

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Karolína Šedová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Základní sociální poradenství pro osoby s duševním onemocněním

Karolína Šedová

2024

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Karolína Šedová**
Osobní číslo: **Z20451**
Studijní program: **B0988P240002 Zdravotně sociální péče**
Téma práce: **Základní sociální poradenství pro osoby s duševním onemocněním**
Téma práce anglicky: **Basic social consulting for people with mental illness**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- HOSÁK, Ladislav; HRDLIČKA, Michal a LIBIGER, Jan, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.
MATOUŠEK, Oldřich, ed., 2021. *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4904-7.
PATARÁK, Michal, 2022. *Slovník psychiatrických termínov*. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. ISBN 978-80-8278-004-1.
PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva, 2014. *Ošetrovatelstvá v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
SLÁDKOVÁ, Petra, 2021. *Sociální a pracovní rehabilitace*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4986-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Monika Kopecká**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Základní sociální poradenství pro osoby s duševním onemocněním* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 19. 4. 2024

v. r.

Karolína Šedová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych zde chtěla poděkovat mojí vedoucí práce Mgr. Monice Kopecké, za odborné znalosti, připomínky a ochotu v poskytnutí cenných rad během psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům za jejich čas při účasti na průzkumné části práce. Velké poděkování patří mé rodině a nejbližším za podporu při studiu.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá specifiky sociálního poradenství pro osoby s duševním onemocněním. V teoretické části najde čtenář poznatky zaměřené na duševní nemoci z pohledu sociální práce, dále definuje sociální poradenství a sociální služby, které jsou zaměřené na konkrétní cílovou skupinu. Empirická část je uskutečněna pomocí polostrukturovaného rozhovoru a poukazuje na to, jak osoby s duševním onemocněním subjektivně rozumí základnímu sociálnímu poradenství.

KLÍČOVÁ SLOVA

Duševní onemocnění, základní sociální poradenství, subjektivní porozumění, kvalita informací, zdroj informací

TITLE

Basic social consulting for people with mental illness

ANNOTATION

The bachelor's thesis deals with the specifics of social counseling for people with mental illness. The theoretical part deals with mental illness from a social point of view, further defines social work and describes the social services that are part of it. Last but not least, it explains what social counseling consists of and what belongs to it. The research part is carried out using a semi-structured interview and points out how people with mental illness subjectively understand social counseling.

KEYWORDS

Mental illness, basic social counseling, subjective understanding, quality of information, source of information

OBSAH

Úvod.....	12
Cíl práce.....	13
Teoretická část.....	14
1 Duševní onemocnění.....	14
1.1 Klasifikace duševních onemocnění dle MKN-10	14
1.2 Schizofrenie.....	15
1.3 Afektivní poruchy	16
1.3.1 Afekt	16
1.3.2 Nejtypičtější afektivní poruchy.....	16
1.4 Limity osob s duševním onemocněním.....	16
2 Systém péče o osoby s duševním onemocněním v České Republice.....	17
2.1 Institucionální péče	18
2.2 Ambulantní péče	18
2.3 Služby poskytující samostatné bydlení	18
2.3.1 Chráněné bydlení	19
2.3.2 Podporované bydlení	19
2.3.3 Dům na půli cesty	19
2.3.4 Terapeutická komunita	19
2.4 Situace v oblasti zaměstnávání osob s duševním onemocněním	20
2.4.1 Podporované zaměstnávání.....	20
2.4.2 Sociálně terapeutické dílny.....	20
2.4.3 Chráněné dílny.....	21
2.4.4 Sociální firmy	21
2.5 Case management = případové vedení.....	21
3 Poradenská činnost	22
3.1 Vymezení pojmu poradenství	22

3.2	Cíl poradenství v sociální práci.....	23
3.3	Dělení sociálního poradenství.....	23
3.3.1	Základní sociální poradenství.....	24
3.3.2	Odborné sociální poradenství.....	24
3.4	Pomoc a poradenství.....	25
3.5	Poradce.....	25
3.6	Legislativní ukotvení sociálního poradenství.....	27
	Průzkumná část.....	29
4	Metodika průzkumné části.....	29
4.1	Cíle průzkumné části:.....	29
4.2	Kvalitativní výzkumné metody.....	29
4.3	Charakteristika respondentů.....	30
4.4	Sběr dat.....	31
4.5	Zpracování dat.....	31
5	Prezentace Dat.....	33
5.1	Respondent č. 1.....	33
5.2	Respondent č. 2.....	36
5.3	Respondent č. 3.....	40
5.4	Respondent č. 4.....	43
5.5	Závěrečné shrnutí.....	45
5.5.1	Začátek spolupráce se sociálním pracovníkem.....	45
5.5.2	Oblasti řešených problémů.....	46
5.5.3	Následné kroky.....	46
5.5.4	Orientovanost v informacích.....	46
5.5.5	Zdroje informací.....	47
6	Diskuze.....	48
7	Závěr.....	52

8	Použitá literatura	54
8.1	Primární zdroje.....	54
8.2	Sekundární zdroje.....	55
8.3	Internetové zdroje.....	57
9	Přílohy.....	58

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1- Rozdělení duševních onemocnění	14
Tabulka 2- Kódy a kategorie k rozhovoru č. 1 (autor 2023)	33
Tabulka 3- Kódy a kategorie k rozhovoru č. 2 (autor 2023)	36
Tabulka 4- Kódy a kategorie k rozhovoru č. 3 (autor 2023)	40
Tabulka 5- Kódy a kategorie k rozhovoru č. 4 (autor 2023)	43

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

PDZ	Péče O Duševní Zdraví
ÚP	Úřad práce
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
apod.	a podobně

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma zaměřené na základní sociální poradenství pro osoby s duševním onemocněním. Během praxe jsem měla možnost sledovat, jak duševní onemocnění ovlivňuje myšlení člověka, prožívání jeho životních situací a interpersonální vztahy. U některých poruch ztrácí nemocní kontakt s realitou, kterou mohou vnímat zkresleným způsobem. To může mít vliv na jejich chování. Mimo svůj zdravotní stav řeší osoby s duševním onemocněním své vztahy s lidmi, pracovní uplatnění, finanční situaci a seberealizaci. Právě s řešením těchto oblastí se mohou obrátit na sociální poradenství, které je může navést na správnou cestu a poskytnout potřebnou podporu.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a průzkumnou. Jejím úkolem je zjistit, jak osoby s duševním onemocněním vnímají základní sociální poradenství a jak jim to ovlivnilo jejich kvalitu života. První kapitola vymezuje duševní onemocnění a termíny s ním související. Druhá kapitola se zabývá metodami sociální práce s osobami s duševním onemocněním. Třetí kapitola je věnována poradenství a jeho charakteristice, legislativnímu ukotvení dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dále dělení sociálního poradenství a také se zde zaměřím na charakteristiku poradce.

Cílem praktické části je zjistit, jak lidé s duševním onemocněním subjektivně rozumějí informacím, které jim poskytuje sociální poradenství, a jak s nimi následně pracují. V rozhovorech zjišťuji specifika této cílové skupiny ve vztahu k sociálnímu poradenství a zaměřuji se na to, jak jim předané informace mohou být užitečné, kde by je případně sami vyhledávali. Další otázky směřuji na oblasti, které jsou podle nich problematické, jak se je snaží zvládat.

CÍL PRÁCE

Hlavní cíl teoretické části:

- Cílem teoretické části je vymezení jednotlivých témat, které souvisí s problematikou osob s duševním onemocněním, a také popis, jak tato problematika figuruje v sociálním poradenství a sociální práci obecně.

Hlavní cíl praktické části:

- Hlavní cíl praktické části je zjistit, jak lidé s duševním onemocněním subjektivně rozumějí informacím, které jim předávají sociální pracovníci v sociálním poradenství.
- Dílčí cíle:
 - Zjistit, jak respondenti subjektivně vnímali informační podporu a spolupráci se sociálními pracovníky v počátcích svého onemocnění.
 - Zjistit, jaké zakázky přinášeli respondenti ke spolupráci se sociálním pracovníkem, a jak dokázali využít informace získané v průběhu nemoci.
 - Zjistit, jak respondenti nahlíží na dostupnost a kvalitu informací poskytovaných osobám s duševním onemocněním.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

„Duševní porucha je klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech.“ (Hartl 2004, s. 53)

Z této definice plyne, že osoby s duševním onemocněním nejsou pouze součástí zdravotnické péče, ale že se v jejich životě objevují další doplňkové oblasti k řešení. Zdraví jako takové můžeme vnímat jako primární rovinu, aby v případě jeho neřešení nedošlo k nebezpečí vůči sobě samému či okolí. Za sekundární rovinu můžeme považovat kvalitu života jedince, jejíž důležitou součástí jsou každodenní záležitosti. Osobní situaci mohou ovlivňovat vztahy, finance, pracovní uplatnění, možnost seberealizace a další.

1.1 Klasifikace duševních onemocnění dle MKN-10

Tabulka 1 – Rozdělení duševních onemocnění

F00-F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10-F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20–F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30-F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40-F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50-F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70-F79	Mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje
F90-F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

Mezinárodní klasifikaci nemocí a zdravotních problémů vydává Světová zdravotnická organizace (WHO). V kapitole duševních poruch MKN je rozdělena na 10 oddílů. Dílčí poruchy jsou zde zařazovány do skupiny dle zásadních společných znaků.

Respondenti, se kterými jsem vedla rozhovory, mají duševní onemocnění, která spadají do kategorie tzv. psychóz. Právě z tohoto důvodu jste si pro svou bližší specifikaci vybrala níže uvedené onemocnění.

Psychóza je závažná duševní porucha v obecném smyslu slova, při které je narušena osobnost jedince do té míry, že je porušena jeho integrita. Jedinec není schopen srozumitelně jednat a správně se orientovat v realitě a jednotlivé složky nejsou ve vzájemné harmonii. (Kučerová, 2013). V psychóze jsou narušeny schopnosti myšlení, vnímání, prožívání, jednání a porucha jedné se ihned odrazí ve fungování druhé, dochází tedy k tomu, že jedinec není schopen uspokojivě naplňovat svůj život a přijímat své životní role. (Petr, Marková a kol., 2014)

Seznámení se s touto cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním považují pro pracovníky v sociálních službách za nutný předpoklad dobré a úspěšné spolupráce. Sociální práce totiž klade velké nároky na dovednosti a znalosti sociálních pracovníků, kteří se musí, mimo jiné, orientovat v možnostech spolupráce a podpory na základě reformy psychiatrické péče.

1.2 Schizofrenie

Schizofrenie patří do kategorie psychóz. V mé praktické části o ní hovoří dva respondenti, které s ní několik let žijí. Je to nemoc, která způsobuje rozštěpení mysli a je charakteristická tím, že narušuje myšlení, vnímání a emoce. Schizofrenie celosvětově postihuje přibližně 24 milionů lidí, to je 1 z 300 lidí (0,32 %). V případě dospělých osob je to celosvětově 1 z 222 lidí (0,45 %). Není tak častá jako jiné duševní poruchy. (World Health Organization, 2022)

Nástup nemoci nejčastější v pozdní adolescenci a v cca 20 let jedince. Počátek většinou nastává dříve u mužů než u žen. Na vzniku se podílí genetická predispozice, ale k projevu nemoci je často zapotřebí spouštěč, kterým může být například: užívání toxických látek, změna prostředí, přebytek stresu a životní krize. (Petr, Marková a kol., 2014)

Nemoc postupuje v akutních atakách v podobě jakéhosi vystupňování projevů. U schizofreniků se mohou vyskytovat i patologické výkyvy nálad (manický nebo depresivní syndrom). Postupujícím onemocněním dochází k emočnímu vyhasínání a emoční oploštělosti. Schizofrenie je proces, nikoli nepohyblivá záležitost. Její pohyb v čase regreduje.

Hlavní způsob léčby schizofrenie je kompenzace léky (psychofarmaka), které zpravidla patří do skupiny antipsychotik (neuroleptik), které udržují stav v remisi. (Kučerová, 2013)

1.3 Afektivní poruchy

Afektivní porucha spadá dle Mezinárodní klasifikace nemocí pod označení F30 až F39. U tohoto duševního onemocnění je hlavním projevem porucha nálady. Na rozdíl od schizofrenie, kde se propuknutí nemoci nazývá ataka, u afektivních poruch se propuknutí nazývá fáze. Ty jsou manické a depresivní. (Kučerová, 2013)

1.3.1 Afekt

Afekt je definovaný jako krátkotrvající, velmi intenzivní emoce, která je reakcí na jistý podnět a obtížně se ovládá. Pojem „*affectus*“ je z latiny přeložen jako nálada, pocit, emoce, náklonnost, laskavost, soucit, láska. Někdy se mluví o „*pozitivním*“ a „*negativním afektu*“ jako o synonymech pozitivních a negativních emocí. Apatický nebo patologický afekt je tak intenzivní, že se v jeho maximu objevuje krátká kvalitativní porucha vědomí a následně amnézie po jeho odeznění. Člověk při patologickém afektu ztrácí schopnost ovládnout se a může se dokonce dopustit závažných trestných činů. (Patarák, 2022)

1.3.2 Nejtypičtější afektivní poruchy

Nejtypičtějšími afektivními poruchami jsou deprese, mánie a bipolární porucha.

Endogenní deprese se pojí s anglickým termínem velká deprese (*major depression*), který používá světová literatura. „Endogenní“ znamená vnitřní příčinu, proto endogenní deprese často přichází náhle a bez příčiny. (Kučerová, 2013)

Deprese je typická ztrátou zájmu o cokoli, poklesem rychlosti myšlení a pohybu. Člověk vypadá utlumeně a zpomaleně, dokonce až bez energie a upadá do vysoce smutné nálady. (Kučerová, 2013)

1.4 Limity osob s duševním onemocněním

Běžné situace, do kterých se člověk každodenně dostává, mohou být pro zdravého člověka normou, pro osoby s duševním onemocněním, jsou tyto situace limitující. Oblasti, které v této kapitole uvedu, jsou jedny z nejvíce řešených zakázek mezi sociálním pracovníkem a klientem. K úspěšné spolupráci je důležitá koordinace zdravotnických i sociálních zařízení, poskytování nabídky služeb, kontaktů na příslušné orgány a vycházení z individuálních potřeb klienta. (Liga lidských práv, 2015)

Existuje mnoho faktorů, které mohou omezovat osoby s duševním onemocněním. Některé z nich zahrnují:

1. Stigma: Duševně nemocní trpí stigmatizací a diskriminací, což jim ztěžuje získat přístup ke zdravotní péči, zaměstnání, vzdělání a sociálním službám. (Sládková, 2021)
2. Nedostatek podpory: Mnoho lidí s duševním onemocněním čelí nedostatku informací, porozumění a podpory od rodiny, přátel, profesionálů ve zdravotnictví a společnosti jako celku.
3. Diskriminace na pracovišti: Osoby s duševním onemocněním se často setkávají s diskriminací na pracovišti. Mají nižší pravděpodobnost získat zaměstnání a jsou často vystaveny šikaně a nespravedlivému zacházení. (Sládková, 2021)
4. Omezené zdroje: Veřejné zdravotní systémy mají často omezené zdroje v oblasti duševního zdraví, což znamená, že někteří lidé nemají dostatečný přístup ke kvalitní péči a léčbě. (Hosák, 2015)
5. Nedostatečná informovanost: Mnoho lidí neví, že trpí duševním onemocněním, nebo se nesnaží vyhledat pomoc kvůli nedostatku informací o příznacích, diagnóze a dostupné léčbě. (Hosák, 2015)
6. Nedostatečné finanční zdroje: Náklady spojené s léčbou duševního onemocnění včetně léků, terapie a hospitalizace mohou být často vysoké. Mnozí si nemohou dovolit potřebnou péči.

Tyto faktory mohou mít významný dopad na život a možnosti lidí s duševním onemocněním. Je důležité pracovat na snižování těchto omezení a zajistit rovnoprávný přístup k péči a podpoře pro všechny.

V dalších kapitolách podrobněji rozeberu oblasti psychosociální rehabilitace, které se týkají bydlení, pracovního uplatnění, vzdělávání a socializace, zařazené do kontextu systému péče o osoby s duševním onemocněním.

2 SYSTÉM PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V ČESKÉ REPUBLICCE

Již od roku 2013 prochází psychiatrická péče v České Republice velkou reformou. Snaží se eliminovat počty lůžek v psychiatrických nemocnicích a také snížit délku hospitalizací. Pro realizaci změn v psychiatrické péči byl vytvořen Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2023, jehož cílem je zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním. Obsahuje oblasti: zlepšení péče, plná dostupnost služeb v čase, místě, kapacitě a ceně, dále také koordinace a rovný přístup. (MZČR, 2020)

2.1 Institucionální péče

System péče o osoby s duševním onemocněním se dělí na dvě formy. Tato kapitola popisuje, v čem institucionální péče spočívá a jaké jsou její příčiny. Institucionální péče je stejný pojem jako „ústavní péče“. Tato péče je charakteristická tím, že je poskytována lidem se zdravotním znevýhodněním v ústavech na rozdíl od přirozeného prostředí. Nevýhodou tohoto druhu péče je, že jsou uživatelé takových služeb izolováni od okolního světa, jsou nuceni ke společnému životu. Následkem je snížení individuálního přístupu a kvůli tomu nemají nemocní dostatečnou moc nad svými životy. (Manuál transformace ústavů, 2013) Institucionální psychiatrická péče je poskytována v psychiatrických odděleních a psychiatrických nemocnicích.

Liga lidských práv uvádí jako jednu z příčin časté institucionální péče nedostatečnou prevenci krizových situací. System nedostatečně podporuje člověka tak, aby předcházel krizovým situacím v jeho sociálním fungování, které mohou dojít ke ztrátě bydlení. Situace může vyústit až do stavu, kdy je narušeno soužití s dalšími osobami, do finančních problémů spojených s bydlením. Sociální vazby člověka pak bývají natolik narušené, že okolí vnímá jako jedinou možnost umístění nemocného do pobytového zařízení. Návrat do běžného prostředí je náročným procesem a pohledem zúčastněných často nežádoucím. (Liga lidských práv, 2015)

2.2 Ambulantní péče

Ambulantní péče je jádrem propojeného a kooperujícího systému psychiatrické péče. V převážné míře zde klient zahajuje spolupráci s psychiatrickou péčí. Tato spolupráce se často rozvíjí dlouhodobě a koordinátorem klientovy péče se stává psychiatr, který mapuje a seznamuje klienta s psychiatrickými službami i následnými zdravotně-sociálními službami. Ambulantní péče především zahrnuje ambulantní psychiatry, psychologické ambulance, krizová centra, denní stacionáře, komunitní centra a terénní služby.

2.3 Služby poskytující samostatné bydlení

Jedním z důvodů, proč osoby s duševním onemocněním setrvávají v institucionální péči déle, je to, že v důsledku svého zdravotního stavu přišli o bydlení, mají finanční problémy, nemají rodinné příslušníky, kteří by byli schopni poskytnout dostatečnou míru intenzivní péče. (Liga lidských práv, 2015) Velká motivace klientů spočívá v tom, že mají možnost osamostatnit se a žít svůj život v přirozeném prostředí a přirozené socializaci. Z těchto důvodů existují různé typy služeb, jako jsou chráněná a podporovaná bydlení, domy na půli cesty, terapeutické

komunity. Klient si vybírá služby na základě individuálních potřeb, kvality dané služby, lokality a finanční dostupnosti.

2.3.1 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytovou službou, která spojuje bydlení a potřebnou pomoc v oblastech, v nichž potřebuje osoba podporu. Chráněné bydlení je bydlení s asistencí pracovníka služby. Asistence je poskytována 24 hodin denně. Úkolem chráněného bydlení je vytváření takových podmínek, které umožní podporu osobám se zdravotním postižením v co nejvyšší možné míře běžným způsobem života. Každý klient a jeho rodina si může vybrat typ chráněného bydlení, které klientovi bude nejvíce vyhovovat. Mohou si vybrat z nabídky speciálních domů, bytů, venkovského bydlení, bydlení spojeného s možností podporovaného zaměstnání, co-housingu či komunitního bydlení. (Matoušek, Křišťan, 2013)

2.3.2 Podporované bydlení

Tato služba je poskytována terénní formou. Jejím cílem je vytvářet přátelský, bezpečný domov pro dospělé lidi se zdravotním znevýhodněním, kteří by si ho nedokázali vytvořit a udržet sami v komunitě, kde doposud žili. Předmětem této služby jsou každodenní činnosti a jejich učení. Každodenními činnostmi se rozumí vaření, úklid i odpočinek, zájmové aktivity, péče o sebe. Cílovou skupinou pro tuto službu jsou dospělé osoby s různými postiženími, které mají svůj zdravý životní stereotyp, dokáží spolupracovat s pracovníky na plánování a realizaci úkonů tak, aby se v co největší možné míře aktivně podíleli na chodu domácnosti a rozhodovali o svém životě co nejvíce samostatně. (Trnková, 2020)

2.3.3 Dům na půli cesty

Název „dům na půli cesty“ je odvozený z anglického „half-way house“. Jedná se o zařízení, které pomáhá mladým lidem s přestupem z ústavního zařízení do vlastního života. Sociální služba je poskytována osobám do 26 let a je přizpůsobena jejich specifickým potřebám. Domy na půli cesty mají těmto lidem poskytnout podmínky pro úspěšný start do vlastního života. Mladí lidé odcházející z ústavních zařízení jsou totiž zvyklí na ústavní režim, ale velká většina z nich nezná rodinný život, život ve společnosti a pracovní povinnosti. (Řezáč, 2022)

2.3.4 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita je určena pro lidi s psychickým onemocněním z okruhu schizofrenie, afektivních a neurotických poruch. Služba je poskytována ženám i mužům od 18 let věku. Je určena těm, kteří jsou primárně soběstační v péči o vlastní osobu. Není poskytována lidem s drogovou nebo alkoholovou závislostí a lidem s poruchami osobnosti. Není určena také

lidem se sníženou sebeobsluhou a lidem, jejichž zdravotní stav vyžaduje pobyt v zařízeních sociální péče. (ESTER z. s., 2022)

2.4 Situace v oblasti zaměstnávání osob s duševním onemocněním

Duševní nemoc zasahuje do všech součástí života člověka, ten se tak ocitá v určité životní nepohodě. I proto, že stavy, které osoba v nemoci prožívá, jsou okolnímu světu často velmi obtížně sdělitelné. Z tohoto důvodu je obtížné nastavit si pracovní podmínky, které budou vyhovovat oběma stranám a budou v souladu s pracovními činnostmi.

V České republice je formálně podporováno zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Zaměstnavatelé, kteří mají přes 25 zaměstnanců, mají zákonem danou povinnost zaměstnávat i osoby se zdravotním postižením. Zaměstnávání osob s duševním onemocněním je zajišťováno pomocí chráněných pracovních míst. V této situaci dostávají zaměstnavatelé od státu finanční podporu. Tato forma zaměstnávání na chráněných místech je efektivním způsobem při obnovování pracovních návyků, ale také každodenních povinností, které mohou přispívat ke zlepšení kvality života těchto osob i z finančního hlediska. (Hubner, 2022)

2.4.1 Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří se snaží uplatnit v placeném zaměstnání. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z důvodu jejich diagnózy omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou a průběžnou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce. (Müllerová, 2019)

Podpora zaměstnávání bývá uskutečňována v síti sociálních služeb. Významnou výhodou je, že pro osoby se zdravotním znevýhodněním mohou představovat alternativu v podobě zkrácených úvazků a sdílených pozic. Pokud jsou k výkonu zaměstnání nutné specifické dovednosti, lze je získat formou rekvalifikace. (Hubner, 2022)

2.4.2 Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutická dílna je služba poskytovaná ambulantní formou, která umožňuje osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení vykonávat individuální činnosti. Tyto osoby nejsou kvůli svému zdravotnímu znevýhodnění zaměstnatelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Cílem sociálně terapeutické dílny je dlouhodobá a pravidelná podpora při udržování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Terapie je klientům sociálně terapeutických dílen poskytována v režimu zákona o sociálních službách. (Krivošíková, 2011)

2.4.3 Chráněné dílny

„Chráněné dílny jsou určeny osobám, které mají problém uplatnit se na volném trhu práce.“

Slouží především k tomu, aby si lidé se zdravotním znevýhodněním mohli trénovat pracovní dovednosti, pracovní režim a kooperaci v kolektivu. Zaměstnání v chráněné dílně předchází sociální rehabilitace, která je průpravou pro výkon zaměstnání. (Opatřilová, 2011)

V prostředí, které se označuje jako chráněné, umožňují zaměstnavatelé zaměstnancům se zdravotním znevýhodněním pracovat s různými materiály (kovem, textilem, dřevem, keramikou nebo papírem). Zaměstnanci pracují samostatně, ale v případě potřeby zde funguje přiměřený dohled odpovědné osoby. V chráněných dílnách jsou vytvořeny postupy, které popisují manuální činnost za účelem udržování a zvyšování dovedností osob. (Beranová, 2017)

Na vytvoření individuálního rehabilitačního plánu včetně jeho vyhodnocení se kolektivně podílejí pracovní terapeuti, sociální pracovníci, supervizoři (psycholog nebo psychiatr) a zaměstnanec. Ti společně hodnotí dosažené cíle a popřípadě hledají řešení nových vzniklých potíží. Zodpovědnost za celý chod pracovního prostředí, za rehabilitaci klientů a za finanční hospodaření nese vedoucí terapeut. (Valenta, Müller, Vítková, et al. 2021)

2.4.4 Sociální firmy

Sociální firmy spočívají v tom, že jsou v nich zaměstnány jak osoby bez zdravotního postižení, tak i osoby, které zdravotní znevýhodnění mají. Zpravidla to bývá alespoň 50% podílem. Tyto firmy získávají finanční zisk, ovšem hlavním cílem je vytváření pracovních příležitostí pro osoby se znevýhodněním. Zisk, který firma nabyde je zpětně investován do dalšího rozvoje sociální firmy. (Hubner, 2022)

2.5 Case management = případové vedení

Smyslem této kapitoly je popsat využití case managementu v souvislosti s osobami s duševním onemocněním. Považuji tuto metodu za velkou součást systému péče o tyto osoby. Cílem uplatňování metody case managementu je vzájemně koordinovat jednotlivé služby, zapojovat sociální okolí klienta, hledat vhodné přirozené zdroje. Standardní služby pro duševně nemocné (resp. danou cílovou skupinu) taková propojení automaticky nepreferují.

Důvodů, proč vznikl case management jako způsob práce právě s duševně nemocnými, je mnoho. Jedním z nich je institucionální nastavení, což je drahý a nehumánní systém. Mezi

další patří například vysoká míra společenské stigmatizace a exkluze duševně nemocných. Case management je metoda, která je ideální v situacích, kdy se osoby nacházejí v nepříznivé situaci a potřebují získat pomoc či podporu různých typů služeb. Vhodné jsou také u klientů, kteří řeší více problémových oblastí, u kterých je žádoucí zapojit do řešení situace odborníky z různých oblastí a také propojit veřejné služby a zdroje, které lze najít v klientově životě. Primární je, aby klient obdržel včasnou pomoc, která bude neriziková a bude odrážet jeho přání. (Nepustil, 2013)

Spolupráce s klientem probíhá v různých fázích, které jsou pro case management klíčové. Především se uvádí mapování a hodnocení potřeb klienta, včetně pojmenování rizik. Dále sem patří plánování péče a pomoci. Sleduje se uskutečnění a naplnění pomoci. Klíčové jsou změny a zjišťování zpětných změn od všech zúčastněných v procesu a celkové zhodnocení. (Holmerová, 2018)

Za největší výhody case managementu považují zlepšení kvality a efektivity přímé práce. Přináší možnost zajištění kontinuity a prospěchu člověku na základě jeho potřeb a přání. Při týmové spolupráci umožňuje budovat profesionální identitu.

3 PORADENSKÁ ČINNOST

Každý člověk, který pracuje v pomáhající profesi, si musí být vědom determinant, které pomoc ovlivňují. Kapitola popisuje základní východiska pojmu poradenství v souvislosti s osobami potýkajícími se s duševním onemocněním. Cílem kapitoly je předložit komplexní náhled na pojem poradenství.

3.1 Vymezení pojmu poradenství

Pojem poradenství není možno vymezit jednotnou univerzální platnou definicí. Starší definice v objektivním pojetí popisuje poradenství jako profesionální odbornou činnost, která může být specializovaná na různé oblasti života a zaměřená na pomoc lidem, kteří se ocitli v nesnázích krátkodobého i dlouhodobého charakteru. (Novosad, 2000)

Dle Matouška v knize *Metody a řízení sociální práce* je poradenství definováno jako profesionální vedení jedince zkoumající lepší možnost pomoci lidem. Lze zde hovořit o získávání údajů a vedení klienta ke zlepšení kvality jeho života. Nejčastěji se pojí s procesem řešení problémů, které se nachází v sociálním kontextu jednotlivce. Zaměření sociálního poradenství je primárně orientované na pomoc v rámci klientovy jedinečné sociální situace (Matoušek, 2013)

Poradenství je zároveň i postupem, který pomáhá jedinci nalézt a vyvíjet jeho vzdělávací, kariérní a psychické možnosti tak, aby dosáhl co nejvyšší úrovně osobního růstu a sociálního využití.

3.2 Cíl poradenství v sociální práci

Poradenství se využívá v každé pomáhající profesi. Nejobecnějším cílem poradenství je pomoc lidem v obtížné životní situaci, které nemohou čelit vlastními silami. Přestože cíle poradenské práce se v praxi prolínají a jejich definice není jednotná, spojuje je to, že se vždy jedná ve prospěch klienta. Na cíle poradenství lze ovšem hledět ve dvou rovinách. V rovině, kdy se zaměřujeme na rozvoj klienta, ale také v rovině, kdy se zásadně zaměřujeme na problematickou oblast a hledáme nejvhodnější způsob řešení jeho problému.

Starší literatura popisuje obecné cíle poradenské práce tak, že se zaměřují na vnitřní rozvoj klienta, který může přispět ke změně jeho životní situace. Dále mu pomůžou posílit jeho schopnost zvládat požadavky prostředí a přispět tak k obnovení jeho sociálního fungování.

Sociální pracovník má ve své roli za úkol klientovi pomoci, rozpoznat příčiny problému a realisticky je začít řešit. Pro efektivní spolupráci je vhodné si společně ujasnit krátkodobé i dlouhodobé osobní cíle, kterých chtějí po dobu své spolupráce dosáhnout. Klient, který k sociálnímu pracovníkovi přichází, nemá většinou kontrolu nad svou životní situací, proto je potřeba klást důraz na odpovědnost a důsledky jeho rozhodnutí. (Drapela, 1995)

V druhé rovině se cíl poradenství zaměřuje na dostatečnou informovanost. Smyslem této intervence bývá změna situace, nalezení, využití a rozvoj veřejných i osobních zdrojů a poskytování obsáhlé informace. Poradenství zasahuje do všech odvětví jako je např. právní poradenství, které v sobě může zahrnovat pracovněprávní, trestněprávní a občanskoprávní poradenství. Dále může být předmětem konzultace bytové poradenství a poradenství týkající se dávek jako jsou například dávky sociální podpory, dávky sociální péče apod. (Novosad, 2011)

Ukázat zájem, dávat naději, odvalu a nabídnout pomoc, jsou činy důležité pro kvalitu života každého z nás. Sociální poradenství se službami sociální péče jsou důležitými částmi, které jsou bezprostředně nezanedbatelné v celku sociální práce.

3.3 Dělení sociálního poradenství

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Oba typy poskytují státní i nestátní subjekty sociální pomoci.

3.3.1 Základní sociální poradenství

Základní sociální poradenství podává každý sociální pracovník osobám v nepříznivé sociální situaci.

Představuje činnost, kdy sociální pracovník předává potřebné základní informace, které přispívají k řešení sociální nepříznivé situace. Nepříznivá sociální situace může vyžadovat pomoc při orientaci v nárocích, službách a možnostech, které mohou vyřešit či zmírnit obtížnou situaci člověka. Cílem je poskytovat pomoc co nejbližší bydlišti. Součástí je také zprostředkování další odborné pomoci, pokud je třeba.

Základní poradenství musí být dostupné i lidem z menších obcí – k tomu slouží speciálně vyškolený pracovník. Existují postupy, které mohou být velmi užitečnou pomocí při základním sociálním poradenství. Jsou v nich vymezené konkrétní sociální situace, které se objevují velmi často, a k nim je sepsáno doporučení, jak lze tyto situace řešit. U sociálních situací je vždy důležité popsat, kde vyhledat odbornou pomoc, jaké jsou nároky na podporu od státu, kde vyhledat potřebné žádosti a formuláře. Vysvětlit jednotlivé pojmy tak, aby to pro běžného laika bylo co nejsrozumitelnější. (Novosad, 2011)

3.3.2 Odborné sociální poradenství

Odborné sociální poradenství je druh registrované sociální služby, která je nabízená zdarma. Představuje specifitější a přímou úroveň pomoci osobám při jejich sociálních problémech.

Je zaměřeno na potřeby osob v různých specializovaných poradnách. Může se jednat například o manželské problémy, mezigenerační soužití, důsledky zdravotních postižení, delikventní jednání, následnou péči aj. Samozřejmě nevynechává ani praktická řešení sociální situace. Součástí jsou i terapeutické činnosti. Terapeutické činnosti se zabývají především oblastí rodinných, partnerských a manželských vztahů, dopadem na život osob, které si prošly nebo procházejí např. drogovou závislostí, výkonem trestu či řeší problematiku delikvence, následné péče dětí, které odcházejí do náhradní rodinné péče. S těmito sociálními problémy často souvisí životní krize, která může doprovázet problematiku rozvodové a porozvodové situace. Odborné poradenství se soustředí i na děti, které si ve svém životě prošly nějakou traumatickou situací a deprivací. (MPSV 2023)

Odborné poradenství by mělo fungovat ve větších městech, jelikož zahrnuje psychology, sociální pracovníky, psychiatry, sociology, lékaře, právníky. Při odborném poradenství je potřeba vytvořit síť kontaktů a služeb, na které budou moci sociální pracovníci odkazovat své

klienty. To neznamená, že je nutně svázáno s konkrétní poradenskou institucí či jedinou odborností. (Matoušek a kol. 2005)

3.4 Pomoc a poradenství

M. Scally, B Hopson (1979) rozlišili šest typů pomoci druhým podle potřeb osoby:

- Pomáhání podáním jednoduchých věcných informací (jak vyplnit formulář, či podat přehled o agenturách poskytujících další potřebné služby apod.).
- Pomáhání poskytováním rad (právník či daňový poradce; tento odborník poskytne názor na to, jak si lépe počínat).
- Pomáhání prostřednictvím učení (umožnit člověku získat znalosti či dovednosti a tyto pak pomohou zlepšit jeho situaci).
- Pomáhání prostřednictvím psychologického náhledu (pomocť druhému pochopit problém, ukázat správnou cestu, jak se z toho sám dostat ven).
- Pomáhání prostřednictvím přímé akce (pomáhající něco vykoná za jinou osobu, či jí něco nutného obstará – jídlo, půjčku apod.).
- Pomáhání vyvolané změnou systému (ovlivnění či změna systému, který jedinci způsobuje potíže – organizační úpravy, změna v předpisech apod.).

Klíčová věta, na které se odborníci shodují, zní: „*Pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami.*“ Lze říci, že pomáhat znamená identifikovat a zjistit problém, aby se člověk sám mohl rozhodnout, jak se svou situací naloží. (Matoušek a kol., 2005)

Poradenství je tedy jednou z možností, jak lidem s duševním onemocněním pomoci naleznout potřebné informace na základě jejich individuálních potřeb a překonat tak jejich problémy. Vnést jim do života podporu a motivaci k tomu, aby si ujasnili své cíle a následně jich mohli dosáhnout.

3.5 Poradce

Následující kapitole bych ráda věnovala tomu nejdůležitějšímu nástroji úspěšné poradenské práce, tím jsou myšleni konzultanti. Jednoduše bychom mohli napsat, že kvalita poradce závisí na získaných dovednostech a schopnostech.

Ráda bych však k této kapitole napsala více, aby se poradce a jeho dovednosti lépe ukotvily v poradenském procesu.

Klíčovou osobou v sociálním poradenství osobám s duševním onemocněním je sociální poradce, který poradenství poskytuje. Sociální poradci jsou sociální pracovníci, kteří odhalují

a pomáhají řešit duševní, behaviorální a emocionální problémy jednotlivců, párů, rodin a skupin. Mohou působit v sociálních a zdravotnických zařízeních, nebo být v soukromé praxi, což vyžaduje administrativní dovednosti a dovednosti v oblasti vedení záznamů. (Matoušek, 2021)

Profese těchto pracovníků byla vytvořena za účelem řešit nové nepříznivé sociální situace osob, které způsobují problémy. Nejde pouze o jednotlivce, ale také o celou společnost. Všechny mechanismy tyto problémy již nedokáží účinně vyřešit. Sociální pracovník tak vstupuje do role, která bude bojovat za zlepšení kvality života společnosti prostřednictvím práce s jednotlivcem, skupinou lidí či celou komunitou. (Tokárová, 2007)

Etický kodex ukotvuje chování sociálních pracovníků, aby bylo v roli poradce zabezpečeno. V České republice vychází z Všeobecné deklarace lidských práv, z Listiny základních práv a svobod České republiky, která vychází ze zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a navazuje na zásady etiky sociální práce definované Mezinárodní federací sociální práce.

Pro poradce, který poskytuje poradenství, jsou důležité dvě dovednosti. Jedna z nich je osobní rozvoj a druhá je odbornost poradce. Osobní rozvoj poradce spočívá v sebeuvědomění své role. Určuje rozsah dovedností a sebereflexe. Učí, jak tyto dovednosti využívat při pomoci druhým osobám, poskytování podpory prostřednictvím komunikace a jak reagovat na náročné situace. Pro odbornost poradce je nejdůležitější solidní teoretické vzdělání a vědomí toho, jak uplatňovat své vědomosti v praxi. Odbornost v sociální práci funguje na bázi pomáhající profese a souvisí s důvěrou klienta, který předpokládá, že má poradce konkrétní informace, o kterých sám klient neví. (Matoušek, 2021)

Svobodová ve své knize staví poradce do různých rolí. Následující seznam poukazuje na odlišnosti základních charakteristických vlastností poradců dle Svobodové:

- Hodnotící poradce – tento přístup poradce je direktivní, ve vztahu mezi poradcem a klientem je nevyváženost, protože poradce hodnotí klienta. Poradce kritizuje nebo chválí postoje a jednání klienta a snaží se najít jaký druh chování je přiměřený.
- Interpretující poradce – se staví do role, kdy komentuje klientův problém a snaží se najít řešení. Působí na klienta nesrozumitelnými konstrukty, které jsou složité a nejednoznačné pro jeho chápání.
- Podporující poradce – své poradenství staví na podpoře a ochraně, která zachází až do fáze, kdy také přebírá zodpovědnost a klient je na poradenství závislý.

- Naslouchající poradce – touží po informacích o klientovi, které se mohou oddálit od tématu, které bylo předmětem jejich setkání.
- Aktivní poradce – poradce sice podporuje klienta, ale jejich spolupráce nabírá dynamiku, která má dopad na klientovu trpělivost a klient tak vytváří unáhlená rozhodnutí.
- Poradce v roli praktika – poradce není zaměřený na teorii, nahlíží na situaci z praktických příkladů, tudíž stanovuje přesná řešení pro jednotlivé situace.
- Poradce v roli technického experta – poradce své poradenství přespříliš staví na odbornosti a chybí mu lidský přístup, což se ovšem vzdaluje poradenské praxi. Podceňuje se poradenský proces i emoce klienta.

Klient tak sdílí svou zodpovědnost s pracovníkem jako zakázku, kterou potřebuje vyřešit. Proto etika, teoretické vzdělání a osobní rozvoj pracovníka, velmi ovlivňuje důvěru klienta k poradci. (Svobodová, 2015)

3.6 Legislativní ukotvení sociálního poradenství

Hned v úvodu zákona č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách v první části, v § 2, je sociální poradenství zmíněno v základních zásadách: „*Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.*“ (zakonyprolidi.cz, 2023) Na základě toho, že se osoby s duševním onemocněním potýkají s problémy, kterými se sociální poradenství zabývá, spadají do kategorie nepříznivé soc. situace, a proto se na ně zákon vztahuje.

Sociální poradenství je ve třetí části díl druhý a patří k paragrafu číslo 37. Popisuje se zde, že sociální poradenství se rozděluje na základní a odborné sociální poradenství.

V druhém odstavci v § 37 dále popisuje základní sociální poradenství dle definice: „*Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.*“ (zakonyprolidi.cz, 2023)

Ve třetím odstavci § 37 odborné sociální poradenství dle definice zní: „*Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.*“ (zakonyprolidi.cz, 2023)

Poslední odstavec se odkazuje na odborné sociální poradenství a uvádí v něm, že zahrnuje tři základní činnosti, které jsou v této bakalářské práci již zmíněné. Klíčové je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, dále poskytování sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Hned v úvodu zákona v první části, v § 2, je sociální poradenství také zmíněno v základních zásadách: *„Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.“* (zakonyprolidi.cz, 2023)

PRŮZKUMNÁ ČÁST

4 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

4.1 Cíle průzkumné části:

- Hlavní cíl práce:
 - Zjistit, jak lidé s duševním onemocněním subjektivně rozumějí informacím, které jim sdělují sociální pracovníci v sociálním poradenství, kterým si prošli.
- Dílčí cíle práce:
 - Zjistit, jak respondenti subjektivně vnímali informační podporu a spolupráci v počátcích svého onemocnění.
 - Zjistit, jaké zakázky přinášeli respondenti ke spolupráci se sociálním pracovníkem, a jak dokázali využít informace získané v průběhu nemoci a které z nich.
 - Zjistit, jak respondenti nahlíží na dostupnost a kvalitu informací poskytovaných osobám s duševním onemocněním.

4.2 Kvalitativní výzkumné metody

V rámci bakalářské práce byl proveden kvalitativní výzkum, který si klade za cíl porozumět a analyzovat vnímání respondentů na konkrétní oblasti profesní činnosti sociálního pracovníka.

Pro sběr dat byly použity kvalitativní metody, jako jsou polostrukturované rozhovory s respondenty a analýza dat, které se zaměřovaly na témata spojená se sociálním poradenstvím.

Kvalitativní výzkum je výzkumná metodologie zaměřená na porozumění a interpretaci sociálních jevů a procesů. Zatímco kvantitativní výzkum se zaměřuje na měření a analýzu dat pomocí statistických metod, kvalitativní výzkum se zaměřuje na sběr, analýzu a interpretaci textových, obrazových a zvukových dat. (Vévodová, Ivanová a kol., 2015)

Metodika mého kvalitativního výzkumu zahrnuje několik hlavních kroků:

1. Formulace výzkumné otázky: Na začátku výzkumu je třeba formulovat výzkumnou otázku, která určuje cíl a zaměření výzkumu a pomáhá zaměřit sběr dat.

2. Výběr výzkumných účastníků: Kvalitativní výzkum je zaměřen na specifickou skupinu osob, které mají určité zkušenosti nebo názory. Výběr výzkumných účastníků byl cílený a zastupuje relevantní příklady.
3. Sběr dat: Kvalitativní výzkum využívá různých metod sběru dat včetně rozhovorů, pozorování, analýzy dokumentů a skupinové diskuze. Metoda v mém výzkumu umožnila detailnější a holistické porozumění zkoumaného jevu.
4. Analýza dat: Po získání dat, následuje jejich analýza. Kvalitativní analýza se často provádí ručně, v mém případě jsem využila aplikaci Beey.io. Analýza dat také zahrnuje proces kódování a kategorizace dat s cílem identifikovat vzorce, témata a souvislosti.
5. Interpretace výsledků: Po analýze dat je třeba výsledky interpretovat s ohledem na výzkumnou otázku. Interpretace zahrnuje srovnávání dat s existujícími teoriemi, formulování nových interpretací a shrnutí hlavních výsledků.
6. Prezentace výsledků: Výsledky kvalitativního výzkumu jsou prezentovány pomocí textových, obrazových a zvukových prostředků. Kromě písemného zpracování výzkumné zprávy mohou být výsledky představeny také prostřednictvím prezentací, workshopů nebo výstav.

Kvalitativní výzkum je flexibilní a opětovací proces, který často vyžaduje neustálou reflexi a přizpůsobování výzkumného přístupu v průběhu celého výzkumného procesu. Cílem je získat komplexní a důkladné porozumění zkoumanému jevu a přispět k rozvoji teorie a praxe. (Vévodová, Ivanová a kol., 2015)

4.3 Charakteristika respondentů

Účastníci mého průzkumu byli vybíráni na základě diagnózy, která spadá do MKN. Tyto respondenti si prošli minimálně jedním sociálním poradenstvím a poslední využití služby proběhlo v rozmezí roku 2021 až 2023. Další podmínkou při sběru dat bylo, aby respondenti měli zkušenost se sociální službou, aby dokázali lépe popsat průběh sociálního poradenství. Dotazovaní lidé pochází z Královéhradeckého kraje. Často využívanou službou je Péče o duševní zdraví (PDZ), která je nejrozsáhlejší službou v tomto kraji, a která se zaměřuje na duševní onemocnění a osoby s duševním onemocněním.

Respondent č. 1 – Žena ve věku 25 let s diagnostikovanou depresí. Sociální poradenství využila při ukončování hospitalizace. Po ukončení hospitalizace chvíli spolupracovala s PDZ, po třech měsících spolupráci ukončila, nyní pracuje jako OSVČ bez pobírání invalidního důchodu.

Respondent č. 2 – Muž ve věku 27 let, kterému byla diagnostikována schizofrenie. Možnost využití sociálního poradenství proběhla po hospitalizaci. Dále spolupracoval s PDZ, kde mu pomohli najít pracovní místo v chráněné dílně. K této práci pobírá invalidní důchod.

Respondent č. 3 – Muž přibližně ve věku 25-30 let s diagnostikovanou schizofrenií. Před propuknutím duševní nemoci podléhal syndromu závislosti. Spolupracoval se službou RIAPS a PDZ. Nyní pracuje jako pracovník v sociálních službách. K této práci pobírá invalidní důchod.

Respondent č. 4 – Žena ve věku 30-40 let, potýká se s depresivní poruchou. Formu pomoci sociálního poradenství si vyhledala sama. Nyní má stabilní práci, která je časově flexibilní a přizpůsobená jejímu psychickému stavu. Sociální služby nevyužívala, ale díky sociálnímu poradenství se připojila ke spolku, který vytvořily osoby s duševními poruchami.

4.4 Sběr dat

Data byla získávána v období druhé poloviny února. Realizace rozhovorů probíhala na základě individuální domluvy s dotazovanými. Místo pro společné setkání vybírali sami respondenti. Důležité bylo, abychom se sešli v prostředí, kde se respondent cítí bezpečně. Rozhovor s prvním účastníkem probíhal v jeho domácím prostředí. Další dvě setkání probíhala v pracovním prostředí dotazovaných. S poslední osobou jsem se sešla v kavárně. Dotazovaným byl poskytnut dostačující čas na promyšlení a zformulování odpovědi včetně případného konkrétnějšího vysvětlení otázky.

Před začátkem každého rozhovoru jsem dotazovanému sdělila: *„Rozhovor je anonymní, což znamená, že nikde nebude uvedeno Vaše jméno ani další údaje umožňující Vaši identifikaci. Vaše účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a kdykoliv během rozhovoru můžete odmítnout odpovědět na otázky, na které nechcete odpovědět. Máte také právo rozhovor kdykoli ukončit. Jste si vědom/a toho, že rozhovor bude zaznamenáván na diktafon a přepsán do písemné formy? Přepis rozhovoru bude důvěrný a bude použitý v bakalářské práci. V případných dalších výstupech z tohoto průzkumu nebudou uvedeny údaje, podle kterých by bylo možné Vás identifikovat. Prosím Vás o vyslovení souhlasu s účastí v průzkumu a provedením nahrávaného rozhovoru.“* Všichni respondenti souhlas poskytl. (autorka, 2023)

4.5 Zpracování dat

Celé rozhovory byly nahrávané na mobilní telefon, poté zkopírovány do počítače. Celkově jsem pořídila 140 minut záznamu. V počítači jsem přes aplikaci Beey.io nahrála nahrávku,

kteřá mi vygenerovala přepsaný rozhovor do písemné formy. Aplikace Bee.io je online nástroj pro převod zvuku a videa na text. Pokud se vytvoří zvukové záznamy ze schůzek, rozhovorů nebo online souborů, je možné je díky aplikaci automaticky přepsat do písemné formy. Písemnou formu rozhovoru je pak možné uložit. Z přepisu jsem získala 65 stran.

Písemnou formu rozhovoru jsem si uložila a následně jsem upravovala obsah rozhovoru. Rozdělila jsem si své otázky a odpovědi respondenta.

Přepsaný textový dokument jsem vytiskla do papírové formy a postupně jsem ho studovala. V jednotlivých částech textu byly zachyceny podstatné myšlenky a význam sdělení. V textu byly tyto úseky barevně zvýrazněny. Z podstatných a často opakovaných pojmů jsem začala tvořit kódy.

Kód můžeme označit jako symbol, který člověk, který kóduje text, přiřadí k údaji, jenž vystupuje jako hodnota kvalitativní proměnné za účelem standardizace zápisu v tabulce. Kódem mohou být například písmena, číslice nebo určité značky. (Maříková a kol., 1996)

Výzkumník praktikuje otevřené kódování prvním průchodem daty, přičemž jim přiřazuje označení. Otevřené kódování odhaluje v datech jednotlivé myšlenky a lze ho aplikovat různým způsobem (Hendl, 2016).

Strauss a Corbinová (1999) rozlišují tři způsoby kódování, otevřené, axiální a selektivní. Ze tří úrovní kódování jsem v této práci využila kódování otevřené. Otevřené kódování se pojí k prvotnímu průchodu textem. Seskupovala jsem kódy podle kritérií a přikládala je k nadřazeným kategoriím, které jsem vytvořila na podkladě seskupených kódů, které mají mezi sebou vzájemný vztah. Následně jsem shrnula celý tento proces a kategorie mezi sebou porovnála.

5 PREZENTACE DAT

5.1 Respondent č. 1

Tabulka 2 - Kódy a kategorie k rozhovoru č. 1 (autor 2023)

Začátek spolupráce se sociálním pracovníkem	Oblasti řešených zakázek	Následné kroky	Orientovanost v informacích	Zdroje informací
<i>Nesoustředěnost</i>	<i>Zaměstnání při práci jako OSVČ</i>	<i>Sepsání e-mailu na pojišťovnu</i>	<i>V informacích bylo těžké se vyznat</i>	<i>Papírové letáky</i>
<i>Při ukončování hospitalizace při naskytnutí problému</i>	<i>Finanční stav</i>	<i>Žádost o finance při pojištění</i>	<i>Neschopnost přijímat informace současně s řešením mého zdravotního stavu</i>	<i>Internetové zdroje</i>
<i>Nevědomost o průběhu sociálního poradenství</i>	<i>Nejasnosti v pojištění na nemoc</i>		<i>Pomoc rodiny při orientování se v informacích</i>	<i>Doporučení od jiné osoby</i>
<i>Ve stavu medikace</i>				<i>Lékaři</i>
<i>Při nástupu na hospitalizaci zjišťování zákl. informací</i>				<i>Předání zkušeností od osob s podobnými problémy</i>

Interpretace

Respondentka č. 1 se potýká s přímo určenou diagnózou od roku 2021. Sociální poradenství zažila při ukončování hospitalizace. Hospitalizovaná byla jednou po dobu třech měsíců. Zdravotní sestra doporučila pacientce schůzku se sociální pracovnící, protože se pacientka doptávala zdravotní sestry na finanční možnosti ve své situaci. Po schůzce se sociálním pracovníkem, bylo pacientce doporučeno spolupracovat se sociální službou Péče o duševní zdraví (PDZ). Po nějaké době byla spolupráce ukončena a nyní dochází ke svému psychiatrovi a svou situaci zvládá s podporou rodiny.

Respondentka se k průběhu sociálního poradenství a obecnějšímu prožívání vyjádřila následovně. Když popisovala, co jí bylo poskytováno během hospitalizace, nebyla si jistá, zda se jednalo přímo o setkání se sociálním pracovníkem: *„Pobyt a ostatní řešení tam mám hodně v mlze, takže já úplně tohle to nevím, každopádně jsem se s tím nikdy i v životě nesetkala.“* To, co vymezuje sociální poradenství, si dokázala představit, až na konkrétní oblasti řešeného problému, který potřebovala až po dvou měsících při hospitalizaci, i tak uvádí: *„Byla jsem ráda, že se vůbec orientuju, když jsem byla pod léky. Pochopím jednu větu vlastně, a když na mě člověk promluvil a ono v té situaci prostě nevzpomínáte si, protože jsem se necítila dobře a byla jsem úplně mimo.“* Zmínila se, že si především pamatuje začátek, kdy se tvořila osobní a rodinná anamnéza a po dvou měsících jí bylo doporučeno sociální poradenství.

Sociálního pracovníka vyhledala proto, že se vyskytly finanční problémy, které by se mohly dotknout jejího podnikání, zároveň i další platební povinnosti, jako je například nájem bytu. U zaměstnání uvedla, že: *„Tím, že pracuji na OSVČ, tak jako najednou samozřejmě práce nebyla žádná, takže jsem žila jako z toho, co jsem měla a vlastně zbytek platili moji rodiče, můj přítel vlastně, se kterým žiju ve společný domácnosti, takže jako jsem jako fakt prostě žila tak, že jsem měla prostě kolem sebe ty lidi, kteří mě podpořili bez nějakých dávek.“* Zde uvedla, že s neschopností vykonávat práci na OSVČ přicházela i finanční nejistota a také strach o ztrátu svých zákazníků využívajících její služby. Respondentka uvedla, že si platí pojištění na nemoc, která by jí mohla pokrýt aspoň pobyt v nemocnici. Zde se setkala klientka, dle jejího vyjádření, s neprofesionalitou a selháním na straně pojišťoven, kde nspecifikovali podmínky toho, že se pojištění vztahuje jen na dvě diagnózy z celé škály duševních onemocnění a vnímala to jako zlehčování její diagnózy a určitou formu stigmatizace.

K následným krokům rodiny a jejich vlivu na kvalitu života respondentky dotazovaná uvedla: „Mám skvělou rodinu, takže tam musím říct, že jsem měla velikou oporu, protože vůbec si nedokážu představit, jak by to dopadlo, kdybych jí kolem sebe neměla.“, také uvedla že: „Díky nim jsem se dostala právě jako do těch, do těch pomocných rukou.“ K následným krokům jí také pomohli zkušenosti a informace lidí z jejího okolí jako byla kolegyně z její práce.

Respondentka zaznamenala jisté nevědomosti o možnostech využití sociální poradenství, které by jí mohlo poskytnout informace. Ovšem po době, kdy se do spolupráce se sociálním pracovníkem dostala, zhodnotila srozumitelnost informací za nejasnou a těžkou se v nich orientovat, dokud jí neporadila kolegyně z práce. Podotkla: „Já vlastně tím, že mám kolegyni, která má vlastně přítele, který má taky vlastně psychický problémy, tak díky tomu jsem vlastně vůbec pochopila, kam se mohu obrátit, když mi bylo nejhůř, od sociální pracovnice jsem to vůbec nepochopila.“

Respondentka popsala své vyhledávání informací pomocí technologie tak, že: „Já ráda tím, že mám hodně jakoby zaměstnaný oči, jsem často na telefonu, protože vyřizuju spoustu věcí, tak já už úplně chci svůj volný čas trávit bez toho, abych musela koukat do modré obrazovky, takže spíš, když už tak zvolím něco, co si můžu posлуchat, co vlastně u toho dělá cokoli jiného a spíš jakoby poslouchat“, ale popsala, že zdroje informací hledá tak, že: „Já mám problém si třeba volat s lidmi, proto si radši napíšu někomu e-mail, když něco nevím, nebo vyhledávám osobní setkání.“ Uvádí, že dostala při ukončení hospitalizace papírové letáky s popisem služeb, ale uvedla jejich nevýhodu: „Taky jsem dostala několik letáků, takových těch papírových, kde jsou popsány různé služby, ale víte, no to každý hned ztratí.“ V situaci, kdy měla porovnat využití technologie při vyhledávání informací nebo využití osobního kontaktu zhodnotila následovně: „Řeknu to takhle, kdybych si měla vybrat, jestli čekat půl roku nebo ihned mi někdo může zavolat na telefon a nějak mi poradit, tak určitě volím ten telefon nebo ten počítač, prostě nějakou tu komunikaci a nějakou tu radu a pochopení, protože ono to člověka jako uklidní, uklidní, a to si myslím, že je vlastně důležitý, takže určitě je to lepší, ale pokud bych si měla vybrat mezi online formou a nebo komunikace s odborníkem jakoby osobně, tak určitě já volím ten osobní jako kontakt, ale to je můj názor.“

5.2 Respondent č. 2

Tabulka 3 - Kódy a kategorie k rozhovoru č. 2 (autor 2023)

Začátek spolupráce se sociálním pracovníkem	Oblasti řešených zakázek	Následné kroky	Orientovanost v informacích	Zdroje informací
<i>Začátek spolupráce po hospitalizaci</i>	<i>Ukončení studia</i>	<i>Nástup do sociální služby</i>	<i>Informace byly srozumitelné</i>	<i>Internet</i>
<i>Nedůvěra vůči sociálním pracovníkům</i>	<i>Finance</i>	<i>Žádost o invalidní důchod</i>	<i>Pomoc rodiny při orientování se v informacích</i>	<i>Přátelé</i>
<i>Neuspokojivé chování sociálního pracovníka</i>	<i>Zaměstnání</i>	<i>Návštěva ÚP</i>		<i>Kontakty od sociálních pracovníků</i>
<i>Potřeba bezpečného prostředí</i>		<i>Pracovní pohovor s přítomností sociální pracovnice</i>		<i>Semináře a přednášky</i>
<i>Úleva díky poskytnuté pomoci</i>				<i>Využití aplikace</i>
<i>Flegmatický přístup</i>				

Interpretace

Respondent č. 2 popsal, že nemoc byla zjištěná tehdy, když byl na vysoké škole. Celkově byl hospitalizovaný třikrát v rozmezí čtyř let. Kvůli svým hospitalizacím a celkovému zdravotnímu stavu se rozhodl pro ukončení studia a chtěl navázat na sociální službu zaměřenou na osoby s duševním onemocněním. Tyto aspekty vedly k využití sociálního poradenství a ke spolupráci se sociálním pracovníkem. Nyní funguje s podporou své rodiny a několika sociálních služeb.

Respondent č. 2 v první kategorii popisuje začátek spolupráce se sociálním pracovníkem, který i zhodnotil. K přístupu pracovníka se vyjádřil převážně negativně. Zároveň uznal užitečnost tohoto setkání. Začátek jeho spolupráce vznikl po hospitalizaci. Uvedl to na příkladu, že: *„Po hospitalizaci jsem cítil potřebu sociálního pracovníka i přes nepříjemné jednání sociální pracovníce, mně to bylo jedno, já jsem byl rád, že mi někdo pomůže. Ale cítil jsem se špatně, protože jsem věděl, že potřebuju pomoci, ale zároveň jsem cítil velkou úlevu, že mi někdo pomáhá.“* Z této výpovědi také vyplývá, že má špatný pocit, když vyžaduje pomoc cizí osoby. Respondent také popisoval, jaké jsou jeho nároky k tomu, aby se u sociálního poradenství cítil příjemně. V počátku popsal na situaci: *„Hele, já byl vůči nim, ze začátku byl takový nedůvěřivý a musel jsem ten příběh vyprávět furt hodně lidem dokola a to mi bylo špatně.“*, jak sociální pracovníky vnímal. Dále popsal, jaký pocit je pro něj v navázání spolupráce klíčový: *„Nejdůležitější je, abych k němu cítil ten pocit důvěry, jistoty a bezpečí.“*

Předmětem řešených zakázek byly finance, studium a následné uplatnění. Konkrétně sdělil: *„Vlastně po hospitalizaci jsem musel ukončit studium“*, ohledně finanční stránky uvádí, že: *„Já jsem si musel zažádat o invalidní důchod, a to jsem vůbec nevěděl, jak to chodí a hlavně, jak dlouho to trvá.“* S finanční stránkou velmi souvisí pracovní uplatnění. Z rozhovoru vyplývá, že motivace pro zlepšení finanční situace byla práce, ale vzhledem k jeho omezení způsobené duševním onemocněním není vždy jednoduché najít vhodnou pozici pro danou osobu. Zmínil se, že: *„No víš co, já jsem pak hrál furt počítačové hry. Měl jsem trénovat něco, u čeho bych vydržel. Ono totiž všechny ty procesy trvaly dlouho, tak jsem pouze chodil do PDZ. Pak ale, když už mi přiznali ten invalidní důchod, tak mě velmi podpořili. Pracoval jsem brigádně, já bych asi jinak ten důchod neměl takhle vysoký, ale dělal jsem nějaké dělnické práce a vlastně už ani status studenta jsem neměl.“*

Jeho následné kroky se velmi propojují s jeho zakázkami, proto jsem se zaměřila na podporu sociálních pracovníků. Přesto, že se snažil být samostatný, stále tam figuroval sociální pracovník. Uvedl: „*Já jsem cítil, že jsem docela dobrý, a tak jsem si hledal práci. A velmi mi tehdy pomohla sociální pracovnice, která dělala i koordinátorku a je to paní pod PDZ. Tak mi doporučila nejdřív firmu, kde jsem dělal úklid.*“ Tato ochota sociálních pracovníků se ukázala i ve výpovědi, kde opět na následné kroky nebyl uživatel sám. Jednalo se o situaci: „*Tak jsem si na to pracovní místo sám došel a domluvil si to skoro všechno sám, ale pak u toho pohovoru se mnou byla mamka a taky moje sociální pracovnice z jiné služby, co mi domluvila zaměstnání, se s námi spojila přes telefon.*“ Zde probíhala i kooperace s rodinou.

Orientaci v informacích zhodnotil: „*Pochopil jsem toho dost, ale hlavně to bylo tím, že tam se mnou byla ta rodina, která ty informace přijímala se mnou.*“ Poznamenal, že: „*Kontakt na sociální pracovníci jsme dostali v nemocnici, nebo aspoň ty nezákladnější, to jsme ale využili až později.*“

V kategorii, která se zabývá zdroji informací, zastává část internet, jelikož se respondent vyjádřil v jiné části rozhovoru: „*Já jsem vlastně slyšel, že tu dělá kamarád, tak jsem si to hledal na internetu, protože jsem cítil, že to chtělo nějakou změnu.*“. Dále ale uvádí, že velkou část informací získal následovně: „*Všechny kontakty jsme dostali při první schůzce od sociální pracovnice. Pak když už objevuješ a zkoušíš další možnosti služeb pro lidi s duševním onemocněním, tak se ty kontakty nabalují a stále dostáváš další doporučení, jak si ten život zlepšit. A kdybych něco nevěděl, vždy tady byla možnost obrátit se na původní sociální pracovníci. A fakt i v té práci jsem cítil, že na to nejsem sám, že je kolem mě víc lidí, co mi dokážou poradit.*“

Když jsem zjišťovala jeho vztah k technologiím, uvedl: „*Tak já mám dotykový telefon, ale ten moc nevyužívám na vyhledávání informací, ale spíš s ním jen píšu zprávy a volám. A třeba informace o svých nemocích ty si moc nehledám, já jsem totiž docela hypochondr.*“ A z dalších jeho vyjádření vyplynulo, že více preferuje osobní kontakt s člověkem, který mu poskytne informace přímo, namísto využití internetových zdrojů nebo aplikací zaměřených na poradenství. Vyjádření formuloval takto: „*No to je těžká otázka. V té době jsem tuto možnost neměl a nevím, jestli bych to vyhledával takhle. Jsou pro mě více naučné nějaké semináře nebo přednášky tam kde jsou lidi a já se jich hned mohu doptat. Určitě, mohou být tací lidé, co se mohou stydět o tom mluvit nebo si třeba nejsou jistí a nechtějí to sdílet s nikým.*“ Obecně k tomu nemá negativní postoj a sám to přirovnal k jedné své vzpomínce:

„Ale myšlenka to může být dobrá, když jsem tenkrát byl na základce, tak jsme měli tenkrát nějaké testy ohledně toho, jaká by pro nás byla nejideálnější práce, a uvědomil jsem si, že pro lidi, co vůbec nevědí, by to mohlo být super.“

5.3 Respondent č. 3

Tabulka 4 - Kódy a kategorie k rozhovoru č. 3 (autor 2023)

Začátek spolupráce se sociálním pracovníkem	Oblasti řešených zakázek	Následné kroky	Orientovanost v informacích	Zdroje informací
<i>Začátek spolupráce již při hospitalizaci</i>	<i>Bezdomovectví</i>	<i>Kontaktování služeb</i>	<i>Závisí na kvalitě práce sociálních pracovníků</i>	<i>Negativní vztah k technologiím</i>
<i>Doporučení opatrovníkem</i>	<i>Bydlení</i>	<i>Žádost o dávky</i>	<i>Při nevědomosti se doptávám</i>	<i>Sociální pracovník</i>
<i>Dlouhodobá spolupráce</i>	<i>Finance</i>	<i>Podání návrhu na navrácení svéprávnosti</i>	<i>S podporou sociálního pracovníka</i>	<i>V nesouladu s technologiemi</i>
<i>Příprava na opuštění léčebny</i>	<i>Závislost</i>	<i>Návštěva ÚP</i>	<i>S podporou od okolí</i>	<i>Preference osobního kontaktu</i>
<i>Často opakovaná záležitost</i>	<i>Zaměstnání</i>			<i>Vděčnost za osobní kontakt</i>
<i>Pocit podpory</i>	<i>Nesvéprávnost</i>			<i>Vnímání i pozitiv internetových zdrojů</i>

Interpretace

Respondent č. 3 se před hospitalizací ocitl několik let na ulici z důvodu patologického chování, které ovlivnilo jeho rodinné vazby. Drogová závislost a dlouhodobé užívání marihuany se projevilo na jeho duševním zdraví a byla mu diagnostikovaná schizofrenie. Díky schizofrenii přestal mít kontrolu nad svými financemi a kvůli své celkové životní situaci byl omezen na svéprávnosti. Po dlouhodobých hospitalizacích v psychiatrických a závislostních léčebnách pochopil, že chce zlepšit svůj život po zdravotní i sociální stránce. Nyní je pracovníkem v sociální službě, kde mu pomohli naučit se běžnému žití, finanční gramotnosti, povinnostem a také mu umožnili udělat si řidičský průkaz.

V první kategorii respondent č. 3 sděluje zkušenost: *„Já jsem byl v psychiatrické léčebně a on vlastně můj opatrovník mně řekl, že mě nepustí, jako že teda mám soudně, že jsem omezen na svéprávnosti a že mně odtamtud nějakou dobu nepustí, dokud si nenajdu nějaký sociální bydlení. Proto jsem s opatrovníkem řešil, ať mi najde někoho, kdo mi s hledání bydlení pomůže. Tam jsem začal mluvit s nějakými sociálními pracovníky.“* Respondent se také vyjádřil k dlouhému trvání: *„Já jsem nečekal, že se budu muset připravovat na samostatné bydlení. Obecně bydlení trvalo zařídit hrozně dlouho. Já si myslel, že služba RIAPS pro osoby se závislostmi poskytuje bydlení. Každopádně od sociální pracovnice jsem zjistil, že ten RIAPS vlastně nefunguje jako sociální bydlení, že tam nemají žádné chráněné bydlení nebo podporu samostatného bydlení. Odkázali mě do jiné služby v jiném městě a začala moje spolupráce s PDZ.“* K tomu, jak se při nové spolupráci cítil, popsal: *„V tom PDZ, tam to bylo fakt jako špatný, že prostě oni chtěli mít nějaký zkušební pobyty a bylo to fakt o nervy. Připadal jsem si, jak nějaký pokus.“* Projevil i pozitivní postoj, kde uvádí: *„Ale když jsem si potom zvyknul, tak oni mě toho dost naučili. Takové nové návyky, práci a tak“*

Oblasti řešených zakázek, které spolu souvisejí, uvedl slovy: *„Tak já jsem byl bezdomovec, tak jsem řešil bydlení v 15 a vlastně pak, ať třeba obvodního doktora, zubaře, psychiatra.“* Kde je vlastně popsáno, že řeší, jak svůj zdravotní, tak i sociální stav. Kvůli pochopení celého příběhu okrajově zmínil svou závislost na marihuaně: *„A tam vlastně já jsem v té době kouřil trávu, takže furt mi dělali testy na Tetrahydrokanabinol.“* Další důležitá součást jeho progresu, kterou klient dlouhodobě řešil, bylo navrácení svéprávnosti, tuto oblast popsal: *„Ono to byl úplně komplex všeho, já jsem byl bezdomovec, a pak zbavený svéprávnosti, takže já jsem se prostě musel z toho prostě vysekat.“*

Jeho následné kroky rozvedl ve dvou rovinách. Jedna byla více zaměřená na jeho životní styl, kdy uvádí: *„Ta situace se změnila od základu, teď sportuju, jako je teda pravda, že kouřím a občas jako přestanu kouřit nebo prostě furt se snažím někam tlačit ty limity.“* K tomu, aby se mohl posunout dál, přišlo i několik uvědomění: *„Co jsem vlastně říkal, že vlastně já si myslím, že prostě konkrétně i umí, prostě selhal ten faktor rodiny, prostě když prostě přišla moje nemoc, jo, takže prostě rodina mě prostě fakt jakoby vykopla“*, dále také uvedl změnu ve víře: *„Chodím často do kostela.“* Druhá rovina zahrnovala finanční a pracovní sféru: *„Žádal jsem o invalidní důchod a zvýšení invalidního důchodu, teďka právě řeším, pro formulář jsem šel na ÚP.“* Co se týče práce pracovníka ze služby PDZ, byl mu k ruce jako doprovod na ÚP. K tomu respondent uvedl: *„Sociální pracovník a já jsme šli vlastně na pohovor, kde jsme se prostě seznámili s jednou paní, která mi poté nabídla chráněné dílny.“*

Na orientovanost v informacích reagoval respondent pozitivně: *„Měl jsem možnost poznat dobrou sociální pracovníci, a jak říkám, měla nějak jako své mouchy, prostě i díky ní jsem prostě tam, kde jsem, že prostě, že jsem svéprávný, že mám kde bydlet, že mám prostě co jíst, že mám práci.“* K přehlednosti informací se respondent vyjádřil následovně: *„Ty sociální pracovníci nebo vlastně kdokoliv ti poskytnul nějaké takové informace, přijde ti to přehledný, protože svou situaci řešíš několik let a propojíš si to s tím, co potřebuješ řešit.“* Vzpomněl si, že s informacemi mu pomáhá i jeho okolí. Následkem toho byla větší socializace, uvedl: *„Jsem nějak jako přijatý nějakou společností, mám dost přátel, co mi s čímkoliv mohou pomoci.“*

K tomu, kde respondent získává informace, uvedl negativní postoj k technologiím: *„Já to úplně nenávidím, prostě, když ten počítač nebo telefon nedělá to, co chci já. Takže říkám, že s nimi kamarád, nejsem.“* Zároveň k tomu má respektující postoj: *„Může to tak u někoho být, třeba bude člověk, který jako bude spíš jako přes internet, že se třeba bude stydět za to, co prožívá.“* K tomu zda by preferoval sociální poradenství online nebo osobní kontakt jednoznačně uvedl: *„Lidi, co mají nějaký duševní onemocnění, tak jsou opuštěný, když mají nějaký kontakt jako třeba s pracovníci na Úřadu práce nebo s nějakým psychiatrem, který je fakt jako vyslechne nebo s nějakým sociálním pracovníkem, tak si myslím, že oni pak mají nějaký smysl, že prostě jako neříkám, že všichni sociální pracovníci jsou prostě empatický, ale člověk se necítí sám.“*

5.4 Respondent č. 4

Tabulka 5 – Kódy a kategorie k rozhovoru č. 4 (autor 2023)

Začátek spolupráce se sociálním pracovníkem	Oblasti řešených zakázek	Následné kroky	Orientovanost v informacích	Zdroje informací
<i>Kontaktováno osobně</i>	<i>Pomoc při vyhledání služby</i>	<i>Obvolat všechny navržené služby a vybrat si dle potřeb</i>	<i>Stručně podané</i>	<i>Reklamní letáček na službu</i>
<i>Spolupráce vznikla po hospitalizaci</i>	<i>Aktivizační činnost</i>	<i>Navštívit danou službu</i>	<i>V nejasnostech se obrátit na sociálního pracovníka</i>	<i>Internet</i>
<i>Rychlé jednání</i>		<i>Vykomunikovat si svá očekávání od služby</i>	<i>Žádné informace ohledně úhrady služby</i>	<i>Sociální pracovník</i>
<i>Práce sociálního pracovníka profesionální</i>				<i>Mobilní telefon</i>
<i>Přístup sociálního pracovníka spíše neempatický</i>				
<i>Poskytnutí kvalitní pomoci</i>				
<i>Krátká spolupráce</i>				

Interpretace

Respondentka č. 4 popsala svůj začátek spolupráce se sociálním pracovníkem následovně: *„Sociálního pracovníka jsem si vyhledala sama. Potřebovala jsem poradit, jaká služba pro mě je ideální, protože jsem si nebyla jistá, zda taková služba vlastně je, jen takhle na aktivizaci.“* Ke spolupráci zahrнула poznatky, že průběh hodnotí následovně: *„Vlastně to setkání proběhlo úplně v pohodě, paní byla ochotná a domluvila setkání se mnou poměrně v krátké době.“* Zmiňovala i to, co pro ni bylo poměrně důležité: *„Když jsem se s ní potkala a řekla jsem jí své potřeby, připadalo mi, že mě moc nebere vážně, přišla mi taková neempatická, jako by nebrala moje požadavky vážně, i tak mi dala nějaká doporučení.“*

Oblasti řešených zakázek na sebe navazovaly, respondentka se zmínila, že: *„No tak já jsem v sobě řešila to, že se potřebuji někde socializovat nebo mít nějakou aktivitu. Snažila jsem se najít různé koníčky, ale vzhledem k mé nemoci a stavům jsem se setkávala dost se stigmatizací.“* Pocity popsala takto: *„Víte, běžný člověk nechápe, jak je to pro mě třeba těžké docházet někam pravidelně, ono to vypadá jako lenost, ale není to myšleno úmyslně.“* Na to navazovala další její další vnitřní otázka ohledně toho, kde vyhledat pomoc. Uvedla například: *„Já mám spoustu doporučení na různé služby, ale já jako laik, co nechodí mezi lidi, se nevyznám v tom, co kde jaká služba poskytuje, chtěla jsem o tom s někým mluvit a přála jsem si, aby mi někdo pomohl zvolit to správné.“*

Kategorie následných kroků pro ni byla trochu překážkou - uvedla: *„No ony ty následné kroky zní velmi jednoduše, ale než jsem se ke všemu odhodlala. Dostala jsem spoustu informací a zbytek jsem řekla, že si zařídím sama, protože mi sociální pracovnice neseseděla povahově.“* Stručně popsala, co následovalo: *„Obvolala jsem ty služby a vybrala tu, která mi byla nejvíce sympatická a domluvila jsem si schůzku zase s novou sociální pracovnící, posléze jsme přišly na to, co by pro mě bylo vhodné.“* Respondentka porovnála obě zkušenosti se sociálním poradenstvím, u druhého uvedla poměrný kontrast: *„Při té druhé schůzce to bylo skvělé, paní na mě působila moc mile a to, že to se mnou myslela vážně, jsem poznala už jen z toho, že mi nenutila jejich službu, ale doporučila mi její osobní zkušenost s jedním spolkem, který uskutečňuje různá setkání, akce a tak.“*

Informace, kterým se snažila porozumět, zhodnotila: *„Orientovat se nebyl žádný problém, obě sociální pracovnice byly velmi připravené a poskytly mi spoustu rad.“* Jako další poznatek k přehlednosti uvedla, že vždy měla možnost využít sociální poradenství znovu. Jedinou nevýhodu vnímá, že: *„Dost často takhle při těch informacích, co vám podávají*

pracovníci, neuvádějí ceny těchto služeb a je mi blbě se na to zeptat, myslím si, že i na tohle by měli více sociální pracovníci, ale i informační letáky ukazovat.“

Jako zdroj k vyhledávání respondentka preferuje především internet: *„Tím, že nerada komunikuji s lidmi, si raději vše hledám přes internet.“* Při otázce, zda by využila mobilní aplikaci, která by byla jednou z forem sociálního poradenství projevila pozitivní přístup: *„No to by byla záchrana, kdyby byla možnost, aby mi službu vygenerovala nějaká aplikace, hned bych využila. Setkání s člověkem osobně vždy neznamená, že musí být příjemné, osobně preferuji online.“* Vzápětí mi ukázala, jaké má informační letáky ohledně sociálních služeb a poznamenala: *„Tyto materiály jsou také velmi užitečné, akorát tam chybí zmínění cen služeb, takže je člověk stejně nucen volat a doptávat se.“*

5.5 Závěrečné shrnutí

Na základě analýzy témat, bylo provedeno vyhodnocení výpovědí jednotlivých respondentů, které následně na to byly rozřazené do kategorií. V následné části budou kategorie souhrnně vyhodnoceny v rámci všech rozhovorů.

5.5.1 Začátek spolupráce se sociálním pracovníkem

U první kategorie, která byla zaměřena na začátek spolupráce se sociálním pracovníkem, byli respondenti tázáni na otázky, které je vedly k popisu navázání vztahu se sociálním pracovníkem a kde toto navázání vzniklo.

Samostatné navázání vztahů respondenti hodnotili pozitivními i negativními výroky. V těch pozitivních bylo zmiňováno, že konečně cítili, že se jim dostavila opravdová pomoc, která jim umožnila úlevu, podporu, bezpečné prostředí. Zároveň byla oceněna i profesionalita a rychlé jednání, které řešilo jejich situace. V negativních výrociích uvedli respondenti neuspokojivý přístup sociálních pracovníků, konkrétněji neempatický přístup, zdlouhavé sjednání schůzky. Dále se objevovaly negativní výroky typu, že stav, který měli při schůzce se sociálním pracovníkem, nebyl odpovídající jejich běžnému psychickému stavu. Například, že byli pod vlivem medikace nebo stále v duševní nepohodě. Jako příklad uvedli bludy a nesoustředěnost.

U respondentů č. 1 a č. 3, vzniklo navázání spolupráce při hospitalizaci. U respondentů č. 2 a č. 4 vzniklo po hospitalizaci. Dva dotazovaní sociální pracovníky kontaktovali sami. Další respondent uvedl, že byl respondent odkázán na sociálního pracovníka nemocničním

personálem. A odpověď posledního dotazovaného byla, že mu sociálního pracovníka doporučil opatrovník.

Kategorie, které ze sdělení plynou a ovlivňují subjektivní hodnocení spolupráce se sociálním pracovníkem, jsou přístupy pracovníka, kam spadá jeho chování, rychlost, efektivita pomoci a jeho schopnosti.

5.5.2 Oblasti řešených problémů

Druhá kategorie obsahuje odpovědi na otázky, které měly zjistit, s jakou zakázkou respondenti přišli za sociálním pracovníkem. Respondenty č. 1, 2, 3 spojovala finanční oblast, do které spadají i různé formy poskytnutí dávek a pak také oblast zaměstnání. Pouze u respondentky č. 4 se objevila oblast aktivizace osob s duševním onemocněním a vyhledání vhodné služby. Dále se objevovaly patologické jevy jako je bezdomovectví a závislost. Další zaznamenané zakázky, které považuji za individuální, byly: u respondenta č. 1 nejasnosti s pojištěním, u respondenta č. 2 ukončení studia, u respondenta č. 3 žádost o navrácení svéprávnosti.

5.5.3 Následné kroky

Následné kroky v návaznosti na finance uvedli respondenti číslo 1, 2, 3, a to: podání žádosti o finance formou pojištění nebo formou dávek. Respondenti č. 2, 3, 4 považují za další důležité kroky seznámení se s následnou sociální službou formou osobního setkání nebo telefonicky. Dále respondenti popsali průběh podání různých návrhů jako například podání návrhu o navrácení svéprávnosti. Respondent č. 2 také uvedl účast na pracovním pohovoru s podporou sociální pracovnice, která byla na telefonu. Respondent č. 4 považoval za svůj progres to, že si uměl vyjasnit potřeby, které od služby očekává.

5.5.4 Orientovanost v informacích

Ve čtvrté kategorii jsem se s respondenty zaměřila na to, jak se zvládali vyznat v informacích, které jim byly poskytovány při využití sociálního poradenství, a jak pochopení informací hodnotí. Respondenti č. 4 a č. 2 uvádějí, že jsou informace stručné a srozumitelné. Naopak respondent č. 1 uvedl, že je těžké se v informacích vyznat, ale že to bylo odůvodněno také tím, že nebyl schopen přijímat informace kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu. Respondent č. 2 uvedl, že orientace v informacích závisí na kvalitě práce sociálního pracovníka. V návaznosti na to respondenti č. 3 a č. 4 uvedli, že pokud jim je něco nejasné, obrátí se na pracovníka, který jim informace předal. Respondenti č. 1 a č. 2 naopak uvedli, že se s pomocí obracejí na rodinu.

5.5.5 Zdroje informací

U páté kategorie jsem se snažila zjistit, zda osoby s duševním onemocněním preferují osobní setkání nebo online formu poradenství. Všichni respondenti umí zacházet s technologiemi a využívají internet. Nicméně respondenti č. 1, 2, 3 uvádí, že preferují osobní kontakt před online formou poradenství. Respondent č. 4 uvádí, že je pro něj mnohem komfortnější spojit se online, proto více preferuje tuto formu. Ve dvou případech, u respondentů č. 1 a č. 4, bylo zmíněno, že využívají reklamní letáčky, kde je stručně představena daná služba. Jiní vnímají jako spolehlivý zdroj informace, které získají od poradců, což zaznělo u respondentů č. 2 a 3. Respondenti č. 1 a 2 uvedli, že je nejvíce obohatily informace z blízkého okolí jako například od přátel, od kolegyně ze zaměstnání nebo od lékařů. Až na jednoho respondenta byla jasná preference osobního kontaktu. Osobní kontakt byl všemi třemi respondenty podpořen jejich názorem, že se osoby s duševním onemocněním cítí osamoceně, a proto cítí vděčnost za každý osobní kontakt.

6 DISKUZE

V této části chci zdůraznit, že rozhovory probíhaly se čtyřmi různými respondenty, kteří mezi sebou nejsou propojeni, takže nelze generalizovat získané informace na celou populaci lidí s duševním onemocněním. Shrnuji zde hlavní poznatky z průzkumné části mé bakalářské práce a zmiňuji důležitá témata, která se objevila během rozhovorů s respondenty.

Tato část shrnuje základní poznatky z průzkumné části práce a ukazuje klíčová témata, která vyplynula z provedených rozhovorů s účastníky. Během analýzy dat byly identifikovány zajímavé oblasti, které stojí za zmínku, a které lze propojit s informacemi z odborné literatury a z různých výzkumů. Nejsou zde podrobné výsledky cílů, protože byly zhodnoceny v předchozí kapitole.

Sociální poradenství osobám s duševním onemocněním má několik způsobů, jak poradenský proces vést, což poukazují výpovědi respondentů. Jejich subjektivní vnímání role sociálního pracovníka při poskytování sociálního poradenství naznačuje, že veškerá práce má směřovat k pomoci návratu těchto osob do běžného života a k poskytnutí podpory při usnadňování této cesty.

Na základě poznatků lze konstatovat, že sociální poradenství lidem s duševním onemocněním je oblastí, která nelze nahradit jinak než individuální péčí. Další důležitou částí sociálního poradenství je posílení empowermentu neboli zplnomocnění klientů a spolupráce mezi různými odbornými disciplínami. Tyto faktory mohou mít pozitivní vliv na úspěšnost poradenství a zlepšení kvality života jedinců s duševním onemocněním.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jak respondenti subjektivně vnímali informační podporu a spolupráci v počátcích svého onemocnění.

Mezi specifika práce s osobami s duševním onemocněním patří respekt ke klientovi, anonymita a motivace. Psychický stav je další aspekt, jenž ovlivňuje způsob klientova rozhodování, způsob práce s pomáhajícím a průběh poradenského procesu. Z toho vyplývá, že vše se odvíjí od aktuálního stavu klienta, který ve svých výpovědích respondenti zmiňují. Udržení anonymity je důležité z hlediska důvěrného vztahu se sociálním pracovníkem. Klienti jsou citliví na anonymitu, jelikož většina z nich se za své onemocnění stydí.

Matoušek (2010) a Mahrová (2008) se shodují, že k práci s psychiatrickými klienty jsou klíčové alespoň základní vědomosti z oblasti psychiatrie, tudíž pracovníci čerpají ze svých znalostí, na kterých staví svoji práci a úspěšně pak navazují vztah s klienty. Z průzkumu

tohoto dílčího cíle bylo zjištěno, že na klienty více zapůsobí první dojem sociálního pracovníka bez ohledu na jeho znalosti.

Výzkum v bakalářské práci od Trpíkové (2019) poukazuje na rozdíly mezi klienty, kteří využijí sociální poradenství s prosbou o pomoc a dle vlastního uvážení a rozdíl mezi těmi, kterým bylo doporučeno navštívit poradny. V tomto zmíněném výzkumu popisuje, že dalším důležitým aspektem je, když má klient kolem sebe podporující okolí, zde se naše výsledky shodují. Můj průzkum totiž poukázal na to, že pokud spolupracuje rodina a blízcí, je spolupráce jednoznačně úspěšnější. Osoby, které navštívily poradenství z vlastní iniciativy, byly mnohem samostatnější a neočekávaly tak velkou míru podpory, jako osoby, kterým bylo obecně doporučeno.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, jaké zakázky přinášeli respondenti ke spolupráci se sociálním pracovníkem, a jak dokázali využít informace získané v průběhu nemoci.

Osoby s duševním onemocněním často řeší v rámci spolupráce se sociálním pracovníkem problémy spojené s nedostatečnou podporou, stigmatizací ze strany okolí, snižováním sebevědomí a ztrátou schopnosti žít plnohodnotný život. Díky informacím získaným během nemoci jsou schopny lépe porozumět vlastním potřebám a omezením, rozšířit své znalosti o dostupných službách, o možnostech léčby a sociální podpory, a tak i aktivněji přistupovat k řešení svých obtíží a k dosahování lepší kvality života. V mém výzkumu byly jako nejobtížnější oblasti zmiňovány: oblasti pracovního uplatnění, finanční jistoty, socializace, ale také patologické jevy jako je bezdomovectví a drogová závislost.

Obvyklou překážkou je stav duševního onemocnění klientů, v jeho projevech a náročnosti, kdy se nemoc projevuje v atakách a vystupuje do popředí v poradenském procesu a při změnách, na které stále nemusí být klient připraven. Jak ve své literatuře popisuje Vágnerová (2008), duševní onemocnění ovlivňuje osobnost, jednání nemocného a jeho kognitivní a emoční stránku. Z toho se dá soudit, že v tomto je sociální práce s duševně nemocnými opravdu specifická.

Špatenková (2013) se domnívá, že do poradenství přicházejí obvykle ti, kteří již vyčerpali osobní zdroje pomoci, jako je svépomoc, pomoc známých, příbuzných, přátel, nebo jiná pomoc selhala nebo není dostatečně účinná.

Novosad (2009) je toho názoru, že poradenství jako takové může být silným nástrojem a poradce je pak tím, kdo může změnit život svých klientů. Záleží však na způsobu podání informací, výběru, interpretaci a dále pak ochotě a trpělivosti klientů něco změnit.

Na základě rozhovorů s respondenty se domnívám, že informace, které mohou být záchytným bodem a dávají jim možnost postavit se aktivně k jejich problémům, přinášejí pozitivní pocity. Ty plynou z úspěšné spolupráce, kdy mají klienti pocit, že je jejich posun opravdovou pomocí od sociálních pracovníků a začínají v konzultacích vidět smysl, což působí i jako motivační nástroj.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, jak respondenti nahlíží na dostupnost a kvalitu informací poskytovaných osobám s duševním onemocněním.

Účel tohoto dílčího cíle jsem zvolila z důvodu účasti na tvorbě aplikace s názvem *Sociální pracovník v mobilu*. Tato aplikace je vytvořena za účelem co nejjednoduššího vyhledávání kontaktů. Uživatel aplikace zjišťuje, do jaké cílové skupiny spadá a jaká služba je pro něj užitečná.

V kategorii, kde se zaměřuji na to, jak respondenti nahlíží na dostupnost informací, jsem zjistila, že internet nabízí velké množství dat, které pro ně není složité vyhledat. Nicméně v průzkumu respondenti uvedli, že v tom množství je těžké se vyznat bez podpory druhé osoby, také jim chybí osobní kontakt a interakce s pracovníkem. Přesto si myslím, že veřejnost bude mít k online formě sociálního poradenství do budoucna blíže.

V diplomové práci Kubovské (2023) najdeme grafy, které poukazují na nevýhody a rizika sociálního poradenství online. Nevýhody podle autorky spočívají v tom, že klienti nemají doma dostatek soukromí během online konzultace, existuje také riziko nedostatečného zabezpečení dat, chybí pocit přítomnosti sociálního pracovníka, objevují se technické problémy, je těžší navázat důvěru, dochází k nedorozumění, větší izolaci klientů, snižuje se vliv sociálních pracovníků.

Při dotazech na aplikaci *Sociální pracovník v mobilu* převažoval mezi respondenty názor, že neosobní doporučení nebo nasměrování pomocí technologie pro ně není žádoucí. V jejich výpovědích není tak důvěryhodná jako když jim sociální pracovník zprostředkuje něco osvědčeného a s osobní preferencí. Výhodou, kterou někteří sociální pracovníci jako například Lásková (2010) v online prostoru vnímají, je, že klienti skrze psané formy poradenství získávají určitý nadhled a odstup od své životní situace.

Aplikace má sama o sobě velkou využitelnost, je ihned dostupná a nese v sobě hromadu ověřených informací, které nemusí znát každá sociální služba. Dokáže ulehčit práci spoustě pracovníků v sociálních službách a také je časově efektivnější. Já osobně v ní vidím velký potenciál. Domnívám se, že sociální poradenství online formou má v metodách sociální práce své místo, nicméně v současné době je to spíše důležitou otázkou budoucích let. Koneckonců v mém výzkumu tři respondenti ze čtyř označili využití této aplikace za nedostačující. Pro lepší perspektivu by bylo vhodné zjistit názor širší skupiny respondentů.

7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce s názvem Sociální poradenství pro osoby s duševním onemocněním byla rozdělena na část teoretickou a průzkumnou.

Teoretická část se zabývá vysvětlením pojmů zaměřené na duševní onemocnění, sociální práci a sociální poradenství, s čímž souviselo vymezení základních pojmů a seznámení s tématy a podkapitolami, které se k těmto třem oblastem vztahují. Charakteristika a popis duševních onemocnění, také oblasti jejich života, které je limitují a možnosti péče jako je sociální poradenství, které v sobě zahrnuje administrativní pomoc, hledání pracovního uplatnění na trhu práce, možnosti bydlení, podpora vzdělávání a začleňování se do veřejnosti apod. Účelem teoretické části bylo za pomoci získaných informací a teorie vytvořit podklad, který bude sloužit ke snadnějšímu uchopení tématu a zároveň poslouží k lepší orientaci v části výzkumné.

Cílem výzkumné části práce bylo zjistit a zároveň vyhodnotit, jaký je subjektivní pohled osob s duševním onemocněním na sociální poradenství, které osobně využili. S tím souvisí také to, co tato práce přináší za specifika. Tento cíl byl doplněn o tři dílčí cíle. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak respondenti subjektivně vnímali informační podporu a spolupráci v počátcích svého onemocnění. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké zakázky přinášeli respondenti ke spolupráci se sociálním pracovníkem a jak dokázali využít informace získané v průběhu nemoci. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, jak respondenti nahlíží na dostupnost a kvalitu informací poskytovaných osobám s duševním onemocněním.

Naplnění hlavního cíle a dílčích cílů bylo zrealizováno pomocí polo-strukturovaných rozhovorů s lidmi s duševním onemocněním, kteří v minulosti spolupracovali se sociálními pracovníky. A to za pomoci předem vytvořených otázek, které se měnily podle vývoje rozhovoru. Získaná data byla následně pročitána a vyhodnocována za pomoci kódování, dále byly vytvořeny kategorie, které slovně interpretovaly získaná data. Součástí bylo vytvoření shrnutí obsahu rozhovorů, které sloužily k bližšímu seznámení se s odpověďmi respondentů. Na základě získaných dat došlo k zodpovězení výzkumných otázek a také k naplnění stanovených cílů.

Ze zjištěných informací je možné konstatovat, že lidé s duševním onemocněním využívají sociální poradenství za účelem zjištění informací, které jim umožní činit aktivní kroky ke zlepšení kvality jejich života. Informace, které jim jsou poskytovány, využívají proto, aby je mohli aplikovat v jejich současném stavu.

Průzkum také ukázal, že první dojem na sociálního pracovníka ovlivňuje celý průběh poradenského procesu s klienty. I přesto, že respondenti hodnotí sociálního poradce dle toho, jakým způsobem se k nim chová, má mít sociální pracovník ve své práci profesionální přístup a měl by svou práci odvádět na základě kompetencí a principů.

Na základě zjištěných skutečností se nabízejí následující doporučení:

- Respektovat fakt, že osoby s duševním onemocněním mají svá specifika, chceme-li jim dát pocit jedinečnosti a zachovat jejich lidskou důstojnost.
- Motivovat klienty, aby vzali zodpovědnost za svůj život do svých rukou a vytvořit jim pro to bezpečný prostor.
- Vzdělávat se a mít náhled do procesu léčby pacientů s duševním onemocněním a zabránit tak šíření zakořeněných stigmat nebo je minimálně nepřinášet do sociálního poradenství.

Závěrem sděluji, že jsem si vědoma toho, že téma, které jsem si pro svou práci vybrala, by bylo možné podstatně více rozebrat, jelikož nehovoří za větší vzorek osob s duševním onemocněním a nevypovídá o celkovém širším pohledu na sociální poradenství očima osob s duševním onemocněním.

Přesto si myslím, že hlavní poslání práce, tedy vyzdvihnout přínos sociálního poradenství osobám s duševním onemocněním a poukázání na určitá specifika této cílové skupiny a sociální práce s ní, bylo naplněno. Věřím, že tato práce může rozšířit znalost čtenáře o danou problematiku a zároveň sloužit jako zdroj informací pro další průzkumy, které se zabývají tematikou sociální práce s osobami s duševním onemocněním.

8 POUŽITÁ LITERATURA

8.1 Primární zdroje

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

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HUBNER, Anita. *Mám to o sobě říct?: jak se vypořádat se stigmatem duševní nemoci*. Přeložil Milena NOVÁKOVÁ. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1870-8.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.

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

MATOUŠEK, Oldřich, ed. *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4904-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-002-3.

MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich; KŘIŠŤAN, Alois. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR. [Praha]: Liga lidských práv, 2015. ISBN 978-80-87414-25-5.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 2000 Praha: Portál. ISBN 80-7178-197-5.

PATARÁK, Michal. *Slovník psychiatrických termínů*. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, 2022. ISBN: 978-80-8278-004-1

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

ŘEZÁČ, Karel. *Potencialita dětí v náhradní rodinné péči: od očekávání k autonomii*. Plzeň: Západočeská univerzita, 2022. ISBN 97-88026110-74-3.

SLÁDKOVÁ, Petra. *Sociální a pracovní rehabilitace*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4986-3.

STRAUSS, Anselm L. a CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. SCAN. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-x.

TOKÁROVÁ, Anna, et al. *Sociální práce*. Prešov: Akcent Print 2007. ISBN: 9788096941988

8.2 Sekundární zdroje

TRNKOVÁ, Tereza. *Podpora samostatného bydlení jako forma terénní sociální služby*. Praha, 2020. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, HTF - Katedra psychosociálních věd a etiky. Vedoucí práce Krahulcová, Beáta.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.

MÜLLEROVÁ, Dana. *Podporované zaměstnávání jako možnost integrace lidí s duševním onemocněním do společnosti*. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové, 2019. 65 s. Bakalářská práce.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Lucie PROCHÁZKOVÁ. *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5536-0.

VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER, Marie VÍTKOVÁ, et al. *Psychopedie*. Šesté aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Parta, 2021. ISBN 978-80-7320-290-3.

- NEPUŠTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. [Praha]: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-076-6.
- HOLMEROVÁ, Iva. *Case management v péči o lidi žijící s demencí: koordinace péče zaměřená na člověka*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2018. ISBN 9788075710314.
- DRAPELA, J. V. aj. *Vybrané poradenské směry: teorie a strategie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995.
- SVOBODOVÁ, Dagmar. *Profesní poradenství: vybrané kapitoly*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5092-7.
- VÉVODOVÁ, Šárka, IVANOVÁ, Kateřina a kol. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4770-4.
- TRPÍKOVÁ, Lucie. *Přínos sociálního poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory*. Bakalářská práce. Vedoucí Jelínková, Aneta. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Psychoterapeutická fakulta, 2019
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha. Nakladatelství Portál s. r. o., 2009.
- ŠPATENKOVÁ, Nela. *Poradenství pro pozůstalé, principy, proces, metody 2., aktualizované a doplněné vydání*. Nakladatelství Grada Publishing, a. s, 2013
- KUBOVSKÁ, Roxana. *Možnosti a limity online sociálního poradenství*. Diplomová práce, vedoucí Vojtíšek, Petr. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2023.
- HORSKÁ, Bohuslava, Andrea LÁSKOVÁ a Ladislav PTÁČEK. *Internet jako cesta pomoci: internetové poradenství pro pomáhající profese*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2010. ISBN 978-80-7419-034-6.
- MAŘÍKOVÁ, Hana a kol. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.

8.3 Internetové zdroje

BERANOVÁ, Nela. *Nemožnost pracovního uplatnění. Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví*. Fokus ČR. Praha. 2017. [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné Z: http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf

ČESKO. § 37 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 2. 2023. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 17. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p37-2>

ČESKO. § 37 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 2. 2023. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2023 [cit. 17. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p37-3>

Manuál transformace ústavů: Deinstitutionalizace sociálních služeb. Praha: MPSV, 2013. Dostupné z: <http://trass.cz/TrassDefault.aspx>

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. F00-F98 Poruchy duševní a poruchy chování. ÚZIS ČR [online]. WHO/ÚZIS ČR, 2023 [cit. 2023-01-04]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>

MZČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030*. mzcr.cz. [Online] 13. leden 2020. [Citace: 11. srpna 2023.] <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevnizdravi-2020-2030/>

Terapeutická komunita Trend, Terapeutické komunity (§ 68). Copyright. 2022. ESTER z. s. Všechna práva vyhrazena [cit. 2023.08.14]. Dostupné z: <https://kissos-ok-katalog.olkraj.cz/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Schizophrenia. who.int [online]. 2022. [cit. 2023-07-27]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

9 PŘÍLOHY

Příloha A – Seznam otázek pro rozhovory

1. V kterém období Vaší nemoci začala Vaše spolupráce se sociálním pracovníkem?
2. S jakou zakázkou neboli tématem jste přišel k sociálnímu pracovníkovi?
3. Jak jste se cítil u daného setkání?
4. Co jste Vy považoval za důležité v průběhu sociálního poradenství?
5. Jaké byly Vaše následné kroky, po poskytnutí informací?
6. Jak jste vnímal srozumitelnost informací, které Vám byly poskytnuty?
7. Co považujete za kvalitní informace a kde je vyhledáváte?
8. Dokážete si představit, že by osobní kontakt byl v sociálním poradenství nahrazen online formou?