



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Sociální práce s klienty s duševním onemocněním

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce
Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče
Autor práce: **Martina Klingerová**
Vedoucí práce: PhDr. Jan Sochůrek, Ph.D.



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Martina Klingerová
Osobní číslo: P13000089
Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce a penitenciární péče
Název tématu: Sociální práce s klienty s duševním onemocněním
Zadávací katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Popsat roli sociální práce s klienty s duševním onemocněním.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Polostrukturované interview.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

- ČEŠKOVÁ, E., 2005. Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře. 1. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-056-9
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., a kol., 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5
- PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., et. al., 2013. Psychiatrie v primární péči. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-2798-4
- PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O., 2014. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3
- VÁGNEROVÁ, M., 2012. Psychopatologie pro pomáhající profese. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jan Sochůrek, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

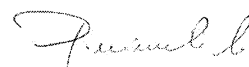
Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2016**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2015

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Janu Sochůrkovi, Ph.D. za konstruktivní připomínky, cenné rady a vstřícnost při vedení mé odborné práce. Děkuji vedení obecně prospěšné společnosti Fokus Liberec za umožnění výzkumu v jejich organizaci i všem respondentům za jejich ochotu. Poděkování patří také mé rodině, která mne po celou dobu studia podporovala.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou závažnosti duševních nemocí. Cílem je popsat roli sociální práce s takto nemocnými klienty. Práci tvoří dvě stěžejní oblasti. Teoretická část s využitím odborné literatury popisuje otázku duševní nemoci, schizofrenie, systému péče s klienty s duševním onemocněním a vymezuje termín „klient v systému sociálních služeb“. Empirická část pomocí polostrukturovaného interviu zjišťuje názory odborníků, mapuje a hodnotí současný stav sociální práce s touto cílovou skupinou. V závěru empirické části jsou shrnuta výzkumná zjištění a navržena opatření, která by mohla vést ke zlepšení současné situace v systému péče o klienty s duševním onemocněním.

Klíčová slova: sociální práce, klient, duševní onemocnění, schizofrenie, systém péče o lidi s duševním onemocněním

Annotation

The bachelor thesis deals with severity of mental illness. The aim is to describe the role of social work with such ill clients. The work consists of two key areas. The theoretical part using scholarly literature discusses the issue of mental illness, schizophrenia, the care system of people with mental illness and defines the term „client in the social services system“. The empirical part using the semistructured interview finds the views of experts, describes and evaluates current status of social work with this target group. The research findings are summarised in the empirical part of the bachelor thesis. There are proposed measures that could lead to an improvement of the current situation in the system of care for clients with mental illness.

Keywords: social work, client, mental illness, schizophrenia, the care system of people with mental illness

Obsah

| | |
|---|----|
| Seznam grafů | 9 |
| Seznam tabulek | 9 |
| Úvod | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 Problematika duševní nemoci | 11 |
| 1.1 Klasifikace duševních nemocí | 12 |
| 1.2 Schizofrenie | 13 |
| 1.2.1 Historické poznávání schizofrenie | 14 |
| 1.2.2 Prevalence a etiologie schizofrenie | 15 |
| 1.2.3 Příznaky, projevy, typy schizofrenie | 16 |
| 1.2.3.1 Příznaky schizofrenie | 16 |
| 1.2.3.2 Klinické projevy schizofrenie | 16 |
| 1.2.3.3 Typy schizofrenie | 18 |
| 1.2.4 Stigma a sociální význam schizofrenie | 19 |
| 2 Klient s duševním onemocněním v systému sociálních služeb | 21 |
| 2.1 Koncept sociálního fungování | 21 |
| 2.2 Sociální práce | 22 |
| 2.3 Sociální práce s klienty s duševním onemocněním | 23 |
| 2.4 Vztah a komunikace s klientem | 24 |
| 2.5 Vybrané aspekty role sociálního pracovníka | 24 |
| 3 Systém péče o lidi s duševním onemocněním | 26 |
| 3.1 Multidisciplinární tým | 26 |
| 3.2 Komunitní péče | 27 |
| 3.2.1 Psychiatrická rehabilitace | 28 |
| 3.2.1.1 Pracovní rehabilitace | 28 |
| 3.2.1.2 Podpora bydlení | 29 |

| | | |
|----------------------|--|----|
| 3.2.1.3 | Podpora volného času a sociálních kontaktů | 29 |
| 3.2.1.4 | Další služby..... | 30 |
| 3.2.2 | Psychoedukace..... | 31 |
| 3.2.3 | Destigmatizace..... | 31 |
| EMPIRICKÁ ČÁST | | 33 |
| 4 | Cíl výzkumu | 33 |
| 4.1 | Hlavní výzkumný problém..... | 33 |
| 4.2 | Metoda analýzy dat..... | 33 |
| 4.3 | Výběr respondentů..... | 33 |
| 5 | Interpretace získaných dat..... | 35 |
| 5.1 | Otázka č. 1..... | 35 |
| 5.2 | Otázka č. 2..... | 38 |
| 5.3 | Otázka č. 3..... | 41 |
| 5.4 | Otázka č. 4..... | 44 |
| 5.5 | Otázka č. 5..... | 46 |
| 5.6 | Otázka č. 6..... | 49 |
| 5.7 | Otázka č. 7..... | 51 |
| 6 | Shrnutí výzkumných zjištění..... | 55 |
| | Závěr..... | 58 |
| | Navrhovaná opatření | 60 |
| | Seznam použitých zdrojů..... | 61 |
| | Seznam příloh | 63 |

Seznam grafů

| | |
|---|----|
| Graf 1 Péče o duševně nemocné | 37 |
| Graf 2 Dostupnost péče | 40 |
| Graf 3 Mezioborová spolupráce..... | 43 |
| Graf 4 Informovanost o péči | 45 |
| Graf 5 Specifika péče | 48 |
| Graf 6 Psychoedukace a podpora rodiny | 50 |
| Graf 7 Destigmatizace | 53 |

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 MKN-10 Duševní poruchy a poruchy chování | 13 |
| Tabulka 2 Struktura respondentů | 34 |
| Tabulka 3 Odpovědi na otázku č. 1..... | 35 |
| Tabulka 4 Odpovědi na otázku č. 2..... | 38 |
| Tabulka 5 Odpovědi na otázku č. 3..... | 41 |
| Tabulka 6 Odpovědi na otázku č. 4..... | 44 |
| Tabulka 7 Odpovědi na otázku č. 5..... | 46 |
| Tabulka 8 Odpovědi na otázku č. 6..... | 49 |
| Tabulka 9 Odpovědi na otázku č. 7..... | 51 |

Úvod

Tématem bakalářské práce je sociální práce s klienty s duševním onemocněním. Toto téma jsem si vybrala s ohledem na to, že jsem dlouhodobě v kontaktu s člověkem, který má diagnostikovanou schizofrenii. Jeho rodina pocíťuje nedostatek nabízených služeb pro lidi s duševním onemocněním. To byl důvod, proč jsem vykonávala odbornou praxi v obecně prospěšné společnosti Fokus Liberec, která se věnuje pomoci této cílové skupině. Zde byl také prováděn kvalitativní výzkum.

Dnešní doba na nás klade velké nároky. Nelze se divit, že lidí s psychickými problémy či nemocemi přibývá. Problematice duševních nemocí se věnuje první kapitola teoretické části. Dále je popsána schizofrenie, která patří do oblasti psychóz a jejíž projevy jsou velmi závažné. Lidé s duševním onemocněním potřebují nejenom lékařskou péči, ale i péči následnou. Jaké možnosti má klient v systému sociálních služeb a jak by měla fungovat komunikace mezi klientem a sociálním pracovníkem, vystihuje druhá kapitola. Komunitní péči a druhy psychiatrické rehabilitace popisuje třetí kapitola.

Je možné konstatovat, že duševní onemocnění se v budoucnu může týkat kohokoliv z nás. Je důležité nemoc nejen léčit, ale i jí porozumět. Naučit se s ní žít a vyrovnat se se všemi problémy, které přináší. Sociální pracovníci pomáhají klientům se zvládnutím běžných problémů, s tréninkem sociálních dovedností a s opětovným začleněním se do společnosti.

Cílem bakalářské práce je tedy zjistit současnou roli sociální práce s klienty s duševním onemocněním. Výzkumným problémem je zmapovat a zhodnotit sociální práci s touto cílovou skupinou. Metodou výzkumu byl zvolen kvalitativní výzkum a pro potřeby interview byly osloveny sociální pracovníce z obecně prospěšné společnosti Fokus Liberec a zdravotní sestry z psychiatrické nemocnice Kosmonosy. Prostřednictvím otázek v polostrukturovaném rozhovoru byly zjišťovány odpovědi na výzkumné otázky. Výzkumné otázky se týkaly tématu spolupráce sociálních pracovníků s rodinou klienta, návaznosti psychiatrické rehabilitace na ústavní péči a tématu služeb poskytovaných klientům s duševním onemocněním. Výsledky empirické části jsou shrnuty v závěru práce a následně jsou stanovena navrhovaná opatření, která by mohla vést ke zlepšení péče o klienty s duševním onemocněním.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Problematika duševní nemoci

Světová zdravotnická organizace definuje psychiatrický případ jako: „*zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání.*“ (Mahrová, Venglářová 2008, s. 69)

V péči o duševně nemocné se prolíná mnoho oborů. V pomáhajících profesích je zakotven pohled na jedince jako na biopsychosociální bytost. V týmech, které pracují s lidmi s duševním onemocněním, by měli být pracovníci vybaveni alespoň základními znalostmi příbuzných oborů. Je tedy důležité znát vymezení psychiatrického onemocnění, které stanovuje lékař – psychiatr. Sociální pracovník se snaží podpořit ve svém klientovi to zdravé a především zlepšit jeho sociální fungování. K tomu zajisté slouží dobrá informovanost o duševních nemocech a jejich diagnostice (Mahrová, Venglářová 2008, s. 69).

K diagnostice duševní poruchy musíme znát nejenom diagnostická kritéria, ale i normu psychického zdraví. Názory na tuto otázku se však různí. Jde o včasné rozpoznání duševní poruchy, její určení a výběr nejvhodnějšího terapeutického postupu. Pojem zdraví nelze vnímat jednostranně ani pomocí kritérií normality. Kritérium normality de facto neexistuje, jedná se vždy o vztah k něčemu. Je to proces, který má svou dynamiku. Vyvíjí se vždy v určitém vztahu k prostředí. Náš organismus je vybaven určitým rozsahem přizpůsobivosti k prostředí a zároveň prostředí na organismus klade jisté nároky. Podobný problém můžeme vnímat i mezi normalitou a zdravím. Při normalitě máme na mysli projevy, které nacházíme u většiny lidí. Zdraví je zvláštní případ normality, má svůj subjektivní i objektivní aspekt. Zatímco choroba (porucha) je případ něčeho abnormního, která se kvalitativně liší od zdraví a projevuje se příznaky v určitém seskupení a pořadí výskytu (Dušek, Večeřová-Procházková 2010, s. 22–23).

„Nevím, co se to se mnou děje. Všechno se změnilo, jako bych se nepoznával. Ať se snažím, jak se snažím, je to k ničemu.“ (Rahn, Mahnkopf 2000, s. 13)

Nemoc se vyvíjí a odehrává v různých dimenzích. Nemocní jsou úzkostní, pociťují jakousi změnu, kvůli svým potížím mohou pracovat s velkou námahou nebo vůbec. Na profesionální úrovni určují nemoc na základě daných kritérií odborníci. Nemoci můžeme dát určité jméno, např. deprese. Pojmenování nemoci přináší nevýhody, především stigmatizaci s následnou izolací či zaměřením na nemoc místo na možné vnitřní zdroje. Avšak užívání pojmu nemoci přináší i mnohé výhody, role pacienta a pomáhajícího jsou jasně definovány, nemoc lze pomocí vědeckých poznatků lépe vysvětlit a porozumět jí (Rahn, Mahnkopf 2000, s. 13).

1.1 Klasifikace duševních nemocí

Klasifikací rozumíme rozdělení jisté množiny jevů do kategorií podle určitých pravidel. Jednotlivé kategorie jsou na sobě nezávislé, vzájemně se musí vylučovat a musí být vyčerpávající. Psychiatrické klasifikace těmto požadavkům většinou nevyhovují. Snaha vytvořit klasifikační systém v psychiatrii je patrná již od začátku vývoje oboru. Vývoj klasifikace duševních onemocnění odráží naši míru poznání o příčinách a průběhu jednotlivých poruch. V tradici se podařilo vyčlenit tři hlavní etiologické okruhy duševních poruch, a to: organické, endogenní a psychogenní.

Organické poruchy vznikají jako důsledek nějakého onemocnění nebo poruchy centrálního nervového systému, a to buď přímým postižením mozku, nebo je mozek postižen sekundárně při onemocnění jiného orgánu, např. některá onemocnění metabolická, infekční či endokrinní. Tehdy hovoříme o symptomatických poruchách. Příkladem organických poruch jsou alkoholové psychózy, demence, delirium tremens, a další.

Endogenní poruchy jsou někdy označovány jako funkční. Nemají jedinou příčinu, která nemoc vyvolává, termín endogenní znamená „pocházející zevnitř“. Předpokládáme zde dědičné, vrozené nebo na konstituci vázané základní příčiny. Patří sem zejména afektivní poruchy, schizofrenie, schizotypální poruchy, a další.

Psychogenní poruchy jsou důsledkem vnější zátěže, jako je například stres, psychická i tělesná zátěž, konflikty v sociálním prostředí. Do této skupiny byly zařazovány úzkostné poruchy, psychosomatická onemocnění, atd.

Duševní onemocnění většinou nevyvolává jeden činitel, jsou ovlivněny multifaktoriálně. Celou řadu etiologických příčin neznáme, často se jen domníváme, co nemoc vyvolává. Od tohoto rozdělení psychických poruch podle jejich etiologie se v současnosti upustilo a používají se deskriptivní diagnostické systémy. V současnosti

se nejvíce používají psychiatrické klasifikační systémy, americký Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. revize (DSM-IV) a u nás nejrozšířenější Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10). Podle těchto klasifikačních systémů se nemoci nezařazují podle jejich etiologie, ale do jednotlivých skupin na základě společných znaků, tento systém je označován jako deskriptivní či fenomenologický (Praško, Látalová 2002, s. 102–103).

V následující tabulce je uvedeno základní rozlišení duševních poruch a poruch chování podle klasifikace MKN-10 (Praško, Látalová 2002, s. 104).

Tabulka 1 MKN-10 Duševní poruchy a poruchy chování

| | |
|---------|--|
| F00–F09 | Organické duševní poruchy včetně symptomatických |
| F10–F19 | Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek |
| F20–F29 | Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy |
| F30–F39 | Poruchy nálady (afektivní poruchy) |
| F40–F49 | Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy |
| F50–F59 | Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory |
| F60–F69 | Poruchy osobnosti a chování u dospělých |
| F70–F79 | Mentální retardace (duševní opožďení) |
| F80–F89 | Poruchy psychického vývoje |
| F90–F98 | Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci |
| F99 | Nespecifikovaná duševní porucha |

1.2 Schizofrenie

Z širokého spektra duševních nemocí byla pro tuto práci vybrána schizofrenie, jejíž výskyt se v dnešní době rozšířil a jejíž projevy mohou být pro nemocného i jeho okolí velmi závažné.

„Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované přetrvávajícím kognitivním deficitem, pozitivními a negativními příznaky (které typicky začínají v mládí), podstatnou variabilitou v projevech a průběhu a strukturální, funkční a neurochemickou alterací mozku.“ (Češková 2006, s. 11)

Schizofrenie patří k nejzávažnějším psychotickým onemocněním, má sklon k chronickému průběhu a často vede k trvalé invaliditě. Celosvětově je zařazeno mezi deset nejvýznamnějších příčin trvalé invalidity (Češková 2006, s. 11).

Podle Vacka (1996, s. 167) okamžik vzniku schizofrenie těžko určíme. Někde v dále se objeví drobný problém, jakýsi malý mráček a člověk se jím začne zaobírat. Může to trvat pár dní, měsíců nebo i let. Může jít o úplnou nicotnost, jenže tato nicotnost se postupně formuje do problému, ten se stává den ode dne naléhavější a člověk na něj nedokáže přestat myslet. Člověk znejistí a začne být úzkostný. Má pocit, že mu všichni ubližují, jsou proti němu zaujatí a domlouvají se na něj. A v této chvíli už nestačí s člověkem zatřást, takovému člověku už jeho představy nevyvrátíme.

1.2.1 Historické poznávání schizofrenie

„Příznaky, které se dnes ve svém souhrnu nazývají termínem Eugena Bleulera z r. 1911 schizofrenie, fascinují lékaře a filozofy již tisíce let. Fragment z Ajuverdy, starý 3400 let, popisuje stav, který je způsoben d'áblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, svlékáním se do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu.“ (Smolík 2002, s. 149)

Aretaios z Kappadokie, proslulý lékař z 1. st. n. l., popsal typ pacientů z duševní poruchou, která se vyznačuje „nechápatostí, zhlouplostí a zahloubaností“. Tyto projevy by pravděpodobně podle moderní terminologie byly ekvivalentem stuporu, mutismu, poruchám myšlení a narušení kontaktu s realitou. V roce 1780 definoval Thomas Arnold dva typy duševních poruch, které by mohly být v souladu s dnešními skupinami schizofrenie. Teorie jediné psychózy je svázána s obdobím pozdního romantismu v Německu a razil ji především Ernst Albert von Zeller a jeho žák Wilhem Griesinger. Zeller zdůrazňoval jednotu těla a duše. Mnoho významných psychiatrů se zabývalo schizofrenií, například v roce 1853 Benedict Augustin Morel popsal psychózu, která začíná v adolescenci a ústí do předčasné demence. Nazval ji latinsky: *dementia praecox*. V roce 1871 vymezil Ewald Hecker pod vedením Kahlbauma *hebefrenii* a v roce 1883 Ludwig Kalhbaum *katatonii*.

Další z významných psychiatrů, který se věnoval schizofrenii, byl Emil Kraepelin. V 5. vydání své učebnice psychiatrie, v roce 1896, shrnul jednotlivé poruchy, které již popsali jeho předchůdci, jako různé nozologické entity do jediného okruhu, který nazval „*dementia praecox*“ (termín převzatý od Morela). V 6. vydání své učebnice, v roce 1899, vymezil na základě syntézy průběhu a syndromologie další okruh duševních poruch, a to *maniodepresivní onemocnění*. Třetím okruhem, který Kraepelin vymezil, byla *paranoia* (Smolík 2002, s. 149–150).

1.2.2 Prevalence a etiologie schizofrenie

Celoživotní prevalence schizofrenie se uvádí kolem 1%. U žen onemocnění začíná později (nejčastěji mezi 25. a 35. rokem, zatímco u mužů mezi 15. a 25. rokem). Ženy jsou méně často hospitalizovány a také lépe sociálně fungují (Češková 2006, s. 11–12).

„Přesná příčina vzniku schizofrenie není jednoznačně určena. Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů.“ (Vágnerová 2012, s. 334)

Genetické studie rodin, dvojčat a adoptivních jedinců ukázaly, že genetické faktory hrají u schizofrenie významnou roli. Celoživotní prevalence u příbuzných nemocných se schizofrenií činí 0,5–16% ve srovnání s rodinami bez tohoto onemocnění 0,2–2%. Děti schizofreniků mají 10x vyšší riziko, že onemocní než děti zdravých rodičů. Studie dvojčat také poukazují na zvýšené riziko tohoto onemocnění (Češková 2006, s. 12).

U schizofrenie byly zjištěny změny struktury i funkce mozku. Příčiny těchto změn jsou genetické, ale mohou vzniknout i jako důsledek poškození v prenatálním období. Není jasné, zda tyto odchylky jsou typické jen pro schizofrenii nebo je lze chápat jako obecné rizikové znaky, které se mohou projevit také jinými psychickými poruchami. U nemocných schizofrenií byly také zjištěny funkční, biochemické odchylky, které jsou projevem odlišného metabolismu mozku. V této souvislosti bývá uváděna odchylka dopaminového, glutamátového a serotoninového systému. Velmi zjednodušeně lze říci, že při schizofrenii dochází v mozku k nerovnoměrnému rozložení těchto neurotransmiterů (Vágnerová 2012, s. 335).

Další z teorií vzniku schizofrenie je podle Vágnerové (2012, s. 336) takzvaný koncept vulnerability. Může jít o problémy ve zpracování informací, jejich dekodování nebo zahlcení informacemi. Takto disponovaní jedinci jsou nadměrně zranitelní, mívají sníženou frustrační toleranci a nejsou z tohoto důvodu schopni zvládat běžné situace. *„Lze říci, že problém nespočívá v zátěži, ale ve způsobu jejího zpracování.“* (Vágnerová 2012, s. 336)

Schizofrenie nejčastěji vzniká v období, kdy se mladý člověk odpoutává od své rodiny a nepříznivě disponovaný, zranitelný a přecitlivělý jedinec to vždy nedokáže. Požadavky, které jsou na něj kladeny, jsou mnohdy vnímány jako ohrožující a proto mohou snadno vyprovokovat chorobné reakce (Vágnerová 2012, s. 336).

1.2.3 Příznaky, projevy, typy schizofrenie

1.2.3.1 Příznaky schizofrenie

U schizofrenie rozlišujeme pozitivní a negativní příznaky. Pro diagnostiku schizofrenie je důležité posoudit, zda u nemocného převládají pozitivní či negativní příznaky. Za pozitivní symptomatiku považujeme příznaky v psychice nemocného, které se u zdravého jedince nevyskytují. Jedná se zejména o bludy, halucinace, vzrušenost, dezorganizovanou řeč či chování, impulsy, manýrování, raptý a další. U negativní symptomatiky se jedná o příznaky, které naopak proti normě znamenají jisté minus či ochuzení psychiky. Patří sem především abulie, hypobulie, emoční oploštělost, autismus a další (Dušek, Večeřová-Procházková 2010, s. 219).

1.2.3.2 Klinické projevy schizofrenie

Schizofrenie nemá jednotný klinický obraz, symptomy u této nemoci mohou být relativně různorodé. Předpokládá se, že pozitivní příznaky jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku, zatímco negativní příznaky vznikají jako důsledek jeho útlumu. Projevy schizofrenie zahrnují poruchy vnímání, myšlení, jednání, narušení orientace v realitě, poruchy osobnosti, autistické projevy, poruchy emotivity (Vágnerová 2012, s. 336–342).

- **Poruchy vnímání** se u schizofrenie objevují často a mohou být velmi pestré. V počátečním stadiu onemocnění se objevují iluze, které přecházejí do halucinací. Halucinace můžeme definovat jako klamné vjemy, které vznikají nezávisle na vnějším podnětu, avšak nemocný je nevyvratně přesvědčen o jejich realitě, proto mohou ovlivnit jeho chování. Lze je chápat jako poruchu integrace psychických funkcí, která vede nemocného k dezorientaci v okolním světě, ale i v sobě samém (Vágnerová 2012, s. 337).
- **Poruchy myšlení** – myšlení bývá postiženo po obsahové i formální stránce. Porucha myšlení je jedním ze základních příznaků schizofrenie. Po obsahové stránce je u schizofrenie charakteristická přítomnost bludů. Bohatá bludná produkce je častá u nemocných, u kterých se prohlubuje autismus. Z formálních projevů se jedná o zárazy, tvorbu vlastních neologismů, inkoherenční, nesouvislé myšlení, zmatené myšlení (Dušek, Večeřová-Procházková 2012, s. 221).
- **Poruchy jednání** – často nápadnosti v chování bývají tak významné, že jsou impulsem k úvaze o duševním onemocnění. Nemocný reaguje tak, jak

momentální situaci chápe, proto jeho chování bývá často neadekvátní, inkoherentní a bizarní. Nemocní mohou trpět také ztrátou iniciací jakékoli cílevědomé činnosti, mohou být nápadní celkovým stuporem nebo mutismem. Vzácněji se projeví tendence k nadměrné aktivitě, například echolálie či echopraxie (Vágnerová 2012, s. 342).

- **Narušení orientace v realitě**, takzvaná distorze skutečnosti je uváděna jako jeden ze základních příznaků schizofrenie. Nemocný není schopen vnímat běžné podněty z okolního světa, zhodnotit je a následně zpracovat. Podněty bývá zahlcen a činí mu problémy chápat jejich souvislosti a vztahy. Nemocní schizofrenií mají tendenci hledat souvislosti tam, kde nejsou, vylučují náhodu a uvažují magicky. Naopak si mnohdy nevšimnou souvislostí, které jsou běžné a zřejmé (Vágnerová 2012, s. 339)
- **Poruchy osobnosti** – osobnost nemocného se může již před vypuknutím nemoci vyznačovat určitými charakteristickými znaky, například plachostí, omezením sociálních kontaktů, uzavřeností. V úvodních projevech bývá plané filozofování, zájem o bizarní otázky či problémy. S trváním nemoci se objevuje apatie, nezájem o okolí, nemocný se soustředí na svůj vnitřní svět, který při přítomnosti bludů a halucinací může být pestrý a nahrazuje mu realitu. S nastupujícím rozkladem osobnosti se ovšem i tento vnitřní svět schizofrenika rozpadá (Dušek, Večeřová-Procházková 2012, s. 221).
- **Autistické projevy** – Vágnerová uvádí (2012, s. 340), že u nemocných schizofrenií dochází k odtržení od vnějšího světa, kde se nejsou schopni orientovat, světu nerozumí, zdá se jim neznámý a cizí. Autisticko-derealistické myšlení je typické tím, že je málo spjaté s realitou, vychází z halucinací a bludů a náhled na vlastní onemocnění většinou chybí. „*Autistické projevy jsou typické tendencí k nápadné a nepřiměřené izolaci od okolního světa, ke koncentraci na sebe sama a tomu odpovídající ztrátě zájmu o kontakt s okolím.*“ (Vágnerová 2012, s. 340)
- **Poruchy emotivity** – u schizofrenie se s trváním onemocnění mění emotivita. Na začátku onemocnění nemusí být výrazné změny, jindy se vyskytuje naopak vystupňování projevů vůči nejbližším. Postupně s průběhem onemocnění dochází k emočnímu vyhasínání. Nemocní jsou tupí, neteční, jejich emoční projevy mají emoční zploštělost. Časný rozvoj negativních symptomů a vleklý

začátek onemocnění predikuje těžší a nepříznivý průběh. Postiženému se rozpadají citové vazby a to vede k izolaci a uzavírání se do sebe. Nápadné jsou i nevhodné emoční projevy, například náhlý smích nebo náhlé upadnutí do deprese (Dušek, Večeřová-Procházková 2012, s. 222).

1.2.3.3 Typy schizofrenie

Dle Vágnerové (2012, s. 345) jsou základní typy schizofrenie čtyři. Hebefrenní, katatonní, paranoidní a simplexní. Jejich rozdělení je jen teoretické, v praxi se mohou různé typy schizofrenie překrývat, jedna forma může přecházet do jiné, průběh této nemoci je značně různorodý. Lze se ale setkat i s kombinovanými variantami, například s nediferencovanou schizofrenií.

- **Hebefrenní schizofrenie** – tento typ schizofrenie vzniká v období adolescence a rané dospělosti, tj. mezi 15 a 25 lety. Mívá špatnou prognózu, protože postihne rozvoj osobnosti jedince v době, kdy se má utvářet jeho nová identita. Tato forma schizofrenie se jeví jako prohloubená puberta s podivným způsobem uvažování, šaškovitým a klackovitým chováním neodpovídajícím věku. Charakteristickým znakem hebefrenní schizofrenie je porucha myšlení. „*Může se objevit sklon k pseudofilozofickému myšlení, k úvahám o obecných, náboženských, metafyzických či filozofických otázkách, které nejsou založeny na potřebných znalostech ani neberou v úvahu racionální argumenty*“ (Vágnerová 2012, s. 347). Objevuje se i porucha emočního prožívání, a to podrážděností, kolísáním citových prožitků, bezdůvodným střídáním emočního vzrušení s depresí a strachem. V sociální oblasti je nápadný nedostatek zábrán, sociální necitlivost, hrubost a vulgarita. Někteří mají tendenci k neomalenému vtipkování, jindy se mohou projevovat autisticky a izolovat se od jakýchkoli kontaktů (Vágnerová 2012, s. 347).
- **Katatonní schizofrenie** – u této formy jsou hlavními projevy poruchy psychomotoriky. Ty mohou oscilovat zvýšenou hybností s bezcílným neklidem na jedné straně a sníženou hybností až do stuporu na straně druhé. Je zde přítomné manýrování, topornost projevů. Také se mohou objevovat živé scénické halucinace a snové stavy. Závažným projevem je katatonní stupor, který bývá spojen se zaujímáním nepřírodných pozic

(Praško, Látalová 2013 et al., 2013, s. 345). Podle Vágnerové (2012, s. 349) je tato forma schizofrenie v současné době relativně vzácná.

- **Paranoidní schizofrenie** – uvádí se, že tento typ je nejčastěji se vyskytující formou schizofrenie. Nemocní mívají relativně trvalé, často perzekuční bludy, které jsou většinou provázeny halucinacemi a poruchami vnímání. Ty se mohou lišit naléhavostí a uspořádaností podle toho, v jakém stadiu se onemocnění nachází. Objevují se perzekuční a velikášské bludy, které mají často organizující vliv na myšlení a prožívání nemocného. Halucinace mohou být kombinované, nejčastěji se vyskytují sluchové. Poruchy afektivní, poruchy vůle, řeči a katatonní symptomy nejsou přítomny nebo bývají nenápadné (Praško, Látalová et al. 2013, s. 344).
- **Simplexní schizofrenie** – tato forma schizofrenie se vyznačuje jen obecnými příznaky a má pozvolně se šířící rozvoj symptomů. Vyskytují se zde především negativní příznaky schizofrenie. Obvyklá je otupělost, emoční oploštělost a hypobulie s hypaktivitou. Začíná většinou v době dospívání od 15 do 20 let, ale v některých případech nemoc vypukla i později. Projevy nemoci připomínají poruchu osobnosti, postižený se špatně učí, jeho zapojení do společnosti je problematické, zanedbává své povinnosti a pro své okolí se stává obtížným. Někdy u nemocných dochází ke kriminální činnosti. Tuto formu je velmi složité diagnostikovat (Dušek, Večeřová-Procházková 2012, s. 227).

1.2.4 Stigma a sociální význam schizofrenie

Stereotypem duševně nemocného a stigmatem tohoto onemocnění se zabývá řada publikací věnovaných psychickým poruchám. Tento ustálený vzorec chování nám umožňuje rychlou kategorizaci a ovlivňuje myšlení lidí i v situacích, kdy zkušenosti jsou malé nebo vůbec žádné. Typický je stereotyp duševně nemocného člověka. Promítá se do vtipů, hovorových obrátů a je také neustále posilován sdělovacími prostředky. Může mít pozitivní i negativní důsledky. Do kladných můžeme zařadit například soucit s jedincem, kladení menších nároků na výkon, jeho ochranu a do negativních jeho stigmatizaci. Stigma znamená znehodnocující přívlastek, který se stává příčinou diskriminace nositele (Praško, Látalová 2013, s. 89).

Podle Vágnerové (2012, s. 354) je schizofrenie ze sociálního hlediska výrazně stigmatizujícím onemocněním. „*Nejasná etiologie, nedostatek znalostí o příčinách této choroby, se projevuje posílením předsudků. Když člověk neví, jak schizofrenie vzniká, vysvětluje si ji různým způsobem, vesměs iracionálně, často do svého výkladu promítá vlastní pocity.*“ (Vágnerová 2012, s. 354–355)

Stigma duševní nemoci také vede k posílení příznaků schizofrenie. Snižuje nemocným sebedůvěru, zhoršuje jejich uplatnění na trhu práce a brání jejich návratu do společnosti. Snižuje jejich důvěru v okolí a může napomáhat vztahovačností a perzekučním bludům. Brání nastolení důvěry a spojení mezi zdravotníkem a nemocným. V neposlední řadě stigma zhoršuje i spolupráci při užívání léků (Praško, Látalová 2013, s. 353).

Potvrzení diagnózy schizofrenie působí na rodinu jako zátěž, se kterou je nutné se vyrovnat. Chování nemocného vzbuzuje u ostatních členů rodiny pocity ohrožení a nejistoty. Komunikace s ním je často obtížná a neefektivní. Jeho projevy bývají nepředvídatelné i obtížně ovlivnitelné. Obtíže v navazování kontaktů se projevují často již v premorbidní fázi, proto tito jedinci mají méně sociálních vazeb mimo vlastní rodinu, bývají často svobodní a bez přátel (Vágnerová 2012, s. 355).

V nedávné době jsme mohli v médiích sledovat debatu, která souvisela s trestným činem, spáchaným ženou – schizofreničkou. Jistě to byla velká tragédie pro příbuzné oběti, lze se také pozastavit nad faktem, že nikdo u nemocné ženy včas neodhalil zhoršení nemoci. Bylo ale zajímavé sledovat, jak významní činitelé našeho státu prohlašují o lidech s duševní nemocí, že by bylo lépe, aby byli zavřeni v psychiatrických nemocnicích. To jistě nepřispívá ke zklidnění atmosféry ve společnosti a především k destigmatizaci duševně nemocných lidí.

2 Klient s duševním onemocněním v systému sociálních služeb

Z hlediska filosofie humanismu je primárním cílem každé pomáhající profese člověk jako jedinec ve své jedinečnosti, neopakovatelnosti, individualitě a celistvosti. Z hlediska holistického přístupu je jedinec vnímán nejen v souvislosti se sociálním problémem, ve kterém se ocitl, ale také jako osoba, která má biologickou, psychologickou, spirituální, kulturní a sociální složku existence. Vzhledem k sociální události, vážné situaci a sociálnímu problému, ve kterých se může člověk ocitnout, může využít intervenci některých pomáhajících profesí, včetně sociální práce. Pro sociálního pracovníka se pak takový člověk stává klientem (Mátel 2014, s. 64–65).

Podle Mahrové, Venglářové (2008, s.27–28) vypadá označení pro člověka, který využívá služeb sociálního pracovníka, zcela jasně. Je to klient a vystupuje vůči sociálnímu pracovníkovi v roli rovnocenného partnera. Toto pojetí vychází z psychosociálního pojetí sociální práce, kdy konečná volba způsobu života závisí na klientovi a jeho rozhodnutí je zcela respektováno. Jsou však situace, kdy tyto předpoklady nemusí být naplněny. Jedná se například o lidi s duševním onemocněním, kteří jsou často v patientské roli, někdy i nedobrovolně hospitalizovaní nebo je jejich život ovlivněn nemocí, kdy je ohroženo nejen jejich sociální fungování, ale i zdraví nebo dokonce život. Nejčastěji se nachází postavení lékař – pacient a zároveň sociální pracovník – lékař. Je třeba navázat s klientem spolupráci a podporovat zdravý potenciál. Není to vždy jednoduché, některým klientům se v patientské roli líbí a někdy je i rodina udržuje v závislých vztazích a v invalidizující péči. Naopak se někdy rodina nestará o svého nemocného člena vůbec, protože péči nezvládá nebo nechce zvládat. Je proto namístě fakt, že sociální pracovník pracuje nejen s klientem, ale i s jeho blízkým vztahovým okolím. Pokud je to jen trochu možné, měli by se zapojit do spolupráce všichni zúčastnění, s cílem získat co největší samostatnost, spokojenost a kompetence v přístupu k duševní nemoci.

2.1 Koncept sociálního fungování

V současné době se setkáváme s termínem sociální fungování. Například Navrátil (2000) uvádí definici: „*Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově nebo individuálně vnímána*

a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.“(Navrátil in Matoušek a kol. 2012, 184)

Navrátil a Musil (2000) upozorňují, že termín sociální fungování označuje komplex následujících skutečností. Lidé a prostředí jsou v neustálé interakci a prostředí na člověka klade určité požadavky. Pokud lidé požadavky prostředí dostatečně nezvládají, nastává nerovnováha a vzniká problém. Někteří jsou schopni poradit si sami a jiní tuto problémovou situaci nezvládají, přičemž příčina problémů může být na straně klienta, ale i na straně prostředí, které na ně klade nepřiměřené nároky. Cílem sociálního pracovníka je podporovat sociální fungování klienta tím, že mu pomáhá udržet či obnovit rovnováhu mezi kapacitou zvládnání problémů a více či méně přiměřenými nároky prostředí (Navrátil, Musil in Matoušek a kol. 2012, s. 185).

Matoušek konstatuje (2012, s. 186), že pokud cílem sociální práce má být podpora sociálního fungování klientů, měl by si sociální pracovník vyjasnit dvě hlediska pojmu. V první řadě by si měl uvědomit, které faktory sociálního fungování považuje za podstatné. Dále by se měl seznámit s tím, které situační faktory (předpoklady a bariéry) hrají v životě klienta důležitou úlohu.

2.2 Sociální práce

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním má svá specifika a zároveň vychází z obecných principů sociální práce.

Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) ve spolupráci s Mezinárodní asociací škol sociální práce (IASSW) iniciovala v roce 2012–2013 mezinárodní diskuzi o definování sociální práce, ze které vzešla v roce 2014 nová definice. Z jejího obsahu je patrné, že sociální práce je akademické odvětví, je založená na praxi, podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost, ale i zmocnění a osvobození lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní zodpovědnosti a respektování rozmanitosti jsou pro sociální práci klíčové. Podepřená teoriemi sociální práce, společenských věd, humanitními a místními poznatky, se sociální práce zabývá lidmi a strukturami, aby řešila problémy a zlepšovala blahobyt (Mátel 2014, s. 13).

Podle Kappla nelze vzít plnou zodpovědnost za pomáhající proces, naordinovat nějakou změnu, uložit nějaký úkol ke splnění, či klientovi předepsat jakýsi recept, který nakonec přinese pozitivní výsledky a problém bude odstraněn. Úloha nás pomáhajících

pracovníků spočívá v tom, že pomáháme našim klientům představit si, co oni sami vlastně chtějí (Kappl 2004, s. 46).

2.3 Sociální práce s klienty s duševním onemocněním

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním klade velké požadavky na pracovníky, jejich erudovanost, psychickou odolnost a přístup ke klientovi. Její důležitost podtrhuje fakt, že neléčené psychotické onemocnění u některých jedinců může být nebezpečné pro okolí.

Mahrová, Venglářová (2008, s. 44–45) uvádí, že z nejobecnějšího hlediska do systému péče o duševně nemocné patří všichni, kdo se vyskytují v jeho blízkosti. To znamená rodina, přátelé, učitelé, komunita, ve které klient žije. Ti ho znají nejlépe, jsou součástí jeho sociálního světa. Duševní onemocnění však obvykle vyžaduje odbornou pomoc. Zde nastupují pracovníci různých forem pomáhajících profesí, od specialistů, zařízení, až po organizace, které nabízejí své služby. Duševní onemocnění je záluďné, má individuální průběh, není mnohdy na první pohled vidět a především je zahaleno mnoha mýty a předsudky. Proto je pro klienta obtížné svěřit se svými problémy.

Lidé s duševním onemocněním vyhledávají často službu sami. Někteří potřebují pomoc a podporu, neboť jejich blízcí problém nevidí nebo nechtějí vidět. Odborníci, kteří by měli mít odborný náhled, jsou příliš daleko. Základní vlastností systému služeb či péče o duševně nemocné by mělo být aktivní vyhledávání a každý sociální pracovník by měl vědět, zda dokáže vidět a mluvit o psychických problémech klienta. Do systému služeb o duševně nemocné patří všichni, kteří v pomáhajících profesích pracují, sociální pracovník by měl být tedy vybaven seznamem adres, letáků a vizitek míst, kam může klienta poslat kvůli vyhledání odborné pomoci (Mahrová, Venglářová 2008, s. 45).

Prvním článkem systému péče o duševně nemocné je první kontakt s klientem. Pomoc může vyhledat klient sám, jeho rodina či ji může zprostředkovat odborník. Tento úkol vnímají jako prvořadý nízkoprahová zařízení. Jejich terénní sociální pracovníci aktivně vyhledávají lidi s psychickými problémy a nabízejí jim pomoc. Základním cílem je snižování rizik, která jsou s těmito problémy spojena. Pokud klient nebo jeho blízcí jsou natolik sociálně zdatní, že pomoc vyhledají sami, měl by jim radu poskytnout každý sociální pracovník. Nejčastěji pracovníci doporučí klientovi ambulantní či kontaktní centrum. Někteří klienti mohou využít takzvaný mezistupeň, a to stacionární péči. Tím je kombinace pobytu klienta v zařízení s odbornou péčí a jeho pobytu doma. Problémem je ovšem dostupnost, tato zařízení bývají pouze ve větších městech. Pokud

může klient do zařízení dojíždět, je to pro něj výhodné, protože nemusí dojít k hospitalizaci (Mahrová, Venglářová 2008, s. 45).

Návazným prvkem je pobytová péče, která může pro klienta znamenat různě dlouhou hospitalizaci v psychiatrické nemocnici, na psychiatrickém oddělení nemocnice či například v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde s ním rovněž intenzivně pracují sociální pracovníci. Pokud se po léčebném pobytu klient není schopen vrátit do předchozích životních podmínek je potřeba další návazné doléčovací péče. Může tak využít ambulantní péče, specializovaného doléčovacího zařízení, domácí péče, chráněného bydlení či například podporovaného samostatného bydlení ((Mahrová, Venglářová 2008, s. 46).

2.4 Vztah a komunikace s klientem

Pracovník může mít problémy s porozuměním klientovi. Některá slova, která klient užívá, nemusí pracovník znát, či mohou mít jiný význam. Někdy má pracovník pocit, že klient hovoří stejným jazykem, ale stejně mu nerozumí. Klienti s duševním onemocněním jsou nejen objektem stigmatizace ze strany okolí, ale sami toto stigma zvnitřňují svým chováním (např. stažení, útočnost). Lidé s dlouhodobým duševním onemocněním mohou při navazování vztahu s pracovníky narážet na překážky, které plynou z jejich opakované reálné zkušenosti se systémem o lidi s duševním onemocněním a lidmi, kteří v něm pracují. Klienti i pracovníci tak procházejí procesem neustálého učení. Jedná se zde o učení na základě faktů, například při pobytu v nemocnici, zkušenosti s vedlejšími účinky léků, střídání se terapeutů, ale také zkušenosti s kolegy, klienty a systémem péče. Aby se upevnila důvěra mezi klientem a pracovníkem, je třeba, aby měl pracovník pochopení, vcítil se do klientovy situace. Zde je potřeba kombinovat odborné znalosti se snahou pochopit jedinečnost klienta (Pěč, Probstová 2009, s. 41).

2.5 Vybrané aspekty role sociálního pracovníka

Klient od sociálního pracovníka potřebuje především poskytnutí podpory, vyjádření zájmu o jeho problémy. Žádoucí je, aby klient získal prostor pro vyjádření svých pocitů, emocí, popsání situace, ve které se nachází a důvodů, co ho k nám přivádí (Mahrová, Venglářová 2008, s. 124). Klienti s psychickým onemocněním bývají nedůvěřiví, vztahovační, komunikace s nimi je komplikovaná. V určitých případech nám nemusí být klientovo chování příjemné, nebo se cítíme klientovým chováním

ohrožení. V takové situaci je potřeba vše konzultovat s nadřízeným pracovníkem a nalézt společně odpovídající řešení.

Při práci s klienty s duševním onemocněním je nezbytná i spolupráce s rodinou klienta. Reakce příbuzných bývají různé. Svého člena podporují, chtějí pro něj tu nejlepší péči nebo naopak se od něj distancují. Může nastat situace, kdy si klient nepřeje se s rodinou stýkat. S klientovým souhlasem s rodinnými příslušníky spolupracujeme a aktivně je zapojujeme do celkové péče o klienta.

Při jednání se zdravotníky se setkáváme s bagatelizací somatických problémů našich klientů. Zdravotníci někdy ztrácejí trpělivost, zvláště pokud se na ně pacient obrací již poněkolkáté. Je třeba vést rozhovor s lékařem či zdravotní sestrou v klidu a asertivně. Problém je také v dostupnosti a nedostatku ambulantních psychiatrů v některých regionech.

Obecně nepodporujeme negativní smýšlení či postoj veřejnosti, důležitá je informovanost o psychickém onemocnění. Jako sociální pracovníci můžeme svým chováním a jednáním v různých životních situacích přispět k osvětě a destigmatizaci.

3 Systém péče o lidi s duševním onemocněním

Hlavní problém především dlouhodobého duševního onemocnění spočívá v nutnosti pokrýt množství různých potřeb klienta, zpravidla současně a napříč jednotlivými odbornostmi. Účinný způsob pomoci tkví tedy právě v součinnosti mnoha odborníků a nejen jich. Je nutná také provázanost odborné péče, což je podstatou multidisciplinární práce. Je třeba si uvědomit, že členy fungujícího týmu jsou i rodinní příslušníci a také sami klienti. Jedině tak je zaručen postup, který se snaží využívat schopností klienta, jež mu zůstaly zachovány (Mahrová, Venglářová 2008, s. 63-64).

Kvalita péče o nemocného může být velmi rozdílná. Informovanost o možnostech péče je dobrá, klient se o možnostech následné péče dozví jak u ambulantního psychiatra či v psychiatrické nemocnici, informace o poskytovatelích péče o duševně nemocné jsou přístupné na internetu. Potíže mohou nastat v dostupnosti péče. Podle Mahrové, Venglářové (2008, s. 64) si klient může někdy „poskytovatele péče“ vybírat, někdy jen těžko hledá někoho, kdo mu pomůže. Někdy je bez pomoci, jindy se o něj stará několik týmů najednou. Ve velkých městech je kvalita a dostupnost péče komplexní a dostupná, naproti tomu je zde péče organizovaná okolo psychiatrických nemocnic, kdy klient musí dojíždět velké vzdálenosti.

3.1 Multidisciplinární tým

Vedle svého ambulantního lékaře, psychiatra, klinického psychologa, či psychiatrické sestry se klient v průběhu svého onemocnění setkává se sociálním pracovníkem, ať již v nemocnici nebo v následné péči. Ten by měl mít potřebné vzdělání, dle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, potřebné kompetence a především by se měl orientovat v systému sociálních služeb. Podle Mahrové, Venglářové (2008, s. 61) by sociální pracovník měl umět klientovi vysvětlit systém zdravotní a sociální péče, tedy kontakty na různé instituce, rehabilitaci, domácí péči, ze sociální péče jsou to informace o finančních možnostech klienta, různých dávkách, invalidním důchodu, jeho druzích a výši, ale i o možnostech zaměstnání, rekvalifikaci nebo právní pomoci.

Terapeuti, kteří pracují s klientem v rámci individuální či skupinové terapie se snaží pomocí uměleckého vyjádření zprostředkovat nový pohled klienta na jeho obtíže, jejich kořeny a také hledají možné cesty práce s nimi. Těmito uměleckými aktivitami se snaží budovat náhled na onemocnění a jeho projevy (Mahrová, Venglářová 2008, s. 61).

Součástí týmu, který má nezastupitelnou roli v péči o člověka s duševním onemocněním, je rodina. Sociální pracovníci by měli s rodinou nemocného pravidelně spolupracovat na zlepšení jeho životní situace, protože nejbližší příbuzní jsou ti, kteří ho nejlépe znají a mohou ho pozitivně, ale i negativně ovlivnit.

3.2 Komunitní péče

V poslední době se mluví o komunitní péči v psychiatrii. Jedná se o trend, který úzce souvisí s deinstitutionalizací a rozvíjí se, i když zatím jen v omezené míře, i v České republice.

Výraz „komunitní“ je úzce spojen s pojmem „komunita“, který pochází z latiny a znamená společenství, obec, ale i smysl pro vlídnost či pospolitost. Komunita nemá pouze význam autonomní nebo organizační, ale i smysl interakční, to znamená pocit sounáležitosti a spolupráce. Komunitní péče je ve vyspělých zemích upřednostňována od poloviny dvacátého století. V novějším konceptu jde o integrativní pojetí, kdy je v systému péče zapojena celá škála odborníků a programů, od lékařů, praktických i odborných, ambulantních služeb, psychoterapeutických programů, lůžkové péče, denních stacionářů až po péči v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. Principy péče jsou především: mobilita a propojenost služeb, péče ve vlastním prostředí pacienta a orientace na lidská práva (Probstová, Pěč 2014, s. 184–186). Dle psychiatra MUDr. Jarolímka (Esprit, r. XIV, s. 8–9) u nás však komunitní zařízení až na výjimky neexistují. Realitou je systém péče opřený o velké psychiatrické nemocnice, doplněný sítí psychiatrických ambulancí. Ambulantní lékař má na starost denně zhruba třicet pacientů a na každého má asi deset minut. Přesouvání zdravotně-sociální péče do komunity, poblíž místa jejich života zatím nezačalo a hned tak nezačne. MUDr. Jarolínek poukazuje také na fakt, že v zahraničí se v oblasti komunitní péče velmi angažují sociální pracovníci, naopak u nás je měřítko kvalitní léčby vyškolený lékař. Dále uvádí: *“Schizofrenici a další vážně duševně nemocní většinou nemají možnost využívat zdravotně sociální služby v místě bydliště. Absence komunitní péče zhoršuje efektivitu léčby a snižuje kvalitu života pacientů.”* (Jarolínek 2010, s. 8)

V České republice komunitní služby a především psychiatrickou rehabilitaci poskytuje například obecně prospěšná společnost Fokus, které má pobočky v Praze, Mladé Boleslavi, Liberci, Pardubicích a v dalších městech.

3.2.1 Psychiatrická rehabilitace

Psychiatrická rehabilitace je nedílnou součástí moderní komplexní péče o klienty s duševním onemocněním. Úspěšnost léčby v rehabilitaci se kromě medicínských parametrů odvozuje také od žádoucích změn v parametrech aktivity, to znamená v aktivitě běžného života (praní, nakupování, oblékání, zaměstnání, vztahy v rodině, atd.). Důležité jsou faktory životního prostředí (vztahy na pracovišti, ubytování, doprava, rodina a přátelé, společenské postoje vůči nemocnému) a v neposlední řadě jsou to žádoucí změny v osobnosti klienta. Rehabilitace se snaží o maximální využití schopností člověka po propuknutí duševní poruchy a zabránění újmy na zdraví, která plyne z působení duševní poruchy. Cílem psychiatrické rehabilitace je opětovné zapojení do života společnosti a posílení kompetence klienta při zvládnání samostatného života (Dušek, Večeřová-Procházková 2010, s. 582–583).

Služby psychiatrické rehabilitace zahrnují:

- Podpora práce a zaměstnání – chráněné a rehabilitační dílny, podporované a přechodné zaměstnání, podporované vzdělávání, apod.
- Podpora bydlení – komunitní bydlení, chráněná bydlení, domy a byty na půl cesty, podporované bydlení.
- Služby pro podporu v oblasti volného času a sociálních kontaktů – centra denních aktivit, svépomocné aktivity uživatelů či jejich rodinných příslušníků.
- Další služby – case management, asertivní komunitní léčba, sociální poradenství, či právní poradenství (Pěč, 2015).

3.2.1.1 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je zařazována do denních léčebných plánů u pacientů s různými diagnózami, například u lidí s psychózami, neurózami, při léčbě závislostí, atd. Terapie spočívá v činnosti, která by měla odpovídat možnostem nemocného. V nemocnici, na uzavřeném oddělení, pracují s klienty ergoterapeuti. Používají se různé materiály a přihlíží se k individuálním možnostem klienta. K posílení opětovnému kontaktu s původním prostředím se používají propustky nemocného. V některých zařízeních jsou nemocní připravováni na návrat do přirozeného prostředí tím, že se učí vařit, prát a podobně. Podle míry postižení duševní poruchou mohou také navštěvovat chráněné dílny. Ti, kteří absolvovali program bez obtíží, mohou být zařazeni do

pracovně-tréninkového centra, kde se doporučuje rok až rok a půl trvajících tréninků, který připraví jedince k výkonu konkrétního zaměstnání (Dušek, Večeřová-Procházková 2010, s. 585). Přechodné zaměstnávání znamená pro klienta práci po omezenou dobu (obvykle půl roku) na běžných pracovních místech mimo vlastní organizaci na zkrácený úvazek. Tato místa nevyžadují žádnou zvláštní kvalifikaci, je důležitý pouze zájem o práci. S pracovní rehabilitací souvisí i podpora vzdělávání. Začátek duševního onemocnění většinou spadá do doby dospívání, pacientům se tedy nepodaří vzdělání ukončit. Existuje proto specializovaný program, který zahrnuje poskytování podpory a asistence v této oblasti (Probstová a Pěč 2014, s. 199–200).

3.2.1.2 Podpora bydlení

Do systému podpory bydlení lze zařadit chráněné bydlení, komunitní bydlení, domy a byty na půl cesty či různé formy podporovaného bydlení. Pro početnou skupinu psychicky nemocných lidí je důležité najít podporu právě v oblasti bydlení, aby se mohla opětovně zařadit do civilního a pracovního prostředí. Toto bydlení by mělo být co nejvíce podobné běžnému životnímu prostředí jedince. Jsou tu zahrnuty chráněné jednotlivé byty, skupiny bytů, přechodné byty, chráněné domovy a rodinná péče, kdy probíhá dlouhodobá péče o nemocného v jeho vlastní rodině (Dušek, Večeřová-Procházková 2010, s. 589). Podle Probstové a Pěče (2014, s. 199) slouží tato podpora bydlení k tomu, aby se klienti s duševním onemocněním naučili samostatně a nezávisle bydlet, zlepšili si sebedůvěru a dovednosti a mohli si tak vytvořit stálý domov. Tento model lineárního kontinua návazných zařízení vznikl v průběhu deinstitucionalizace při potřebě zajištění nových podmínek bydlení pro propuštěné pacienty z psychiatrických nemocnic (dříve léčeben).

3.2.1.3 Podpora volného času a sociálních kontaktů

Centra denních aktivit neboli socioterapeutické kluby umožňují bývalým psychiatrickým pacientům pravidelný kontakt v neformálním prostředí. Program setkání si volí sami, někdy i za přispění pracovníků centra. Cílem těchto aktivit je posílení společenského kontaktu, snížení sociální izolace a zvýšení kvality života. Svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných spojuje řešení stejných problémů, spolupracují s rodinami duševně nemocných lidí, jsou v kontaktu se zdravotnickými zařízeními, kde byli dříve léčeni. Plánují a organizují volnočasové aktivity, edukační akce nebo různé besedy (Dušek, Večeřová-Procházková 2010, s. 588). K podpoře sociálních kontaktů

přispívá i kontakt s přáteli nebo pomoc dobrovolníka, kdy člověk s duševním onemocněním může s jeho podporou navštívit různá kulturní zařízení nebo absolvovat výlet do přírody. Především u lidí s dlouhodobým duševním onemocněním dochází ke snížení sociálních dovedností a ke ztrátě kontaktu s okolím, proto je pro ně každý podnět velmi důležitý.

3.2.1.4 Další služby

Case management, v České literatuře nahrazovaný pojmem případové vedení, je přístup, který má přispět k lepší koordinaci poskytování služeb v systému péče. Případový vedoucí koordinuje péči o klienta s duševním onemocněním mezi různými poskytovateli služeb a zároveň mu poskytuje podporu v jeho přirozeném prostředí. Za charakteristickou vlastnost case managementu lze tedy považovat to, že se uskutečňuje pomocí multidisciplinárního týmu. Při práci s klientem se při case managementu využívá především rehabilitační přístup zaměřený na zplnomocňování klienta a posilování jeho silných stránek (Pěč, Probstová 2009 s. 140–141).

Asertivní komunitní léčba je jeden z typů case managementu, při kterém se o pacienta stará tým složený z různých odborníků. Klientelou asertivních komunitních týmů jsou klienti, kteří se vlivem své nemoci nedostavují k lékaři, vypadávají ze služeb a tím se dostavuje zhoršení nemoci, ale i zhoršení fungování v sociální oblasti. Tento tým dostává podnět od ambulantních psychiatrů, obcí, policie, apod. Pracovníci klienta kontaktují v jeho bydlišti a pomáhají mu s řešením problémů. Ve většině případů pracovníci navazují kontakt s rodinou klienta (Probstová, Pěč 2014, s. 194–195).

Cílem sociálního poradenství je poskytování informací lidem, kteří se ocitnou v nouzi či životní krizi. Toto poradenství je povinen poskytovat každý sociální pracovník na základě Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Právní poradenství je pro lidi s duševním onemocněním velmi důležité. Vlivem onemocnění se dostanou mnohdy do nelehké životní situace. Bezplatné základní právní poradenství by měla poskytnout každá občanská poradna. Občanské poradny jsou v ČR sdruženy do Asociace občanských poraden, které poskytují odborné sociální poradenství nejen v právní oblasti.

3.2.2 Psychoedukace

Pěč a Probstová (2009, s. 40) konstatují, že: „*Principy komunitní péče se vztahují i na komunikaci s lidmi s duševním onemocněním. Důraz je kladen na poskytování informací a srozumitelnou komunikaci.*“

Komunitní péče je péčí komplexní, zahrnuje tedy i péči o rodinné příslušníky nemocného jedince. Podpora a pochopení rodiny při tak závažné nemoci, jako je schizofrenie a jiné duševní poruchy je důležitá, protože atmosféra v rodině může ovlivňovat průběh nemoci. Národní ústav duševního zdraví poskytuje preventivně-edukační program PREDUKA, který poskytuje informace o psychózách, žádoucích i nežádoucích účincích léků a o tom, jak mohou sami pacienti s psychotickým onemocněním, jejich rodinní příslušníci či jejich blízcí ovlivnit průběh onemocnění. Program vede většinou psychiatr, psycholog, případně i zdravotní sestra a je rozdělen do třech okruhů: obecné informace pro pacienty a příbuzné, rady a informace pro příbuzné a informace o programu prevence relapsu psychotického onemocnění ITAREPS. Tyto programy psychoedukace probíhají v psychiatrických nemocnicích, v ordinacích ambulantních psychiatrů či na psychiatrických odděleních nemocnic (Národní ústav duševního zdraví 2015).

3.2.3 Destigmatizace

S množstvím informací o psychotickém onemocnění souvisí úzce jeho stigmatizace. Je obecně známo, že pokud lidé nemají o nemoci mnoho kvalitních informací a v médiích se občas objeví zpráva o duševně nemocném člověku, který spáchal trestný čin, málo informovaný člověk se bojí a cítí se ohrožen. Stigma například u schizofrenie bývá posíleno i projevy této nemoci, kdy se nemocný člověk chová zvláště a bizarně. Podle Pěče (2015) stereotyp stigmatu duševní nemoci bývá také silně posilován za pomoci médií. Převládajícím postojem veřejnosti je názor o nebezpečnosti a potenciálním násilím duševně nemocných. Analýzy, prováděné v řadě vyspělých států však nenasvědčují, že by riziko násilného chování bylo větší než u ostatních lidí, dokonce se nezvýšilo ani po deinstitutionalizaci a po zavedení komunitní péče. Důsledky stigmatizace jsou přitom pro nemocné tíživé. Jsou hůře zaměstnatelní, protože se bojí odhalení své nemoci, zaměstnavatelé zastávají stigmatizující postoje, ale příčina je i v nedostatečné rehabilitační podpoře nižší funkční kapacity u těchto lidí. Stigma duševní nemoci je i příčinou skryté psychiatrické nemocnosti, neboť se nemocní bojí vyhledat odbornou pomoc. V posledních letech se rozvíjela řada aktivit v různých

zemích, které se zaměřovaly na snižování stigmatu duševní nemoci. Jedná se zejména o destigmatizační kampaně, různé diskuze, přednášky, programy, ale i terénní a krizové týmy zvyšující léčení duševně nemocných i zavádění legislativy podporující práva duševně nemocných. V České republice probíhají destigmatizační kampaně, například: „Týdny pro duševní zdraví“, festival „Mezi ploty“, programy na školách „Blázníš? No a!“.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je popsat současnou roli sociální práce s klienty s duševním onemocněním. Tento cíl byl vybrán za účelem zjištění, jak je práce se zvolenou skupinou vnímána odborníky z řad sociálních pracovníků a zdravotních sester.

4.1 Hlavní výzkumný problém

Hlavním výzkumným problémem je zmapovat a zhodnotit sociální práci s klienty s duševním onemocněním. Výzkumné otázky jsou následující:

- Je spolupráce s rodinou klienta důležitá pro jeho opětovný návrat do společnosti?
- Je návaznost psychiatrické rehabilitace na ústavní péči na dobré úrovni?
- Jsou nabízené služby poskytované klientům s duševním onemocněním sociálními pracovníky vnímány jako dostačující?

4.2 Metoda analýzy dat

Pro tuto práci byla vybrána metoda kvalitativního výzkumu, která na rozdíl od metody kvantitativního výzkumu vyžaduje hlubší poznání a analýzu daného prostředí. Kvalitativní výzkum probíhal formou osobního setkání s respondentem, kdy odpovědi na otázky byly získávány prostřednictvím polostrukturovaného interview.

4.3 Výběr respondentů

Výběr respondentů nebyl náhodný. Při odborné praxi v obecně prospěšné společnosti Fokus Liberec byli osloveni nejen sociální pracovníci v této organizaci, ale i zdravotní sestry v nemocnici Kosmonosy, se kterou Fokus úzce spolupracuje.

Fokus Liberec je obecně prospěšná společnost, která dlouhodobě pomáhá lidem s duševním onemocněním se zvládnutím projevů nemoci tak, aby mohli žít plnohodnotný život. Nabízí služby podpory samostatného bydlení, chráněného bydlení, sociálně aktivizační služby a pracovní rehabilitaci v sociálně terapeutických dílnách.

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy poskytuje akutní i následnou psychiatrickou péči. Zabývá se protialkoholní, detoxikační, resocializační a ochrannou psychiatrickou či sexuologickou léčbou za využití moderních terapeutických postupů.

Všichni dotazovaní respondenti byli seznámeni s tím, proč a za jakým účelem jsou tázáni a také s tím, že jejich osobní údaje a odpovědi budou v bakalářské práci prezentovány anonymně.

Následující tabulka ukazuje složení výběrového souboru respondentů.

Tabulka 2 Struktura respondentů

| Respondenti | Ženy | Muži | Průměrná délka praxe v letech | Průměrný věk respondentů |
|--|-------------|-------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Sociální pracovníci z Fokusu Liberec | 8 | 0 | 11 | 44 |
| Zdravotní sestry z nemocnice Kosmonosy | 3 | 0 | 12 | 47 |
| Respondenti celkem | 11 | 0 | 11,5 | 45,5 |

Z celkového počtu jedenácti respondentek se do výzkumného šetření zapojilo osm sociálních pracovníků z Fokusu Liberec a tři zdravotní sestry z nemocnice Kosmonosy. Z výsledků v tabulce dále vyplývá, že byly osloveny pouze ženy. Průměrná délka praxe všech respondentek činila jedenáct a půl roku a průměrný věk respondentek čtyřicet pět a půl roku. Nebylo záměrem, že byly osloveny pouze ženy, ale mezi sociálními pracovníky ve Fokusu Liberec i mezi zdravotními sestrami v nemocnici Kosmonosy významně převažoval jejich počet nad muži.

V následující kapitole jsou v sedmi tabulkách zaznamenány stylisticky neupravené odpovědi respondentek na otázky z interview. Pod každou tabulkou je umístěn graf, ve kterém jsou zobrazeny převládající názory na danou problematiku, ty jsou krátce popsány a dále zhodnoceny.

5 Interpretace získaných dat

Jak již bylo uvedeno, rozhovory probíhaly formou osobního setkání. Domluva schůzek s respondentkami byla poměrně komplikovaná a vedení rozhovorů bylo časově náročné, neboť všechny účastnice průzkumu byly pracovní výtíženy. Jelikož měly dotazované ženy velký zájem zúčastnit se tohoto výzkumu, vždy si dokázaly najít chvíli na zodpovězení níže zmíněných dotazů.

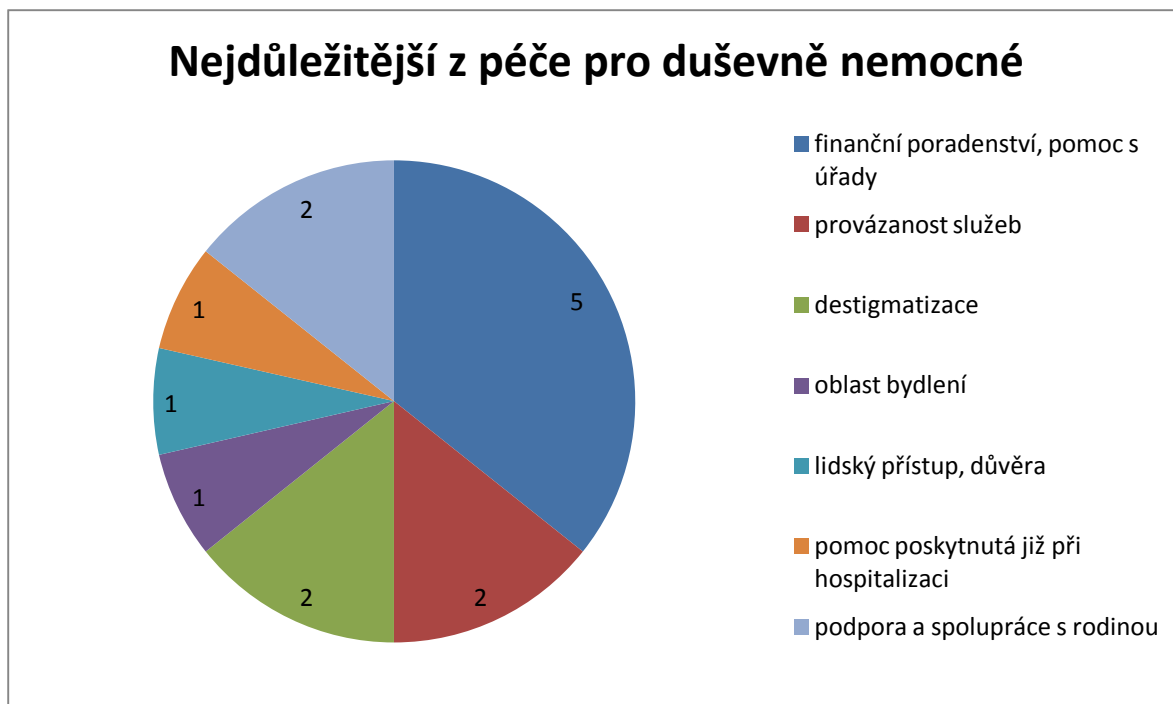
5.1 Otázka č. 1

Tato kapitola se věnuje otázce číslo 1, která zní: „Co je, podle Vašeho názoru, z oblasti sociální práce pro klienty s duševním onemocněním nejdůležitější?“ Níže je přiložena tabulka s odpověďmi respondentek a ilustrativní graf, ve kterém jsou zaznamenány názory odpovídajících. Počet zaznamenaných názorů neodpovídá počtu respondentek, neboť některé uváděly několik aspektů péče.

Tabulka 3 Odpovědi na otázku č. 1

| Respondentky | Co je, podle Vašeho názoru, z oblasti sociální práce pro klienty s duševním onemocněním nejdůležitější? |
|--------------|--|
| R1 | <ul style="list-style-type: none">• <i>Především je to dlouhodobá podpora v oblasti bydlení, ať už se jedná o podporu samostatného bydlení nebo chráněné bydlení. Určitě jsou tu i jiné oblasti, kde potřebují podporu, ale prioritní je pro každého, aby měl kde bydlet.</i> |
| R2 | <ul style="list-style-type: none">• <i>Vyjednávání dávek – pomoc s úřady, exekuce, vyjednávání splátkového kalendáře. Tito lidé nejsou schopni si něco sami vyřídit. Je to zkrátka pomoc v běžném životě. Pokud se člověk například vrátí po deseti letech z psychiatrické nemocnice je pro něj těžké se orientovat.</i> |
| R3 | <ul style="list-style-type: none">• <i>Myslím, že je to hlavně důvěra a zajištění finanční jistoty.</i> |
| R4 | <ul style="list-style-type: none">• <i>Nejdůležitější je provázanost služeb. Každý pracovník s ním řeší jiný problém a důležitá je komplexnost. Někdy klient někomu něco řekne a kvalifikaci má na to někdo jiný. Například, když dochází na rehabilitaci, tak má být v klidu, ale ví o tom jen lékař a sociální pracovník se to nemusí dozvědět. Je důležité ze všech stran člověka „podchytit“. Z finanční</i> |

| | |
|-----|--|
| | <i>stránky, emoční, pracovní, sociálních kontaktů. Když dojde k výpadku v jedné oblasti – je konec. Při duševní nemoci je třeba podpora ve všech směrech.</i> |
| R5 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Destigmatizace, podpora převzetí odpovědnosti za sebe samého. Jde o vystoupení z role pacienta, o kterého je pečováno. Jinými slovy osamostatnění ve všech oblastech.</i> |
| R6 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Asi propracovaná sociální síť a návaznost služeb (aby spolupracovaly všechny služby spolu propojené) a ohlídat si, aby fungovala ambulantní péče a zároveň obhajovat i jejich práva. Naučit je žít v komunitě, ale i komunitu připravovat na to, že ti lidé jsou mezi nimi. Stát, aby si uvědomil potřebnost sociální práce. Pokud se nemoc podchytí, pacient medikuje a funguje péče o něj, je schopen fungovat v běžném životě.</i> |
| R7 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Nejde vyjmenovat to nejdůležitější. Je to lidský přístup, empatie, přijímat je takové, jací jsou, důvěra, destigmatizace, respektování jejich práv, komunitní přístup, podpora jejich samostatnosti a soběstačnosti. Zkrátka přijmout toho člověka, jaký je, jako plnohodnotného člena společnosti.</i> |
| R8 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Klienti s duševním onemocněním potřebují vedle řešení svého zdravotního stavu i podporu po stránce sociální, často během své nemoci nejsou schopni fungovat, neplatí pravidelné platby, berou si půjčky u nebankovních společností, apod. Nestarají se o běžné věci, proto je nutno jim pomoc poskytnout již během hospitalizace v nemocnici.</i> |
| R9 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Orientace ve finanční problematice a znalosti z oboru práva.</i> |
| R10 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Nejdůležitější je podpora rodiny, bez té se většinou ocitají „na ulici“. Takže spolupráce sociálních pracovníků s rodinou. Pak správná diagnóza a pravidelné užívání léků. Také poradenství – finanční, podpora sociálních kontaktů a soběstačnosti. Vlivem nemoci a užíváním léků jsou utlumeni a potřebují posílit sociální dovednosti.</i> |
| R11 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Klienti s duševním onemocněním potřebují mít zázemí (rodina), kde by jim někdo pomohl zvládnout problémy.</i> |



Graf 1 Péče o duševně nemocné

Výše uvedený graf znázorňuje nejčastější odpovědi respondentek. Některé uváděly více aspektů péče. Pět z nich uvedlo, že nejdůležitější pro jejich klienty je finanční poradenství či pomoc s úřady. Dále dvě považovaly za důležitý aspekt péče provázanost služeb a dvě otázku destigmatizace. Dvakrát se také objevil názor o důležitosti podpory rodiny a spolupráce s rodinou. Jedna zmínila oblast bydlení, jednou byl uveden jako důležitý lidský přístup, důvěra a jednou také pomoc poskytnutá již při hospitalizaci.

Na první otázku: „**Co je podle Vás z oblasti sociální práce pro klienty s duševním onemocněním nejdůležitější?**“ odpovídaly respondentky rozmanitě. Nejvíce, a to pěti respondentkami, byla zastoupena odpověď finanční poradenství či pomoc s úřady. Vlivem onemocnění se totiž mohou dostat do nelehké životní situace, mnohdy pobírají velmi malý invalidní důchod, se kterým nevystačí a uzavřou například smlouvu o půjčce. Tím se dostávají do velkých problémů, s jejichž vyřešením musí často pomáhat sociální pracovník. Podle čtvrté a šesté respondentky je nejdůležitější provázanost, návaznost a komplexnost služeb. Provázanost služeb je hlavním cílem komunitní péče. Podle Probstové a Pěče (kapitola 3.2) jsou principy této péče především mobilita a propojenost služeb a péče ve vlastním prostředí pacienta. Pátá a sedmá respondentka si myslí, že nejdůležitější v péči je destigmatizace. Podle Praška a Látalové (kapitola 1.2.4) stigma znamená znehodnocující přívlastek, který se stává

příčinou diskriminace nositele. A to jistě k uzdravení nepřispívá. První respondentka uvedla, že nejdůležitější je dlouhodobá podpora v oblasti bydlení: „*Určitě jsou tu i jiné oblasti, kde potřebují podporu, ale prioritní je pro každého, aby měl kde bydlet.*“ Lze se domnívat, že díky chráněnému či podporovanému bydlení klienti s duševním onemocněním mohou získat dostatečné kompetence k tomu, aby mohli dále žít samostatným životem. S podporou sociálních pracovníků těchto služeb lze osamostatnění dosáhnout, i když u některých klientů se to nepodaří a dochází u nich k opakovaným hospitalizacím. Sedmá respondentka zmínila mimo již vyjmenované aspekty péče důvěru, lidský přístup, empatii, respektování jejich práv či podporu samostatnosti a soběstačnosti. „*Zkrátka přijmout toho člověka jaký je, jako plnohodnotného člena společnosti.*“ Respondentky zmínily i potřebu podpory ze strany rodiny a důležitost spolupráce s rodinou. Vzhledem k tomu, že potřebu uvedených aspektů péče zmiňují samy sociální pracovnice a zdravotní sestry, můžeme usuzovat, že samy tyto přístupy uplatňují. Z toho je patrné, že svoji práci vykonávají odpovědně a s nejlepším svědomím.

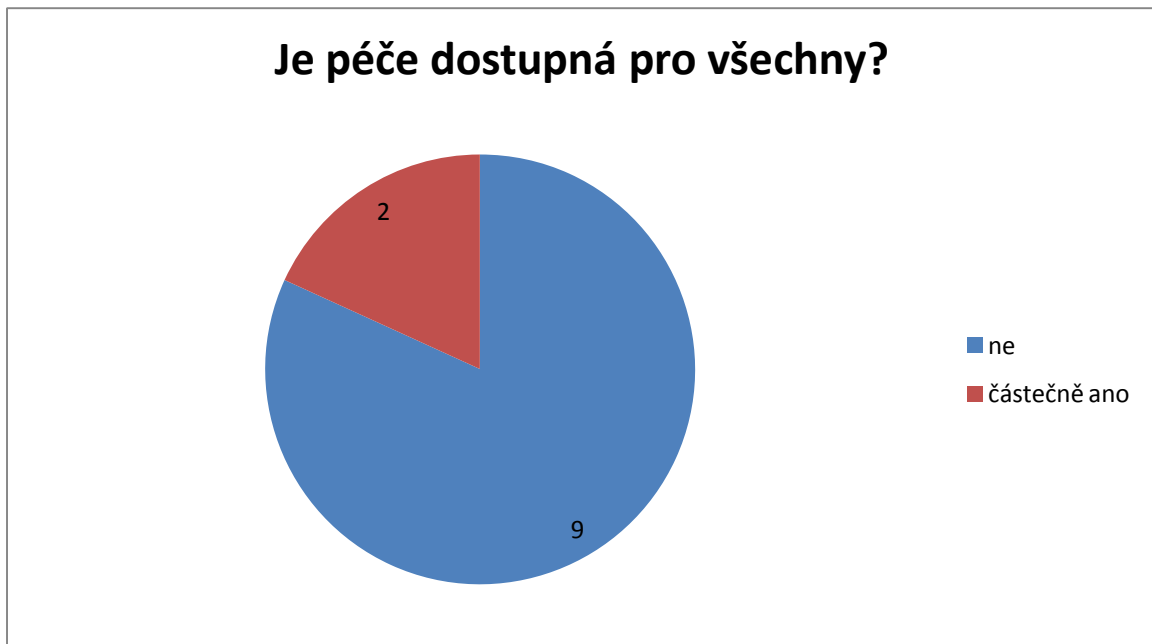
5.2 Otázka č. 2

Zde jsou popsány odpovědi na otázku č. 2, jejíž znění je: „Je podle Vás péče o klienty s duševním onemocněním dostupná pro všechny, kteří ji potřebují?“ Pod tabulkou je umístěn graf, který nám ilustruje názory respondentek.

Tabulka 4 Odpovědi na otázku č. 2

| Respondentky | Je podle Vás péče o klienty s duševním onemocněním v ČR dostupná pro všechny, kteří ji potřebují? |
|--------------|--|
| R1 | <ul style="list-style-type: none"> Podle mého názoru není. Chybí zde spolupráce zdravotníků se sociálními pracovníky. Velký problém je i nedostatek financí v sociální oblasti a stigmatizace nemocných. |
| R2 | <ul style="list-style-type: none"> Není, je zde málo služeb (organizací), které se touto problematikou zabývají. |
| R3 | <ul style="list-style-type: none"> Vcelku ano, i když v malých městech a vesnicích jsou na tom asi tito lidé hůře. |
| R4 | <ul style="list-style-type: none"> Ne, vždy je nějak omezená. Buď ze strany jejich nebo rodiny. Někdy je problém klienta do nějaké služby dostat nebo je služba mimo dosah. Dostupnost, to je oblast, kam se za klienty |

| | |
|-----|--|
| | <i>dojíždí, ale je třeba spolupráce organizace s obcí. Některé obce o tuto spolupráci nestojí.</i> |
| R5 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ano, pokud o službách klient ví. Takže služby dostupné jsou, ale je malá informovanost o nich.</i> |
| R6 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ne, protože je nedostatek lůžek služeb chráněného bydlení. Například v libereckém kraji je tato služba jen jedna, takže Fokus přijímá i klienty z jiných krajů. Ve větších městech je nemocnice, i ambulantní a sociální služby, ale lidé z menších a vzdálenějších měst jsou znevýhodněni.</i> |
| R7 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ne, spousta lidí péči potřebuje, ale nepřiznají si to a nevyhledají ji. Ti, co jí vyhledají (např. v libereckém kraji), narazí u psychiatrů na plný stav. Ti, co jsou v nemocnici, podporu mají. Následná péče je nedostatečná. Například v nemocnici Kosmonosy se dříve nikdo nestaral, kam tito pacienti odcházejí. Nyní se situace lepší, ale stále je nedostatečná.</i> |
| R8 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ne, každý rok přibývají pacienti, kteří potřebují pomoc psychiatra a psychologa, určitě je to způsobeno i dnešní uspěchanou dobou, proto se stále častěji setkáváme s pacienty, kteří velmi těžko hledají psychiatra a objednáci lhůta je dlouhá.</i> |
| R9 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Někteří klienti narazí na finanční problémy a nejsou schopni dojíždět do center, ve kterých by byly jejich potřeby uspokojeny.</i> |
| R10 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Myslím, že ne. Je zde málo zařízení, které se těmito lidem věnují. Ve větších městech je situace lepší a naopak na venkově horší.</i> |
| R11 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Není, většinou se péče dostává jen klientům ve městech a jejich blízkém okolí a těm, kteří se o ni sami zajímají. Pro mnoho klientů je péče z finančních důvodů za cestovné nedostupná.</i> |



Graf 2 Dostupnost péče

Na otázku, zda je péče dostupná pro všechny, kteří ji potřebují, odpovědělo devět dotazovaných záporně. Pouze dvě respondentky vyslovily názor, že péče sice dostupná je, ale s nějakým omezením. Nikdo z dotazovaných neodpověděl na tuto otázku kladně.

Z vyhodnocení odpovědí na druhou otázku: „**Je podle Vás péče o klienty s duševním onemocněním v ČR dostupná pro všechny, kteří ji potřebují?**“ vyplývá, že devět respondentek odpovědělo záporně a dvě si myslí, že je dostupná, ale s nějakým omezením. První respondentka zmiňuje nedostatky ve spolupráci zdravotníků se sociálními pracovníky. Lze se domnívat, že někteří lékaři se zabývají pouze léčbou pacienta a nevidí širší souvislosti daného případu. Je možné, že je to dáno pracovním vytížením lékařů, ale jistě dobré, pokud se lékař zajímá i o pacientovo zázemí a následnou péči. Podle Mahrové, Venglářové (kapitola 3) hlavní problém především dlouhodobého duševního onemocnění spočívá v nutnosti pokrýt množství různých potřeb klienta a k tomu je zapotřebí součinnost mnoha odborníků a provázanost odborné péče. Dostupnost péče uvádí jako problém pět respondentek. Například desátá respondentka říká: „*Je zde málo zařízení, které se těmto lidem věnují. Ve větších městech je situace lepší a naopak na venkově horší.*“ Shodují se tak s názorem Mahrové, Venglářové (kapitola 3), která uvádí, že ve velkých městech je kvalita a dostupnost péče komplexní a dostupná a naopak je zde péče organizovaná kolem velkých psychiatrických nemocnic, kam musí pacienti dojíždět velké vzdálenosti. Na

tuto překážku poukazuje například devátá respondentka: „*Někteří klienti naráží na finanční problémy a nejsou schopni dojíždět do center, ve kterých by byly jejich potřeby uspokojeny.*“ S tím lze jen souhlasit. Že je ve větších městech více léčebných zařízení je jistě jasné. Problém můžeme vidět právě ve špatném finančním zabezpečení některých klientů, ale i v tom, že kvůli onemocnění někteří odmítají jezdit velké vzdálenosti či dokonce vůbec jezdit hromadnou dopravou. Zajímavá byla odpověď páté respondentky, která říká, že dostupná péče je, pokud o ní klient ví. Služby prý dostupné jsou, ale je malá informovanost o nich. Tento názor je ojedinělý a neshoduje s názorem autorky práce (v kapitole 3), kde udává, že informovanost o možnostech péče je dobrá. Respondentky také poukazují na plný stav psychiatrů a dlouhé objednací lhůty. To kritizuje i MUDr. Jarolímek (kapitola 3.2). Ambulantní lékař má podle něj na starost denně zhruba třicet pacientů a na každého asi deset minut. Problém je tedy v nedostatku ambulantních psychiatrů v některých regionech. Pokud se klient přijme například do služby podporovaného bydlení ve Fokusu Liberec, je někdy velmi těžké sehnat lékaře, který by ho v Liberci ošetřoval. Klient má trvalé bydliště například v Jilemnici, kde navštěvoval svého ambulantního psychiatra a zde se dostáváme opět k problému, jak se do Jilemnice klient dostane a kolik za takovou cestu zaplatí. Přitom by měl lékaře navštěvovat minimálně jednou měsíčně.

5.3 Otázka č. 3

V níže uvedené tabulce jsou zobrazeny odpovědi respondentek na otázku č. 3, která zní: „*Jak podle Vás funguje mezioborová spolupráce v péči o klienty s duševním onemocněním?*“ Pod tabulkou je umístěn graf, který nám objasňuje výsledky výzkumu.

Tabulka 5 Odpovědi na otázku č. 3

| Respondentky | Jak podle Vás funguje mezioborová spolupráce v péči o klienty s duševním onemocněním? |
|--------------|--|
| R1 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Za sebe mohu říci, že se to u nás zlepšuje.</i> |
| R2 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ano, dříve to nefungovalo. Doktorů nám sice neřeknou vše a na 100% to nefunguje. Ale dnes se nemocnice snaží, aby u nich pacienti nebyli zbytečně dlouho, tak s námi – sociálními pracovníci lépe komunikují.</i> |
| R3 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fokus spolupracuje s PN Kosmonosy a s PN Horní Beřkovice., s psychiatrickým oddělením nemocnice v Liberci</i> |

| | |
|-----|---|
| | <p><i>ale moc ne. S některými lékaři funguje spolupráce dobře a dokonce i s některými opatrovníky. Ale snažíme se mít podporu všude. Fokus je zapojen do komunitního plánování. Zlepšily se vztahy s městem i krajem. Kraj i město Fokus podporují, horší spolupráce je s psychiatrickým oddělením v liberecké nemocnici.</i></p> |
| R4 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Částečně. Připadá mi, že někteří (ne všichni) psychiatři neberou sociální pracovníky jako partnery.</i> |
| R5 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Jak kde a jak s kterým lékařem. Například s nemocnicí Kosmonosy máme velmi dobré kontakty. Je to o důvěře, s ambulantními lékaři to je také různé. Někdo je přístupný, někdo ne.</i> |
| R6 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vcelku funguje, hlavně ve vztahu nemocnice – neziskovky. Méně s lékaři. Někdy funguje i s jinými poskytovateli sociálních služeb, hlavně v oblasti zaměstnávání.</i> |
| R7 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>S následnou péčí je to těžké. Myslím, že spolupráce není úplně dostatečná. Po opuštění nemocnice potřebují bydlení, zaměstnání, podporu. Ti chroničtí pacienti, co toto nemohou využívat to mají ještě složitější.</i> |
| R8 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Jedním slovem – nefunguje. Lékaři nás, sociální pracovníky, nepovažují za partnery.</i> |
| R9 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>V České republice obecně mezioborová spolupráce nefunguje.</i> |
| R10 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ano, oproti minulosti se situace hodně zlepšila, ale stále není ideální.</i> |
| R11 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Nejsou zde určena žádná pravidla pro spolupráci mezi lékaři a pracovníky komunitní péče. Spolupráce záleží pouze na domluvě a je nejednotná. Takže nefunguje.</i> |



Graf 3 Mezioborová spolupráce

Sedm dotazovaných si myslí, že mezioborová spolupráce v péči o klienty s duševním onemocněním částečně funguje, ale mají k tomuto tématu výhrady. Tři respondentky uvedly, že mezioborová spolupráce nefunguje. Pouze jedna respondentka odpověděla, že podle jejího názoru se u nás situace zlepšuje.

Třetí otázka: **„Jak podle Vás funguje mezioborová spolupráce v péči o klienty s duševním onemocněním?“** byla sedmi respondentkami zodpovězena kladně, ale s připomínkami. První respondentka si myslí, že situace se u nás zlepšuje a tři uvedly, že spolupráce mezi odborníky vůbec nefunguje. Mezi odpověďmi zaznívaly názory, že například někteří lékaři neberou sociální pracovníky za partnery či o přístupnosti některých lékařů: *„Je to o důvěře. S ambulantními lékaři je to různé. Někdo je přístupný, někdo ne.“* Čtvrtá respondentka si stěžovala: *„Připadá mi, že někteří (ne všichni) psychiatři neberou sociální pracovníky jako partnery.“* Ve vztahu neziskových organizací s nemocnicemi je podle šesté respondentky spolupráce lepší, ale méně s některými ambulantními lékaři. Fokus Liberec dlouhodobě spolupracuje s nemocnicí Kosmonosy i nemocnicí Horní Bečkovice, kam pravidelně jezdí na schůzky s primáři a diskutuje s nimi další péči o pacienty. Někteří ambulantní lékaři ale s pracovníci Fokusu téměř nekomunikují. V poslední době se v ČR rozvíjí tzv. komunitní péče, i když jen v omezené míře. Ta má podle Probstové a Pěče (kapitola 3.2) integrativní pojetí, kdy je do systému péče zapojeno množství odborníků, od lékařů až po služby psychiatrické rehabilitace. Mezioborová spolupráce je tedy velmi důležitá v celkové péči o klienty s duševním onemocněním. Podle MUDr. Jarolímka (kapitola

3.2) je u nás měřítkem kvalitní léčby vyškolený lékař, zatímco v zahraničí jsou to sociální pracovníci. Přitom z odpovědi na první otázku je patrné, že k uzdravení nestačí pouze léčba farmaky, ale celková komplexnost v péči.

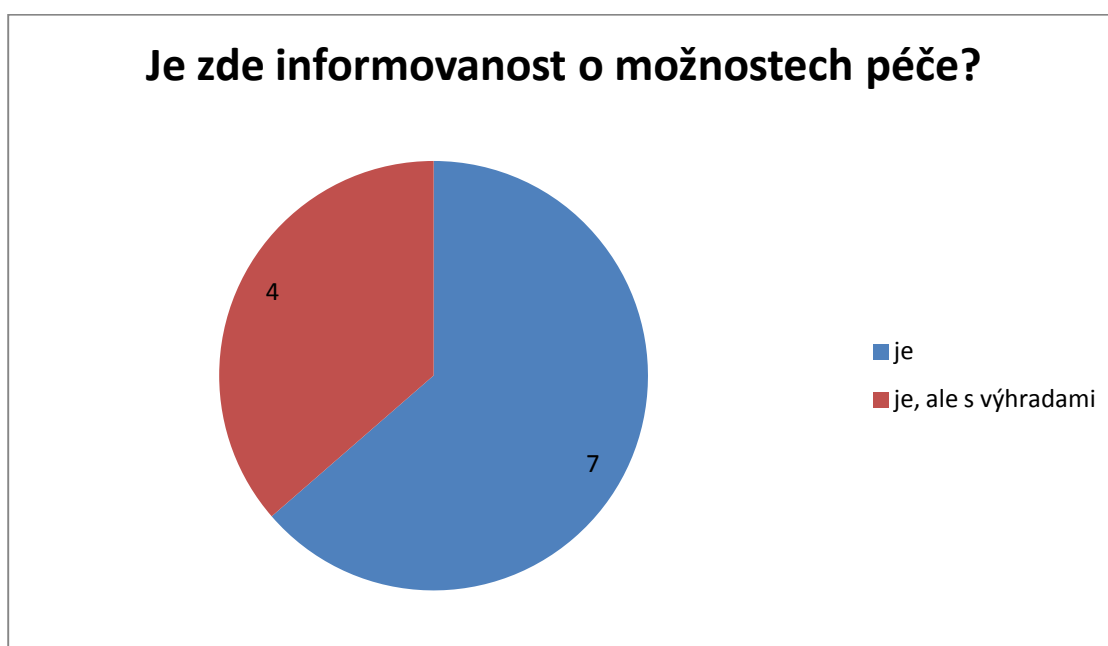
5.4 Otázka č. 4

V této kapitole jsou v tabulce zobrazeny odpovědi na otázku č. 4, která zní: „Jsou klienti dobře informováni o možnostech péče, která je jim nabízena?“ Pod tabulkou je umístěn ilustrativní graf.

Tabulka 6 Odpovědi na otázku č. 4

| Respondentky | Jsou tito klienti dobře informováni o možnostech péče, která je jim nabízena? |
|--------------|---|
| R1 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Myslím, že ano, alespoň z naší strany (nemocnice Kosmonosy) odcházejí naši pacienti poučení.</i> |
| R2 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Částečně ano. Sice v nemocnici mají informace, na psychiatrii také, ale spousta lidí o možnostech péče vůbec neví.</i> |
| R3 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Klienti si informace dokážou najít. Dobrý doktor psychiatrického pacienta pošle do dalšího zařízení nebo mu dá kontakt. V nemocnici také, tam jsou informováni opatrovníci i rodina.</i> |
| R4 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ano, informace jsou, ale musí si je klient aktivně vyhledat.</i> |
| R5 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Od Fokusu informování jsou, jak u jiných organizací nevím. V nemocnici v Kosmonosech je informovanost i u ambulantních lékařů. Pak se pořádají různé akce pro veřejnost.</i> |
| R6 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ze strany komunitní péče určitě ano.</i> |
| R7 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ti, co jsou ve službě, tak informování jsou. Pracovníci jsou k tomu vedeni, mají to v popisu práce. V nemocnici s nimi také pracují. Primáři kontaktují organizace a mapují klientovy potřeby, především u jejich prvního kontaktu se službou. Pokud je někdo několik let v nemocnici, nemá kam jít, je třeba mu pomoci nejen informacemi.</i> |
| R8 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Klienti informování jsou, ale ambulantní lékaři často nepředávají informace o léčbě nám sociálním pracovníkům,</i> |

| | |
|-----|--|
| | <i>nepovažují nás za partnery.</i> |
| R9 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Záleží na tom, zda neziskové organizace spolupracují s léčebnými zařízeními a dbají na propagaci svých služeb.</i> |
| R10 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Nemocný člověk se léčí u svého ambulantního psychiatra či v nemocnici a tam získá vždy potřebné informace.</i> |
| R11 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Informováni jsou, ale je otázka, zda různé služby mohou využít, pokud jsou např. ze vzdálené obce a nemají prostředky nebo z důvodu nemoci nemohou do města dojíždět.</i> |



Graf 4 Informovanost o péči

Informovanost o péči, která je klientům nabízena byla dotazovanými pracovníci vyhodnocena jako dostatečná, a to sedmi respondentkami. Jen čtyři respondentky si myslí, že informovanost o nabízených službách v ČR je sice dobrá, ale mají k tomu jisté výhrady. Nikdo z dotazovaných nevedl, že zde není informovanost o možnostech péče, která je klientům nabízena.

Na čtvrtou otázku: „**Jsou tito klienti dobře informováni o možnostech péče, která je jim nabízena?**“ odpověděla většina respondentek kladně, pouze čtyři k tomuto tématu měly jisté výhrady. Opět se vyskytl názor, že ambulantní lékaři nepředávají informace o léčbě sociálním pracovníkům. Tento problém byl již zmíněn u hodnocení odpovědí z předchozí otázky. Devátá respondentka si o otázce informovanosti myslí, že:

„Záleží na tom, zda neziskové organizace spolupracují s léčebnými zařízeními a dbají na propagaci svých služeb.“ Zde znovu narážíme na otázku dostupnosti služeb, protože tyto neziskové organizace bývají obvykle soustředěny ve větších městech. Jedenáctá respondentka k tomuto uvádí: „Informováni jsou, ale je otázka, zda různé služby mohou využít, pokud jsou např. ze vzdálené obce a nemají prostředky nebo z důvodu nemoci nemohou do města dojíždět.“ Můžeme se domnívat, že chronický pacient, který dochází pouze ke svému ambulantnímu lékaři, se již ani sám nezajímá, na kterou organizaci by se mohl obrátit, aby mohl posílit své dovednosti a kompetence. Je třeba lidem s duševním onemocněním tyto informace aktivně nabízet, ale zda je využijí, záleží jenom na nich nebo na jejich rodinných příslušnících.

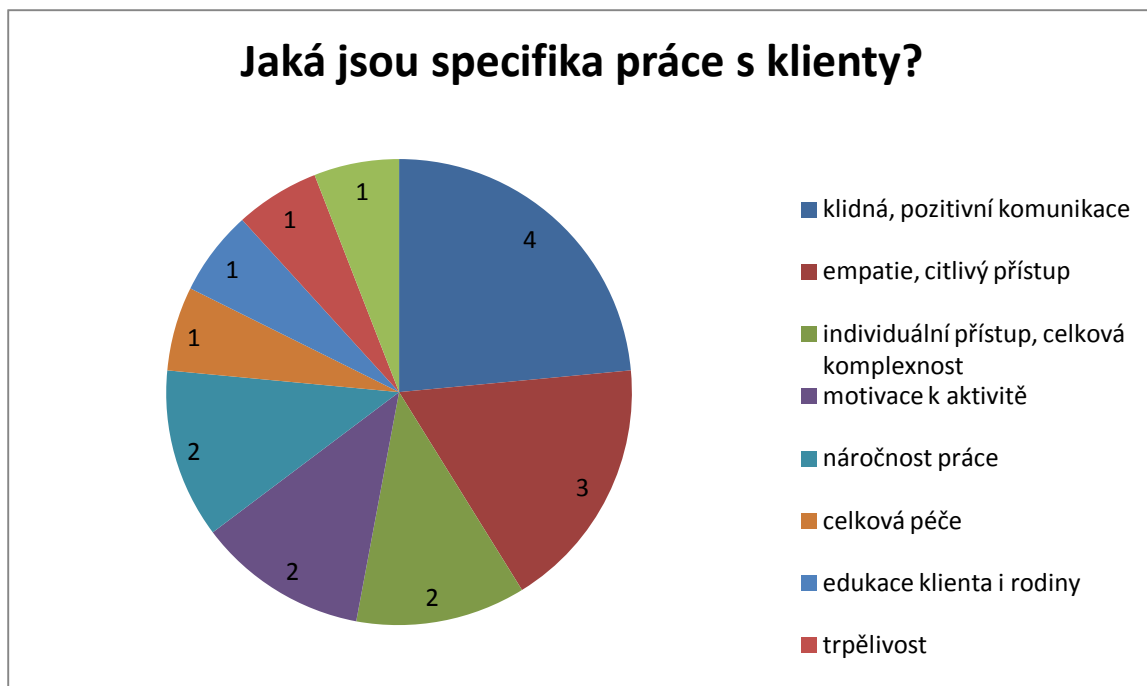
5.5 Otázka č. 5

Tato kapitola se zabývá odpověďmi na otázku č. 5, jejíž znění je: „Jaká jsou podle Vás specifika práce s klienty s duševním onemocněním?“ V níže přiloženém grafu jsou znázorněny odpovědi respondentek. Některé respondenty uváděly více specifických faktorů péče, takže součet údajů v grafu odpovídá jejich nejčastějším názorům a ne počtu respondentek.

Tabulka 7 Odpovědi na otázku č. 5

| Respondentky | Jaká jsou podle Vás specifika práce s klienty s duševním onemocněním? |
|--------------|---|
| R1 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Určitě je důležité pro pracovníky, aby s pacientem navázal důvěrný vztah, je nutná empatie, klidný přístup k němu, důkladně edukovat o nemoci pacienta, ale i rodinu.</i> |
| R2 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Klidná komunikace. Nedělat z nich hloupé a neschopné lidi. Spousta z nich jsou velice inteligentní lidé.</i> |
| R3 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Je postižen celý obraz člověka. Komunikace je jiná, je třeba individuální přístup. I když mají stejné onemocnění, každý je jiný. Je třeba hledat to pozitivní v komunikaci, protože mají negativní myšlení. Nemají náhled, takže je zde práce s celkovou komplexností osoby. Jsou zpomalení, můžou působit zdrogovaně, pomalé reakce, komunikace a navazování vztahů s nimi je složité. Je těžká spolupráce s nimi, mají nízkou vůli, je potřeba je motivovat.</i> |

| | |
|-----|--|
| R4 | <ul style="list-style-type: none"> • Často zde není emoční odezva. Klienti jsou pasivní, tuto roli přijímají. Až se zdají být demotivováni. |
| R5 | <ul style="list-style-type: none"> • Celková péče je u nich ohromně důležitá. Obsáhnout všechny problémy a dostat je z nich. Je to jednou nahoře, podruhé dole. Pracovní místa jsou problém, nikdo je nechce zaměstnat. U těchto lidí se pořad začíná znova. |
| R6 | <ul style="list-style-type: none"> • Nejdůležitější je komunikace v klidu. To je základ všeho. |
| R7 | <ul style="list-style-type: none"> • Empatie, citlivý přístup, člověk, který potřebuje přístup jako k individualitě. Diagnóza nám sice pomůže v orientaci, ale pořad je to člověk. Jedna diagnóza a různé faktory soc. prostředí – každý se může projevat jinak. Práva lidí je třeba chránit v kontaktu s prostředím – na veřejnosti. Člověk navenek nevypadá jako nemocný a medializace je v tomto případě škodlivá. |
| R8 | <ul style="list-style-type: none"> • Náročnost je ve velkých výkyvech při práci s lidmi s duševním onemocněním. Je nutné je motivovat k aktivitě. |
| R9 | <ul style="list-style-type: none"> • Specifická je velká náročnost práce s těmito lidmi, nutnost empatie a přijetí specifík jednotlivých skupin klientů. |
| R10 | <ul style="list-style-type: none"> • Klidná komunikace. Nevyvracet jim jejich přesvědčení. Je dobré, když je spolupráci nakloněna i rodina klienta. Měli bychom si být jisti tím, co říkáme a dobře rozumět nemoci a jejím projevům. |
| R11 | <ul style="list-style-type: none"> • Každý klient je jiný a zvládá či nezvládá jiné situace. Je třeba dobrá komunikace a individuální přístup ke zjištění, jak komu lze pomoci. Může jít o chráněné bydlení, finanční poradenství, jednání s úřady apod. Důležitá je trpělivost, mluvit s klientem vlídně, ale bez ústupků. |



Graf 5 Specifika péče

Na otázku, jaká jsou specifika práce s klienty s duševním onemocněním, respondenty odpovídaly velmi rozdílně. V grafu jsou uvedeny jejich nejčastější odpovědi. Některé z nich uvedly více možností. Nejvíce, a to čtyřikrát, byl zastoupen názor, že v práci s klienty je důležitá klidná a pozitivní komunikace. Dále třikrát citlivý a empatický přístup, dvakrát individuální přístup a celková komplexnost. Dvakrát respondenty zmiňovaly i potřebu motivace k aktivitě klientů. Specifika viděly dvakrát v náročnosti práce s těmito klienty, jednou v nutnosti celkové péče i v edukaci klienta a jeho rodiny. Zajímavý byl názor poslední respondenty, která si myslí, že důležitá je trpělivost, mluvit s klientem vlídně, ale bez ústupků.

Na pátou otázku: „**Jaká jsou podle Vás specifika práce s klienty s duševním onemocněním?**“ odpovídaly respondenty různě. Nejvíce se v odpovědích objevovala klidná komunikace. „*Nejdůležitější je komunikace v klidu. To je základ všeho.*“ Pak také empatie: „*Určitě je důležité pro pracovníky, aby s pacientem navázali důvěrný vztah, je nutná empatie, klidný přístup k němu.*“ Nebo trpělivost: „*Důležitá je trpělivost, mluvit s klientem vlídně, ale bez ústupků.*“ Klienti s duševním onemocněním bývají vztahovační a značně nedůvěřiví. Je proto důležité získat jejich důvěru a především v klidu komunikovat. Některé situace nejsou jednoduché, proto pracovníci musí být asertivní a pokud si nejsou jisti, že situaci sami zvládnou, měli by vyhledat pomoc nadřízeného pracovníka. Osmá respondentka poukazuje na náročnost práce

s touto cílovou skupinou. Autorka práce (kapitola 2.3) shodně uvádí, že sociální práce s lidmi s duševním onemocněním klade velké požadavky na pracovníky, na jejich erudovanost, psychickou odolnost a přístup ke klientovi. Mezi odpověďmi se dále objevuje téma celkové péče, která již byla popsána ve třetí otázce. Šestá respondentka se k tomuto vyjadřuje: „*Celková péče je u nich ohromně důležitá. Pracovní místa jsou problém, nikdo je nechce zaměstnat.*“ Duševní onemocnění je provázeno jistým stigmatem, ale lidé s duševním onemocněním mají problémy i s běžnými denními činnostmi. Vlivem léků i nemoci jsou utlumení, nesoustředění a může být ohrožena i bezpečnost práce. Z tohoto je patrné, že zaměstnávání je pro některé z nich vhodné zvláště v chráněných dílnách, kterých ale není mnoho.

5.6 Otázka č. 6

V této kapitole se budeme věnovat odpovědím na otázku č. 6, která zní: „*Jak velkou důležitost při resocializaci klienta přikládáte psychoedukaci a podpoře rodiny?*“ Pod tabulkou je umístěn ilustrativní graf.

Tabulka 8 Odpovědi na otázku č. 6

| Respondentky | Jak velkou důležitost při resocializaci klienta přikládáte psychoedukaci a podpoře rodiny? |
|--------------|--|
| R1 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Je to velmi důležité, takže přikládám tomu velkou důležitost.</i> |
| R2 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Velkou, ale některé rodiny nemocného člena zavrhnou a to je špatně. Ten se v lepším případě dostane do nějaké služby např. chráněného bydlení, v horším případě skončí bez domova.</i> |
| R3 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>I když je důležitá podpora rodiny, rodina spíše nespolupracuje nebo jde proti nám. Někdo se děsí chráněného bydlení, je třeba rodinu naladit ke spolupráci a podpoře.</i> |
| R4 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Velkou.</i> |
| R5 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Velkou, ale rodina většinou nechce. Psychoedukace je dobrá a význam velký. Pokud jsou klienti již dlouho doma, tak se orientují, ale na začátku nevědí o projevech nemoci vůbec nic a jsou zmatení.</i> |
| R6 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Velkou.</i> |
| R7 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Velkou. Jsou pořádány různé semináře pro rodiny, porozumí</i> |

| | |
|-----|---|
| | <i>pak více tomu člověku a rodina ví, kde hledat informace. Diagnóza je pro rodinu velice těžká. Psychoedukace je také důležitá, dozví se, v jakém typu zařízení může najít jakou péči.</i> |
| R8 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Rozhodně velkou.</i> |
| R9 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Velká důležitost, bez pomoci rodiny to má pacient s duševním onemocněním těžké.</i> |
| R10 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Velká důležitost.</i> |
| R11 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Rodina je obvykle zaskočena diagnózou a velmi jí pomůžou informace, jak má s nemocným členem jednat. Takže psychoedukace je velmi důležitá. Pokud rodina ví, jak tomu člověku pomoci, tak je to vždy lepší. Podpora je u tohoto onemocnění důležitá.</i> |



Graf 6 Psychoedukace a podpora rodiny

Z výše uvedeného grafu je patrné, že psychoedukaci a podpoře rodiny přikládají všechny respondentky velký význam. Osm z nich si myslí, že důležitost psychoedukace i podpory rodiny při resocializaci klienta je velká. Dvě respondentky jsou toho názoru, že tyto dva aspekty péče jsou sice důležité, ale rodina většinou se sociálními pracovníky nechce spolupracovat. Jedna respondentka uvedla, že podpora je sice důležitá, ale některé rodiny svého člena zavrhnou.

Šestá otázka zněla: „**Jak velkou důležitost při resocializaci klienta přikládáte psychoedukaci a podpoře rodiny?**“ Respondentky jsou všechny toho názoru, že psychoedukace i podpora rodiny jsou při péči o duševně nemocného člena velmi důležité. Podle třetí respondentky je podpora rodiny sice důležitá, ale má zkušenost s tím, že rodina nespolupracuje nebo je dokonce proti sociálním pracovníkům. Je pak třeba příbuzné a okolí klienta naladit ke spolupráci a podpoře. To souvisí i s tím, jak se dokáže rodina smířit s touto situací. Stává se, že klient žije pouze s matkou, ta je nemocná a péči o své nemocné dospělé dítě nezvládá nebo rodina nedokáže s nemocným členem žít. Duševní nemoc je vždy velká zátěž pro pečující osoby, proto zjištění, že na problémy nejsou samy, je pro ně velmi důležité. Někdy se však sám klient nepřeje se svoji rodinou stýkat, tehdy je třeba přání klienta respektovat. Druhá respondentka odpověděla, že přikládá podpoře i psychoedukaci velkou důležitost, ale některé rodiny svého člena zavrhnou a ten se v lepším případě dostane např. do chráněného bydlení, v horším případě se z něj stane člověk bez domova. Mahrová, Venglářová (kapitola 2) má na tuto problematiku stejný názor. Podle ní rodina svého nemocného člena buď udržuje v invalidizující péči nebo naopak péči nezvládá nebo ani nechce zvládat. Proto je pro sociálního pracovníka důležité pracovat nejen s klientem, ale i s rodinou. Sedmá respondentka zmiňuje pořádání různých seminářů pro rodiny, shodně jako autorka práce v kapitole 3.2.2.

5.7 Otázka č. 7

V této kapitole jsou v tabulce zaznamenány odpovědi na poslední otázku interview, a to: „Přispívá dle Vašeho názoru sociální práce k destigmatizaci klientů s duševním onemocněním?“ Pod tabulkou je umístěn graf, který znázorňuje názory respondentek.

Tabulka 9 Odpovědi na otázku č. 7

| Respondentky | Přispívá dle Vašeho názoru sociální práce k destigmatizaci klientů s duševním onemocněním? |
|--------------|---|
| R1 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Doufám, že naše práce tomu přispívá.</i> |
| R2 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ano, snažíme se všem o této nemoci vysvětlovat. Nemoc je to jako každá jiná, ale když se léčí, dá se korigovat.</i> |
| R3 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Určitě, pokud se to kladně medializuje. Existují Týdny duševního zdraví například. Pokud někam přijdu, neříkám, že</i> |

| | |
|-----|--|
| | <i>to je duševně nemocný, ale že má potíže s komunikací. Každý toto máme v etickém kodexu.</i> |
| R4 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Doufám, že ano. I kdyby se to týkalo jen pár lidí.</i> |
| R5 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sociální práce s duševně nemocnými asi ano. Dříve to bylo určitě horší. Existuje spousta akcí na podporu těchto lidí. Už není tolik opovržlivých pohledů, je více tolerance. Zlepšuje se to všeobecně.</i> |
| R6 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Toto ze svého pohledu nedokážu posoudit.</i> |
| R7 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Určitě ano. Posouvá se to k lepšímu. Chce to ještě čas, ale určitě je lepší vývoj. Chci tomu věřit.</i> |
| R8 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sociální práce ano, ale média naopak.</i> |
| R9 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Každá z organizací věnující se takovéto cílové skupině má v morálním kodexu tuto povinnost. Záleží ovšem na kvalitách jednotlivých pracovníků a také, zda pracují v souladu s morálním kodexem. Moje osobní zkušenost je, že ani zdravotničtí pracovníci mimo obor neumí s těmito klienty jednat.</i> |
| R10 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sociální pracovníci se jistě snaží svojí prací destigmatizovat své klienty, ale vzhledem k tomu, že jich je málo, zdá se, že to příliš k destigmatizaci nepřispívá.</i> |
| R11 | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ano, přispívá. Je to součást léčby a spolu s farmaky může dojít k výraznému zlepšení zdravotního stavu klienta a někdy až k úplnému vyléčení.</i> |



Graf 7 Destigmatizace

Na poslední otázku odpovědělo šest respondentek kladně. Dvě doufají, že sociální práce přispívá k destigmatizaci klientů s duševním onemocněním. Dále dvě vyjádřily podmíněné ano. U desáté respondentky se objevil se názor, že sociální pracovníci se sice snaží destigmatizovat klienty, ale protože je nedostatek sociálních pracovníků, tak to ke zlepšení situace příliš nepřispívá. Další, devátá respondentka, která vyslovila své podmíněné ano, uvádí, že každý pracovník by se měl řídit morálním kodexem. Zda tomu tak je, záleží na kvalitách těchto pracovníků. Pouze jedna respondentka odpověděla, že tuto otázku nedokáže posoudit.

Sedmá otázka se věnovala tématu destigmatizace. Zněla: **„Přispívá dle Vašeho názoru sociální práce k destigmatizaci klientů s duševním onemocněním?“** Většina respondentek se k tomuto tématu vyslovila kladně a některé doufají, že jejich práce k destigmatizaci přispívá. Podle deváté respondentky mají všechny organizace pracující s touto cílovou skupinou v morálním kodexu tuto povinnost, ale záleží na kvalitách jednotlivých pracovníků. *„Moje osobní zkušenost je, že ani zdravotničtí pracovníci mimo obor neumí s těmito klienty jednat.“* Pracovníci Fokusu se setkávají s bagatelizací problémů svých klientů některými zdravotnickými pracovníky, v těchto situacích je nutné s těmito pracovníky asertivně jednat a vysvětlit jim situaci. I při jednání na úřadech je potřeba nechat jednat klienta a pomoci mu až v případě, kdy o to sám požádá. Tím, že zkouší sám jednat s úředníkem, posiluje nejenom své kompetence, ale i sám přispívá ke své destigmatizaci. Třetí respondentka v odpovědi uvádí Týdny

duševního zdraví jako kladnou medializaci duševní nemoci. Shodně Pěč (kapitola 3.2.3) mluví o rozvíjení různých aktivit jako o nástroji destigmatizace. Respondentky si všímaly i negativního vlivu médií, s čímž lze jen souhlasit. Například osmá respondentka si myslí o přispění sociální práce k destigmatizaci: „*Sociální práce ano, média naopak.*“ Pěč (již zmíněná kapitola 3.2.3) je také toho názoru, že stereotyp stigmatu duševní nemoci bývá silně posilován za pomoci médií.

6 Shrnutí výzkumných zjištění

V úvodu empirické části byly zformulovány tři výzkumné otázky, na které se budeme v této kapitole snažit odpovědět.

Je spolupráce s rodinou klienta důležitá pro jeho opětovný návrat do společnosti?

Kromě klidné komunikace, empatie, trpělivosti, motivace klienta, citlivého a komplexního přístupu byla jako specifikum práce s klienty s duševním onemocněním uvedena edukace klienta i jeho rodiny. Respondentky jsou toho názoru, že psychoedukace rodiny pro porozumění člověku s duševním onemocněním hraje velkou roli. A když rodina nespolupracuje nebo nechce spolupracovat, je třeba jí ke spolupráci naladit. Z výzkumných zjištění vyplývá, že všechny respondentky jsou toho názoru, že spolupráce s rodinou klienta je důležitá pro jeho opětovný návrat do společnosti.

Psychické onemocnění je velkou zátěží nejen pro nemocného člověka, ale i pro jeho bezprostřední okolí. Rodina se musí přizpůsobit nové situaci a ne každý se s tím dokáže vyrovnat. Je nutné porozumět projevům nemoci, komunikaci s nemocným i osvojit si nové způsoby přístupu k nemocnému. Lze se domnívat, že psychicky nemocní lidé, kteří nemají podporu v rodině nebo v blízkém okolí se nezděravě ocitají bez domova či neužívají medikaci a dochází ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Můžeme souhlasit s Vágnerovou (2012, s. 360–361), která říká, že rodina potřebuje získat podporu nejenom pro svého příbuzného, ale i pro sebe. Zdraví členové rodiny mají své potřeby a nemohou se zcela obětovat příbuznému. Když tato tvrzení shrneme, rodina by se měla dozvědět, jak o svého člena pečovat a přitom je velmi důležitá i péče o sebe sama. Proto je psychoedukace a podpora rodiny v péči o lidi s duševním onemocněním tak významná.

Je návaznost psychiatrické péče na ústavní péči na dobré úrovni?

Z vyhodnocení otázek interview vyplynul názor respondentek na úroveň mezioborové spolupráce a na informovanost o péči. Podle respondentek je spolupráce psychiatrických nemocnic a organizací zabývajících se komunitní péčí na lepší úrovni než tomu bylo v minulosti, problém je ale v nedostatečné spolupráci lékařů se sociálními pracovníky. Lékaři někdy nepředávají informace o léčbě a nepovažují sociální pracovníky za partnery. Shrnuto slovy jedné respondentky se situace oproti minulosti zlepšila, ale stále není ideální. O informovanosti o možnostech péče si respondentky myslí, že je u nás dostačující. Pacient se o následné psychiatrické péči

dozví většinou již v nemocnici při hospitalizaci nebo u svého ambulantního lékaře, kam dochází. Lze tedy říci, že návaznost psychiatrické péče na péči ústavní není zcela optimální.

Návaznost psychiatrické péče na péči ústavní je ovlivněna nejenom informovaností o těchto službách, mezioborovou spoluprací mezi všemi odborníky, kteří o lidi s duševním onemocněním pečují, ale i dostupností těchto služeb. Ty respondentky vyhodnotili jako nedostatečné. V roce 2008 tehdejší veřejný ochránce práv Otakar Motejl (Rybová 2008, s. 8) navštívil osm náhodně vybraných psychiatrických léčeben (dnes již nemocnic). Při svém šetření zjistil, mimo jiné, že mnoho pacientů zůstává v nemocnici jen proto, jelikož neexistuje síť návazných sociálních služeb. Tito pacienti, kteří by se mohli léčit ambulantně, ale díky nemoci ztratili sociální zázemí a schopnost se samostatně zapojit do společnosti, musí být zbytečně dlouhodobě hospitalizováni. Ombudsman tehdy vyzval Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí, aby aktivně obě ministerstva spolupracovala s kraji na doplnění sociálních služeb. Můžeme usuzovat, že situace v návaznosti služeb se od roku 2008 zlepšila, jak to ostatně uváděly respondentky, ale stále neodpovídá potřebám lidí s duševním onemocněním.

Jsou nabízené služby poskytované klientům s duševním onemocněním odborníky vnímány jako dostačující?

Tuto výzkumnou otázku můžeme rozdělit do dvou částí. Za prvé, co je považováno odborníky v péči o klienty s duševním onemocněním za důležité a za druhé, zda jsou služby pro ně služby dostupné. Jako důležité bylo respondentkami vyhodnoceno několik aspektů péče. Zejména se jednalo o finanční poradenství, pomoc s úřady, provázanost služeb, destigmatizace duševně nemocných lidí, potřeba zajištěného bydlení, lidský přístup v péči a důvěra v klienta, podpora rodiny a spolupráce s rodinou. V neposlední řadě pomoc poskytnutá již při hospitalizaci.

Dostupnost služeb byla respondentkami hodnocena záporně. Nejvíce bylo zmiňováno málo organizací, které se péčí o duševně nemocné klienty zabývají, dále menší dostupnost těchto služeb na venkově. Také byl uveden nedostatek ambulantních psychiatrů a dlouhé čekací lhůty a málo lůžek chráněného bydlení. Z výše popsaných názorů lze vyvodit, že možnost nabízených služeb nejsou pracovníky vnímány jako dostačující.

Nelze než souhlasit s MUDr. Jarolímekem, který ve svém příspěvku „Po čem touží každý z nás“ (Jarolímek 2010) mimo jiné poukazuje na fakt, že například

schizofrenie, která patří do psychotických onemocnění, narušuje fungování člověka v mnoha rovinách – sociální, pracovní i vztahové. Jak vůči rodičům, tak i vůči svým vrstevníkům. Lidé s duševním onemocněním proto potřebují komplexní péči. V průběhu onemocnění klesá potřeba užívání léků, ale naopak stoupá význam individuální a skupinové psychoterapie a dalších forem psychosociální rehabilitace. Z toho můžeme usuzovat, že je velmi žádoucí, aby služby psychosociální rehabilitace byly dostupné pro všechny lidi s duševním onemocněním.

Výzkumná zjištění nelze zevšeobecnit na sociální práci v celé České republice, ale nabízí nám možnost hledání cesty, jak situaci v péči o duševně nemocné klienty změnit k lepšímu. Výzkumný vzorek byl vybrán z řad sociálních pracovníků v obecně prospěšné společnosti Fokus Liberec a z řad zdravotních sester v nemocnici Kosmonosy. Jak již bylo řečeno, nebylo záměrem, že výzkumný vzorek tvořily pouze ženy, naopak záměrně byl vybrán kvalitativní výzkum. Oproti kvantitativnímu výzkumu nám dává možnost lépe nahlédnout do dané problematiky a také poznat širší souvislosti.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo popsat současnou roli sociální práce s duševním onemocněním. Výzkumným problémem bylo zmapovat a zhodnotit sociální práci s touto cílovou skupinou.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě stěžejní části, na teoretickou a praktickou. V teoretické části je nejprve objasněna problematika duševní nemoci. Z širokého spektra duševních nemocí je dále vybrána schizofrenie, jejíž typy, příznaky a projevy jsou blíže popsány. Další kapitola vymezuje termín klient v systému sociálních služeb a třetí kapitola pojednává o systému služeb o klienty s duševním onemocněním.

V empirické části byly zjišťovány názory respondentek z řad sociálních pracovníků a zdravotních sester na současný stav sociální práce. Z výzkumných zjištění vyplynulo, že:

- Respondentky vyhodnocují spolupráci s rodinou klienta jako důležitou pro jeho opětovný návrat do společnosti.
- Návaznost psychiatrické rehabilitace na ústavní péči není na zcela odpovídající úrovni.
- Nabízené služby klientům s duševním onemocněním jsou respondentkami vnímány jako nedostatečné.

Všechna tato témata spolu úzce souvisí. Při léčbě a resocializaci lidí s duševním onemocněním hraje nezastupitelnou úlohu rodina. Lékaři a sociální pracovníci s ní úzce spolupracují a podílejí se na uzdravení klienta nebo alespoň na stabilizaci duševního onemocnění. Pokud se rodina o svého nemocného člena nechce nebo z nějakého důvodu nemůže starat, je odkázán pouze na péči různých organizací, které mu mohou poskytnout chráněné či podporované bydlení, pomoci mu zajistit zaměstnání a především naučit ho fungovat samostatně ve společnosti. Podporu rodiny a potřebu psychoedukace respondentky hodnotily jako velmi potřebnou.

Návaznost psychiatrické péče na péči ústavní je velmi důležitá. Při léčbě duševního onemocnění nestačí pouze medikamenty, ale je zapotřebí výše zmíněných služeb sociální práce. Je také důležité, aby byly informace o možnostech následné péče k dispozici všem, kteří je potřebují. Informovanost o péči byla hodnocena jako dostačující, ale mezioborová spolupráce a s tím související návaznost péče ne zcela optimální.

Dostáváme se k poslednímu tématu, a to, zda péče o klienty s duševním onemocněním je dostatečná. Zde je třeba zmínit, že nejen rodina může významně přispět k úspěšné resocializaci člověka s duševním onemocněním. Takto nemocný člověk potřebuje pomoci se znovunabytím sociálních dovedností, se získáním sebedůvěry i se zlepšením svého sebehodnocení. Toho může být docíleno právě s podporou sociálních pracovníků. Avšak možnost nabízených služeb klientům s duševním onemocněním byly respondentkami hodnoceny jako nedostačující.

Z výše uvedeného vyplývá, že role sociální práce je v péči o klienty s duševním onemocněním velmi důležitá a může být přínosem pro jejich destigmatizaci.

Navrhovaná opatření

Z výzkumných zjištění nám vyplynula podstatná fakta, v dalším textu budou formulována doporučení, která by mohla vést ke zlepšení péče o klienty s duševním onemocněním.

Za prvé, je patrná důležitost podpory rodiny. Bylo by žádoucí pořádat více informativních schůzek a seminářů pro rodinné příslušníky lidí s duševním onemocněním. Respondentky spatřují v psychoedukaci a podpoře rodiny velkou důležitost, takže informovat a podporovat rodinné příslušníky v péči o lidi s duševním onemocněním je nutné.

Za druhé, je třeba se zabývat problematikou návaznosti psychiatrické rehabilitace na ústavní péči. Zde můžeme konstatovat, že by bylo přínosné zlepšit propojenost různých institucí, zabývajících se psychiatrickou péčí. Aby byla zajištěna komplexnost péče, je zapotřebí dobré spolupráce mezi všemi odborníky. Tedy mezi lékaři a sociálními pracovníky. Ale také mezi neziskovými organizacemi, které se zabývají komunitní péčí a všemi pracovníky takzvané následné péče.

Za třetí, musíme zmínit nedostatek nabízených služeb. Lidé, kteří nevyužívají služeb sociální práce, nenavštěvují například chráněné zaměstnání či denní stacionáře, potřebují vést, radit i kontrolovat, zda užívají léky. Iniciativa málokdy přichází od nemocných lidí. Bylo by žádoucí posílit počty terénních pracovníků, kteří by aktivně vyhledávali lidi s duševním onemocněním a navštěvovali je v domácím prostředí. A samozřejmě dostupnost péče selepší, pokud se zvýší počet organizací, které se věnují pomoci lidem s duševním onemocněním.

Za čtvrté, je to otázka destigmatizace. Je jisté, že je nedílnou součástí léčby a péče o klienty s duševním onemocněním. Prostředky k destigmatizaci této cílové skupiny mohou být především kvalitní vzdělání sociálních pracovníků, důraz na dodržování etických principů, kladná medializace duševních nemocí, například pořádání různých osvětových akcí pro veřejnost, ale i vysvětlování projevů a příznaků nemoci svému bezprostřednímu okolí, sousedům, známým a blízkým osobám.

Seznam použitých zdrojů

- ČEŠKOVÁ, Eva, 2012. *Schizofrenie a její léčba*. 3. rozš. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-266-7.
- DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1620-6.
- JAROLÍMEK, Martin, 2010. Strašidlo komunitní péče. *Esprit*, roč. XIV, č. 3-4, s. 8-9. ISSN 1214-2123.
- JAROLÍMEK, Martin, 2010. Po čem touží každý z nás. [online] [vid. 05. 02. 2016]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=10475#more>
- KAPPL, Miroslav, 2004. *Metody práce s jednotlivcem*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-846-X.
- MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2012. *Základy sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.
- MÁTEL, Andrej, SCHAVEL, Milan a kol., 2014. *Teória a metody sociálnej práce*. 2. dopl. a aktual. vyd. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. ISBN 978-80-971445-2-4.
- PĚČ, Ondřej, 2015. Destigmatizace. In: *Psychiatrická společnost ČLS JEP*. [online] [vid. 05. 09. 2015]. Dostupné z: <http://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>
- PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava (eds.), 2009. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PRAŠKO, Ján, LÁTALOVÁ, Klára et al., 2013. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-2798-4.
- Preventivně edukační program proti relapsu psychózy. In: *Národní ústav duševního zdraví* [online]. [vid. 20. 08. 2015]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/lecebna-pece/lecebne-programy/preduka/>
- PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
- RAHN, Ewald, MAHNKOPF, Angela, 2000. *Psychiatrie. Učebnice pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-964-0.

RYBOVÁ, Lucie, 2008, Co viděl ombudsman v psychiatrických léčebnách. *Esprit*, roč. XII, č. 11-12. ISSN 1214-2123.

SMOLÍK, Petr, 2002, *Duševní a behaviorální poruchy*, 2. revid. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-18-X.

VACEK, Jaroslav, 1996, *O nemocech duše*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta. ISBN 80-204-0535-6.

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

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: *Portál veřejné správy*. [online]. [vid. 28. 10. 2015]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=108~2F2006&rpp=15#seznam>

Seznam příloh

Příloha A: Interview

Příloha B: Kazuistika pana P. – schizofrenie

Příloha C: Kazuistika paní R. - schizofrenie

Interview

- 1) Je podle Vás péče o klienty s duševním onemocněním v ČR dostupná pro všechny, kteří ji potřebují?
- 2) Co je, podle Vašeho názoru, z oblasti sociální práce pro klienty s duševním onemocněním nejdůležitější?
- 3) Jak v ČR funguje mezioborová spolupráce v péči o klienty s duševním onemocněním?
- 4) Jsou tito klienti dobře informováni o možnostech péče, která je jim nabízena?
- 5) Jaká jsou podle Vás specifika práce s klienty s duševním onemocněním?
- 6) Jak velkou důležitost při resocializaci klienta přikládáte psychoedukaci a podpoře rodiny?
- 7) Přispívá dle Vašeho názoru sociální práce k destigmatizaci klientů s duševním onemocněním?

Kazuistika pana P. - schizofrenie

Pan P. 40 let, trvalé bydliště v Praze, většinu roku tráví v rekreačním domě na vesnici, kde bydlí se svoji matkou. Otec zemřel, pan P. má bratra, který žije v zahraničí. V rodině nebylo zjištěno duševní onemocnění, ale bratr babičky pana P. v sedmnácti letech spáchal sebevraždu.

Pan P. má diagnostikovanou schizofrenii, první náznak onemocnění se objevil okolo 16. roku. Nemoc propukla po úmrtí P. otce, projevila se změnou chování (zasmušilost, nezájem o okolí a o komunikaci), později se přidaly bludy, halucinace, pan P. měl pocit, že ho sledují špioni ze střeš z okolních domů. Následovalo několik pokusů o sebevraždu. Léčba farmaky a hospitalizace v nemocnici zlepšila jeho zdravotní stav, byla mu přiznána invalidita třetího stupně.

Vzhledem k tomu, že rodina neměla s tímto onemocněním žádné zkušenosti, nemohla se s touto situací dlouho vyrovnat. Pomohlo studium literatury, která jim byla doporučena ošetřujícím lékařem a absolvování psychoedukačních kursů.

Momentálně je pan P. léčen farmaky, nemoc probíhá bez větších výkyvů. Pan P. je uzavřený, nestojí o sociální kontakty. Není schopen sám cestovat, vyřizovat cokoli na úřadech, orientovat se v úředních záležitostech, postarat se o technický chod domácnosti. Sebeobsahu zvládá dobře, dokáže si ohřát jídlo, vyprat prádlo, trochu uklidit, apod.

Pan P. odmítl navštěvovat v Praze jakékoliv sociální služby – psychoterapeutické kurzy, sociálně-terapeutické dílny, chráněnou dílnu. Rozhodl se bydlet na venkově, kde se podle svých slov cítí lépe. Tam ovšem sociální služby určené klientům s duševním onemocněním nejsou dobře dostupné.

Pan P. pobírá invalidní důchod třetího stupně. Zatím o něj pečuje jeho matka. V budoucnu by bylo potřeba pana P. vést ke větší samostatnosti, aby byl v případě nutnosti schopen bydlet sám. Pravděpodobně by ale v tomto případě potřeboval opatrovníka i neustálou péči a dohled sociálního pracovníka a například i pečovatelskou službu.

Kazuistika paní R. - schizofrenie

Paní R. věk 46 let, trvalé bydliště v Mladé Boleslavi, bydlí s matkou v malém bytě, léto tráví na chatě na venkově. Otec zemřel, sourozence nemá. V rodině se schizofrenie nevyskytovala.

Paní R. má diagnostikovanou schizofrenii, nemoc u ní propukla okolo dvacátého roku po samovolném potratu chtěného dítěte. Paní R. se tehdy oblékla do černých šatů, spolykala léky a ulehla do postele. Příchod matky a okamžitý převoz do nemocnice jí zachránil život. Po návratu z nemocnice nastoupila do zaměstnání a začaly se u ní projevovat sklony k agresii. Jednoho odpoledne například rozřezala a rozštípala vybavení bytu. Následovala hospitalizace a léčba farmaky. Asi pět let byla paní R. střídavě mezi hospitalizacemi schopná pracovat na zkrácený úvazek, poté jí byla přiznána invalidita třetího stupně.

V současné době navštěvuje paní R. sociálně terapeutickou dílnu ve Fokusu v Mladé Boleslavi, kde si snaží rozvíjet sociální dovednosti i obnovovat psychickou rovnováhu. Navštěvuje i různé akce, účastní se výletů, dá se říct, že její nemoc je stabilizovaná a paní R. se v klidnějším období své nemoci snaží být aktivní.

Průběh nemoci provázejí velké výkyvy. Dá se říci, že trpí poruchami emotivity. Klidné, ale zasmušilé období střídá období agresivity. Paní R. není schopna žít bez matky, pomáhá jí sice v domácnosti, ale problémy má například s vyřizováním různých úředních záležitostí.

Paní R. v současné době pobírá invalidní důchod třetího stupně a stále bydlí se svou matkou. Je velmi přínosné, že paní R. v době, kdy má klidnější období nemoci navštěvuje různé aktivizační služby. Je žádoucí, naučit paní R. všechny domácí práce, aby mohla v budoucnu bydlet sama. Je možné využít chráněného či podporovaného bydlení k nácviku každodenních úkonů a zlepšení soběstačnosti.