

# Vliv sociálních služeb na kvalitu života jedinců se schizofrenií

Bc. Yvetta Holbíková

---

Diplomová práce  
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Institut mezioborových studií  
akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Yveta Holbíková**  
Osobní číslo: **H138183**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Vliv sociálních služeb na kvalitu života jedinců se schizofrenií**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

Při zpracování diplomové práce bude postupováno následovně:

1. Vymezení problematiky a klíčových pojmů: sociálních služby a duševní poruchy, kvalita života lidí se schizofrenií. Prostudování dostupné literatury k této problematice. Výstupem bude přehledová kapitola, která se stane východiskem pro zpracování projektu výzkumu.
2. Zpracování projektu výzkumu, který bude zjišťovat vliv sociálních služeb na kvalitu života jedinců se schizofrenií.
3. Realizace kvalitativního výzkumu na základě zpracovaného projektu (po konzultaci s vedoucím diplomové práce), sběr dat.
4. Zpracování dat z výzkumu, jejich konfrontace se závěry přehledové kapitoly.
5. Zpracování závěrů z výzkumu a shrnutí výsledků diplomové práce – jejich konzultace s vedoucím DP.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HÖSCHL, Cyril a Barbora WENIGOVÁ. *Objevte cestu, jak jít dál: podpora a rady pro každého, koho postihla schizofrenie*. Praha: Tigis, 2006, 100 s. ISBN 80-903750-2-2.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4.

STRAUSS, Anselm L a Juliet M CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-85834-60-x.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

Další literatura bude průběžně doplňována během tvorby diplomové práce.

Vedoucí diplomové práce:

**doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.**

Institut mezioborových studií

Datum zadání diplomové práce:

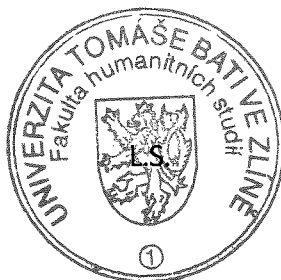
**4. listopadu 2014**

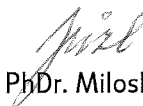
Termín odevzdání diplomové práce:

**31. března 2015**

V Brně dne 4. listopadu 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
ředitel ústavu

### **Prohlašuji, že**

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

### **Prohlašuji,**

- že jsem na diplomové práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně dne 22. března 2015



podpis diplomanta

## **ABSTRAKT**

Cílem diplomové práce je zjistit, jak využívání sociálních služeb (resp. sociální intervence) ovlivňuje kvalitu života jedinců s diagnózou schizofrenie. Diplomová práce vychází z dosavadních poznatků o kvalitě života dospělých jedinců s duševní poruchou a možnostech sociálních intervencí do jejich životní cesty. Tato teoretická východiska jsou základem empirického výzkumu. Vzhledem k cíli výzkumu byla využita kvalitativní metodologie. Základní výzkumnou otázku lze formulovat takto: Jak klienti se schizofrenií docházející do zařízení X ve Zlínském kraji vnímají a hodnotí kvalitu poskytovaných sociálních služeb (intervencí). Jako výzkumná metoda byly zvoleny polostrukturované rozhovory s klienty daného zařízení.

Klíčová slova: schizofrenie, sociální služba, kvalita života, polostrukturovaný rozhovor.

## **ABSTRACT**

The aim of the diploma thesis is to find out how using social services (provided social intervention) affects the quality of life of individuals diagnosed with schizophrenia. The diploma thesis is based on existing knowledge on quality of life of adults with mental disorders and the possibilities of social intervention in their lives. This theoretical foundation is the basis of the empirical research. Given the aim of the research, qualitative methodology is expected to be used. The basic research question is: How do clients with schizophrenia attending the X facility in Zlin District perceive and evaluate the quality of provided social services (interventions). A semi-structured interview with clients of given facility is expected to be used as a method of research.

Keywords: schizophrenia, social service, social intervention, quality of life, a semi-structured interview.

## Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. Ing. Antonínu Řehořovi, CSc. za vedení diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat prof. PhDr. Vlastimilu Švecovi, CSc. za nezdolnou trpělivost, motivaci a neúnavnou podporu po celou dobu studia, Ladislavu Čelůstkovi za poskytnutou oporu a vytvořené zázemí a děkuji také klientům za jejich důvěru a za všechno, co mě naučili.

Motto

*„Jestliže se chováme k lidem podle toho, kdo jsou, škodíme jim. Jestliže se k nim chováme podle toho, jací by mohli být, pomáháme jim dosáhnout na jejich limity.“*

Johann Wolfgang Goethe

## **OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY</b> .....	<b>12</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ SLUŽBA, ZÁKONNÁ ÚPRAVA .....	12
1.2 CÍL, DRUHY, TYPY A FORMY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	13
1.2.1 Sociální poradenství.....	14
1.2.2 Služby sociální péče.....	14
1.2.3 Služby sociální prevence .....	16
1.2.4 Sociální rehabilitace.....	19
1.2.5 Další možnosti klasifikace sociálních služeb.....	21
<b>2 DUŠEVNÍ PORUCHY</b> .....	<b>24</b>
2.1 VYMEZENÍ POJMU DUŠEVNÍ PORUCHA A JEJICH KLASIFIKACE .....	24
2.2 ROZDĚLENÍ DUŠEVNÍCH PORUCH DLE MKN 10.....	24
2.3 SCHIZOFRENIE .....	25
2.3.1 Projevy schizofrenie .....	26
2.3.2 Druhy schizofrenie.....	31
<b>3 KVALITA ŽIVOTA</b> .....	<b>33</b>
3.1 POJETÍ KVALITY ŽIVOTA .....	33
3.2 KVALITA ŽIVOTA JEDINCŮ SE SCHIZOFRENIÍ .....	34
3.3 KVALITA ŽIVOTA A REFERENČNÍ BOD .....	37
3.4 STUDIE V OBLASTI KVALITY ŽIVOTA SCHIZOFRENNÍCH JEDINCŮ.....	37
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>43</b>
<b>4 DESIGN KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU</b> .....	<b>44</b>
4.1 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A ZVOLENÝ VÝZKUMNÝ POSTUP .....	44
4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU, CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ X VE ZLÍNSKÉM KRAJI .....	45
4.2.1 Charakteristika zařízení X ve Zlínském kraji .....	45
4.2.2 Charakteristika respondentů .....	47
<b>5 POPIS PRŮBĚHU VÝZKUMU: SBĚR A ZPRACOVÁNÍ DAT</b> .....	<b>49</b>
5.1 REALIZACE VÝZKUMU .....	49
5.2 ZPRACOVÁNÍ DAT .....	50
5.2.1 Situace uživatelů před příchodem do zařízení X .....	50



5.2.2	Aktivita uživatelů v zařízení X .....	51
5.2.3	Pohled na zařízení X z pozice uživatelů .....	53
5.2.4	Vliv zařízení X na život uživatelů .....	55
<b>6</b>	<b>INTERPRETACE DAT V SOUVISLOSTI S VÝZKUMNÝMI OTÁZKAMI...</b>	<b>57</b>
<b>7</b>	<b>SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....</b>	<b>59</b>
<b>8</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>60</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>62</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>67</b>

## ÚVOD

Počet duševních onemocnění každoročně stoupá, a i když většinu z nich umí medicína léčit, je tento nárůst znepokojující. Duševní nemoc často (ne vždy) vylučuje člověka z profesního a společenského života a také ho mnohdy omezuje při právních úkonech. Rovněž způsobuje výrazné změny v myšlení, jednání a prožívání, znesnadňuje adaptaci na sociální okolí, v akutní fázi nemoci nejsou jedinci způsobilí reagovat dle všeobecně rozšířených sociálních norem. Takto nemocní lidé ztrácejí sociální dovednosti, nebo je také nikdy nenabývali. To ještě více komplikuje schopnost získat a udržet zaměstnání, fungovat v mezilidských vztazích, samostatně bydlet a pečovat o sebe. Duševní nemoci jsou častou příčinou invalidity, odsouzení ze strany veřejnosti, tzv. stigmatizace, a úzce souvisí s výskytem sebevražedného jednání. Vzhledem k tomu, že u nemocných opětovně dochází k nepředvídatelným změnám chování z důvodu narušeného filtru informací, vyvolávají tyto projevy u okolí odsuzující a zavrhuující reakce. Proto v postojích k duševně nemocným často převažuje obava, výsměch, zlehčování, odmítání či nepochopení. Téma diplomové práce si autorka vybrala na základě vlastních zkušeností s takto nemocnými lidmi.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. Teoretická část je strukturována do tří hlavních, na sebe navazujících kapitol. První kapitola zahrnuje vysvětlení, charakteristiku a rozdělení sociálních služeb včetně legislativy. Ve druhé kapitole je vymezen výraz duševní porucha a představena jejich klasifikace. Třetí kapitola se zabývá pojmem kvalita života, zejména kvalitou života duševně nemocných jedinců.

Empirickou část představuje kvalitativní výzkum realizovaný v zařízení X, které poskytuje sociální služby ve Zlínském kraji. Cílem výzkumu je zjistit, jaký vliv má využívání sociálních služeb na kvalitu života uživatelů.

Diplomová práce je pokusem o nalezení některých souvislostí mezi využíváním sociálních služeb a odezvou v kvalitě života duševně nemocných osob. Rovněž objasňuje důležitost sociálních služeb a poukazuje na oblasti, ve kterých je nutné tuto cílovou skupinu podporovat.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

## 1.1 Vymezení pojmu sociální služba, zákonná úprava

K vymezení pojmu sociální služba lze zvolit několik způsobů. Jedním z nich je vysvětlení významu obou slov, které obsahuje. „Sociální“ je označení z latiny, vychází z latinských výrazů: „socius“ (druh, účastník, spojenec, společník), „socio“ (pojím, sjednocuji, účastním se, sdílím), „socialis“ (spojenecký, společenský) a „societas“ (společenství, svazek). (Geist, 1992) Pojem služba se chápe buď jako místo či úřad, nebo jako pomoc či příspěví. (Pala, Všíanský, 2001)

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v platném znění je sociální službou činnost nebo soubor činností zajišťující osobám pomoc a podporu za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Pod pojmem sociální služba se rozumí činnost, kterou zajišťují registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Prováděcím předpisem tohoto zákona je vyhláška č. 505/2006 Sb.

Matoušek a kol. (2003) vymezují sociální služby jako všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti. Sociální službu lze vnímat také jako: „Činnost, jejímž cílem je pomoci člověku řešit jeho nepříznivou situaci.“ (Molek, 2009, s. 10)

Za sociální službu se nepovažuje podpora a pomoc ze strany rodinných příslušníků a jiných blízkých osob. Sociální službou rovněž není činnost poskytovaná subjektem, který není evidován jako poskytovatel sociálních služeb (např. soukromá úklidová firma nebo ubytovací zařízení). Zákon nijak neomezuje kombinování různých druhů služeb souběžně s poskytováním služby, např. s péčí v rodině. Je na rozhodnutí člověka, které služby a v jakém rozsahu bude využívat. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Uživatelem sociální služby se může stát kdokoliv, kdo vstoupí do smluvního vztahu s poskytovatelem sociální služby. Pojem „uživatel sociální služby“ se používá v situacích, kdy je trvale či pouze dočasně zajišťována pomoc a podpora v dohodnutém rozsahu. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Významným dokumentem v oblasti sociálních služeb je Strategie sociálního začleňování. Zabývá se mimo jiné i kvalitou života v souvislosti s dostupností zdravotní péče a úrovní

sociálních služeb. Cílem je dosažení kvality sociálních služeb a rovný přístup k nim. (MPSV, 2014)

K dalším důležitým dokumentům patří Etický kodex sociálních pracovníků České republiky (SSP, 2006), který se opírá o řadu dalších dokumentů podstatných pro výkon profese sociálního pracovníka. Mezi ně se řadí například Všeobecná deklarace lidských práv, Charta lidských práv Spojených národů nebo Listina základních práv a svobod. Elementárními principy a povinnostmi sociálního pracovníka je zachovávat lidskou důstojnost, respektovat individualitu každého jedince a brát na vědomí jeho právo na seberealizaci. Neméně důležité je profesionální jednání ze strany sociálního pracovníka. To znamená, že sociální pracovník poskytuje sociální služby na nejvyšší odborné úrovni, aplikuje svoje znalosti, dovednosti a zkušenosti. (SSP, 2006)

## **1.2 Cíl, druhy, typy a formy poskytování sociálních služeb**

Cílem sociálních služeb je pomoci společensky znevýhodněným lidem zvýšit kvalitu jejich života a v co největším možném rozsahu se zapojit do společnosti. To znamená podporovat rozvoj samostatnosti nebo alespoň zachování soběstačnosti těchto osob, napomáhat k jejich návratu do vlastního domácího prostředí a obnovit nebo udržet původní životní styl. Důležité je také snížit sociální a zdravotní rizika plynoucí ze způsobu života uživatelů. Sociální služby respektují jak uživatele, tak jeho rodinu a skupiny, do nichž patří, eventuálně zájmy širší komunity.

Důvody vzniku nepříznivých sociálních situací jsou velmi rozmanité, proto také existuje mnoho druhů sociálních služeb. Poskytnutí služby má člověku nejen pomoci, ale také podporovat jeho vlastní činnost, která vede k nalezení východiska z nepříznivé sociální situace. (Matoušek a kol., 2007)

Základní formy sociálních služeb lze podle zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.) rozdělit na:

- pobytové,
- ambulantní,
- terénní.

Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Jako ambulantní služby se označují ty, za nimiž osoby dochází nebo jsou doprovázeny nebo dopravovány do zařízení sociálních služeb, součástí služby však není

ubytování. Terénní služby jsou potom osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. (Molek, 2009)

Zákon č. 108/2006 Sb. rozlišuje tři skupiny sociálních služeb:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

### **1.2.1 Sociální poradenství**

První skupinu sociálních služeb je možné dále rozdělit na základní a odborné sociální poradenství. Cílem sociálního poradenství je poskytování nezbytných informací, které napomáhají k řešení nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství jsou povinni bezplatně poskytnout všichni poskytovatelé sociálních služeb komukoliv, kdo o něj požádá. Odborné sociální poradenství poskytují specializované poradny, které se zaměřují buď na určitý fenomén (např. domácí násilí), nebo na specifické cílové skupiny (např. osoby se zdravotním postižením, senioři, imigranti atd.). Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek. (zákon č. 108/2006 Sb.)

### **1.2.2 Služby sociální péče**

Tato skupina sociálních služeb byla vytvořena proto, aby napomáhala lidem být fyzicky i psychicky soběstační, nabízejí pomoc při zvládnání úkonů péče o vlastní osobu a podporují samostatnost. Pokud to možné není (zdravotní stav uživatele to vylučuje), lze použít k poskytování těchto služeb příspěvek na péči. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Mezi služby sociální péče patří:

- osobní asistence,
- pečovatelská služba,
- tísňová péče,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- podpora samostatného bydlení,
- odlehčovací služby,
- centra denních služeb,
- denní stacionáře,

- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Osobní asistence je poskytována v přirozeném sociálním prostředí osobám se sníženou sebeobsluhou zapříčiněnou věkem, chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Pečovatelská služba se provádí terénně, nebo ambulantně a je určena lidem se sníženou soběstačností a rodinám s dětmi. Zvláštností této služby je, že se zdarma poskytuje pouze rodinám, ve kterých se narodily současně tři a více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům/manželkám po účastnících odboje starším 70 let. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Tísňová péče je souhrnná sociální služba, která za pomoci dálkového, hlasového a elektronického zařízení monitoruje uživatele v jeho vlastním obydlí, a to z důvodu snížení rizika poškození zdraví a ohrožení života. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Průvodcovské a předčitatelské služby mohou být poskytovány terénně, nebo ambulantně, popř. být součástí jiných služeb. Jsou určeny pro osoby se sníženou schopností orientace a komunikace nebo osoby vysokého věku. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Podpora samostatného bydlení umožňuje lidem s mentálním postižením žít obvyklým způsobem života jako ostatní lidé. Cílem je zabránit sociálnímu vyloučení. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní, nebo pobytové služby určené pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Cílem je dopřát pečující osobě nezbytný oddech a odpočinek. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění, věku nebo zdravotního postižení. Cílem je zachování důstojnosti člověka, podpora sociálních vazeb a samostatnosti v péči o vlastní osobu. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Denní stacionáře zajišťují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění, věku nebo zdravotního postižení. Cílem je zvýšení míry

samostatnosti a zachování nebo obnovení původního životního stylu v přirozeném prostředí. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Týdenní stacionáře jsou pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění, věku nebo zdravotního postižení. Cílem je zvýšení soběstačností, podpora při začleňování do společnosti a běžného života i formou pracovní rehabilitace. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením patří mezi pobytové služby, které podporují uživatele v samostatnosti, uplatňování vlastních přání a snaží se snížit jeho závislost na péči. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Domovy pro seniory jsou pobytové služby určené zvláště pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, které nemohou být ve svém přirozeném prostředí. Cílem je důstojné, plnohodnotné, bezpečné a aktivní prožití každého dne. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Domovy se zvláštním režimem jsou formou pobytové služby, která slouží zvláště lidem se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění (Alzheimerova demence a jiné typy demencí) nebo závislosti na návykových látkách. Cílem je zachovat co nejvyšší kvalitu života a důstojnost. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Chráněné bydlení je pobytová služba, která má formu skupinového nebo individuálního bydlení. Je určena pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu tělesného nebo duševního onemocnění. Cílem je maximální míra soběstačností klienta, schopnost začlenit se do společnosti a dle možností se uplatnit na trhu práce. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče jsou určené zejména osobám, které nepotřebují akutní zdravotnickou péči, avšak zároveň jsou natolik nesoběstačné, že potřebují pomoc při každodenních úkonech. (zákon č. 108/2006 Sb.)

### **1.2.3 Služby sociální prevence**

Poslední skupina služeb se zabývá jevy a situacemi, které mohou u jedince způsobovat sociální vyloučení. To znamená, že toto vyloučení není zapříčiněno neschopností péče o vlastní osobu, z důvodu věku nebo zdravotního stavu. Služby sociální prevence se zaměřují zejména na sféru tzv. „sociálně negativních jevů“ jako například bezdomovectví, užívání návykových látek, krizové situace v rodině, kriminalita atd. Cílem je napomáhat



a podporovat osoby v jejich aktivním překonávání nepříznivé sociální situace a zároveň chránit společnost před vznikem a šířením patologických jevů. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Zákon č. 108/2006 Sb. rozlišuje tyto typy služeb sociální prevence:

- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,
- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- kontaktní centra,
- krizová pomoc,
- intervenční centra,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociálně terapeutické dílny,
- terapeutické komunity,
- terénní programy,
- sociální rehabilitace.

Raná péče se poskytuje jako terénní, popřípadě ambulantní služba. Je určena dítěti a rodičům dítěte ve věku do sedmi let, které je zdravotně postižené nebo je ohroženo v důsledku nepříznivé sociální situace. Cílem služby je vypěstovat u rodičů zodpovědný přístup, a tak minimalizovat vliv postižení na vývoj dítěte. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Telefonická krizová pomoc slouží na přechodnou dobu lidem, kteří se nacházejí v situaci ohrožení života nebo v jiné svízelné situaci, kterou zatím nedokáží řešit svépomocí. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Tlumočnické služby mohou být jak terénní, tak ambulantní službou určenou osobám s poruchami komunikace (zraková a sluchová postižení). (zákon č. 108/2006 Sb.)

Azylové domy poskytují na dočasnou dobu ubytování osobám v nepříznivé sociální situaci v souvislosti se ztrátou bydlení. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Domy na půl cesty zajišťují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let. Tito jedinci po dosažení plnoletosti odcházejí ze školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, respektive jsou propuštěni z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Cílem této služby je podpora návratu osoby do řádného, běžného života a převzetí zodpovědnosti za své jednání a důsledky z toho plynoucí. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Kontaktní centra patří mezi nízkoprahová zařízení, která poskytují ambulantní i terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Jejich cílem je snižování (nikoliv odstraňování) sociálních a zdravotních rizik, jako je možnost nákazy HIV/AIDS, likvidace injekčního materiálu apod. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Krizová pomoc je ambulantní, nebo pobytová služba určená na přechodnou dobu osobám, které se nalézají v situaci ohrožení zdraví nebo života a prozatím nejsou schopny řešit situaci vlastními silami. Cílem krizové pomoci je kromě zajištění ubytování a stravy také terapeutická činnost a pomoc při prosazování práv a zájmů daných osob. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Intervenční centra slouží osobám ohroženým násilným chováním jiných osob. Pomoc je nabídnuta nejpozději do 48 hodin od doručení kopie úředního záznamu o vykazání osoby intervenčnímu centru. Pobytová forma je maximálně v délce 7 dní. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní, případně terénní služby pro osoby bez přístřeší. Cílem těchto služeb je motivovat klienta k postupnému řešení nastalé situace. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Nízkoprahová denní centra pro děti a mládež zajišťují ambulantní i terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let, které jsou ohroženy společensky patologickými jevy. Cílem je pozitivně ovlivňovat jejich způsob trávení volného času a podporovat jejich směřování k plnohodnotnému a smysluplnému životu. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o hygienický standard a přenocování. Cílem této služby je především motivace klientů k přesunu do azylového domu a k následnému řešení těžké životní situace. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Služby následné péče patří mezi terénní služby určené osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách po ukončení ústavní nebo ambulantní léčby, případně se ambulantní léčbě podrobují, nebo abstinují. Cílem tohoto typu služby je dokončení léčebných programů a podpora klienta při integraci do běžného života. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi patří mezi terénní i ambulantní služby, které se věnují rodině s dítětem ohroženým ve vývoji v důsledku krizové sociální situace v případě, že rodiče nedokážou svépomocí zajistit nápravu. Cílem je podpora zdravého fungování rodiny. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením poskytují ambulantní i terénní služby. Cílem je napomáhat seniorům či handicapovaným osobám zvládat těžké situace a dopomoci jim ke kvalitnějšímu životu. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby pro osoby se sníženou soběstačností v důsledku zdravotního handicapu. Z tohoto důvodu si nemohou najít pracovní místo ani na chráněném trhu práce. Služba je zaměřená na dlouhodobou a systematickou podporu zdokonalování pracovních návyků a motorických dovedností, které dané osoby využijí i v běžném životě. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Terapeutické komunity formou pobytových služeb se věnují na přechodnou dobu osobám závislým na návykových látkách nebo s chronickým duševním onemocněním, jež mají zájem o integrování do běžného života. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Terénní programy jsou určeny pro jedince vedoucí rizikový způsob života, případně jim toto riziko hrozí (osoby bez přístřeší, uživatelé návykových látek apod.). Cílem programů je motivace ke změně způsobu života a převzetí zodpovědnosti za své chování. (zákon č. 108/2006 Sb.)

#### **1.2.4 Sociální rehabilitace**

Vzhledem k tomu, že zařízení zaměřenému na sociální rehabilitaci se věnuje i empirická část diplomové práce, bude tato služba popsána podrobněji. Pojem sociální rehabilitace není přesně definovaný. Matoušek a kol. (2003, s. 219) k tomu uvádějí: „Jedná se o soubor opatření, které by měly sloužit k příznivému ovlivnění stavu u lidí, kteří jsou ohroženi nebo se již dostali do sociální nouze, a směřuje k jejich integraci. Touto činností se také

rozumí obnovení sociálních vztahů a praktických dovedností a schopností, které byly díky sociálnímu handicapu a způsobu života narušeny.“

Podle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) se služba poskytuje ve formě terénní, ambulantní i pobytové, a to v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Cílovou skupinou jsou nejčastěji osoby se zdravotním postižením, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách, osoby vedoucí rizikový způsob života anebo ty, které jsou jím ohroženy, osoby bez přístřeší, jedinci do 26 let opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče, osoby ohrožené závislostí nebo již závislé na návykových látkách. Mezi základní činnosti v sociální rehabilitaci patří například nácvik dovedností pro zvládání samostatné péče o vlastní osobu a další činnosti, které vedou k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím nebo výchovné a aktivizační činnosti. Pobytové služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb zahrnují mimo poskytnutí ubytování také zajištění stravy a hygieny. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Časový rozsah služby je ohraničený. Služba se hradí po uzavření smlouvy mezi uživatelem a poskytovatelem, placené jsou pouze služby spojené se stravováním, ubytováním a zajišťováním osobní hygieny. Cílem služby je podporovat osoby tak, aby mohly žít běžný pracovní a soukromý život, zvyšovat jejich samostatnost a soběstačnost, posilovat schopnost sociálního začlenění a osobních kompetencí, poskytovat uživatelům službu dle jejich individuálních potřeb, přání a schopností, snažit se o zapojení rodinných příslušníků ke spolupráci, motivovat uživatele k nalezení a udržení vhodného zaměstnání. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Vyhláška č. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., definuje sociální rehabilitaci v § 35 následujícím způsobem (výběr z činností):

- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a jiných aktivit, které vedou k sociálnímu začleňování,
- nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů v domácnosti,
- nácvik péče o chod domácnosti (péče o ošacení, úklidové a drobné údržbářské práce, obstarání nákupu a vaření),
- nácvik samostatné orientace ve vnitřním i venkovním prostoru,
- nácvik dovedností, které jsou potřebné ke zvládání úředních úkonů, například vlastnoruční podpis.

V oblasti zprostředkování kontaktu se společenským prostředím se jedná o:

- nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky (městskou dopravu, autobusy, vlaky),
- nácvik chování a jednání v různých společenských situacích.

V oblasti výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností je to:

- upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek.

### **1.2.5 Další možnosti klasifikace sociálních služeb**

Sociální služby lze dále rozdělit podle věkové kategorie cílové skupiny klientů nebo podle výše a způsobu úhrady nákladů za poskytované služby. Následují dvě tabulky, v nichž budou tato dvě dělení přiblížena detailněji. V tabulce 1 na následující straně jsou uvedeny služby sociální péče a prevence pro jednotlivé cílové skupiny.

Tabulka 1. Klasifikace sociálních služeb podle věku cílové skupiny.

Sociální služby	Děti a mládež	Dospělá populace	Senioři
Služby sociální péče	Osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, průvodcovské a předčitatelské služby, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením.	Osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče.	Osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení, ústavní péče.
Sociální prevence	Raná péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, terénní programy, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby.	Raná péče, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, noclehárny, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně terapeutické dílny, terénní programy, služby následné péče, terapeutické komunity, sociální rehabilitace.	Telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace.

Zdroj: Krejčířová, Treznerová, 2011.

V tabulce 2 na následující straně je uveden přehled sociálních služeb podle toho, zda jsou či nejsou hrazené. Konkrétní způsob a výši platby upravuje prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. Úhradou nákladů za sociální služby se rozumí platba uživatele sociální služby poskytovateli za činnosti v rozsahu uvedeném ve smlouvě o poskytování sociální služby.

Tabulka 2. Rozdělení sociálních služeb dle způsobu úhrady za službu.

	<b>Bezplatné</b>	<b>Za úhradu</b>
Typ sociální služby	Sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, krizová pomoc, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, terénní programy, sociální rehabilitace, sociální služby v kontaktních centrech, sociální služby v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, služby sociálně terapeutických dílen, sociální služby intervenčních center.	Osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče – maximální výše úhrady za poskytování se rovná skutečným nákladům na provoz technických komunikačních prostředků, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, azylové domy, domy na půl cesty, služby následné péče, terapeutické komunity, sociální rehabilitace.

Zdroj: Krejčířová, Treznerová, 2011.

## 2 DUŠEVNÍ PORUCHY

Bolest duše (z řeckého „psyché“) nám může stejně jako bolest těla („sóma“) v různé síle a četnosti nežádoucím způsobem zasahovat do života, ať už separovaně nebo společně v podobě psychosomatických problémů. Zdá se, že neexistuje člověk, který by byl zcela bez potíží, všichni lidé mají své starosti a frustrace. Pokud je jedinec zvládá bez větších těžkostí a s přiměřenou adaptací za podmínky a netrpí tím jeho každodenní soukromý i profesní život, dokáže se radovat ze sebe i druhých a má s nimi konstruktivní vazby, lze ho považovat za psychicky zdravého jedince. (Bankovská Motlová, Koukolík, 2004)

### 2.1 Vymezení pojmu duševní porucha a jejich klasifikace

Duševní porucha (nebo také psychická porucha) je v širším kontextu označení pro některé změněné psychické procesy projevující se v myšlení, prožívání a jednání jedince, které znesnadňují jeho chování ve společnosti. (Hartl, Hartlová, 2004) „Duševní porucha je klinicky rozpoznatelný soubor příznaků (symptomů) nebo poruch chování, které narušují funkci a jsou často spojeny s pocitem tísně.“ (Malá, Pavlovský, 2002, s. 23)

### 2.2 Rozdělení duševních poruch dle MKN 10

V České republice platí od roku 1994 Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10 (UZIS, 2012). Průběžně se aktualizuje, poslední aktualizace je platná od 1. dubna 2014. V části Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99) jsou uvedeny tyto kategorie:

- F00–F09: Organické duševní poruchy včetně symptomatických,
- F10–F19: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek,
- F20–F29: Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy,
- F30–F39: Afektivní poruchy (poruchy nálady),
- F40–F48: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy,
- F50–F59: Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory,
- F60–F69: Poruchy osobnosti a chování u dospělých,
- F70–F79: Mentální retardace,
- F80–F89: Poruchy psychického vývoje,



- F90–F98: Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání,
- F99: Neurčená duševní porucha.

### 2.3 Schizofrenie

Schizofrenie je nemoc, která se projevuje rozmanitými symptomy, obrazy a procesy. Jedná se o onemocnění, které fakticky nemá limity, jeho dynamika a podoba je u každého člověka jiná.

Schizofrenie je duševní porucha projevující se narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita nemocného neodpovídá situaci nebo je zploštělá. Jasně vědomí a intelektuální rozsah zůstávají obvykle uchráněny, i když v průběhu času může dojít k jisté kognitivní ztrátě. Narušení zahrnuje většinu základních funkcí, které dávají zdravému jedinci pocit osobitosti, jedinečnosti a také sebekontroly. Jedinec mívá opětovně pocit, že většina jeho soukromých myšlenek a pocitů je známá jiným osobám. Takto se mohou plně rozvinout bludy, které vysvětlují tento dojem jako následek působení přirozených a nadpřirozených sil, jež usměrňují myšlenky nebo jednání člověka často velmi nezvyklým způsobem. (Kučerová, 2010)

Ačkoliv podle Smolíka (2002) není možné určit patognomické (charakteristické pro určitou chorobu) příznaky, uvádí, že se často objevují následující psychopatologické jevy:

- poruchy myšlenkových pochodů,
- ozvučování myšlenek, ovládnání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek,
- bludné vnímání a bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo ovládnání,
- halucinace hlasů komentujících nebo diskutujících o pacientovi se třetí osobou,
- katatonie a negativní příznaky.

Proces schizofrenie může být plynulý nebo epizodický, popřípadě je souhrnem jedné nebo více epizod s úplnými remisemi. Symptomy schizofrenie mohou být poměrně různé, protože tato nemoc nemá jednotný klinický obraz. V akutní fázi nemoci má důležitý vliv vznik bludů, halucinací a dalších pozitivních příznaků. Mohou se také objevovat poruchy řeči a chování, emotivity nebo katatonní příznaky.

Termín „dementia praecox“ (předčasné zhrounutí), který prosadil v roce 1898 německý psychiatr Emil Kraepelin, se stal prvním názvem pro toto onemocnění. Onemocnění se

Kraepelinovi jevil jako předčasný psychický úpadek osobnosti, přičemž hledal jeho organické příčiny. Označení „schizofrenie“ zavedl až uznávaný švýcarský psychiatr Eugen Bleuler. Vycházel z toho, že slovo schizofrenie má původ v řečtině („schizo“ – štěpit, „phren“ – rozum, myšlení). Tímto pojmem chtěl poukázat na to, že toto onemocnění je charakteristické rozštěpením myšlení, emocí a chování. Upozornil na to, že projevy schizofrenie nemají výhradně organický základ, ale jsou také ovlivněny psychologickými faktory.

Podle Bankovské Motlové a Koukolíka (2004) nejsou příčiny vzniku schizofrenie zcela vysvětleny. Odborníci se ovšem shodují, že onemocnění vzniká v mozku nadbytkem chemické látky zvané dopamin. Dopamin je chemická látka, která vzniká v mozku za normálních okolností přirozeně. Funguje jako neuropřenašeč, který v jistých částech mozku umožňuje přenos impulsů. Nadbytek této látky způsobuje, že začne úplně náhodně přiřazovat speciální důležitost věcem, které tomu neodpovídají. Mozek se s takovou záplavou zdánlivě „významných“ jevů vypořádá po svém. Začne je nahodile spojovat do zvláštních kombinací, které se označují jako bludy.

Jako vysvětlení, proč vzniká schizofrenie, se často užívá tzv. „Diathesis–stress model“. (Miller, Chen, Zhou, 2007) Podle modelu způsobují vypuknutí schizofrenie zátěžové situace v souvislosti s genetickými faktory. (Wikipedie, 2014) Corcoran a Frith (2003) naopak uvádějí, že tento model nebyl dostatečně prokázán. Popisují symptomy, jež schizofrenii předchází a po jejichž objevení se u 40 až 50 % postižených vyvinula psychóza do jednoho roku až dvou let. Přičemž se tyto symptomy projevovaly v chování a v psychice, nikoliv v biologických ukazatelích – uvolňování kortizolu pozitivně koreluje se vznikem stresu. Zjednodušeně řečeno, zvýšení sekrece kortizolu, který potlačuje mechanismy a chronické stresové situace, vedou k neuronálním změnám a k přecitlivělosti na stres. Zároveň byl na pacientech se schizofrenií prokázán snížený objem hipokampu (část limbického systému v mozku), který je zodpovědný za emoce a chování.

### **2.3.1 Projevy schizofrenie**

#### **Bludy**

Bludy jsou mylná přesvědčení, pro která je příznačná nevyvratnost. Jsou velice časté, vyskytují se až u 90 % nemocných. Mezi nejčastější z nich patří (Bankovská Motlová, Koukolík, 2004):

- bludy vztahovačnosti – vztahování různých situací ke osobě nemocného (např. lidé mě pozorují a hovoří o mně),
- paranoidně-perzekuční bludy – připisování mimořádného významu věcem i událostem ze svého okolí, přesvědčenost o pronásledování vlastní osoby,
- bludy obviňování a kontrolování – dojem, že na nemocného někdo působí na dálku a zasahuje do jeho myšlení,
- religiózní bludy – nemocný má náboženské vize a cíle, např. má pocit, že je spasitel či prorok,
- intrapsychické halucinace – pocit vkládání a odnímání myšlenek,
- neobvyklé zážitky – konečný prožitek neodpovídá běžné kvalitě vjemu,
- iluze – poruchy vnímání.

### **Halucinace**

Halucinace jsou vjemy, které postrádají vnější podnět. Jsou nevyvratitelné a nemocní je vnímají jako skutečnost. U jedinců s psychózou jsou nejčastější následující typy halucinací (Bankovská Motlová, Koukolík, 2004):

- sluchové – bývají vnímány jako verbální, tzv. hlasy jedné osoby nebo více lidí (pomlouvají, chválí, nadávají, komentují aj.),
- zrakové – pacienti vidí nereálné věci, osoby, zvířata,
- taktilní – hmatové pocity, např. doteky, lechtání, hlazení, štípání,
- teleologické – sluchové halucinace, tzv. poradní hlasy (co má dělat),
- imperativní – slovní halucinace (rozkazy, příkazy),
- iluze – zkreslené a deformované vjemy vycházející ze skutečného objektu,
- pseudohalucinace – nemocný si uvědomuje nepravé vjemy, proto jim nevěří a nejedná podle nich.

### **Dezorganizované myšlení a řeč**

U psychotických pacientů se může objevovat celá řada poruch řeči. Uvádí se ztráta asociací, neschopnost udržet téma rozhovoru. Dále k poruchám patří (Bankovská Motlová, Koukolík, 2004):

- plané mudrování – objevuje se hlavně u hebefrenní formy schizofrenie,

- inkoherentní myšlení – rozvolnění racionálních vazeb, narušení skladby i obsahu řeči, excentrický projev má podobu tzv. slovního salátu,
- nutkavé myšlení – neodbytné myšlenky, které se neustále vnucují, nemocný je nedokáže vůlí ovládnout,
- magické myšlení – tvorba vlastní symboliky, která je pro ostatní nepochopitelná.

### **Dezorganizované chování**

Nemocný se projevuje chováním, které je více či méně nápadné. Není schopen toto jednání řídit, což se ukazuje i v běžném životě (neschopnost udržovat hygienu apod.). Komplexní obraz navíc podtrhuje nezvyklost v oblékání, nepřiměřené sexuální chování anebo nevypočitatelné pokřikování bez pohnutky. (Bankovská Motlová, Koukolík, 2004)

### **Poruchy psychomotoriky a katatonie**

Poruchy psychomotoriky lze rozdělit na kvantitativní, tj. že se psychomotorická aktivita snižuje anebo stupňuje, a kvalitativní, ke kterým se řadí produktivní a neproduktivní katatonní rysy. U kvalitativních poruch psychomotoriky se jedná například o (Bankovská Motlová, Koukolík, 2004):

- psychomotorický útlum – útlum činnosti, zpomalení pohybu, chudý verbální projev,
- pohybový záraz – započatý pohyb probíhající běžným tempem a obvyklou formou je přerušeny a nedokončený, často se spojuje zárazem myšlení,
- agitovanost – zřetelné vystupňování psychomotorické činnosti, motorika je nadbytečná, rychlá a nesynchronizovaná, jsou možné i známky agresivity.

Katatonní syndrom vystihují pohyby nezávislé na vůli, z nichž některé mohou být vázány na externí impulsy (např. povelový automatismus). Katatonní příznaky se vyskytují rovněž u afektivních a organických poruch, nejsou výjimečné pouze pro schizofrenii. K nejběžnějším katatonním příznakům vyskytujícím se u schizofrenie patří (Bankovská Motlová, Koukolík, 2004):

- Manýrování – je to porucha volního jednání. K obvyklému chování přidává jedinec soubor nepřiměřených složek. Chování je pak vnímáno jako nemístné a složité. Manýrování je pozorovatelné při běžných činnostech (např. oblékání aj.), které se vyznačují rituálností či obřadností.

- Stereotypie – opakování motorických pohybů beze smyslu. Neadekvátní opakování jedné a též grimasy se označuje jako grimasování.
- Katatonní stupor – zánik všech aktivních pohybů (spontánních i reaktivních). Je to pohybové (motorické) vyhasnutí s tím rozdílem, že se nejedná o poruchu vědomí.
- Katalepsie – porucha jednání, při níž je nemocný pasivní vůči vnuceným nastavením těla. Zůstává v nastavené pozici, např. leží s nadzdvíženou končetinou. Projevem katalepsie může být také tzv. vosková ohebnost. U jedince lze „vymodelovat“ různé pózy, ve kterých setrvává podivně dlouho, ačkoliv je to krajně nepohodlné.
- Povelový automatismus – bezodkladné poslechnutí a přesné vykonání i zcela nesmyslných příkazů úplně automaticky bez uvažování a přehodnocení, i když je to v rozporu se zájmy nemocného.
- Katatonní raptus – psychomotorické napětí spojené s agresivitou.
- Echomatismy – reprodukce chování, pohybů, mimických výrazů nebo řeči jiného člověka.

Jinou typologii projevů schizofrenie nabídli Praško, Prašková a Pašková (1998). Rozdělují je do tří skupin na pozitivní, negativní a kognitivní. Příznaky schizofrenie jsou u každého člověka jiné. U většiny nemocných se v různých fázích onemocnění objevují pozitivní a negativní symptomy v různém zastoupení, mohou se vzájemně kombinovat. Obě skupiny symptomů mají za následek obtíže v běžném životě člověka, jehož vnímání skutečnosti může být odlišné od vnímání druhých lidí.

### **Pozitivní symptomy**

Pozitivními symptomy se rozumí extrémní podoba zdravých, psychických funkcí. Je poměrně snadné je rozpoznat, ale je třeba si uvědomit, že se nemusí jednat o schizofrenii, mohou být totiž důsledkem nadměrného užívání alkoholu nebo návykových látek. Pozitivní symptomy zahrnují (Praško, Prašková, Pašková, 1998):

#### *Klamné vjemy*

Jedná se o vjemy, které nejsou skutečné, nevznikají v realitě. Nejfrekventovanější je slyšení hlasů, které kromě nemocného nikdo jiný neslyší. S těmito hlasy vede člověk

konverzaci, přičemž dotyčnému hlasy často říkají, co má dělat. K dalším, méně častým klamným vjemům se řadí vjemy smyslové (zrakové, čichové, hmatové, chuťové).

#### *Falešné představy*

Falešné představy znázorňují mylné názory, o kterých je nemocný bezvýhradně přesvědčen, aniž by měl pravdivé důkazy. Mnohdy mívá pocit pronásledování, podvádění nebo má předtuchu či pocit nějakého spiknutí. Nemocný je také přesvědčen, že má neobvyklý dar nebo schopnosti, popřípadě že je celebritou anebo že jeho činy jsou ovládány vnější silou.

#### *Poruchy myšlení*

Jedná se o velice zmatené myšlení, kdy nemocný přeskakuje v hovoru z jedné věci na druhou a projev postrádá logickou souvislost. Pro člověka s poruchou myšlení je těžké logicky myslet, rozhodovat se, co je v danou dobu přiměřené, nebo není. Často nemocný věří, že jsou jeho myšlenky kradeny nebo řízeny neurčitou, vnější silou.

#### *Podivné chování*

Mohou to být zvláštní až nevhodné posunky, grimasy, postoje nebo dotyčný dospěje až k porušování všeobecně uznávaných společenských norem, např. svlékání na veřejnosti.

### **Negativní symptomy**

Negativní symptomy indikují, že je něčeho nedostatek, zpravidla se jedná o ztrátu nebo omezení normálního fungování člověka. Vzhledem k tomu, že mohou být způsobeny depresí nebo i prostředím chudým na podněty, je hodnocení ztížené. Jednotlivé negativní symptomy jsou následující. (Praško, Prašková, Pašková, 1998)

#### *Citová plochost*

Nemocní se schizofrenií mnohdy nejsou schopni vyjadřovat své emoce, projevují se jako citově ploší, tedy častokrát nereagují na situace, které se kolem nich dějí. Neadekvátní emoce a jednání se řadí k elementárním projevům této choroby.

### *Snížená motivace*

Schizofrenie může vést k nezájmu člověka zapojovat se do jakékoliv aktivity. Nemocný ztrácí motivaci pro práci nebo zájmové činnosti. V nejhroší variantě může dospět až k úplnému nicnedělání a neschopnosti postarat se o vlastní osobu.

### *Sociální odloučení*

Sociální stažení znamená, že nemocný má snahu izolovat se od ostatních lidí a uzavírat se do sebe. Neuspokojivě navazuje a udržuje mezilidské vztahy, často se kontaktu s lidmi úmyslně vyhýbá.

### *Snížená plynulost a obsah myšlení*

To se projevuje jen u některých lidí se schizofrenií. Stává se, že sami promluví jen vzácně a na otázky odpovídají krátce. V krajních případech se projev takového člověka omezuje na krátké věty jako „ano“, „ne“ nebo „nevím“. Někteří hovoří srozumitelně, ale přesto jejich mluva nemá žádný obsah. Mnohdy se jedná o propojování jejich myšlenek nebo přeskokování mezi úvahami.

## **2.3.2 Druhy schizofrenie**

K. Schneider vytvořil v roce 1957 dělení, které odráží symptomy určující schizofrenii. Z této typologie vychází i nynější pojetí schizofrenie. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002)

### **Paranoidní schizofrenie**

Jedná se o nejrozšířenější formu schizofrenie. Hlavními charakteristickými příznaky jsou sluchové halucinace, chorobná vztahovačnost, přesvědčení, že je člověk sledován a pronásledován či mu někdo usiluje o život. To může vést k tomu, že nemocný se cítí ohrožen a může dojít ke slovní nebo brachiální agresi. Chorobná vztahovačnost se může zaměřit na nemocného samého, neexistující bytost nebo na osobu blízkou, případně člena rodiny anebo kolegu v práci. Hrozící riziko ublížení na zdraví sobě nebo ostatním je důvodem pro nedobrovolnou hospitalizaci. Dalším důležitým symptomem paranoidní schizofrenie je emoční otupělost, porucha vůle a apatie. Jedná se o narušené myšlení v provázanosti s bludným výkladem skutečnosti. (Vágnerová, 1999)

### **Hebefrenní schizofrenie**

Tento typ schizofrenie se vyskytuje v adolescentním věku a rané dospělosti, proto bývá nesnadné jej odlišit od průběhu puberty. Typickými projevy je porucha myšlení a emoční reakce (jakási nepřiléhavost chování i emocí). Emoční reakce jsou vyhrocené a rozkolísané bez zřetele na současnou situaci. Nemocní se chovají v určitých situacích nepřiměřeně, protože danou situaci také neadekvátně prožívají. Nápadný je rozpolcený postoj k autoritám a „klackovité“ chování, dále citová rozháranost, která zapříčiňuje, že nemocný není schopen udržet pozitivní vztahy s vrstevníky. Také se mohou objevit projevy regrese k nezralým dětinským způsobům chování. (Vágnerová, 1999)

### **Katatonní schizofrenie**

Hlavními projevy jsou poruchy hybnosti, ty zacházejí až do extrémů – hyperkineze a stupor. Typická je také pohybová závislost na vnějších podnětech (povelový automatismus), nebo naopak pohybová autonomie (manýrování, grimasování). Nemocný se jeví negativisticky, apaticky k jakékoli nabídce činnosti. (Raboch, Pavlovský, 2001)

### **Simplexní schizofrenie**

Postupně a plíživě dochází ke stažení pacienta z vnějších vztahů. Nemocný je apatický, nečinný, izoluje se od lidí, utlumují se volní projevy, oplošťuje se emotivita. Onemocnění bývá často zaregistrováno v důsledku změn dosavadních postojů v rodinných vztazích, zaměstnání nebo škole. Nemocný ztrácí schopnost vypořádat se s běžnými životními nástrahami a požadavky kladenými na jeho osobu. (Raboch, Pavlovský, 2001)



### 3 KVALITA ŽIVOTA

#### 3.1 Pojetí kvality života

Kvalita života není v literatuře vymezována jednotně. Vzhledem k multidimenzionalitě této kategorie nelze kvalitu života jednoznačně vymezit. Často se dává do souvislosti se zdravím. Health-Related Quality of Life – HRQoL – je termín pro kvalitu života, který zavedli v roce 1982 Kaplan a Bush. Označuje tu část života, která je na prvním místě určována zdravím jedince a zdravotní péčí a může do ní být zasahováno klinickými intervencemi. Bere v úvahu celkové zdraví, kognitivní funkce, duševní a emocionální zdraví, subjektivní pohodu či vyrovnanost, životní spokojenost a sociální podporu. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005)

WHO definuje kvalitu života takto: „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“ (In Mareš, 2005, s. 68) Kvalita života je tedy z velké části subjektivním posouzením vlastních životních podmínek. Zahrnuje nejen pocit tělesného zdraví, ale i psychickou stránku, společenské uplatnění, teologická a ekonomická hlediska.

Na subjektivní pojetí odkazuje i stanovisko od Calmana (1984 In Kebza, 2005), který kvalitou života rozumí úzké sepětí mezi tím, co člověk očekává, a tím, čeho s úspěchem dosáhne. Podle tohoto konceptu existují jen dvě možnosti: buď úspěšně dosáhnout všech cílů, nebo snížit vlastní nároky a stanovit si nižší cíle.

Odpůrci, kteří mají námítky vůči subjektivnímu hodnocení, argumentují, že evaluace je pozměněna kognitivními potížemi, kolísáním nálad a „čerstvými“ životními událostmi, proto výsledek neukazuje reálný životní stav. Naopak zastánci urputně hájí nenahraditelnost osobního pohledu nemocného. (Bankovská Motlová, Koukolík, 2004)

Vaďurová a Mühlpachr (2005) uvádějí rozdílné pojetí kvality života:

- makro-rovina – zaměřuje se na kvalitu života velkých společenských celků,
- mezo-rovina – kvalita života se měří v malých sociálních skupinách (například organizace), významné je zde sociální klima, mezilidské vztahy apod.,
- personální rovina – v centru dění jsou osobní hodnoty jednotlivce, jeho očekávání, zdravotní stav, spokojenost a podobně,

- rovina fyzické existence – jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit a srovnávat (např. stav před a po operaci).

Kováč (2001) předkládá model kvality života rozdělený do tří úrovní:

- bazální (existenční) – zahrnuje tělesný a duševní stav, funkční rodinné zázemí, materiální i sociální zabezpečení, způsobilost pro život a životní prostředí,
- mezo-úroveň – individuálně specifickou, civilizační,
- meta-úroveň – elitní, kulturně duchovní.

Kováčova teorie připouští možnost dosažení meta-úrovně bez toho, aniž by se naplnila nižší úroveň.

Hnilicová (In Payne, 2005) rozlišuje v souvislosti s pojmem kvalita života tři přístupy, a to:

- psychologický – subjektivní hodnocení životní pohody a spokojenosti,
- sociologický – sociální úspěšnost (status, materiální zabezpečení, dosažené vzdělání, ekonomické zabezpečení, rodinný stav),
- medicínský – nejzákladnější potřeba v medicíně, tj. pozorování kvality života nemocných.

### **3.2 Kvalita života jedinců se schizofrenií**

Zájem o růst kvality života pacientů se schizofrenií se zvyšuje. Hodnocení napomáhá v posuzování kvality péče, např. při plánování různých úrovní komunitních služeb. Kvalita života je také důležitým kritériem pro hodnocení dlouhodobého stavu nemocných, kteří jsou léčeni antipsychotiky. (Motlová, Dragomirecká, 2003)

Schizofrenní onemocnění zasahuje nemocným i jejich rodinným příslušníkům radikálně do života. Pacienti musí řešit nebo se vyrovnávat se stigmaty a předsudky, které jsou spojené s tímto onemocněním, mnoho z nich nemá dostatek financí, případně žije v nepříteliš vyhovujících podmínkách. Katsching (2000) je toho názoru, že materiální standard není v souvislosti s kvalitou života u schizofrenních pacientů až tak podstatný, jak tomu bývá většinou u „zdravých“ lidí. Kvalita života je podmíněna především sociálním charakterem bydlení a sociálními vazbami s nejbližšími osobami, jak je přijímá jejich vlastní rodina, rodiče nebo sourozence, jestli je podporují, pomáhají jim se vrátit zpět do běžného života, nebo je naopak vytlačují na okraj. (Katsching, 2000)

Vágnerová (2012) představuje dva protipóly v chování rodiny k nemocnému. Oba protipóly jsou škodlivé, nevedou ke stabilizaci situace a naopak se zvyšuje riziko rozvratu celé rodiny.

1. Jedinec je v centru veškeré pozornosti, načež potíže dalších členů rodiny jsou potlačovány a neřešeny. Proto také pak hledají oporu jinde než ve vlastní rodině.
2. Nemocný je pro rodinu svízelné břemeno, blízcí ho nepřijímají, odstrkují ho, nezajímají se o něj. Přetrvává popření skutečného stavu a přijetí skutečnosti takové, jaká je.

Podle Smithe a Segala (2014) pacienti sami hovoří o tom, že žít bez rodinného zázemí je velice obtížné, ba nemožné, avšak právě toto soužití se stává velmi komplikované, pokud se v celé rodině neuskuteční zásadní změny. Primárně je to totiž rodina, která zaregistruje změny v chování nemocného a přivede ho k lékaři. Ačkoliv přesvědčit člena rodiny o tom, že jeho jednání není zcela standardní a že by měl navštívit lékaře, nemluvě o psychiatrovi, je extrémně složité. Hlavně u pacientů, kterým je následně určena diagnóza schizofrenie, přestože oni sami žádné proměny ani neobvyklosti nenacházejí. Nemocnému prospívá, když jej rodina přijímá takového, jaký je, a vytváří příjemné klima. Zároveň je však nutné, aby se jednotliví členové rodiny zaměřili na uspokojení vlastních potřeb. Pokud budou oni sami spokojeni, mohou efektivně pomáhat nemocnému. Vyčerpaný a otrávený člověk často není schopen pomoci ani sobě, natož jiným lidem.

Lidé žijící v trvalém svazku s partnerem prokazují vyšší kvalitu života (Bobes a kol., 2007). Stejně tak je tomu také u pacientů zapojených do komunitních, terapeutických programů, kteří rovněž prokazují vyšší kvalitu života v porovnání s pacienty žijícími v ústavní péči. Institucionální péče se dále odráží v plnohodnotném prožívání jejich života tím, že nemohou založit rodinu, samostatně bydlet apod. Proto je tato sféra kvality života posuzovaná pacienty jako neuspokojivá. (Bengtsson-Tops, Hansson, 2001)

Pro schizofrenii je typické, že ovlivňuje téměř všechny psychické funkce. Vede k osobnostním změnám, které zapříčiňují, že nemoc člověku upírá právo na plnohodnotný a kvalitní život. Charakteristická je porucha myšlení, vnímání, jednání, chování, emoce jsou oploštělé a často nepřiměřené. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006) Pacient je zasažen ve všech směrech, a to jak rozumově, tak osobnostně, emočně v sociálním fungování. Má poškozený vztah jak k sobě samému, tak i k okolí, čímž dochází k zpretrhání kontaktu se skutečností. (Malá, Pavlovský, 2002)

Vzhledem k tomu, že počáteční fáze onemocnění mnohdy provází sebevražedné pokusy, je nutné se u pacientů zaměřit nikoliv na dlouhověkost, ale hlavně na to, aby prožili kvalitní život. (Vorunganti a kol., 2008) Riziko sebevražedného jednání je nejvyšší v počátečním stadiu onemocnění a pohybuje se v rozpětí 20 až 40 %. Celoživotní riziko dokonaných sebevražd je cca 10 %. (Höschl, Libiger, Švestka, 2002) I další negativní příznaky nemoci (apatie, sociální stažení, neschopnost prožít radost, ztráta motivace, ochuzení řeči a myšlení) snižují kvalitu života. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006) Je prokázána souvislost mezi negativními příznaky a negativním účinkem na pacienta, např. zhoršení mezilidských vztahů, pokleslá schopnost se zapojit do aktivit, nezdravá závislost na ostatních. (Bankovská Motlová, Koukolík, 2004) Pozitivní příznaky mají souvislost s nižší kvalitou života v důsledku pokřiveného vnímání skutečnosti. (Fitzgerald a kol., 2001)

Kvalitu života samozřejmě výrazně ovlivňuje také životní styl, který je u nemocných se schizofrenií typický užíváním návykových látek (cigarety, alkohol aj.), nízkou pohybovou aktivitou a sklonem k sedavému způsobu života, což dále přispívá ke zhoršení pohyblivosti. Výzkum Hardy a Greye v roce 2012 poukázal na nevhodnou skladbu stravy (pestrá na sacharidy, chudá na vlákninu) a nevhodné stravovací návyky (konzervy, polotovary) těchto lidí, protože příprava čerstvých pokrmů je pro ně náročná a zdoluhavá. Rovněž se prokázal nedostatečný pitný režim. Jako důvod pacienti uváděli chybějící pocit žízně. (In Hosáková, Jarošová, 2013)

Jesenský (2000) uvádí kvalitu života jako značně rozsáhlou sféru činitelů, které handicapovanému člověku dovolují fungování v běžné společnosti. Dále Jesenský dělí tyto faktory do dvou elementárních skupin:

1. První skupina obsahuje **vnitřní faktory**, tj. tělesné a duševní vybavení člověka, které je ovlivněné onemocněním či poruchou. Následně sem řadí také veškeré aspekty, které působí na rozvoj a integritu osobnosti nemocného.
2. Skupina **vnějších faktorů** zahrnuje předpoklady existence handicapovaných osob. Jedná se o společensko-kulturní, výchovně-vzdělávací, pracovní, materiálně-technické, ekologické a ekonomické činitele.

Za povšimnutí stojí komparace, jak kvalitu života vymezují nemocní se schizofrenií a jak jejich ošetřující psychiatři. Heider a kol. (2007) shledali, že obě skupiny jako faktory kvality života uvádí hlavně práci, sociální vztahy, rodinu a nezávislost. Ukázal se však

podstatný rozdíl v tom, že pacienti brali tyto oblasti z pohledu standardního života, zatímco lékaři se zaměřovali více na onemocnění, na absenci handicapu, na významnost profesionální péče a na svépomoc.

### **3.3 Kvalita života a referenční bod**

Při zjišťování, jak se člověk v konkrétním okamžiku cítí, jaká je jeho kvalita života, pak je potřeba brát zřetel na to, s čím je jeho stav porovnáván. Je nutné stanovit tzv. referenční bod neboli určit, co se s čím srovnává. (Norman, Slean, Wyrwich, 2003)

Dle Kebzy (2005) se při posuzování změn v hodnocení kvality života nevychází ze srovnání s ideálem nebo minulostí, ale více z difference mezi očekáváními jedince a jeho zkušeností. Individuální kvalita života vyjadřuje rozpor mezi životními očekáváními a realitou. Konečný rozdíl v evaluaci kvality života pak může ukazovat vliv rozmanitých životních příběhů a zásahů. (Norman, Slean, Wyrwich, 2003)

V této práci se autorka zabývá subjektivním hodnocením kvality života u schizofrenních pacientů a velká část odborné veřejnosti souhlasí s tím, že není na místě zpochybňování výpovědí pacientů v remisi, ve stabilizovaném stavu. (Motlová, Dragomirecká, 2003; Katsching, 2000) Pacienti mají právo na vlastní posuzování a hodnocení svého života stejně tak jako běžná populace. (Motlová, Dragomirecká, 2003; Katsching, 2000)

### **3.4 Studie v oblasti kvality života schizofrenních jedinců**

V následující tabulce jsou shrnuty bakalářské a magisterské diplomové práce, které se v minulosti zabývaly podobnou problematikou, jako je předmět zkoumání této práce. Posloužily jako dílčí východisko pro výzkum popsany v praktické části této práce.

Tabulka 3. Analýza současného stavu poznání o dané problematice.

Autor	Předmět výzkumu	Cíl výzkumu	Výzkumné otázky	Výzkumné metody	Výzk. vzorek	Výsledek výzkumu
Hlavenková Dagmar (2014)	Schizofrenní onemocnění a jeho dopad na kvalitu života jedinců.	Mají, či nemají pacienti se schizofrenním onemocněním kvalitní život a daří se jim zapojovat do společnosti?	Jak vnímají nemocní se schizofrenií svoje začlenění do společnosti?	Polo-strukturovaný rozhovor.	5	Každý z pacientů vnímá kvalitu života (KV) rozdílným způsobem. Výrazně je omezují finance, což je limituje v nezávislosti a samostatnosti. Podstatně je blokuje také stigma plynoucí z duševního onemocnění. Ačkoliv mají invalidní důchody, stále potřebují podporu od rodiny. KV se odvíjí významně také od toho, jak dodržují medikaci a docházku k lékaři.
Paulovičová, Anna (2007)	Kvalitativní analýza životního příběhu a kvality současného života u lidí.	Jak respondenti zpracovali životní události a zkušenosti ovlivněné tím, že se stali psychiatrickými pacienty?	Jakou léčbou prošli a jak ji vnímali, jaký přístup má rodina a okolí, jak hodnotí kvalitu života a cítí se nemocní?	Narativní interview, dotazník SEIQoL.	7	Respondenti vnímají a zpracovávají nemoc odlišně. Nejnižší míra spokojenosti se projevila v oblasti nezávislosti, financí, zaměstnání a práce na sobě. Rodina i jejich přátelé je podporují. Pokud veřejnost o jejich nemoci neví, nevznikají ani předsudky a nálepky. Nejhůře zvládají elektrokonvulzivní terapii. Kvalitu života hodnotili mírně lépe, než lze odvodit na základě objektivní situace.
Kono-pásková, Veronika (2011)	Vliv schizofrenie na kvalitu života.	Porozumět dopadu schizofrenie na kvalitu života nemocného.	Jaká je sociální situace nemocných v těchto oblastech: bydlení, rodina, vzdělání, onemocnění, přátelé, partnerské vztahy, zájmy, práce, finance, subjektivní zhodnocení kvality života, budoucnost?	Polo-strukturované, hloubkové rozhovory.	5	Výsledky potvrdily negativní dopad schizofrenie na všechny oblasti života: omezené možnosti v pracovním životě, ve vzdělávání, na což navazuje špatná finanční situace, potíže v partnerských vztazích a velmi nebezpečné sklony k sebevraždě. Důležitá je farmakologická léčba a psychosociální rehabilitace, která napomáhá ke zvládnutí nemoci. Ze strany veřejnosti dochází ke stigmatizaci.

Obručová, Julie (2014)	Sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním.	Význam sociální rehabilitace chronicky duševně nemocných pro zvýšení kvality života těchto osob.	Jaký je význam sociální rehabilitace v oblasti sociálních vztahů, péče o sebe a volného času?	Polo-strukturovaný rozhovor.	20	Respondenti hodnotí kladně kontakt s ostatními uživateli, v zařízení se zabaví, není ale známo, jak vyplní volný čas po odchodu ze služby. Důležitá je farmakoterapie – podmínka využívání služby. Péče o vlastní osobu je jinak vnímána z jejich pohledu a jinak z pohledu okolí. Sociální rehabilitace je pro většinu možnost se znovu vzchopit a začít znovu (mnohdy opakovaně).
Pechová, Alena (2010)	Kvalita života u pacientů se schizofrenií.	Zjistit individuálně vnímanou kvalitu života u pacientů se schizofrenií.	Jak onemocnění poznamenává dosahování životních cílů?	Metoda SEIQoL, polo-strukturovaný rozhovor a informace z dokumentace.	15	Ve společnosti stále převládá stigma vůči psychiatrickým pacientům. Pracovní nabídky na částečné úvazky jsou omezené a pacienti se schizofrenií často nezvládají práci na plný úvazek a pobírají invalidní důchody, které pro ně představují další bariéru ve společenském uplatnění. Výše invalidního důchodu jsou rozdílné a lidé s nízkými sociálními dávkami musí často řešit finanční otázku i v oblasti stravování. Narůstá však počet rehospitalizací ze sociálních důvodů a z důvodů nezvládnutí samostatného bydlení. Patrné jsou obavy, finanční nejistota a časté řešení bytové a finanční situace. Při měření kvality života je nutné se více opírat o výpovědi samotných respondentů, sledovat subjektivní vnímání a hodnocení jejich situace.
Fousová, Michaela (2010)	Lidé s diagnózou schizofrenie.	Zmapovat péči o lidi s diagnózou schizofrenie v zařízeních sociální péče a zjistit jejich názory.	Jak jsou nemocní spokojeni s kvalitou bydlení, stravování, zdravotní péče, s financemi, s využitím volného času?	Nestandardizovaný dotazník.	86	Uživatelé hodnotili zařízení pozitivně v oblastech ubytování, stravy, náplně volného času, poskytované péče ze strany pracovníků. Velká část uživatelů nepracuje, ani o to nemá zájem. Uživatelé pobírají invalidní důchod a jejich finanční situace je velmi špatná, ztěžuje pokryje základní potřeby. Nemají žádné povinnosti a poskytované služby považují za samozřejmost. Postrádají smysl pro zodpovědnost a motivaci osamostatnit se.

Juřicová, Karolína (2014)	Subjektivní prožívání schizofrenie.	Jaký byl jejich život před onemocněním a co se v něm změnilo po propuknutí nemoci, jak probíhala/probíhá léčba, jaký dopad má onemocnění na mezilidské vztahy jedince a na proces studia a pracovní schopnost.	Jak nemocní se schizofrenií prožívají své onemocnění?	Polostrukturo- vaný rozhovor.	7	Život před onemocněním vnímali aktivněji než nyní. Pěstovali společenské kontakty, měli mnoho přátel, koníčky, zájmy, partnerské vztahy, bavilo je studium i práce. Nemocné trápí příznaky nemoci, proto oceňují farmakoterapii. Jako společné téma se u nich vyskytly už před onemocněním problémové vztahy v rodině, což mohlo být spouštěčem onemocnění.
Marková, Martina (2013)	Kvalita života osob s diagnózou schizofrenie.	Porovnání spokojenosti a kvality života osob s diagnózou schizofrenie, které žijí v domácím prostředí a těch, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických léčebnách, či žijí v ústavních zařízeních.	Jsou nemocní spokojenější doma než v zařízení? Cítí se bezpečněji doma než v zařízení? Jsou pacienti doma méně spokojeni s trávením volného času než v zařízení?	Dotazník.	64	V domácím prostředí se pacienti cítí spokojeněji a bezpečněji než v ústavní péči či zařízení. Osoby žijící v zařízení jsou méně spokojeny než žijící doma.
Kosová, Karolína (2012)	Kvalita života osob nemocných schizofrenií v kontextu předsudků a možnosti sociální práce.	S jakými předsudky se ve svém životě setkávají lidé nemocní schizofrenií, jak tyto předsudky ovlivňují jednotlivé oblasti jejich života, jak ovlivňují jejich sebehodnocení a životní spokojenost?	S jakými předsudky se lidé s onemocněním schizofrenie setkávají? Jak tyto předsudky ovlivňují jednotlivé oblasti jejich života? Jaký vliv mají tyto předsudky na sebehodnocení a životní spokojenost?	Polostrukturo- vaný rozhovor, metoda vytváření trsů, metoda zachycení vzorců (gestaltů).	6	Onemocnění se nepříznivě prolíná všemi oblastmi života. Respondenti se setkávají s předsudky nejen ze strany veřejnosti, ale též v zaměstnání (nebezpeční, líní, nevyzpytatelní). Před onemocněním žili plným a aktivním životem: chodili mezi lidi, navazovali přátelské i sociální kontakty, pracovali na plný úvazek, studovali, věřili sami sobě. Nyní se jejich kvalita života rapidně snížila, mnoho věcí již nezvládají, stali se pasivnější. Výsledkem je mnoho volného času, s jehož využitím si mnohdy neví rady.

Zdroj: vlastní zpracování.



Cílem výše uvedených diplomových prací, bylo zjistit, jak schizofrenní onemocnění ovlivňuje celou životní dráhu člověka, jakým způsobem mění kvalitu života a prolíná se všemi životními oblastmi a potřebami. Jako kvalitativní výzkumná metoda byly použity polostrukturované rozhovory s menším počtem respondentů. Jen v některých případech byly doplněny dotazníkem.

Z výsledků výzkumů vyplynulo, že respondenti před vznikem onemocnění žili aktivnější, plnohodnotnější život, navazovali mezilidské i partnerské vztahy. Měli svoje zájmy, studovali, věřili sobě i druhým. Život před příchodem nemoci jim přinášel větší uspokojení a schopnost samostatně řídit svůj život. Po vzniku onemocnění se výrazně snížila, mnohdy zanikla, schopnost pracovat. Někteří už ani pracovat nechtějí, protože nezvládají pracovní vypětí a pracovní nároky. Tím se u respondentů zhoršila ekonomická situace, protože se stali závislími na invalidních důchodech a jiných podpor od státu. V mnoha případech však ani toto nestačí na pokrytí základních potřeb (jídlo bydlení, léky, oblečení) a jsou finančně podporováni ze strany rodiny, pokud nějakou vůbec mají nebo o ně jeví zájem.

Jako zásadní v ovlivňování kvality života se projevilo striktní dodržování medikace, pravidelná docházka k lékařům a plnění jimi doporučených opatření. Důvodem je mimo jiné to, že schizofrenní pacienti mají nebezpečné sklony k sebevražednému jednání.

Jako velmi negativní jev, který respondenty často provází, je stigmatizace a nálepkování ze strany veřejnosti i zaměstnavatelů, ta bývá ovlivněna nereseriozními informacemi o schizofrenním onemocnění. Tím jsou postižení jedinci „vytlačováni“ na okraj a dostávají se do sociální izolace. Stinnou stránkou nemoci je také určitá závislost na pomoci druhých. V tom jim velmi pomáhají služby sociální rehabilitace. Slouží jako postupný přechod po návratu z psychiatrických nemocnic zpět do běžného života.

Služba napomáhá k obnovení společenských kontaktů, pracovních návyků, zájmů, schopnosti řešení různých životních potíží. Taktéž jim pomáhá při vyřizování úředních záležitostí apod. Samozřejmě ani tato služba není všemocná, avšak nabízí možnosti, bezpečný prostor a zázemí, které nemocní mnohdy postrádají. Jak je využijí, závisí na nich. Úskalím této služby je, že klienti mají tendenci stávat se na ni závislími a přesouvají odpovědnost za svůj život právě na vykonavatele této služby. Smyslem této služby však není pacienti „bavit“, ale motivovat je, pomáhat jim najít směr a navracet je k uvědomění, že služba je „pouze jakýsi odrazový můstek“ sloužící k převzetí zodpovědnosti za svůj život. I kdyby se o to měli pokoušet znovu a znovu. Že zařízení

neslouží k tomu, aby tam strávili zbytek života. Zařízení sociálních služeb rovněž spolupracují s různými institucemi, které poskytují návaznost ve smyslu začleňování nejen na pracovní trh, ale i do běžného společenského života.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 DESIGN KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

### 4.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky a zvolený výzkumný postup

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak sociální zařízení X ve Zlínském kraji ovlivňuje kvalitu života jedinců se schizofrenií. Na základě tohoto cíle jsem formulovala tyto výzkumné otázky:

- Jakým způsobem ovlivňuje zařízení X ve Zlínském kraji kvalitu života jedinců se schizofrenií?
- Které z poskytovaných služeb jsou z hlediska uživatelů služeb zařízení X ve Zlínském kraji nejvýznamnější pro kvalitu jejich života?
- Jak se projevuje působení sociálních služeb zařízení X ve Zlínském kraji na kvalitě života uživatelů?
- V jakých oblastech se zlepšila kvalita života uživatelů služeb zařízení X ve Zlínském kraji?

Autorka se rozhodla na základě hlubší analýzy odhalit pozitivní stránky a úskalí vlivu sociálních služeb na kvalitu života pacientů, proto zvolila kvalitativní výzkumný postup. Kvalitativní přístup je proces, který je zaměřen na zkoumání jevů v autentickém prostředí. Cílem je získat komplexní pohled na tyto jevy pomocí hloubkového zkoumání a specifického vztahu mezi výzkumníkem a respondentem. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007)

Pozornost bude tedy v rámci výzkumu věnována autentickým jevům a objektům, které vnímají uživatelé v zařízení. Rovněž bude zjišťováno, jak vnímají sociální služby uživatelé, kteří docházejí do zařízení X ve Zlínském kraji. Autorka si je vědoma toho, že závěry tohoto kvalitativního výzkumu není možné zobecnit a že také hrozí riziko subjektivního pohledu na provedený výzkum. Jak uvádí Disman (2011), není možné zapomínat na to, že posláním kvalitativního výzkumu je hlavně porozumění osobám v sociálních situacích. I kdyby byli do výzkumu zahrnuti klienti ze stejného typu sociálního zařízení, je nutné brát v úvahu, že každé zařízení je svým způsobem specifické, ať už z pohledu organizační struktury, technického vybavení včetně druhu budovy, personálního obsazení, zažitých zvyků, rituálů a také vize managementu. Objevuje se také rozdílná strategie při zavádění a realizaci Standardů sociálních služeb do praxe, též přístupy a hodnoty pracovníků se mohou lišit stejně tak jako složení a charakteristika klientů zařízení.

## 4.2 Charakteristika výzkumného souboru, charakteristika zařízení X ve Zlínském kraji

Výzkumný soubor tvoří čtyři uživatelé ve stavu remise využívající služby sociální rehabilitace v zařízení X ve Zlínském kraji, konkrétně dva muži a dvě ženy ve věkové kategorii 25–51 let. Základním kritériem výběru byla diagnóza schizofrenie, s níž docházejí do zařízení X ve Zlínském kraji. Výběr výzkumného vzorku byl záměrný. V zařízení X jsem byla na praxi a práce s klienty mě velmi bavila.

Na základě osobního setkání s klienty byl vytvořen seznam uživatelů, které by bylo možné do výzkumu zařadit. Z této skupiny pak byli vybráni vhodní uživatelé tak, aby byl výzkumný soubor co nejvíce variabilní, co se týká socioekonomického statusu, věku a pohlaví. S nabídkou rozhovoru autorka oslovila celkem šest respondentů, dva z nich se následně nemohli výzkumného šetření zúčastnit z důvodu hospitalizace v psychiatrické nemocnici.

### 4.2.1 Charakteristika zařízení X ve Zlínském kraji

Zařízení X poskytuje registrovanou sociální službu sociální rehabilitace dle zákona o sociálních službách (§ 70, zákon č. 108/2006 Sb.), a to jak ve formě ambulantní, tak terénní. Sociální služba zařízení X je určena dospělým osobám s duševním onemocněním z okruhu psychóz ve stabilizovaném stavu. Posláním zařízení X je podpora a pomoc dospělým lidem s duševním onemocněním znovu nalézt a využít vlastní síly k naplnění života v oblasti pracovního uplatnění, bydlení, vztahů a zájmů.

Cílem poskytované sociální služby v zařízení X je<sup>1</sup>:

- podpora aktivity a samostatnosti uživatelů v oblasti práce, samostatného bydlení, navazování partnerských vztahů, udržování rodinných vztahů, péče o své zdraví a života s nemocí,
- podpora uživatelů před, během studia nebo při jeho dokončení,
- pomoc s prosazováním a obhajováním práv uživatelů,

---

<sup>1</sup> V následujícím textu až do konce podkapitoly 4.2.1 byly jako zdroj využity informace z webové stránky zařízení X. Vzhledem k tomu, že chce autorka zachovat anonymitu daného zařízení, není možné citovat daný zdroj klasickým způsobem. Tím by totiž byla narušena anonymita zařízení, v němž byl výzkum prováděn. Jedná se však o tento konkrétní případ, všechny ostatní zdroje byly citovány řádně.

- podpora integrace uživatelů prostřednictvím kulturních, sportovních a společenských akcí,
- podpora při hledání přátel a plánování volného času.

Během využívání sociální služby jsou uživatelé podporováni při rozvoji přirozených sociálních kontaktů (s rodinou, přáteli, sousedy či známými), při využívání běžně dostupných služeb (obchody, pošta, MHD, restaurace, banky, kina, divadla aj.) a služeb fyzických a právnických osob (psychiatr, psycholog, pracovní-právní poradenství a jiné odborné služby). Zařízení X nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby, ale vytváří příležitosti k tomu, aby uživatel mohl tyto služby využívat.

Zaměření aktivit pro uživatele v zařízení X:

- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zařízení X se řídí těmito zásadami:

- respekt k odlišnému vnímání reality uživatele vyplývající z jeho duševního onemocnění,
- respekt vůči právům a oprávněným zájmům člověka,
- individuální přístup k uživateli,
- snaha nevytvářet u uživatele závislost na službě způsobem, jakým je poskytována,
- podpora přirozeného způsobu života a sociálního začleňování,
- respekt k individuálním potřebám, cílům a schopnostem uživatele,
- podpora samostatnosti, aktivity a nezávislosti uživatele,
- nepodceňování uživatele, tj. snaha nepomáhat tam, kde stačí podpora,
- vzájemná tolerance a důvěra.

Existují tři základní oblasti, ve kterých zařízení X podporuje osoby s duševním onemocněním. V následujícím textu budou stručně představeny.

### **1. Chci jít do práce**

Oblast služeb určená pro lidi, kteří si chtějí najít placenou práci, pro mladé lidi po první atace, pro osoby v pracovním poměru, kteří potřebují po hospitalizaci obnovit pracovní návyky a dovednosti. Návaznost: podpora uživatelů při hledání vhodného zaměstnání v chráněných dílnách nebo na volném trhu práce.

### **2. Chci se o sebe postarat**

Jedná se o služby vhodné pro lidi, kteří potřebují zvýšit svoji soběstačnost, protože jsou závislí na rodině nebo uvažují o samostatném bydlení. Návaznost: podpora při hledání vlastního bydlení, podpora v novém bydlišti.

### **3. Chci mezi lidi**

Jsou to služby pro osoby, které trpí sociální izolací, samy zatím nezvládají navazování kontaktů. Návaznost: podpora při hledání a navazování kontaktů mimo zařízení (zájmové kroužky, kluby důchodců aj.).

### **Kapacita zařízení X**

Okamžitá kapacita ambulantní služby je sedm uživatelů. Prostory zařízení dovolují v jednom dni poskytnout službu 30 uživatelům. Kapacita terénní služby jsou dva uživatelé v jeden okamžik. Počet uzavřených smluv o poskytování sociálních služeb je omezen na 70 osob.

#### **4.2.2 Charakteristika respondentů**

Pro přehlednost budou v následujícím textu uvedeny též stručné charakteristiky respondentů.

#### **Respondent 1 (R1)**

Muž, středoškolák, rozvedený, 51 let. Onemocněl před patnácti lety, žije sám v bytě po rodičích. Partnerku nemá. Ztratil zaměstnání vrátného na zkrácený úvazek, protože nezvládal pracovní zátěž a byl dlouho v pracovní neschopnosti. Chtěl by opět pracovat,

avšak má obavy, že vzhledem k jeho nemoci a věku ho nikdo nezaměstná. Má dospělého syna, se kterým se nestýká. Do zařízení X dochází dva roky.

### **Respondentka 2 (R2)**

Žena, vysokoškolačka, svobodná, bezdětná, 38 let. S rodiči se občas vídá. Nemoc u ní propukla při studiu na vysoké škole. Bydlí s přítelem v jeho domě, děti neplánují. Přítel má dítě z předchozího manželství, které žije u bývalé manželky. Nyní pracuje v chráněné dílně. Její poslední zaměstnání – brigádně doplňovala zboží v supermarketu – bylo ukončeno po několika týdnech hospitalizací v psychiatrické nemocnici. Finanční situace ji příliš netrápí, přítel ji bez potíží uživí. Do zařízení X dochází tři roky.

### **Respondent 3 (R3)**

Muž, 25 let, základní vzdělání, svobodný, bezdětný, partnerku nemá. Onemocněl v šestnácti letech. Nastoupil ještě na odborné učiliště, obor tesař, avšak vzhledem k postupující nemoci studium nezvládal, proto ze školy odešel. Bydlí s rodiči a sestrou v rodinném domku na vesnici. Pracuje jako uklízeč na zkrácený úvazek. Do zařízení dochází pět let.

### **Respondentka 4 (R4)**

Žena, vyučená, svobodná, bezdětná, bez partnera, 44 let. Onemocněla ve dvaceti dvou letech. Žije v bytě s ovdovělou maminkou, sourozence nemá. Nepracuje, ani o to nemá zájem, již několik let nebyla v žádném pracovním poměru. Předtím brigádně uklízela, ale nezvládala pracovní vypětí a stres. Do zařízení dochází čtyři roky.

Tabulka 4. Přehled charakteristik respondentů.

<b>Respondenti</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Rodinný stav</b>
Respondent 1 (R1)	muž	51	středoškolské	rozvedený
Respondent 2 (R2)	žena	38	vysokoškolské	svobodná
Respondent 3 (R3)	muž	25	základní	svobodný
Respondent 4 (R4)	žena	44	s vyučným listem	svobodná

Zdroj: vlastní zpracování.



## 5 POPIS PRŮBĚHU VÝZKUMU: SBĚR A ZPRACOVÁNÍ DAT

Jako výzkumný nástroj byl zvolen polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami (Hendl, 2005). Základní otázky byly formulovány následujícím způsobem:

- Proč jste v zařízení X?
- V čem vám zařízení X pomáhá?
- Kterým aktivitám se v zařízení X věnujete?
- Jaká byla vaše životní situace před příchodem do zařízení X?
- Jaká je vaše životní situace nyní?
- Pomohlo vám zařízení X učinit nějaké změny v životě?

Metoda hloubkového rozhovoru byla zvolena zejména proto, že nabízí prostor pro flexibilní získávání dalších informací, které se vynoří po odpovědích na základní otázky. Tento typ sběru dat je vhodný i s ohledem na typ respondentů, na který se výzkum zaměřuje. Osoby se schizofrenií jsou specifickou skupinou, pro kterou je těžké udržet pozornost i téma rozhovoru. Proto byly dopředu formulovány pouze základní otázky, které byly v průběhu rozhovoru doplněny dalšími rozšiřujícími otázkami.

Rozhovory s respondenty probíhaly po předchozí dohodě v bezpečném a příjemném prostředí za použití diktafonu. Před započatím rozhovoru byl všem respondentům vysvětlen účel rozhovoru a byli požádáni o souhlas s pořízením nahrávky. Také byli ubezpečeni, že bude zachována anonymita jejich výpovědí.

Délka jednotlivých rozhovorů byla s přihlédnutím k charakteristikám respondentů zkrácená, většinou trvaly do třiceti minut. Důvodem byly právě problémy se soustředěním a pozorností respondentů. V průběhu rozhovoru byla na některých respondentech registrována zhoršená koncentrace a únava, proto jim bylo nabídnuta možnost nahrávání přerušit a dokončit později, avšak všichni odmítli a rozhovory dokončili.

### 5.1 Realizace výzkumu

Výzkum byl proveden v období říjen až prosinec 2014. S každým respondentem bylo předem domluveno konkrétní datum, kdy bude rozhovor proveden. Z oslovených respondentů se dva nedostavili z důvodu hospitalizace, se čtyřmi respondenty se rozhovory uskutečnily.

Na začátku setkání byli respondenti seznámeni s cílem a tématem rozhovoru a byli požádáni o souhlas s nahráváním. Také jim byla sdělena pravděpodobná délka rozhovoru. Po získání nahrávek byla data zpracována dle předem určených metod. Jako první následoval úplný přepis veškerých nahraných rozhovorů.

## 5.2 Zpracování dat

Jako metoda zpracování dat bude využit postup otevřeného kódování. Otevřené kódování je postup, který se využívá k rozkrývání dat u zakotvené teorie. Švaříček a Šed'ová a kol. (2007, s. 211) však považují otevřené kódování za „...univerzální a efektivní způsob, jak nastartovat analýzu dat.“ Po detailním prostudování přepisů všech nahraných rozhovorů bylo možné přikročit k vytvoření kódů. Jednotlivé kategorie jsou vyvozeny ze soupisu všech získaných kódů. Jestliže se v jedné kategorii kódy opětovně objevují, jsou zmíněny pouze jednou. Některé kódy jsou prezentovány ve více kategoriích, jelikož do nich svým obsahem náleží.

V další části jsou uvedeny jen ty odpovědi, které byly relevantní pro výzkum. Přímé citace jsou přepsány tak, jak zazněly, proto některé z nich obsahují nespisovnou, hovorovou češtinu. Každá citace je označena kódem, který byl uživatelům přidělen – Respondent 1 (R1) až Respondent 4 (R4), aby bylo zřejmé, o koho se jedná.

Na základě metody otevřeného kódování a dalšího řazení kódů podle podobnosti a vnitřní spojitosti vznikly čtyři kategorie:

1. Situace uživatelů před příchodem do zařízení X.
2. Aktivita uživatelů v zařízení X.
3. Pohled na zařízení X z pozice uživatelů.
4. Vliv zařízení X na život uživatelů.

### 5.2.1 Situace uživatelů před příchodem do zařízení X

V následujících výpovědích respondentů jsou popsány motivy, které je vedly k volbě navštívit zařízení X (očekávání, doporučení, rezignace, strach, touha nebýt o samotě, sociální kontakt, deprese, bezradnost, smysl života, mezilidské kontakty, pomoc, poradenství).

R1: „Já jsem dostal tip v psychiatrické léčebně, že něco existuje, pro nás nemocné, že by mně to pomohlo sem chodit... Nevěděl jsem, co a jak, co dělat, byl jsem takový bezprizorní, bezradný. To jsem do toho ještě řešil rozbité manželství, kluka... Neměl jsem na nic náladu, ale zašel jsem tu, a už tu chodím dva roky.“

R2: „Mně to tady doporučila psychiatricka. Byla jsem pořád zavřená doma a zhoršovaly se mi ty deprese, tak jsem to vzala jako takovou naději na zlepšení, i když jsem vůbec netušila, co od toho tady můžu čekat. Jen jsem věděla, že je to pro duševně nemocné lidi, ale neměla jsem představu, co to obnáší prakticky.“

R3: „Jak jsem byl s maminkou vyřizovat jakési dávky, tak jí tam o tomto říkala ta pracovníka, no, na tom sociálním odboru... Že bysme sa tady mohli dojít zeptat co a jak. Neměl jsem žádnou představu, celkem mi to bylo i jedno. To jsem byl po té hospitalizaci, nic mňa velice nebavilo, že sa mi ničím nezavďečí, měl jsem ze všecího strach, tak nějak mi bylo všechno ukradené. Doma si se mnou nevěděli rady, plno práce a mně sa nic nechtělo, nic mňa nebavilo... Vlastně jo, pít kafe a cigára.“ (smích)

R4: „Tak jedna moje příbuzná mi říkala, že to mám tady z domu blízko, že nebudu furt jako sedět doma u televize a tak jako. Jakože poznám i jiné lidi, kteří jsou na tom podobně jak já, že mi tady můžou poradit, pomoci. Tomu jsem moc nerozuměla, jak pomoci... Že nejsem sama, kdo má takové potíže...“

Očekávala jsem, že respondenti získali informace o zařízení z letáků, které jsou k dispozici v čekárnách nebo na nástěnkách úřadů, avšak nikdo z uživatelů tento postřeh nezminil. Dva uživatelé získali informace od lékařů-psychiatrů, jeden uživatel od sociálního pracovníka a jeden uživatel od příbuzného. Všichni respondenti se shodli na tom, že si nedokázali konkrétně představit, co mohou od zařízení očekávat. Je patrné, že ve všech případech se uživatelé rozhodli na podnět další osoby. Celkově u klientů převládá zmatenost a obavy z něčeho nového a zároveň určitý stupeň naděje na pomoc, podporu a poradenství.

### 5.2.2 Aktivita uživatelů v zařízení X

Tato část se věnuje podobě využívání služeb zařízení X: pracovní rehabilitace, relaxace, sportovní aktivity, trénování paměti, individuální plán, zacházení s počítačem, džob klub, komunikace, vaření, poradenství, muzikoterapie, pohybové cvičení, terapeutická skupina.

R1: „Tak já chodím na pracovní zácvik třikrát týdně, kde musím přijít na domluvenou hodinu, vydržet do konce. Abych si zvyknul, že musím vstávat a chodit do práce, zvykat si na režim a tak... Asi. Mám to naplánované v takovém, myslím, že se tomu říká individuální plán, ano, to je ono... No, že mám cíl, na kterém pracuju... U mě to je jít zase dělat vrátného. Po tom, jak jsem to přestal zvládat a musel jsem odejít, tak z toho mám trochu obavy. Aj z toho, že mám přes padesát. Individuální plán mám doma v šuplíku. Plány se dělají každý měsíc, povídáme si s klíčovou pracovnící, jak se mi daří plnit cíl, který jsem si určil, jak se cítím, co se mi daří nebo nedaří, co bych chtěl, potřeboval, tak různě, no. Tak si to pak vezmu, ten nový plán a hodím do šuplíku. Je tam napsané, na co bych měl chodit, pravidelně podle plánu. Když nedojdu, tak musím vysvětlit proč ne a tak. Zdůvodnit to, nebo se omluvit dopředu, prostě zavolat. Někdy je to problém, hlavně když nemám kredit a zaspím, ale co už (smích). Jo a také chodím na dramku, dramaterapie se tomu říká. Tam hrajeme takové různé scénky, hry... Prostě se bavíme. To se mi líbí, odpočinu si. Ale ze začátku jsem měl strach, co to bude a tak. Předvádět se před lidima, no, měl jsem takový ostych, bych řekl.“

R3: „Já tady chodím do nácviku práce s počítačem a do džob klubu. Tam sa učíme, jak má vypadat životopis, na co sa može ptat zaměstnavatel... S počítačem to neumím a potřebuju si hledat na internetu nabídky práce, umět odepsat na práci přes mejl... Moc mi to nejde, mám potíže si to zapamatovat, na co mám kde kliknout, co kde zmáčknout, zapomínám to... Ale tady mi s tím pomohú ti pracovníci. Taky chodíme na různé výstavy, dopoledne do divadla, abysme sa uměli chovat a taky nesešli doma.“

R2: „No, mě trápí ty depky, tak chodím na relaxační techniky, na muzikoterapii a taky na trénink mozku, to mám v individuálním plánu. To jsou různé kvízy, cvičení, třeba zeměpisná, matematická, z češtiny, doplňovačky, na logiku a tak. Jak jsem onemocněla, tak už to není tak dobré s tou hlavou, jak to bylo na škole, když jsem studovala na vysoké. Líbí se mi to, je nás tu hodně, pobavíme se, zasmějeme, odpočinu si u relaxování, povolí takové to napětí. Tak ono se to zase vrátí, ale pro ten okamžik jsem v pohodě. To mi dělá dobře. Ty individuální plány, to je někdy takové otravné, ale když to musí být, tak co nadělám, že.“

R4: „Chodím na nácvik vaření, abych byla samostatnější, uměla si uvařit, postarat se o sebe, to je takový můj cíl, kerý sem si tak nějak vybrala. Stará se o mňa maminka, vaří mi... Ale mám strach, že když tu jednúc nebude, tak... Nevím, no, raději nemyslet. To bych asi musela do nějakého domova s pečovatelskou službou, nevím. Jak jsem mluvila

o tom vaření, tak prostě nějaké jednoduché jídla, nic složitého, něco obyčejného, nic složitého, toho bych se bála... Že to nezvládnou... To ne. A pak ještě chodím do cvičení, protože pořád přibírám, špatně sa mi dýchá, tak chodím na cvičení na balonoch. Kolikrát tu hodinu ani nevydržím cvičit, su brzo unavená. Ale aj tak sa cítim líp. Potom chodím do terapeutické skupiny, to vede nějaká psychologička zvenku. Učíme sa třeba co dělat, když máme úzkosti, depky, nevíme, jak sa rozhodovatt a tak různě.“

Klienti jsou po návratu z psychiatrické nemocnice stabilizovaní, avšak stále paralyzovaní onemocněním, na které si musí „zvyknout“, a naučit se znovu fungovat v reálném světě. Proto také hojně využívají možnost poradenství ze strany pracovníků zařízení, v souvislosti se sociálními dávkami, pracovním uplatněním a vzděláváním. Nabídka činností v zařízení je rozmanitá a uzpůsobená potřebám uživatelů se schizofrenním onemocněním. Všechny níže uvedené pojmy lze shrnout do kategorie poradenství.

Klienti jsou podporováni a vedeni v praktických záležitostech, jako je například vaření, žehlení, úklid, pracovní zácvik, hospodaření s penězi, nakupování. Další oblastí jsou také pohybové a oddechové činnosti, ke kterým zde patří relaxační techniky, muzikoterapie, cvičení na balonech, dramaterapie a terapeutická skupina, kde se pod vedením klinické psychologičky dozvídají, jak se sžít s onemocněním. Ke vzdělávacím aktivitám lze zařadit též nácvik komunikačních dovedností, jak za pomoci počítače prostřednictvím internetu, tak v reálném prostředí formou společenských akcí, které vedou k lepší integraci do běžného prostředí a zabraňují sociální izolaci.

Všechny tyto činnosti vychází z podnětu klienta a následně jeho individuálního plánu, který se vytváří na základě jeho přání a potřeb. Tak mohou uživatel i pracovník kontrolovat, jak se daří, či nedaří plnit to, co si stanovil, a má možnost pravidelného monitorování a konzultace s klíčovým pracovníkem. Ačkoliv se individuální plánování netěší u klientů velké oblibě, je nezbytnou součástí sociální služby.

### **5.2.3 Pohled na zařízení X z pozice uživatelů**

Přínosy z pohledu uživatelů jsou: zisk, posun v životě, komunikace s klienty, podpora, poradenství, atmosféra.

R1 popisuje působení zařízení X následovně: „Mám radost, že si tady pokecám, všimají si mě, polichotí, pochválí, i když si nemyslím, že to myslí až tak upřímně (smích)... Ale jo,

pomáhá mi to tady. Občas se na mě všechno sesype a nevím, co s tím, tak se tady zeptám a oni (pracovníci) mi to pomůžou spravit. Třeba běhání po úřadech a vyplňování lejster, to já nevím, co a jak s tím. Někdo z pracovníků jde se mnou, tak pak nemám takové úzkosti, že to nezvládnou. Měl jsem takové období, kdy jsem nechtěl chodit ven, nic dělat, řešit, všechno mi přišlo neřešitelné, nevěděl jsem, co s tím. Teď jsem takový, líp se mi mluví, klidnější, jo, to je ono. Dokonce jsem se naučil vyžehlit i oblečení. Ne jakože bych nikdy předtím nic nežehlil, ale tady mi poradili, jak si to usnadnit, to mi taky moc pomohlo, dřív jsem to fakt neřešil a kašlal jsem na to.“

R2: „Když si nevím rady a spadnu do nějaké šlamastyky, tak mě podpoří nejen ti pracovníci, ale i ti klienti. Ty svoje potíže s nimi můžu probrat, zeptat se, jaké mají mínění nejen pracovníci, ale třeba i někteří klienti. Sice mně často připadá, že ti pracovníci hodně „papírují“, taková byrokracie, a jsou zavření v kanceláři, no, že by se nám mohli ještě víc věnovat, více být s náma...“

R3 popisuje nezbytnost mezilidských vztahů ve vztahu ke komunikaci s klienty: „Dřív jsem si myslel, že su jediný, kdo je na tom tak blbě, že su divný, a pak jsem v léčebně a pak aj tady zjistil, že to není tak. Jsem sa dověděl plno jiných osudů, tak si možu udělat obrázek sám o sobě, aj o druhých. Už sa necítim tak divně. To je pro mňa důležité, nebyt v tom tak sám. Tady si možu v pohodě povykládat s lidima, nekeré už znám z léčebny. Učím sa tady hospodařit s penězama, jak nakupovat, prostě byt takový samostatnější, jistější, no.“

R4 uvádí, že ji baví jistý stereotyp a předvídatelnost v zařízení, které u ní navozuje jistotu a bezpečí. „Je to tu furt dokola, furt to samé. Ale mně to nevadí, já nemám ráda změny, to mňa znervózňuje, špatně to беру, já su taková zpátečnická, nehrnu sa dopředu. Trochu mňa znervózňujú, no, ti studenti, jak tu chodíja na tu praxu nebo co, já nevím, jak sa to říká. Pořád sa to tu střídá, nekdy mi to nedělá moc dobře, furt noví a další. A s nekerýma klientama si rozumím, s nekerýma ne. Su ráda, že mi tady dycky někdo z tých pracovníků poradí a pomože.“

Tato část je věnována subjektivnímu hodnocení služeb daného zařízení X ze strany uživatelů. V kategorii zisk se mluví o tom, co pociťují uživatelé jako podstatné při využívání služeb zařízení. Do ní uživatelé opětovně zahrnovali pocit přijetí, pochopení, podporu, pomoc, snížení psychické tenze, využití volného času. Jako negativní naopak vnímali, že pracovníci v kanceláři hodně „papírují.“ Uživatelé by si přáli, aby se jim více

věnovali. V kategorii posun v životě zmiňovali uživatelé osobní růst, transformaci v jednání, chování, prožívání. Významné je pro ně posunutí vlastních hranic a limitů, možnost a schopnost dokázat více, než si mysleli nebo jim bylo podsunuto okolím (okolí je považovalo za „blázny,“ kteří se na nic nezmůžou). Komunikaci dokážou někteří uživatelé zvládat lépe, jiní hůře. Závisí to na osobnostním nastavení a průběhu nemoci a samozřejmě na vzájemných sympatiích komunikujících. Atmosféru v zařízení hodnotí uživatelé v souvislosti s probíhajícími změnami zařízení a na klientech, kteří průběžně přicházejí a odcházejí. Někteří špatně snáší neustálé výměny studentů na praxích a stážích.

#### 5.2.4 Vliv zařízení X na život uživatelů

V této části jsou uvedeny pojmy, kterými uživatelé vyjadřují, zda vnímají vlivem využívání služeb v zařízení X nějaké změny na své životní cestě. Byly stanoveny následující skupiny zahrnující rozmanité oblasti života: pracovní sféra, aktivity, zdravotní stav, společenský kontakt a sebeuvědomění.

R1 „...Pomáhá mi to, abych se naučil žít, s tou nemocí, že nejsem jen kvůli tomu odpad, který bere invalidní důchod a nic nepřináší. Pomáhá mi to v sebevědomí, v sebedůvěře, že i když jsem jiný skrze tu nemoc, tak mám svoji hodnotu nebo jak se to říká... Užitek... Že mám na zemi svoje místo, že ho nikomu nezabírám. Pomáhá mi to, abych se lidma nenechal tak využívat. Tenkrát jsem si říkal, že jo, že jsem schizofrenik, tak automaticky všechno vidím blbě... A oni jsou ti lepší... Teď už ne. Já taky můžu někomu pomoci... Teď už to vím... To mě dřív vůbec nenapadlo, že já bych mohl být pro někoho přínosem. Snažím se jít... Posunout se, no, jsem rozhodně jinde, než jsem byl, když jsem tu přišel. Nevidím už všechno tak na nic, tak odepsaně.“

R2: „Vnímám zásadní změnu v tom, že se jsem jakoby prohlédla... Mám odlišné názory, už se tak nebojím se obhajovat a nedat se zahrnat do kouta... To jsem dřív vůbec neznala. Byla jsem taková utápnutá puťka, která se bála, dusila ten vztek v sobě... Bála jsem se ozvat. Pak jsem z toho měla deprese, sebevražedné myšlenky, nenávisť ke všem nebo naopak úplně naměkko, strašná cít'a... Na všechno... Z jednoho extrému do druhého, a tak pořád dokolečka ode zdi ke zdi, až jsem z toho bývala v léčebně. Teď jsem v takové větší stabilitě, rovnováze... Víím, že jsem taky člověk, který má svoje práva... Má právo na slušné a neodsuzující zacházení. Kvůli tomu, že hned všechno nechápu... To neznamena, že musím přijmout označení za debila a blázna.“

R3: „Je to pro mňa jiné v tom, že konečně někoho zajímám... Že tu na mňa aj někdo čeká... Že někdo stojí o to, abych tu chodil... Těším sa. Možu tu aj něco dělat, co mňa baví, a ostatní si toho všimnú, mám pro někoho smysl... Su rád, když možu něco udělat, s nečím pomoct, a druzí si toho všimnú... Že je to pěkné, že sú rádi... A tak, no.“

R4 „...Jsem mezi lidma, přeca jenom musím vyjít z baráku, přejít celé město... To mně moc dobře nedělá, tak chodit mezi tolika lidima... Ale dřív to bylo o moc horší... To jsem chodila všady s maminkú. Bála jsem sa. Ted' už to zvládám lepší... Už sa to zlepšilo. Snažím sa brat na vědomí aj ty druhé, poslúchat, co říkajú, jak je to u nich... Dřív jsem viděla enom sebe a moje problémy, ted' slyším aj něco od nich, něco od pracovníků, a je to přeca enom jakási jistota, že kdyby něco, tak sa mám kde zeptat, že mi pomozú.“

Kategorie aktivity se liší v návaznosti na individuální plán a cíle jednotlivých uživatelů. Podstatným znakem je potřeba pravidelného režimu v organizaci dne. Také jsou rádi, že nemusí trávit volný čas v domácím prostředí, kde se ne vždy cítí dobře.

Co se týká pracovní sféry, zde se odpovědi různí. Jedna uživatelka nepracuje ani pracovat nechce, další dva klienti pracovali, avšak zátěž na volném trhu práce nezvládli. Jeden klient naopak uspěl a s podporou zařízení zaměstnání zvládá.

Všichni uživatelé souhlasí s tím, že docházka do zařízení prospívá a příznivě působí na jejich zdravotní stav. Jejich onemocnění se nejen nezhoršilo, ale také v mnoha případech i zlepšilo, co se psychické pohody týká.

V kategorii společenský kontakt uživatelé shodně pociťují pozitivní změny v rámci navazování mezilidských vztahů a rozvoji komunikace, jak s klienty, tak s pracovníky.

Klienti nalézají svoji sebeúctu, sebeuvědomění, sebedůvěru, vědomí vlastní ceny, možností a schopností. Nalézají své vlastní hranice, které leží mnohdy dále, než se původně domnívali. Zjišťují, jak působí na druhé, a také si uvědomují dopady vlastního chování a jednání.



## **6 INTERPRETACE DAT V SOUVISLOSTI S VÝZKUMNÝMI OTÁZKAMI**

Tato kapitola zahrnuje odpovědi na základní výzkumné otázky určené na začátku výzkumu.

### **1. Jakým způsobem ovlivňuje zařízení X ve Zlínském kraji kvalitu života jedinců se schizofrenií?**

Zařízení X napomáhá klientům prostřednictvím bezpečného prostředí, pravidelných činností a podporou sebedůvěry k opětovnému nastartování vlastních sil i rezerv. Podporou iniciativy vede uživatele k zapojení se do činností běžného života, k vytváření podpůrné sociální sítě, mezilidských vazeb, pracovního zařazení a také ke snaze o překonání sklonu k apatii a beznaději. Rovněž jim poskytuje poradenství v sociální oblasti a v případě potřeby klienta pomáhá s domluvou konzultací u lékařů, odborníků či jiných specialistů, kteří mohou poskytnout relevantní informace o nemoci a její léčbě.

### **2. Které z poskytovaných služeb jsou z hlediska uživatelů služeb zařízení X ve Zlínském kraji nejvýznamnější pro kvalitu jejich života?**

Jedná se o nácvik dovedností, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů, poskytování informací a poradenství. Jako nejvýznamnější pro uživatele se ukázaly nácviky dovedností, jako je například péče o vlastní osobu a domácnost, kontakt se společenským prostředím, zmírnění sociální izolace, poradenství v běžných životních situacích, pomoc při vyřizování úředních záležitostí a aktivity podporující stabilizaci psychického stavu.

### **3. Jak se projevuje působení sociálních služeb zařízení X ve Zlínském kraji na kvalitě života uživatelů?**

Působení sociálních služeb se odráží v kvalitě života respondentů prostřednictvím sociálních kontaktů, které zařízení zprostředkovává, a také díky bezpečnému prostředí, které se podílí na psychické pohodě klientů. Zařízení jim nabízí možnost si oddechnout a nabrat sílu a energii pro další konání v běžném životě. Při soustavném a zacíleném využívání služeb dochází u respondentů také ke změně náhledu na sebe sama a k uvědomování si zodpovědnosti za svůj život.

#### **4. V jakých oblastech se zlepšila kvalita života uživatelů služeb zařízení X ve Zlínském kraji?**

Výrazné působení v pozitivním slova smyslu respondenti uváděli především v oblasti zdravotního stavu, přesněji úbytek psychické tenze a stabilizace zdravotního stavu. Významný vliv se ukázal také v oblasti sociálních kontaktů, konkrétně zmírnění sociální izolace. Respondenti získali nové známé, někdy i přátele a kamarády. V pracovní oblasti se vliv zařízení nijak výrazně neprojevuje. Spíše se jedná o pracovní poradenství a pomoc při vyhledávání pracovních nabídek či sestavení životopisu. Oblast volného času tvoří také důležitou část života, kterou respondenti před příchodem do zařízení neuměli (nebo nevěděli jak) vyplnit. Nyní pro ně volný čas tvoří součást dne, kterou se snaží smysluplně využít.

## 7 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Cílem empirické části diplomové práce bylo prozkoumat, v čem sociální služby kvalitu života jedinců se schizofrenií v zařízení X ve Zlínském kraji: zlepšují, udržují, či zhoršují.

Z výpovědí čtyř respondentů vyplývá, že zlepšení pocítují v rozvoji dovedností a schopností, jako je péče o vlastní osobu, trénink kognitivních funkcí, nácvik péče o domácnost, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, podpora sociálních kontaktů a mezilidských vazeb. Respondenti se shodují, že u nich došlo ke zlepšení v oblasti samostatnosti, soběstačnosti při hospodaření s penězi, hledání práce, zacházení s počítačem. Také shodně uvádějí zlepšení psychického stavu.

Udržování kvality života respondentů spočívá především v udržování stabilizovaného zdravotního stavu. Podstatné je pro nemocné také udržování mezilidských kontaktů.

Zhoršení se neprojevovalo u žádného z respondentů.

## 8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

1. **Nabídka služeb zaměřená na pomoc a podporu při vyřizování osobních záležitostí a komunikaci s úředními osobami.** Tato potřeba vyplývá ze zhoršení kognitivních funkcí, rychlé unavitelnosti, nedostatečné soustředěnosti a snížené obratnosti v sociálních dovednostech. Administrativní pracovníci (nejen ve státních institucích) paradoxně nedokážou ve většině případů najít přijatelný způsob komunikace se schizofrenním jedincem. V současné době jsou sice služby, které nabízejí doprovod a pomoc na úřadech pro osoby s duševním onemocněním, avšak většina nemocných o nich neví. Rezerva tedy není prioritně v zakládání nových služeb, ale spíše v rozšíření nabídky pro tuto konkrétní oblast. Stěžejní je však dostatečná informovanost, kterou by mohli zajistit lékaři, psychiatrické nemocnice a jiní odborníci, kteří s nemocnými přicházejí do kontaktu. Podstatné je konkrétně určit nabídku pomoci a cílovou skupinu tak, aby se informace dostaly ke všem osloveným ve srozumitelné podobě.
2. **Založení a podpora svépomocných skupin lidí se schizofrenním onemocněním a jejich blízkých.** Ve sledovaném regionu autorka prozatím žádnou nezaregistrovala. Respondenti, kteří se na výzkumu podíleli, neznají ve svém okolí nikoho, kdo by chtěl takovou skupinu vytvořit, ačkoliv by uvítali setkávání s osobami s podobným osudem a zkušenostmi. Aby se vůbec taková setkání mohla uskutečnit, je nutné systematicky pracovat na postupném odstraňování stigmatizace nemocných lidí v očích veřejnosti. Mnoho klientů i jejich rodinných příslušníků se za schizofrenii stydí a mají také strach ze zavrnutí okolím.
3. **Vytvoření vhodných rekvalifikačních programů pro osoby se schizofrenním onemocněním a nabídky přiměřených pracovních příležitostí v konkrétních projektech s návazností na podporovaná zaměstnání.** Podporované zaměstnání je určeno pro lidi se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním na trhu práce, kteří mají zájem získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Schopnosti a dovednosti nemocných osob jsou omezeny, a proto by jim byl k dispozici pracovní asistent. Jeho úloha spočívá v pomoci uživatelům při zaučení se a adaptaci na novém pracovišti.

## ZÁVĚR

Schizofrenie je nemoc, která mění lidem život od základů. Ačkoliv v dnešní době nejsou všichni nemocní odsouzeni k přežívání v nehostinných ústavech, přece jen se s nimi příliš nepočítá. Natož aby samostatně bydleli, žili, studovali, navazovali partnerské vztahy, pracovali, seberealizovali se a měli děti. Člověku se schizofrenií záleží na tom, jak je v rolích, které zastává, veřejností hodnocen a přijímán. Proto by cílem poskytování sociálních služeb mohlo být zaměření na podporu a pomoc při fungování v běžných životních situacích, včetně posílení sociálního statusu.

Ukázalo se, že sociální služby ovlivňují kvalitu života klientů především v navazování a udržování mezilidských kontaktů, seberealizaci ve volném čase, a to díky poradenství a podpoře od sociálních pracovníků. Respondenti se rozhodli žít „obyčejný a běžný“ život navzdory své nemoci. Pro ostatní nemocné to může být inspirací a nadějí, že schizofrenií život nekončí.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 437 s. ISBN 80-7262-277-3.

BENGTSSON-TOPS, Alice a Lars HANSSON. Quantitative and Qualitative Aspects of the Social Network in Schizophrenic Patients Living in the Community. Relationship To Sociodemographic Characteristics and Clinical Factors and Subjective Quality of Life. *International Journal of Social Psychiatry*. 2011, roč. 47, č. 3, s. 67–77. ISSN 0020-7640.

BOBES, Julio a kol. Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2007, roč. 9, č. 2, s. 215–226.

CORCORAN, Rhiannon a Christopher D. FRITH. Autobiographical memory and theory of mind: evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychological Medicine*. 2003, roč. 33, č. 5, s. 897–905.

ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ Hana a Mojmir SVOBODA. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 374 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

FITZGERALD, Paul B. a kol. Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001, roč. 103, č. 5, s. 387–392.

FOUSOVÁ, Michaela. *Lidé s diagnózou schizofrenie*. Liberec, 201. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická.

GEIST, Bohumil. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 1992. 647 s. ISBN 80-85605-28-7.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

HEIDER, Dirk a kol. A prospective study of Quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophrenia Research*. 2007, roč. 93, č. 1–3, s. 194–202.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HLAVENKOVÁ, Dagmar. *Schizofrenní onemocnění a jeho dopad na kvalitu života jedinců*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.

HOSÁKOVÁ, Jiřina a Darja JAROŠOVÁ. Životní styl nemocných se schizofrenií. *Psychiatrie*. 2013, roč. 17, č. 2, s. 83–84. ISSN: 1211-7579.

HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

JUŘICOVÁ, Karolína. *Subjektivní prožívání schizofrenie*. Olomouc, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.

KATSCHNIG, Heinz. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000, roč. 102, č. 407, s. 33–27.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KONOPÁSKOVÁ, Veronika. *Vliv schizofrenie na kvalitu života*. Praha, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Husitská teologická fakulta, Katedra psychosociálních věd a etiky.

KOSOVÁ, Karolína. *Kvalita života s onemocněním schizofrenie v kontextu předsudků a možnosti sociální práce*. Olomouc, 2012. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Cyrilometodějská teologická fakulta.

KOVÁČ, Damián. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie*. 2001, roč. 45, č. 34–44.

KREJČÍŘOVÁ, Olga a Ivana TREZNEROVÁ. *Malý lexikon sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 85 s. ISBN 978-80-244-2754-6.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 112 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2045-6.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomocné profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

MAREŠ, Jiří. Kvalita života a její proměny v čase u téhož jedince. *Československá psychologie*. 2005, roč. 49, č. 1. s. 19–33.

MARKOVÁ, Martina. *Kvalita života osob s diagnózou schizofrenie*. Brno, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 196 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MILLER, Gregory. E., CHEN, Edith a Eric S. ZHOU. If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*. 2007, roč. 133, č. 1, s. 25–45.

MOLEK, Jan. *Marketing sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-026-4.

MOTLOVÁ, Lucie a Eva DRAGOMIRECKÁ. Schizofrenie a kvalita života. *Psychiatrie*. 2003, roč. 7, č. 1, s. 84–90.

NORMAN, Geoffrey R., SLOAN, Jeff A. a Kathleen W. WYRWICH. Interpretation of Changes in Health-related Quality of Life: The Remarkable Universality of Half a Standard Deviation. *Medical Care*. 2003, roč. 41, č. 5, s. 582–592.

OBRUČOVÁ, Julie. *Sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.

PALA, Karel a Jan VŠIANSKÝ. *Slovník českých synonym*. 3., dopl. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2001, 479 s. ISBN 8071064505.

PAULOVICHOVÁ, Anna. *Kvalitativná analýza životného príbehu a kvality súčasného života u ľudí s diagnózou schizofrenie*. Bratislava, 2007. Diplomová práce. Univerzita Komenského v Bratislavě. Filozofická fakulta, katedra psychologie.

PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.

PECHOVÁ, Alena. *Kvalita života u pacientů se schizofrenií*. Olomouc, 2010. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.

PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PAŠKOVÁ, Beáta. *Bolestně smutná nálada, aneb, Co je to deprese a jak se léčí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. 83 s. ISBN 80-85121-07-7.



RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2001. 207 s. ISBN 80-7254-156-0.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X.

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, ed. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

VORUGANTI, Lakshmi a kol. Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. *Schizophrenia Research*. 2000, roč. 43, č. 2–3, s. 135–145.

## Elektronické zdroje

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2006. Dostupné také z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108\\_2006\\_2015.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf).

ČESKO. Zákon č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů ČR*, 2006. Dostupné také z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505\\_2006\\_2015.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf).

Diathesis-stress model. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: [http://en.wikipedia.org/wiki/Diathesis%20%80%93stress\\_model](http://en.wikipedia.org/wiki/Diathesis%20%80%93stress_model).

*Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR*. Společnost sociálních pracovníků, 2006. Dostupné také z: [http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky\\_kodex\\_ssp\\_cr.pdf](http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_ssp_cr.pdf).

SMITH, Melinda a Jeanne SEGAL. Helping a Person with Schizophrenia. *Helpguide.org* [online]. 2015 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: [http://www.helpguide.org/mental/schizophrenia\\_helping\\_family\\_member.htm](http://www.helpguide.org/mental/schizophrenia_helping_family_member.htm).

*Strategie sociálního začleňování 2014-2020*. Praha: MPSV, 2014. Dostupné také z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/17082/strategie\\_soc\\_zaclenovani\\_2014-20.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/17082/strategie_soc_zaclenovani_2014-20.pdf).

ÚZIS ČR. I. díl: Tabelární seznam. *Uzis.cz* [online]. © 2012 [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>.

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1. Klasifikace sociálních služeb podle věku cílové skupiny.....	22
Tabulka 2. Rozdělení sociálních služeb dle způsobu úhrady za službu. ....	23
Tabulka 3. Analýza současného stavu poznání o dané problematice. ....	38
Tabulka 4. Přehled charakteristik respondentů.....	48