

# **Život v Domově se zvláštním režimem Loučka z pohledu klientů se schizofrenií**

Tereza Savarová

---

Bakalářská práce  
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Savarová**

Osobní číslo: **H160098**

Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Život v domově se zvláštním režimem z pohledu klientů se schizofrenií**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vypracování terminologie a teoretických východisek z oblasti schizofrenie, kvality života a sociální práce s osobami s duševním onemocněním.**

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

**Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.**

**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:

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

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

**PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.**

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

**CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Eva Šalenová**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

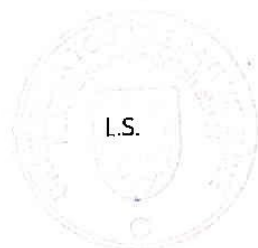
**10. ledna 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**26. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 10. ledna 2019

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 užit 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 18.4.2019

.....

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Abstrakt česky

Tato bakalářská práce se zabývá životem klientů se schizofrenií v Domově se zvláštním režimem Loučka. Mým cílem je zjistit, jak jsou klienti v tomto zařízení spokojeni se svým životem. Práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje nemoci, dopadem schizofrenie na život nemocného a životem v Domově se zvláštním režimem Loučka. V praktické části jsem zvolila kvantitativní výzkum, výzkumné šetření formou dotazníku, v této části se zabývám prezentací získaných dat. Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jestli jsou klienti Domova se zvláštním režimem se svým životem v zařízení spokojeni.

Klíčová slova: schizofrenie, stigma nemoci, dopad nemoci, sociální služby, domov se zvláštním režimem

## **ABSTRACT**

Abstrakt ve světovém jazyce

This bachelor thesis deals with the lives of clients suffering from schizophrenia who stay in a Home with a special Mode in Loučka. The target of my work is to find out how contented the clients are with the lifestyle in this institution. The work is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on the disease, on the impact of this disease on the lives of ill people and on the life in the Home with a special Mode in Loučka. The practical part deals with quantitative research, a survey in the form of a questionnaire and the presentation of acquired dates. The main research target is to find out if the clients of the Home with a special Mode are contented with their lives in this institution..

Keywords: schizophrenia, stigma of the disease, impact of the disease, social service, Home with a special Mode

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Evě Šalenové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování mé bakalářské práce věnovala.

Poděkování také patří mé rodině, která mě při studiu podporovala.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 VYMEZENÍ SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>11</b>
1.1 PŘÍČINY SCHIZOFRENIE, SYMPTOMY NEMOCI .....	11
1.2 FORMY SCHIZOFRENIE .....	13
1.3 DIAGNOSTIKA A LÉČBA SCHIZOFRENIE .....	15
1.3.1 Fáze léčby.....	17
1.4 KVALITA ŽIVOTA OSOB SE SCHIZOFRENIÍ .....	17
<b>2 DOPAD SCHIZOFRENIE NA ŽIVOT NEMOCNÉHO .....</b>	<b>20</b>
2.1 SOCIÁLNÍ VZTAHY .....	20
2.2 PRÁCE A VOLNÝ ČAS .....	21
2.3 STIGMATIZACE, POSTOJ SPOLEČNOSTI K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM.....	23
<b>3 ŽIVOT V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM LOUČKA .....</b>	<b>25</b>
3.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	25
3.2 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM LOUČKA.....	26
3.3 SOCIÁLNÍ PRACOVNICE V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM LOUČKA.....	27
3.4 ZAMĚSTNANCI A JEJICH PRACOVNÍ NÁPLŇ.....	29
3.5 REŽIM, TERAPIE A SPOLEČENSKÉ VYŽITÍ V DOMOVĚ .....	30
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>32</b>
<b>4 VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>33</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	33
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	33
4.3 VÝZKUMNÝ CÍL .....	34
4.4 METODA SBĚRU DAT .....	34
4.5 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	36
<b>5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>38</b>
<b>6 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....</b>	<b>57</b>
6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>67</b>



## ÚVOD

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se projevuje především přítomností halucinací a bludů, dezorganizovanou řečí, apatií, zpomaleností myšlení, oploštěním emocí a abulií. Toto je jen krátký výčet všech symptomů, které jsou pro nemoc příznačné.

Schizofrenie závažně zasahuje do všech oblastí lidského života, rozvrací životy a lidské vztahy. Až u 30% nemocných dochází ke chronicitě onemocnění, což znamená, že se ataky nemoci opakují a některé symptomy nemoci přetrvávají. Nemocný se často mění v úplně jiného člověka, rodina ho nepoznává. Společné soužití se člověkem se schizofrenií je velmi náročné, rodina musí být o nemoci dobře informována, musí se obrnit a spolupracovat s psychiatry nemocného. I přes to rodina péči o takto nemocného člověka mnohdy nezvládne. Proto se stává, že je nemocný nucen odejít do zařízení pobytového typu, do domova se zvláštním režimem.

Domov se zvláštním režimem je zařízení, které poskytuje ubytování osobám se sníženou soběstačností (důvodem může být stařecká demence, Alzheimerova choroba, nebo chronické duševní onemocnění).

Do domova jsem docházela v rámci odborné praxe a tato problematika mě brzy velmi zaujala. Do této doby jsem se s takto vážně psychicky nemocným člověkem nesetkala, o to poutavější to pro mě ale bylo.

V teoretické části této práce popíšu onemocnění schizofrenie- jeho příčiny, symptomy, formy onemocnění, léčbu schizofrenie a kvalitu života osob se schizofrenií. Zaměřím se také na dopad schizofrenie na život nemocného a zmíním stigmatizaci ze strany společnosti. V poslední kapitole teoretické části se budu zabývat už konkrétně životem v Domově se zvláštním režimem Loučka. V praktické části se budu věnovat tomu, jak lidé hodnotí svůj život v domově a co jim na životě zde vyhovuje nebo nevyhovuje- výzkum, který by se zaměřoval na toto téma, v tomto konkrétním domově, zatím neexistuje. Doufáme, že naším výzkumem této oblasti přispějeme kvalitě života klientů v domově.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VYMEZENÍ SCHIZOFRENIE

Definice schizofrenie existuje celá řada.

Dle Orla (2012, s. 115) je samotný pojem schizofrenie odvozen z řeckého schizein- štípat a fren- mysl. Schizofrenie je onemocnění mnoha tváří, každý případ má svá specifika nemoci.

Podle Vágnerové (2008, s. 333) je schizofrenie „závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.“ Schizofrenií trpí asi 1% populace a vyskytuje se stejně často u mužů jako u žen. Schizofrenie postihuje celou populaci bez ohledu na zeměpisnou polohu, rasu nebo vlivy sociálního prostředí. (Vágnerová, 2008, s. 334)

Libiger (2015, s. 182) říká, že schizofrenie je onemocnění, které je charakteristické obvykle dlouhotrvajícím průběhem, bludy, halucinacemi a zvláštním nebo nepochopitelným chováním. Tato nemoc se řadí mezi psychózy, což znamená, že u nemocného dochází k poruše kontaktu s realitou.

Malá (2002, s. 58) uvádí, že člověk nemocný schizofrenií ztrácí kontakt s realitou, je narušen jeho vztah k sobě samému i ke světu kolem něj. Je ničen jeho intelektový, osobnostní, emoční i sociální život, tudíž je postihnuta celá osobnost nemocného, nemoc ovlivňuje všechny složky jedincovy osobnosti.

Češková (2012, s. 12) uvádí, že u žen bývá nástup nemoci o něco později (často mezi 25. a 35. rokem) než u mužů (mezi 15. a 25. rokem). Ženy nejsou hospitalizovány tak často jako muži a také sociálně lépe fungují.

### 1.1 Příčiny schizofrenie, symptomy nemoci

Příčina onemocnění není doposud objasněna. Poslední dobou se prosazuje model multifaktoriální podmíněnosti, to znamená, že vznik nemoci je dán genetickými faktory, biologickými faktory a faktory prostředí. Tyto faktory se navzájem podmiňují. (Probstová a Pěč, 2014, s. 43)

K negenetickým rizikovým faktorům patří starší otcové, hladovění v období těhotenství, dlouhodobé užívání marihuany, komplikace při porodu, život ve městě a narození v ročním období zima, případně jaro. Mezi sociální faktory patří nízký sociálně ekonomický status a život ve městech s větší hustotou obyvatel. (Češková, 2012, s. 12 - 16)

Bankovská Motlova a Španiel (2017, s. 15) uvádějí, že se schizofrenie projevuje řadou symptomů. Pro správnou diagnózu je velmi důležité právě pozorování pacienta a pozorné naslouchání toho, co nám sděluje. Tady však diagnostika končí. Všichni pacienti při první epizodě nemoci podstoupí zobrazovací vyšetření mozku nebo EEG. Tyto metody jsou ovšem jen pomocné, cílem je vyloučení jiné patologie. Bohužel, v současné době neexistuje žádná laboratorní metoda, která by prokázala schizofrenní onemocnění.

Malá (2002, s. 59) dělí symptomy schizofrenie do dvou skupin:

- Pozitivní symptomy (bludy, halucinace, dezorganizace řeči, ...)
- Negativní symptomy (otupění, apatie, zpomalenost, útlum emočních reakcí, chudost řeči, abulie, sociální izolace, ...)

Vágnerová (2008, s. 336) uvádí, že symptomy schizofrenie mohou být různorodé. Symptomy dělíme na psychotické (pozitivní) a negativní.

### **Psychotické (pozitivní) symptomy**

Mezi pozitivní symptomy se řadí halucinace, bludy, dezorganizace řeči, narušení kontroly chování a katatonní symptomy. Vznikají jako důsledek zvýšené aktivity různých oblastí mozku. (Vágnerová, 2008, s. 336)

Halucinace jsou klamné vjemy bez podnětu z vnějšího světa. Nemocný si naneštěstí neuvědomuje, že to, co vidí nebo slyší, se odehrává jen u něj v hlavě, je přesvědčen o jejich pravdivosti. Může vidět či slyšet naprosto cokoli. Nejčastější jsou halucinace sluchové, jsou typické především pro nemocné paranoidní schizofrenií. Nemocný slyší hlasy, které mu něco příkazují, komentují to, co dělá nebo mu například našeptávají nějaké významné nebo tajné informace. Tyto hlasy mohou mluvit přímo k nemocnému, ale také o nemocném. Mohou ho pomlouvat, nadávat mu, pobízet ho k nějakému činu. (Vágnerová, 2008, s. 337)

Podle Musila (2006, s. 104) je blud mylné přesvědčení, které nemocnému nelze vyvrátit a které přímo ovlivňuje jeho jednání. Vzniká na základě chorobného emočního stavu, kdy jedinec jen pocítuje nějakou neurčitou úzkost, strach nebo obavu, že se kolem něj děje něco zvláštního, něco, co nechápe, čemu nerozumí. Nemocný si vše vysvětluje působením nepřátel, různých nadpřirozených sil, záření a podobně- zde dochází k mylnému přesvědčení. Blud nelze vyvrátit žádnými logickými argumenty.

Nemocný trpí bludnými přesvědčeními o odnímání či vkládání myšlenek- nemocný si myslí, že jeho myšlenky jsou z jeho hlavy buďto odebírány, nebo jsou naopak do jeho hlavy umístěny proti jeho vůli. Nemocný může být přesvědčen o vysílání jeho myšlenek, to znamená, že jeho myšlenky slyší druzí lidé. (Cohen, 2002, s. 157)

### **Negativní symptomy**

Podle Češkové (2006, s. 184) mezi negativní symptomy patří ztráta motivace, neschopnost radovat se, emoční vyhaslost, sociální stažení se, výrazná apatie, abulie (úplná ztráta vůle), poruchy myšlení a ochuzení řeči.

Právě tyto symptomy jsou příčinou neschopnosti běžně fungovat a mohou za špatnou kvalitu života. Negativní symptomy se hůře léčí.

Podle Bankovské Motlové a Španiela (2017, s. 21 - 22) se předpokládá, že pozitivní i negativní příznaky jsou přítomny paralelně. Z pacientova pohledu i z pohledu blízkých příbuzných se negativní příznaky naplno projeví až po doznění akutních pozitivních příznaků. Nemocný není schopný nic dělat, má pocit neschopnosti, zpomalenosti, nemá žádné nápady ani žádnou motivaci, vyhýbá se společnosti, je apatický a nemá o nic zájem. Bohužel se nejbližší nemocného často pletou a myslí si, že je nemocný líný a při troše snahy by se mohl vzchopit. Tato snaha a vůle nemocnému chybí, a to je právě projev nemoci, který se nazývá abulie.

## **1.2 Formy schizofrenie**

Vágnerová (2008, s. 345 - 347) uvádí, že základní formy schizofrenie jsou čtyři. Tyto formy se v praxi mohou různě překrývat a prolínat, jedna forma může přecházet do druhé, průběh bývá často rozmanitý.

Zde uvádím 4 základní formy schizofrenie:

### **1. Typ: Paranoidní schizofrenie**

Paranoidní schizofrenie je nejčastější a nejobvyklejší formou schizofrenie.

U této formy schizofrenie se objevuje blud s paranoidním obsahem a také halucinace. Halucinace jsou nejčastěji sluchové- jsou to hlasy, které si o dotyčném povídají, nadávají mu, dávají mu příkazy nebo mu naopak něco zakazují. Může vzniknout až v pozdějším věku (kolem 40 let).

„Nemocný je ke svému okolí patologicky podezíravý, vztahovačný, v rámci svého bludu je přesvědčen, že je ohrožen, pronásledován, hrozí mu zničení, bude použit k nějakému účelu nadpřirozenými silami atd. Může se objevit patologická žárlivost. Blud ohrožení může být vztahován nejen k nadpřirozeným bytostem (např. mimozemšťanům), ale i k určitým lidem – členům rodiny, sousedům, spolupracovníkům apod. Vzniká zde určité nebezpečí, že by nemocný mohl tyto nic netušící lidi napadnout, aby se – v rámci své privátní logiky – bránil proti ohrožení.“ (Vágnerová, 2008, s. 345)

## **2. Typ: Hebefrenní schizofrenie**

Hebefrenní schizofrenie se projevuje velmi brzy- už v období mezi 15-25 lety. Prognóza zde bývá špatná, jelikož nemoc zasáhne rozvoj osobnosti v době, kdy se ještě vytváří a kdy se formuje a stabilizuje nová identita jedince. To znamená, že nová identita se nestihne vytvořit a původní dětská identita bohužel jako pevný základ nestačí. (Vágnerová, 2008, s. 347)

Tato forma schizofrenie se projevuje jako taková intenzivní a vleklá puberta, objevuje se opravdu velmi podivínské chování, uvažování, nevhodné šaškování a neomalené chování, které neodpovídá věku. Ke všem již zmíněným projevům se může přidat nesmyslné šklebení, grimasování, nepřiměřený smích a chichotání. (Vágnerová, 2008, s. 347)

## **3. Typ: Katatonní schizofrenie**

Dle Orla (2012, s. 116) u katatonní schizofrenie převládají poruchy hybnosti. Projevuje se extrémně zvýšenou a nezáměrnou motorickou aktivitou, pravidelně opakujícími se pohyby nebo naopak sníženou hybností až do úplné nehybnosti neboli stuporu, voskové ohebnosti, ...

## **4. Typ: Simplexní schizofrenie**

Simplexní schizofrenie je typická časným a plíživým rozvojem, negativními příznaky jako zchudlostí myšlení, zájmu a vůle, emoční otupělost. Pro tuto formu schizofrenie nejsou obvyklé halucinace a bludy. (Musil, 2006, s. 106)

Podle Malé (2002, s. 61) je nejvíce nápadná změna osobnosti, snížení výkonnosti, někdy až ztráta zájmů, úplná nečinnost, tupost a apatie. Nemocný se chová hrubě, nevhodně, jeho chování je naprosto nepochopitelné až bizarní, často se úplně sociálně izoluje. Nemocný zanedbává hygienu, není schopný pracovně ani sociálně fungovat.

Někteří autoři jako například Češková (2006, s. 186) ve svých publikacích uvádí ještě schizofrenii **nediferencovanou** a **reziduální**. Nediferencovaná schizofrenie neodpovídá žádné výše zmíněné formě. Zahrnuje totiž symptomy z více forem a nelze jednoznačně určit, která z forem je v popředí.

Reziduální schizofrenie je dlouhotrvající stav, který je přítomen i po odeznění akutních pozitivních příznaků. Tato forma je charakterizována podivínstvím, nemocný zanedbává péči sebe a neudrhuje sociální kontakt s okolím. (Češková, 2006, s. 186)

### 1.3 Diagnostika a léčba schizofrenie

Podle Češkové (2012, s. 25 - 27) nediodnostikovaní nemocní přicházejí nejčastěji k praktickému lékaři. U diagnostiky schizofrenie (stejně jako u diagnostiky všech psychických onemocnění) je zásadní psychiatrické vyšetření. To se skládá z psychiatrické anamnézy a z vyšetření psychického stavu. Umění diagnostiky tkví v pozorném naslouchání, ptaní se a v pozorování nemocného. Psychiatrická anamnéza má za úkol sběr informací, z nichž se stanoví diagnóza. Nemocný je často úzkostný a nervózní, nevyzná se ve svých problémech, z návštěvy psychiatra má strach. Je tedy na místě nemocného zklidnit, tím se často stává sdílnějším. Pacient má mít dostatek prostoru k vyprávění a popisu jeho problémů. Pokud má s verbálním projevem potíže, je vhodné dávat strukturované otázky.

Podle Češkové (2012, s. 27 – 28) je další součástí zhodnocení veškerých psychických funkcí a stanovení příznaků. Zaměřujeme se na vzhled a chování, řeč, vědomí a orientaci, emotivitu, myšlení a vnímání, na intelekt a paměť. Každé psychiatrické vyšetření musí být doplněno tělesným vyšetřením. Je to důležité pro zhodnocení kompletního somatického stavu nemocného. Také aplikace biologické léčby může mít nežádoucí účinky, které při určitém somatickém onemocnění může nemocnému uškodit. Provádí se běžná laboratorní vyšetření jako krevní obraz, moč, jaterní testy a další specializovaná vyšetření- to vše na základě anamnézy a somatického vyšetření. Pomocnou metodou je psychologické vyšetření, to se skládá z rozhovorů, pozorování a psychologických testů. Nemocnému se dělá vyšetření EEG, při kterém nacházíme změny, ty však pro onemocnění nebývají specifické.

Podle Mahrové (2008, s. 77) je velmi přínosné pacienta motivovat k léčbě a to z toho důvodu, že léčené onemocnění má mnohem lepší prognózu do budoucna.

„Čím méně atak nemoci proběhne, tím je celkový stav lepší, méně často se objevují post-psychotické změny v osobnosti člověka (negativismus, apatie, snížená pozornost, poruchy vůle, motivace, sociální selhávání). Léčbou rozumíme jak farmakoterapii, tak psychoterapii a postupy psychiatrické rehabilitace.“ (Mahrová, 2008, s. 77)

Pomocí farmakoterapie a psychoterapie se snažíme upravovat a zmírňovat patologické poruchy chování, zmírňovat pozitivní i negativní symptomy a zlepšovat schopnost komunikace. (Malá, 2005, s. 115)

Podle Libigera (2015, s. 192 - 193) je vhodné na léčbu nemoci používat antipsychotika 2. generace, zvaná také atypická. Tato antipsychotika nevyvolávají takové nežádoucí účinky, jak tomu bylo s antipsychotiky dříve. To ovšem neznamená, že se nežádoucí účinky nevykytují vůbec. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří přibírání na váze, zvýšená glykemie, ...)

Podle Musila (2006, s. 106) je vhodná léčit první epizodu nemoci ústavně. Hospitalizace je nutná ve všech případech, kdy nemocný ohrožuje sám sebe nebo své okolí. Nezbytná je psychoterapie, podle potřeby buďto individuální nebo skupinová. Zásadní je také rodinná terapie. Právě psychoterapeutickými metodami je nemocný veden k lepším sociálním kontaktům s okolím, pacient se má znovu najít v realitě, má získat objektivní náhled na své onemocnění, resocializovat se. Jakmile má pacient na svoji nemoc objektivní (kritický) náhled, spolupracuje se svým ambulantním psychiatrem (co se týče užívání léků), naučí se rozpoznávat počáteční příznaky relapsu, upozorní na ně svého psychiatra, aby mu mohl upravit medikaci, další průběh nemoci se výrazně zmírňuje.

Vágnerová (2008, s. 365) uvádí, že psychofarmakologická léčba má obecně nemocného zklidnit, zvýšit jeho odolnost a regulovat psychické projevy. Léky zmírňují hlavně akutní a pozitivní příznaky nemoci.

Farmakoterapii je vhodné doplnit psychoeducací, to znamená poučit pacienta o jeho nemoci, jejích projevech a o její léčbě. Je důležité, aby nemocný svou nemoc „znal“ a aby věděl, jak je důležité brát léky a dodržovat rady a instrukce lékařů. Snižuje to pravděpodobnost toho, že nemocný přestane svoje léky brát. Je také nezbytné vysvětlit nutnost a přínos léčby i rodinným příslušníkům. (Libiger, 2015, s. 194)

Podle Bankovské Motlové a Španiela (2017, s. 84) psychoterapie sama o sobě není účinná, musí se kombinovat s psychofarmakologickou léčbou. Psychoterapie je to metoda využívající psychologické prostředky k léčbě různých duševních onemocnění a poruch. Psychote-



rapie může nemocnému navrátit pocit jistoty, pomoci mu opětovně navázat kontakt se sociálním prostředím, je zde pro něj prostor ke sdílení jeho přání, problémů a pocitů.

### 1.3.1 Fáze léčby

Fáze podle Čěškové (2006, s. 195 - 196):

První fází je **akutní léčba**. Jejím cílem je eliminace pozitivních příznaků. Výsledky léčby na sebe nenechají dlouho čekat- například odstranění agresivity a hyperaktivity může trvat pouhých pár hodin nebo dní, u odstraňování halucinací a bludů musíme čekat o něco déle- často se tak stane během několika dní. Pro psychosociální intervenci je důležitý výběr vhodného prostředí, klid a povzbuzení. Nemocný by měl o léčbě dostávat informace (dle jeho schopností). Tato léčba trvá přibližně 4-8 týdnů.

Druhá fáze je **fáze stabilizace**. Cílem je udržet zlepšení, kterého se docílilo ve fázi akutní léčby. Je důležité dát si pozor na vystavování nemocného nadměrným nárokům, co se týče zapojování se do běžného života- nemocný je totiž náchylný k relapsu. Psychosociální intervence by měla být především podpůrná.

Další fází je **stabilní fáze**. Cílem je snaha o to, aby se nemoc nevrátila a aby příznaky nemoci co nejvíce odezněly (=remise). Dlouhodobá remise dává možnost úplnému uzdravení. Nemocný i nadále dodržuje farmakoterapii- ta má totiž být dlouhodobá s minimálními účinnými látkami. Psychosociální intervence cílí na rodinu a na zapojení nemocného do pracovního procesu.

## 1.4 Kvalita života osob se schizofrenií

Schizofrenie je onemocnění, které nemocnému i jeho blízkému okolí těžce ovlivňuje život. (Vorungati In Motlová a Dragomirecká, 2003)

Definovat kvalitu života není lehký úkol a v současné době existuje mnoho definic kvality života.

„Kvalita života se posuzuje objektivními a subjektivními kritérii.“ (Bankovská Motlová a Španiel, 2017, s. 124)

Podle Maršálka (2007, s. 48) se životní úroveň posuzuje objektivními kritérii. Mezi objektivní kritéria patří například úroveň bydlení, sociální vztahy, postavení ve společnosti, vzdělání, zaměstnání, postavení v zaměstnání a finance.

Subjektivními kritérii se míní vlastní spokojenost či nespokojenost nemocného s objektivními kritérii (například spokojenost s dosaženým vzděláním, s partnerskými vztahy,...). (Motlová a Dragomirecká, 2003)

Kvalita života se nejčastěji měří různými dotazníky, ty jsou buďto univerzální pro všechna onemocnění (např. WHO-QOL-BREF) nebo specifické pro určitou diagnózu (např. Dotazník sociální integrace). U pacientů se schizofrenií je vhodné používat kombinaci obou dotazníků. (Bankovská Motlová a Španiel, s. 123 - 125)

V oblasti výzkumu kvality života osob se schizofrenií vyvstala otázka, jestli je člověk se schizofrenií, který většinou postrádá náhled na svoji nemoc, schopen subjektivně hodnotit kvalitu svého života. Jsou jeho poznatky a tvrzení vůbec spolehlivé? (Motlová a Dragomirecká, 2003)

Pro duševně nemocného znamená uzdravit se zbavit se příznaků nemoci, nebýt izolován od společnosti a žít šťastně spolu se svou rodinou, chodit do práce a vydělávat- nebýt finančně závislý na sociálních dávkách. Pacientům se schizofrenií znepríjemňují život nežádoucí účinky psychofarmatik jako například celkový útlum, ospalost, neschopnost myslet, ztráta radosti ze života, smutek a mrzutost. (Bankovská Motlová a Španiel, s. 123)

Vágnerová (2008, s. 88 - 89) uvádí oblasti, ve kterých nemoc ztěžuje nemocnému život:

1. Míra soběstačnosti a nezávislosti: schopnost se o sebe postarat bez pomoci druhých, zásadní je dojit si sám na WC a zvládnout hygienu.
2. Míra omezení možností, unavitelnost, vyčerpání: důsledkem je omezení možnosti pracovat nebo dělat své koníčky a tím mít alespoň nějakou výplň dne.
3. Míra schopnosti sociálního kontaktu: udržení vztahu s jinými lidmi.
4. Úroveň pocitu pohody: odvíjí se od duševního a tělesného stavu nemocného.

V této kapitole jsem se věnovala nemoci zvané schizofrenie. Schizofrenie je jedno z velmi závažných psychotických onemocnění, které mění vztah člověka ke skutečnosti. Tuto nemoc jsem se snažila co nejlépe charakterizovat, vymezit její symptomy a příčiny. U většiny lidí je to chronické onemocnění, což znamená, že můžeme psychofarmaky tlumit příznaky, úplně se však člověk nevyлéčí nikdy. Existuje ale i skupina nemocných, co mají několik

málo atak a nemoc se již vůbec nevrátí. Touto nemocí netrpí jen nemocný, ale i jeho rodina a nejbližší okolí. Chování a prožívání nemocného se změní natolik, že člověk nemocný schizofrenií již nemusí mít s člověkem před onemocněním nic společného.

## 2 DOPAD SCHIZOFRENIE NA ŽIVOT NEMOCNÉHO

Schizofrenie je nemoc, která zasahuje do všech aspektů lidského života. Je zde velká pravděpodobnost, že lidé s touto diagnózou již nikdy nebudou žít takový život, jaký žili před propuknutím onemocnění. V této kapitole se budu zabývat dopady nemoci na různé oblasti života nemocného.

### 2.1 Sociální vztahy

Duševně nemocný člověk jinak prožívá sám sebe, jiné lidi a svět- reálný svět je upozaděn, v popředí je svět nemocného- svět bludů a fantazií, ve kterých je nemocný uvězněn.

Sociální vztahy neboli sociální interakce jsou „jednání, jehož důsledkem je ovlivnění jedinců nebo skupin.“ Součástí sociální interakce je verbální a neverbální komunikace. (Jandourek, 2001, s. 109)

Styx (2003, s. 94 – 95) uvádí, že člověk se schizofrenií se stáhne sám do sebe, uzavře se- vnímá totiž svět jinak než duševně zdravý jedinec a tyto světy nemají mnohdy vůbec nic společného. Proto nemocný omezuje kontakt s rodinou, známými a vrstevníky. Zdravý člověk, rodina,... nemocného nechápe, nerozumí mu. Pacient je emočně otupělý, labilní- bez příslušných emocí neví, zdali něco „chce nebo nechce“, je příliš mnoho možností a on neví, kterou si má vybrat- ve světě je naprosto ztracen. Ze vztahů s lidmi má nemocný strach, proto je často odmítá a uzavírá se sám ve svém světě. Udržení sociálních vztahů je velmi komplikované.

Nastává tedy sociální izolace. Sociální izolace je nepřítomnost sociálních kontaktů v oblasti mezilidských vztahů. Nemocný jedinec se vyhýbá jakémukoli kontaktu s ostatními, často je to ze strachu a obav z mezilidské komunikace. Nemocný může mít strach, že mu ostatní lidé ublíží, zesměšní ho... (Ocisková a Praško, 2015, s. 40)

Pro nemocné, kteří mají problém se sociální izolací, mají snížené sociální schopnosti a schopnosti komunikovat je vhodná rehabilitace v oblasti sociálních kontaktů. Nemocný v rámci rehabilitace nacvičuje sociální role, učí se znovu komunikovat s okolním prostředím, zvyšuje se jeho sebevědomí, učí se zvládat stres, vytváří se sociální kontakty, ... (Pěč a kol., 2009, s. 128-129)

Pro kvalitní život nemocného je zásadní rodina a situace v rodině. Člověk se schizofrenií má nepředvídatelné a nepochopitelné chování, často se stává, že jej rodina a jeho nejbližší

nechápu. Mnoho rodin se nikdy nesmíří s tím, že je člen jejich rodiny nemocný, že je blázen, odmítají vyšetření nemocného i jeho léčbu. Tím nemocnému nepomůžou, právě naopak- nemoc je diagnostikována později, bez podpory rodiny je psychoterapie nesprávná, nemocní léčbu přerušují, neberou léky a odmítají hospitalizaci. (Adamcová In Ocisková a Praško, 2015, s. 41)

Dušek a Večeřová- Procházková (2005, s. 152) uvádějí, že se nezřídká stává, že se rodina nebo partner za nemocného stydí a požadují po něm, aby dělal, jakože se nic neděje a aby se choval zdravě. To je pro nemocného těžké, jelikož symptomy své nemoci nemůže ovlivnit. Nemocný teď nejvíc potřebuje podporu a oporu v rodině, které se mu často nedostává.

## 2.2 Práce a volný čas

Práce ve smyslu zaměstnání je pracovní činnost, která je vykonávána s určitou pravidelností. Zaměstnanec za provedenou práci dostává mzdu nebo plat, tím pádem není závislý na státech a státních institucích- dokáže se totiž finančně zabezpečit sám.

Bohužel se člověk se schizofrenií dostává do velmi složité životní situace. Chodit do práce a tudíž zůstat v pracovním procesu mu komplikují příznaky nemoci, nežádoucí účinky psychofarmak, stigmatizace a předsudky ze strany společnosti. Zaměstnání je pro člověka nemocného schizofrenií zdrojem financí a smysluplnou výplní času, dostává se mu sociálního kontaktu, dodává mu sebevědomí a naději. Člověk bez zaměstnání je nucen spoléhat na pomoc nejbližších a na sociální dávky. Naneštěstí lidé se schizofrenií často nejsou schopni pracovat (pracuje jen asi 4-4,5% nemocných). (Bankovská Motlová a Španiel, 2017, s. 127-128)

Jak uvádí Češková (2012, s. 23), častým jevem bývá odchod do invalidního důchodu. To nemocnému zajistí finance, ale zároveň to znamená sociální izolaci.

Řešením může být chráněná dílna, kterou si nemocný může ve svém okolí najít, a pokud mu to aktuální stav jeho choroby dovolí, může do ní docházet. V chráněných dílnách jsou pracovní místa pro nemocné s různými handicap. Jsou zde přítomni pracovní terapeuti, kteří dohlížejí na klidný průběh pracovního procesu- v případě potřeby pomáhají nemocnému s problémy spojenými s prací, pomáhají mu hledat řešení konkrétního problému a provází ho při řešení těchto problémů. (Babiaková a Venglářová, 2006, s. 245 - 246)

Libiger (2015, s. 522) uvádí, že další možností jsou tréninkové kavárny a restaurace, případně i obchody. Nemocní si mohou zvykat a přizpůsobovat se kontaktu s běžnou populací, běžná populace zase ztrácí předsudky vůči takto nemocným.

Dalšími kroky, které vedou k začlenění nemocného do pracovního procesu, jsou přechodné zaměstnání a podporované zaměstnání. (Libiger, 2015, s. 523)

Schizofrenie negativně ovlivňuje také volný čas nemocného. Volný čas je definován různě.

„Čas, s kterým člověk může nakládat podle svého uvážení a na základě svých zájmů. Volný čas je doba, která zůstane z 24 hodin běžného dne po odečtení času věnovaného práci, péči o rodinu a domácnost, péči o vlastní fyzické potřeby (včetně spánku).“ (Průcha a kol., 2003, s. 274)

Hofbauer (2004, s. 13 – 14) uvádí, že volný čas má mnoho důležitých funkcí. Hofbauer uvádí, že mezi hlavní funkce volného času patří odpočinek, zábava a rozvoj osobnosti. Známy francouzský sociolog R. Sue uvádí, že funkce volného času jsou funkce psychosociologická, terapeutická, sociální a ekonomická.

Psychosociální funkce volného času znamená využití svého volného času pro vlastní rozvoj, uvolnění se, relaxaci a zábavu. Sociální funkce zahrnuje socializaci člověka, sdružování se ve společnosti. Terapeutická funkce zahrnuje volný čas využitý pro prevenci různých chorob a zdravý životní styl. Funkce ekonomická je důležitá svým ekonomickým významem pro jednotlivce i celou společnost. (Hofbauer, 2004, s. 14)

Podle Bankovské Motlové a Španiela (2017, s. 21) mezi příznaky schizofrenie mimo jiné patří ztráta zájmu o dříve oblíbené činnosti, koníčky a hobby, což často vyústí v úplnou pasivitu a nicnedělání. Proto je důležité se v rámci terapie zaměřit i na tuto oblast.

Psychofarmaka sice pomáhají nemocnému zbavit se pozitivních i negativních symptomů nemoci a vrátit se ke svému běžnému životu, nemocný ale následkem užívání psychofarmak trpí řadou nežádoucích příznaků. Nežádoucí účinky se liší podle konkrétního antipsychotika, například při užívání olanzapinu to bývá vzestup tělesné hmotnosti, zvýšená glykemie, zvýšení cholesterolu apod. (Libiger, 2015, s. 193)

Člověka se schizofrenií je vhodné nějakým způsobem aktivizovat. Je-li nemocný v domácím prostředí, může navštěvovat tzv. centrum denních aktivit. Tato centra mají mnoho funkcí. Mohou nemocného podporovat v různých oblastech života, poskytovat mu rady a informace, které potřebuje, posilovat jeho sebedůvěru, motivovat jej, pomoci mu zvládat

stres, pomáhat mu udržet soběstačnost a nezávislost. Centra denních aktivit mají svůj program, do kterého patří různé zájmové kroužky, výlety, procházky apod. (Pěč, 2015, s. 524)

### 2.3 Stigmatizace, postoj společnosti k duševně nemocným

Chromý (2002, s. 220) definuje stigma následujícím způsobem: „Stigma je znamení domnělé méněcennosti, vedoucí k odmítání jeho nositele druhými lidmi. Zdrojem stigmatu může být viditelná vlastnost (např. deformita těla), nebo okolnost neviditelná (např. příslušnost k určité skupině lidí).“

Stigmatizace duševně nemocných označuje předsudky, jako například že duševně nemocní jsou nebezpečná a společensky nežádoucí skupina lidí, kterých se jedinec či společnost musí oprávněně bát a tudíž se vyhýbat jejich přítomnosti a kontaktu s nimi. (Carling In Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 134)

Ocisková a Praško (2015, s. 43) uvádějí, že mezi poruchy, které jsou nejvíce vystaveny stigmatizaci, patří právě psychózy. Důvodem je zvláštní chování nemocných, které běžná společnost nechápe a nerozumí mu. Chování je z pohledu ostatních natolik jiné a nepochopitelné, že se společnost bez rozmyslu uchýlí k odsouzení nemocného, k předsudkům. To bohužel nemocnému přináší těžké újmy. Tyto předsudky totiž negativně zasahují do diagnostiky, léčby, ale hlavně sociálního začleňování nemocného.

Společnost nemocné schizofrenií pokládá za nevypočitatelné, nepředvídatelné a neschopné bláznů, pro které bude nejlepší, když budou celý život zavřeni v dlouhodobé ústavní péči- nemocný je vyčleněn ze společnosti, následuje sociální izolace. Přitom pacient, který onemocní schizofrenií nebo jiným psychotickým onemocněním, ze začátku ani nepozná, že je nemocný. Sice cítí, že něco není v pořádku, ale v příznacích nevidí známky a symptomy onemocnění. Když už nemocný připustí (často na to má vliv jeho rodina, okolí), že je opravdu duševně nemocný, tak má ze své nemoci strach- duševní nemoc je přece podle názoru společnosti jiná než ostatní nemoci- už tady se projevuje stigma. Nemocný nechce, aby se ho ostatní báli a litovali jej, bojí diskriminace ze strany ostatních lidí. Má strach, že neodvratně skončí v blázinci či nějakém ústavu. (Ocisková a Praško, 2015, s. 56)

Stigmatizace se ovšem netýká jen samotného nemocného, ale i jeho rodinných příslušníků, popřípadě pečovateli, ale také například sociálních pracovníků pracujících se schizofrenií. Především média vykreslují nemocné jako agresivní násilníky a vrahy nebo alespoň komické postavičky. Podobné charakteristiky se někdy přenášejí i na psychiatry a ostatní

pracovníky. I z tohoto důvodu mají lidé neopodstatněný a nepřiměřený strach z duševních nemocí a psychiatrů celkově. (Libiger, 2002, s. 398)

Podle Libigera (2002, s. 399) je stigmatizace velmi závažný problém a světová psychiatrická asociace vyhlásila program, mezi jehož cíle patří konec diskriminace nemocného, posílení jeho samostatnosti a právo rozhodovat o sobě samém- v případě, že to nejde, tak se na tomto rozhodování alespoň podílet. Úkolem je vysvětlit společnosti, že schizofrenie je léčitelná nemoc a že člověk nemocný schizofrenií není automaticky násilník a blázen. Pojem schizofrenik nelze považovat za charakteristiku takto nemocného člověka, schizofrenie sice postihuje kognitivní, emoční a charakterovou stránku člověka, nemocnému ovšem pořád zbývá dostatek osobnostních charakteristik. Destigmatizace zahrnuje jak změnu postojů společnosti, tak i vytvoření nebo změnu různých legislativních opatření.

V této kapitole jsem přiblížila důsledky nemoci zvané schizofrenie. Nemocný často ztrácí kontakt se svým blízkým okolím a není výjimkou, že se jej „zřekne“ i jeho vlastní rodina- člověk nemocný schizofrenií se změní natolik, že může své rodině a svým blízkým velmi ubližovat a škodit, což někdy přesáhne únosnou hranici- nemocný může své rodině psychicky i fyzicky ubližovat natolik, že rodina nevidí jiného východiska než umístit nemocného do zařízení ústavní péče. Pro nemocného je zásadní také stigmatizace ze strany společnosti, která mu může zkomplikovat život ještě více.



### 3 ŽIVOT V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM LOUČKA

Domov se zvláštním režimem je pobytová sociální služba, která je vyhrazena pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, Alzheimerovy choroby nebo ostatních typů demencí. Situace těchto osob vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. (Králová a Rážová, 2007, s. 94)

#### 3.1 Sociální práce s osobami s duševním onemocněním

Sociálními službami se zabývá zákon 108/2006 Sb. V tomto zákoně jsou obsaženy záležitosti týkající se sociálních služeb, příspěvku na péči, předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a mnoho dalších.

Mühlpachr (2004, s. 28) uvádí, že sociální práce je vědecky podložená disciplína, která svými pracovními metodami zajišťuje profesionální péči o člověka. Sociální práce je v dnešní moderní společnosti nezastupitelná a nenahraditelná. Je to činnost, která směřuje k předcházení vzniku nedostatků nebo případně k odstranění těchto nedostatků. Sociální práci lze též označit jako činnost, jejímž cílem je přímé úsilí na člověka, případně i na jeho nejbližší okolí (rodinu). Cílem je zachování jeho vztahu ke společnosti, k práci, ...

V multidisciplinárním týmu je práce sociálního pracovníka zásadní. Lidé s duševní nemocí většinou potřebují cílenou pomoc (informace a rady týkající se sociálního zabezpečení, rodinného, pracovního a občanského práva, intervence a podobně). (Probstová, 2005, s. 133)

Podle Vondrky (2008, s. 41) jsou sociální služby činnosti, jejichž cílem je pomáhat člověku nebo skupině lidí řešit jejich nepříznivou sociální situaci. Mezi základní druhy sociálních služeb patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Sociální poradenství se člení na základní a odborné sociální poradenství. Cílem je především podávání informací o službách, nárocích a možnostech, které mohou klientovi pomoci vyřešit nebo zmírnit jeho sociálně nepříznivou situaci. (Vondrka, 2008, s. 41)

Jak uvádí Vondrka (2008, s. 41 – 42), služby sociální péče pomáhají lidem zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Nabízená pomoc se týká například oblasti péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování atd. Zákon o sociálních službách mluví o 14 druzích služeb sociální prevence: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného

bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Služby sociální prevence jsou zaměřeny na jevy, které vedou k sociálnímu vyloučení nebo při nichž je osoba ohrožena krizovou sociální situací. Jedná se o jevy jako je například kriminalita, bezdomovectví, užívání návykových látek a podobně. Zákon o sociálních službách mluví o 17 druzích služeb sociální prevence: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením nebo seniory, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace. (Vondrka, 2008, s. 41-44)

Podle Mahrové (2008, s. 28 – 29) na klienta s duševním onemocněním musíme pořád pohlížet jako na člověka, klienta, nikdy ne jako na diagnózu nebo problém. I se svou nemocí je to pořád člověk, který má své specifické potřeby. Psychické potíže představují pro člověka velkou zátěž a často musí vyhledat zdravotnické nebo sociální služby, proto je vhodné, aby sociální pracovník o duševních onemocněních něco věděl, aby člověku s touto nemocí mohl porozumět. Například u člověka se schizofrenií se často objevují halucinace. Sociální pracovník musí vědět, co halucinace jsou, musí znát původ a příčiny halucinací. Sociální pracovník musí vědět, že nikdy nesmí nemocnému halucinace vymlouvat, ale nemůže ho ani léčit. V jeho kompetencích je pomoci mu najít odborníka, v případě potřeby zajistit návštěvu tohoto odborníka. V případě špatné spolupráce ze strany klienta je nutné do procesu zapojit i rodinu, popřípadě (je-li to nezbytné) přivolat rychlou záchrannou službu.

### **3.2 Domov se zvláštním režimem Loučka**

Domov se zvláštním režimem Loučka byl otevřen dne 1. 7. 2013., kdy do domova přišli první klienti.

Domov poskytuje pobytovou službu osobám s chronickým duševním onemocněním (např. schizofrenie), věková hranice je 25 let. Cílem je co nejvíce se přizpůsobit přirozeným životním podmínkám, poskytovat podporu a pomoc při dle individuálních hodnot klientů, snaha o důstojný a plnohodnotný život. Domov neposkytuje služby osobám

s Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demencí, osobám závislým na alkoholu a jiných návykových látkách. (Domov pro seniory Loučka © 2019)

Domov pro své klienty zajišťuje přímou péči, stravu, hygienu, zdravotní péči, sociální služby a různé volnočasové aktivity. Všechny již zmíněné aspekty jsou přizpůsobeny individuálním potřebám klientů. (Katalog sociálních služeb Zlínského kraje ©2018)

Cílem zařízení je rozvíjení nebo alespoň udržení klientovy soběstačnosti a samostatnosti, poskytování rad a informací ohledně veřejně dostupných služeb, které mohou klienti využívat, snaha klientům co nejvíc přiblížit obvyklý způsob života, snaha o sociální začleňování klienta, poskytování služby podle schopností, možností a individuálních potřeb klientů, snaha přispívat ke snížení stigmatizace klientů. (Domov pro seniory Loučka © 2019)

Domov se zvláštním režimem se drží zásad poskytování sociální služby.

„Zásady sociálních služeb:

- úcta k člověku a zachování lidské důstojnosti
- respektování svobodné vůle, etických práv klienta a individuální přístup
- motivace k překonání nepříznivé situace
- podpora samostatnosti, nezávislosti a seberealizace
- vzájemná tolerance a důvěra
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a rodinou
- respektování soukromí klienta
- spolupráce pracovníka a klienta (partnerství)
- napomáhat adaptaci klientů v novém prostředí a napomáhat k jejich aktivizaci a případné seberealizaci
- ochrana před předsudky a negativním hodnocením
- nestrannost
- zvyšování kvalifikace, odbornosti a informovanosti personálu.“

(Domov pro seniory Loučka © 2019)

### 3.3 Sociální pracovníce v Domově se zvláštním režimem Loučka

Sociální pracovníce je v domově se zvláštním režimem nenahraditelná. V této kapitole se pokusím alespoň o základní výčet činností, které má sociální pracovníce na starosti a bez kterých by se domov neobešel.

Sociální pracovnice v domově se zvláštním režimem přijímá žádosti o pobytovou službu. Tato žádost je dostupná na webových stránkách nebo v prostorách domova. Sociální pracovnice posoudí, zdali žadatel spadá do cílové skupiny domova. Jestliže ano, kontaktuje jej a domluví si s žadatelem či jeho rodinným příslušníkem (opatrovníkem) termín sociálního šetření. Sociální šetření probíhá v místě aktuálního pobytu žadatele. Často to bývá přímo u něj doma, v nemocnici, ... Sociální pracovnice se se žadatelem nejdříve seznámí, poté následuje rozhovor se žadatelem- sociální pracovnice se ptá, jak se žadateli daří, ... zjišťuje jeho aktuální sociální situaci, očekávání žadatele. Je důležité, aby žadatel chtěl do domova nastoupit dobrovolně. Ze sociálního šetření pracovnice vyhotovuje záznam. Na základě zjištěných informací pracovnice posuzuje, zda mu domov může poskytnout služby s ohledem na klientovy potřeby. Sociální pracovnice písemně oznámí žadateli, zda je jeho žádost zařazena nebo nezařazena do evidence žadatelů. (Mikulková, s. 1 – 7, 2018)

Dále má sociální pracovnice na starosti sociální agendu. Sociální pracovnice při nástupu žadatele do zařízení založí osobní spis klienta. Ten obsahuje žádost o poskytnutí sociální služby a záznam ze sociálního šetření, dále různé dokumenty týkající se přijetí klienta do zařízení. Sociální pracovnice se stará i o finanční prostředky klienta. Je nejlepší, aby jeho důchod chodil prostřednictvím hromadného seznamu, ale jsou tady i další možnosti, například může důchod chodit poštou na adresu zařízení atd. Sociální pracovnice klientovi vyřizuje sociální dávky, například příspěvek na péči nebo hmotnou nouzi. (Mikulková, s. 1 – 7, 2018)

Sociální pracovnice se stará o finanční prostředky klientů. Při nástupu klienta do zařízení založí depozitní účet v programu Cygnus 2. Při výdeji finanční hotovosti (výdej kapesného pravidelně každé pondělí nebo dle potřeby ve výjimečných případech) musí klient podepsat pokladní doklad. (Mikulková, s. 1 – 7, 2018)

Dále sociální pracovnice vyřizuje soukromou i úřední korespondenci klientů, komunikuje s úřady jako například s ČSSZ, se sociálním odborem Městského úřadu, Českou poštou, VZP, ... Vzdělává se na seminářích (zdokonaluje své odborné znalosti), na konci měsíce provádí účetní uzávěrku (rekapitulace stavu vkladních knížek, depozit, ...), vede knihu stížností, poskytuje sociálně právní poradenství klientům i jejich příbuzným, spolupracuje s opatrovníky (pokud je klient omezen ve svéprávnosti), spolupracuje s vedoucí zdravotnického úseku, ... (Mikulková, 2019)

### 3.4 Zaměstnanci a jejich pracovní náplň

V domově se zvláštním režimem pracuje mimo sociální pracovníci také ošetrovatelský tým, zdravotnický personál, vedoucí přímé péče a výchovně nepedagogické pracovnice (aktivizační pracovnice).

Podle Elexové a Petra (2006, s. 53) do ošetrovatelského týmu patří zdravotní sestry, ošetrovatelky a sanitáři. Tento tým zajišťuje ošetrovatelskou péči klientů. Každý člen má svou roli a náplň práce. Když se práce každého člena ošetrovatelského týmu zkoordinuje, pak je poskytována komplexní ošetrovatelská péče.

Všeobecná zdravotní sestra má za úkol pozorovat, hodnotit a zaznamenávat klientův stav, vyhodnocovat jeho potřeby, měřit jeho fyziologické funkce. Dále má za úkol zajišťovat potřebné záležitosti při přijetí a propuštění klienta. Manipuluje s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky. Podává léčivé přípravky, odebírá biologický materiál, ošetřuje případné rány aj. V případě potřeby asistuje lékaři při odborných výkonech, hlídá a koordinuje nižší zdravotnický personál. Zaznamenává úkony a další náležitosti do zdravotnické dokumentace, pracuje s informačním systémem zařízení. (Elexová a Petr, 2006, s. 55)

Jak uvádí Elexová a Petr (2006, s. 55 – 56), ošetrovatel je vlastně nižší odborný zdravotnický pracovník. Ošetrovatel se podílí na léčebné, rehabilitační, paliativní a diagnostické péči. Ošetrovatel klientům rozděljuje stravu, nemocným, ležícím nebo nepohyblivým podává jídlo nebo jim pomáhá. Provádí komplexní hygienu, upravuje lůžko nemocného, stará se o prostředí nemocného a o dodržování režimu nemocného. Ošetrovatel pečuje o vyprazdňování pacientů, asistuje při jednoduchých výkonech, doprovází nemocného na vyšetření, pomáhá při oblékání- jeli to potřeba.

Vedoucí přímé péče zajišťuje komplexní koordinaci přímé obslužné péče. Má odpovědnost za úroveň práce pracovníků v sociálních službách, zodpovídá za dodržování různých zásad podle Provozního řádu daného zařízení... Vedoucí přímé péče vytváří komplexní systém péče podle potřeb klientů, zodpovídá za respektování práv klientů, je zodpovědný za důstojné podmínky pro život klientů. Vedoucí přímé péče vymýšlí a sestavuje harmonogram pracovníků, stará se o další vzdělávání a školení zaměstnanců, tvoří a aktualizuje standardy. (Mikulková a Sitko, s. 1 – 7, 2018)

Výchovně nepedagogické pracovnice neboli aktivizační pracovnice v rámci pracovního procesu organizují zájmové činnosti klientů, přizpůsobují je individuálním možnostem a schopnostem klientů. Jsou klientovi partnerem, poskytují mu psychickou podporu, aktivně mu naslouchají, povídají si s ním a projevují o klienta zájem. Aktivizační pracovník se snaží co nejdéle a v co největší možné míře udržet klientovu samostatnost a soběstačnost, vedou klienta při skupinových aktivitách (je-li to potřeba). (Musil, Hubíková a Kubalčíková, 2006, s. 60 - 61)

### 3.5 Režim, terapie a společenské vyžití v domově

Režim v domově se zvláštním režimem se z velké části přizpůsobuje individuálním potřebám klientů, což ale neznamená, že žádný režim neexistuje.

Klienti ráno kolem 7:00 vstanou, provedou hygienu a obléknou se. Těm, co toho sami nejsou schopni, pomáhá ošetřovatel. Klienti, kteří jsou mobilní a nejsou žádným způsobem indisponováni (nemoc), se účastní snídaně, obědu a večeře v jídelně, která je v každém patře zařízení. K tomu patří úkony, které se jídlem a stolováním souvisí- klienti musí nachystat stůl k jídlu, uklidit jej, nachystat si příbor... Výchovně nepedagogické pracovnice třikrát denně klientům vydávají cigarety a kávu (mnozí z klientů nejsou schopni s kávou a cigaretami hospodařit sami, obzvláště s cigaretami rádi obchodují, vyměňují je za různé služby, případně je v dobré víře rozdávají). Množství cigaret a kávy se odvíjí od finančních možností klienta, s klíčovým pracovníkem musí být ohledně výdeje cigaret a kávy sepsána písemná dohoda. Klienti si v rámci pracovní terapie musí dvakrát týdně uklízet svůj pokoj, kde utírají prach, dělají si pořádek ve skříních, umývají koupelnu a vytírají zem. Každý den se střídají v úklidu kuřárny a prostor k tomu určených. (Čurečková, 2019)

Oficiální aktivity bývají třikrát až čtyřikrát denně a částečně se odvíjejí dle sezóny. Na jaře k interním aktivitám přibývají práce venku, údržba okolí domova a přilehlého parku, práce na zahradě. Výchovně nepedagogický pracovník při těchto aktivitách musí klienty vést, dávat úkoly, instrukce, klienti by toho většinou sami nebyli schopni. (Čurečková, 2019)

Mezi volnočasové aktivity a terapie v rámci domova patří zábavné povídání, zábavné čtení, zpívání (buďto karaoke nebo zpívání s kytarou), práce s překližkou, svíčková a šicí dílna, cvičení při hudbě, sportovní aktivity jako například ping-pong, šipky, pétanque a kuželky, hraní různých společenských her, různé výtvarné aktivity, keramická dílna, hraní divadla a další. (Čurečková, 2019)

Výchovně nepedagogické pracovnice spolu s klienty jezdí na různé výlety (kino, zoologická zahrada, bowling, ...), chodí na různé společenské akce (koncerty, plesy,...). Do domova dochází katechetka, která pro klienty pořádá duchovní hodinku. Duchovní hodinky se účastní věřící klienti nebo klienti, kteří o to mají zájem nebo si chtějí s paní katechetkou jen popovídat. (Čurečková, 2019)

V této kapitole jsem se věnovala už konkrétnímu zařízení, a to Domovu se zvláštním režimem Loučka. Klientům v domově je zajištěn pobyt, strava a volnočasové vyžití, vše vzhledem k individuálním potřebám a možnostem nemocného. Personál také respektuje přání klientů, je-li to možné a reálné.

Klienti jsou zde ubytováni v jednolůžkových či dvoulůžkových pokojích, součástí pokojů je sociální zařízení. Klienti nemají možnost svého vlastního nábytku, mohou si ale pokoj doplnit a vyzdobit svými věcmi a různými dekoracemi dle vlastního vkusu.

Zařízení se dle mého názoru snaží být optimálním místem k životu pro nemocné, kteří nemají kde být, nejsou schopni se postarat sami o sebe a někteří nemají ani rodinu, která by se o ně postarala. Personál se ke klientům chová slušně, vlídně, respektuje klientovy případné odlišnosti a klientovu individualitu.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 4 VÝZKUMNÁ ČÁST

Praktická část mé bakalářské práce se zabývá životem v domově se zvláštním režimem Loučka z pohledu klientů se schizofrenií. O tuto problematiku jsem se začala zajímat až nedávno, v době, kdy jsem v tomto zařízení absolvovala povinnou praxi. A právě tam jsem měla možnost do zařízení, chodu zařízení a mezi klienty nahlédnout, což mě velmi zaujalo. Přece jenom, ne každý se běžně dostane do zařízení podobné tomuto.

Jak jsou klienti spokojeni se životem v Domově se zvláštním režimem Loučka, jsem se rozhodla zjistit prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Konkrétně se budu ptát na obecné informace, informace týkající se bydlení v domově, stravy v domově, sociálních kontaktů a volnočasových aktivit v domově.

Informace o Domově se zvláštním režimem Loučka, o schizofrenii a o dopadech této nemoci na nemocného najdete v teoretické části této práce.

### 4.1 Výzkumný problém

Základem výzkumu je určení výzkumného problému. Ve své práci se zabývám spokojeností se životem v Domově se zvláštním režimem Loučka z pohledu klientů se schizofrenií.

### 4.2 Výzkumné otázky

Jako hlavní výzkumnou otázku jsem si položila:

Jak hodnotí život v Domově se zvláštním režimem Loučka klienti, kteří v něm žijí?

Z hlavní výzkumné otázky vyplývají následující dílčí otázky:

1. Jak jsou klienti spokojeni s personálem a lékařskou péčí, která je jim v domově poskytována?
2. Co by klienti chtěli změnit na bydlení a stravě v domově?
3. Jak klienti pocitově hodnotí atmosféru v domově?
4. Mají klienti v domově dostatek sociálních kontaktů?
5. Jaké volnočasové aktivity klienti využívají a co by na nich případně změnili?
6. Jaký typ prostředí by klienti preferovali pro svůj život?

### 4.3 Výzkumný cíl

Hlavním cílem výzkumu je popsat život klientů v domově se zvláštním režimem a zjistit míru jejich spokojenosti se životem v domově.

Dále jsou tu dílčí cíle:

1. Zjistit, nakolik jsou klienti spokojeni s personálem a s lékařskou péčí, která je poskytována v domově.
2. Zjistit, co by klienti chtěli změnit na bydlení a stravě v domově.
3. Zjistit, jak klienti pocitově hodnotí atmosféru v domově.
4. Zjistit, zdali mají klienti v domově dostatek sociálních kontaktů.
5. Zjistit, jaké volnočasové aktivity klienti využívají a co by na nich případně změnili.
6. Zjistit, který typ prostředí by klienti preferovali pro svůj život.

### 4.4 Metoda sběru dat

Existují 2 typy výzkumu- výzkum kvalitativní a výzkum kvantitativní. Pro tento výzkum použiji výzkum kvantitativní, konkrétně to bude formou dotazníku.

Podle Chrásky (2016, s. 11) můžeme kvantitativní výzkum „vymezit jako záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy.“

Dotazník je v pedagogických výzkumech velmi často používanou metodou sběru dat. Je charakteristický písemnými otázkami, na které dotazovaní (respondenti) odpovídají taktéž písemně. (Gavora In Chráska, 2006, s. 158)

Je vhodnější místo termínu „otázka“ používat termín položka, a to z důvodu, že položky někdy mohou mít spíše formu pokynu, než otázky. (Chráska, 2016, s. 158)

V dotazníku se objevují uzavřené (strukturované položky), ve velké většině polytomické, což znamená, že se zde objevují víc než 2 odpovědi. Pro strukturované položky jsou typické předem připravené odpovědi, které mají své výhody i nevýhody. Velkou výhodou je jednoduché vyhodnocování odpovědí, nevýhodou je to, že respondenti nemusí odpovídat pravdivě.

Mimo strukturované položky se v dotazníku objevují i položky polostrukturované, což znamená, že je v nabídce odpovědí i odpověď „jiné (doplňte)“. Pokud respondentovi nevyhovuje žádná z nabízených odpovědí, může zvolit tuto nabídku.

V dotazníku se objevují i odpovědi ve formě smajlíků. Tento druh odpovědi jsem zvolila pro jejich jednoduchost, přehlednost a snadnou pochopitelnost, všichni respondenti jsou chronicky psychicky nemocní lidé, kteří by škálové položky nechápali a nebyli by schopni odpovědět.

Dotazník se skládá z 21 položek (otázek), které jsou pomyslně rozděleny do pěti částí, které jsou z mého pohledu pro popis života v domově důležité a nezbytné.

První část je část obecná, ve které zjišťuji celkovou spokojenost se životem v domově. Dotazuji se respondentů, jak se v domově cítí- tyto pocity vyjadřují pomocí smajlíků. Respondenti dále odpovídají na otázky ohledně bydlení v domově, mohou vyjádřit, co se jim nelíbí nebo co jim nevyhovuje. Na konci dotazníku se klientů ptám, jestli v domově chtějí či musí zůstat.

Druhá část dotazníku se týká přímo pokojů, ve kterých respondenti bydlí, a jídla, které je jim v domově podáváno.

Třetí část dotazníku se týká spokojenosti respondentů s personálem a s lékařskou péčí, která je klientům v domově poskytnuta.

Čtvrtá část dotazníku pojednává o kontaktech klientů se sociálním prostředím, což je u klientů se schizofrenií důležitým aspektem jejich života a zároveň také velkým problémem tohoto onemocnění.

Pátá část dotazníku se zabývá volnočasovými aktivitami respondentů, jejich oblíbenými činnostmi a také aktivitami, které zařízení nabízí.

V rámci předvýzkumu jsem zjišťovala, jestli respondenti víc rozumí položkám se smajlíky nebo škálovým položkám. Potvrdila se moje myšlenka, že pro tuto skupinu respondentů pro jejich psychickou nemoc budou lepší položky se smajlíky. Na základě předvýzkumu byly některé položky upraveny.

Někteří respondenti dotazník vyplňovali úplně samostatně (10 respondentů). Z důvodu špatného psychického stavu zbylých respondentů (37) jsem těmto respondentům pomáhala dotazník vyplňovat.

Sběr dat proběhl v lednu – únoru 2019. Vyplnění tohoto dotazníku zabralo respondentům přibližně 10-15 minut.

Návratnost dotazníků byla 100%, a to hlavně z toho důvodu, že většině klientů jsem s vyplňováním dotazníků pomáhala já sama. Jsem si jistá, že bez této pomoci (či jen dohledu)

by někteří respondenti s ohledem na povahu jejich onemocnění vyplnění dotazníku sami nezvládli a tudíž by návratnost byla hodně nízká. V některých otázkách z důvodu vícečetných odpovědí není 100% četnost.

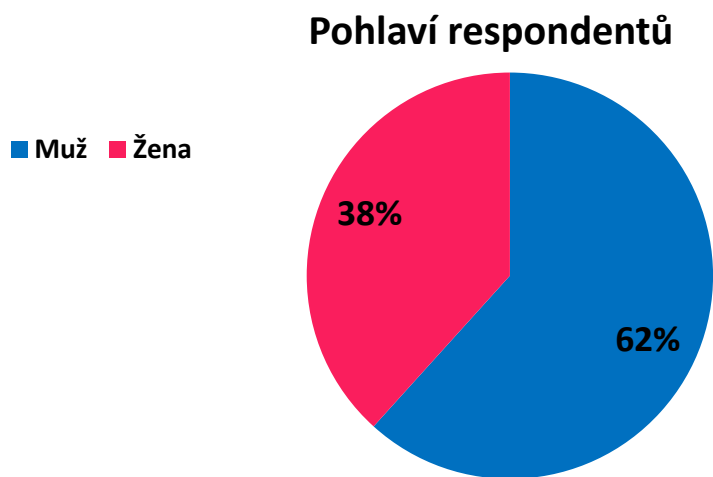
#### 4.5 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen klienty z Domova se zvláštním režimem Loučka.

Konkrétně se jedná o 47 klientů, což je 100% klientů tohoto domova. Mezi klienty jsou jak muži, tak i ženy, ve věkovém rozpětí 35-80 let. Všichni tito klienti mají jako primární diagnózu různé typy schizofrenie, nejčastěji je to paranoidní schizofrenie (popis této nemoci najdete v kapitole 1). Asi 75% respondentů je z důvodu své nemoci omezeno ve svéprávnosti.

Jelikož jsem do zařízení chodila i v rámci odborné praxe, klienti z domova mě znali, důvěřovali mi a náš kontakt byl bezproblémový.

V domově je celkem 47 klientů, z toho 29 mužů (tj. 62%) a 18 žen (tj. 38%).



Graf 1: Pohlaví respondentů

Vágnerová (2008, s. 333, 353) uvádí, že výskyt schizofrenie (vzhledem k pohlaví) je u mužů i u žen stejný, jen u mužů se může nemoc projevit o pár let dříve než u žen. Může to být důvod, proč ženy mají příznivější prognózu nemoci než muži.

Ve mnou zkoumaném zařízení je větší převaha mužů nad ženami, což si můžeme odůvodnit například tím, že ženy mají více sociálních vztahů a kontaktů, nemoc a rekonvalescenci nemoci nesou lépe než muži, tudíž se tak často neocitají v ústavní péči.

## 5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této kapitole se budu zabývat hodnocením a interpretací dat získaných z dotazníkového šetření. Jak jsem zmínila v kapitole 4, dotazník má 21 otázek, které jsem pro lepší přehlednost rozdělila do šesti částí (podle dílčích cílů).

Pro zpracování dat jsem použila čárkovací metodu. Dále jsem získaná data vložila do programu Excel a vytvořila grafy.

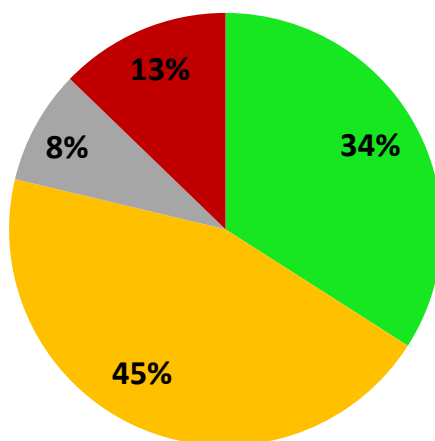
Výzkum budu analyzovat podle dílčích výzkumných cílů.

Prvním z dílčích cílů je **zjistit, nakolik jsou klienti spokojeni s personálem a s lékařskou péčí, která je jim v domově poskytována, případně co konkrétně jim nevyhovuje**. Do analýzy tohoto dílčího cíle spadají položky č. 9 – 14.

Položka č. 9:

### Jak s vámi jedná personál?

■ výborně ■ dobře ■ nevím/je mi to jedno ■ špatně ■ velmi špatně



Graf 2: Jak s Vámi jedná personál?

Na položku č. 9 „*Jak s vámi jedná personál?*“, měli respondenti možnost odpovědět jednou z pěti možností. Pro tuto položku jsem jako odpovědi použila smajlíkové obrázky, pomocí kterých měli respondenti možnost vyjádřit své pocity.

34% respondentů (16 respondentů), na tuto položku odpovědělo „výborně“, 45% respondentů (21 respondentů) odpovědělo dobře, to znamená, že celých 79% respondentů je s jednáním personálu ke své osobě spokojeno.

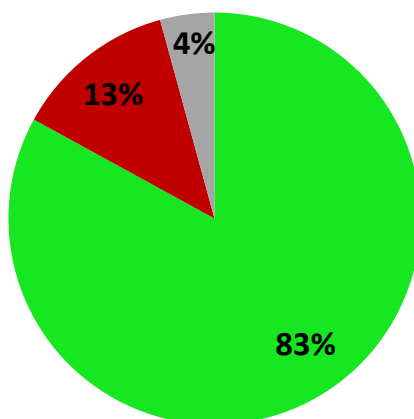
8% respondentů (4 respondenti) se k této otázce nechtělo vyjádřit. Domnívám se, že to mohlo být z důvodu, že se báli negativní odezvy ze strany personálu, i přes mé ujišťování, že dotazník je anonymní a z odpovědí respondentů nebudou vyvozovány žádné důsledky.

13% respondentů (6 respondentů) na tuto položku odpovědělo, že s nimi personál jedná špatně. Jeden z respondentů zmínil, že mu nevyhovuje „rychlé a zbrklé“ jednání jednoho ze členů personálu, protože po něm zmíněná osoba chce, aby pořád jen neležel a aby si uklízel pokoj- tato činnost je zařazena do pracovní terapie.

Žádný z respondentů neodpověděl, že by s ním personál jednal velmi špatně, což beru jako pozitivní výsledek, znamená to totiž, že z pohledu respondentů se personál nedopouští vážnějších přečinů.

### Je zde zajištěno a respektováno Vaše soukromí?

■ Ano ■ Ne ■ Nevím/ Je mi to jedno



Graf 3: Je zde zajištěno a respektováno Vaše soukromí?

Na položku č. 10 „Je zde zajištěno a respektováno Vaše soukromí?“ odpovědělo 83% respondentů (39 respondentů) „Ano“. 4% respondentů (2 respondenti) odpovědělo „Nevím/ Je mi to jedno“.

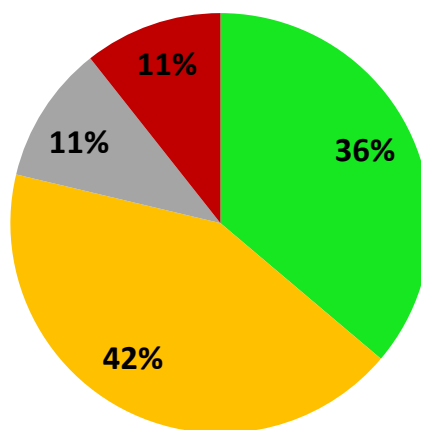
13% respondentů (6 respondentů) odpovědělo, že jejich soukromí respektováno není. Dva z těchto respondentů začali vyprávět o tom, že v době jejich nepřítomnosti v pokoji jim do pokoje chodí cizí lidé. Tito lidé (někdy to má být někdo z personálu, jindy jiní klienti doma) jim v pokoji schválně přemísťují věci nebo jim dokonce věci kradou. Jeden z respondentů si stěžoval na přítomnost jednoho z členů personálu v koupelně během hygieny- přítomnost personálu je ale nutná, protože většina respondentů není schopna dodržovat základní hygienické návyky, neradi se myjí a sprchují, tudíž jim při hygieně dvakrát týdně asistuje ošetrovatelský personál, který na provádění hygieny jen zdálky přihlíží, v případě potřeby klientovi pomáhá.

U této položky se pravděpodobně mohla projevit nemoc klientů- klienti často trpí halucinacemi a bludy, jsou nezvratně přesvědčeni o tom, že jim někdo chodí do pokoje a schválně přemísťuje nebo kradе věci (paranoidní bludy).

U položky č. 11 „*Jak jste spokojen/a s psychiatrickou péčí, která je Vám zde poskytnuta?*“ měli respondenti na výběr z pěti smajlíků.

### Jak jste spokojen/a s psychiatrickou péčí, která je Vám zde poskytnuta?

■ výborně ■ dobře ■ nevím/je mi to jedno ■ špatně ■ velmi špatně



Graf 4: Jak jste spokojen/a s psychiatrickou péčí, která je Vám zde poskytnuta?

36% respondentů (17 respondentů) odpovědělo „výborně“, 42% respondentů (20 respondentů) „dobře“, což znamená, že 78% respondentů je s péčí psychiatra v zařízení spokojeno.



11% respondentů (5 respondentů) odpovědělo „nevím/je mi to jedno“.

11% respondentů (5 respondentů) odpovědělo „špatně“, což znamená, že s péčí psychiatra nejsou spokojeni. Pozitivní je, že žádný z respondentů neodpověděl „velmi špatně“.

Na položku č. 11 navazuje položka č. 12 „*Je něco, co Vám na psychiatrické péči nevyhovuje?*“. Tato položka patří mezi položky polostrukturované, to znamená, že jedna ze sedmi možností je otevřená a respondent si ji vybere v případě, že si nevybral z ostatních předpřipravených možností.

64% respondentů (30 respondentů) nemá k psychiatrické péči žádné výhrady. Toto číslo se mi jeví jako vysoké. Vysvětluji si to tím, že mnozí z klientů k psychiatrické péči výhrady nemají, protože ani nevědí, co od ní mají čekat a jaká jsou jejich práva, tudíž ani neví, jak by se o ně psychiatr mohl starat lépe a jak by se jim měl věnovat.

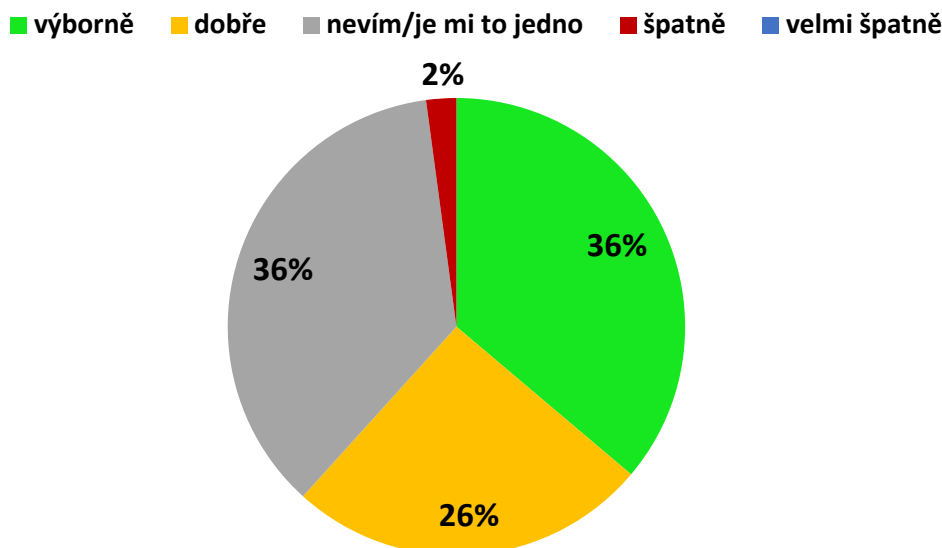
11% respondentů (5 respondentů) odpovědělo, že jim nevyhovuje lékař. Všichni klienti navštěvují psychiatra, který do zařízení pravidelně dochází.

Dalších 9 % respondentů (4 respondenti) odpovědělo, že jim lékař nerozumí a nechápe je. 11% respondentů (5 respondentů) odpovědělo, že je lékař neochotný a nemá o něj jako o pacienta zájem. Vztah mezi klientem a psychiatrem je pro správnou a účinnou léčbu velmi důležitý, myslím si, že často je to podmíněno i tím, jak si psychiatr a klient „sednou jako lidé“ - ne každý typ člověka totiž vyhovuje každému.

Dalších 11% respondentů (5 respondentů) odpovědělo, že jim lékař předepisuje nevhodné léky. Několik z respondentů tuto odpověď okomentovalo tím, že se na nich po léčích projevují nežádoucí účinky, tudíž jsou dané léky nevhodné a špatné, přestože soudobým trendem je podávání spíše atypických antipsychotik s menším množstvím nežádoucích účinků. (Látalová a kol., 2013, s. 355 – 356)

U lidí nemocných schizofrenií je pravidelné brání léků velký problém. Tito lidé nejsou dost často v domácí péči vůbec schopni léky brát, protože si myslí, že jsou v pořádku a už je nepotřebují- proto je nutný přísný dohled. Řešením je také injekční podávání léků, kdy jsou klientovi jednou za 3 měsíce psychofarmaka aplikována injekčně- v našem výzkumu jsem ovšem zjistila, že ani to nemusí být pro všechny klienty přijatelné řešení. 2% respondentů (1 respondent) totiž uvedlo v odpovědi „Jiné (doplňte)“, že jsou jim příliš často podávány injekce- klientům, kterým jsou psychofarmaka podávána injekčně, jsou podávána standardně 1 x za 3 měsíce.

### Jak jste spokojen/a s péčí praktického lékaře, která je Vám zde poskytnuta?



Graf 5: Jak jste spokojen/a s péčí praktického lékaře, která je Vám zde poskytnuta?

*Položka č. 13, „Jak jste spokojen/a s péčí praktického lékaře, která je Vám zde poskytnuta?“* Na tuto položku odpovědělo 36% respondentů (17 respondentů) „výborně“ a 26% respondentů (12 respondentů) „dobře“. To znamená, že 62% respondentů je s péčí praktického lékaře spokojeno. Vysvětlují si to tím, že většina klientů v zařízení je v dobré tělesné kondici bez větších zdravotních problémů (mimo jejich psychické onemocnění), tudíž se s praktickým lékařem setkávají jen občas, probírají jen běžné záležitosti, tudíž jsou spokojeni.

Velké procento respondentů (36% respondentů, tj. 17 respondentů) na tuto položku odpovědělo „nevím/je mi to jedno“. Většina respondentů u této otázky zmínila, že jsou zdraví a u praktického lékaře nebyli vůbec nebo jenom jednou (např. na preventivní kontrole), tudíž tuto položku nemůžou posoudit.

Jen 2% respondentů (1 respondent) odpověděl „špatně“ a odůvodnil to neochotou lékaře.

V *položce č. 14 „Je něco, co Vám na péči praktického lékaře nevyhovuje?“* se zabýváme konkrétními důvody, proč respondentům praktický lékař nevyhovuje. Respondenti v této otázce měli možnost označit více odpovědí včetně odpovědi „jiné (doplňte)“.

V této položce se potvrzují zjištění z položky č. 13- 55% respondentů (26 respondentů) nemá proti péči praktického lékaře žádné výhrady- buďto je to z důvodu spokojenosti s péčí praktického lékaře, nebo z důvodu, že respondent navštěvuje praktického lékaře sporadicky. 40% respondentů (19 respondentů) uvedlo „nevím/nemůžu posoudit“. Je to z důvodu zmíněného u položky č. 13- hodně respondentů praktického lékaře nenavštěvuje.

Dalším z dílčích cílů je **zjistit, jaké volnočasové aktivity klienti využívají a co by případně změnili**. Do analýzy tohoto dílčího cíle spadají položky č. 17-20.

*V položce č. 17 „Jaké máte záliby/koníčky?“* byla opět možnost označit více možností.

79% respondentů (37 respondentů) odpovědělo, že se dívají na televizi nebo poslouchají rádio. Dost často to byla kombinace těchto činností. Takto vysoké procento si odůvodňují tím, že sledování televize či poslouchání rádia je přijatelná činnost i pro pasivnější respondenty, třeba takové, kteří nezvládají různé pohybové aktivity.

43% respondentů (20 respondentů) odpovědělo, že se účastní terapií v rámci domova. Zařízení má opravdu velký výběr různých aktivit, vybrat si může opravdu každý- od aktivit náročnějších po ty méně náročné.

40% respondentů (19 respondentů) vybralo možnost „četba knih, časopisů“. Toto vysoké procento mě samotnou překvapilo, ale když jsem se do tohoto problému dostala více, zjistila jsem, že hodně klientů pravidelně odebírá časopisy nebo noviny a hodně jich chodí do místní knihovny. Četba na rozdíl od pasivního sledování televize více zaměstnává mozek, což je podle mého názoru pro klienty se schizofrenií přínosné.

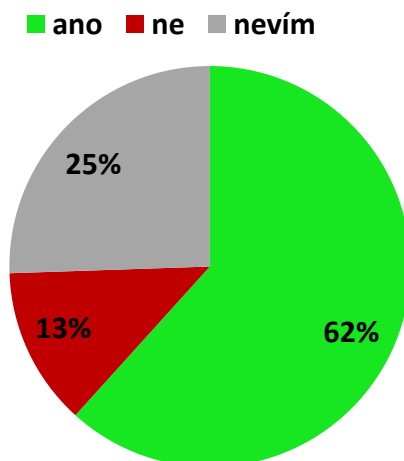
45% respondentů (21 respondentů) označilo jako svou zálibu chození na procházky. Toto číslo by bylo vyšší, ale značná část klientů má postižení pohybového ústrojí, nebo se bojí chodit ven. Tohoto strachu z vycházení se ale dá zbavit, a to nácvikem v rámci individuálních aktivit. Klienti nejdříve chodí ven jen před zařízení v doprovodu pracovníka, postupem času spolu jdou na procházku po obci. Klient se nakonec odváží jít ven úplně sám, což je splnění individuálního cíle klienta.

17% respondentů (8 respondentů) odpovědělo „ruční práce“. Podle mého názoru je toto číslo nízké z důvodu špatné motoriky respondentů a to právě z důvodu psychického onemocnění.

23% respondentů (11 respondentů) odpovědělo možností „jiné (doplňte)“. Tito respondenti jako svůj koníček uvedli spánek, úklid, stolařinu, kreslení si (2x), přírodu, psaní básní a písni (2x), jógu a mystiku, náboženství a duchovno a PC. Během mého pobytu v zařízení jsem vysledovala, že hodně klientů je opravdu šikovných co se kreslení a vyrábění různých výtvorů týče. Do těchto činností se opravdu plně ponoří, do svých děl vloží sami sebe, mají možnost vyjádřit své pocity, nálady, ale i bludy a halucinace. Pracovníci z jejich děl často poznají zhoršení nebo naopak zlepšení jejich psychického stavu.

Položka č. 18 „Myslíte, že je v Domově dostatek volnočasového vyžití? (různé terapie, společenské akce, výlety...)“

### Myslíte si, že je v Domově dostatek volnočasového vyžití?



Graf 6: Myslíte si, že je v Domově dostatek volnočasového vyžití?

62% respondentů (29 respondentů) si myslí, že v domově je dostatek volnočasového vyžití. Toto číslo bych osobně čekala o něco vyšší, protože podle mého názoru se v nabídce volnočasových aktivit najde pro každého něco. Toto podle mého názoru nízké procento respondentů si vysvětluji tím, že lidé jsou různí, každému vyhovuje něco jiného a vždy je co zlepšovat.

13% respondentů (6 respondentů) odpovědělo, že množství volnočasového vyžití v domově by mohlo být lepší. Někteří klienti ale mají nereálné požadavky, co se volnočasových aktivit týče. Některé aktivity, jako například výlety si klienti musí platit sami a ne každý má dostatek financí. V položce č. 20 se budeme zabývat detaily.

25% respondentů (12 respondentů) odpovědělo „nevím/je mi to jedno“. Mezi klienty se najdou i velmi pasivní jedinci, kteří si vystačí sami se sebou a volnočasových aktivit v rámci domova se neúčastní.

Dále budeme pokračovat položkou č. 19 „Jakých volnočasových aktivit využíváte?“. I v této položce měli respondenti možnost označit více možností. V této položce jsem se s pomocí aktivizačních pracovníků snažila vymezit co nejvíce aktivit, které lze v rámci dílen i v rámci samostatné činnosti vykonávat. Z tohoto důvodu lze vybrat z 15 možností, jednou z nich je i možnost „jiné (doplňte)“.

### Jakých volnočasových aktivit využíváte?



Graf 7: Jakých volnočasových aktivit využíváte?

Nejvíce klientů označilo možnost kreslení si (53% respondentů, tj. 25 respondentů). Velké množství klientů kreslí nebo vymalovává mandaly, velmi často vymalovávají obrázky, které jim poskytují aktivizační pracovníci.

Dále respondenti často označovali možnost „Zpívání (karaoke, s kytarou)“. Bylo to 49% respondentů (23 respondentů). Tuto aktivitu vykonávají spolu s aktivizačními pracovníci, kdy se sejdou ve společenské místnosti a aktivně nebo pasivně se účastní poslechu hudby nebo zpívání.

Hodně respondentů ve svém volném čase jezdí spolu s aktivizačními pracovníci a ostatními klienty na výlety například do zoologické zahrady nebo do kina (40% respondentů, tj. 19 respondentů). Dle mého názoru by byl počet respondentů vyšší, kdyby si tyto výlety nemuseli hradit ze svých financí, které jsou velmi omezené. Stejně procento i stejný počet respondentů označilo možnost hraní společenských her (karty, Člověče nezlob se atd.).

38% respondentů (18 respondentů) označilo možnost „Zábavné povídání, čtení, ...“. V rámci této aktivity si klienti spolu s aktivizačními pracovníci čtou různé buďto předem připravené články, texty, nebo např. komiksy. Klienti se opět účastní aktivně nebo pasivně.

Velké množství respondentů (36% respondentů, tj. 17 respondentů) se účastní různých tanečních zábav a večírků. Tyto aktivity bývají často v rámci jiných domovů nebo třeba v kulturních domech jiných obcí.

30% respondentů využívá možnosti různých sportovních aktivit, kdy se v rámci různých her účastní ping-pongu, šipek, pétanque atd. Počet respondentů účastnících se sportovních aktivit mě překvapil, bereme-li v potaz počet klientů s pohybovým postižením, tak je toto číslo opravdu velké. Stejně procento i počet klientů označilo možnost „Cvičení při hudbě“, kdy aktivizační pracovníci předvedou, někdy se cvičí podle videí z internetu, promítaných na velké TV ve společenské místnosti.

Možnost „Práce na zahradě, v parku“ označilo také celých 30% respondentů (14 respondentů). Opět, vzhledem k počtu pohybově postižených klientů je toto číslo vysoké. Klienti v rámci pracovní terapie na zahradě či v parku provádějí různé práce vzhledem k ročnímu období.

Klienti, kteří jsou dostatečně zruční, rádi pracují s překližkou (21% respondentů, tj. 10 respondentů). V rámci výtvarných dílen tak vyrábí různé jarní, velikonoční nebo vánoční ozdoby a dekorace. Nutno podotknout, že se této aktivity více účastní muži než ženy.

Aktivizační pracovnice spolu s respondenty také hrají divadlo. Této aktivity se účastní 19% respondentů (9 respondentů). Klienti nacvičí nějakou scénku nebo divadelní hru a v případě zájmu udělají pro ostatní klienty divadelní představení.

Klienti domova se mají možnost účastnit duchovní hodinky, této možnosti využívá celých 15 % klientů (7 respondentů). Do domova dochází duchovní, který je empatický, klientům naslouchá a snaží se jim dát správný směr, aby si sami zodpověděli všechny své otázky. Počet respondentů využívající možnosti duchovní hodinky se mi zdá malý, což si odůvodňuji tím, že respondenti v důsledku své nemoci ztrácí víru.

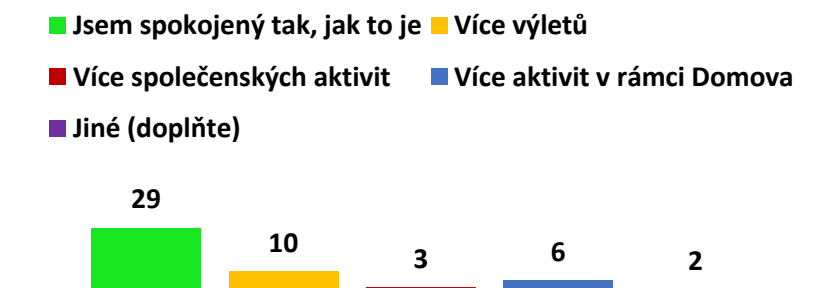
Svíčkové nebo šicí dílny se účastní pouhých 13% respondentů (6 respondentů). Podle mého názoru je tento nízký počet ovlivněn špatnou motorikou klientů, pro tyto dílny musí být klient opravdu zručný. Svíčková dílna je v zařízení novější aktivitou, takže je možné, že se k ní klienti teprve uchýlí.

9% respondentů (8 respondentů) odpovědělo možností „jiné (doplňte)“. Tito respondenti často odpovídali, že v rámci volnočasových aktivit píšou texty básní a písní, účastní se ranních setkání (např. úvod do reality) nebo rádi chodí na koncerty.

15% respondentů (7 respondentů) odpovědělo, že nevyužívají žádných volnočasových aktivit. Mezi tyto respondenty patří klienti s horším průběhem psychického onemocnění, kterým trpí. Tito klienti nevyhledávají žádné aktivity ani sociální kontakty.

*V položce č. 20 mohli respondenti vyjádřit, jakých volnočasových aktivit by uvítali více.*

### Jakých volnočasových aktivit byste uvítal/a více?



Graf 8: Jakých volnočasových aktivit byste uvítal/a více?

V této položce mohli respondenti označit více možností.

Jako pozitivní se mi jeví výsledek, že s volnočasovými aktivitami je spokojených 62% respondentů (29 respondentů). Více výletů by uvítalo 21% respondentů (10 respondentů). Tyto výlety, jak už jsem zmiňovala výše, si klienti platí sami a ne každý má dostatečné množství financí, proto si myslím, že větší množství výletů by bylo jen pro malou část klientů a že by se to nevyplatilo.

Za více společenských akcí jako třeba plesy a koncerty by bylo rádo 6% respondentů (3 respondenti). Tyto společenské akce jsou náročné na přípravu, na čas i na finance, proto si myslím, že jejich množství je úměrné. Ne všichni klienti o takovéto akce stojí, nejsou na ně zvyklí, bývá tam spousta lidí, hluk a to ne každý v rámci svého zdravotního stavu zvládá.

13% respondentů (6 respondentů) uvedlo, že by mohlo být více aktivit v rámci Domova. Tímto jsou myšleny aktivity výtvarné, hudební nebo pohybové. Podle mého zjištění se ale v domově pravidelně realizuje velké množství aktivit.

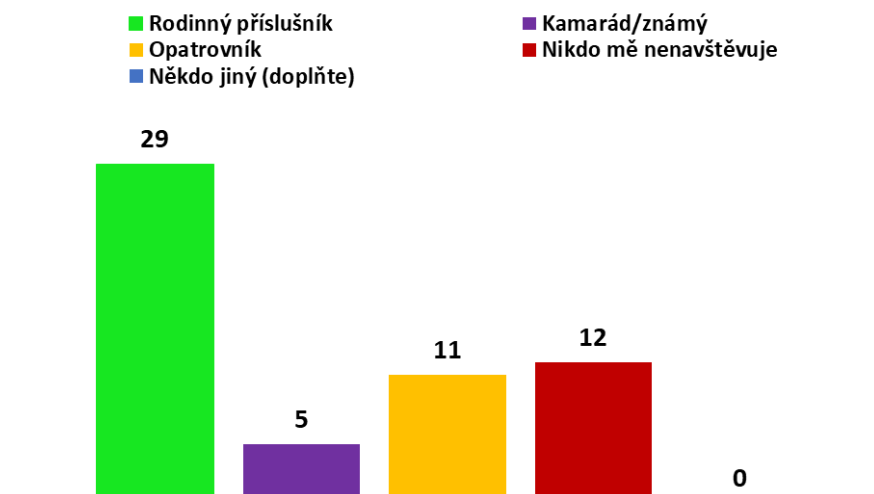
Jen 4% respondentů (2 respondenti) označilo možnost „Jiné (doplňte)“. Tito respondenti by konkrétně uvítali domácí zabijačky nebo individuální aktivity. Domácí zabijačky v Domově občas bývají, ale pro finanční a časovou náročnost to nebývá často.

Nyní se budeme zabývat dílčím cílem „Zjistit, jestli mají klienti v Domově dostatek sociálních kontaktů.“ Do analýzy tohoto cíle patří *položky č. 15 a č. 16.*

*V položce č. 15 se respondentů ptáme, jestli je v Domově někdo navštěvuje.*

V této položce měli respondenti možnost označit více možností a také vybrat možnost „Někdo jiný (doplňte)“.

### Navštěvuje Vás v Domově někdo?



Graf 9: Navštěvuje Vás v Domově někdo?



62% respondentů (29 respondentů) odpovědělo, že je navštěvuje rodinný příslušník. Takto vysokým číslem jsem byla překvapená, protože v průběhu mého pobytu v zařízení jsem zjistila, že hodně respondentů se jejich rodina úplně zřekla. Při rozhovorech s pracovníky zařízení mi bylo sděleno, že za klienty rodinní příslušníci jezdí, ale většinou jen velmi sporadicky. Jsou zde i starší klienti, kteří například rodinu už ani nemají.

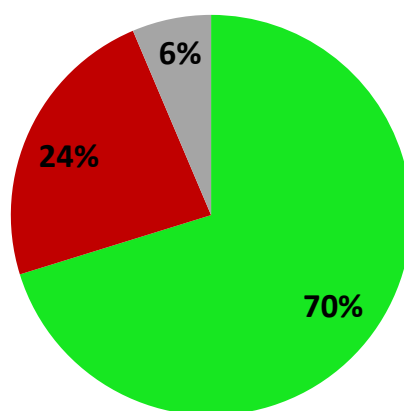
Kamarádi nebo známí navštěvují 11% respondentů (5 respondentů). Toto vcelku nízké číslo si vysvětluji tím, že klienti se schizofrenií se v důsledku své nemoci sociálním kontaktům vyhýbají, takže moc kamarádů nebo známých ani nemají. Hodně klientů také už řadu let pobývá v zařízeních pobytového typu, takže dříve existující sociální kontakty už v této době nemusí být aktuální.

23% respondentů (11 respondentů) uvedlo, že je navštěvuje opatrovník. Asi 75% respondentů je zbaveno svéprávnosti a je jim soudem udělen opatrovník. Často je to někdo z rodiny nebo veřejný opatrovník. Zde je pojmem opatrovník myšlen veřejný opatrovník, který se svým klientem probírá praktické záležitosti.

Bohužel, celých 26% respondentů (12 respondentů) označilo možnost „Nikdo mě nenavštěvuje“. Jak jsem již u této položky zmínila, nemoc schizofrenie je mimo halucinace a bludy typická omezením sociálních kontaktů, což se v této položce potvrdilo. Někteří klienti o kontakt ani nestojí.

### Máte v Domově nějaké kamarády/známé, se kterými si můžete popovídat?

■ Ano ■ Ne ■ Nevím/ je mi to jedno



Graf 10: Máte v Domově nějaké kamarády/známé, se kterými si můžete popovídat?

V položce č. 16 se respondentů ptáme, jestli mají v domově někoho blízkého, s kým si mohou popovídat.

70% respondentů (33 respondentů) označilo možnost „Ano“.

Mezi negativní symptomy schizofrenie patří mimo jiné i neschopnost sociálních kontaktů a nezájem o ně. 24% respondentů (11 respondentů) uvedlo, že v domově žádného známého nebo kamaráda nemají.

Možnost „Nevím/ je mi to jedno“ zakroužkovalo 6% respondentů (3 respondenti).

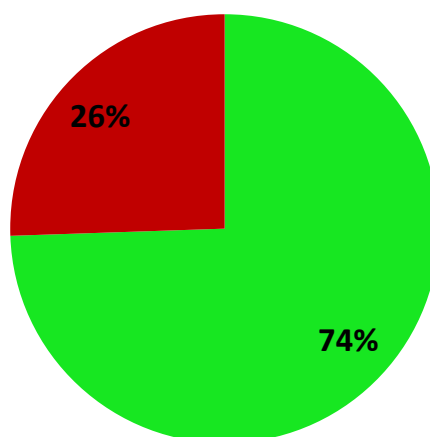
Mít někoho, s kým může klient sdílet své radosti i trápení je pro psychický stav člověka velmi důležité. Někteří klienti ale nestojí o jakýkoliv kontakt a některým se ostatní klienti domova nezdají pro přátelství dost dobří.

Dalším dílčím cílem je „**Zjistit, co by klienti chtěli změnit nebo vylepšit na bydlení a stravě v domově.**“ Spadají sem položky č. 3-8.

Položka č. 3 „Jste spokojený/á s bydlením tady v Domově?“

### Jste spokojený/á s bydlením tady v Domově?

■ Ano ■ Ne ■ Nevím/ je mi to jedno



Graf 11: Jste spokojený/á s bydlením tady v Domově?

Na tuto položku odpovědělo 74% respondentů (35 respondentů), že jsou s bydlením v domově spokojeni. Toto procento se mi jeví jako vcelku vysoké, ale vždy je co zlepšovat.

26% respondentů (12 respondentů) uvedlo, že s bydlením spokojeni nejsou.

Těchto 26% respondentů odpovídalo na položku č. 4, kde uváděli *konkrétní důvod, co jim na bydlení v domově nevyhovuje*. Respondenti měli možnost označit více možností a také označit možnost „Jiné (doplňte)“. Relativní četnost se zde počítá z čísla 12, tj. počet respondentů, kteří v položce č. 3 uvedli, že jim bydlení v domově nevyhovuje.

Nejvíce respondentů (33% respondentů, tj. 4 respondenti) uvedlo, že jim na bydlení nevyhovuje prostředí, ostatní klienti a jídlo.

Dále respondenti (25% respondentů, tj. 3 respondenti) odpovídali, že jim nevyhovuje personál, omezené finance a režim v domově.

V neposlední řadě 8% respondentů (1 respondent) uvedlo, že jim nevyhovují aktivity v domově a jejich pokoj.

Žádný z klientů neoznačil možnost „Jiné (doplňte)“.

*Položka č. 5 „Líbí se Vám Váš pokoj?“*



Graf 12: Líbí se Vám Váš pokoj?

87% respondentů (41 respondentů) uvedlo, že se jim jejich pokoj líbí. Tímto vysokým číslem nejsem překvapená, měla jsem možnost do pokojů respondentů nahlédnout- jsou tak akorát velké, vymalované příjemnými barvami a vybavené hezkým nábytkem. Klienti mají možnost si pokoj vyzdobit podle vlastního vkusu, mohou si jej vyzdobit koupenými nebo vlastními namalovanými obrázky a jinými výtvy.

6,5% respondentů (3 respondenti) uvedlo, že se jim jejich pokoj nelíbí.

Možnost „Nevím/ je mi to jedno“ zakroužkovalo 6,5% respondentů (3 respondenti).

V položce č. 6 respondenti uváděli, jestli by na svém pokoji něco změnili. Na tuto položku měli možnost odpovědět více možnostmi a také možností „Jiné (doplňte)“.

64% respondentů (30 respondentů) odpovědělo, že by nezměnili nic a jejich pokoj se jim líbí.

11% respondentů (5 respondentů) odpovědělo, že se jim jejich pokoj zdá moc malý. Jako moc velký svůj pokoj neoznačili žádní respondenti (0%).

4% respondentů (2 respondenti) se nelíbí vymalování pokoje. Klienti nemají možnost vybrat si barvu výmalby svého pokoje, ale jejich pokoje jsou vymalovány příjemnými, tlumenými, ne křiklavými barvami jako třeba světle hnědá, meruňková...

9% respondentů (4 respondenti) označilo možnost „Nelíbí se mi nábytek/ rád/a bych zde měl/a svůj vlastní“. Klienti nemají možnost vybavit si v zařízení svůj pokoj např. nábytkem ze svého předchozího domova. Pokoje jsou zařízeny standardně, a pokud klient nějaký nábytek opravdu chce, může si je za svoje finance koupit, musí to ovšem schválit vedoucí přímé péče.

17% respondentů (8 respondentů) je nespokojeno se soužitím se svým spolubydlícím. V zařízení je 27 jednolůžkových a 10 dvoulůžkových pokojů. Bohužel, ne každý klient je bezproblémový, může se například stát, že některých z klientů na dvoulůžkovém pokoji trpí nespavostí, v noci vykřikuje a může rušit toho druhého. Jestliže jsou problémy většího a dlouhodobějšího charakteru, pracovníci je řeší nejdříve domluvou, až když domluva nepomůže, řeší se stěhování klienta. Všichni klienti, kterých se stěhování týká, s tím ale musí souhlasit.

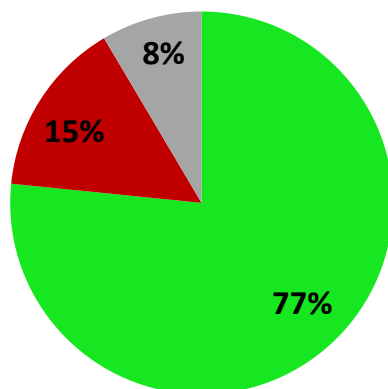
Bylo pro mě překvapením, že se našel klient, který na jednolůžkovém pokoji a stál by o spolubydlícího (2% respondentů, tj. 1 respondent). Tento klient se pravděpodobně cítí osamoceně a uvítal by společníka, se kterým by si mohl popovídat a trávit s ním volný čas.

2% respondentů (1 respondent) označil možnost „Jiné (doplňte)“ a uvedl, že by na pokoji chtěl televizi. Klienti mají možnost si TV za své finanční prostředky kdykoliv koupit. K dispozici mají také společenskou místnost, kde mají možnost sledovat televizi bez omezení.

Položka č. 7 „Chutná Vám jídlo, které Vám zde vaří?“

### Chutná Vám jídlo, které Vám zde vaří?

■ Ano ■ Ne ■ Nevím/ Je mi to jedno



Graf 13: Chutná Vám jídlo, které Vám zde vaří?

Možností „Ano“ odpovědělo 77% respondentů (36 respondentů).

15% respondentů (7 respondentů) odpovědělo, že jim jídlo v zařízení nechutná.

8% respondentů (4 respondenti) uvedlo „Nevím/ Je mi to jedno“.

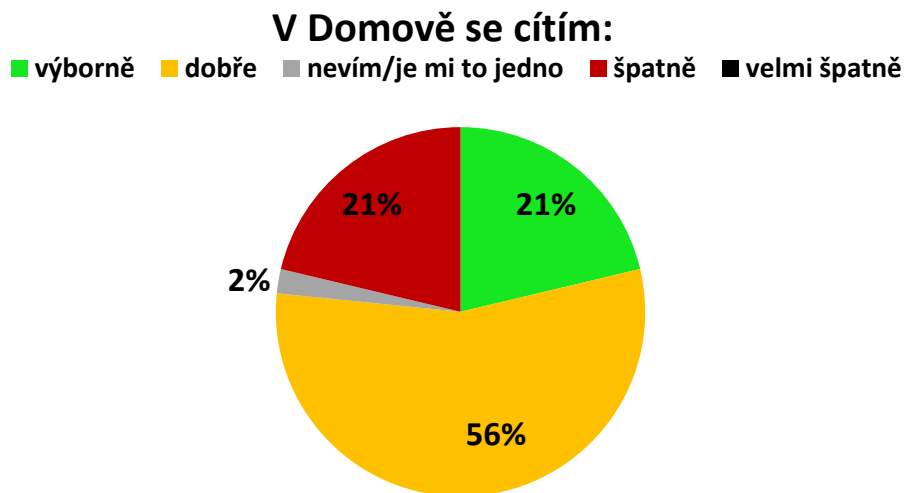
V položce č. 8 se respondentů ptáme, jestli by na jídle něco změnili. Respondenti měli možnost označit více možností a taky si vybrat možnost „Jiné (doplňte)“.

51% respondentů (24 respondentů) uvedlo, že by na jídle nic nezměnili.

28% respondentů (13 respondentů) by změnilo skladbu jídla, 13% respondentů (6 respondentů) uvedlo, že by změnilo velikost porcí, nevyhovuje jim ochucení jídel a nelíbí se jim, že se jídla často opakují.

4% respondentů (2 respondenti) označili možnost „Jiné (doplňte)“, kdy si jeden klient stěžuje na své alergie na jídlo a další klient uvádí, že má vlastní stravovací návyky.

Dalším dílčím cílem je **zjistit, jak se respondenti v Domově cítí**. V tomto dílčím cíli se analyzuje jen položka č. 2 „V Domově se cítím:“



Graf 14: V domově se cítím:

Na tuto položku měli respondenti možnost odpovídat pomocí pěti obrázkových smajlíků.

Možnost „výborně“ si vybralo 21% respondentů (10 respondentů).

56% respondentů (26 respondentů) odpovědělo, že se v domově cítí dobře.

Pouze 1 respondent (2% respondentů) uvedl, že neví (nebo je mu to jedno).

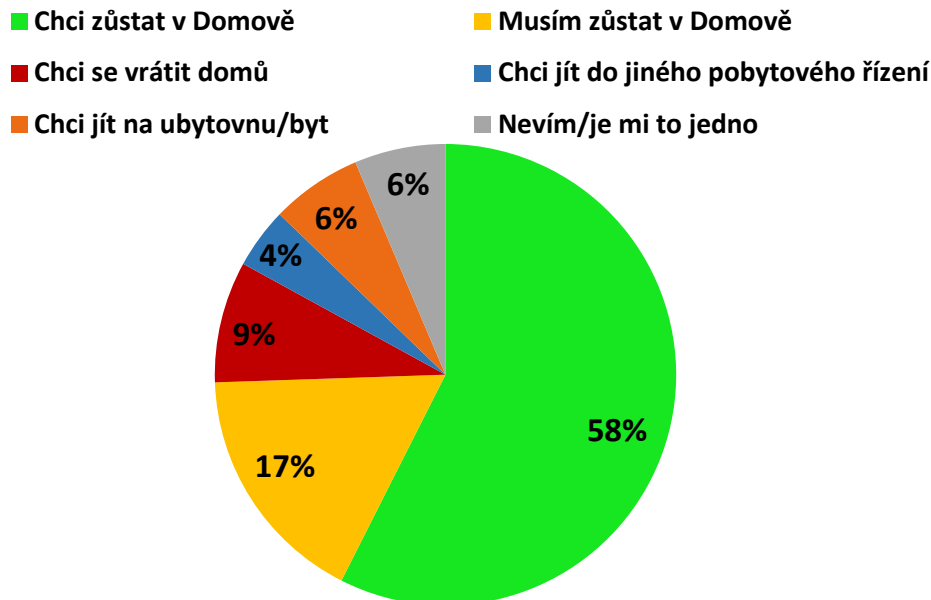
21% respondentů (10 respondentů) se v domově cítí špatně. Žádný z respondentů neuvedl možnost „velmi špatně“.

Výsledek této položky je vcelku pozitivní, 77% respondentů je s životem v domově spokojeno. 21% respondentů odpovědělo, že se v domově cítí špatně. Důvody jsme rozebrali už výše, v rámci jiných dílčích cílů a jiných položek.

Posledním dílčím cílem je **zjistit, který typ prostředí by klienti preferovali pro svůj život**. Analýza tohoto dílčího cíle se týká *položky č. 21*.

*Položka č. 21 „Chcete žít v Domově i nadále, nebo byste rád/a šel/šla někam jinam?“*

## Chcete žít v Domově i nadále, nebo byste rád/a šel/šla někam jinam?



Graf 15: Chcete žít v Domově i nadále, nebo byste rád/a šel/šla někam jinam?

58% respondentů (27 respondentů) uvedlo, že v Domově chce zůstat. Spousta klientů si je své nemoci vědoma a ví, že v jiném prostředí, například doma, by nebyli schopni žít, postarat se o sebe a běžně fungovat.

17% respondentů (8 respondentů) označilo možnost „Musím zůstat v Domově“. Tato skupina klientů by uvítala změnu prostředí, cítí se schopni samostatného života, ale nemají kam jít a toho si jsou vědomi.

9% respondentů (4 respondenti) se chtějí vrátit domů. Bohužel, často by se o ně neměl kdo starat nebo by se ani neměli kam vrátit- ono „domů“, které si klienti z dřívějšíka pamatují, už totiž dávno nemusí být.

4% (2 respondenti) by chtělo jít do jiného pobytového zařízení. Některým tento domov natolik nevyhovuje, že by chtěli jít do jiného zařízení pobytového typu. Myslím, že tito klienti mají od jiných domovů neúměrné očekávání, myslí si, že by se tam měli lépe, přitom rozdíly v těchto domovech nejsou tak markantní.

6% respondentů (3 respondenti) by chtěli jít na ubytovnu nebo na byt. Bohužel, jak jsem již zmínila, asi 75% klientů je omezeno ve svéprávnosti, takže nemohou sami o sobě roz-

hodovat. Velká většina klientů, ne-li všichni klienti by nebyli schopni samostatného života. Existuje možnost chráněného bydlení, i to má ale své pravidla a zásady a ne každý přes tato pravidla projde.



## 6 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Výzkumného šetření se zúčastnilo 47 klientů Domova se zvláštním režimem Loučka, což je 100% klientů tohoto zařízení, z toho 29 mužů a 18 žen, ve věkovém rozmezí 35 – 80 let.

Je nutné uvést, že respondenti jsou vážně psychicky nemocní lidé (primární diagnóza schizofrenie) a výsledky výzkumu mohou být ovlivněny jejich onemocněním.

Hlavním výzkumným cílem této bakalářské práce bylo popsat život klientů v domově se zvláštním režimem a zjistit míru jejich spokojenosti se životem v domově. Zaměřila jsem se na pět oblastí života klientů se schizofrenií v Domově se zvláštním režimem Loučka, které jsou podle mého názoru důležité. Tyto oblasti jsem zahrnula do dílčích cílů této práce.

**První dílčím cílem bylo zjistit, nakolik jsou klienti spokojeni s personálem a s lékařskou péčí, která je jim v domově poskytována, případně co konkrétně jim nevyhovuje.** Asi 79% klientů jsou s jednáním personálu ke své osobě spokojeni (odpověděli buď možností „výborně“ nebo „dobře“). 8% respondentů označilo možnost „nevím/je mi to jedno“ a 13% respondentů není spokojeno s jednáním personálu ke své osobě (označena možnost „špatně“).

83% respondentů tvrdí, že jejich soukromí je zajištěno a respektováno. Toto procento se mi zdá vzhledem k povaze onemocnění respondentů velmi uspokojující. 13% respondentů není spokojeno se zajištěním a respektováním jejich soukromí. Pouhé 4% respondentů označili možnost „Nevím/ Je mi to jedno“.

Látalová, Praško, Sigmundová, Havlíková a Vrbová (2013, s. 344) uvádějí, že se paranoidní schizofrenie projevuje bludy většinou doprovázenými halucinacemi a poruchami vnímání. Nemocný si myslí, že jej jiní lidé ohrožují, sledují a pronásledují. Nemocný může být velmi vztahovačný.

36% respondentů je spokojeno s péčí psychiatra (označena možnost „výborně“), 42% respondentů označilo možnost „dobře“. 11% respondentů neví nebo jim to je jedno. 11% respondentů není spokojeno s psychiatrickou péčí v domově (označena možnost „špatně“). Jelikož do domova dochází jen jeden psychiatr, který má v domově na starosti všechny klienty, může se stát, že některému z respondentů daný psychiatr nevyhovuje.

Respondentům nejčastěji na psychiatrické péči nevyhovuje právě lékař (11% respondentů), dále 9% respondentů má pocit, že jim lékař nerozumí, 11% respondentů ze strany lékaře

cítí neochotu a nezájem, stejné množství respondentů (11%) není spokojeno s léky, které jim doktor předepisuje. 2% respondentů (tj. pouze 1 respondent) si myslí, že jsou mu příliš často podávány injekce. 6% respondentů tuto otázku nemůže posoudit (nebo neví), 64% respondentů proti psychiatrické péči nemá žádné výhrady.

Na položku týkající se spokojenosti s péčí praktického lékaře odpovědělo 36% respondentů „výborně“, 36% respondentů označilo možnost „nevím/je mi to jedno“- důvodem je to, že mnoho respondentů ještě praktického lékaře ani nenavštívilo, tudíž nemůžou na tuto položku odpovědět. 26% respondentů označilo možnost „dobře“, pouhé 2% respondentů není s péčí praktického lékaře spokojeno (označena možnost „špatně“).

Důvodů, proč respondentům praktický lékař nevyhovuje, není moc. 4% respondentů označila možnost „Nezájem, neochota lékaře“, dalších 55% respondentů nemá výhrady a 40% respondentů uvedlo „Nevím, nemůžu posoudit“. Závěrem tedy je, že většina respondentů k praktickému lékaři nedochází buďto vůbec nebo velmi málo, nemůžou tedy posoudit jeho kvality.

Nyní se dostáváme ke druhému dílčímu cíli, a to **zjistit, jaké volnočasové aktivity klienti využívají a co by případně změnili**. Respondenti odpovídali na položku, jaké mají záliby a koníčky. Největší počet respondentů (79%) označil možnost sledování televize nebo poslech rádia. 45% respondentů rádi chodí na procházky, 43% respondentů se účastní terapií v rámci domova, 40% respondentů se věnuje četbě knih nebo časopisů, 17% respondentů se věnuje ručním pracím. 23% respondentů označilo možnost „Jiné (doplňte)“, kde uvedli, že mezi jejich koníčky patří stolařina, úklid, spánek, kreslení, příroda, psaní básní a písní, jóga a mystika, náboženství a duchovno, PC. Většina klientů domova je velmi aktivních, nezahálí a smysluplně tráví svůj volný čas.

Další položka se týká spokojenosti s volnočasovým vyžitím v Domově. 62% respondentů uvedlo, že jsou spokojení. 13% respondentů si myslí, že by to mohlo být lepší a 25% respondentů to nezajímá (nebo neví).

V následující položce klienti označovali, jakých volnočasových aktivit využívají. Nejčastěji to je kreslení si (53% respondentů), zpívání (buď karaoke, nebo s kytarou – 49% respondentů), 40% respondentů rádo jezdí na výlety a hraje různé společenské hry, 38% respondentů se účastní zábavného povídání, čtení, 36% respondentů se účastní různých tanečních zábav a večírků. 30% respondentů ráda pracuje na zahradě nebo v parku, stejné množství respondentů chodí cvičit při hudbě a věnuje se různým sportovním aktivitám. Dalších 21%

respondentů baví práce s překližkou, 19% respondentů se účastní nácviku různých scének a divadelních her, 15% respondentů se účastní duchovní hodinky, 13% respondentů chodí tvořit do svíčkové a šicí dílny. 9% respondentů označilo možnost „Jiné (doplňte)“ kde napsalo, že píše texty básní a písní, účastní se ranních setkání (úvod do reality) a rádi chodí na koncerty.

15% respondentů uvedlo, že se neúčastní žádných volnočasových aktivit.

V další položce respondenti odpovídali, jakých volnočasových aktivit by uvítali více. Nejčastěji uvedli, že jsou spokojeni tak, jak to je (60% respondentů). 21% respondentů by uvítalo více výletů, 6% respondentů by rádi chodili na více společenských akcí, 13% respondentů by chtělo více aktivit v rámci domova (výtvarné, hudební, ...). 4% respondentů odpověděli možností „Jiné (doplňte)“ a uvedli, že by chtěli dělat domácí zabijačky nebo by uvítali více individuálních aktivit.

Třetím dílčím cílem bylo **zjistit, jestli mají klienti v domově dostatek sociálních kontaktů.**

Respondenti odpovídali na položku, jestli je v domově někdo navštěvuje. Respondenti mohli označit více možností. Nejvíce jich označilo možnost, že je navštěvuje nějaký rodinný příslušník (62% respondentů), dále opatrovník (23% respondentů), kamarád nebo známý (11% respondentů). 26% respondentů nikdo nenavštěvuje.

Naše zjištění koresponduje s tvrzením Látalové a kol. (2013, s. 359), že příbuzní často mají problém s komunikací s duševně nemocným a nemocného se zřeknou. V případě našeho výzkumného souboru rodinný příslušník navštěvuje 62% respondentů.

Další položkou byla otázka, zdali klienti mají v domově nějaké kamarády nebo známé, někoho, s kým si můžou popovídat. 70% respondentů odpovědělo, že ano, 24% respondentů odpovědělo, že ne. 6 respondentů uvedlo „Nevím/ Je mi to jedno“.

Češková (2006, s. 186) uvádí, že někteří jedinci se schizofrenií mohou vcelku dobře fungovat i přes přetrvávající pozitivní symptomy nemoci.

Výsledky našeho výzkumu korespondují s tvrzením Češkové.

Čtvrtým dílčím cílem bylo **zjistit, co by klienti chtěli změnit nebo vylepšit na bydlení a stravě v domově**. Na položku týkající se spokojenosti s bydlením v domově odpovědělo celých 74% respondentů, že jsou spokojeni. 26% respondentů uvedlo, že spokojení nejsou. Pokud respondenti uvedli, že nejsou spokojeni s bydlením v domově, odpovídali na položku č. 4. Součástí této položky bylo uvést, co konkrétně jim na bydlení v domově nevyhovuje. 33% respondentů uvedlo, že se jim nechutná jídlo, stejný počet respondentů uvedl, že se jim nelíbí prostředí a nevyhovuje jim soužití s ostatními klienty v domově. 25% respondentů není spokojeno s personálem, stejný počet respondentů uvedl, že nejsou spokojeni se svými omezenými financemi a režimem v domově. 8% respondentů se nelíbí pokoj a aktivity v domově.

V další položce respondenti odpovídali, zda se jim líbí nebo nelíbí jejich pokoj. 87% respondentů uvedlo, že se jim líbí, 6,5% respondentů uvedlo, že se jim nelíbí. 6,5% respondentů je to jedno (nebo neví).

V další položce se ptáme, jestli je něco, co by klienti na svém pokoji změnili. 64% respondentů by nezměnilo nic. 17% respondentů uvedlo, že jim nevyhovuje soužití s jejich spolubydlicím. 11% respondentů se jejich pokoj zdá příliš malý, 9% respondentů se nelíbí nábytek v pokoji nebo by tam rádi měli svůj vlastní. 4% respondentů se nelíbí, jak je pokoj vymalovaný. 2% respondentů uvedlo, že by chtělo spolubydlicího. 2% respondentů chce na pokoji televizor.

Jestli respondentů chutná jídlo zodpovídají v položce č. 7. 77% respondentů uvedlo, že jim chutná, 19% respondentů jídlo v zařízení nechutná. 4% respondentů označilo možnost „nevím/ je mi to jedno“.

Pro klienty je zajištěna celodenní strava. Stravování v zařízení je odpovídající věku klientů, zásadám racionální výživy a většině klientů jídlo vařené v zařízení chutná. Bohužel, zavděčit se v této oblasti každému opravdu nejde. Během svého pobytu v zařízení jsem zjistila, že hodně klientů má hodně zvláštní chutě, kterým běžná kuchyně opravdu nemůže vyhovět. Nebylo pro mě překvapením, že hodně klientů by v jídelničce uvítalo více tučných potravin jako sádlo, bůček, ale například i více masa.

Mezi vedlejší účinky psychofarmak často patří velké přibírání na váze a obezita, takže zařízení tomu přizpůsobuje skladbu jídelníčku. Složení stravy je také ovlivněno ekonomickou situací zařízení.

V následující položce (položce č. 8) měli respondenti možnost uvést, co by změnili na jídle, které v zařízení vaří (možnost označit více možností). 51% respondentů by nezměnilo nic a s jídlem jsou spokojeni. 28% respondentů by změnilo skladbu jídla, 13% respondentů uvedlo, že by upravili velikost porcí, dochucení jídel a také jim vadí často se opakující jídla.

Pátým dílčím cílem bylo **zjistit, jak klienti pocitově hodnotí atmosféru v domově**. Většina respondentů (77% respondentů) jsou v domově spokojeni. Konkrétně 21% respondentů označilo možnost „výborně“ a 56% respondentů označilo možnost „dobře“. 21% respondentů uvedlo, že se v domově cítí špatně. Jen 2% respondentů uvedla „nevím/ je mi to jedno“. O konkrétních důvodech spokojenosti (nebo nespokojenosti) jsme se dozvěděli v ostatních dílčích cílech.

Šestým dílčím cílem bylo **zjistit, který typ prostředí by klienti preferovali pro svůj život**. 58 procent respondentů uvedlo, že chce v domově zůstat. 17% respondentů uvedlo, že v domově musí zůstat. 9% respondentů se chce vrátit domů, 4% respondentů by chtěly jít do jiného pobytového zařízení. 6% respondentů by chtělo jít na ubytovnu nebo byt a stejnému počtu respondentů je to jedno (nebo neví).

Myslím, že na tento výzkum by bylo možné navázat dalším šetřením srovnávajícím více domovů se zvláštním režimem s Domovem se zvláštním režimem Loučka. Vybírala bych mezi zařízeními s co nejpodobnější cílovou skupinou a srovnávala kvalitu péče, prostředí, poskytované služby atd.

Naše výzkumné šetření je velmi specifické a v daném zařízení ojedinělé, proto výsledky nelze generalizovat.

## 6.1 Doporučení pro praxi

V předchozí kapitole jsme shrnuli výsledky výzkumu zaměřeného na spokojenost klientů v Domově se zvláštním režimem Loučka. Z těchto výsledků lze vyvodit určitá doporučení pro toho zařízení.

Z výzkumu vyplynulo, že většina klientů (58 %) je v domově spokojena, najde se ovšem část klientů, která má vůči různým oblastem života v domově výtky.

Značné procento respondentů by něco změnilo na svém pokoji. Klientům by se zajisté líbilo vybrat si barvu výmalby svého pokoje. Bylo by také dobré zvážit možnost vlastního nábytku klientů v pokojích. Dále je určitě důležité sledovat požadavky klientů týkajících se bydlení na jednolůžkových či dvoulůžkových pokojích. Problematictí klienti mohou rušit své možná neproblematické spolubydlící, kteří tak mohou trpět. Ne každému také vyhovuje bydlet sám, někdo o společnost kamaráda či známého stojí.

Bylo by dobré zvážit pestřejší jídelníček, ideální by bylo, kdyby klienti měli na výběr z více než jen jednoho jídla- každý by si tak přišel na své.

Dále poznatky k psychiatrické i praktické péči v domově. Klienti mají možnost docházet pouze k jednomu psychiatrovi či praktikovi a ne každému to musí vyhovovat. Určitě by nebylo od věci umožnit klientům vybrat si svého lékaře.

Někteří klienti by uvítali více individuálních aktivit- bylo by tedy dobré umožnit klientům trávit svůj volný čas aktivitami dle vlastního výběru s aktivizačním, případně klíčovým pracovníkem.

Klienti by také rádi častěji jezdili na různé výlety, ale často na to bohužel nemají finanční prostředky. Doporučuji tedy alespoň jednou do roka uspořádat výlet pro všechny klienty (ty, co o to mají zájem) bez ohledu na jejich finanční prostředky.

## ZÁVĚR

Schizofrenie je velmi závažné a celoživotní onemocnění. Ani v dnešní době není jednoznačná odpověď na otázku, co je příčinou tohoto onemocnění.

Protože společné soužití a péče o takto nemocného člověka je velmi složitá a mnohdy problematická, rodina je někdy nucena uchýlit se ke krajnímu řešení- k umístění nemocného do zařízení pobytového typu. Ale bohužel, takových zařízení konkrétně ve Zlínském kraji rozhodně není dostatek.

V teoretické části mé bakalářské práce jsem se zabývala popisem a charakteristikou onemocnění, sociální prací s duševně nemocnými lidmi, dopadem schizofrenie na život nemocného a životem klientů v Domově se zvláštním režimem Loučka. Snažila jsem se popsat chod tohoto zařízení, složení a kompetence personálu a režim klientů.

V praktické části této práce jsem se zabývala životem klientů v takovém zařízení- v domově se zvláštním režimem. V rámci našeho výzkumu jsem se snažila zjistit, co klientům na tomto životě vyhovuje a co naopak ne, jak by šel jejich život zkvalitnit a co nejvíce přiblížit životu v přirozeném domácím prostředí.

Výzkum ukázal, že většina klientů je v Domově se zvláštním režimem Loučka spokojená a cítí se zde dobře. Zařízení je uzpůsobeno individuálním potřebám klientů a personál je na práci s psychicky nemocnými lidmi vyškolen.

Je samozřejmé, že se nelze zavděčit úplně všem. Každý klient má jiné potřeby a požadavky a je obtížné skloubit potřeby tolika klientů v jeden komplexní fungující celek. V našem výzkumu jsme nezjistili žádné závažné prohřešky ze stran zařízení, klienti jsou většinou spokojeni s bydlením v domově, s personálem i se stravou, která je v domově podávána. V domově je také velké množství volnočasových aktivit, dá se říct, že si každý přijde na své.

Většina klientů si přeje v domově zůstat a prožít zde svůj život. Úkolem zařízení je těmto lidem umožnit žít život co nejvíce po svém, bez toho aniž by ublížili sami sobě nebo ostatním.

S touto nemocí se ve svém blízkém okolí může setkat kdokoliv z nás. Snažme se tedy těmto lidem porozumět a být vůči nim tolerantní.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4287-1.
- [2] COHEN, Robert M. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.
- [3] ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmir, ed. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- [4] ČEŠKOVÁ, Eva. Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, c2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7.
- [5] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0197-9.
- [6] HOFBAUER, Břetislav. Děti, mládež a volný čas. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-927-5.
- [7] HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
- [8] HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed. Psychiatrie. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
- [9] CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
- [10] JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
- [11] KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy ...* Olomouc: ANAG, 2007. Práce, mzdy, pojištění.
- [12] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [13] MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.



- [14] MALÁ, Eva. Schizofrenie v dětství a adolescenci. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0737-3.
- [15] MARŠÁLEK, Michal. Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf, c2007. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-116-5.
- [16] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.
- [17] MIKULKOVÁ, Ludmila a Daniel SITKO. Domov pro seniory Loučka, Domov se zvláštním režimem Loučka, Loučka, METODIKA Č. 1 (sociální), Jednání se zájemcem o službu, 2018.
- [18] MIKULKOVÁ, Ludmila a Daniel SITKO. Domov pro seniory Loučka, Domov se zvláštním režimem Loučka, Loučka, METODIKA Č. 4 (sociální), Individuální plánování průběhu sociální služby, 2018)
- [19] MIKULKOVÁ, Ludmila. Domov pro seniory Loučka, Domov se zvláštním režimem Loučka, Loučka, METODIKA Č. 5 (sociální), O sociální agendě klientů, 2018.
- [20] MIKULKOVÁ, Ludmila. Domov pro seniory Loučka, Domov se zvláštním režimem Loučka, Loučka, METODIKA Č. 6 (sociální), O hotovostních účtech, vkladních knížkách a cennostech klientů, 2018.
- [21] MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3323-1.
- [22] MUSIL, Jiří V. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1153-9.
- [23] OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- [24] OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
- [25] PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [26] PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

- [27] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [28] PRŮCHA, Jan, Jiří MAREŠ a Eliška WALTEROVÁ. Pedagogický slovník. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.
- [29] STYX, Petr. O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.
- [30] VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Internetové zdroje:

- [31] Domov pro seniory Loučka [online]. Loučka: Domov pro seniory Loučka, 2019 [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <http://www.dsloucka.cz/domu/dzr-obecne-informace/>
- [32] Katalog sociálních služeb ve Zlínském kraji [online]. Hradec Králové: DERS, 2018 [cit. 2019-02-15]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzbyzk.cz/sluzby/domov-se-zvlastnim-rezimem-loucka-506/>
- [33] MOTLOVÁ, Lucie a Eva DRAGOMIRECKÁ, 2003. *Schizofrenie a kvalita života*. [online] . [cit.2013-03-25]. Dostupné z: [www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2003/02/02\\_2003\\_02.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2003/02/02_2003_02.pdf)
- [34] MUSIL, L. HUBÍKOVÁ, O. KUBALČÍKOVÁ, K. Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory: závěrečná práce z výzkumu. Praha: VÚPSV, 2006

Jiné:

- [35] Rozhovor s Ludmilou MIKULKOVOU, sociální pracovnící DZR Loučka. Loučka 1. 3. 2019.
- [36] Rozhovor se Světlanou ČUREČKOVOU, výchovně nepedagogickou pracovnící, 28. 2. 2019.

**SEZNAM PŘÍLOH**

Graf 1: Pohlaví respondentů .....	36
Graf 2: Jak s Vámi jedná personál? .....	38
Graf 3: Je zde zajištěno a respektováno Vaše soukromí? .....	39
Graf 4: Jak jste spokojen/a s psychiatrickou péčí, která je Vám zde poskytnuta? .....	40
Graf 5: Jak jste spokojen/a s péčí praktického lékaře, která je Vám zde poskytnuta? .....	42
Graf 6: Myslíte si, že je v Domově dostatek volnočasového vyžití? .....	44
Graf 7: Jakých volnočasových aktivit využíváte? .....	45
Graf 8: Jakých volnočasových aktivit byste uvítal/a více? .....	47
Graf 9: Navštěvuje Vás v Domově někdo? .....	48
Graf 10: Máte v Domově nějaké kamarády/známé, se kterými si můžete popovídat? .....	49
Graf 11: Jste spokojený/á s bydlením tady v Domově? .....	50
Graf 12: Líbí se Vám Váš pokoj? .....	51
Graf 13: Chutná Vám jídlo, které Vám zde vaří? .....	53
Graf 14: V domově se cítím: .....	54
Graf 15: Chcete žít v Domově i nadále, nebo byste rád/a šel/šla někam jinam? .....	55

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den!

Jmenuji se Tereza Savarová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, posledního ročníku bakalářského studia, obor Sociální pedagogika. Touto cestou bych vás chtěla poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží jako praktická část mé bakalářské práce na téma „Život v domově se zvláštním režimem z pohledu klientů se schizofrenií“. Tento dotazník je zcela anonymní, všechny údaje zpracuji pouze pro účely mého výzkumného projektu.

Mnohokrát děkuji za váš čas!

1. Jste:

- a. Muž
- b. Žena

2. V Domově se cítím:

(zakroužkujte smajlíka, který nejvíc odpovídá Vaším pocitům)



výborně



dobře



nevím/je mi to jedno



špatně



velmi špatně

3. Jste spokojený/á s bydlením tady v Domově?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím/ je mi to jedno

Pokud nejste spokojený/á, odpovězte na otázku číslo 4

4. Co Vám na bydlení v Domově nevyhovuje? (lze označit více možností)

- a. Personál
- b. Jídlo
- c. Pokoj

- d. Prostředí
- e. Ostatní klienti
- f. Aktivity (terapie, různé společenské akce, ...)
- g. Omezené finance
- h. Režim v Domově
- i. Jiné (doplňte): .....

5. Líbí se Vám Váš pokoj?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím/ je mi to jedno

6. Je něco, co byste na svém pokoji změnil/a? (lze označit více možností)

- a. Nezměnil/a bych nic, líbí se mi
- b. Je moc malý
- c. Je moc velký
- d. Nelíbí se mi, jak je pokoj vymalovaný
- e. Nelíbí se mi nábytek/ ráda bych zde měl/a svůj vlastní
- f. Nevyhovuje mi soužití s mým spolubydlícím
- g. Chtěl/a bych spolubydlícího
- h. Jiné (doplňte): .....

7. Chutná Vám jídlo, které Vám zde vaří?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím/ Je mi to jedno

8. Změnil/a byste něco na jídle, které Vám zde vaří? (lze označit více možností)

- a. Nezměnil/a bych nic
- b. Velikost porcí
- c. Skladba jídla
- d. Dochucení jídel
- e. Jídlo se často opakuje
- f. Jiné (doplňte): .....

9. Jak s Vámi jedná personál?

(zakroužkujte smajlíka, který nejlépe odpovídá Vaším pocitům)



výborně



dobře



nevím/je mi to jedno



špatně



velmi špatně

10. Je zde zajištěno a respektováno Vaše soukromí?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím/ Je mi to jedno

11. Jak jste spokojen/a s psychiatrickou péčí, která je Vám zde poskytnuta?

(zakroužkujte smajlíka, který nejlépe odpovídá Vaším pocitům)



výborně



dobře



nevím/je mi to jedno



špatně



velmi špatně

12. Je něco, co Vám na psychiatrické péči nevyhovuje? (lze označit více možností)

- a. Nemám žádné výhrady
- b. Nevyhovuje mi lékař
- c. Lékař mi nerozumí, nechápe mě
- d. Nezájem, neochota lékaře
- e. Lékař mi předepisuje nevhodné léky
- f. Jiné (doplňte): .....
- g. Nevím/ nemůžu posoudit

13. Jak jste spokojen/a s péčí praktického lékaře, která je Vám zde poskytnuta?

(zakroužkujte smajlíka, který nejlépe odpovídá Vaším pocitům)



výborně



dobře



nevím/je mi to jedno



špatně



velmi špatně

14. Je něco, co Vám na péči praktického lékaře nevyhovuje?  
(lze označit více možností)
- Nemám žádné výhrady
  - Nevyhovuje mi lékař
  - Lékař mi nerozumí, nechápe mě
  - Nezájem, neochota lékaře
  - Lékař mi předepisuje nevhodné léky
  - Jiné (doplňte): .....
  - Nevím/ nemůžu posoudit
15. Navštěvuje Vás v Domově někdo? (lze označit více možností)
- Rodinný příslušník
  - Kamarád/známý
  - Opatrovník
  - Někdo jiný (doplňte): .....
  - Nikdo mě nenavštěvuje
16. Máte v Domově nějaké kamarády/známé, se kterými si můžete popovídat?
- Ano
  - Ne
  - Nevím/ je mi to jedno
17. Jaké máte záliby/koníčky? (lze označit více možností)
- Televize/rádio
  - Terapie v rámci Domova
  - Četba knih, časopisů
  - Procházky
  - Ruční práce
  - Jiné (doplňte): .....
18. Myslíte, že je v Domově dostatek volnočasového vyžití? (různé terapie, společenské akce, výlety...)
- Ano, vyhovuje mi to
  - Ne, mohlo by to být lepší
  - Nevím/nezajímá mě to

19. Jakých volnočasových aktivit využíváte? (lze označit více možností)
- Zábavné povídání, čtení, ... (v rámci dílny)
  - Zpívání (karaoke, s kytarou)
  - Práce na zahradě, v parku
  - Práce s překližkou
  - Svíčková dílna, šicí dílna
  - Cvičení při hudbě
  - Sportovní aktivity (ping-pong, šipky, pétanque, kuželky, ...)
  - Výlety (ZOO, kino, ...)
  - Společenské hry (karty, Člověče, nezlob se, ...)
  - Kreslení si
  - Divadlo
  - Duchovní hodinka
  - Různé taneční zábavy, večírky, ...
  - Jiné (doplňte): .....
  - Nevyžívám žádných volnočasových aktivit
20. Jakých volnočasových aktivit byste uvítal/a více? (lze označit více možností)
- Jsem spokojený/á tak, jak to je
  - Více výletů
  - Více společenských akcí (např. plesy, koncerty, ...)
  - Více aktivit v rámci Domova (výtvarné, hudební, pohybové aktivity, ...)
  - Jiné (doplňte): .....
21. Chcete žít v Domově i nadále, nebo byste rád/a šel/šla někam jinam?
- Chci zůstat v Domově
  - Musím zůstat v Domově
  - Chci se vrátit domů
  - Chci jít do jiného pobytového zařízení
  - Chci jít na ubytovnu/byt
  - Nevím/je mi to jedno