

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce**

Charitativní a sociální práce

Bc. Kateřina Fojtíková

*Sociální integrace vybrané skupiny
osob s duševním onemocněním typu schizofrenie*
Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Libor Novosád, Ph.D.

2019

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

Ve Vítkově 17.4.2019

.....
Bc. Kateřina Fojtíková

Děkuji vedoucímu diplomové práce PhDr. Mgr. Liboru Novosádovi, Ph.D. za podnětné rady k mé diplomové práci a pomoc při jejím zpracování. Poděkování za spolupráci a vstřícnost klientům zařazeným do výzkumné části – Případové studie. Poděkování manželovi, rodině za podporu při studiu a psaní diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	6
1 Schizofrenie	8
1.1 Vznik a diagnostika schizofrenie	9
1.2 Projevy a průběh schizofrenie	10
2 Léčba a podpora v nemoci	13
2.1 Projevy a prožívání nemoci, sociální začlenění.	13
2.2 Léčba a podpora v nemoci	16
2.3 Duševní nemoci a možnosti terapií	16
3 Vliv schizofrenie na osobní, společenský a pracovní život	20
3.1 Norma a stigma	20
3.2 Osobní, společenský a pracovní život.....	21
4 Vstup do života – sociální pomoc	24
4.1 Teoretické koncepty sociální práce	24
4.2 Sociální pracovník.....	26
4.3 Komunikace a vzájemný vztah sociálního pracovníka s klientem.....	26
4.4 Sociální služby	28
4.5 Klient s duševním onemocněním a sociální služby	31
4.6 Centrum duševního zdraví.....	34
5 Metodologie výzkumu	40
5.1 Kvantitativní výzkum.....	40
5.2 Pozorování.....	42
5.3 Dotazování	43
5.4 Cíl výzkumu, výzkumné otázky.....	45

6	Případová studie	46
6.1	Interpretace získaných dat	73
6.2	Diskuse	77
6.3	Limity, slabé a silné stránky výzkumu	80
7	Podpůrné prostředky NNO v regionu Opavska	82
	Závěr	91
	Seznam obrázků	93
	Seznam tabulek	93
	Seznam použité literatury	94

Úvod

„Schizofrenie je jako bdělá noční můra.“

Elyn Saks

„Po staletí studia schizofrenie, příčina onemocnění stále zůstává neznámá.“

Thomas R. Insel

V této diplomové práci na téma: **„Sociální integrace vybrané skupiny osob s duševním onemocněním typu schizofrenie“** chci především seznámit veřejnost s touto problematikou. Toto téma jsem si vybrala pro svůj zájem získat cenné informace o onemocnění schizofrenií. Také bych se chtěla podělit se svými zkušenostmi z praxe s přímou prací se schizofrenním klientem.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První část je teoretická. V této části se zaměřím na základní terminologii a celkový pohled na toto onemocnění. V současné době si okolí postiženého touto nemocí myslí, že je blázen. Tito lidé jsou často nálepkováni jako kriminální živlové, psychopati, násilníci. No, je to také trochu vina médií, které zveřejňují katastrofy, kde jsou v hlavní roli často i lidé postižení schizofrenií. Není potom divu, že veřejnost má zkreslenou představu a má z takto postižených lidí strach. Tuto skutečnost však nelze hodnotit globálně, ale musíme přistupovat ke každému případu individuálně. Chci především osvětlit základní terminologii týkající se původu, vzniku, příčin a léčbu schizofrenie. Dále popsat začlenění zpět do běžného života, v rodině, navázání partnerských vztahů a zařazení do pracovního procesu. Přiblížit druhy sociální pomoci, sociálních služeb, multidisciplinární pomoci vhodné pro tyto klienty.

Druhá část diplomové práce je výzkumná část. V této části popisuji metodologii. Pro svůj výzkum jsem si vybrala případovou studii – case study. Ve studii podrobně rozebírám vybrané případy schizofrenních klientů. Výstupem studie bude pohled a zhodnocení jednotlivých případů s důrazem na individualitu klientů. Pohled na úspěšné začlenění klienta/ů se schizofrenií po propuštění z léčby do běžného života s akceptem na multidisciplinární podporu a využití nabízených sociálních služeb. Tímto chci poukázat na kladný příklad pozitivního působení sociální práce při návratu do běžného života osob

s duševním onemocněním. Poslední část práce je věnována vybraným sociálním službám v regionu Opavska.

Jeden důvod tajemnosti schizofrenie je, že jsme s obtížemi schopni vžít se do někoho s touto poruchou. Je těžké si jen představit, jaké by to bylo mít schizofrenii. Každý z nás zná smutek, úzkost, hněv, schizofrenie se zdá být mimo říši našich pocitů a porozumění. Představte si, jak se budete cítit, když váš mozek s vámi začal hrát divné hry, kdyby na vás křičely hlasy, nikomu nepatřící. Ztratili jste schopnost cítit emoce nebo byste přišli o schopnost logicky myslet. Nestigmatizujme osoby s tímto postižením, nemoc může postihnout každého z nás, nebo někoho z rodiny, či z blízkého okolí. Tito lidé potřebují nejen zdravotní pomoc, ale především sociální podporu. Je tedy na nás sociálních pracovnících, jak budeme k těmto lidem přistupovat. Jak dokážeme podpořit tyto klienty a jejich blízké, což vyžaduje především individuální přístup každého sociálního pracovníka.

1 Schizofrenie

Schizofrenie je jedna nejčastějších a nejzávažnějších psychotických poruch. Touto nemocí onemocní každý stý člověk, proto je důležité, aby byla dostatečná informovanost o tomto onemocnění v každé společnosti. Takto nemocný člověk není hrozbou pro své okolí, naopak potřebuje pomoc svého okolí. Přestože léčba nemoci je především psychofarmaky velkou roli hrají především psychosociální faktory, na nichž se podílíme my všichni. Schizofrenie má mnoho podob, každá je unikátní, ale i různě nebezpečná. Tato choroba je všude kolem nás, nevíme o ní, může však přijít nečekaně. Nedá se na ni připravit. Schizofrenie je nemoc, která se vyskytovala již v dávných časech. První zmínky o nemoci pochází z pramene starého 3400 let, zde jsou popisovány symptomy, kterými se schizofrenie vyznačuje. Dnešní pojmenování a obecná charakteristika onemocnění pochází až z počátku 20. století. Název schizofrenie především popisuje rozdvojení osobnosti, rozpad psychických funkcí. (Vágnerová, M. 2004).

Co je to psychóza?

Psychózou jsou označována duševní onemocnění měnící prožívání člověka k okolí a sobě samému. V průběhu onemocnění dochází ke změně všech základních kvalit duševního života postiženého. Taktéž dochází ke změnám v myšlení, citech, vnímání, tyto změny dosahují intenzity, že takto postižený člověk nedokáže odlišit, co je a co není reálné/skutečné. Poruchy psychického rázu jsou velmi různorodé s rozdílnou závažností. U zranitelných jedinců jsou nepřímé důkazy, že expozice stresu může přispět k nástupu nemoci. (Walker, Kestler, Bollini, Hochman, 2003, s. 406).

Pojem schizofrenie pochází z řečtiny „schizo“ znamená štěpit, „phren“ znamená rozum a myšlení. Schizofrenie je popisována v nejstarších medicínských textech v antice. Název pro toto onemocnění je přiřazováno německému psychiatrovi Eugenovi Bleulerovi (1857 – 1939). Zdůraznil tak přítomnost rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním. Laickou veřejností je mylně vykládán jako „rozštěpení osobnosti“. Podstata však je mnohem složitější, proto tento termín není správný. (Praško, Bareš, Horáček, Mohr, Motlová, Seifertová, Španihel, 2005a)

Myšlení bývá rozjíždivé, často nedávající smysl. U takových klientů bývá narušený filtr třídění informací. Řada podnětů mívá stejnou důležitost, obtížné je soustředění na podstatné informace. Proto je komunikace pro klienta velmi vyčerpávající. Dochází

k nepochopení situace, které vede k přesvědčení, že každodenní životní události mají pro jedince zvláštní až zlověstný význam. Dochází k zárazům toku myšlenek a klientovi se zdá, že mu nějaká vnější síla odmítá myšlenky. Rozvíjí se bludné interpretace o přírodních a nadpřirozených silách ovlivňující pacientovo myšlení a jednání. (Mahrová, Venglářová, 2008, s.75)

1.1 Vznik a diagnostika schizofrenie

Vznik schizofrenie

Schizofrenie je velmi závažné onemocnění. Je proto pochopitelné, že příbuzní chtějí vysvětlit, proč a jak toto onemocnění vzniká. Schizofrenie začíná většinou v časně dospělosti, nejčastěji po dvacátém roce života. Je to období, kdy se mladý člověk osamostatňuje. V tomto období vznikají ambivalentní, vzájemně protichůdné tendence mezi rodiči a dětmi. Mladý člověk se touží osamostatnit, má však pochybnosti a obavy jak vše zvládne. Po 35. roce se riziko onemocnění schizofrenií snižuje. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 76)

Položme si otázku: „*Na jakém podkladu schizofrenie může vzniknout?*“

Přestože tato problematika prochází intenzivním výzkumem není tak příčina onemocnění přesně známa. Víme však, že existuje jediná, hlavní příčina tohoto onemocnění - společné působení biologických a psychosociálních faktorů. Řada z nich je vrozená (zděděná). Jiné bývají způsobeny vlivy prostředí, ve kterém klient žije. Další z faktorů jsou události, které prožil.

Mezi biologické faktory patří především dědičnost. Řada povahových rysů, talent, vzhled, choroby se dědí. Pokud se objeví v rodině schizofrenie, je větší pravděpodobnost onemocnění. U výskytu schizofrenie u rodičů je 10% pravděpodobnost přenosu na dítě. Pokud jsou nemocní oba rodiče, zvyšuje se pravděpodobnost na 30-40%. Výskyt schizofrenie je tak ze 70% pod genetickou kontrolou. Musí se tak sejít více genů, aby nemoc propukla. Dědí se vlohy, náchylnost k onemocnění, nikoli sama nemoc. Důležitou roli hrají také negenetické, zevní vlivy. Mezi tyto vlivy patří různá virová infekce plodu před narozením, narušená výživa v období těhotenství matky, porodní komplikace. Faktory působí na vývoj mozku ještě před narozením dítěte, s dispozicí k psychotickému onemocnění se již člověk rodí. (Praško a kol., 2005a, s. 25)

Pro správné pochopení vzniku schizofrenie musíme znát konstrukci mozku, Mozek obsahuje neurony, mozkové buňky. Je jich okolo dvaceti miliard. Propojení mezi jednotlivými neurony je spoji. Propojení zprostředkovávají výběžky neuronů obaleny myelinem. Spojí se každou vteřinu přesouvají velká množství informací. Předpokladem správné funkce mozku je správné propojení mezi neurony v jednotlivých částech mozku. Propojení může být narušeno. V případě mírného narušení se nic neděje, mozek se s problémem vyrovná. Při výrazném narušení je vyrovnávací schopnost mozku nedostačující. A toto je případ objevení, vzniku psychózy. Narušená komunikace mezi neurony v mozku ještě nevede k výskytu bludů a halucinací. K nim je složitější cesta. Nejprve se objeví potíže, které se nezdají na první pohled závažné. Jsou to potíže v oblasti paměti, pozornosti, schopnosti řešit zátěžové situace, popřípadě se pružně rozhodovat. Nazývají se kognitivní problémy. (Praško a kol., 2005a, s. 27)

1.2 Projevy a průběh schizofrenie

Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-29).

Základní charakteristika

Schizofrenie patří mezi duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí. Zásadní je především porucha myšlení, vnímání, oploštělá nebo neadekvátní emotivita a narušené jednání a chování. Schizofrenie je psychotické onemocnění. Psychóza je v odborné terminologii charakterizována bludy, halucinacemi, dezorganizovaným slovním projevem a chováním, poruchou vnímání reality. Postižený tak slyší nebo vidí něco co ostatní ne, komunikační projevy jsou často nepochopitelné, je přesvědčen o bizarnostech.

Formy schizofrenie a jejich klinický obraz

F20 Schizofrenie

F21 Schizotypní porucha

F22 Trvalé duševní poruchy s bludy

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

F24 Indukovaná porucha s bludy

F25 Schizoafektivní poruchy

F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

F29 Nespecifická neorganická psychóza

(Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 183)

Dělení schizofrenie

F20.0 Paranoidní schizofrenie – vyznačována především bludy

F20.1 Hebefrenní schizofrenie – projevy karikuje pubertální období

F20.2 Katatonní schizofrenie – poruchy hybnosti

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie – nevyhraněná podoba

F20.5 Reziiduální schizofrenie – chronický stav následující po akutních příznacích

F20.6 Simplexní schizofrenie – změny chování (postupné stažení do sebe)

F20.4 Psychotická deprese

Nyní se seznámíme s jednotlivými formami schizofrenie podrobněji. Nejběžnějším typem schizofrenie je **Paranoidní schizofrenie** vyznačující se především bludy, které jsou provázeny halucinacemi, zejména hlasovými. Tyto hlasy dávají příkazy, nebo hrozí pacientovi. Dalším typem je **Hebefrenní schizofrenie** mající počátky v období dospívání a časně dospělosti. Karikující pubertální chování, je charakteristické nepřiléhavým chováním, častým manýrováním a emocemi. Proměnlivé a fragmentální jsou halucinace a bludy. Poruchy motoriky souvisí s **Katatonní schizofrenií**. Projevující se zvýšenou až bezcílnou aktivitou motoriky, manýrování, grimasy nebo naopak stupor. Velmi časté bývají stereotypie ve verbálním projevu a chování. Žádnému z výše uvedených typů neodpovídá **Nediferencovaná schizofrenie**. Nelze rozhodnout, která symptomatologie je v popředí. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 185)

2 Léčba a podpora v nemoci

Z hlediska různých vědních oborů týkajících se otázky zdraví je choroba popisována jako jev organický, kdežto nepohoda zdravotní je sociologickým, psychologickým jevem. Zdravotní nepohoda se týká člověka jako celku, nejen jeho tělesné schránky, taktéž psychické schránky. Dále jeho sociálního života, plnění cílů, úkolů, které si člověk vytyčil. (Křivohlavý, 2002, s. 18)

2.1 Projevy a prožívání nemoci, sociální začlenění.

V této podkapitole se autorka zaměřila na popis symptomů a prožívání příznaků lidmi se schizofrenií. Pochopit prožívání a důležitost empatického reagování sociálních pracovníků v dlouhodobém vztahu s klienty, vzájemná komunikace a zpětná vazba mezi klientem a sociálním pracovníkem.

Dle Elkise pozorováním velkého počtu schizofrenních klientů pomocí analýzy jsou zjišťovány a potvrzeny faktory chování takto postižených lidí. Tyto faktory chování jsou čtyři:

1. Rozšíření reality – grandiosita, podezřívavost, halucinální chování, neobvyklý obsah myšlení.
2. Desorganizace – koncepční dezorganizace, manírismus, pózování dezorientace.
3. Negativní příznaky – emoce, zpomalené jednání.
4. Úzkost – emoce, zpomalené jednání. (Elkis, 2010, s. 3)

Vnímání

U lidí se schizofrenií jsou časté poruchy vnímání projevující se halucinacemi bez jasného zevního podnětu. Obvykle se rozlišují podle smyslových orgánů na halucinace zrakové (vnímání osob, či celých scén nebo také vnímání jednotlivých tvarů). Další smyslové halucinace jsou halucinace chuťové nebo čichové (často doprovázeny bludy např. z podání jedu nějakou osobou) a poslední smyslové halucinace jsou tělové halucinace (často se sexuálním podtextem, pálení, elektrizování). U schizofrenie patří k nejčastějším sluchové halucinace, je vnímána zvuky nebo hlasy. Tyto hlasy mohou jednání klienta komentovat popřípadě přikazovat přímo nějaké jednání (nazýváno imperativní sluchové halucinace). Na základě tohoto jednání může klient jednat sebevražedně, násilně vůči jiným lidem. Halucinace

jsou ohrožující, degradující a v případě komentujících halucinací také ponižující. Poruchy myšlení a vnímání jsou pro schizofrenii charakteristické intrapsychické halucinace, projevující se zvuky spíše zevnitř mysli než zvnějšku. Projevují se jako ozvučené myšlenky.

Afektivita

Schizofrenní lidé se cítí prázdni, nezakotvení, znecitlivěli, odpoutání od prožitků a od jiných lidí. Činí jim velké potíže vůbec identifikovat a následně vyjádřit nějaký pocit, mají celkově ochuzeno a sníženo citové prožívání. Jsou časté pocity úzkosti, zvýšená zlost v reakci na vnímané ohrožení od ostatních. Klienti mají tendenci uniknout před vnějším světem do spánku, svého vnitřního světa a izolovat se tak od ostatních a od okolí. Časté jsou depresivní nálady, projevující se po prvních atakách, kdy po odeznění psychotických potíží si člověk uvědomí životní ztráty. Dochází k pocitům méněcennosti, beznaděje, stigmatizace, sociálního vyloučení. (Probstová, Peč, 2014, s. 49- 53).

Vztahy

Schizofrenní klienti kolísají ve vztazích mezi žádostivostí připojit se k druhé osobě, zvláště osobě, které důvěřují (kamarád, lékař, terapeut, sociální pracovník, rodinný příslušník). A naopak podezřívavostí a nedůvěrou k druhým lidem se stáhnou a uzavrou před kontaktem s ostatními. Dochází často k prolínání obou tendencí ve stejnou dobu. Lidé, kteří mají pevnější a dlouhodobý vztah s klientem léčícím se schizofrenií mohou pociťovat bezmoc, zoufalství, dochází k odmítnutí pomoci. U schizofreniků je důležitost tolerantnějšího chápání lidí, psychóza je důsledkem rozpadu dialogu v sociální síti. (Fisher, 2016, s. 145-146).

Chování, jednání, volní kapacita

Chování lidí se schizofrenií je ovlivněno bludy a halucinacemi. Dochází tak k náslechovým postojům, kdy je klient v naslouchající pozici a soustředění. Zvýšené psychomotorické tempo, neklid jsou častými projevy schizofrenie. Pro jednotlivé formy jsou specifické poruchy chování. Snížené volní kapacity (abulie, hypobulie) mají důsledky pasivity v oblasti činností, zaměstnávání a volnočasových zájmů. Je nutno také zmínit sebevražedné a násilné jednání u lidí se schizofrenií. Statistiky dokazují, že 10% lidí s touto nemocí skončí svůj život sebevraždou. Sebevražedné jednání je hůře odhadnutelné než u jiných poruch. Sebevražedné jednání je ovlivněno impulzem jednání pod vlivem halucinace. Riziko

násilného jednání je zvýšeno u klientů s výskytem závislosti na návykových látkách. U pachatelů homicidií je zhruba 6% lidí diagnostikováno schizofrenií, včetně nemocí s látkovou závislostí.

Somatické stavy

U schizofrenie patří mezi somatické obtíže stavy celkové fyzické slabosti, nespecifické drobné neurologické projevy (neurological soft signs). Časté dlouhodobé tenzní bolesti hlavy, chronické bolesti pohybového aparátu bez organického podkladu-obrana vůči pocitovému a myšlenkovému vyprázdnění (negativní hypochondriáza). Návaznost tělesných příznaků na tělové halucinace, bludná přesvědčení. Halucinace typu explodující hlavy, hničících střev aj. (Probstová, Peč, 2014, s. 49- 53).

V průběhu nemoci je důležitá komunikace klienta s jinými osobami, rodinnými příslušníky, lékaři, terapeuty, sociálními pracovníky. Za velmi podstatnou můžeme pokládat zpětnou vazbu směrem ke klientovi. V další části mé diplomové práce se budeme zabývat právě komunikací a zpětnou vazbou.

Komunikace

„Co je vlastně komunikace?“

Termín komunikace popisuje Psychologický slovník (latinsky communicatio, „spojení, sdílení“) jako nejdůležitější formu sociální interakce. Probíhá na základě řeči, pohledů, gestiky, mimiky, písma atd. Záleží na schopnostech jedné strany vyjádřit svá přání, pocity a na schopnosti druhé strany vnímat a správně pochopit přání, požadavky a potřeby klienta. Člověk by se měl naučit naslouchat, empaticky porozumět. Komunikace zaměřená na člověka, znamená rovnocenné partnerské setkání s respektem na rozdílnost názorů. (Motschnig, Nykl, 2011, s. 34-35).

S osobou trpící schizofrenní poruchou je podstatné v komunikaci, v jaké fázi se choroba a léčení právě nachází. Nachází-li se v relapsu, atace je komunikace ztížena, mnohdy znemožněna. Řeč se může zdát po formální stránce nepostíženou, častěji však bývá postížená, hlas bývá nepřirozený, mluví monotónně či naopak gradovanou dynamikou. (Michalík a kol. 2011, s. 161).

Zpětná vazba

Zpětnou vazbu definujeme jako informaci upozorňující na to, zda chování systému je, nebo není na žádoucí cestě. Zjednodušeně jde o informaci poskytující náhled na vnější projevy nejen živoucích bytostí. Zpětná vazba není nic nového, byla, je a bude kolem nás. Můžeme ji sledovat v živých i neživých přírodních systémech. Nejen lidé, ale i zvířata si vyměňují informace. Lidé si předávají zpětnovazební informace verbálně nebo neverbálně, chtějí slyšet reakce na své jednání. Oproti běžné komunikaci je zpětná vazba něco, co potřebujeme ke svému vývoji. Zpětná vazba je v širším smyslu nástroj umožňující učit se ze svých chyb a opakovat úspěchy. (Reitmayerová, Broumová, 2015, s. 9-11).

2.2 Léčba a podpora v nemoci

Onemocnění schizofrenií má vliv na různé oblasti života. K velkému narušení dochází v osobním a rodinném životě. V rodině, ve které dochází u člena k propuknutí nemoci se mění dosavadní zažitá pravidla, dochází ke krizi, k poruchám komunikace. Rodina má větší strach a z tohoto důvodu věnuje větší pozornost svému členovi s touto nemocí.

Bludy mohou být nejrůznějšího obsahu (perzekuční, vztahovačné, erotomatičké, religiozní, extrapotenční, hypochondrické...). Zasažena je i intimní oblast života klienta. Časté jsou domněnky, že nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy, sdíleny jinými lidmi. Bizarní bývá bludná představa ovlivnění myšlení nadpřirozenými a přírodními silami. Často pokládáno za osu všeho co se děje. Vnímání je narušeno doprovázejícími halucinacemi (sluchovými, hlasovými, tělesné, chuťové a čichové. Zachovány jsou intelektové schopnosti a vědomí. Osobnost je postižena v nejpodstatnějších funkcích dávající normálnímu jedinci pocit individuality, jedinečnosti, jednotnosti. Volní poruchy se mohou jevit jako lenivost, negativismus popřípadě stupor, katatonie (rozštěp psychiky a motoriky). Typická jsou oploštělá, nepřiměřená, vrtošivá jednání. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 75-76).

2.3 Duševní nemoci a možnosti terapií

V této kapitole se dozvíme více o základních druzích terapií pro klienty s duševním onemocněním. Terapie by měla tvořit vždy celek. Nejúčinnější je terapie, kdy dochází ke komplexnímu multidisciplinárnímu přístupu a spolupráci klienta s odborným týmem.

Léčení pokračující po propuštění z nemocnice je nazývá doléčování. Pacient by měl v této době brát léky dle rad lékaře. Účastnit se dalších léčebných, psychoterapeutických a socioterapeutických programů doporučených lékařem. Jsou přínosné, působí jako prevence recidivy. (Kalina, 2001, s. 214).

Biologická léčba

Tato metoda je nyní v kompetenci odborného lékaře-psychiatra. Součástí terapie medikace (aplikace léčebných metod a postupů). Ostatní členové týmu jsou nápomocni klientovi překonat potíže s užíváním léků, popřípadě překonat strach z lékařských výkonů. Socioterapeutický přístup vede klienta k odpovědnosti, samostatnosti klienta v péči o své zdraví a zdravý životní styl.

Psychoterapie

Nedílnou součástí léčby duševně nemocných je psychoterapie. Psychoterapie se účastní psychiatr, psycholog nebo psychoterapeut. Do psychoterapeutických výcviků vstupují taktéž i sociální pracovníci získávají tak další nástroje pro přímou práci s klientem.

Nejčastěji používané psychoterapeutické systémy:

- Hlubinná psychoterapie
- Dynamická psychoterapie
- Behaviorální psychoterapie
- Rogersovský přístup
- Kognitivní psychoterapie
- Komunikační psychoterapie
- Gestalt terapie
- Existencionální a humanistická pojetí terapie
- Elektrické a integrativní pojetí terapie

Vznik pevného terapeutického vztahu patří ke společným faktorům terapeutů. Vztah je hlavním činitelem ovlivňujícím výsledek a úspěch terapeutů při práci s klientem.

Režimová terapie

Režimová terapie je založená na jasném uspořádání nabízející jistotu. Zdravé prostředí tak umožňuje dělat chyby, napravovat je s mírou odpovědnosti. Základem je správně nastavený denní režim a přesně daná pravidla pro klienta a ostatní zúčastněné. Vše je založeno na jasném a pevném řádu. Takto uspořádaný denní režim je v rozporu se zavedeným neuspořádaným životem klienta a narušuje nudu a negativní myšlení. Vše do sebe zapadá, aktivity postupně následují a klient ví přesně, co a kdy bude následovat. Den je rozložený do jednotlivých úseků a má své pojmenování. Časové úseky jsou ohraničeny, dodržovány. Denní události se prolínají, ovlivňují, důležitá je návaznost, soulad a obsahové propojení. Klientovi se vlivem denního režimu obnovují návyky, které ztratil, mnohdy nikdy neměl. Terapie je postavená na základech teorie sociálního učení. Cílem je, aby si klient dokázal sám vytvořit denní režim v souladu svých potřeb, aby zůstaly zachovány především zásady zdravého životního stylu.

Socioterapie a sociální práce

Socioterapie podporuje individualitu klienta, především zdravé, normální na nemoc nenávané stránky. Terapeuti mají klienta vystavovat obecnosti a normalitě. Učí klienta nevnímat okolí jako zaměřené proti sobě. Nevyhledávat situace, kdy nemusí být nemocný a naopak vyhledávat okolnosti, kdy může být zdravý. Všichni členové socioterapeutického týmu společně se sociálním pracovníkem vytváří socioterapeutický kontext. Psychoterapie vytrhuje klienta ze skutečnosti. Socioterapie se soustřeďuje na konkrétní svět. Zjišťuje sociální kontakty klienta, jak k nemoci přistupuje, přesahuje společenské normy. Ovlivňuje, aby klienta nemoc nevyčleňovala, nevzdalovala sociálnímu prostředí a udržela sociální dovednosti. Cílem snažení je, schopnost klienta žít a jednat v sociálním, politickém prostoru společnosti. Klient si vyzkouší, ve kterých oblastech jsou aspekty nemoci skutečnou překážkou, kde si ji naopak dělá sám. Terapie mu tak dává možnost získat kompetence, jak se vypořádat s takovými situacemi. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 92-97).

Ergoterapie

Pro dosažení lepší životní situace je vhodná společná práce ve smysluplných úkolech ve prospěch ostatních. Samostatným oborem s širokým obsahem je i ergoterapie. Především v péči o duševně nemocné má práce velký význam. Obsahuje činnosti a práce, které jsou rozděleny do specifických rolí. Klient tak získává v těchto funkcích/rolích kompetence a důvěru. Přebírá zodpovědnost sám za sebe i za ostatní. Samotný klient se tak podílí na životě a získává reflexe na své chování. Zpětná vazba dává porozumět svému chování v určitých životních rolích. Nedílnou složkou je plánování, klient se snaží myslet do budoucnosti.

Zátěžové programy, sport a volnočasové aktivity

Smysluplné a aktivní vyplnění volného času klientů s duševním onemocněním se stává součástí terapie. Je zdrojem plánování, spolupráce a zpracování zážitků. Volný čas se dělí na dvě části. Individuální, v této části může klient realizovat své zájmy, koníčky a dovednosti. Mezi aktivity druhé části volného času patří společenské a skupinové akce. Společné aktivity slouží k rozvoji společenského chování, jednání, ale i poznání sounáležitosti, podpořit ostatní, poskytnout a přijmout pomoc. Nastávají i krizové situace, jejich řešení vždy klienta posílí. Lze zapojit i rodinné příslušníky a přátele klienta a upevnit tak vzájemné vztahy. Zážitkové a zátěžové programy dávají příležitost zjistit hranice klientových sil. Mobilizují klientův vnitřní potencionál a posílení sebevědomí. Prožitky bývají emocionální a nezapomenutelné. Klienti na zážitky dlouho vzpomínají. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 92-97).

3 Vliv schizofrenie na osobní, společenský a pracovní život

Schizofrenie výrazně ovlivní každého, jež se s touto nemocí dostane do bližšího kontaktu, nejen jako samotná postižená osoba, ale také jako člověk, rodinný příslušník, zaměstnavatel, kamarád. V naší společnosti není povědomí tohoto onemocnění ještě na tak vysoké úrovni jako v zahraničí, kde existují velká centra zabývající se otázkami péče o duševní zdraví včetně efektivity a konstrukce nástrojů hodnocení péče (např. Trimbosův institut v Nizozemsku, Johns Hopkins University School of Medicine v USA, London Institute of Psychiatry). Transformace psychiatrické péče u nás není propagována do běžného veřejného života společnosti, proto si mnozí lidé stále spojují onemocnění schizofrenií a především klienty s tímto onemocněním za bláznů, nositele negativních projevů. Častá je stigmatizace, spojení s patologickými jevy.

3.1 Norma a stigma

Norma

Normu charakterizujeme jako dobovou obvyklost. Společností uznávané kritérium k hodnocení určitého jevu. Normalita představuje stav jedince, skupiny, společnosti odpovídajícím zavedeným normám a hodnotám v sociálně-regionálním kontextu.

Normální - normu splňující, chápeme ve třech významech:

- Statistická – za normální je považováno to, co je nejčastější, průměrné. Nadprůměrné a podprůměrné jevy jsou považovány za patologické.
- Funkční – určitý systém plní správně svou funkci. Musí být jasné, co je míněno správnou funkcí.
- Normativní – související s odchylkou od předem dané, dohodnuté normy (pracovní, etická, mravní norma).

Stigma

Je záměrné označování jedince s tělesnými znaky tak, aby byla zřetelná neobvyklost, špatnost, abnormalita, nečistota, výlučně patřící k statusu označovaného. Stigmatizace mnohdy může ovlivňovat výrazně cestu k pomoci. (Praško, 2005b, s. 63)

Sociální identita

V sociálním kontaktu dochází k tomu, že při styku s druhou osobou, nám neznámou, na základě určitých znaků, atributů, konkrétní situace se určuje sociální identita. (Novosad, 2011, s. 70-73).

Diagnostické nálepkování

Dnes není moderní moralizovat, naopak moderní je věda. Vědu lze použít k zařazení klienta jako určitý typ. Mohou sloužit jako pomůcka pro urychlení porozumění klientovi. Stává se, že porozumění zablokují, přiřazením psychopatologického termínu je klient vyřazen bez potřeby mu nadále pomáhat. (Kopřiva, 2011, s. 37).

Začlenění osob se schizofrenií do osobního, společenského a pracovního života bývá velmi složité. Jsou případy, kdy se od klienta při zjištění nemoci odvrátí rodina i okolí. Klient tak zůstává osamocen a závislý na pomoci druhých, zejména lékařů, terapeutů, sociálních pracovníků – sociálních služeb. Znovunalezení smyslu života klienta je mnohdy zdlouhavá, časově náročná práce, především klient musí chtít se začlenit do společnosti, najít si bydlení, práci, přátele. Začít znovu žít plnohodnotný život

3.2 Osobní, společenský a pracovní život

Integrace

Integrací rozumíme v nejobecnější rovině jako začleňování, spojování jednotlivých částí v celek. Především při řešení problematiky soužití majority (zdravých jedinců), a minorit (lidí se sociálním a zdravotním znevýhodněním). Určujícím faktorem při integraci je především tolerance. Soužití je spojeno s vzájemným formováním osobností postižených jedinců a společnosti. Stabilita integrace je závislá na vnějších okolnostech, především rodinné zázemí, vzdělání, bydlení, práce, sociální služby, zdravotnictví a atmosféra ve společnosti. Na druhé straně integraci ovlivňují i subjektivní faktory jedince, změny týkající se zejména psychického zdravotního stavu. Samotný proces integrace souvisí s rozvojem osobnosti, podporou v oblasti psychomotorických schopností, aktivizací kompenzačních mechanismů a procesem učení. (Novosad, 2009, s. 24-25).

Bydlení

Duševně nemocní v České republice žijí dlouhodobě v domácím prostředí, v léčebnách, v zařízeních sociálních služeb (specializované domovy důchodců pro psychiatrickou klientelu, domovy důchodců a ústavy sociální péče). Zatím existuje malý počet komunitních zařízení, či služeb poskytujících podporu v bydlení duševně nemocným. Vlivem transformace, deinstitucionalizace přibývá i u nás stále více pobytových zařízení s různou mírou podpory a restrikce při cestě k větší samostatnosti klienta. Přednost dostává podpora bydlení v „přirozených podmínkách“, bydlení domácího typu, zde může klient rozvíjet nejen své dovednosti, ale v domácím prostředí se posiluje pocit bezpečí. Klient by měl mít volbu rozhodnout se sám, kde chce bydlet. Nemalý díl na bydlení klienta má i jeho rodina, především spolupráce s rodinou je důležitá. Příbuzní se podílejí vždy na udržování příznaků. Důležité je, aby porozuměli osobě s duševním onemocněním, ale také musí porozumět sami sobě, aby mohli přispět ke změně vztahu a stavu schizofrenika. (Dorner, Plog, 1996, s. 187).

U mladých klientů, do jejichž života vstoupila nemoc, je komplexní péče včetně podpory v bydlení rozhodujícím momentem pro jejich budoucnost. V některých případech může být podpora bydlení východiskem z vymanění se z nevyhovujícího domácího prostředí působícího negativně na klienta. V této oblasti je možnost využití služeb sociální péče, formou podpory samostatného bydlení. Poskytováno terénní formou lidem se sníženou soběstačností, dále lze využít pobytovou službu formou chráněného bydlení. (Probstová in Matoušek et al., 2005) Autorka upozorňuje, na to, že ne všichni klienti mohou být připraveni na samotné bydlení. Z těchto důvodů by mělo chráněné bydlení plnit funkci posouvání klienta a jeho integraci. Organizace s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním svým klientům nabízejí možnost bydlení aktuálně po ukončení hospitalizace. Prvořadým úkolem sociálního pracovníka při práci s klienty žijícími v chráněném bydlení, podpoře samostatného bydlení je poskytování rad týkajících se bydlení, pomoc při řešení úředních záležitostí, pomoc s hospodařením a vedením domácnosti.

Zaměstnávání

Služby sociální prevence jsou dle §67 spojené se zaměstnáváním. K těmto službám patří STD (Sociálně terapeutické dílny-ambulantní služba). Služby STD jsou vhodné především pro klienty se sníženou soběstačností. Důvodem snížené soběstačnosti je zdravotní postižení. Toto zdravotní brání klientům v umístění na chráněném nebo otevřeném trhu práce. Pracovní rehabilitace se zaměřuje na návrat, rozšíření a udržení pracovních schopností klientů. (Probstová, in Matoušek et al., 2005, s. 145). Lidé s duševním onemocněním tak vnímají možnost pracovat nejen jako možnost získání finanční nezávislosti. Možnost pracovat je spojena s pocitem někam patřit, mít vyšší statut. Je třeba brát tyto osoby jako rovnoprávné, pohlížet na ně jako na zdravé jedince. Získání pracovní příležitosti a zejména udržení pracovních návyků u klientů se schizofrenií bývají často doprovázeno nesnázemi. Zaměstnavatelé přijímají tyto osoby do zaměstnání většinou s obavami, obava, že práci nezvládnou. Často jsou nabízena podřadná pracovní místa. Naše společnost i samotní zaměstnavatelé mají vůči těmto lidem negativní předsudky. Myslí si, že jsou neschopni pracovat. Proto dochází k častému odmítání, než prezentují své schopnosti. (Procházková, 2009).

Volný čas

Volnočasové aktivity klientů s onemocněním schizofrenie slouží k překonávání společenské izolace, napomáhají při budování autonomie klientů. Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním mají důležitost pro získání samostatnosti, soběstačnosti, nezávislosti, a především slouží k vyplnění volného času. U některých klientů dochází k návratu ke svým zájmům a koníčkům. Naplnění volného času je mnohdy obtížné, klienti sami nezvládnou začlenění do volnočasových aktivit, kulturního a společenského dění, mají obavy ze stigmatizace. Často na doporučení sociálního pracovníka nebo jiného klienta (kamaráda) již využívajícího sociální služby, začne klient navštěvovat volnočasové aktivity. Nejvíce oblíbené a vyhledávané sociální služby jsou - následná péče, sociální rehabilitace, SAS, stacionáře. Tyto služby se zaměřují na zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, ale i nácvik pracovních dovedností a rozvoj kognitivních dovedností. V sociálních službách dochází k navazování vztahů. Klient se tak necítí být úplně sám se svou nemocí. (Probstová, in Matoušek et al., 2005)

4 Vstup do života – sociální pomoc

Lidé hledající pomoc v pomáhajících profesích mívají často narušené sociální vztahy. Uzavírají se před druhými, naléhavě hledají kontakty, přetěžují své okolí přemrštěnými požadavky. Příznivě působící forma sociální pomoci má za úkol zlepšit mezilidské vztahy. (Schmidbauer, 2000, s. 101)

Sociální práce je založena na jedinečnosti především díky specifickému přístupu ke klientovi. Má zároveň i rysy komplexnosti v přístupu k řešení sociální situace z hlediska psychologického, zdravotního, právního, ekonomického, sociologického a pedagogického. Hlavním cílem je podpora a fungování klienta v jeho sociální situaci. Teoreticky lze ukotvit sociální práci v konceptech, které vycházejí z historického vývoje sociální práce USA a Německa. Na těchto pevných základech a principech je sociální práce uplatňována dodnes. Rozvoj v sociální práci u nás nastal po politickém převratu v roce 1989. Dochází k obnově vzdělávání na vysokoškolské úrovni a probíhá reforma středoškolského vzdělávání. Začínají se objevovat nové sociální problémy, které byly v minulosti okrajové. Řešení těchto problémů bylo třeba teprve hledat, využívat již vyzkoušené modely z jiných zemí. (Matoušek, 2001, s. 151).

4.1 Teoretické koncepty sociální práce

Psychosociální koncept

Zde je kladen především důraz na psychosociální pomoc klientům, kteří ve svém sociálním přizpůsobení ztroskotali a mají zájem o poskytnutí pomoci. Tři příčiny ztroskotání:

- Dětské pudy a potřeby přetrvávající, způsobující kladení přehnaných nároků na svět a vyjadřující nepřátelství vůči němu.
- Neúměrný tlak životní situace klienta
- Nesprávné fungování „ega“ a „superega“

Systémový koncept

Sociální práce zabývající se interakcí, vzájemným působením lidí a prostředí. Klienti jsou součástí systému a řešení problémů je jen v rámci tohoto systému. Systémy pomáhající lidem jsou **neformální** (přirozené systémy - přátelé, sousedé, rodina, spolupracovníci). **Formální** (organizace a asociace podporující své členy) a **společenské systémy** (institute-

školy, nemocnice). Sociální pracovník využívá při výkonu své profese systém zprostředkující změnu.

Ekologický koncept

Adaptace a vzájemná integrace mezi lidmi a jejich sociálním, fyzickým prostředím. Zaměření na poruchy a problémy v adaptačním procesu. Důsledkem těchto poruch může být stres. Stres vzniká vzájemným propojením tří oblastí:

- oblast změny (krizové události, změny statusu, vývojové změny)
- environmentální problémy, především tlak prostředí
- maladaptivní interpersonální vztahy a komunikace

Sociální práce s klientem má tři fáze. První fáze se nazývá iniciační-vstup sociálního pracovníka do světa klienta, uzavření smlouvy. Druhá fáze je společný postup vedoucí k odhalení a řešení problému. Poslední fáze je konečná, kde dochází k oddělení klienta od pracovníka a návrat klienta do jeho světa.

Úkolový přístup

Sociální pomoc je soustředěna na problém z pohledu klienta, nutností je uznání daného problému klientem a následné řešení. Vše záleží na klientovi – výběr strategie služby, sám rozhoduje o řešení daného problému. Úkolový přístup je krátkodobý, doba na řešení problému je 3-4 měsíce a proběhnou formou 8-10 sezení.

Koncept sociálního fungování

Cílem sociální práce je pomáhat a zlepšovat, měnit jednotlivcům a systémům sociální podmínky, chránit jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování. Sociální fungování je založeno na trvalé interakci člověka a prostředí. Mezi prostředím a člověkem bývá rovnováha. K problému dochází v případě nezvládnutí požadavku mezi prostředím a člověkem tím je rovnováha narušena. Někteří klienti si sami s touto situací poradí, jiní potřebují pomoc. Sociální pracovník podpoří sociální fungování klienta, pomůže mu obnovit, udrží rovnováhu zvládání úkolů a požadavků prostředí. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 9-13)

4.2 Sociální pracovník

Sociální pracovník zprostředkovává sociální služby, pomáhá osobě, která je potřebuje. Vždy zvolí službu, která je poskytována, dle individuálních potřeb klienta. Je zákonem stanoveno, že sociální pracovník má vykonávat sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu, je oprávněn řešit sociálně právní problémy v zařízeních poskytujících služby sociální péče. Taktéž zvládne provádět sociálně právní poradenství, poskytuje krizovou pomoc, sociální pomoc a sociální rehabilitaci. Sociální pracovník přímo poskytuje sociální služby. Další úkoly sociálního pracovníka jsou koordinovat služby, vyhledávat vhodné klienty, plánovat a hodnotit služby. Předpokladem k výkonu tohoto povolání je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost (§110 odst. 1 ZSS).

4.3 Komunikace a vzájemný vztah sociálního pracovníka s klientem

Pro pracovníka v oblasti péče o duševní zdraví existuje několik možností jak podporovat člověka v jeho konání. Pravděpodobně nejzřetelnější možností pomoci je prolomení či odstranění vnímavé bariéry. V případě těžší disability prolomení překážek nemusí být tak snadné. (Davidson, Tondora, 2017, s. 44).

Rozhovor s klientem

Praxe pomáhání přináší pro pomáhajícího především, potřebu, nutnost vstoupit do osobního kontaktu s některým klientem. Rozhovor je definován jako dorozumívání dvou nebo více osob. Sdílení názorů, pocitů, nadějí, zkušeností. Rozhovor tvoří most mezi jednotlivými aktéry, spojuje světy zúčastněných. Jde o vzájemné pochopení komunikujících lidí, poskytujících si zpětnou vazbu, inspiraci či radu. (Matoušek, 2003, s. 75).

Podmínky pro rozhovor

Na rozhovor si musíme vyhradit čas. Jde-li o první rozhovor s daným klientem, pak nebude kratší 30 minut a neměl by být delší 60 minut. Čas rozhovoru by měl být časem chráněným. Pro rozhovor musíme mít také vhodný prostor. Chceme-li být v kontaktu vnímavém, musíme být v místnosti sami. Důležitý je také způsob sezení. Posledním bodem je vyladění pomáhajícího pro rozhovor. Z hlediska rozložení aktivity a pasivity mezi pracovníkem a klientem mohou nastat následující konstelace:

- Pracovník vede rozhovor a klient jen úsporně reaguje.
- Pracovník vede rozhovor a klient rezonuje.
- Klient mluví, zatímco pracovník naslouchá.
- Pracovník a klient vedou dialog.

Je nutno dbát obezřetnosti, aby se klient necítil v pozici, kdy je mu něco vnucováno. A naopak pocit neposkytnutí spojený s pasivitou pracovníka. (Kopřiva, 2011, s. 109-111)

Principy dobrého vztahu:

- Respekt
- Dobrý úmysl
- Flefibilita
- Důvěra
- Partnerství

Práce s klientem v sociálních službách a ostatních pomáhajících profesích je založená na vzájemném vztahu a důvěře. Důležitost vztahu se opírá např. o práci C. Rogerse, základem je léčivá síla vztahu jednoho člověka k druhému. Setkávají se tak dva světy s možností částečného pochopení. Hranice mezi pracovníkem a klientem musí být jasně dány.

Mezi základní hranice komunikace a jednání mezi klientem a pracovníkem patří:

- Hranice prostoru a času
- Hranice pomoci a kontroly
- Hranice profesionálního vztahu (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 97-98)

4.4 Sociální služby

Sociální služby jsou poskytovány lidem se společenským znevýhodněním. Cílem sociální služby je zlepšit kvalitu života těchto lidí, popřípadě je v maximální možné míře začlenit do společnosti a také chránit společnost před riziky způsobenými těmito lidmi. Sociální služby mají za cíl zohlednit uživatele, rodinu, skupinu, do které patří, popřípadě zájmy širšího společenství. V ČR sociální služby spadají pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách vymezuje dle §32 základní druhy sociálních služeb:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

Podrobnější vymezení druhů sociálních služeb níže.

Sociální poradenství je dle §37 děleno:

- základní
- odborné

V této teoretické části se zaměříme především na odborné poradenství, které se zaměřuje na specifické potřeby přispívající především k řešení životní situace klienta. Dle §38 služby sociální péče napomáhají především k zajištění fyzické či psychické soběstačnosti. Prvořadým cílem je však podpora života v přirozeném prostředí klienta. Služby sociální prevence mají preventivní charakter, který je zaměřen dle §53 primárně k zabránění sociálního vyloučení, zvládnání nepříznivé životní situace. Taktéž pomáhají chránit před vznikem nežádoucích společenských jevů. (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Právo na ochranu formou služby

Pomoc znevýhodněnému bližnímu ve společnosti je podporována uznáním základních lidských práv. Dle Šabatové začíná respekt k lidské důstojnosti na úrovni slov a myšlení. Musíme o svých právech přemýšlet, uvědomit si jejich limity a hledat vhodné kompromisy. (Šabatová, 2014, s. 18). Ve dvacátém století dochází k formulaci skupiny lidských práv, tato práva jsou nazývána jako „práva sociální“. K dalším novodobým pojmům můžeme řadit i

sociální bezpečnost. Termín sociální bezpečnost je přejatý z ruštiny. Významem je přidělování blaha centralizovaným státem s následnou manipulací občanů, kdy demokratické systémy chtějí naopak zajistit občanovi ochranu jeho práv.

Sociální služby chrání občana, a to konáním něčeho v jeho vlastní prospěch. Služby poskytují jak veřejnoprávní, tak i soukromoprávní instituce. Garantem dodržování základních lidských práv je stát a to i u soukromoprávních institucí, zejména formou periodického prověřování činností těchto subjektů, přidělováním licencí, zaručující občanům, že budou vykonávat a plnit dohodnuté závazky.

Kategorizace sociálních služeb:

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. přináší novou kategorizaci sociálních služeb. Podle nové právní úpravy se dělí na:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

Dělení dle formy poskytované sociální služby:

- pobytové
- ambulantní
- terénní

Formy jednotlivých druhů služeb definuje zákon v ustanovení §33 ZSS. Sociální poradenství se dle zákona dělí na základní a odborné. Do základního poradenství je zahrnuto řešení nepříznivé sociální situace, odborné sociální poradenství je zaměřeno na specializované poradny a zaměřuje se na potřeby jednotlivých sociálních skupin. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]),

Služby sociální péče se řadí mezi služby napomáhající osobám zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost, zapojit se v co nejvyšší možné míře do běžného života a do společnosti. V případě, kdy toto vylučuje jejich zdravotní stav služby sociální péče zajistí důstojné prostředí a zacházení pro takto postiženou osobu.

Mezi služby sociální péče dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, které jsou vhodné pro osoby s duševním onemocněním se řadí.:

- podpora samostatného bydlení
- odlehčovací služby
- centra denních služeb
- denní stacionáře
- chráněné bydlení
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče
- podporované zaměstnávání

(Matoušek, 2007, s. 100).

Další služby vymezené zákonem jsou služby sociální prevence napomáhající zabránit sociálnímu vyloučení osobám ohrožených krizovou sociální situací, způsobem života, návyky vedoucími ke konfliktům se společností. Cílem je napomáhat osobám překonávat nepříznivé sociální situace, chránit tak společnost před vznikem, šířením nežádoucích společenských jevů (§53ZSS).

Příklady služeb sociální prevence vhodné pro duševní onemocnění:

- azylové domy
- nízkoprahová denní centra
- služby následné péče
- sociálně terapeutické dílny
- terapeutické komunity
- sociální rehabilitace
- domovy se zvláštním režimem

V této podkapitole autorka seznamuje s oblastmi potřebné péče osob s duševním onemocněním, především s možností nabízených služeb. Kvalitní péče o klienty, rozvoj a zajištění jednotlivých sociálních služeb. Sociální služby jsou prvotním, nejčastějším místem kontaktu klientů s duševním onemocněním a sociálních pracovníků. Dochází tak k prohlubování a navázání vzájemného vztahu mezi oběma zúčastněnými. Vzájemný vztah je ovlivněn především přístupem klienta a sociálního pracovníka k řešení problému. Jde

především o vzájemnou důvěru a společný cíl. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online], MPSV ČR).

4.5 Klient s duševním onemocněním a sociální služby

Do systému péče o duševně nemocného patří všichni lidé vyskytující se v jeho okolí, blízkosti. Základ tvoří rodina, přátelé, spolupracovníci, komunita, ve které klient žije. Jsou základní a nedílnou součástí jeho sociálního světa, provázejí ho životem, mnohdy jsou oporou. Za velmi důležitou se u klientů trpícím duševním onemocněním pokládá odborná pomoc-psychologa, psychiatra a síť pomáhajících pracovníků a jejich nabízené dostupné sociální služby. Duševní onemocnění je záluďné. Má individuální průběh, často doprovázeny předsudky a mýty. Klienti často vyhledávají službu sami, někteří však potřebují podporu a pomoc. Rodina, spolupracovníci a blízcí nevidí nebo nechtějí vidět, nebo dokonce popírají problém. Je to přirozená reakce, z níž však nemůžeme nikoho vinit.

Základní vlastností sociálního systému služeb o duševně nemocné je aktivní vyhledávání vhodné služby vždy na základě individuálních potřeb klienta. Každý sociální pracovník by měl být vybaven určitými schopnostmi, dovednostmi a základními informacemi o tomto onemocnění. Jak s tímto klientem s duševním onemocněním mluvit o jeho psychických problémech, respektovat ho. Musíme zvolit vhodné místo, formu dotazu, najít společnou cestu a nabídnout pomoc. První reakce však může být odmítavá, často bývá bouřlivá, tímto dává sociální pracovník prostor pro otevření tématu a další pomoc. Nejúčinnější a nejvýhodnější je, pokud pomoc přijde co nejdříve. Sociální pracovník by měl být vybaven potřebnými informacemi a doporučeními, kde a jakým způsobem může klient najít pomoc. Kam klienta odkázat při řešení vzniklého problému. Sociální pracovník bývá tím, kdo předá klienta jinému odborníkovi. Pracuje v odborném týmu přímo s klientem.

První kontakt s klientem patří k základním činnostem systému péče o klienty s duševním onemocněním. Zprostředkování prvního kontaktu může být klientem, rodinou, blízkými, odborníky. Jako prvořadý si kladou tento úkol **nízkoprahová zařízení**. Nízkoprahová zařízení mající preventivní funkci, bývají prvkontaktním bodem v sociální síti. Základní a prvořadou pracovní náplní terénních pracovníků je vyhledávání a nabízení různých druhů pomoci lidem se sociálními a psychickými problémy. Cílem je snižování rizik problémů. Přiznání jakéhokoliv problémů si zaslouží podporu, ocenění a pomoc. Při řešení problému je nutná informační znalost sociálního pracovníka. Nejčastějším doporučením bývá

kontaktní centrum nebo ambulance. Návštěva takového zařízení a samotné řešení problému je pro klienta vždy náročná, zatěžující, plné obav a strachu. Někteří klienti nezvládnou řešit situaci sami, vyžadují doprovod, který je pro takto nemocného člověka jistota. Cítí se tak být osvobozen a pochopen, utíká od vlastní zodpovědnosti. Pracovníci poskytují své služby individuálně na základě potřeb klienta. Délka pomoci je závislá vždy na jednotlivém případě klienta. Jsou klienti, kteří potřebují jen jednorázovou pomoc a naopak klienti s delším intervalem pomoci. Jsou i klienti s potřebou vyhledat jinou formu spojenou například s hospitalizací popřípadě využití mezistupně, kterým je **stacionární péče.** Kombinace pobytu klienta může být v zařízení s odbornou péčí s pobytem doma. Klient tak neztrácí kontakt se svým přirozeným prostředím a svou rodinou. Problémem často bývá dostupnost. Taková zařízení jsou většinou ve větších městech. Navazujícím prvkem systému sociálních služeb je **pobytová (rezidenční) péče.** Zařízení je vždy s nepřetržitým provozem, pro klienta to znamená dlouhodobý pobyt. Mezi takováto zařízení patří psychiatrická klinika, psychiatrické oddělení nemocnice, domov pro osoby se zdravotním postižením apod. Pobyt některých klientů je v zařízeních tohoto typu nedobrovolný. V těchto zařízeních sociální pracovníci bývají členy multidisciplinárního týmu. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 44-47).

V další části podkapitoly se autorka zaměřila na objasnění termínu multidisciplinární tým.

Multidisciplinární tým

Multidisciplinární tým je tým pracovníků a institucí. Propojení více odborných profesí mající multidisciplinární přístup ke klientům. Koordinace a spolupráce v komunitě. Do této komunity patří například úřady práce, místní správa a samospráva, odbory zdravotních a sociálních služeb. Do týmu by měl patřit praktický lékař, psycholog, psychiatr, terapeut, sociální pracovník, zdravotní sestry, psychiatrické sestry, peer konzultant. Peer konzultant je pracovník s osobní zkušeností s duševním onemocněním. Pracovník je dle zákona č. 108/2006 povinen splňovat kvalifikační požadavky, je profesně zařazen jako sociální pracovník popřípadě pracovník v sociálních službách. Multidisciplinární tým poskytuje pomoc, léčení, podporu a péči klientům s duševním onemocněním a jejich rodinným příslušníkům. Dochází tak ke zlepšování kvality klientova života nejen v sociálních oblastech. Tým pracovníků zajišťuje péči v určené spádové oblasti. Multidisciplinární tým tvoří profesionálové, kteří mají společný cíl, společnou práci a vzájemnou spolupráci nejen v ambulanci, ale především v přirozeném prostředí klienta. Pracovníci společně dojíždějí ke klientům a řeší společně jejich zdravotní i sociální situaci. Úzce spolupracují s poskytovateli sociálních i zdravotních

služeb pro tuto cílovou skupinu. Předchází stavům nutných hospitalizací. V případě nutnosti hospitalizace vytváří podmínky pro úspěšný, rychlý návrat zpět do domácího prostředí klienta.

Součástí týmu je i rodina a blízcí klienta s duševním onemocněním. Rodina je ovlivněna tímto onemocněním nejvíce, je to prostor, kde klient žije a funguje v běžných denních činnostech. Klient je ovlivňován v pozitivním i negativním smyslu. Rodina se může stát právě prostorem, který dává klientovi pozitivní stimuly pomáhající v zařazení zpět do života. Stejně tak se může stát rodina s patologickým chováním širším pozadím klientova onemocnění. Hlavní problém u dlouhodobého psychiatrického onemocnění spočívá v pokrytí potřeb klienta napříč jednotlivými odbornostmi. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 60-68)

Reforma psychiatrické péče se neobejde bez aktivního zapojení klientů a jejich rodinných příslušníků. Změny se dotknou každého, kdo se podílí na péči o duševně nemocné. Pro úspěšnou realizaci reformy je potřeba zapojení co nejvíce lidí, kterým záleží, na tom jak bude vypadat péče o duševně nemocné v budoucnosti. (Viereckl, 2017, s. 28-29).

Multidisciplinární tým má za úkol poskytovat veškeré služby Centra duševního zdraví. Je základní službou. Členové multidisciplinárního týmu se přímo podílejí na zajišťování individuálních potřeb klienta. Zprostředkovávají ostatní služby. Pro personál MDT by měla být definována spádová oblast pro poskytování péče. Optimální je, pro jeden tým zabezpečovat péči na území s počtem 100 000 obyvatel. (Pracovní skupina při Národním centru podpory transformace sociálních služeb, 2013, [online], s. 17).

Sociální práce se schizofrenním klientem, komunitní péče.

Práce se schizofrenními klienty je složitá, jsou kladeny velké nároky na komunikaci, přístup a především na kvalitu vztahu. Pro tuto práci je důležitá orientace v základní psychopatologii duševní nemoci a tyto znalosti zařadit do praxe. Ke klientovi se chováme vždy přirozeně, s respektem a zájmem. S klientem navážeme vztah plný důvěry a tolerance. Dbáme však na možnost halucinací ze strany klienta, může tak docházet k vzájemnému nepochopení mezi klientem a sociálním pracovníkem. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 126-135)

4.6 Centrum duševního zdraví

V rámci reformy psychiatrické péče začínají v České republice vznikat Centra duševního zdraví. Prvních pět takových Center duševního zdraví již fungují. Jsou vybudována v těchto městech: Přerově, Havlíčkově Brodu, Brně, Praze 9 – Prosek, v Praze-Strašnicích. Další výzva MZ má připraveny finanční prostředky pro zřízení dalších 16 CDZ. Ty by měly síť center v ČR žádoucím způsobem doplnit. Cílem plánu reformy psychiatrické péče je zajištění optimální dostupnosti péče duševně nemocným. V následujících letech má dojít k vytvoření sítě až 100 CDZ rovnoměrně rozmístěných po celé České republice. Jedno z těchto nově vznikajících CDZ začne fungovat v roce 2019 i v Opavě. Vysvětleme si, co vlastně CDZ je, komu je určeno a jakým způsobem vlastně funguje.

Centra duševního zdraví



Obrázek č. 1 – Centra duševního zdraví v ČR.

Charakteristika centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví (dále jen CDZ) jsou novým nízkoprahovým pilířem při poskytování zdravotně-sociálních služeb. Poskytováním takovýchto sociálních služeb dochází k rozšíření systému péče v ČR a přiblížení k duševně nemocným klientům. Vážně duševně nemocným je poskytována individualizovaná péče – Severe Mental Illness (SMI). Dochází tak

ke koordinaci dostupné péče upřednostňující potřeby klientů v jejich přirozeném prostředí. CDZ jsou pomyslným mezičlánkem mezi psychiatrickou ambulantní péčí a lůžkovou, akutní a specializovanou péčí. Funkce CDZ je preventivní, především je prevencí před hospitalizací, zkracování doby hospitalizace a pomoc dlouhodobě hospitalizovaným k začlenění se do běžné komunity.

CDZ zajišťuje propojení ambulantní a lůžkové péče ve své spádové oblasti. Multidisciplinární tým CDZ poskytuje flexibilní, individualizovanou službu šitou na míru potřebným klientům určité spádové oblasti, bez čekání. (Strossová, Kurtinová, 2016)

Hlavním cílem je společenská integrace, klinické a sociální zotavení. Dle Anthonyho je Recovery (zotavení): *„Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“* (Anthony, 1993, [online])

Hlavní principy uzdravení:

- Práce s nadějí
- Rozvoj silných stránek
- Holistický přístup
- Zplnomocňování
- Respekt
- Individualizovaný přístup

CDZ je propojený soubor klinicko-psychologických, lékařských, sociálních služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi v oblasti (60 – 140 000 obyvatel) klientům s vážným duševním onemocněním.

Cílová skupina CDZ

- Klienti se závažným duševním onemocněním (SMI – Serious/severe Mental Illness, či osoby ohrožené SMI).
- Osoby s potřebou včasné intervence, osoby s rizikem rozvoje SMI. Včasná diagnostika onemocnění, vhodnost rychlé léčby.
- Lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi, nevyžadující hospitalizaci.

Hlavním cílem CDZ je krátkodobá intervence a předání do další péče, zároveň jde o podporu a udržení dobrého duševního stavu u těch, kteří opustili hospitalizační péči. (Strossová, Kurtinová, 2016)

Základní principy péče poskytované v CDZ

- Prioritní skupina klientů
- Asertivita
- Regionalita
- Spolupráce s dalšími specifickými službami
- Využívání všech zdrojů komunity
- Spolupráce s návaznými službami
- Multidisciplinarita
- Případová vedení
- Zapojení a podpora „peer“ pracovníků
- Práce s rodinou
- Ohled na etiku a lidská práva

Složení týmu CDZ

- Psychiatr
- Všeobecná sestra/sestra pro péči v psychiatrii
- Sociální pracovník/pracovník v sociálních službách
- Klinický psycholog
- Peer konzultant

Peer konzultant

Je osoba, která má vlastní zkušenosti s duševním onemocněním. Klient se zkušeností pobytu, léčbou, psychiatrickými službami. Peer konzultant tak může lépe pochopit pocity, potřeby, potíže klientů s duševním onemocněním. Cesta vlastního zotavení je zkušenost, kterou nelze získat žádným tréninkem. Podpora peer konzultantů účastnících se vlastního procesu údravy je potřebná pro předávání zkušeností, využití vhodné komunikace s duševně nemocnými klienty. Současně je třeba si uvědomovat, že osobní zkušenost je nepřenosná, může posílit empatii a vzhled do situace, ale nelze očekávat, že konzultantovy zkušenosti budou aplikovatelné u každého se stejným či obdobným onemocněním. (Strossová, Kurtinová, 2016)

Dovednosti členů týmů

Členové týmu musí mít znalosti o příčinách, průběhu a léčbě duševního onemocnění, základní znalost farmakologických, psychologických, sociálních léčebných metod, porozumění pocitů klientů a vnímání klientů okolním světem. Nenálepkující, neodsuzující postoj ke klientům. Velmi dobré komunikační dovednosti s klientem, členy týmů, dalšími subjekty a partnery. Další schopností je monitorování, pozorování klienta pro případné zapojení další osoby. Rozvíjet u klienta vlastní názory, podporovat individualitu klienta. Poskytnout podporu a pomoc v oblastech bydlení, sociální podpory, zaměstnanosti. Dokumentace by měla být přístupná klientům, měla by být vedena tak, aby v ní byly všechny potřebné informace. Zvládnout krizovou situaci a vhodně vyhodnotit vzniklou situaci s využitím následné pomoci. Jakákoliv pomoc musí být v souladu s lidskými právy a ohledem na etiku. (Strossová, Kurtinová, 2016)

Služby poskytované Centrem duševního zdraví (CDZ)

- **Mobilní služby** – služby jsou poskytovány mobilním multidisciplinárním týmem v přirozeném prostředí. Je to dlouhodobá péče psychiatrické a sociální rehabilitace, může jít o poskytování krizové intervence v domácnosti klienta, včasná intervence u nedagnostikovaných, neléčených pacientů. Ve spolupráci s ambulantními psychiatry je i péče o klienty SMI s ambulantní ochrannou léčbou. Cílem mobilních služeb je péče v přirozeném prostředí a předcházení hospitalizace.

- **Denní služby** – CDZ provozuje denní aktivity pro klienty SMI. Aktivity jsou orientované na podporu klientů a sociální rehabilitaci. Dostupnost denní služby je nejméně 10 hodin denně. Jsou zde strukturované aktivity a prostor pro trávení volného času. CDZ zajišťuje, realizuje služby denního stacionáře s psychoterapeutickým programem.
- **Krizové služby** – Cílem je podpora zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizaci. Poskytování intervencí je v přirozeném prostředí nebo v místě CDZ. Časová dostupnost je telefonicky - 24/7, ambulantně – od 8 do 20 hodin, příjem na odlehčovací lůžka – od 8 do 20 hodin, po zvládnutí akutního stavu v nočních hodinách od 20 do 8 hodin.

Mezi další služby poskytované v CDZ patří:

- Psychiatrické služby
- Služby klinického psychologa
- Psychoterapeutické služby
- Podpora svépomocných činností

Centrum duševního zdraví s nepřetržitou krizovou službou (CDZ-K)

Poskytuje služby shodně s CDZ, nepřetržité krizové služby. Cílem je nízkoprahová pomoc osobám nacházejícím se v psychické krizi ohrožující samotného klienta nebo jeho okolí. Tento typ služeb se zřizuje v regionech s 200 – 500 tisíci obyvateli. Časová dostupnost krizových služeb CDZ s nepřetržitou krizovou službou je nepřetržitá (24/7). V rámci CDZ jsou poskytovány další služby, psychiatrické a klinicko-psychologické ambulance. (Strossová, Kurtinová, 2016)

Personální kritéria

CDZ je technicky a personálně vybavené zdravotně sociální zařízení. Zajišťuje služby klientům cílové skupiny SMI, spádový region 60 – 140 000 obyvatel, dle prevalence odpovídá 120 – 280 registrovaných klientů. Personální složení týmu je dáno počtem klientů, kterým poskytuje služby. Velikost regionu, počet klientů je omezena v dolní i horní hranici pro zajištění efektivního fungování CDZ. Jeden terénní pracovník má maximálně 20 registrovaných klientů.

Materiálně technická kritéria

Prostorové vybavení

Krizové služby – ambulantní část, příjem. Lůžková část, minimálně dva pokoje vybavené maximálně dvěma lůžky. Denní místnost, možnost společného sdílení, centrum denních aktivit.

Terénní služby – kancelář, konzultační místnost.

Denní stacionář, centrum denních aktivit – místnost pro skupinovou psychoterapii, denní místnost.

Ordinace psychiatra

Ordinace psychologa, psychoterapeuta

Místnost pro schůzky týmu

Další prostory a zázemí (dle vyhlášky č. 92/2012)

- Pro klienty – koupelna, WC, čekárna
- Pro personál – koupelna, WC, sklad
- Kancelář managementu
- Úklidová místnost

Organizační kritéria

Centrum duševního zdraví poskytuje nejen zdravotní služby, ale i sociální služby dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. CDZ musí mít oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona 372/2011 Sb. O zdravotních službách. CDZ poskytuje zdravotní péči, dle časové naléhavosti – akutní nebo plánované. Podle účelu poskytnutí - preventivní, léčebná, diagnostická, posudková, ošetrovatelská, léčebně rehabilitační. Formy zdravotní péče v CDZ jsou – ambulantní, péče ve vlastním sociálním prostředí klienta, lůžková péče. CDZ má platný organizační řád, má definovaná, veřejně dostupná písemná pravidla. Management zodpovídá za plánování, vyhodnocování poskytovaných služeb, kontrolují kvalitu v souladu s cíli a posláním CDZ. (Strossová, Kurtinová, 2016)

5 Metodologie výzkumu

V teoretické části diplomové práce jsem se zaměřila na schizofrenii, snažila jsem se co nejlépe popsat, vysvětlit základní odbornou terminologii. Popsat pomoc lidem se schizofrenií, život a volný čas těchto klientů. Empirická část na druhou stranu proniká do praktické roviny, do větší hloubky, zkoumá skutečný život a reálné projevy nemoci na člověka v běžném životě.

5.1 Kvantitativní výzkum

Definice kvalitativního přístupu

„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“

(Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 17)

Při kvalitativním výzkumu, dle odborníků nelze dosáhnout výsledků pomocí statistických metod. Je výzkumem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky, psychologického zkoumání a má reflexivní povahu. (Miovský 2006, s. 18).

Výhody kvalitativního výzkumu

- získává podrobný popis a vzhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu
- zkoumá fenomén v přirozeném prostředí
- umožňuje studovat procesy
- umožňuje navrhovat teorie
- dobře reaguje na místní situace a podmínky
- hledá lokální příčinné souvislosti“ (Hendl 2008, s. 50).

Nevýhody kvalitativního výzkumu:

- získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí
- je obtížnější testovat hypotézy a teorie
- analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy

Výsledky jsou snadno ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi“

(Hendl 2008, s. 50).

Případová studie – case study.

V případové studii jde o detailní studium jednoho, popřípadě více případů. Na rozdíl od statistického šetření shromažďujeme relativně omezené množství dat jak od mnoha případů/jednotlivců, tak v případové studii sbíráme velké množství dat od několika málo jedinců nebo od jednotlivce. Případová studie se zabývá složitostí případu, popis jednotlivých vztahů a jeho celistvost, připomínající mikroskop, u něhož velmi záleží na zaostření, předpokládá se důkladné prozkoumání jednotlivých případů. Konečný výsledek případové studie je vřazení do širších souvislostí. Často dochází ke srovnávání s jinými případy.

Případové studie byly zejména využívány při práci s nejrůznějšími klienty. Výsledky bádání sloužily především při léčbě (medicína, psychologie aj.), byly prováděny na zakázku. Na počátku 20. století případová studie přinášela užitek nejen výzkumným objektům, ale i jednotlivým disciplínám. Sociologové Chicagské školy se zabývali otázkami imigrace a nezaměstnanosti, výzkumy byly založené na porozumění jednotlivých případů. S. Freud je proslulý studii o nevědomé části lidské psychiky. V pozdější době byla v sociálních vědách v popředí kvantitativní šetření, případová studie byla v úpadku. (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 97).

Rozmachem kvalitativního přístupu ve společenských vědách nastala renesance případové studie. Důležitou formou bádání se tak stala případová studie, především v etnografickém, sociologickém a psychologickém výzkumu.

Typy případových studií podle sledovaného případu:

1. Osobní případová studie
2. Studie komunity.
3. Studium sociálních skupin
4. Studium organizací a institucí
5. Zkoumání programů, událostí a vztahů

(Hendl, 2008, s. 103)

Případovou studii lze také definovat jako úsilí o porozumění sociálnímu objektu v jedinečnosti a komplexnosti. Sociální objekt je systém s určitými sociálními hranicemi. Případová studie vypráví historii tohoto systému. (Stake, 1995).

Případová studie je detailně propracovaný příběh jednotlivého klienta. Ve výzkumné části byly použity tyto techniky sociologického a sociálně psychologického výzkumu a zjišťování empirických dat pro využití v případové studii.

5.2 Pozorování

Pozorování je velmi starou výzkumnou metodou, nejen v sociologii a psychologii, ale zejména v přírodních vědách. Vědecké pozorování se podstatně liší od přirozeného, běžného sledování světa kolem sebe. Vědecké pozorování je prováděno za určitých podmínek, systematicky, co nejobjektivněji a je co nejpřesnějším způsobem zaznamenáváno. Zde je počítáno s tím, že pozorovatel už vlastním pozorováním ovlivní chování lidí, které pozoruje. Pozorování má preferenci před všemi ostatními technikami empirického výzkumu.

Podle toho, zda je pozorovatel přítomen pozorování se dělí:

- Zúčastněné
- Nezúčastněné
- Skryté
- Zjevné pozorování

Dále se dělí podle záznamu pozorování:

- Osobní pozorování
- Pozorování zaznamenané pomocí záznamové techniky

V sociologických a sociálně psychologických výzkumech se pozorování často kombinuje s dotazováním. (Surynek, 2001, s. 122-126).

Dle dělení pozorování výše se podrobněji seznámíme se zúčastněným pozorováním z důvodu využití této metody v případové studii.

Zúčastněné pozorování

Je formou pozorování, kdy se pozorovatel pohybuje přímo v prostoru, kde se přímo vyskytují jevy, které pozoruje. Stává se tak aktérem, součástí pozorovaných jevů. V průběhu tak dochází mezi oběma aktéry jevů k interakci. Existuje velké množství strategií, od kterých se odvíjí způsob navázání kontaktů a vstup do prostoru. Výhodou zúčastněného pozorování je bezprostřední zkušenost s jevy a situací, kterou pozoruje. Má možnost zapojit se do interakcí mezi účastníky a lépe pochopit a popsat, co, jak a proč dělají. Kombinací strategií a vlastních sociálních dovedností může dosáhnout výzkumník blízkosti s prostředím a aktéry. Získat kvalitní vhled do celé situace. (Miovský, 2006)

5.3 Dotazování

Nástroje opírající se o výpovědi respondentů označujeme jako techniky dotazování.

Individuální osobní rozhovor

Zde jde o interakci mezi tazatelem a dotazovaným. Získávání informací od dotazovaného v podobě vzpomínek, zkušeností, znalostí, očekávání a hodnocení prožitků. Základním pravidlem je dotazovat se na to, co nelze jiným způsobem změřit, spočítat, zjistit. Výhody osobního dotazování jsou získání informací hlubšího a širšího zaměření o kvalitativně různorodých skutečnostech. V osobním dotazování pod vedením tazatele snese respondent větší zátěž. Tuto techniku lze doplnit například o explorační nebo pozorovací techniku. Rozhovor blízký rozmlouvání je pro respondenta zajímavější.

Průběh rozhovoru je možné popsat také v konceptu psychologických polí. Lewinova teorie psychologických polí vysvětluje, jak na sebe působí respondent s tazatelem v průběhu osobního rozhovoru. Vzájemné ovlivňování zapříčiní, že chování účastníků v rozhovoru se postupně vyrovnává. Jeden od druhého přijímá názory, postoje a dochází k vyrovnání psychologických polí. Vedení individuálního rozhovoru má určité taktiky.

Pro výzkumnou část byly použity metody individuálního osobního rozhovoru. Jednotliví klienti vyprávěli své životní příběhy. Na doplnění rozhovoru byly použity otevřené, přímé, meritorní otázky a to v případě, kdy si klient nevěděl rady jak navázat a pokračovat v rozhovoru.

Otevřené otázky – nepředkládají dotazovanému žádnou variantu odpovědi, je jen na respondentovi, jakou zvolí odpověď.

Přímé otázky – formulace otázek je taková, že respondentovi je zřejmý smysl dotazu.

Meritorní otázky – zajišťují potřebné informace vztahující se přímo nebo nepřímo k předmětu zkoumání. (Surynek, 2001, s. 80-99)

Tématické okruhy doplňujících otázek:

Vztahy a bydlení

Zajímala jsem se o oblast vztahů nejen v rodině, ale i o partnerské vztahy. Co pro dotazované klienty znamená vazba na druhé, partnerský, rodinný život. V jaké domácnosti žije a za jakých podmínek.

Sociální služby

Různorodost využití sociálních služeb u jednotlivých respondentů.

Zájmy

Zde jsem se především zaměřila na trávení volného času dotazovaných respondentů. Zjištění zájmů, koníčků, co přináší respondentům naplnění, radost, s kým nejraději tráví volný čas.

Práce

Zjištění kde pracovali, které zaměstnání jim vyhovovalo nejvíce, jakou vidí budoucnost v oblasti pracovního zařazení.

Schizofrenie

Zde jsem se ptala na výskyt schizofrenie u respondenta. Kdy byly první příznaky a podmínky vzniku schizofrenie, průběh nemoci, léčba, současný stav.

Budoucnost

Představa jak by chtěli jednotliví dotazovaní žít v blízké i daleké budoucnosti, splnění svých přání, snů, plánů. Srovnání současné kvality života se svou představou budoucnosti.

Odpovědi jsou bezprostředně zaznamenány na záznamový list, poté zpracovány do případové studie.

5.4 Cíl výzkumu, výzkumné otázky

Cílem této diplomové práce je seznámení se s příčinami, specifiky a léčbou schizofrenie v kontextu rodinných vztahů, vyhledávanými službami, zaměstnáváním schizofrenních klientů. Zaměřím se také na budoucnost a reintegraci do běžného života. Na základě cíle diplomové práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka:

HVO: Jakým způsobem jsou schizofrenní klienti podporováni při integraci do běžného života?

Z hlavní výzkumné otázky přirozeně vplynuly dílčí výzkumné otázky.

DVO1: Jaký vliv mají na klienta se schizofrenií rodinné a partnerské vztahy?

DVO2: Jaké jsou nejvyhledávanější služby a zájmové aktivity klientů s duševním onemocněním?

DVO3: Mají osoby se schizofrenií zájem uplatnit se na pracovním trhu?

DVO4: Je pracovní zařazení osob se schizofrenií adekvátní k jejich dosaženému vzdělání?

DVO5: Jakým způsobem vidí schizofrenní klienti svou budoucnost?

6 Případová studie

Průběh

Výzkumné šetření probíhalo od září 2018 do března 2019. Šetření umožněno na základě dlouhodobého pozorování a znalostí jednotlivých klientů z odborné praxe s těmito klienty trpící schizofrenií. Osoby účastníci se výzkumného šetření byly seznámeny s účelem tohoto šetření se zaručením anonymity. Respondenti vstoupili do šetření dobrovolně, se zaujetím odpovídali na kladené otázky, často obohatili rozhovor svými zážitky, životní zkušeností. Rozhovory probíhaly po celou dobu výzkumného šetření, byly zapisovány poznámky poté zpracovány.

Respondenti

Případová studie se zabývá zkoumáním klientů trpících schizofrenií. Jsou popisovány rozdílné příběhy mužů a žen věkové kategorie 20-55 let z regionu Opavska. U jednotlivých popisovaných klientů má nemoc jiný nástup a průběh. Klient je individualita, tudíž u každého klienta je rozdílný přístup k nemoci, životu a začlenění do běžného, rodinného, partnerského a pracovního života. Klienti využívali, popřípadě využívají sociální služby regionu Opavska.

Vycházela jsem z pozorování a volného vyprávění respondentů za pomoci občasných doplňujících otázek. Vše písemně zaznamenáno, poté byly vytvořeny jednotlivé případové studie. Otázky byly kladeny klientovi v případě neschopnosti navázat a pokračovat ve volném vyprávění. Typy otázek byly zaměřeny na průběh nemoci, rodinné vztahy, zaměstnání, život s nemocí, začlenění se do společnosti a využití, názor klienta na sociální služby.

Respondent č. 1 - pan Z.

První respondent je muž trpící paranoidní schizofrenií. Pan Z. se narodil v roce 1969, je ženatý, má tři děti, dnes již dospělé. Vzdělání – ukončené výučním listem (obráběč kovu). U pana Z. se střídají období bezpříznaková a s atakami. Byl pětkrát hospitalizován v psychiatrické léčebně. První hospitalizace byla již v jeho 19-ti letech v roce 1988. V současné době je zaměstnán na částečný úvazek ve firmě zabývající se kompletací hraček pro děti. Práce není jen zdrojem financí, ale také začlenění do společnosti a získání pracovních návyků. Pobírá invalidní důchod druhého stupně. Je klientem multidisciplinárního týmu- návštěva pracovníků týmu 1x za 14 dnů. Pomoc, poradenství ve zdravotních a sociálních otázkách.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka-72 let, středoškolské vzdělání s maturitou, v současné době ve starobním důchodu. Medikace na vysoký tlak, silný diabetes (píchaný inzulín 3x denně).

Otec-77let, vyučen, ve starobním důchodu. Léčen na vysoký tlak. Vyléčený alkoholik (3x léčba v protialkoholní léčebně). Vztah k rodině byl vždy velmi nízký, plochá citová vazba, při výchově dětí používáno časté fyzické i psychické týrání.

Bratr-45let, nevyučení, svobodný v současné době nezaměstnaný, v 15 letech hospitalizován v psychiatrické léčebně, z důvodu užívání psychotropních a omamných látek- marihuana, pervitin. Psychické potíže přetrvávají dodnes. Vztah s bratrem velmi špatný.

Sestra-40let, vysokoškolské vzdělání (titul Bc.), obor: Vychovatelství. Vdaná, 2 děti. Zdravá, bez medikace.

Osobní anamnéza

Těhotenství i porod bez potíží. Vývoj pana Z. v normě. Řeč a psychomotorický vývoj bez potíží, navštěvoval běžnou mateřskou školku i základní školu. Pan Z. se vždy cítil méněcenný z důvodu psychického a fyzického násilí ze strany otce závislého na alkoholu. Ve škole neměl výrazné kázeňské přestupky, uznával authority. Po ukončení povinné školní docházky nastoupil studium na střední zemědělské škole ukončené maturitou. Na této škole

taktéž získal řidičský průkaz typu T, B. Po nástupu do prvního zaměstnání- řidiče traktoru nastala změna ve zdravotním stavu. Příčinou této změny bylo vypětí, zodpovědnost v zaměstnání a především špatná rodinná situace z důvodu agresivity otce vůči všem ostatním rodinným příslušníkům. V roce 1988 byla první hospitalizace, diagnostikována paranoidní schizofrenie.

Počátek a průběh nemoci

První příznaky paranoidní schizofrenie byly zjištěny u pana Z. v jeho 19-ti letech v roce 1988. Začal trpět úzkostí, nespavostí, depresemi, byl nespokojen ve svém osobním i pracovním životě. Nespokojenost v osobním životě pramenila ze situace v rodině. Despotický a agresivní otec závislý na alkoholu stále své děti i ženu fyzicky i psychicky týral, ponižování tak bylo na denním pořádku. Pana Z. tato skutečnost velmi trápila. Rodina však neměla snahu hledat východisko z této situace. Celkové vyčerpání pana Z. a společná kombinace faktorů zatěžující psychiku člověka vyústila v hospitalizaci na psychiatrickém oddělení s následným diagnostikováním paranoidní schizofrenie. Léčba probíhala po dobu 3 měsíců. Spočívala v podávání medikamentů a elektrokonvulzivní terapii. Po návratu domů byla nutnost dodržování medikace a klidový režim. Pan Z. byl v pracovní neschopnosti 7 měsíců, uvědomil si, že svou práci řidiče traktoru již nemůže vykonávat, toto povolání je pro pana Z. stresující, zatěžující. Dal výpověď. Začal si hledat jiné zaměstnání, v tomto období se potýkal s velkým zklamáním při hledání zaměstnání.

Docházelo k dalším stresovým situacím, toto období bylo pro pana Z. depresivní. Nemoc se zhoršila a pan Z. byl opět hospitalizován. Délka hospitalizace byla 5 měsíců. Po návratu domů byl panu Z. přiznán invalidní důchod druhého stupně. Což mu zajistilo finanční situaci. V tomto období odchází z domova a začíná bydlet v pronajatém bytě. Našel si zaměstnání v podobě úklidových prací s polovičním úvazkem. Dochází tak ke zlepšení finančního zajištění. Nastává zlepšení zdravotního stavu, postupné snižování medikace až do stavu bez medikace. Zvýšení sebevědomí pana Z. osamostatnil se, svou rodinu navštěvoval jen sporadicky. Do jeho života vstoupila láska, porozumění a uznání v podobě přítelkyně, slečny D. Vztah se rozvíjel ve společném bydlení po dobu 8 měsíců, vše bylo dokonalé, proto přistoupili v roce 1991k uzavření sňatku.

Pro pana Z. nastalo krásné období porozumění a posílení sebevědomí. V roce 1992 se jim narodil první syn, v roce 1994 druhý syn a v roce 1997 třetí dítě – dcera. Jak se rodina

rozzrůstala pan Z. začal pociťovat finanční nedostatek a opět začal o sobě pochybovat, zda dokáže svou rodinu zabezpečit. Došlo ke zhoršení zdravotního stavu, časté výkyvy nálady a deprese doprovázené nespavostí. Pan Z. se velmi touto situací trápil. Pracovní nasazení v úklidové firmě v tomto období bylo také velmi zatěžující. V roce 2002 dochází ke třetí hospitalizaci v trvání 3 měsíců. Po návratu domů byla pro pana Z. největší oporou rodina – žena a tři děti. Podporovali svého manžela a otce. Žena začala pracovat na plný úvazek a pan Z. zatím zůstal doma a pomáhal s výchovou dětí. Měl tak dostatek času i pro svůj odpočinek a návrat zpět do fyzické a duševní kondice. Náhodně si přivydělával brigádně roznáškou tiskovin.

V roce 2009 dochází k rodinné tragédii, nejstarší syn měl autonehodu. Pan Z. je opět v psychické zátěži, kterou nezvládne a opět se ocitá v psychiatrické léčebně. Jakákoliv změna , zátěžová situace působí na klienta negativně. Zdravotní stav syna se poměrně rychle zlepšuje a tak dochází k pozitivní změně zdravotního stavu i u pana Z. Léčba trvala 4 měsíce, po návratu domů byla opět rodina na blízku a podpořila klienta. Pan Z. začal navštěvovat sociální služby- sociální rehabilitaci a následnou péči v neziskové organizaci v blízkosti svého bydliště. V sociální rehabilitaci dochází k procvičování kognitivních dovedností, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a nácviku dovedností. Také zde poskytují sociální pracovníce poradenství v sociálních a pracovních otázkách. Ve službě následné péče navštěvoval vaření a výuku anglického jazyka. Zařazení do sociálních služeb je pro klienta velmi důležité. Klienti se schizofrenií po hospitalizaci potřebují vyplnit volný čas, musí mít pocit potřebnosti a podpory okolí. Pan Z. si našel i kamarády se stejnou diagnózou, a získal tak informace o jiných životních osudech. Zjistil, že v tom není sám, že jsou i jiní lidé s tímto onemocněním, záleží však na tom jak se s tím každý jednatel vypořádá. Začalo tak další z hezkých období v životní etapě pana Z. Zdravotní stav se stabilizoval pomocí medikace. Pan Z. dostal chuť do života. Začal mít opět zájem o dění kolem sebe. Napsal si životopis a rozeslal na inzeráty volných pracovních míst. Dlouhou dobu se mu nedařilo, chodily negativní odpovědi. Po 3 měsících usilovného hledání a odepisování na inzeráty přišla kladná odpověď z dílny na kompletaci dětských hraček. Pan Z. se vydal do této firmy na pohovor, tento pohovor dopadl velmi dobře, tak nic nebránilo panu Z. nastoupit do zaměstnání. Tato práce je na zkrácený úvazek, pan Z. je příjemcem 2. stupně invalidity, jak již bylo zmiňováno výše. Práce odpovídá zdravotnímu, fyzickému i psychickému stavu klienta. Pan Z. rád docházel do zaměstnání, našel si zde i nové přátele. Vše vypadalo dobře, avšak na jaře roku 2012 se zhoršil u pana Z. zdravotní stav. Zhoršení vyvolaly časté konflikty

s otcem a bratrem. Pan Z. nedokázal takto vypjatou emoční situaci zvládnout sám. Potřeboval odbornou pomoc. Tato pomoc přišla ve formě další hospitalizace v trvání 3 měsíců. Po ukončení hospitalizace byla navržena medikace- depotní injekce. Pan Z. pravidelně docházel na aplikaci injekcí 1x za měsíc. V této době mu byla největší oporou manželka a děti. Po zlepšení zdravotního stavu začal opět docházet do dílny na kompletaci dětských hraček. Začal sportovat, zpočátku si zlepšoval kondici běháním, později si koupil jízdní kolo a začal provozovat rekreační cyklistiku s nejstarším synem.

Současný stav

V současné době p. Z pracuje v dílně na kompletaci dětských hraček. Žije se svou ženou v bytě, mají 3 dospělé děti. S rodiči a bratrem neudrží kontakt. Pan Z. navštěvuje sociální služby - sociální rehabilitaci a následnou péči v neziskové organizaci v blízkosti svého bydliště. V sociální rehabilitaci dochází k procvičování kognitivních dovedností, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a nácviku dovedností. Pan Z. by chtěl cestovat, navštívit především exotické země. Také využívá poradenství sociální pracovníce v sociálních a pracovních otázkách. Je klientem multidisciplinárního týmu. Návštěvy probíhají 1x za 14 dnů.

Medikace-depotní injekce.

Respondent č. 2 - pan J.

Druhý respondent je také muž, trpící schizofrenií- maniodepresivní psychóza (tj. bipolární porucha). Pan J. se narodil v roce 1974, je svobodný, bezdětný. Má tři sourozence. Pan J. prožívá období klidu, které střídají ataky. Do současné doby 6x hospitalizace v Psychiatrické nemocnici. Začátek nemoci v 17 letech. Pan J. nepracuje, pobírá invalidní důchod 3. stupně. Navštěvuje sociální služby následné péče, nácvik vaření a práce na počítači, poradenství a v sociální rehabilitaci - nácvik pracovních dovedností. Bydlí sám v pronajatém bytě, má přítelkyni na občasně návštěvy a trávení volného času. S rodinou – sourozenci udržuje kontakt.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka- Základní vzdělání, dnes již nežije, zemřela v 65 letech na rakovinu.

Otec- vyučen v oboru obráběč kovů, zemřel ve věku 73 let na infarkt. Léčen na vysoký tlak a diabetes (píchaný inzulín).

1. Bratr - 44 let, dvojče pana J., žije v domě s pečovatelskou službou. Několikrát hospitalizován na psychiatrii. Následná léčba závislosti na alkoholu a lécích, diagnostikována porucha osobnosti. Velmi vysoká citová vazba s bratrem.

2. Bratr - 40 let, je ženatý, 3 děti, vysokoškolské vzdělání (titul Ing.). Zaměstnán v automobilovém průmyslu. Zdráv – bez medikace.

Sestra - 38let, vysokoškolské vzdělání (titul Bc.), vdaná, 2 děti. Zaměstnaná jako asistentka ředitele ve strojírenské firmě. Zdravá, bez medikace.

Osobní anamnéza

Těhotenství probíhalo bez potíží, porod byl komplikovaný z důvodu porodu dvojčat v 32 týdnu těhotenství. Chlapci byli nedonošení s nízkou porodní váhou, následovala hospitalizace v kojeneckém ústavu. Péče trvala 2 měsíce. Vývoj byl opožděný, především v kognitivních dovednostech. Pan J. měl problémy s řečí, navštěvoval logopedickou poradnu. Motorický vývoj nebyl taktéž v normě, pro nápravu byla použita Vojtova metoda. Mateřskou školu nenavštěvoval, matka nepracovala, starala se o domácnost. Pan J. tak byl v její péči. Na

základní školu nastoupil s ročním odkladem. Začátky ve škole byly pro pana J. velmi těžké, děti ho nepřijaly do kolektivu pro jeho snížené pohybové schopnosti. Časem došlo ke zlepšení pomocí rehabilitace a dnes je pan J. pohybově bez potíží. Po ukončení ZDŠ nastoupil pan J. na SŠ ukončenou maturitou, nedokončena z důvodu nemoci a přestup na SŠ s výučním listem. V roce 1991 diagnostikována schizofrenie-rozpolcení osobnosti. Pracoval v automobilovém průmyslu, textilním a papírenském průmyslu. Je nábožensky založený. Medikace-1x měsíčně depotní injekce, má diagnostikováno astma bronchiale. Bydlí sám v pronajatém bytě. Nyní nepracuje, pobírá invalidní důchod 3. Stupně. Vztah se sourozenci dobrý.

Počátek a průběh nemoci

Počátek nemoci byl diagnostikován v roce 1991 v 17 letech pana J. Hospitalizace ¾ roku. V té době pan J. bydlel s rodiči v rodinném domku. První příčiny hospitalizace byly časté útoky z domova, postupně pan J. měl velké problémy s hodnotou peněz - např. měnil svetr za limonádu aj. nepřiměřené hodnotové směny. Postupné stupňování příznaků onemocnění přecházelo v halucinace s bludy v podobě duchů, nepřiměřené reakce v podobě přeinstalování černobílé televize na barevnou televizi. V té době navštěvoval SŠ, studoval maturitní obor mechanik elektronik. Studium bylo velmi podprůměrné z důvodů časté absence zapříčiněné častými útoky z domova. Hospitalizace byla dlouhodobá. Byla nasazena medikace, která stále nezabírala, proto došlo k aplikaci spánkové léčby pro urychlení léčby.

Po ukončení hospitalizace pan J. přestoupil na SŠ obor mechanik elektrického zařízení ukončený výučním listem. Pro pana J. byl přestup velmi přínosný, byly na něho kladeny nižší nároky a byl tak méně zatěžován. Pan J. bojoval, přes všechny své potíže, ukončil studium složením zkoušek a získáním výučního listu. Nastalo období, ve kterém byl u pana J. stabilizován zdravotní stav a medikace byla dostačující pro udržení zdravotní a psychické pohody pana J. Pan J. nastoupil do svého prvního zaměstnání jako dělník pásové výroby v automobilovém závodě. Práce byla náročná, především po fyzické stránce. Klient nebyl schopen přizpůsobit se pracovnímu nasazení pásové výroby. Byl nešťastný, unavený v noci často nespál. Tíživá situace a vypětí způsobilo postupné zhoršení zdravotního stavu. Pan J. byl přeložen na méně náročnou práci na oddělení expedice, kde pracoval na pozici baliče náhradních dílů a následné expedici. Tato práce plně klientovi vyhovovala.

Pan J. je věřící. V roce 1993 začíná pan J. velmi intenzivně prožívat svou víru a křesťanské přesvědčení. Je zfanatizován, věří v konec světa v roce 2000 a hledá zlo na světě

i v běžném životě, má halucinace s bludy. Bydlí s rodiči. Rodiče mají o syna strach, proto nechají pana J. hospitalizovat. V tomto roce je hospitalizován v krátkém čase 2x. Medikace nezabírala, pro urychlení léčby naordinována opět spánková léčba - elektrošoky.

Po hospitalizaci návrat domů k rodičům. Změnil zaměstnání, začal pracovat v textilním průmyslu v učňovském středisku jako seřizovač. Práce byla klidnější, méně fyzicky náročná. I přesto došlo k další hospitalizaci v trvání 3 měsíců. Po návratu z léčby byl p. J. přeřazen na skladníka, kde připravoval materiál a expedoval hotové textilní výrobky. Bydlel stále doma s rodiči. V té době však onemocněla maminka, její léčba byla dlouhá, po půl roce maminka umírá. Pan J. musel být silný, zůstal mu přece ještě tatínek, který potřeboval jeho pomoc.

Dva roky se snažil vést domácnost, péči o tatínka a údržbu domu. Situace však byla neúnosná a museli se přestěhovat do Domu s pečovatelskou službou. Pan J. z časových důvodů, především z důvodu vzdálenosti stávajícího zaměstnání nezvládal péči o tatínka a proto se rozhodl změnit zaměstnání. Začal pracovat v místě bydliště na pracovní pozici pomocný skladník – manipulant. Pan J. tak byl na blízku svému otci, který s přibývajícím věkem a zhoršujícím zdravotním stavem potřebovat stále více péče a pomoci. S péčí začali pomáhat i ostatní sourozenci, s nimiž má velmi dobrý vztah. Podpora rodiny byla v tomto období důležitá. Sourozenci pečovali společně o tatínka do poslední chvíle. Po úmrtí tatínka u pana J. dochází ke zhoršení stavu a ocitá se v psychiatrické léčebně. Pobyt byl dlouhodobějšího charakteru – 6 měsíců. Důvodem této hospitalizace bylo jednoznačně psychické a fyzické vyčerpání při péči o umírajícího tatínka. Při léčbě panu J. nejvíce pomohla komunitní sezení, kde zjistil i osudy jiných klientů, zhodnotil, že na tom není tak špatně. Nasazena léčba depotními injekcemi 1x v měsíci.

Ještě v léčebně byl panu J. za pomoci sociální pracovnice podán návrh na invalidní důchod 2. stupně, byl mu přiznán. Pan J. se vrací domů do domu s pečovatelskou službou, ale nechce zde již bydlet, proto si dává žádost do Chráněného bydlení. Zde získává první zkušenosti se sociálními službami. Dochází do Charity, kde se zdokonaluje ve vaření, navštěvuje kavárničku provozovanou v rámci sociální služby, V „Setkávárně“ se seznamuje s lidmi trpícími schizofrenií. Navazuje tak nová přátelství. Dovídá se také informace o jiných sociálních službách v okolí jeho bydliště. Zajímá se o další sociální služby nabízené jinými organizacemi. Navštěvuje služby následné péče-výuku počítačů, vaření a sociální rehabilitaci. Zdokonalil se v komunikačních dovednostech, sebeobsluže a osamostatnil se. V sociální

rehabilitaci navštěvoval nácvik pracovních dovedností a byl doporučen na práci v podporovaném zaměstnávání, pan J. práci přijal. Zde pracoval 1 rok. Po roce mu byl odebrán invalidní důchod, pan J. tuto stresovou situaci nezvládl a došlo opět k hospitalizaci. V době léčby byl podán návrh na přezkoumání odebrání invalidního důchodu. Vše bylo prošetřeno, byly dány nové zdravotní posudky a panu J. byl přiznán invalidní důchod 3. stupně. Došlo k navýšení finančního rozpočtu pana J. Za pomoci sociální pracovnice si našel pronájem bytu. Do sociálních služeb dochází pravidelně, vhodné využití volného času. Využívá poradenství sociálních pracovnic. Je klientem MDT – kontrola 1x týdně.

Současný stav

V současné době žije pan J. v pronajatém bytě. Nepracuje, pobírá invalidní důchod 3. stupně, sociální dávky na bydlení. Pan J. pro správné využití volného času navštěvuje sociální služby následné péče- výuka počítače, vaření, sociální rehabilitaci v neziskové organizaci. Nacvičuje komunikační dovednosti, procvičuje kognitivní dovednosti a zapojuje se do relaxačního cvičení a muzikoterapie. Vztah s rodinou, bratry a sestrou je velmi dobrý. Pan J. plánuje v brzké době stěhování k bratrovi (dvojčeti), kterému je diagnostikována závislost na farmaceutických výrobcích a alkoholu. Má s bratrem citovou vazbu, cítí potřebu mu pomoci, být mu na blízku. Nedomyšlí však následky, že sám není v psychické pohodě a potřebuje klid a život bez stresujících, zátěžových situací. Sociální pracovnice s panem J. vše probírají. Pan J. chce odejít bydlet k bratrovi, pomoci mu řešit jeho nemoc a sociální, finanční situaci.

Je klientem MDT – návštěvy probíhají 1x týdně.

Medikace- 1x měsíčně depotní injekce.

Respondent č. 3 - paní V.

Třetí respondent je žena, klientka diagnostikována schizofrenií. Paní V. se narodila v roce 1969, je svobodná, bezdětná. Má mladšího bratra. S bratrem má dobrý vztah, bratr je jí oporou v období atak. Paní V. byla celkem 4x hospitalizována. U paní V. se nemoc poprvé projevila při studiu na Vysoké škole. Nepracuje, pobírá invalidní důchod 3. stupně. Bydlí s rodiči v rodinném domě na vesnici. Navštěvuje služby následné péče, nácvik vaření, výuku anglického jazyka a sociální rehabilitaci v neziskových organizacích v okolí svého bydliště. Paní V. je uzavřená, z tohoto důvodu nemá přátele, je věřící. Citová vazba na rodiče a bratra. Má ráda četbu, knihy, sama píše básně. Pečuje o svého psa zlatého retrívra-časté vycházky do přírody.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka- 73 let, středoškolské vzdělání – ekonomická škola. Dnes již na starobním důchodě. Prodělala úspěšnou léčbu karcinomu prsu. Nyní se léčí s astmatem a vysokým krevním tlakem.

Otec - 75 let, středoškolské vzdělání – zemědělská škola. V současné době na starobním důchodě, občasná výpomoc v JZD. Zdráv, bez medikace.

Bratr- 42let, Vysokoškolské vzdělání (Ing. – chemie), zaměstnán v laboratoři. Ženatý, 2 děti, Medikace na astma a vysoký krevní tlak. S paní V. citová vazba.

Osobní anamnéza

Průběh těhotenství a porod v normálu. Paní V. se narodila jako donošené dítě. Vývoj bez potíží. Paní V. byla ve vývoji na svůj věk vždy popředu. Její mentální a fyzické schopnosti vždy převyšovaly ostatní děti stejného věku. Řeč v normě. Navštěvovala církevní Mateřskou i základní školu. Na paní V. byly vždy kladeny vysoké nároky ve vzdělávání ze strany matky. Po ukončení devítileté docházky začala paní V. studovat na gymnáziu. Studium bylo úspěšné, po ukončení maturitou nastoupila na Vysokou školu, obor aplikovaná chemie. V průběhu studia začaly první příznaky nemoci, příčinou byly vysoké nároky při studiu a celkové vypětí. Paní V. i přes tyto zdravotní potíže dokončila studium titulem Ing. Po ukončení studia první hospitalizace s diagnostikovanou schizofrenií.

Počátek a průběh nemoci

Při první hospitalizaci počátkem roku 1993 v psychiatrické nemocnici byla diagnostikována schizofrenie. Důvody a první příznaky byly již z doby studia. Časté psychické a fyzické vypětí, následná nespavost, později bludy a hlasy. Paní V. byla odvezena k léčbě na přání své matky, která se o dceru a její zdravotní stav obávala. Hospitalizace trvala 3. měsíce, paní V. byla nasazena medikace a předána do péče ambulantního psychiatra. Rekonvalescence probíhala doma u rodičů.

Po ukončení léčby nastoupila paní V. do laboratoře v nedaleké nemocnici. Práce byla zajímavá, avšak po 2 letech dochází ke zhoršení zdravotního stavu a druhé hospitalizaci. Paní V. byla velmi zodpovědná ve své profesi. Vše muselo být precizně vypracováno, pečlivost pramenící z matčiny touhy mít dokonalé dítě. Docházelo k nespavosti, plnění úkolů i v nočních hodinách. Na doporučení svého psychiatra nastoupila hospitalizaci. Léčba byla medikací, ta však nezabírala, proto aplikovaná spánková léčba (elektrošoky). Pobyt v léčebně trval 4. měsíce. Po návratu zpět domů paní V. ukončila pracovní poměr v laboratoři a nastoupila brigádně v místní knihovně. Práce pomocné knihovnice ji velmi zaujala, jelikož má ráda knihy. Ve volném čase čte romány, poezii, kriminální povídky. Sama je také autorkou několika básní. Četba je pro paní V. vlastně terapie - biblioterapie. Práce se tak stala paní V. koníčkem. Vedení knihovny bylo s pracovním nasazením paní V. spokojené a proto ji přijali na poloviční úvazek.

Nastalo klidové období v životě paní V., má vyhovující práci a rodinu, která ji podporuje. Přichází však rána v podobě nemoci milované maminky. Byla jí diagnostikována rakovina prsu. Paní V. se nemohla s touto skutečností vyrovnat. Tato stresující situace vyvolala další ataku v podobě halucinací a bludů. Pod vlivem halucinací a bludů došlo k pokusu o sebevraždu. Byla zima a paní V. se rozhodla, že již nechce žít. Nahá v třeskutém mrazu si lehla na zamrzlý rybník, pod vidinou ukončení svého trápení. Kolemjdoucí ji však našli včas a zachránili ji. Byla převezena k další hospitalizaci, trvající 3. měsíce. Po ukončení hospitalizace byl klientce přiznán invalidní důchod 3. stupně.

Po čase se zlepšil i zdravotní stav maminky, což byla pro paní V. velmi pozitivní zpráva. Kontrola po chemoterapiích byla negativní. Paní V. se zaměřila na péči o maminku. Přestala pracovat v knihovně. Zůstala doma a převzala péči o domácnost za maminku, začala více navštěvovat rodinu svého bratra. Po čase se však začala doma nudit, proto si domluvila

doučovací hodiny anglického jazyka pro děti v místě bydliště. Pořídila si psa zlatého retrívra, přihlásila se do kynologického klubu a začala s výcvikem svého mazlíčka. Při výcvikových lekcích se seznámila s panem J., který má také schizofrenii. Vzniklo tak kamarádství. Pan J. docházel do sociální služby v neziskové organizaci v nedalekém městě. Na jeho doporučení navštívila paní V. také sociální služby. Ze začátku jen potřebovala poradit s žádostí o příspěvek na péči pro maminku. Postupem času získala důvěru v sociální pracovníky a začala docházet i do aktivit v této službě. Návštěvy byly ze začátku 1x v měsíci, časem narůstala intenzita návštěvnosti služeb.

Paní V. však stále nebyla spokojená se svým stylem života, byla vychovávána být nejlepší. Mít na sebe vysoké nároky. Cítila se méněcenná, bez práce, nevyužitá. Začala si hledat zaměstnání, intenzivně prohledávala na internetových portálech nabídky pracovních míst. Odepisovala na inzeráty, účastnila se konkurzů. Neúspěšně, začala se opět propadat do depresí. Problém marnosti ji tížil, začala trpět nespavostí, slyšela šeptající hlasy, jak je neschopná. Z těchto důvodů došlo u paní V. k dalšímu sebevražednému pokusu – spolykala tabletky a zapila je alkoholem. Rodiče ji však našli v pokoji a nechali hospitalizovat. Léčba probíhala 5. měsíců, navštěvovala komunitní terapie, muzikoterapie, terapeutickou dílnu.

Paní V. si uvědomila, že život má i jiné hodnoty než dokazování své dokonalosti. Vše přehodnotila a začala na svět pohlížet z jiného úhlu. Uvědomila si, že má jisté zdravotní omezení a ne každé zaměstnání jí může vyhovovat. Začala se tak více věnovat své rodině, bratrovi, jeho dětem a psovi. Svou touhu být potřebná uplatnila v dobrovolnictví a pomoci potřebným lidem. Začala přispívat měsíčně na nadaci Kapka naděje, pomáhat s Tříkrálovou sbírkou, stala se koordinátorkou potravinové sbírky.

Současná situace

Paní V. žije s rodiči v rodinném domku, bratr navštěvuje rodinu o víkendu. Vztahy v rodině jsou dobré. Paní V. nepracuje, je na invalidním důchodě (3. stupeň). Pro zlepšování se v kognitivních dovednostech se zajímá o cizí jazyky, především o němčinu a angličtinu. Trénuje paměť – rekondiční hodiny AJ dětí. Navštěvuje sociální služby v neziskových organizacích v okolí bydliště. Využívá poradenství, služby následné péče-výuku vaření, angličtinu. V sociální rehabilitaci se zajímá o nácvik pracovních dovedností, chtěla by pracovat v podporovaném zaměstnávání v dílně na kompletaci dětských hraček. V jedné nejmenované organizaci pracuje jako dobrovolný peer konzultant.

Navštěvuje 1x týdně stacionář v Psychiatrické nemocnici. Ve stacionáři má oblíbené komunitní sezení a rehabilitační cvičení. Je pod pravidelnou kontrolou svého psychiatra a dochází 1x v měsíci k psychologovi. Pravidelná denní medikace + depotní injekce.

Ukázka z básnické tvorby paní V. – báseň **Být šťastná**

Být šťastná

Být šťastná, chci být

a plout nad zemí vzducholodí

a vědět konečně, jak to v životě chodí.

Být šťastná, chci být

a dát životu šanci

a hodit si duhovou mincí.

Prosím Tě ty nahoře, už mě vyslyš,

mé volání a tajná přání.

Být šťastná, chci být,

bez bolesti a drancování duše,

pak vystřelím si z kuše.

Maminko, tatínku, odejděte,

nechci už nadále těžko vzpomínat.

Honzíčku nech mě jít, musím jít dál.

Brácho, chovej se ke mně slušně

a ne tak výbušně.

Být šťastná, chci být
a netrpět nedostatkem lásky
a lásku jen rozdávat,
sny pochopit a slunce pojímat.
Žít s někým, kdo nás má nahoře rád.

Respondent č. 4 - pan T.

Další respondent je muž trpící paranoidní schizofrenií. Pan T. se narodil v roce 1981, je svobodný, bezdětný. Má období, ve kterých se střídají ataky s bezpříznakovými obdobími. Byl třikrát hospitalizován v psychiatrické léčebně. První hospitalizace byla v jeho 20-ti letech v roce 2001. V současné době je zaměstnán v podporovaném zaměstnávání při kompletaci (krájení, vážení, polep etiketami a balení) inteligentní plastelíny pro domácí a mezinárodní prodej. Pan T. dochází do zaměstnání nejen pro finanční ohodnocení, ale i z důvodu procvičování jemné a hrubé motoriky a začlenění do společnosti. Pobírá invalidní důchod třetího stupně. Je klientem sociálních služeb neziskové organizace- podpora samostatného bydlení. Sociální pracovnice dochází za panem T. do jeho domácnosti 1x týdně. Probíhá sociální pomoc, poradenství a nácvik sebeobslužných činností.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka - vyučena švadlena, zemřela ve věku 66 let na cirhózu jater. Třikrát léčena v protialkoholické léčebně – závislost na alkoholu. Medikace na vysoký tlak, diabetes - 3x denně píchán insulin.

Otec - vyučen zedník, zemřel v 58 letech, své syny nevychoval, nežil s rodinou ve společné domácnosti. Pan T. neměl s otcem žádnou citovou vazbu.

Bratr – 43 let, vyučen automechanikem, ženatý, 3 děti. Léčba na závislost na psychotropních a omamných látkách (marihuana, toulén, pervitin). Medikace – psychiatrická farmaka. S panem T. není v kontaktu.

Osobní anamnéza

Pan T. se narodil jako nedonošené dítě ve 29 týdnu těhotenství s porodní hmotností 1980 gramů/45cm. Byl převezen do Kojeneckého ústavu, kde byl po dobu 3 měsíců. Při dosažení hmotnosti 2700 gramů a zlepšením kondice byl propuštěn i s matkou do domácí péče. Pan T. byl vždy častěji nemocný, především náchylný na virová onemocnění. Měl problémy s pohybovým aparátem, pro zlepšení cvičena Vojtova metoda. Řeč byla také nepřiměřena věku, proto doporučení navštěvovat logopedii. Pan T. i matka byli velmi trpěliví a po ročním odkladu povinné školní docházky došlo k nápravě. Pan T. nastoupil do první

třídy, postupem času jeho nezralost komunikačních dovedností vymizela. S přibývajícím věkem zlepšení náchylnosti k onemocnění -vývoj fyzický a psychický v normě. Ukončil základní školu a nastoupil na SŠ stavební, úspěšné ukončení a nástup na VŠ. Schizofrenie diagnostikována ve věku 20 let.

Počátek a průběh nemoci

Pan T. studoval Střední stavební školu obor „Kartografie, geodézie“. Studium bylo úspěšné, pana T. obor zaujal a rozhodl se podat přihlášku na VŠ. Po úspěšném složení přijímacích zkoušek nastoupil studium na VŠ obor architektura. Z počátku pan T. zvládal studium bez větších potíží. S přibývajícími povinnostmi docházelo k častým depresím, byl ve velkém stresu, psychické i fyzické zátěži. Plnil úkoly pod tlakem, často v noci vůbec nespál, byl celkově vyčerpaný. Došlo k somatickým a zdravotním problémům, končícím hospitalizací na psychiatrickém oddělení. Léčba byla dlouhodobá, trvala 5. měsíců. Na doporučení ošetřujícího psychiatra ukončil studium vysoké školy.

Vrátil se domů ke své matce, sdílel s ní společnou domácnost. Soužití s matkou však nebylo ideální díky její zálibě v požívání velkého množství alkoholu. V této době s nimi bydlel i bratr pana T. žijící také nestandardním stylem života. U bratra byla závislost na psychotropních a omamných látkách. Bratr byl léčen ze závislosti. Časté neshody s matkou vyvolaly další ataku. Druhá léčba byla kratší, trvala 2. měsíce. Byla změněna medikace na depotní injekce.

Z hospitalizace se pan T. domů do nepodnětného prostředí nevrátil. Za pomoci sociální pracovnice z nemocnice se pan T. dostal do sociálního bydlení v neziskové organizaci. Byla podána žádost o uznání invalidního důchodu. Panu T. byl přiznán invalidní důchod 3. stupně. Pan T. se cítil doma sám, proto si začal hledat práci. Po krátkém čase našel brigádu v obchodě, vybaloval zboží. Do zaměstnání docházel 3x týdně na 4 hodiny. Práce byla pro pana T. pozitivním přínosem do jeho života. Dostal se mezi lidi a došlo tak k sociálnímu kontaktu s okolím. Vše se zdálo, že je v pořádku, pan T. se dostal zpět do fyzické i psychické kondice. Měl práci, v zaměstnání navázal kontakty, necítil se být sám.

Toto období klidu vystřídal zátěžová situace v podobě nemoci matky. Matka je hospitalizována a po měsíci umírá. Přestože pan T. s matkou nebyl v té době v přímém kontaktu, zpráva ho velmi zasáhla. Dochází tak opět ke zhoršení zdravotního stavu a následuje třetí hospitalizace.

Po návratu z hospitalizace pan T. musí řešit situaci vzniklou s pozůstalostí po své matce. Starší bratr v té době bydlel s rodinou v bytě matky. Přichází za bratrem s návrhem vzdát se svého podílu v pozůstalosti. Pan T. je z celé této situace zmatený, neví jak vše řešit. Proto se obrací na sociální pracovníci v sociálním bydlení o pomoc a radu jak vyřešit tuto situaci. Za výrazné pomoci sociální pracovnice pan T. vše vyřešil, dostal vyplacenu polovinu z prodeje bytu po matce. Z těchto finančních prostředků si pan T. zakoupil byt 1+1 v osobním vlastnictví.

Dochází ke zlepšení jeho zdravotního a psychického stavu. Stal se více samostatný, za podpory a pomoci sociální pracovnice podporovaného bydlení. Pracovnice dochází 1x týdně – zdokonalení se v sebeobslužných činnostech, společné nákupy, vaření, hospodaření a administrativa domácnosti. Pan T. nastoupil do podporovaného zaměstnávání na zkušební dobu. Vše zvládl a byl přijat na zkrácený úvazek do dílny. Ve volném čase maluje architektonické objekty-významné budovy, kostely, hrady a zámky. Vášeň pro malování těchto objektů pramení ze studia na VŠ. V zaměstnání navázal kontakt s dalšími klientkami trpící schizofrenií a tak vzájemně diskutují o svých problémech. Začíná na doporučení kamaráda docházet do klubu v neziskové organizaci, čímž dochází k správnému trávení a využití volného času pana T.

Současná situace

Pan T. žije sám ve svém vlastním bytě, s bratrem není v žádném kontaktu. Partnerský vztah nikdy neměl, do budoucna by si chtěl najít přítelkyni, aby nebyl sám. Pobírá důchod 3. stupně invalidity. Pracuje 2 x v týdnu. Dochází do více sociálních služeb. V jedné navštěvuje arteterapie – rád maluje, zajímá se o techniky malby křídou, zejména malby architektonických staveb. V další službě využívá následnou péči – nácvik vaření a výuku anglického jazyka. Je klientem podporovaného bydlení, kde využívá zejména podpory a rad sociálních pracovníků při denních sebeobslužných úkonech (nákupy, platby pohledávek, vyřizování sociálních dávek, správné využití volného času).

Navštěvuje pravidelně 1x týdně stacionář v Psychiatrické nemocnici. Pravidelná kontrola u svého psychiatra. Nutnost dodržování každodenní medikace. Klient MDT, PSB – kontrola 1x týdně sociální pracovnící a psychiatrickou sestrou.

Ukázka z arteterapie – klientovi malby křídou, oblíbené architektonické objekty



Obrázek č. 2 – Kostel v Opavě



Obrázek č. 3 – Hrad Cvilín



Obrázek č. 4 – Rekreační chata

Respondent č. 5 - paní J.

Pátý respondent je žena s diagnostikovanou schizofrenií. Paní J. se narodila v roce 1965. Je rozvedená, má dvě dospělé děti, vnučku 9. měsíců. Má mladší sestru, se kterou má dobrý vztah. Sestra vždy podpoří paní J. v těžkých chvílích. Paní J. byla 3x hospitalizována v psychiatrické nemocnici. První projevy nemoci byly po porodu dítěte. V roce 2016 byl paní J. přiznán invalidní důchod 2. stupně, z důvodu nemoci nepracuje. Bydlí sama, má pronajatý byt - garsoniéru. Navštěvuje aktivity v neziskové organizaci – služby následné péče, výuku angličtiny. Další navštěvovaná aktivita v sociální rehabilitaci je nácvik pracovních dovedností. Příprava na podporované zaměstnání. S oběma dětmi a jejich rodinami udržuje paní J. styky, především vnučka dává paní J. sílu do dalšího života.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka – 75 let, vyučena kuchařka, nyní již na starobním důchodu. Léčena se srdeční arytmií, medikace na srážlivost krve a vysoký krevní tlak.

Otec – vyučen, pracoval jako řidič referenčního vozidla, zemřel ve věku 69 let na karcinom žaludku. Medikace inzulin pícháný 3x denně – silný diabetes.

Sestra – 47 let, vysokoškolské vzdělání pedagogického zaměření, vdaná, 2 dcery, léčena na alergologii.

Rodina vždy ctíla rodinné hodnoty, zejména pomoc druhým, ctít jeden druhého. Životní filozofie vycházející z křesťanství – silně věřící.

Osobní anamnéza

Porod paní J. proběhl císařským řezem v termínu z důvodu nevhodné polohy plodu. Průběh porodu bez komplikací. Fyziologický vývoj přiměřený věku, pohybové schopnosti v normě. Řeč taktéž bez potíží. Navštěvovala mateřskou školu, kde patřila k nadaným dětem. Ráda recitovala. Na základní škole přerostla tato záliba v zálibu hrát divadlo. Rodina žila příkladným rodinným životem a dbala především na výchovu svých dcer. Školní výsledky paní J. byly výborné, po ukončení základní devítileté školy nastoupila studium na střední ekonomické škole ukončené maturitou. Nástup do zaměstnání, založení vlastní rodiny.

Po druhém porodu počínající příznaky nemoci. Následná hospitalizace s diagnostikovaním schizofrenie.

Počátek a průběh nemoci

Paní J. vystudovala Střední ekonomickou školu. Nastoupila do svého prvního zaměstnání na pozici zapisovatelky u Okresního soudu, kde pracovala 15 let. Práce ji naplňovala, svou práci vždy plnila svědomitě. V tomto období se seznamuje se svým budoucím mužem, v roce 1987 spolu uzavřeli sňatek. V roce 1989 se jí narodila dcera, zůstává doma na mateřské dovolené a věnuje se naplno své rodině. Již v této době počínají zdravotní problémy nespavost, každodenní stres, že něco nestihne udělat, zařídit. Obavy z neschopnosti jsou způsobeny manželovým přístupem k paní J. Několikrát denně ji opakuje, že něco neudělala, nebo udělala, ale z jeho pohledu je to špatně, provedeno nedokonale. Paní J. se začala uzavírat do sebe, přestala komunikovat s okolím, je negativně naladěna.

U paní J. přicházejí první deprese. Matka a sestra si všímají, že se něco děje, manžel tvrdí, že je vše v pořádku. Příkládá tomuto stavu větší zátěži při péči o dítě a domácnost. Paní J. ze strachu nepřiznává poměry v domácnosti. Byla vychována v harmonické rodině, bere to jako svou osobní prohru, selhání, stydí se. Přesto však sestře není paní J. lhostejná a doprovází ji k psychologovi, po pravidelných návštěvách se zdravotní stav zlepšil. Paní J. zjišťuje druhé těhotenství, je šťastná a myšlenky má jen na dítě. Po porodu ji chodí pomáhat s domácností maminka. Návrat zpět do zaměstnání. Častá nemocnost dětí, doporučení lékařů změnit prostředí bylo důvodem stěhování rodiny na vesnici. Dětem podnebí svědčilo, avšak pro paní J. to znamenalo dojíždění do zaměstnání a časový skluz. Manžel opět začal být velmi nepříjemný, že je neschopná, že nic nezvládá a nefunguje jak má. Přidaly se i potíže v zaměstnání s nástupem nových technických vymožeností a technologií. Přejít na počítače. Paní J. nezvládala svou práci. Zejména rychlost v zapisování a práci na počítači. Dostávala se do nepříjemných situací. Dojíždění, péče o rodinu, domácnost a potíže v zaměstnání, jí dělaly velké starosti. Časté nemoci dětí jsou negativum pro paní J. Cítí smutek a beznaděj. Přestala jíst, v noci nespala a začala slyšet hlasy. Hlasy ji stále našeptávaly, co má ještě dělat, že je neschopná. Matka si všimla, že není něco v pořádku a nechala dceru hospitalizovat. Léčba trvala 3. měsíce. Paní J. navštěvovala terapeutické skupiny, byla ráda, že se může se svým problémem někomu svěřit. Terapie ji pomáhaly, potřebovala dostat své problémy ze sebe ven. Paní J. byla nasazena medikace a předána do péče ambulantního psychiatra a psychologa.

Rekonvalescence probíhala doma za pomoci matky. Pomoc byla nutná zejména pro děti, jejich výchovu a péči. Paní J. ukončila pracovní poměr u soudu. Požádala si o přiznání invalidního důchodu, byl přiznán invalidní důchod 2. stupně. K psychickým problémům se přidaly i další zdravotní problémy. Paní J. bylo diagnostikováno onemocnění Marfanův syndrom (dolichostenomelie) - genetická porucha pojivové tkáně. Počínající finanční problémy nutí paní J. najít si zaměstnání. Paní J. vyhledává v inzerci volné pracovní pozice, dochází na pohovory, ale nemůže najít vhodné zaměstnání z důvodu nemoci. Propadá depresím, zhoršuje se její zdravotní stav. Na pravidelné kontrole ambulantního psychiatra byla doporučena hospitalizace. Paní J. na doporučení lékaře nastupuje druhou hospitalizaci. Délka léčby 4. měsíce. Po dobu hospitalizace po domluvě s manželem byly děti u babičky. Došlo k přeléčení a změně medikace.

Po návratu domů se začala věnovat svým dětem, manžel má stále v rodině vůdčí pozici. Opět docházelo k ponižování, zesměšňování paní J. Děti dospívaly, stále nabádaly matku k odchodu od otce, ta však nechtěla rozbít rodinu. Nejen z etických, křesťanských důvodů, ale i z důvodu finančního zajištění rodiny manželem. Děti studovaly na střední a vysoké škole. Paní J. si našla brigádu, pracovala 2x v týdnu jako vrátná. Práce ji naplňovala, ráda komunikuje s lidmi, cítila se po dlouhé době být někomu potřebná, nápomocná. A hlavně mohla přispět do rodinného rozpočtu.

Děti dostudovaly školy, dcera je lékařka a syn programátor. Po odchodu dětí z domova se vztah mezi paní J. a manželem zhoršuje, dochází nejen ke slovním, ale i fyzickým útokům. Paní J. se stydí za tuto situaci, vše si nechává pro sebe. Manžel ji ponižuje, že je nula, nic nemá, nic nedokázala. Dochází opět ke zhoršení jejího zdravotního stavu. Bojí se manžela, utíká z domova, má silné deprese, hlasy. Nemá kam jít, přespává na nádraží a v parku. Po týdnu byla nalezena a odvezena do psychiatrické léčebny. Léčena 3. měsíce. Již v průběhu hospitalizace zasáhly děti, matka a sestra paní J. Přemluvili paní J. k podání žádosti o rozvod. Manželé byli do půl roku rozvedeni. Paní J. bydlela po návratu z hospitalizace zpočátku se svou matkou v bytě. Pracovala stále brigádně na vrátnici, stala se nezávislá i po finanční stránce. Začala se věnovat sama sobě. Vrací se zpět ke svým koníčkům – četbě literatury, divadlu. Dostává se zpět do fyzické a psychické pohody. Stává se babičkou, má vnučku. Začíná navštěvovat sociální služby ve svém okolí, nejprve využívá poradenství. Dochází k ukončení brigády. Vyřizuje si pronájem bytu, žádá si o sociální dávky. Navštěvuje služby následné péče – výuku anglického jazyka. V sociální rehabilitaci navštěvuje nácviky

pracovních dovedností pro další zařazení do pracovního procesu v podporovaném zaměstnávání. Rodina podporuje paní J. v jejích aktivitách. Sama paní J. říká, že je na sebe pyšná, že dokázala odejít od manžela. Má další vize do života, pomáhat s péčí o vnučku a celoživotně se vzdělávat. Vše je závislé na zdravotním a psychickém stavu paní J.

Současná situace

Paní J. žije sama v pronajatém bytě. Na víkendy jezdí k matce a dětem. Pomáhá s výchovou vnučky. Paní J. nepracuje, pobírá invalidní důchod 2. stupně. Paní J. se zajímá o kulturní dění ve svém bydlišti, začala hrát v místním spolku ochotnické divadlo. Má ráda společenský život. Zajímá se o cizí jazyk, dochází na výuku do služeb následné péče v neziskové organizaci. V sociální rehabilitaci využívá poradenství (vyřizování dávek, pomoc s administrativou na úřadech), dochází na nácvik pracovních dovedností. Chce si najít zaměstnání. Paní J. se chce i nadále vzdělávat, chtěla by si podat přihlášku na univerzitu třetího věku a splnit si tak svůj sen. Rodina (matka, děti, sestra) paní J. v jejích aktivitách, zálibách, koníčcích podporuje.

Paní J. je pod stálou kontrolou svého psychiatra a psychologa. Návštěva 1x v měsíci. Taktéž pravidelné kontroly u neurologa, diagnostikován Marfanův syndrom. Medikace na tlumení bolesti a psychofarmaka.

Respondent č. 6 – pan D.

Šestý respondent je muž narozený v roce 1970 s diagnostikovanou schizofrénií. Je svobodný bezdětný. Má jednu starší sestru a dva mladší bratry. Vztah se sourozenci není ideální z důvodu časté finanční pomoci sourozenců s následným nesplácením půjčených financí. Sourozenci taktéž nesouhlasí s životním stylem pana D. Rodiče navštěvuje pravidelně, stále věří ve zlepšení sociální a zdravotní situace pana D. Pan D. byl 3x hospitalizován v psychiatrické nemocnici s následnou odbornou psychiatrickou péčí. První projevy nemoci byly způsobeny častým požíváním návykových a psychotropních látek. Bydlí sám v pronajatém bytě. Je klientem podporovaného samostatného bydlení, pracuje v dílně - podporovaného zaměstnávání.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka – 75 let, vyučená, kadeřnice, dnes již na starobním důchodě, prodělala infarkt myokardu. Medikace – léky na ředění krve, na srdce, na vysoký tlak.

Otec – 77 let, vyučen, elektrikář, po mozkové mrtvici, částečně ochrnut, je samostatný v sebeobslužných činnostech, při chůzi používá francouzskou hůl. Medikace na snížení krevního tlaku.

Sestra – 50 let, středoškolské vzdělání, vdaná, 3 děti, zaměstnaná jako ekonomka. Zdravá, bez medikace.

Bratr – 47 let, vysokoškolské vzdělání, ženatý, 2 děti, zaměstnán jako strojní inženýr. Léčen na diabetes.

Bratr – 40 let, středoškolské vzdělání, svobodný, zaměstnán jako dispečer v dopravě. Zdráv bez medikace.

Osobní anamnéza

Pan D. je narozen jako 2 dítě ze čtyř dětí. Porod spontánní, nízká porodní váha 2300g. Po porodu převezen do kojeneckého ústavu. Po zvýšení hmotnosti na 2700g propuštěn do domácí péče. Vývoj pana D. bez potíží. Pohybové a kognitivní schopnosti přiměřené věku. Špatná výslovnost sykavek a hlásky R, návštěva logopedie. Předškolní docházka v běžné

mateřské škole, školní docházka ve sportovní základní škole. Ve škole patřil k průměrným žákům, bez kázeňských přestupků. Po ukončení základní školy nastupuje na gymnázium, toto studium nezvládl a přestoupil na střední školu obor obráběč kovu. Studium ukončeno výučním listem. Po vyučení nástup do strojírenské firmy k obráběcímu stroji. Finanční nezávislost a špatní kamarádi způsobili u pana D. časté noční partie s požíváním návykových látek. Jedna z příčin nástupu schizofrenie. Ve 21 letech byla panu D. diagnostikována schizofrenie s první léčbou na psychiatrii.

Počátek a průběh nemoci

Nástup schizofrenie u pana D. byl v období rané dospělosti. Pan D. nezvládl situaci své osobní a finanční nezávislosti. Od dítěte mu byly vštěpovány základy slušného chování a života bez patologických jevů. Chtěl poznat do této doby zakázané ovoce. Dostal se do špatné party, ve které získal první zkušenosti s návykovými látkami v podobě marihuany a později i s tvrdými drogami. V tomto období přestal docházet do zaměstnání, měl častou neomluvenou absenci. Další příčinou nástupu nemoci bylo zvýšení konzumace alkoholických nápojů. Nezdravý životní styl, život na ulici byl původem zhoršení zdravotního stavu pana D. Často se dostával do depresí, slyšel hlasy. Ve věku 21 let došlo k první hospitalizaci na psychiatrickém oddělení s diagnostikováním schizofrenie. Léčba proběhla na oddělení závislostí, doba trvání hospitalizace byla 4 měsíce. Pan D. byl medikován.

Rodiče mu nabídli, aby se vrátil domů, Pan D. váhal, zda má přijmout tuto nabídku. Po delší úvaze se vrátil zpět k rodičům. Začal bydlet s rodiči v rodinném domku na okraji města. Zpočátku bylo vše ideální, rodiče panu D. nic nevyčítali, nepřipomínali. Pan D. pomáhal otcí a matce s péčí o dům i zahradu. Dodržoval medikaci. Začal pracovat v automobilovém průmyslu v nedaleké továrně. Získává opět finance, stává se nezávislým na rodičích. Po roce opět nachází kamarády, kteří mají drogovou minulost. Pan D. podléhá pokušení a opět upadá do závislosti. Nedodržuje léčbu a ve velké míře konzumuje drogy, zpočátku jen marihuanu a později pervitin a heroin. Padá na dno, žije na ulici. Byl nalezen na ulici v zuboženém stavu, po přivolání lékařské péče byl odvezen do nemocnice na interní oddělení. Po stabilizování zdravotního stavu byl přeložen na oddělení závislostí na psychiatrii. Celková hospitalizace trvala 7 měsíců. Byla stanovena léčba depotními injekcemi.

Rodiče pana D. již nejevili o syna zájem, proto sociální pracovnice z Psychiatrické nemocnice začala řešit bydlení pro pana D. Pan D. se po ukončení hospitalizace přestěhoval do Chráněného bydlení v Charitě. Byl mu přiznán invalidní důchod 2. stupně. V té době začal navštěvovat sociální služby na doporučení sociální pracovnice z Psychiatrické nemocnice z důvodu vyplnění volného času pana D. Zpočátku se k aktivitám sociálních služeb stavěl negativně, ale časem přehodnotil svůj postoj a docházel na aktivity pravidelně. Navštěvované aktivity ho zaujaly, především výuka anglického jazyka. Stal se klientem multidisciplinárního týmu. S obsluhou domácnosti pomáhá sociální pracovnice, především nákupy, hospodaření s financemi, vaření, praní, žehlení aj. domácí práce. Zdravotní stav je pod kontrolou ošetřujícího psychiatra a zdravotního personálu multidisciplinárního týmu.

S rodinou není v kontaktu. Dozvídá se od kamaráda o zhoršeném stavu svého otce, který prodělal mrtvici a zůstal částečně ochrnutý. U pana D. dochází ke zhoršení zdravotního stavu, je apatický, má bludy a halucinace. Na doporučení psychiatra nastupuje na svou 3 léčbu. Tato léčba trvala 5 měsíců, byly prováděny elektrošoky, změněna medikace. Po ukončení hospitalizace se vrátil zpět do Chráněného bydlení. Nachází si přítelkyni, která žije v témže zařízení. Jeho život tak dostává opět smysl. Časté vycházky a výlety do přírody jsou pro pana D. a především pro jeho zdravotní stav velmi příznivé. Opět začíná docházet do aktivit následné péče. Začíná hledat zaměstnání pomocí Úřadu práce, vyhledávání v izertních nabídkách. Je neúspěšný, nedaří se mu získat zaměstnání, je opět pesimisticky naladěný. V tomto období, které trvá 2 měsíce, je mu velkou oporou opět přítelkyně. Přichází s nabídkou zaměstnání v Chráněné dílně v nedalekém městě. Pan D. nabídku přijímá.

Současná situace

Pan D. žije sám v pronajatém bytě. S rodinou není v osobním kontaktu, občas proběhne telefonní kontakt ze strany pana D. Žije partnerským životem s přítelkyní v oddělených domácnostech. Na společné soužití v jedné domácnosti není pan D. zatím připraven. Pobírá důchod 2. stupně invalidity. Pracuje 3 x v týdnu v podporovaném zaměstnání v dílně na kompletaci hraček. Dochází do sociálních služeb. V následné péči navštěvuje výuku anglického jazyka. V sociální rehabilitaci si prohlubuje kognitivní dovednosti. Je klientem multidisciplinárního týmu, zde využívá zejména podpory a rad sociálních pracovníků při denních sebeobslužných úkonech (nákupy, platby pohledávek, vyřizování sociálních dávek, správné využití volného času). Je pod dohledem psychiatrických sester, psychologa a psychiatra. Má pravidelnou medikaci. Začlenil se do společenského

života, spolu se svou přítelkyní navštěvuje kulturní zařízení a akce. Snaží se žít plnohodnotným životem.

6.1 Interpretace získaných dat

Data v praktické části byla získána od jednotlivých klientů dobrovolně, anonymně. Individuální osobní rozhovory proběhly vždy po domluvě s klientem na vybraném místě. Výběr místa ponechán na klientovi. Autorka cíleně nechala výběr místa schůzek na klientovi z důvodu větší otevřenosti klienta v prostředí, ve kterém se cítí dobře. Taktéž časová dostupnost rozhovoru byla ponechána v kompetenci jednotlivých klientů. Individuální osobní pohovory proběhly v klidné atmosféře. U klientů došlo k otevřenosti, mnohdy až s pozitivními emočními závěry, kdy si uvědomili, co vlastně prožili a jak na tom jsou dnes. Při zjištění položení nevhodné otázky autorka změnila cílený směr otázek. Cílem bylo získat pohled klienta na svůj životní příběh, bez předsudků a soudu druhých. Klienti se nebáli říct cokoli, někdy šlo i o soukromé, choulostivé věci. V jednotlivých případových studiích lze velmi jasně až detailně vyčíst minulý, současný život lidí trpících nemocí schizofrenií. Informace o nejdůležitějších etapách sociální integrace přeneseny do přehledných tabulek jednotlivých klientů. Tabulky nám dokazují individualitu jednotlivých klientů a různost přístupů a možností jednotlivců k sociální integraci.

Hodnotící tabulky sociální integrace jednotlivých klientů a celkové zhodnocení

Tabulka č. 1 Klient č. 1 – **Pan Z.**

věk	50 let
Inv.důchod	2. stupeň invalidního důchodu
Vyhledávané sociální služby	SR-rozvoj kognitivních činností NP-nácvik vaření, výuka AJ, poradenství Klient MDT
Bydlení	Žije ve státním bytě s manželkou
Rodina/vztahy	Ženatý, 3 dospělé děti, žije ve společné domácnosti s manželkou
Vzdělání/práce	Vyučen-obráběč kovu Řidič traktoru, úklidové práce, roznáška tiskovin V současné době-podporované zaměstnání (kompletace hraček)
Zájmy	Sport, jízda na kole, rodina
Budoucnost	Cestování-navštívit exotické země

Tabulka č. 2 Klient č. 2 – **Pan J.**

Věk	45 let
Inv.důchod	3. stupeň invalidního důchodu
Vyhledávané sociální služby	NP-nácvik vaření, výuka PC, poradenství SR- nácvik pracovních dovedností CHB, služby Charity, klient MDT
Bydlení	Žije sám v pronajatém bytě
Rodina/vztahy	Svobodný, bezdětný, přítelkyně 3 sourozenci-dobré rodinné vztahy
Vzdělání/práce	Vyučen-mechanik elektrického zařízení Pomocný skladník, dělník pásové výroby, balič náhradních dílů,

	Textilní průmysl-dělník v současné době nepracuje
Zájmy	Žádná vyhraněná zájmová činnost
Budoucnost	Péče o bratra

Tabulka č. 3 Klient č. 3 – **Paní V.**

Věk	50 let
Inv. důchod	3. stupeň invalidního důchodu
Vyhledávané sociální služby	NP-nácvik vaření, výuka AJ SR- poradenství Stacionář v Psychiatrické léčebně
Bydlení	Žije s rodiči v rodinném domku na vesnici
Rodina/vztahy	Svobodná, bezdětná, krátkodobý vztah s přítelem Velmi dobré rodinné vztahy s rodiči a bratrem
Vzdělání/práce	VŠ vzdělání, laboratoř v nemocnici, brigáda v knihovně, dobrovolnická činnost, peer konzultant, v současné době nepracuje
Zájmy	Četba, psaní básní, péče o psa- vycházky, výcvik
Budoucnost	Aktivní činnost v dobrovolnictví, pomoc při Tříkrálové sbírce, koordinátorka potravinové sbírky, zdokonalení se v AJ, NJ

Tabulka č. 4 Klient č. 4 – **Pan T.**

Věk	38 let
Inv.důchod	3. stupeň invalidního důchodu
Vyhledávané sociální služby	PSB-byt 1+1, klub SR-arteterapie, NP-nácvik vaření, výuka AJ Klient MDT
Bydlení	Žije sám v bytě 1+1 v osobním vlastnictví
Rodina/vztahy	Svobodný, bezdětný, rodiče již nemá, s bratrem není v kontaktu,

	Partnerský vztah nikdy neměl
Vzdělání/práce	SSŠ-obor:kartografie – geodezie, brigáda v obchodě, v současné době pracuje v podporovaném zaměstnání (kompletace inteligentní plastelíny)
Zájmy	Malování architektonických objektů
Budoucnost	Navázat partnerský vztah-najít si přítelkyni

Tabulka č. 5 Klient č. 5 – **Paní J.**

Věk	54 let
Inv.důchod	2. stupeň invalidního důchodu
Vyhledávané sociální služby	NP-výuka AJ, poradenství SR-nácvik pracovních dovedností
Bydlení	Žije sama v pronajatém bytě-garsoniéra
Rodina/vztahy	Rozvedená, 2 dospělé děti, vnučka, velmi dobrý vztah se sestrou, nyní bez partnera
Vzdělání/práce	SEŠ-maturita, zapisovatelka u soudu, brigáda na vrátnici, v současné době nepracuje
Zájmy	Četba, zájem o kulturní akce-divadlo, kino, koncerty, hraje divadlo
Budoucnost	Studium na Univerzitě třetího věku

Tabulka č. 6 Klient č. 6 – **Pan D.**

Věk	49 let
Inv.důchod	2. stupeň invalidního důchodu
Vyhledávané sociální služby	Klient MDT, CHB, NP- výuka AJ, SR- nácvik kognitivních dovedností
Bydlení	Žije v pronajatém bytě

Rodina/vztahy	Svobodný, bezdětný, přítelkyně, osobní kontakt s rodinou není (telefonní kontakt ze strany klienta)
Vzdělání/práce	Vyučen-obráběč kovu, automobilový průmysl, v současné době podporované zaměstnávání-kompletace hraček
Zájmy	Výlety do přírody, kulturní akce, prohlubování znalostí AJ
Budoucnost	Pevný partnerský vztah a život bez patologických jevů

Vysvětlivky:

CHB-chráněné bydlení

MDT-multidisciplinární tým

NP-následná péče

PSB-podpora samostatného bydlení

SR-sociální rehabilitace

6.2 Diskuse

Tato část diplomové práce bude věnována získaným datům z jednotlivých případových studií osob s duševním onemocněním. Ze získaných dat jsou zřejmé rozdíly a individualita respondentů. Nejprve zodpovím dílčí výzkumné otázky a poté hlavní výzkumnou otázku.

Dílčí výzkumné otázky a hlavní výzkumná otázka

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jaký vliv mají na klienta se schizofrenií rodinné a partnerské vztahy?

Dotazovaní respondenti jsou ve věku 38-54 let. Dvě ženy a čtyři muži. U všech dotazovaných se dá říct, že onemocnění propuklo v pozdní pubertě, často však ve věku dospívání. Na vzniku

nemoci se podílely především tyto faktory, a to stres a vypětí organismu, patologické jevy samotných klientů nebo disharmonické soužití rodiny. Pouze u paní V. byly a jsou rodinné vztahy na dobré úrovni. V současné době většina dotazovaných žije sama, v pronajatém bytě, jen jeden respondent žije ve společné domácnosti s manželkou. Dva z dotazovaných mají vlastní, již dospělé děti. Většina měla partnerský vztah, často tyto vztahy nedopadly dobře, nezvládnou vztah dlouhodobě udržet, a proto vztahy skončily. Lidé s onemocněním schizofrenií mají strach navazovat přátelství a osobní vztahy. Drží se v ústraní, nechtějí být na nikom závislí. Podpora nejbližší rodiny je u poloviny dotazovaných klientů. Na tuto otázku není jednoznačná odpověď. Pro někoho je rodina na prvním místě, jsou však i klienti, kteří nebyli podpořeni svou rodinou v léčebných obdobích a z tohoto důvodu nemají důvěru v rodinné a partnerské vztahy.

Díličí výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou nejvyhledávanější služby a zájmové aktivity klientů s duševním onemocněním?

Zájmy jsou také různorodé dle individuálního přístupu, nejčastěji klienti čtou knihy, zajímají se o kulturní a společenské akce, sport. Najdou se i netradiční koníčky - malování, psaní básní, výcvik psa. Pouze jeden z dotazovaných nemá žádnou volnočasovou aktivitu. Nejčastěji vyhledávanou sociální službou je Služba následné péče a její aktivity, poradenství. Sociální rehabilitace s nácvikem pracovních a kognitivních dovedností. Čtyři z šesti dotazovaných jsou klienty multidisciplinárního týmu, kde využívají sociální a zdravotní pomoc, poradenství a terapie psychologa. Klienti jsou pod kontrolou psychiatra.

Díličí výzkumná otázka č. 3: Mají osoby se schizofrenií zájem uplatnit se na pracovním trhu?

Dotazovaní respondenti mají zájem pracovat. Pracovní příležitosti vyhledávají nejen jako zdroj finančního zajištění, ale především k navázání kontaktů a vlastnímu pocitu potřebnosti. Klienti v průběhu života pracovali na různých pracovních pozicích. V současné době většina dotazovaných pracuje v podporovaném zaměstnání, kde se přihlíží především ke zdravotnímu stavu a schopnostem zaměstnanců.

Díličí výzkumná otázka č. 4: Je pracovní zařazení osob se schizofrenií adekvátní k jejich dosaženému vzdělání?

Vzdělání u zkoumaného vzorku je různorodé. Tři mají ukončeno studium výučním listem, dva maturitou a jedna klientka má vysokoškolské vzdělání. Se vzděláním přímo

souvisí i pracovní zařazení. Po ukončení studia bylo pracovní zařazení adekvátní vzhledem k ukončenému studiu. Po nástupu schizofrenie dochází k pracovnímu zařazení ve většině případů na dělnické profese, brigády a krátkodobá zaměstnání. Polovina dotazovaných pracuje nyní na částečný úvazek v podporovaném zaměstnávání a pobírají 2. nebo 3. stupeň invalidního důchodu. Pracovní zařazení osob se schizofrenií není adekvátní k jejich dosaženému studiu.

Dílejší výzkumná otázka č. 5: Jakým způsobem vidí schizofrenní klienti svou budoucnost?

Budoucnost také se liší u jednotlivých klientů. Musíme se však shodnout, že všichni vidí svou budoucnost pozitivně. Někdo dává přednost rodině, pomoci v rodině, navázání partnerského vztahu, žít život bez patologických jevů. Jiní chtějí cestovat, vzdělávat se, věnovat se dobročinným aktivitám a pomáhat druhým.

Hlavní výzkumná otázka: Jakým způsobem jsou schizofrenní klienti podporováni při integraci do běžného života?

Situaci při integraci osob s duševním onemocněním schizofrenie hodnotím pozitivně. Sociální integrace lidí se schizofrenií je možná jen za pomoci rodiny, známých, svého okolí, podpory sociálních služeb určených této cílové skupině. Nebuďme lhostejní, neteční a pomozme, podpořme osoby s duševním onemocněním prosadit se v naší společnosti. Mnou zkoumaný vzorek respondentů se dokázal začlenit do společenského a pracovního života právě jen díky podpory své rodiny, pomoci sociálních pracovníků v různých sociálních službách a svých psychiatrů. Nejvíce je využíváno služeb s rozvojem kognitivních dovedností, nácviky pracovních dovedností, sebeobslužných činností a podporou samostatného bydlení. Klienti mohou využít i poradenství. Část dotazovaných respondentů patří mezi klienty Multidisciplinárního týmu, zde využívají nejen pomoc sociálních pracovníků, ale jsou podporováni psychologem, psychiatrem a zdravotním personálem. Je především na samotném klientovi, zda chce žít plnohodnotný život, navzdory svému handicapu. Významným výsledkem je zjištění motivace těchto klientů do budoucího života, především v oblasti vzdělávání, cestování, udržení partnerského vztahu a plánování budoucnosti. Kladným zjištěním je i zájem klientů být zaměstnán. Mnohdy nedovolí zdravotní stav pracovat, ale touha pracovat je pro ně silná. Motivem pro pracovní uplatnění není jen získání financí, ale i pocit být užitečný. Domnívám se, že mnozí respondenti, kdyby měli možnost, tak by využili své vzdělání při výběru zaměstnání. Tato možnost využití

vzdělání při pracovním uplatnění je spojena se stigmatizací s tímto onemocněním v naší společnosti. V oblasti partnerských vztahů jsou velmi opatrní, nechtějí být druhým přítěží, cítí se být méněcenní. Zájmové činnosti jsou různorodé, aktivity jsou spíše zaměřeny na relaxaci a odpočinek. Lidé s duševním onemocněním vyhledávají především klid bez zátěžových situací. Byla bych ráda, aby byla věnována pomoc a podpora lidem se schizofrenií alespoň na takové úrovni, na které jsou nabízeny a poskytovány sociální služby zkoumanému vzorku.

V následující kapitole bych ráda upozornila na limity práce, které jsem objevila až v průběhu zpracování.

6.3 Limity, slabé a silné stránky výzkumu

Nyní bych ráda přešla k limitům vlastní práce.

Limitem diplomové práce je skutečnost, že poskytuje pouze základní vhled do tematiky onemocnění schizofrenií, následné léčby a integrace klienta s tímto onemocněním. Výzkumná část nám dokládá jednotlivé případy integrace do běžného života na základě individuality jednotlivců zařazených do výzkumu. Začlenění do společnosti, pracovního, partnerského života, využití dostupných sociálních služeb, zařazení do běžného života s akceptem na multidisciplinární podporu. Domnívám se však, že klasifikace a základní definování onemocnění by mohlo přinést hlubší vhled do tématu. Péče o schizofrenního klienta je náročná, také se může lišit nejen v doporučené léčbě psychiatra, psychologa, ale především přístupem samotného klienta.

Dalším limitem práce může být, zvolené téma, o kterém jsem až v samotném průběhu jeho zpracování postupně zjišťovala, jak je rozsáhlé. Za limit práce proto považuji nedostatečný výzkum některých oblastí, jejichž potřeba prozkoumání vyvstávala až v průběhu sběru dat a vyhodnocení. Dle mého názoru je problematika začlenění této cílové skupiny do společnosti natolik širokým tématem, nejen v laické tak i v odborné veřejnosti, proto není možné důkladné prozkoumání v předložené práci.

Nepovažuji se být kompetentní, abych na základě vybraného vzorku hodnotila integraci osob s duševním onemocněním, je třeba získat více informací pro relevantnost začlenění. Taktéž můj pohled je z pozice sociálního pracovníka, pohled rodiny, okolí, psychiatrů, psychologů může být zcela jiný, odlišný. Dalším limitem ze strany výzkumného vzorku může být považována na jedné straně otevřenost a aktuální naladění jednotlivých

respondentů vycházející z osobní znalosti respondenta tazatele. A na druhé straně se našli i klienti, kteří nejevili zájem o spolupráci. Za limit práce může být také považována skutečnost, že výsledky výzkumu v oblasti dostupnosti a využití sociálních služeb schizofrenním klientům není možné zobecnit, protože se vztahují k popisu situace v regionu Opavska.

7 Podpůrné prostředky NNO v regionu Opavska

Z možných poskytovatelů programu sociální rehabilitace jsem si ve svém regionu vybrala tyto tři níže popsané organizace, které pracují se zvolenou cílovou skupinou osoby s duševním onemocněním.

Armáda spásy v České republice, z.s.



zdroj: [<http://armadaspasy.cz/>]

Armády spásy má slogan „Srdce Bohu, ruce lidem“. Slogan definuje její smysl, podstatu. Armáda spásy v České republice z.s. je součástí **území Nizozemska vycházející z mezinárodní struktury. Armáda spásy v České republice spadá pod vedení** Národním ústředím sídlícím v Praze. Nejvyšší řídicí funkci vykonává národní velitel major Teunis T. Scholtens. Hlavní náplní Národního ústředí je řídit a koordinovat činnosti také zajišťuje spojení s mezinárodní Armádou spásy.

Armády spásy byla založena kolem roku 1865, za zakladatele je považován WillieBooth. V současné době organizace má zastoupení ve 127 zemích světa. Na území tehdejšího Československa působila do roku 1950. K registraci Armády spásy v České republice na občanské sdružení došlo v roce 1990.

Organizace je poskytovatelem sociálních služeb dle Zákona o sociálních službách. Je financována z dotací z veřejnosprávních titulů obcí, měst a krajů. K dalším rozpočtovým položkám patří příspěvky mezinárodní Armády spásy, příjmy od klientů a firemní a individuální dárcovství.

Hlavním cílem Armády spásy v České republice je podpora lidí, jež se ocitli v obtížné životní situaci. Podpora je založena na sociálních, morálních, duchovních a křesťanských principech. Armáda spásy je poskytovatelem více než 60 registrovaných sociálních služeb. Služby jsou provozovány v různých sociálních zařízeních, komunitních centrech. (Armáda spásy v České republice, z.s., [online])

Cíle, poslání, zásady služby sociální rehabilitace v Opavě

Cílem sociální služby sociální rehabilitace je obnova a tvorba základních pracovních návyků osob s duševním onemocněním. Seznámení se s novými teoretickými a praktickými znalostmi a dovednostmi. Osvojení pracovních dovedností, podpora klientů a pomoc při hledání pracovního místa.

Primárním posláním sociální služby sociální rehabilitace v Centru sociálních služeb Samaritán v Opavě je především podpora ohrožených osob zejména sociálním vyloučením, které je spojené se ztrátou bydlení.

Hlavní zásadou organizace je zásada svobodné volby uživatele, individuální přístup, flexibilita, pružné reagování na aktuální potřebu jednotlivého uživatele. Mezi další zásady můžeme zařadit odbornost, týmovou práci, přístup k člověku dle křesťanských hodnot a etického kodexu Armády spásy. (Armáda spásy z. s., [online]).

Místa poskytování služeb:

Sociální služba azylový dům

Poskytované služby: azylový dům

Adresa: Nákladní 24, Opava 746 01

Kontakt: 773 770 184

Centrum sociálních služeb Sociální rehabilitace

Poskytované služby: noclehárna

Adresa: Nákladní 24, Opava 746 01

Kontakt: 773 770 184, 553 712 984

Sociální rehabilitace

Poskytované služby: sociální rehabilitace

Adresa: Nákladní 24, Opava 746 01

Kontakt: 773 770 371

Nízkoprahové denní centrum

Poskytované služby: nízkoprahové denní centrum

Adresa: Nákladní 24, 746 01 Opava

Kontakt: 773 770 184, 553 712 984

Farma Strahovice

Adresa: Strahovice 16, 747 24 pošta Chuchelná

Kontakt: 773 770 188

Program zaměřený na rozvoj osob, zvládnání běžných denních aktivit, péče o domácnost.

Sociální rehabilitace je zaměřena zejména na aktivizační činnosti. Mezi tyto činnosti patří úklidové práce, zemědělské sezonní práce, činnosti spojené s prací v prádelně, výdej stravy a údržbářské práce. Program rovněž umožňuje provádění asistenčních služeb. Asistenční služby jsou zaměřeny na doprovody uživatelů k vyřízení potřebných záležitostí na úřadech u lékařů, drobné nákupy, nácvik kompetencí spojených se zprostředkováním klienta se společenským prostředím například cestování, návštěva kulturních a společenských aktivit. (Armáda spásy z. s., [online])

Program zaměřený na přípravu k zaměstnání a případné hledání práce.

Program zaměřuje na přípravu na zaměstnání. Příprava probíhá přímým zapojením do aktivit nácviku zemědělských sezonních prací, údržbářských prací, nácvik činností spojených s aktivitami v prádelně, výdej stravy. Další činností nácviku pracovních dovedností jsou úklidové práce. Podpora klientů při hledání zaměstnání, pomoc sepsání životopisu, vyhledání zaměstnání, dopomoc kontaktu se zaměstnavatelem. V rámci programu probíhá výuka práce na PC, internetu, seznámení se základy práce s programy Open Office, založení e-mailové schránky. (Armáda spásy z. s., [online])

FOKUS – Opava z. s.

zdroj:[https://givt.cz/images/orgLogos/2781_lobo-final-2.jpg]



FOKUS - Opava z.s. je jedna z organizací spolku FOKUS ČR.

Vznikl v roce 1990 v Praze. Spolek FOKUS má **10 Fokusů, které působí celkem v 7 krajích po celé ČR. Jednotlivé pobočky FOKUSU** spolupracují na zavedení koncepce moderních trendů v systému péče o duševní zdraví do praxe. Financování Fokusu - Opava je ze státních dotací, grantů, sponzorských darů. Organizace především podporuje, pomáhá lidem s mentální a duševním onemocněním. Cílem je zapojit klienty do všech běžných činností života. Uspokojovat jejich potřeby, vzdělávat se a získat dovednosti postarat se o sebe a svůj zdravotní stav. Služby, které nabízí Fokus, jsou podpora samostatného bydlení, následná péče, sociální rehabilitace, zapojení se do pracovního procesu prostřednictvím podpory zaměstnanosti zdravotně postižených za podpory a pomoci místního Úřadu práce. Byl vytvořen multidisciplinární tým dle dohody mezi Fokusem – Opava a PN Opava. Tým je složen z pracovníků PN Opava a sociálních pracovníků Fokusu. Profesionální složení multidisciplinárního týmu - psychiatrický lékař, psycholog, psychiatrické sestry, sociální pracovníce. Primárním cílem je péče o duševně nemocné v přirozeném prostředí. (FOKUS – Opava z. s., [online])

Cíle, poslání, a zásady

Cílem sociální rehabilitace je udržení a obnovení sociálních návyků, pracovních dovedností, pravidelné a systematické obnovení paměťových a myšlenkových schopností, zejména pak rozvoj jemné a hrubé motoriky a kognitivních dovedností. Napomáhá v obnovení sociálních kontaktů a rozvoji pracovních dovedností.

Posláním sociální rehabilitace je pomoc lidem s chronickým duševním onemocněním. Naučit je trvale žít se svým zdravotním omezením, zvládat a překonávat nepříznivé situace a zmírnit dopady a snížit tak riziko sociálního vyloučení.

Organizace pracuje s těmito zásadami – dodržování, naplňování práv klienta, individuální pomoc a podpora. Další významnou zásadou je respektování názoru, volba klienta o poskytovaných službách – výběr vhodné služby, zamezení sociálnímu vyloučení, rovné podmínky, týmová práce a transparentnost, vnímání uživatele služby.

Místa poskytování služeb

Středisko pro osoby s duševním onemocněním, mentálním a zdravotním postižením

Poskytované služby: sociální rehabilitace

Adresa: Vodní 173, Vítkov

Kontakt: 607 107 806

Středisko pro osoby s mentálním postižením a zdravotním postižením

Poskytované služby: sociální rehabilitace

Adresa: Hradecká 16, Opava

Kontakt: 553 650 760, 728 377 354

Středisko pro osoby s duševním onemocněním a zdravotním postižením

Poskytované služby: sociální rehabilitace

Adresa: Hradecká 16, Opava

Kontakt: 553 652 433, 723 457 998

Chráněná dílna Vávrovice

Poskytované služby: chráněná práce a pracovní uplatnění

Adresa: Lepařova 8/2906, Opava

Kontakt: 553 652 433, 723 457 998

(FOKUS – Opava z. s., [online])

Program zaměřený na rozvoj osob, zvládnutí běžných denních aktivit, péče o domácnost.

Sociální rehabilitace nabízí klientům aktivity k posílení dovedností, především komunikačních dovedností jednotlivých klientů, zlepšení pozornosti, soustředěnosti. Také k obnovení myšlenkových (např. paměťových) schopností. Rozvoj jemné a hrubé motoriky. Zprostředkování se společenským prostředím - navázání sociálních kontaktů,

rozvoj a udržení pracovních dovedností. V rámci služby jsou nabízeny aktivizační činnosti formou výuky na PC, angličtiny, vaření, pořádání společenských akcí, exkurzí, setkání, výletů. Jsou nabízeny muzikoterapie, psychoterapie, psychologické poradenství. Probíhají nácviky péče o domácnost, vaření, finanční gramotnost – prevence zadlužení. Kognitivní nácvik s využitím kognitivních sad. V rámci služby jsou prováděny asistenční služby-doprovody klientů.

Program zaměřený na přípravu zaměstnání, vyhledání práce.

Zde se klienti aktivizují, motivují k přípravě na zaměstnání. Probíhají nácviky pracovních činností. Mezi hlavní nácvikové činnosti patří například skládání pružin, kolíčků na prádlo, kompletace hraček, plastelíny. Nácvik pracovních činností trvá 3 měsíce. Poté se klienti mohou ucházet o zaměstnání v chráněné dílně, provozované FOKUSEM – Opava. (FOKUS – Opava z. s., [online])

ANIMA-VIVA

zdroj: http://www.lidemezilidmi.cz/media/sprv/servis/238/obrazek/sm_all/animavivaprintscreen.jpg



Občanské sdružení ANIMA – VIVA z.s. založena v Opavě v roce 2002. Zakladatelé byli rodiče a lidé pečující o osoby s duševním onemocněním. Občanské sdružení se časem rozrostlo a postupně profesionalizovalo. V roce 2007 bylo zaregistrováno, stalo se tak poskytovatelem sociálních služeb působícím v Moravskoslezském kraji. Podpora lidí s duševním onemocněním je posláním organizace. Primární je pomoc a podpora nemocných a jejich rodin, okolí s přijetím nemoci. Integrace do společnosti, vytvoření zamezení před sociálním vyloučením. Nabízí sociální poradenství, klubové aktivity, pracovní a sociální rehabilitaci a taktéž vzdělávání. Finanční prostředky na chod organizace získává především za pomoci státních dotací, strukturálních fondů, sponzorských darů. (ANIMA VIVA z. s., [online])

Cíle, poslání a zásady

Cílem organizace je podpora v co největší samostatnosti lidí s duševním onemocněním, zdravotním postižením v péči o sebe a svou domácnost. Podpora práv a schopnosti samostatně vyřídit osobní záležitosti, vytvoření nových sociálních kontaktů. Nedílnou součástí cílů organizace je příprava a nácvik pracovních činností k následnému získání zaměstnání na chráněném, popřípadě otevřeném pracovním trhu.

Služba sociální rehabilitace má především poslání podporovat a posilovat osoby s duševním a zdravotním postižením při zapojení se do běžného života. V sociální rehabilitaci jsou vždy respektovány individuální potřeby klienta.

Mezi zásady organizace patří etický přístup ke klientům, dbát u klienta na zodpovědnost sama za sebe, podpora svobodného rozhodování směřující k nezávislosti klienta. Je využívána i zásada respektování soukromí. Zaměstnanci pracují v týmu. Je respektován individuální přístup. (ANIMA VIVA z. s., [online])

Místa poskytování služeb

Klub Kafe Ostrava a Kafárna

Poskytované služby: sociální rehabilitace

Adresa: Čujkovova 40 a, Ostrava - Zábřeh

Zaměstnávání OZP v ANIMA VIVA

Poskytované služby: chráněná práce a pracovní uplatnění

Adresa: pracoviště ANIMA VIVA a partnerské organizace

Centrum ANIMA Opava

Poskytované služby: sociální rehabilitace

Adresa: Liptovská 21, Opava – Kylešovice

Kontakt: 553 821 300, 739 404 488

Sociální poradna

Poskytované služby: odborné sociální poradenství

Adresa: Sušilova 1, Opava

Kontakt: 739 404 544

(ANIMA VIVA z. s., [online])

Program zaměřený na rozvoj osob v běžných denních aktivit, péče o domácnost a vzdělávání.

V sociální rehabilitaci je nabízena podpora při podpoře v běžných denních činnostech. Pomáhá řešit vztahy, probíhají nácviky péče o svou osobu, domácnost, podpora při zvládnutí úkonů spojených s úředními úkony. Podpora klientů v soběstačnosti. Rozvoj kognitivních dovedností pomocí kurzů angličtiny nebo práce na PC. Klienti mohou využít doprovody při určitých výkonech-návštěva u lékařů, vyřizování administrativních záležitostí na úřadech a institucích. Služba nabízí psychoterapie, sociálně terapeutické aktivity nebo poradenství v oblasti psychosociální. (ANIMA VIVA z. s., [online])

Program zaměřený na přípravu k zaměstnání a hledání práce.

Návaznost na sociální rehabilitaci má sociální poradna. Poradna poskytuje poradenství a potřebné informace o zaměstnávání osob se zdravotním omezením za spolupráce s místním Úřadem práce. Probíhají nácviky pracovních dovedností s následným uplatněním a zařazením na pracovní místo v podporovaném zaměstnávání. Závislost doby sociální rehabilitace závisí na mnoha faktorech. Především musí mít zájem o práci samotný klient, další ovlivňující faktor je zdravotní stav. Doba nácviku pracovních dovedností je 3 měsíce. Za pomoci služby Sociální poradna ANIMA VIVA může klient získat potřebné informace o programech politiky zaměstnanosti pro osoby se zdravotním postižením. Klient sociální rehabilitace si může vybrat nácvik pracovních dovedností v různých oblastech – úklidové, zahradní práce v KC Liptovská v Opavě Kylešovicích, popřípadě u jiných veřejných nebo soukromých subjektů. Nácvikové aktivity jsou prováděny v budově a na zahradě. Jemná a hrubá motorika je procvičována v rukodělné dílně při výrobě dárkových, upomínkových a propagačních materiálů. Mezi další nabízené nácvikové aktivity pracovních dovedností patří tréninková kavárna. Sloužící nejen pro nácvik, ale je zde také možnost pracovního zařazení. (ANIMA VIVA z. s., [online])

Závěr

Mylná je domněnka naší společnosti, že schizofrenie je rozdvojená osobnost člověka. Jednou je člověk zlý, podruhé hodný, časté je spojování s agresivitou a nebezpečností svému okolí. Tento názor není zase až tak pravdivý. Schizofrenie je mnohem složitější onemocnění. Onemocnění je prezentováno nejčastějšími příznaky a to halucinacemi. To je však jeden z mála příznaků. Schizofrenie je psychické onemocnění s projevy poruchy myšlení, vnímání, poruchami komunikace, řeči a chování, emoční oploštělost. Pro tato onemocnění je důležitá včasná diagnostika a volba vhodné léčby. Schizofrenie dokáže ovlivnit život člověka mnoha způsoby. Pro laiky je žít život v těle schizofrenika nepředstavitelná skutečnost. Člověk s nemocí trpí halucinacemi, bludy, nespavostí, má problémy s motorikou, společnost se k němu staví zády, okolí ho stigmatizuje a spojuje s trestnou činností. V oblasti vztahové nedokáže navázat vztahy, nevěří svému okolí. Nemůže najít vhodné zaměstnání. Na druhou stranu v léčbě schizofrenie došlo k vývoji, dostupnost kvalitnějších a účinnějších léků. S reformou psychiatrické péče dochází k prezentaci nemoci na veřejnost, dochází k možnosti výběru specialistů, metody pro následnou péči jednotlivce s nemocí. Provázanost zdravotníků a sociálních pracovníků je také na místě. Člověk trpící schizofrenií potřebuje radu, pomoc odborníka. Sám si v mnohých životních situacích nedokáže poradit. Specifikum schizofrenie je, že někdy není na člověku vidět. Je to především stav mysli, nemoc probíhající uvnitř.

Diplomová práce měla vysvětlit pohled na schizofrenii. Ukázat integraci schizofrenního člověka do společenského, pracovního a běžného života ve společnosti. V teoretické části diplomové práce jsme se seznámili se základní terminologií. Je představen pojem schizofrenie, vznik a diagnostika schizofrenie, projevy a průběh schizofrenie. Popsala jsem také formy nemoci. V druhé kapitole této práce jsem se zaměřila na léčbu a podporu v nemoci, vyjmenování možnosti jednotlivých terapií. Návaznost stigmatizace na osobní, společenský a pracovní život. Seznámení se sociální prací a vhodnými sociálními službami pro klienty s duševním onemocněním. Zdůraznění vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem. Z odborné stránky dávám důraz na spolupráci mezi zdravotníky a sociálními pracovníky v multidisciplinárním týmu a v rámci reformy psychiatrické péče nově budovaná Centra duševního zdraví.

Praktická část je zaměřena na pohled jednotlivých klientů se schizofrenií, na vlastní životní situaci a integraci. Jednotlivé případové studie jsou životní příběhy respondentů. Popisující jednotlivé životní etapy od zjištění nemoci, její průběh, léčbu až do současné doby.

Každá studie je unikátní, jedinečná. Klienti popisují vztahovou, rodinnou, volnočasovou oblast, pracovní zařazení, začlenění do společnosti. Individuální využití sociálních služeb v příslušném regionu. Další vize do budoucnosti. Vyhodnocení je ve srovnávacích tabulkách, kde se popisují jednotlivé hodnotící kategorie.

Hlavním cílem této práce je zjistit jak jsou integrováni lidé trpící schizofrenií do společnosti, zda je jim nabízen dostatek sociálních služeb. Bylo zjištěno na zkoumaném vzorku respondentů z regionu Opavska, že v popisované oblasti je dostatek příležitostí pro osoby s duševním onemocněním. Je zde dostatek organizací poskytujících sociální služby. Na velmi dobré úrovni pracuje multidisciplinární tým a v neposlední řadě je u zrodu Centrum duševního zdraví.

Seznam obrázků

Obr. č. 1 - Centra duševního zdraví v ČR

Obr. č. 2 - Kostel v Opavě

Obr. č. 3 - Hrad Cvilín

Obr. č. 4 - Rekreační chata

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Klient č. 1 - Pan Z.

Tabulka č. 2 - Klient č. 2 - Pan J.

Tabulka č. 3 - Klient č. 3 - Paní V.

Tabulka č. 4 - Klient č. 4 - Pan T.

Tabulka č. 5 - Klient č. 5 - Paní J.

Tabulka č. 6 - Klient č. 6 - Pan D.

Seznam použité literatury

ANIMA VIVA z. s. [online]. Opava: ANIMA VIVA z. s. Posl. úpravy 2018 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <http://www.animaviva.cz>.

ANTHONY, William A. 1993. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal [online]. [Cit:29.12.2018]. Dostupné z: http://elearningzoom.com/courses/CPRPPREP1ZD3BGC/document/Anthony_Recovery_Article.pdf.

ARMÁDA SPÁSY V ČESKÉ REPUBLICE z.s. [online]. Opava: Armáda spásy v České republice, z.s.. Posl. úpravy 2016 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <http://www.armadaspasy.cz/>.

ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. In: 2006.

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

DAVIDSON, Larry, Janis L. SYMANSKI-TONDORA, Martha STAEHELI LAWLESS, Maria O'CONNELL a Michael ROWE. 2017. Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení: nástroje transformace péče o duševní zdraví. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-906574-0-3.

DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. 1999. Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-628-5.

ELKIS, Hélio a Herbert Y. MELTZER. Therapy-resistant schizophrenia. Basel: Karger, c2010. Advances in biological psychiatry, v. 26. ISBN -978-3-8055-9511-7.

FISHER, Daniel B. The Empowerment Way to Recover Your Life. Heartbeats of hope. Lawrence, Massachusetts: National Empowerment Center, c 2017. ISBN 978-0-692-76459-6.

FOKUS – Opava z. s. [online]. Opava: FOKUS – Opava z. s. Posl. úpravy 2018 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z : <http://www.fokusopava.cz>

HENDL, Jan. 2008. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

- KALINA, Kamil. 2001. Jak žít s psychózou. Praha: Portál. ISBN 80-7178-563-6.
- KOPŘIVA, Karel. 2011. Lidský vztah jako součást profese. 6., V Portálu 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-922-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. Psychologie nemoci. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2001. Základy sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK Oldřich a kol. 2005. Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál. ISBN 80-7376-022-X.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2007. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MICHALÍK, Jan. 2011. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- MOTSCHNIG, Renate a Ladislav NYKL. 2011. Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3612-9.
- NOVOSAD, Libor. 2009. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
- NOVOSAD, Libor. 2011. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.

PRACOVNÍ SKUPINA PŘI NÁRODNÍM CENTRU PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. 2013. Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním. Výstupy pracovní skupiny Transformace služeb pro osoby s duševním onemocněním. [online]. 22. dubna 2013. Praha: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. [cit. 2017-10-14]. Dostupné z <http://www.fokuser.cz/index.php/knihovna/file/244-doporuceni-k-transformaci-sluzeb-pro-osoby-sdusevnim-onemocnenim>.

PRAŠKO, J., M. BAREŠ, J. HORÁČEK, P. MOHR, L. MOTLOVÁ, D. SEIFERTOVÁ a F. ŠPANIHEL. 2005a. Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group. ISBN 80-239-5482-2.

PRAŠKO, Ján. 2005b. Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. Praha: Portál. ISBN 80-7178-997-6.

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

PROCHÁZKOVÁ, Lucie. 2009. Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce. Brno: MSD. ISBN 978-80- 7392-094-4.

REITMAYEROVÁ, Eva a Věra BROUMOVÁ. 2015. Cílená zpětná vazba: metody pro vedoucí skupin a učitele. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0988-1.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. 2000. Psychická úskalí pomáhajících profesí. Praha: Portál. ISBN 80-7178-312-9.

STAKE, Robert E. The art of case study research. Thousand Oaks: Sage Publications, c1995. ISBN 080395767X.

STROSSOVÁ Ivana, KURTINOVÁ Radka. 2016. *Metodika multidisciplinárního týmu*. Fokus Opava. [Cit: 1.12.2018]. Dostupné také www.fokusopava.cz/dokumenty/Fokus_Metodika-MT.pdf.

SURYNEK, Alois. 2001. Základy sociologického výzkumu. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-038-4.

ŠABATOVÁ, Anna. 2014. Respekt k lidské důstojnosti začíná na úrovni slov a myšlení. *Sociální služby*, č. 5, s. 18. ISSN 1803-7348.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. 2002. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.

VIERECKL, Michael. 2017. Reforma psychiatrické péče v ČR. *Sociální služby*, č. 1, s. 28-29. ISSN 1803-7348.

WALKER, Elaine, Lisa KESTLER, Annie BOLLINI a Karen M. HOCHMAN. SCHIZOPHRENIA: Etiology and Course [online]. 15. 9. 2003 [cit. 2019-03-04]. DOI: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141950.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online], MPSV ČR [cit. 2017-3-7]. Dostupné na [www:https://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon_c._108_2006__stav_k_1.8.2016.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon_c._108_2006__stav_k_1.8.2016.pdf)