

# **Role sociálního pedagoga při resocializaci psychiatrických pacientů**

Bc. Jaroslav Hudský

---

Diplomová práce  
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2017/2018

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DILA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jmeno a příjmení: **Bc. Jaroslav Hudský, DiS.**  
Osobní číslo: **H160271**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Role sociálního pedagoga při resocializaci psychiatrických pacientů**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti psychiatrie, resocializace a kompetencí sociálního pedagoga.  
Příprava metodiky výzkumné části.  
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.  
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

BENDL, Stanislav. Základy sociální pedagogiky. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. 334 stran. ISBN 978-80-7290-881-3.

POTMĚŠILOVÁ, Petra et al. Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy. 1. vyd. Praha: Parta, 2013. 186 s. ISBN 978-80-7320-179-1.

KRAUS, Blahoslav. Základy sociální pedagogiky. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. 215 s. ISBN 978-80-262-0643-9.

PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

HÖSCHL, Cyril, ed., Libiger, Jan, ed. a Švestka, Jaromir, ed. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

MÜLLEROVÁ, Lenka. Sociální pedagogika, sociální patologie. Vyd. 1. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2014. 188 s. ISBN 978-80-87839-34-8.

Vedoucí diplomové práce: doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.  
Ústav zdravotnických věd


Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2017

Termín odevzdání diplomové práce: 20. dubna 2018

Ve Zlíně dne 1. prosince 2017

  
doc. Ing. Aneta Lenálová, Ph.D.

L.S.

  
Mgr. Lenka Müllerová, Ph.D.

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

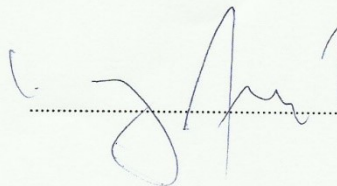
Beru na vědomí, že

- 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 <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 16.4.2018



<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) 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, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) 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, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením - užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Cílem diplomové práce bylo zmapovat problematiku rehospitalizací psychiatrických pacientů po absolvování resocializačního programu se zaměřením na zvýšení úrovně jejich sociálních schopností a dovedností. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá pojmy jako je sociální pedagogika, sociální práce, psychiatrie, resocializace a resocializační programy, kdy vycházíme z doporučených zdrojů. Dále diplomová práce kriticky nahlíží na současný stav ve společnosti, kdy se na lidi s duševním onemocněním nahlíží s despektem, a zamýšlí se nad tím, zda destigmatizace psychiatrie a systematické řešení léčby a rehabilitačních programů přispěje k tomu, aby osoby s duševním onemocněním dosahovaly kvality život jako ostatní zdraví lidé naší společnosti.

Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření. Cílem výzkumného šetření bylo prokázání souvislosti faktu, že absolvování resocializačního programu má pozitivní vliv na kvalitu života osob s duševním onemocněním, že po absolvování tohoto programu dojde ke zvýšení úrovně jejich sociálních dovedností a dojde ke snížení opakovaných pobytů ve zdravotnickém zařízení.

Na základě vyzkoumaných dat reflektují význam a přínos resocializačních programů pro osoby s duševním onemocněním a nezastupitelnou roli sociálního pedagoga v tomto procesu resocializace.

Klíčová slova: sociální pedagogika, sociální práce, sociální služby, sociální dovednosti, psychiatrie, stigmatizace, destigmatizace, resocializace, resocializační program, terénní práce, multidisciplinární tým.

## **ABSTRACT**

The aim of the diploma thesis is to describe the issue of rehospitalisation of psychiatric patients after completing the resocialization program with a view to increase the level of their social skills and abilities. The thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with concepts such as social pedagogy, social work, psychiatry, resocialization and resocialization programs, etc. The diploma thesis critically examines the current state of society where people with mental illness are looked with despect and deals with the question if the destigmatisation of psychiatry and systematic solutions of treatment and rehabilitation programs could together contribute to the fact that people with mental illness reach a quality life as the other healthy people in our society.

The practical part contains quantitative research, which was carried out using a questionnaire survey. The aim of the research was to prove the fact that the re-socialization program has a positive impact on the quality of life of people with mental illness, that having completed the program leads to increase the level of their social skills and will reduce the number of repeated stays in the health care facility.

On the basis of the research data I reflect the importance and benefits of rehabilitation programs for people with mental illness and the irreplaceable role of social educators in this process of resocialization.

Keywords: social pedagogy, social work, social services, social skills, psychiatry, stigmatization, destigmatization, resocialization, resocialization program, field work, multidisciplinary team.

*„Dokud nezměníme stav své mysli, budeme znovu a znovu vytvářet v podstatě stejný svět, se stejnými démony a stejně šílený.“*

Eckhart Tolle

### **Poděkování**

Tímto bych chtěl poděkovat vedoucí této práce doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za cenné rady, odborné připomínky, kterými přispěla k vypracování této diplomové práce a vstřícný přístup.



## Obsah

### DVOD

#### I TEORETICKÁ ČÁST

##### 1 SOCIÁLNÍ PSYCHOLOGIE

1.1 Teorie a výzkum sociální psychologie

1.2 Sociální psychologie jako vědní obor

1.3 Sociální kognice

1.3.1 Vývoj osobní identifikace a sociální příslušnosti

1.3.2 Sociální porovnání v práci

1.3.3 Návrh osobního vzhledu a pracovních prostředí

##### 2 SOCIÁLNÍ SÍŤI

2.1 Specializace

2.2 Renovační program

2.3 Psychická léze a stimulace

2.3.1 Implementační plán programu STAG v Jihomoravském území

#### II PRAKTICKÁ ČÁST

##### 3 VÝZKUM

3.1 Článek vědeckého článku

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku a realizace výzkumného úkolu

3.2.1 Průběh výzkumného úkolu

##### 4 ANALÝZA DAT A DISKUSE

4.1 Závěr výzkumného úkolu

##### ZÁVĚR

##### SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

##### SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

##### SEZNAM TABULEK

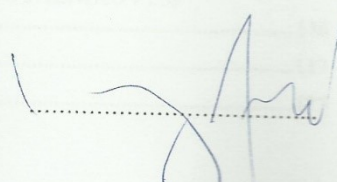
##### SEZNAM GRAFŮ

##### SEZNAM PŘÍLOH

### Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 18. dubna 2018



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA</b> .....	<b>14</b>
1.1 HISTORIE SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY .....	14
1.2 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA JAKO VĚDNÍ OBOR .....	16
1.3 SOCIÁLNÍ PEDAGOG.....	17
1.3.1 Vztah sociální pedagogiky a sociální práce .....	18
1.3.2 Sociální pedagog v praxi .....	19
1.3.3 Riziko syndromu vyhoření u pomáhajících profesí .....	22
<b>2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY</b> .....	<b>25</b>
2.1 RESOCIALIZACE.....	33
2.2 RESOCIALIZAČNÍ PROGRAM.....	37
2.3 PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA VE ŠTERNBERKU.....	40
2.3.1 Ukázka resocializačního programu START v Psychiatrické léčebně Šternberk .....	44
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>46</b>
<b>3 VÝZKUM</b> .....	<b>47</b>
3.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	47
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	48
3.2.1 Přehled vyzkoumaných dat .....	49
<b>4 ANALÝZA DAT A DISKUZE</b> .....	<b>86</b>
4.1 ZÁVĚR VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	91
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>92</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>94</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>100</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>101</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>103</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>104</b>
<b>PŘÍLOHA P I: TÝDENNÍ PROGRAM START V PL ŠTERNBERK</b> .....	<b>105</b>
<b>PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK</b> .....	<b>108</b>
<b>PŘÍLOHA P III: INFROMOVANÝ SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM     ŠETŘENÍM</b> .....	<b>116</b>
<b>PŘÍLOHA P IV: TABULKY</b> .....	<b>117</b>
<b>PŘÍLOHA P V: GRAFY</b> .....	<b>127</b>

## ÚVOD

Tématem této diplomové práce je otázka dnes více než aktuální, a to je problematika zabývající se nárůstem psychiatrických diagnóz. Dle dostupných dat raketovým tempem stoupá počet osob s jakýmkoli psychiatrickým onemocněním. Ať už je to způsobeno rychlým životním tempem, civilizačním stresem, enormní zátěží v práci, kladením velkých nároků na sebe, strachem ze selhání. Člověk se tak čím dál častěji dostává do odborné péče psychologů a především psychiatrů z důvodu selhávání v každodenním životním koloběhu. V diplomové práci se snažíme tuto problematiku blíže popsat.

První část práce uvádí teoretické poznatky ze studia vybrané literatury. Definujeme roli sociálního pedagoga a sociální práce a zamýšlíme se nad jejím uplatněním u osob s psychiatrickou diagnózou. Dále se zabýváme možnostmi léčby a zejména resocializací (rehabilitací) psychiatrických pacientů, tedy klíčovým tématem této práce. Zmínujeme také resocializační programy, preventivní aktivity, jež přispívají k časnému zachytu duševních onemocnění a které dále vedou k destigmatizaci psychiatrie a duševně nemocných, možnosti ambulantní péče či domácí péče a zabýváme se problematikou terénní práce (multidisciplinární týmy). Dále se krátce zmíníme o chystající se reformě v psychiatrii a rovněž se budeme věnovat tématu extramurální péče, což je zdravotní péče vyžádaná zdravotnickým zařízením, v němž je pacient hospitalizován, avšak je poskytnutá jinými zdravotnickými zařízeními.

V praktické části se zabýváme otázkou rehospitalizace psychiatrických pacientů po absolvování resocializačního programu se zaměřením na zvýšení úrovně jejich sociálních dovedností. Mezi dílčí cíle diplomové práce patří průzkum toho, zda je zajištěna adekvátní dostupnost poskytované péče včetně návaznosti sociálních služeb, prevence relapsů osob s psychiatrickými potížemi, snížení stigmatizace. Podstatou resocializačních programů je zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním – a to jak v podmínkách jejich hospitalizace, tak zejména v jejich běžném životě. Můj výzkum vychází především z předpokladu, že absolvováním těchto resocializačních programů dojde ke snížení opakovaných hospitalizací pacientů a naopak se zvýší jejich kvalita života v přirozeném prostředí. Za účelem dosažení těchto cílů je nedílnou součástí provázanost služeb zdravotních a sociálních. Tento výzkum byl prováděn pomocí dotazníkového šetření, přičemž získávání informací bylo zajištěno z více zdrojů (pacienti, příbuzní, zdravotnický personál, pracovníci v sociálních službách). Tato oblast zkoumání vychází z osobní

zkušenosti, kdy cílová skupina výzkumu je mým každodenním profesním zaměřením. Pracuji jako staniční sestra na mužském příjmovém oddělení Psychiatrické léčebny ve Šternberku. Problematikou nejen opakovaných hospitalizací se zabývá reforma psychiatrie, která do dnešního dne není zcela ucelená, ale prvním pozitivním bodem tohoto dlouhodobého procesu jsou resocializační programy, které mají své opodstatnění, protože jsou praxí ověřené a přináší pozitivní změny pro pacienty. Obecným cílem diplomové práce je nastínit problematiku osob s duševním onemocněním se zaměřením na jejich uplatnění ve společnosti.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA

V první kapitole nahlédneme do historie sociální pedagogiky ve světě i u nás formou stručného exkurzu. Pokusíme se vymezit tento vědní obor i profesi sociálního pedagoga a v návaznosti na téma této práce se budeme věnovat vztahu sociální pedagogiky a sociální práce jakožto oborů, k jejichž okruhu zájmu patří nepochybně i resocializace psychiatrických pacientů, která je i stěžejním tématem diplomové práce.

### 1.1 Historie sociální pedagogiky

Počátky sociální pedagogiky lze vysledovat až k starověkému Řecku. Na propojení výchovy se zájmy společnosti, resp. význam výchovy při začlenění člověka do společnosti, poukazuje ve svém díle již Platon. V období humanismu a renesance pak velký význam výchovy při utváření spořádané společnosti zdůrazňují stoupenci utopického socialismu T. Morus (1480-1535) nebo T. Campanella (1568-1639). Významný český myslitel, filozof, spisovatel a především pedagog J. A. Komenský (1592-1670) mimo jiné zastával názor, že výchovu a vzdělání je třeba poskytnout všem bez jakýchkoliv rozdílů. Ve svém díle také připisoval důležitost výchovnému vlivu prostředí. Zakladatel sociologie A. Comte (1798-1857) spatřoval cíl výchovy v podřízení individuálních zájmů těm společenským. V 2. polovině 19. století vznikají hraniční disciplíny – pedagogická sociologie a sociologická pedagogika, které napomáhaly řešit aktuální sociální problémy ve společnosti, např. zaostalost dětí a mládeže z chudých sociálních vrstev. Snaha zakládat školy nebo ústavy pro chudé a opuštěné děti rovněž charakterizuje život a dílo švýcarského pedagoga J. H. Pestalozziho (1746-1827), který je díky své činnosti řazen mezi hlavní zakladatele sociální pedagogiky vůbec. Německý filozof a pedagog P. Natorp (1854-1924) je pak další významnou zakladatelskou osobností tohoto oboru. Natorp klade důraz na všelidskou solidaritu a věří na vliv výchovy a ušlechtilé morální koncepce, které považuje za předpoklad k postupnému zdokonalování světa. Pojem sociální pedagogika se poprvé objevil v díle Rukověť vzdělání pro německé učitele (1850) německého pedagoga A. Diesterwega (1790-1866). Nejen díky těmto autorům je Německo označováno jako kolébka sociální pedagogiky. Michal Kaplánek v knize Encyklopedie sociální práce (Praha, 2013, s. 503) prezentuje jako zakladatele sociální pedagogiky P. Natorpa, který v roce 1899 uveřejnil stejnojmennou monografii. Dalšími významnými osobnostmi v této zemi byli P. Barth

(1858-1946), jenž dokonalost jedince považuje za předpoklad obecného štěstí ve společnosti, a P. Bergmann (1862-1946), který odmítal deduktivní stanovování výchovných cílů, byl zastáncem empirického přístupu a zkoumání společenského prostředí. Významnou roli v rozvoji sociální pedagogiky bezpochyby zaujímají také pedagogové z Polska. Jako hlavní představitelka tohoto směru našich severních sousedů je považována H. Radlinská (1879-1954), která koncepci sociální pedagogiky zasvětila prakticky celý svůj profesní život. (Kraus, 2014, s. 9-13)

Jako počátky české sociální pedagogiky by se dalo označit období 2. poloviny 19. století, ve kterém sepsal dílo *Pedagogika na základě nauky o vývoji přirozeném, kulturním a mravním* (1888) první profesor filozofie a pedagogiky na Karlově univerzitě v Praze G. A. Lindner (1828-1887). G. A. Lindner se zaměřoval na společenské poslání výchovy a v rámci výchovy jedince akcentoval nejen přípravu na určité povolání či profesi, ale také na společenský život. Stejně jako J. A. Komenský usiloval o co nejširší zpřístupnění výchovy a vzdělání. Mezi následovníky G. A. Lindnera můžeme zařadit profesora sociologie na brněnské univerzitě A. I. Bláhu (1879-1960), jenž si v díle *Sociologie dětství* (1927), v kapitole s názvem Sociální pedagogika, vybral jako předmět zájmu vliv společenského prostředí na jedince, obranu před rušivými vlivy a co nejpříznivější organizaci prostředí. *Individuální základy sociální pedagogiky* (1927) od S. Velinského jsou dalším významným dílem české sociální pedagogiky, ve kterém se autor pokusil vymezit tento obor a jeho cíle. Také *Úvod do sociologie výchovy* (1967) od K. Gally je považován za stavební kámen sociální pedagogiky, stejně jako *Výchova a prostředí* (1978) M. Přadka. (Kraus, 2014, s. 15-17)

„Zásadním zlomem pro českou (tehdy československou) sociální pedagogiku přinesla společenská změna po r. 1989. Termín sociální pedagogika se stal velmi frekventovaným a začal se objevovat v různých významech. Hned v r. 1991 vychází stať O. Baláže *Sociální pedagogika – problémy a perspektivy*, ve které autor vymezuje sociální pedagogiku jako speciální pedagogickou disciplínu.“ (Kraus 2014, s. 17-18). Mezi nejvýznamnější české a slovenské autory na poli sociální pedagogiky, kteří se zasloužili o její rozvoj po r. 1989, patří např. L. Pecha, Z. Moucha, J. Haškovec, B. Kraus, S. Kvapilová, M. Hradečná, Z. Bakošová, J. Sekot, J. Dočkal, V. Poláčková, P. Klíma aj. (Kraus, 2014, s. 18-19)

Vývoj sociální pedagogiky určitě není u konce, neboť při pohledu na tempo, jakým se mění život v naší společnosti, bude jistě žádoucí, aby jednotlivé teorie a metody byly těmto neustálým sociálním změnám přizpůsobeny a dle potřeby inovovány.

## 1.2 Sociální pedagogika jako vědní obor

Napříč snad všemi dostupnými odbornými texty, které se věnují sociální pedagogice, zaznívá společný jmenovatel, a tím je složitost a náročnost vymezení tohoto oboru. Velmi zjednodušeně bychom sociální pedagogiku mohli označit jako spojení oboru pedagogiky s určitým sociálním kontextem, přičemž pedagogiku bychom mohli opět velmi zjednodušeně definovat jako vědu o výchově a vzdělávání.

Velmi komplexní definici sociální pedagogiky nám předkládá V. Poláčková (2001): „*Sociální pedagogika jako multidisciplinární vědní obor integruje a rozvíjí poznatky věd o člověku a společnosti do edukačního, preventivního a reedukačního působení. Analyzuje dynamické vztahy mezi jedincem a prostředím a usiluje se o jejich optimalizaci. Zkoumá propojení bio-psycho-sociálních jevů ovlivňujících sociální integraci a zvládání životních situací jedincem. Zaměřuje se na každodennost života jedince jako sociokulturní osobnosti, rozvíjí zodpovědnost jedince za vlastní rozhodnutí a vede ho k hledání vlastních životních cest.*“ (Poláčková in Hajerová Müllerová, 2014, s. 11)

B. Kraus vnímá sociální pedagogiku tak, že „*celá historie lidstva ukazuje potřebu pomáhat lidem, kteří se ocitli v nouzi a sociální pedagogika zdůrazňuje potřebu pomáhat lidem a vést je tak, aby byli schopni sami konstruktivně řešit složité situace a vyrovnávat své společenské deficity. Z hlediska sociální pedagogiky definujeme pomoc jako aktivní účast při řešení konkrétní životní situace, a to s konkrétním cílem, který vyplývá z daného ohrožení nebo nouze. Je to soubor činností, kterými se snažíme kompenzovat odhalené nedostatky, tj. aktivizovat člověka a pomáhat mu zajistit sociální i psychickou stabilitu a sociální nezávislost, tedy zkvalitnit jeho život.*“ (2014, s. 135)

„*Pokud jde o vymezení předmětu zájmu sociální pedagogiky, tj. obsahu oboru, většina autorů vychází z širšího pojetí disciplíny. V tomto smyslu se sociální pedagogika zaměřuje na každodennost života jedince, na zvládání životních situací bez ohledu na věk, akcentuje ochranu jedince před rizikovými vlivy a iniciuje takové změny v sociálním prostředí, které se snaží uvádět do souladu individuální potřeby a zájmy jedince s možnostmi společnosti. Sociální pedagogika tedy má jakési dvě základní funkce – preventivní (profylaktickou) a terapeutickou (kompenzační).*“ (Kraus, 2014, s. 46)

Zatímco preventivní funkce sociální pedagogiky přirozeně souvisí s oblastí prevence a snaží se tak zabránit vzniku nežádoucích jevů ve společnosti, druhá jmenovaná funkce terapeutická pak reaguje na již existující společenské problémy, mezi které můžeme zcela



jistě zařadit i resocializaci psychiatrických pacientů. Resocializací pak rozumějme sociálně pedagogické působení na takového jedince, který v dané chvíli není schopen vlastními silami dosáhnout opětovného začlenění do společnosti.

### 1.3 Sociální pedagog

Pokud bychom měli popsat profesi sociálního pedagoga, pak nám obecnější definici nabízí slovenský autor S. Laca, „všeobecně řečeno jde o profesionálního pracovníka, který řídí a organizuje výchovný proces na profesionální úrovni a působí na děti, mládež i dospělé ve směru optimálních osobnostních cílů jejich rozvoje.“ (Laca, 2016, s. 141)

Výše zmiňovaný autor považuje „model profese sociálního pedagoga za složitý a různorodý. Jeho práce souvisí s profesí učitele, psychologa, psychoterapeuta. Hlavní funkci sociálního pedagoga je možné charakterizovat ve dvou oblastech činnosti: činnost integrační a rozvojová. V rámci integrační funkce se činnost sociálního pedagoga zaměřuje na klienty, kteří se nachází v krizových situacích, v psychickém, sociálním či psychosociálním ohrožení a potřebují odbornou pomoc a podporu. Pokud jde o funkci rozvoje, v takovém případě jde o zajištění rozvoje osobnosti ve směru správného či žádoucího životního stylu, hodnotného a užitečného naplnění volného času.“ (Laca, 2016, s. 144)

Sociální pedagog je, zejména vzhledem k širokému poli působnosti, velmi specifická a nejednoznačně ohraničená takzvaná pomáhající profese. Jelikož se v této práci věnujeme roli sociálního pedagoga v procesu resocializace psychiatrických pacientů, čili ve specifickém společenském kontextu, je nezbytné definovat tuto profesi v širších souvislostech. Sociálním pedagogem tedy označíme odborníka, který se podílí na formování osobnosti psychiatrického pacienta, ať už mluvíme o jakékoliv fázi takového procesu, s cílem zajistit jeho opětovné a pokud možno trvalé začlenění do společnosti. Jak už bylo řečeno, práce sociálního pedagoga často souvisí s dalšími profesemi jako např. pedagog, vychovatel, sociální pracovník, sociální asistent, psycholog, psychoterapeut či psychiatr. Důležitost role všech vyjmenovaných skupin je v daném procesu nezpochybnitelná, proto není třeba omezovat se na jednu konkrétní specializaci a interpretovat tak resocializační snahy skrze jeden typ pracovní pozice. Záleží pak na charakteristice jednotlivých činností a kompetencí, které se v průběhu práce s psychiatrickým pacientem uplatňují, což logicky vede k přirozenému multioboro-

vému propojení a návaznostem. Neboť každého jedince ovlivňuje do značné míry jeho nejbližší okolí a prostředí, v němž se nachází, nelze opomenout jakési sociálně pedagogické působení rodiny, kamarádů, uživatelů stejné sociální služby nebo např. veřejného opatrovníka u osob s omezenou svéprávností.

Osobnost sociálního pedagoga vyžaduje velmi široký komplex znalostí, dovedností a také vhodných charakterových vlastností. Z hlediska efektivnosti je velmi významným faktorem a předpokladem pro úspěšnou práci s klientem, která je do značné míry podmíněna vzájemnou důvěrou a také přirozenou autoritou sociálního pedagoga. „*P. Klíma charakterizuje sociálního pedagoga jako specializovaného odborníka vybaveného teoreticky, prakticky a koncepčně pro záměrné působení na osoby a sociální skupiny především tam, kde se životní způsob a praxe těchto jednotlivců či sociálních skupin vyznačuje destruktivním či nekreativním způsobem uspokojování potřeb a utváření vlastní identity.*“ (Klíma in Kraus, 2014, s. 198)

### 1.3.1 Vztah sociální pedagogiky a sociální práce

Mezi sociální pedagogikou a sociální prací můžeme spatřovat jisté vazby. Jedna z nejdůležitějších činností dlouhodobé péče jsou již zmiňované sociální práce. Lidé pracující v této oblasti zajišťují agendu sociální pomoci, sociální šetření a v neposlední řadě sociální poradenství. Mezi další činnosti, které vykonávají sociální pracovníci, je zkvalitnění života klientů, ať už zprostředkováním sociální pomoci nebo přímo osobní pomoci. Předmětem zájmu obou profesí je pomoc člověku, řekněme v sociálním kontextu, a to s cílem zlepšit jeho životní podmínky, resp. poskytnout mu podporu při zvládnání různých typů problémů.

„*V rámci kompenzačního, tedy sociálně terapeutického přístupu lze vnímat velmi úzký vztah oborů sociální pedagogika a sociální práce. V posledních letech, především v Německu, lze v obou oborech zaznamenat výrazně integrační tendence a objevuje se zastřešující termín sociální studia, sociální vědy. V Polsku se sociální práce rozvíjí na bázi sociální pedagogiky, která je považována za metodologický základ.*“ (Hajerová Müllerová, 2014, s. 13)

B. Kraus pak zastává obdobný názor, když zmiňuje, že „*sociální pedagogika je pro sociální práci vlastně jakousi teoretickou oporou.*“ (Kraus in Hajerová Müllerová, 2014, s. 13)

Napříč odbornou veřejností nepanuje jednotný názor na vztah mezi sociální pedagogikou a sociální prací. Někteří oba obory jednoznačně oddělují, jiní je naopak považují dokonce za

zaměnitelné či shodné. Sociální pedagogika i sociální práce samozřejmě zaujímají své nezpochybnitelné a plnohodnotné místo na poli společenských věd, avšak vzhledem k již zmíněným přesahům nám jen budoucnost ukáže, jakým způsobem se tyto obory budou nadále prolínat, doplňovat nebo navzájem vymezovat. Je zřejmé, že hranice nejen mezi těmito disciplínami nejsou pevně dány, a je zcela pochopitelná existence vzájemných přesahů, což ostatně můžeme vidět mezi pomáhajícími profesemi obecně. Vždy tedy bude na místě určitá spolupráce napříč obory, aby tak jedinci v komplikované životní situaci mohl být poskytnut specializovaný typ podpory. „V tomto smyslu jsou kromě sociální práce jako pomáhající obory označovány medicína, psychiatrie, psychologie a psychoterapie, pedagogika (včetně sociální a speciální pedagogiky) a učitelství, právo a soudnictví, různé typy poradenství, teologie, pečovatelské, ošetrovatelské, osobní asistence aj.“ (Barker in Matoušek, 2013, s. 506)

Sociální praxe pak přirozeně přináší mnoho situací, a to nejen v rámci resocializačního procesu, kdy se sociální pedagog stává sociálním pracovníkem a naopak. Striktní rozlišování obou disciplín se pak jeví jako mnohem důležitější při snaze o jejich oddělené teoretické vymezení a osamostatnění se jako uznávaného vědního oboru, méně už pak při realizaci konkrétních činností a opatření v práci s člověkem v nouzi, kterého zkrátka nebude příliš zajímat, jestli mu pomohl sociální pracovník či sociální pedagog. Laickou veřejností pak mohou být pojmy sociální pedagogika a sociální práce vnímány dokonce jako synonymum. Ze subjektivního hlediska lze vnímat sociální práci jako pomoc při zabezpečení životních potřeb, kdežto sociální pedagogiku jako pomoc při formování jedince, který si ony životní potřeby následně zabezpečí sám, vlastními silami. Svým způsobem jde o parafrázi přísloví: „Dej člověku rybu a nasytíš jej na jeden den, nauč jej rybařit a nasytíš jej na celý život.“

### 1.3.2 Sociální pedagog v praxi

Pokud nahlédneme přímo do praxe při práci s psychiatrickými pacienty se zaměřením na jejich resocializaci, dostáváme se k již zmíněnému multioborovému propojení a návaznostem jednotlivých profesí, zejména v zdravotnicko-sociální oblasti. Pracovníky, kteří se mohou podílet na tzv. sociálně-pedagogickém působení, jsou v první řadě sociální pracovníci, psychologové a zdravotnický personál v psychiatrických léčebnách, pokud se jedná o aktuálně hospitalizované pacienty.

Zákon 108/2006 sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, ze dne 14. března 2006 definuje v § 109 povolání sociálního pracovníka, který dle tohoto ustanovení vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, ©2018) Na půdě zdravotnického zařízení se sociální pracovníci, někdy označováni jako zdravotně-sociální, starají o pacienty v kontextu jejich sociálních potřeb během jejich hospitalizace. Mezi konkrétní poskytované služby sociálním pracovníkem v psychiatrických léčebnách, jež mají tyto pracovníci zakotveny v pracovních náplních, pak kromě výše uvedeného zákonného vymezení patří např. sestavování plánů psychosociální intervence dle životní situace klienta včetně potřeby sociálních opatření a jejich realizace; napomáhání integraci pacientů do společenského prostředí; příprava pacientů k propuštění, včetně další péče a služeb; spolupráce s charitou, azylovými domy a jinými institucemi se zaměřením na nepřizpůsobivé osoby, osoby se závislostí a bez domova; pomoc při vyřizování finančních závazků klientů; vyřizování korespondence sociálního charakteru a v případě potřeby pomoc při řešení obtížných životních situací a při řešení občansko-právních záležitostí; vytváření podmínek pro zapojení klientů do společenského procesu za účelem sociálního začlenění; napomáhání při podávání žádosti o příspěvek na péči u indikovaných pacientů; poradenství při zahájení důchodového řízení; účast na lékařských vizitách, pohovory s pacienty; pracovní právní poradenství ve vztahu k onemocnění, nebo k jeho následkům za využití údajů ze zdravotnické dokumentace, lékařských a primářských vizit. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. pak sumarizuje činnosti zdravotně-sociálního pracovníka v § 9. (Ministerstvo zdravotnictví, ©2018)

Psycholog v psychiatrické léčebně má pak v kompetenci provádění terapeutické nebo socioterapeutické práce (formou skupinovou nebo individuální), dle indikace psychiatra nebo dle potřeb pacienta, se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí. Bývá tedy nedílnou součástí procesu resocializace psychiatrických pacientů, a to přímo v psychiatrických léčebnách či mimo ně.

Po ukončení hospitalizace čeká na osobu s duševním onemocněním střet s realitou, který bývá, zejména v případě absence podporujícího rodinného zázemí, zásadní a je tak vhodné využít některá ze zařízení sociálních služeb, ať už ve formě ambulantní či pobytové. Mezi taková zařízení patří chráněné bydlení, terapeutické komunity, domy na půli cesty, centra denních služeb, zařízení následné péče, sociálně terapeutické dílny aj. Sociální služby poskytované v těchto zařízeních se přizpůsobují specifickým potřebám osob a konkrétně terapeutické komunity jsou velmi vhodným mezistupněm u propuštěných psychiatrických pacientů před návratem do běžného života. Snahou pracovníků v těchto komunitách je umožnit začlenění a připravenost klienta k využívání dalších sociálních služeb s nižší mírou podpory a směřovat ho k jeho osamostatnění. Terapeutické komunity nabízí různé druhy terapie (skupinová, individuální, vztahová, pracovní) a rovněž volnočasové aktivity jako sport, výlety a tzv. zátěžové akce. Dle lokality bývá někdy součástí pobytu i starost o dům či přilehlé hospodářství se zahradou a zvířaty. Je naprosto nezbytné, aby pacienti byli resocializováni zpět do svého přirozeného sociálního prostředí a aby tento proces byl započat již během pobytu ve zdravotnickém zařízení. *„Vlastní zkušenost má silný vliv na sociální adaptaci a kvalitu života; navzdory jeho komplexnosti by takové vzdělávání mělo být považováno za součást základních socializačních programů.“* (Ekdawi a Conning, 1994, s. 111) Terapeutický tým pak bývá zpravidla složen z lékařů, sociálních pedagogů/pracovníků, zdravotních sester a ostatních odborníků. Pro porovnání můžeme uvést italský systém domácí péče o osoby s duševním onemocněním. *„Jedná se o službu pomáhající lidem, kteří trpí psychiatrickým onemocněním, a jejich rodinám s cílem udržet je ve známém prostředí, a to poskytováním osobní péče, péče o domácnost a doprovod nemocné osoby. Úkolem pedagoga je poskytovat přímé spojení především k podpoře a rozvoji společenského života, s využitím přirozených tendencí jednotlivého pacienta, což vede k lepší kvalitě jeho života, pedagog nabízí příležitosti, jak ze zábavního, tak z pracovního hlediska, což pomáhá přeměnit pacienta na aktivní osobu, která se o sebe umí postarat a stát se užitečnou pro společnost. Domácí péče chce zaručit nemocné osobě soběstačnost a samostatnost v jeho vlastním přirozeném prostředí. Pro pacienta žijícího doma je snadnější udržovat vztahy se svými rodinami a se sousedy, kteří obvykle sdílejí radosti a strasti života. Služba domácí péče poskytuje celou řadu sociálních dávek jako jsou: péče a hygiena osoby, domácí výpomoc, přípravu jídel a úklid, doprovod k výkonu venkovních aktivit (např. nákup potravin, zaplacení složenek atd.), podpora a obnovení osobní autonomie.“* (associazione socio assistenziale aes domicilio, © 2018)

Dále do procesu resocializace osob s duševním onemocněním vstupují pracovníci mimo zdravotnické zařízení, tedy po ukončení hospitalizace, ale kontakt navazují již v době, kdy je pacient ještě hospitalizovaný, mezi ně patří zejména sociální pracovníci jak v oblasti veřejné správy, tak v neziskovém sektoru. Sociální pracovníci na obecních úradech pomáhají svým klientům vytipovat a zajistit vhodné bydlení, popř. sociální službu, dle potřeby vyřídit sociální dávky včetně vyplnění příslušných formulářů, souhrnně tedy realizovat činnosti vedoucí k zlepšení životní situace klientů, a to i formou motivačních rozhovorů, individuálního plánování, aktivizace, doprovázení atd. Základní složkou pomoci ze strany sociálních pracovníků na obci je poradenství, které můžeme chápat jako „*spolupráci klienta s pracovníkem, kdy klient u sebe pociťuje překážky, které mu znemožňují dosáhnout cílů, a na to odpovídá pracovník nabídkou rad, návodů, nápadů či námětů, jež klientovi pomáhají najít nejužitečnější cesty, přičemž posuzovatelem užitečnosti zůstává klient sám.*“ (Úlehla, 2007, s. 35)

Specifickou skupinou pracovníků vstupujících do procesu resocializace psychiatrických pacientů jsou zaměstnanci obcí, kteří vykonávají funkci veřejného opatrovníka a mají tak na starosti osoby, jež jsou v důsledku duševní poruchy a neschopnosti právně jednat v některých záležitostech soudem omezeny ve svéprávnosti. Opatrovník pak zastupuje opatrovaného v tom právním jednání, které podle rozhodnutí soudu není schopen činit. V praxi jsou pak tyto pracovníci v pravidelném kontaktu s opatrovaným, pro kterého se často stávají jakousi jeho rodinou, na níž se obrací prakticky se všemi jeho problémy a starostmi. Na menších obcích bývá funkce veřejného opatrovníka kumulovaná s funkcí sociálního pracovníka a takový pracovník pak s klientem vyřizuje a zajišťuje doslova vše - hospodaření s finančními prostředky; řešení dluhů a exekucí; pomoc se zajištěním a hrazením bydlení; vyřízení invalidních důchodů; sociálních dávek a dle potřeby sociálních služeb; spravování jeho movitého a nemovitého majetku; zprostředkování lékařské péče atd. Při rozmanitosti témat, která opatrovník s klientem řeší, se takový pracovník stává nedílnou součástí života opatrovaného a podílí se tak velkou měrou na jeho resocializaci, popř. ji zprostředkovává.

### 1.3.3 Riziko syndromu vyhoření u pomáhajících profesí

Syndrom vyhoření by se dal jednoduše a stručně definovat jako psychický stav či nemoc, kdy člověk ztratil chuť nebo sílu pracovat. V této kapitole bych se rád syndromu vyhoření věnoval nikoliv z pohledu teoretického vymezení nebo odborných definic, nýbrž z pohledu

pracovníků podílejících se na resocializaci psychiatrických pacientů, kteří jsou tímto syndromem ohroženi, a tudíž je zde reálná možnost, že do budoucna nebudou schopni plnohodnotně vykonávat svou profesi.

Syndrom vyhoření je poměrně často skloňovaným tématem nejen v pomáhajících profesích, avšak dle mého mínění se mu i tak nevěnuje patřičná pozornost. Nedostatky můžeme spatřovat zejména v oblasti prevence a s tím souvisejícím celospolečenském přístupu, kdy všudypřítomný shon, časová vytíženost a řekněme tlak na pracovní nasazení, tlak na výkon a jeho výsledky se stávají standardem, který nedává příliš prostoru se opravdu zastavit a uvědomit si onu skrytou hrozbu. Logicky je pak v našich hlavách nebezpečí vyhoření jaksi upozaděno a naši pozornost si získává, jakmile se už dostavily první negativní příznaky.

Člověk většinou zpozorní až ve chvílích, kdy nějaký problém nastane, a nemusí jít samozřejmě jen o syndrom vyhoření. Tento přístup, řešit problémy ex post, lze považovat za charakteristický rys lidstva obecně. Pokud budeme mluvit o syndromu vyhoření, který již propukl, je logicky komplikovanější čelit jeho důsledkům, nežli mu předejít prostřednictvím preventivního přístupu, a to nejen rámci pracovního procesu, ale také celkovým životním postojem. Chovat se zodpovědně nejprve vůči sobě samému, aby člověk následně mohl plnit plnohodnotnou společenskou funkci vůči ostatním, můžeme brát jako přirozený ideál, který by měl být do budoucna stále více akcentován. Typickým negativním jevem moderní doby je upřednostňování zájmů společnosti na úkor individuálních potřeb jedince, jež jsou do jisté míry přehlíženy a lidé jsou často hnáni až za hranici svých rezerv.

*„Cesta k syndromu vyhoření je vždy individuální a u každého z nás se jednotlivé roviny v příslušné fázi projevují s různou intenzitou. Ne každý okamžitě reaguje tělesnými symptomy a rovněž roviny myšlenek a pocitů se individuálně liší.“* (Prieß, 2015, s. 51)

U profesí, které se podílejí na resocializaci psychiatrických pacientů, ať už jde o sociálního pedagoga, sociálního pracovníka či psychologa, existuje poměrně značné riziko syndromu vyhoření i vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o práci, jejíž úspěšnost je prakticky nezměřitelná a zpravidla nenabízí potřebnou zpětnou vazbu, jež by člověka měla průběžně motivovat a dávat chuť do další činnosti. Z psychologického hlediska souvisí syndrom vyhoření velmi úzce se ztrátou motivace, která *„zahrnuje celek těch vědomých a nevědomých psychonomních faktorů, na jejichž základě se uskutečňuje naše chtění a jednání.“* (Ach in Konečný, 1970, s. 210) V momentě, kdy dojde ke ztrátě motivace, stává se člověk logicky náchylnější k rezignaci, ať už se jedná o jakékoliv konání. Při práci s psychiatrickými pacienty je tedy zcela jistě zapotřebí zacházet velmi citlivě jak s vlastní motivací, tak

s vytýčenými cíli. Resocializace psychiatrických pacientů je zpravidla dlouhodobý proces, často nikdy nekončící, který se rovněž do značné míry odvíjí od přístupu konkrétních pacientů, jejich vůle ke spolupráci a vůbec ochoty na sobě pracovat. Proto je nezbytné, aby měl pracovník v této oblasti adekvátně nastavená očekávání, své zaměstnání vnímal realisticky a neorientoval se pouze na výsledek své práce, jenž je do značné míry nevyzpytatelný. Všeobecně známý citát: „*Cesta je cíl*“ v podstatě vystihuje klíčový aspekt v oblasti motivace u pomáhajících profesí.

V rámci prevence syndromu vyhoření zaujímají své neopomenutelné místo i ostatní oblasti života, u nichž je zapotřebí udržet určitou rovnováhu, čili nejen práce samotná. M. Prieß ve své knize *Jak zvládnout syndrom vyhoření* (2015), který autorka považuje za nemoc, předkládá šest zásadních oblastí, které tvoří základ zdraví člověka, a to: rodina/partnerství, práce, zdraví/fyzická kondice, sociální kontakty, individualita/koníčky, víra/spiritualita. Dle autorky nezáleží pouze na počtu fungujících oblastí, ale také na tom, jaké oblasti jsou pro každého z nás důležité. Někteří lidé mají prioritu ve fungujícím partnerství, jiní zase v oblasti volnočasových aktivit a koníčků. „*Mnozí podceňují vliv individuálních preferencí a míru identifikace s jednotlivými oblastmi na životní stabilitu a diví se, proč se v určitých momentech a oblastech cítí podstatně vyčerpaněji než v jiných. Jednotlivé preference a identifikace mohou být v závislosti na povaze konkrétní osoby nejrůznějšího rozsahu a druhu.*“ (Prieß, 2015, s. 55) V širším pojetí můžeme tedy spatřovat prevenci syndromu vyhoření v zodpovědném osobním rozvoji každého z nás a v získání životní duševní rovnováhy. „*Na jedné straně jsme úspěšní v ekonomické sféře, dokážeme se existenčně zabezpečit, ale na druhé straně jsme analfabety svého já, tváří tvář sami sobě jsme většinou bezradní.*“ (Prieß, 2015, s. 163) Pokud tedy nastane onen okamžik bezradnosti a syndrom vyhoření člověka postihne, je třeba si uvědomit, že „*na léčbu syndromu vyhoření neexistuje žádný recept, každá cesta k jeho vzniku i každá cesta z něj je individuální. První krok k uzdravení udělá člověk tím, že si to uvědomí.*“ (Prieß, 2015, s. 121)



## 2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Výčet sociálních služeb, které můžeme nabídnout osobám se závažným duševním onemocněním, jsou sociální poradny, sociální rehabilitace, terénní služby, sociálně-aktivizační služby, chráněná bydlení a sociálně-terapeutické dílny. (Wedlichová, 2008, s. 23)

### Sociální poradna

Sociální poradna dle zákona č. 108/2006, § 37 odstavec 3; odborné sociální poradenství, poskytuje základní a odborné poradenství pro veškeré klienty, kteří si tuto pomoc vyhledají nebo jim tuto službu nabídne sociální pracovník. Posláním této služby je nabídka odborné informace a podpora při řešení konkrétních problémů potenciálních klientů a to tak, aby bylo dosaženo zlepšení jejich sociální situace a dokázali se orientovat v sociální problematice. (Wedlichová, 2008, s. 24)

Mezi cíle této služby např. patří umožnit uživateli zorientovat se a získat přehled o možnostech využití rehabilitačních služeb všech poskytovatelů sociálních služeb v regionu, případně zprostředkovat kontakt a umožnit zapojení uživatele do vhodné služby, podporovat uživatele při uplatňování jejich práva a zájmů, udržet psychickou rovnováhu a posílit zdravou stránku uživatele, podpořit uživatele v rozšiřování jeho kontaktů se společností, rozvíjení sociálních dovedností (samostatnost, komunikace, formulace vlastních potřeb, využití zdrojů v okolí, vyplňování žádostí, komunikace s úřady apod.) nebo minimalizovat dopady tíživé (krizové) situace – ztráta bydlení, finanční krize apod. (Wedlichová, 2008, s. 24)

Mezi základní činnosti sociálního poradenství patří pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální poradenství, řešení krizových situací, emocionální podpora. (Wedlichová, 2008, s. 25)

Tyto služby jsou poskytovány formou ambulantní, kdy klient dochází do předem určeného místa, tedy do ambulance, nebo formou terénní, kdy sociální pracovník dochází za klientem do jeho přirozeného domácího prostředí. Vzhledem k tomu, že se jedná většinou o osoby sociálně vyloučené, pojmem domov si můžeme představit klienta bez domova, ale pro něj to bude přirozené domácí prostředí.

Mezi nejčastěji využívané metody při práci s klientem patří kontaktní práce, krizová intervence, case management, volnočasové aktivity, práce s rodinou, risk assessment, psychoedukace, pracovní poradenství, komunikační metody (podpora, dialog, vyjednávání, přesvědčování atd.), metody psychosociální rehabilitace (škálování potřeb, plánování, realizace a hodnocení). (Wedlichová, 2008, s. 26)

### **Centrum pro osobní rozvoj**

Centrum pro osobní rozvoj dle zákona č. 108/2006, § 70; sociální rehabilitace je specifická činnost, jejíž cílem je zmapování potřeb klienta a následné individuální plánování. Posláním této služby je nabídnout prostřednictvím skupinových nebo individuálních programů podporu klientovi při zlepšení nebo obnově sociálních dovedností a návykům potřebných k tomu, aby zavčas rozpoznal příznaky svého onemocnění a dokázal na to adekvátně reagovat a vyhledat odbornou pomoc. (Wedlichová, 2008, s. 27)

Mezi cíle této služby patří např. pomoci klientovi zmapovat své potřeby a vytvořit plán péče a konzumovat službu, která řeší jeho problém, pomoci klientovi získat dostatek informací a dovedností pro orientaci v nemoci, léčbě a předcházením relapsu, poskytnout klientovi informace a naučit potřebné dovednosti pro řešení problémů v oblastech bydlení, sociálních vztahů, partnerských vztahů, vzdělávání, využívání volného času, seberealizace, naučit klienta praktickým dovednostem pro samostatnost a soběstačnost, poskytnout informace rodinným příslušníkům a nabídnout jim možnosti, jak reagovat při zhoršení zdravotního stavu u své blízkého. (Wedlichová, 2008, s. 28)

Mezi základní činnosti sociální rehabilitace patří nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, práce s rodinou, emoční podpora, řešení krizových situací. (Wedlichová, 2008, s. 28)

Mezi nejčastěji využívané metody při kontaktu s klientem jsou kontaktní práce, krizové intervence, case management, volnočasové aktivity, práce s rodinou, risk assessment, psychoedukace, pracovní poradenství, komunikační metody (podpora, dialog, vyjednávání, přesvědčování atd.), metody psychosociální rehabilitace (škálování potřeb, plánování, realizace a hodnocení). (Wedlichová, 2008, s. 31)

### **Centrum vzdělávání a volného času**

Centrum vzdělávání a volného času dle zákona č. 108/2006, § 66; sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Tyto služby zajišťují sociálně aktivizační činnosti zahrnující volnočasové aktivity a vzdělávací aktivity. Posláním této sociální služby je nabídnout klientovi volnočasové, zájmové a vzdělávací aktivity s cílem maximálně jej podpořit při vytváření a rozvíjení sociálních vztahů, při osobním rozvoji a organizaci svého volného času. (Wedlichová, 2008, s. 32)

Mezi cíle této zmiňované služby patří udržet psychickou rovnováhu a posílit zdravou stránku občana se zdravotním handicapem, stabilizace zdravotního stavu, tzv. remise onemocnění, rozvoj psychické kondice, zachování či obnova smysluplných vztahů, sociálních rolí, kompetencí a dovedností potřebných k samostatnému životu, podpora motivace a strukturování denních činností sociálně izolovaných občanů s duševním onemocněním, smysluplné využití volného času, snaha o maximální využití funkčního potenciálu a zlepšení či udržení kvality života, rozvoj komunikačních dovedností, posilování sebevědomí a schopnosti navazovat a vstupovat do vztahů s ostatními, pomoc v návratu a uplatnění ve společnosti, prosazování práv a zájmů občanů s duševním onemocněním, navázání sociálních kontaktů a prevence sociálního vyloučení, izolace a samoty. (Wedlichové, 2008, s. 32)

Mezi základní činnosti poskytované služby patří výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, emoční podpora, řešení krizových situací, krizová intervence. (Wedlichová, 2008, s. 33)

Mezi nejčastěji využívané metody při kontaktu s klientem patří krizová intervence, case management, volnočasové aktivity, risk assessment, psychoedukace, poradenství, komunikační metody (podpora, dialog, vyjednávání, přesvědčování atd.), metody psychosociální rehabilitace (škálování potřeb, plánování, realizace a hodnocení). (Wedlichová, 2008, s. 36)

### **Byty na půl cesty**

Byty na půl cesty dle zákona č. 108/2006, § 51; chráněné bydlení umožňuje nácvik dovedností potřebné pro samostatné bydlení. (Wedlichová, 2008, s. 40)

Cílem této služby je především zajištění kontinuity péče a léčby pomoci profesionálního provázení a tím prevence relapsu, stabilizace zdravotního stavu, zachování nebo obnova smysluplných vztahů, sociálních rolí, kompetencí a dovedností potřebných k samostatnému životu, podpora motivace a strukturování denní činnosti sociálně izolovaných občanů s duševním onemocněním, podpora separačních a vývojových procesů (např. osamostatnění mladých nemocných od primární rodiny), zlepšení a udržení kvality života, v určitém časovém období zajisti klientovi s duševním onemocněním systém programů zaměřených na trénink praktických a sociálních dovedností potřebných pro samostatné bydlení ve vlastním bytě, získání komunikačních dovedností, schopnost hospodařit a nakládat s finančními prostředky, zvládat osobní hygienu a praktické dovednosti jako např. nakupování, vaření, úklid, praní apod. (Wedlichová, 2008, s. 41)

Mezi základní činnosti poskytované služby patří nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, sociální poradenství, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, krizová osobní intervence, individuální podpůrná terapie, práce s rodinou, podpora během hospitalizace. (Wedlichová, 2008, s. 42)

Nejčastěji využívané metody při kontaktu s klientem je nácvik praktických dovedností, trénink psychosociálních dovedností, kontaktní práce, krizová intervence, case management, volnočasové aktivity, práce s rodinou, risk assessment, psychoedukace, pracovní poradenství, komunikační metody (podpora, dialog, vyjednávání, přesvědčování atd.), metody psychosociální rehabilitace (škálování potřeb, plánování, realizace a hodnocení), edukace rodičů při výchově dětí, vytváření podmínek pro fungující, kvalitní vztah rodič – dítě. (Wedlichová, 2008, s. 45)

### **Multifunkční výcvikový prostor**

Multifunkční výcvikový prostor dle zákona č. 108/2006, § 67; sociálně terapeutické dílny umožňují bazální výcvikové pracovní rehabilitační programy s nabídkou širokého zaměření. Posláním této služby je získání, obnova a rozvoj pracovních a sociálních návyků nezbytných pro získání a udržení zaměstnání. (Wedlichová, 2008, s. 46)

Cílem této služby je obnovit základní pracovní dovednosti a návyky, udržet psychickou rovnováhu a posílit zdravou stránku klienta, stabilizace zdravotního stavu, rozvoj fyzické kondice, podpora, motivace a strukturování denních činností sociálně izolovaných klientů s duševním onemocněním, smysluplné využití volného času, snaha o maximální využití funkčního potenciálu a zlepšení nebo udržení kvality života, pomoc v návratu a uplatnění ve společnosti, prosazování práv a zájmů občanů s duševním onemocněním, navázání sociálních kontaktů a prevence sociálního vyloučení, izolace a samoty. (Wedlichová, 2008, s. 47)

Mezi základní činnosti poskytované služby patří především podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností, sociální poradenství, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, emoční podpora, řešení krizových situací. (Wedlichová, 2008, s. 47)

Nejčastěji využívané metody při kontaktu s klientem jsou kontaktní práce, krizová intervence, case management, volnočasové aktivity, práce s rodinou, risk assessment, psychoedukace, pracovní poradenství, komunikační metody (podpora, dialog, vyjednávání, přesvědčování atd.), metody psychosociální rehabilitace (škálování potřeb, plánování, realizace a hodnocení). (Wedlichová, 2008, s. 50)

### **Terénní služba**

Terénní služba dle zákona č. 108/2006, § 64; služby následné péče zajišťují podporu v terénu a návštěvy klientů v jejich domácím přirozeném prostředí nebo v průběhu hospitalizace za účelem zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím a dále snaha zmírnit nepříznivé důsledky onemocnění. (Wedlichová, 2008, s. 37)

Cílem této služby je zabránit relapsu onemocnění u klientů, kteří se vrátili z hospitalizace ze zdravotnického zařízení nebo jsou v péči ambulantního lékaře, pomoci jejich rodinným příslušníkům získat dostatek informací, dovedností pro rozvoj společenského soužití, podpořit a pomoci klientům, kteří prošli službou chráněného bydlení v přechodu do svého vlastního bydlení, podpořit a pomoci klientům, kteří žijí osamocně v období hospitalizace v léčebném zařízení a v návratu z ní, podpořit a pomoci klientům, kteří se ocitli v tíživé sociální nebo životní situaci a došlo u nich ke snížení schopnosti zvládat některé úkony potřebné pro samostatný život (nákup, vaření, jednání s úřady apod.). (Wedlichová, 2008, s. 37)

Mezi základní činnosti poskytované služby patří nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, podpora rodinných příslušníků, řešení krizových situací, emocionální podpora, podpůrná terapie. (Wedlichová, 2008, s. 38)

Mezi nejčastěji využívané metody při kontaktu s klientem patří nácvik praktických dovedností, case management, risk assessment, psychoedukace, poradenství, komunikační metody (podpora, dialog, vyjednávání, přesvědčování atd.), metody psychosociální rehabilitace (škálování potřeb, plánování, realizace a hodnocení). (Wedlichová, 2008, s. 40)

### **Terénní práce (multidisciplinární tým)**

Terénní práce můžeme definovat jako systematicky a komplexně fungující prvek vzájemně propojených služeb, které zajišťují veškeré možné služby pro pacienty, kteří se vyskytují v přirozeném prostředí mimo jakékoliv zdravotnické zařízení a dokážou reagovat na jejich individuální potřeby. 1. ledna 2007 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vymezuje mimo jiné tyto činnosti, které může vykonávat sociální pracovník, a to je sociální šetření, dále zabezpečuje sociální agendu, poskytuje sociálně-právní poradenství, provádí analytickou, metodickou a koncepční činnost, depistážní činnost, provádí krizovou pomoc, zajišťuje sociální rehabilitaci. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, ©2018)

Mezi tři základní paradigmatu sociální práce patří terapeutické paradigma, reformní a poradenské paradigma. Sociální sféra v širším měřítku je komplexní obor s více nevyjasněnými oblastmi zájmu a můžeme zde nalézt některá dilemata soudobé sociální práce, mezi které patří:

- formalizace a deformalizace,
- profesionalizace a deprofesionalizace,
- normativnost a nenormativnost,
- sociální pomoc a kontrola,
- polyvalence a specializace,
- sociální práce jako věda a umění.

V diplomové práci se zabýváme osobami s duševním onemocněním a jejich resocializací. Existuje spousta odborných publikací a odborných článků o duševních chorobách, proto není potřeba podrobně se zabývat psychiatrií obecně a psychiatrickými diagnózami. Následující citace nastíní zcela zřejmě oblast našeho zájmu; „*Jako psychózu označujeme také duševní onemocnění, které mění prožívání člověka k okolí a k sobě samému. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit života postiženého. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je a co není skutečnost.*“ (Praško, 2005, s. 8)

K duševně nemocnému se přistupuje nikoli jako k pasivnímu příjemci, ale jako ke kompetentní osobě s vlastními volbami, zkušenostmi a znalostmi. (Pěč a Probstová, 2009) Schizofrenie vede ke změnám osobnosti, které způsobí, že nemocný mnohdy nedokáže pokračovat v životě v souladu s očekáváním založeném na dosavadní životní dráze. (Höschl a spol., 2002) Mezi základní varovné příznaky duševní choroby, především závažné schizofrenie patří nepohoda, napětí, nervozita, nadměrné vzrušení, podrážděnost, popudlivost, uzavírání se do sebe, nesoustředivost, pocit vnitřního neklidu, smutek a deprese, beznaděj, ztráta zájmu a radosti, pocit, že druzí o vás mluví, nadměrně si vás všímají, pocit, že druzí vás zesměšňují, slyšení hlasů, zrakové přeludy, pocit, že v televizi, v novinách, rozhlase jsou náznaky, které se vás týkají, nadměrná váhavost týkající se i banalit, neobvyklé zaujetí jednou nebo dvěma věcmi, zhoršení paměti, nadměrná roztržitost, nespavost, nadměrná spavost, pocit neschopnosti, problémy s jídlem, snížení zájmu o kontakt s přáteli, nadměrné zaujetí abstraktními náboženskými tématy nebo filosofií, posmrtným životem, esoterikou. (Praško, 2005, s. 92)

Důležitou roli je vymezení kompetencí v týmu a mezioborová spolupráce. Vzniká tzv. multidisciplinární tým sloučený lidmi mnoha profesí (lékař, zdravotní sestra, psycholog, sociální pracovník, ergoterapeut). Dále je kladen důraz na způsob komunikace mezi jednotlivými členy v multidisciplinárním týmu a snahou je udržet horizontální způsob komunikace. V souvislosti s nárůstem osob s psychiatrickým onemocněním a tendence snížit počet hospitalizací ve zdravotnickém zařízení přichází ke slovu terénní péče. Vzniká velká mezera v návaznosti ústavní péče na péči v domácím prostředí. Tím pádem potřeba terénních služeb ve všech oblastech společenského života, se stává nezbytnou a nadále sílicí a potřebnou. Sféra osob, které nezbytně budou vyžadovat služby terénního typu, bude strmě vzrůstat. Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově i organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci lidem i s vážnějším

psychickým postižením žít, co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejspokojivějším způsobem. (Höschl a spol., 2002) Cílová skupina osob, která bude potřebovat tyto služby, se nebude výrazně měnit, ale bude se navyšovat, už jen z důvodu demografického vývoje. Dalším smyslem těchto služeb je i fakt, že důvěra v instituce těchto osob je minimální a s narůstající byrokracií, tito lidé nemají ani chuť se podílet na společenském životě, a především mít zájem sám o sebe a své zdraví, proto terénní pracovník bude zastávat nezastupitelnou roli, tzv. prostředníka mezi domovem a institucí. S tím souvisí i potřeba kvalifikovaných pracovníků v terénu, kde se klade důraz na vzdělávání a jejich kvalitu. Proto je důležité, aby kompetentní instituce zajistily optimální podmínky pro činnost terénních pracovníků, zajistily jim potřebné vzdělání, navýšily jejich počet a podílely se na zvýšení jejich prestiže. Mezi základní typy terénní práce patří asistenční, servisní a investigativní práce. Další rozlišení terénní práce může být vnímána jako samostatná terénní práce bez návaznosti na ambulantní službu, terénní práce jako „prodloužená ruka“ ambulantní služby anebo terénní práce jako autonomní program VEDLE ambulantní služby.

### **Terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou**

Jedná se o specifickou činnost vykonávanou v přirozeném prostředí pacienta v období dekompenzace základního onemocnění nebo při hrozícím relapsu onemocnění. Kompetentní zdravotní sestra, ve většině případech se jedná o psychiatrickou sestru, schopnou pracovat samostatně bez odborného dohledu, která si s pacientem stanoví prioritní činnosti krizového plánu. Na základě zhotovení tohoto plánu psychiatrická sestra následně provádí aktivity zaměřené na zvládnutí krize, snaží se předejít rizikovým situacím a vyhnout se přijetí pacienta do zdravotnického zařízení. Veškeré činnosti probíhají v souladu s rehabilitačním plánem, kdy je kladen důraz na techniky a dovednosti, které jsou nutné k překonání krize. Tento proces terénní krizové intervence končí zhodnocením efektu vykonané činnosti a předáním informací lékaři, který je součástí multidisciplinárního týmu. Statisticky je dokázáno, že často opakující se relapsy onemocnění vedou k častější hospitalizaci a postupné degradaci osobnosti pacientů, čímž osoba s duševním onemocněním není schopna samostatně žít v přirozeném prostředí mimo zdi nemocnic a psychiatrických léčeben a je odkázána na celoživotní pomoc druhých lidí.



## Psychosociální rehabilitace

Psychosociální rehabilitace nebo resocializace, nazývejme to jakkoliv, je nedílnou součástí komplexní péče u osob se závažným duševním onemocněním. V poslední době se jedná o jednu z priorit při léčbě psychotických onemocnění. Jsou v ní zařazeni pacienti, kteří po úspěšné akutní léčbě, kdy jsou v remisi, tudíž ve fázi nemoci, kdy aktuálně není v popředí výrazná psychotická symptomatologie. Pacient je schopný chápat onemocnění, má částečný náhled na nemoc, dokáže se o sebe postarat, ale bez odborného dohledu není schopen zvládat úkony běžné v přirozeném prostředí a pro tyto případy jsou nezbytné tyto programy, které připraví pacienty na život mimo zdi zdravotnických zařízení. Nedílnou součástí tohoto procesu jsou komunitní služby zajištěné komunitním týmem. Základními členy komunitních týmů je lékař, zdravotní sestry se specializací v psychiatrii, sociální pracovník, psycholog, peer, adiktolog.

Současný trend v psychiatrii je směřování péče do přirozeného prostředí pacienta, tzv. komunitní péče. Cílem je obnovení a rozvíjení stávajících schopností a dovedností, naučení se novým dovednostem a především úspěšným znovuzачleněním pacienta do jeho přirozeného prostředí, tzv. resocializace. I přes tento systém, který se snaží pokrýt veškeré potřeby pacienta, nejsme schopni zajistit, aby každá osoba se závažným duševním onemocněním dokázala žít a fungovat v domácím prostředí. Proto jsou tyto služby poskytovány i hospitalizovaným pacientům a služby komunitní péče využívají i během pobytu ve zdravotnickém zařízení. Již během hospitalizace je vytvořen a započat komplexní individuální plán, na kterém se aktivně podílí i sám pacient. V počátku jsou zmapovány potřeby pacienta, následně sestaven individuální resocializační plán a stanoveny strategie, jak dosáhnout vytýčených cílů. Tento proces je mimo jiné vytvářen ve spolupráci s komunitními službami. Na základě trendu, kterým se ubírá psychiatrie, jsou kladeny tlaky na vytváření komunitních týmů a nových resocializačních oddělení. S tím souvisí i vyšší nároky na personál, který přijde do kontaktu s těmito lidmi, kteří se léčí s duševním onemocněním.

### 2.1 Resocializace

Resocializace je většinou chápána jako proces „znovuzачlenění“, znovuuvedení jedince do společnosti, komplex průběžně realizovaných činností, opatření a aktivit, které jsou zamě-

řené na novou socializaci jedince. Jedná se o „*návrat ke správnému společenskému fungování*.“ (Pavlovský, 2002, s. 130) Sociologický slovník vymezuje resocializaci jako „*snahu zapojit se do života jedince, který už socializačním procesem prošel a z nějakého důvodu byl z daného společenství vyřazen*.“ (Jandourek, 2001, s. 201)

Často bývá tento pojem zmiňován i v souvislosti s jedinci propuštěnými z vazby či jinak postiženými osobami, které je nutno uvést zpět do původního prostředí, ze kterého vzešli. (Kraus, 2006) V našem případě se jedná o lidi trpící určitou formou psychiatrického onemocnění. Cílem psychiatrické resocializace (používá se také termín sociální, psychosociální či psychiatrická rehabilitace) je naučit nemocného žít s handicapem, pomocí reedukačních a readaptačních metod a postupů obnovit staré a získat nové sociální zručnosti a zlepšit tak jeho sociální fungování. Resocializace se snaží dotyčnému pomoci znovu se začlenit do původního sociálního prostředí, udržet se v něm a dosáhnout co nejvyšší kvality života. (Čaplová in Kolibáš a kol., 2007)

*„Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.“* (Anthony a kol., 2002, str. 101)

Léčba je více zaměřena na poškození (*impairment* - u psychicky nemocných jde např. o psychotické symptomy), rehabilitace se zaměřuje na postižení (*disability* - u psychicky nemocných např. na deficit sociálních dovedností). Navíc rehabilitační intervence zaměřené na změnu systému, ve kterém postižení fungují, pomáhají překonávat sociální aspekty handicapů vážně duševně nemocných. Rehabilitace tedy ovlivňuje i handicap. (Pěč, Probstová, 2009) Hranice mezi léčbou a rehabilitací či resocializací je velmi otevřená. Jejich cíle, účinné mechanismy a postupy se prolínají. (Čaplová in Kolibáš, 2007)

### **Předcházení návratu onemocnění**

Je prokázáno, že častým opakováním nemoci, tím myslíme akutní fázi psychotického onemocnění, kdy jsou především v popředí pozitivní příznaky nemoci, jako jsou bludy a halucinace, dochází k horší prognóze a snižuje se úspěšnost zařazení pacienta zpět do jeho přirozeného prostředí a tím související schopnost se sám o sebe postarat. Každé další vzplanutí nemoci je výrazným zásahem do běžného života pacienta a jeho blízkých. Proto je důležité předcházet tímto komplikacím, brzy odhalit plíživé příznaky nemoci a držet se několika zásad pro úspěšnou léčbu.

### **Užívání pravidelné medikace**

Specifické pro psychiatrické pacienty je to, že oni si nemocní nepřipadají a i po úspěšném zvládnutí akutní fáze, kdy se pacient dostane do stavu, kdy získá částečný náhled na své onemocnění, přesto u nich převládá pocit, že léky nepotřebují. Práci nejen zdravotnických pracovníků, ale i pracovníků z komunitní péče, sociálních pracovníků a ostatních je permanentní poučování a vysvětlování, proč je nutné brát trvale léky. Závažné psychiatrické diagnózy jako jsou schizofrenie, si vyžadují doživotní užívání léků, často se to přirovnává k cukrovce nebo k vysokému tlaku, kdy pacienti musí také trvale užívat léky do konce života. Trendem v psychiatrii a především v ambulantní péči je snížit dávkování léků během dne. Moderní antipsychotika mají minimální nežádoucí účinky a vysoký potenciál v úspěšnosti potlačení pozitivních příznaků u schizofrenie (bludy, halucinace). Předpokladem pravidelného užívání léků je, že jich bude co nejméně. U některých spolupracujících pacientů lze dokonce využít depotní injekci, která pokryje účinnost léků, např. po dobu 3-4 týdnů. Zásadou je brát léky pravidelně, trvale a neupravovat si dávkování a v žádném případě léky nevysazovat.

Jedna strana mince je účinnost a kvalita moderních léků a druhá strana je přístup lékaře. Je nezpochybnitelné, že úspěšnost léčby se odvíjí od vztahu mezi lékařem a pacientem. Důvěra je základní stavební kámen kvalitního života mimo zdi zdravotnického zařízení. Takovým katalyzátorem nebo můžeme říct mediátorem je sociální pracovník, který pracuje s pacientem delší dobu, již od doby, kdy je pacient hospitalizován, tudíž má pacient k sociálnímu pracovníkovi důvěru a ten může být pojítkem důvěrného vztahu s lékařem v ambulanci.

### **Dodržování správné životosprávy**

Pravidelným užíváním léku může docházet k mírnému navýšení váhy, což nemusí zákonitě souviset pouze s tím, ale po zvládnutí akutní fáze onemocnění a potlačení pozitivních příznaků převládají naopak příznaky negativní, což je nechuť k činnosti, apatie, nezáměr a z toho vyplývající stagnace a minimální snaha pacienta o fyzickou aktivitu. Nejjednodušší a zároveň nejefektivnější poučka psychiatrů zní, že nejlepší lék na depresi je pohyb. Fyzická aktivita vyplavuje hormony, které ovlivňují náladu a zasytí receptory blaženosti a pocitu odměny v mozku. Je to stejný princip jako do těla vpravené chemické substance, který tento pocit navodí, ale to už není legální a už vůbec ne zdravotně prospěšné pro tělo. Zásadou tedy je, i přes počáteční nechuť, donutit se do nějaké fyzické aktivity, jíst střídavě a zdravě

a v neposlední řadě vyvarovat se alkoholu a psychoaktivním látkám, které přispívají k opětovnému vzplanutí nemoci, a každá další epizoda zhoršuje prognózu úspěšného začlenění do společnosti a degraduje pacientovu osobnost.

### **Vyvarování se stresu**

V dnešní uspěchané době, která se zaměřuje jen na výkon, je obtížné snížit či se vyvarovat stresu. Přesto je naprosto nezbytné, aby osoby s duševním onemocněním byly vystavovány stresu co nejméně, dodržovaly pravidelný rytmus spánku a neponocovaly. Nedílnou součástí je být obklopen lidmi, kteří nám rozumějí a mají pochopení pro onemocnění, kterým lidé s duševní chorobou trpí. Léčba je dlouhodobá, a proto je nutné být trpělivý a umět si užívat každodenní radosti. I přesto dokáží osoby s duševní nemocí žít plnohodnotný a kvalitní život.

### **Rozpoznání varovných příznaků**

Úkolem pacienta, lékaře nebo sociálního pracovníka je včasné rozpoznání varovných příznaků nemoci. Vzhledem k nekritičnosti pacienta ke svému onemocnění a pracovnímu vytížení lékaře sehrává sociální pedagog zásadní roli, aby zavčas rozpoznal tyto příznaky a zajistil pacientovi odbornou pomoc. Včasným zachycením rozvoje nemoci předcházíme dalšímu dopadu, kdy pacient ztrácí kontakt s realitou a není schopen již zastávat důstojnou roli v sociálním životě.

### **Zapojení se do běžného života**

Na zapojení osob s duševním onemocněním do běžného života se podílí spousta neziskových organizací a sociálních služeb. Jedná se o sdružení nemocných se stejnou zkušeností nebo příbuzných osob postižených psychickou nemocí, kde osoby mohou sdílet a získávat podnětné zkušenosti. V těchto organizacích nebo sociálních službách mohou pacienti nalézt různé odborníky (psycholog, adiktolog, ergoterapeut, sociální pedagog aj.), kteří nabízejí pomoc ve znovuzískání schopností a dovedností žít plnohodnotný a nezávislý život. Úskalí osob s duševním onemocněním je, že je na jejich nemoc pohlíženo s obavami nebo záporně a to i přesto, že díky moderním lékům nevykazují příznaky nemoci takové, které by na ně jakýmkoli způsobem poukazovalo, prakticky na nich není nic vidět a jsou schopni se podílet

na společenském životě a normálně fungovat v jejich přirozeném prostředí. Přesto v nich převládá pocit, že jsou společností vytlačováni na okraj, nedostávají takové příležitosti jako ostatní zdraví lidé a často inklinují k alkoholu a drogám, což nese svá rizika. Společností utlačování bez dostatku příležitosti k práci vede tyto lidi k zoufalým činům, k trestné činnosti a nezřídká končí na ulici. Proto je úkolem sociálního pedagoga předejít těmto krajním, existencionálním situacím a trvale pracovat ve spolupráci s pacientem a ostatními z terapeutického týmu na tom, aby byla zachována pacientova kvalita života a byl neustále v sociálním kontaktu a nebyl vyčleňován ze společnosti.

## 2.2 Resocializační program

Jedná se o resocializační program pro osoby trpící duševním onemocněním, kteří jsou aktuálně hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení. Hlavním cílem tohoto programu je brzký a především úspěšný návrat těchto osob do jejich přirozeného prostředí, dále zvýšení kvality poskytované péče pro zmiňované pacienty, a to zkvalitněním a rozšířením terapeutických možností v rámci psychiatrické péče. Činnosti aktivity jsou zaměřeny na snadnější přizpůsobení se každodenním povinnostem po propuštění ze zdravotnického zařízení, což přispívá ke snížení opakovaných hospitalizací. Předpokladem je větší a angažovanější spoluúčast pacientů při léčbě, kdy jsou saturovány potřeby pacientů v oblastech sociálních, volnočasových, duchovních apod. Je to podstatná součást podpory seberozvoje, seberealizaci a prevence stigmatizace v psychiatrii. Resocializační program je zaměřený na obnovu a získání nových soběstačných funkcí. Veškeré aktivity prováděné v tomto resocializačním programu vedou ke zvýšení dostupnosti sociálních a komunitních služeb. Mezi konkrétní specifické cíle, kterých chceme dosáhnout, můžeme zařadit sociální, komunikační, sebeobslužné schopnosti a dovednosti, gramotnost v PC oblasti, finanční gramotnost, domácí práce apod.

Veškeré tyto činnosti u osob se závažným duševním onemocněním vedou k úspěšnějšímu zařazení zpět do normálního života a zvýší schopnost samostatného fungování v přirozeném domácím prostředí. Podstatnou součástí tohoto programu jsou koedukované edukačně-podpůrné skupiny pro pacienty aktuálně hospitalizované i extramurální, což je skupina osob s psychiatrickou diagnózou (s problematikou alkoholových a nealkoholových závislostí či škodlivého užívání, s onemocněním deprese a schizofrenie), kteří dochází ambulantně. Další

důležitou součástí je také subvence a rozšíření komplexních terapeutických služeb se zaměřením na pohybové, kulturní a volnočasové aktivity pro osoby s duševním onemocněním. Dále je kladen důraz i na to, abychom docílili užší spolupráci s regionálními organizacemi zabývajícími se sociálním poradenstvím a case managementem. Součástí jednotlivých programů je mj. také užší spolupráce s rodinami klientů.

### **Resocializační program pro osoby s duševním onemocněním**

Kritéria, která by měla osoba s duševním onemocněním splňovat, aby byla zařazena do resocializačního programu, jsou např. potíže v samostatném fungování a deficit v sociální oblasti, selhávání v přirozeném prostředí pacienta, předpoklad perspektivy samostatného či částečně samostatného bydlení a života po propuštění.

Cílem resocializačního programu je prevence relapsů, snížení hospitalizací chronických nemocných, snížení stigmatizace psychiatrie, zvýšení kvality života pro osoby s duševním onemocněním, nácvik denních činností, sociální poradenství, case management, zaměření na osobnostní rozvoj, nácvik dovedností v přirozeném sociálním prostředí, rozvoj sociálních kontaktů a rozvoj dovedností při volnočasových aktivitách.

Resocializační program by se dal charakterizovat jako aktivizačně-resocializační program sloužící k nácviku soběstačnosti a soběstačných funkcí a navázání spolupráce s regionálními organizacemi, poskytujícími sociální služby a poradenství. Úzká spolupráce s těmito sociálními organizacemi je jedním z klíčových bodů programu. V průběhu resocializačního programu dochází k navázání profesionálního vztahu mezi pacientem a terapeutem, v jehož rámci jsou co možná nejlépe plněny pacientovy potřeby a přání. Program se zaměřuje současně na kvalitu života lidí s duševním onemocněním, kteří se ocitli v ohrožení jak v oblasti duševního zdraví, tak v oblasti sociální sféry.

Cílová skupina resocializačního programu je určena primárně pro pacienty s duševním onemocněním, především schizofrenního okruhu, kteří jsou v tzv. remisi, tudíž ve stavu, kdy aktuálně nejsou přítomny typické příznaky onemocnění a komplexně nelimitují pacienta v běžných činnostech. Přesto je u nich pozorován zřejmý deficit v soběstačnosti. Jedním z předpokladů úspěšně absolvovaného resocializačního programu je namotivovanost pacientů. Mezi další skupinu osob, pro které je program vhodný, jsou osoby např. s poruchou nálad, poruchy osobnosti a osoby závislé na návykových látkách. Po dokončení resocializačního programu je nejideálnější doba na to, aby se pacient vrátil do svého přirozeného

sociálního prostředí bez zbytečného otálení, protože může opět dojít ke ztrátě již nacvičených dovedností a schopností, a dalším rizikem může být hospitalismus. Jedná se o stav, kdy se projevuje pestrá symptomatologie (letargie, apatie, nezájem, hostilita, nemožnost přirozeného potěšení se z čehokoli, nechutenství, poruchy spánku, poruchy nálady, která se vyvíjí vlivem dlouhodobého pobytu ve zdravotnickém zařízení kvůli odloučení od rodiny a vykořenění z přirozeného prostředí).

Mezi terapeutické činnosti můžeme zmínit volnočasové aktivity, výlety za účelem návštěvy sociálních organizací, nácvik soběstačnosti (finanční gramotnost, nakupování, jednání na úřadech, vaření, úklid, komunikace, ovládání el. spotřebičů aj.), procvičování kognitivních funkcí s využitím interaktivní tabule (pozornost, paměť, myšlení), pohybové aktivity v tělocvičně za účelem zlepšení fyzické kondice, relaxace (solná jeskyně), canisterapie, hipoterapie, zahradní terapie, ergoterapie, taneční terapie, práce s počítačem (sestavení životopisu, jízdní řády IDOS, hledání zaměstnání a bydlení apod.).

Forma a druh programu je individuální a odvíjí se od možnosti jednotlivých zdravotnických zařízení. Nejčastěji se jedná o koedukované edukačně-podpůrné skupiny hospitalizovaných pacientů, doléčovací skupiny, rehabilitace a v neposlední řadě o spolupráci s extramurálními spolupracovníky převážně ze sociální sféry.

Úzká spolupráce se sociálními službami a neziskovými organizacemi nabízí spoustu služeb pro osoby, které prošly resocializačním programem. Namátkou můžeme zmínit např. bezplatné sociální a psychologické poradenství, pomoc při hledání zaměstnání a bydlení, řešení dluhů, finančních potíží, podpora samostatného bydlení, terénní služby (doprovod na úřady apod.), nabídka denních center, jazykové a PC kurzy, linka důvěry, peer konzultant, informace o sociálních dávkách, důchodech, příspěvcích, online poradenství, vzdělávací kurzy a volnočasové aktivity. (Psychiatrická léčebna Šternberk, © 2018)

Pokud zmíním domovské pracoviště, tudíž Psychiatrickou léčebnu ve Šternberku, tak po dobu trvání resocializačního programu se podařilo navázat spolupráci s několika sociálními organizacemi a rozšířit partnerskou síť i za hranice regionu. Do dnešního dne úzce spolupracujeme se zástupci těchto organizací:

- Mana, o.p.s. Olomouc;
- Charita Olomouc;
- Kolumbus, z.s.;
- Poradna pro občanství/Občanská a lidská práva, Šternberk;

- InternetPoradna.cz;
- VIDA z.s. z Jeseníku;
- Zahrada 2000 o.s.;
- Společnost Podané ruce Olomouc.

Nejčastěji účastníci programu využívají spolupráci k řešení dluhové problematiky, zajišťování bydlení a práce, řešení problematiky v sociální oblasti. Postupně se více rozvíjí terénní služby, které jsou pacientům poskytovány přímo v léčebně nebo po propuštění v jejich přirozeném prostředí. Spolupráce je efektivnější za předpokladu, že mezi pacientem a sociálním pracovníkem vznikne bližší vztah. Pacient získá důvěru a pak může být podporován a motivován k postupnému zvládnání nároků každodenního života. V případě zhoršení zdravotního stavu pacienta je potom i větší šance, že mu bude potřebná péče poskytnuta dříve a stav bude možné zvládnout v ambulantní péči, namísto delší a nákladnější hospitalizace.

### 2.3 Psychiatrická léčebna ve Šternberku

Lůžková část psychiatrické léčebny ve Šternberku se skládá z osmi primariátů, které jsou rozděleny na mužská a ženská oddělení, uzavřená a otevřená oddělení a dále dle věku pacientů (pedopsychiatrie, gerontopsychiatrie apod.). Součástí zdravotnického zařízení je i psychiatrická, chirurgická, ortopedická, interní, neurologická, kožní, otorinolaryngologická a oční ambulance.

Nedílnou součástí zdravotnického komplexu léčebny se stala klinická psychologie, která prošla nedávno rozsáhlou rekonstrukcí. Přestěhovala se do nových prostor, kde mají důstojné zázemí kliničtí psychologové, a je zde naprosto optimální psychoterapeutické prostředí pro pacienty. Služeb psychocentra nevyužívají jen hospitalizovaní pacienti, ale i propuštění pacienti, kteří docházejí ambulantně do psychoterapeutických skupin, kde se jim odborně věnují. Tyto skupiny jsou rozděleny podle typů diagnóz duševních onemocnění klientů, kteří jsou tímto onemocněním poznamenáni. Tým tvoří třináct klinických psychologů, kteří se mimo jiné zabývají psychoterapií individuální a skupinovou.

Pracovní náplní psychologů je rovněž i komunitní péče. Na každém primariátu, na každém oddělení léčebny poskytují kliničtí psychologové psychoterapii a psychodiagnostiku. Na vybraných akutnějších odděleních a odděleních, kde je nezbytnou součástí psychoterapie, je zastoupení psychologů ve větším měřítku. Dále se v areálu nachází zrekonstruované prostory



rehabilitace s komplexní nabídkou rehabilitačních služeb nejen pro hospitalizované pacienty, ale i pro ostatní klientelu a oddělení klinické biochemie. Psychiatrická léčebna se neobejde bez technického zázemí a provoz prádelny, kuchyně apod. zajišťuje komfort jak pro pacienty, tak zaměstnance léčebny. Pro věřící pacienty byla zbudována kaple, zasvěcená sv. Janu z Boha, požehnána roku 2012 Mons. Janem Graubnerem. (Čápková a kol, 2016, s. 3)

### **Charakteristika oddělení**

Psychiatrická léčebna ve Šternberku skýtá celkem osm primariátů, ty jsou dále rozděleny do devatenácti lůžkových oddělení podle specifikace onemocnění. Součástí léčebny jsou všechny možné typy oddělení, a to uzavřená, polouzavřená a otevřená. Další dělení je podle pohlaví, věku a trendem posledních let je vybudování dvou oddělení, která jsou koedukovaná. Umožnění vybudování tohoto typu oddělení je přinejmenším diskutabilní, obzvláště v takovém odvětví jako je psychiatrie. Správné fungování tohoto typu oddělení klade vysoké nároky na personál a v neposlední radě s citem vybrané spektrum pacientů, kteří jsou vhodní pro tento typ oddělení a jsou schopní zvládnout hospitalizaci v tomto režimu. Průběžná délka hospitalizace v léčebnách bývá zpravidla měsíce až roky, oproti psychiatrickým klinikám, kde hospitalizace trvá průměrně měsíc. (Orel a kol. 2012., s. 18)

### **Psychiatrická uzavřená oddělení**

Podle předpokladů je nejčastěji přijímáno na oddělení pro zvládnání převážně akutních stavů celého spektra psychiatrických diagnóz. Mužský primariát je složen ze dvou oddělení. Jedno je určené pro těžké dekompenzované stavy u osob s psychózou schizofrenního okruhu doprovázené verbální a především brachiální agresí, dále stavy spojené se zneužíváním psychoaktivních látek, odvykací stavy, těžké formy mentálních retardací a suicidální pokusy. Jedná se o uzavřené oddělení s tím, že po zvládnutí akutní fáze onemocnění se může pacientům postupně uvolňovat režim a může následovat překlad na druhé, lehčí oddělení, které je zaměřené více pro pacienty s depresemi, úzkostmi a pro osoby s kompenzovanou schizofrenií, kteří ještě zvládají sociálně fungovat na otevřeném oddělení, a především ve svém přirozeném sociálním prostředí. Tento model je však rámcový a vždy se odvíjí od zdravotního stavu pacienta a je nutné přistupovat individuálně (uvolňovat režim přes vycházky řešené doprovodem personálu, dále potom v doprovodu příbuzného, až po samostatné vycházky).

Ženský primariát se skládá ze tří oddělení. Analogicky je to podobné jako u mužského primariátu. Jediný rozdíl je v tom, že lehčí, doléčovací oddělení je ještě rozděleno na dvě oddělení, což zajišťuje větší komfort pro pacienty i personál, a především selektuje osoby s rozdílnými psychiatrickými diagnózami. Výčet jednotlivých diagnóz, které se můžou léčit na těchto odděleních, jsou akutní a chronické formy psychotických onemocnění schizofrenního okruhu, poruchy nálady, poruchy osobnosti, poruchy přizpůsobení, poruchy chování, odvykací stavy, mentální retardace, syndromy demence, poúrazové stavy.

Specifikem obou oddělení je, že zde může být realizována ústavní ochranná léčba nařízená soudem. Komplexní psychiatrická péče se opírá o moderní, účelnou a individuálně zaměřenou psychofarmakoterapii, která vychází z aktuálních vědeckých poznatků v oboru psychiatrie a je ověřena klinickou praxí. Léčba je prováděna moderními psychofarmaky poslední generace s minimem nežádoucích účinků. Nezbytnou součástí léčby jsou skupinové a individuální psychoterapie prováděné psychologem. Dalším stavebním prvkem léčebného programu je také pracovní terapie uskutečňovaná na oddělení, která je v kompetenci ergoterapeuta, a v centrálních dílnách, podle zdravotního stavu i rehabilitační terapie. Délka pobytu je individuální a odvíjí se od zdravotního stavu pacienta. Může se jednat o krátkodobé, ale i dlouhodobé hospitalizace. V prostorách ženského oddělení se nachází specializovaná místnost pro elektrokonvulzivní terapii. I přes negativní propagaci tohoto zcela efektivního léčebného postupu má tato terapie zcela 100% úspěšnost. Kapacita oddělení pro ženské pacienty je 78 a oddělení pro muže skýtá rovněž 78 míst. Převážná část těchto oddělení má bezbariérový přístup. (Čápková a kol, 2016, s. 22)

### **Psychosomatická a psychoterapeutická oddělení**

Pro léčbu úzkostných, úzkostně-depresivních poruch a reakcí na stresové události je k dispozici psychoterapeutické oddělení. Léčebný plán je orientovaný na podporu vnitřních sil a duševních rezerv pacientů, na sebepoznání, na podporu v efektivní komunikaci, na navazování, zlepšování a utužování vztahů s druhými lidmi a v neposlední řadě i na zdravý životní styl a vhodné dietní návyky. Součástí léčby jsou arteterapie, léčba pohybem, jóga a rehabilitační procedury. Oddělení jsou koedukovaná s volným režimem. Oddělení disponuje 38 lůžky a je zde bezbariérový přístup. (Čápková a kol, 2016, s. 24)

Za zmínku stojí upozornit na již tradiční konferenci, která se zabývá psychosomatikou, jejíž věhlas přesahuje hranice regionu. Letos se pořádá pátý ročník a opět nebudou chybět osobnosti napříč lékařskými odbornostmi.

### **Gerontopsychiatrická oddělení**

Gerontopsychiatrická oddělení poskytují komplexní péči pro osoby starší 65 let s různými psychiatrickými diagnózami, a to jsou demence, schizofrenie, bipolární afektivní poruchy, deprese, mentální retardace.

Tato oddělení zastupují největší počet lůžek v psychiatrické léčebně. Veškeré volnočasové aktivity pro pacienty jsou realizovány na jednotlivých odděleních a jsou v kompetenci sester a ergoterapeutů. Dělíme gerontopsychiatrii na ženská a mužská oddělení. Zohledňuje se zdravotní stav, kondice pacientů a dle toho jsou umístováni na jednotlivá oddělení, chodící pacienti jsou hospitalizováni v přízemí s návazností na zahradu, aby byl využit jejich fyzický fond a nestrádali nedostatkem vyžití. Je zde poskytována psychiatrická, somatická, psychologická a rehabilitační péče.

Ženský primariát disponuje 79 lůžky a oddělení mají zcela bezbariérový přístup. Mužský gerontopsychiatrický primariát poskytuje obdobnou péči stejně jako na ženském primariátu. Toto oddělení disponuje 65 mužskými místy s bezbariérovým přístupem. Koedukované gerontopsychiatrické oddělení je především určeno osobám s převahou somatických obtíží, psychiatrické problémy jsou zastoupeny v menší míře. Oddělení má k dispozici 33 lůžek a přístup je bezbariérový. (Čápková a kol, 2016, s. 25)

### **Interní psychiatrické oddělení následné péče**

Tento typ oddělení je cílen pro osoby se zhoršenou interní problematikou, které nelze umístit na standardní interní, psychiatrické nebo rehabilitační oddělení. Jsou zde směřováni pacienti jak z ostatních oddělení v rámci psychiatrické léčebny, tak i z ostatních zdravotnických zařízení. Na komplexním léčebném programu participuje psycholog, rehabilitační pracovník, dietolog a nutriční specialista. Kapacita tohoto oddělení je 30 lůžek a samozřejmostí je bezbariérový přístup. (Čápková a kol, 2016, s. 25)

### 2.3.1 Ukázka resocializačního programu START v Psychiatrické léčebně Šternberk

Podrobný týdenní resocializační program pro osoby s duševním onemocněním, který je dostupný v Psychiatrické léčebně ve Šternberku, je k nahlédnutí v příloze č. 1.

#### Časový rámec programu:

- délka trvání resocializačního programu: 4 týdny,
- docházka: pondělí až pátek, 3 hod. dopoledne, 2 hod. odpoledne,
- po skončení programu: 15:00 – 17:00 (volitelný program),
- počet klientů zapojených do programu: 12,
- rozdělení do dvou skupin po šesti (koedukované),
- společné aktivity,
- preference individuálního přístupu ke klientovi,
- možnost pracovat se všemi klienty v rámci jedné psychoterapeutické skupiny.

Terapeutický tým je tvořen psychiatrem, psychologem, ergoterapeutem, režimovým terapeutem, terapeutem volnočasových aktivit, fyzioterapeutem, sociálním pracovníkem a nutričním terapeutem. Smysl a význam resocializačního programu je získat co nejvíce poznatků o této problematice, řídit se těmito poznatky v praxi, předcházet relapsům, závčas vyhodnotit počáteční příznaky onemocnění a vyhledat odbornou pomoc a orientovat se v řešení krizových situací.

#### Všeobecné podmínky programu:

- pacient způsobilý po psychické a somatické stránce pro vstup do programu,
- vstupní a výstupní dotazníkové šetření,
- kapacita programu je osm až deset pacientů,
- doba trvání programu jsou čtyři týdny,
- docházka od pondělí do pátku,
- dopolední program (8:30 – 11:30),

- Odpolední program (13:00 – 15:00),
- Koedukované skupiny (ohleduplnost, respekt, zlepšení v interpersonální oblasti),
- Závěrečné zprávy hodnotící průběh programu. (Psychiatrická léčebna Šternberk, © 2018)

Předposlední den resocializačního programu, který je standardně měsíc dlouhý, se koná celodenní výlet do Olomouce za účelem navštívit sociální služby, chráněné bydlení, chráněné dílny apod. Pacienti mají možnost osobně poznat zázemí jednotlivých sociálních organizací. Poslední den měsíčního programu následuje celkové hodnocení, vyplnění dotazníků a porovnávání s dotazníkem, který byl vyplněn při nástupu do programu, zda došlo k nějakému posunu v oblasti sociálních dovedností u osob, které prošly tímto programem.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 VÝZKUM

V praktické části diplomové práce se budeme zabývat kvalitou života a jejím vnímáním osobami s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program. Pojem kvalita života zahrnuje velké množství oblastí (např. práce, zdraví, rodina, zájmy, finanční prostředky apod.). Vzhledem k širokému záběru tohoto pojmu se budeme zabývat jen několika oblastmi, a to těmi, které mohou být ovlivněny absolvováním resocializačního programu. Těmito oblastmi je např. spokojenost s množstvím finančních prostředků, s přístupem k informacím, spokojenost s nabídkou pomoci odborníků, se zdravím a celkovým přístupem k životu nebo prokázání faktu, že po absolvování resocializačního programu došlo k prokazatelnému posunu v oblasti sociálních dovedností.

#### 3.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je prokázání faktu, že absolvování resocializačního programu má pozitivní vliv na kvalitu života osob s duševním onemocněním. K dosažení cíle šetření byly stanoveny dílčí cíle, *a to zjistit, zda osoby s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program:*

- vnímají nabídku služeb v tomto programu jako dostatečnou,
- jsou spokojeni se svým zdravím,
- vnímají nabídnutou pomoc jako dostatečnou,
- vykazují lepší sociální dovednosti a schopnosti,
- využívají sociálních služeb,
- dokáží rozpoznat příznaky své nemoci,
- vnímají zkreslený pohled ostatních na svou osobu z důvodu duševního onemocnění.

#### Výzkumné předpoklady

- více jak 50 % dotazovaných bude využívat sociální služby,
- více jak 50 % dotazovaných bude mít přístup k informacím, které potřebuje pro svůj každodenní život,
- méně jak 50 % dotazovaných bude hodnotit kvalitu svého života jako „spokojen“,
- méně jak 50 % dotazovaných dokáže rozpoznat prvotní příznaky nemoci.

### Metody získávání dat

Výzkumná data jsme získali pomocí dotazníkového šetření. Dotazník můžeme charakterizovat jako soustavu připravených a pečlivě formulovaných otázek, na které dotazovaná osoba (respondent) písemně odpovídá. (Chráska, 2016, s. 163) Dle toho, jakým způsobem má respondent odpovědět, lze jednotlivé otázky (položky) rozdělit na otevřené a uzavřené. V našem dotazníku jsme použili položky otevřené (tzv. nestrukturované), u kterých si respondent odpověď sám vytváří. Otevřené otázky nechávají respondentovi prostor vyjádřit svůj názor a pocit, ale jsou časově náročnější na zpracování. V dotazníku jsme použili také položky uzavřené (strukturované), u kterých respondent určitým způsobem manipuluje s navrženými odpověďmi. V těchto položkách se respondentům předkládá určitý počet předem připravených odpovědí. Výhodou těchto položek je poměrně jednoduché vyhodnocení odpovědí. Podle počtu odpovědí jsme použili položky dichotomické (možnost odpovědi ano – ne) a polytomické (možnost výběru z více odpovědí). U některých polytomických položek s výběrem odpovědí byla použita i tzv. polouzavřená položka, tj. položka, u které je možnost výběru z daných odpovědí, a v případě, že si respondent nezvolí z daných možností, může zvolit nabídku „jiná odpověď“. Tímto se můžeme vyhnout tomu, že nevedeme některou možnou odpověď. (Chráska, 2016, s. 166)

### 3.2 Charakteristika výzkumného vzorku a realizace výzkumného šetření

Samotné dotazníkové šetření proběhlo od listopadu 2017 do ledna 2018. Respondenti byly osoby s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program v Psychiatrické léčebně ve Šternberku. Respondenti byli osloveni buď přímo v rámci hospitalizace v Psychiatrické léčebně při jejich ambulantních návštěvách, nebo po ukončení hospitalizace prostřednictvím navazujících služeb (např. Charita Olomouc, Charita Šternberk, Mana, o.p.s.). Celkově bylo dotazníkem osloveno 100 respondentů, návratnost dotazníků byla 100%. Ze strany pracovníků jednotlivých organizací byla respondentům nabídnuta pomoc a asistence při vyplňování dotazníků, kterou většina respondentů využila. Výpomoc při vyplňování dotazníků byla nutná, protože nároky na získání dat přesahovalo jejich možné limity. Abychom dostali kvalitní a především validní data od výzkumného vzorku, což byli psychiatričtí pacienti, a jejich psychický stav neumožňoval, aby samostatně a hlavně kvalitativně vyplnili



dotazníky, kdy je nejvíce limitovalo jejich nesouvislé a zabíhavé myšlení ovlivněné psychotickým procesem. Před dotazníkovým šetřením byl vypracován pilotní dotazník, který byl vyzkoušen na vybraném vzorku respondentů. Po jeho vyhodnocení došlo k úpravě některých otázek a poté byl dotazník distribuován.

V průběhu února 2018 až března 2018 proběhlo vyhodnocení dotazníků a analýza dat výzkumného šetření.

V úvodu dotazníku byli respondenti stručně seznámeni s účelem vyplnění dotazníku. Dotazník obsahoval 40 otázek, v jeho úvodu byly položeny otázky týkajícími se samotné charakteristiky respondentů (pohlaví, věk, vzdělání). V další části dotazníku byly formulovány otázky týkající se práce, bydlení, využívání sociálních služeb, informovanosti respondentů, finančních prostředků. Následovala část zabývající se otázkami týkajícími se resocializačního programu, sociálních schopností a dovedností, kvality života a vnímání své nemoci respondenty.

### 3.2.1 Přehled vyzkoumaných dat

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány pomocí tzv. třídění. Tříděním zjišťujeme, kolik respondentů má společný buď jeden, nebo dva případně více znaků. Jestliže zjišťujeme, kolik respondentů má jeden společný znak, jedná se o třídění prvního stupně, pokud zjišťujeme, kolik respondentů má shodné dva znaky, jde o třídění druhého stupně. (Chráška, 2016, s. 177)

Data vyhodnocená tříděním prvního stupně byla vyhodnocena čárkovací metodou a zaznamenána do tabulek četností. V tabulce četností jsou uvedeny tzv. absolutní četnosti, tj. výskyt jednotlivého jevu a také relativní četnosti vyjádřené v procentech. Relativní četnost je podíl četnosti absolutní a celkové četnosti. (Chráška, 2016, s. 40-41) Zároveň jsou data zpracována graficky pomocí výsečových grafů.

Dále byla vybraná data vyhodnocena tříděním druhého stupně, a to pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.

Před zahájením testování je nutné nejprve formulovat věcnou hypotézu – předpoklad o vztahu mezi zkoumanými jevy (tzv. proměnnými). Samotnou věcnou hypotézu nelze ověřovat pomocí statistických metod, proto se převádí na tzv. statistickou hypotézu. Statistická

hypotéza vyjadřuje vztah mezi jevy prostřednictvím statistických termínů. Statistickou hypotézu (označenou jako  $H_A$ ) neověřujeme samu o sobě, ale vždy proti jiném tvrzení – nejčastěji tzv. nulové hypotéze. Nulovou hypotézu (označená jako  $H_0$ ) můžeme popsat jako domněnku, která tvrdí, že mezi zkoumanými proměnnými není vztah. (Chráška, 2016, s. 69)

Test nezávislosti pro chí-kvadrát je statistický test významnosti, kterým rozhodujeme, zda existuje souvislost (závislost, vztah) mezi dvěma jevy. Výsledky získané dotazníkovým šetřením se zapisují do tzv. kontingenční tabulky (někdy označované jako „tabulka se dvěma vstupy“). Do tabulky se uvádí četnosti odpovědí respondentů na jednu otázku a zároveň tito respondenti určitým způsobem odpověděli na druhou otázku. Dále se vpravo od tabulky a pod tabulku zapisují tzv. marginální (okrajové) četnosti, tj. součty četností v řádcích a sloupcích. (Chráška, 2016, s. 77)

Pro testování je nutné vypočítat pro každé pole kontingenční tabulky tzv. očekávanou četnost. Očekávaná četnost je četnost „teoretická“, která by odpovídala nulové hypotéze. Očekávanou četnost se pro příslušné pole kontingenční tabulky vypočítáme tak, že vynásobíme odpovídající marginální četnosti příslušného pole v tabulce a tento součin vydělíme celkovou četností. Očekávaná četnosti se značí písmenem  $O$  a zapisuje do závorky za pozorovanou četnost, označenou písmenem  $P$ . Testové kritérium  $\chi^2$  se vypočítá jako součet všech

vypočítaných hodnot  $\frac{(P - O)^2}{O}$  pro každé pole kontingenční tabulky, a to podle vzorce

$$\chi^2 = \frac{(P - O)^2}{O}.$$

Vypočítané testové kritérium  $\chi^2$  se srovnává s kritickou hodnotou testového kritéria  $\chi^2$  pro určitý počet stupňů volnosti a zvolenou hladinu významnosti, které najdeme ve statistických tabulkách. (Chráška, 2016, s. 77-78) Hladina významnosti je pravděpodobnost, že nesprávně odmítneme nulovou hypotézu. Nejčastěji se používá hladina významnosti 0,05 (5%) nebo 0,01 (1%). Počet stupňů volnosti je počet řádků tabulky, který je teoreticky možno určit libovolnou hodnotu a přitom dodržet stanovený sloupcový počet. Vzorec pro výpočet stupňů volnosti je  $f = (r - 1) \times (s - 1)$ .

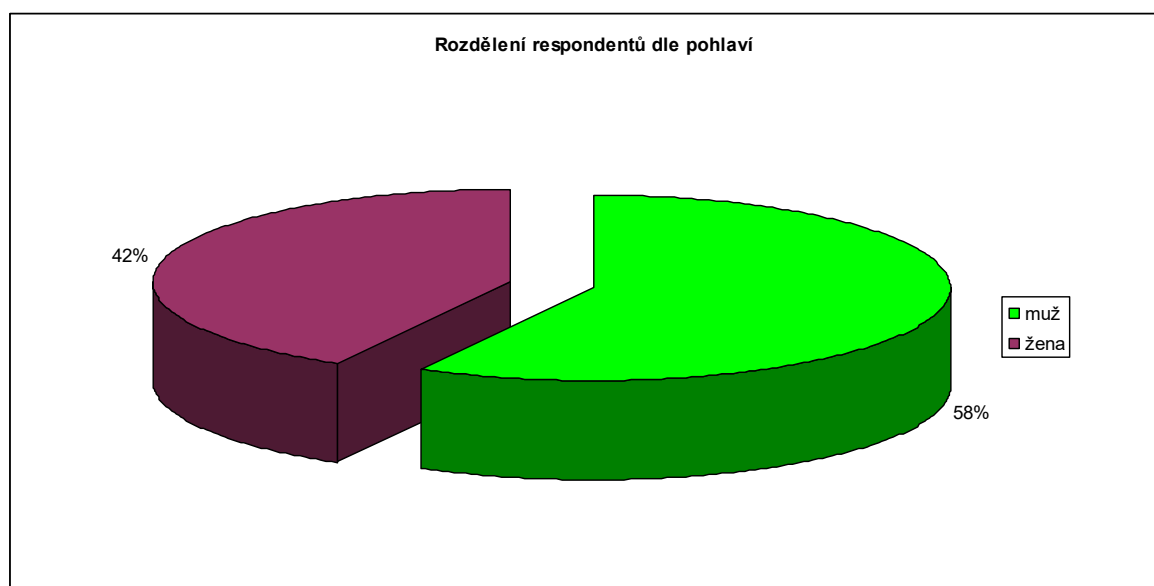
Pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria  $\chi^2$  menší než kritická hodnota  $\chi^2$ , přijímáme (nelze odmítnout) nulovou hypotézu. Naopak pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria  $\chi^2$  stejná nebo vyšší než kritická hodnota testového kritéria  $\chi^2$ , přijímáme alternativní hypotézu. (Chráška, 2016, s. 72-73)

**Třídění prvního stupně****Vyhodnocení otázky č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?**

Tabulka č. 1

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
muž	58	58
žena	42	42
$\Sigma$	100	100

Graf č. 1



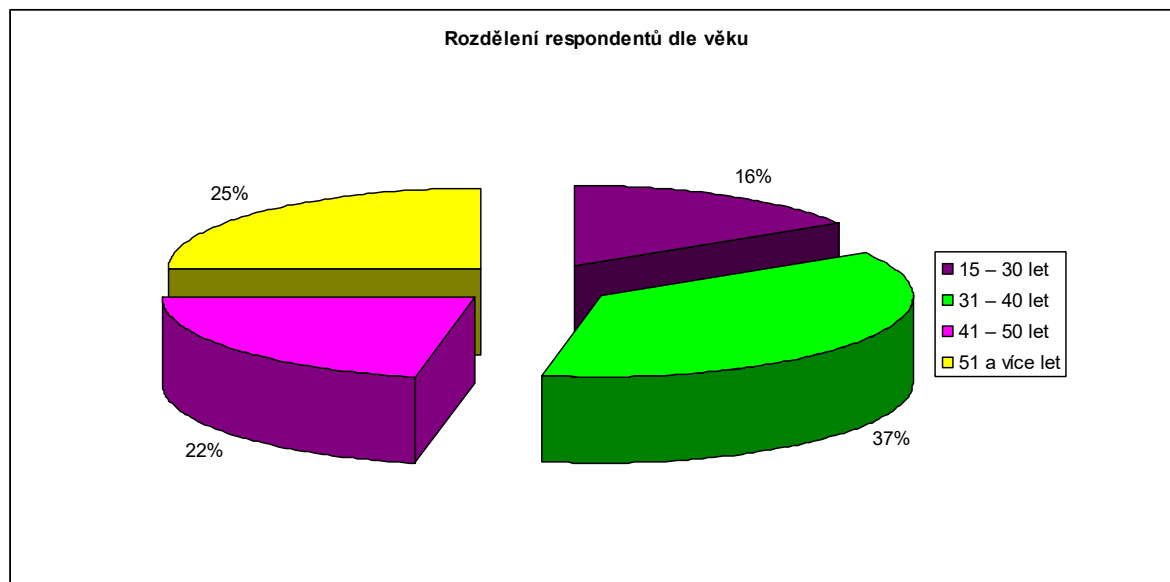
Vyhodnocením odpovědí na otázku č. 1 bylo zjištěno, že ze 100 respondentů bylo 58 respondentů mužů (58 %) a 42 respondentů žen (42 %).

**Vyhodnocení otázky č. 2: Kolik je Vám let?**

Tabulka č. 2

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
15 – 30 let	16	16
31 – 40 let	37	37
41 – 50 let	22	22
51 a více let	25	25
$\Sigma$	100	100

Graf č. 2



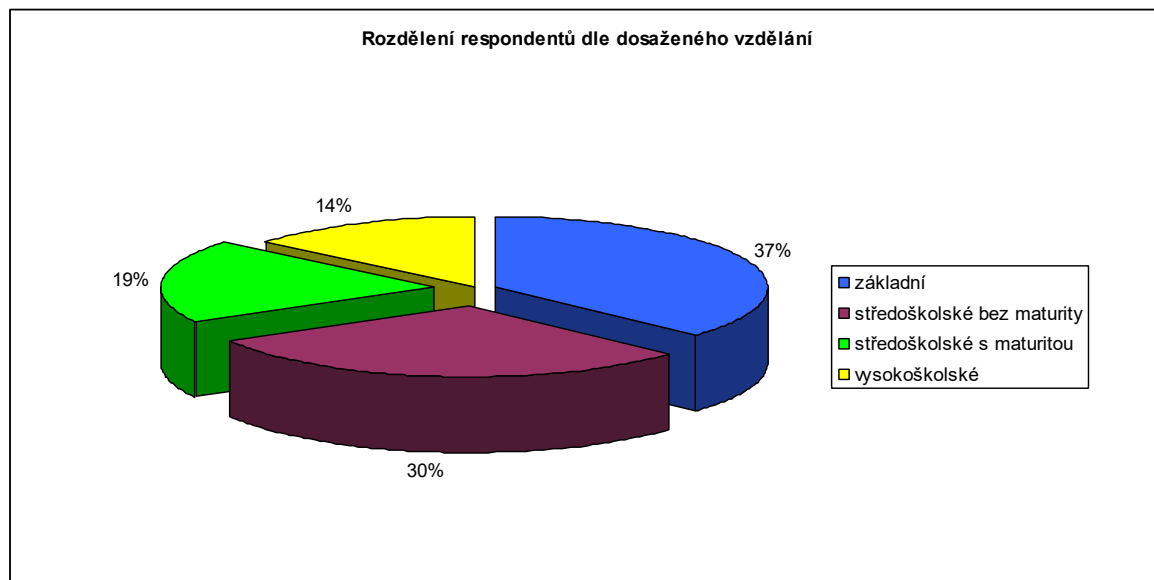
Co se týká rozdělení respondentů dle věku, nejvíce jich bylo zastoupeno v kategorii 31 – 40 let, a to 37 osob (37 % z celkového počtu respondentů), následovala kategorie 51 a více let v počtu 25 osob (25 %), kategorie 41 – 50 let s 22 respondenty (22 %) a kategorie 15 – 30 let s 16 respondenty (16 % z celkového počtu respondentů).

**Vyhodnocení otázky č. 3: Vaše maximální dosažené vzdělání?**

Tabulka č. 3

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
základní	37	37
středoškolské bez maturity	30	30
středoškolské s maturitou	19	19
vysokoškolské	14	14
$\Sigma$	100	100

Graf č. 3



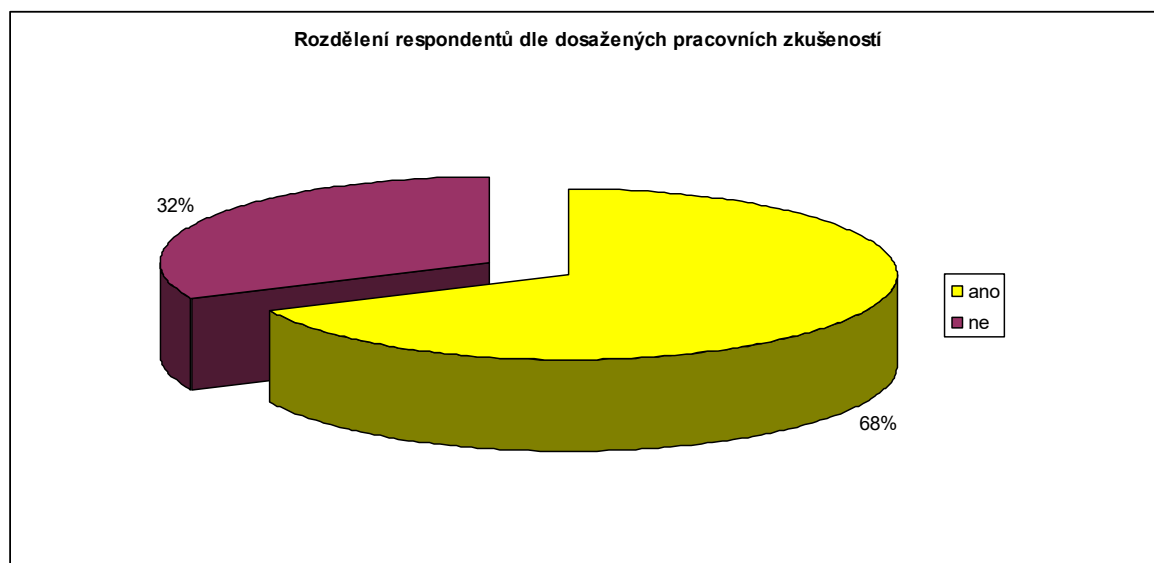
Nejvíce byli zastoupeni respondenti se základním vzděláním 37 osob (37 %), dále následovali respondenti se středoškolským vzděláním bez maturity 30 osob (30 %), 19 osob se středoškolským vzděláním s maturitou (19 %) a 14 osob s vysokoškolským vzděláním (14 % z celkového počtu respondentů).

**Vyhodnocení otázky č. 4: Máte nějaké pracovní zkušenosti?**

Tabulka č. 4

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	68	68
ne	32	32
$\Sigma$	100	100

Graf č. 4



Z grafu č. 4 vyplývá, že většina respondentů, a to 68 (68 %) má nějaké pracovní zkušenosti, 32 respondentů (32 % z celkového počtu) uvedlo, že pracovní zkušenosti nemá.

**Vyhodnocení otázky č. 5: Pokud ano, tak jaké?**

Z konkrétních pracovních zkušeností nejčastěji respondenti uváděli pomocné práce (8 respondentů), dělník ve výrobě (8 respondentů), práce v zemědělství (7 respondentů), kuchař (4 respondenti), práce v administrativě (4 respondenti). Mezi respondenty se objevili také

lidé, kteří pracovali jako učitelé (učitelka v mateřské škole, mistr odborného výcviku, profesor na vysoké škole) nebo ve zdravotnické sféře (3 respondenti byli lékaři, 2 respondenty zdravotní sestry). Někteří respondenti uvedli více povolání (např. dříve pracovali v administrativě, později prováděli pomocné práce apod.).

### Vyhodnocení otázky č. 6: Je Pro Vás důležité být zapojen do pracovního procesu?

Tabulka č. 5

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	57	57
ne	43	43
$\Sigma$	100	100

Graf č. 5



Co se týká vnímání důležitosti zapojení se do pracovního procesu, tak 57 respondentů (57 %) uvedlo, že je pro ně důležité být zapojení do pracovního procesu. Jako nejčastější důvody důležitosti zapojení se do pracovního procesu uvedli peníze (25 respondentů), další důvody byly např. kontakt s lidmi, začlenění do společnosti, minimalizace pocitu zbytečnosti. Jeden z respondentů jako důvod důležitosti zapojení do pracovního procesu uvedl, „*abych nezblbnul*



a nechlastal“. Zbytek respondentů, a to 43 (43 %) uvedlo, že pro ně není důležité být zapojen do pracovního procesu. Nejčastější důvody byly, že pobírají dávky a přišli by o ně, dostatečná výše současného příjmu, ale také že je práce nebaví, chtějí mít klid nebo mají obavy, že by je nikde nezaměstnali.

### Vyhodnocení otázky č. 7: Jste dostatečně informován/a o pracovních příležitostech ve Vašem okolí?

Tabulka č. 6

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	55	55
ne	45	45
$\Sigma$	100	100

Graf č. 6



Na otázku, zda jsou respondenti dostatečně informováni o pracovních příležitostech, odpovědělo 55 respondentů (55 %), že jsou dostatečně informováni, 45 respondentů (45 %) uvedlo, že nejsou dostatečně informováni o pracovních příležitostech.

**Vyhodnocení otázky č. 8: Pokud ano, jakým způsobem?**

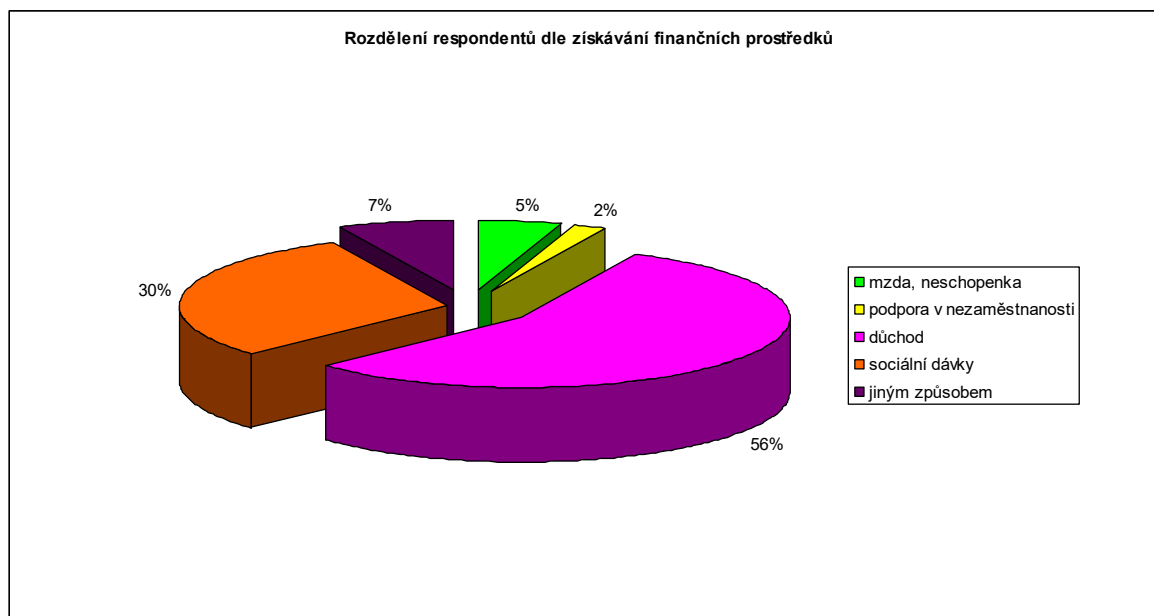
Otázka č. 8 navazuje na předchozí otázku s cílem zjistit, jakým způsobem jsou respondenti nejčastěji informováni o pracovních příležitostech. Nejčastěji respondenti uváděli jako zdroj informací internet (28 respondentů), následovali přátelé (17 respondentů), rodina (16 respondentů), úřady (8 respondentů), sociální pracovník (6 respondentů), noviny (5 respondentů).

**Vyhodnocení otázky č. 9: Jakým způsobem získáváte finanční prostředky?**

Tabulka č. 7

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
mzda, nemocenská	5	5
podpora v nezaměstnanosti	2	2
důchod	56	56
sociální dávky	30	30
jiným způsobem	7	7
$\Sigma$	100	100

Graf č. 7



Co se týká získávání finančních prostředků, tak z grafu č. 7 vyplývá, že více než polovina respondentů pobírá důchod (ať už starobní či invalidní), a to 56 respondentů (56 % z celkového počtu). Asi třetina respondentů, a to 30 (30 %) pobírá sociální dávky (příspěvek na bydlení, příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení případně mimořádná okamžitá pomoc). Pouhých 5 respondentů (5 %) uvedlo, že pobírají mzdu (případně nemocenskou) a 2 respondenti (2 %) podporu v nezaměstnanosti. Zbýlých 7 respondentů (7 %) uvedlo, že finanční prostředky získává jiným způsobem. Konkrétně uváděli, brigády, práci „na černo“, žebrání, krádeže, prodej věcí v zastavárně, automaty, půjčky. Všechny 7 respondentů uvedlo více způsobů získávání finančních prostředků.

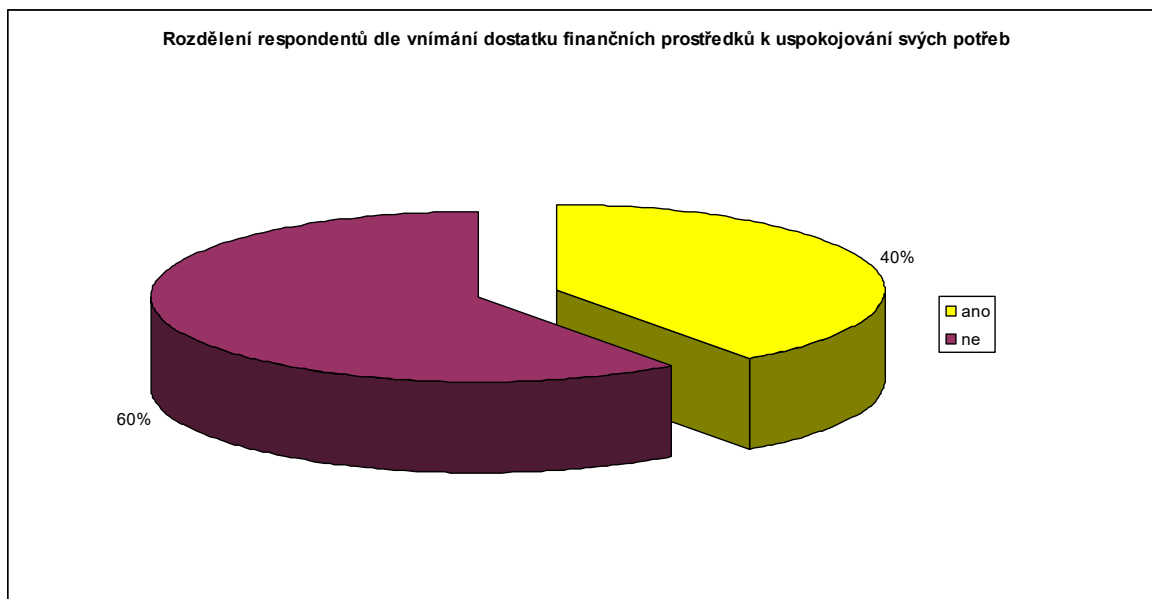
### Vyhodnocení otázky č. 10: Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb?

Tabulka č. 8

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	40	40
ne	60	60

$\Sigma$	100	100
----------	-----	-----

Graf č. 8



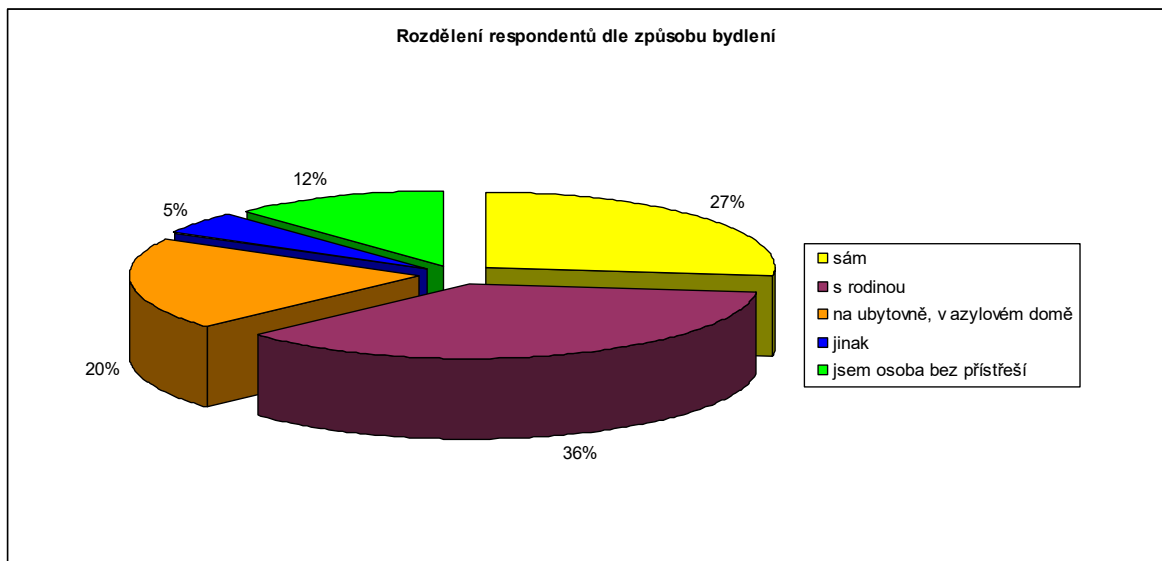
Z grafu č. 8 můžeme zjistit, že většina respondentů, a to 60 (60 %) nemá dostatek peněz k uspokojování svých potřeb. Zbýlých 40 respondentů (40 %) vnímá své finanční prostředky jako dostatečné k uspokojování svých potřeb.

### Vyhodnocení otázky č. 11: Kde v současné době bydlíte?

Tabulka č. 9

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
sám	27	27
s rodinou	36	36
na ubytovně, v azylovém domě	20	20
jinak	5	5
jsem osoba bez přístřeší	12	12
$\Sigma$	100	100

Graf č. 9



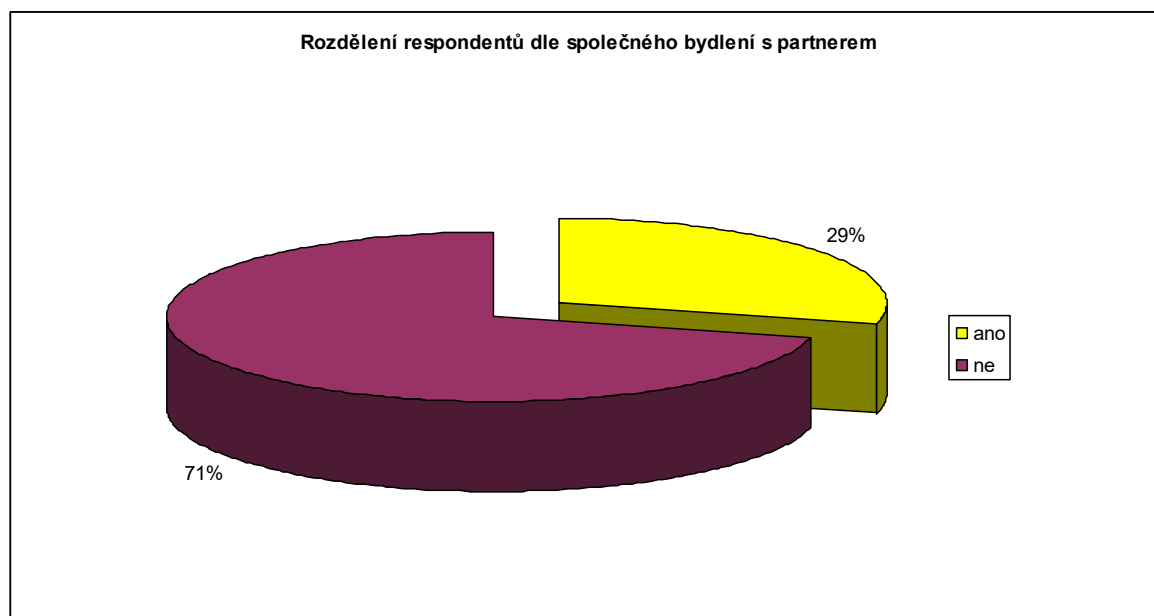
Otázka č. 11 se zabývala způsobem bydlení respondentů. Nejvíce respondentů, a to 36 (36 %) uvedlo, že bydlí s rodinou a 27 respondentů (27 %) že bydlí sám. Pětina respondentů, 20 (20 %), uvedla, že bydlí na ubytovně nebo v azylovém domě. Z celkového počtu 100 respondentů 12 (12 %) uvedlo, že jsou osobami bez přístřeší a 5 respondentů (5 %) zvolilo možnost jinak (2 respondenti uvedli domov se zvláštním režimem, 2 respondenti uvedli podporované bydlení a 1 respondent dům s pečovatelskou službou).

### Vyhodnocení otázky č. 12: Máte partnera (partnerku), s nímž (s níž) žijete v jedné domácnosti?

Tabulka č. 10

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	29	29
ne	71	71
$\Sigma$	100	100

Graf č. 10



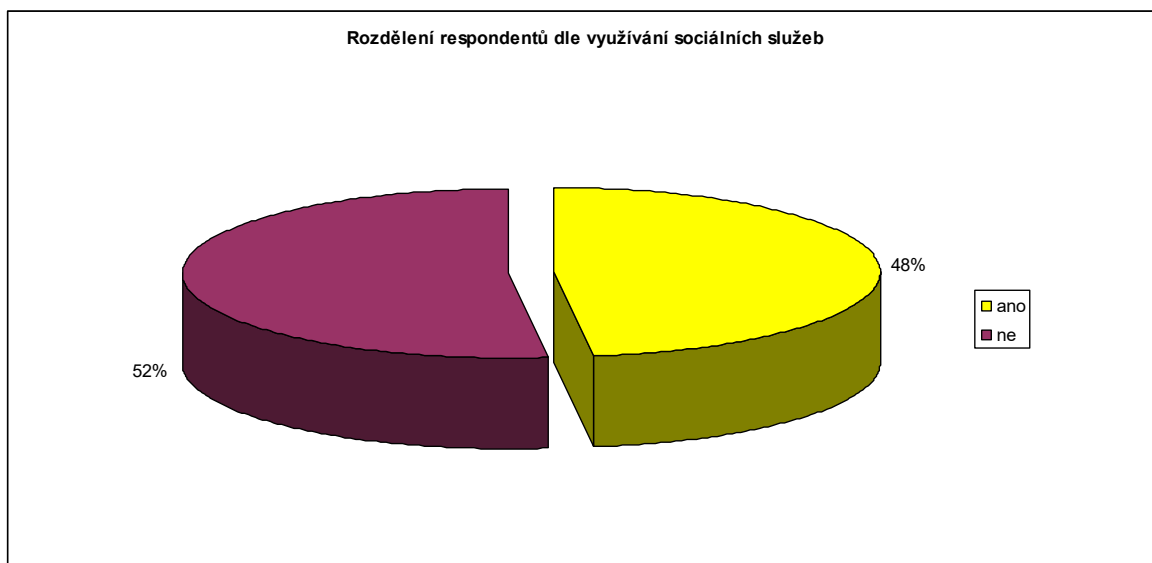
Co se týká společného bydlení s partnerem, tak většina respondentů, a to 71 (71 %) uvedlo, že nebydlí ve společné domácnosti s partnerem. Zbýlých 29 respondentů (29 %) uvedlo, že bydlí společně s partnerem.

### Vyhodnocení otázky č. 13: Využíváte sociálních služeb?

Tabulka č. 11

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	48	48
ne	52	52
$\Sigma$	100	100

Graf č. 11



Z grafu č. 11 můžeme zjistit, že 52 respondentů (52 %) nevyužívá sociální služby. Zbylých 48 respondentů (48 %) uvedlo, že sociální služby využívá.

#### **Vyhodnocení otázky č. 14: Pokud ano, o které služby se konkrétně jedná?**

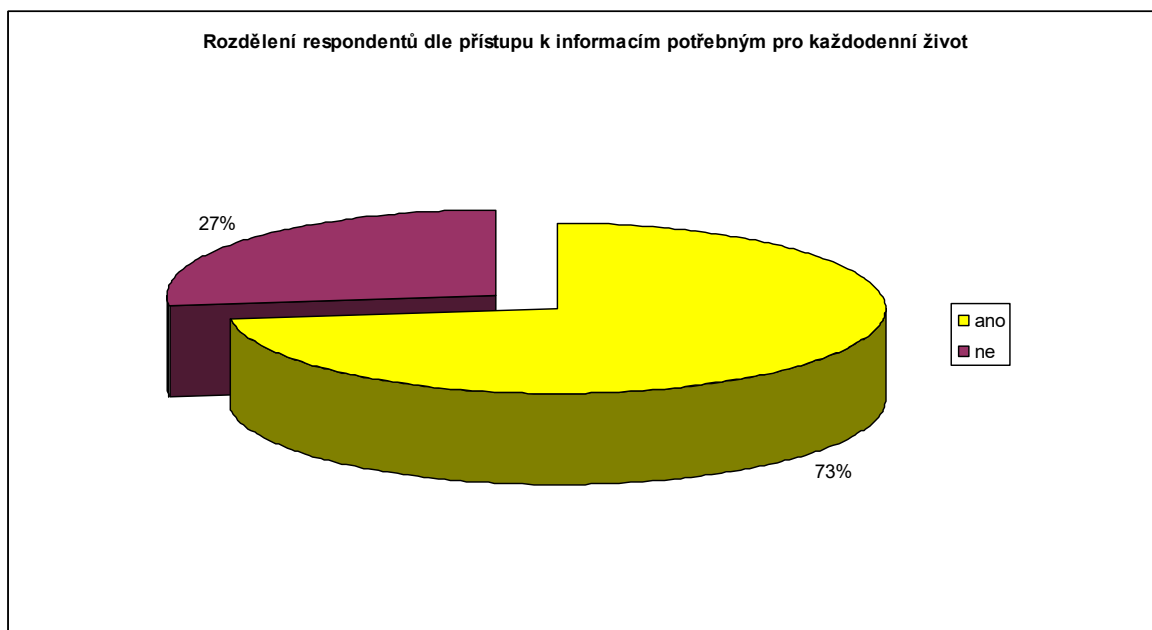
Co se týká konkretizace využívaných sociálních služeb, tak nejčastěji respondenti uváděli dávky (27 respondentů), podporu, poradenství (12 respondentů), důchod (8 respondentů). Z dalších to bylo nejčastěji jídlo, bydlení a doprovod na úřady. Minimum respondentů uvádělo „skutečnou“ sociální službu, tak jak ji chápeme podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, např. azylový dům, denní stacionář, kontaktní centrum, pečovatelská služba.

**Vyhodnocení otázky č. 15: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?**

Tabulka č. 12

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	73	73
ne	27	27
$\Sigma$	100	100

Graf č. 12



Otázkou č. 15 jsme zjišťovali, zda mají respondenti dostatečný přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život. Většina respondentů, a to 73 (73 %) uvedlo, že mají přístup k potřebným informacím, zbylých 27 respondentů (27 %) uvedlo, že tento přístup nemají.

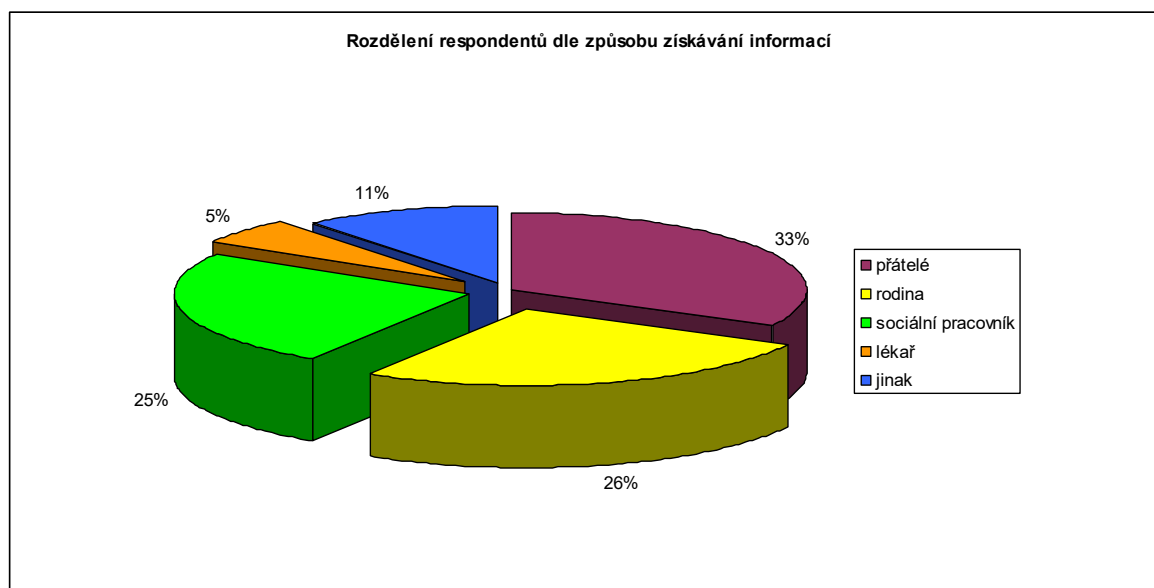


### Vyhodnocení otázky č. 16: Pokud ano, jakým způsobem nejvíce informace získáváte?

Tabulka č. 13

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
přátelé	24	24
rodina	19	19
sociální pracovník	18	18
lékař	4	4
jinak	8	8
$\Sigma$	73	73

Graf č. 13



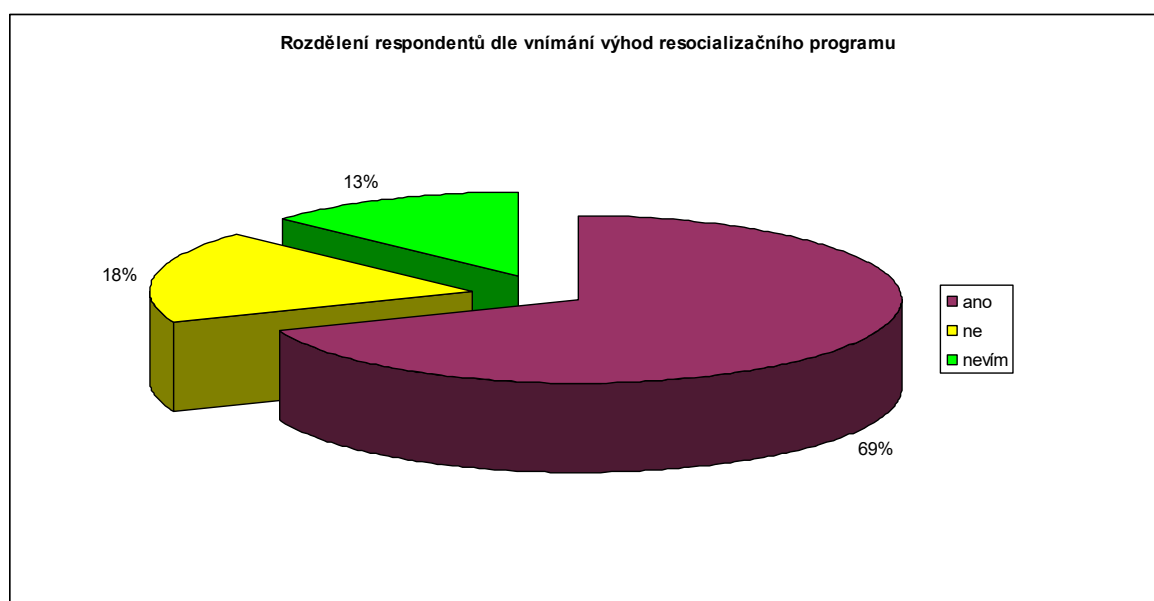
Celkem 73 respondentů na předchozí otázku odpovědělo, že mají přístup k informacím potřebným pro každodenní život. Z tohoto počtu volili jako nejčastější zdroj informací přátelé, a to 24 respondentů (33 %), následovala rodina 19 respondentů (26 %), sociální pracovník 18 respondentů (25 %), možnost jinak zvolilo 8 respondentů (11 %) a možnost lékaře zvolili 4 respondenti (5 %). Pokud respondenti zaškrtnuli možnost jinak, uváděli jako zdroj informací především internet a zdravotní sestry.

### Vyhodnocení otázky č. 17: Přineslo Vám absolvování resocializačního programu výhody? Pokud ano, jaké?

Tabulka č. 14

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	69	69
ne	18	18
nevím	13	13
$\Sigma$	100	100

Graf č. 14



Z celkového počtu 100 respondentů 69 z nich (69 %) uvedlo, že absolvování resocializačního procesu jim přineslo výhody, 18 respondentů (18 %) zvolilo zápornou odpověď a 13 respondentů (13 %) zvolilo možnost nevím. Jako nejčastější výhody resocializačního programu byly zmiňovány navazování kontaktu a spolupráce se sociálními službami, získání různých dovedností (práce s PC, vaření, zajištění chodu domácnosti, hospodaření s finančními prostředky), osvojení si pracovních návyků a zapojení se do pracovního procesu, pomoc při

hledání bydlení, pomoc při jednání s úřady (doprovody, vyřizování důchodu, dávek, vyplňování formulářů), navazování sociálních kontaktů a přátelství, zlepšení komunikace, zvýšení sebevědomí.

**Vyhodnocení otázky č. 18: Jaké služby Vám byly nabídnuty v rámci resocializačního programu?**

Respondenti nejčastěji uváděli zprostředkování sociálních služeb (seznámení se s nimi, předání kontaktů, příp. návštěvu dané organizace), pomoc při jednání s úřady (např. při vyřizování dávek, exekucí, apod.), nácvik vedení domácnosti (nácvik vaření, nakupování – plánování a sestavení rozpočtu, nácvik praní prádla apod.), pomoc při hledání zaměstnání (např. sepsání životopisu, zvolení vhodné práce, kontaktování zaměstnavatele apod.), pomoc s hledáním bydlení (např. sepsání inzerátu, obvolávání ubytoven apod.).

**Vyhodnocení otázky č. 19: Domníváte se, že tyto služby jsou dostačující?**

Tabulka č. 15

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	66	66
ne	28	28
nevím	6	6
$\Sigma$	100	100

Graf č. 15



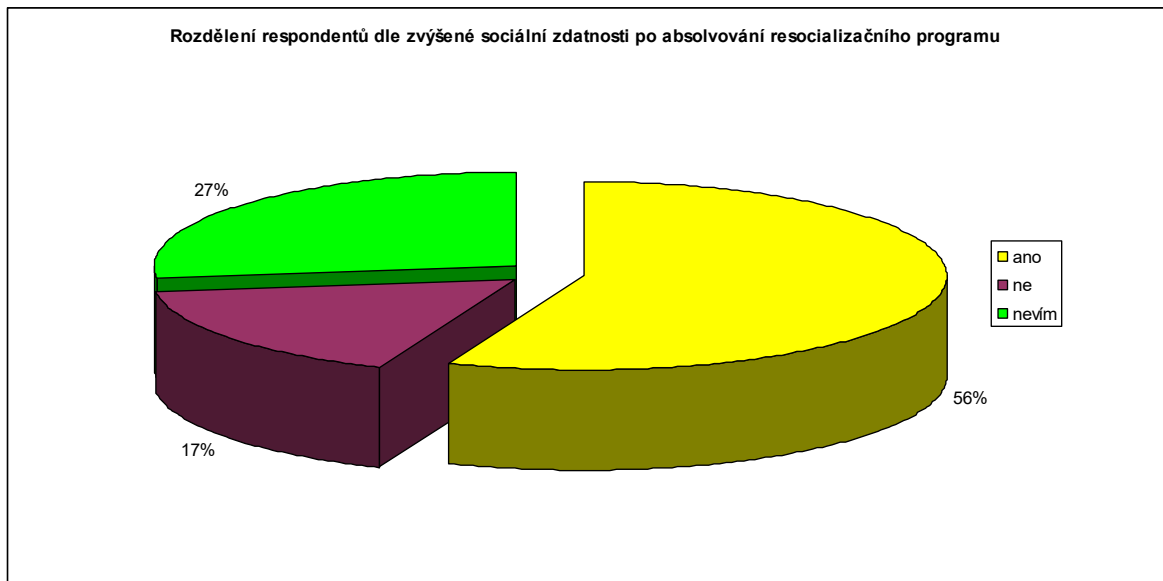
Jako dostatečné vnímá nabídku těchto služeb 66 respondentů (66 %), jako nedostatečné 28 respondentů (28 %) a 6 respondentů (6 %) nedokáže zhodnotit nabídku služeb resocializačního programu. Respondenti, kteří uvedli, že nabídka služeb je nedostatečná, nejčastěji zmiňovali, že chybí nabídka bydlení, mají nízké finanční prostředky (např. není nárok na dávky) apod.

**Vyhodnocení otázky č. 20: Cítíte se po absolvování resocializačního programu sociálně zdatnější pro život v přirozeném prostředí (tj. mimo zdravotnické zařízení)?**

Tabulka č. 16

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	56	56
ne	17	17
nevím	27	27
$\Sigma$	100	100

Graf č. 16



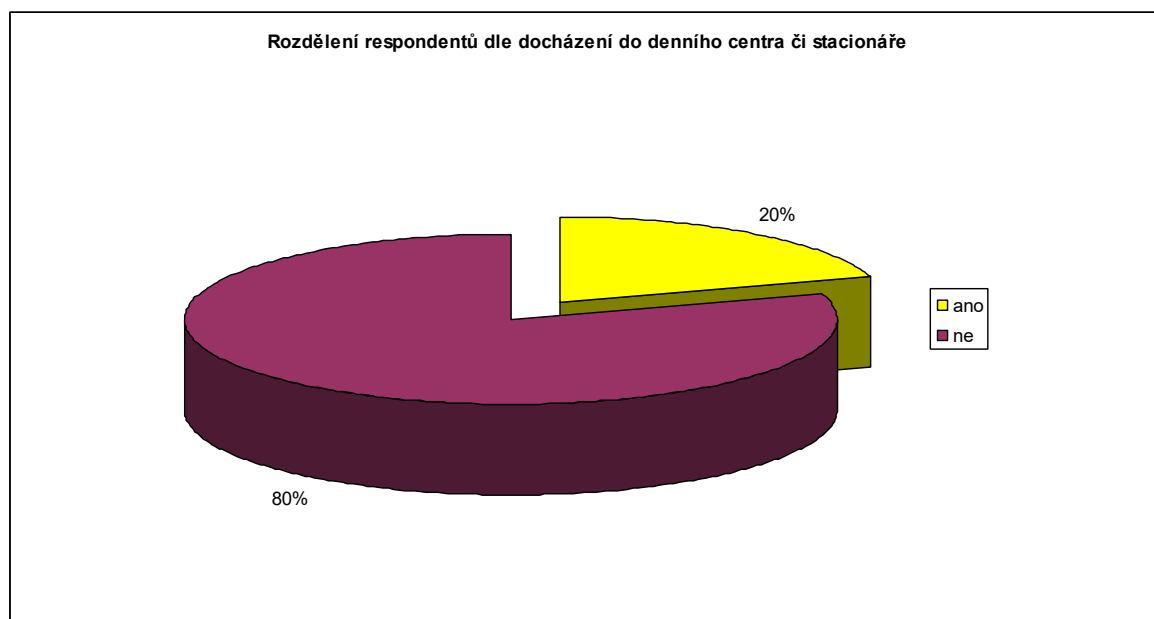
Sociálně zdatnějšími se po absolvování resocializačního programu cítí 56 respondentů (56 %), 17 respondentů (17 %) necítí větší sociální zdatnost a 27 respondentů (27 %) nedokáže zhodnotit zlepšení sociální zdatnosti po absolvování resocializačního programu.

**Vyhodnocení otázky č. 21: Docházíte do nějakého denního centra či stacionáře? Pokud ano, do jakého?**

Tabulka č. 17

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	20	20
ne	80	80
$\Sigma$	100	100

Graf č. 17



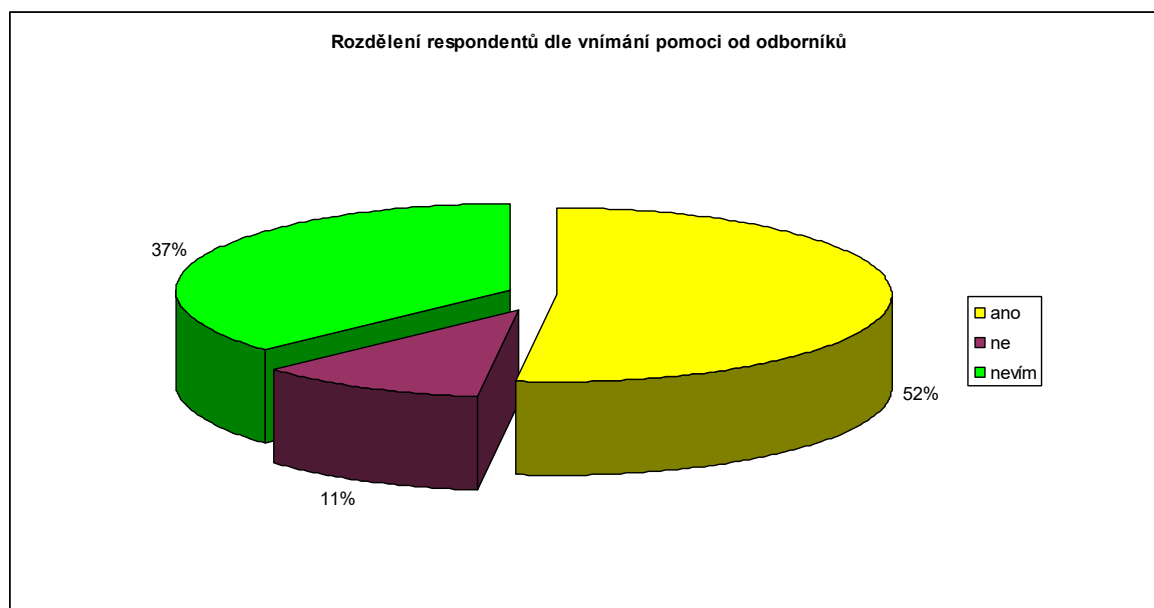
Na otázku, zda dochází do denního centra či stacionáře odpovědělo kladně 20 respondentů (20 %), většina respondentů, a to 80 (80 %) uvedla, že do denního centra či stacionáře nedochází.

**Vyhodnocení otázky č. 22: Máte pocit, že se Vám dostává dostatečné pomoci od odborníků (lékař, sociální pracovník atd.)?**

Tabulka č. 18

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	52	52
ne	11	11
nevím	37	37
$\Sigma$	100	100

Graf č. 18



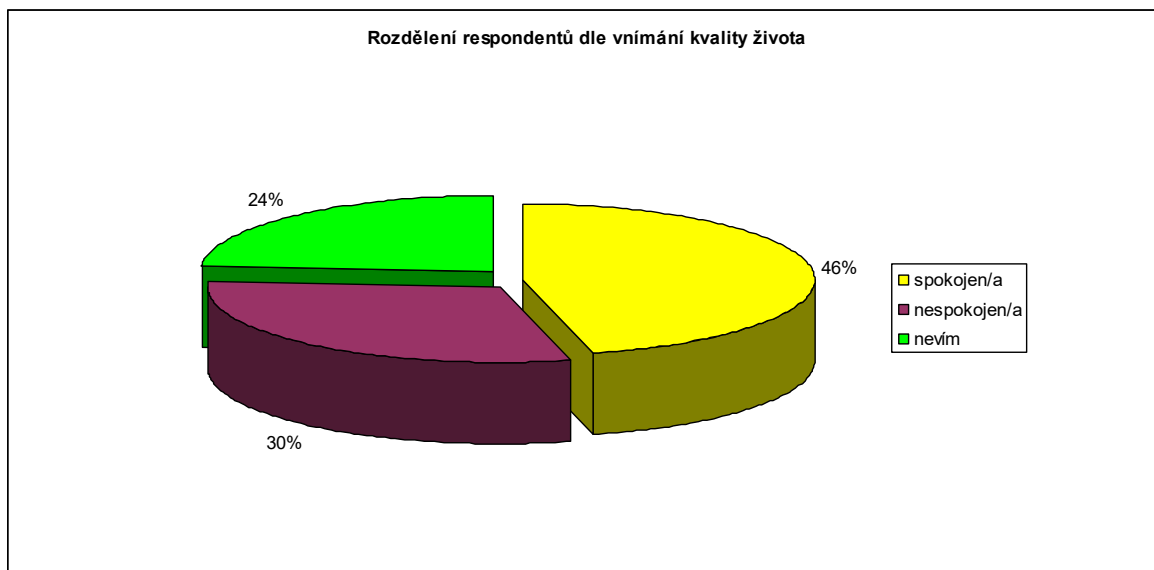
Zhruba polovina respondentů, a to 52 (52 %) uvedla, že má pocit, že se jim dostává dostatečné pomoci od odborníků. Pouze 11 respondentů (11 %) nemá pocit, že se jim dostává dostatečné pomoci a zbylých 37 respondentů (37 %) zvolilo možnost nevím.

### Vyhodnocení otázky č. 23: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka č. 19

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
spokojen/a	46	46
nespokojen/a	30	30
nevím	24	24
$\Sigma$	100	100

Graf č. 19



Co se týká hodnocení kvality života, tak necelá polovina, tj. 46 respondentů (46 %) uvedla, že s kvalitou svého života jsou spokojeni. S kvalitou svého života není spokojeno 30 respondentů (30 %) a 24 respondentů (24 %) uvedlo, že neví, jestli je s kvalitou svého života spokojeno.

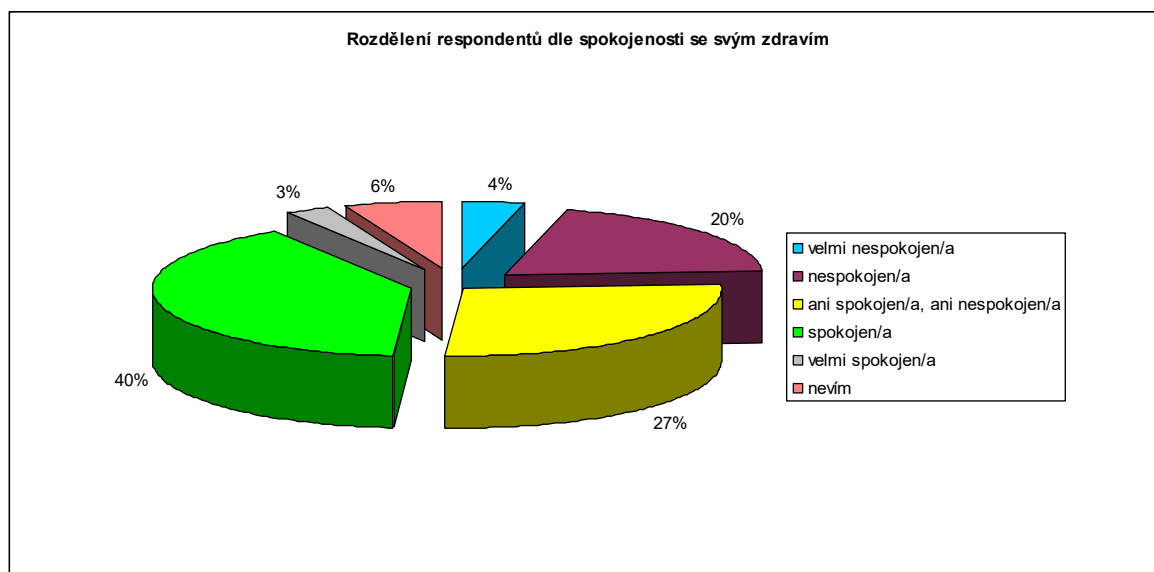
#### Vyhodnocení otázky č. 24: Jste spokojen/ se svým zdravím?

Tabulka č. 20

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
velmi nespokojen/a	4	4
nespokojen/a	20	20
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	27	27
spokojen/a	40	40
velmi spokojen/a	3	3
nevím	6	6
$\Sigma$	100	100



Graf č. 20



Na otázku, zda jsou respondenti spokojeni se svým zdravím, uvedlo 40 respondentů (40 %), že jsou se svým zdravím spokojeni. Druhou největší skupinu bylo 27 respondentů (27 %), kteří zvolili možnost ani spokojen/a, ani nespokojen/a, následovalo 20 respondentů (20 %), kteří nejsou spokojeni se svým zdravím. Zhodnotit své zdraví nedovedlo 6 respondentů (6 %), 4 respondenti (4 %) jsou velmi nespokojeni se svým zdravím a 3 respondenti (3 %) velmi spokojeni.

#### **Vyhodnocení otázky č. 25: Jak jste trávil/a volný čas před vypuknutím nemoci?**

Co se týká trávení volného času před vypuknutím nemoci, nejčastěji respondenti uváděli sport (fotbal, hokej, kolo, bruslení, lyžování, jóga, střelba, turistika). Často zmiňovali také trávení volného času s přáteli, procházky, práci na zahradě, četbu, kulturu (hudba, divadlo, kino), chov zvířat (pes, teraristika, akvaristika), ruční práce. Jen několik respondentů uvedlo jako koníček sledování televize a práci s počítačem (internet).

#### **Vyhodnocení otázky č. 26: Jak trávíte volný čas v současné době?**

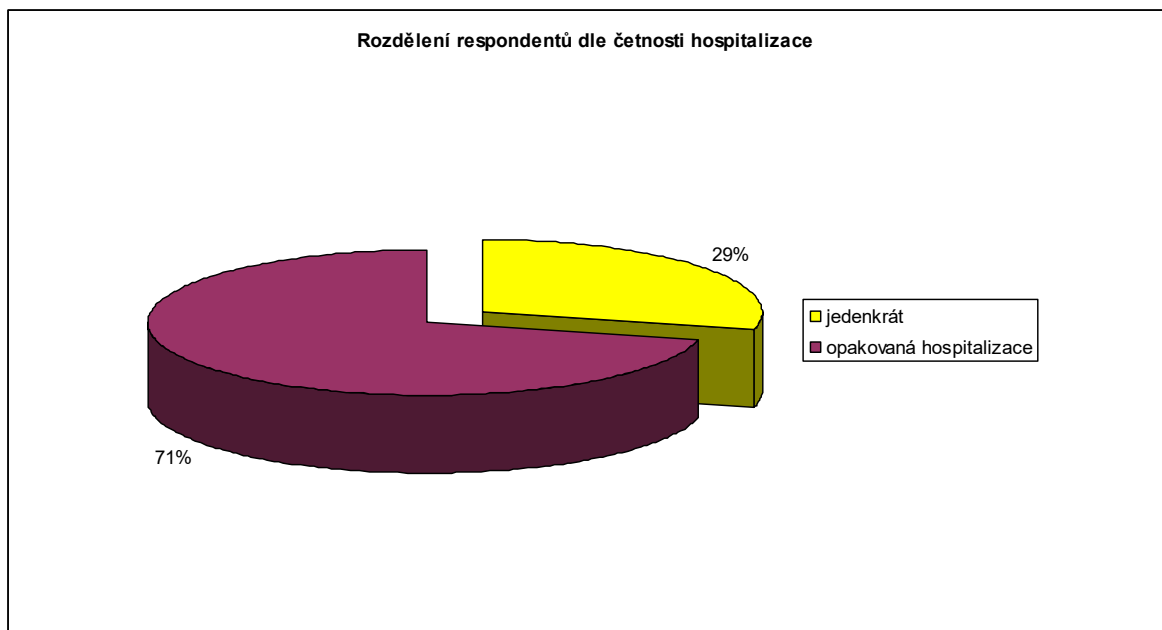
Jako nejčastější způsob trávení volného času v současné době uváděli respondenti četbu, trávení času s rodinou, přáteli, sledování TV, spánek a zahrádku. Často se objevovali odpovědi „nijak“, pasivně, doma apod.

**Vyhodnocení otázky č. 27: Kolikrát jste byl/a hospitalizován/a?**

Tabulka č. 21

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
jedenkrát	29	29
opakovaná hospitalizace	71	71
$\Sigma$	100	100

Graf č. 21



V otázce č. 27 jsme zjišťovali, zda byli respondenti hospitalizováni jedenkrát nebo opakovaně. Většina respondentů, a to 71 (71 %) uvedla, že byla hospitalizována opakovaně, zbylých 29 respondentů (29 %) jedenkrát. Co se týká konkretizace opakovaných hospitalizací, tak nejvíce respondentů, a to 24 uvedlo, že bylo hospitalizováno více než 5x (mezi těmito odpověďmi se vyskytli opakované hospitalizace až 44x, 34x, 30x, 27x, 20x atd.). Bez další konkretizace uvedlo opakovanou hospitalizaci 16 respondentů, 12 respondentů uvedlo, že byli hospitalizováni 3x, 10 respondentů 2x a 9 respondentů 4x.

**Vyhodnocení otázky č. 28: Kdy se u Vás poprvé objevily příznaky nemoci?**

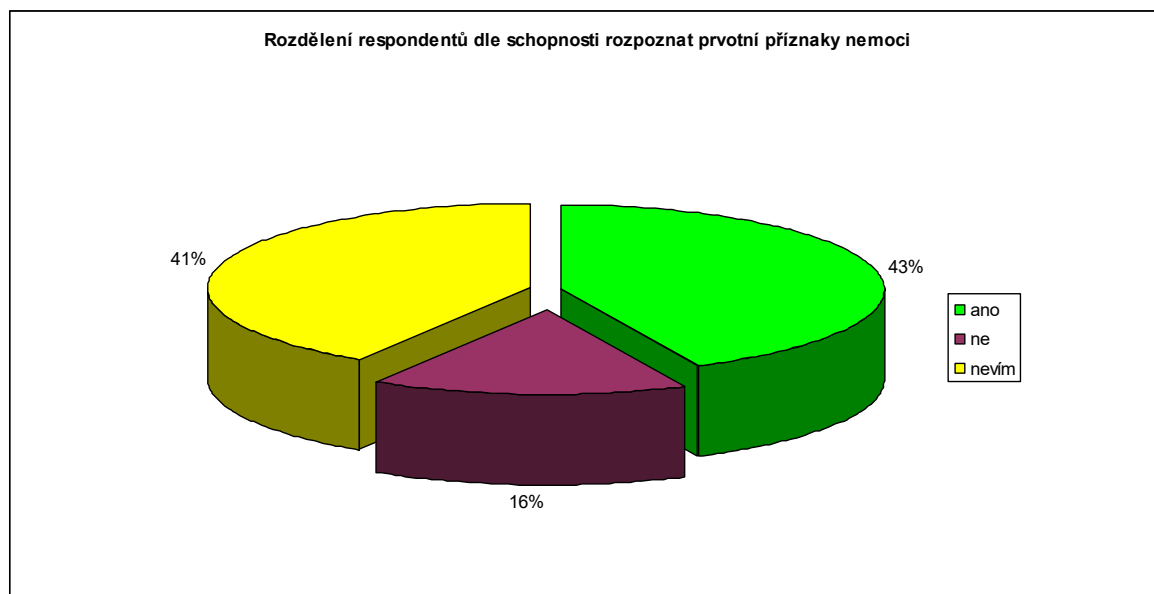
Jako nejčastější období, kdy se u respondentů objevily poprvé příznaky nemoci, uvedlo 28 respondentů, že se tak stalo před 20. rokem věku. Druhou nejčastěji zmiňovanou kategorií bylo do 35 let věku, jen výjimečně došlo k prvním příznakům nemoci ve věku 45 a víc. Někteří respondenti na tuto otázku odpovídali slovy nevím nebo nepamatuji si. Část respondentů také neuváděla věk, ale událost, při (nebo po) které se poprvé příznaky nemoci objevily (např. úmrtí manžela, rozvod, porod, klimakterium, po autonehodě apod.).

**Vyhodnocení otázky č. 29: Dokážete spolehlivě rozpoznat prvotní příznaky nemoci?**

Tabulka č. 22

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	43	43
ne	16	16
nevím	41	41
$\Sigma$	100	100

Graf č. 22



Co se týká schopnosti respondentů rozpoznat prvotní příznaky nemoci, tak 43 respondentů (43%) uvedlo, že tyto příznaky dokáže rozpoznat, 16 respondentů (16%) je rozpoznat neumí a 41 respondentů (41%) na tuto otázku nedovede odpovědět.

### Vyhodnocení otázky č. 30: Pokud ano, které příznaky jsou u Vás obvykle dominantní?

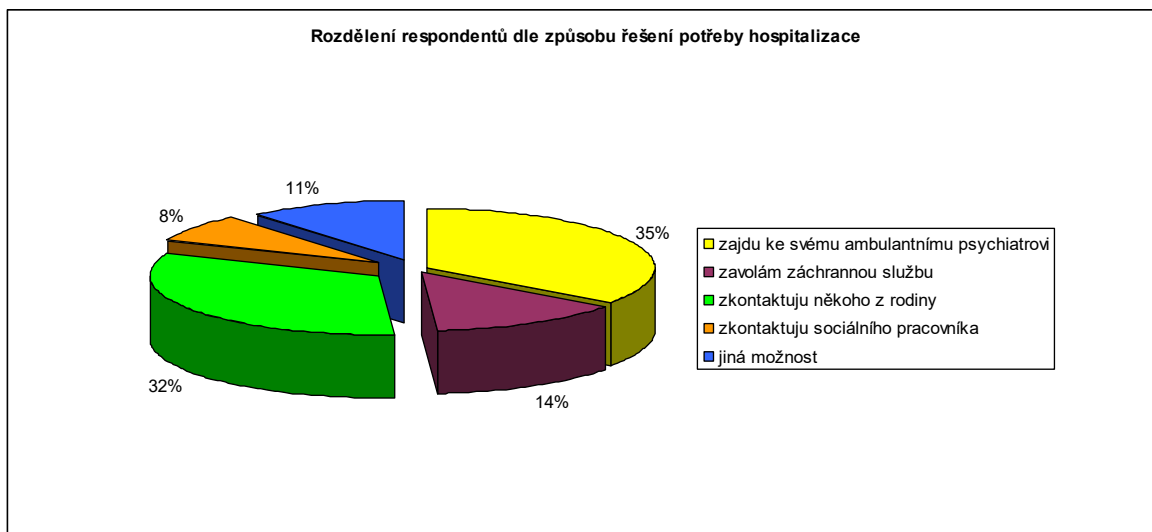
Jako převažující příznaky nemoci respondenti nejčastěji uváděli, že slyší hlasy, trpí úzkostmi, mají strach, jsou více unavení, nevykonní, vyčerpaní, jsou apatičtí, ztrácí zájem „o cokoliv“, objevuje se u nich pokleslá nálad, ztráta sebedůvěry. Co se týká fyzických projevů, tak zde se objevovali odpovědi jako nespavost, bolesti hlavy, bolesti břicha, potíže se zažíváním, nechutenství nebo přejídání, pocení, pláč, agresivita (např. ničení věcí). Někteří z respondentů trpí paranoiou, pocity pronásledování nebo se u nich objevují myšlenky na ukončení života.

### Vyhodnocení otázky č. 31: Co uděláte, když budete cítit potřebu hospitalizace?

Tabulka č. 23

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
zajdu ke svému ambulantnímu psychiatrovi	35	35
zavolám záchrannou službu	14	14
zkontaktuju někoho z rodiny	32	32
zkontaktuju sociálního pracovníka	8	8
jiná možnost	11	11
$\Sigma$	100	100

Graf č. 23



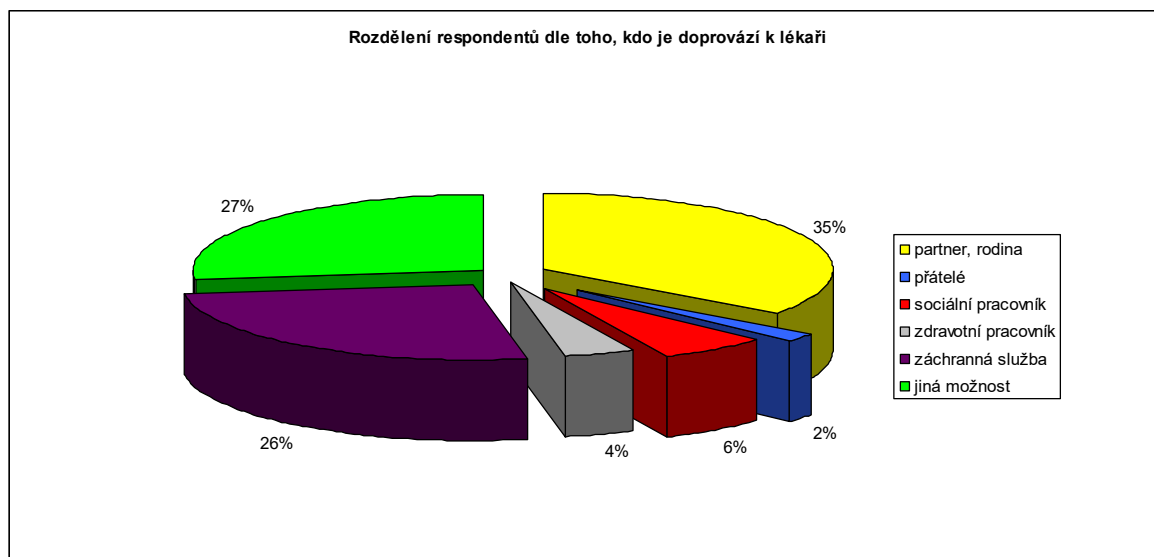
Otázkou č. 31 jsme zjišťovali, jakým způsobem respondenti řeší situaci, když cítí potřebu hospitalizace. Nejvíce respondentů, a to 35 (35 %) uvedlo, že zajde ke svému ambulantnímu psychiatrovi, následovalo 32 respondentů (32 %), kteří zkontaktují někoho z rodiny. Záchranou službu zavolá 14 respondentů (14 %), 8 respondentů (8 %) zkontaktuje sociálního pracovníka a zbylých 11 respondentů (11 %) zvolilo jinou možnost (např. neudělají nic – zůstanou doma, nechtějí být hospitalizováni, kontaktují kamarády, kontaktují praktického lékaře).

### Vyhodnocení otázky č. 32: Když se u Vás objeví příznaky nemoci, kdo Vás doprovází k lékaři?

Tabulka č. 24

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
partner, rodina	35	35
přátelé	2	2
sociální pracovník	6	6
zdravotní pracovník	4	4
záchranná služba	26	26
jiná možnost	27	27
$\Sigma$	100	100

Graf č. 24



Z grafu č. 24 můžeme zjistit, že nejvíce respondenty k lékaři doprovází partner (příp. rodina), a to 35 respondentů (35 %), 27 respondentů (27 %) u této otázky zvolilo jinou možnost (nejčastější byla odpověď, že je k lékaři nikdo nedoprovází a chodí sami nebo jsou odváženi za asistence Policie ČR). Celkem 26 respondentů (26 %) kontaktuje záchrannou službu, 6

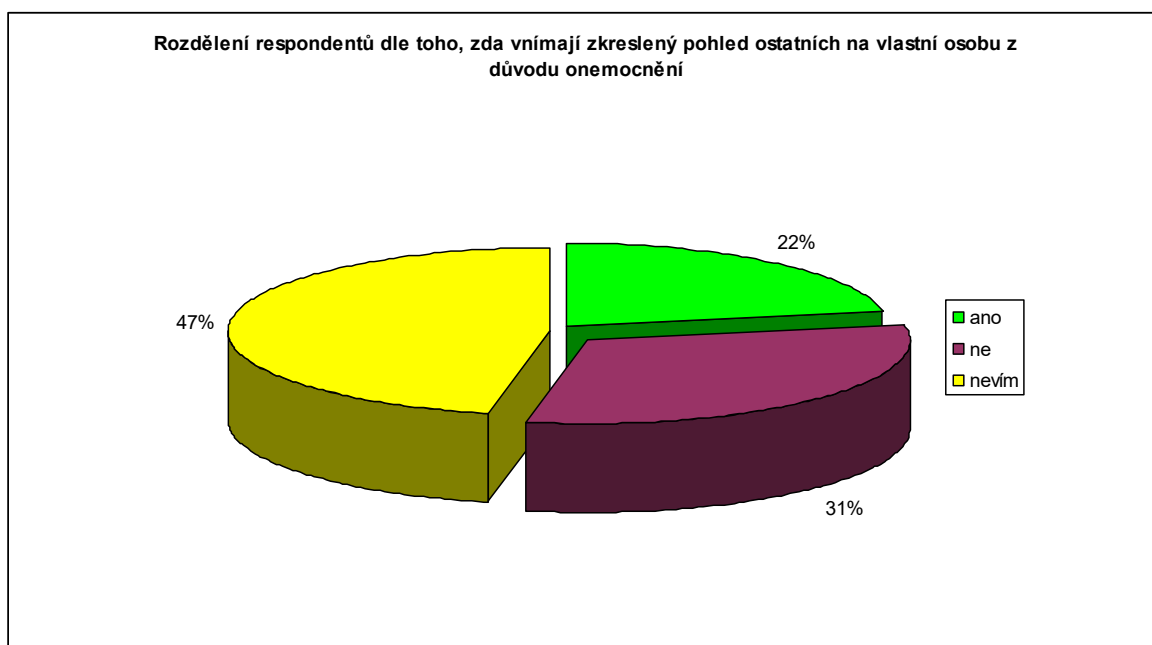
respondentů (6 %) sociálního pracovníka, 4 respondenti (4 %) zdravotního pracovníka a 2 respondenti (2 %) kontaktují přátele.

### Vyhodnocení otázky č. 33: Vnímáte zkreslený pohled ostatních na Vaši osobu z důvodu nemoci, kterou trpíte?

Tabulka č. 25

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	22	22
ne	31	31
nevím	47	47
$\Sigma$	100	100

Graf č. 25



Otázkou č. 33 jsme zjišťovali, zda respondenti vnímají zkreslený pohled ostatních na vlastní osobu z důvodu nemoci, kterou trpí. Celkem 47 respondentů (47 %) na tuto otázku nedovedlo odpovědět a zvolilo možnost, že neví, 31 respondentů (31 %) nevnímá takový pohled

ostatních a 22 respondentů (22 %) uvedlo, že zkreslený pohled ostatních na vlastní osobu vnímá.

#### **Vyhodnocení otázky č. 34: Pokud ano, jak konkrétně?**

Otázka č. 34 navazuje na otázku 33, respondenti zde měli konkretizovat zkreslený pohled ostatních na vlastní osobu. Nejčastěji se objevovali odpovědi, že se jich ostatní straní, myslí si, že jsou divní, ostatní se na ně „zaměřují“, dívají se na ně jako na nulu, špínu, bojí se jich, pomlouvají je, koukají na ně „z patra“ a „skrz prsty“, nechápou duševní onemocnění jako „normální“ nemoc. Jeden z respondentů popsal situaci takto: *„Je normální, když má někdo špatnou náladu nebo chce soukromí, u mě je to jiné, ostatní se obávají, že mám zase deprese“*.

#### **Vyhodnocení otázky č. 35: Jak momentálně vnímáte kvalitu života po absolvování resocializačního programu?**

V rámci odpovědi na otázku č. 35 se respondenti měli volnou formou rozepsat, jak vnímají kvalitu svého života po absolvování resocializačního programu. Většina respondentů se vyjadřovala stručně několika slovy – cítím se líp, mám dobrý pocit, jsem více komunikativní, jsem jistější, mám více sebevědomí, dovedu se postarat sám o sebe, vím, kde najít pomoc v případě potřeby, spokojenost, nemám strach jít mezi lidi, jsem soběstačnější. Někteří respondenti uvedli, že žádnou změnu ve kvalitě života nepocítí ují nebo uvedli odpověď nevím. Pouze 3 respondenti uvedli, že kvalita jejich života je horší.



**Třídění druhého stupně**

Pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku vyhodnotíme data z odpovědí na otázku č. 13: *Využíváte sociálních služeb?*, a na otázku č. 19: *Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*

**Věcná hypotéza:** S kvalitou svého života jsou častěji spokojenější ty osoby s duševním onemocněním, které využívají sociální službu.

**Statistická hypotéza:** Počet osob spokojených s kvalitou svého života je vyšší u osob, které využívají sociální službu.

$H_0$ : Mezi četnostmi odpovědí na obě uvedené otázky není závislost (souvislost).

$H_A$ : Mezi odpověďmi respondentů na uvedené otázky je souvislost.

**Kontingenční tabulka**

Tabulka č. 26

*využívání sociálních služeb*

	ano	ne	$\Sigma$
spokojen/a	33 (22,08)	13 (23,92)	46
nespokojen/a	7 (14,4)	23 (15,6)	30
nevím	8 (11,52)	16 (12,48)	24
$\Sigma$	48	52	100

*hodnocení kvality života*

Vypočítaná očekávaná hodnota pro každé pole kontingenční tabulky:

$$O = \frac{48 * 46}{100} = 22,08$$

$$O = \frac{48 * 30}{100} = 14,4$$

$$O = \frac{48 * 24}{100} = 11,52$$

$$O = \frac{52 * 46}{100} = 23,92$$

$$O = \frac{52 * 30}{100} = 15,6$$

$$O = \frac{52 * 24}{100} = 12,48$$

Vypočítaná hodnota  $\frac{(P-O)^2}{O}$  pro každé pole kontingenční tabulky:

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(33-22,08)^2}{22,08} = 5,4$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(7-14,4)^2}{14,4} = 3,8$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(8-11,52)^2}{11,52} = 1,06$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(13-23,92)^2}{23,92} = 4,99$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(23-15,6)^2}{15,6} = 3,51$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(16-12,48)^2}{12,48} = 0,99$$

Vypočítané testové kritérium  $\chi^2$

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 5,4 + 3,8 + 1,06 + 4,99 + 3,51 + 0,99 = 19,75$$

Počet stupňů volnosti

$$f = (r - 1) \times (s - 1)$$

$$f = (3 - 1) \times (2 - 1) = 2$$

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 najdeme ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria  $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$ . Srovnáním vypočítané hodnoty testového kritéria s hodnotou kritickou zjistíme, že vypočítaná hodnota je větší než hodnota kritická, a proto **odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní**. Mezi četnostmi odpovědí na obě uvedené otázky je určitá závislost (souvislost). Můžeme tedy potvrdit, že využívání sociální služby ovlivňuje kvalitu života osob s duševním.

Pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku vyhodnotíme data z odpovědí na otázku č. 19: *Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*, a otázku č. 22: *Máte pocit, že se Vám dostává dostatečné pomoci od odborníků (lékař, sociální pracovník atd.)?*

**Věcná hypotéza:** S kvalitou svého života jsou častěji spokojenější ty osoby s duševním onemocněním, které mají pocit, že se jim dostává dostatečné pomoci od odborníků.

**Statistická hypotéza:** Počet osob spokojených s kvalitou svého života je vyšší u osob, kterým se dostává pomoci od povolání lidí.

$H_0$ : Mezi četnostmi odpovědí na obě uvedené otázky není závislost (souvislost).

$H_A$ : Mezi odpověďmi respondentů na uvedené otázky je souvislost.

### Kontingenční tabulka

Tabulka č. 27

*dostatečná pomoc*

*hodnocení kvality života*

	ano	ne	nevím	$\Sigma$
spokojen/a	31 (23,92)	2 (5,06)	13 (17,02)	46
nespokojen/a	12 (15,6)	7 (3,3)	11 (11,1)	30
nevím	9 (12,48)	2 (2,64)	13 (8,88)	24
$\Sigma$	52	11	37	100

Vypočítaná očekávaná hodnota pro každé pole kontingenční tabulky:

$$O = \frac{52 * 46}{100} = 23,92$$

$$O = \frac{52 * 30}{100} = 15,6$$

$$O = \frac{52 * 24}{100} = 12,48$$

$$O = \frac{52 * 46}{100} = 23,92$$

$$O = \frac{11 * 46}{100} = 5,06$$

$$O = \frac{11 * 30}{100} = 3,3$$

$$O = \frac{11 * 24}{100} = 2,64$$

$$O = \frac{37 * 46}{100} = 17,02$$

$$O = \frac{37 * 30}{100} = 11,1$$

$$O = \frac{37 * 24}{100} = 8,88$$

Vypočítaná hodnota  $\frac{(P-O)^2}{O}$  pro každé pole kontingenční tabulky:

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(31-23,92)^2}{23,92} = 2,1$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(12-15,6)^2}{15,6} = 0,83$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(9-12,48)^2}{12,48} = 0,97$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(2-5,06)^2}{5,06} = 1,85$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(7-3,3)^2}{3,3} = 4,15$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(2-2,64)^2}{2,64} = 0,16$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(13-17,02)^2}{17,02} = 0,95$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(11-11,1)^2}{11,1} = 0$$

$$\frac{(P-O)^2}{O} = \frac{(13-8,88)^2}{8,88} = 1,91$$

Vypočítané testové kritérium  $\chi^2$

$$\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O} = 2,1 + 0,83 + 0,97 + 1,85 + 4,15 + 0,16 + 0,95 + 0 + 1,91 = 12,92$$

Počet stupňů volnosti

$$f = (r - 1) \times (s - 1)$$

$$f = (3 - 1) \times (3 - 1) = 4$$

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 najdeme ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria  $\chi^2_{0,05}(4) = 9,488$ . Srovnáním vypočítané hodnoty testového kritéria s hodnotou kritickou zjistíme, že vypočítaná hodnota je větší než hodnota kritická, a proto **odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní**. Mezi četnostmi odpovědí na obě uvedené otázky je určitá závislost (souvislost). Můžeme tedy potvrdit, že dostatečně poskytovaná pomoc odborníků osobám s duševním onemocněním ovlivňuje kvalitu jejich života.

## 4 ANALÝZA DAT A DISKUZE

Dotazník byl předložen 100 osobám s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program. Co se týká počtu respondentů dle pohlaví, byl téměř vyrovnaný počet mužů i žen (58 % mužů a 42 % žen). Respondenti byly osoby nejčastěji ve věkové kategorii 31 – 40 let (37 % respondentů), téměř stejné zastoupení měla věková kategorie 41 – 50 let (22 % respondentů) a věková kategorie 51 a více let (25 % respondentů). Nejméně bylo respondentů ve věkové kategorii 15 – 30 let, a to 16 % respondentů. Z toho lze vyvozovat, že závažné duševní onemocnění, především schizofrenie, vypuknou kolem 20. roku života, jak uvádí veškerá odborná literatura. Co se týká dosaženého vzdělání, tak nejvíce bylo respondentů se základním vzděláním (37 % respondentů), následovali respondenti se středoškolským vzděláním bez maturity (30 % respondentů). Výrazně méně bylo respondentů se středoškolským vzděláním (19 % respondentů) a vysokoškolským vzděláním (14 % respondentů).

Co se týká pracovních zkušeností, tak 68 % respondentů má určitou pracovní zkušenost, zbylých 32 % pracovní zkušenost nemá. Jako důležité být zapojen do pracovního procesu vnímá 57 % respondentů, zbylých 43 % respondentů to za důležité nepovažuje. Z výsledků můžeme vyvodit, že pro většinu respondentů, kteří mají pracovní zkušenost, je zapojení do pracovního procesu důležité. Přestože výsledky nejsou zcela jednoznačné, co se týče pracovních návyků, tak ze zkušenosti mohu říci, že pacienti, kteří mají trvalý pracovní poměr a dokáží pracovat v takových pracovních podmínkách, které se přizpůsobí jejich požadavkům vzhledem k diagnóze, tak relapsů onemocnění je výrazně méně. Z toho lze vyvozovat, že i přes vážné psychické onemocnění, které limituje tyto osoby a mění z dlouhodobého hlediska osobnost člověka, tak i pracovní prostředí, pracovní návyky a s tím spojené povinnosti, dokáží pacienta udržet v remisi. Po porovnání můžeme uvést podobný výzkum z roku 2010, kdy uplatnění osob s psychiatrickou diagnózou v pracovním procesu je minimální. Zaměstnavatelé mají jisté obavy ze zaměstnávání těchto osob, z důvodu výše popsaných a převážná část těchto osob již nedokáže adekvátně podat odpovídající pracovní výkon. (Matušínská, 2010) Zároveň 55 % respondentů odpovědělo, že jsou dostatečně informováni o pracovních příležitostech ve svém okolí; 45 % respondentů uvedlo, že dostatečně informováni nejsou. Respondenti získávají informace o pracovních příležitostech nejčastěji z internetu, následně od přátel a od rodiny, jen v malé míře od úřadů a sociálních pracovníků. Z těchto informací lze vyvodit, že nedílnou součástí resocializačního programu by měla být aktivita práce s PC nejen v současné podobě, ale více se zaměřením na hledání zaměstnání,

případně sepsání životopisu apod. I přes dostatečnou informovanost o pracovních příležitostech a relativně dostatek odpovídajících pracovních míst je většina osob s duševním onemocněním bez práce, a to je převážně důsledkem negativní symptomatiky, postupné degradace osobnosti, protože schizofrenie postihuje všechny oblasti psychiky, které člověka limitují natolik, že nejsou schopni zastávat důstojnou roli v sociálním životě a potřebují nutnou pomoc druhé osoby.

Nadpoloviční většina respondentů (56 % respondentů) uvedla, že finanční prostředky získávají pobíráním důchodu (invalidního či starobního), poměrně výrazná část respondentů (30 % respondentů) pobírá sociální dávky, jen minimum respondentů pobírá mzdu (případně nemocenskou), a to 5 % respondentů a 2 % respondentů pobírají podporu v nezaměstnanosti. Zbýlých 7 % respondentů uvedlo, že finanční prostředky získává jiným způsobem, včetně nelegálních (např. krádeže a následné rozprodávání v zastavárnách), případně rizikových (např. půjčky nebo hraní automatů). Zajímavé je srovnání výsledků výzkumu, že 57 % respondentů považuje za důležité být zapojen do pracovního procesu, ale pouze 5 % respondentů je zaměstnáno a má stálý příjem ze zaměstnání. Důvodem je zřejmě to, že osoby s duševním onemocněním jsou rizikovou skupinou na trhu práce zejména proto, že často potřebují individuální přístup, pomalejší tempo práce, častěji přestávky apod. Tyto handicap vyplývají z celkových příznaků typických pro duševní nemoci. Tomuto většina zaměstnavatelů není schopna nebo ochotna se přizpůsobit.

Co se týká bydlení, tak nejvíce respondentů bydlí se svou rodinou (20 % respondentů), 27 % respondentů bydlí sami a 20 % na ubytovně nebo azylovém domě. Jako osoba bez přístřeší odpovědělo 12 % respondentů a 5 % respondentů odpovědělo, že bydlí jinak (většinou uvedli pobytovou sociální službu – domov se zvláštním režimem, podporované bydlení). Častými opakovanými pobyty ve zdravotnickém zařízení směřuje pacient zpravidla do zařízení se zvláštním režimem nebo končí, jak jsme již zmiňovali výše, v azylových domech a na ulici. Pro rodinu, i přes veškerou snahu, je již neúnosné se starat o tyto osoby v domácích podmínkách, z důvodu výše popsaných. Společnou domácnost se svým partnerem/partnerkou vede 29 % respondentů.

Další zkoumanou oblastí bylo využívání sociálních služeb. Bylo zjištěno, že téměř polovina respondentů (48 % respondentů) využívá sociální služby, zbylých 52 % respondentů sociální služby nevyužívá. Jako nejčastěji využívané sociální služby byly uváděny dávky, poradenství, důchod apod. *Vyhodnocením odpovědí na otázku č. 13 byl splněn dílčí cíl, zda osoby s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program, využívají sociální*

služby. Zároveň se nepotvrdil výzkumný předpoklad, že více jak 50 % respondentů bude využívat sociální služby. Zde se můžeme zamyslet nad tím, proč osoby s duševním onemocněním ve větší míře nevyužívají sociálních služeb. V tomto případě se naskýtá prostor pro to, aby se sociální pedagog aktivně zapojil do procesu resocializace a těmto osobám zprostředkoval možnost využívat odpovídající sociální služby.

V oblasti přístupu respondentů k potřebným informacím bylo zjištěno, že 73 % respondentů má dostatečný přístup k informacím, zbylých 27 % respondentů přístup k informacím nemá. *Vyhodnocením otázky č. 15 byl potvrzen výzkumný předpoklad, že více jak 50 % respondentů bude mít přístup k informacím, které potřebují pro každodenní život.* Nejčastěji získávají respondenti informace od přátel, rodiny či sociálního pracovníka.

Co se týká hodnocení resocializačního programu a jeho výhod, 69 % respondentů uvedlo, že absolvování tohoto programu jim přineslo výhody, 18 % respondentů žádné výhody nezaznamenalo a 13 % respondentů toto nedokáže zhodnotit. Nejčastěji respondenti uváděli, že jim bylo nabídnuto zprostředkování sociálních služeb, pomoc při jednání s úřady a nácvik zajištění chodu domácnosti. *Vyhodnocením otázky č. 19 byl naplněn dílčí cíl, a to zjistit, zda osoby s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program, vnímají nabídku služeb v tomto programu jako dostatečnou.* Celkem 66 % respondentů se domnívá, že nabídnuté služby jsou dostatečné, 28 % respondentů je vnímá jako nedostatečné a 6 % respondentů se k tomuto nebylo schopno vyjádřit. Z toho lze vyvozovat, že resocializační programy mají smysl a mají pozitivní reakci u uživatelů. První fáze, kdy se zavedly tyto programy, dopadla úspěšně a další fáze by měla zajistit udržitelnost a hlavně efektivní aplikaci teoretických poznatků do praxe a aby bylo smysluplně využíváno těchto služeb pacienty a maximálně se využila nabídka sociálních služeb.

Po absolvování resocializačního programu se 56 % respondentů cítí sociálně zdatnější v přirozeném prostředí, u 17 % respondentů tomu tak není a poměrně velká část – 27 % respondentů toto není schopna vyhodnotit. Lze tedy tvrdit, že po absolvování resocializačního programu zaměřeného na získání sociálních schopností a dovedností se pacienti cítí sociálně zdatnějšími a disponují sociálními dovednostmi, které dovedou aplikovat v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Dále měli respondenti uvést, zda dochází do nějakého denního centra nebo stacionáře. Většina klientů, a to 80 % respondentů, uvedla, že do žádného denního centra či stacionáře ne-



dochází, zbylých 20 % respondentů toto zařízení navštěvuje. Konkrétně respondenti nejčastěji uváděli organizaci Charita Olomouc, Charita Šternberk a Společnost Mana, o.p.s. Proč tomuto tak je u této otázky, můžeme jen spekulovat. Pravděpodobně se vychází z předpokladu, že u osob s duševním onemocněním po zvládnutí akutní fáze přechází pacienti do tzv. remise, tedy stavu kompenzace, bez pozitivních příznaků (halucinace, bludy) a dominantnější je u nich negativní symptomatika (nezájem, apatie apod.), kdy se pacient sociálně stahuje a nevyhledává společenský kontakt, a proto je naprosto nezbytné v této fázi aktivně aplikovat resocializační metody iniciované právě sociálním pedagogem.

Co se týká hodnocení respondentů, zda mají pocit, že se jim dostává dostatečné pomoci od odborníků, bylo zjištěno, že 52 % respondentů uvedlo, že tento pocit mají, 11 % respondentů ne a 37 % respondentů zvolilo odpověď nevím. Tímto byl naplněn dílčí cíl a tedy: *zjistit, zda osoby s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program, vnímají nabídnutou pomoc jako dostatečnou.*

*Vyhodnocením otázky č. 23, zda byl potvrzen výzkumný předpoklad, že méně jak 50% respondentů bude hodnotit kvalitu svého života jako „spokojen“.* Odpověď spokojen na tuto otázku zvolilo 46 % respondentů, 30 % respondentů není spokojeno s kvalitou svého života a 24 % respondentů tuto otázku není schopno zodpovědět.

Dílčí cíl; *zjistit, zda osoby s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program, jsou spokojeni se svým zdravím, byl naplněn vyhodnocením odpovědi na otázku č. 24.* Celkem 40 % respondentů je se svým zdravím spokojeno a 3 % dokonce velmi spokojeno, nespokojeno je 27 % respondentů a 4 % respondentů jsou velmi nespokojeni se svým zdravím. Zhodnotit spokojenost se svým zdravím nedokázalo 6 % respondentů.

Dále byly dotazníkovým šetřením zjišťovány informace o trávení volného času osob s duševním onemocněním před vypuknutím nemoci a v současné době. Zhodnocením odpovědí lze konstatovat, že před vypuknutím nemoci trávily tyto osoby volný čas mnohem aktivněji (nejčastěji byly uváděny různé druhy sportů, turistika, práce na zahradě, kultura – kino, divadlo, posezení s přáteli). Trávení volného času v současné době bylo nejčastěji popsáno jako sledování televize, doma s rodinou, odpočíváním, spaním atd., tedy pasivně trávený volný čas. Oproti trávení volného času před vypuknutím nemoci je zde výrazný posun k pasivitě respondentů. Podobné výsledky výzkumného šetření se potvrdily i z roku 2010. To je s největší pravděpodobností ovlivněno charakteristikou nemoci a užíváním některých léků.

Zde by bylo opět možné využít resocializačního programu, aby bylo v rámci jejich zdravotního stavu u jednotlivých respondentů podpořeno aktivnější trávení volného času.

V rámci dotazníkového šetření byl také zjišťován průběh nemoci respondentů – kdy se objevily první příznaky, kolikrát byli hospitalizováni, zda dokáží příznaky své nemoci rozpoznat, jakým způsobem řeší potřebu hospitalizace a kdo je doprovází k lékaři. Co se týká prvních příznaků nemoci, nejvíce respondentů uvedlo, že se tak stalo před 20. rokem věku a jen výjimečně to bylo později než ve věku 45 a více let. Někteří respondenti nemají propuknutí nemoci spojeno s určitým věkem, ale s nějakou událostí jejich života (např. úmrtí blízké osoby, rozvod, extrémní stresová zátěž apod.). Většina respondentů (71 %) uvedla, že byla hospitalizována opakovaně, pouze 29 % respondentů uvedlo, že bylo hospitalizováno jedinkrát. V této souvislosti je zajímavé, že přestože většina respondentů byla hospitalizována opakovaně, tak 43 % respondentů dokáže spolehlivě rozpoznat prvotní příznaky své nemoci, 16 % příznaky nerozpozná a 41 % neví, zda je dokáže rozpoznat. Překvapující je zejména počet 41 % respondentů, kteří neví, zda rozpoznají nebo nerozpoznají příznaky své nemoci. Vyhodnocením těchto odpovědí byl splněn dílčí cíl, tedy: *zjistit, zda osoby s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program, dokáží rozpoznat příznaky své choroby. Zároveň byl potvrzen výzkumný předpoklad, že méně jak 50% dotazovaných dokáže rozpoznat prvotní příznaky své nemoci.* V rámci resocializačního programu by tak mohla být zařazena činnost, v rámci které by se respondenti učili, jak příznaky své nemoci rozpoznat a „pracovat s nimi“. Jako dominující prvotní příznaky své nemoci uváděli respondenti nejčastěji hlasy, které slyší, úzkosti, únavu, apatii, pokles nálady, nespavost apod. Pokud respondenti pocítí potřebu hospitalizace, tak 35 % z nich kontaktuje svého ambulantiho psychiatra, 32 % kontaktuje někoho z rodiny, 14 % si zavolá záchrannou službu, 8 % zkontaktuje sociálního pracovníka a 11 % bude situaci řešit jinak (např. kontaktují přítele nebo praktického lékaře, příp. situaci neřeší). Při návštěvě lékaře 35 % respondentů doprovází partner nebo někdo z rodiny. Poměrně velká část, 26 % respondentů uvedla, že k lékaři je „doprovází“ záchranná služba a 27 % uvedlo jinou možnost (většinou uvedli, že lékaře navštěvují sami bez doprovodu). Pouze 6 % respondentů doprovází sociální pracovník, 4 % respondentů zdravotní sestra a 2 % respondentů přátel. Z výsledků lze vyvodit, že 26 % respondentů je odváženo záchrannou službou až v akutním stavu své nemoci.

Vyhodnocením odpovědí na otázku č. 33 došlo k naplnění dílčího cíle, tedy: *zjistit, zda osoby s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program, vnímají zkreslený pohled ostatních na svou osobu z důvodu duševního onemocnění.* Celkem 22 % respondentů

vnímá zkreslený pohled ostatních na svou osobu, 31 % respondentů toto nevnímá a téměř polovina respondentů, 47 % nedokáže na tuto otázku zodpovědět. Respondenti nejčastěji popisovali zkreslený pohled ostatních na svoji osobu, nejčastěji se setkávají s označením, že „jsou divní“, ostatní se jich straní a nechápou jejich duševní onemocnění.

#### 4.1 Závěr výzkumného šetření

Celkově lze konstatovat, že absolvování resocializačního program má pozitivní vliv na kvalitu života osob s duševním onemocněním. Toto bylo prokázáno splněním jednotlivých dílčích cílů, ale také vyhodnocením závěrečné otázky dotazníkového šetření, ve které se respondenti převážně vyjadřovali, že kvalita jejich života je lepší (často vyjádřeno slovy „cítím se líp“, „jsem jistější, komunikativnější“, „nemám strach“, „dovedu se postarat sám o sebe“ apod.). Dále bylo zjištěno, že využívání sociálních služeb a dostatečná pomoc odborníků osobám s duševním onemocněním vede k tomu, že tyto osoby jsou spokojenější s kvalitou svého života. Toto bylo ověřeno pomocí testu dobré shody chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Nedílnou součástí komplexní léčby u osob s duševním onemocněním je aktivní intervence nejlépe sociálního pedagoga nebo pracovníka v sociálních službách, aby včas předcházel opakovaným vzplanutím onemocnění, navázal s klientem důvěrný vztah, který je jeden z nejdůležitějších prvků pro úspěšný návrat do přirozeného sociálního prostředí pacienta, byl mu oporou a partnerem a byl nápomocen při každodenních činnostech, které už jsou pro pacienta náročné zvládat. Závěrem můžeme říct, že resocializační programy pro osoby s duševním onemocněním mají a mohou mít své opodstatnění a měli by se stát automatickou složkou při léčbě duševních onemocněních.

## ZÁVĚR

Tématem diplomové práce byla role sociálního pedagoga při resocializaci psychiatrických pacientů. Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuje pozornost základním pojmům ze sociální pedagogiky, sociální práce a nástinu historického vývoje tohoto humanisticky zaměřeného oboru. Definiujeme roli sociálního pedagoga a zamýšlíme se, jakým způsobem aplikovat do praxe odborné poznatky a vědomosti při resocializaci psychiatrických pacientů. Dále se zmiňujeme o možnostech léčby a zejména se zabýváme resocializací (rehabilitací) psychiatrických pacientů. Zmiňujeme také resocializační programy, preventivní aktivity, jež přispívají k časnému zachytu duševních onemocnění a které dále vedou k destigmatizaci psychiatrie a duševně nemocných, možnosti ambulantní péče či domácí péče, a zabýváme se problematikou terénní práce a nově vytvářenými multidisciplinárními týmy. Je prokázáno, že aktivní zapojení sociálního pedagoga do resocializace psychiatrických nemocných má příznivý vliv na kvalitu života u osob postižených psychiatrickou diagnózou a tito lidé jsou daleko více sociálně zdatnější a dokáží žít samostatně či s částečnou dopomocí ve svém přirozeném sociálním prostředí po absolvování resocializačního programu. Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol s dalšími podkapitolami a drží se informací z doporučené odborné literatury.

V praktické části diplomové práce jsme se zabývali kvalitou života a jejím vnímáním osobami s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program. Pojem kvalita života zahrnuje spoustu oblastí (např. práce, zdraví, rodina, zájmy, finanční prostředky apod.). Cílem výzkumného šetření bylo prokázání souvislosti faktu, že absolvování resocializačního programu má pozitivní vliv na kvalitu života osob s duševním onemocněním a že po absolvování tohoto programu dojde ke zvýšení úrovně jejich sociálních dovedností. Jako další dílčí cíle jsme si stanovili například zjistit, zda osoby s duševním onemocněním, které absolvovaly resocializační program, smysluplně využívají sociální služby nebo zda byl resocializační program pro ně přínosný a nabídka služeb v tomto programu byla dostatečná. Výzkum proběhl pomocí dotazníkového šetření. Výzkumné předpoklady, které jsme si předem stanovili, se z větší části potvrdily.

Obecným cílem neboli smyslem diplomové práce byla snaha nastínit problematiku osob s duševním onemocněním se zaměřením na jejich uplatnění ve společnosti, jejich vnímání společností a destigmatizovat tuto část populace, která i přes svůj handicap může být přino-

sem pro společnost. V průběhu fungování resocializačních programů v psychiatrických léčebnách došlo k funkční provázanosti sociálních a zdravotních služeb. Závěrem můžeme konstatovat, že resocializační programy pro osoby s duševním onemocněním mají a mohou mít své opodstatnění a měly by se stát automatickou složkou při léčbě duševních onemocnění. A právě impuls realizovat smysluplné resocializační programy pro tyto osoby a s entuziasmem profesionálů, kteří iniciují a realizují tuto sociálně-pedagogickou činnost, je nepochybné, že i přes veškerý negativní náhled odborné společnosti a laiků, smysl těchto programů je opodstatněný a především má zásadní přínos pro kvalitu života u osob s duševním onemocněním. Vhodně zvolené způsoby edukace jim mohou pomoci si tyto skutečnosti uvědomit a pozitivně ovlivnit jejich kvalitu života v jejich přirozeném sociálním prostředí.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. BALVÍN, Jaroslav. *Sociální pedagogika a její dvě české osobnosti: Miroslav Dědič a Přemysl Pitter*. Vydání první. Praha: Radix, spol. s r.o., 2015. 112 stran, 24 stran obrazových příloh. ISBN 978-80-87573-13-6.
2. BĚLÍK, Václav a kol. *Slovník sociální patologie*. Vydání 1. Praha: Grada, 2017. 120 stran. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0599-1.
3. BENDL, Stanislav. *Základy sociální pedagogiky*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. 334 stran. ISBN 978-80-7290-881-3.
4. BLAHUTKOVÁ, Marie, JONÁŠOVÁ, Daniela a OŠMERA, Milan. *Duševní zdraví a pohyb*. 1. vydání. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o., Brno, 2015. 109 stran. ISBN 978-80-7204-916-5.
5. ČÁPKOVÁ, Naděžda, Michal KRYL a kol. *Psychiatrická léčebna Šternberk*. Olomouc: PROFI-TISK GROUP, 2016, 46 s.
6. DAWIDZIUK, Stanisław. *Význam pedagogiky v pomáhajících profesích*. Karviná: Akademie J.A. Komenského Karviná, 2014. 394 s. ISBN 978-80-905678-0-1.
7. DOUBEK, Pavel et al. *Psychóza v životě - život v psychóze: informace, rady a doporučení*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, ©2010. 57 s. ISBN 978-80-7345-231-5.
8. EKDAWI, Mounir Y. *Psychiatric Rehabilitation: A Practical Guide*. 1st Ed. London: Chapman & Hall, 1994. 7, 141 s. ISBN 0-412-42970-5.
9. HAJEROVÁ MÜLLEROVÁ, Lenka. *Sociální pedagogika, sociální patologie*. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2014. ISBN 978-80-87839-34-8.
10. HÖSCHL, Cyril, ed., LIBIGER, Jan, ed. a ŠVESTKA, Jaromír, ed. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

11. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. 254 stran. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.
12. JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2.
13. JANOUŠKOVÁ, Klára a KVASNIČKA, Radim. *Analýza vzdělávacích potřeb terénních pracovníků*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 41 s. ISBN 978-80-7368-508-9.
14. JURÁSKOVÁ, Dana. *Hospitalizace pacienta a jeho bezpečnost*. V Praze: EuroProfis, 2007. 44 s. ISBN 978-80-239-8838-3.
15. JŮZL, Miloslav. *K tradicím české sociální pedagogiky*. Vydání I. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2017. 128 stran. ISBN 978-80-7452-133-1.
16. KALVACH, Zdeněk a kol. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Vyd. 1. [Praha]: Diakonie ČCE, 2014. 95 s. ISBN 978-80-87953-07-5.
17. KRAUS, Blahoslav. *Sociální aspekty výchovy*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999. 165 s. ISBN 80-7041-135-X.
18. KRAUS, Blahoslav. *Společnost, rodina a sociální deviace*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 157 s. Recenzované monografie; 44. ISBN 978-80-7435-411-3.
19. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. 215 s. ISBN 978-80-262-0643-9.
20. LACA, Slavomír. *Sociální pedagogika verus sociální práca*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2016. ISBN 978-80-906237-0-5.
21. MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.

22. MARGIES, Wolfhard. *Uzdravení duševních nemocí: cesta k nové psychiatrii založené na důsledném návratu k biblickému pohledu na člověka*. První vydání. Příbram: Křesťanské centrum Příbram, [2016], ©2016. 411 stran. ISBN 978-80-905547-7-1.
23. MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
24. MORAVCOVÁ, Ilona, ed. a KALIBA, Martin. *Sociální vyloučení v resocializačním kontextu*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2012. 105 s. ISBN 978-80-7395-432-1.
25. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
26. *Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR*. [Praha]: Liga lidských práv, 2015. 61 stran. ISBN 978-80-87414-25-5.
27. OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 263 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.
28. PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-0-19-851615-6.
29. PRAŠKO, Ján, ed. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2011. 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.
30. PRAŠKO, Ján et al. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group, ©2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.
31. PRAŠKO, Ján a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 527 s. Učebnice. ISBN 978-80-244-2570-2.



32. PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
33. PROBSTOVÁ, Václava et al. *CAN: Camberwellské šetření potřeb: komplexní metoda šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním: manuál*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. 63 s. ISBN 978-80-260-0138-6.
34. PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
35. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. Sjezd. *Duševní zdraví - věc veřejná: sborník příspěvků XI. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí*. V Tribunu EU vydání první. Brno: Tribun EU, 2016. 263 stran. ISBN 978-80-263-1047-1.
36. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. Sjezd, HOLLÝ, Martin, ed., DOUBEK, Pavel, ed. a PÁV, Marek, ed. *Budoucnost péče o duševně nemocné v souvislostech: sborník příspěvků X. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí: [12.-15. června 2014, Hotel Harmony, Špindlerův Mlýn*. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2014. 356 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-263-0702-0.
37. RABOCH, Jiří et al. *Basic psychopathological terms and psychiatric diagnoses*. 1st ed. Prague: Karolinum, 2004. 203 s. Charles University in Prague teaching texts. ISBN 80-246-0825-1.
38. RABOCH, Jiří a kol. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
39. SCULLY, James H., ed. *Psychiatry*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, ©2001. xi, 339 s. National medical series for independent study. ISBN 0-683-30791-6.

40. *Sociální hospitalizace*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2000. 41, 4, v s. ISBN 80-238-6872-1.
41. STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
42. SVOBODA, Mojmir, ČEŠKOVÁ, Eva a KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. 317 stran. ISBN 978-80-262-0976-8.
43. ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-69-9.
44. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
45. VALÍŠOVÁ, Alena a kol. *Autorita v edukační a sociální práci*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2012. 411 s. ISBN 978-80-7395-507-6.
46. WEDLICHOVÁ, Iva, ed. *Terénní sociální práce v praxi*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2008. 143 s. ISBN 978-80-7044-975-2.

**Internetové zdroje**

1. *Psichiatrici adulti* [online] 2018 [cit. 2018-03-18]. Dostupné také z: <https://www.aesdomicilio.com/psichiatrici-adulti-risabilitazione-assistenza-psichiatrica-como-lecco-milano/>
2. Česko. Vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných zdravotníků. In: Sbírka zákonů České republiky. [online] 2011 [cit. 2018-04-04], částka 20, s. 513. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)
3. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2010 [cit. 2018-04-04]. Strategie reformy psychiatrické péče. Verze 1.0. Praha, 2013. Dostupné také z: <http://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/3cba95dee355-4225-8838-625ee0cf153c/Strategie-reformy-psych-pece.pdf?ext=.pdf>
4. HOLLÝ, Martin. *Reforma psychiatrické péče*. Postgraduální medicína [online]. 2014, ročník 17, č. 6 [cit. 2018-04-04]. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/reforma-psychiatricke-pece-475769>.
5. *Psychiatrická léčebna ve Šternberku* [online]. 2018 [cit. 2018-03-18]. Dostupné také z: <https://www.plstbk.cz/index.php/program-start>.
6. *Zákon pro lidi* [online]. 2010-2018 [cit. 2018-04-04]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
7. *Psychology today* [online]. 2018 [cit. 2018-03-18]. Dostupné také z: <https://www.psychologytoday.com/blog/fighting-fear/201310/psychiatric-hospitalization-vs-treatment-home>.
8. MATUŠÍNSKÁ, Eva. *Resocializace pacientů s psychotickým onemocněním* [online]. Brno, 2010 [cit. 2018-04-16]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/k5pa5/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Helena Vaňurová.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	a jiné.
apod.	a podobně.
atd.	a tak dále.
č.	číslo.
el.	elektrický.
H <sub>A</sub>	alternativní hypotéza.
H <sub>0</sub>	nulová hypotéza.
hod.	hodina.
IDOS	Integrovaný dopravní informační systém.
Mons.	Monsignore.
např.	například.
PC	osobní počítač.
PL	psychiatrická léčebna.
resp.	respektive.
s.	stránka.
Sb.	Sbírka zákonů.
START	Komplexní rehabilitace k soběstačnosti.
tj.	to jest.
tzv.	tak zvaný.
§	paragraf.

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 2: Věk

Tabulka č. 3: Vzdělání

Tabulka č. 4: Pracovní zkušenosti

Tabulka č. 5: Zapojení do pracovního procesu

Tabulka č. 6: Informovanost o pracovních příležitostech

Tabulka č. 7: Získávání finančních prostředků

Tabulka č. 8: Dostatek finančních prostředků k uspokojování svých potřeb

Tabulka č. 9: Bydlení

Tabulka č. 10: Partnerský vztah

Tabulka č. 11: Využívání sociálních dávek

Tabulka č. 12: Informovanost o potřebách

Tabulka č. 13: Získávání informací

Tabulka č. 14: Výhody z resocializačního programu

Tabulka č. 15: Dostatečnost těchto služeb

Tabulka č. 16: Sociální zdatnost

Tabulka č. 17: Denní centra a stacionáře

Tabulka č. 18: Dostatečná pomoc od odborníků

Tabulka č. 19: Kvalita života

Tabulka č. 20: Spokojenost se svým zdravím

Tabulka č. 21: Četnost hospitalizací

Tabulka č. 22: Rozpoznání prvotních příznaků

Tabulka č. 23: Činnosti při potřebě hospitalizace

Tabulka č. 24: Doprovod k lékaři

Tabulka č. 25: Pohled okolí na onemocnění

Tabulka č. 26: Kontingenční tabulka (využívání sociálních služeb)

Tabulka č. 27: Kontingenční tabulka (dostatečná pomoc od povolanych)

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví

Graf č. 2: Věk

Graf č. 3: Vzdělání

Graf č. 4: Pracovní zkušenosti

Graf č. 5: Zapojení do pracovního procesu

Graf č. 6: Informovanost o pracovních příležitostech

Graf č. 7: Získávání finančních prostředků

Graf č. 8: Dostatek finančních prostředků k uspokojování svých potřeb

Graf č. 9: Bydlení

Graf č. 10: Partnerský vztah

Graf č. 11: Využívání sociálních dávek

Graf č. 12: Informovanost o potřebách

Graf č. 13: Získávání informací

Graf č. 14: Výhody z resocializačního programu

Graf č. 15: Dostatečnost těchto služeb

Graf č. 16: Sociální zdatnost

Graf č. 17: Denní centra a stacionáře

Graf č. 18: Dostatečná pomoc od odborníků

Graf č. 19: Kvalita života

Graf č. 20: Spokojenost se svým zdravím

Graf č. 21: Četnost hospitalizací

Graf č. 22: Rozpoznání prvotních příznaků

Graf č. 23: Činnosti při potřebě hospitalizace

Graf č. 24: Doprovod k lékaři

Graf č. 25: Pohled okolí na onemocnění

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Týdenní program START v Psychiatrické léčebně Šternberk

Příloha P II: Dotazník

Příloha P III: Informovaný souhlas s dotazníkovým šetřením

Příloha P IV: Tabulky

Příloha P V: Grafy



## **PŘÍLOHA P I: TÝDENNÍ PROGRAM START V PL ŠTERNBERK**

**Týdenní program START v Psychiatrické léčebně Šternberk:**

### **Pondělí:**

**8:30 – 9:00 (Relaxační místnost)**

Uvítání klientů v novém cyklu, seznámení s programem,  
ukázka prostorů STARTU.

**09:00 – 09:15 (Kuchyňka cvičná)**

Přestávka (káfé, čaj)

**09:15 – 11:30 (Relaxační místnost)**

Zahradní terapie. **Vyplňování vstupních dotazníků.**

**11:30 – 13:00**

(odchod pacientů na oběd na svá oddělení a polední klid), (personál oběd a zápis činností)

**13:00 – 14:50 (mimo areál PL)**

Vycházka mimo areál, možnosti volnočasových aktivit, seznámení s městem Šternberk.

Návštěva kaple sester Klarisek.

**14:50 - 15:00 (Relaxační místnost)**

Závěrečné zhodnocení dne

### **Úterý:**

**8:30 – 8:45 (Relaxační místnost)**

Ranní komunita, seznámení s denním programem.

**8:45 – 9:00 přestávka kouření, zalití kávy, čaje.** (klient dodržuje časový harmonogram)

**9:00 – 10:00 (Kuchyňka - cvičná)**

Canisterapie

**10:00 – 11:30 (Tělocvična)**

Pohybové hry pro všechny klienty.

**11:30 – 13:00**

(odchod pacientů na oběd na svá oddělení a polední klid), (personál oběd a zápis činností)

**13:00 –14:50 (Kuchyňka - cvičná)**

Procvičování kognitivních funkcí a nácvik domácích prací

**14:50 - 15:00 (Relaxační místnost)**

Závěrečné zhodnocení dne

### **Středa:**

**8:30 – 9:00 (Relaxační místnost)**

Ranní komunita, seznámení s denním programem.

**9:00 – 9:30 přestávka kouření, zalití kávy, čaje.** (klient dodržuje časový harmonogram)

**9:30 – 11:00 (mimo areál PL)**

Nácvik finanční gramotnosti, sepsání ingrediencí pro nákup. Společná procházka do města Šternberk, supermarket Albert – nakupování. Možnosti využití volného času.

**11:00 – 11:30 (Relaxační místnost)**

Společný nácvik relaxace – solná jeskyně.

**11:30 –13:00**

(odchod pacientů na oběd na svá oddělení a polední klid), (personál oběd a zápis činností)

**13:00 – 14:50 (PC místnost, kuchyňka)**

Nácvik domácích prací, vaření. Základy práce s PC.

**14:50 - 15:00 (Relaxační místnost)**

Závěrečné zhodnocení dne

### **Čtvrtek:**

**8:30 – 8:45 (Relaxační místnost)**

Ranní komunita, seznámení s denním programem.

**8:45 – 9:00 (Relaxační místnost, travnatá plocha před vodoléčbou – dle počasí)**

Společná rozcvička všech klientů – kondiční stezka.

**9:00 – 9:15 přestávka kouření, zalití kávy, čaje.**

(klient dodržuje časový harmonogram)

**9:15 – 11:00 (Kuchyňka - cvičná), (PC místnost)**

Nácvik domácích prací, vaření. Základy práce s PC.

**11:00 – 11:30 (Relaxační místnost)**

Společný nácvik svalové relaxace.

**11:30 –13:00**

(odchod pacientů na oběd na svá oddělení a polední klid), (personál oběd a zápis činností)

**13:00 –14:50 (Relaxační místnost)**

Návštěva sociálních služeb, prezentace – organizace MANA

**14:50 - 15:00 (Relaxační místnost)**

Závěrečné zhodnocení dne

### **Pátek:**

**8:30 – 8:45 (Relaxační místnost)**

Ranní komunita, seznámení s denním programem.

**8:45 – 9:15 přestávka kouření, zalití kávy, čaje.** (klient dodržuje časový harmonogram)

**9:15 – 11:00 (Prostory „Startu“)**

Úklid exteriéru a interiéru.

**11:00 – 11:30 (Relaxační místnost)**

Společný nácvik relaxace – solná jeskyně.

**11:30 –13:00**

(odchod pacientů na oběd na svá oddělení a polední klid), (personál oběd a zápis činností a hodnocení)

**13:00 – 14:40 (venkovní prostory Startu).**

Volnočasové aktivity

**14:40 – 15:00 (Relaxační místnost)** Týdenní zhodnocení průběhu a pobytu ve Startu

## PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Dobrý den, jsem studentem 2. ročníku navazujícího magisterského studia sociální pedagogiky na Univerzitě T. Bati ve Zlíně. Součástí mé diplomové práce je výzkum zabývající se problematikou opakovaných hospitalizací psychiatrických pacientů po absolvování resocializačního programu a kvalitou jejich života. Prosím o vyplnění dotazníku, který mi pomůže k realizaci mého výzkumu. Vámi zvolené odpovědi zakroužkujte, případně odpověď vypište. Dotazník je anonymní a získaná data budou sloužit pouze pro účel mé diplomové práce. Děkuji za Váš čas při vyplnění tohoto dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
  - A. Muž
  - B. Žena
  
2. Kolik je Vám let?
  - A. 15 – 30 let
  - B. 31 – 40 let
  - C. 41 – 50 let
  - D. 51 a více
  
3. Vaše maximální dosažené vzdělání?
  - A. Základní
  - B. Středoškolské, bez maturity
  - C. Středoškolské, s maturitou
  - D. Vysokoškolské
  
4. Máte nějaké pracovní zkušenosti?
  - A. Ano
  - B. Ne

5. Pokud ano, tak jaké?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

6. Je pro Vás důležité být zapojen do pracovního procesu? Upřesněte.

A. Ano: \_\_\_\_\_

B. Ne: \_\_\_\_\_

7. Jste dostatečně informován/a o pracovních příležitostech ve Vašem okolí?

A. Ano

B. Ne

8. Pokud ano, jakým způsobem?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

9. Jakým způsobem získáváte finanční prostředky?

A. Mzda (případně nemocenská)

B. Podpora v nezaměstnanosti

C. Důchod (invalidní, starobní)

D. Sociální dávky (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, příspěvek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc)

E. Jinak (uveďte, jakým způsobem)-

---

---

10. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

A. Ano: \_\_\_\_\_

B. Ne: \_\_\_\_\_

11. Kde v současné době bydlíte?

A. Sám/a (ve vlastním bytě či domě)

B. S rodinou

C. Na ubytovně, v azylovém domě

D. Jinak – upřes-

něte: \_\_\_\_\_

E. Jsem osoba bez přístřeší

12. Máte partnera (partnerku), s nímž (s níž) žijete v jedné domácnosti?

A. Ano

B. Ne

13. Využíváte sociálních služeb?

A. Ano

B. Ne

14. Pokud ano, o které služby se konkrétně jedná?

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

15. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

- A. Ano
- B. Ne

16. Pokud ano, jakým způsobem informace nejvíce získáváte?

- A. Od přátel
- B. Od rodiny
- C. Od sociálního pracovníka
- D. Od lékaře
- E. Jinak – upřes-

něte: \_\_\_\_\_

17. Přineslo Vám absolvování resocializačního programu výhody? Pokud ano, jaké?

- A. Ano: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- B. Ne
- C. Nevím

18. Jaké služby Vám byly nabídnuty v rámci resocializačního programu?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

19. Domníváte se, že tyto jsou služby dostačující? Upřesněte.

- A. Ano: \_\_\_\_\_
- B. Ne – uveďte, jaké služby Vám chybí:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- C. Nevím: \_\_\_\_\_

20. Cítíte se po absolvování resocializačního programu sociálně zdatnější pro život v přirozeném prostředí (tj. mimo zdravotnické zařízení)? Upřesněte.

A. Ano: \_\_\_\_\_

B. Ne: \_\_\_\_\_

C. Nevím: \_\_\_\_\_

21. Docházíte do nějakého denního centra či stacionáře? Pokud ano, do jakého?

A. Ano: \_\_\_\_\_

B. Ne

22. Máte pocit, že se Vám dostává dostatečné pomoci od odborníků (lékař, sociální pracovník atd.)?

A. Ano

B. Ne

C. Nevím

23. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? Upřesněte.

A. Spokojen: \_\_\_\_\_

B. Nespokojen: \_\_\_\_\_

C. Nevím: \_\_\_\_\_

24. Jste spokojen/a se svým zdravím?

A. Velmi nespokojen/a

B. Nespokojen/a

C. Ani spokojen/a, ani nespokojen/a

D. Spokojen/a

E. Velmi spokojen/a

F. Nevím



25. Jaké koníčky jste preferoval před vypuknutím nemoci?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

26. Jak trávíte volný čas v současné době?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

27. Kolikrát jste byl/a hospitalizován/a? Upřesněte.

A. Jedenkrát

B. Opakovaně hospitalizovaný/á: \_\_\_\_\_

28. Kdy se u Vás poprvé objevily prvotní příznaky nemoci?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29. Dokážete spolehlivě rozpoznat prvotní příznaky nemoci?

A. Ano

B. Ne

C. Nevím

30. Pokud ano, které příznaky jsou u Vás obvykle dominantní?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

31. Co uděláte, když budete cítit potřebu hospitalizace?

- A. Zajdu ke svému ambulantnímu psychiatrovi
- B. Zavolám záchrannou službu
- C. Zkontaktuji někoho z rodiny
- D. Zkontaktuji sociálního pracovníka
- E. Jiná možnost – upřesněte: \_\_\_\_\_

32. Když se u Vás objeví příznaky nemoci, kdo Vás doprovází k lékaři?

- A. Partner, rodina
- B. Přátelé
- C. Sociální pracovník (např. pečovatel nebo jiný pracovník v sociálních službách)
- D. Zdravotní pracovník (např. všeobecná sestra)
- E. Záchraná služba
- F. Jiná možnost – upřesněte: \_\_\_\_\_

33. Vnímáte zkreslený pohled od ostatních na Vaší osobu z důvodu nemoci, kterou trpíte?

- A. Ano
- B. Ne
- C. Nevím

34. Pokud ano, jak konkrétně?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

35. Jak momentálně vnímáte svou kvalitu života po absolvování resocializačního programu? Konkrétně ji popište.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**PŘÍLOHA P III: INFORMOVANÝ SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM  
ŠETŘENÍM**

## PŘÍLOHA P IV: TABULKY

Tabulka č. 1: Pohlaví

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
muž	58	58
žena	42	42
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 2: Věk

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
15 – 30 let	16	16
31 – 40 let	37	37
41 – 50 let	22	22
51 a více let	25	25
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 3: Vzdělání

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
základní	37	37
středoškolské bez maturity	30	30
středoškolské s maturitou	19	19
vysokoškolské	14	14
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 4: Pracovní zkušenosti

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	68	68
ne	32	32
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 5: Zapojení do pracovního procesu

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	57	57
ne	43	43
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 6: Informovanost o pracovních příležitostech

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	55	55
ne	45	45
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 7: Získávání finančních prostředků

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
mzda, nemocenská	5	5
podpora v nezaměstnanosti	2	2
důchod	56	56
sociální dávky	30	30
jiným způsobem	7	7
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 8: Dostatek finančních prostředků k uspokojování svých potřeb

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	40	40
ne	60	60
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 9: Bydlení

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
sám	27	27
s rodinou	36	36
na ubytovně, v azylovém domě	20	20
jinak	5	5
jsem osoba bez přístřeší	12	12
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 10: Partnerský vztah

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	29	29
ne	71	71
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 11: Využívání sociálních dávek

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	48	48
ne	52	52
$\Sigma$	100	100



Tabulka č. 12: Informovanost o potřebách

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	73	73
ne	27	27
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 13: Získávání informací

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
přátelé	24	24
rodina	19	19
sociální pracovník	18	18
lékař	4	4
jinak	8	8
$\Sigma$	73	73

Tabulka č. 14: Výhody z resocializačního programu

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	69	69
ne	18	18
nevím	13	13
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 15: Dostatečnost těchto služeb

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	66	66
ne	28	28
nevím	6	6
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 16: Sociální zdatnost

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	56	56
ne	17	17
nevím	27	27
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 17: Denní centra a stacionáře

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	20	20
ne	80	80
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 18: Dostatečná pomoc od odborníků

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	52	52
ne	11	11
nevím	37	37
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 19: Kvalita života

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
spokojen/a	46	46
nespokojen/a	30	30
nevím	24	24
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 20: Spokojenost se svým zdravím

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
velmi nespokojen/a	4	4
nespokojen/a	20	20
ani spokojen/a, ani nespokojen/a	27	27
spokojen/a	40	40
velmi spokojen/a	3	3
nevím	6	6
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 21: Četnost hospitalizací

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
jedenkrát	29	29
opakovaná hospitalizace	71	71
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 22: Rozpoznání prvotních příznaků

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	43	43
ne	16	16
nevím	41	41
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 23: Činnosti při potřebě hospitalizace

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
zajdu ke svému ambulantnímu psychiatrovi	35	35
zavolám záchrannou službu	14	14
zkontaktuju někoho z rodiny	32	32
zkontaktuju sociálního pracovníka	8	8
jiná možnost	11	11
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 24: Doprovod k lékaři

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
partner, rodina	35	35
přátelé	2	2
sociální pracovník	6	6
zdravotní pracovník	4	4
záchranná služba	26	26
jiná možnost	27	27
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 25: Pohled okolí na onemocnění

	četnost odpovědí	
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	22	22
ne	31	31
nevím	47	47
$\Sigma$	100	100

Tabulka č. 26: Kontingenční tabulka (využívání sociálních služeb)

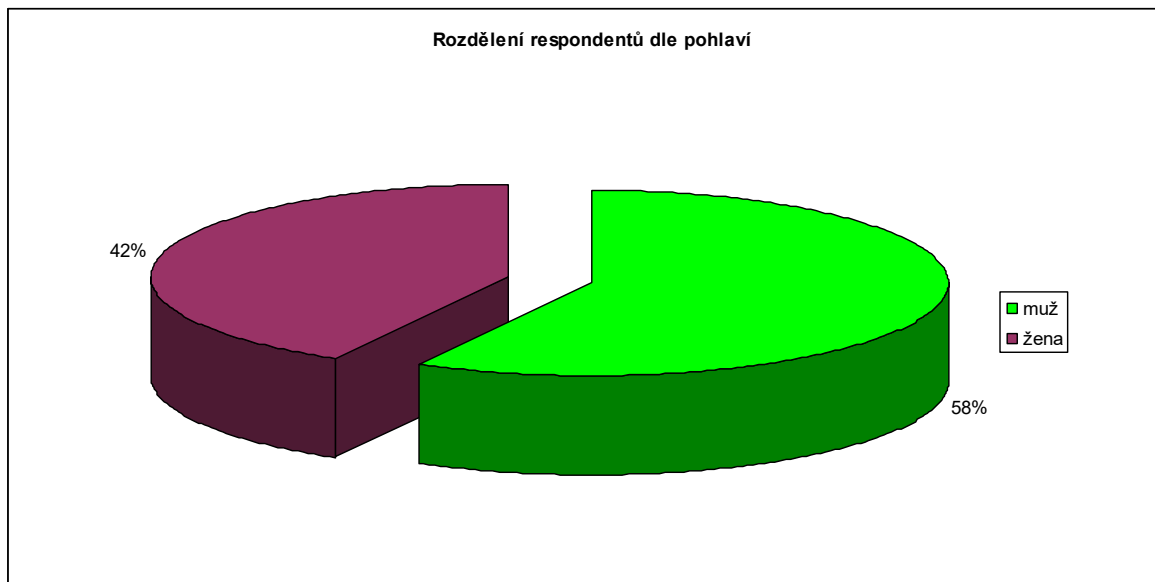
	ano	ne	$\Sigma$
spokojen/a	33 (22,08)	13 (23,92)	46
nespokojen/a	7 (14,4)	23 (15,6)	30
nevím	8 (11,52)	16 (12,48)	24
$\Sigma$	48	52	100

Tabulka č. 27: Kontingenční tabulka (dostatečná pomoc od povolaných)

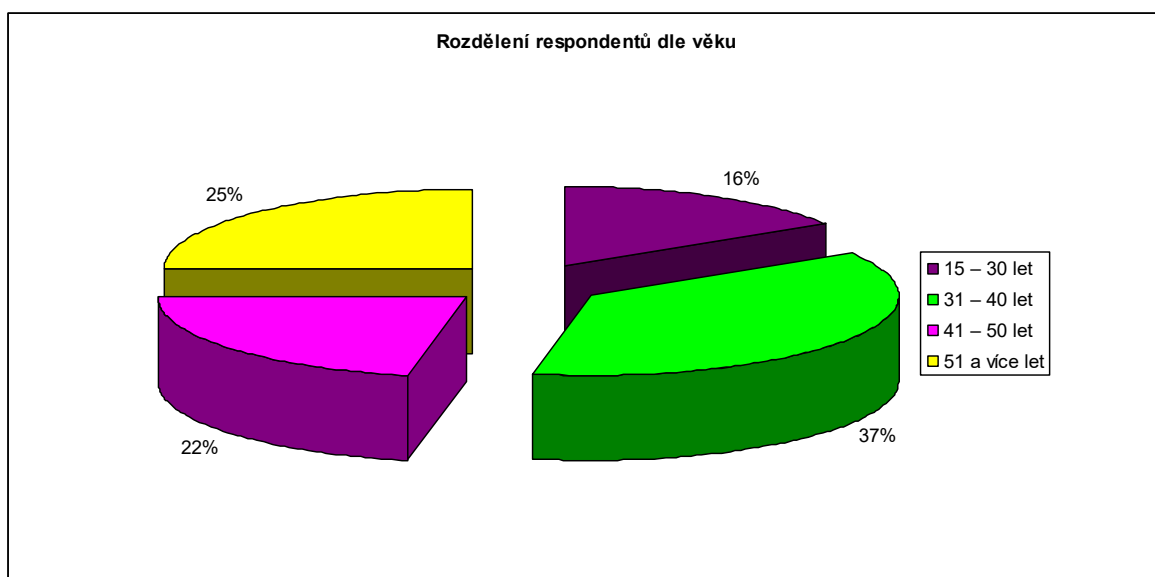
	ano	ne	nevím	$\Sigma$
spokojen/a	31 (23,92)	2 (5,06)	13 (17,02)	46
nespokojen/a	12 (15,6)	7 (3,3)	11 (11,1)	30
nevím	9 (12,48)	2 (2,64)	13 (8,88)	24
$\Sigma$	52	11	37	100

## PŘÍLOHA P V: GRAFY

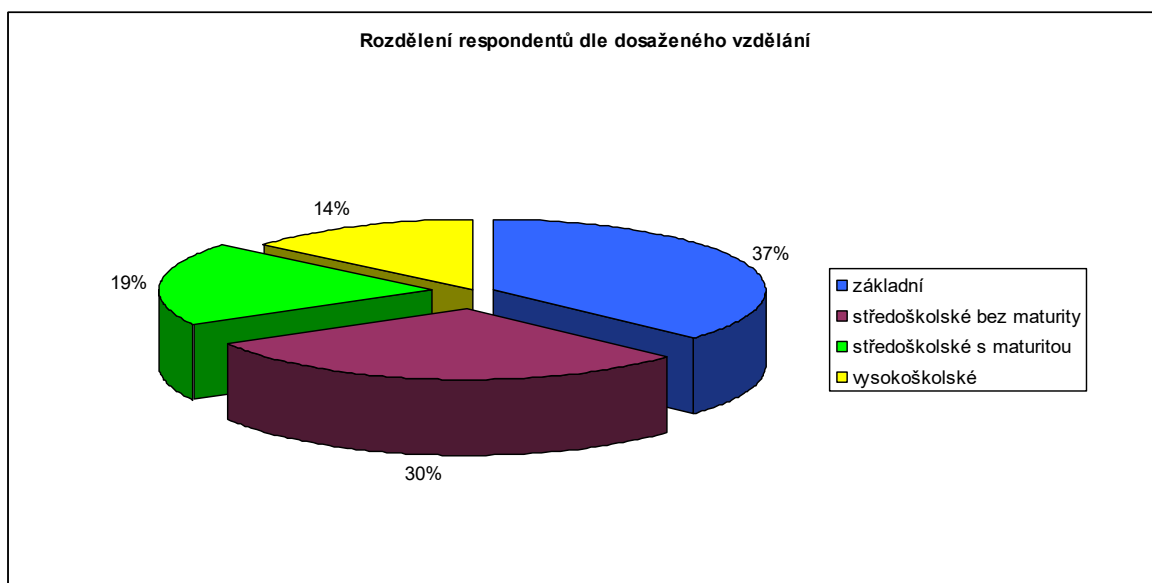
Graf č. 1: Pohlaví



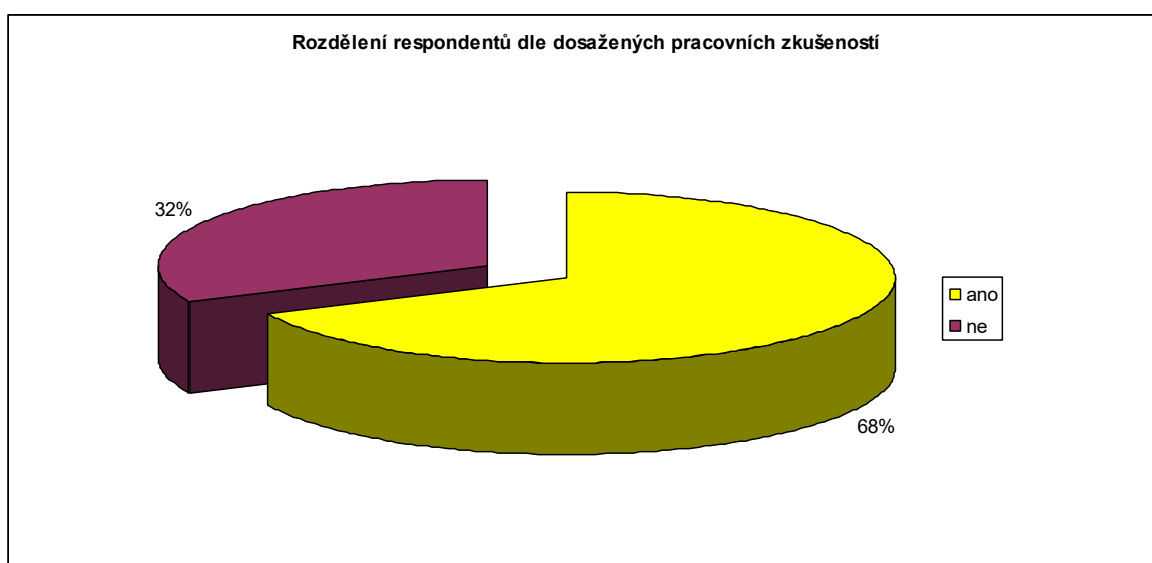
Graf č. 2: Věk



Graf č. 3: Vzdělání



Graf č. 4: Pracovní zkušenosti

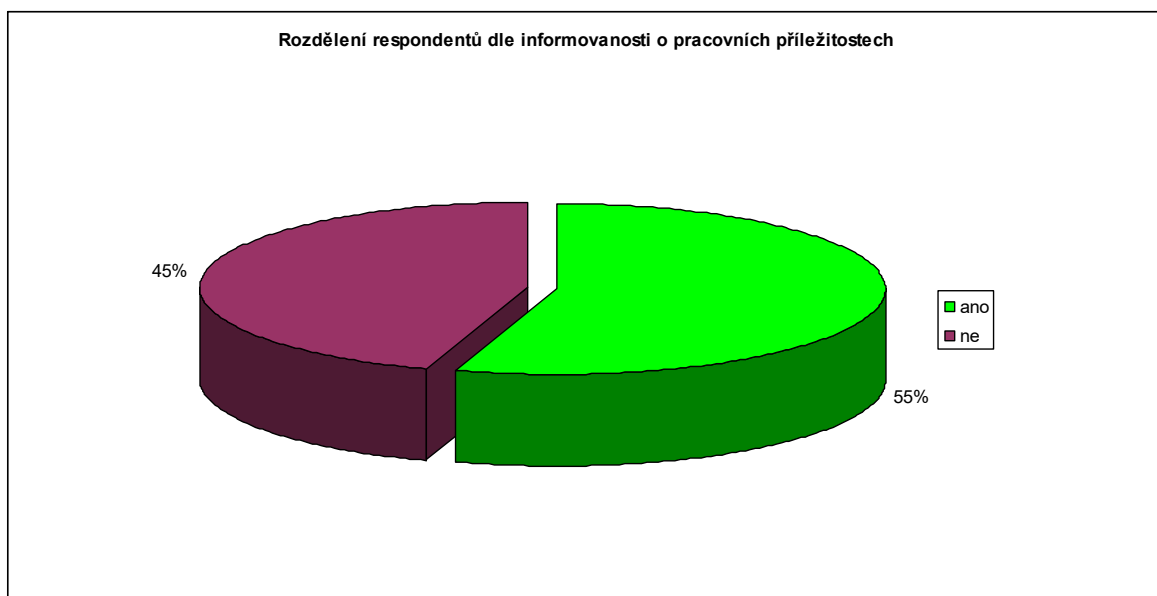




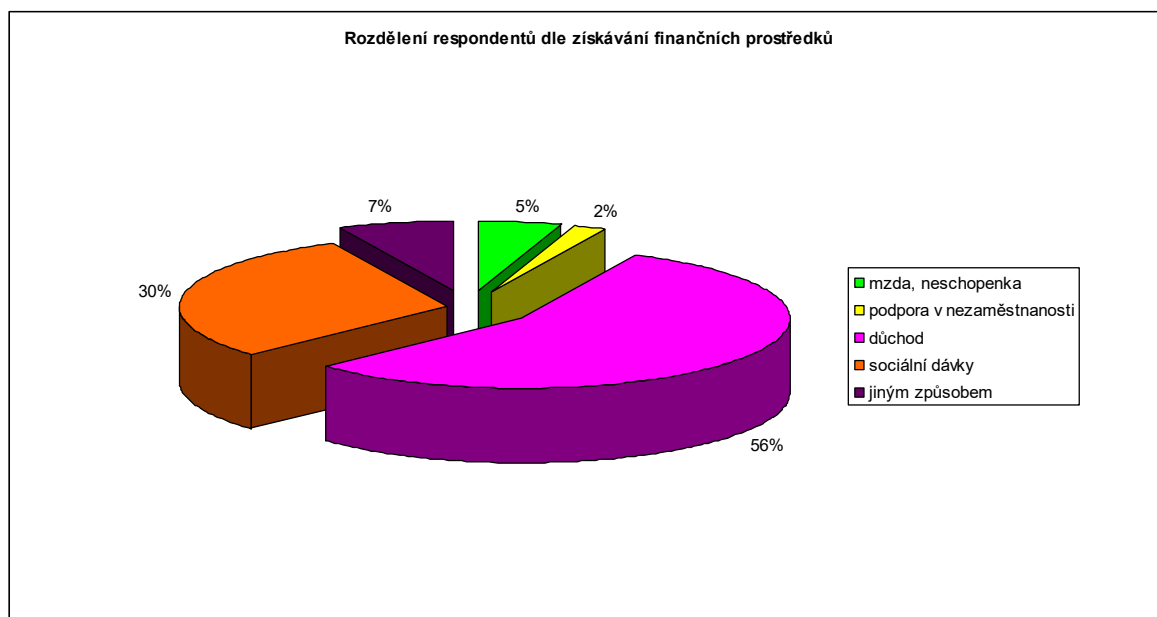
Graf č. 5: Zapojení do pracovního procesu



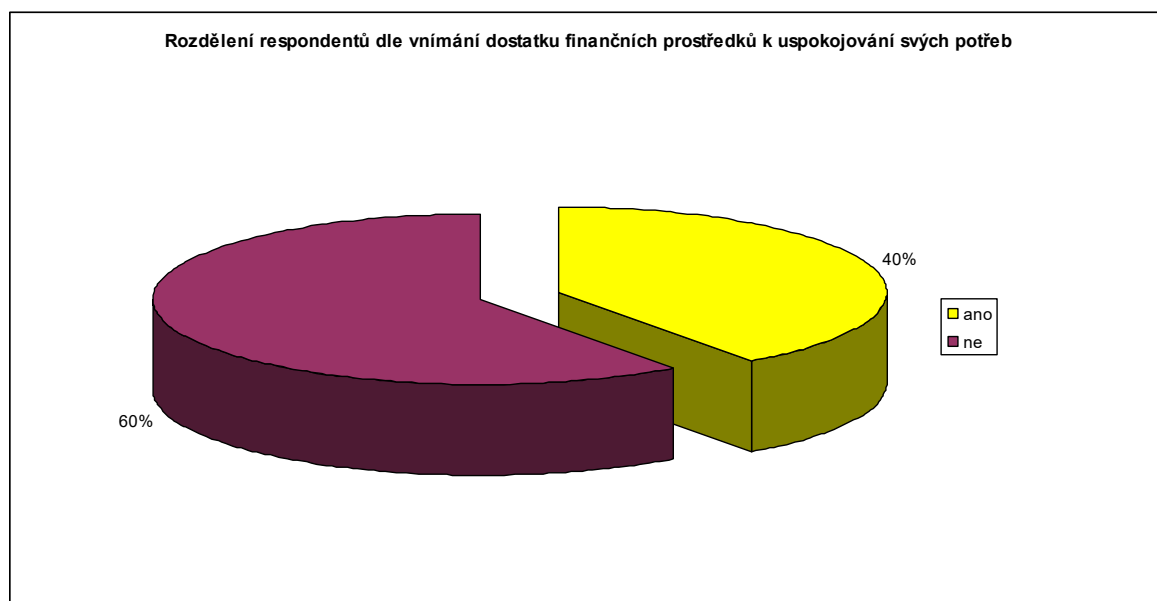
Graf č. 6: Informovanost o pracovních příležitostech



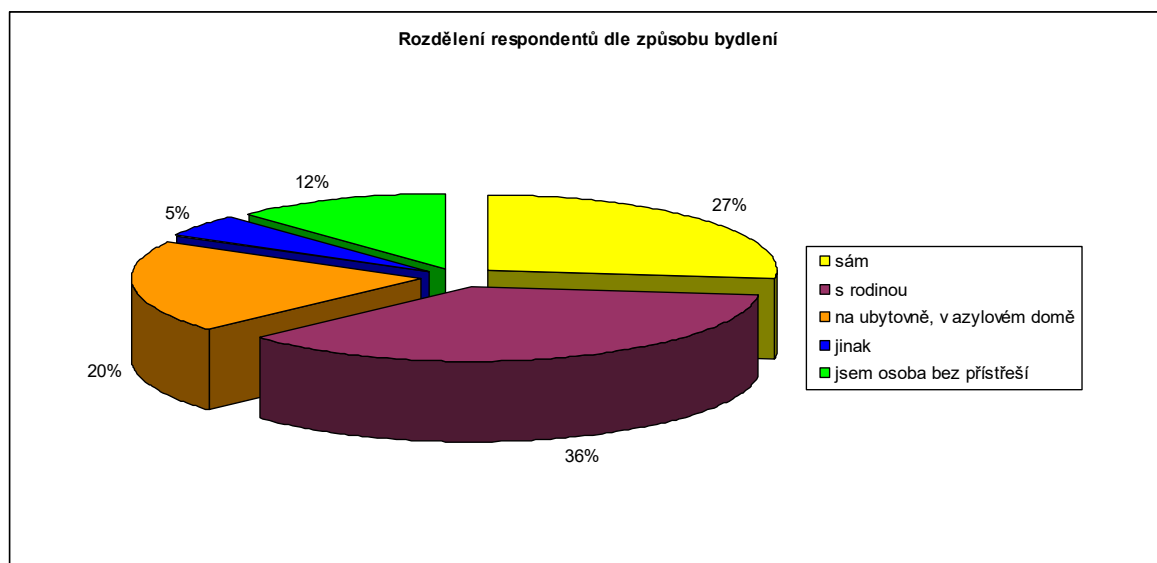
Graf č. 7: Získávání finančních prostředků



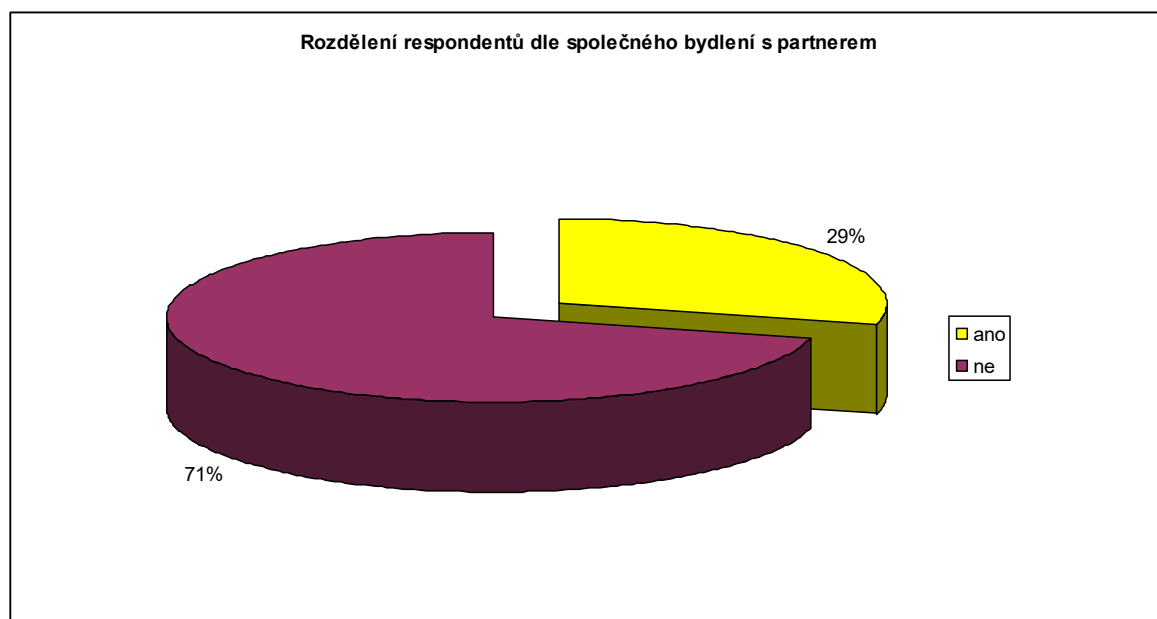
Graf č. 8: Dostatek finančních prostředků k uspokojování svých potřeb



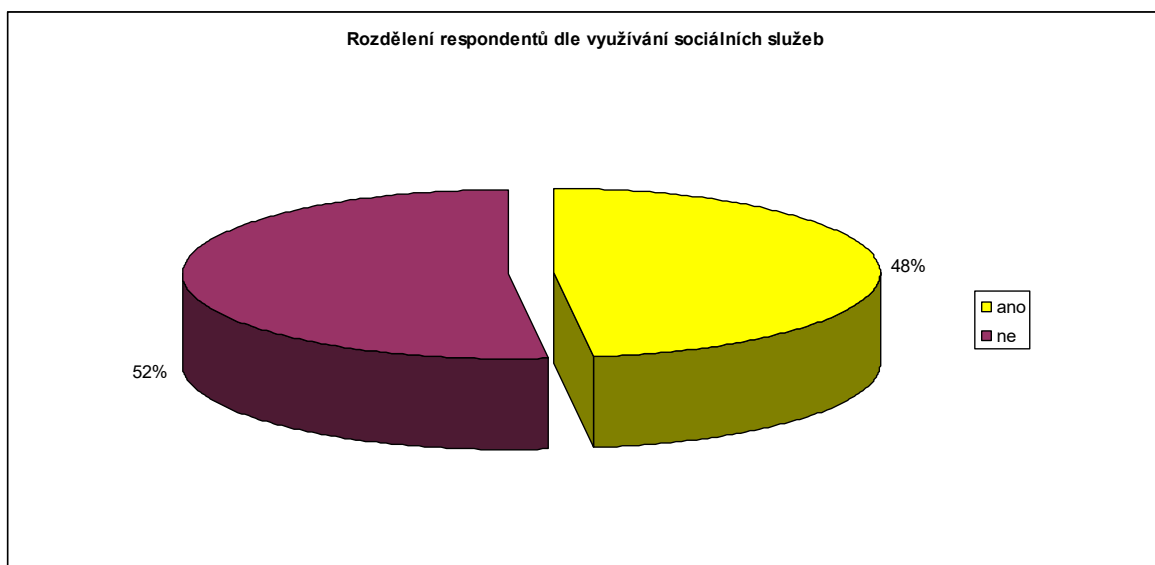
Graf č. 9: Bydlení



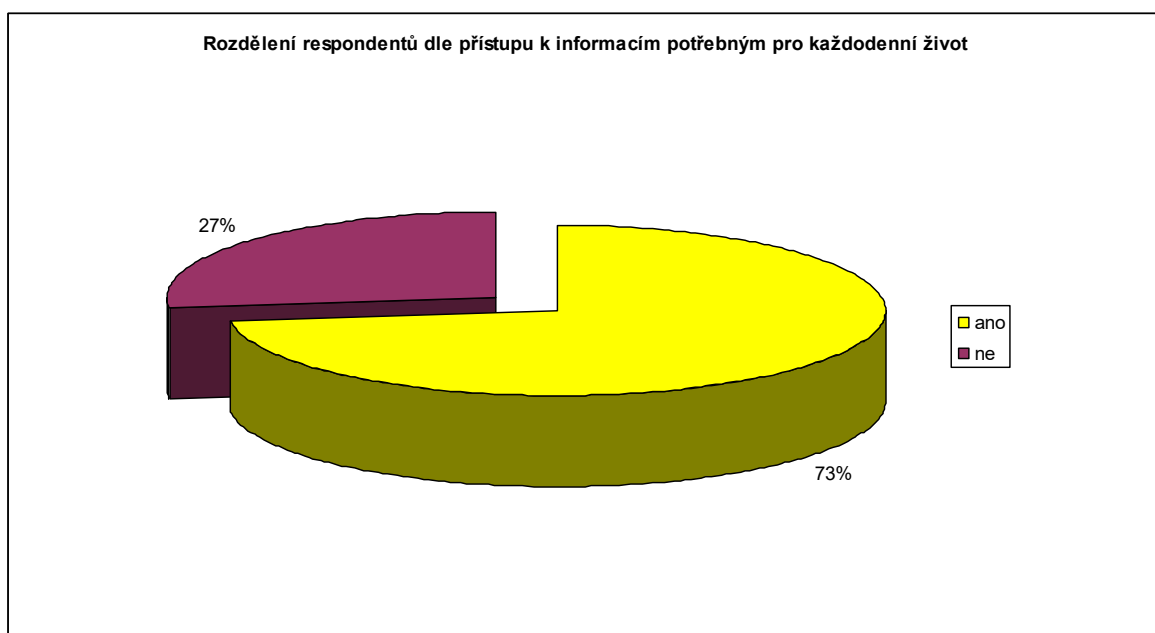
Graf č. 10: Partnerský vztah



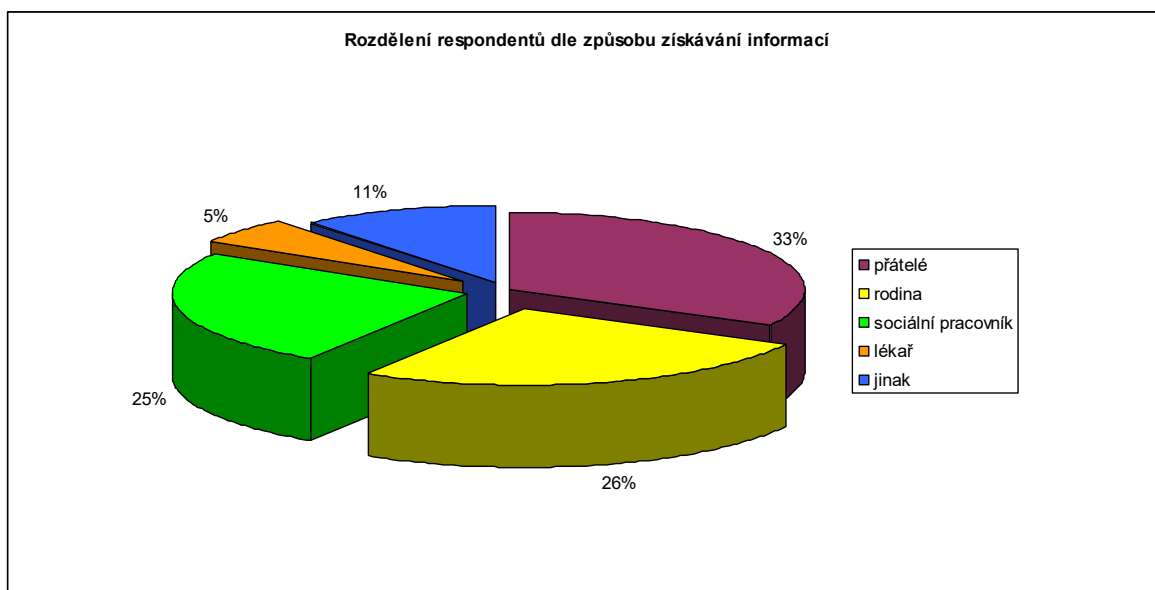
Graf č. 11: Využívání sociálních dávek



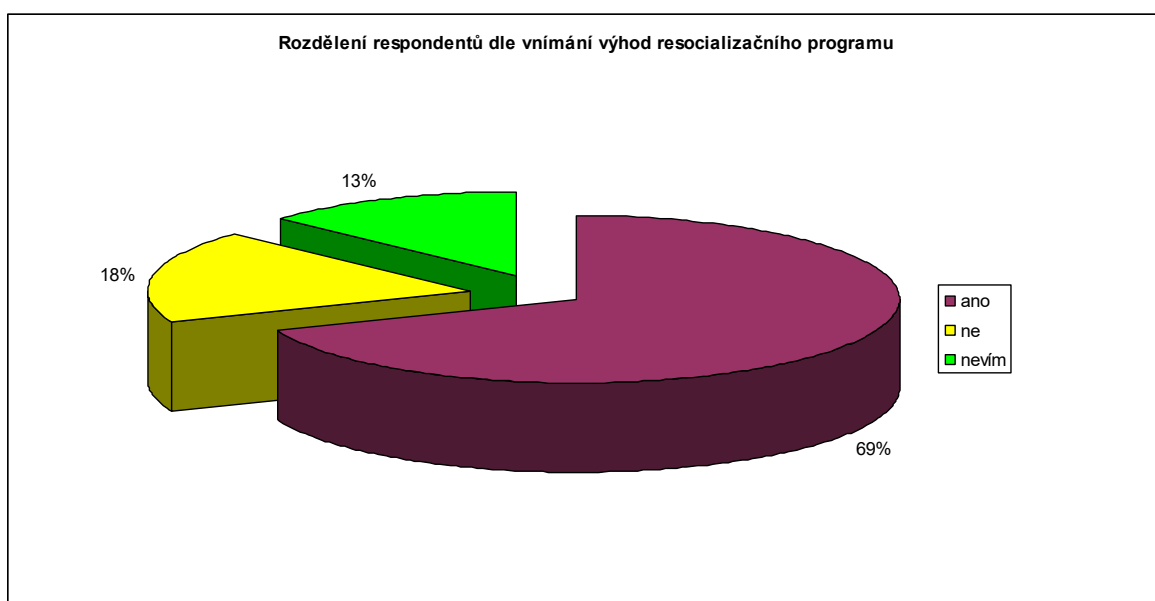
Graf č. 12: Informovanost o potřebách



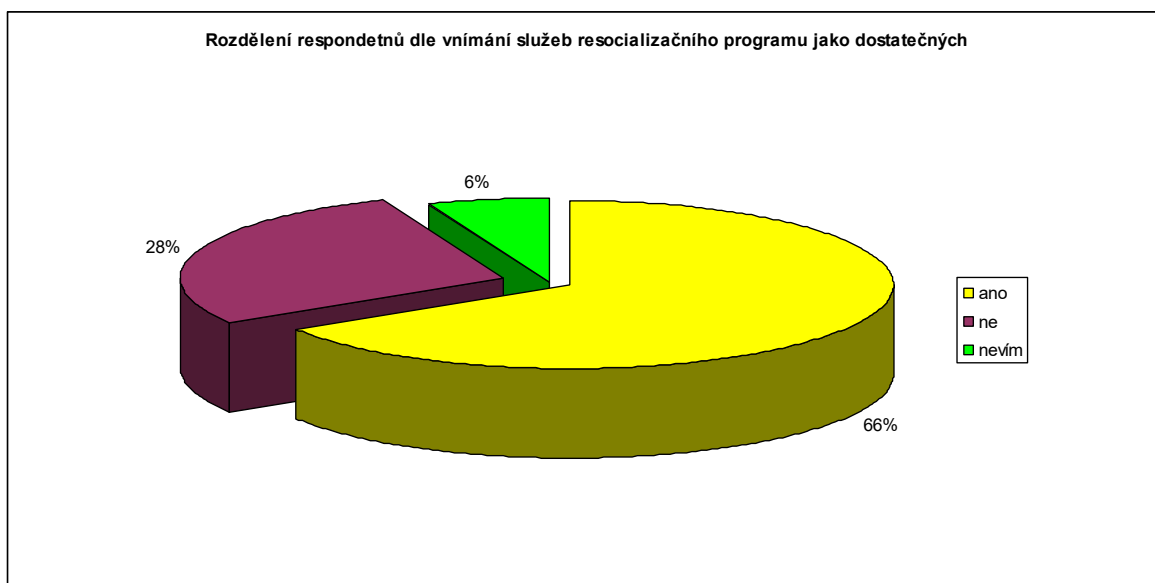
Graf č. 13: Získávání informací



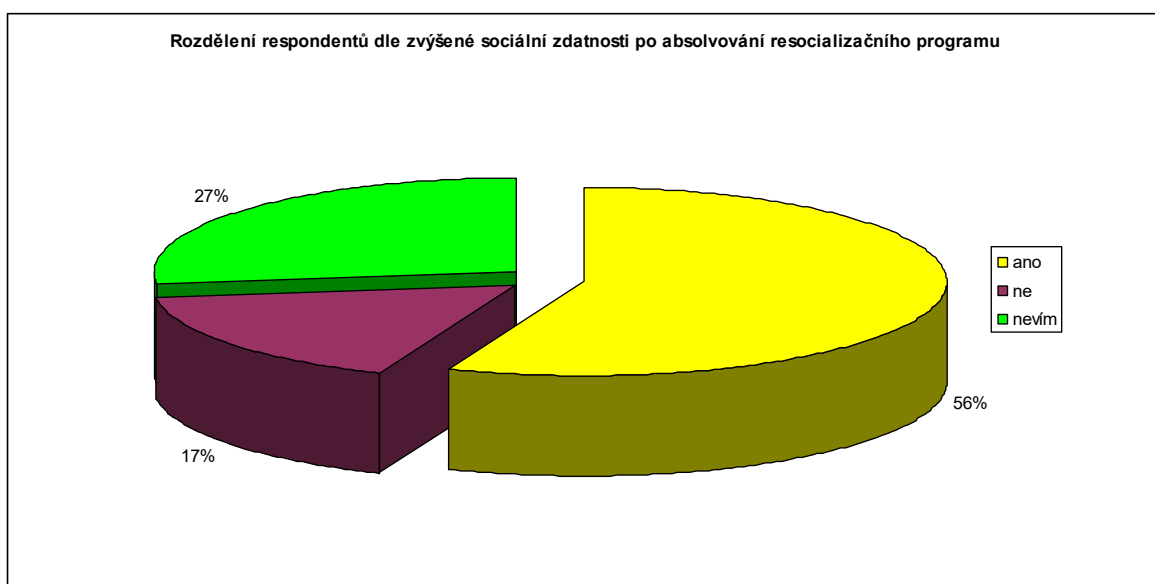
Graf č. 14: Výhody z resocializačního programu



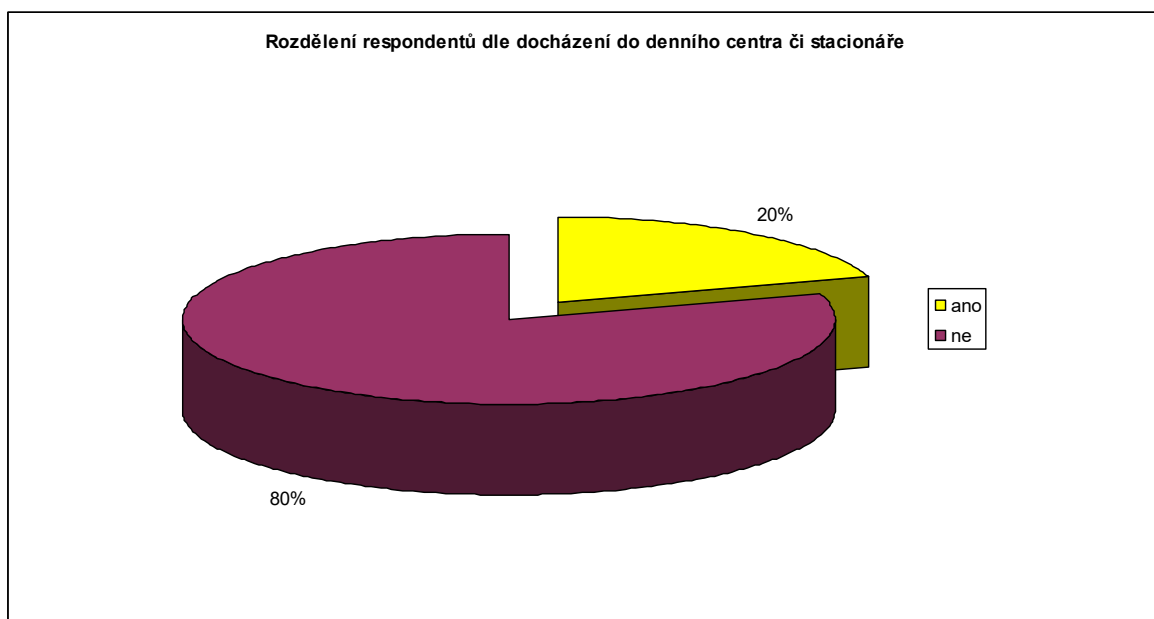
Graf č. 15: Dostatečnost těchto služeb



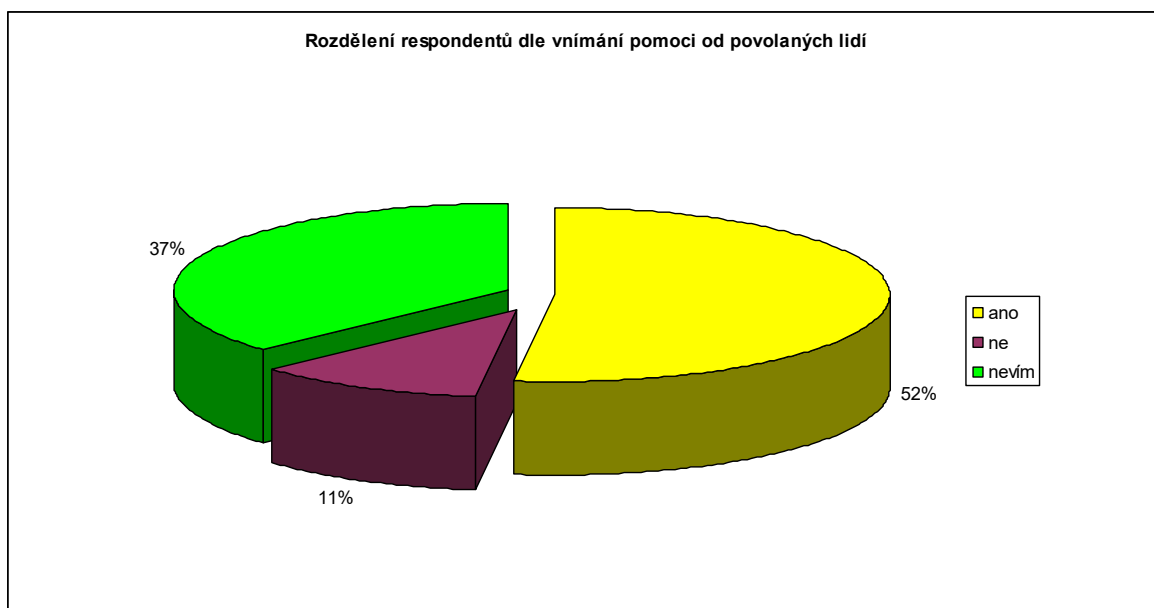
Graf č. 16: Sociální zdatnost



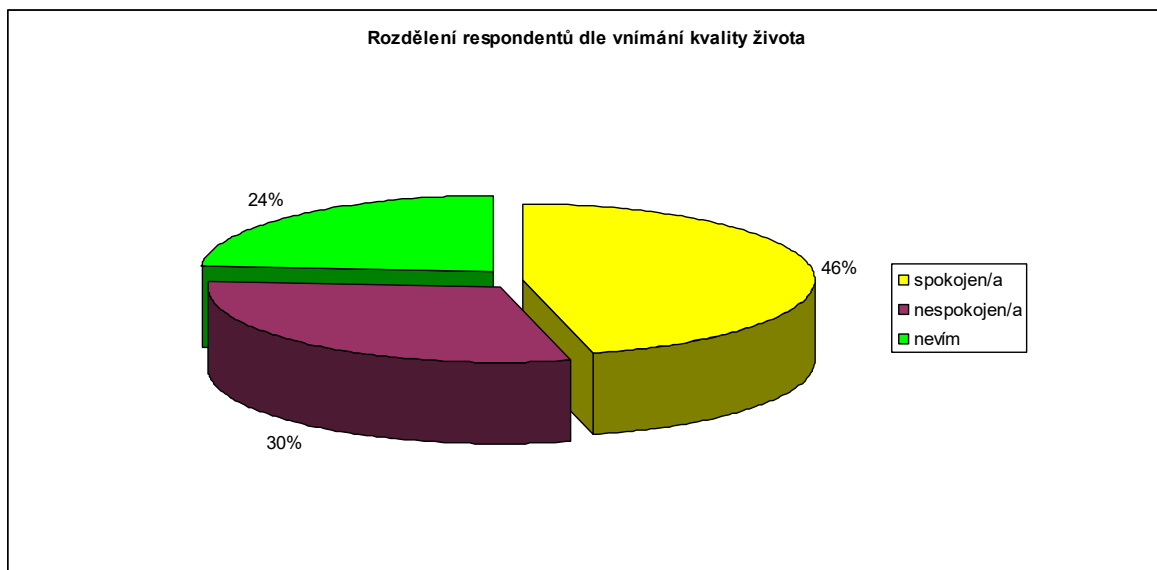
Graf č. 17: Denní centra a stacionáře



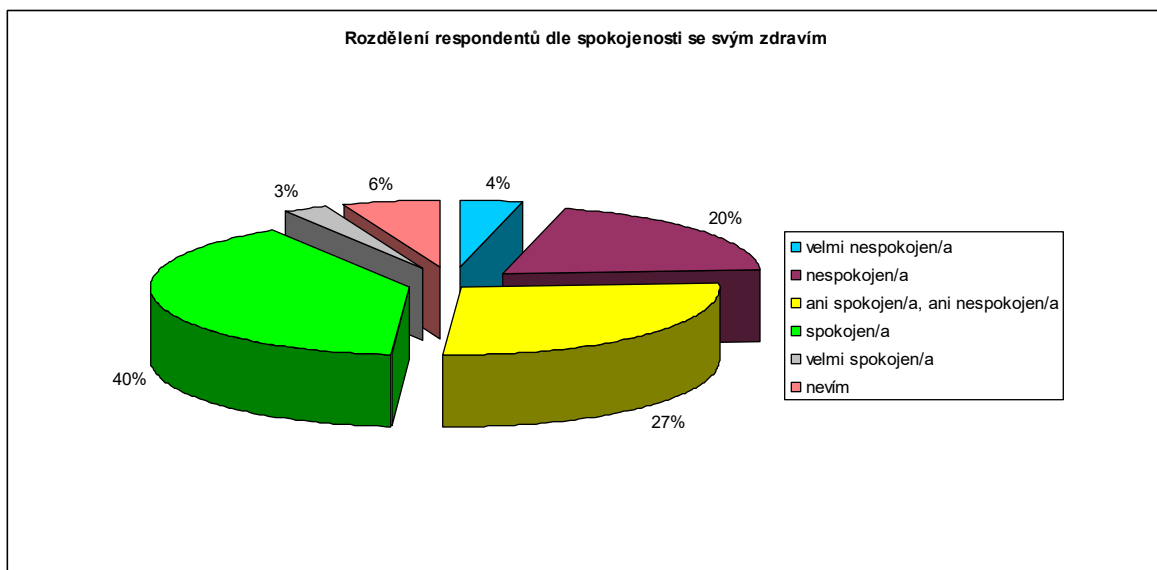
Graf č. 18: Dostatečná pomoc od odborníků



Graf č. 19: Kvalita života

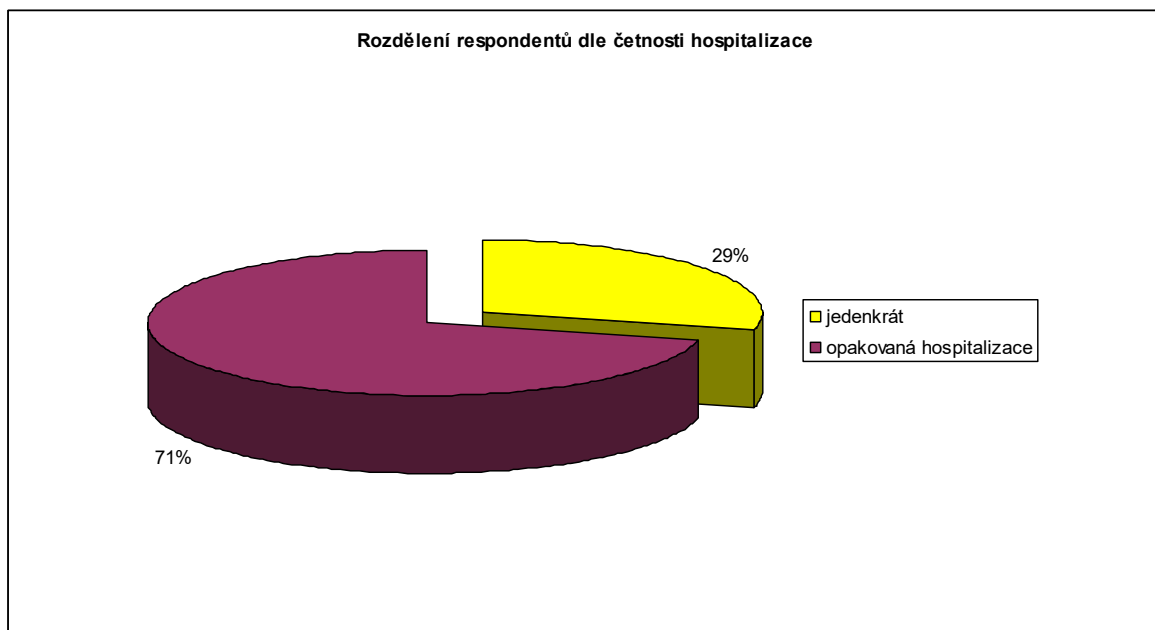


Graf č. 20: Spokojenost se svým zdravím

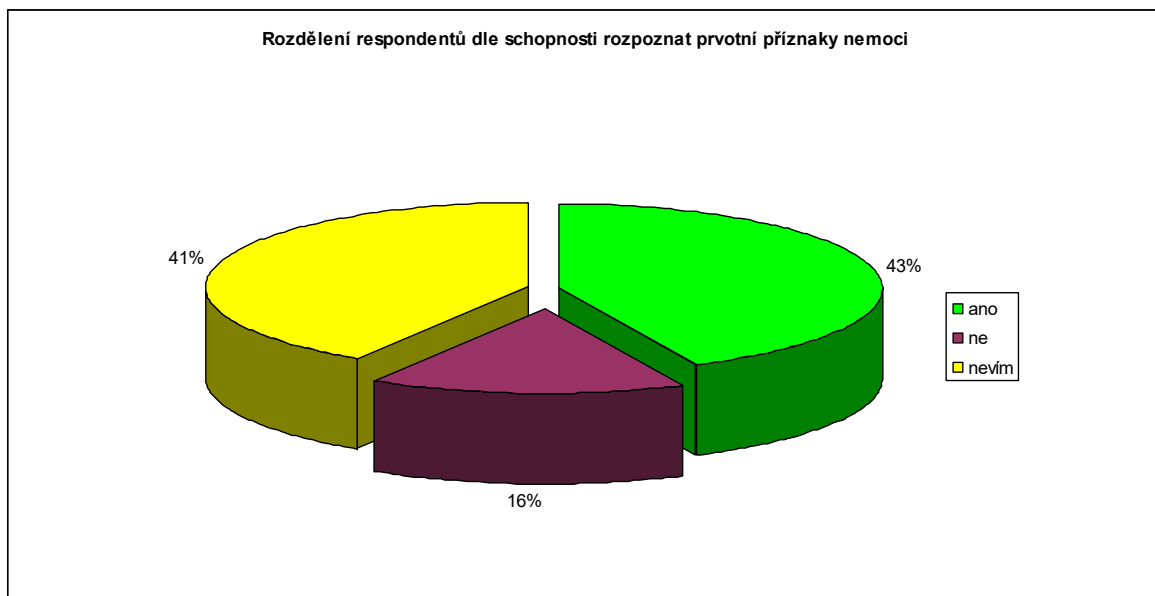




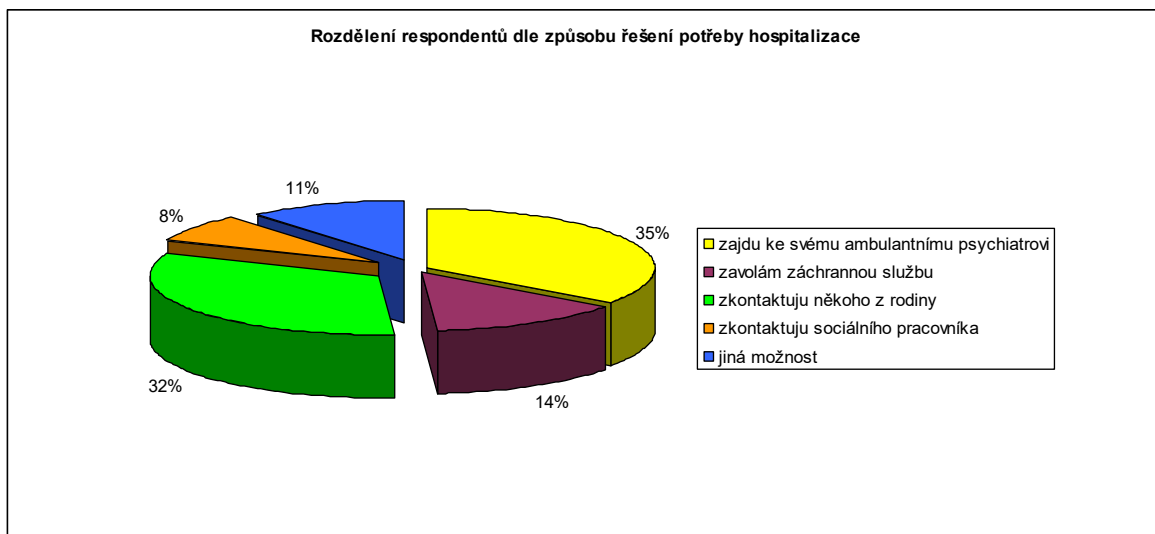
Graf č. 21: Četnost hospitalizací



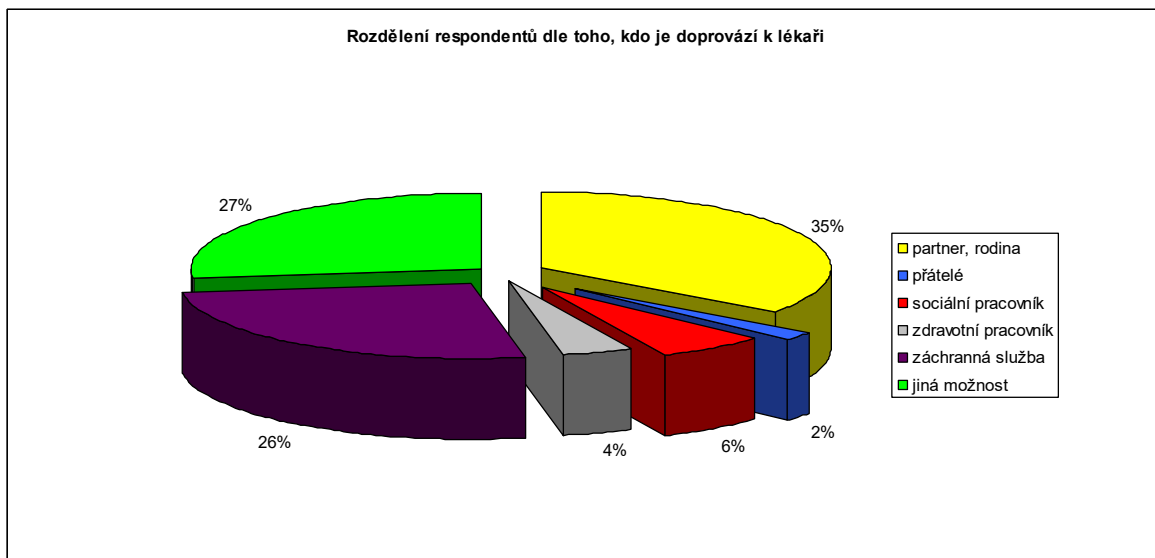
Graf č. 22: Rozpoznání prvotních příznaků



Graf č. 23: Činnosti při potřebě hospitalizace



Graf č. 24: Doprovod k lékaři



Graf č. 25: Pohled okolí na onemocnění

