“

Jak již bylo výše uvedeno, definic existuje mnoho a některé se liší, avšak z každé je jasné, že schizofrenie je velmi vážné, složité psychické duševní onemocnění, které doprovází nejrůznější příznaky, které uvedu posléze.

Výskyt schizofrenie

Schizofrenie jako velmi časté a vážné duševní onemocnění zasahuje psychické funkce a klienta trpícího schizofrenií obírá o situace, věci a události, které jsou pro nás v životě naprosto běžné. Prevalence schizofrenie je podle Češkové (2012) asi 1% a její výskyt je totožný u obou pohlaví.

Kliment (2013) podotýká, že momentálně toto onemocnění postihuje kolem 1 - 1,5% celosvětové populace, tedy touto chorobou onemocní zhruba 1 ze 100 lidí, čímž patří mezi nejčastější onemocnění z řad duševních psychotických poruch.

Pavlovský (2012) v knize Rabocha, Pavlovského a Janotové uvádí, že schizofrenie je rozšířena po celém světě a její prevalence je v rozmezí 0,5 – 1%.

Nejedná se o vzácné a výjimečné onemocnění a v populaci se vyskytuje asi 1% osob trpících schizofrenií, tvrdí Bankovská Motlová (2012).

1.2 Symptomatologie schizofrenie

Základním příznakem schizofrenie je především porucha myšlení a jednání. Abychom mohli podle Rabocha, Pavlovského a Janotové (2012) schizofrenii určit a diagnostikovat, je nutné, aby se u jedince vyskytoval minimálně jeden příznak a to v období jednoho a více měsíce: hlasy, slyšení vlastních myšlenek, bludy, halucinace (rozprávějí o chování klienta). Pokud však není přítomen ani jeden z předchozích příznaků, je třeba, aby se u jedince objevily, alespoň dva následující: stálé halucinace, poruchy myšlení, katatonní projevy (poruchy vůle), nápadné chování (ztráta zájmů, nečinnost) a apatie.

Jak Kučerová (2010) zdůrazňuje, jednotlivé příznaky se kombinují a prolínají. Dohromady poté tvoří jeden logický celek. U osob trpících schizofrenií se podle ní objevují nejčastěji tyto příznaky: halucinace (klient slyší, cítí nebo vidí to, co zdravý jedinec nikoliv), bludy (klient je přesvědčen o něčem, co není ani možné), úzkost, deprese, ochuzení emotivity (snížení intenzity jednotlivých pocitů a prožitků), apatie (naprostý nezájem), agresivita (vůči známým i cizím lidem), sebevražedné myšlenky, poruchy spánky (insomnie) a další. Některé příznaky jsou viditelné již na první pohled a okolí je ihned u klienta zaznamená. Naopak některé příznaky mohou zůstat po delší dobu skryty. Ovšem je důležité podotknout, že u klientů trpících schizofrenií není nutné prožití všech existujících a známých příznaků u této duševní nemoci.

Oproti tomu Dušek a Večeřová - Procházková (2010) rozlišují symptomy schizofrenie na pozitivní a negativní. Pozitivní jsou ty, které se u zdravého jedince neobjevují. Vyskytují se tedy navíc. Patří zde například halucinace, bludy, hlasy, zmatená řeč či vzrušenost. Negativní jsou naopak příznaky, které u osob trpících schizofrenií chybí. Znamenají jednoduše řečeno oslabení. Podle Čěškové (2012) představují zejména emoční otupělost, apatii, ztrátu motivace, sociální stažení, nerozhodnost nebo ochuzení řeči. Mnohdy duševní nemoc dojde až tak daleko, že lidé mající schizofrenii nemají zájem vůbec o nic.

Kliment (2013) rozeznává příznaky schizofrenie primární a sekundární. Klasickými primárními symptomy jsou: poruchy kognitivních funkcí, nepřiměřené emoce, sklon k sociální izolaci. Sekundární symptomy se u jedince se schizofrenií mohou či nemusí objevit. Patří sem: halucinace, bludy, katatonní jednání.

1.3 Klasifikace schizofrenie podle MKN - 10

Podle poslední desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí schizofrenie spadá do kategorie schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy, tedy lze je považovat za poruchy schizofrenní. Společně se vedou pod označením F20 - F29. Kliment (2013) sděluje, že tyto poruchy spojuje skutečnost, že nemocný prožívá psychotické příznaky.

Naše odborná literatura hovoří o podtypech či klinických formách schizofrenie, na kterých se více či méně shodují autoři jako Kučerová (2010), Dušek a Večeřová - Procházková (2010), Raboch, Pavlovský a Janotová (2012) a Kliment (2013):

F20.0 Paranoidní schizofrenie - je nejčastější druh a běžnými projevy u této formy schizofrenie jsou bludy a halucinace, kdy klient je přesvědčen, že je pronásledován, ovlivňován a zmanipulován. Není výjimkou, pokud se objevuje agresivita i blízkým osobám klienta. Nálada u nemocných je depresivní a je podmíněna bludům a halucinacím (zvukovým, sluchovým).

F20.1 Hebefrenní schizofrenie - je typická vznikem v adolescenci, tedy věk 15 - 25 let. Chování a projevy nemocného jedince mnohdy nebývají odlišné od chování pubertálního mladistvého. Objevují se grimasy, pošklebky, posmívání nebo vtípkování. Tato forma schizofrenie se objevuje pozvolna.

F20.2 Katatonní schizofrenie - se nevyskytuje příliš často a patří mezi vzácné formy schizofrenie. Katatonní schizofrenie se projevuje především poruchami chování a poruchami psychomotoriky a nabývá extrémy. Prvním z nich je ztráta aktivity, neobvyklé pohyby nebo mutismus a druhým negativismus. Průběh této formy schizofrenie je většinou akutní.

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie - jedná se o schizofrenii, kterou nelze s naprostou přesností zařadit do předchozích výše zmíněných forem. To znamená, že nemá vydefinovanou konkrétní podobu.

F20.4 Postschizofrenní deprese - jde o stav, který nastává po atace schizofrenie, tedy se myslí dobře, kdy příznaky u jedince naplno propuknou. Při tomto podtypu schizofrenie přetrvávají deprese a musí se u jedince vyskytovat některé příznaky, avšak nejsou v popředí klinického obrazu. Jednoduše řečeno, po tom, co vymizí klasické projevy schizofrenie, stále u klienta panuje depresivní nálada.

F20.5 Reziduální schizofrenie - se vyznačuje za chronický průběh schizofrenie, kdy u nemocného jedince přetrvávají spíše negativní příznaky. Těmi je například otupělost, nízká aktivita, pasivita v komunikaci, snížená péče o vlastní osobu, tedy celkové zhoršení stavu.

F20.6 Simplexní schizofrenie - tato forma schizofrenie se objevuje velmi plíživě a pozvolně. Setkáváme se spíše s negativními příznaky schizofrenie. U nemocných jedinců pozorujeme podivínské chování a zejména projevy týkající se sociálního začleňování.

F20.8 Jiná schizofrenie

Dále do této kategorie schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy patří F21 Schizotypní porucha, F22 Trvalé poruchy s bludy, F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy, F24 Indukovaná psychotická porucha a také F25 Schizoafektivní poruchy, o kterých se více detailně zmiňovat nebudu.

1.4 Léčba schizofrenie

Léčba schizofrenie je velice široké téma a dá se na ni nahlížet z několika úhlů. Nejčastěji dochází k rozdělení léčby na farmakologickou a psychosociální. Jak jsem již zmínila v úvodu bakalářské práce, schizofrenie je duševní nemocí, která se u každého klienta projevuje odlišným způsobem, a každý klient ji vnímá a prožívá jinak. Proto je velmi důležité toto mít na mysli a volit danou léčbu individuálně podle všech činitelů. Velice důležité zejména pro klienta je propojení zdravotní a sociální péče a především jejich stálost.

Kučerová (2010) přisuzuje velkou váhu komplexnímu způsobu při léčbě schizofrenie. To znamená, že je velice důležité zkombinovat, jak léčbu zdravotní (lékařskou), která obnáší především podávání léků, v případě zhoršení stavu hospitalizaci v psychiatrické léčebně, tak léčbu psychosociální, prostřednictvím které se s nemocným klientem snažíme komunikovat a pracovat na jeho osobních problémech. O tom, jak úspěšně komunikovat s klientem trpícím schizofrenií budu hovořit v další kapitole. Do léčby sociální lze zahrnout psychoterapii, kdy cílem je zapojení klienta do běžného života a je podle autorky stejně důležitá jako farmakoterapie.

Matoušek (2005) zastává názor, že souhrnnou zdravotně – sociální péči vyžadují zejména ti klienti, u kterých je v důsledku duševní nemoci narušeno více oblastí života, tedy osoby chronicky duševně nemocné.

Způsob a správný výběr léčby závisí podle Bankovské Motlové (2012) na aktuální fázi nemoci, ve které se duševně nemocný člověk nachází. V akutní fázi nemoci je vhodná podle autorky hospitalizace, přičemž se plně dodržuje farmakoterapie. Pokud je klient ve stabilizační fázi, tak se naopak doporučuje, aby klient navštěvoval například denní stacionář nebo ambulanci svého ošetřujícího psychiatra. V případě stabilní fáze (remise) je na řadě komunitní péče, svépomocné programy. Zejména v této části přichází na řadu role a profese sociálního pracovníka. Sociální pracovník se v tuto chvíli snaží klienta naučit zejména sociálním dovednostem a určitému dennímu režimu.

Recovery neboli zotavení představuje podle Kapur (2015) jednu z nejtěžších částí léčby duševně nemocného jedince ve zdravotnictví a v sociální péči. Pomoc klientovi se schizofrenií je často zaměřena na příznaky nemoci a malá pozornost je věnována pocitům, obavám, tedy obecně vnitřnímu světu každého nemocného trpícího schizofrenií. Hlavním cílem a předpokladem recovery je přesvědčení klienta se schizofrenií o zotavení a o vnitřním ujištění o vyléčení. Kapur souhlasí s Raginsem, který je hlavním představitelem a tvůrcem Recovery v tom, že naděje je jedním z hlavních pilířů celé metody zotavení.

Farmakologická léčba

Češková (2012) dělí antipsychotika do dvou skupin a to I. a II. generace, přičemž se častěji předepisují antipsychotika II. generace, která jsou netypická a novější. Je mnoho podob těchto léků, ale autoři se shodují především na nejznámějším risperidonu a nebo leponexu. Není výjimkou, pokud klient užívá současně antipsychotika, antidepresiva (na zmírnění deprese) či anxiolytika (na zmírnění úzkostí).

Bankovská Motlová (2012) antipsychotika popisuje jako široce dostupné a světově akceptovatelné léčivo v boji proti schizofrenii. Dříve jsme se setkávali s výrazem neuroleptika, který je synonymem dnešního pojmu antipsychotika. Dále autorka vysvětluje problém s jejich užíváním. Mnoho klientů léky neužívá vůbec, užívá je velmi nepravidelně, nebo neví, jakým způsobem je užívat. Farmakoterapie je ovšem účinná pouze tehdy, pokud klient dbá na pravidelné užívání antipsychotik. Antipsychotika odstraňují příznaky schizofrenie, zabraňují relapsu (návrat příznaků nemoci, tzv. „znovuvzplanutí“), zlepšují soustředění klienta.

Dušek a Večeřová - Procházková (2005) smýšlí o antipsychotikách jako o lécích, které účinně působí proti dopaminovým receptorům na příznaky psychózy. Uvádí, že prvním antipsychotickým lékem první generace, který vznikl v roce 1950, byl chlorpromazin.

S léčbou schizofrenie souvisí rehabilitace, kterou můžeme u klientů doplňovat například právě k farmakoterapii. Kučerová (2013) ji označuje jako soubor opatření a aktivit, které směřují u klienta k navrácení plného zdraví či alespoň zlepšení či zmírnění zhoršování stavu, který nemoc zavinila.

Psychosociální léčba

Je nutné léčit nejen samotnou schizofrenii, zároveň musíme brát na vědomí s ní vzniklé potíže. Jak popisuje Bankovká Motlová (2012), lidé se schizofrenií, často v důsledku duševní nemoci přicházejí o zaměstnání, nevedou společensky aktivní život a utichá partnerské a rodinné soužití.

Psychoterapii lze podle Duška a Večeřové - Procházkové (2010) považovat v širším slova smyslu za léčebnou metodu pomocí psychologických prostředků. Naopak v užším významu znamená: „*záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta.*“ (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010, s. 337) Prostředky psychoterapie můžeme rozlišit na práci slovem, obrazem a akcí. K psychoterapii neodmyslitelně patří jméno Sigmund Freud, který je považován za zakladatele psychoanalýzy. Podle Kučerové (2013) je psychoterapie soubor metod, pomocí kterých lze verbální i neverbální komunikací působit na klienta tak, aby vedla ke zlepšení jeho zdravotního stavu.

Dušek a Večeřová - Procházková (2010) rozdělují psychoterapii na individuální a skupinovou. Dalším možným rozlišením psychoterapie je direktivní a nedirektivní. Direktivním stylem se myslí přímé usměřování chování a jednání klienta, který dostává úkoly a příkazy. Psychoterapeut je zde v roli experta na duševní život nemocného klienta. Oproti tomu nedirektivní přístup znamená neutrální pózu psychoterapeuta, kterým klienta „nutí“ k verbální i neverbální komunikaci a je zaměřen na aktivní naslouchání, empatii. V nedirektivním přístupu psychoterapie je odborníkem na duševní zdraví klienta pouze klient sám. Stejného názoru je i Matoušek (1999).

Mezi v současné době nejvíce využívané postupy při léčbě schizofrenie patří:

- individuální psychoterapie,
- arteterapie,
- autogenní trénink (cílem je zklidnit klienta a povzbudit jeho organismus),
- kognitivně - behaviorální terapie (základem je teorie učení, kterou aplikujeme na chování jedince - poruchy chování jsou reakce naučené a jejich odstranění bude spočívat ve změně jednání),
- Jungovská psychoterapie,
- krizová intervence,
- logoterapie,
- psychoanalýza (vytvořil ji S. Freud na přelomu devatenáctého a dvacátého století a je přesvědčen, že obsahem nevědomí jsou pudy a ty pak ovlivňují jednání),
- Rogersovská psychoterapie - psychoterapie orientovaná na klienta (psychoterapie rozhovorem),
- transakční analýza.

Příčemž Probstová a Pěč (2014) rozebírají, že terapeutické směry se velmi často různě kombinují a prolínají a navazují na další péči a léčbu.

Kučerová (2013) považuje psychoterapii schizofrenie za úplně odlišnou a to díky svým zásadám. Přístup psychoterapeuta musí být empatický a vstřícný. Klienta akceptujeme i s jeho negativy a zaměřujeme se na jeho emotivitu, vyjadřování a psychické dovednosti. Základ tvoří rozhovor s klientem a tedy vztah mezi ním a odborným pracovníkem (psychoterapeutem, psychiatrem nebo sociálním pracovníkem). Důležité je klienta podporovat a věřit v jeho úspěšné uzdravení.

Dušek a Večeřová - Procházková (2010) spatřují hlavní cíle psychoterapie především v odstranění příznaků schizofrenie, vyřešení dosavadních problémů souvisejících s nemocí klienta, změně či úpravě přístupu klienta k schizofrenii, naučení klienta mít rád sám sebe, zkvalitnění jeho život i se schizofrenií a náhledu na život - změna z negativního na pozitivní.

Nejčastější podobou psychoterapie je rozhovor. Podle Duška a Večeřové - Procházkové (2005) rozhovor představuje především získávání informací ze strany klienta. Sociálního pracovníka a další odborníky v oboru zajímají informace

objektivní (které můžeme ověřit), subjektivní (klientovy prožitky a pocity) a situační informace (otázka přenosu). Rozhovor dělíme: strukturovaný (jedná se o otázky, na které klient odpovídá pouze, ano, ne nebo nevím), nestrukturovaný (klient hovoří volně, o čemkoli chce) a řízený (klientovy jsou pokládány otevřené otázky, na které odpovídá). Kalina (2001) doplňuje, že rozhovor se obvykle týká nejen léků, příznaků, ale také rodiny, bydlení a vztahů. Rozebírají se problémy klienta, v nichž si není jist. Sociální pracovník se pomocí rozhovoru snaží vést klienta, k jeho postupné samostatnosti.

Další léčebné metody

Do této kategorie lze podle Bankovské Motlové (2012) mimo jiné zařadit elektrokonvulzivní léčbu (ECT), veřejností nazývané tzv. elektrošoky. Kučerová (2013) doplňuje, že tato léčba se provádí pouze u klientů, kteří mají závažné ataky nemoci a jsou hospitalizováni. Je významná, zejména pokud antipsychotika nejsou dostatečně účinná. Faltus v knize Zvolského (1997) zmiňuje hlavní výhodu ECT, kterou je její rychlý nástup. ECT spočívá v proudění nízkého elektrického proudu do mozku klienta. Tato metoda vyvolává u široké veřejnosti stále pocity nehumánnosti.

1.5 Stigmatizace schizofrenie

Stigma definovali Probstová a Pěč (2014) jako negativní smýšlení o jedinci (možno i o jeho rodině), které se váže k jeho onemocnění, postižení či vadě. Se stigmatizací, potažmo také i s diskriminací se setkáváme jak z řad jednotlivců, tak od celé společnosti.

Od veřejnosti často slyšíme obavy z náhlého a nečekaného chování osob trpících schizofrenií. Lidé se obávají jejich případné agrese. Jedním z hlavních důvodů je nedostatek informací o dané problematice. Veřejnost není správně informována o tom, co schizofrenie znamená. Mnohdy se můžeme setkat s tím, že je zaměňována nebo přiřazována k mentálnímu postižení. Ve společnosti vzniká velké množství předsudků a mýtů, které jsou v nás dlouhodobě zakořeněny a přijímány. Vliv na nesprávné vysvětlení a terminologii mají i česká massmédiá. Duševní poruchy se zanedlouho stanou hlavní příčinou pracovní neschopnosti. (Češková, 2012)

Tolerance k osobám trpícím schizofrenií, potažmo obecně k lidem duševně nemocným, je nízká. Jak uvádí Kučerová (2010) schizofrenie je pro laiky v naší společnosti nemocí nepochopitelnou, záhadnou, a ne příliš srozumitelnou. Lidé nemají chuť se nad nemocí více zamýšlet. Přesto, že osoby se schizofrenií s námi sdílejí prostor ve společnosti, tak stále nejsou akceptovány a přijímány.

Lidé se schizofrenií jsou stále brány jako jedinci méněcenní či dokonce nesvéprávní. Mnohdy je s nimi jednáno jako s malými dětmi. Tyto myšlenky může mít zpočátku i rodina nemocného jedince. Zkreslené představy o duševně nemocných jsou dány mimo jiné například televizními pořady, kulturními vzorci a vlivy společnosti. (Dušek a Večeřová - Procházková, 2005)

Duševní onemocnění na rozdíl od postižení mentálního či tělesného není ihned na první pohled vidět, přesto k nálepkování těchto lidí dochází stále častěji. Probstová a Pěč (2014) tvrdí, že subjektivně vnímaná stigmatizace výrazně zpomaluje dobu zotavení. Klient se mnohdy sám vidí jako nebezpečný a agresivní a tím se později může vytrácet jeho skutečná identita (matka, rodič, zaměstnanec). Autoři podotýkají, že klient trpící schizofrenií se s touto zvnitřněnou podobou stigmatizace vyrovnává většinou v podobně sociální izolace, neadaptabilním chováním či stažením se.

Bankovská Motlová a Španiel (2013) jsou přesvědčeni, že stigmatizace je pro každého klienta přítěží, která s sebou přináší stres, který může komplikovat celý průběh schizofrenie. Proto je nezbytně důležité ve společnosti stigma odstranit a tím z části usnadnit život klientů se schizofrenií. Stigmatizace pramení nejen od široké veřejnosti, ale i od části odborníků na problematiku duševně nemocných lidí. Mnohokrát se můžeme setkat i se stigmatem ze strany rodin klientů trpících schizofrenií, kteří mají hluboko zakořeněny mýty a stereotypy o těchto cílových skupinách. V neposlední řadě vídáme a slýcháme stigma od médií, které vrhají negativní světlo na osoby trpící schizofrenií.

1.6 Kvalita života osob se schizofrenií

Kvalitní život každého jedince se odráží v naplnění jejich potřeb a tužeb, které máme. Tradiční a již dlouhou dobu známou hierarchii lidských potřeb definoval v roce 1943 psycholog Abraham Maslow a od té doby je hojně využíván termín

Maslowova pyramida, která rozlišuje pět základních lidských potřeb (od nejnižších až po nejvyšší), přičemž ty níže postavené jsou důležité pro existenci lidského bytí. Maslow je seřadil takto: 1. fyziologické potřeby, 2. potřeba bezpečí, 3. potřeba lásky a sounáležitosti, 4. potřeba uznání a úcty, 5. potřeba seberealizace.

Raboch a Zvolský (2001) smýšlí o schizofrenii, jako o duševní chorobě, která má sklon ke chronicitě a to vede u klienta k narušení jeho dosavadních zvyklostí. Zasahuje nejen pracovní schopnosti jedince ale také společenskou stránku života klienta, čímž dochází k ovlivňování a změně života klienta i jeho rodiny již od samého počátku choroby. Tedy kvalita života klienta mající schizofrenii je ovlivněna jak příznaky sociálními (nemožnost najít zaměstnání, potíže v rodinném životě), psychickými (deprese, úzkost) tak i fyzickými (vedlejší účinky léků, sklon k obezitě, vyšší krevní tlak).

Kvalita života osoby trpící schizofrenií je ovlivněna zejména průběhem nemoci, neúspěšnou léčbou, vedlejšími příznaky antipsychotik, úzkostí a depresí, sociální izolací, (ne) podporou ze strany rodiny.

Baštecká a Goldmann (2001) tvrdí, že kvalita života pro každého klienta představuje odlišnou představu. Pro klienta může kvalita života zpravidla tvořit to, čemu přisuzuje hodnotu a význam. Pro sociální pracovníky, je důležité, jak určitá intervence změní, ať již pozitivně či negativně kvalitu života klienta trpícího schizofrenií.

Kvalitu života Dušek a Večeřová - Procházková (2010) definují jako vlastní vnímání životních situací. Prostředkem pro zjištění a hodnocení kvality života klienta se považuje zejména dotazníkové šetření či rozhovor.

Dušek a Večeřová - Procházková (2010) uvádí, že v lidském životě člověk pozná celkem devět dimenzí, které jsou totožné, jak pro zdravé, tak pro duševně nemocné osoby. V nich můžeme pociťovat spokojenost a tedy dosahovat již zmíněnou kvalitu života.

Tabulka 1 Klíčové dimenze lidského života posuzované v dotaznících kvality života (Dušek a Večeřová - Procházková, 2010, s. 342)

<p>Being (Bytí) - Já (Kdo jsem jakožto člověk)</p>	<p>Stránka fyzická - mé tělo ve vztahu k fyzickému zdraví Stránka psychická - mé myšlenky a pocity Stránka duchovní - mé osobní hodnoty a víra</p>
<p>Belonging (Sounáležitost) - Já a společnost (Jak vycházím se svým okolím, s lidmi kolem mne)</p>	<p>Oblast demografická - místo kde žiji a kde trávím svůj čas Oblast sociální - mezilidské vztahy Oblast služeb a činností - které společnost nabízí - přístup ke vzdělání, smysluplné činnosti, lékařské a sociální péči</p>
<p>Becoming (Budoucnost) - Já a mé uplatnění (Čím se ve svém životě zabývám, kam směřuji)</p>	<p>Stránka praktická - každodenní rutinní aktivity, aktivity denního života (ADL) Aktivity volného času - činnost prováděná pro potěšení a zábavu Osobní růst - činnosti, které provádím, abych se zdokonalil či změnil</p>

S kvalitou života osob trpících schizofrenií souvisí pojem kvalita poskytované péče, přičemž je nutné podotknout, jak zmiňují Baštecká a Goldmann (2001), že kvalita služby neznamena to stejné co kvalita života. V sociálních službách se využívají tzv. standardy kvality. Hlavním cílem těchto standardů je především ochránit klienta před nekvalitním způsobem práce a průběhem léčby.

Saarni a kolektiv (2010) se ztotožňují s definicí kvality života Světové zdravotnické organizace (WHO), která tvrdí, že kvalita života je percepce klientů na jejich pozici v životě v různých souvislostech. Postupem času se kvalita života stává stále více důležitým výsledkem zdravotní péče. Větší důraz je kladen na

samostatnost a individuální potřeby klientů se schizofrenií. Dále si myslí, že kvalitu života je obtížně posoudit a zhodnotit.

Schizofrenie je velmi závažnou duševní poruchou, která je velice vyčerpávající a náročná nejen pro samotného nemocného, ale také pro jeho celou rodinu, která s ním strasti nemoci zažívá. Je nemocí rozšířenou po celém světě. Přesto, že existuje mnoho různých forem schizofrenie, u každé z nich je důležité skloubení a propojení farmakologické léčby s léčbou psychosociální. Problém, na který osoby se schizofrenií doplácí, je nízká informovanost veřejnosti v oblasti duševních poruch, ze kterých plyne v posledních letech častá stigmatizace. Nemocní se schizofrenií jsou považováni za blázny a šílence a mnohdy si je lidé pletou s mentálně postiženými lidmi. Stigmatizace osobám se schizofrenií přináší stres, který má mimo jiné nepříznivý dopad na jejich kvalitu života. Schizofrenie ovlivňuje nemocného ve všech složkách života a každý jedinec se s ní vyrovnává podle svých možností.

2 Role sociálního pracovníka v péči o klienta trpícího schizofrenií

Cílem této kapitoly je podat ucelený obraz o roli sociálního pracovníka v péči o klienta trpícího schizofrenií. Péče o duševně nemocné, konkrétně o klienty trpící schizofrenií, sahá daleko do historie, avšak v blízkosti těchto klientů se po dlouhou dobu objevoval pouze lékař - psychiatr. S čímž souvisí i fakt, že samotná péče v úplném počátku zahrnuje pouze tu část zdravotnickou. Až v polovině dvacátého století byl odmítán tradiční medicínský model duševní nemoci, a tím se do popředí dostává péče sociální, čili biopsychosociální model (zahrnující faktory biologické, psychologické a sociální) duševní nemoci od Engela. Po čtvrt století se objevuje model biopsychosociálně - spirituální, který nově zahrnuje složku duchovní.

Sociální pracovník je nezbytným členem týmu péče o duševně nemocné klienty. Dnes si nedovedeme představit, že by právě tato profese v multidisciplinárním týmu chyběla. Péče neobsahuje pouze péči o klienta samotného, ale zahrnuje péči o jeho celou rodinu, popřípadě další příbuzné členy, se kterými sociální pracovník pracuje.

2.1 Profesionální požadavky na výkon práce sociálního pracovníka

Sociální pracovník vykonává řadu činností od sociálního šetření, sociální prevence až po poskytování sociálního poradenství a je tedy nutné, aby splňoval podmínky pro výkon práce sociálního pracovníka. Základním předpokladem k výkonu práce sociálního pracovníka je podle § 110 zákona o sociálních službách:

- svéprávnost
- trestní bezúhonnost
- zdravotní způsobilost, kterou zjišťuje lékař a poté vydává lékařský posudek
- odborná způsobilost, kterou se myslí získání buď vyššího odborného vzdělání či vysokoškolského vzdělání ve stupni bakalářském, magisterském nebo doktorském a to v oborech zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální a humanitní studia, charitní a sociální práci. Další možností nabití odborné způsobilosti pro výkon práce sociálního pracovníka je absolvování vzdělávacích kurzů při splnění zákonných podmínek (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Mimo těchto profesních podmínek, které jsou dány zákonem, se standardně očekává od sociálního pracovníka mnoho dovedností, schopností a vlastností. Sociální pracovník by měl být především trpělivý, empatický, spolehlivý, samostatný, komunikativní, zodpovědný, aktivní a v neposlední řadě pracovitý. Nezbytnou vlastností sociálního pracovníka pro práci s lidmi se schizofrenií je citová vyrovnanost. Další z vlastností je bezpochyby empatie, ale ne neustálý soucit a prožívání obtíží klienta.

Povinností sociálního pracovníka je pravidelné vzdělávání v oboru a to v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok. Mahrová a Venglářová (2008) vidí profesionalitu sociálního pracovníka při práci s lidmi trpící schizofrenií především na pilíři celoživotního vzdělávání. Směřuje nejen do detailních znalostí oborů jako je sociální práce, sociologie, psychiatrie, právo či psychologie, ale také do absolvování psychosociálních výcviků nebo zážitkových kurzů.

2.2 Komunikace s klientem trpícím schizofrenií

Jak poznamenává Baštecká a Goldmann (2001) obecně pojem komunikace můžeme definovat jako spojení, sdělování a předávání informací. V širším slova smyslu znamená interakci (vzájemné působení dvou a více činitelů). Komunikaci rozlišujeme na verbální (slovní) a neverbální (komunikace beze slov).

Styx (2003) se ve své publikaci intenzivně zabývá komunikací duševně nemocných lidí. Uvádí, že schizofrenie mnohdy ztěžuje či neumožňuje kontakt klienta trpícího schizofrenií s jeho sociálním okolím. Jednání a chování nemocného klienta pro okolí bývá často zmatené, nevysvětlující nebo jednoduše zvláštní. Styx (2003) také zdůrazňuje, než samotný rozhovor mezi klientem a sociálním pracovníkem (či jiným odborným pracovníkem - psychiatr, zdravotní sestra, terapeut) začne, je nutné si předem zajistit klid, čas a místnost. Je vhodné si předem s klientem ujasnit, jak dlouhý rozhovor bude.

Bankovská Motlová (2012) popisuje jednotlivá pravidla komunikace s klientem trpícím schizofrenií. Podle ní je vhodné hovořit méně. Důležité je používat krátké věty tak, aby je klient správně pochopil. Doporučuje chválit klienta i za malé pokroky a úspěchy. Kritizujme co nejméně a pokud nás k tomu něco nutí, tak konstruktivně. Nechme klienta hovořit a neskákejme si navzájem do řeči. Nezbytné

je nechat klientovým emocím volný průběh, je v pořádku, pokud klient pláče nebo se zlobí. Vzhledem k tomu, že klienti často nechtějí o svých potížích hovořit, tak naprosto nedílnou součástí každého rozhovoru s klientem majícím schizofrenii je neverbální komunikace, která je mnohdy přínosnější. Neverbální čili mimoslovní komunikace zahrnuje zejména mimiku, gesta, haptiku nebo posturiku (postoj celého těla). Z očního kontaktu, pohybů těla, dotyků či postojů dokáže sociální pracovník zjistit a vyčíst mnohem více, než z neúspěšného rozhovoru.

Navázání kontaktu, který obnáší mimo jiné získání důvěry klienta majícího schizofrenii, je velmi obtížné a to vzhledem k jeho duševnímu stavu. Pro úspěšný rozhovor mezi klientem a sociálním pracovníkem Raboch a Zvolský (2001) sepsali tyto zásady:

- ujišťovat klienta o důvěrnosti rozhovoru,
- dávat najevo klientovy závažnosti jeho osobních problémů,
- nehodnotit klientovy problémy,
- nemoralizovat klienta,
- nepronášet, co je vhodné a co nikoliv,
- hovořit ke klientovi jeho blízkým slovníkem.

Probstová a Pěč (2014) spatřují navázání úspěšného vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem jako předpoklad kvalitního výsledku sociální práce. Nezbytné je navázání důvěry, které je o to náročnější, pokud klient je podezřivý, nedůvěřivý, či klient léčbu odmítá. Dále sepsali několik zásad, jak by měla vypadat ideální komunikace:

- najít bezpečné místo setkávání,
- dodržovat striktně časové omezení komunikace,
- flexibilita a uvolněnost sociálního pracovníka,
- dbát na neverbální projevy (vzdálenost),
- tolerance osoby klienta i jeho projevů,
- otevřenost, autentičnost sociálního pracovníka (podporuje jeho důvěru),
- dodržovat však profesionální hranice.

Kučerová (2010) jako další autorka se věnuje jednání se schizofrenními nemocnými. Podle ní je vhodné dodržovat tyto zásady: „*Především se pacienta*

nebát, a také mu nedávat najevo, že jeho řeč nebo chování není normální. Dále tvrdí, že personál (sociální pracovník) by měl hovořit s rodinou a příbuznými nemocného klienta. Je vhodné, aby klient tomuto rozhovoru naslouchal, pokud to jeho zdravotní stav umožní. Rodina se rovněž jako klient nachází v těžké situaci a proto se předpokládá i podpora na její stranu.

Také skupina autorů Raboch, Pavlovský a Janotová (2012) považují komunikaci s klientem trpícím schizofrenií za zásadní. Lékař, v našem případě sociální pracovník by měl komunikovat tak, aby klient pochopil, že on a jeho problémy jsou na prvním místě. Sociální pracovník by se neměl klientovi příliš otevřít o jeho osobních záležitostech týkající se rodiny, zdravotního stavu nebo vyznání. Sociální pracovník dbá na dodržování vykáni, které představuje pomyslnou bariéru ve vztahu klient - sociální pracovník. Oslovování křestním jménem nepřidá v úvahu, neboť se považuje z etického hlediska jako neúcta. Samozřejmě se vylučuje navázání sexuálního poměru mezi klientem a sociálním pracovníkem.

2.3 Okruh osob pracujících s lidmi se schizofrenií

Okruh pracujících s lidmi se schizofrenií můžeme jiným slovem nazvat multidisciplinární tým. Ten podle Probstové a Pěče (2014) znamená seskupení pracovníků různých profesí, kteří blíže a systematicky spolupracují v péči o klienty, v tomto případě o klienty trpící schizofrenií. Ovšem dále zdůrazňují, že optimální multiprofesní tým bohužel není zastoupen na všech místech, kde je poskytována péče duševně nemocným lidem.

Matoušek (2005) klade velký důraz na týmovou práci, která je podle něj neodmyslitelnou zásadou a pravidlem moderní psychiatrické péče. Multidisciplinární tým byl vystaven na idey součinnosti různých odborníků a pracovních postupů.

Celý okruh pomáhajících profesí, mezi které můžeme zařadit především sociální pracovníky, lékaře, pracovníky v sociálních službách, zdravotní sestry, ergoterapeuty, terapeuty, psychology a psychiatry, je vystaven neustálému tlaku, stresu a situacím, které nemusí být vždy pro tyto pracovníky snadno zvládnutelné. O to více pokud se jedná o práci s duševně nemocnými lidmi. Odborníci, kteří pracují s lidmi trpícími schizofrenií a nejen tímto duševním onemocněním mají

sklon, tendenci nebo předpoklad k burn - out syndromu, tedy v překladu syndromu vyhoření. Aby nedošlo k jeho případnému propuknutí, doporučuje se všem pomáhajícím profesím účastnit se pravidelných supervizí. Supervize podle Baštecké a Goldmanna (2001, s. 368) představuje *„činnost, při které prostřednictvím zaměřeného pozorování a cílených otázek uvažujeme nad kvalitou péče o klienta a zvyšujeme pracovníkovu schopnost reflexe (uvědomovaného vnímání) vlastní práce a sebereflexe.“*

V posledních letech se nejenom stát, ale i ministerstva, snaží o spolupráci resortu zdravotnictví a resortu sociálních věcí. V péči o osoby trpící schizofrenií, je téměř nutností dlouhodobé a úspěšné propojení zdravotní a sociální péče. Je žádoucí, aby docházelo k jakési symbióze mezi těmito disciplínami, což je důležité nejen pro jednotlivé pracovníky z různých vědních oborů, ale zejména pro klienty, pro které je hlavní prioritou úspěšná léčba. Tedy mělo by docházet ke shodě odborníků na jádru problému, diagnóze a zvolené léčbě.

Jednotlivé profese, se kterými se osoba mající schizofrenii potkává, se od sebe odlišují typem vzdělání, náplní práce, přístupem k osobě trpící schizofrenií či oslovením nemocných. Zatímco sociální pracovník využívá pojem klient, u psychiatra se setkáme s označením lékařským, tedy pacient. Kalina (2001) zdůrazňuje nezbytné dodržování tří principů jak se chovat k osobě trpící schizofrenií a to ze strany všech pomáhajících profesí, tak i rodiny. Principy jsou: porozumění (nemoci, příznaků schizofrenie, krizi klienta, situaci klienta), podpora (jednat na základě potřeb klienta) a vedení k samostatnosti (soběstačnost, trávení volného času, přebírání zodpovědnosti).

Mahrová v knize Mahrová a Venglářová (2008) je přesvědčena o tom, že je nutné, aby každý sociální pracovník znal své místo v celém systému. Mnohdy se stává, že sociální pracovník je ten, který klienta odkazuje na jiného odborníka, či od jiného specialisty klienta přebírá, a proto je dbáno na přesné předání informací o klientovi. Klient se může v daném systému ztratit vzhledem k tomu, že přichází do kontaktu s desítky odborníků (od praktického lékaře až po psychiatrickou sestru). Na sociálním pracovníkovi je, aby klientovi vysvětlil fungování celého systému, popsal možnosti finanční pomoci (dávky sociální péče) a poskytl informace o možnostech péče.

Dörner a Plog (1999) podotýkají, že se od sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu očekává nejen znalost zákonu o sociálních službách a orientace v dávkách pro osobu trpící schizofrenií a zejména kontakt se správnými organizacemi. Hlavním úkolem sociálního pracovníka je neustále varovat a připomínat možné následky sociální nespravedlnosti a sociálního vyloučení a před společností je netolerovat a neakceptovat. Dále do profesionálního psychiatrického týmu autoři řadí: sociálního pracovníka, zdravotní sestry a ošetřovatele, lékaře, pohybového terapeuta, ergoterapeuta a psychologa, přičemž každý člen týmu má své jasné speciální činnosti a role, které se od něho očekávají.

Nelze opomenout na významnou část pracovního týmu, kterou je dobrovolník. Dobrovolník pomáhá ve svém volném času a bez nároku na odměnu osobám trpícím schizofrenií zlepšovat celkovou kvalitu života zejména aktivním trávením volného času. Dobrovolník dále může zmírňovat klientovu samotu a izolaci od společnosti. Klient může dobrovolníka vidět v jiných očích než sociálního pracovníka, který představuje jakousi kontrolu.

Baštecká a Goldman (2001) zmiňují výklad Havrdové, podle které by měl sociální pracovník ve vztahu ke klientovi:

- rozvíjet smysluplnou komunikaci;
- získat orientaci a spolu s klientem plánovat;
- podporovat klienta a vést ho k, co největší soběstačnosti;
- zasahovat pouze v případě potíží a poskytovat služby organizace;
- pracovat ku prospěchu celé organizace;
- získávat odborné dovednost a zkušenosti.

Také Probstová a Pěč (2014) se věnují přístupu sociálního pracovníka ke klientům trpícím schizofrenií a vyzdvihují zejména oblast podpory. Konkrétně podporu klienta ve zvládnání životních situací vlastní pomocí. Měla by být ze strany sociálního pracovníka poskytována v přiměřeném množství, aby byla chtěná, efektivní a potřebná. Cílem je samostatnost a odpovědnost za své kroky v řešení problémů.

Náplní sociálního pracovníka v organizaci, poskytující péči osobám trpícím schizofrenií, je především:

- poskytování základního sociálního poradenství
- vedení spisové dokumentace klientů
- jednání se zájemcem o sociální službu
- vedení registru žadatelů o sociální službu
- jednání a kontakt s klientem a rodinou klienta
- administrativní činnost
- vedení individuálního plánu klienta
- vedení klienta k osamostatnění a naplnění cílů určených v individuálním plánu
- v případě potřeby doprovod klienta (např. lékař, nákup, úřad)
- vedení nácviku k tréninkovému bydlení

Z této kapitoly vyplývá, že sociální pracovník je při práci s osobou trpící schizofrenií nezanedbatelným a nenahraditelným členem multidisciplinárního týmu, do kterého patří mimo jiné lékař, zdravotní sestra, terapeut a další odborníci. Každý z nich má nastavené jiné privilegia a kroky při práci s klientem se schizofrenií. Sociální pracovník se především snaží o samostatnost a zkvalitnění života klienta. Sociální práce klade velký důraz na komunikaci mezi sociálním pracovníkem a klientem nemocným schizofrenií, kdy spolu hovoří se o přáních, tužbách a cílech.

3 Pomoc a péče o klienta trpícího schizofrenií

Schizofrenie je nemocí dlouhodobou, individuální a naprosto unikátní, která se každým dnem mění a vyvíjí. S tím souvisí i fakt, že potřeby a tužby klienta majícího schizofrenii se mění a proto je nutné, aby sociální služby na tento fakt reagovaly a braly ohled. Sociální pracovník realizuje svoje pracovní poslání - sociální práci prostřednictvím sociálních služeb. Sociální pracovník by měl vidět a znát psychické potíže klienta a podle toho s každým z nich individuálně pracovat. Pomoc klientovy ze strany sociálního pracovníka začíná v momentě prvního jednání, kontaktu či rozhovoru. Většina klientů se do rukou sociálního pracovníka dostane skrze doporučení od psychiatra, přes rodinu či na vlastní žádost. Jednotlivé sociální dávky od státu pomáhají osobám se schizofrenií řešit situaci z finančního hlediska.

3.1 Sociální práce

„Posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Účelem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů.“
(Řezníček In Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 9)

Matoušek (2005) je přesvědčen, že většina osob, trpících schizofrenií, potažmo jakoukoliv duševní poruchou vyžaduje od sociálního pracovníka konkrétní pomoc (informace o dávkách, službách) či intervenci (poradenství, psychoterapie).

Sociální pracovník pomáhá lidem trpícím schizofrenií zejména v neziskových organizacích, na psychiatrických léčebnách či v nemocnicích na oddělení psychiatrie. Avšak sociální pracovník se s osobou duševně nemocnou setkává i na jiných místech. Například na Městských úřadech, Úřadech práce, Okresních správách sociálního zabezpečení či v odborných poradnách. Tyto organizace nejsou zaměřeny primárně na cílovou skupinu duševně nemocných. (Probstová a Pěč, 2014)

Nejdůležitější pomůckou sociálního pracovníka při práci s osobami mající schizofrenii je mimo učebních materiálů Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se

provádí zákon o sociálních službách. Tento zákon spolu s vyhláškou upravuje problematiku příspěvku na péči, definuje a vyjmenovává sociální služby, vymezuje mlčenlivost, zmiňuje se o financování sociálních služeb a v neposlední řadě popisuje předpoklady pro výkon sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

3.2 Dávky sociální péče pro osoby trpící schizofrenií

Dlouhodobá hospitalizace či neschopnost práce vlivem schizofrenie, potažmo dalších psychiatrických obtíží, s sebou přináší velké množství komplikací a mimo to také finanční potíže mnohých klientů, proto stát myslí na tyto události.

Mezi nejčastěji využívané dávky pro osoby trpící schizofrenií patří zpravidla invalidní důchod, příspěvek na péči a průkaz osoby se zdravotním postižením.

3.2.1 Invalidní důchod

O problematice invalidního důchodu pojednává Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů a další navazující vyhlášky.

Žádost o invalidní důchod podává oprávněná osoba na okresní správu sociálního zabezpečení podle místa trvalého bydliště. Žádost hodnotí a projednává posudkový lékař příslušné okresní správy sociálního zabezpečení na základě rozhovoru s dotyčnou osobou, zjištěného zdravotního stavu a doložených výsledků vyšetření a zpráv. (Mahrová a Venglářová, 2008)

Invalidní důchod je dávkou sociálního pojištění, na kterou má podle zákona o důchodovém pojištění dle § 38 nárok osoba pojištěná za splnění těchto podmínek:

- a) nedosáhla věku 65 let nebo věku důchodového, je -li důchodový věk vyšší než 65 let,
- b) stala se invalidní a získala potřebnou dobu pojištění
- c) stala se invalidní následkem pracovního úrazu či nemoci z povolání,
- d) nesplnila podmínky nároku na starobní důchod.

Pojištěnec je invalidní, jestliže dopadem jeho dlouhodobého a nepříznivého zdravotního stavu nastalo snížení jeho pracovní schopnosti minimálně o 35%. Před

rokem 2010 Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, rozděloval invalidní důchod na částečný a plný. Od roku 2010 rozlišuje podle § 39 tři stupně invalidity. Pokud pracovník schopnost pojištěnce poklesla:

- a) nejméně o 35% a nejvíce o 49%, jedná se o první stupeň invalidity,
- b) nejméně o 50% a nejvíce o 69%, jedná se o druhý stupeň invalidity,
- c) nejméně o 70%, jedná se o třetí stupeň invalidity.

Podle § 41 zákona o důchodovém pojištění výše invalidního důchodu se skládá ze základní a procentní výměry. Základní výměra se rovná 9% průměrné měsíční mzdy. Oproti tomu výše procentní výměry je za celý rok pojištění 0,5% (jedná - li se o první stupeň invalidity), 0,75% (jedná - li se o druhý stupeň invalidity) a 1,5% (jedná - li se o třetí stupeň invalidity) měsíčního výpočtového základu.

3.2.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je právně ošetřen v Zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a ve Vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.

Příspěvek na péči je určen osobám závislým na pomoci další osoby. Touto dávkou stát zajišťuje sociální služby nebo jiné druhy pomoci klientům. Náklady na příspěvek na péči jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek na péči vzniká osobě, která z důvodu nevyhovujícího zdravotního stavu vyžaduje pomoc od další osoby a to zejména při zajištění základních životních potřeb. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Podle zákona o sociálních službách při posuzování stupně závislosti se hodnotí zvládnutí těchto potřeb: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.

Zákon o sociálních službách rozeznává čtyři stupně závislosti. První stupeň znamená lehkou závislost, kdy klient nezvládá tři potřeby. Druhý stupeň představuje středně těžkou závislost a klient nezvládá pět nebo šest potřeb. Třetí stupeň je těžká závislost a klient nezvládá sedm či osm potřeb a úplnou závislost

zastupuje poslední čtvrtý stupeň a klient nevykoná devět či deset potřeb sám bez pomoci.

Výše příspěvku na péči se podle zákona o sociálních službách liší pro osoby do 18 let a pro osoby nad 18 let. Od srpna roku 2016 je výše příspěvku na péči následující:

Výše příspěvku na péči pro osoby do 18 let za kalendářní měsíc:

I. stupeň 3 300,-

II. stupeň 6 600,-

III. stupeň 9 900,-

IV. stupeň 13 200,-

Výše příspěvku na péči pro osoby nad 18 let za kalendářní měsíc:

I. stupeň 880,-

II. stupeň 4 400,-

III. stupeň 8 800,-

IV. stupeň 13 200,-

Mimo jiné osoba se schizofrenií může zažádat o přídavek na dítě, příspěvek na bydlení, rodičovský příspěvek, porodné a pohřebné, přičemž všechny tyto dávky spadají do pilíře státní sociální podpory. Z pilíře hmotné nouze klient trpící schizofrenií může využít příspěvku na živobytí či doplatku na bydlení. Ovšem žádná z těchto služeb primárně neřeší problém zdravotního (duševního) onemocnění klienta.

3.2.3 Průkaz osoby se zdravotním postižením

Je dávka určená pro osobu se zdravotním postižením a zabývá se jí zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

Podle § 34 tohoto zákona má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením, osoba, která je staří jednoho roku a trpí tělesným, smyslovým nebo duševním postižením povahy dlouhodobého a nepříznivého zdravotního stavu a výrazně snižuje a brání její pohyblivost nebo orientaci.

Stejně jako v případě invalidního důchodu žádost podává dotyčná osoba podáním žádosti. I při řízení této dávky hodnotí schopnost pohyblivosti a orientace posudkový lékař příslušné okresní správy sociálního zabezpečení.

§ 34 Zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením rozlišuje tři typy těchto průkazů osob se zdravotním postižením:

- a) průkaz „TP“ - určen pro osobu se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti či orientace,
- b) průkaz „ZTP“ - nárok má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace,
- c) průkaz „ZTP/P“ - nárok má osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace, a s potřebou průvodce.

Dále tento zákon v § 36 stanoví, na co držitel průkazu TP, ZTP A ZTP/P má nárok. Zpravidla se jedná o vyhrazené místo k sezení v městské hromadné dopravě, přednostní vyřízení při osobním projednávání úředních záležitostí a další výhody.

V mnoha případech osoba trpící schizofrenií může žádat o dávku určenou pro osoby se zdravotním postižením, o příspěvek na mobilitu. Podle zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a podle § 7 se jedná o jednorázový příspěvek ve výši 400 Kč za kalendářní měsíc.

3.3 Systém služeb pro osoby trpící schizofrenií

Podle Mahrové a Venglářové (2008) by měl systém sociálních služeb pro osoby trpící schizofrenií obsahovat velkou škálu služeb, přičemž budou mířeny právě na danou cílovou skupinu a budou naplňovat potřeby zejména klientů a také jejich rodin a celé společnosti. Dále autorky kladou důraz ke spolupráci sektoru sociálního, zdravotního a školského a na propojení služeb. Cílem je vytvoření uceleného systému sociálních služeb, který bude působit preventivně a bude

přispívat ke zkvalitnění života osob mající schizofrenii. Sociální pracovník by měl tento systém služeb klientům přiblížit a pomoci mu v něm se orientovat.

Základním pilířem systému sociálních služeb pro duševně nemocné klienty je aktivní vyhledávání potenciálních klientů. Jak zmiňuje Mahrová (2008) v publikaci spolu s Venglářovou, celý systém sociálních služeb nemíří pouze ke klientům, ale také k jejich rodinným příslušníkům.

Je důležité si vyjasnit pojem sociální služba. Podle § 3 zákona o sociálních službách se sociální službou myslí soubor činností poskytujících pomoc a podporu osobám za účelem především jako integrace do společnosti a prevence sociální vyloučení. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Zákon o sociálních službách rozeznává sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Všechny výše zmíněné pilíře se poskytují formou ambulantní, pobytovou a terénní. Za ambulantní službou klient dochází do určeného zařízení sociálních služeb. Pobytovou formou je myšlena služba spojená s ubytováním v daném zařízení. Oproti tomu terénní služby jsou klientům poskytovány v jejich přirozeném prostředí, tedy nejčastěji v domácích podmínkách. Některé služby jsou poskytovány zdarma, jiné za finance určené podle Vyhlášky č. 505/2006 Sb., k zákonu o sociálních službách.

3.3.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství je po dlouhou dobu tradiční a stálou službou v našem státě a tvoří jeden ze tří pilířů sociálních služeb.

Podle § 37 zákona o sociálních službách jsou dva druhy sociálního poradenství. Základní sociální poradenství je činností, kterou poskytují poskytovatelé všech druhů sociálních služeb. Spočívá v předání obecných informací, pomoci s řešením aktuální nepříznivé životní situace. Podle zákona je žádoucí, aby všichni poskytovatelé sociálních služeb základní sociální poradenství všem klientům zajistili. Odborné sociální poradenství již směřuje na jednotlivé cílové skupiny osob a je poskytováno zejména v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách či specializovaných poradnách.

Oba dva typy sociálního poradenství se snaží vést klienty k uplatnění práv a oprávněných zájmů a k sociálnímu začlenění. Nechybí ani terapeutická činnost. Sociální poradenství je poskytováno bez úplaty.

Avšak sociální pracovník není v žádném případě zodpovědný za životní situaci klienta a jeho úkolem není převzít za klienta řešení, nýbrž mu pouze dopomoci nalézt určité kroky k vyřešení nepříznivé situace.

3.3.2 Služby sociální péče

Základním cílem služeb sociální péče je podle § 38 zákona o sociálních službách podporovat klienty v jejich životě a pokud možno, v co nejvíce jim přirozeném prostředí. Dbá se na integraci do společnosti a navrácení do běžného života.

Pro osoby trpící schizofrenií jsou doporučeny následující sociální služby:

- a) Podpora samostatného bydlení** je podle § 43 zákona o sociálních službách službou terénní, která je určena lidem se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního, chronického a duševního onemocnění a jejichž stav a momentální situace potřebuje péči další osoby. Hlavní činností této služby je pomoc se zvládnutím domácnosti, sociálně terapeutické, výchovné aktivity a pomoc se začleněním do společenského dění.
- b) Denní stacionáře** se podle § 46 zákona o sociálních službách poskytuje ambulantní formou a to osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku či zdravotního stavu a také osobám s chronickým duševním onemocněním. Situace těchto osob vyžaduje pomoc druhé osoby. Jedná se zejména o nápomoc při péči o vlastní osobu, pomoc při hygieně, poskytnutí stravy. Další činnosti jsou totožné, jako u služby Podpora samostatného bydlení.
- c) Týdenní stacionáře** jsou podle § 47 zákona o sociálních službách obdobou denních stacionářů, ale liší se formou poskytování. Jedná se o službu pobytovou. Zde je klientům poskytováno mimo jiné i ubytování. Nechybí činnosti terapeutické, vzdělávací a výchovné. Je zprostředkován kontakt se společností. Rovněž se dopomáhá klientům s hygienou a se sebepéčí.
- d) Chráněné bydlení** definuje § 51 zákona o sociálních službách jako službu sociální péče určenou osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního nebo duševního postižení, kteří potřebují pomoci od další osoby. Chráněné bydlení

má nejčastěji skupinovou, případně individuální podobu. Základními činnostmi jsou poskytování stavy, ubytování a dopomoc se zajištěním domácnosti. Vedlejšími, avšak nezbytnými činnostmi jsou pomoc při hygieně, vzdělávací činnosti, a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

3.3.3 Služby sociální prevence

Jak již napovídá název, služby sociální prevence jsou zaměřeny především na prevenci, tedy zabránění, předejití a ochraně před sociálním vyloučením klientů, kteří k této sociální události mají nakročeno vzhledem k jejich momentálnímu stavu a situaci. U osob trpících schizofrenií důvodem sociální exkluze může být chronicita jejich duševního onemocnění, způsob života nebo nežádoucí návyky. Hlavním cílem služeb sociální prevence je předejít a zabránit již zmíněnému sociálnímu vyloučení a napomáhat klientům s překonáním nepříznivé životní situace.

Služby sociální prevence nabízí pro osoby mající schizofrenii tyto dvě sociální služby:

a) Služby následné péče jsou podle § 64 zákona o sociálních službách poskytovány formou ambulantní nebo pobytovou a to všem osobám, kteří trpí chronickým duševním onemocněním a také osobám závislým na návykových látkách. Služby následné péče jsou zaměřeny na sociálně terapeutickou činnost, zprostředkování kontaktu se společností a pomoc při uplatnění oprávněných práv a zájmů klienta.

b) Sociální rehabilitace je podle § 70 zákona o sociálních službách definována jako souhrn speciálních činností, které vedou k dosažení plné samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti klienta. V rámci této služby pracovník s klientem posiluje dosavadní schopnosti, rozvíjí dovednosti vedoucí k osamostatnění, zprostředkovává kontakt se společností. Dále služba obsahuje terapeutické a vzdělávací činnosti. Sociální rehabilitace je rovněž poskytována ambulantní i pobytovou formou.

3.4 Vybraná zařízení věnující se duševně nemocným klientům

Nestátní nezisková organizace Péče o duševní zdraví působí od roku 1995 ve Východních Čechách a je zaměřena na okruh osob s duševním onemocněním.

Cílem a mottem organizace je snaha o naplnění, samostatný a kvalitní život osob s duševním onemocněním v jejich přirozeném a blízkém prostředí, s co možná nejmenší podporou dalších osob. Pobočky organizace jsou v Chrudimi, Pardubicích, Hradci Králové, Jičíně, Náchodě, Rychnově nad Kněžnou a Ústí nad Orlicí. Duševně nemocným lidem Péče o duševní zdraví nabízí dva typy sociálních služeb: a) sociální rehabilitaci, b) služby následné péče. Posláním sociální rehabilitace je pomoc osobám s duševním onemocněním v rozvoji sociálních dovedností a žítí bez využití odborné pomoci. Služby následné péče jsou vhodné zejména pro klienty, kteří se vracejí po hospitalizaci z psychiatrických oddělení a cílem sociálních pracovníků je tyto klienty zařadit zpět do běžného života.

Mezi další organizace pracující s lidmi trpícími duševním onemocněním na území pardubického kraje můžeme zařadit například: Fokus Vysočina, Rytmus Chrudim, CEDR Pardubice, Domov na hradě Rychmburk.

Přesto, že sociální práce je obor poměrně rozsáhlý a široký a sociální pracovník pracuje s různými cílovými skupinami, od seniorů, drogově závislých lidí až po duševně nemocné osoby, tak každému jedinci se snaží pomoci nebo dopomoci najít vhodnou službu, vyhledat konkrétní zařízení či podat žádost o sociální dávku. Rozmanitost v sociálních dávkách a sociálních službách, je pro klienty trpící schizofrenií mnohdy zmatečná a mnohdy v tuto chvíli vyhledávají pomoc sociálních pracovníků.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Na teoretickou část bakalářské práce navazuje výzkumná část. V této části je definován hlavní výzkumný cíl bakalářské práce a dílčí cíle výzkumu. Poté je popsána výzkumná strategie a odůvodněn výběr výzkumného vzorku. Následně je uvedena tabulka operacionalizace, tzv. transformační tabulka. Dále je vysvětleno zpracování výzkumných dat a jejich analýza. Na úplný závěr jsou zhodnoceny výsledky kvantitativního výzkumu.

1 Hlavní cíl výzkumu

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce je zjistit potřebnost sociálního pracovníka v rámci sociální služby pro klienty trpící schizofrenií. Tedy zda je nebo není sociální pracovník v organizaci určené pro klienty trpící schizofrenií nezbytným členem týmu a zda si klient v dané organizaci dokáže či nedokáže představit využívání sociální služby bez asistence a pomoci sociálního pracovníka. Organizace Péče o duševní zdraví (konkrétně středisko Chrudim a Pardubice), kterou jsem zvolila pro provedení kvantitativního výzkumu, se zaměřuje na pomoc duševně nemocným lidem v různých oblastech života. Výše zmíněná organizace poskytuje dvě sociální služby, sociální rehabilitaci a služby následné péče (viz kapitola 3.4).

2 Dílčí cíle výzkumu

Z cíle hlavního jsou vytvořeny cíle dílčí (DC), pomocí kterých bude možné se dotázat na hlavní výzkumný cíl.

DC1: Zjistit vliv sociálního pracovníka na zlepšení kvality života klientů trpících schizofrenií.

DC2: Analyzovat změny klientů se schizofrenií od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (zejména vlivem sociálního pracovníka).

DC3: Identifikovat naplnění očekávání od kooperace se sociálním pracovníkem.

3 Metodika výzkumu

3.1 Výzkumná strategie

Vzhledem k charakteru vybraného tématu mé bakalářské práce jsem se rozhodla použít jako výzkumnou strategii dotazník vlastní konstrukce. Dotazník, který spadá do oblasti kvantitativních metod, jsem si vybrala z důvodů jasně daného zhodnocení dle číselných ukazatelů, poté z důvodů časové nenáročnosti a možnosti zkoumat více respondentů najednou.

Punch (2008) tvrdí, že kvantitativní výzkum se provádí proto, aby výsledkem byly zejména číselná data. Základním principem tohoto druhu výzkumu je průzkum vztahů mezi jednotlivými proměnnými. Dotazník je nejvíce používanou metodou v kvantitativním výzkumu, jak poznamenává Punch (2008). Dotazník je vytyčen výzkumnými otázkami a je určen k získání statistických dat.

Dotazníkové šetření je písemné a obsahuje celkem dvacet otázek. Otázky jsou zaměřeny na osobní data a zkušenosti respondentů, kteří žijí se schizofrenií a využívají sociální službu určenou pro osoby trpící duševní nemocí, tedy sociální rehabilitaci nebo služby následné péče. V dotazníku lze nalézt otázky uzavřené, polouzavřené, šalovací a jednu otázku otevřenou. (viz příloha A - Vzor dotazníku).

3.2 Tabulka operacionalizace

Pro snadnější přehlednost jsem hlavní cíl, dílčí cíle a otázky z dotazníků vztahující se k dílčím cílům zpracovala do tzv. transformační tabulky.

Tabulka 2 Transformace výzkumných kroků

Hlavní cíl	Dílčí cíle	Dotazníkové otázky
Zjistit potřebnost sociálního pracovníka v rámci sociální služby pro klienty trpící schizofrenií.	DC1: Zjistit vliv sociálního pracovníka na zlepšení kvality života klientů trpících schizofrenií.	Otázka č. 9 V jaké oblasti Vašeho problému Vám sociální pracovník nejvíce pomohl?
		Otázka č. 10 Změnil Vám sociální pracovník pohled na Vaši nemoc, na schizofrenii?
		Otázka č. 20 Jaká je pro Vás ve službě potřeba a nezbytnost sociálního pracovníka? Uveďte na škále 0 - 10.
	DC2: Analyzovat změny klientů se schizofrenií od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (vlivem a podílem sociálního pracovníka).	Otázka č. 11 Pozorujete u sebe pozitivní změny po tom, co navštěvujete sociálního pracovníka v organizaci zaměřené na osoby se schizofrenií?
		Otázka č. 12 Stručně popište, jaké konkrétní změny u Vás nastaly od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (vlivem a podílem sociálního pracovníka)?
	DC3: Identifikovat naplnění očekávání od kooperace se sociálním pracovníkem.	Otázka č. 19 Naplnila se Vaše očekávání od spolupráce se sociálním pracovníkem z organizace pracující s duševně nemocnými lidmi?

3.3 Zpracování výzkumných dat a jejich analýza

Sběr dat probíhal dva měsíce. Dotazník vlastní konstrukce obsahoval celkem 20 otázek, z nichž dvě otázky se vztahovaly k osobním údajům respondenta (pohlaví a věk). Ostatní otázky byly zaměřeny na zkoumanou problematiku a byly pomyslně rozděleny na otázky obecné, které se týkaly převážně organizace a služeb pro osoby se schizofrenií a otázky konkrétní, které se vázaly ke spolupráci mezi sociálním pracovníkem a klientem.

Získaná data jsem zpracovala do tabulek a grafů vytvořených v programu Microsoft Excel 2007, které jsem okomentovala. Pro lepší přehlednost jsem použila výsečové grafy různých barev a vždy do grafu jsem zaznamenala procentuální zastoupení.

Příloha A zahrnuje vzor dotazníku, který byl respondentům rozdán. Příloha B obsahuje vybrané vyplněné dotazníky, které se od sebe výrazně odlišují, aby byl vidět rozdíl v odpovědích respondentů.

4 Popis výzkumného souboru

Přesto, že institucí a zařízení orientující se na sociální práci s duševně nemocnými osobami v Pardubickém a Královéhradeckém kraji je více (například: Domov na stříbrném vrchu, Fokus Vysočina, Rytmus Východní Čechy, CEDR Pardubice, Domov na hradě Rychmburk, Péče o duševní zdraví) má volba pro provedení kvantitativního výzkumu byla ovlivněna předchozím výkonem odborné praxe.

Vzhledem k tomu, že v organizaci Péče o duševní zdraví (středisko Chrudim) jsem absolvovala souvislou praxi, již v jejím průběhu jsem měla vytipované klienty, pro které nebude vyplnění mého dotazníku velkou přítěží.

Dotazníkové šetření bylo provedeno v průběhu prosince roku 2016 a ledna roku 2017 v organizaci Péče o duševní zdraví (středisko Chrudim a středisko Pardubice). Následně v únoru roku 2017 byly dotazníky vyhodnoceny. Výzkumný soubor tvoří 50 klientů (29 mužů a 21 žen) trpících schizofrenií (diagnóza F20 - F29 dle MKN-10) výše zmíněné organizace. Předpokládaná doba vyplnění dotazníků je 20 až 30 minut podle individuálních možností a schopností jedince se schizofrenií. Dotazovaní odpovídali na otázky týkající se jejich duševního onemocnění, vztahu k sociálním službám, četnosti kontaktu a spokojenosti se spoluprací se sociálním pracovníkem. Vyplněné dotazníky jsem zpracovala do grafického znázornění a ke každé otázce jsem přidala vlastní slovní komentář.

5 Interpretace zjištěných výsledků

V této kapitole budou zrekapitulovány vytyčené výzkumné otázky. Budou zhodnoceny data získaná kvantitativním výzkumem.

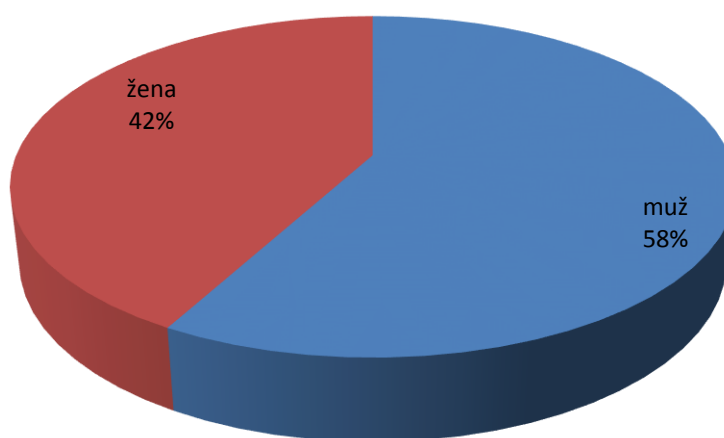
Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

Na otázku č. 1 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%).

Tabulka 3 Jakého jste pohlaví?

Pohlaví respondentů	n	%
Muži	29	58
Ženy	21	42
Celkem respondentů	50	100

1. Jakého jste pohlaví?



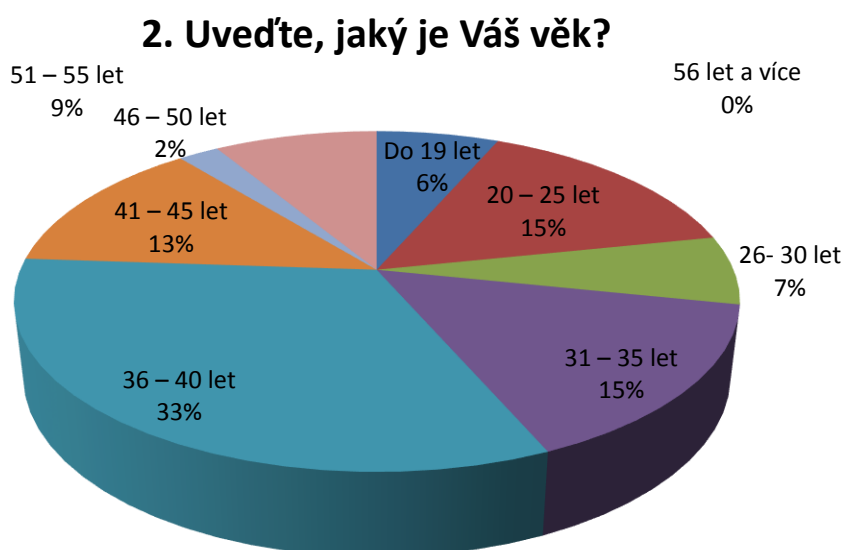
Graf 1 Jakého jste pohlaví?

Otázka č. 2: Uved'te, jaký je Váš věk?

Na otázku č. 2 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Nejčastěji na mé otázky v dotazníku odpovídali respondenti ve věku 36 – 40 let (30%). Naopak nejméně respondenti ve věku 46 – 50 let (2%).

Tabulka 4 Uved'te, jaký je Váš věk?

Věk respondentů	muži	ženy	n	%
Do 19 let	2	1	3	6
20 – 25 let	5	2	7	14
26- 30 let	0	3	3	6
31 – 35 let	4	3	7	14
36 – 40 let	9	6	15	30
41 – 45 let	5	1	6	12
46 – 50 let	0	1	1	2
51 – 55 let	1	3	4	8
56 let a více	3	1	4	8
Celkem respondentů	29	21	50	100



Graf 2 Uved'te, jaký je Váš věk?

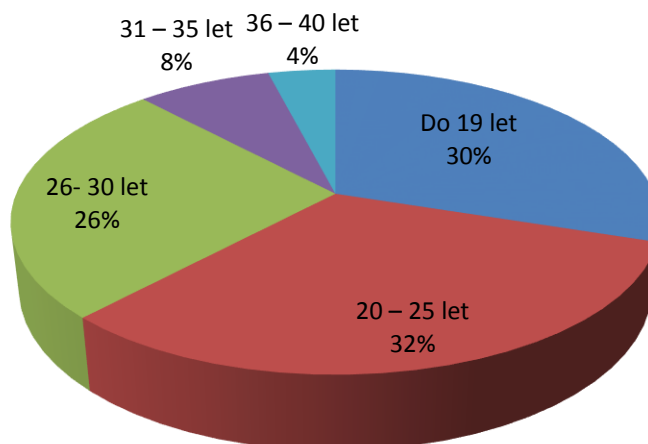
Otázka č. 3: Napište, v kolika letech se u Vás poprvé objevila schizofrenie?

Na otázku č. 3 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Nejčastěji se poprvé objevila schizofrenie u 16 respondentů ve věku 20 – 25 let (32%) a poté u 15 respondentů do 19 let (30%). U dvou respondentů se poprvé schizofrenie objevila ve věku 36 - 40 let (4%).

Tabulka 5 Napište, v kolika letech se u Vás poprvé objevila schizofrenie?

Otázka č. 3	muži	ženy	n	%
Do 19 let	9	6	15	30
20 – 25 let	10	6	16	32
26- 30 let	7	6	13	26
31 – 35 let	2	2	4	8
36 – 40 let	1	1	2	4
Celkem respondentů	29	21	50	100

3. Napiště, v kolika letech se u Vás poprvé objevila schizofrenie?



Graf 3 Napište, v kolika letech se u Vás poprvé objevila schizofrenie?

Otázka č. 4: Jak jste se dozvěděl/a o službě pro osoby trpící schizofrenií?

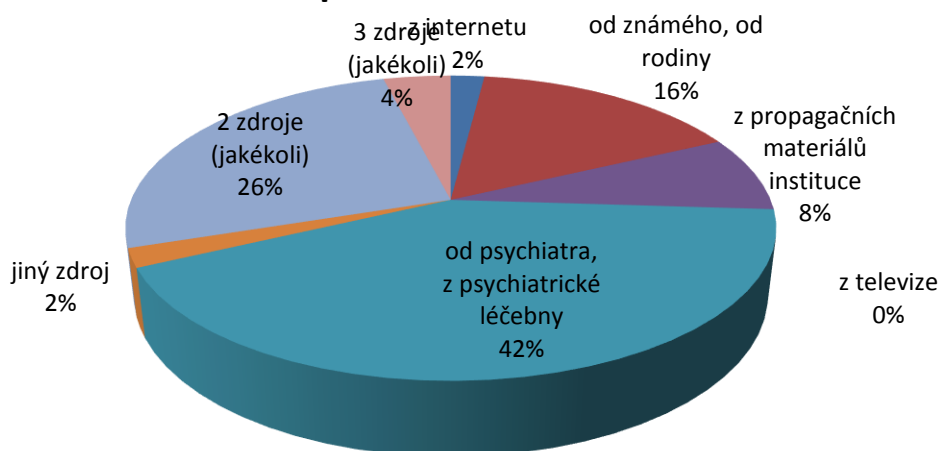
(můžete zakroužkovat více odpovědí)

Na otázku č. 4 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Respondenti nejčastěji uvedli, že o službě se dozvěděli od psychiatra (21 respondentů). Dalších 13 respondentů (26%) se ztotožnilo se dvěma zdroji.

Tabulka 6 Jak jste se dozvěděl/a o službě pro osoby trpící schizofrenií?

Otázka č. 4	muži	ženy	n	%
z internetu	1	0	1	2
od známého, od rodiny	4	4	8	16
z televize	0	0	0	0
z propagačních materiálů instituce	2	2	4	8
od psychiatra, z psychiatrické léčebny	12	9	21	42
jiný zdroj	1	0	1	2
2 zdroje (jakékoli)	8	5	13	26
3 zdroje (jakékoli)	1	1	2	4
Celkem respondentů	29	21	50	100

4. Jak jste se dozvěděl/a o službě pro osoby trpící schizofrenií?



Graf 4 Jak jste se dozvěděl/a o službě pro osoby trpící schizofrenií?

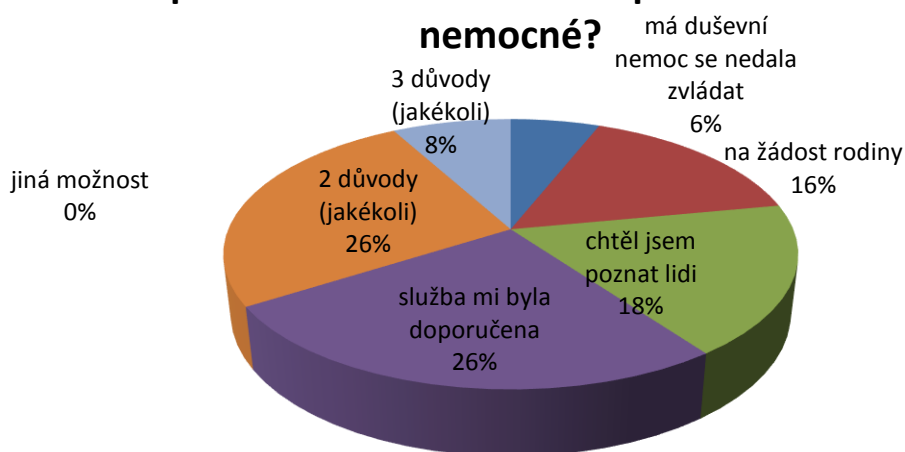
Otázka č. 5: Z jakého důvodu jste se obrátil/a pro pomoc na službu určenou pro duševně nemocné? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

Na otázku č. 5 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Služba byla klientům doporučena u 13 respondentů (26%). Stejný počet odpovídajících uvedl 2 důvody současně. Žádný respondent neuvedl variantu „jiná možnost“.

Tabulka 7 Z jakého důvodu jste se obrátil/a pro pomoc na službu určenou pro duševně nemocné?

Otázka č. 5	muži	ženy	n	%
má duševní nemoc se nedala zvládat	2	1	3	6
na žádost rodiny	8	0	8	16
chtěl jsem poznat lidi	4	5	9	18
služba mi byla doporučena	6	7	13	26
jiná možnost	0	0	0	0
2 důvody (jakékoli)	7	6	13	26
3 důvody (jakékoli)	2	2	4	8
Celkem respondentů	29	21	50	100

5. Z jakého důvodu jste se obrátil/a pro pomoc na službu určenou pro duševně nemocné?



Graf 5 Z jakého důvodu jste se obrátil/a pro pomoc na službu určenou pro duševně nemocné?

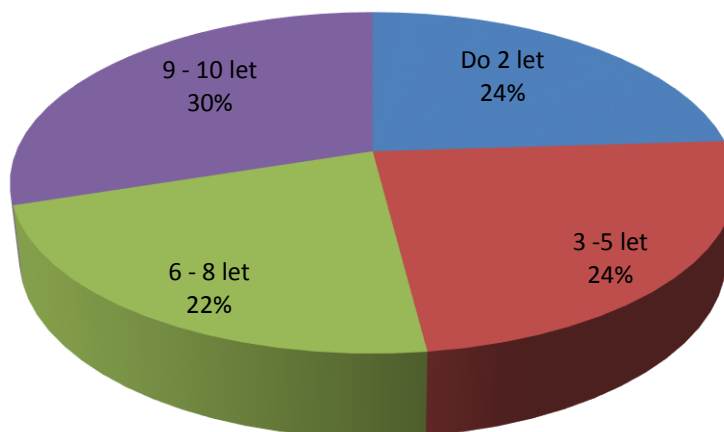
Otázka č. 6: Jak dlouho již tuto službu využíváte?

Na otázku č. 6 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Zde byly odpovědi respondentů velmi vyrovnané. 15 respondentů (30%) jsou ve službě 9 – 10 let. 12 respondentů (24%) uvedlo, že službu využívají do 2 let a také dalších 12 respondentů (24%) službu využívají 3 – 5 let.

Tabulka 8 Jak dlouho již tuto službu využíváte?

Otázka č. 6	muži	ženy	n	%
Do 2 let	6	6	12	24
3 -5 let	10	2	12	24
6 - 8 let	4	7	11	22
9 - 10 let	9	6	15	30
Celkem respondentů	29	21	50	100

6. Jak dlouho již tuto službu využíváte?



Graf 6 Jak dlouho již tuto službu využíváte?

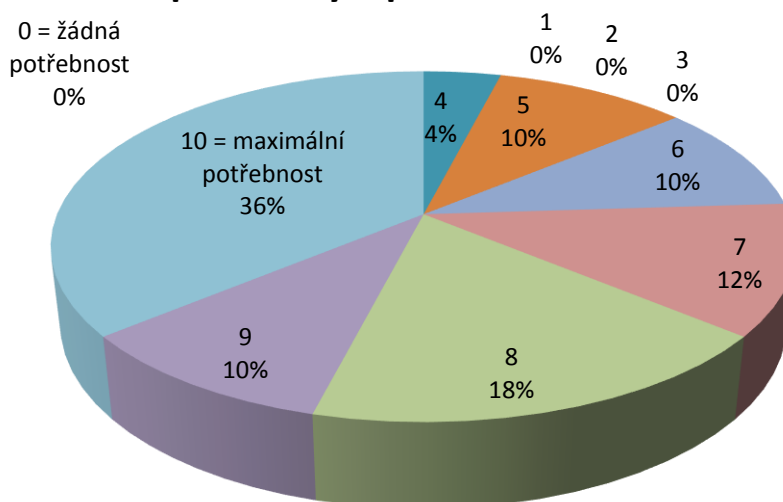
Otázka č. 7: Jak hodnotíte potřebnost sociálních služeb pro osoby trpící schizofrenií? Uved'te na škále 0 – 10.

Na otázku č. 7 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Procentuálně nejvýše vyšla odpověď „10 = maximální potřebnost“ v 36%, po 18 respondentech.

Tabulka 9 Jak hodnotíte potřebnost sociálních služeb pro osoby trpící schizofrenií?

Otázka č. 7	muži	ženy	n	%
0	0	0	0	0
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	1	1	2	4
5	4	1	5	10
6	3	2	5	10
7	6	0	6	12
8	4	5	9	18
9	1	4	5	10
10	10	8	18	36
Celkem respondentů	29	21	50	100

7. Jak hodnotíte potřebnost sociálních služeb pro osoby trpící schizofrenií?



Graf 7 Jak hodnotíte potřebnost sociálních služeb pro osoby trpící schizofrenií?

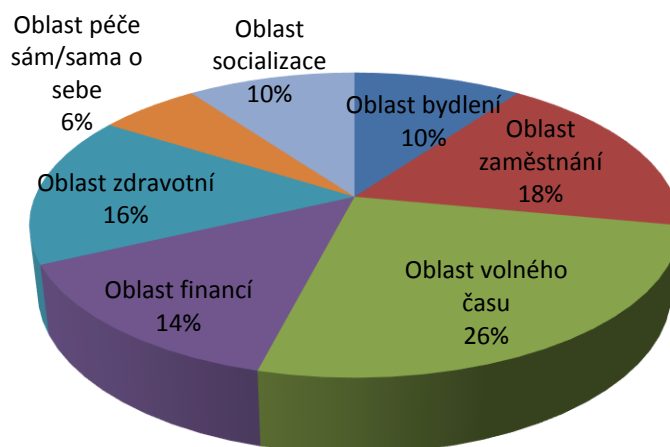
Otázka č. 8: Jakou oblast Vašeho problému se sociálním pracovníkem nejčastěji řešíte?

Na otázku č. 8 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Nejčastější odpověď tvořila varianta „oblast volný čas“, celkem tedy 26% a poté možnost „oblast zaměstnání“ 18%.

Tabulka 10 Jakou oblast Vašeho problému se sociálním pracovníkem nejčastěji řešíte?

Otázka č. 8	muži	ženy	n	%
Oblast bydlení	2	3	5	10
Oblast zaměstnání	4	5	9	18
Oblast volného času	10	3	13	26
Oblast financí	4	3	7	14
Oblast zdravotní	2	6	8	16
Oblast péče sám/sama o sebe	3	0	3	6
Oblast socializace	4	1	5	10
Celkem respondentů	29	21	50	100

8. Jakou oblast Vašeho problému se sociálním pracovníkem nejčastěji řešíte?



Graf 8 Jakou oblast Vašeho problému se sociálním pracovníkem nejčastěji řešíte?

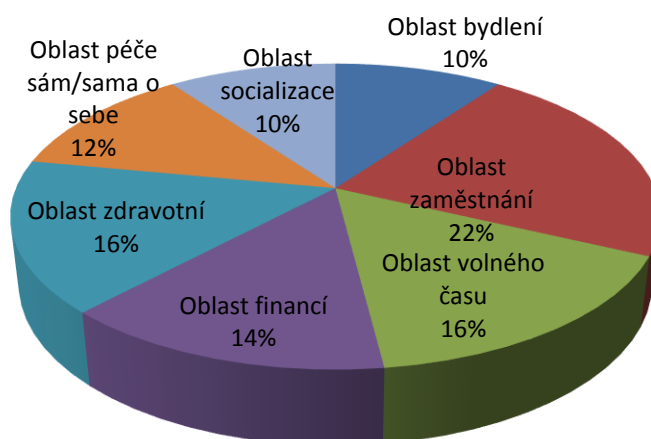
Otázka č. 9: V jaké oblasti Vašeho problému Vám sociální pracovník nejvíce pomohl?

Na otázku č. 9 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). „Oblast zaměstnání“ byla uvedena jako nejčastější odpověď z nabízených variant a to v 22%. Naopak nejméně zastoupenou odpovědí byla „oblast bydlení“ a „oblast socializace“ (vždy po 10%).

Tabulka 11 V jaké oblasti Vašeho problému Vám sociální pracovník nejvíce pomohl?

Otázka č. 9	muži	ženy	n	%
Oblast bydlení	3	2	5	10
Oblast zaměstnání	6	5	11	22
Oblast volného času	5	3	8	16
Oblast financí	3	4	7	14
Oblast zdravotní	3	5	8	16
Oblast péče sám/sama o sebe	5	1	6	12
Oblast socializace	4	1	5	10
Celkem respondentů	29	21	50	100

9. V jaké oblasti Vašeho problému Vám sociální pracovník nejvíce pomohl?



Graf 9 V jaké oblasti Vašeho problému Vám sociální pracovník nejvíce pomohl?

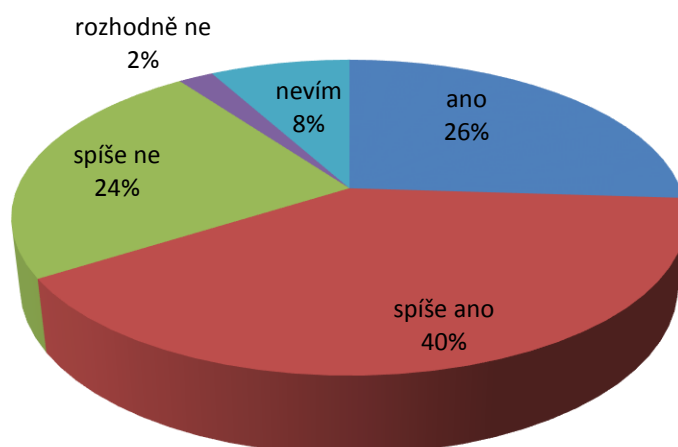
Otázka č. 10: Změnil Vám sociální pracovník pohled na Vaši nemoc, na schizofrenii?

Na otázku č. 10 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Respondenti nejvíce uvedli odpověď „spíše ano“. Tuto variantu napsalo celkem 40% odpovídajících. Dalších 13 respondentů (26%) souhlasilo s možností „ano“.

Tabulka 12 Změnil Vám sociální pracovník pohled na Vaši nemoc, na schizofrenii?

Otázka č. 10	muži	ženy	n	%
ano	5	8	13	26
spíše ano	11	9	20	40
spíše ne	10	2	12	24
rozhodně ne	1	0	1	2
nevím	2	2	4	8
Celkem respondentů	29	21	50	100

10. Změnil Vám sociální pracovník pohled na Vaši nemoc, na schizofrenii?



Graf 10 Změnil Vám sociální pracovník pohled na Vaši nemoc, na schizofrenii?

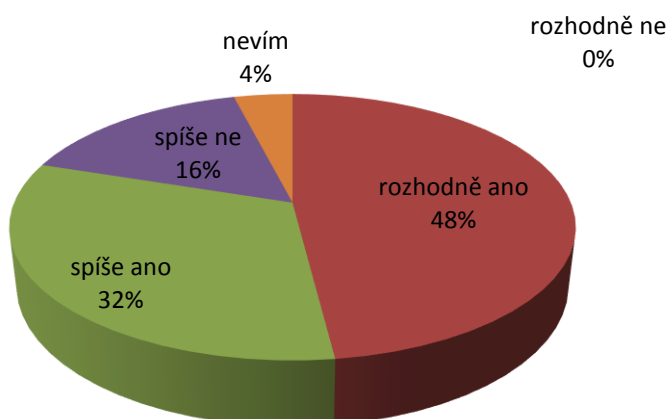
Otázka č. 11: Pozorujete u sebe pozitivní změny ve Vašem životě po tom, co navštěvujete sociálního pracovníka v organizaci zaměřené na osoby se schizofrenií?

Na otázku č. 11 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Největší četnost se vyskytla u odpovědi „rozhodně ano“, kterou uvedlo 12 mužů a 12 žen. Což celkem tvořilo 48% respondentů. Poté se objevila odpověď „spíše ano“ v zastoupení 32%.

Tabulka 13 Pozorujete u sebe pozitivní změny ve Vašem životě po tom, co navštěvujete sociálního pracovníka v organizaci zaměřené na osoby se schizofrenií?

Otázka č. 11	muži	ženy	n	%
rozhodně ano	12	12	24	48
spíše ano	11	5	16	32
spíše ne	5	3	8	16
rozhodně ne	0	0	0	0
nevím	1	1	2	4
Celkem respondentů	29	21	50	100

11. Pozorujete u sebe pozitivní změny ve Vašem životě po tom, co navštěvujete sociálního pracovníka v organizaci zaměřené na osoby se schizofrenií?



Graf 11 Pozorujete u sebe pozitivní změny ve Vašem životě po tom, co navštěvujete sociálního pracovníka v organizaci zaměřené na osoby se schizofrenií?

Otázka č. 12: Stručně popište, jaké konkrétní změny u Vás nastaly od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (vlivem a podílem sociálního pracovníka)?

Na otázku č. 12 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Nejvíce zastoupenou odpovědí, kterou sami respondenti uvedli, byla „plnohodnotná náplň volného času“, celkem 16 odpovídajících, tedy 32%. Celkem 10 respondentů (20%) neuvvedlo nic.

Tabulka 14 Stručně popište, jaké konkrétní změny u Vás nastaly od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (vlivem a podílem sociálního pracovníka)?

Otázka č. 12	muži	ženy	n	%
zlepšení komunikace	2	1	3	6
zlepšení zdravotního stavu	3	2	5	10
nový byt	4	2	6	12
náplň volného času	10	6	16	32
nové zaměstnání	1	3	4	8
dokončení studia	1	0	1	2
osobní klid	3	2	5	10
neuvvedeno	5	5	10	20
Celkem respondentů	29	21	50	100

12. Stručně popište, jaké konkrétní změny u Vás nastaly od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem?



Graf 12 Stručně popište, jaké konkrétní změny u Vás nastaly od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (vlivem a podílem sociálního pracovníka)?

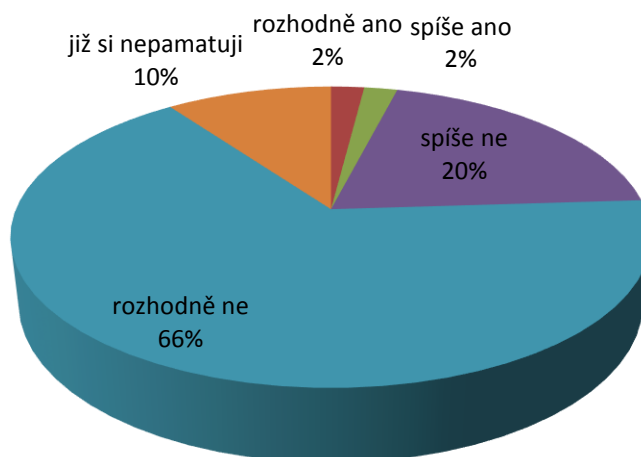
Otázka č. 13: Dostal/a jste se do situace, kdy by Vám sociální pracovník odmítl pomoc?

Na otázku č. 13 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Jednoznačně nejčastější odpovědí na tuto otázku byla možnost „rozhodně ne“ (66%).

Tabulka 15 Dostal/a jste se do situace, kdy by Vám sociální pracovník odmítl pomoc?

Otázka č. 13	muži	ženy	n	%
rozhodně ano	1	1	1	2
spíše ano	1	1	1	2
spíše ne	6	4	10	20
rozhodně ne	19	14	33	66
již si nepamatuji	2	3	5	10
Celkem respondentů	29	21	50	100

13. Dostal/a jste se do situace, kdy by Vám sociální pracovník odmítl pomoci?



Graf 13 Dostal/a jste se do situace, kdy by Vám sociální pracovník odmítl pomoc?

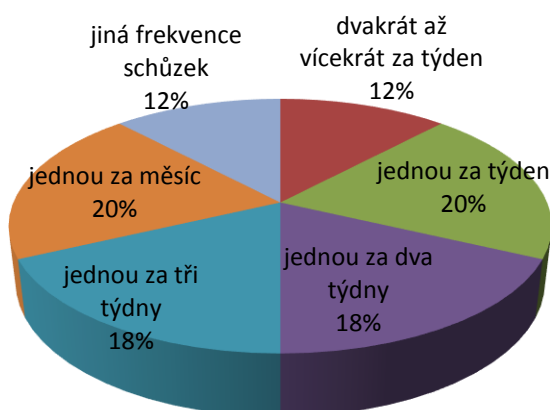
Otázka č. 14: Jak časté jsou Vaše schůzky se sociálním pracovníkem z organizace pomáhající duševně nemocným lidem?

Na otázku č. 14 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Nejčastější četnost se vyskytla u možností „jednou za týden“ a „jednou za měsíc“ (po 20%). Poté se prolínaly ostatní odpovědi, které byly velmi těsné.

Tabulka 16 Jak časté jsou Vaše schůzky se sociálním pracovníkem z organizace pomáhající duševně nemocným lidem?

Otázka č. 14	muži	ženy	n	%
dvakrát až vícekrát za týden	3	3	6	12
jednou za týden	6	4	10	20
jednou za dva týdny	6	3	9	18
jednou za tři týdny	4	5	9	18
jednou za měsíc	5	5	10	20
jiná frekvence schůzek	5	1	6	12
Celkem respondentů	29	21	50	100

14. Jak časté jsou Vaše schůzky se sociálním pracovníkem z organizace pomáhající duševně nemocným lidem?



Graf 14 Jak časté jsou Vaše schůzky se sociálním pracovníkem z organizace pomáhající duševně nemocným lidem?

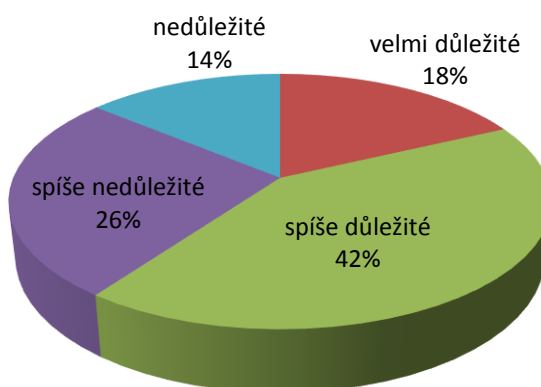
Otázka č. 15: Jak je pro Vás důležité, že se sociální pracovník snaží zapojit do spolupráce také Vaši rodinu?

Na otázku č. 15 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Celkem 42%, 10 mužů a 11 žen považují za „spíše důležité“, že se sociální pracovník snaží do spolupráce zapojit také jejich rodinu. 13 respondentů (26%) toto považuje za „spíše nedůležité“.

Tabulka 17 Jak je pro Vás důležité, že se sociální pracovník snaží zapojit do spolupráce také Vaši rodinu?

Otázka č. 15	muži	ženy	n	%
velmi důležité	3	6	9	18
spíše důležité	10	11	21	42
spíše nedůležité	11	2	13	26
nedůležité	5	2	7	14
Celkem respondentů	29	21	50	100

15. Jak je pro Vás důležité, že se sociální pracovník snaží zapojit do spolupráce také Vaši rodinu?



Graf 15 Jak je pro Vás důležité, že se sociální pracovník snaží zapojit do spolupráce také Vaši rodinu?

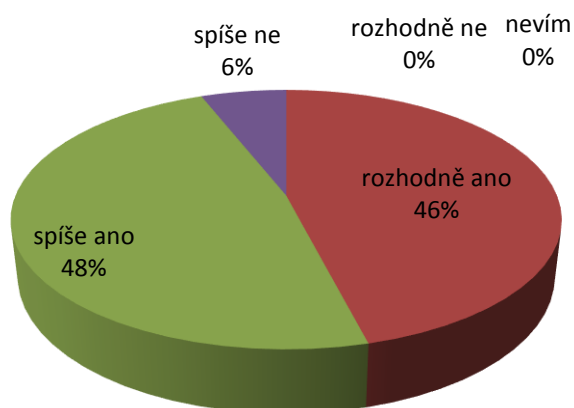
Otázka č. 16: Domníváte se, že sociální pracovník z organizace pro duševně nemocné je vnímavý k Vaším potřebám?

Na otázku č. 16 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). U této otázky byly odpovědi velmi těsné a vyrovnané. 13 mužů a 11 žen, celkem tedy 48% si myslí, že sociální pracovník *je spíše* vnímavý k jejich potřebám. 46% (13 mužů a 10 žen) uvedlo, že sociální pracovník je *rozhodně* vnímavý k jejich potřebám.

Tabulka 18 Domníváte se, že sociální pracovník z organizace pro duševně nemocné je vnímavý k Vaším potřebám?

Otázka č. 16	muži	ženy	n	%
rozhodně ano	13	10	23	46
spíše ano	13	11	24	48
spíše ne	3	0	3	6
rozhodně ne	0	0	0	0
nevím	0	0	0	0
Celkem respondentů	29	21	50	100

16. Domníváte se, že sociální pracovník z organizace pro duševně nemocné je vnímavý k Vaším potřebám?



Graf 16 Domníváte se, že sociální pracovník z organizace pro duševně nemocné je vnímavý k Vaším potřebám?

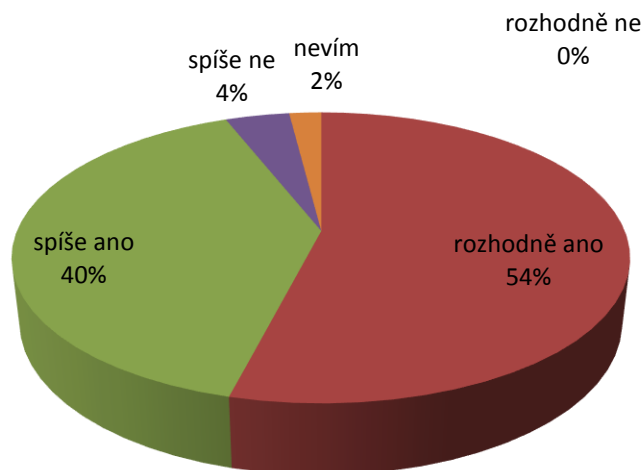
Otázka č. 17: Má sociální pracovník v organizaci Vaši důvěru?

Na otázku č. 17 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Možnost „rozhodně ano“ odpovědělo 27 respondentů (54%) a možnost „spíše ano“ respondentů 20 (40%). Variantu „rozhodně ne“ nevedl nikdo.

Tabulka 19 Má sociální pracovník v organizaci Vaši důvěru?

Otázka č. 17	muži	ženy	n	%
rozhodně ano	14	13	27	54
spíše ano	12	8	20	40
spíše ne	2	0	2	4
rozhodně ne	0	0	0	0
nevím	1	0	1	2
Celkem respondentů	29	21	50	100

17. Má sociální pracovník v organizaci Vaši důvěru?



Graf 17 Má sociální pracovník v organizaci Vaši důvěru?

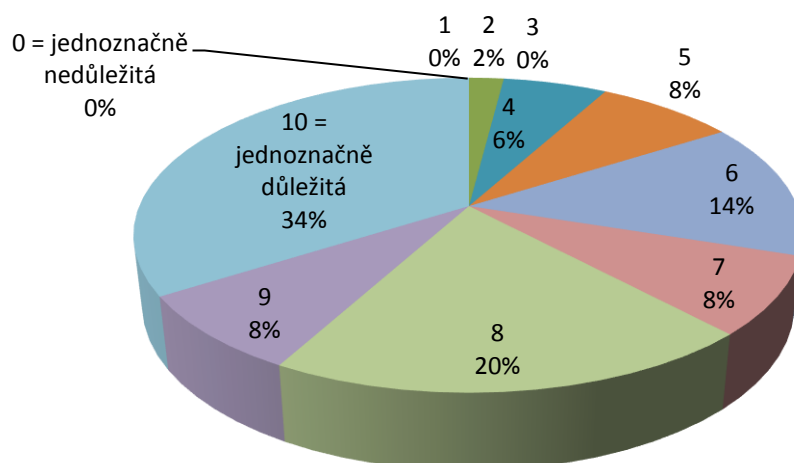
Otázka č. 18: Jak je pro Vás důležitá zpětná vazba od sociálního pracovníka na Váš psychický stav? Uved'te na škále 0 – 10.

Na otázku č. 18 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Celkem 17 respondentů, 5 mužů a 12 žen (34%) uvedlo, že je pro ně jednoznačně důležitá zpětná vazba od sociálního pracovníka.

Tabulka 20 Jak je pro Vás důležitá zpětná vazba od sociálního pracovníka na Váš psychický stav?

Otázka č. 18	muži	ženy	n	%
0	0	0	0	0
1	0	0	0	0
2	1	0	1	2
3	0	0	0	0
4	1	2	3	6
5	3	1	4	8
6	7	0	7	14
7	1	3	4	8
8	7	3	10	20
9	4	0	4	8
10	5	12	17	34
Celkem respondentů	29	21	50	100

18. Jak je pro Vás důležitá zpětná vazba od sociálního pracovníka na Váš psychický stav?



Graf 18 Jak je pro Vás důležitá zpětná vazba od sociálního pracovníka na Váš psychický stav?

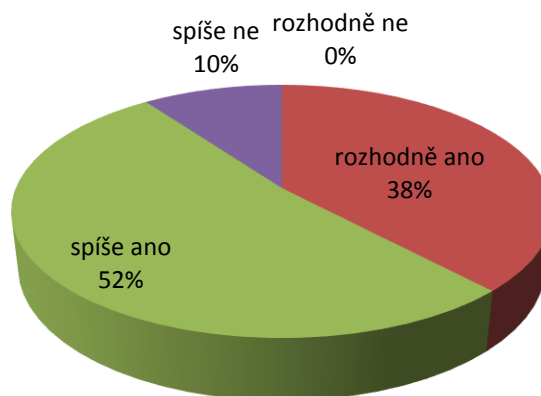
Otázka č. 19: Naplnila se Vaše očekávání od spolupráce se sociálním pracovníkem z organizace pracující s duševně nemocnými lidmi?

Na otázku č. 19 odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). 26 respondentů na tuto otázku odpovědělo „spíše ano“, tedy 52%. Odpověď „rozhodně ne“ nebyla zaznamenána u žádného z respondentů.

Tabulka 21 Naplnila se Vaše očekávání od spolupráce se sociálním pracovníkem z organizace pracující s duševně nemocnými lidmi?

Otázka č. 19	muži	ženy	n	%
rozhodně ano	8	11	19	38
spíše ano	16	10	26	52
spíše ne	4	1	5	10
rozhodně ne	0	0	0	0
Celkem respondentů	29	21	50	100

19. Naplnila se Vaše očekávání od spolupráce se sociálním pracovníkem z organizace pracující s duševně nemocnými lidmi?



Graf 19 Naplnila se Vaše očekávání od spolupráce se sociálním pracovníkem z organizace pracující s duševně nemocnými lidmi?

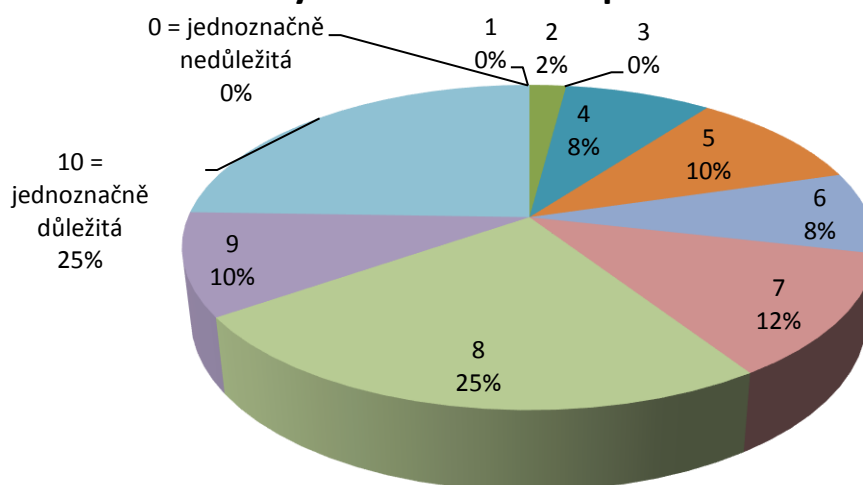
Otázka č. 20: Jaká je pro Vás ve službě potřeba a nezbytnost sociálního pracovníka? Uveďte na škále 0 – 10.

Na poslední otázku č. 20 z dotazníku odpovědělo všech 50 respondentů, tedy 100%, z toho 29 mužů (58%) a 21 žen (42%). Po 25% (vždy 12 respondentů) uvedly nejčastěji možnosti „8“ a „10 = jednoznačně důležitá“.

Tabulka 22 Jaká je pro Vás ve službě potřeba a nezbytnost sociálního pracovníka?

Otázka č. 20	muži	ženy	n	%
0	0	0	0	0
1	0	0	0	0
2	1	0	1	2
3	0	0	0	0
4	2	2	4	8
5	3	2	5	10
6	3	1	4	8
7	4	2	6	12
8	8	4	12	25
9	3	3	5	10
10	5	7	12	25
Celkem respondentů	29	21	50	100

20. Jaká je pro Vás ve službě potřeba a nezbytnost sociálního pracovníka?



Graf 20 Jaká je pro Vás ve službě potřeba a nezbytnost sociálního pracovníka?

6 Souhrn

K vypracování výzkumné části bakalářské práce jsem si vybrala metodu kvantitativní výzkumu. Sběr dat se uskutečňoval prostřednictvím rozdáni dotazníků respondentům, kteří jsou klienty služby určené pro duševně nemocné osoby a trpí schizofrenií. Kvantitativní výzkum jsem provedla v organizaci, která pracuje s duševně nemocnými lidmi nesoucí název Péče o duševní zdraví a to ve střediscích Chrudim a Pardubice. Dotazník obsahoval 20 otázek včetně dvou úvodních. Ostatní otázky zkoumaly již samotnou problematiku.

V analýze dat jsem ke každé dotazníkové otázce uvedla tabulku a graf vytvořený v programu Microsoft Excel 2007, z něhož lze přečíst získané procentuální hodnoty. Nad grafem a tabulkou se nachází slovní komentář k jednotlivým dotazníkovým otázkám.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo určit potřebnost sociálního pracovníka v rámci sociální služby pro klienty trpící schizofrenií.

Z hlavního cíle byly vytyčeny tři dílčí cíle (DC). Všechny dílčí cíle byly zjišťovány pomocí dotazníků vlastní konstrukce.

Cílem prvního dílčího cíle bylo zjistit vliv sociálního pracovníka na zlepšení kvality života klientů trpících schizofrenií. Na podkladě dotazníkových otázek č. 9, 10 a 20 bylo zjištěno, že sociální pracovník pomáhá klientům nejvíce v oblasti zaměstnání a poté v oblastech zdravotní a volného času. Celkem 66% respondentů uvedlo, že sociální pracovník jim změnil nebo spíše změnil pohled na schizofrenii. Pro čtvrtinu dotazovaných klientů (12) je sociální pracovník nezbytným členem, dalších 25% uvedlo, že potřebnost sociálního pracovníka spatřují na bodě „8“.

Cílem druhého dílčího cíle bylo analyzovat změny klientů se schizofrenií od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (zejména vlivem sociálního pracovníka). Z dotazníkových otázek č. 11 a 12 vyplynulo, že dohromady 80% dotazovaných u sebe pozoruje (tedy odpovědi „ano“ a „spíše ano“) pozitivní změny po tom, co začali navštěvovat sociálního pracovníka. Změny, které u klientů nastaly od počátku spolupráce, se týkaly u 16 z nich plnohodnotné náplně volného času, u dalších 12 respondentů to byl nový byt.

Cílem posledního dílčího cíle bylo identifikovat naplnění očekávání od kooperace se sociálním pracovníkem. Naprostá většina dotazovaných klientů (tedy 90%) uvedli odpověď „rozhodně ano“ nebo „spíše ano“. Třetího dílčího cíle bylo docíleno prostřednictvím odpovědi z dotazníkové otázky č. 19.

Dotazník vyplnilo 29 mužů a 21 žen. Nejvíce respondentů spadalo do věkového rozmezí 36 – 40 let. Téměř většina se o službě pro duševně nemocné dozvěděla od psychiatra, psychiatrické léčebny. Výzkumem bylo zjištěno, že větší části dotazovaných osob sociální pracovník změnil pohled na jejich nemoc. Třetina odpovídajících nejčastěji se sociálním pracovníkem řeší oblast volného času. Respondentům pomohl sociální pracovník nejvíce v oblasti zaměstnání a čtvrtina oslovených klientů jeho osobu spatřuje jako nezbytnou pro celý tým. Naprostá většina dotazovaných osob se neseťkala se situací, kdy by jim sociální pracovník odmítl pomoci. Další výsledky ukazují, že většina klientů u sebe pozoruje pozitivní změny od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem. Nejčastější změny v životě klientů se týkaly náplně volného času a nového bytu. Sociální pracovník má u téměř všech odpovídajících osob důvěru. V dalších dotazníkových otázkách bylo zjištěno, že pro většinu respondentů je důležité zapojení rodiny do spolupráce se sociálním pracovníkem. Závěrem bylo shledáno, že u naprosté většiny respondentů bylo naplněno očekávání od spolupráce se sociálním pracovníkem.

Tedy hlavní cíl i dílčí cíle bakalářské práce byly naplněny. Z výsledků je zřejmé, že profese sociálního pracovníka je ve službě určené pro duševně nemocné osoby nezbytným členem týmu.

7 Diskuze

Z výsledků výzkumné části je zřejmé, že sociální pracovník je nezbytným a nepostradatelným členem týmu sociální služby určené pro duševně nemocné osoby. Myslím si, že bez této profese by jakákoliv sociální služba nemohla vůbec existovat. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, má za následek nedostatek sociálních pracovníků. Domnívám se, že se tak děje vzhledem k tomu, že podle tohoto právního předpisu je nutné k výkonu povolání sociální práce naplnit odbornou způsobilost vystudováním vyššího odborného nebo vysokoškolského vzdělání. Tato profese je velmi náročná, zejména po stránce psychické a ne každý ji může vykonávat. Přesto, péče o duševně nemocné osoby je velmi žádoucí a důležitá.

Již před samotným provedením výzkumu, tedy rozdáním dotazníků, jsem předpokládala, že klienti se schizofrenií nejčastěji se sociálním pracovníkem řeší oblast volného času, která je pro ně klíčová. Většina z nich nechodí do společnosti, straní se lidem a svému okolí. Sociální pracovník jim nabízí možnost docházení na volnočasové aktivity klubu, kde mohou poznat lidi se stejnou nemocí. S tímto souvisí fakt, že sociální pracovník si ne vždy snadno získá u klientů důvěru. Podle mého názoru klienti se schizofrenií zpočátku nechtějí do spolupráce zapojit rodinu, avšak po určitém čase tuto možnost uvítají. Rodina s nemocným klientem prožívá veškeré radosti i strasti. Myslím si, že sociální pracovník nikdy neodmítne klientovi pomoci s jakýmkoli problémem.

Mnou zvolená metoda kvantitativní se příliš neosvědčila vzhledem k rychlosti sběru dat a počtu získaných respondentů, nicméně i tak jsem dosáhla takového počtu dotazníků, aby byl celý výzkum validní. Ovšem, myslím si, že i metoda kvalitativní by byla vzhledem k velmi citlivému tématu rovněž obtížná.

Na závěr bych chtěla reflektovat etickou stránku výzkumu. Největší riziko shledávám ve zvolené cílové skupině. Oblast duševních nemocí je velmi citlivé téma. Metodu kvantitativní jsem zvolila zejména pro její snadné získání mnoha respondentů v krátkém časovém intervalu. Ovšem tak jednoduché to pro mne nakonec nebylo, tak jak jsem předpokládala ještě před samotným rozdáním dotazníků. Mnoho klientů v době provádění mého výzkumu nebylo v takovém psychickém stavu, který by umožňoval vyplnění dotazníku. Další dva klienti byli

v dané době umístění v psychiatrické nemocnici. Dále si myslím, že tuto nepříjemnost ovlivnilo právě zvolené téma, které se ukázalo pro samotné respondenty daleko citlivější, než jak jsem se domýšlela ještě před samotným provedením výzkumu. Avšak potřebný počet dotazníků jsem nakonec tedy získala, a výzkum je validní.

Závěr

V celé bakalářské práci jsem se věnovala klientům trpícím schizofrenií v péči sociálního pracovníka a na podkladě kvantitativního výzkumu jsem zkoumala potřebnost profese sociálního pracovníka v rámci sociální služby určené pro klienty trpící schizofrenií.

S oblastí a problematikou schizofrenie, duševních nemocí a s psychiatrií obecně jako s vědním oborem se setkáváme stále častěji. Deprese, úzkosti a další psychiatrické stavy v dnešní době provází čím dál větší procento obyvatelstva. Také o této problematice v hojném měřítku diskutují naše masmédiá, bohužel většinou v negativním slova smyslu. To vše možná vede a souvisí s problémem stigmatizace osob se schizofrenií, o které byla napsána jedna z podkapitol této bakalářské práce.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo určit potřebnost osoby sociálního pracovníka v rámci sociální služby pro klienty trpící schizofrenií. V rámci praktické části práce byly identifikovány dílčí cíle výzkumu. Výzkum probíhal formou kvantitativní a jako metoda byl použit dotazník vlastní konstrukce. Výzkumné šetření bylo provedeno v organizaci Péče o duševní zdraví, ve střediscích Chrudim a Pardubice. Jak jsem se zmínila výše, z výsledků výzkumu je patrné, že profese sociálního pracovníka je ve službě určené pro duševně nemocné osoby nezbytná.

Výsledky tohoto výzkumu budou sloužit pro mě jako podklad pro další a hlubší zkoumání této cílové skupiny a dané problematiky obecně. Mimo jiné výsledky kvantitativního výsledku budou poskytnuty organizaci Péče o duševní zdraví (středisko Chrudim a Pardubice), ve které byl onen výzkum proveden.

Seznam použitých zdrojů

- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. ISBN 978-80-87142-16-5.
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.
- BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
- COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.
- ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7.
- ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.
- DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-628-5.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0197-9.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
- KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.
- KAPUR, Raman. *Psychiatric Rehabilitation : A Psychoanalytic Approach to Recovery*. United Kingdom: MarstonBookServices Ltd, 2015. ISBN 978-1-78220-156-4.
- KLIMENT, Pavel. *Psychopatologie pro sociální pracovníky: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3594-7.
- KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.
- KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?: [o duševním zdraví, jeho poruchách a možnostech psychoterapeutické pomoci]*. 2., rozš. a upr. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-314-5.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

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

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 8072621408.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.

SAARNI, S. I., S. VIERTIO, J. PERALA, S. KOSKINEN, J. LONNQVIST a J. SUVISAARI. *Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders*. *The British Journal of Psychiatry [online]*. 2010, 197(5), 386-394 [cit. 2017-01-25]. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.076489. ISSN 0007-1250. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.bp.109.076489>

STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: ComputerPress, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-494-2.

Seznam použitých právních předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách; In: ASPI [právní informační systém].
WoltersKluwer ČR, a.s.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění; In: ASPI [právní informační systém].
WoltersKluwer ČR, a.s.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením; In: ASPI
[právní informační systém]. WoltersKluwer ČR, a.s.

ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá
ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. Praha: AION CS,
2006, ročník 2006, částka 164, číslo 505. Dostupné také z:
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Seznam tabulek

Tabulka 1 Klíčové dimenze lidského života posuzované v dotaznících kvality života (Dušek a Večeřová - Procházková, 2010, s. 342).....	23
Tabulka 2 Transformace výzkumných kroků.....	44
Tabulka 3 Jakého jste pohlaví?	47
Tabulka 4 Uveďte, jaký je Váš věk?	48
Tabulka 5 Napište, v kolika letech se u Vás poprvé objevila schizofrenie?	49
Tabulka 6 Jak jste se dozvěděl/a o službě pro osoby trpící schizofrenií?	50
Tabulka 7 Z jakého důvodu jste se obrátil/a pro pomoc na službu určenou pro duševně nemocné?.....	51
Tabulka 8 Jak dlouho již tuto službu využíváte?	52
Tabulka 9 Jak hodnotíte potřebnost sociálních služeb pro osoby trpící schizofrenií?	53
Tabulka 10 Jakou oblast Vašeho problému se sociálním pracovníkem nejčastěji řešíte?	54
Tabulka 11 V jaké oblasti Vašeho problému Vám sociální pracovník nejvíce pomohl?.....	55
Tabulka 12 Změnil Vám sociální pracovník pohled na Vaši nemoc, na schizofrenii?	56
Tabulka 13 Pozorujete u sebe pozitivní změny ve Vašem životě po tom, co navštěvujete sociálního pracovníka v organizaci zaměřené na osoby se schizofrenií?	57
Tabulka 14 Stručně popište, jaké konkrétní změny u Vás nastaly od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (vlivem a podílem sociálního pracovníka)?	58
Tabulka 15 Dostal/a jste se do situace, kdy by Vám sociální pracovník odmítl pomoc?	59
Tabulka 16 Jak časté jsou Vaše schůzky se sociálním pracovníkem z organizace pomáhající duševně nemocným lidem?	60

Tabulka 17 Jak je pro Vás důležité, že se sociální pracovník snaží zapojit do spolupráce také Vaši rodinu?	61
Tabulka 18 Domníváte se, že sociální pracovník z organizace pro duševně nemocné je vnímavý k Vaším potřebám?	62
Tabulka 19 Má sociální pracovník v organizaci Vaši důvěru?	63
Tabulka 20 Jak je pro Vás důležitá zpětná vazba od sociálního pracovníka na Váš psychický stav?	64
Tabulka 21 Naplnila se Vaše očekávání od spolupráce se sociálním pracovníkem z organizace pracující s duševně nemocnými lidmi?	65
Tabulka 22 Jaká je pro Vás ve službě potřeba a nezbytnost sociálního pracovníka?	66

Seznam grafů

Graf 1 Jakého jste pohlaví?	47
Graf 2 Uveďte, jaký je Váš věk?	48
Graf 3 Napište, v kolika letech se u Vás poprvé objevila schizofrenie?	49
Graf 4 Jak jste se dozvěděl/a o službě pro osoby trpící schizofrenií?	50
Graf 5 Z jakého důvodu jste se obrátil/a pro pomoc na službu určenou pro duševně nemocné?	51
Graf 6 Jak dlouho již tuto službu využíváte?	52
Graf 7 Jak hodnotíte potřebnost sociálních služeb pro osoby trpící schizofrenií?	53
Graf 8 Jakou oblast Vašeho problému se sociálním pracovníkem nejčastěji řešíte?	54
Graf 9 V jaké oblasti Vašeho problému Vám sociální pracovník nejvíce pomohl?	55
Graf 10 Změnil Vám sociální pracovník pohled na Vaši nemoc, na schizofrenii?	56
Graf 11 Pozorujete u sebe pozitivní změny ve Vašem životě po tom, co navštěvujete sociálního pracovníka v organizaci zaměřené na osoby se schizofrenií?	57
Graf 12 Stručně popište, jaké konkrétní změny u Vás nastaly od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (vlivem a podílem sociálního pracovníka)?	58
Graf 13 Dostal/a jste se do situace, kdy by Vám sociální pracovník odmítl pomoc?	59
Graf 14 Jak časté jsou Vaše schůzky se sociálním pracovníkem z organizace pomáhající duševně nemocným lidem?	60
Graf 15 Jak je pro Vás důležité, že se sociální pracovník snaží zapojit do spolupráce také Vaši rodinu?	61
Graf 16 Domníváte se, že sociální pracovník z organizace pro duševně nemocné je vnímavý k Vaším potřebám?	62
Graf 17 Má sociální pracovník v organizaci Vaši důvěru?	63

Graf 18 Jak je pro Vás důležitá zpětná vazba od sociálního pracovníka na Váš psychický stav?	64
Graf 19 Naplnila se Vaše očekávání od spolupráce se sociálním pracovníkem z organizace pracující s duševně nemocnými lidmi?	65
Graf 20 Jaká je pro Vás ve službě potřeba a nezbytnost sociálního pracovníka?	66

Seznam příloh

Příloha 1 Vzor dotazníku.....	79
Příloha 2 Ukázka vyplněného dotazníku.....	83

Příloha 1 Vzor dotazníku

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského oboru Sociální práce na Univerzitě v Hradci Králové a prosím Vás o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro bakalářskou práci. Cílem je zjistit potřebnost sociálního pracovníka v organizaci pro klienty trpící duševní nemocí, konkrétně schizofrenií, tedy shledat, zda je sociální pracovník v organizaci určené pro klienty trpící schizofrenií nezbytným členem týmu či ne. Dotazník je anonymní. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jen jednu možnost. Předem děkuji za Váš čas a odpovědi.

Monika Dosedělová

1) Jakého jste pohlaví?

- muž
- žena

2) Uveďte, jaký je Váš věk?

3) Napište, v kolika letech se u Vás poprvé objevila schizofrenie?

4) Jak jste se dozvěděl/a o službě pro osoby trpící schizofrenií? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- z internetu
- od známého, od rodiny
- z televize
- z novin
- z propagačních materiálů instituce
- od psychiatra, z psychiatrické léčebny
- jiný zdroj

5) Z jakého důvodu jste se obrátil/a pro pomoc na službu určenou pro duševně nemocné? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- má duševní nemoc se již nedala zvládnout vlastními silami
- na žádost rodiny či blízkých

- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

12) Stručně popište, jaké konkrétní změny u Vás nastaly od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (vlivem a podílem sociálního pracovníka)?

13) Dostal/a jste se do situace, kdy by Vám sociální pracovník odmítl pomoci?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- již si nepamatuji

14) Jak časté jsou Vaše schůzky se sociálním pracovníkem z organizace pomáhající duševně nemocným lidem?

- dvakrát až vícekrát za týden
- jednou za týden
- jednou za dva týdny
- jednou za tři týdny
- jednou za měsíc
- jiná frekvence schůzek

15) Jak je pro Vás důležité, že se sociální pracovník snaží zapojit do spolupráce také Vaši rodinu?

- velmi důležité
- spíše důležité
- spíše nedůležité
- nedůležité

16) Domníváte se, že sociální pracovník z organizace pro duševně nemocné je vnímavý k Vaším potřebám?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

17) Má sociální pracovník v organizaci Vaši důvěru?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

18) Jak je pro Vás důležitá zpětná vazba od sociálního pracovníka na Váš psychický stav? Uved'te na škále 0 - 10. (přičemž 0 = jednoznačně nedůležitá, 10 = jednoznačně důležitá)

0 5 10

19) Naplnila se Vaše očekávání od spolupráce se sociálním pracovníkem z organizace pracující s duševně nemocnými lidmi?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

20) Jaká je pro Vás ve službě potřeba a nezbytnost sociálního pracovníka? Uved'te na škále 0 - 10. (přičemž 0 = žádná potřeba, 10 = maximální potřeba)

0 5 10

Prostor pro Vaše případné poznámky:

Děkuji za vyplnění

Příloha 2 Ukázka vyplněného dotazníku

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského oboru Sociální práce na Univerzitě v Hradci Králové a prosím Vás o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro bakalářskou práci. Cílem je zjistit potřebnost sociálního pracovníka v organizaci pro klienty trpící duševní nemocí, konkrétně schizofrenií, tedy shledat, zda je sociální pracovník v organizaci určené pro klienty trpící schizofrenií nezbytným členem týmu či ne. Dotazník je anonymní. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jen jednu možnost. Předem děkuji za Váš čas a odpovědi.

Monika Dosedělová

1) Jakého jste pohlaví?

- muž
 žena

2) Uveďte, jaký je Váš věk?

41

3) Napište, v kolika letech se u Vás poprvé objevila schizofrenie?

35

4) Jak jste se dozvěděl/a o službě pro osoby trpící schizofrenií? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- z internetu
 od známého, od rodiny
 z televize
 z novin
 z propagačním materiálů instituce
 od psychiatra, z psychiatrické léčebny
 jiný zdroj

5) Z jakého důvodu jste se obrátil/a pro pomoc na službu určenou pro duševně nemocné? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- má duševní nemoc se již nedala zvládnout vlastními silami
 na žádost rodiny či blízkých
 chtěl/a jsem poznat lidi, kteří trpí stejnou nemocí, mají podobné obtíže
 služba mi byla doporučena psychiatrem
 jiná možnost

6) Jak dlouho již tuto službu využíváte?

5 let

7) Jak hodnotíte potřebnost sociálních služeb pro osoby trpící schizofrenií? Uveďte na škále 0 - 10. (přičemž 0 = žádná potřeba, 10 = maximální potřeba)

0 5 6 10

8) Jakou oblast Vašeho problému se sociálním pracovníkem nejčastěji řešíte?

- oblast bydlení
- oblast zaměstnání
- oblast volného času
- oblast financí
- oblast zdravotní
- oblast péče sám/sama o sebe
- oblast socializace

9) V jaké oblasti Vašeho problému Vám sociální pracovník nejvíce pomohl?

- oblast bydlení
- oblast zaměstnání
- oblast volného času
- oblast financí
- oblast zdravotní
- oblast péče sám/sama o sebe
- oblast socializace

10) Změnil Vám sociální pracovník pohled na Vaší nemoc, na schizofrenii?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

11) Pozorujete u sebe pozitivní změny ve Vašem životě po tom, co navštěvujete sociálního pracovníka v organizaci zaměřené na osoby se schizofrenií?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

12) Stručně popište, jaké konkrétní změny u Vás nastaly od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (vlivem a podílem sociálního pracovníka)?

zlepšení komunikace

13) Dostal/a jste se do situace, kdy by Vám sociální pracovník odmítl pomoci?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- již si nepamatuji

14) Jak časté jsou Vaše schůzky se sociálním pracovníkem z organizace pomáhající duševně nemocným lidem?

- dvakrát až vícekrát za týden
jednou za týden
- jednou za dva týdny
- jednou za tři týdny
- jednou za měsíc
- jiná frekvence schůzek

15) Jak je pro Vás důležité, že se sociální pracovník snaží zapojit do spolupráce také Vaši rodinu?

- velmi důležité
- spíše důležité
- spíše nedůležité
- nedůležité

16) Domníváte se, že sociální pracovník z organizace pro duševně nemocné je vnímavý k Vaším potřebám?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

17) Má sociální pracovník v organizaci Vaši důvěru?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

18) Jak je pro Vás důležitá zpětná vazba od sociálního pracovníka na Váš psychický stav? Uved'te na škále 0 - 10. (přičemž 0 = jednoznačně nedůležitá, 10 = jednoznačně důležitá)

0 4 5 10

19) Naplnila se Vaše očekávání od spolupráce se sociálním pracovníkem z organizace pracující s duševně nemocnými lidmi?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

20) Jaká je pro Vás ve službě potřeba a nezbytnost sociálního pracovníka? Uved'te na škále 0 - 10. (přičemž 0 = žádná potřeba, 10 = maximální potřeba)

0 4 5 10

Prostor pro Vaše případné poznámky:

Děkuji za vyplnění

DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského oboru Sociální práce na Univerzitě v Hradci Králové a prosím Vás o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro bakalářskou práci. Cílem je zjistit potřebnost sociálního pracovníka v organizaci pro klienty trpící duševní nemocí, konkrétně schizofrenií, tedy shledat, zda je sociální pracovník v organizaci určené pro klienty trpící schizofrenií nezbytným členem týmu či ne. Dotazník je anonymní. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jen jednu možnost. Předem děkuji za Váš čas a odpovědi.

Monika Dosedělová

1) Jakého jste pohlaví?

- muž
- žena

2) Uveďte, jaký je Váš věk?

33 let

3) Napište, v kolika letech se u Vás poprvé objevila schizofrenie?

~ 18 letech

4) Jak jste se dozvěděl/a o službě pro osoby trpící schizofrenií? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- z internetu
- od známého, od rodiny
- z televize
- z novin
- z propagačním materiálů instituce
- od psychiatra, z psychiatrické léčebny
- jiný zdroj

5) Z jakého důvodu jste se obrátil/a pro pomoc na službu určenou pro duševně nemocné? (můžete zakroužkovat více odpovědí)

- má duševní nemoc se již nedala zvládnout vlastními silami
- na žádost rodiny či blízkých
- chtěl/a jsem poznat lidi, kteří trpí stejnou nemocí, mají podobné obtíže
- služba mi byla doporučena psychiatrem
- jiná možnost

6) Jak dlouho již tuto službu využíváte?

6 let

7) Jak hodnotíte potřebnost sociálních služeb pro osoby trpící schizofrenií? Uveďte na škále 0 - 10. (příčemž 0 = žádná potřeba, 10 = maximální potřeba)

0 5 6 10

8) Jakou oblast Vašeho problému se sociálním pracovníkem nejčastěji řešíte?

- oblast bydlení
- oblast zaměstnání
- oblast volného času
- oblast financí
- oblast zdravotní
- oblast péče sám/sama o sebe
- oblast socializace

9) V jaké oblasti Vašeho problému Vám sociální pracovník nejvíce pomohl?

- oblast bydlení
- oblast zaměstnání
- oblast volného času
- oblast financí
- oblast zdravotní
- oblast péče sám/sama o sebe
- oblast socializace

10) Změnil Vám sociální pracovník pohled na Vaší nemoc, na schizofrenii?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

11) Pozorujete u sebe pozitivní změny ve Vašem životě po tom, co navštěvujete sociálního pracovníka v organizaci zaměřené na osoby se schizofrenií?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

12) Stručně popište, jaké konkrétní změny u Vás nastaly od počátku spolupráce se sociálním pracovníkem (vlivem a podílem sociálního pracovníka)?

více se soustředím na práci

13) Dostal/a jste se do situace, kdy by Vám sociální pracovník odmítl pomoci?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- již si nepamatuji

14) Jak časté jsou Vaše schůzky se sociálním pracovníkem z organizace pomáhající duševně nemocným lidem?

- dvakrát až vícekrát za týden
- jednou za týden
- jednou za dva týdny
- jednou za tři týdny
- jednou za měsíc
- jiná frekvence schůzek

15) Jak je pro Vás důležité, že se sociální pracovník snaží zapojit do spolupráce také Vaši rodinu?

- velmi důležité
- spíše důležité
- spíše nedůležité
- nedůležité

16) Domníváte se, že sociální pracovník z organizace pro duševně nemocné je vnímavý k Vaším potřebám?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

17) Má sociální pracovník v organizaci Vaši důvěru?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne
- nevím

18) Jak je pro Vás důležitá zpětná vazba od sociálního pracovníka na Váš psychický stav? Uveďte na škále 0 - 10 (příčímž 0 = jednoznačně nevhodná, 10 = jednoznačně důležitá)

0 5 10

19) Naplnila se Vaše očekávání od spolupráce se sociálním pracovníkem z organizace pracující s duševně nemocnými lidmi?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

20) Jaká je pro Vás ve službě potřeba a nezbytnost sociálního pracovníka? Uveďte na škále 0 - 10 (příčímž 0 = žádná potřeba, 10 = maximální potřeba)

0 5 8 10

Prostor pro Vaše případné poznámky:

Děkuji za vyplnění