

**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 7. 11. 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
1.2.1 Vnímání a myšlení	11
1.2.2 Afektivita a vztahy.....	12
1.2.3 Chování, jednání, volní kapacita.....	13
1.2.4 Komunikace	13
1.2.5 Norma a stigma	14
2 Léčba a podpora v nemoci	16
2.1 Psychoterapie a psychosociální intervence	17
3 Postavení člověka se schizofrenií v osobním, společenském a pracovním životě.....	20
3.1 Bydlení	21
3.2 Zaměstnávání.....	22
3.3 Volný čas	22
3.4 Integrace do společnosti	23
4 Reforma psychiatrické péče a zdravotně-sociální služby pro lidi s duševním onemocněním.....	24
4.1 Centra duševního zdraví.....	25
4.2 Multidisciplinární tým.....	27
5 Sociální služby pro duševně nemocné	29
6 Výzkumné šetření	31
6.1 Výzkumný problém	31
6.2 Cíl výzkumu, výzkumné otázky	31
6.3 Výzkumná strategie	32

6.4 Etické aspekty výzkumu.....	37
6.5 Časový harmonogram a realizace výzkumu.....	38
7 Výsledky výzkumu	39
7.1 Případová studie pana Z.	39
7.2 Případová studie pana J.	43
7.3 Případová studie paní V.	47
7.4 Případová studie pana T.	50
7.5 Případová studie paní J.....	54
7.6 Případová studie pana D.....	58
8 Zpracování, analýza získaných dat	62
8.1 Data získána pomocí kódování se shrnujícím komentářem	62
8.2 Kategorie	67
9 Shrnutí zjištěných faktů	70
10 Diskuze.....	73
10.1 Limity, slabé a silné stránky výzkumu	75
10.2. Doporučení pro praxi.....	76
Závěr	77
Seznam použité literatury.....	79
Seznam použitých symbolů	84
Seznam tabulek	85
Seznam příloh	86

Úvod

„ Schizofrenie je jako bdělá noční můra. “

Elyn Saks

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

Thomas R. Insel

Předkládaná diplomová práce se zabývá sociální integrací lidí s duševním onemocněním typu schizofrenie. Toto duševní onemocnění je bezesporu opřeno množstvím mýtů, předsudků, strachů a obav. Ty nabývají na své intenzitě zvláště tehdy, je-li toto duševní onemocnění prezentováno např. v médiích v souvislosti s určitými kauzami, kde figurují duševně nemocní, když se někomu nebo někde stane nějaké neštěstí. Často je zde jedna strana tou poškozenou v roli oběti a ta druhá zůstává v roli duševně nemocného, laické veřejnosti předkládaného diagnostickým jazykem, jako nebezpečný jedinec. Určitá démonizace tohoto onemocnění velice nahrává jejímu nepochopení. Do často odborných výrazů a popisu této nemoci si člověk zpravidla vkládá právě své strachy, obavy nebo předsudky, které o tomto duševním onemocnění má nebo je někde zaslechl. Je těžké si představit, jaké to může být ztratit v důsledku nemoci schopnost logicky myslet, cítit emoce tak, jak jsme byli běžně zvyklí. Těžce je představitelná situace, kdy náš mozek s námi hraje podivné hry, křičí a našeptávají nám hlasy, které kdoví komu patří.

Člověk se bohužel může stát obětí druhého člověka a podobně se člověk může stát obětí závažné nemoci. Role oběti je však v každém případě složitý fenomén a nenašli bychom snad na světě jediného člověka, který by se chtěl v takové roli, byť jen na okamžik, ocitnout. Podobně i člověk se schizofrenií si svou nemoc nevybral a tato nemoc mu nečiní ze života příjemné místo k bytí. Všichni toužíme po spokojeném životě, bez nemoci a neštěstí, být v kruhu své rodiny a přátel, zapojen do života v běžných každodenních událostech, radostech i občasných strastech. Z mého pohledu a ze zkušenosti z práce s lidmi s tímto onemocněním věřím, že i u nich tomu není jinak.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První část je teoretická a zabývá se základní terminologií ve vztahu k možnému původu, vzniku a příčinám onemocnění. Dále se tato část věnuje způsobům léčby a sociální stránce tohoto onemocnění, jehož dopady můžeme

zaznamenat v oblasti rodinných a blízkých vztahů. Tak vzniká potřeba využít pomoci z nabízeného spektra sociálních služeb, sociálního zabezpečení a reformy psychiatrické péče. Další probíraná oblast v teoretické části je otázka zaměstnání a práce. Tato oblast významně ovlivňuje sociální fungování a návrat člověka s tímto onemocněním do každodenního života ve všech jeho aspektech a souvislostech.

Druhá výzkumná část diplomové práce v sobě zahrnuje metodologii výzkumu. Pro samotný výzkum je zvolena kvalitativní výzkumná metoda, tj. případová studie-case studies. Jednotlivé případové studie zachycují člověka s duševním onemocněním schizofrenie v oblastech jako např. zdravotní a sociální stránka, rodinná, vztahová oblast, zaměstnanost, volnočasové aktivity a pohled do budoucnosti. Pohled na úspěšné začlenění klienta/ů se schizofrenií po propuštění z léčení do běžného života s akceptem na multidisciplinární podporu a využití nabízených sociálních služeb. Pro účely výzkumu jsou stanoveny tři výzkumné otázky. K vyhodnocení zjištěných dat je použita metoda kódování a hledání společných kategorií pro jednotlivé případové studie.

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 však 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

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, Baresš, Horáček, Mohr, Motlová, Seifertová, Španihel, 2005a).

Podle Vágnerové (2002) je schizofrenie jedna z 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, 2002).

Schizofrenie patří do skupiny tzv. *funkčních psychóz*¹ Kalina (2001). 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).

¹Pozn. Na rozdíl od organických nebo toxických psychóz nedoprovází funkční psychózy žádné zjizvitelné a typické poškození nebo ovlivnění mozkové tkáně. Nemoc je vyjádřena jako porucha funkcí nervové soustavy, osobnosti a sociálního pole Kalina (2001, s. 16-17).

1.1 Vznik a diagnostika schizofrenie

I přes stále probíhající výzkum v oblasti vzniku schizofrenie není doposud její vznik zcela dostatečně známý. Shoda panuje v tom, že zde svojí roli sehrává společné působení biologických a psychosociálních faktorů. Řada z nich je pak vrozená a jiné bývají způsobeny vlivy prostředí, ve kterém člověk žije. Další z faktorů, které spolu působí při vzniku schizofrenie, jsou události, které člověk prožil.

Podle Mohra (2012) samotná diagnóza schizofrenie vychází z klinické manifestace symptomů. Podle autora neexistují žádné specifické testy ani vyšetření, většina morfologických a funkčních abnormních nálezů je nespecifických. Při stanovení diagnózy stále hraje největší úlohu klinické vyšetření. Ostatní vyšetřovací metody (laboratorní testy, zobrazovací metody) mají význam v diferenciální diagnostice, případně jako pomocné doplňkové metody. V diagnostice schizofrenie a při diferenciálně diagnostické rozvaze zaujímá významné postavení psychologické vyšetření, především asociační a projekční testy. V souvislosti se zvýšeným zájmem o kognitivní postižení u schizofrenie získávají na významu neuropsychologické testy (Mohr, 2012, s. 343).

Jak uvádí Mahrová a Venglářová (2008), schizofrenie začíná většinou v časně dospělosti a 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).

Onemocnění postihuje muže i ženy přibližně stejně často. Za typický věk počátku onemocnění autoři uvádí období adolescence a mladší dospělosti. Výsledky epidemiologických studií podle autorů vcelku konzistentně udávají celoživotní prevalenci onemocnění mezi 1–1,5 %. Nedávný reprezentativní celoevropský průzkum zkoumající břímě onemocnění mozku ukázal, že s prevalencí 1,2 % schizofrenie postihuje přibližně 5 milionů Evropanů (Wittchen, Jacobi, Rehm et al., 2011).

Mezi biologické faktory vzniku onemocnění řadíme vliv dědičnosti. Výskyt schizofrenie v rodině významně zvyšuje pravděpodobnost jejího možného výskytu v podobě 10% pravděpodobnosti přenosu z rodiče na dítě. V případě onemocnění u obou rodičů je pravděpodobnost na 30-40% (Praško a kol., 2005a). Důležité je podle Praška a kol. (2005a)

zmínit, že se dědí vlohy a náchylnost k onemocnění, nikoli sama nemoc. Důležitou roli hrají také negenetické, zevní vlivy. Zde patří virové infekce plodu před narozením, narušená výživa v období těhotenství matky, porodní komplikace.

Pro pochopení vzniku schizofrenie je důležitá znalost fungování a konstituci mozku, zejména pak funkce neuronů, jejichž správná činnost a vzájemné propojení je jedním z předpokladů zdravého fungování. V případě mírného narušení vzájemného propojení neuronů nedochází ke změnám na úrovni psychických funkcí. Při výrazném narušení je vyrovnávací schopnost mozku s narušeným propojením nedostačující a zde je možnost pro vznik 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 je onemocnění s velmi proměnlivým průběhem. Průběh onemocnění u konkrétního pacienta vychází z predikce, která zohledňuje symptomatologii nemoci, přítomnost komorbidních duševních poruch, délku do zahájení léčby antipsychotiky. Důležitým aspektem je pacientovo (klientovo) subjektivní hodnocení léčby v čase (Kašpárek, 2009).

Mohr (2012) zmiňuje, že plnému rozvoji příznaků může předcházet prodromální fáze postupných změn, zejména povahových. Patří sem uzavírání se do sebe, změna zájmů, sociální stažení, zvýšený zájem o esoterická témata, nezřídka vedoucí k tzv. planému mudrování, pseudofilozofování a celkové zhoršení kognitivního výkonu. Průběh onemocnění bývá variabilní. Může se jednat o jedinou epizodu s následnou úzdravou nebo přetrvávajícím postižením, opakované akutní epizody onemocnění s remisemi s návratem na premorbidní úroveň mezi epizodami, se stálým postižením (defektem), s narůstajícím defektem mezi atakami. Prognosticky nejméně příznivá je varianta chronického průběhu (s akutními epizodami i bez nich), s postupně se prohlubujícím postižením (Mohr, 2012, s. 343-344).

Pro Češkovou a kol. (2006) je pro schizofrenní onemocnění typické narušení významných psychických funkcí. Jedná se o poruchu myšlení, vnímání, oploštělá nebo neadekvátní emotivita a narušené jednání a chování. Schizofrenie jako psychotické

onemocnění je charakterizováno bludy, halucinacemi, dezorganizovaným slovním projevem a chováním, poruchou vnímání reality.

Za nejběžnější typ schizofrenie považuje Češková a kol. (2006) *Paranoidní schizofrenii*. Ta se podle autorů vyznačuje především bludy, které jsou provázeny halucinacemi, zejména hlasovými, které dávají příkazy, nebo pacientovi něčím hrozí. 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*, která se projevuje zvýšenou až bezcílnou aktivitou motoriky, manýrování, grimasy nebo naopak stuporem. Velmi časté bývají stereotypie ve verbálním projevu a chování. Žádnému z výše uvedených typů neodpovídá *Nediferencovaná schizofrenie*, u které nelze zcela rozhodnout, která symptomatologie je v popředí (Češková a kol. 2006, s. 185).

Elkise uvádí čtyři faktory, které na základě pozorování velkého počtu schizofrenních klientů, byly zjištěny za pomoci analýzy jako typické pro toto onemocnění.

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

1.2.1 Vnímání a myšlení

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, kdy jsou vnímány 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.

Mahrová a Venglářová (2008) popisují myšlení u schizofrenie jako rozjíždivé, které často nedává smysl. Bývá narušený filtr třídění informací, řada podnětů má stejnou důležitost. Je obtížné soustředění se na podstatné informace a komunikace je 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).

1.2.2 Afektivita a vztahy

Schizofrenní lidé se zpravidla cítí prázdni, nezakotvení, znečitlivělí, 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 (Probstová, Pěč, 2014, s. 49- 53).

Není výjimkou, že u lidí se schizofrenií jsou časté 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, Pěč, 2014, s. 49- 53). Fisher (2016) zmiňuje protichůdné tendence ve vztazích u schizofrenních klientů. Ti kolísají ve vztazích mezi žádostivostí připoutat se k druhé osobě, zvláště osobě, které důvěřují (kamarád, lékař, terapeut, sociální pracovník, rodinný příslušník) nebo naopak podezřívavostí a nedůvěrou k druhým lidem se stáhnou a uzavřou před kontaktem s ostatními. Dochází často k prolínání obou tendencí ve stejnou dobu. Dále autor zmiňuje, že lidé, kteří mají pevnější a dlouhodobý vztah s klientem léčícím se schizofrenií mohou pociťovat bezmoc, zoufalství, dochází k odmítnutí pomoci. U schizofreniků je brán v potaz fakt, že psychóza je důsledkem rozpadu dialogu v sociální síti (Fisher, 2016, s. 145-146).

1.2.3 Chování, jednání, volní kapacita

Chování lidí se schizofrenií je ovlivněno bludy a halucinacemi. Dochází tak k náslechoým 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 (Probstová, Pěč, 2014, s. 49- 53).

1.2.4 Komunikace

Psychózy způsobují vážné narušení schopnosti dialogu. To se rovněž projevuje i sníženou kapacitou pro vnitřní dialog (Avdi, Lerou, Seikkula, 2015). Při rozhovoru s osobou trpící schizofrenní poruchou je podstatné vědět, v jaké fázi se choroba a léčení právě nachází. Nachází-li se v relapsu nebo atace je komunikace ztížena, mnohdy znemožněna. Řeč se může zdát po formální stránce nepostiženou, častěji však, ale bývá postižena ve smyslu nepřirozenosti řeči, člověk mluví monotónně či naopak s gradovanou dynamikou, dochází k zastřenému vyjadřování potřeb a přání (Michalík a kol. 2011, s. 161).

Komunikaci můžeme podle Motschniga a Nykla (2011) považovat za nejdůležitější formu sociální interakce. Záleží proto 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 tak měl naučit naslouchat a empaticky porozumět a vytvářet z komunikace rovnocenné partnerské setkání s respektem na rozdílnost názorů (Motschnig, Nykl, 2011, s. 34-35).

Komunikace, přístup a kvalita vztahu jsou při práci s lidmi se schizofrenií důležitým východiskem. Pro tyto aspekty je potřeba základní znalost psychopatologie tohoto onemocnění a jejich zařazení do praxe. Nezbytný je projevený respekt, přirozenost v projevu a náš zájem. Je důležité budovat vztah založený na důvěře a toleranci. Možnost halucinací ze strany klienta, může ovlivňovat vzájemné nepochopení mezi klientem a sociálním

pracovníkem (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 126-135). V průběhu nemoci je důležitá komunikace klienta s jinými osobami, rodinnými příslušníky, lékaři, terapeuti, sociálními pracovníky. Za velmi podstatnou můžeme pokládat zpětnou vazbu směrem ke klientovi (Probstová, Pěč, 2014, s. 49- 53).

1.2.5 Norma a stigma

Norma

Normu charakterizujeme jako dobovou obvyklost. Společností uznávané kritérium k hodnocení určitého jevu. Normalita představuje stav jedince, skupiny, společnosti odpovídající 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. Toto může sloužit jako pomůcka pro urychlení porozumění klientovi. Stává

se, že se porozumění zablokují, přiřazením psychopatologického termínu a klient je 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 a začít znovu žít plnohodnotný život.

2 Léčba a podpora v nemoci

Léčba vychází ze současného pohledu na schizofrenní poruchu, kterou dnes považujeme u většiny nemocných za celoživotní onemocnění s přetrvávajícími příznaky a občasnými relapsy. Léčba by tak měla být komplexní, individualizovaná a měřitelná. Komplexní léčba zahrnuje psychofarmakoterapii, péči o tělesný stav a psychosociální intervence (Češková, 2009).

Podobně jako Češková (2009) autoři Fenton a Schollerová (2000) uvádí, že současná doporučení pro léčbu schizofrenie, která vychází z evidence-base medicine, hovoří o komplexním a individualizovaném přístupu, který integruje pokroky v psychofarmakologii s psychosociálními strategiemi (Fenton, Schollerová, 2000, s.1).

Cílem dlouhodobé léčby je pak podle Látalové a Pidrmana (2006) dosažení remise a úzdravy bez relapsu. Vzhledem k dlouhodobému průběhu onemocnění jsou nezbytné pravidelné kontroly stavu a znovu hodnocení terapeutických postupů. Těžištěm dobře vedené léčby schizofrenie je farmakoterapie. Od počátku je důležitá edukace pacienta a jeho rodiny, důležitý je komplexní terapeutický přístup zahrnující zejména pomoc v sociálním fungování, zvládání stresových situací a přejímání odpovědnosti za vlastní život (Látalová, Pidrman, 2006, s. 158).

Kalina (2001) považuje jako nejúčinnější formu terapie takovou, kdy dochází ke komplexnímu multidisciplinárnímu přístupu a spolupráci klienta s odborným týmem. Léčení, které pak pokračuje po propuštění z nemocnice tzv. doléčování, je důležitou součástí prevence vzniku recidivy. Proto je důležité v tomto období dodržovat medikaci, účastnit se dalších léčebných, psychoterapeutických a socioterapeutických programů na doporučení ošetřujícího lékaře (Kalina, 2001).

Onemocnění a jeho léčba je proces, který má určité fáze. Tyto fáze se liší ve svých cílech, a proto je nutné v průběhu nemoci použít rozdílnou strategii a taktiku. Léčebné fáze tak můžeme chápat jako akutní, stabilizační a udržovací (dlouhodobá) léčba. Akutní fáze (léčba) si klade za cíl redukci psychotických příznaků, nejčastěji za použití farmakoterapie antipsychotiky. Na tuto akutní fázi trvající zpravidla ve vazbě na projevy účinků nasazené medikace, kdy se jedná o 2-3 týdny, navazuje stabilizační. Cílem je dosažení předchozí úrovně fungování. Bereme v úvahu, že negativní příznaky a kognitivní deficit se zmírňují pomaleji, než produktivní příznaky (Češková, 2009).

Pěč (2009) připomíná, že moderní farmakologická léčba schizofrenie je jednou, ne však jedinou cestou, jak pomoci člověku zvládat své onemocnění. Není výjimkou, že i přes použití moderní a dostupné medikace, řada lidí se schizofrenním onemocněním opakovaně vykazuje nejrůznější symptomy a kognitivní deficity. Tito lidé trpí častými relapsy onemocnění, selhávají ve svých sociálních rolích a nemají dostatečně vyvinutý repertoár sociálních dovedností. Mezilidské vztahy se svými příbuznými jsou napjaté, nespolupracují při léčbě a bývají bez zaměstnání (Pěč, 2009).

2.1 Psychoterapie a psychosociální intervence

Podle Fentona a Schooler (2000) se na okruhy psychosociálních problémů zaměřuje psychoterapie či obecně psychosociální intervence. V obecném smyslu tyto intervence usilují o posílení vnitřních zdrojů ke zvládnutí a adaptaci u těch pacientů, kteří se vyznačují značnou zranitelností a současně o zabezpečení dostatečného stupně sociální podpory tak, aby mohli co nejlépe odolávat nárokům z vnějšího prostředí (Fenton, Schooler, 2000). Psychoterapie, psychosociální intervence, užívání psychofarmak či elektrokonvulze jsou součástí integrální léčby. Kombinací těchto léčebných metod se zvyšuje účinek léčby což má za následek zlepšení zdravotního stavu nemocného a jeho *kvality života*².

Ústředním motivem psychoterapeutických snah je podpora pacienta ve vědomí, že není pasivní obětí příznaků psychózy, nýbrž že se jim může účinně bránit a vítězit. V terapii schizofrenních poruch bylo zkoušeno mnoho psychoterapeutických směrů a postupů. Důraz je kladen především na to, aby pacient byl edukován o povaze svého onemocnění, o metodách a technikách léčby, o průběhu a úskalích psychózy, o vedlejších účincích psychofarmaka, o možných následcích po prodělané chorobě. Do edukačního procesu je nutno zapojit i příbuzné, event. osoby z okolí pacienta, neboť interakce uvnitř rodiny a rodinné klima mohou dost výrazně ovlivňovat průběh psychotické poruchy. Jedná se

²Pozn: Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické, spirituální (duchovní) a sociální pohody“. Nikoliv pouze jako nepřítomnost nemoci. Tato definice je jedním ze základních stavebních kamenů mnoha dalších vymezení pojmu *kvalita života*. K hodnocení *kvality života* můžeme přistupovat ze dvou hledisek a to objektivního a subjektivního. Objektivní *kvalita života* je založena na materiálním zabezpečení. Objektivními indikátory jsou fakta o sociální situaci jedince, kam spadá například to, zda je či není nemocný zaměstnan, zda má či nemá partnera, zda má či nemá nezávislé bydlení a sociální kontakty. Zdroj: VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.

v podstatě o kognitivně - behaviorální přístup, při jehož použití bylo dosaženo nejlepších výsledků (Látalová, Pidrman, 2006, s. 159).

Nedílnou součástí kvalitní péče je dnes sociálně rehabilitační služba nebo aktivizační služba a socioterapie. Dalšími prostředky jsou chráněná pracovní místa a chráněné bydlení. Je třeba individuálně posoudit každého pacienta a jeho zdravotní handicap a nabídnout mu pomoc nejen v oblasti zdravotní, ale také sociální.

Rehabilitace by měla vést alespoň k částečnému navrácení schopností pacienta, které byly jeho onemocněním narušeny nebo sníženy, a tím mu ztížily, nebo dokonce znemožnily plnohodnotně se zapojit do běžného života. Specificky je zaměřena na nácvik sociálních dovedností a sociálních vztahů, vedoucích k postupnému návratu do rodinného a společenského dění. K tomuto jsou využívány především denní kliniky (stacionáře), psychosociální centra, socioterapeutické kluby, svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných. Snahou všech uvedených zařízení je pomoci nemocnému převzít část odpovědnosti za svůj stav, aktivně se zúčastnit léčení (Látalová, Pidrman, 2006, s. 160).

Socioterapie podporuje individualitu klienta, především zdravé, normální na nemoc nenavázané 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. 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).

Na poli psychoterapeutických, resp. psychosociálních přístupů a se začíná prosazovat *Otevřený dialog*³. Podle Avdi, Lerou a Seikkula (2015) je základním stavebním kamenem tohoto přístupu samotný dialog. Vychází se zde z předpokladu, že dialog pomáhá mobilizovat psychologické zdroje, které jsou vlastní jak samotnému klientovi, tak jeho rodině, sociální síti a potažmo všem účastníkům kolem klienta, kteří se dialogu mohou účastnit. Proces dialogu tak umožňuje projevit silné emoce, společně vytvořit nová pojmenování pro náročné zkušenosti a nechat vzniknout nová porozumění pro některé situace. Terapeutova citlivá účast v přítomném momentu diskuze mezi zúčastněnými se považuje za zásadní pro vytvoření dialogu.

Avdi, Lerou a Seikkula (2015) chápou prostřednictvím dialogického přístupu klientovy verbalizované zkušenosti jako pochopitelné reakce na stresové a zátěžové situace. V tomto dialogickém pojetí můžeme tak podle autorů psychotického chování chápat tak, že tělo mluví metaforou, „vypráví“ a přehrává osobní příběh. Lidé během halucinací popisují skutečné události a zkušenosti, přestože způsob, jakým je popisují, může být matoucí a tudíž nemusí být zpočátku pro posluchače možné pochopit jejich význam. Psychotické zkušenosti tak vlastně převezmou všechny příběhy a zkušenosti z života člověka s psychózou a ostatní hlasy umlknou, nebo je obtížné je slyšet. Podobně psychózy způsobují vážné narušení schopnosti dialogu, což je zřejmě sníženou kapacitou pro vnitřní dialog (Avdi, Lerou, Seikkula, 2015).

³Otevřený dialog je komplexní způsob organizace péče o duševní zdraví, který zahrnuje psychoterapeutickou práci s lidmi procházejícími akutní psychosociální krizí a s jejich sociální sítí. Vznikl jako jedna z inovací léčby schizofrenie a v kraji svého původu, ve finském Západním Laponsku, se díky otevřenému dialogu podařilo výrazně snížit výskyt nových případů diagnózy schizofrenie. Přístup otevřeného dialogu se však dnes uplatňuje v mnoha různých kontextech (nejen) péče o duševní zdraví, např. v léčbě depresí či poruch příjmu potravy. Obecně řečeno může být využitelný ve všech případech tzv. závažného duševního onemocnění (severe mental illness), včetně prevence těchto onemocnění pomocí takzvané časné intervence. V českém kontextu by se otevřený dialog mohl stát jednou z možností realizace center duševního zdraví, která by v budoucnu měla poskytovat péči právě lidem s diagnózou závažného duševního onemocnění. Zdroj: OTEVŘENÝ DIALOG [online]. Úvod. Praha ©2019. [cit. 14.9.2019] Dostupné z: <http://www.otevrenedialogy.cz/index.php>

3 Postavení člověka se schizofrenií v osobním, společenském a pracovním životě

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.

Lidé se schizofrenií jsou stále skupinou, která je vysoce ohrožena sociálním vyloučením. Odbornou i laickou veřejností je vnímání lidí se schizofrenií vysoce odlišné. Jedná se o celospolečenský problém, při jehož řešení je potřeba zohlednit a pochopit nejrůznější aspekty, kterými se tato nemoc odlišuje od ostatních onemocnění.⁴

Kvalitu života člověka se schizofrenií ovlivňuje jeho zpětné, byť i jen částečné integrování do společnosti. Jako minimální podmínka na straně nemocného se jeví schopnost náhledu, být si vědom svého handicapu a společně s lékařem na něm neustále pracovat. Dále je zde podmínka maximální možné podpory v rodině a svém nejbližším okolí. Většina lidí přitom nevnímá, že právě tyto skupiny kolem nemocného nesou obrovskou každodenní psychickou zátěž. Důležitá je otázka zaměstnanosti, kdy zaměstnavatel musí vytvářet maximální podmínky pro využití jednotlivých handicapovaných pracovníků s maximálním důrazem na jejich zdravotní stav, ale také na dodržování zadaných a nastavených pravidel na pracovišti. V neposlední řadě je společenským požadavkem uvědomit si, že takto nemocný člověk má své pochopitelné limity, které je potřeba akceptovat a začleňování do společnosti podporovat.

Podle Novosada (2009) je při řešení problematiky soužití majority (zdravých jedinců), a minorit (lidí se sociálním a zdravotním znevýhodněním) určujícím faktorem tolerance. Novosad rovněž zmiňuje, že 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

⁴PSYCHIART – INSTITUT PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE o.p.s. *Začleňování osob s duševním onemocněním schizofrenií do společenského a pracovního života*. Brno: Jihomoravský kraj v rámci Projektu „Zdravý kraj“, 2015. ISBN 978-80-905683-3-4

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).

3.1 Bydlení

Pro duševně nemocné existuje několik způsobů bydlení. Žijí v domácím prostředí, v psychiatrických léčebnách, v zařízeních sociálních služeb, mezi které patří zejména specializované domovy se zvláštním režimem, domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením v minulosti nazývané ústavy sociální péče. Přibývají pobytová zařízení s různou mírou podpory a restrikce. Na druhou stranu zatím existuje jen malý počet komunitních zařízení, či služeb poskytujících podporu v přirozeném bydlení duševně nemocným. Důležité je, aby měl klient volbu rozhodnout se sám, kde bydlet chce. Nemalý podíl na bydlení klienta má i jeho rodina, kde vzájemná spolupráce a podpora je důležitým aspektem, který umožňuje setrvání klienta v domácích podmínkách (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 a vymaněním se z nevyhovujícího domácího prostředí působícího negativně na klienta. V této oblasti je možnost využití služeb sociální péče, formou podpory samostatného bydlení, které je poskytováno terénní formou lidem se sníženou soběstačností. Dále lze využít pobytovou službu formou chráněného bydlení (Probstová in Matoušek et al., 2005).

Probstová dále upozorňuje, že ne všichni klienti mohou být připraveni na samostatné 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 – domy/byty na půl cesty. 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 (Probstová in Matoušek et al., 2005).

3.2 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 postižení 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).

Pro lidi s duševním onemocněním je možnost pracovat nejen prostředkem k získání finanční nezávislosti. Možnost pracovat je spojena s pocitem někam patřit, získat vyšší společenský statut. Získání pracovní příležitosti a zejména udržení pracovních návyků u klientů se schizofrenií bývá často doprovázeno nesnázi. Zaměstnavatelé přijímají tyto osoby do zaměstnání většinou s obavami, 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, dříve než prezentují své schopnosti (Procházková, 2009).

3.3 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 jsou důležité 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 (Probstová, in Matoušek et al., 2005)

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 potencial a posílení sebevědomí. Prožitky bývají emocionální a nezapomenutelné. Klienti na zážitky dlouho vzpomínají (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 92-97).

3.4 Integrace do společnosti

Integraci 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 (Novosad, 2009, s. 24-25). Začlenění osob se schizofrenií do osobního, společenského a pracovního života však 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.

Soužití je spojeno se 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).

4 Reforma psychiatrické péče a zdravotně-sociální služby pro lidi s duševním onemocněním

Proměna péče o duševní zdraví se opírá o koncepční dokument Strategie reformy psychiatrické péče, schválený v roce 2013. Důvodem reformy psychiatrické péče je to, že psychiatrická péče v ČR nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a jako zdravotní obor se potýká s dlouhodobou podfinancovaností. Stávající systém péče má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích stavěných dle konceptu péče, který byl moderní v první polovině 20. století.⁵

Nejvýraznější změnou v systému psychiatrické péče je vznik a rozvoj Center duševního zdraví (dále jen CDZ) na komunitní bázi, podpora rozšířených ambulantních pracovišť, ale také vybudování psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic. Aktivity budou realizovány ruku v ruce s destigmatizačními a osvětovými kampaněmi, vzděláváním zdravotnických a nezdravotnických pracovníků, ale i okolí uživatelů psychiatrické péče – kromě jejich rodin a blízkých též pracovníků samosprávy, policie, justice, školství, pracovních úřadů apod. Vysoká pozornost bude přikládána zdraví a zdravotní péči, ale je vhodné si uvědomit, že z pohledu uživatelů péče je žádoucí brát v potaz i jiné kontexty, jako jsou např. zaměstnanost, bydlení, vztahy a stereotypy ve společnosti obecně (stigmatizace) a další.⁶

Komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má tudíž z velké části institucionální charakter. Perspektivními složkami komunitní péče je poměrně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Od devadesátých let minulého století došlo k mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče. Dále je v ČR etablováno cca 10 mobilních týmů, registrovaných jako sociální služby, které pracují v terénu s klienty s vícečetnými potřebami dlouhodobého

⁵MALÝ PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE [online]. Psychiatrická společnost ČLS JEP. Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN. [cit. 3.9.2019] Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

⁶ REFORMA PSYCHIATRIE. Reforma péče o duševní zdraví. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha ©2013. [cit. 3.9.2019]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/

charakteru. Péči zde poskytují převážně sociální pracovníci, spíše výjimečně jsou zastoupeni zdravotničtí pracovníci.

Aktivní vyhledávání těch, kteří potřebují odbornou pomoc, poskytují pouze 2 týmy. Specializované psychiatrické sestry zde jsou k dispozici pouze na 3 místech. Sociální programy, podpora bydlení, zaměstnávání apod. jsou zajišťovány zhruba třemi desítkami neziskových organizací specializovaných na vážně duševně nemocné, tyto organizace jsou zpravidla financovány dotacemi na poskytování sociálních služeb ze státního rozpočtu prostřednictvím MPSV, dále z rozpočtů krajů, obcí a specifických grantových titulů. Nutno upozornit na to, že stávající způsob financování je velmi nestabilní a objem prostředků limitovaný, což neumožňuje NNO systémově rozvíjet síť služeb a uvažovat v dlouhodobějších perspektivách. Do sítě péče o osoby s duševním onemocněním je nutno taktéž zahrnout lůžka v domovech sociální péče, a zvláště pak lůžka v domovech sociální péče se zvláštním režimem. Počty klientů s duševním onemocněním zde umístěných je možno odhadnout na několik tisíc. Odhadem nejméně 80 % finančních zdrojů na provoz státních sociálních služeb o osoby s duševním onemocněním je vázáno na pobytová sociální zařízení institucionálního typu, MPSV však v posledních letech realizovalo pilotní projekt deinstitucionalizace sociálních pobytových služeb, podobný projekt pro oblast psychiatrické péče dosud chybí.⁷

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).

4.1 Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví (dále jen CDZ), jsou novým nízkoprahovým pilířem pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Tímto pilířem se rozšiřuje systém péče v ČR a přibližuje ji tak blíže duševně nemocným. Poskytuje individualizovanou péči zejména vážně duševně nemocným, koordinuje dostupné služby s ohledem na potřeby klientů v jejich přirozeném

⁷STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE[online].Ministerstvo zdravotnictví ČR. Verze 1.0.2013.[cit. 22.9.2019] Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

prostředí. CDZ jsou pomyslným mezičlánkem mezi psychiatrickou ambulantní péčí a lůžkovou, akutní a specializovanou péčí.⁸

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.⁹

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).

Hlavní problém u dlouhodobého psychiatrického onemocnění spočívá v pokrytí potřeb klienta napříč jednotlivými odbornostmi. Týmy může tvořit praktický lékař, psycholog, psychiatr, terapeut, sociální pracovník, zdravotní sestry, psychiatrické sestry, peer konzultant. Součástí týmu je i rodina a blízcí klienta. Tento multidisciplinární tým úzce spolupracuje s poskytovateli sociálních i zdravotních služeb a svými intervencemi předchází stavům nutných hospitalizací. V případě nutnosti hospitalizace vytváří podmínky pro úspěšný, rychlý návrat zpět do domácího prostředí klienta (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 60-68).

⁸STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Verze 1.0.2013. [cit. 22.9.2019] Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf

¹⁰ STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Verze 1.0.2013. [cit. 22.9.2019] Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf

4.2 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. Sociální práci provádí osoba, která je dle zákona č. 108/2006 povinna splňovat kvalifikační požadavky, je profesně zařazena 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).

5 Sociální služby pro duševně nemocné

Podle Probstové (2005) jsou 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).

Mezi služby sociální péče dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, které jsou vhodné pro osoby s duševním onemocněním se podle Matouška (2007) 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).

Dále existují sociální služby, které pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení a řešit krizovou sociální situaci nebo ohrožující způsob života s návyky vedoucími ke konfliktům se společností. Cílem těchto služeb nejenom pro lidi s duševním onemocněním je napomáhat překonání nepříznivé sociální situace a současně chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Jde o služby sociální prevence. (§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 okrese Opava se nachází celkem 21 zařízení, resp. druhů a typů služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Jednotlivé služby pokrývají spektrum od pobytových, terénních až po ambulantní typy a druhy služeb pro osoby s duševním onemocněním či pro osoby s mentálním postižením. Významnou organizací na poli těchto služeb je např. FOKUS Opava z. s., který provozuje sociální rehabilitaci v ambulantní a terénní formě, dále má službu podporu samostatného bydlení, následnou péči nebo provozuje chráněné dílny.¹⁰

V teoretické části diplomové práce jsem se zaměřila na popis onemocnění schizofrenie. Snažila jsem se co nejlépe vysvětlit základní odbornou terminologii. Byl popsán vznik, diagnostika, formy, projevy a průběh onemocnění. Druhá kapitola teoretické části byla zaměřena na léčbu, podporu v nemoci. Další části nám blíže vysvětlují oblasti společenského, osobního a pracovního života klientů se schizofrenií. Poslední část nám nastiňuje vstup do života a využití sociální pomoci této cílové skupiny. Teoretická část proniká i do praktické roviny, do větší hloubky, zkoumá skutečný život a reálné projevy nemoci člověka v běžném životě. Tématem následující výzkumné části diplomové práce je integrace vybrané skupiny osob s duševním onemocněním typu schizofrenie. Téma bylo vybráno s ohledem na profesi, kterou vykonávám a také z důvodu aktuálnosti uvedené problematiky. Motivace pro tuto část diplomové práce je lidská zkušenost s duševním onemocněním.

¹⁰ADRESÁŘ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI [online]. Sociální služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním a osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. Operační program Zaměstnanost: Podpora zkvalitnění a rozvoje služeb pro osoby s duševním onemocněním 2016-2018. [cit. 12.9.2019] Dostupné z: https://www.msk.cz/assets/dotace_eu/adresar-socialnich-sluzeb-v-msk_1.pdf

6 Výzkumné šetření

Výzkumným záměrem je seznámení se s příčinami a léčbou schizofrenie v kontextu rodinných vztahů a reintegrace do běžného života. Vhodné sociální služby a sociální pomoc, podpora v osobním, partnerském životě a při začlenění do pracovního života. Onemocnění schizofrenií se promítá do každodenního života nejen samotných osob trpících touto nemocí. Má vliv na smýšlení společnosti o těchto lidech. Rozdílnost pohledů je i ze strany profesionálů. Osobní zkušenosti schizofreniků ze strany svého okolí jsou mnohdy různorodé. Výzkumná část této práce může mít pozitivní dopad na dotazované klienty, především budou mít možnost mluvit o svých osobních zkušenostech a pocitech nejen s diagnostikováním samotného onemocnění, ale i vnitřním smířením s danou situací, vhodnou léčbou a následným začleněním do běžného života (rodinného, společenského, pracovního).

6.1 Výzkumný problém

Výzkumný problém ve vztahu k tématu diplomové práce se ukazuje jako individuální problematika každého člověka se schizofrenií, kdy otázka jeho integrace resp. návratu do běžného života je ovlivněna nejrůznějšími faktory. Ty se objevují jak na osobní, tak i společenské úrovni. Zde svou roli mohou sehrávat ve vzájemném působení jak individuální vlastnosti, tak nabízená či nedostupná podpora v komunitě např. formou blízkých, rodiny či sociálních služeb. Svou roli hraje i informovanost o dostupné a nabízené pomoci.

6.2 Cíl výzkumu, výzkumné otázky

Cílem praktické části diplomové práce je zjistit, které faktory se mohou podílet z pohledu člověka s onemocněním schizofrenií na vzniku tohoto onemocnění. Dále jakým způsobem dokáže osoba s duševním onemocněním žít v kontextu rodinných vztahů, jaká je role sociálních služeb a sociální práce při jejich integraci do běžného života, a to v oblastech, které jsou u těchto lidí v důsledku nemoci zasaženy nejvíce. Rovněž je zde akcentovaná otázka, jaký má společenský či osobní význam pro lidi se schizofrenií zaměstnávání. Zaměřím se také na to, jak lidé se schizofrenií vidí svou budoucnost.

Výzkumným cílem tedy je: „*Popsat faktory, které ovlivňují schizofrenní klienty při integraci do běžného života.*“ Na základě cíle diplomové práce byly stanoveny tři výzkumné otázky:

1. *Jaké služby či aktivity označují klienti se schizofrenií za významné při integraci do běžného života?*
2. *Jaký význam mají pro klienta se schizofrenií rodinné a partnerské vztahy?*
3. *Jakým způsobem vidí schizofrenní klienti svou budoucnost?*

Výzkumné otázky nám umožňují organizovat výzkum, udávají směr a hranice výzkumu. Poukazují na data potřebná pro zjištění odpovědi na výzkumnou otázku a samotnou realizaci výzkumu. Dle Miovského (2006) musí být výzkumné otázky jasné, vystihující podstatu problému výzkumu.

6.3 Výzkumná strategie

Pro účely zpracování výzkumné části vzhledem na zvolenou oblast mého zkoumání jsem zvolila kvalitativní výzkum a kvalitativní strategii.

„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, Šedřová, 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).

Výzkumné strategie jsou zvoleny na základě tématu a cílů diplomové práce. Uvádím, jak spolu souvisí „*schizofrenie – léčba - sociální pomoc - integrace*“. U každého z klientů má toto spojení jiný význam, záleží na vlastním přístupu. Každý člověk má jiné myšlení, rozhodování. Každý se tak může rozhodnout, jakou cestou se vydá, co mu nejvíce vyhovuje, jak chce žít, jaké má životní priority. I člověk, který se zdánlivě nedokáže rozhodnout, svým způsobem ukazuje svou volbu, i přes to, že jeho rozhodnutí není vyjádřeno příliš explicitně. Zvolený způsob volby či ne-rozhodnutí je však potřeba respektovat či se ptát jinak, v jiném čase nebo prozatím vůbec.

Metody sběru dat, metody analýzy

Pro získání potřebných dat k vytvoření případových studií jednotlivých klientů byly použity následující metody sběru dat:

1. Skryté pozorování
2. Narativní rozhovor
3. Polostrukturovaný rozhovor

Validita dat je tedy zaručena triangulací metod.

Dle Hendla (2008) je rozhovor a pozorování považováno za nejdůležitější techniku kvalitativního výzkumu při sběru primárních dat. Tyto dvě techniky jsou využity pro zpracování dat společně s narativním rozhovorem. Vycházela jsem z narativního rozhovoru za pomoci občasných doplňujících polostrukturovaných otázek. Výsledná data rozhovoru jsou zpracována v případových studiích výzkumu.

Pro analýzu dat byla použita metoda kódování a kategorií.

Případová studie

„Výzkum pomocí případové studie se zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. Základní výzkumnou otázkou je, jaké jsou charakteristiky daného případu nebo skupiny porovnávaných případů.“ (Hendl, 2008, s. 101).

V případové studii jde o detailní studium jednoho, popřípadě více případů. 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. Případovou studii lze také definovat jako úsilí o porozumění sociálnímu objektu v jedinečnosti a komplexnosti (Stake, 1995).

Předmět výzkumu

Předmětem výzkumu je klient s diagnózou schizofrenie a vliv tohoto onemocnění na integraci člověka do běžného života a přístup k sociálním službám. Případová studie se zabývá zkoumáním klientů trpících schizofrenií. Jsou popisovány rozdílné příběhy mužů a žen věkové kategorie 20-55 let z regionu Opavska. Klienti jsou uživatelé sociálních služeb tohoto regionu. U jednotlivých popisovaných klientů má nemoc rozdílný nástup a průběh. Rozdílná je rovněž doba hospitalizace a období mezi relapsy.

Výzkumný vzorek

Kritéria pro výběr výzkumného vzorku se řídil zkušeností s onemocněním schizofrenií, hospitalizací, následnou léčbou a integrací do běžného života. Dalším kritériem je současný stabilizovaný zdravotní stav klienta (pobyt v domácím prostředí, využití sociálních služeb).

Tabulka č. 1 Přehled výzkumného vzorku

Komunikační kód	Pohlaví	Věk	Počet hospitalizací
Pan Z.	muž	50 let	5x
Pan J.	muž	45 let	6x
Paní V.	žena	50 let	4x
Pan T.	muž	38 let	3x
Paní J.	žena	54 let	3x
Pan D.	muž	49 let	3x

Pozorování

Pozorování je velmi starou výzkumnou metodou, nejen v sociologii a psychologii, ale zejména v přírodních vědách. Vědecké pozorování je prováděno za určitých podmínek, systematicky, co nejobektivněji a je co nejpřesnějším způsobem zaznamenáváno. Ve výzkumu bylo využito skryté pozorování. Zde je počítáno s tím, že pozorovatel už vlastním pozorováním ovlivní chování lidí, které pozoruje. V sociologických a sociálně psychologických výzkumech se pozorování často kombinuje s dotazováním (Surynek, 2001, s. 122-126).

Vlastní pozorování klientů probíhá v jednotlivých popisovaných organizacích. Klienti věděli, který den budu přítomna v sociální službě. Během pozorování jsem však nezasahovala do jejich interakcí s ostatními, nijak jsem nezasahovala do komunikace mezi klienty, nevstupovala do situací, které se ve službě odehrávaly. Pozorování klientů probíhalo v různých aktivitách, kterých se klienti účastnili v jednotlivých sociálních službách (např. sociální rehabilitace, následné péče, podpory samostatného bydlení). Pozorováním zjišťujeme míru integrace jednotlivých klientů v různých situacích. Zjišťujeme rozlišnosti při řešení těchto situací, také vzájemné vztahy mezi jednotlivými klienty a potřebu využití podpory ze strany sociálního pracovníka. Pozorování jednotlivých klientů proběhlo vícekrát. Toto pozorování je zaznamenáno do pozorovacích protokolů (viz. Příloha č. 3: Záznam z pozorování). Získané informace jsou využity při zpracování jednotlivých případových studií.

Rozhovor

Rozhovor vychází podle potřeby z kombinací technik dvou typů rozhovorů. Budou využita východiska narativního a polostrukturovaného rozhovoru. Kombinace těchto dvou technik nám napomůže k získání co nejrelevantnějších informací, které nám umožňují osobní pohled a zkušenosti klientů. Narativní rozhovor je vyprávění osobního příběhu klienta. Ne všichni dotazovaní klienti dokázali vyprávět svůj příběh. Z tohoto důvodu byl použit polostrukturovaný rozhovor s využitím otázek pro dodržení struktury, aby výsledky rozhovoru směřovaly k danému tématu (viz. Příloha č.2).

Na začátku rozhovoru byli klienti seznámeni s využitím rozhovoru pro účely mé diplomové práce, která se zabývá integrací osob s duševním onemocněním typu schizofrenie do běžného života. Klientům byl tento pojem integrace přiblížen jim běžnou mluvou tj. například s čím se

člověk s touto nemocí musí vyrovnat, co musí překonat, jaké problémy nejčastěji řeší. Všichni klienti s poskytnutím rozhovoru následně souhlasili. Rozhovory probíhaly po vzájemné dohodě mezi výzkumníkem a klientem. Vždy byl čas i místo konání rozhovoru ponechán na rozhodnutí jednotlivých klientů. Již při rozhodování, za jakých podmínek bude rozhovor probíhat, byly znát rozdíly mezi postoji jednotlivých klientů k podmínkám pro rozhovor (např. domácí prostředí, kavárna, prostory sociální služby). Na základě osobnostních rysů (např. introvert, extrovert) klientů byl vybrán vhodný typ rozhovoru – narativní rozhovor, polostrukturovaný rozhovor. Klienti byli většinou otevření, mnohdy vyprávěli své příběhy barvitě do detailů (bylo cítit, že se potřebují někomu svěřit, jen tak si vypovídat pro úlevu ze své těžké životní situace nebo potřeby s někým sdílet své pocity). Jeden z klientů nebyl na začátku výzkumu nakloněn sdílet své životní zkušenosti. Postupem času (opakovaný kontakt) se otevřel a pomocí využití pomocných otázek a individuálního přístupu ke klientovi byly získány potřebné informace pro výzkum. Každý rozhovor, vyprávěný příběh byl jedinečný. Z těchto získaných informací můžu nejen já, ale i ostatní čtenáři diplomové práce čerpat zkušenosti, jak vlastně žijí lidé s duševním onemocněním. Co je pro nás běžná věc je pro tyto osoby mnohdy neřešitelný problém. Bez podpory nás všech by tyto vypjaté situace nezvládly. Z provedených rozhovorů můžeme konstatovat, že většina klientů volila variantu volného vyprávění před stylem rozhovoru: „*otázka x odpověď*“. Z rozhovorů jsem měla dobrý pocit, necítila jsem z mé pozice, ani u jednotlivých z klientů rozpaky, neochotu sdílet svůj životní příběh.

Narativní rozhovor

Narativní rozhovor je volné vyprávění. Je využíván tehdy, kdy si není výzkumník jistý výsledkem získaných dat pomocí otázek a odpovědí. Klient tak není nijak omezen otázkami, má volnost při své interpretaci volného vyprávění. Vypráví tak o svém celém životě.

Polostrukturovaný rozhovor

Otázky byly kladeny klientovi v případě podpory navazovat a pokračovat ve vyprávění. Typy otázek byly zaměřeny na průběh nemoci, rodinné vztahy, zaměstnání, život s nemocí, začlenění se do společnosti a využití sociálních služeb, názor klienta na sociální služby (viz. Příloha 2).

Odpovědi jsou bezprostředně zaznamenány na záznamový list. Přepsány do elektronické podoby a využity pro zpracování v případových studiích.

Metody analýzy

Redukce dat se děje během jejich analýzy. Při redukci dat nesmí být zbavena data jejich kontextu. Samotné zobrazení dat slouží k organizaci, kompresy získaných informací z výzkumu. Kvalitativní data jsou objemná a často postrádají strukturu. (Hendl, 2008, s. 207). Při vyhodnocení výzkumu je použita metoda kódování, která je založena na vyhledávání shodných kódů (tj. podobných životních událostí, charakteristických znaků v životě klientů), které se objevují v případových studiích zařazených do výzkumu. Ve výzkumu jsou proto použity tabulky se zmíněnými společnými kódy z případových studií, získaných pomocí rozhovorů.

K redukci dat slouží kategorizace systémů. Využívají se pro kódování rozhovorů, pro rozřídění a systematickou klasifikaci. Kategorie musí být vztaženy ke všem ostatním výpovědím o aktuálním předmětu. Vymezením předmětu kvalifikace vytvoříme kvalifikační třídy (Hendl, 2008). Na základě nejčastěji se opakujících jevů z kódování se tak vynořily výsledné kategorie výzkumu. Tyto kategorie nám zastřešují oblasti, které v životních událostech (příbězích) hrají významnou roli u jednotlivých klientů.

6.4 Etické aspekty výzkumu

Při výzkumu je nutno dodržovat zásady etiky. Kvalitativní výzkum v sociální práci je založený na specifických etických zásadách sociální práce. Především ve vztahu k názorům, kompetencím, ale také zranitelnosti samotných účastníků výzkumu (Baum, Gojová, 2014).

Ve výzkumu diplomové práce byly vymezeny a dodrženy důležité zásady etického jednání:

- **Poučený souhlas** – klienti byli seznámeni s výzkumem a jeho cílem, informováni o průběhu a okolnostech výzkumu, všichni souhlasili.
- **Zatajení informací účastníkům výzkumu** – během výzkumu nebyly zatajeny klientům žádné informace.
- **Svoboda odmítnutí** – klientům byla sdělena možnost kdykoliv ukončit svoji účast ve výzkumu, nikdo tohoto práva nevyužil.
- **Anonymita** – upozornění klientů, že jména použita ve výzkumu jsou fiktivní za použití velkých písmen abecedy (Hendl, 2008).

Domnívám se, že ve výzkumu nebyla porušena žádná etická zásada, výzkum z hlediska etických zásad proběhl zcela v pořádku.

6.5 Časový harmonogram a realizace výzkumu

Výzkum probíhal od září 2018 do března 2019. Výzkum umožněn na základě dlouhodobého pozorování a znalostí jednotlivých klientů z odborné praxe s těmito klienty trpící schizofrenií. Osoby účastníci se výzkumu byly seznámeny s účelem využití informací v diplomové práci a zaručením anonymity. Klienti se účastnili rozhovorů dobrovolně, se zaujetím odpovídali na kladené otázky. Často obohatili rozhovor svými zážitky, životní zkušenostmi. Rozhovory probíhaly po celou dobu výzkumu. Nebyla možnost pořídit audiovizuální záznamy rozhovorů, proto byly zapisovány poznámky do záznamových archů, přepsány a poté zpracovány v případových studiích. Rozhovory probíhaly individuálně, v prostředí zvoleném klienty (domácí prostředí, kavárna, prostory sociální služby).

7 Výsledky výzkumu

7.1 Případová studie pana Z.

První dotazovaným 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 kovů). U pana Z. se střídají období bezpříznaková a s atakami. Byl pětkrát hospitalizován v psychiatrické léčebně. První hospitalizace byla již v jeho 19 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- 77 let, 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- 45 let, nevyučen, 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- 40 let, 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 autority. Po ukončení povinné školní docházky nastoupil studium na střední strojírenské škole ukončené výučním listem. Na této

škole taktéž získal řidičský průkaz typu T, B. Řidičský průkaz využil v prvním zaměstnání – řidiče traktoru. Po nástupu do pracovního poměru 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.

Profesní anamnéza

Po ukončení základní školy se pan Z. vyučil oboru obráběč kovu. V tomto oboru nenašel uplatnění. Pracoval jako řidič traktoru, tuto práci však ze zdravotních důvodů později nezvládal a ukončil pracovní poměr. Dále pracoval již jen na zkrácený úvazek v úklidové firmě a brigádně při roznášce tiskovin.

Počátek a průběh nemoci

První příznaky paranoidní schizofrenie byly zjištěny u pana Z. v jeho 19- ti letech v roce 1988 po ukončení studia. Oboru, kterému se vyučil, se však nikdy nevěnoval. Našel si práci v zemědělském družstvu. Práce byla časově náročná zejména v letním a podzimním období. 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. je 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 1991 k 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 rozrůstala pan Z. pociťoval nedostatek financí 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, 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. začíná 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 pracovních dovedností. Také zde poskytují sociální pracovníci 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 jednotlivec vypořádá. Začalo další z hezkých období v životní etapě pana Z. Zdravotní stav se stabilizoval pomoci 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 důchodu 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.

Sociální práce s klientem

Sociální služby pan Z. vyhledal sám a poté začal tyto služby pravidelně navštěvovat. Klient přišel s požadavkem pomoci při vyřizování sociálních dávek a hledáním zaměstnání. V průběhu poskytování sociální služby pan Z. svědomitě spolupracoval se sociálním pracovníkem. Společně vyřídili potřebné dávky a snažili se o umístění pana Z. na volném pracovním trhu, což se však nedařilo. I přesto pan Z. stále hledá zaměstnání, po delším čase našel pracovní místo v Chráněné dílně. Pro využití svého volného času a kontakt se společenským prostředím začal navštěvovat služby následné péče a sociální rehabilitaci.

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. Pan Z. by chtěl cestovat, navštívit především exotické země. Také využívá poradenství sociální pracovnice v sociálních a pracovních otázkách. Je klientem multidisciplinárního týmu. Návštěvy probíhají 1x za 14 dnů. Medikace – depotní injekce.

7.2 Případová studie pana J.

Druhá případová studie je příběhem muže trpícího schizofrenií – maniodepresivní psychózou (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 občasné 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 – 38 let, 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.

Profesní anamnéza

Pan J. je vyučen (mechanik elektrického zařízení). Po vyučení nastoupil na místo dělníka pásové výroby v automobilovém průmyslu, časem nezvládal tuto práci a pracoval na oddělení expedice. Po hospitalizaci dochází opět ke změně povolání a začíná pracovat na pozici skladníka. Poslední zaměstnání pana J. bylo v učňovském středisku jako seřizovač.

Počátek a průběh nemoci

Počátek nemoci byl diagnostikován v roce 1991 v 17 letech pana J. Hospitalizace $\frac{3}{4}$ roku. V té době pan J. bydlel s rodiči v rodinném domku. První příčiny hospitalizace byly časté útky 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 útky 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. 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 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 nevládal 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, vhodně využívá volný čas. Využívá poradenství sociálních pracovníků. Je klientem MDT – kontrola 1x týdně.

Sociální práce s klientem

Sociální služby pan J. vyhledal na doporučení sociální pracovnice v Psychiatrické léčebně. Klient přichází s požadavkem pomoci při hledání bydlení a vyřízení nárokových sociálních dávek a invalidního důchodu. Pan J. spolupracuje a aktivně se podílí na řešení své situace. Dalším požadavkem je pomoc při hledání zaměstnání a využití služeb sociální rehabilitace a služeb následné péče.

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. Nedomýšlí 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.

7.3 Případová studie paní V.

Třetí dotazovanou 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 retrievera - 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 – 42 let, 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.

Profesní anamnéza

Paní V. vystudovala Vysokou školu, po ukončení studia nastoupila na pracovní pozici laborantky v nemocnici. Po nástupu nemoci ukončila pracovní poměr a nastoupila jako pomocná knihovnice. Zabývá se dobrovolnickou činností a je peer konzultant v NNO. V současné době nepracuje.

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). Pobyť 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 třesnutém 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.

Sociální práce s klientem

Paní V. začala navštěvovat sociální služby z vlastní iniciativy (sama si vyhledala na internetu). Sociální služby využívá pro poradenství, následnou péči a sociální rehabilitaci pro rozvoj kognitivních dovedností a nácvik pracovních dovedností. Paní V. podílí na řešení své situace a rozvoji svých dovedností.

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.

7.4 Případová studie pana T.

Další zúčastněný výzkumu 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 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 poradenství a nácvik sebeobslužných činností.

Anamnéza

Rodinná anamnéza

Matka – vyučená 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/45 cm. 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.

Profesní anamnéza

Pan T. vystudoval Střední školu ukončenou maturitou v oboru kartografie-geodézie. Svou profesi na základě zdravotních problémů nikdy nevykonával. Pracovní uplatnění pouze jako brigádník v obchodě, v současné době pracuje v podporovaném zaměstnání (kompletace inteligentní plastelíny).

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 přibývajícimi 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 nepodněného 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 vystřídala 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 z pozůstalosti 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.

Sociální práce s klientem

Pan T. vyhledal sociální služby z důvodu pomoci při řešení pozůstalosti po matce. Na rady sociální pracovnice reagoval pozitivně a získal finanční prostředky z pozůstalosti na koupi bytu. Na doporučení kamaráda začal navštěvovat klub provozovaný NNO. Sociální pomoc pro klienta je zaměřena především na podporu v sebeobslužných činnostech.

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 pracovnicí a psychiatrickou sestrou.

7.5 Případová studie paní J.

Pátá případová studie je příběh ženy 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, vyučená 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.

Profesní anamnéza

Paní J. má dokončenou Střední ekonomickou školu. Její první zaměstnání po maturitě bylo zapisovatelka na Okresním soudě. Po zhoršení zdravotního stavu pracovala již pouze brigádně. V současné době nepracuje.

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 všimají, že se něco děje, manžel tvrdí, že je vše v pořádku. Přikládá 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 chodí pomáhat s domácností maminka paní J. 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.

Sociální práce s klientem

Paní J. vyhledala sociální služby sama z důvodu poradenství. Poradenství bylo poskytováno pro vyřízení sociálních dávek, pomoc při hledání pronájmu bytu. Paní J. přistupovala k radám a návrhům sociální pracovníce zodpovědně. Sociální dávky a pronájem bytu byly úspěšně realizovány. Z důvodu vyplnění volného času začala navštěvovat služby následné péče a sociální rehabilitaci, kde dochází do nácviku pracovních činností a je zapsána do pořadníku podporovaného zaměstnávání.

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. 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.

7.6 Případová studie pana D.

Šestá případová studie je studie muže narozeného v roce 1970 s diagnostikovanou schizofrenií. 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 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 2300 g. Po porodu převezen do kojeneckého ústavu. Po zvýšení hmotnosti na 2700 g 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 kovů. 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.

Profesní anamnéza

Pan D. se vyučil na Střední odborné škole oboru obráběč kovu. Po vyučení pracuje ve strojírenské firmě. Další zaměstnání pana D. bylo dělník pásové výroby v automobilovém průmyslu. V současné době pracuje v podporovaném zaměstnání jako dělník (kompletace hraček).

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. Byl příčinou častých 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. Pomáhal otci 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 závislosti 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 inzertních 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.

Sociální práce s klientem

Pan D. začal využívat sociální služby na doporučení sociální pracovnice Psychiatrické léčebny při ukončení hospitalizace. Důvodem návštěv sociálních služeb bylo vhodné vyplnění volného času a pomoc při hledání bydlení, vyřízení přiznání invalidního důchodu. Dochází pravidelně na výuku angličtiny a do sociální rehabilitace na nácvik kognitivních dovedností. Dalším požadavkem pana D. bylo najít si zaměstnání. V této oblasti byl velmi zodpovědný,

zručný. Docházel na nácviky pracovních dovedností a dostal se po čase pracovat v podporovaném zaměstnávání jako dělník při kompletaci hraček.

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.

8 Zpracování, analýza získaných dat

Data v praktické části byla získána od jednotlivých klientů dobrovolně, anonymně. Narativní rozhovory proběhly vždy po domluvě s klientem na vybraném místě. Výběr místa ponechán na klientovi z důvodu větší otevřenosti klienta v prostředí, ve kterém se cítí dobře. Taktéž časová dostupnost rozhovoru byla ponechána v kompetenci jednotlivých klientů. Rozhovory 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. Cílem bylo získat pohled klienta na svůj životní příběh, bez předsudků a soudu druhých. Klienti se nebáli říct cokoliv, někdy šlo i o soukromé, citlivé informace. 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 (viz. Příloha č.1). V tabulkách se projevuje individualita jednotlivých klientů a různost přístupů a možností jednotlivců k sociální integraci.

8.1 Data získána pomocí kódování se shrnujícím komentářem

Tabulka č. 2 Seznam dotazovaných klientů pod anonymními kódy a délka rozhovoru

Anonymní kód	Pohlaví	Délka hovoru
Pan Z.	muž	01:02:56
Pan J.	muž	01:36:10
Paní V.	žena	01:10:55
Pan T.	muž	00:55:25
Paní J.	žena	01:45:12
Pan D.	muž	01:28:36

Tabulka č. 3 Kód negativních faktorů

	Pan Z.	Pan J.	Paní V.	Pan T.	Paní J.	Pan D.
Psychická zátěž	x	x	x	x	x	-
Patologické jevy- drogová závislost	-	-	-	-	-	x
Vysoké nároky ze strany okolí	x	x	x	-	x	x
Disharmonické soužití	x	-	-	x	x	-

Z výzkumu byly zjištěny možné příčiny, které se podílí na vzniku a rozvoji onemocnění. Mezi nejvíce zmiňované zátěžové faktory patří psychická zátěž (např. stres, vypjaté a krizové situace), patologické jevy (drogová závislost, alkohol v rodině), vysoké nároky a disharmonické soužití v rodině. U pěti klientů byla příčina nástupu onemocnění zátěž a vysoké nároky. Zátěž při studiu v prvním zaměstnání. Vysoké nároky kladené ze strany rodičů, manžela. Dalším výrazným spouštěčem onemocnění je disharmonické soužití v rodině a patologické jevy. Především ovlivnění rodinného života alkoholem a návykovými látkami a u jedné klientky docházelo k psychickému týrání ze strany manžela.

Tabulka č. 4 Kontextový a situační kód jednotlivých případů

	Pan Z.	Pan J.	Paní V.	Pan T.	Paní J.	Pan D.
Schizofrenie	x	x	x	x	x	x
Potřeba zaměstnanosti	x	x	x	x	x	x
Podpora rodiny	x	x	x	-	x	-
Touha po partnerském životě	-	-	-	x	-	-
Partnerský život	-	-	-	-	-	x
Patologické jevy	x	-	-	x	x	x

Z výsledků výzkumu je patrný kontextový a situační kód, a to zejména samotné onemocnění, potřeba zaměstnanosti, podpora rodiny, touha po partnerském životě a samotný partnerský život a patologické jevy v průběhu života klientů. Klienti s onemocněním schizofrenií potřebují především podporu a pomoc své rodiny, přátel a svého okolí, především v období diagnostikování nemoci a následně při nastupujících atakách. Pro osoby s tímto onemocněním je nutnost mít někoho s kým sdílí své problémy a potíže v průběhu zjištění nemoci, následné hospitalizaci a v neposlední řadě při začlenění do běžného života. Potřeba sounáležitosti a podpory je v tomto období důležitá. Většina klientů z výzkumného zjištění má podporu ze strany rodinných příslušníků, jeden z klientů má podporu pouze ze strany přítelkyně. U jednoho z klientů je absence funkčních rodinných vztahů, proto by si přál žít v partnerském soužití se ženou. Výběr partnera u tohoto klienta je výrazně ovlivněna obavami, zda by vůbec vztah zvládl jak po fyzické, tak psychické stránce. Jeho vztahová síť je pouze v závislosti na sociálních službách.

Dále bylo zjištěno, že potřeba zaměstnanosti u osob se schizofrenií je nejen z finančních důvodů, ale mnozí klienti vypovídali, že je pro ně důležitější kontakt s jinými osobami a změna prostředí než finanční ohodnocení za vykonanou práci.

Čtyři klienti mají osobní zkušenost s patologickými jevy v průběhu svého života. Tři z těchto klientů mají zkušenost s jedním z rodičů se závislostí na alkoholu, jeden klient byl sám v období dospívání uživatelem psychotropních a návykových látek. Jedna z klientek zažívala dlouhodobé psychické týrání ze strany svého manžela (za přihlížení svých dětí). Tato negativní zkušenost byla pro ni ještě více stresující, často omlouvala chování svého muže, otce svých dětí. Její rozhodnutí neřešit tuto situaci bylo ovlivněno v důsledku jejich osobních hodnot a postojů. Přítomnost patologických jevů v životě klientů zanechaly negativní stopy jak v osobním, tak i v jejich partnerském životě. Tyto události měly vliv na i na jejich dětství a dospívání.

Tabulka č. 5 Kód rodinných a sociálních vztahů

	Pan Z.	Pan J.	Paní V.	Pan T.	Paní J.	Pan D.
Rodiče	-	-	x	-	x	x
Děti	x	-	-	-	x	-
Manželka	x	-	-	-	-	-
Sourozenci	-	x	x	-	x	x
Přítekně	-	-	-	-	-	x
Bývalý manžel	-	-	-	-	x	-
Sociální pracovník	-	-	-	x	-	-

Došlo ke zjištění, že pro dotazované má rodina a vztahová oblast nemalý vliv v jejich složitém životě a integraci do společnosti. Pro polovinu klientů jsou rodiče primárním zdrojem podpory při zvládání svého onemocnění. U této skupiny klientů jsou zachovány dobré rodinné vztahy. Druhá polovina se s rodiči nestýká (zprerhané rodinné vazby), případně jejich rodiče nežijí. Dva z dotazovaných mají děti, jedna klientka je již babičkou. Jeden z dotazovaných žije v manželském svazku a manželka je jeho největší podporou. Naopak další klientka je již rozvedená a kontakt s bývalým manželem je minimální. Dobré sourozenecké vztahy mají čtyři klienti. Sourozenecké vztahy probíhají formou vzájemných návštěv, telefonními rozhovory, občasným kontaktem za pomoci použití moderních komunikačních technologií (FCB, SMS, MMS). Pouze pro jednoho klienta nemá rodina žádný význam a s bratrem neudrhuje žádný kontakt (vše pramení z negativní zkušenosti bratrova chování vůči klientovi). Je závislý na sociálním pracovníkovi s využitím nabízení sociální služby.

Tabulka č. 6 Kód budoucnosti klientů

	Pan Z.	Pan J.	Paní V.	Pan T.	Paní J.	Pan D.
Udržení zaměstnání	x	-	-	x	-	x
Najít si zaměstnání	-	x	x	-	x	-
Zachování/zlepšení /navázání rodinných, partnerských vztahů	x	x	x	x	x	x
Udržení psychické a fyzické kondice	x	x	x	x	x	x
Volnočasové aktivity	x	-	x	-	x	x

Z výzkumu vyplývá, že pro vybrané osoby s duševním onemocněním je prioritou zachování či zlepšení, případně navázání rodinných a partnerských vztahů. Toto kritérium kvality života je důležité pro všech šest dotazovaných klientů. Stejně tak i udržení psychické a fyzické kondice, přestože všichni by chtěli být zcela zdraví. Správná volba volnočasových aktivit je podstatná pro čtyři klienty. Volba volnočasových aktivit je rozmanitá. Nejvíce se klienti zajímají o sport, cestování, pobyt v přírodě, malování, hra ochotnického divadla, ale najdeme zde i aktivity podporující vzdělání (výuka cizích jazyků a další studium). Také jedna z klientek se věnuje dobrovolnické činnosti. Správná volba zájmových aktivit je jedna z forem osobní terapie, která přispívá k udržení dobré psychické kondice.

Tabulka č. 7 Kód Nejčastěji využívané činnosti a aktivity sociálních služeb

	Pan Z.	Pan J.	Paní V.	Pan T.	Paní J.	Pan D.
Poradenství	x	x	x	x	x	-
Aktivizační činnosti	x	x	x	x	x	x
Rozvoj kognitivních dovedností	x	-	-	-	-	x
Nácvik pracovních dovedností	-	x	-	-	x	-
Klient MDT, PSB, CHB, Stacionář	x	x	x	x	-	x

Z výzkumu vyplývá, že u klientů s duševním onemocněním sociální služby a jimi nabízené činnosti hrají významnou roli při integraci klientů do každodenního života a podílí se na zkvalitnění jejich života.

Pět klientů využilo poradenství sociálních služeb (jednalo se o zejména pomoc při vyřizování pozůstalosti po matce, vyřizování sociálních dávek, invalidního důchodu a využití jiné formy poradenství). Po vyřízení nezbytného sociálního zabezpečení klientů, klienti dále využívají nabídky z aktivit a činností sociálních služeb. Všichni zúčastnění klienti výzkumu využívají aktivizačních činností sociálních služeb. Mezi nejvyhledávanější patří služby následné péče (výuka anglického jazyka, počítačů a vaření). Dva klienti využívají služby sociální rehabilitace, zejména aktivity pro rozvoj kognitivních dovedností (procvičování a udržení dosavadních všeobecných znalostí využívaných v běžném životě). Mezi další vyhledávané aktivity služby sociální rehabilitace patří nácvik pracovních dovedností. Ty jsou především zaměřeny na nácvik a udržení schopnosti a dovednosti v oblasti např. výdrž a trpělivost při vykonávání pracovní činnosti, dochvilnost při nástupu do zaměstnání, dodržování pracovních technologických postupů (kompletace výrobků) a pracovní doby. Pět klientů z výzkumu využívá služby MDT (multidisciplinární tým – pomoc a podpora sociální a zdravotní), PSB, CHB (podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení – bydlení klientů, pomoc a podpora při běžných denních úkonech), Stacionář (aktivizační činnosti, podpora a rozvoj kognitivních dovedností, terapie s odbornými pracovníky). Z výzkumu je tedy patrné, že pro klienty je využívání sociální služby nezřídka každodenní zkušeností. Informaci o sociálních službách dostali klienti již při hospitalizaci.

8.2 Kategorie

Z nejčastěji se opakujících jevů v kódování byly vytvořeny následující kategorie:

Kategorie č. 1: Rodina

Z provedeného výzkumu vyplývá, že rodina a dobré rodinné vztahy pomáhají při řešení těžké životní situace u osob s duševním onemocněním schizofrenie. Podpora ze strany rodiny je zásadní při diagnostikování onemocnění, dále pak po propuštění z první hospitalizace. Rodina je důležitým podpůrným pilířem při navrácení se zpět do běžného života....*„Bez moji rodiny bych nikdy nezvládla ty návraty z nemocnice, jsou pro mě fakt podpora, jsem ráda, že je mám.“* (vypovídá paní V. – viz. tabulka č. 9, Příloha č.1). Výsledky výzkumu ukazují, že zdrojem jistoty a pocitu bezpečí je rodina. Jen jeden z klientů v důsledku nefunkční rodiny

je odkázán na sociálního pracovníka s využitím nabízených sociálních služeb, což mu může poskytovat určitý pocit jistoty a bezpečí....., *Nemám už nikoho, bratr pro mě není rodina, no co, ale mám ty moje holky sociální.*“ (vypovídá pan T. – viz. tabulka č. 9, Příloha č.1).

Kategorie č. 2: Práce

Možný negativní přístup pramenící z představy zaměstnavatelů o častější pracovní neschopnosti, vyšších nárocích na zaškolení, předsudky, stigmatizace, neznalost problematiky tohoto onemocnění ústí v odmítavý postoj zaměstnávat tyto osoby na volném pracovním trhu. Z čehož pramení nedostatek pracovních míst pro osoby s duševním onemocněním. Dalším problémem je nevhodná, mnohdy podřadná nabízená práce, která je zcela nevyhovující jejich dosaženému vzdělání....., *Víte, já jsem inženýrka a nikdo mě nechce zaměstnat, cítím se méněcenná, chtěla bych pracovat zase v laboratoři jako za mlada.*“ (vypovídá paní V. – viz. tabulka č.8, Příloha č.1). Velký přínos v zaměstnávání osob se schizofrenií mají chráněná, podporovaná pracovní místa, která jsou přizpůsobena jejich zdravotním, psychickým a fyzickým schopnostem....., *Jsem rád, že dělám v té dílně, ony tam nejsou velké nároky, nikdo nás nehoní a taky když nejsem v pohodě jsou vstřícní a to je pro mě dobré.*“ (vypovídá pan D. – viz. tabulka č.8, Příloha č.1).

Kategorie č. 3: Zdraví

Výzkum potvrzuje, že všichni klienti mají velmi bohaté zkušenosti s hospitalizacemi a návratem zpět do běžného života. Všichni by chtěli být zdraví, ale jsou rádi za každý den, kdy mohou plně žít svůj život bez hospitalizace....., *Chtěla bych žít plnohodnotný život, bez hospitalizací, být šťastnou mámou a babičkou, ale zatím je to jak na houpačce.*“ (vypovídá paní J. – viz. tabulka č.10, Příloha č.1). U jednotlivých klientů je rozdíl v počtu jednotlivých hospitalizací a následně doba integrace zpět do běžného života.

Kategorie č. 4: Budoucnost

Výzkum jednoznačně poukazuje, že lidé s duševním onemocněním i přes svou závažnou, zatěžující nemoc plánují pozitivně svou budoucnost. Mnohdy jsou plány jejich hnací motor, jindy zase celoživotním snem. Každý klient má jiný cíl a vizi své budoucnosti. Plnění těchto snů je mnohdy pro schizofrenního klienta velmi časově náročné z důvodů častých relapsů. Přesto je však pozitivní smýšlení dovede k splnění svých přání....., *Moc bych chtěl mít pevný partnerský vztah a život hlavně už konečně bez průšvihů a hospitalizací.*“ (vypovídá pan D. – viz. tabulka č.10, Příloha č. 1).

Kategorie č. 5: Volný čas

U osob se schizofrenním onemocněním je vyplnění volného času považováno za nezbytné. Správná volba volnočasových aktivit je zásadní. Rozvržení zaměstnání, psychohygieny a volnočasových aktivit je jeden z mnoha podnětů vedoucích k podpoře a udržení zdravotního stavu klientů., *Ráda si čtu knihy a časopisy, občas zajdu do kina, dle zdravotního stavu, no není vždycky posvícení – povím vám.*“(vypovídá paní J. - viz. Příloha č.4). Z výzkumu je patrná rozdílnost zájmů klientů, někdo preferuje sport, cestování, malování, ale jsou i klienti, kteří mají zájem se dále vzdělávat, učit se novému, nepoznanému.

Kategorie č. 6: Sociální práce a služby

Včasné a vhodné využívání sociálních služeb pro cílovou skupinu s duševním onemocněním je velmi důležité. Sociální služby jsou zaměřené na aktivizační, poradenské, vzdělávací aktivity. Výběr vhodné aktivity sociální služby je vždy závislý na potřebě klienta. Většina klientů využívá služby následné péče – poradenství (pomoc při vyřizování sociálních dávek, invalidního důchodu, hledání zaměstnání a jiné administrativní činnosti), aktivizační a vzdělávací činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.*Rád chodím do následky na počítače, no doma ho nemám a můžu se tam učit psát a vyhledávat si co zrovna potřebuju zjistit. Taky se tam chodím učit vařit, je to dobré, mám se pořád co učit.*“(vypovídá pan J. – viz. Tabulka č.8, Příloha č.1). Vyhledávaná je služba sociální rehabilitace – nácvik pracovních dovedností. Mezi významnou sociální službu patří podpora a pomoc v samostatném bydlení za pomoci multidisciplinárního týmu.

9 Shrnutí zjištěných faktů

Tato část diplomové práce bude věnována získaným datům z jednotlivých případových studií osob s duševním onemocněním. Ze získaných dat výzkumných otázek jsou zřejmé rozdíly a individualita jednotlivých klientů s onemocněním schizofrenie.

Jaké služby či aktivity označují klienti se schizofrenií za významné při integraci do běžného života?

Situaci při integraci osob s duševním onemocněním schizofrenie hodnotím pozitivně. Nebuďme lhostejní, neteční a pomozme, podpořme osoby s duševním onemocněním prosadit se v naší společnosti. Mnou zkoumaný vzorek klientů se dokázal začlenit do společenského a pracovního života právě mnohdy jen díky podpory své rodiny, pomoci sociálních pracovníků v různých sociálních službách, svých psychiatrů a psychologů. Nejvíce je využíváno služeb následné péče s výukou AJ, PC a vařením. Další častou využívanou službou je sociální rehabilitace s aktivitami pro rozvoj kognitivních dovedností....., *Chodím rád do rehabilitace, cvičím si tam mozek, hlavně teda paměť, někdy se divím, co všechno jsem zapomněl.*“(vypovídá pan D. – viz. tabulka č.8, Příloha č.1). Klienti vyhledávají i nácviky pracovních dovedností patřící do sociální rehabilitace, kde se učí pracovním dovednostem, schopnostem a pracovnímu režimu. Služba podpora samostatného bydlení klientům napomáhá v řešení situací a činností běžného denního života, aktivity pro rozvoj sebeobslužných činností. Je především na samotném klientovi, zda chce žít plnohodnotný život, navzdory svému handicapu. Čtyři z šesti dotazovaných jsou klienty multidisciplinárního týmu....., *Dochází za mnou domů sestra a sociální pracovnice, pomáhají mě s dávkováním léků a poradí mě, když mám problém.*“(vypovídá pan J. – viz. tabulka č.8, Příloha č.1), kde využívají sociální a zdravotní pomoc, poradenství a terapie psychologa. Klienti jsou pod kontrolou psychiatra. Jedna klientka využívá Stacionář v Psychiatrické léčebně, zde probíhají terapie, nácvik vaření, a především možnost si popovídat o svých problémech s odborníky.

Kladným zjištěním je i zájem klientů být zaměstnán. Mnohdy nedovolí zdravotní stav pracovat, ale touha pracovat je pro ně silnější. Motivem pro pracovní uplatnění není jen získání financí, ale i pocit být užitečný, mít kontakt se společenským prostředím. Domnívám se, že mnozí klienti, kdyby měli možnost, využili by své vzdělání při výběru zaměstnání....., *Je to docela pro mě demotivující, mám vysokou školu, ale najdu jen zaměstnání s dělnickým zaměřením.*“(vypovídá paní V. – viz. tabulka č.8, Příloha č.1).

Tato možnost využití vzdělání při pracovním uplatnění je spojena se stigmatizací s tímto onemocněním v naší společnosti. Dotazovaní klienti 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.....*„Jsem vděčný za práci, montuju hračky, nikdo na mě nemá vysoké nároky.....“* (vypovídá pan Z. - viz. tabulka č.8, Příloha č.1).

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 vzhledem k jejich dosaženému studiu.

Z výzkumu vyplývá, že zájmy u klientů se schizofrenií jsou taktéž rozdílné. Dle individuality osoby, nejčastěji klienti čtou knihy, zajímají se o kulturní a společenské akce, sport. Najdou se i netradiční koníčky - malování, psaní básní, výcvik psa.....*„Ve svém volném čase píšu básničky a cvičím psa, já se tím uklidním, uvolním, mám ráda svůj klid.“* (vypovídá paní V. – viz. Tabulka č.8, Příloha č.1). Pouze jeden z dotazovaných nemá žádnou volnočasovou aktivitu. Aktivity jsou spíše zaměřeny na relaxaci a odpočinek. Lidé s duševním onemocněním vyhledávají především klid bez zátěžových situací.

Jaký význam mají pro klienta se schizofrenií rodinné a partnerské vztahy?

Sociální integrace lidí se schizofrenií je možná jen za pomoci rodiny, známých, podpory sociálních služeb určených této cílové skupině. V oblasti partnerských vztahů jsou velmi opatrní, nechtějí být druhých přítěží, cítí se být méněcenní. 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.....*„Mám skvělou rodinu, rodiče i bratr mě vždy podporovali a podporují, nedovedu si vůbec představit, až tady jednou nebudou, bojím se toho dne.“* (vypovídá paní V.

– viz. tabulka č.9, Příloha č.1). V současné době většina dotazovaných žije sama, v pronajatém bytě, jen jeden klient žije ve společné domácnosti s manželkou a jedna klientka s rodiči v rodinném domku. Dva z dotazovaných mají vlastní, již dospělé děti, jedna klientka má vnučku.....*„Mé děti a vnučka je to nejlepší, co mě mohlo potkat v mém životě, dávají mě sílu a naději do dalšího života. Bez nich bych už tu asi nebyla, jsou to moje poklady.“* (vypovídá paní J. - viz. tabulka č.9, Příloha č.1). 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, nechťejí být na nikom závislí.....*„Já se bojím žít partnerský život, nezvládl bych to, vůbec si nevěřím, prostě nemám na to. A děti bych chtěl, mám je rád, ale to bych fakt nedal“* (vypovídá pan T. – viz. tabulka č.9, Příloha č.1). Podpora nejbližší rodiny je u poloviny dotazovaných klientů. Na otázku významu vztahu pro schizofrenika však z výzkumu 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.

Jakým způsobem vidí schizofrenní klienti svou budoucnost?

Významným výsledkem výzkumu je zjištění motivace těchto klientů do budoucího života, především v oblasti vzdělávání.....*„Přes všechny potíže co mám, moc bych se chtěla vzdělávat, mým přáním je studovat na Univerzitě třetího věku, chtěla bych si splnit svůj sen,“* (vypovídá paní J. – viz. tabulka č.10, Příloha č.1), cestování.....*„Chtěl bych moc cestovat po exotických zemích, ale zdraví a finance mě to nedovolují. Tak snad někdy bude líp a vyplní se mi můj sen.“* (vypovídá pan Z. – viz. tabulka č.10, Příloha č.1). Dalším přáním do budoucna je udržení partnerského a sourozeneckého vztahu a společné plánování budoucnosti. Pohled na budoucnost se také liší u jednotlivých klientů. Lze říci, že všichni klienti vidí svou budoucnost pozitivně. Někdo dává přednost rodině, pomoci v rodině, navázání partnerského vztahu, žít život bez patologických jevů, zdokonalení se v cizích jazycích. Jiní se chtějí věnovat dobročinným aktivitám a pomáhat druhým.....*„Moc ráda chodím s dětmi vybírat peníze v Tříkrálové sbírce, taky pomáhám v potravinové sbírce s organizováním a pak chodím po těch supermarketech, jak se to vybírá.....“* (vypovídá paní V. – viz tabulka č.10, Příloha č.1).

10 Diskuze

Z výzkumu vyplývá, že téma zaměstnávání osob se zdravotním postižením na volném pracovním trhu je velmi diskutabilní. Lidem se zdravotním postižením je na trhu práce věnována zvýšená ochrana. V České republice mají osoby se zdravotním postižením právo na pracovní rehabilitaci. Dalším pomocným prvkem v zaměstnávání OZP je povinný podíl zaměstnávání osob se zdravotním postižením (zaměstnavatelé s počtem více než 25 zaměstnanců v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši 4 % z celkového počtu svých zaměstnanců). Podpora OZP je na chráněném trhu práce, zde je počet zaměstnanců z řad osob se zdravotním postižením tvořen více než 50 procenty z celkového počtu zaměstnanců. Tito zaměstnavatelé mají uzavřenou dohodu s Úřadem práce ČR o uznání za zaměstnavatele na chráněném trhu. Zaměstnavatelé mohou využívat příspěvky pro zaměstnavatele (příspěvek na zřízení pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením, příspěvek na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se zdravotním postižením) a také sleva na dani (zaměstnávání těchto osob umožňuje snížení daně z příjmu o částku 18 000 Kč za každého zaměstnance, a o částku 60 000 Kč za každého zaměstnance s těžším zdravotním postižením). I přes uvedené benefity nabízené zaměstnavatelům není příliš tato možnost u nás využívána, což vyplývá z předkládaného výzkumu, kde všichni dotazovaní klienti, kteří jsou zaměstnáni našli uplatnění na chráněném trhu práce, přesto že mají mnohdy vyšší kvalifikaci. Práce zaujímá nezastupitelné místo v životě člověka. Přináší nejen materiální prospěch, ale i společenskou užitečnost a seberealizaci. Taktéž výzkum Soni Venclíkové a Libora Ustohala (2016) zabývající se vlivem zaměstnání na kvalitu života u osob trpících schizofrenií poukazuje na to, že téměř 50 % osob s duševní poruchou se uplatňuje na chráněném trhu práce. Na volném trhu práce je zaměstnáno pouze 10 % schizofreniků. Avšak více než polovina nemocných se schizofrenií by mohla s podporou získat a dále si udržet pracovní místo na volném pracovním trhu (Venclíková, Ustohal, 2016, s. 172-176).

Osoby s duševním onemocněním potřebují často právě krátce po hospitalizaci včasnou sociální intervenci a sociální poradenství. Potvrzuje se, že včasná informovanost o sociálních službách a jejich činnostech a následně jejich využití usnadňuje přechod do běžného života. Otázkou je, jaká je dostupnost a pokrytí sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním, což úzce souvisí s tím, jestli vznik těchto služeb je podporována na úrovni

obcí, měst a regionů. Rovněž je otázkou společenské klima, tj. postoj společnosti k lidem s duševním onemocněním.

Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním jsou významnou pomocí a podporou, avšak je potřeba nezapomínat na primární podporu, která se realizuje prostřednictvím rodiny a blízkých. V této oblasti by sociální služby měly nabízet svou podporu všem těm, kteří se podílí na řešení klientovi nelehké situace a podporují ho při zvládnání jeho onemocnění. Integrace schizofrenních klientů přímo souvisí s kvalitou života těchto osob. Kvalita a integrace je závislá především na sociální a společenské podpoře, především různorodost a kvalita sociálních služeb, ale také podpora osob s onemocněním schizofrenií v jednotlivých regionech.

První práce zabývající se hlavně kvalitou života byla studie, kterou v roce 1982 představili Lehman et al. Bylo zde hodnoceno 8 domén kvality života u 278 duševně nemocných. Kvalita života duševně nemocných byla zjišťována subjektivními a objektivními indikátory. Výsledným zjištěním studie je, že je potřeba zlepšit sociální programy pro duševně nemocné.

Autoři Soňa Lemrová a Štefan Berec (2014) provedli výzkum: „Mapování současné životní situace a životní spokojenosti ve vybraných oblastech života u klientů Centra psychosociální rehabilitace, Společnost MANA, o.p.s. Olomouc.“. Výzkum mapuje životní spokojenost klientů tohoto centra. Výzkumu se účastnilo 16 klientů s onemocněním schizofrenie. Výzkum dále zjišťoval spokojenost osob se schizofrenií v různých životních oblastech (např. zdraví, finanční situace, osobní a sociální vztahy, bydlení). Z výsledků zmíněného výzkumu vyplývá, že samotné onemocnění schizofrenií, jeho diagnostika a vlastní přijetí této diagnózy ovlivňuje kvalitu života jako takového (např. faktor stigmatizace). Tento faktor může výrazně ovlivnit klienta v zařazení do běžného života (např. hledání a získání zaměstnání, společenský kontakt apod.). Dalším důležitým faktorem, který vyplývá ze zjištěného výzkumu je podpora rodiny a přátel při zvládnání tohoto onemocnění. Podpora ze strany rodiny se rovněž objevovala jako důležitá oblast v integraci v mém výzkumu. Opakovaně se tedy ukazuje se, že rodina je primární podporou duševně nemocných. Proto by měla být nabízena a dostupná profesionální pomoc těmto rodinným příslušníkům a příbuzným. „*Co je vlastně spokojenost?*“ Spokojenost jsou vlastně individuální představy spojené s nadějemi, hodnotami, cíli a jejich plnění. Ke spokojenosti můžeme také přirovnat např. termíny osobní pohoda, kvalita života nebo štěstí (Lemrová, Berec, 2014, s.47-51).

V následující podkapitole bych ráda upozornila na limity práce, které vyvstaly v průběhu zpracování DP.

10.1 Limity, slabé a silné stránky výzkumu

Problematika duševního zdraví zejména schizofrenního onemocnění v sobě zahrnuje široké spektrum dílčích problematik, které se skládají nejenom ze samotného onemocnění, jeho variant, různého průběhu a závažnosti. Toto onemocnění vedle zdravotních důsledků má svůj sociální dopad. Zdravotně sociální stránka duševního onemocnění se odráží na kvalitě klientova života, působí mu řadu obtíží, jejichž dopad nemusíme, pro jednostranné vidění jeho situace vždy správně odhadnout. Zde se znovu projevuje potřeba zdravotně-sociálního pojetí práce s touto cílovou skupinou, kde multidisciplinární přístup napomáhá vidění klientovi situace z rozličných perspektiv. Limitem se tak může jevit akcentace sociální problematiky a dopadu na sociální život klienta, což může být v důsledku mého subjektivního pohledu z pozice sociálního pracovníka. Způsob péče a podpory klienta směrem k jeho společenské integraci je tak otázkou syntézy pohledů např. psychiatra, psychologa, sociálního pracovníka, ergoterapeuta a dalších profesí. Ústředním aktérem je samotný klient, jeho nejbližší okolí a nabízený systém podpory, který vyplývá z dostupnosti nabízených služeb.

Předkládaná diplomová práce poskytuje výchozí pohled na problematiku duševního onemocnění schizofrenií, kde případové studie mapují základní obraz klientovi situace, který je potřeba dále rozšiřovat o konkrétní podobu informací, které nám blíže přiblíží, jakým směrem by se práce s klientem měla vydat, na které oblasti by se měla zaměřit (například pohledy rodinných příslušníků, blízkých a dalších spolupracujících odborníků). Péče o schizofrenního klienta je náročná, může se lišit nejen v doporučené léčbě psychiatra, psychologa, ale především přístupem samotného klienta.

Zvolené téma je velice rozsáhlé. Během zpracovávání jsem postupně zjišťovala nové skutečnosti, které by si zasloužily věnovat více pozornosti (např. pohledy rodinných příslušníků), které nebyly zahrnuty do konečného zpracování analýzy výzkumu. Rovněž aktuální naladění jednotlivých respondentů může ovlivňovat aktuální výpovědi při dotazování a pohled na probírané téma. Dále může dojít ke zkreslení informací v důsledku očekávaných odpovědí klientů (dlouhodobý pracovní vztah, každodenní kontakt). 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 ke konkrétnímu popisu situace v regionu Opavska.

10.2 Doporučení pro praxi

Z předložených výsledků výzkumu vyplývá, že mezi nejčastější problémy integrace po hospitalizaci osob trpící schizofrenií patří návrat do osobního a pracovního života. Přístup rodiny je v tuto chvíli nejdůležitější. Pracovní zařazení je častým problémem, zejména z důvodu neznalosti veřejnosti problematiky onemocnění. Mnohdy jsou zájemci o zaměstnání vyloučeni z pracovního procesu již při prvním kontaktu se zaměstnavatelem. Doporučila bych zlepšení informovanosti, zaškolení zaměstnavatelů za účasti Úřadů práce. Za velmi pozitivní považuji proces Reformy psychiatrické péče, díky jemuž dochází k pozvolnému zlepšení v oblasti informovanosti veřejnosti o onemocnění formou přednášek, konferencí, besed a workshopů na toto téma. V České republice je v současné době velmi diskutován a podporován proces Reformy psychiatrické péče. Cílem reformy mimo jiné, je poskytování komunitního systému péče, tj. přenesení péče z instituce do přirozeného prostředí klienta například formou ambulantních a terénních služeb. Jedním z výsledků jsou již realizované pilotní projekty Center duševního zdraví v ČR. Z mého pohledu je toto vhodná cesta pro zkvalitnění péče a prevence institucionalizace klienta. Tento způsob péče a směr reformy by měl napomáhat v integraci do společnosti, uplatnění se na trhu práce v podpoře, udržení sociálních a rodinných vztahů. Důležitý je tedy nový přístup a pohled na problematiku duševního onemocnění ve vazbě na nově vznikající služby a jejich způsob poskytování v aktuální praxi u této cílové skupiny. Požadavkem je odborný a kvalifikovaný personál funkční provázanost a spolupráce mezi zdravotní a sociální oblastí (společný systém financování služeb, koordinovaná péče, multidisciplinarita atd.). Důležitým faktorem je zjištění a znalost individuálních potřeb klienta, jeho představy o způsobu poskytování zdravotní a sociální péče, práce s rodinou, jeho blízkými a využívání zdrojů a služeb v komunitě.

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. Jsou zde popsány a vysvětleny formy nemoci, léčba a podpora v nemoci, vyjmenovány vlivy schizofrenie na osobní, společenský a pracovní život, zejména v oblasti bydlení, zaměstnávání, volného času. Seznámení se sociální prací, vhodnými sociálními službami pro klienty s duševním onemocněním. 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 klientů. 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. Zhodnocení výzkumu je metodou kódování a výběrem společných kategorií výzkumu pro integraci osob se schizofrenií.

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 klientů 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 použité literatury

ADRESÁŘ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI [online]. Sociální služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním a osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. Operační program Zaměstnanost: Podpora zkvalitnění a rozvoje služeb pro osoby s duševním onemocněním 2016-2018. [cit. 12.9.2019] Dostupné z: https://www.msk.cz/assets/dotace_eu/adresar-socialnich-sluzeb-v-msk_1.pdf

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

BAUM, D., GOJOVÁ, A. 2014. Výzkumné metody v sociální práci. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-390-3.

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.

ČEŠKOVÁ, Eva. 2009. Léčba schizofrenie. In: *Psychiatrie pro praxi*. [online] Solen: 2009; 10 (6): 265–269. [cit.18.8.2019] Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/1c2f1c114738286fb947cf7f1dfb7b2b.pdf>

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.

EvrinomyAVDI,VasileiaLEROU&JaakkoSEIKKULA (2015) DialogicalFeatures, TherapistResponsiveness, and Agency in a TherapyforPsychosis. In: *JournalofConstructivist Psychology*, 28:4, 329-341, DOI: [10.1080/10720537.2014.994692](https://doi.org/10.1080/10720537.2014.994692) Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10720537.2014.994692?scroll=top&needAccess=true>

FENTON,Wayne,S.,SCHOOLER,Nina,R.EvidenceBasedPsychosocialTreatmentforSchizophrenia. In:*Schizophrenia Bulletin*, Volume 26, Issue 1, 2000, Pages 1–3. [cit.18.8.2019] Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033428>

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.

KAŠPÁREK, Tomáš. Predikce průběhu léčby schizofrenie. In: *Psychiatrie pro praxi*. [online] Solen: 10(4): 163–166. [cit. 18.8.2019] Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/04/02.pdf>

KOPŘIVA, Karel. 2011. *Lidský vztah jako součást profese*. 6., V Portálu 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-922-4.

LÁTALOVÁ, Klára., PIDRMAN, Vladimír. Dlouhodobá terapie schizofrenie. In: *Psychiatrie pro praxi*. [online] Solen: 2006; 4: 158–160. [cit. 18.8.2019] Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/02.pdf>

LEMROVÁ Soňa a Štefan BEREC. 2014. Mapování současné životní situace a životní spokojenosti ve vybraných oblastech života u klientů Centra psychosociální rehabilitace, Společnost MANA, o.p.s. Olomouc. *Psychopatologie a její kontexty*, 5 (Suppl.), s.47-51.

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

MALÝ PRŮVODCE REFORMOU PSYCHIATRICKÉ PÉČE [online]. Psychiatrická společnost ČLS JEP. Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN. [cit. 3.9.2019] Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

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.

MOHR, Pavel. 2012. Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. In: *Medicína pro praxi*. [online] Solen: 9(8,9): 342–346. [cit.18.8.2019] Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/med-201209-0007_Schizofrenie_diagnostika_a_soucasne_therapeuticke_moznosti.php

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.

OTEVŘENÝ DIALOG [online]. Úvod. Praha ©2019. [cit. 14.9.2019] Dostupné z: <http://www.otevrenedialogy.cz/index.php>

PĚČ, Ondřej. Psychoterapie u psychóz. In: *Psychiatrie pro praxi*. [online] Solen:2009; 10(2): 76–78. [cit.18.8.2019] Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/05.pdf>

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.fokuscr.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.

PSYCHIART – INSTITUT PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE o.p.s. *Začleňování osob s duševním onemocněním schizofrenií do společenského a pracovního života*. Brno: Jihomoravský kraj v rámci Projektu „Zdravý kraj“, 2015. ISBN 978-80-905683-3-4.

REFORMA PSYCHIATRIE. Reforma péče o duševní zdraví. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha ©2013. [cit. 3.9.2019]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/

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

STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Verze 1.0.2013. [cit. 22.9.2019] Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf

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.

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

VAĎUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

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.

VENCLÍKOVÁ, Simona a USTOHAL Libor. 2016. Vliv zaměstnávání na kvalitu života u pacientů se schizofrenií. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 112(4), s.172-176.

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.

WITTCHEN, H.U., JACOBI, F., REHM J., et.al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: *European Neuropsychopharmacology*, 21:9. p.655-679. ISSN: 0924-977X. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0924977X11001726?via%3Dihub>

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](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon_c._108_2006__stav_k_1.8.2016.pdf)

Seznam použitých symbolů

Např. - Například

Viz. - Odkaz na důležitou informaci

ID- Invalidní důchod

FCB- Sociální síť Facebook

SMS- Krátká textová zpráva

MMS – Zpráva s obrázky, audio a video klipy

MDT- Multidisciplinární tým

PSB- Podpora samostatného bydlení

CHB- Chráněné bydlení

CDZ- Centrum duševního zdraví

ČR- Česká republika

OZP- Osoby se zdravotním postižením

PC- Počítač

AJ- Anglický jazyk

NJ- Německý jazyk

NP- Následná péče

SR- Sociální rehabilitace

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Přehled výzkumného vzorku

Tabulka č. 2 Seznam dotazovaných klientů pod anonymními kódy a délka rozhovoru

Tabulka č. 3 Kód negativních faktorů

Tabulka č. 4 Kontextový a situační kód jednotlivých případů

Tabulka č. 5 Kód rodinných a sociálních vztahů

Tabulka č. 6 Kód budoucnosti klientů

Tabulka č. 7 Kód Nejčastěji využívané činnosti a aktivity sociálních služeb

Seznam příloh

Příloha č. 1: Souhrnné tabulky

Tabulka č. 8 Jaké služby či aktivity označují klienti se schizofrenií za významné při integraci do běžného života?

Tabulka č. 9 Jaký význam mají pro klienta se schizofrenií rodinné a partnerské vztahy?

Tabulka č. 10 Jakým způsobem vidí schizofrenní klienti svou budoucnost?

Příloha č. 2: Doplnující otázky k polostrukturovaným rozhovorům.

Příloha č. 3: Záznam z pozorování

Příloha č. 4: Přepis rozhovoru

Příloha č. 5: Ukázka z arteterapie – klientovi malby křídou, oblíbené architektonické objekty.

Obrázek č. 1 – Kostel v Opavě

Obrázek č. 2 – Hrad Cvilín

Obrázek č. 3 – Rekreační chata

Příloha č. 6: Ukázka z básnické tvorby paní V. – báseň „Být šťastná“

Příloha č. 7: Sociální služby zaměřené na cílovou skupinu s duševním onemocněním.

Příloha č. 1: Souhrnné tabulky

Tabulka č. 8

Jaké služby či aktivity označují klienti se schizofrenií za významné při integraci do běžného života?

	<p><i>Jaké služby či aktivity označují klienti se schizofrenií za významné při integraci do běžného života?</i></p>
pan Z.	<p>Pan Z. je podporován při integraci plně svou rodinou (děti a manželka), výběrem vhodné sociální služby, pravidelnou a vhodnou léčbou, výběr volnočasových aktivit, plánování budoucnosti, společné cestování s rodinou.</p> <p>Nejvyhledávanější služby:SR-rozvoj kognitivních činností NP-nácvik vaření, výuka AJ, poradenství Klient MDT</p> <p>Zájmové aktivity:Sport, jízda na kole, rodina</p> <p>Dosažené vzdělání : Vyučen- obráběč kovu</p> <p>Pracovní zařazení: Řidič traktoru, úklidové práce, roznáška tiskovin V současné době-podporované zaměstnání (kompletace hraček).</p> <p>Pracovní zařazení není adekvátní k dosaženému vzdělání.</p> <p>Pan Z. má zájem uplatnit se na trhu práce.</p>
pan J.	<p>Pan J. nemá podporu při integraci ze strany rodiny, on sám se snaží podporovat a pomoci bratrovi. Z hlediska zdravotní péče a zajištění sociálních služeb je podpora na dobré úrovni. Klient nemá žádnou vyhraněnou zájmovou činnost. Pan J. považuje za prioritu do budoucna společný život s bratrem.</p> <p>Nejvyhledávanější služby: NP-nácvik vaření, výuka PC, poradenství SR- nácvik pracovních dovedností. CHB, služby Charity, klient MDT</p> <p>Zájmové aktivity: Žádná vyhraněná zájmová činnost</p> <p>Dosažené vzdělání:Vyučen-mechanik elektrického zařízení</p> <p>Pracovní zařazení:Pomocný skladník, dělník pásové výroby, balič náhradních dílů,</p>

	<p>Textilní průmysl-dělník v současné době nepracuje</p> <p>Pracovní zařazení není adekvátní k dosaženému vzdělání.</p> <p>Pan J. má zájem uplatnit se na trhu práce, avšak v současné době nepracuje.</p>
paní V.	<p>Velká podpora klientky ze strany rodiny (rodiče, bratr). Sama klientka má zájem o integraci, především má zájem o správné vyplnění volného času a vhodný výběr volnočasových a dobrovolnických aktivit. Pravidelnost návštěvy odborného lékaře a společný výběr terapií a sociálních služeb.</p> <p>Nejvyhledávanější služby:NP-nácvik vaření, výuka AJ</p> <p>SR- poradenství</p> <p>Stacionář v Psychiatrické léčebně</p> <p>Zájmové aktivity: Četba, psaní básní, péče o psa- vycházky, výcvik</p> <p>Dosažené vzdělání : VŠ vzdělání</p> <p>Pracovní zařazení: laborantka v nemocnici, brigáda v knihovně, dobrovolnická činnost, peer konzultant, v současné době nepracuje.</p> <p>Pracovní zařazení není adekvátní k dosaženému vzdělání.</p> <p>Paní V. má zájem uplatnit se na trhu práce, avšak v současné době nepracuje</p>
pan T.	<p>Integrace do běžného života je závislá pouze na pomoci odborného lékaře a sociálních pracovníků různých sociálních služeb. Z rodinných příslušníků má jen bratra, se kterým není v kontaktu. Nejvýraznější volnočasová aktivita je malování. Za výrazný problém je považováno navazování kontaktu s opačným pohlavím.</p> <p>Nejvyhledávanější služby:PSB-byt 1+1, klub SR-arteterapie, NP-nácvik vaření, výuka AJ</p> <p>Poradenství</p> <p>Klient MDT</p> <p>Zájmové aktivity: Malování architektonických objektů</p> <p>Dosažené vzdělání : SSS-obor:kartografie – geodezie</p> <p>Pracovní zařazení: brigáda v obchodě, v současné době pracuje v podporovaném zaměstnání (kompletace inteligentní plastelíny)</p> <p>Pracovní zařazení není adekvátní k dosaženému vzdělání.</p>

	Pan T. má zájem uplatnit se na trhu práce.
paní J.	<p>Největší pomoc a podpora při návratu do běžného života po hospitalizaci je paní J. vždy věnována ze strany dětí, maminky a sestry. Ve svém volném čase se klientka vzdělává, má zájem o společenské zařazení a společenské akce, poznávat nové. Vhodný výběr sociálních služeb a poradenství, podpora svého psychiatra. Má zájem o zaměstnání, přestože jí její současný zdravotní stav nedovoluje pracovat.</p> <p>Nejvyhledávanější služby: NP-výuka AJ, poradenství SR-nácvik pracovních dovedností</p> <p>Zájmové aktivity: Četba, zájem o kulturní akce-divadlo, kino, koncerty, hraje divadlo</p> <p>Dosažené vzdělání: SEŠ-maturita</p> <p>Pracovní zařazení: zapisovatelka u soudu, brigáda na vrátnici, v současné době nepracuje.</p> <p>Pracovní zařazení není adekvátní k dosaženému vzdělání.</p> <p>Paní J. má zájem uplatnit se na trhu práce, avšak v současné době nepracuje z důvodu nemoci Marfanův syndrom.</p>
pan D.	<p>Při integraci klienta do běžného života není žádná podpora ze strany rodiny. Nejvíce je fixován v současné době na svou přítelkyni. Většina volnočasových aktivit je zaměřena na kontakt se společenským prostředím. Postupné návštěvy sociálních služeb a zařazení se do pracovního procesu. Pravidelné návštěvy a kontroly psychiatra.</p> <p>Nejvyhledávanější služby: Klient MDT, CHB, NP- výuka AJ, SR- nácvik kognitivních dovedností</p> <p>Zájmové aktivity: Výlety do přírody, kulturní akce, prohlubování znalostí AJ</p> <p>Dosažené vzdělání: Vyučen-obráběč kovu</p> <p>Pracovní zařazení: automobilový průmysl, v současné době podporované zaměstnávání-kompletace hraček.</p> <p>Pan D. má zájem uplatnit se na trhu práce.</p>

Tabulka č. 9 *Jaký význam mají pro klienta se schizofrenií rodinné a partnerské vztahy?*

	<i>Jaký význam mají pro klienta se schizofrenií rodinné a partnerské vztahy?</i>
pan Z.	Podpora rodiny- dobrý vliv rodiny na klienta. Ženatý, 3 dospělé děti, žije ve společné domácnosti s manželkou. Žije ve státním bytě s manželkou
pan J.	Podpora rodiny- dobrý vliv sourozenců a přítelkyně. Žije sám v pronajatém bytě. Svobodný, bezdětný, přítelkyně sourozenci-dobré rodinné vztahy
paní V.	Podpora rodiny- dobrý vliv rodiny, velmi dobré rodinné vztahy s rodiči a bratrem Žije s rodiči v rodinném domku na vesnici Svobodná, bezdětná, krátkodobý vztah s přítelem
pan T.	Není podpora rodiny- rodina nespolupracuje, žádné rodinné vazby Žije sám v bytě 1+1 v osobním vlastnictví Svobodný, bezdětný, rodiče již nemá, s bratrem není v kontaktu, Partnerský vztah nikdy neměl
paní J.	Částečná podpora rodiny- částečný vliv rodiny, podpora ze strany dětí a sestry. Žije sama v pronajatém bytě-garsoniéra Rozvedená, 2 dospělé děti, vnučka, velmi dobrý vztah se sestrou, nyní bez partnera.
pan D.	Podpora rodiny není - zájem ze strany rodiny není, vztah s přítelkyní. Žije v pronajatém bytě Svobodný, bezdětný, přítelkyně, osobní kontakt s rodinou není (telefonní kontakt ze strany klienta)

Tabulka č. 10 *Jakým způsobem vidí schizofrenní klienti svou budoucnost?*

	<i>Jakým způsobem vidí schizofrenní klienti svou budoucnost?</i>
pan Z.	Cestování-navštívit exotické země. Udržení zdraví.
pan J.	Péče o bratra.
paní V.	Aktivní činnost v dobrovolnictví, pomoc při Tříkrálové sbírce, koordinátorka potravinové sbírky, zdokonalení se v AJ, NJ
pan T.	Navázat partnerský vztah-najít si přítelkyni.
paní J.	Studium na Univerzitě třetího věku.Být jako dříve-zdravá.
pan D.	Pevný partnerský vztah a život bez patologických jevů a hospitalizací.

Vysvětlivky:

CHB-chráněné bydlení

MDT-multidisciplinární tým

NP-následná péče

PSB-podpora samostatného bydlení

SR-sociální rehabilitace

Příloha č. 2: Doplnující otázky k polostrukturovaným rozhovorům

Doplnující otázky k polostrukturovaným rozhovorům

Oblast dětství

Otázka č. 1 – Jaké jste měl/a dětství? Co Vás napadne, když si vybavíte své dětství?

Otázka č. 2 – Jaké byly vztahy v rodině v období dětství?

Otázka č. 3 – Co Vás ovlivnilo z dětství? Na co nejraději vzpomínáte ze svého dětství?

Zdravotní oblast

Otázka č. 1 – Jaké byly příznaky onemocnění? Jak se projevovalo Vaše onemocnění?

Otázka č. 2 – Jak u Vás probíhala léčba?

Otázka č. 3 – Jaký byl návrat do běžného života po hospitalizaci? Jak to máte nyní s nemocí?

Vztahová oblast

Otázka č. 1 – Máte rodinu, partnera?

Otázka č. 2 – Žijete se svou rodinou, jaký máte kontakt s rodinou?

Otázka č. 3 – Je pro Vás rodina důležitá? Ke komu cítíte největší důvěru?

Oblast volnočasových aktivit, podpora sociálních služeb

Otázka č. 1 – Jaký je Váš každodenní život? Popište mi svůj typický den.

Otázka č. 2 – Jaké máte koníčky?

Otázka č. 3 – Využíváte sociální služby a jaké?

Pracovní oblast

Otázka č. 1 – Jaké je Vaše vzdělání?

Otázka č. 2 – Uplatnil/a jste své vzdělání v pracovním zařazení?

Otázka č. 3 – Kde jste pracoval/a, pracujete v současné době, jak vidíte svou budoucnost na pracovním trhu?

Budoucnost

Otázka č. 1 – Jak vidíte svou budoucnost, co plánujete?

Otázka č. 2 - Máte nějaké přání, které by jste rád/a realizovala?

Příloha č. 3: Záznam z pozorování

Záznam z pozorování

Záznam z pozorování je určen pro výzkumnou část diplomové práce, kde je řešen výzkum na téma: „Sociální integrace vybrané skupiny osob s duševním onemocněním typu schizofrenie.“ Anonymita osoby v záznamu z pozorování je zajištěna prostřednictvím přiřazeného písmena, které se neshoduje se začátečním písmenem jména nebo příjmením dané osoby.

Místo: Ambulantní forma služby – typ služby: následná péče a sociální rehabilitace

Datum: 25.2. 2019, 10.30 hod

Pozorovaná osoba: paní J.

Průběh pozorování

Paní J. věděla, který den budu přítomná ve službě. Během pozorování jsem však nezasahovala do jejich interakcí s ostatními, nijak jsem nezasahovala do dění mezi klienty a nevstupovala do situací, které se ve službě odehrávaly. Paní J. se při příchodu do služby následné péče se jevila rozladěná z pozdního příchodu na domluvenou aktivitu. Sociální pracovnice jí ujistila, že se nic neděje. To zřejmě paní J trochu uklidnilo, přesto se na pohled zdá, že je trochu nervózní. Odložila a šla si oděv a své tašky. Po chvíli přichází sociální pracovnice a začíná řešit s paní J. její rodinnou situaci. Paní J. se svěřuje, že má jet na víkend k dětem, má však obavy, že tuto situaci nezvládne. Sociální pracovnice ji motivuje k promyšlení této situace, doporučuje jí zvážit všechny důsledky této návštěvy-především zhoršení zdravotního stavu a obavu z konfliktu s dětmi. Paní J. souhlasí a vše zváží.

Po ukončení rozhovoru se paní J. zapojuje do aktivity výuky AJ. Probírá s pracovnicí slovní zásobu-barvy a číslovky. Je viditelná změna chování klientky, dochází k uklidnění. Tato aktivita ji naplňuje. Lekce trvá 45 minut. Po lekci se paní J. zapojuje do skupinky ostatních klientů v rámci sociální rehabilitace. Je komunikativní, snadno se zapojuje do komunikace s ostatními, začíná s nácviky pracovních dovedností prostřednictvím kompletace pružin pro automobilovou firmu. Nácvik slouží k přípravě zařazení do pracovního poměru v chráněné dílně. Paní J. pracuje pomalu, ale precizně, sociální pracovnice ji chválí. Aktivita probíhá 1,5 hodiny. Poté odchází domů.

Shrnutí a hodnocení pozorování

Paní J. přišla do služby ve špatné psychické pohodě. Po projednání rodinné situace se uklidnila, cítila pomoc, potřebovala se někomu svěřit a získat informaci jak postupovat. Je velmi nerozhodná, stále se něčeho bojí. Lekce AJ ji pozitivně naladila, už se usmívala a vypadala vyrovnaněji. Zapojení se do nácviku pracovních dovedností přináší paní J. možnost komunikovat s druhým, seznámit se a navázat kontakt s vrstevníky. Je zde příležitost sdílet osobní zkušenosti s lidmi, kteří mají podobné či stejné onemocnění a podělit se o svůj pohled na různé potíže. Paní J. odchází v 12.45 hodin v dobré náladě, motivovaná ke zvážení návštěvy rodiny.

Ukončení pozorování: 25.2. 2019 v 12. 55 hodin.

Příloha č. 4: Přepis rozhovoru

Přepis rozhovoru

Základní údaje o dotazovaném

Pohlaví – žena

Věk - 54 let

Vzdělání – SŠ

Zkratka –Respondent č.5 -paní J.

Tyto poskytnuté informace jsou anonymní a budou využity ve výzkumu v rámci diplomové práce: „Sociální integrace vybrané skupiny osob s duševním onemocněním typu schizofrenie.“

Ano, souhlasím.

Máte rodinu, partnera?

Ano, mám partnera, ale nežiju s ním mám na něj špatné vzpomínky, nechci na to raději ani vzpomínat, nemám na to dobré zážitky. Byl to tyran, ponižoval. Mám dceru a syna už jsou dospělí a vnučku Veroniku. Také mám matku, má 75 let a arytmií srdce, sestru – s těma mám dobrý vztah. Otec zemřel, měl nádor na žaludku ve věku 65 let.

Žijete se svou rodinou, jaký máte kontakt s rodinou?

Ne, žiju sama v pronajaté garsonce vzhledem ke své nemoci, už bych nezvládla péči o rodinu je to pro mě velká zátěž. Jsem ráda sama, mám tak svůj klid a pohodičku. Stýkám se s matkou skoro denně, bydlí v tom samém městě. Se sestrou si telefonuji, kontakt osobní máme zřídka. Manžel občas zavolá, chtěl by, ať se vrátím, zatím nechci. Nejvíce se stýkám s dcerou a vnučkou, syn je daleko – bydlí v Brně.

Je pro Vás rodina důležitá? Ke komu cítíte největší důvěru?

Ano, je. Nejvíce ze všeho děti, jen mě mrzí, že jim nemohu díky zdraví pomoci. Jsem s toho smutná. Mou největší oporou jsou děti a sestra, mohu se jí svěřit, byť mnohdy jen při vzájemném telefonním hovoru.

Jaký je Váš každodenní život? Popište mi svůj typický den.

No, je stejný, vše dělám v klidu a pohodě, mám na to celý den. Jsem často unavená díky své psychické i zdravotní nemoci, mám Marfanův syndrom. Já už nikam nespěchám, nehoním se. Když mám dobrý den tak se zajímám o kulturu, především divadlo, taky se ráda vzdělávám.

Jaké máte koníčky?

Ráda si čtu knihy a časopisy, občas zajdu do kina, dle zdravotního stavu, no není vždycky posvícení – povím vám. Taky mám ráda divadlo, koncerty, to mě zase svazují finance.

Využíváte sociální služby, a jaké?

Využívám sociální služby – sociální rehabilitaci a následnou péči. Docházím do aktivit – výuky AJ a nácvik pracovních dovedností. Začala jsem hrát ochotnické divadlo, to mě fakt baví.

Kde jste pracovala, pracujete v současné době, jak vidíte svou budoucnost na pracovním trhu?

Pracovala jsem po maturitě na soudě 15 let jako zapisovatelka, jak přišli děti musela jsem skončit z důvodu nemoci dětí a také jsem začala nestíhat svou práci, vše bylo následkem domácího prostředí – týrání manželem, ponižování což bylo na denním pořádku. Potom jsem už pracovala jen brigádně, potom přišla nemoc a zhoršení stavu, tak o práci nebyla řeč. Teď jsem ráda, že jsem ráda, no chodím na ty nácviky možná bych mohla na zkrácený úvazek – to se vše uvidí. Moc bych chtěla pracovat už kvůli financím, pobírám velké ID – 2. stupně.

Rozhovor ukončen – paní J se necítí na pokračování v rozhovoru.

Rozhovor pokračoval po vzájemné domluvě následující schůzku.

Jaké je Vaše vzdělání? Uplatnila jste své vzdělání v pracovním zařazení?

No mám SEŠ – maturitu. Využila jsem tuto kvalifikaci jen jednou v životě, teď už bych v práci nestíhala a taky kdo by zaměstnal nemocnou ženu.

Jak vidíte svou budoucnost, co plánujete? Máte nějaké přání, které by jste ráda realizovala?

Svou budoucnost vidím především ve své rodině – v dětech a vnoučatech. Také bych se chtěla začít vzdělávat. Zatím dělám tu angličtinu, ale chtěla bych nastoupit na Univerzitu třetího věku. Tak uvidím, jestli to zvládnou – moc si nevěřím.

Jaké jste měla dětství? Co Vás napadne, když si vybavíte dětství? Jaké byly vztahy v rodině v období dětství? Co Vás ovlivnilo z dětství? Na co nejraději vzpomínáte ze svého dětství?

Narodila jsem se císařským řezem, byla jsem tam nějak špatně. Vyvíjela jsem se normálně. Byla jsem už od školky nadaná. Četla jsem, recitovala. Když jsem byla větší hrála jsem divadlo. Rodiče žili hezky. Učila jsem se dobře. Můžu říct měla jsem hezké a bezstarostné dětství. Určitě mě ovlivnila výchova a přístup k rodinnému životu.

Jaké byly příznaky onemocnění? Jak se projevovalo Vaše onemocnění? Jak u Vás probíhala léčba? Jaký byl návrat do běžného života po hospitalizaci?

No po svatbě v roce 1987 se nám narodila dcera a začali zdravotní problémy – stres, nestíhala jsem domácnost, manžel mě nepochopil, dával mě za vinu neschopnost. Často jsem málo spala. Měla jsem depresi, ale manžel nereagoval, ani nechtěl. Chtěla jsem to řešit, ale víte jak to je na vesnici, co by tomu řekli lidi. Až sestra mě pomohla, vzala mě k psychologovi, začala jsem k němu docházet pravidelně. V té době jsem podruhé otěhotněla. Nestíhala jsem a musela mě matka pomoci. Když jsem nastoupila do práce, tak jsem nic nestíhala, dojíždění, práce domácnost: „však víte jak to je“. V té době jsem začala mít hlasy, víte co to je. To byla hrůza k zbláznění, pořád říkali ty hlasy: „jsi na nic babo“. Matka mě nechala hospitalizovat v nemocnici na psychině jsem byla 3 měsíce. Bylo tam fajn, nic jsem nemusela a chodila jsem na terapie, ty mě pomáhali. Dostala jsem tabletky a šla domů. Chodila jsem k psychiatrovi. Ukončila jsem zaměstnání u soudu, to se nedalo. Takže jsem dostala ID – 2. stupeň. Přidali se i zdravotní problémy a nemohla jsem si nikde najít práci, nikdo mě nechtěl. Tak co se stane, když jste v koncích, zase přišly ty depky a musela jsem do špitálu na 4 měsíce. Matka se starala o děcka. No po návratu to nebylo lepší, manžel byl zase hnusný, ponižoval a nadával. Děti chtěli, ať to řeším, nechtěla jsem. Děti studovali a byla potřeba peněz, tak jsem si našla brigádu. Děti dostudovali, dcera má medicínu a syn výpočetní techniku. Zhoršuje se mezi

mnou a manželem vztah, stydím se to říct, začala jsem utíkat – byla jsem bezdomovec, pak mě našli a dali na psychinu. Zase jsem tam byla 3 měsíce, děti už se na to nemohli dívat, tak jsme se rozvedli. Pak jsem bydlela s matkou, no hrůza. Konečně jsem se začala věnovat jen sama sobě – koníčky. Našla jsem si podnájem a požádala o dávky, stala jsem se babičkou. Začala jsem navštěvovat sociální služby. Následku a rehabku – využívám pro výuku AJ poradenství a nácvik pracovních činností. Začala jsem žít, vážit si sama sebe a jsem na sebe pyšná.

Jak to máte nyní s nemocí?

Jsem pod kontrolou, chodím na prohlídky 1x v měsíci. Mám léky a taky chodím k neurologovi s tou druhou nemocí.

Moc děkuji za ochotu, vstřícnost a věnovaný čas. Přeji Vám hodně sil a klidnější zbytek života.

Příloha č. 5: Ukázka z arteterapie – malby křídou, oblíbené architektonické objekty.



Obrázek č. 1 – Kostel v Opavě



Obrázek č. 2 – Hrad Cvilín



Obrázek č. 3 – Rekreační chata

Příloha č. 6: 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.

Příloha č. 7:

Sociální služby zaměřené na cílovou skupinu s duševním onemocněním.

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, provozovanou 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 Kavárna

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]).