

# **Edukace v rámci rehabilitace u osob se schizofrenními poruchami**

Alena Řezáčová

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena Řezáčová**  
Osobní číslo: **H11254**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Edukace v rámci rehabilitace u osob se schizofrenními poruchami**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti edukace, kognitivního tréninku a schizofrenních poruch.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Vyd. 3. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.**

**COHEN, Robert M. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.**

**KLUCKÁ, Jana a Pavla WOLFOVÁ. Kognitivní trénink v praxi. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.**

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

**VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.**

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. David Unger**

Ústav školní pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

**20. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**2. května 2014**

Ve Zlíně dne 20. ledna 2014



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





Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ..... 1.4. 2014

.....  
Dědováková Alena

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

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

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

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

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

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

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

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

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

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

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



## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se věnuje tématu Edukace v rámci rehabilitace u osob se schizofrenními poruchami. V teoretické části se zabývá vysvětlením schizofrenních poruch, jejich příčinou vzniku, příznaky, léčbou a sociálním dopadem. Dále se zabývá edukací osob se schizofrenními poruchami, konkrétně se zaměřuje na kognitivní trénink a na nácvik sociálních dovedností, které jsou nezbytnou součástí rehabilitace těchto osob. V empirické části práce popisuje kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky, kteří poskytují osobám se schizofrenními poruchami edukaci, který se zabývá pohledem poskytujících pracovníků na samotnou edukaci osob se schizofrenními poruchami.

Klíčová slova: edukace, kognitivní trénink, nácvik sociálních dovedností, schizofrenní porucha, osoba se schizofrenní poruchou

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the topic of Education in the Rehabilitation Process of Persons with Schizophrenic Disorders. The theoretical part occupies with the explanation of schizophrenic disorders, their causes, symptoms, treatment and social impact. It also deals with the education of people with schizophrenic disorders, mainly focusing on cognitive training and social skills training, which are necessary part of the rehabilitation. In the empirical part the thesis describes the qualitative research, which deals with the view of providing workers to the education of people with schizophrenic disorders.

Keywords: education, cognitive training, social skills training, schizophrenic disorder, person with schizophrenia

## **Poděkování**

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Davidu Ungerovi za ochotu, pomoc a podnětné rady a připomínky, které mi poskytoval při zpracovávání bakalářské práce.

Zároveň bych chtěla poděkovat mým respondentům za poskytnutí rozhovorů a ochotnou spolupráci.

V neposlední řadě mé poděkování patří také rodině a mému příteli za podporu, povzbuzení a trpělivost v tomto náročném období.

*„Co je za námi? A co je před námi?  
Tyto otázky blednou ve srovnání s tím, co je v nás...“*

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

# OBSAH

ÚVOD.....	10
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1 SCHIZOFRENNÍ PORUCHY .....</b>	<b>13</b>
1.1 PŘÍČINY VZNIKU SCHIZOFRENNÍCH PORUCH .....	14
1.2 PŘÍZNAKY SCHIZOFRENNÍCH PORUCH.....	16
1.3 SOCIÁLNÍ DOPAD NA ČLOVĚKA.....	19
1.4 ZPŮSOBY LÉČBY.....	20
<b>2 ZÁKLADNÍ TYPY SCHIZOFRENIE.....</b>	<b>22</b>
2.1 PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIE .....	23
2.2 KATATONNÍ SCHIZOFRENIE .....	24
2.3 HEBEFRENNÍ SCHIZOFRENIE .....	25
2.4 SIMPLEXNÍ SCHIZOFRENIE .....	26
<b>3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY SE SCHIZOFRENNÍMI PORUCHAMI V ČR.....</b>	<b>27</b>
<b>4 EDUKACEV RÁMCI REHABILITACE U OSOB SE SCHIZOFRENNÍMI PORUCHAMI .....</b>	<b>29</b>
4.1 TRÉNINK KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	30
4.2 NÁCVIK SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ.....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>34</b>
<b>5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....</b>	<b>35</b>
5.1 KLÍČOVÉ KONCEPTY .....	36
<b>6 POJETÍ VÝZKUMU .....</b>	<b>37</b>
6.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	37
6.2 VÝZKUMNÉ CÍLE .....	37
6.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	38
6.4 TECHNIKA SBĚRU DAT .....	39
6.5 POSTUPY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	39
6.6 ANALYTICKÉ TECHNIKY .....	40
<b>7 ANALÝZADAT.....</b>	<b>41</b>
7.1 POMOC NA SPRÁVNÉM MÍSTĚ .....	42
7.2 Kladné stránky edukace.....	43
7.3 NÁSTRAHY EDUKACE .....	43
7.4 Zlepšení? .....	44
7.5 Náročná kooperace.....	45
7.6 Důležitost reflexe .....	46
7.7 Změna motivace.....	47
7.8 Osobní obohacení.....	49
<b>8 INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>50</b>



<u>8.1</u>	<u>JAK VNÍMAJÍ POSKYTUJÍCÍ PRACOVNÍCI, KTEŘÍ S KLIENTY SE SCHIZOFRENNÍMI PORUCHAMI PROVÁDÍ EDUKACI V RÁMCI JEJICH REHABILITACE, SAMOTNÝ PROCES EDUKACE?</u> .....	<u>50</u>
<u>8.2</u>	<u>JAK SE POSKYTUJÍCÍM PRACOVNÍKŮM S KLIENTY SE SCHIZOFRENNÍMI PORUCHAMI PŘI JEJICH EDUKACI SPOLUPRACUJE?</u> .....	<u>51</u>
<u>8.3</u>	<u>JAKOU DOSTÁVAJÍ POSKYTUJÍCÍ PRACOVNÍCI OD KLIENTŮ SE SCHIZOFRENNÍMI PORUCHAMI ZPĚTNOU VAZBU?</u> .....	<u>52</u>
<u>8.4</u>	<u>CO MOTIVUJE PRACOVNÍKY K POSKYTOVÁNÍ EDUKACE KLIENTŮM SE SCHIZOFRENNÍMI PORUCHAMI?</u> .....	<u>53</u>
<b>ZÁVĚR</b>	.....	<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	.....	<b>57</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b>	.....	<b>60</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b>	.....	<b>61</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	.....	<b>62</b>

## ÚVOD

Schizofrenní poruchy jsou závažná duševní onemocnění. Společnost o těchto poruchách často nemá velké povědomí. Schizofrenie je velmi stigmatizovaná porucha, lidé se na takto nemocné často dívají skrz prsty a nazývají je hanlivě „blázny“, ač mnohdy netuší, čím vším si takto nemocní lidé museli projít a jaké problémy na ně stále každý den čekají.

Schizofrenie a s ní spojené poruchy ovlivňují lidskou psychiku, znesnadňují komunikaci s okolním světem i samotné navazování vztahů. Schizofrenie zasahuje téměř do všech oblastí lidského života a narušuje kognitivní funkce, které jsou nezbytné pro plnohodnotné fungování člověka ve společnosti. Lidé se schizofrenií mají značně sníženou kvalitu života v důsledku nesnadného opětovného začlenění do společnosti. Právě proto je pro tyto osoby důležitá edukace, především trénink kognitivních funkcí a nácvik sociálních dovedností. Díky této edukaci dochází k obnově narušených kognitivních funkcí, jako je myšlení, pozornost nebo paměť, a k lepšímu zvládnutí sociálních dovedností. Díky správné edukaci se osoby se schizofrenními poruchami mohou lépe a snáze začlenit zpět do společnosti. Mohou se snadněji vrátit zpět ke svému životu a ke svým blízkým.

Bakalářská práce se skládá ze čtyř kapitol. V první kapitole se zabýváme vymezením termínu schizofrenních poruch, popisujeme příčiny jejich vzniku, příznaky, které tyto poruchy provázejí a možné způsoby léčby. Tato kapitola se věnuje také dopadům schizofrenie na život jedince. V další části bakalářské práce se zabýváme již konkrétními typy schizofrenie a jejich charakteristikami. Ve třetí kapitole se zaměříme na sociální služby, které jsou určeny na pomoc osobám se schizofrenními poruchami. Na závěr se v teoretické části věnujeme samotné edukaci, která probíhá v rámci rehabilitace u osob se schizofrenními poruchami. Konkrétně se zabýváme tréninkem kognitivních funkcí a nácvikem sociálních dovedností. Zmiňujeme zde také důležitost role samotného pracovníka, který edukaci poskytuje.

V empirické části bakalářské práce se věnujeme kvalitativnímu výzkumu, konkrétně polostrukturovaným rozhovorům s pracovníky, kteří v zařízení sociálních služeb provádějí s osobami se schizofrenními poruchami edukaci. Cílem těchto rozhovorů je prozkoumat, jak sami pracovníci tento proces vnímají, co je k této práci motivuje a jak se jim s osobami se schizofrenními poruchami pracuje. Také zjišťujeme, jaké problémy v edukačním procesu osob se schizofrenními poruchami pracovníci shledávají a v čem osobám se schizofrenními poruchami pomáhají.

Výsledky výzkumu by měly sloužit především jako zpětná vazba, jak pro pracovníky, tak i pro celá sociální zařízení pro osoby s duševním onemocněním, k většímu porozumění jejich práci, ke zkvalitnění edukace, která je poskytována těmto jedincům a tím ke zlepšení kvality jejich života.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SCHIZOFRENNÍ PORUCHY

Schizofrenní poruchy patří beze sporu mezi nejzávažnější a nejškodlivější duševní nemoci, které mohou člověka v průběhu jeho života potkat. S tímto názorem se shoduje naprostá většina autorů, kteří se schizofrenními poruchami zabývají.

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Jde o multisystémové poškození mozkových funkcí, z nichž vyplývají psychické projevy.“ (Vágnerová, 2008, str. 333)

Dle Libingera (Höschl, Libinger a Švestka, 2002, str. 352) je schizofrenie velmi závažné psychotické onemocnění, které narušuje spoustu schopností. Patří mezi ně například schopnost nemocného chovat se a jednat přiměřeným způsobem, jak to vyžadují okolnosti. Člověk, který onemocněl schizofrenií, se odcizuje od společnosti. Schizofrenní onemocnění výrazně snižuje kvalitu života nemocného a naopak zvyšuje úmrtnost.

Osobnost člověka se schizofrenií je postižena ve většině svých nejdůležitějších funkcích. To potvrzuje mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vydala Světová zdravotnická organizace (2000, str. 96), která uvádí, že schizofrenní poruchy jsou charakterizovány poruchami myšlení, vnímání a nepřiměřenou afektivitou. Postižení těchto funkcí bere jedincům pocit autonomie a individuality. Nemocný má pocit, že jeho myšlenky či činy jsou sdíleny s cizími lidmi.

Kučerová (2010, str. 9) označuje schizofrenii za „chorobu chorob“, která je u každého nemocného naprosto originální a jedinečná. Právě vzájemná vazba mezi charakterem choroby a osobností jedince činí schizofrenii tak závažnou a obtížně diagnostikovatelnou nemocí.

Schizofrenní onemocnění řadíme do okruhu psychotických onemocnění, tedy psychóz. Raboch a Zvolský (2001, str. 227) definují psychózu jako stav, kdy je narušen vztah člověka k realitě, ke skutečnosti. Psychotické onemocnění vede ke změnám osobnosti, postihuje pracovní schopnost člověka a snižuje i jeho společenské uplatnění.

Co se týče **historie vzniku schizofrenních onemocnění**, schizofrenie jako taková existuje již dlouhou řadu let. První zmínka o ní byla nalezena na 3400 let starém pergamentu z Ajurvedy, který popisoval různé projevy nemocí jako příznaky duševního onemocnění (Vágnerová, 2008, str. 333). Schizofrenie zde byla popisována jako „stav, který je způso-

ben ďáblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, svlékáním do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu“ (Smolík, 1996 cit. podle Vágnerová, 2008, str. 333).

Termín schizofrenie zavedl Eugen Bleuer roku 1907, který v souvislosti se schizofrenií hovoří o postupném roztržštění a rozpadání lidské osobnosti. Slovo schizofrenie podle něj znamená šílenství z rozštěpení (Dörner, Plog, 1999, str. 90).

Důležitou roli v objevování schizofrenie sehrál také Emil Kraepelin, který jako jeden z prvních vytvořil klasifikaci duševních chorob, kde popsal duševní poruchy jako „předčasnou demenci“ (Orel et al., 2012, str. 119). Raboch a Zvolský (2001, str. 228) navíc zmiňují, že je tento termín známější jako „dementia praecox“, neboli předčasné zhloupenutí. Později bylo ovšem dokázáno, že se nejedná o žádný typ demence, ale o rozpad osobnosti, který může mít nejrůznější příčiny.

## 1.1 Příčiny vzniku schizofrenních poruch

Schizofrenní onemocnění mají mnoho příčin, často se liší člověk od člověka. Přesná příčina vzniku ovšem není jednoznačně známa. Za vznikem schizofrenie stojí vzájemné ovlivňování více faktory.

Dle Vágnerové (2008, str. 334) mají vliv na vznik schizofrenie:

- dědičnost;
- změny ve struktuře a funkcích mozku;
- vnější vlivy.

Jednou z příčin je tedy dědičnost. „Studie rodin ukazují, že pro schizofrenii existují dědičné předpoklady. Příbuzní schizofrenních jedinců onemocní touto poruchou častěji než lidé z rodin, kde se schizofrenie nevyskytuje“ (Gottesman a Reily, 2003 cit. podle Nolen – Hoeksema et al., 2012, str. 652). Není ovšem ještě určeno, o jaký typ dědičnosti se přesně jedná, jelikož dispozici ke vzniku schizofrenie mohou vytvářet různé geny. A to ať už zvlášť, nebo pohromadě (Vágnerová, 2008, str. 334). Na druhou stranu uvádí Smolík (2002, str. 166), že genetická souvislost je zpochybňována tím, že u 81% osob se schizofrenií nejsou mezi příbuznými stejně postižení jedinci a okolo 60% osob s diagnózou schizofrenie má rodinnou anamnézu schizofrenie negativní.

Změny ve struktuře a funkcích mozku, které jsou způsobeny odchylkami genetických informací, jsou další možnou příčinou vzniku schizofrenních poruch.

Vágnerová (2008, str. 334) uvádí, že mozek těchto lidí má menší hmotnost, která je dána především poklesem objemu kůry. Její porucha povede k narušení koordinace a integrovanosti různých funkcí, což je typické mimo jiné i pro schizofrenii. Zorrilla (1997 cit. podle Nolen – Hoeksema et al., 2012, str. 653) k tomu přidává další zjištění: „Lidé trpící schizofrenií mají kromě toho zvětšené mozkové komory a mozkové dutiny vyplněné tekutinou. Zvětšené mozkové komory svědčí o atrofii nebo poškození jiné mozkové tkáně. Poškození specifických oblastí mozku a zvětšení komor může vést k různým projevům schizofrenie.“

Také vnější vlivy mohou být považovány za faktor vzniku schizofrenie. Zajímavý poznatek k tomuto faktoru uvádí Bankovská Motlová a Španiel (2013, str. 45): „Studie zjišťují u schizofrenie o 5-8 % častější datum narození v zimě a na jaře.“ Smolík (2002, str. 171) navíc udává jako faktor vzniku schizofrenie hustotu populace, vysokou osídlenost v dané oblasti nebo socioekonomický status osob. Bankovská Motlová a Španiel (2013, str. 45) k těmto faktorům ještě přidávají překvapivě i stáří otce jako jednu z možných příčin vzniku schizofrenie. Čím starší je otec při početí, tím větší je riziko, že potomek onemocní schizofrenní poruchou.

Dalšími příčinami vzniku mohou být sociální a psychologické faktory nebo se také v mnoha publikacích zmiňuje působení vnějších vlivů jako možná příčina vzniku schizofrenních poruch.

Studie nejčastěji zmiňují stresovou zátěž a zvýšenou míru emocí, zejména v rodině. „Schizofrenní jedinci z rodin, kde ve zvýšené míře vyjadřují emoce, jsou třikrát až čtyřikrát náchylnější vůči propuknutí nové epizody než pacienti z rodin, kde se emoce vyjadřují mírněji.“ (Hooley, 2007 cit. podle Nolen – Hoeksema et al., 2012, str. 654)

Mezi další stresové události, které mohou podnítit vznik schizofrenie, mohou patřit i události, s nimiž se v životě běžně setká téměř každý člověk. Patří mezi ně například neúspěch, rozchod s partnerem či smrt blízkého člověka, jelikož všechny tyto události způsobují změnu a stresovou zátěž pro jedince.

Nývtová (2008, str. 149) také uvádí, že mezi důležité spouštěče schizofrenních poruch patří i užívání alkoholických látek a drog, především marihuany. S tímto souhlasí i Bankovská Motlová a Španiel (2013, str. 46): „Dnes se odhaduje, že užívání marihuany v adolescenci je zodpovědné asi za 8-14 % případů schizofrenie. Nejnovější výzkumy



uzavírají jasně, že užívání marihuany během adolescence narušuje správný vývoj systému mozku a zvyšuje náchylnost ke schizofrenii.“

Za zmínku zde také stojí věk osob, které schizofrenie postihne. Schizofrenií nejčastěji onemocní již lidé v mladém věku, nejčastěji kolem dvaceti let věku. Probíhá řadu let buď kontinuálně, nebo v relapsech. Postihuje asi jedno procento obyvatelstva a výskyt u mužů a žen je přibližně stejný (Nolen - Hoeksema et al., 2012, str. 648). Vágnerová (2008, str. 334) věk výskytu schizofrenie zpřesňuje na rozmezí mezi 15-35 lety.

Důležité je také zdůraznit skutečnost, že schizofrenní onemocnění vznikají bez ohledu na rasovou příslušnost nebo pohlaví.

## 1.2 Příznaky schizofrenních poruch

Jak jsme zmínili v předchozí podkapitole, tak schizofrenní poruchy nemají jednoznačné příčiny vzniku, stejně tak nemají také jednoznačné příznaky. Symptomů schizofrenie se vyskytuje velká škála a je důležité je správně rozpoznat, jelikož ne všechny příznaky se vyskytují u každého jedince postihnutého schizofrenií.

Lidé trpící schizofrenní poruchou si zpravidla své příznaky neuvědomují, nejsou si vědomi, že trpí psychickou poruchou. Často považují to, co dělají, jak se chovají, co slyší a vidí, za zcela běžné. V tom jsou duševní onemocnění tak zákeřná.

Dle Rabocha a Zvolského (2001, str. 231) považujeme za příznaky schizofrenie takové příznaky, které trvají déle než jeden měsíc, americká klasifikace vyžaduje až šest měsíců.

Jak je zmíněno již v úvodu této podkapitoly, příznaků schizofrenních poruch je celá řada, jejich uspořádání se liší autor od autora. Nejzákladnější je dělení příznaků schizofrenie na pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky laicky znamenají, že jedinec se schizofrenií má „něco navíc“, naopak negativní příznaky nám poukazují na funkce, které u jedince vlivem nemoci zeslábly či vymizely. Dalším typem příznaků mohou být také kognitivní poruchy neboli poruchy poznávacích funkcí, jež jsou nezbytné pro kvalitní život ve společnosti.

### Pozitivní příznaky

Mezi nejznámější a nejtypičtější pozitivní příznaky patří halucinace (poruchy vnímání), bludy (obsahové poruchy myšlení) či dezorganizace (formální porucha myšlení).

„Halucinace znamená, že někdo slyší, vidí, cítí něco, co nikdo jiný neslyší, nevidí, necítí, tedy z pohledu zdravých lidí je to něco, co neexistuje“ (Kučerová, 2010, str. 11). Nej-

častěji se vyskytují sluchové halucinace v podobě nejrůznějších hlasů či zvuků. Tyto hlasy mohou být pozitivní nebo negativní. Negativní halucinace jedince často kritizují, hádají se s ním či nabádají někdy i k závažným trestným činům. Naopak pozitivní hlasy jedinci říkají příjemné věci. Jedinec může trpět nejen sluchovými, ale i zrakovými, hmatovými nebo motorickými halucinacemi. (Nývltová, 2008, str. 147) Zajímavý poznatek uvádí Kučerová (2010, str. 11), která říká: „Zvuky nebo hlasy může nemocný slyšet ušima, ale také jinými orgány, dosti často přímo mozkiem, tedy jakoby někdo mluvil v jeho hlavě. Tento jev nazýváme halucinace intrapsychické.“

Dalším pozitivním projevem schizofrenie jsou bludy. Bludy definuje Cohen (2002, str. 157) jako „falešné a stálé přesvědčení, které nepochází z pacientova sociálního nebo kulturního prostředí.“ Bankovská Motlová a Španiel (2013, str. 15) uvádí, že bludy jsou nepravdivá a mylná přesvědčení, která jsou u schizofrenie jedním z nejčastějších příznaků. Mylné přesvědčení je tak silné, že jej nemocnému nelze vymluvit. Nolen – Hoeksema (et al., 2012, str. 649) udává, že mezi nejběžnější bludy patří přesvědčení o tom, že jedincovi myšlenky jsou vysílány do celého světa, že své pocity sdílí se všemi okolo nebo že se proti němu celý svět spiknul. Rozlišujeme několik druhů bludů, Kučerová (2010, str. 12) je například dělí na bludy paranoidní, bludy žárlivecké, bludy pronásledování, hypochondrické bludy nebo bludy s náboženskou tematikou.

Posledním pozitivním symptomem, který zde zmíníme, je dezorganizace myšlení. „Jedná se o nesouvislé myšlení a mluvení z cesty, které je důsledkem formální poruchy myšlení.“ (Bankovská Motlová a Španiel, 2013, str. 18)

### **Negativní symptomy**

K negativním symptomům dle Bankovské Motlové a Španiela (2013, str. 20) patří alogie, kde se jedná o chudost obsahu řeči či o řečové zárazy; apatie (nedostatečná péče o zevnějšek a nedostatek energie); anhedonie, kvůli níž není jedinec schopen prožívat radost. Také sem můžeme zařadit oploštění, kam patří stálý výraz v obličeji, netečnost, nedostatečný oční kontakt a malá četnost pohybů. Jedinec se schizofrenií si většinu případů připadá neschopný, bez motivace a nápadů a bez zájmu o cokoliv.

Dalším negativním projevem schizofrenie je porucha vyjadřování emocí. Citové reakce osob se schizofrenií bývají neadekvátní, nepředvídatelné, často bývají zcela opačné, než je přípustné pro danou situaci. Jedním ze znaků je také přecitlivělost a emoční labilita. (Gelder a kol, 1996 cit. podle Vágnerová, 2008, str. 341)

## Kognitivní deficit

Poruchy kognitivních neboli poznávacích funkcí patří také mezi jeden z hlavních příznaků schizofrenních poruch. Mnoho autorů zde zmiňuje pojem kognitivní poruchy či kognitivní dysfunkce. Poznávací funkce patří mezi základní funkce lidského mozku.

„Kognitivní funkce jsou podle nejnovějších teorií kognitivní psychologie vymezovány jako procesy zpracování informací. Představují ty psychické funkce, jež umožňují zacházení s informacemi, jejich příjem, uchování a zpracování.“ (Sedláková, 2002 cit. podle Preiss a Kučerová, 2006, str. 191)

Ke kognitivním funkcím řadíme poruchy paměti, pozornosti, abstraktního myšlení, plánování a rychlosti zpracování informací, jejichž správné fungování je nezbytné pro kvalitní a autonomní život jedince.

Jednotlivé funkce si stručně popíšeme.

Paměť je základní funkcí mozku, díky které jsme schopni přijímat a uchovávat získané informace. Paměť uchovává naše vzpomínky i naše zážitky. Nikdo si nedovede představit život bez paměti, který by s velkou pravděpodobností ani nemohl existovat. Preiss a Kučerová (2006, str. 200) zmiňují, že osoby se schizofrenií mají kognitivní deficit ve všech typech paměti, nejhůře je ovšem postižena paměť pracovní. Uvádí také, že právě dysfunkce pracovní paměti bývá příčinou selhávání dalších kognitivních funkcí.

Pozornost je další důležitou kognitivní funkcí, která je u osob se schizofrenními poruchami poškozena. Preiss a Kučerová (2006, str. 199) uvádí fakt, že poruchy pozornosti se vyskytují velmi často. Osoby se schizofrenními poruchami se špatně koncentrují, mají také zhoršenou selektivitu neboli výběrovost.

Porucha exekutivních (řídících) funkcí je také typickým příznakem schizofrenních poruch. Podle Lezakové (1995 cit. podle Preiss a Kučerová, 2006, str. 204) zahrnuje řídicí proces čtyři fáze, a to rozhodování, plánování, akci a efektivní výkon. Velligan (1999 cit. podle Preiss a Kučerová, 2006, str. 204) k nim přidává například abstrakci, sebemonitorování a schopnost organizovat. Tento deficit je hlavní příčinou poklesu pracovní výkonnosti a sociálních dovedností.

Jazyk je základním prostředkem komunikace a je nezbytně důležitý pro život člověka. Klucká a Volfová (2009, str. 16) udávají, že u osob se schizofrenními poruchami či jiným poškozením mozku dochází k problémům s vybavováním a nalézáním slov,

chybí zde konkrétnost. U osob nemocných schizofrenií je značně narušena řečová schopnost. Tyto osoby mají sníženou slovní produkci, menší slovní zásobu a rozvolněné asociace.

Bankovská Motlová a Španiel (2013, str. 21) sem řadí také sociální kognici, motorické dovednosti, intelektové schopnosti či ovládání sociálních dovedností jako je konverzování, které je důležité pro mezilidskou komunikaci a potřebné pro život ve společnosti.

Kučerová, Říhová (2006, str. 189) uvádí, že kognitivní poruchy mají za příčinu sociální a pracovní selhávání jedinců se schizofrenií.

Všechny tyto příznaky schizofrenních poruch se mohou a nemusí u jedince vyskytnout, ale jisté je, že osobě se schizofrenií snižují kvalitu života.

### 1.3 Sociální dopad na člověka

Schizofrenní onemocnění mají značný negativní sociální dopad na jedince. Osoby se schizofrenními poruchami se obtížně vyrovnávají s požadavky, které na ně každodenní život klade. Mají podstatně zhoršené sociální dovednosti, méně přátel a problémy nalézt vhodného partnera.

Velký podíl na tomto negativním dopadu na osoby se schizofrenními poruchami má ovšem sama společnost. Schizofrenie a jedinci, kteří jí trpí, jsou v dnešní společnosti značně stigmatizováni a sociálně izolováni. Právě ono stigma je velkou překážkou úspěšné léčby a rehabilitace osob se schizofrenními poruchami.

Nepravdivých mýtů o schizofrenních poruchách, které jsou zakořeněny ve společnosti, existuje hned několik. Část jich uvádí Vzdělávací institut Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (2012).

Prvním z nich je tvrzení, že lidé se schizofrenií jsou agresivní a pro společnost nebezpeční. Opak je ovšem pravdou, osoby se schizofrenními poruchami mají z důvodu zhoršených sociálních dovedností strach vyjít na veřejnost, strach komunikovat a prosazovat se mezi lidmi a toto tvrzení jim opětovné začlenění do společnosti velmi znesnadňuje.

Dalším z mylných názorů o schizofrenii je, že osoby se schizofrenií mohou ostatní nakazit svým „šílenstvím“. Toto tvrzení se také nezakládá na pravdě. Schizofrenie není „chřip-

ka“, aby se jí mohl člověk na setkání nakazit. Příčiny, díky kterým vzniká, jsme si na předchozích stránkách již vymezili.

Ani tvrzení, že osoby se schizofrenií jsou líní a nespolehliví, se nezakládá na pravdě. Osoby se schizofrenií mají velkou chuť do práce, mají velkou snahu a píli. Diagnóza schizofrenie jim toto však plně neumožňuje.

Další z mýtů o schizofrenii jsou například názory, že schizofrenie je vinou rodičů či dokonce ďábla, že osoby se schizofrenními poruchami nemohou pracovat, jsou nevypočitatelní a mají slabou vůli.

Raboch a Zvolský (2011, str. 244) uvádí, že Světová psychiatrická asociace považuje stigmatizaci schizofrenie za velmi závažnou a vyhlásila program, jehož cílem je zbavit osoby se schizofrenií diskriminace a sociální izolace.

Pro lepší socializaci osob se schizofrenními poruchami zpět do společnosti je nutná větší informovanost okolí o schizofrenních poruchách, snaha porozumět a pomoci těmto lidem. Jen to jim může pomoci znovu nabýt ztracenou sebedůvěru a začít opět fungovat ve společnosti.

## 1.4 Způsoby léčby

Na začátek této podkapitoly je nezbytné vyvrátit jedno z mnoha dalších stigmat o schizofrenních onemocněních, a to, že schizofrenie je nevyléčitelná choroba. Schizofrenie je chorobou, která léčitelná je, ačkoli léčba trvá velmi dlouho a nedochází při ní ke stoprocentnímu trvalému vyléčení. Dnes jsme schizofrenní poruchy schopni léčit s velkým procentem úspěšnosti.

Současná léčba spočívá v kombinování více možných způsobů, jelikož se jedná především o uzdravování jedincovi duše. Vágnerová (2008, str. 365) uvádí, že nejefektivnější a nejúspěšnější léčba schizofrenních poruch je léčba psychofarmakologická v kombinaci s psychoterapií a socioterapií.

Důležité je zdůraznit, že k léčbě akutních příznaků je nutná hospitalizace. Rehabilitaci a psychosociální terapii lze provádět až jako následnou péči, která slouží k opětovnému zařazení do života.

**Léčba psychofarmakologická** je účinná především tím způsobem, že snižuje intenzitu a množství akutních příznaků schizofrenních poruch (Smolík, 2002, str. 175). Psychofar-

makologická léčba, tedy podávání příslušných léků, slouží především k utišení příznaků schizofrenie a k uklidnění pacienta. Jak uvádí Nolen-Hoeksema (et al., 2012, str. 652), tak pro co největší účinek je velmi důležité začít s podáváním léků co nejdříve od propuknutí choroby. U tohoto způsobu léčby je ovšem jeden závažný problém, který zmiňuje například Bankovská Motlová a Španiel (2013, str. 63): „Aby byla dlouhodobá léčba schizofrenie úspěšná, musí pacienti se schizofrenií při léčbě systematicky spolupracovat. Až 80 % pacientů trpících psychózou nedodrží léčbu, přestože léky s antipsychotickým účinkem jsou prokazatelně dlouhodobě účinné a do značné míry spolehlivě chrání před relapsem.“ Bohužel často je na vině samotná schizofrenie, která jedinci nedovoluje připustit si, že trpí poruchou a uvědomit si, že její léčba je nezbytná.

Další nepostradatelnou podpůrnou léčbou je **psychosociální terapie**. Jak uvádí Kučerová (2010, str. 33), s pacientem je důležité hovořit o jeho onemocnění, jeho problémech a pocitech. V psychoterapii je stěžejní právě komunikace s jedincem, kterého schizofrenie provází. Psychoterapie tedy především slouží k podpoře nemocného.

„Resocializace je zaměřena na aktivizaci nemocných a na podporu rozvoje různých praktických činností. Hlavním cílem socioterapie je dosažení přijatelné sociální adaptace a sociální integrace.“ (Vágnerová, 2008, str. 366)

Můžeme sem zařadit aktivizaci, nácvik sociálních dovedností či kognitivní rehabilitaci. Cílem těchto terapií je především obnova narušených funkcí organismu. Proto jsou tyto činnosti nezbytnou součástí léčby osob se schizofrenií, jelikož pomáhají jedinci k opětovnému začlenění se do společnosti a nalezení sebe sama. My se touto formou edukace budeme zabývat v samostatné kapitole, kde ji podrobněji rozebereme.

## 2 ZÁKLADNÍ TYPY SCHIZOFRENIE

V první kapitole jsme si vymezili schizofrenní poruchy obecně, přes nejdůležitější příčiny, nejčastější příznaky až po možnosti léčby a rehabilitace. V této kapitole si podrobněji rozebereme typy schizofrenie.

Schizofrenie se vyskytuje v několika typech, některé jsou častější, jiné téměř neznámé a stále velmi neprobádané. Je důležité podotknout, že se tyto typy v praxi značně překrývají a přecházejí jeden do druhého, proto je rozdělování schizofrenie do více typů spíše teoretickou záležitostí. Na následujících stránkách se zaměříme především na základní typy schizofrenie.

Většina autorů se shoduje na základních čtyřech typech schizofrenie, a to schizofrenie hebefrenní, katatonní, paranoidní a simplexní. Kučerová (2002, str. 21) vymezuje podle platné desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí další o něco méně známé typy schizofrenie jako je schizofrenie nediferencovaná, schizofrenie reziduální nebo postschizofrenní deprese. Postschizofrenní deprese je většinou autorů popisována spíše jako porucha nálady spojená se schizofrenií.

Raboch a Zvolský (2001, str. 236) definuje nediferencovanou schizofrenii jako „zbytkovou kategorii“, jelikož se u ní vyskytují příznaky kombinované se všemi druhy schizofrenie, není ji tedy možné zařadit ani do jedné kategorie. Patří sem například takzvaná atypická schizofrenie.

Reziduální schizofrenii vymezuje Smolík (2002, str. 164) jako chronický stav schizofrenního onemocnění, kde je jasně zřetelný posun od raného stádia. Nývltová (2008, str. 152) naopak zmiňuje, že se o tomto typu schizofrenie hovoří, pokud jedinci prodělali schizofrenii se všemi zásadními projevy, jakou jsou bludy či halucinace.

Vyskytují se jedinci, u nichž dochází k takzvané postschizofrenní depresi. Znamená to, že jedinci se sice ze schizofrenie vyléčili, příznaky potvrzující schizofrenii vymizely, ale stále trpí depresemi a propadem nálad. Nývltová (2008, str. 152) navíc zdůrazňuje sklon jedinců, kteří trpí postschizofrenní depresí, k sebevražednému myšlení a jednání. Tato deprese je stále předmětem psychiatrických výzkumů.



## 2.1 Paranoidní schizofrenie

Mezi typ schizofrenie, který se na světě vyskytuje v největší míře, patří schizofrenie paranoidní. Tento typ má ještě jedno „nej“, paranoidní schizofrenie je ze všech typů také nejsnadněji diagnostikovatelná.

U tohoto typu schizofrenie jsou typickým příznakem především přetrvávající bludy a halucinace, se kterými jsme se seznámili již v první kapitole.

Osoba trpící paranoidní schizofrenií je až patologicky podezíravá, vztahovačná, žárlivá. Často má pocit, že ji někdo pronásleduje či chce zabít. Toto potvrzuje Mezinárodní klasifikace nemocí (2000, str. 99), která uvádí příklady nejběžnějších paranoidních příznaků:

- a) bludy vztahovačnosti, mesiášského poslání, žárlivosti, transformace těl;
- b) sluchové halucinace, které jedinci hrozí, rozkazují;
- c) čichové nebo chuťové halucinace, sexuální pocity.

Co se týče bludů a halucinací, Vágnerová (2008, str. 345) varuje před nebezpečím, které zde z důvodu těchto pozitivních symptomů vzniká. Jedinec s paranoidní schizofrenií může napadat osoby ve svém okolí, i své blízké, neboť má potřebu se bránit před ohrožením, kterému věří, že existuje. Často se jedná například o nadpřirozené bytosti (mimozemšťany).

Tyto bludy se nejčastěji vyskytují, jak napovídá sám název typu schizofrenie, v paranoidní podobě. Pojem paranoidní definuje Smolík (2002, str. 160) jako „deskriptivní termín, označující chorobné, dominující myšlenky nebo vztahovačné bludy, týkající se jednoho nebo několika témat – většinou pronásledování, lásky, nenávisti, žárlivosti, poct, vedení sporu, velikášství, nadpřirozeností.“

U paranoidní schizofrenie se samozřejmě objevují, sice v menší míře, také symptomy negativní, zde se jedná především o jakousi emoční otupělost, podrážděnost, snahu o nenápadnost (Vágnerová, 2008, str. 345). K nim se přidávají také poruchy myšlení a poruchy kognitivních funkcí.

Jedinci, kteří trpí paranoidní schizofrenií, mají také sklony k agresivitě nebo dokonce i k sebevražděným myšlenkám a činům.

Jak je nám již známo, tak většina typů schizofrenie se začíná projevovat a propukát již ve věku dospívání a mladé dospělosti. Paranoidní schizofrenie je ovšem výjimkou,

jako jediný typ schizofrenie může vzniknout i později. Vágnerová (2008, str. 345) udává, že se může začít projevovat i okolo čtyřicátého roku jedincova života.

Zajímavý poznatek také doplňuje Libinger (Höschl, Libinger a Švestka, 2002, str. 365): „Nemocní paranoidní schizofrenií se brání psychotické depersonalizaci a rozpolcenosti lépe než hebefrenní a katatonní formy schizofrenie, snad v důsledku stabilní struktury osobnosti (silně zformovaného já).“ To ovšem neznámá, že by paranoidní schizofrenie patřila k lehčím formám. Ba naopak.

## 2.2 Katatonní schizofrenie

Druhým základním typem schizofrenie je schizofrenie katatonní. Naopak od schizofrenie paranoidní, je tento typ vzácnější, v procentuálním výskytu není tak rozšířený.

Hlavním rysem jsou poruchy motoriky neboli poruchy hybnosti. Smolík (2002, str. 161) toto doplňuje o následující: „Katatonní schizofrenie je schizofrenní porucha, při níž jsou v popředí zřetelné psychomotorické projevy, které mohou střídavě měnit svou podobu a intenzitu.“ Znamená to tedy, že dochází ke střídání nadměrné aktivity s pasivitou a útlumem motorické aktivity.

Nadměrnou aktivitu definuje Vágnerová (2008, str. 349) jako „produktivní formu, která se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou aktivitou, respektive paradoxním jednáním. Může jít o celkově zvýšenou aktivizaci nebo například jen o echolalie či echopraxie, kdy nemocný stále opakuje určitá slova či věty, nebo nějaké pohyby.“

Ve fázi pasivity jedinec s katatonním typem schizofrenie vydrží dlouho v jedné poloze, nepohybuje se, jeho reakce bývají opačné, než je od něj očekáváno a často reaguje jako loutka. Toto Vágnerová (2008, str. 349) nazývá „voskovou ohebností.“

Pro katatonní schizofrenii je také typická přehnaná složitost, tzn., že jednoduché činnosti jsou mnohdy prováděny složitě.

Mezinárodní klasifikace nemocí (2000, str. 100) mimo jiné také zmiňuje velmi zajímavý fakt, kdy se katatonní schizofrenie téměř nevyskytuje v průmyslových zemích, ačkoliv v ostatních (neprůmyslových zemích) je běžná. Ovšem příčina tohoto jevu není známá a nebyla zatím vysvětlena.

Samotný katatonní syndrom není se schizofrenní poruchou přímo spojen, nevyskytuje se jen u schizofrenie, ale například i u dalších poruch, u kterých dochází k poškození mozku.

### 2.3 Hebefrenní schizofrenie

Dalším zajímavým typem schizofrenie je beze sporu schizofrenie hebefrenní. I když se nevyskytuje ve velké míře, je považována za jeden ze základních typů schizofrenie, protože její průběh a její projevy jsou velmi specifické.

Libinger (Höschl, Libinger a Švestka, 2002, str. 366) uvádí i druhý název pro hebefrenní schizofrenii. Americká psychiatrie ji nazývá dezorganizovaným typem schizofrenie.

Jako první tuto formu schizofrenie definoval německý psychiatr Ludwig Kahlbaum roku 1870, který ji společně se svým žákem Heckerem popsal jako poruchu puberty a adolescence (Dušek a Večeřová- Procházková, 2010, str. 225). Tato porucha opravdu vzniká v období dospívání a mladé dospělosti, nejčastěji již okolo 15. roku života. Rozvíjí se velmi pomalu a tvoří tak často jakýsi přechod z puberty.

Tato forma se dá nejjednodušeji vysvětlit jako protahovaná, někdy opožděná či extrémně vystupňovaná puberta. Je charakteristická nápadným projevem, který značně budí pozornost okolních osob. Smolík (2002, str. 161) hebefrenní schizofrenii vymezuje jako poruchu, při níž jsou nejvýraznějším projevem změny v emotivitě člověka, proměnlivé bludy, halucinace a nevhodné chování.

Změny v emotivitě člověka, tedy poruchy emočního prožívání se projevují podle Vágnerové (2008, str. 347) především podrážděným chováním a jednáním, střídáním emočního vzrušení s depresemi. Jedním z hlavních znaků je takzvaná hypomanická nálada, tedy chování, které se projevuje zejména nehodícím se žertováním a užíváním nevhodných slov.

S diagnózou hebefrenní schizofrenie se vyskytují i poruchy myšlení. Tyto poruchy se projevují především ochuzeným myšlením a velmi nápadným verbálním projevem, kdy Vágnerová (2008, str. 347) uvádí, že jedinci trpící hebefrenní schizofrenií používají často nezvyklá slovní spojení nebo si vytváří svá vlastní slova.

Co se týče verbálního projevu jedince s tímto typem schizofrenie a jeho chování, vyskytuje se v jeho projevech nápadná strojenost, grimasy, obřadnost či inkoherentní řeč (Dušek a Večeřová - Procházková, 2010, str. 226).

Velký problém nastává také v oblasti sociálního chování, kdy jedinci s touto formou schizofrenie bývají často vulgární, suverénní a necitliví. Podobně jako u formy katatonní se osoba s hebefrenní schizofrenií často projevuje nepřiměřeně situaci. Častým projevem je také to, že tyto osoby nedbají o svůj vzhled a zvláště se oblékají. (Vágnerová, 2008, str. 348)

Bohužel tato forma schizofrenie má velice špatnou prognózu. Tomu nepřidává ani to, že věk nástupu i velká část symptomů se vyskytují v období dospívání, v pubertě. Bývá tedy velmi často s pubertou zaměňována a přehlížena.

## 2.4 Simplexní schizofrenie

Posledním z typů schizofrenie, který je považován za jeden ze čtyř základních, je schizofrenie simplexní. Patří mezi nejvzácnější typ schizofrenních poruch.

Simplexní schizofrenie je porucha, která se vyvíjí postupně a zvolna. Libinger (Höschl, Libinger a Švestka, 2002, str. 367) uvádí jako hlavní znak změny chování. Typickým znakem je stahování jedince do sebe.

Do popředí zde vystupují především negativní znaky schizofrenních poruch, které vyjmenovává Dušek a Večeřová - Procházková (2010, str. 227). Jedná se tedy především o emoční oploštělost, pokles aktivity nebo ztrátu zájmu.

Vágnerová (2008, str. 349) toto rozvádí: „Nemocní nerespektují běžné sociální normy, potulují se a zahálejí. Jsou bez zájmu o cokoli, tráví celé dny v nečinnosti. Bývají apatičtí a autističtí, uzavírají se do sebe a izolují se od společnosti.“

Podobně jako typ hebefrenní, simplexní schizofrenie začíná již v mladém věku kolem dvaceti let. Dušek a Večeřová – Procházková (2010, str. 227) však zmiňují, že jsou známy i případy, kdy nemoc začala vznikat až v pozdějším věku.

Zajímavé u tohoto typu schizofrenie je, že se nedostavují žádné bludy ani halucinace, a to ani v akutních stádiích, často tedy bývá považována pouze za poruchu osobnosti. Diagnostika je tedy v tomto případě velmi obtížná.

### 3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY SE SCHIZOFRENNÍMI PORUCHAMI V ČR

Pro osoby, které se nachází v akutním stádiu schizofrenních poruch je důležitá ambulantní a lůžková péče v psychiatrických zařízeních, kterých se v České republice nachází hned několik.

Průměrná hospitalizace osob se schizofrenií patří v České republice k nejdelším v Evropě, trvá 114 dnů. (Bankovská Motlová a Španiel, 2013, str. 84)

Pro osoby, které již prošli rozsáhlou léčbou, funguje v České republice systém sociální péče. Řadíme sem denní a týdenní stacionáře, služby následné péče, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, terapeutické komunity a sociální rehabilitaci.

#### **Denní stacionáře**

Jak uvádí Bankovská Motlová a Španiel (2013, str. 84) denní stacionář je pro osoby se schizofrenními poruchami ideální forma péče pro rehabilitaci.

„V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ (ČESKO, 2006)

Tyto stacionáře poskytují především rehabilitační péči a celodenní programy, které jsou zaměřené především na edukaci osob se schizofrenními poruchami. Marková, Venglářová a Babiaková (2006, str. 45) zdůrazňují, že denní stacionáře jsou zaměřeny především na nácvik sociálních dovedností a trénink poznávacích funkcí, což pomáhá zlepšovat jak zdravotní stav, tak začlenění zpět do společnosti.

#### **Týdenní stacionáře**

Týdenní stacionáře jsou zařízení, která poskytují pobytové služby mimo jiné i osobám s duševním onemocněním. V těchto zařízeních jsou také rehabilitační programy a terapie, stejně jako ve stacionářích denních, navíc se tu zde poskytuje ubytování a strava.

#### **Domovy se zvláštním režimem**

Dalším typem sociální služby, která může být poskytována osobám se schizofrenními poruchami, jsou domovy se zvláštním režimem.

Domovy se zvláštním režimem dle zákona (ČESKO, 2006) poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost vlivem onemocnění či závislosti. Je jim zde přizpůsoben speciální režim péče. Mimo to jsou zde pro ně i terapeutické, rehabilitační a aktivizační činnosti.

### **Chráněné bydlení**

Služba chráněné bydlení si podle Markové, Venglářové a Babiakové (2006, str. 46) klade za hlavní cíl resocializaci osob se schizofrenními poruchami a přípravu na jejich autonomní život.

„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“ (ČESKO, 2006)

### **Služby následné péče**

Služby následné péče jsou služby, které jsou poskytovány ambulantně či pobytově osobám, které prošli ústavní či ambulantní léčbou. Zajišťují kontakt se společností, rehabilitační činnosti a poradenství. (ČESKO, 2006)

Pokud jsou služby následné péče poskytovány pobytovou formou, pak jejich služby zahrnují i poskytování ubytování a stravy.

### **Terapeutické komunity**

Terapeutické komunity poskytují dle zákona (ČESKO, 2006) pobytové služby osobám, které mají zájem o začlenění do společnosti a do běžného života.

### **Sociální rehabilitace**

„Posláním Sociální rehabilitace je pomáhat uživatelům naučit se trvale žít se svým zdravotním omezením a v praktickém životě překonávat některé nepříznivé dopady omezení a snížit riziko sociálního vyloučení.“ (Fokus, 2011)

Dle zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) je náplní sociální rehabilitace nácvik dovedností a činností vedoucích k sociálnímu začlenění, kontakt se společenským prostředím a aktivizační činnosti.

## 4 EDUKACE V RÁMCI REHABILITACE U OSOB SE SCHIZOFRENNÍMI PORUCHAMI

Osoby se schizofrenními poruchami trpí poruchami kognitivních funkcí, kdy je u nich velmi značný kognitivní deficit, poruchami emotivity i neschopností zvládat činnosti, které jsou součástí každodenního života. Důležitým procesem, který by jim měl usnadnit opětovný vstup do společnosti a zvýšit kvalitu jejich života, je edukační proces, zkráceně edukace.

„V nejširším slova smyslu pojmem edukace rozumíme souhrn působení činností sloužících k formování (rozvíjení a změnám) životních způsobilostí (kompetencí) člověka“ (Kwieciński, Śliwerski, 2006 cit. podle Malach, 2007, str. 45). Působení vlivů může být vědomé, nevědomé, systematické či nsystematické, záměrné či nezáměrné. Edukace osob se schizofrenními poruchami probíhá systematicky, záměrně a plánovitě v zařízeních tomu určených, které jsme vymezili v předešlé kapitole.

Nezbytné je si pojem edukace vymežit tak, jak ho chápeme pro účely naší bakalářské práce, tedy **edukace z pedagogického hlediska**. Průcha (2009, str. 18) definuje edukační procesy (edukaci) jako „takové činnosti lidí, při nichž se nějaký subjekt učí a jiný subjekt (nebo technické zařízení) mu toto učení zprostředkovává, to znamená, vyučuje.“ U osob se schizofrenními poruchami se jedná především o „učení se“ opět začlenit do společnosti, komunikovat, plánovat a tak moci plnohodnotně fungovat ve společnosti.

Osob se schizofrenními poruchami se týká také edukace v užším slova smyslu, brána z psychiatrického a lékařského hlediska, která také probíhá v rámci rehabilitace. Tato edukace v terapeutickém smyslu znamená poskytování informací jedinci se schizofrenní poruchou a jeho rodině o samotné nemoci, symptomech a léčbě. Konkrétně tuto formu nazýváme psychoedukace. Pomáhá jedinci pochopit jeho nemoc, a vyrovnat se s ní, jak nejlépe to jde. (Bankovská Motlová, 2012, str. 7) Pro potřeby naší bakalářské práce se tímto pojetím edukace ovšem zabývat nebudeme.

Edukace osob se schizofrenní poruchou probíhá v rámci **rehabilitace**. Rehabilitace jako taková znamená snahu o obnovu poškozených funkcí. Pojem rehabilitace pochází z latiny, kdy slovo „habitas“ znamená schopnost a předpona „re“ značí navrácení schopností. Rehabilitace napomáhá člověku s duševním onemocněním v jeho procesu uzdravení. (Pěč a Probstová, 2009)



Pojem rehabilitace tedy znamená snahu navrátit schopnost, která byla v důsledku schizofrenního onemocnění zhoršena či úplně vymizela. Pěč a Probstová (2009, str. 105) také dodávají, že rehabilitace si klade za cíl, aby lidé s duševním onemocněním dosáhli potřebných dovedností a měli podporu okolních osob, aby zvládli samostatně bydlet, vzdělávat se, navazovat vztahy či pracovat.

Rehabilitace probíhá již jako součást léčby, například v psychiatrickém zařízení; a pokračuje v následné péči v sociálních službách.

V bakalářské práci se zaměřujeme konkrétně na edukaci osob se schizofrenními poruchami, tedy především na trénink kognitivních funkcí a na nácvik sociálních dovedností, což jsou možné formy edukačního procesu na pomoc osobám se schizofrenními poruchami vést opět kvalitní život.

V edukaci osob se schizofrenními poruchami je velice důležitá **role poskytovajícího pracovníka**. Často slouží pro osoby se schizofrenií jako vzor správného jednání a vyjadřování, je pro ně rovněž motivací k lepším výkonům. Důležité je zde především vybudovat si vztah s klientem a získat jeho důvěru ke spolupráci. Mahrová a Venglářová (2008, str. 98) uvádí, že pro pracovníka, který poskytuje terapie osobám s duševním onemocněním, jsou důležité určité zásady, a to respekt, dobrý úmysl, flexibilita a právě důvěra a partnerství.

Na závěr každé terapie je důležitá, a to nejen pro poskytovající pracovníky, ale i pro klienty, zpětná vazba. Klient zde má možnost sdělit svůj pohled na edukaci a pro pracovníky je to stimul, který jim radí, co je možné zlepšit. I zpětná vazba může být brána například jako prevence syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření definuje například Thomas Poschkamp následovně: „Vyhoření je proces extrémního emočního a fyzického vyčerpání se současným cynickým, distancovaným postojem a sníženým výkonem jako následkem chronické emoční a mezilidské zátěže při intenzivním nasazení pro jiné lidi.“ Toto platí samozřejmě i pro pracovníky s klienty s duševním onemocněním, jelikož je tato práce velice náročná a dlouhodobá.

#### 4.1 Trénink kognitivních funkcí

Trénink kognitivních funkcí je nezbytnou součástí rehabilitace osob se schizofrenními poruchami, jelikož jedním z hlavních příznaků těchto poruch jsou právě poruchy kognitivních funkcí.

Furmánková (2011) ve svém článku o rehabilitačních metodách pro klienty s kognitivním deficitem uvádí, že „pouze u asi 15 % osob se schizofrenií je úroveň kognitivní výkonnosti srovnatelná se zdravými lidmi, významný kognitivní deficit vykazuje 40 až 60 % lidí se schizofrenií.“

Kognitivní trénink je typ rehabilitační péče o osoby s duševním onemocněním s cílem zlepšit pozornost, paměť nebo výkonné funkce. Kognitivní trénink má pozitivní vliv na funkční deficity. Pokud je správně prováděn, může velmi pomoci zlepšit sociální i pracovní začlenění osob s duševním onemocněním. (Scientific Brain Training, 2014)

Cíle kognitivního tréninku vymezují Klucká a Volfová (2009, str. 20), které sem řadí zlepšení psychomotoriky, koordinace, pozornosti, paměti, exekutivních funkcí, ale mimo to je cílem tréninku kognitivních funkcí i zvýšení motivace osob. Součástí tréninku kognitivních funkcí by mělo být i plánování dalšího života.

Kognitivní trénink by měl začínat postupně, od nejjednodušších věcí k těm složitějším. Lippertonová Grunerová (2005 cit. podle Klucká a Volfová, 2009, str. 20) uvádí, že začínat by se mělo nácvikem jednoduchého zaměřování pozornosti, pokračovat by se mělo procvičováním řeči, myšlení a paměti a jako poslední by měly přijít na řadu těžší logické operace a abstrakce.

Kognitivní trénink je prováděn individuálně nebo skupinově, což je častější především v zařízeních sociálních služeb. Skupinový kognitivní trénink je podle Klucké a Volfové (2009, str. 21) ideální provádět ve skupině tvořené sedmi až deseti členy, ovšem záleží na každém zařízení. Ovšem čím menší skupina osob, tím lépe se udržuje kontakt a navozuje se tak sociální kontakt malých skupin. Důležité především je, aby trénink plnil svou funkci.

„Obsahem kognitivních tréninků je nejen procvičování samotných kognitivních funkcí, ale též zahrnutí osobnostních a sociálních faktorů. Důvodem je neoddělitelnost těchto složek v běžném životě člověka. Adaptivní uplatnění kognitivních schopností závisí i na schopnosti zacházet se sebou samým a na schopnosti adaptace a asimilace sociálního prostředí.“ (Klucká a Volfová, 2009, str. 21)

Pokud chceme stručně popsat postup při kognitivním tréninku, je důležité hned na samotný jeho úvod osoby se schizofrenními poruchami přivítat, zeptat se, jak se jim daří a navodit příjemnou atmosféru. Po úvodním přivítání by se mělo plynule přejít k procvičování kognitivních funkcí, k tréninkovým úkolům, které se mohou plnit

buď jednotlivě, nebo i ve skupince. Důležitá je při celém kognitivním tréninku pozitivní a uvolněná atmosféra, pochvala a pomoc. Klucká a Volfová (2009, str. 22) dodávají, že u schopnějších klientů je vhodné umístit na konec kognitivního tréninku sebereflexi, jakousi zpětnou vazbu. Jako ukončovací rituál také navrhuji zatleskání si či potřesení si rukou.

Preiss a Kučerová (2006, str. 222) také zmiňují počítačové programy na trénink kognitivních funkcí, které se v dnešní moderní době také značně rozvíjejí a osobám, které trpí kognitivním deficitem, značně pomáhají.

Tréninku kognitivních funkcí je věnována zatím pouze malá pozornost. Přitom samotná farmakologická léčba není ani z daleka tak účinná, jako je v kombinaci s edukačním procesem osob se schizofrenními poruchami. Správně provedený kognitivní trénink, procvičování kognitivních funkcí, značně pomáhá osobám se schizofrenními poruchami vést kvalitnější život.

## 4.2 Nácvik sociálních dovedností

Součástí edukace, která probíhá v rámci rehabilitace u osob se schizofrenními poruchami, je kromě tréninku kognitivních funkcí i nácvik sociálních dovedností.

Sociální dovednosti jsou takové dovednosti, které používáme při komunikaci s druhými lidmi a při působení ve společnosti. Liberman (et al., 1989 cit. podle Praško et al., 2011, str. 462) definuje sociální dovednosti jako „schopnost jasně a srozumitelně sdělovat své pocity a problémy a konstruktivně řešit své mezilidské problémy tak, abychom byli schopni dosáhnout svých cílů.“

Osoby se schizofrenními poruchami mají sociální dovednosti nedostačující pro fungování ve společnosti. Praško, Možný a Šlepecký (et al., 2007, str. 774) uvádí dva možné důvody. Sociální dovednosti se buď nestihly z důvodu časného počátku nemoci úplně vyvinout, nebo se sociální dovednosti zhoršily, případně úplně vymizely, v důsledku akutního stádia schizofrenních poruch.

U nácviku sociálních dovedností u osob se schizofrenními poruchami je důležité se zaměřovat zejména na zlepšení jejich komunikace a jednání s dalšími lidmi, prosazování a řešení problémů, se kterými se tyto osoby mohou v každodenním životě setkat. (Praško, Možný a Šlepecký et al., 2007, str. 774)

Nácvik sociálních dovedností může probíhat i individuálně, ale většinou probíhá ve skupinách. Ideální velikost skupiny je 4 – 12 osob, kterým se věnují jeden nebo dva terapeuti. Jedno sezení trvá většinou 45 – 90 minut a pro co největší úspěšnost je vhodné ho provádět pětkrát týdně po dobu až jednoho roku. (Kopelowicz, Liberman a Zarate, 2009)

Skupinový nácvik sociálních dovedností má jistou výhodu v tom, že se osoby se schizofrenními poruchami podporují, pomáhají si a poskytují si zpětnou vazbu.

„Základní dovednosti, které se v rámci nácviku sociálních dovedností nacvičují, jsou dovednosti správně vnímat a porozumět, sdělování pozitivních informací (pochvala, ocenění), zahájení, udržování a ukončení krátkého rozhovoru, projevení negativních emocí přiměřeným způsobem, sebeprosazení (obhájení vlastních práv, odmítnutí neoprávněných požadavků), dovednost najít kompromisní řešení a nácvik řešení konkrétních problémů jednotlivých pacientů v jejich současném životě.“ (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007, str. 775)

Nácvik sociálních dovedností pomáhá osobám se schizofrenními poruchami naučit se fungovat ve společnosti, komunikovat a nalézat přátele. Proto ho považujeme za důležitou součást rehabilitace osob se schizofrenními poruchami.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Pro svoji bakalářskou práci jsem si jako výzkumný problém zvolila **Edukaci v rámci rehabilitace u klientů se schizofrenními poruchami pohledem poskytujících pracovníků.**

V tomto výzkumu jsem se zaměřila na edukaci, která probíhá v rámci rehabilitace u osob se schizofrenními poruchami z pohledu jejího poskytovatele. Chtěla jsem poukázat na to, jak edukaci s klienty se schizofrenními poruchami vnímají sami pracovníci, protože jak je všeobecně známo, práce s touto skupinou lidí je velice náročná.

Také jsem chtěla zjistit, jaké nedostatky při edukačním procesu shledávají, jaká je dle jejich názoru spolupráce s klienty se schizofrenními poruchami při poskytování edukace, jakou mají zpětnou vazbu a co je k edukaci osob s duševním onemocněním motivovalo a motivuje. Obecně se dá říci, že jsem chtěla získat **pohled pracovníků na jimi poskytovanou edukaci klientům se schizofrenními poruchami** a jejich návrhy k případnému zlepšení poskytované edukace.

Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem strávila praxi v zařízení pro osoby s duševním onemocněním, kde se jednalo především o klienty se schizofrenními poruchami, a měla jsem možnost účastnit se jejich terapií a jejich edukace. Měla jsem možnost poznat, jak poškozené mají klienti se schizofrenními poruchami kognitivní funkce a jak nejsou schopni plnohodnotně fungovat v sociálních dovednostech či komunikovat s druhými lidmi. Také jsem měla příležitost pozorovat snahu provádějících pracovníků klienty co nejvíce motivovat, spolupracovat s nimi a dát jim to nejlepší, co v nich je.

Souvislost se sociální pedagogikou nacházím především v možnosti budoucího uplatnění studentů Sociální pedagogiky, jelikož osoby se schizofrenními poruchami, nebo obecně řečeno osoby s duševním onemocněním, jsou zajisté jednou z cílových skupin, na které se sociální pedagogika zaměřuje. Osoby s duševním onemocněním jsou beze sporu také osoby, které mají znevýhodněné postavení ve společnosti, značné problémy s resocializací a sníženou kvalitou života v důsledku jejich závažné diagnózy. Přesně na tyto osoby (a nejen na ty) směřuje cíl sociální pedagogiky, a tím je pomoc znevýhodněným jedincům v naší společnosti.

Jedním z dalších důvodů volby tohoto tématu je právě malá informovanost okolního světa o duševních nemocech.

## 5.1 Klíčové koncepty

Pro porozumění výzkumnému problému je nutné vymezit základní pojmy, jak jsou chápány pro účely této bakalářské práce. Je zde důležité vymezit klíčová slova, jako jsou **edukace, rehabilitace, klient se schizofrenní poruchou, poskytující pracovník**.

**Edukace** z pedagogického hlediska dle Průchy (2009, str. 18) „je taková činnost lidí, při nichž se nějaký subjekt učí a jiný subjekt (nebo technické zařízení) mu toto učení zprostředkovává.“

**Rehabilitace** značí navrácení schopností. „Rehabilitace napomáhá člověku s duševním onemocněním v jeho procesu uzdravení“ (Pěč a Probstová, 2009).

**Klient se schizofrenní poruchou.** Mahrová, Venglářová a Babiaková (2008, str. 27) uvádí, že „v sociální práci je klient člověk, který užívá služeb sociálního pracovníka.“ Schizofrenii definuje Vágnerová (2008, str. 333) následovně: „Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.“

**Poskytující pracovník** je člověk, který pracuje v zařízení pro duševně nemocné a poskytuje klientům péči a rehabilitaci. Většinou to bývají pracovníci pomáhajících profesí. Tyto definuje Michalík (2011, str. 14) jako „profese, jež jsou orientovány na potřeby člověka, a jejich podstatným rysem je takové jednání vůči druhému člověku, které je zaměřeno na řešení jeho potřeb a poskytování pomoci.“

## 6 POJETÍ VÝZKUMU

Na základě vymezení výzkumného problému jsem pro svoji bakalářskou práci zvolila **kvalitativní pojetí výzkumu**.

Tento přístup se mi vzhledem k výzkumnému problému zdál vhodnější než výzkum kvantitativní. Výzkum se zabývá především komplexním pohledem samotných pracovníků, kteří poskytují edukaci v rámci rehabilitace klientům se schizofrenními poruchami a kvalitativní přístup mi umožnil se na tuto problematiku zaměřit hlouběji a poznat jejich subjektivní zkušenost a zdroje jejich motivace, což by u kvantitativního výzkumu bylo téměř nemožné.

### 6.1 Výzkumné otázky

Pro práci jsem zvolila jednu hlavní a tři dílčí výzkumné otázky.

Jako hlavní výzkumnou otázku jsem zvolila:

1. Jak vnímají poskytující pracovníci, kteří s klienty se schizofrenními poruchami provádí edukaci v rámci jejich rehabilitace, samotný proces edukace?

Dílčí výzkumné otázky:

2. Jak se poskytujícím pracovníkům s klienty se schizofrenními poruchami při jejich edukaci spolupracuje?
3. Jakou dostávají poskytující pracovníci od klientů se schizofrenními poruchami zpětnou vazbu?
4. Co motivuje pracovníky k poskytování edukace klientům se schizofrenními poruchami?

### 6.2 Výzkumné cíle

Výzkumné cíle pro bakalářskou práci jsem zvolila následující:

Hlavní výzkumný cíl:

1. Odkrýt, jak poskytující pracovníci vnímají proces edukace u klientů se schizofrenními poruchami



Dílčí výzkumné cíle jsou následující:

2. Prozkoumat, jak se pracovníkům při poskytování edukace s klienty se schizofrenními poruchami spolupracuje
3. Zjistit, jakou mají pracovníci od klientů se schizofrenními poruchami zpětnou vazbu na jimi poskytovanou edukaci
4. Zmapovat, co pracovníky motivuje k poskytování edukace klientům se schizofrenními poruchami

### 6.3 Výzkumný soubor

Pro kvalitativní výzkum jsem zvolila záměrný výběr výzkumného souboru, respondenti museli splňovat hned několik nezbytných podmínek:

1. každý z respondentů musel mít vystudovaný obor Sociální pedagogika,
2. všichni museli v době provádění výzkumu pracovat v zařízení sociálních služeb, kde je klientům se schizofrenními poruchami poskytována edukace,
3. nezbytné bylo, aby náplní jejich práce byla edukace, čili kognitivní trénink či nácvik sociální dovedností, poskytovaný klientům se schizofrenními poruchami.

Hledání tohoto výzkumného souboru nebylo jednoduché, jelikož kritéria stanovená pro výběr respondentů byla poměrně přísná. Některé oslovené osoby také odmítli rozhovor poskytnout či vůbec neodpověděli na můj dotaz.

Pro bakalářskou práci jsem tedy nakonec zvolila 4 respondenty, jejichž výpovědi mi postačí k odpovědím na výzkumné otázky.

Všichni tito respondenti byli velmi ochotní, věnovali mi jejich čas a snažili se mi co nejlépe odpovědět na dané otázky. Také souhlasili s nahráním na diktafon a s uveřejněním jejich výpovědí v bakalářské práci.

Jelikož se v rozhovoru jednalo o názory pracovníků, o jejich vlastní pohled na edukaci osob se schizofrenními poruchami, dá se tedy říci, že o z části citlivé údaje, byla klientům zaručena anonymita a byla jim vybrána falešná jména, která jsou následující: paní Anna, pan Petr, paní Iveta a slečna Věra.

Pro lepší přehled mých respondentů je uvádím v tabulce spolu s délkou jejich praxe.

Jméno respondenta	Praxe
Petr	<b>12 let</b>
Iveta	<b>8 let</b>
Věra	<b>4 roky</b>
Anna	<b>2 roky</b>

Tabulka 1- charakteristika respondentů

## 6.4 Technika sběru dat

Jako techniku sběru dat pro kvalitativní výzkum jsem zvolila rozhovor. Jelikož existuje hned několik druhů rozhovorů, vybrala jsem si rozhovor polostrukturovaný. Hlavním důvodem bylo především to, že tento druh rozhovoru umožňuje nejen ptát se na předem stanovené otázky, ale nabízí i možnost doplňujících otázek, pokud dotazovaný respondent neodpověděl pro nás dostatečně, či pokud chceme, aby odpověď více rozvedl. Nebo naopak umožňuje se na nějaké otázky neptat vůbec, pokud například vyplynou z otázek předchozích.

Otázky, které jsem respondentům kladla, příkládám v příloze.

## 6.5 Postupy výzkumného šetření

Po e-mailové domluvě se všemi respondenty, jsme si stanovili datum a hodinu konání rozhovorů, podle toho jak to respondentům vyhovovalo, abych nikterak nenarušila jejich denní program.

Místem konání rozhovorů bylo ve všech pěti případech zvoleno pracoviště respondenta. Po úvodním představení a přivítání byla pro rozhovory zvolena klidná místnost, kde nás nikdo nerušil a respondenti se tak mohli lépe soustředit na odpovídání na otázky v připraveném rozhovoru. Většinou byla zvolena kancelář respondenta, společenská místnost či místnost, kde pracovníci provádějí rozhovory s klienty. Důležité bylo navození příjemné a uvolněné atmosféry, aby se respondenti co nejvíce uvolnili, rozmluvili a nebyli nervózní.

Na začátku jsem požádala vybrané respondenty o souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon a s uveřejněním jejich odpovědí v bakalářské práci. Všichni respondenti souhlasili a jejich souhlas byl taktéž nahrán na diktafon. Také jsem je ještě před začátkem dotazování seznámila s tématem své bakalářské práce a s okruhem otázek, které jim budu klást. Učinila jsem tak z toho důvodu, aby respondenti věděli, co je čeká a byli tak více uvolnění. Rozhovory probíhaly v klidném a přátelském duchu, trvaly okolo patnácti až třiceti minut a respondenti odpověděli na všechny potřebné otázky. Když bylo potřeba tak mi polostrukturovaný rozhovor umožňoval se respondentů doptat, čehož jsem ve většině případů také využila.

Po uskutečnění každého z rozhovorů bylo třeba provést transkripci, tedy přepis rozhovorů do papírové podoby, aby se data dobře kódovala. Rozhovory jsem přepisovala vždy v den jejich provedení, z důvodu stále zažitých informací a výrazu či tónu hlasu respondenta, jelikož i tyto faktory mohou při rozhovorech pomoci. Například když nějaký respondent zvýšil hlas či něco zdůraznil, bylo tak znát že to vyzvedá nad ostatní či že je to pro něj nejvíce důležité.

Transkripce rozhovorů do písemné podoby je velice důležitou částí a zabere spoustu času, je tedy třeba si na tuto činnost vymezit dostatečný prostor, aby byla provedena kvalitně, aby nebylo nic vynecháno a mohla být provedena správná a vypovídající analýza dat.

## 6.6 Analytické techniky

Jako způsob analýzy dat u kvalitativního výzkumu jsem vybrala otevřené kódování kombinované s technikou vyložení karet. Díky otevřenému kódování jsem vytvořila dle přepsaných rozhovorů kódy a z nich kategorie, díky kterým jsem získala informace potřebné pro výzkum. Dalším krokem byla technika vyložení karet, kdy jsem ke každé vytvořené kategorii napsala text, který je obrazem toho, co mi respondenti řekli v rozhovorech.

## 7 ANALÝZADAT

První technikou, kterou jsem k analýze použila, bylo tedy otevřené kódování, díky kterému jsem vytvořila 8 kategorií.

V analýze dat jsem postupovala tak, že jsem prošla všechny rozhovory, velmi podrobně si je přečetla a našla v nich kódy, které jsem barevně zaznačila. Následně jsem ze všech kódů vytvořila příslušné kategorie.

Kategorie jsou následující:

### **Pomoc na správném místě**

#### **Kladné stránky edukace**

#### **Nástrahy edukace**

#### **Zlepšení?**

#### **Náročná kooperace**

#### **Důležitost reflexe**

#### **Změna motivace**

#### **Osobní obohacení**

Ke každé této kategorii jsem přiřadila čtyři až devět vypovídajících kódů, které vyplynuly z rozhovorů:

### **Pomoc na správném místě**

důležitý prvek, zmírnění deficitu, složitost, potřebnost, kontakt, pozitivní prvek rehabilitace

### **Kladné stránky edukace**

zlepšení stavu, osvojení dovedností, integrace do společnosti, zvýšení kvality života, osamostatnění

### **Nástrahy edukace**

vysoké nároky, psychická zátěž, strach z neúspěchu, uvědomění si deficitu, obtížnost komunikace, nedostatek času

### Zlepšení?

využívání počítačových programů, individuálnější přístup ke klientům, více času, menší náročnost

### Náročná kooperace

dobrá úroveň, nutnost důvěry, obtížnost, trpělivost, nízká sebedůvěra, negace, aktuální stav

### Důležitost reflexe

součást terapií, možnost říci svůj názor, hnací motor pro pracovníky, větší snaha, zpětná vazba od rodiny, prospěšnost

### Změna motivace

osobní zájem, tajemství schizofrenie, pomoc lidem, sociální vzdělání, ztráta iluzí, změna náhledu, menší nasazení, radost z úspěchu, výsledky, relaxace

### Osobní obohacení

rozšíření obzorů, kontakty, pocit z dobře odvedené práce, pohled na svět, hodnota člověka

Dalším krokem byla technika vyložení karet, díky níž jsem ke každé kategorii dle příslušných kódů vytvořila text, který se skládá z odpovědí mých respondentů.

## 7.1 Pomoc na správném místě

Edukace klientů se schizofrenními poruchami je bez pochyby důležitou **součástí jejich rehabilitace**. Respondenti ji vnímají jako **pozitivní prvek**, který klientům se schizofrenními poruchami umožňuje snadnější začlenění zpět do společnosti, lepší fungování a zvyšuje jim kvalitu života. Respondent Petr toto popisuje: „*Jedná se o velmi důležitý prvek rehabilitace, především u schizofrenie, která patří k závažným duševním onemocněním.*“ Respondentka Iveta zmiňuje také značnou **složitost** samotné edukace s klienty se schizofrenními poruchami: „*Já ji vnímám jako složitou, ale velice potřebnou...vlastně tím, že to těm lidem nějakým způsobem dává šanci fungovat v tom běžném životě...*“ Respondentka Anna uvádí konkrétní příklad: „*...když s nimi jdeme do společnosti, třeba jen na procházku do města, tak si všímám, že se třeba tak nestraní, snaží se komunikovat a umí si zařídit věci již i bez naší pomoci.*“ Účinek edukace je beze sporu významný, ale dle respondentů záleží rozhodně také na stádiu nemoci klienta, na jeho naladění a aktuálním stavu, což potvrzuje respondent Petr: „*...hodně záleží na stádiu nemoci.*“

Je důležité zde zmínit, že všichni respondenti poskytují edukaci klientům se schizofrenními poruchami skupinovou formou. Respondentka Iveta zmiňuje, že klienti „*jsou v kontaktu i s ostatními lidmi, protože u nás provádíme skupinové tréninky, takže si zároveň trénují i sociální dovednosti mezi sebou, komunikaci, verbální i neverbální projev, spolupráci, soutěžení.*“ V tomto shledává výhodu i respondent Petr, který si také myslí, že sociální **kontakt** klientům pomáhá, ale že je to sporné: „*Mělo by se na to asi nahlížet individuálně, jelikož někteří naopak v kolektivu moc nespolupracují, je to sporné.*“

## 7.2 Kladné stránky edukace

Za základní pozitiva respondenti považují především **zlepšování kognitivních funkcí** a **sociálních dovedností**, jak zmiňuje respondentka Anna: „*Pozitivní je určitě zvýšení kvality jejich života. Že se o sebe dokážou postarat, zlepšení jejich stavu...*“ Respondent Petr dodává, že „*nácviky jim zlepšují jejich stav, zmírňují deprese, pokud jsou přítomny. Klienti si osvojí základní dovednosti potřebné pro život, aby se mohli vrátit zpět ke svému životu.*“ Klienti si díky tréninkům kognitivních funkcí a nácvikům sociálních dovedností trénují nejen paměť a pozornost, ale i vůli, koncentraci, komunikaci a to vše jim pomáhá **zlepšit jejich stav**.

Respondentka Iveta zmiňuje v rozhovoru velmi podstatnou věc. Za pozitivní považuje už jen to, že se edukace osobám se schizofrenními poruchami vůbec začala poskytovat. Je pravdou, že dříve tato možnost neexistovala, osoby se schizofrenií byli vykazováni na okraj společnosti a žádná rehabilitační péče pro ně neexistovala.

Na základě tohoto je hlavní pozitivum také to, že klienti se schizofrenními poruchami se díky edukaci mohou **snáze integrovat** zpět do společnosti a **zvýší se jim kvalita života**, což respondenti potvrzují.

## 7.3 Nástrahy edukace

Samozřejmě proces edukace s klienty se schizofrenními poruchami má i svá negativa, která respondenti zmiňují. Jedním z hlavních problémů je právě **uvědomění si potíží**, což pro některé klienty může značit velkou **psychickou zátěž**, toto uvádí respondentka Věra: „*Klienti si uvědomí ten jejich deficit, to co ztratili, to co neumí... proto to tak často vzdávají, myslí si, že na to nemají, když se jim něco nepodaří nebo tak...*“ Psychickou zátěž také zmiňuje respondentka Iveta: „*Když to vezmu takhle v praxi, může to pro ně být problémem zvládnout psychicky, třeba hodinu vydržet, že si uvědomí, že je tady problém*

*a to nezvládám a něco je špatně... jsou na ně kladeny nároky...*“ Právě dalším negativem jsou **vysoké nároky**, které kladou pracovníci na klienty. Respondent Petr toto vysvětluje: *„... pokud jsou na klienty při edukaci kladeny vysoké nároky... klienty to často demotivuje.“* Klienti mají **strach z neúspěchu**. Z tohoto plyne velká důležitost brání ohledu na klienty se schizofrenními poruchami. Je nutné při práci s nimi postupovat pomalu, opakovat.

Respondent Petr také uvádí **nedostatek času či prostoru** se klientům věnovat: *„Stává se, že se sejde velká skupinka a ne všichni se dostanou ke slovu, jelikož není tolik času, ani tolik pracovníků.“* Respondentka Anna s tímto souhlasí, dodává, že jedním z mínusů edukace je *„... určitě málo času, denní centrum má svůj program, nemůžeme se věnovat jen edukaci.“*

Tato kategorie nám tedy ukazuje na možné negativní stránky, či nedostatky edukace klientů se schizofrenními poruchami, mezi které respondenti zařazují, že klienti si uvědomí jejich deficit. Dále sem řadí také nedostatek času na klienty, vysoké nároky při edukaci a s nimi spojenou psychickou zátěž.

## 7.4 Zlepšení?

Tato kategorie se zabývá názory respondentů na možné zlepšení jejich prováděné edukace s klienty se schizofrenními poruchami. Respondenti v této kategorii zmiňovali nej-různější způsoby, jimiž by bylo možné proces edukace, kterou poskytují osobám se schizofrenními poruchami, zlepšit a zkvalitnit.

Jedním možným způsobem je **využití počítačových programů**. Tyto programy se využívají především pro trénink kognitivních funkcí. U nás v České republice nejsou tak využívány, ovšem v cizině na nich stojí celý trénink poznávacích funkcí. Celá řada výzkumů je zaměřena právě na jejich efektivitu a je dokázáno, že účinek je jednoznačný. Respondentka Iveta využití počítačových programů zmínila jako hlavní bod zlepšení: *„Určitě existuje spousta programů i přes počítače, takže by bylo skvělé nakoupit i tento materiál a využívat i tento způsob tréninku.“* Respondentka Věra také uznává, že by počítačové výcvikové programy *„... zlepšily hodně, ale nejsou na to zdroje...“*

Dalšími možnostmi zlepšení se respondentům jeví **individuálnější přístup ke klientům** a **více času**. Respondentka Iveta toto popisuje: *„... individuálnější přístup ke klientům, postupovat tak, aby to zvládli, někdo je pomalejší, někdo snese rychlejší tempo a líp se učí...“* Respondent Petr také zdůrazňuje nutnost zlepšení nastavení edukace, *„ať pro ně*

není příliš náročná...pokud jsou ovšem vyžadovány nepřiměřené úkoly, pak je tu riziko, že to nebude úspěšné... jak už jsem řekl, je třeba nastavit laťku, podle mentální kapacity, podle věku, stavu, míry frustrace a intelektu klienta.“ Další možností zlepšení je tedy **snížení náročnosti** tréninků a výcviků, aby je zvládali všichni klienti a byla to tak efektivní forma jejich rehabilitace.

## 7.5 Náročná kooperace

V této kategorii jsem hledala názory pracovníků, kteří poskytují edukaci klientům se schizofrenními poruchami, na vztahy s klienty, na jejich spolupráci s nimi a překážky, které naopak spolupráci brání. Zde bylo zajímavé, že se názory respondentů značně lišily. Respondentka Iveta říká, že se jí s jejími klienty pracuje a **spolupracuje velmi dobře**, že „*když jsou klienti dobře vyladěni a nemají zrovna žádné halucinace a baví je to, tak spolupracují velmi dobře, jsou komunikativní a snaživí.*“ Z tohoto vyplývá, jak důležitý je **aktuální stav** klientů či jejich nálada. Respondent Petr zmínil pouze to, že spolupráce s klienty se schizofrenními poruchami je „*... obtížná, vyžaduje mnoho trpělivosti, sebezapření a vytrvalosti...*“ Respondentka Anna má názor na spolupráci s klienty se schizofrenními poruchami podobný: „*Spolupráce je náročná. Vyžaduje citlivý přístup. Ohleduplnost ke každému klientovi.*“

Překážky ve spolupráci klientů se schizofrenními poruchami s poskytujícími pracovníky jsou z velké části dány právě jejich nemocí a s ní spojeným deficitem. V této části se respondenti velice rozpovídali a uváděli mnoho důvodů, které zapříčiňují problémy ve spolupráci. Především je to jejich **nízká sebedůvěra**, na kterou pak navazují další překážky. S tímto se ztotožňuje respondent Petr: „*...určitě nízká sebedůvěra klientů se schizofrenií. Často se nechají odradit i dílčím neúspěchem, nevěří si, že bude líp. Mají negativistický přístup.*“ Právě o **negativistickém přístupu**, jako jedné z překážek ve spolupráci hovoří také další respondenti. Respondentka Iveta zmiňuje, že je překážkou „*negativistický klient, co dokáže ostatní rozhodit, když je někdo pak nesoustředivý, vyrušuje, má nějaké blbě připomínky, je prostě negativistický, všechno neguje, nic se mu nelíbí... když něco nezvládá a je něco obtížné, tak to vzdává... to je v podstatě velký problém si myslím.*“ Respondentka Věra vypovídá, že toto negativní jednání a negativní přístup klientů „*ruší ostatní, narušuje chod tréninku, ruší veškerou spolupráci.*“

V překážkách ve spolupráci respondenti často uvádí již zmíněné velké množství klientů na jeden trénink, což, jak vypovídá respondentka Věra, „*neumožňuje plně spolupracovat*



se všemi. “ Respondentka Anna také opět zmiňuje náročnost tréninků, i ve smyslu překážky ve spolupráci: „*Dále také někteří klienti nechtějí spolupracovat, protože úkoly nezvládají a jsou pro ně moc náročné, to je taky problém.*“ Pokud klienti edukaci nezvládají, **mají nižší sebedůvěru**, sebevědomí a spolupráce s nimi je o něco komplikovanější.

Důležitá ke spolupráci s klienty se schizofrenními poruchami je **důvěra**. Respondentka Anna uvádí příklad: „*Když přijde nový pracovník, tak z něj mají strach, neuvolní se a tím také nespolupracují...Důležitá je tam ta důvěra, musíte si ji s klientem vybudovat.*“ Respondent Petr toto ještě více popisuje: „*...beze sporu je nutná důvěra. Klienti jsou náchylnější k většímu rozrušení... při kontaktu s lidmi, v interpersonálních situacích, proto se taky straní kolektivu... vyhýbají se kontaktu s cizími lidmi.*“ To znamená, že se osoby se schizofrenními poruchami vyhýbají právě i denním centrům a dalším sociálním službám, kde jim jsou schopni pomoci. Proto je vybudování si důvěry a vztahu mezi klientem a poskytovatelem velmi důležité.

## 7.6 Důležitost reflexe

Reflexe neboli zpětná vazba je pro každého pracovníka, nejen v pomáhajících profesích, velmi podstatná. Ovlivňuje jeho nadšení pro práci i jeho další nastavení.

Hned na začátek této kategorie je nutné podotknout, že všichni mí respondenti zpětnou vazbu od svých klientů mají. Nejlépe se jeví reflexe, která je již **součástí každého skupinového tréninku**, to znamená, že probíhá bezprostředně po jeho ukončení. Toto vypovídá respondentka Iveta: „*...na závěr vlastně probíhá reflexe, a tam ti klienti jednak zhodnotí vlastní práci, úspěchy, neúspěchy, co se jim podařilo...můžou třeba i poskytovat zpětné vazby ostatním klientům, nebo získávají zpětné vazby od ostatních klientů. A pak vlastně můžou si ještě říct, co by chtěli procvičit konkrétně.*“ Respondentka Věra také provádí zpětnou vazbu po každém nácviku sociálních dovedností či tréninku kognitivních funkcí: „*...po každé edukaci zjišťuju, co se jim líbilo a co ne... co by chtěli více procvičit. Dáváme jim prostor říct, co chtějí oni sami, je to jakási reflexe pro ně i pro nás.*“ Důležitá je zde tedy **možnost klientů říci svůj názor**.

Respondenti se shodují, že zpětná vazba bývá jak pozitivní, tak i negativní, takže je velmi užitečné vědět nejen, co se klientům líbilo, ale i to, co jim nepomáhá, nejde či je nebaví.

Respondent Petr také zmiňuje **zpětnou vazbu od rodiny klientů**. Uvádí, že je to „*zase jiný pohled, pro nás prospěšný*.“ Rodina klienta totiž vidí v přirozených situacích, jak doma, tak ve společnosti, je schopna posoudit jeho pokroky či to, co by naopak potřeboval více procvičit.

Zpětná vazba zajisté pracovníky ovlivňuje, respondentka Iveta zmiňuje, že se jedná o „*...stimul co zlepšit, na co si dát pozor, i pro nás pracovníky. Určitě to ovlivňuje... například i to, když je program dlouhodobě obsazený velkým množstvím lidí, kteří tam chtějí chodit, tak je to vlastně i pro nás další zpětná vazba a těší nás to, že to funguje a že je to přínosné pro ty lidi, že tam chtějí chodit, pak se více snažíme*.“ Respondentka Iveta velmi pěkně a s úsměvem popsala její nastavení pro další práci díky zpětné vazbě. Je zřejmé, že zpětná vazba je pro pracovníky jakýmsi **hnacím motorem**, který je povzbuzuje. Podobně to mají i další respondenti. Respondentka Anna opět uvádí příklad z její osobní praxe: „*V našem denním centru provádíme nejen edukaci formou kognitivního tréninku a různé cvičky, ale i další terapie, dílny, procházky. S jednou paní jsem šla na procházku, povídali jsme si a ona mi říká, že se jí tréninky se mnou moc líbí, kdy může zase přijít a vyprávěla mi, co jí na tom pomáhá... myslím, že to mluví za vše*.“ Právě proto zmiňuje také to, že ji zpětná vazba velmi ovlivňuje: „*...když si říkám, že už to nepůjde a slyším, že nějaký klient si například našel práci nebo si něco zvládl vyřídit... tak i když si myslím, že už jsem vyčerpala všechny možnosti, tak se objeví další důvody, proč to dělat*.“ Z této výpovědi je evidentní, jak moc zpětná vazba podněcuje další **snahu** pracovníků a jejich další nastavení pro poskytování edukace osobám se schizofrenními poruchami. Zpětná vazba je tedy dle všech mých respondentů velmi **prospěšná** a potřebná.

## 7.7 Změna motivace

V této části analýzy mě výpovědi mých respondentů velice překvapily. Všichni uvádí, že jejich motivace před tím, než edukaci osobám se schizofrenními poruchami začali poskytovat a teď, po několika letech praxe, je výrazně odlišná, nižší.

Pokud se zaměřím nejprve na motivaci před tím, než začali respondenti vykonávat tuto profesi, tak se zde jednalo především o snahu **pomáhat lidem**, poskytovat jim kvalitní pomoc a podporu. To uvádí respondentka Anna: „*No k této práci mě motivovalo to pomáhání lidem, jelikož mám sociální vzdělání*.“ Podobně vypovídali i další respondenti. Respondenti také zdůrazňovali své **vzdělání v sociálním oboru**, které podnítilo jejich zájem o pomoc osobám této cílové skupiny.

Dalším důvodem byl **osobní zájem** respondentů o samotnou diagnózu schizofrenie, kdy uváděli, že se chtěli výhradně zaměřit na tuto cílovou skupinu, tedy na osoby se schizofrenními poruchami. Respondentka Iveta její motivaci před nástupem do tohoto zaměstnání popisuje následovně: „... nějak jsem měla blízko k této cílovce... no třeba během praxe jsem si uvědomila, že nechci pracovat se seniory, že nechci pracovat s lidmi s mentálním postižením... To byl můj největší hnací motor... nějak mě lákalo to jejich tajemství, chtěla jsem porozumět jejich myšlení, bludům...“ Podobně jako Iveta to cítili i další respondenti, například Věra: „...to co se ukrývá v psychice člověka je zajímavé, to mě zajímalo, odhalit to tajemství... tak jsem zvolila poskytování edukace lidem se schizofrenií.“ Z tohoto vyplývá, že jedním z důvodů byla právě záhadnost schizofrenie jako duševní choroby, která je pro mnohé **zahalena tajemstvím**, a která není hned na první pohled zřejmá a je nutné člověka poznat do hloubky.

Ovšem za dobu práce v této oblasti nastal u mých respondentů značný posun v motivovanosti. Motivace se u nich dle jejich výpovědi značně snížila. Bylo znát i z jejich projevu při rozhovoru značné zklamání. Tento fakt velice podrobně popisuje respondentka Iveta: „Motivace není určitě stejná, myslím si, že je horší, že je menší, že už tam není takový elán, co byl na začátku... nějaké iluze občas člověk... prostě ztratí.“ Iveta také zmiňuje důvod **ztráty iluzí**: „Já jsem měla představu, že to bude fungovat jinak, poznala jsem, že je někde daný strop a ten prostě nepřekročím, že spíš člověk potom řeší, co chce on, ten pracovník... a ne ti klienti...“ Z tohoto je patrné značné zklamání respondentky, **jiný náhled**, který způsobil ztrátu motivace. Podobně jsou na tom i ostatní respondenti. Věra vypovídá, že „člověk už to dělá automaticky, hledí na sebe... minimálně je tam ta pomoc lidem, radost z jejich úspěchu a tak...“ Menší motivace nese tedy za následek i **menší nasazení** při práci, menší snaha. Respondent Petr dodává, že nyní ho motivují „... výsledky klientů a víra, že jednám ve prospěch našich klientů.“ Je zřejmé, že i když respondenti uvádí značně sníženou motivaci, tak stále přetrvává **radost z klientových úspěchů**.

Respondentka Věra v souvislosti s menší motivací uvádí **potřebu relaxace**: „Myslím si, že důležitá je relace, uvolnění, přemýšlení, jako prevence proti syndromu vyhoření. Já se tolik let v této cílovce nepohybuji, ale také to pociťuji.“ Právě u osob se schizofrenními poruchami, kde je velmi obtížné zlepšení jejich deficitu a návrat do společnosti, hrozí poskytujícím pracovníkům syndrom vyhoření ve velké míře, proto je důležité jejich motivaci zvyšovat a snažit se je podporovat a podněcovat.

## 7.8 Osobní obohacení

V této kategorii bylo pro výzkum stěžejní, zda má edukace osob se schizofrenními poruchami pro respondenty osobní přínos. Respondenti zde uvádí především **rozšíření obzorů**. Respondentka Iveta uvádí, že *„kdyby se mi stalo něco podobného v rodině nebo kamarádovi, vím kam se mám obrátit, jak se k těm lidem chovat, jak jim můžu pomoci, mám přehled psychologů, psychiatrů, prostě vím...“* Podobné důvody uvádí i další respondenti. Jedná se tedy především o **kontakty**, které by mohli uplatnit v případě vzniklé potřeby.

Další přínos do života je pro respondenty také jakýsi **„vnitřní dobrý pocit“ z odvedené práce**. Petr to například uvádí: *„...pocit dobře vykonané práce... tedy samozřejmě ještě radost z toho, když vidím, že moje práce pomáhá...“* Dalším osobním přínosem je pro respondenty i **jiný náhled na svět**, na okolní osoby, pracovníci vidí, jak **velkou hodnotu má sám člověk**. Respondentka Anna popisuje, že si člověk *„více váží lidí... a to nejen lidí s nějakým onemocněním... A získává jiný pohled na svět...“*

## 8 INTERPRETACE DAT

V této části práce jsem interpretovala získané informace, vyvodila z nich určité závěry a snažila se dát vhodná doporučení, a tím co nejlépe a nejpřesněji odpovědět na stanovené výzkumné otázky.

Následující podkapitoly tedy obsahují shrnutí odpovědí na jednotlivé výzkumné otázky.

### 8.1 Jak vnímají poskytující pracovníci, kteří s klienty se schizofrenními poruchami provádí edukaci v rámci jejich rehabilitace, samotný proces edukace?

Respondenti jako pracovníci, kteří poskytují edukaci osobám se schizofrenními poruchami, vnímají proces edukace především jako pozitivní prvek. Jako prvek, který je důležitou součástí rehabilitace jejich klientů, díky němuž se mohou snáze začlenit zpět do společnosti. Například Twamleyová, Jeste a Bellack (2003) ve výzkumu zaměřeném na efekt kognitivních tréninků u klientů se schizofrenií opravdu dokazují zlepšení kognitivních funkcí v mnoha směrech. Uskutečnili na toto téma 17 výzkumných studií, tudíž efekt edukace se jeví jako velice významný.

Také se klientům díky správné edukace výrazně zvyšuje kvalitu života, osamostatňují se a tím se zvyšuje i jejich sebedůvěra, která je pro léčbu i rehabilitaci velmi důležitá. Respondenti také uvádí, že edukace je složitý proces, který je závislý na aktuálním stavu klienta či stádiu jeho nemoci. Je tomu tak z toho důvodu, že klientům právě jejich nemoc znesnadňuje komunikaci s pracovníky, která je velmi důležitá.

Jelikož respondenti poskytují edukaci formou skupinových výcviků a tréninků je také nezbytné zdůraznit sociální kontakt, který edukace mimo jiné umožňuje. Je to tak výborná příležitost si všechno vyzkoušet mezi sebou navzájem, v prostředí, kde se klienti znají a nestydí se. Podnětné by zajisté bylo prozkoumat, jak jsou na tom osoby se schizofrenními poruchami, kterým je edukace poskytována individuální formou v porovnání se skupinovými tréninky. Předpokládám, že by zde byl značný rozdíl a menší efektivita edukace, jelikož, jak zdůrazňují i mí respondenti, sociální kontakt klientům velmi napomáhá.

Je samozřejmé, že edukace osob se schizofrenními poruchami má i své nástrahy, nevýhody a zápory. Je to ve velké míře především psychická zátěž pro klienty. Odůvodnit to lze právě tím, že klienti mají sníženou sebedůvěru a právě při trénincích poznávacích funkcí si uvědomují svůj deficit. Toto zjištění je podněcuje k tomu, si myslet, že jsou

„neschopní a nepotřební“. Dalším faktorem jsou také nároky, které jsou na klienty kladeny, kde respondenti uváděli, že je důležité správné nastavení úrovně zvládnutelné všemi klienty. Toto by bylo možné zajistit také rozdělením skupin na vyšší a nižší úrovně obtížnosti.

Zajímavé a překvapující bylo zjištění, že pouze jeden z respondentů uvedl, že by uvítal větší finanční ohodnocení své práce. Je všeobecně známo, že pomáhající profese jsou finančně nedoceny a osobně si myslím, že by se toto mělo změnit. Ostatní respondenti shledávali možné zlepšení především v nákupu a nainstalování počítačových programů, které se významně používají v zahraničí a výzkumy dokazují jejich značnou efektivitu.

Edukace klientů se schizofrenními poruchami má pro poskytovající pracovníky i osobní přínos. Především se jedná o rozšíření kontaktů z oblasti terapie, psychiatrie či psychologie, které se můžou do budoucna jistě hodit. Jistým osobním přínosem může být i samotný pocit pracovníků, že odvádějí dobrou práci, že někomu potřebnému pomáhají. Zajímavé je srovnání s výzkumem Connolyho a Caina (2010), kteří ve svém výzkumu zjistili, že poskytování rehabilitace osobám s psychickou poruchou má pro pracovníky velký emocionální význam. Z jejich výzkumu vyplývá, že pracovníci vnímají tuto práci jako velmi obohacující. V mém výzkumu se toto nepotvrdilo, jelikož žádný z respondentů tuto skutečnost nezmínil.

## **8.2 Jak se poskytovajícím pracovníkům s klienty se schizofrenními poruchami při jejich edukaci spolupracuje?**

Co se týče spolupráce klientů se schizofrenními poruchami s pracovníky, kteří jim poskytují edukaci, názory se liší. Dva respondenti uvedli, že spolupráce je velmi dobrá a další dva, že je složitá. Jeden z respondentů dokonce uvedl, že spolupráce je velmi obtížná. Tuto neshodu příkládám tomu, že respondenty navštěvují rozdílní klienti a také sám pracovník je odlišná a výjimečná osobnost.

Ke spolupráci je velmi důležité vybudování si vztahu a důvěry u klienta, u klientů s duševním onemocněním to platí dvojnásobně. Právě nízká důvěra mezi klientem a pracovníkem může mít za následek problémy ve spolupráci. Z výzkumu vyplývá, že především negativní přístup klientů je velkým problémem. Takoví klienti nejen, že nechtějí spolupracovat, ale ruší celý proces edukace. Negativní chování klientů příkládám i přílišné náročnosti, kdy dané úkoly nezvládají, a jak už bylo zmíněno v předchozí podkapitole, mají nízké sebevědomí a řeší to například tímto způsobem.

Spolupráce opět také závisí na aktuálním stavu klienta. Toto potvrzuje i Mahrová a Venglářová (2008, str. 144), že například u klientů, kteří trpí akutními obtížemi je spolupráce velmi obtížná. Klientům často chybí náhled na onemocnění, který zmiňovali i mí respondenti, a kázeň.

Zde shledávám podnět pro další výzkum zaměřený na spolupráci pracovníků a klientů sociálních služeb, kdy by bylo zajímavé hledat rozdíly a podobnosti ve spolupráci například s klienty s tělesným onemocněním a s klienty s duševním onemocněním.

### **8.3 Jakou dostávají poskytující pracovníci od klientů se schizofrenními poruchami zpětnou vazbu?**

Všichni respondenti zpětnou vazbu od svých klientů mají, ale samozřejmě se dá předpokládat, že to tak nemusí být všude, jelikož jsem výzkum provedla se čtyřmi pracovníky. Ovšem pro efektivní práci je zpětná vazba velice důležitá.

Zpětná vazba je v mnoha zařízeních sociálních služeb součástí každé terapie. Toto považuji za velmi dobrý krok ke zvýšení kvality sociálních služeb. Klienti při zpětné vazbě mohou vyjádřit svůj názor, což respondenti v rozhovorech zdůrazňovali. Každý klient může říci, co by chtěl změnit, co by chtěl zlepšit.

Určitou zpětnou vazbou pro pracovníky je také obsazenost jejich programu. Je totiž velice pravděpodobné, že kdyby klientům například nácvik sociálních dovedností nepomáhal a nevyhovoval, již by ho v daném zařízení nenavštěvovali. Naopak pokud je program zaplněn, klienty evidentně obohacuje.

Dá se říci, že zpětná vazba je významným stimulem pro pracovníky. Je to něco, co jim dodává energii a sílu něco změnit a zlepšit. A také je samozřejmě velmi povzbuzující, když pracovníci slyší od klientů chválu a na vlastní oči se mohou přesvědčit o jejich pokrocích.

Mým doporučením v oblasti zpětné vazby je více se zajímat o názory rodiny, jelikož pouze jeden respondent mi vypověděl, že zpětnou vazbu má i od rodiny a že je velmi prospěšná. Rodina je to nejbližší co člověk má, rodina jsou lidé, před kterými se nestydíme, a dá se předpokládat, že takto podobně to mají i osoby se schizofrenními poruchami. Rodina tedy může velmi přesně vypovědět, jak velké zlepšení u klienta proběhlo, jaké vidí pokroky, jelikož vidí klienta jednat v přirozeném prostředí, ne v prostředí instituce.

#### 8.4 Co motivuje pracovníky k poskytování edukace klientům se schizofrenními poruchami?

Motivaci pracovníků pro poskytování edukace osobám se schizofrenními poruchami jsem si rozdělila na dvě části. První je motivace předtím než pracovníci začali poskytovat klientům se schizofrenními poruchami edukaci. Druhá část se zabývá motivací nyní, po několika letech praxe.

U této výzkumné otázky jsem předpokládala, že motivace bude rozdílná, ale velkým překvapením pro mě bylo, v jak velkém rozsahu se u respondentů změnila.

Motivace před tím, než respondenti začali poskytovat edukaci osobám se schizofrenními poruchami, byla obrovská. Respondenti uváděli, že tuto cílovou skupinu si vybrali záměrně, že je k tomu hnala touha za poznáním schizofrenie, kterou považují nejen oni za velmi zajímavou, ale i zákeřnou nemoc. To potvrzuje Kučerová (2010, str. 9), která jak je zmíněno již v teoretické části, označuje schizofrenii za „chorobu chorob“, která je u každého nemocného naprosto originální a jedinečná.

Když jsem se respondentů zeptala, proč právě edukace, odpovídali, že to bylo dáno především tím, že studovali sociální obor, konkrétně sociální pedagogiku, kde se právě edukací a tím, jak ji správně vykonávat, zabývali. Také často zmiňovaná pomoc lidem je dána vystudovaným oborem. Zde bych ovšem doporučila, aby se právě na oboru Sociální pedagogika duševními poruchami více zabývali, jelikož se jedná o jednu ze sfér možného profesního zaměření studentů.

Ovšem po několika letech praxe se motivovanost respondentů výrazně změnila. Nejen z výpovědí mých respondentů, ale i z jejich mluvy a výrazu, který se zde značně změnil a zvažněl a v jejich očích už nebyli vidět jiskry nadšení, bylo zřejmé, že motivace je podstatně nižší. Respondenti v tomto ohledu uváděli především ztrátu iluzí. Předpokládám, že tomu tak je z toho důvodu, že se do toho vrhli s příliš velkým nadšením a vizí, že něco změní, že klientům se schizofrenními poruchami viditelně pomůžou. Ovšem po letech praxe zjistili, že to nelze udělat tak rychle, že se s klienty musí postupovat pomalu, po krůčcích. Zjistili, že jsou dány hranice, které nelze překročit. Respondenti uváděli, že nyní už hledí spíše na svoje potřeby, než na potřeby klientů, což je beze sporu špatně. Stále u nich ovšem přetrvává alespoň víra, že jednají ve prospěch svých klientů.



Jelikož pouze jeden respondent zmínil nedostatečné finanční ohodnocení, předpokládám, že respondenty motivuje opravdu pomoc lidem, podpora a dodávání naděje, spíše než hmotné ohodnocení a svoje povolání vnímají spíše jako poslání.

Důležitou věcí je také potřeba relaxace jako prevence proti syndromu vyhoření. Právě z již zmíněného důvodu, že u klientů se schizofrenními poruchami nejde o jednorázovou pomoc, ale o dlouhý proces, je zde riziko syndromu vyhoření velké. Proto si myslím, že je velice důležité snažit se motivaci pracovníků, kteří poskytují edukaci osobám se schizofrenními poruchami, zvyšovat. Snažit se je podporovat, dodávat jim naději a také jim poskytovat poradenství, například formou pravidelných supervizí.

Zde by bylo jistě velice podnětné a zajímavé zaměřit kvalitativní výzkum pouze na samotnou motivaci, jelikož z mého výzkumu vyplývá, že je to velice zajímavé téma, které skrývá mnohá překvapení.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá edukací osob se schizofrenními poruchami. V teoretické části jsem se snažila přiblížit příznaky, příčiny a léčbu schizofrenie a především jsem se zaměřila na kognitivní trénink a nácvik sociálních dovedností, jako na formu edukace poskytované osobám se schizofrenními poruchami.

V empirické části svojí práce jsem se zaměřila na to, jak vnímají edukaci pracovníci, kteří ji poskytují. Závěrem je, že edukace osob se schizofrenními poruchami je z tohoto pohledu vnímána jako náročná, ale velice potřebná součást rehabilitace. Důležitá je zde ovšem spolupráce a důvěra jak ze strany klientů, tak ze strany pracovníků a beze sporu také zpětná vazba, jak od samotných klientů, tak i od jejich rodin. Za přínos této práce pokládám také to, že se zde zabývám také možnostmi zlepšení poskytované edukace, které navrhli sami respondenti.

Dalším důležitým a překvapujícím zjištěním je značný pokles motivace u pracovníků. Je zde tedy velké riziko syndromu vyhoření, v závislosti na emocionálním vypětí a pocitu beznaděje, jelikož práce s osobami se schizofrenními poruchami je velmi psychicky náročná. Úkolem pracovníka je mimo jiné také poskytovat naději svým klientům, je to spíše poslání než profese, a proto pokládám za důležité toto „poslání“ více podporovat.

V bakalářské práci jsem dosáhla všech stanovených cílů, zjistila zajímavé informace a dozvěděla se spoustu nových věcí, které by se mohly stát předmětem dalších výzkumů. Důležité je zde zdůraznit, že jsem výzkum prováděla se čtyřmi respondenty a závěry plynou z těchto čtyř výpovědí.

Sami pracovníci také dokazují, že osoby se schizofrenními poruchami jsou příjemní a hodní lidé, se kterými se dobře spolupracuje, kteří se snaží a jsou mnohdy zklamáni. Jsou zklamáni jak ze svých neúspěchů, se kterými se v procesu edukace zajisté setkávají, tak z chování okolních lidí.

Schizofrenie je závažné onemocnění, které napadá jedincovu duši. Edukace a pracovníci, kteří ji poskytují, se snaží těmto osobám usnadnit jejich život. Pracovníci poskytující edukaci těmto osobám uvádí, že se jedná o velice složitý proces, který, pokud je poskytován správně a dlouhodobě, má své prokazatelné účinky. Podle mého ná-

zoru by měl účinek ještě větší, kdyby se osoby se schizofrenními poruchami neselekávali s opovržením a s odmítáním od okolního světa.

Schizofrenie je opředena řádkou stigmat, smyšlených domněnek a názorů, které bezpochyby znesnadňují resocializaci osob se schizofrenními poruchami, ač je právě edukace na život ve společnosti připravuje. Proto pokládám za velmi důležité zvýšit obecné povědomí o těchto nemocech, ulehčit těmto osobám návrat do života a doufám, že moje bakalářská práce bude takovým střípkem, který alespoň někomu změni pohled na tyto osoby.

Přeji jak osobám, které diagnóza schizofrenie postihla, tak pracovníkům, kteří se snaží vrátit jim zpět plnohodnotný život, hlavně hodně síly při překonávání těchto obtížných překážek.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Vyd. 2. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.
- [2] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie*. Psychiatrické centrum Praha, 2012. ISBN 978-80-87142-16-5.
- [3] COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.
- [4] ČEŠKOVÁ, E., M. SVOBODA a H. KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- [5] DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
- [6] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
- [7] *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí*. 10. revize. Vyd. 2. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1.
- [8] HÖSCHL, C., J. LIBINGER A J. ŠVESTKA. *Psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Tigis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
- [9] KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.
- [10] KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.
- [11] MALACH, Josef. *Pedagogika jako obecná teorie edukace*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-291-0.
- [12] MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- [13] NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.
- [14] NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8.

- [15] PĚČ, O., V. PROBSTOVÁ a B. ALBRICH. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [16] POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013. ISBN 978-80-266-0161-6.
- [17] PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.
- [18] PRAŠKO, J., P. MOŽNÝ a M. ŠLEPECKÝ. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.
- [19] PREISS, Marek a Hana KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4.
- [20] PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-567-7.
- [21] RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.
- [22] SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 808591218x.
- [23] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [24] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

### Elektronické zdroje:

- [25] CONNOLLY, Patrick a Wendy CAIN. Exploring Positive Countertransference in Psychotherapy with Psychotic Patients. *Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa*[online]. 2012 [cit. 2014-03-22]. Dostupné z: <http://search.proquest.com.proxy.k.utb.cz/docview/859009528#center>
- [26] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách [online]. [cit. 2014-03-28]. Dostupný z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

- [27] FOKUS. Sociální rehabilitace - poslání, cíle, cílová skupina. *Fokusopava.cz* [online]. 2011 [cit. 2014-03-28]. Dostupné z: <http://fokusopava.skolanawebu.cz/socialni-rehabilitace--poslani-cile-cilova-skupina/>
- [28] FURMANÍKOVÁ, Lada. Rehabilitační metody zaměřené na rozvoj dovedností lidí s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie. *Psychiatria pre prax* [online]. 2011, č. 01 [cit. 2014-03-25]. ISSN 1339-4258. Dostupné z: [http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=magazine\\_detail&issue\\_id=461](http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=461)
- [29] KOPELOWICZ, A., R. LIBERMAN a R. ZARATE. Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 2006, č. 37 [cit. 2014-03-20]. ISSN 1745-1701. Dostupné z: [http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/32/suppl\\_1/S12.full](http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/32/suppl_1/S12.full)
- [30] SCIENTIFIC BRAIN TRAINING. Cognitive remediation and rehabilitation. *Cognitive-remediation.com* [online]. © 2014 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.cognitive-remediation.com>
- [31] TWAMLEY, E., D. JESTE a A. BELLACK. A Review of Cognitive Training in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 2003, č. 29 [cit. 2014-03-22]. ISSN 1745-1701. Dostupné z: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/29/2/359.abstract>
- [32] VZDĚLÁVACÍ INSTITUT CENTRA PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Stopstigma. *Stopstigma.cz* 2012 [cit. 2014-03-22]. Dostupné z: <http://www.stopstigma.cz/schizofreni-poruchy-myty-o-schizofrenii.html>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aktualiz.	Aktualizované
cit.	Citováno
č.	Číslo
R	Respondent
Sb.	Sbírky
str.	Strana
T	Tazatel
tzn.	To znamená
Vyd.	Vydání
%	procenta

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1- charakteristika respondentů .....	39
--	----



## SEZNAM PŘÍLOH

1. Příloha č. 1 - Otázky do polostrukturovaného rozhovoru
2. Příloha č. 2 - Přepis rozhovoru č. 2

## **PŘÍLOHA P I: OTÁZKY DO POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU**

1. Jak dlouhá je Vaše praxe s klienty se schizofrenními poruchami?
2. Jak vnímáte edukaci klientů se schizofrenními poruchami pohledem poskytujícího pracovníka?
3. Shledáváte nějaké negativní stránky edukace klientů se schizofrenními poruchami?
4. Co byste jako poskytující pracovník na edukaci klientů se schizofrenními poruchami zlepšil/a?
5. Jaká je dle Vás spolupráce s klienty se schizofrenními poruchami při procesu jejich edukace?
6. Jaké shledáváte z Vašeho pohledu překážky ve spolupráci s klienty se schizofrenními poruchami při procesu jejich edukace?
7. Máte od klientů se schizofrenními poruchami zpětnou vazbu na Vámi poskytovanou edukaci? Jakou?
8. Ovlivňuje zpětná vazba Vaše další nastavení pro poskytování edukace klientům se schizofrenními poruchami?
9. Co Vás motivovalo k poskytování edukace klientům se schizofrenními poruchami, když jste se rozhodl/a pro toto povolání?

10. Co Vás motivuje k poskytování edukace klientům se schizofrenními poruchami nyní, po letech praxe?

11. Má pro Vás poskytování edukace klientům se schizofrenními poruchami osobní přínos? Jaký?

## PŘÍLOHA P II.: PŘEPIS ROZHOVORU Č. 2

T: Dobrý den, mé jméno je Alena Řezáčová a ráda bych s Vámi provedla rozhovor na téma Edukace v rámci rehabilitace u klientů se schizofrenními poruchami. Souhlasíte tedy s tím, že mi poskytnete rozhovor a že bude nahráván na diktafon? Rozhovor bude anonymní, vaše osobní údaje v bakalářské práci samozřejmě změní.

R: Ano, souhlasím.

T: Děkuji. Tak tedy, jak dlouhá je Vaše praxe s klienty se schizofrenními poruchami?

R: Mám praxi osm let.

T: Jak vnímáte edukaci klientů se schizofrenními poruchami pohledem poskytujícího pracovníka?

R: Já ji vnímám jako složitou, ale potřebnou... vlastně tím, že těm lidem to nějakým způsobem dává šanci fungovat v tom běžném životě a... nějakým způsobem zmírňovat ten kognitivní deficit, jakousi sociální neschopnost, kterou s sebou ta nemoc přináší. Odregují se od svých problémů černých myšlenek, jsou v kontaktu i s ostatními lidmi, protože u nás provádíme skupinové tréninky... takže si zároveň trénují i sociální dovednosti mezi sebou, komunikaci, verbální i neverbální projev, spolupráci a soutěžení... takže v tom vidím výhodu té skupinové práce... No vlastně hlavně je dobré to, že je jim ta edukace vůbec poskytována... že se vůbec začala poskytovat, že sem jim nějak snažíme pomoci. Pozitivní je v podstatě to, že si klienti trénují ty funkce, tu paměť, trénují si vůli, trénují si pozornost, koncentraci, schopnost plánovat a organizovat věci.

T: Shledáváte tedy nějaké negativní stránky edukace klientů se schizofrenními poruchami?

R: Když to vezmu takhle v praxi, tak to může být problém pro ně zvládnout psychicky... třeba hodinu vydržet, že si uvědomí, že tady je problém a to nezvládám a něco je špatně... jsou na ně kladeny nároky... klienty to často demotivuje... někteří to nezvládají a vyžadují pomalejší tempo.

T: Co byste jako poskytující pracovník na edukaci klientů se schizofrenními poruchami zlepšila?

R: Tak určitě existuje spousta programů i přes počítače, takže by bylo skvělé nakoupit třeba tento materiál a využívat i tady tento způsob tréninku nebo využívání prostě tady toho... a také jak už jsem zmínila v předchozí otázce... individuálnější přístup ke klientům, postupovat tak, aby to zvládli, někdo je pomalejší, někdo snese rychlejší tempo a líp se učí.

T: Jaká je dle Vás spolupráce s klienty se schizofrenními poruchami při procesu jejich edukace?

R: No tak, když jsou dobře vyladěni a nemají zrovna žádné halucinace a baví je to, tak spolupracují velmi dobře, jsou komunikativní, snaživí... ale samozřejmě to tak nefunguje vždycky, je to s nima obtížné... mají své stavy...

T: Jaké shledáváte z Vašeho pohledu překážky ve spolupráci s klienty se schizofrenními poruchami při procesu jejich edukace?

R: Ty překážky... když se tam třeba objeví nějaká přidružená diagnóza, když je tam třeba kromě schizofrenie, ještě něco navíc, nevím, mentální retardace, nebo porucha osobnosti... tak je to hned o mnoho obtížnější. Člověk má zas jiné stavy... Také když se najde negativistický klient, co dokáže ty ostatní rozhodit, když je někdo nesoustředivý, vyrušuje, má nějaké blbé připomínky, je prostě negativistický, všechno neguje, nic se mu nelíbí... když něco nezvládá a je něco obtížné, tak to vzdává... to je v podstatě velký problém, si myslím.

T: Máte od klientů se schizofrenními poruchami zpětnou vazbu na Vámi poskytovanou edukaci?

R: Je to vlastně součástí každé té skupinové akce, nebo skupinových programů. Kdy vlastně na závěr probíhá reflexe, a tam ti klienti jednak zhodnotí vlastní práci, úspěchy, neúspěchy, co se jim podařilo... můžou třeba poskytovat zpětné vazby ostatním klientům, nebo získávají zpětné vazby od ostatních klientů... a pak vlastně můžou

si ještě říct, co by chtěli procvičit konkrétně... Samozřejmě je zpětná vazba někdy i negativní, co se jim nelíbilo, co jim nešlo, co už nechtějí.

T: Ovlivňuje zpětná vazba Vaše další nastavení pro poskytování edukace klientům se schizofrenními poruchami?

R: Je to vlastně stimul, co zlepšit, na co si dát pozor i pro nás pracovníky. Určitě to ovlivňuje... například i to, když je ten program dlouhodobě obsazený velkým množstvím lidí, že tam chtějí chodit, tak je to vlastně i pro nás další zpětná vazba a těší nás to... že to funguje a že je to přínosné pro ty lidi, že tam chtějí chodit, pak se více snažíme.

T: Co Vás motivovalo k poskytování edukace osobám se schizofrenními poruchami, když jste se rozhodla pro toto povolání?

R: Co mě motivovalo... no... nějak jsem měla blízko k této cílovce...no třeba během praxe jsem si uvědomila, že nechci pracovat se seniory, že nechci pracovat s lidmi s mentálním postižením a že mám prostě blíž tady k této cílovce...takže to byl můj největší hnací motor, proč chci pracovat s duševně nemocnými... nějak mě to lákalo, to jejich tajemství, chtěla jsem porozumět jejich myšlení, bludům, halucinacím, takže chtěla jsem to víc poznat.

T: A proč zrovna edukace?

R: No...jelikož jsem studovala Sociální pedagogiku, měla jsem blízko k tomu vzdělávání, pořád jsme se tam o tom učili, věděla jsem o tom... přišlo mi to taky jako pomoc na správném místě, aby se ti lidi mohli začlenit zpět do života, tak je to pro ně nezbytné obnovit ty funkce a dovednosti.

T: Co Vás motivuje k poskytování edukace klientům se schizofrenními poruchami nyní, po letech praxe?

R: Motivace není určitě stejná, myslím si, že je horší, že je menší, že už tam není takový elán, co byl na začátku. Samozřejmě nějaké iluze občas člověk... prostě ztratí. Já jsem měla představu, že to bude fungovat jinak, poznala jsem že je někde daný strop a ten

prostě nepřekročím, že spíš člověk potom řeší co chce on, ten pracovník...já... a ne ti klienti, takže motivace je určitě menší, ale jsou tam vlastně i hranice a limity, které jsou byly jiné na začátku a jsou jiné teďka... takže tím jak člověk má už tu praxi, tak se mění vlastně i ten pohled jak na ty klienty, na tu cílovku, ale i na tu sociální práci jako takovou.

T: Má pro Vás poskytování edukace klientům se schizofrenními poruchami osobní přínos?

R: Osobní přínos...určitě jo, kdyby se mi něco stalo podobného v rodině nebo kamarádovi, vím kam se mám obrátit, jak se k těm lidem chovat, jak jim můžu pomoci... Mám přehled psychologů, psychiatrů, prostě vím, co by se mělo dělat, nebyla bych v tom tak ztracená.

T: Děkuji Vám za rozhovor a za Váš čas.