

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Začleňování osob s duševním onemocněním – se schizofrenií do
společnosti**

Integration of people with mental illness – schizophrenia into society

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

prof. PhDr. RNDr. Marie Vágnerová, CSc.

Autor:

Sára Žabenská

Praha 2025

Poděkování

Mé poděkování patří především paní profesorce Vágnerové, která mojí práci vedla odborně, její přístup byl velmi vstřícný, aktivní, vždy mi dokázala dobře poradit a navést mě k tomu, co by bylo pro moji bakalářskou práci nejlepší. Moc děkuji paní profesorce Vágnerové, že jsem s ní mohla spolupracovat, byla to pro mě nesmírná čest. Ráda bych poděkovala i respondentům, díky kterým jsem mohla provést své výzkumné šetření, a společně s paní profesorkou Vágnerovou mi dopomohli k dosažení mého studijního cíle.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „*Začleňování osob s duševním onemocněním – se schizofrenií do společnosti*“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne DD. MM. YYYY

Sára Žabenská

Anotace

Tato bakalářská práce se zaměřuje na začleňování osob s duševním onemocněním, v této práci konkrétně se schizofrenií, po jejich návratu z psychiatrické nemocnice do běžného života. V rámci první kapitoly teoretické části se zaměřuji na vysvětlení, co duševní onemocnění je, jaké jsou jeho druhy, vysvětlení, co je schizofrenie a jaké jsou možnosti pozdějšího začlenění takových lidí po vyléčení akutní fáze nemoci. V druhé kapitole teoretické části se zaměřuji na charakteristiku a výčet organizací, které lidem s duševním onemocněním pomáhají. Praktická část je zaměřena na zjištění aktuálních pocitů a názorů lidí s chronickou formou schizofrenie na možnosti jejich začlenění do běžné společnosti. Její druhá část je zaměřena na zjištění názorů pracovníků pomáhajících profesí, kteří těmto lidem pomáhají v jejich snaze se navrátit zpět do běžného života.

Klíčová slova

Duševní onemocnění, schizofrenie, začlenění, společnost, pomáhající profese, spolupráce, pomoc, podpora

Annotation

This bachelor's thesis focuses on the integration of people with mental illness, in this work specifically with schizophrenia, after their return from a psychiatric hospital into everyday life. In the first chapter of the theoretical part, I focus on explaining what mental illness is, what its types are, explaining what schizophrenia is and what are the possibilities for later integration of such people after the acute phase of the illness has been cured. In the second chapter of the theoretical part, I focus on the characteristics and list of organizations that help people with mental illness. The practical part is focused on finding out the current feelings and opinions of people with a chronic form of schizophrenia on the possibilities of their integration into ordinary society. Its second part is focused on finding out the opinions of workers in helping professions who help these people in their efforts to return to everyday life.

Keywords

Mental illness, schizophrenia, inclusion, society, helping professions, cooperation, help, support

Obsah

SEZNAM ZKRATEK	1
ÚVOD	2
TEORETICKÁ ČÁST	3
1. Schizofrenie	3
1.1 Příznaky schizofrenie	3
1.2 Druhy schizofrenie	5
1.2.1 Paranoidní schizofrenie	5
1.2.2 Hebefrenní schizofrenie.....	6
1.2.3 Katatonní schizofrenie.....	7
1.2.4 Simplexní schizofrenie	8
1.3 Příčiny vzniku schizofrenie.....	8
1.4 Průběh schizofrenie.....	10
1.5 Léčba schizofrenie a možná resocializace	12
2. Pomáhající organizace	14
2.1 Fokus	15
2.1.1 Fokus Mladá Boleslav, z. s.....	15
2.1.2 Fokus Praha, z. ú.	16
2.1.3 Fokus Písek, z. ú.....	16
2.1.4 Fokus České Budějovice, z. ú.....	16
2.1.5 Fokus Labe, o. s.....	17
2.1.6 Fokus Liberec, o. p. s.....	17
2.1.7 Fokus Opava, z. s.....	18
2.1.8 Fokus Tábor.....	18
2.1.9 Fokus Turnov.....	18
2.1.10 Fokus Vysočina, z. ú.	19
2.2 Baobab, z. s.	19

2.3 Ledovec, z. s.....	20
2.4 Riaps – krizové centrum – Centrum sociálních služeb Praha.....	20
2.5 Sananim, z.ú.	21
PRAKTICKÁ ČÁST	22
3. Cíl výzkumu.....	22
4. Charakteristika výzkumného vzorku	23
5. Metoda získávání dat	25
6. Metoda analýzy dat	27
7. Analýza dat a jejich interpretace.....	28
7.1 Návrat klientů do běžné společnosti	28
7.2 Návrat klientů do zaměstnání.....	30
7.3 Zajištění potřebné podpory a pomoci pro klienty	31
7.4 Subjektivní vnímání klientů a pracovníků v rámci organizace.....	33
8. Souhrn výsledků výzkumu a jejich interpretace	35
9. Diskuze	38
ZÁVĚR	40
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	42
SEZNAM PŘÍLOH.....	44

SEZNAM ZKRATEK

DO – duševní onemocnění

SCH – schizofrenie

SP – sociální pracovník

PSO – pracovník v sociálních službách

K - klient

Fokus MB – Fokus Mladá Boleslav

CSR – centrum sociální rehabilitace

MKN-10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

ÚVOD

Cílem mé bakalářské práce je popsat proces začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti po jejich návratu z psychiatrické nemocnice. Zaměřuji se konkrétně na klienty se schizofrenií. Vzhledem k jejich přetrvávajícím potížím i sociální stigmatizaci ve společnosti pro ně bývá návrat do běžného života těžší, ať už v důsledku mediálně prezentovaných informací či nedostatečného pochopení této nemoci laickou veřejností. Na problematiku se stigmatizací se zaměřuje také Ocisková et al. (2015). V mé práci zkoumám především spolupráci mezi člověkem se schizofrenií a sociálním pracovníkem v pomáhající organizaci Fokus Mladá Boleslav, z. s., konkrétně ve středisku v Kolíně.

Moje bakalářská práce obsahuje dvě části – teoretickou a praktickou. V první kapitole teoretické části se zaměřuji nejvíce na vysvětlení, co duševní onemocnění je. Dále vysvětluji, jaké jsou jeho nejčastější druhy, co je schizofrenie a jaké jsou možnosti pro začlenění člověka s DO do společnosti. Podrobným popisem o DO se zabývá především Vágnerová (2014), z jejichž publikací ve své bakalářské práci čerpám. V druhé kapitole teoretické části se zaměřuji na jednotlivé organizace, které lidem s duševním onemocněním pomáhají. Snaží se své klienty vést a dopomoci jim v jejich snaze navrátit se zpět, alespoň v rámci jejich možností, do běžného života. Čerpám z vlastních zkušeností, odborných článků, zpráv z dané organizace a z odborných knih, především z publikace Jarolímka (2021). Popisuji, jak jednotlivé organizace fungují, co nabízejí a jaký je jejich primární cíl.

V praktické části se soustředím na spolupráci mezi klientem a sociálním pracovníkem. Na jejich názory a celkový pohled na situaci, ve které se nacházejí. K získání informací jsem využila polostrukturovaný rozhovor. Zkoumanou skupinu tvoří 5 klientů a 5 sociálních pracovníků/pracovnic, 3 pracovnice jsou z centra sociální rehabilitace a 2 z terénního týmu. Díky rozhovorům, které jsem s jednotlivci vedla, jsem vyhodnotila, jak své šance vidí lidé, kteří jsou nemocní a jak jejich šance na návrat vidí lidé z pomáhající profese. Informace, které jsem díky výzkumu získala, jsem rozvedla o další informace z odborných knih a článků.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Schizofrenie

V této kapitole vysvětlím především základní typy schizofrenie. Jaké jsou její druhy, které mohou být rizikovější. V médiích často slyšíme o vrazích, kteří mají duševní poruchu – nejčastěji schizofrenii, což může vést k tomu, že se většinová společnost bude těchto lidí bát. Ráda bych v této bakalářské práci některé mýty vyvrátila a vysvětlila, co schizofrenie doopravdy je.

Častým duševním onemocněním je právě schizofrenie. Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje narušením vnímání, myšlení, emotivity a osobnostní integrity (Vágnerová, 2014, s. 319). Lidé se schizofrenií mívají primárně narušenou orientaci v realitě, nevidí jí tak, jako zdravý jedinec. Stejně tak je narušená jejich orientace i v oblasti sebe sama, jak dále popisuje Vágnerová (2014). Jednání takového člověka bývá nepřiměřené situaci a vzhledem k tomu může docházet ke střetům s ostatními lidmi, které si jedinec mnohdy ani neuvědomuje. Já osobně se schizofreniky v chronické fázi nemoci zatím žádný problém neměla. Někteří bývají velice inteligentní, bohužel je jejich vnímání a uvažování ovlivněno především jejich nemocí.

Průběh schizofrenie záleží i na osobnosti nemocného člověka. Jak popisuje ve své publikaci Kučerová (2010, s. 9) je nutno brát v potaz vzájemnou vazbu mezi charakterem nemoci a osobností postiženého jedince, protože právě díky těmto skutečnostem je podoba této nemoci velice rozmanitá a tím je i obtížná její diagnostika. Její průběh může mít podobné rysy, ale zároveň je velmi nejednoznačný a složitý. Jednotlivé příznaky spolu různě souvisejí, vzájemně se ovlivňují a tvoří nikoli prostý, ale integrovaný celek (Kučerová, 2010, s. 9).

V centru sociální rehabilitace máme vyvěšené motto, které bych zde ráda citovala: *„Nebojte se lidí s duševním onemocněním. Jsou stejní, jako my, jenom se nebáli si to přiznat.“*. Tohoto hesla se snažím držet jak ve svém životě, tak i ve své bakalářské práci. Při práci s duševně nemocným člověkem je třeba vážit slov a vědět, jaký je jeho současný zdravotní stav, ale dle mého názoru může být stejně nebezpečný, jako zdravý jedinec.

1.1 Příznaky schizofrenie

Schizofrenie má různé příznaky stejně tak, jako další jiná onemocnění. V této podkapitole popíšu jednotlivé příznaky dle publikace Vágnerové (2014) a Kučerové

(2010). Každá forma schizofrenie má příznaky jiné, ale mohou se vzájemně kombinovat. Obvykle nemocný člověk nemá náhled na situaci a svoje projevy a nedokáže si připustit, že by se mohlo jednat o příznaky nemoci.

Jako první příznak schizofrenie bych ráda popsala paranoidní zkreslení uvažování. Myšlení člověka je ovlivněno paranoidními představami, kdy má nemocný pocit, že se v jeho okolí děje něco, co by ho mohlo ohrozit. Jak popisuje Kučerová (2010), nemocný má pocit, že se lidé v jeho okolí mění, že se k němu chovají jinak než dřív, a taková změna může mít nějaký význam. Nemocný člověk má potřebu si toto jednání nějakým způsobem vysvětlit a může si vše vztahovat na sebe a stává se paranoidním. Nejčastěji se s takovými projevy můžeme setkat v případě paranoidní schizofrenie. Může to být jen tzv. difuzní paranoidita, tj. celkově zvýšená podezřívavost, ale někdy se paranoidita rozvine až do hloubky bludů (Kučerová, 2010, s. 12).

Závažnou poruchou myšlení jsou bludy, kdy je nemocný člověk přesvědčen o své realitě, ve které žije. Mnohdy tato realita není pravdivá, jak dále popisuji v podkapitole o paranoidní schizofrenii. Bludy mohou mít mnoho podob, nemocný si může myslet, že je pronásledován, sledován, podváděn, ohrožován. Často se objevují bludy, kdy si nemocný myslí, že trpí nějakou závažnou chorobou (rakovina, AIDS, tumor, apod.), jak dále popisuje Kučerová (2010) a Vágnerová (2014).

Mezi další příznaky patří poruchy vnímání, které nazýváme halucinace. Mohou být zrakové, kdy nemocný vidí nějaké bytosti, nebo sluchové, kdy slyší nějaké hlasy nebo zvuky. Časté bývají halucinace sluchové, kdy nemocný člověk slyší hlasy, které okolí neslyší. Mohou to být neurčité zvuky, kdy postižený člověk slyší štěkot psa, pískání, šum, či jiné, těžko uchopitelné zvuky. Pacient nejčastěji slyší lidské hlasy, které mohou mezi sebou hovořit, nebo mluví k pacientovi, mohou ho oslovovat jménem, nebo nemusejí, komentují jeho jednání, popř. mu něco přikazují (Kučerová, 2010, s. 11). V mém zaměstnání pracuji s klientem, který měl, dle jeho slov, tak nesnesitelné hlasy, až si chtěl uříznout ucho, aby to už dále nemusel poslouchat. Ještě ten den byl odvezen na hospitalizaci.

Poslední příznaky, které bych zde ráda zmínila, jsou poruchy emotivity. Nemocný člověk trpí úzkostmi, depresemi, jeho emoce jsou nepřiměřené situaci, a v chronické fázi choroby emoční oploštělostí. Tyto příznaky nemusí být na první pohled zřejmé, ale nemocného člověka trápí. Lidé trpící schizofrenií se nám mohou jevit zpomalení,

přecitlivělí na určité podněty, utlumení, či naopak nadměrně aktivní, jak popisuje Vágnerová (2014) a Kučerová (2010). Lze jí chápat jako projev dezintegrace emočního prožívání, který je prognosticky nepříznivý (Vágnerová, 2014, s. 327).

Příznaků schizofrenie je mnoho, ovšem tyto jsou, dle mého názoru, jedny z nejčastějších. Dalšími příznaky jsou i poruchy vůle, porucha pudů, jednání a vůle, insomnie, hyposomnie, nebo porucha identity, kdy nemocný neví, kým je, nebo se považuje za někoho jiného. Jednotlivé příznaky se mohou vzájemně kombinovat a společně souviset.

1.2 Druhy schizofrenie

Schizofrenie se rozděluje do čtyř základních typů, každý z nich se projevuje jinak a je tedy třeba k těmto lidem s určitým typem schizofrenie přistupovat individuálně. Jak popisují v úvodu kapitoly, každý jedinec je rozdílný. Nelze přistupovat ke všem stejně, jelikož průběh schizofrenie je u každého typu a člověka rozdílný. V následujících podkapitolách se pokusím tyto druhy vysvětlit.

U lidí se schizofrenií je zcela běžné, že mají i kombinované diagnózy. V mém zaměstnání se často setkávám se schizofreniky, kteří mají v rámci své diagnózy i určité poruchy chování či jiné duševní onemocnění, jenž je pro tyto lidi další přítěží.

1.2.1 Paranoidní schizofrenie

Nejčastějším druhem schizofrenie je paranoidní schizofrenie, se kterou se i nejčastěji setkávám v mé práci. Pro paranoidní schizofrenii je charakteristické, že lidé postižení touto nemocí bývají vůči svému okolí nedůvěřiví až paranoidní. Základní charakteristikou je izolovaný blud s paranoidním obsahem (Vágnerová, 2014, s. 334). V rámci bludů může dojít i k riziku napadení jiného člověka nemocným, který se může cítit ohrožený a chce se pouze bránit. Bohužel vzhledem ke své nemoci nedomýšlí možná rizika a určitou absurditu tohoto jednání. Má pocit, že je v právu. Jak dále popisuje Vágnerová (2014) jeho blud ohrožení se nemusí projevovat pouze vůči nadpřirozeným bytostem, ale i proti osobám blízkým – rodina, sousedé, přátelé, spolupracovníci, apod.

Mezi další příznaky paranoidní schizofrenie patří neodmyslitelně halucinace, které jsou primárně sluchové. Laicky lze říci, že jsou lidé s paranoidní schizofrenií „zahlasovaní“. Jejich sluchové halucinace mohou být neurčité – různé zvuky, šum, pískání. Setkala jsem se s klientem, který měl sluchové halucinace, kde slyšel ženské vzdechy,

popisoval to, jako vzdechy při pohlavním styku. Sluchové halucinace mohou mít i podobu hlasů, které něco příkazují, hrozí, komentují jeho chování, popřípadě mu něco významného a tajného sdělují (Vágnerová, 2014, s. 334). Často hlasy nemluví přímo k nemocnému člověku, ale mluví o něm ve třetí osobě. Nemocný člověk si tak může myslet, že o něm mluví jeho okolí, byť v jeho blízkosti zrovna nikdo není.

Lidé s paranoidní schizofrenií nemají mnoho emočních projevů, jsou spíše otupělí. Mají problém s aktivizací, nejsou moc schopni se sami zapojit do nějaké činnosti. Mohou je ovlivňovat již zmíněné hlasy, které je např. nabádají nebo je ponižují. Důvodem může být i únava a útlum způsobený léky, které užívají, pokud jsou medikováni.

Poprvé jsem se s paranoidní schizofrenií setkala ve svém zaměstnání, těsně po mém nástupu. Klient mi vyprávěl svůj příběh, kdy se cítil být jako mimozemšťan. V době, kdy se takto cítil - měl takový blud, byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Měl pocit, že je zavřený ve skleněném akváriu a ostatní se na něj chodí dívat, jako na mimozemšťana. Jiný klient měl blud, že je posedlý d'áblem a musí páchat zlo. Jako poslední příklad sem uvedu klientku, která žila v bludu, ve kterém měla pocit, že je do ní zamilovaný hollywoodský herec a chystají spolu svatbu. Těmito příklady chci vysvětlit, jak jednotlivé bludy s paranoidním obsahem mohou ovlivňovat vnímání lidí s paranoidní schizofrenií.

1.2.2 Hebefrenní schizofrenie

Stejně jako u paranoidní schizofrenie, i u hebefrenní mají nemocní bludy, které přetváří jejich realitu. Objevují bizarní bludy, hypochondricky nebo kosmicky zaměřené (Vágnerová, 2014, s. 336). Nemocní lidé mohou působit, jako by měli prodlouženou pubertu. Mohou být rozjívění, dětinští a působit až odzle. Dalším příznakem jsou halucinace, které nejsou sluchové, jako u paranoidní schizofrenie, ale zrakové. Stejně tak má nemocný problém s pochopením vlastní identity, neví, kdo je.

Při diagnóze jsou nápadné i rozdílnosti v emočním prožívání, chování. Lidé s hebefrenní schizofrenií bývají zvýšeně afektivní, snadno se rozčílí a mohou být necitliví. Prognóza je obvykle špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů, zvláště oploštění afektů a ztráta vůle (MKN-10, 2024). Jak dále uvádí MKN-10 (2024), je zde předpoklad k sociální izolaci. V chování je nápadný nedostatek zábran, sociální necitlivost, hrubost či vulgarita (Vágnerová, 2014, s. 337).

Mezi další příznaky řadíme i určité pseudofilozofické uvažování, jak dále popisuje Vágnerová (2014). Nemocní často uvažují nad otázkami, které se nám mohou zdát

z našeho pohledu nesmyslné a zcela se mýjejí s realitou. Většinou to bývají otázky nad posmrtným životem, fyzikální zákony, a tomu podobné. Neuvažují nad tím, že by to mohlo být jinak a jejich argumenty se nezakládají na přesném vědění a logickém uvažování, pouze na základě jejich bludu a fázi nemoci.

V mém zaměstnání pracuji s klientkou, která má diagnostikovanou jako hlavní diagnózu hebefrenní schizofrenii. Na první pohled může působit velmi dětinsky, obléká se jako dvanáctileté dítě, které miluje animované postavičky, nezávisle na ročním období. Ráda polemizuje nad filozofickými otázkami, především nad posmrtným životem, či jak se může cítit třeba pračka, do které vkládáme prádlo, pračka se pak musí točit, napouští se vodou a mohla by se prakticky utopit. Snaží se mít nad svými myšlenkami nadhled, bohužel je velmi ovlivněná svojí nemocí a ne vždy to zvládne.

1.2.3 Katatonní schizofrenie

U katatonní schizofrenie je hlavním příznakem nápadnost v oblasti motorické aktivity, která může být buď vysoká, nebo naopak snižená, jak uvádí Vágnerová (2014, s. 338). U nemocných lidí si můžeme povšimnout pohybových projevů, které nejsou úplně přiměřené, což souvisí s motorickou aktivitou. Epizody náhlého vzrušení mohou být kombinovány snovými stavy a s živými scénickými halucinacemi (MKN-10, 2024).

Katatonní schizofrenii rozdělujeme do dvou forem, každá je specifická svým způsobem. První forma se nazývá produktivní, kdy je nemocný člověk přehnaně aktivní, nebo má jednání, které nám může připadat nesmyslné, až paradoxní, jak popisuje ve své publikaci Vágnerová (2014). Druhá forma se nazývá stuporózní, kdy nemocný člověk přechází do jakéhosi útlumu, ztrácí zájem o cokoli. Může jednat opačným způsobem, než jaký je žádoucí či očekávaný. Nemocný je ztuhlý, nehýbá se, často vydrží velice dlouho v jedné poloze, nemluví a projevuje odpor vůči snaze jej aktivizovat (Vágnerová, 2014, s. 338).

Příznakem katatonní schizofrenie jsou i halucinace, které bývají primárně hlasové. Nemocného člověka ovlivňují tak, že mu zakazují jíst, nabádají je či přímo poroučí, co má dotyčný člověk dělat, jak jednat, mluvit, nemluvit. Podle publikace Vágnerové (2014) může být chování nemocných lidí nevyzpytatelné, neboť nemůžeme vědět, k čemu je jejich halucinace vyzvou.

1.2.4 Simplexní schizofrenie

Simplexní schizofrenie je nápadná svým velmi pomalým rozvojem. Lidé trpící simplexní schizofrenií se nám mohou zdát líní, velmi odtažití, bez zájmu se jakkoliv aktivizovat. Nemají o nic zájem a spíše se jen tak potloukají. Typický je zřetelný pokles výkonnosti a ztráta vůle (Vágnerová, 2014, s. 339).

Mezi další příznaky patří určitá apatie, kdy nemocný člověk ztrácí jakékoliv emoční vnímání. Nic ho nebaví, s nikým se nechce stýkat, chce být pouze sám se sebou, uzavírá se. Jak dále píše Vágnerová (2014) a Kučerová (2010), je pro simplexní schizofrenii charakteristické, že upadají jejich psychické funkce a energie, k tomu se mohou objevovat i somatické potíže.

V mé práci pracuji s klientem, který simplexní schizofrenií trpí. Spolupráce s ním je velmi náročná. Nemá o nic zájem, zanedbává osobní hygienu a má velký problém připustit si do svého života někoho dalšího. V únoru se vrátil z dobrovolné hospitalizace, kde se nechal hospitalizovat kvůli častému chroptění, které ho trápí už delší dobu. Má sebevražedné myšlenky a často si stěžuje na další bolesti a zdravotní útrapy. Podle lékařských zpráv je ovšem, až na svojí psychiatrickou diagnózu, zdravý. Jeho praktický lékař, včetně psychiatra konstatoval, že je hypochondrický a jeho nemoci jsou „pouze“ v jeho hlavě. Pro klienta je to další přítěž, proto nechce nikomu věřit a nechce s nikým spolupracovat. Momentálně sepisuje svojí poslední vůli, protože věří, že brzy umře. Jak jsem psala v úvodu, spolupráce s ním je velmi náročná a bohužel se zatím nejeví žádné známky zlepšení.

1.3 Příčiny vzniku schizofrenie

Schizofrenie je nemoc, která může mít různý průběh. Vzhledem k její různorodosti můžeme předpokládat, že i její příznaky budou spíše rozdílné. Mohou k ní přispět různé faktory a jejich kombinace (Vágnerová, 2014, s. 320). Podle Vágnerové (2014) a Kučerové (2010) se jedná především o vnější vlivy, které nemocného člověka z nemalé části ovlivňují, dědičné dispozice, vývojově podmíněné změny, specifické zkušenosti a v neposlední řadě i vyvolávající podněty. Jak popisuje Jarolímek (2021), důležité jsou i biologické faktory, které ovlivňují člověka už v prenatálním stádiu. Častým biologickým faktorem jsou komplikace vznikající při porodu, především přidušení plodu pupeční šňůrou (Jarolímek, 2021, s. 33). Již zmíněnou komplikaci zažilo, dle mého názoru, mnoho lidí, nemusí to ovšem znamenat, že mají všichni schizofrenii. Jedná se spíše o oslabení

dotyčného člověka a schizofrenie může u takto disponovaných lidí propuknout později vlivem dalších faktorů.

Podle Vágnerové (2014) mají lidé se schizofrenií mozek s menší hmotností, než má mozek zdravého jedince. Příčinou je pokles objemu mozkové kůry. Příčinou zmenšení objemu mozkové kůry není jen úbytek počtu neuronů, ale i menší počet synapsí, tj. redukce jejich propojení (Vágnerová, 2014, s. 320). Dále Vágnerová (2014) popisuje, že se jedná o vývojovou poruchu, kdy může ke změně struktury dojít v různých oblastech mozku.

Nemalý vliv mají i různé psychosociální faktory, které člověka nejvíce ovlivňují v období od narození do pěti let života. Jarolímek (2021) říká, že základ dispozice ke schizofrenii nejčastěji vzniká především v období mezi druhým a třetím rokem života dítěte. V tuto dobu je lidský mozek nejzranitelnější a mnohem více náchylný ke vzniku změn, které se později projeví psychickým onemocněním, v tomto případě schizofrenie. Ovšem není pravidlem, že by se u dvouletého dítěte projevovaly příznaky schizofrenie. Onemocnění většinou propuká v období dospívání, kdy dochází k mnoha vývojovým změnám a na člověka působí další psychosociální vlivy. Zátěží, která vyvolá chorobnou reakci, může být neúspěch, odmítnutí partnerem, odloučení od rodiny, resp. známého prostředí, nástup do zaměstnání, smrt blízkého člověka či společenský převrat (Vágnerová, 2014, s. 322). Mezi nejčastější psychosociální stresující faktory patří vztahová stabilita či nestabilita v primární rodině, absence jedné z rodičovských figur, razantní změna prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, například přestěhování do jiného města, finanční a sociální nestabilita (Jarolímek, 2021, s. 34). Pokud není jedinec dostatečně odolný, má nepříznivé dispozice nebo je ovlivněn jinými faktory a vlivy, je zde velká pravděpodobnost, že se schizofrenie projeví. Vše záleží na okolnostech a primárně na dispozici člověka.

Dalším, dle mého názoru velmi výrazným psychosociálním faktorem je užívání návykových látek, drog, primárně užívání marihuany. Předpokládá se, že její užívání v průběhu adolescence narušuje vývoj mozku a zvyšuje náchylnost ke schizofrenii, takto působí zejména na zvýšeně vnímavé jedince (Vágnerová, 2014, s. 322). Používání THC v rámci jakési svépomoci může přechodně zmírnit vnitřní napětí, úzkosti a strachy. V dlouhodobější perspektivě se používání THC obrací proti dotyčnému jedinci a vede spíše k ještě většímu posílení jeho pocitu odlišnosti a izolaci, případně uzavření se do sebe (Jarolímek, 2021, s. 35). V mém zaměstnání mám klienty, kterým vznik schizofrenie ovlivnilo užívání drog. Klient, o kterém jsem psala již v podkapitole o paranoidní

schizofrenii (klient, který se cítil být mimozemšťanem), vznik a průběh své nemoci ovlivnil primárně užíváním drog. Drogy užíval už od svých šesti let, kdy občas s kamarády kouřil marihuanu. Neměl vhodné rodinné zázemí, otec alkoholik, matka psychicky nemocná a fyzicky týraná ze strany otce. Klient toto období těžce snášel, uchýloval se k drogám a alkoholu. V patnácti letech začal užívat i pervitin nitrožilně, v osmnácti letech mu lékař diagnostikoval paranoidní schizofrenii po tom, co klient napadl policistu. Hlavním spouštěčem nemoci byly drogy, které ovšem v průběhu dalších dvaceti let užíval dál. Poslední čtyři roky užívá medikaci, abstinguje a snaží se fungovat v rámci pravidel naší organizace. Je ale jisté, že by byl v lepším psychickém stavu, kdyby drogy nikdy neužíval. Podle jeho psychiatra je možné, že by průběh jeho chronické fáze nemoci vypadal jinak, když by nebyl uživatel návykových látek.

1.4 Průběh schizofrenie

Podle příčin schizofrenie, které jsou různorodé lze předpokládat, že i průběh nemoci bude u každého nemocného člověka jiný. Schizofrenie je velmi rozmanitá nemoc, která je u všech nemocných lidí hůře předvídatelná. Jak popisuje Vágnerová (2014), nemoc může mít mnohem lepší prognózu, pokud se díky léčbě podaří zvládnout první ataku. Schizofrenie je neurovývojové onemocnění, které může být doprovázeno neurodegenerativními změnami vyvolanými opakovanými relapsy (Vágnerová, 2014, s. 331). Rozlišujeme čtyři základní typy průběhů, a to vzhledem k četnosti akutních atak, které se v průběhu nemoci vyskytují.

Prvním průběhem je tzv. Epizodický průběh. Podle Vágnerové (2014) se v epizodickém průběhu nemoc projeví pouze jednou chorobnou atakou a postupně tak dojde k přijatelné úpravě zdravotního stavu. Takový průběh má schizofrenie přibližně u 10 % nemocných lidí.

Druhý variantou je Opakovaný průběh, kdy, jak už název napovídá, dochází v pravidelných nebo nepravidelných intervalech ke střídání atak nemoci a remisím, jak dále popisuje Vágnerová (2014). Tento průběh zažije přibližně 60 % nemocných lidí.

Třetí variantu lze označit jako maligní. Maligní průběh, který je spojen s poměrně rychlým vznikem reziduálního deficitu a odpovídajícími neurodegenerativními změnami je relativně vzácný (Vágnerová, 2014, s. 332).

Chronický průběh s opakovanými atakami nemoci zažívá většina klientů, se kterými pracuji. Chronický průběh, který je spojený s jimi vyvolanými neurodegenerativními změnami, které vedou k úbytku adaptačních schopností (Vágnerová, 2014, s. 332).

Návrat do běžného života nebývá vždy pro nemocného člověka jednoduchý. Může se cítit unavený a smutný, nejen kvůli atakám, které prodělal, ale i vzhledem k lékům, které ho mohou utlumovat a oslabovat. Ve své práci se velmi často setkávám s klienty, kteří jsou velmi unavení, bez energie, bez jakékoli naděje, že se jejich stav někdylepší. Většinu svých potíží přisuzují ke špatné kombinaci léků. Většina z nich se snaží s tímto problémem pracovat. Dávají si malé cíle, které zkusí splnit, ať už se jedná o ranní vstávání, či menší a postupnou zátěž během dne. Ne vždy se jim jejich pokusy a snahy podaří zvládnout, čímž dochází ke ztrátě motivace a víře, že by se to jednou mohlo zlepšit. I když akutní příznaky schizofrenie ustupují, může přetrvávat určitý symptomový zbytek nebo jen zvýšená zranitelnost, útlum veškeré motivace, a tudíž i aktivity (Vágnerová, 2014, s. 332). Jak dále popisuje Vágnerová (2014) ve své publikaci, je běžné, že se nemocný člověk cítí vyhaslý, bezmocný, neví, co bude dál a zůstává závislý na své rodině a blízkých osobách a někdy se u nich může objevit i pokus o sebevraždu, který signalizuje, že nemocný člověk tuto situaci úplně nezvládl.

V našem zařízení máme nově klienta, kterému byla diagnostikována paranoidní schizofrenie teprve před nedávnem. Snaží se s touto skutečností pracovat, ví, že se nemůže do svého předešlého života vrátit hned, ale i přes to všechno se stále snaží, bohužel zatím výsledky moc vidět nejsou. Byl zvyklý celý den manuálně pracovat, vlastní polnosti, sady a velkou zahradu u domu, hospodářská zvířata před půl rokem prodal. Vše si dělal převážně sám, kácel stromy, obdělával půdu, staral se o všechn majetek a hospodářská zvířata. Nyní je rád, když ráno vstane před desátou hodinou a přijede k nám do centra sociální rehabilitace, kde po cestě vlakem musí minimálně půl hodiny odpočívat a při každé aktivitě je velmi unavený. Údajně kvůli lékům a pobytu v psychiatrické nemocnici přibral 25 kg, které se mu nedaří žádným způsobem zhubnout. Svou váhu taktéž připisuje k důvodům své únavy a občasně demotivace. Snažím se klienta motivovat a povzbuzovat v jeho snaze o návrat zpět, stejně tak jsou jeho velkou motivací jeho děti a manželka, která s námi spolupracuje. Mluvíme spolu otevřeně o možnosti, že se už nedostane do takové kondice, v jaké byl před propuknutím chronické fáze nemoci. Je to pro něj těžké, ale

uvědomuje si to. Přes to všechno se stále snaží, aby zvládal alespoň polovinu věcí, co dříve.

1.5 Léčba schizofrenie a možná resocializace

Většinová laická veřejnost a mnohdy ani samotní pacienti nevědí, že schizofrenie je nemoc, která se dá léčit. Ne vždy se podaří schizofrenii zcela vyléčit, i tak je zde možnost, že nemocný člověk bude moci být zařazený do běžného života s minimálním množstvím problémů. V průběhu času může dojít k různým výkyvům, ke střídání akutních atak s fázemi remise, k proměně symptomů nebo ke vzniku postprocesuálních změn (Vágnerová, 2014, s. 347). Základním pilířem v léčbě schizofrenie je psychofarmakologická léčba, která je kombinovaná s dalšími formami terapie – socioterapie a psychoterapie. Podle Jarolímka (2021) je schizofrenie multifaktoriální onemocnění, na jehož vzniku se podílí jak biologické faktory, tak i psychologické, sociální a spirituální. Podíl těchto faktorů je u každého člověka jiný, ale to nic nemění na tom, že náš postoj musí být komplexní, respektující celistvost člověka v různých dimenzích jeho života (Jarolímek, 2021, s. 45).

Jak jsem psala v úvodu této podkapitoly, základním léčebným pilířem je psychofarmakologická léčba. Psychofarmakologická léčba slouží k uklidnění, ke zvýšení odolnosti a k regulaci psychických projevů (Vágnerová, 2014, s. 347). Nemocný člověk se pod vlivem psychotických prožitků ocitá ve stavu naprostého chaosu, zmatku, který je zpravidla doprovázen nespavostí a pocity silné úzkosti a strachu (Jarolímek, 2021, s. 45). Léky, které jsou nemocným lidem podávány, by měli primárně zmírnit akutní příznaky nemoci, zmírnit napětí a úzkost, kterou nemocní lidé prožívají. V mé práci se setkávám převážně s klienty, kteří dochází na depotní injekce ke svému psychiatrovi. Depotní dávky jsou jedny z nejčastějších možností léčby, jak dále popisuje ve své publikaci Vágnerová (2014) i Jarolímek (2021). Nezbytná je i součinnost rodiny, kterou bychom měli o stavu nemocného člověka informovat a vysvětlit, proč je daná léčba pro pacienta vhodná. V akutní fázi onemocnění bývá nutná hospitalizace, protože nelze počítat s ochotou nemocných spolupracovat (Vágnerová, 2014, s. 347).

Další, velmi důležitou formou léčby, která se kombinuje s psychofarmakologickou léčbou, je psychoterapie. Je velmi důležité nemocného člověka respektovat, snažit se mu pomoci v rámci jeho možností, motivovat a brát jeho potřeby a omezení v potaz. Psychoterapie slouží k podpoře nemocného při zvládání nemoci, k porozumění sobě

samému a podstatě choroby i ke zlepšení jeho sociálních dovedností (Vágnerová, 2014, s. 347). Psychoterapii rozdělujeme na tři základní druhy. První je individuální, druhá skupinová a třetí rodinná či párová psychoterapie. Individuální psychoterapii užíváme ve chvíli, kdy je nemocný člověk bojácnější, má problémy s kolektivem a necítí se na zvládnutí skupinové terapie. Individuální psychoterapie je vhodná pro „nové“ pacienty, aby si mohli v daném zařízení vytvořit jeden pevný vztah, pevný bod, skrze který mohou rozšiřovat svou důvěru k pracovišti, ostatním terapeutům, jakož i k ostatním terapeutickým programům (Jarolímek, 2021, s. 51). Skupinová terapie je vhodná ke sdílení svých problémů a pocitů s ostatními lidmi, ovšem tato forma není pro každého. Využívá především skupinovou dynamiku, jak dále popisuje ve své publikaci Jarolímek (2021). Poslední formou jsou rodinné či párové psychoterapie. Rodinná či párová psychoterapie je na místě, pokud je zjevné, že problémy identifikovaného pacienta oboustranně úzce souvisejí s jeho nejbližším prostředím (základní rodinou) (Jarolímek, 2021, s. 51).

Poslední důležitou formou terapie je socioterapie, kde se nemocný člověk společně se sociálním pracovníkem či pracovníkem v sociálních službách zaměřuje na resocializaci a návrat do běžného života. Resocializace je zaměřena na aktivizaci nemocných a na podporu či znovuosvojení praktických dovedností (Vágnerová, 2014, s. 347). Zde je opět velmi důležitá součinnost rodiny, informovanost a vysvětlení potřeb nemocného člověka. Jak dále popisuje Vágnerová (2014), je třeba nemocného člověka brát bez iluzí, ale nesnímat z něj určitou odpovědnost. Důležitá je i aktivizace nemocného člověka. V tomto ohledu pomáhá např. centrum sociální rehabilitace, ve kterém momentálně pracuji. Je třeba brát na nemocného člověka ohled, ale nepodporovat ho v nic nedělání, stejně tak není vhodné dotyčného člověka přetěžovat. Většina pomáhajících organizací poskytuje chráněné bydlení, které je vhodné při návratu nemocného člověka z léčebny. Může mu pomoci v lepším zařazení zpět do běžného života. Jak píše Vágnerová (2014), je vhodnější, když se nemocný člověk může navrátit do rodinného prostředí, ale každý tuto možnost nemá. Buď rodinu nemá, nebo ho rodina z důvodu nemoci odmítá. Bohužel s variantou, kdy rodina nechce mít s nemocným člověkem nic společného, se ve svojí práci setkávám nejčastěji. Důležitý je i návrat do práce. Ne všichni nemocní takovou zátěž zvládají. Nejvhodnějším řešením bývají chráněné dílny, méně náročná práce či práce na zkrácené úvazky. Nemocní lidé bývají velmi unavení, jak popisují v podkapitole o průběhu nemoci. Přes všechny uvedené potíže platí, že smysluplná a zvládnutelná práce posílí jejich sebedůvěru a umožní jim dosáhnout větší samostatnosti (Vágnerová, 2014, s. 348).

2. Pomáhající organizace

Ve druhé kapitole mé bakalářské práce bych ráda představila organizace, které lidem s DO, pomáhají. Jak jsem již psala v první kapitole, lidé trpící chronickou formou schizofrenie většinou potřebují pomoc. Jedná se jak o jejich ambulantní psychiatry, tak i v návaznosti o pomáhající organizace, kde pracují sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách.

Lidé s DO, konkrétně se schizofrenií, se do pomáhající organizace dostanou primárně díky prvokontaktu v psychiatrické nemocnici, kde jsou hospitalizováni nebo na doporučení jejich ambulantního psychiatra. Ne vždy mají o pomoc organizace zájem. Z mé práce vím, že minimálně polovina klientů k nám do Fokusu nechtěla a rozmyslela si to až po delší době, kdy si o organizaci zjistila více informací. Myslí si, že pomoc od jiných lidí nepotřebují, stačí jim pouze medikace a občasná návštěva jejich ambulantního psychiatra.

Ke znovuzačlenění je, dle mého názoru, kontakt s pomáhající organizací velmi důležitý. Lidé, kteří v organizaci pracují, by měli mít minimálně kurz pracovníka v sociálních službách a další možná školení, tudíž jsou většinou schopni pacientům se schizofrenií pomoci v jejich snaze vrátit se zpět do běžného života či pomoci při jiných, pro nás běžných, úkonech.

Jak jsem již psala v úvodu této kapitoly, lidé se schizofrenií mnohdy pomoci nechtějí, nemají k organizaci a jejich pracovníkům důvěru, proto je jejich první kontakt velmi důležitý. V mém zaměstnání jezdí pracovnice terénního týmu do psychiatrických nemocnic (Havlíčkův Brod, Sadská, Kosmonosy), kde potencionální klienty kontaktují a někdy rovnou navážou vzájemnou spolupráci. Pro klienta je pak návrat alespoň o krok jednodušší, minimálně podle mé zkušenosti s klienty, se kterými pracuji.

Jak již bylo uvedeno, první kontakt, resp. první setkání budoucího pacienta s psycho-odborníkem, je nejdůležitějším bodem v průběhu dalšího terapeutického procesu, resp. v životě samotného pacienta (Jarolínek, 2021, s. 41). Jak dále popisuje Jarolínek (2021), je možné přirovnat první kontakt k pomyslnému házení mincí, kdy spolupráce může vést buď ke zdravému životu nebo k nastoupení na cestu „kariéry psychiatrického pacienta“. Především na počátku samotné terapie je nezbytné, aby ošetřující lékař nabídl co nejlepší terapeutický postup a aby byl schopen jej věrohodně vysvětlit pacientovi samotnému (Jarolínek, 2021, s. 42). Stejně tak je, dle mého názoru, klíčová i spolupráce mezi organizacemi a ošetřujícími lékaři, tedy jejich psychiatry.

V následujících podkapitolách bych ráda představila pár organizací, které na území České republiky fungují a pomáhají nemocným lidem v jejich opětovném začlenění do společnosti. V naší zemi je přibližně dvacet sociálních služeb a organizací, které pomáhají.

2.1 Fokus

Organizace Fokus je jednou z nejznámějších organizací v České republice. Na našem území je deset Fokusů, všechny pomáhají duševně nemocným lidem. Já pracuji ve Fokusu Mladá Boleslav, středisko Kolín, konkrétně v CSR (centrum sociální rehabilitace), kde klienty aktivizujeme a snažíme se jim pomoci při jejich snaze vrátit se zpět do běžného života. V následujících podkapitolách přiblížím více jednotlivé organizace Fokus v republice.

Počátek Fokusu je zaznamenán již v roce 1990. Během dvou let vznikly tři pobočky, které byly rozmístěny po České republice, ale z organizačních důvodů byly rozděleny a fungují jako jednotlivé organizace, stále pod hlavičkou Fokus.

2.1.1 Fokus Mladá Boleslav, z. s.

Fokus Mladá Boleslav z. s. je nestátní nezisková organizace poskytující sociální služby dlouhodobě vážně duševně nemocným od roku 1992. Účelem této organizace je prosazování zájmů osob se závažným duševním onemocněním, podpora informovanosti, vzdělávání a rozvoj moderního systému péče v této oblasti, jakož i poskytování sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Stanovy spolku, III. Účel, 2015).

Jak jsem již psala v předešlé podkapitole, ve Fokusu Mladá Boleslav pracuji více než rok. Tato organizace se, dle mého názoru, snaží své cíle plnit a pomáhat tak lidem, kteří to nejvíce potřebují, jsou v současné době velmi zranitelní. Jejich hlavní náplní je návrat do běžného společenského života, pomoc při zařizování záležitostí, které nemocný člověk potřebuje. Je to klasická sociální služba, kde pracují osoby, jenž mají zájem pomáhat a činit tak životy klientů lepší a důstojnější, než někteří nemocní mají.

Jejich působení je v Mladé Boleslavi, Kolíně, Nymburce, Karlovy Vary a nově rozvíjí své působení do Kutné Hory, kde v současné době vzniká nový tým. Fokus Mladá Boleslav nabízí terénní týmy, kde má každý klient svého case managera, centra sociální rehabilitace, centra duševního zdraví, chráněné dílny a v neposlední řadě i chráněné bydlení.

2.1.2 Fokus Praha, z. ú.

Fokus Praha je Sdružení pro péči o duševně nemocné osoby, které vzniklo v roce 1992. Jak uvádějí na svých oficiálních webových stránkách, vzhledem k rozdělení Fokusu do jednotlivých organizací, kdy většina zaměstnanců v té době přešla pod Fokus Praha, berou i rok 1990 za oficiální založení Fokusu Praha (Fokus Praha, 2025).

Do Fokusu Praha jezdíme na různá školení a kurzy. Dalo by se říci, že jde o spřátelené organizace, vycházející ze stejného pojetí.

Fokusu Praha působí po celé Praze, včetně Bohnic, ale i Mělníku a v Dolním Povltaví. Jejich služby zahrnují centra duševního zdraví, terénní týmy, centra sociální rehabilitace, chráněné bydlení a dílny, nízkoprahové zařízení, denní sanatorium, tým pro podporu zaměstnání. Nabízejí i různá školení a preventivní program pro děti a mládež „Blázníš? No A!“, jehož cílem je šířit osvětu o duševním onemocnění na středních školách.

2.1.3 Fokus Písek, z. ú.

Fokus Písek je organizace, která stejně jako ostatní organizace pod jménem Fokus, pracuje s lidmi s duševním onemocněním a pomáhá jim. Působí v Písku, Strakonících a Sušici. Jak uvádějí na svých webových stránkách, navazují spolupráci i s ostatními institucemi, organizacemi, psychiatry, psychology, psychiatrickými léčebnami, s rodinou a blízkým sociálním okolím klienta. Svým působením se snaží bořit tabu a mýty o lidech s duševním onemocněním (Fokus Písek, 2024).

Fokus Písek nabízí různé služby. Terénní tým, centrum sociální rehabilitace, centrum duševního zdraví, vlastní obchod s výrobky, které vyrábějí klienti a od 1. ledna 2023 nově chráněné bydlení. Tak, jako ostatní organizace, má sociální pracovníce a pracovníky, pracovníky v sociálních službách, dobrovolníky. Pomáhají lidem s duševním onemocněním nalézt zpět chuť k životu a vytvořit stejné šance, jako mají zdraví lidé.

2.1.4 Fokus České Budějovice, z. ú.

Fokus České Budějovice byl založen v roce 2007, kdy se stal poskytovatelem sociálních služeb a v roce 2013 začali poskytovat i zdravotní služby. Poskytují službu sociální rehabilitace, tzv. komunitní tým, službu chráněného a tréninkového bydlení, psychiatrickou péči, péči, zdravotní sestry pro psychiatrickou péči a všeobecnou sestru pro domácí péči.

Komunitní týmy působí v Českých Budějovicích a v Českém Krumlově, chráněné bydlení je pouze v Českých Budějovicích. Jak uvádějí na svých stránkách, snaží se obhajovat a prosazovat zájmy osob se zkušeností s duševním onemocněním a pomoci jim tak vrátit se zpět do běžného života (Fokus České Budějovice, 2025).

Poskytují službu nejenom psychiatricky nemocným dospělým, ale i dětem a mladistvým od 12-ti let. Poskytují i pomoc pro rodinné příslušníky a dělají i preventivní interaktivní programy pro mladé od 15-ti let.

2.1.5 Fokus Labe, o. s.

Fokus Labe byl založen 29. 12. 1992 a v roce 1993 získal první prostory pro svojí organizaci. Do roku 2020 rozšířil působení po celém Ústeckém kraji a v roce 2021 zakládá Dětský tým Fokus Labe, rozšiřuje tak svou cílovou skupinu i na děti a mladistvé od 7 do 18 let (Fokus Labe, 2025).

Jejich primární služby jsou poskytovány v centru duševního zdraví, působí zde tým dlouhodobé rehabilitace a tým duševního zdraví, tým duševního zdraví pro děti, chráněné bydlení a recovery housing, rodičovské skupiny a podpora zaměstnávání.

Jak uvádějí na svých webových stránkách, prostřednictvím komunitních služeb poskytují podporu a stabilizaci zdraví, řešení krizových situací, naplnění psychologických potřeb, nalezení nových sociálních rolí, získání a udržení si zaměstnání, samostatné bydlení a životní spokojenosti.

2.1.6 Fokus Liberec, o. p. s.

Fokus Liberec byl založen v roce 1993, kdy vzniká jako sdružení Fokus myklub a jedná se o první terénní program a chráněné bydlení pro lidi s duševním onemocněním. V roce 2004 zařizují první chráněný byt a od roku 2006 otevřeli pobočky ve dvou třetinách Libereckého kraje a jsou dostupní na třinácti místech.

Jejich základním cílem je podpora duševně nemocného člověka v situacích, které mu brání fungovat tak, jako můžou fungovat zdraví lidé. Jejich hlavním cílem je, aby je jejich klient, duševně nemocný člověk, postupem času nepotřeboval a zvládal běžné úkony sám, jak dále uvádějí na svých webových stránkách (Fokus Liberec, 2010-2024).

Jejich služby zahrnují sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace pro dospělé, sociální rehabilitace pro děti a adolescenty, chráněné bydlení, domov se zvláštním

režimem, podpora samostatného bydlení a sociálně terapeutické dílny. Pro své klienty mají i chráněnou kavárnu, kde klienti mohou pracovat a učit se tak pracovním návykům.

2.1.7 Fokus Opava, z. s.

Fokus Opava byl založen 2. 3. 2005. Jeho působení je pouze v Opavě, a má primárně dvě sociální služby – Centrum duševního zdraví Opava a Středisko pro osoby s duševním onemocněním, mentálním a zdravotním postižením. Poskytují podporu samostatného bydlení, sociální rehabilitace, chráněnou práci a služby následné péče (Fokus Opava, 2023).

Cílovou skupinu Fokusu Opava tvoří osoby s dlouhodobým psychickým onemocněním, osoby s mentálním a zdravotním postižením, u kterých došlo kvůli onemocnění k narušení psychických, sociálních a pracovních schopností a dovedností. Neposkytují služby pro děti a mladistvé, pouze pro osoby starší 18-ti let do věkové hranice 80 let.

2.1.8 Fokus Tábor

Fokus Tábor vznikl v roce 2000, kdy město Tábor poskytlo začínající organizaci objekt bývalých jeslí, kde organizace sídlí dodnes. Poskytují chráněné bydlení, centrum duševního zdraví, komunitní tým, chráněné zaměstnání a školský preventivní program Blázníš? No A! (Fokus Tábor, 2024).

Jejich hlavním cílem je, stejně tak jako u ostatních Fokusů, podporovat osoby s duševním onemocněním, pomoci jim ve znovunalezení jejich sebedůvěry a sebehodnoty a návrat do běžného života. Jejich tým tvoří sociální pracovníce a pracovníci, zdravotní sestry, psycholog, psychiatr.

2.1.9 Fokus Turnov

Fokus Turnov vznikl v roce 1994 a je nejen poskytovatelem sociálních služeb, ale i partnerem v oblasti komunitních služeb v celém regionu, jak dále popisují na svých webových stránkách (Fokus Turnov, 2024).

Jejich cílovou skupinu tvoří lidé s duševním onemocněním a osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Poskytují komplexní podporu a pomoc se znovuzačleněním do společnosti.

Hlavními službami jsou sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení a centrum denních služeb. Taktéž se snaží šířit osvětu o duševním

onemocněním mezi širokou veřejností. Jak dále uvádějí, každý rok pořádají jednodenní akci pod názvem „(Ne)blázni, Turnove!“. Tato akce je určena pro všechny lidi, kterým není duševní onemocnění lhostejné.

2.1.10 Fokus Vysočina, z. ú.

Fokus Vysočina je založen v roce 1992 a působí v Havlíčkově Brodě, Chotěboři, Pelhřimově a Hlinsku. Největší působení je převážně v Havlíčkově Brodě a Pelhřimově. Jak uvádějí, jejich hlavním posláním je podporovat lidi s duševním onemocněním nebo jiným handicapem, v posílení jejich samostatnosti a sebedůvěry tak, aby mohli vést plnohodnotný život podle svých představ.

Hlavní služby Fokusu Vysočina pro duševně nemocné poskytuje centrum duševního zdraví, komunitní tým, chráněné bydlení, tým podpory v zaměstnávání, terénní tým pro děti a psychiatrická ambulance. Pro osoby s mentálním poskytují denní stacionář, sociálně terapeutické dílny a osobní asistence. V neposlední řadě dělají i preventivní program pro školy, který se jmenuje „Na vlastní duši“, díky programu se snaží bořit mýty o duševním zdraví (Fokus Vysočina, 2025).

2.2 Baobab, z. s.

Zapsaná společnost Baobab byla založena v roce 1997 v Praze. Jejich primárním cílem je péče o duševně nemocné, jedná se především o osoby s psychotickým onemocněním.

Jak uvádějí na jejich webových stránkách, poskytují dohromady dvě služby. První službou je Centrum sociální rehabilitace, kde poskytují programy typu case management, kdy pracovníci pomáhají lidem, kteří jsou odhodlaní svůj život postupně měnit k lepšímu. Program Student je, jak název napovídá, program pro studenty, kteří mají vlivem duševní nepohody problém se studiem a tréninkové programy. Druhou službou je pomoc s bydlením, jako je Domov BAO, domov se zvláštním režimem, který nabízí ubytovací službu pro své klienty, kteří potřebují větší pomoc a podporu. Tréninkové bydlení, kde poskytují bydlení na předem určenou dobu pro klienty, kteří se potřebují osamostatnit. Poslední službou, která nabízí bydlení je Housing First Baobab. Tato služba poskytuje bydlení pro osoby, které byly dlouhodobě bez přístřeší nebo opakovaně v psychiatrické nemocnici (Baobab, 2025).

2.3 Ledovec, z. s.

Ledovec je nestátní nezisková organizace, která pomáhá lidem s duševním onemocněním při návratu do jejich běžného života a vznikla 22. ledna v roce 2001. Působí v Plzeňském kraji, kde poskytují sociální rehabilitaci v rámci tří multidisciplinárních komunitních týmů. Dalšími poskytovanými službami jsou telefonická krizová pomoc, odborné sociální poradenství a služby podpory bydlení typu Housing First a chráněné bydlení, jak dále uvádějí na svých webových stránkách (Ledovec, 2017).

Další aktivity Ledovce jsou zaměřené primárně na prevenci a zlepšení podmínek duševně nemocných klientů. Hlavním programem je Varieté Sociále (Pacirkus), v němž se klienti Ledovce společně s pracovníky snaží o destigmatizaci duševně nemocných. Druhým programem je preventivní program Blázníš? No A!, o kterém jsem již psala v podkapitole Fokus Mladá Boleslav, z. s.. Dalšími programy je např. Terapeutický program DBT, Rodičovská skupina, Garden Gang, Zotavení, CHRC a Dny pro duševní zdraví. Všechny programy slouží k destigmatizaci a lepší pomoci lidem s duševním onemocněním, jak si můžeme přečíst ve výročních zprávách Ledovce a jejich webových stránkách (Ledovec, 2017).

2.4 Riaps – krizové centrum – Centrum sociálních služeb Praha

Krizové centrum RIAPS poskytuje krizovou intervenci a psychologickou podporu. Tým centra tvoří zkušení krizoví intervenenti z řad psychologů, psychiatrů a středního zdravotnického personálu (CSSPraha, 2023). Jejich hlavními technikami jsou především krizové intervence, skupinové a individuální psychoterapie, relaxační techniky, práce s tělem a farmakoterapie, jak se můžeme dočíst na webových stránkách Riapsu (CSSPraha, 2023).

Jejich cílovou skupinu tvoří lidé, kteří ztratili někoho blízkého, řeší partnerské nebo rodinné problémy, prochází si zhoršujícím duševním onemocněním nebo jsou oběti trestných činů. Podmínkou je, že musí být plnoletí. Poskytují i pomoc pro lidi bez domova, osoby v sociální a ekonomické krizi nebo pro osoby, které potřebují poradenství v tíživé osobní situaci. Pomoc těmto osobám je poskytována primárně pohotovostní službou, ambulantní konzultací, příp. pobytem na lůžkovém oddělení nebo hospitalizací v psychiatrické či obvyčejné nemocnici (CSSPraha, 2023).

Centrum sociálních služeb Praha intenzivně spolupracuje s Magistrátem hl. m. Prahy a dalšími důležitými partnery, jako jsou poskytovatelé sociálních a zdravotních

služeb, včetně nemocnic a zdravotnické záchranné služby, ale také například školy a školská zařízení atd. Centrum sociálních služeb Praha je důležitou součástí sociálních politik hlavního města Prahy, podílí se na přípravě strategických dokumentů a návrhů opatření pro zlepšení sociální situace Pražanů (CSSPraha, 2023).

2.5 Sananim, z.ú.

Sananim je organizace založená v roce 1990 a pomáhá především lidem, kteří si prošli nebo prochází drogovou závislostí. Lidem ohroženým drogami a jejich blízkým poskytuje pomoc v síti programů a služeb, které tvoří komplexní systém prevence, péče, léčby a resocializace. Touto svou činností tak vyvrací stále značně rozšířený mýtus, že závislosti na drogách se nelze zbavit, a napomáhá odstranit stigmatizaci související s užíváním drog, která je v poskytnutí efektivní pomoci často zcela zbytečnou překážkou (Sananim, 2025).

Organizace pomáhá i osobám s duální diagnózou, proto jsem je i zařadila do své bakalářské práce. Většina mých klientů má drogu minulost, příp. jim drogy zapříčinily rozvoj jejich duševního onemocnění.

Poskytují služby terénních programů, kontaktní centrum, adiktologickou ambulanci pro mladistvé a dospělé, denní stacionář, gambling ambulanci, specializované služby CADAS, poradna pro rodiny, terapeutické komunity, doléčovací centra, centrum pro osoby v konfliktu se zákonem, profesní a sociální adaptace a drogové informační centrum.

PRAKTICKÁ ČÁST

3. Cíl výzkumu

V praktické části mé bakalářské práce se zaměřuji na spolupráci mezi klientem, duševně nemocným člověkem s chronickou formou schizofrenie a sociálním pracovníkem z pomáhající organizace. Vzhledem k časté stigmatizaci duševně nemocných lidí bych ráda v praktické části zjistila, jak funguje jejich vzájemná spolupráce a zda je ku prospěchu nemocným lidem, případně zda dochází v rámci této spolupráce k nějakým problémům. Spolupráce nemocných lidí se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách je, dle mého názoru, klíčová. Nestačí být pouze medikovaný, ale je třeba s klienty pracovat a pomáhat jim v jejich snaze vrátit se do běžného života.

Cílem mé bakalářské práce je popsat proces začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti po jejich návratu z psychiatrické nemocnice. Jejich návraty nebývají vzhledem k jejich diagnóze mnohdy jednoduché. Mým hlavním záměrem je zjistit, jak nápomocná je poskytovaná služba nemocným lidem, konkrétně v organizaci Fokus Mladá Boleslav, z. s., středisko Kolín, z pohledu klientů i pracovníků. Z mých zkušeností a znalostí situace vyplývají tyto hlavní výzkumné otázky.

Hlavní výzkumné otázky:

1. Jak klienti vnímají své šance na návrat do práce a společnosti?
2. Jaké služby jsou klientům poskytované a v čem jim mohou pomoci?
3. Je poskytovaná pomoc dostatečná?
4. Jak se klienti a pracovníci v organizaci cítí?

4. Charakteristika výzkumného vzorku

Jednou z nejdůležitějších součástí mého výzkumu byl výběr výzkumného vzorku. Vzhledem k tomu, že pracuji v organizaci Fokus MB, středisko Kolín, byl výběr respondentů o něco jednodušší. V mém výzkumu tvoří zkoumanou skupinu pět klientů se schizofrenií a pět sociálních pracovníků/pracovnic. Tři pracovníci jsou z centra sociální rehabilitace a dvě pracovnice z terénního týmu. V svém výzkumu se soustředím na klienty se schizofrenií v chronické fázi. Klienti a pracovníci, se kterými v organizaci pracuji, byli ochotni spolupracovat.

Jak jsem již psala v úvodu této kapitoly, celý výzkum probíhal na půdě jedné organizace. Všichni oslovení klienti a pracovníci podepsali souhlas se zpracováním údajů. Rozhovory jsem vedla tak, aby se všichni respondenti mohli vyjádřit bez jakýchkoli pocitů ohrožení nebo jiných problémů či navození nežádoucích pocitů. V následujícím textu představím všechny respondenty, kteří se na mém výzkumu podíleli.

Klient 1 má diagnostikovanou nediferencovanou schizofrenii. S organizací spolupracoval přibližně čtyři roky. Nemoc se u něho rozvinula v důsledku užívání návykových látek, konkrétně pervitinu a marihuany. V současné době již s organizací nespolečně pracuje, ale s jeho svolením použiji rozhovor v mém výzkumu.

Klient 2 má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii, která se mu projevila při studiu na vysoké škole. S organizací spolupracuje zhruba 11 let. Je u něj zřetelné velké zlepšení, ovšem nadále v organizaci zůstává, s ostatními klienty a pracovníky je rád a nechce s nimi ztratit kontakt.

Klient 3 má také diagnostikovanou paranoidní schizofrenii a OCD (obsedantně-kompulzivní poruchu). Není české národnosti, pochází z Vietnamu. S organizací spolupracuje tři roky a nemoc se mu projevila při návratu do jeho rodné země. V současné době je stabilizovaný a z rodinných důvodů je na tři měsíce opět zpátky ve Vietnamu.

Klientka 4 má diagnostikovanou nediferencovanou schizofrenii. S organizací spolupracuje více než deset let. Projevují se u ní známky zlepšení i zhoršení, vše záleží hlavně na ročním období, jak sama udává.

Klientka 5 má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii. S organizací již nespolečně pracuje jako klientka, ale jako expertka v programu „Blázníš? No A!“.

Momentálně pracuje jako peer konzultantka a přednáší na vysoké škole. Její nemoc je stabilizovaná a těší se úspěchu v pracovním i osobním životě.

Pracovnice 1 pracuje v organizaci skoro deset let. Pracuje na pozici terapeuta v centru sociální rehabilitace. S klienty má za tu dobu vybudovaný, dle jejich slov, takový vztah, který je klientům prospěšný. Pracovala ve středisku v Nymburce, nyní je zhruba pět let ve středisku v Kolíně.

Pracovnice 2 pracuje v organizaci teprve rok a je zaměstnána na pozici terapeuta v centru sociální rehabilitace. Jak udává v rozhovoru, s klienty si snaží vyvářet takové pouto, aby se klienti cítili v bezpečí a neměli problém se jí případně svěřovat se svými problémy.

Pracovník 3 pracoval v organizaci na pozici case managera v terénním týmu. V současné době pracuje jako terapeut v centru sociální rehabilitace. Pro organizaci pracuje cca tři roky. Zaměřuje se především na aktivizaci klientů ve sportovním duchu. Dle jeho slov ho tato práce velmi naplňuje a je rád, když vidí spokojené klienty.

Pracovnice 4 pracuje jako case manager v terénním týmu. V organizaci pracuje tři roky a pomáhá klientům řešit jejich každodenní starosti. V rámci své práce spolupracuje i na programu „Blázníš? No A!“.

Pracovnice 5 pracuje rovněž na pozici case managera v terénním týmu. V organizaci působí přibližně sedm let a stejně jako Pracovnice 4 pomáhá klientům řešit jejich každodenní záležitosti. Práce jí velmi baví a s klienty si rozumí.

5. Metoda získávání dat

Ke svému výzkumu jsem použila metodu rozhovoru, který byl polostrukturovaný. Snažila jsem se dávat prostor k volnější diskuzi, otázky byly otevřené tak, aby respondenti mohli svobodně a v klidu odpovídat nad rámec mých předem stanovených otázek. Polostrukturovaný rozhovor lze označit jako rozhovor pomocí návodu, jak dále popisuje Hendl (2016, s. 179-179). Otázky, které jsem v rozhovoru použila, jsou vloženy v příloze této bakalářské práce.

Otázky pro rozhovory jsem stanovila podle cíle mého výzkumu. Během rozhovorů jsem se řídila těmito otázkami, ovšem i tak jsem nechávala respondentům možnost, aby svoje výpovědi více rozvedli. Stávalo se, že během rozhovoru vzešla doplňující otázka, která nám celý rozhovor doplnila a prohloubila tak cíl výzkumu. Klienti i pracovníci po většinu času mluvili souvisle a mnohdy své odpovědi rozváděli tak, že jsem je musela vracet zpět k tématu rozhovoru. Základním cílem rozhovoru bylo zjistit, jak své šance vnímají klienti a jak jejich šance vnímají pracovníci v pomáhající organizaci.

Rozhovory jsem nahrávala na mobilní telefon v aplikaci diktafonu. Všechny rozhovory jsem zapisovala za přítomnosti respondentů. Po uplynutí rozhovoru jsem společně s respondenty prošla celý rozhovor znovu i s jejich odpověďmi a nahrávkami. Domluvili jsme se, že se vyjádří, zda jsou odpovědi takto v pořádku, či je chtějí ještě nějak upravit nebo doplnit. Rozhovory trvaly průměrně 45 minut. Všechny rozhovory proběhly po předešlém písemném souhlasu a seznámením s cílem a účelem mé bakalářské práce. Pokud se vyskytl problém, s respondenty jsme se vždy domluvili na nějakém kompromisu nebo jiném řešení. S respondenty jsem se domlouvala na rozhovoru většinou v ten den. Vzhledem k tomu, že se jedná o mé klienty a kolegy, nebyl problém se na poskytnutí rozhovoru domluvit. Rozhovory s klienty proběhly během aktivizace v centru sociální rehabilitace. S kolegy (pracovníky v organizaci) rozhovory probíhaly většinou po pracovní době tak, aby to nijak nenarušovalo naši práci, kde se máme primárně věnovat našim klientům.

Všichni respondenti byli předem informováni o cíli a účelu mé bakalářské práce. O rozhovorech věděli cca 3 měsíce dopředu, společně jsme o tom mluvili na našich společných schůzkách. Respondenty jsem předem upozornila na možnost rozhovor odmítnout či během rozhovoru naše povídání ukončit nebo mě upozornit na to, že jim nejsou otázky příjemné. Stejně tak jsem respondentům na začátku vysvětlila, že je vše

anonymní a nahrávky ani psané slovo nebudou použity k jiným účelům, než je má bakalářská práce. Všichni respondenti s poskytnutím rozhovorů souhlasili, během rozhovorů nenastaly žádné nežádoucí komplikace, vše proběhlo v klidu a pořádku.

6. Metoda analýzy dat

Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila tematickou analýzu pro popis a identifikaci sesbíraných dat. Vzhledem k tomu, že jsem výzkum prováděla pomocí rozhovorů, přišlo mi použití tematické analýzy nejvhodnější řešení. Pro analýzu jsem zvolila otevřené kódování, které jsem následně zpracovala pomocí axiálního kódování.

Provedené rozhovory jsem si několikrát pročetla a zvýraznila si zajímavé poznatky, které korespondují s cílem mého výzkumu. Po zvýraznění jsem poznatkům (jednotkám) přiřadila kódy, které jsou buď fráze nebo slova. Pro otevřené kódování jsem vytvořila pavouka, do kterého jsem zapisovala jednotlivé kódy. Pavouky jsem rozdělila na výpovědi klientů a výpovědi pracovníků. V mé bakalářské práci jsem vytvořila tabulky, do kterých jsem vypsala jednotlivé kódy.

7. Analýza dat a jejich interpretace

Během vyhodnocování zjištěných dat pomocí otevřeného a axiálního kódování vzešly tyto kategorie:

1. Návrat klientů do běžné společnosti
2. Návrat klientů do zaměstnání
3. Zajištění potřebné podpory a pomoci pro klienty
4. Subjektivní vnímání klientů a pracovníků v rámci organizace

7.1 Návrat klientů do běžné společnosti

KATEGORIE	KÓDY
Návrat klientů do běžné společnosti	<ul style="list-style-type: none">- Postupné začleňování, čas- Hledání společných témat- Trénování zátěže- Zapojování do aktivit CSR- Pravidelná docházka do CSR- Odchod z nepříjemného kontaktu- Spolupráce od blízkého člověka- Samostatnost, uschopňování- Chráněné byty, sociální bydlení- Více impulzů do života- Lepší spolupráce s psychiatry

Tabulka č. 1: Analýza návratu klientů do běžné společnosti

V kategorii Návrat klientů do společnosti byly zjištěny tyto kódy, které jsem uvedla v tabulce nad textem. Většina klientů se shodla na tom, že ke svému začlenění potřebují čas a dopomoc od dalších osob. Jedná se především o spolupráci s centrem sociální rehabilitace. Klient 1 uvedl, že ke svému začlenění potřebuje čas k tomu, aby poznal ostatní lidi, a podle toho se rozhoduje, zda chce v této společnosti setrvat: „...musím počkat, jak se ostatní projeví. Přátele si svým způsobem vybírám, ale jsem hodně tolerantní a nemám problém prakticky s nikým. ...snažit se hledat společná témata.“ Klient 2 uvádí, že jeho hlavní snaha spočívá v tom, že trénuje postupně zátěž, bere to jak v rámci společnosti, tak i hledání práce. Dále uvádí, že je pro jeho začlenění důležité docházet do

CSR a zapojovat se do aktivit: „Docházím pravidelně na program centra sociální rehabilitace a snažím se zapojovat i do aktivit, které jsou nad rámec mého osobního plánu, který v centru mám.“ Většina klientů se shodla na pravidelné docházce do CSR a zapojování do aktivit. Jejich odpovědi jsou v rámci CSR obdobné. Klientka 4 k docházce do CSR připojuje i odchod z nepříjemného kontaktu: „... myslím, že se mi to podařilo, nemám s nikým problém, a když náhodou ano a kontakt mi je nepříjemný, z kontaktu odejdu.“

Pracovníci organizace se shodují především ve větším osamostatňování klientů a lepší spolupráce mezi rodinami nemocných lidí. Pracovnice 4 uvádí, že spolupráce rodin a blízkých osob je důležitá a na otázku odpovídá: „Jednoznačně spolupráce rodiny či blízkých. Klient v průběhu léčby či po propuštění z psychiatrické nemocnice někdy opravdu potřebuje jen oporu nejbližších – mít pocit, že není na vše sám.“ Dále uvádí lepší spolupráci s psychiatry: „Lepší spolupráce s psychiatry. Přejde mi, že někteří psychiatři bagatelizují situaci klienta. Někteří mi přijdou již dost vyhořelí a vysazení na některé typy diagnóz, což pak velmi ovlivňuje přístup klienta k pravidelnému docházení k AP či dodržování užívání medikace.“ Jak jsem psala již na začátku textu, samostatnost se v rozhovorech objevovala také často. Pracovnice 1 uvádí, že by klientům větší uschopňování a osamostatňování pomohlo: „Podle mě by klientům pomohlo víc samostatnosti, uschopňování.“ Často v odpovědích rezonovalo i chráněné bydlení nebo sociální byty: „Mohlo by být víc chráněných bytů. My bohužel máme pouze dva a myslím, že když by jich bylo víc, bylo by to i pro klienty lepší. (pracovnice 2)“ Pracovnice 5 uvádí: „... určitě dostupnější bydlení. Situace na trhu je otřesná i pro jedince, kteří se nepotýkají s duševním onemocněním, mohou si plnohodnotně vydělávat. Takže více sociálních bytů, dostupných sociálních bytů.“ Pracovník 3 je spíše pro větší provázení klientů. Myslí si ale, že by jim nejvíce pomohlo dávat více impulzů do života: „... hledat více cest, které opravdu pomáhají. Dávat klientům více impulzů do života.“

Z rozhovorů vyplynulo, že klienti své návraty do společnosti vnímají dobře, někteří jsou dokonce přesvědčeni, že to bez problémů zvládli. „Ve společnosti nemám žádný problém, s klienty si rozumím a s ostatními lidmi také nemám problém, rád chodím na procházky nebo jezdím na kole, občas zajdu na koncert. (klient 1)“ Klient 2 uvádí toto: „Co se týče společnosti, myslím si, že můj návrat je úspěšný.“

7.2 Návrat klientů do zaměstnání

KATEGORIE	KÓDY
Návrat klientů do zaměstnání	<ul style="list-style-type: none"> - Zaměstnání na plný úvazek ne - Trénování zátěže - Práce pro organizaci - Práce na zkrácený úvazek ano - Hledání práce s pomocí IPS - Pravidelná docházka do CSR - Spolupráce s case manager - Lehčí práce - Utlumený stav z léků - Invalidní důchod - Poskytování sociálních dávek

Tabulka č. 2: Analýza návratu klientů do zaměstnání

V kategorii Návrat klientů do zaměstnání se objevily různé názory, jež jsem uvedla v tabulce nad textem. Názory klientů jsou v této kategorii rozporuplné. Někteří klienti by rádi našli práci alespoň na zkrácený úvazek a vrátili se tak zpět do běžného chodu. „...ale myslím si, že bych normální práci v pohodě zvládl, samozřejmě na zkrácený úvazek. (klient 2)“ Klient 1 je přesvědčený, že by práci na vyšší úvazek vůbec nezvládl, stačí mu invalidní důchod a práce pro organizaci: „Práci jako takovou bych asi nezvládl. Pracuji pro Fokus 2x týdně, chodím uklízet do terénního týmu a teď nově chodím jako „peer“ s pracovníci do škol v rámci preventivního programu Blázníš? No A!. Moc mě to baví a nechci teď dělat něco jiného. Samozřejmě invalidní důchod je taky moc fajn a na běžné fungování mi stačí.“ Klientka 4 má obdobný názor, jako klient 1. Sama uznává, že by nezvládla jinou práci kvůli lékům, které ji z velké části omezují: „Práci díky Fokusu už mám, roznáším letáky a myslím si, že bych ani nic jiného nezvládla kvůli lékům, které беру. Jsem po nich hodně unavená.“ Klient 3 by rád nastoupil na střední školu a nejprve absolvoval maturitní zkoušku. Do práce by chtěl nastoupit po úspěšném absolvování střední školy. Stále spolupracuje se svojí case manager a řeší s ní možnosti práce i bez maturity. Bohužel má pouze základní vzdělání: „Docházím pravidelně na program 3x týdně, doma cvičím a 1x14 dní se scházím se svojí klíčovou pracovnící z terénu. Probíráme možnosti práce, kterou bych mohl dělat a rád bych si dodělal dálkově střední školu.“ Většina klientů se shodla na potřebě pravidelné docházky do CSR, dodržování jejich

osobních plánů a zúčastňování se programu centra. Myslí si, že je to jedno z nejrozumnějších řešení. Klient 2 dále udává, že je důležité trénovat zátěž, stejně jako při návratu do společnosti, důležitá je podle něj i spolupráce s IPS pracovníci, která klientům pomáhá nalézt práci, která je pro ně vhodná: „*Snažím se trénovat si zátěž – např. vstávám na budík brzy, jako kdybych vstával do práce, vařím, uklízím, o víkendech jezdím k rodičům a starám se jim o dům a zahradu. ...S pracovníci IPS, která pomáhá klientům sehnat práci, hledáme jinou práci na vyšší úvazek, rád bych pracoval s lidmi a pomáhal jim.*“

Pracovníci se k zaměstnání klientů moc nevyjadřovali. Spíše se zaměřovali na návrat do společnosti. Pracovnice 4 uvedla jiné možné alternativy, které klienti využívají, pokud práci nemohou nebo nechtějí sehnat. Týká se to především udělování invalidních důchodů a sociálních dávek, které klientům mohou pomoci v jejich nepříznivé finanční situaci, pokud nejsou schopni návratu do zaměstnání. Ne vždy je klientům invalidní důchod přiznán, což může být v určitých situacích pro klienty velká psychická zátěž: „*Často se setkávám s tím, že když s klienty žádám o invalidní důchod, je jim zamítnut a myslím, že mnohdy neprávem. ...pokusila bych se o lepší systém udělování invalidních důchodů. Co si budeme povídat, bez osobního kontaktu, pouze s profesním dotazníkem a posledními zprávami z hospitalizace, toho přeci moc nedokáží zhodnotit. ...chtělo by to celkově nový systém poskytování nepojistných sociálních dávek.*“

Celkový náhled na zaměstnání ze strany klientů je spíše kladný. Všichni respondenti (klienti) by rádi pracovali, ale ne všichni by chtěli práci s větší zátěží, protože si myslí, že by ji nezvládli. Někteří klienti jsou rádi, že zvládnou dojít do CSR a plnit svůj osobní plán. Jiní se snaží získat plnohodnotné zaměstnání, ale bohužel kvůli nemoci a medikaci mnohdy jednoduše nemohou.

7.3 Zajištění potřebné podpory a pomoci pro klienty

KATEGORIE	KÓDY
Zajištění potřebné podpory a pomoci pro klienty	<ul style="list-style-type: none"> - Dostatečná pomoc - Pomoc je více než dostatečná - Pomoc ze strany SP a PSO - Zaměstnání u organizace - Očekávání pomoci s navázáním kontaktu s okolním prostředím

	<ul style="list-style-type: none"> - Pomoc s aktivizací - Řešení nepříznivých životních situací - Lepší výběr terénních pracovníků - Pomoc je někdy až přílišná - Zajištění nácviků, poradenství, doprovodů k lékaři a na úřad
--	---

Tabulka č. 3: Analýza zajištění potřebné podpory a pomoci pro klienty

Klienti se shodují v názoru, že pomoc a podpora, která je jim poskytována, je dostatečná, mnohdy více než dostatečná. „Myslím, že pomoc je více než dostatečná. Jsem moc rád, že jsou na mě pracovnice hodné a pomáhají mi. Jsem moc spokojený se svojí case manager. (klient 1)“ „Pomoc je více než dostatečná, nemyslím si, že by se dalo ještě něco zlepšit. (klient 2)“ „Pomoc je dostatečná, někdy až moc. Obdivuji všechny pracovnice, že naše nálady zvládají. (klientka 4)“ „Pomoc pro mě byla dostatečná, díky tomu jsem teď tam, kde jsem. (klientka 5)“ Lze říci, že jsou klienti s poskytovanou pomocí velmi spokojeni a nemají potřebu cokoliv měnit. Od organizace očekávají především pomoc při navazování kontaktů s okolním prostředím a zlepšení kognitivních funkcí: „... začal jsem očekávat pomoc s navázáním kontaktů s okolním prostředím, zlepšení mé paměti, celková pomoc s nastartováním nebo otrkáním se, abych se o sebe zvládl starat sám. (klient 2)“ „Očekávám pomoc s osamostatněním, abych si dokázal najít práci, bydlení a osamostatnil se. (klient 3)“

Pracovníci vidí v této oblasti jisté mezery, které by se daly ještě vylepšit. Pracovnice 1 by zlepšila výběr terénních pracovníků: „Zlepšila bych výběr terénních pracovníků, někteří mi nepřijdou moc kompetentní.“ Pracovnice 2 si myslí, že je pomoc někdy až přílišná, uvítala by zvýšení nároků na klienty: „...pomoc, která je klientům poskytovaná, je někdy až přílišná. Zdá se mi, že některé kolegyně tzv. klienty vodí za ručičku a řeší za ně věci, které by si klienti mohli úplně v pohodě obstarat sami. To podle mě není moc dobře.“ Pracovník 3 si myslí, že má poskytovaná pomoc rezervy, které by bylo potřeba zlepšit: „Myslím si, že pomoc klientům má menší rezervy, určitě by zde byl prostor pro zlepšení, já bych byl rád více průvodcem, který by klienty tím životem více provázel.“

Pracovníci se přes to všechno snaží klientům pomoci, jak nejlépe mohou. Zajišťují nácviky, doprovody k lékařům, na úřady a pomoc s navazováním kontaktu s okolním prostředím. Kolegyně z IPS oddělení pomáhá klientům zajistit práci, kterou si klienti přejí,

o které vědí, že by jí mohli zvládnout nebo je bude alespoň bavit. „...konkrétně zahrnuje nějaký první kontakt s klientem a zajištění jeho potřeb, následně pak poskytují podporu při řešení osobních obtíží, poradenství a doprovázení k lékaři či na úřad, také pomoc při zprostředkování zdravotních a sociálních služeb, podporu při zvládnání běžných denních činností a jejich nácvik, to je např. nácvik péče o domácnost, ... (pracovnice 5)“

7.4 Subjektivní vnímání klientů a pracovníků v rámci organizace

KATEGORIE	KÓDY
Subjektivní vnímání klientů a pracovníků v rámci organizace	<ul style="list-style-type: none"> - Poskytované služby vyhovují - Ochotní pracovníci, klid, pohoda - Pocit bezpečí, možnost řešit všechny útrapy - Druhá rodina - Rozmanitost, sebevzdělávání, rozvoj - Radost ze štěstí a spokojenosti K - Negativní názor na „politiku“ organizace - Variabilita - Psychicky vyčerpávající práce - Finanční podhodnocení SP a PSO - Žádné benefity

Tabulka č. 4: Analýza subjektivního vnímání klientů a pracovníků v rámci organizace

Z výpovědí klientů lze předpokládat, že jsou v organizaci spokojeni. Někteří zde našli svoji druhou rodinu. „Cítím se tu moc dobře, prostě druhá rodina. (klientka 4)“ Klienti do organizace docházejí rádi, věří, že jim zdejší pracovníci pomohou nalézt chuť do života. Klient 1 má organizaci rád, je spokojený, protože je v organizaci klid a on může, alespoň v rámci možností fungovat normálně: „Cítím se zde moc dobře, mám to tu rád. Všechny služby, které Fokus poskytuje, mi vyhovují. Jsem moc rád, že je tu klid, můžu pracovat pro Fokus jako uklízeč, bydlím v chráněném bydlení a pracovnice tu jsou moc fajn a ochotné. Mám je rád.“ Klient 2 se v organizaci cítí bezpečně, není nic, co by chtěl změnit. Je rád, že zde může řešit jakékoliv problémy, které ho trápí: „Cítím se tu bezpečně, zpětně jsem velmi rád, že jsem začal služby nabízené Fokusem v Kolíně využívat. Jsem moc rád, že zde mohu řešit vše, co mě trápí, mohu mluvit o všem, líbí se mi tu.“ Klientka 5 služby organizace již nevyužívá, nepotřebuje je, což je dobře, protože to je hlavním účelem

organizace. Ráda se do organizace vrací za pracovníci, které jí pomohly v jejím návratu do běžného života: „...velmi ráda se sem občas vracím na popovídání s pracovníci.“

Pracovníci organizace jsou se svojí prací taktéž spokojeni, ale stejně jako v předešlé kategorii našli věci, které by rádi vylepšili. Pracovník 3 je spokojený, když vidí klienty, kteří jsou šťastní a spokojení. Nesouhlasí s politikou organizace, která je podle něj méně zaměřená na klienty: „Mám vždy velkou radost, když vidím, že jsou klienti šťastní a spokojení. Negativem je pro mě určitě „politika“ této neziskovky. Já osobně bych se více zaměřoval na klienty, s čím přesně potřebují pomoci, dělat osobní plány více na tělo a moc se mi nelíbí přístupy ke klientům ze strany některých kolegů a kolegyně.“ Pracovnice 2 je spokojená s rozmanitostí práce, stejně jako pracovnice 4 a pracovnice 5. „Klady jsou určitě rozmanitost (každý den je jiný), určitě práce s lidmi, sebevzdělávání a rozvoj, možnosti kurzů a skvělý kolektiv. (pracovnice 2)“ „Nejvíce mi asi vyhovuje, že si schůzky plánují dle potřeb klienta s ohledem i na mé vytižení či aktuální náročnost klientů. Dál mám na mé práci ráda, že je každý den variabilní. (pracovnice 4)“ Mezi negativa této práce bych podle pracovnice 4 a pracovnice 5 zařadila finanční podhodnocení SP a PSO, žádné benefity a práce, která je mnohdy psychicky i fyzicky náročná. Pracovnice 4 by uvítala např. multisport karty: „Neřekla bych, že jsem s něčím vyloženě nespokojena, ale práce s touto cílovou je někdy opravdu psychicky vyčerpávající a vzhledem k tomu, že v naší organizaci nejsou žádné benefity v podobě multisport karet či podobných věcí, díky kterým by se dala snáze najít duševní rovnováha, je to někdy opravdu těžké.“ Pracovnice 5 není spokojena s finančním ohodnocením SP a PSO: „V neposlední řadě bych rozhodně lépe finančně ohodnotila pracovníky v soc. službách a sociální pracovníky. Někteří studují vysoké školy, aby získali dostatečnou kvalifikaci pro výkon sociálního pracovníka, a to vše je ohodnoceno průměrným platem cca 28.000 hrubého. S tímto platem se v dnešní době jednotlivec neužíví.“

8. Souhrn výsledků výzkumu a jejich interpretace

V této kapitole shrnu výsledky mého šetření a pokusím se o jejich interpretaci. Můj výzkum se zaměřoval primárně na začlenění osob se schizofrenií do společnosti v rámci jedné organizace, konkrétně Fokus Mladá Boleslav z. s., středisko Kolín. Dále se zaměřuji na spolupráci mezi klientem, duševně nemocným člověkem s chronickou formou schizofrenie a sociálním pracovníkem z pomáhající organizace. Interpretace výsledků je zaměřena na spolupráci mezi klienty a pracovníky dané organizace, šance klientů na návrat do běžné společnosti a zaměstnání, pomoc, která je klientům poskytována a celkový dojem a pocity klientů a pracovníků v organizaci. Z výzkumného šetření vplynuly tyto 4 hlavní výzkumné otázky:

1. Jak klienti vnímají své šance na návrat do práce a společnosti?
2. Jaké služby jsou klientům poskytovány a v čem jim mohou pomoci?
3. Je poskytována pomoc dostatečná?
4. Jak se klienti a pracovníci v organizaci cítí?

Z výsledků výzkumu vyplývá, že návrat klientů do běžné společnosti není nereálný. Všichni klienti, kteří byli ochotní se mnou spolupracovat a poskytnout mi rozhovor, se shodli na tom, že ke svému začlenění do společnosti potřebují primárně čas a dopomoc od dalších osob. Někteří klienti si myslí, že svůj návrat do společnosti zvládli v pohodě už teď a není nic, co by jim mohlo více dopomoci. Všichni dotazovaní klienti se snaží docházet do centra sociální rehabilitace a plnit svůj stanovený osobní plán. Snaží se aktivně plnit zadané úkoly, klient 2 např. trénuje svoji zátěž a dochází i nad rámec svého stanoveného osobního plánu. Klienti se zúčastňují programu, který v centru sociální rehabilitace probíhá a spolupracují i se svými case manager v terénním týmu. Pracovníci se snaží klientům v jejich cestě dopomáhat tak, aby pro ně byl návrat co nejjednodušší. Podle některých pracovníků by bylo dobré zapojovat i rodinné příslušníky a blízké osoby, kteří mohou klientům také dopomoci v jejich snaze vrátit se zpět. Pouze 1 pracovník z 5 dotazovaných pracovníků si myslí, že by klientům pomohlo, kdyby je mohl více provázet. Pomáhat jim v jejich cestě více, dávat více impulzů do života, snažit se je více aktivizovat. Ostatní pracovníci se shodli na tom, že je potřeba klienty více uschopňovat a zplnomocňovat. Dále zde jedna pracovnice uvádí, že by byla vhodná větší spolupráce ze strany ambulantních

psychiatrů. Výzkumem bylo prokázáno, že klienti mají, díky své vlastní pili a pomoci pomáhající organizace, dostatečné šance na pozitivní návrat do společnosti.

Další zkoumanou oblastí byl návrat klientů do zaměstnání. V této kategorii se názory klientů mírně rozcházejí. Někteří klienti by rádi získali práci na vyšší úvazek, chtějí pracovat tak, jako ostatní lidé. Ostatním klientům stačí invalidní důchod a práce v rámci organizace, která je nejčastěji úklid společných prostorů. Jak uvedl klient 1, stačí mu invalidní důchod a práce v rámci organizace, nemá potřebu hledat jinou práci a myslí si, že by ani nic jiného nezvládl. Klientka 4 si myslí, že by také jinou práci, než roznos letáků nezvládla kvůli lékům, po kterých je vždy unavená. Klient 2 a klient 3 by rádi našli práci, která by byla lépe finančně ohodnocená a myslí si, že by práci na vyšší úvazek zvládli bez problémů. Tito dva klienti spolupracují s pracovníci z IPS oddělení, která klientům pomáhá najít práci, kterou si klienti přejí nebo věří, že by jí mohli zvládnout. Spolupracují i se svými case manager, které jim taktéž dopomáhají v jejich stanoveném cíli – najít si práci. Celkový náhled na zaměstnání ze strany klientů je spíše kladný. Většina respondentů (klientů) by rádi pracovali, ale ne všichni by chtěli práci s větší zátěží, případně mají práci, která jim stačí. Někteří klienti se snaží získat plnohodnotné zaměstnání, ale kvůli nemoci, medikaci a bohužel i časté stigmatizaci mnohdy nemohou. Pracovníci se snaží klienty v jejich snaze motivovat, podporovat a pomáhat jim jejich vysněnou práci najít nebo je na práci připravit v rámci programů a aktivit centra sociální rehabilitace. Pracovnice 4 mluvila i o jiných alternativách, pokud klienti nemohou nebo nechtějí práci získat. Především se jedná o invalidní důchody či jiné sociální dávky, pokud jsou klienti v nepříznivé finanční situaci. Jak dále pracovnice 4 uvádí, není pravidlem, že by klienti invalidní důchod získali na první pokus.

Další zkoumanou oblastí bylo zajištění potřebné podpory a pomoci pro klienty. Klienti se jednohlasně shodují na tom, že je poskytovaná pomoc a podpora dostatečná, mnohdy i více. Nemyslí si, že by bylo v organizaci potřeba cokoliv měnit. Od organizace očekávají především pomoc s navázáním kontaktu s okolním prostředím a případně zlepšení kognitivních funkcí. Klienti jsou s poskytovanou podporou a pomocí velmi spokojeni. Pracovníci se s klienty v odpovědích rozcházejí. Na rozdíl od klientů vidí jisté mezery, které by se mohly a měly vylepšit. Názory a nápady, co a jak zlepšit se dost lišily. Pracovnice 1 by uvítala lepší výběr terénních pracovníků, dle jejího názoru nejsou někteří terénní pracovníci dostatečně kompetentní. Pracovnice 2 by klienty více uschopňovala, myslí si, že je pomoc mnohdy přílišná a není to tolik potřeba. Pracovník 3 je opačného

názoru. Rád by klienty více provázel, myslí si, že poskytovaná pomoc není dostatečná a je zde ještě prostor pro možné zlepšení. Klientům je nabízena pomoc a podpora v rámci získání zaměstnání, doprovodů na úřady, k lékařům, nácviků běžných denních činností a návratu zpět do běžného života a společnosti. Přes veškeré nedostatky, o kterých pracovníci mluvili, se i tak snaží klientům poskytnout tu nejlepší možnou péči a podporu, podle svého nejlepšího vědomí a svědomí.

Poslední zkoumanou oblastí bylo hodnocení organizace klienty a pracovníky. Klienti jsou v organizaci spokojeni, klientka 4 uvedla, že v organizaci našla svojí druhou rodinu. Všichni klienti mají zdejší pracovníky rádi, rádi docházejí na aktivity centra sociální rehabilitace. Klient 1 uvedl, že se v organizaci cítí dobře především proto, že je tu klid a pracovníci jsou milé a ochotné. Klient 2 se v organizaci cítí bezpečně a je rád, že se může pracovnícím a pracovníkům svěřit s útrapami, které ho v jeho životě provázejí. Pracovníci jsou v organizaci taktéž spokojeni, ale i tak vidí určité mezery, které by bylo dobré vylepšit. Pracovník 3 je spokojený, když vidí šťastné klienty. Negativum pro něj představuje především jakási politika celé organizace. Myslí si, že by měla být pomoc více zaměřená na klienty, na jejich potřeby. Nelíbí se mu ani přístup některých kolegyň. Více to rozvádět nechtěl. Pozitivum na této práci je pro pracovníci 2, pracovníci 4 a pracovníci 5 jednohlasně rozmanitost práce s klienty. Každý den je pro ně jiný, mohou si plánovat schůzky podle sebe, vše je variabilní. Toto tvrzení platí primárně pro pracovníce v terénním týmu. Pracovníci v centru sociální rehabilitace mají předem daný program, který v daný měsíc platí. Negativum, které rezonovalo ve více odpovědích, je určité finanční podhodnocení sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Pracovníci by uvítali lepší finanční ohodnocení, pracovníci 4 uvedla, že by uvítala i různé jiné benefity, např. multisport karty, protože tato práce je mnohdy jak psychicky, tak fyzicky náročná. Z celkového pohledu můžeme tvrdit, že jsou pracovníci se svojí prací spokojeni, jen by uvítali lepší ohodnocení ze strany zaměstnavatele. Klienti jsou spokojeni se vším, nenalezli nic, co by jim jejich pocity narušovalo.

9. Diskuze

V diskuzní části mé bakalářské práce se zaměřuji na zjištěné výsledky mého výzkumného šetření a porovnání s odbornou literaturou. Pomocí analýzy výzkumného šetření byly zjištěny poznatky, které jsem uvedla v kapitole o analýze dat. Během šetření nebyly zjištěny jiné poznatky, které by byly předmětem diskuze.

Pomocí výzkumu jsem zjistila, že návrat klientů do běžné společnosti není nemožný. Bylo prokázáno, že klienti i pracovníci si myslí, že návrat do společnosti klienti zvládají a nemají tak velké problémy se s dopomocí znovu začlenit. Klienti se snaží docházet na program CSR, spolupracují s organizací v rámci práce s case manager a pracovníci se snaží jim jejich snazy co nejvíce ulehčit a dopomoci jim k jejich společnému cíli. Jarolímek (2021, s. 68-69) tvrdí, že by se klienti měli začleňovat tak, že se naučí aktivně zapojovat do společných aktivit, kde na ně budou působit nové vjemy, našli svoji spřízněnou skupinu, kde se budou cítit přijati a občas zažili úspěch. Podle Jarolímka je to přirozená potřeba každého člověka, bez ohledu na to, jestli je nemocný nebo ne a může mít na nemocného člověka velmi pozitivní vliv. Z výše uvedených poznatků můžeme tvrdit, že k začlenění klientů do společnosti je aktivizace v rámci nějaké skupiny klíčová.

Díky výzkumu bylo zjištěno, že je možný i návrat klientů do zaměstnání, ovšem ne všichni klienti o návrat do práce stojí. Někteří klienti nemají motivaci se posouvat dál, stačí jim invalidní důchod, práce na nízký úvazek v rámci organizace a nemyslí si, že by mohli zvládnout práci na vyšší úvazek, primárně kvůli lékům, které je omezují. Návrat do práce mnohdy stíží i určitá stigmatizace lidí s duševním onemocněním obecně. Potvrzuje to i tvrzení Vágnerové (2014, s. 348), která říká, že návrat klientů do zaměstnání může být obtížný, protože lidé po proběhlé atace schizofrenie mohou být méně výkonní, ztratí své původní pracovní návyky, jsou tím hůře adaptabilní a mnohdy je ani jejich okolí nepřijímá. V průběhu výzkumu bylo zjištěno, že pokud klienti nemohou nebo nechtějí znovu nastoupit do zaměstnání, je možnost jim pomoci formou sociálních dávek a invalidního důchodu. Dle mého názoru je to samozřejmě v pořádku, proto ty dávky jsou, ale pro některé klienty to může být spíše tzv. „Danajský dar“, který limituje jejich další vývoj.

Dalším zjištěním v rámci mého výzkumu je zjištění, že pomoc poskytovaná klientům je podle klientů dostatečná, podle pracovníků má menší mezery. Klienti jsou s poskytovanou pomocí spokojeni, nemají potřebu cokoliv měnit. Většina pracovníků by uvítala změny v oblasti uschopňování klientů, větší samostatnost, ovšem ne vždy je to

reálné. Vzhledem ke specifičnosti dané kategorie jsem nenalezla odborné publikace, se kterými bych mohla subjektivní názory klientů a pracovníků porovnat. Ráda bych začlenila alespoň svůj názor, vzhledem k tomu, že v organizaci, kde došlo k výzkumnému šetření, pracuji. Myslím si, že pomoc pro klienty je více méně dostatečná, jistě by se našlo pár případů, které by se daly ještě vylepšit. Bohužel ne vždy jsou klienti ochotní a schopni spolupracovat. Jejich hlavním problémem je medikace, která ne vždy klientům vyhovuje, jsou z ní unavení, mění jejich postoje. Dalším problémem bývá občas povaha klienta, každý člověk je specifický, každý je jiný. Můžeme klienty sebelépe motivovat, ale pokud nechtějí, nemůžeme je do ničeho nutit. Naštěstí se to netýká všech klientů, tyto případy by se daly spočítat na prstech jedné ruky.

Poslední zkoumanou oblastí bylo subjektivní vnímání klientů a pracovníků v rámci organizace. Klienti i pracovníci se shodují na tom, že se v organizaci cítí dobře. Klienti nevidí žádné problémy, které by se měly řešit. Pracovníci by pouze uvítali lepší ohodnocení ze strany jejich zaměstnavatele. Podobně jako u předchozí diskuze o poskytované pomoci klientům, je i tato oblast výzkumu specifická a není možné ji porovnat s další odbornou publikací. I v tomto případě bych ráda popsala svůj názor. Osobně se v organizaci cítím dobře, s klienty pracuji ráda, práce mě v této organizaci baví. Uvítala bych lepší finanční ohodnocení, jako většina mých kolegů a kolegyně, myslím si, že práce sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách není dostatečně finančně ohodnocená, obdobně jako u ostatních pomáhajících profesí.

Prostřednictvím výzkumu jsem zjistila, že klienti jsou s poskytovanou pomocí spokojeni. Myslím si, že není nic, co by mohlo ještě více podpořit jejich snahy o normální fungující život. Naopak mají pocit, že je pomoc více než dostatečná. Klientka 5 je důkazem toho, že organizace pomáhá tak, jak by měla, sama to uvedla i v rámci rozhovoru, který jsme společně provedly. Ráda se do organizace vrací, byť už poskytovanou pomoc nepotřebuje, do společnosti se plně začlenila. Pracovníci se snaží pomoc poskytovat tak, jak nejlépe umí, uvítali by ovšem lepší ohodnocení ze strany organizace. Nadále v organizaci pracují a pomáhají jak stávajícím, tak novým klientům, kteří se do organizace dostali. Lze usoudit, že jsou všichni, až na malé výjimky, v organizaci spokojeni a nemají potřebu cokoliv radikálně měnit.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce o začleňování osob se schizofrenií do společnosti jsem zvolila proto, že s duševně nemocnými lidmi sama pracuji. Je to moje cílová skupina, se kterou pracuji ráda a tímto směrem jsem chtěla zjistit, zda je poskytovaná pomoc pro klienty dostatečná, zda je potřeba něco měnit a jaký názor na pomoc mají i pracovníci z pomáhající organizace.

V teoretické části jsem popsala základní informace o duševním onemocnění, konkrétně o schizofrenii. V teoretické části byly uvedeny i informace, které se týkaly výzkumných otázek z praktické části. Dále jsem uvedla výčet jednotlivých organizací, které jsem stručně představila a popsala, jak pomáhají duševně nemocným lidem.

V praktické části jsem se soustředila primárně na cíl mého výzkumného zkoumání. Výzkumné šetření jsem provedla pomocí hloubkového rozhovoru. Metodu hloubkového rozhovoru jsem zvolila proto, abych mohla co nejlépe zachytit jednotlivé odpovědi respondentů tak, aby byl výzkum co nejpodrobnější a nejpřesnější.

Výzkumným šetřením a následným rozborem se mi podařilo odpovědět na hlavní výzkumné otázky, které se týkaly mého výzkumu. Pro analýzu a rozbor dat jsem využila otevřené a axiální kódování, které mi pomohlo k dosažení cíle výzkumného šetření. Výzkum popsal průběh začleňování osob se schizofrenií do společnosti z pohledu klientů, tak z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Výzkum prokázal to, že pomoc, která je klientům poskytovaná je z pohledu klientů dostatečná, z pohledu pracovníků má menší mezery, na kterých je možno zapracovat.

Limitem mého výzkumného šetření byl fakt, že jsem hloubkové rozhovory prováděla prvně, nebyla jsem si moc jistá, jak rozhovory správně vést. Vzhledem k tomuto limitu pro mě bylo výhodou, že mi rozhovory poskytli klienti a kolegové, se kterými v organizaci pracuji, známe se. Nezaznamenala jsem další limity, které by mě v mém výzkumném šetření omezovaly. Klienti i kolegové spolupracovali v pohodě a neměli problémy mi rozhovory poskytnout. Pokud o něčem mluvit nechtěli, vymysleli jsme společně jinou alternativu nebo kompromis. Pouze jedna respondentka (klientka) měla potíže mluvit více otevřeně, obávala se, že by byl rozhovor dohádátný a ona by se mohla dostat do potíží. Klientce jsem vysvětlila účel a cíl rozhovoru, ujistila jsem jí, že v rámci etických záležitostí nebude rozhovor poskytnut třetí straně a vše zůstane anonymní.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit a popsat, jak probíhá začleňování osob se schizofrenií do společnosti. Během výzkumu vzešly hlavní výzkumné otázky, které se tématu začleňování nemocných lidí týkají. Přes výše uvedené limity si myslím, že se mi cíl bakalářské práce podařilo naplnit.

Na úplný závěr mé bakalářské práce bych ráda stručně popsala, co z výsledků výzkumu můžeme využít v praxi. Pracovníci by mohli klienty více zplnomocňovat, dávat jim větší prostor k tomu, aby klienti zkoušeli zvládat své situace sami. Samozřejmě to není vždy možné, ale myslím si, že by to některým klientům mohlo více pomoci v jejich snaze vrátit se zpět do běžného života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Cíle, cílové skupiny, zásady. Online. Fokus Písek, z. ú. 2024. Dostupné z: <https://www.fokus-pisek.cz/cile-organizace/>. [cit. 2025-04-28].

Co děláme. Online. Fokus České Budějovice. 2025. Dostupné z: <https://fokus-cb.cz/o-nasi-organizaci/co-delame/>. [cit. 2025-04-28].

Co je Ledovec. Online. Ledovec. 2017. Dostupné z: <https://www.ledovec.cz/co-je-ledovec>. [cit. 2025-04-28].

Dokumenty. Online. Fokus Mladá Boleslav z. s. 2025. Dostupné z: <https://www.fokus-mb.cz/dokumenty-nove/>. [cit. 2025-04-28].

F20-F29 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Online. MKN-10 2025. 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F20-F29>. [cit. 2025-04-28].

Fokus Labe. Online. Fokus Labe. 2025. Dostupné z: <https://www.fokuslabe.cz/>. [cit. 2025-04-28].

HENDL, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání., Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

Historie a poslání. Online. Fokus Liberec. 2010-2024. Dostupné z: <https://www.fokusliberec.cz/stranky/100/historie-a-poslani.html>. [cit. 2025-04-28].

Historie Fokusu Praha. Online. Fokus Praha. 2025. Dostupné z: <https://fokus-praha.cz/kdo-jsme/o-nas/historie/>. [cit. 2025-04-28].

Hodnoty a pilíře. Online. Fokus Praha. 2025. Dostupné z: <https://fokus-praha.cz/kdo-jsme/o-nas/hodnoty-a-pilire/>. [cit. 2025-04-28].

JAROLÍMEK, Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeuty.* V Praze: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2.

Krizové centrum RIAPS. Online. Krizové centrum RIAPS. 2023. Dostupné z: <https://www.csspraha.cz/kc-riaps>. [cit. 2025-04-28].

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeuty.* Psyché. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6. Dostupné také

z: <http://krameriusndk.nkp.cz/search/handle/uuid:ca46e730-f9e9-11e7-b1a1-005056827e52>.

O nás. Online. Baobab. 2025. Dostupné z: <https://baobab-zs.cz/#o-nas>. [cit. 2025-04-28].

O nás. Online. Fokus Turnov. 2024. Dostupné z: <https://www.fokusturnov.cz/o-nas/>. [cit. 2025-04-28].

O nás. Online. Sananim. 2025. Dostupné z: <https://www.sananim.cz/o-nas/>. [cit. 2025-04-28].

Poslání a cíle. Online. Fokus Tábor. 2024. Dostupné z: <http://www.fokustabor.cz/o-nas/poslani>. [cit. 2025-04-28].

Služby. Online. Fokus Vysočina. 2025. Dostupné z: <https://www.fokusvysocina.cz/sluzby>. [cit. 2025-04-28].

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Základní informace. Online. Fokus Opava. 2023. Dostupné z: <https://www.fokusopava.cz/zakladni-informace.php>. [cit. 2025-04-28].

SEZNAM PŘÍLOH

Ukázka č. 1 – Výzkumné otázky pro klienta str.

Ukázka č. 2 – Výzkumné otázky pro pracovníka str.

Ukázka č. 1 – Výzkumné otázky pro klienta

1. Kdy a kdo Vám diagnostikoval nemoc?

2. Kdy jste se dostal do léčebny a jak jste se tam cítil?
3. Jak jste se cítil/a po návratu z léčebny?
4. Jak jste se dostal do tohoto zařízení a co od něho očekáváte?
5. Jak se zde cítíte a v čem si myslíte, že Vám zdejší pracovníci pomohou?
6. Jak vnímáte svoji šanci na návrat do práce a do společnosti?
7. Co si myslíte, že můžete pro své začlenění sám/sama udělat?
8. Myslíte si, že pomoc, která je Vám nabízená, je dostatečná nebo byste uvítal/a něco jiného/dalšího?
9. Jaký je v současné době Váš hlavní cíl?

Ukázka č. 2 – Výzkumné otázky pro pracovníka

1. Kdy jste začal/a v organizaci pracovat?

2. Proč jste si vybral/a tuto cílovou skupinu?

3. Co Vám na Vaší současné práci vyhovuje a v čem tak spokojený nejste?

4. Co je náplní Vaší práce?

5. Myslíte si, že pomoc, kterou těmto lidem nabízíte a poskytujete, je dostatečná?

6. Co dalšího by jim mohlo v jejich návratu do společnosti pomoci?

7. Co byste změnili, kdybyste měli tuto možnost?