



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Vypracovala: Radka Lískovcová
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Maňhová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na dvě podkapitoly. První podkapitola s názvem Duševní onemocnění popisuje jednotlivé duševní choroby podle MKN – 10, jejich rozdělení, jejich projevy a průběh. Druhá podkapitola Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je rozčleněna na šest oddílů a zaměřuje se na sociální práci s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním. První oddíl specifikuje sociální práci, druhý se týká sociálního pracovníka, jaké činnosti a role vykonává. Třetí oddíl je věnován popisu sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním, čtvrtý přibližuje organizaci psychiatrické péče v České republice, pátý se věnuje psychiatrické rehabilitaci osob s duševním onemocněním a v posledním, šestém oddílu, jsou popsány možnosti terapie u lidí s duševním onemocněním.

Empirická část této bakalářské práce má stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky. První hlavní výzkumná otázka zní: Jaká je role a činnost sociálního pracovníka v péči o lidi s duševním onemocněním? Druhá hlavní výzkumná otázka zní: S jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v oblasti zdravotní a sociální?

Stanoveno bylo šest dílčích výzkumných otázek. S jakými zdravotními potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním? S jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v osobním životě? S jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v oblasti rodinného života? S jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v oblasti uplatnění na trhu práce? S jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v oblasti finanční? S jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v sociální oblasti?

K realizaci sběru dat byl použit kvalitativní výzkum. Metodou tohoto výzkumu bylo dotazování, technikou polořízeného rozhovoru. Polořizené rozhovory byly vedeny se dvěma sociálními pracovníci a čtyřmi klienty Fokusu Písek, o. s. – v pobočce ve Strakonících.

Dvě sociální pracovnice byly pro výzkum vybrány účelovým kvótním výběrem. Kritéria pro jejich výběr byla délka praxe v sociálních službách minimálně 2 roky, vysokoškolské vzdělání a ochota spolupracovat.

Respondenti z řad klientů Fokusu Písek, o. s. – v pobočce ve Strakonících byli pro výzkum vybráni také účelovým kvótním výběrem. Kritéria pro jejich výběr byla doba minimálně pěti let od zjištění duševního onemocnění, alespoň šestiměsíční doba využívání služeb organizace Fokus Písek, o. s. – v pobočce Strakonice a ochota spolupracovat.

Polořizené rozhovory se sociálními pracovníci a s klienty organizace Fokus Písek, o. s. – v pobočce Strakonice byly uskutečněny na přelomu měsíců února a března roku 2014.

Z rozhovorů se sociálními pracovníci bylo zjištěno, že obě tyto sociální pracovnice zastávají při své práci hned několik rolí, které se vzájemně doplňují a prolínají. Výzkum ukázal, že sociální pracovnice při výkonu svého povolání vykonávají široké spektrum činností, přičemž tyto činnosti jsou určovány především momentálními potřebami jejich klientů.

Z výzkumu realizovaného s klienty Fokusu Písek, o. s. – v pobočce ve Strakonících vyplynulo, že všichni čtyři dotázaní respondenti musí denně užívat léky, přičemž dva si myslí, že to má vliv na jejich životy. Dále bylo zjištěno, že pouze dva respondenti se stýkají pravidelně s přáteli, kteří nejsou pouze z řad ostatních klientů Fokusu. U jednoho respondenta mělo jeho onemocnění negativní vliv na jeho vazby s jeho rodinou, u jedné respondentky ovlivnilo duševní onemocnění rozpad jejího manželství. Tři respondenti si myslí, že kvůli svému onemocnění nejsou schopni být někde zaměstnáni. Jedna respondentka pociťuje kvůli svému onemocnění nedostatek finančních prostředků. Dva respondenty jejich onemocnění omezuje ve vyřizování si záležitostí s úřady.

Přínos této práce je, že může sloužit jako zdroj informací pro tvorbu nových přístupů, případně i pro rozšíření sociálních služeb organizací Fokus Písek, o. s. pro osoby s duševním onemocněním.

Abstract

The bachelor thesis is concerning problems of social work with mentally ill people. The theoretical section of the thesis is divided into two subsections. The first subsection titled Mental Illness is describing particular mental illnesses according to MKN - 10, their subdivisions, manifestation, and progression. The second subsection titled Social Work with Mentally Ill People is divided into 6 units and introduces social work with target group of mentally ill people. The first unit specifies social work; the second is concerning social workers, their activities and roles. The third unit describes social service for mentally ill people, the fourth introduces system of psychiatric care in the Czech Republic, the fifth one is on psychiatric rehabilitation of mentally ill people and the sixth and last one describes forms of mentally ill people's therapy.

Empirical section of the bachelor thesis determines two major research questions. The first main question is: What is the role and the activity of social workers in mentally ill people's care? The second main research question is: What problems mentally ill people must deal with in social and health areas?

There were outlined six research sub questions. What health problems must mentally ill people deal with? What personal problems must mentally ill people solve in their lives? What problems must mentally ill people solve in their family lives? What problems must mentally ill people solve when entering job market? What financial problems must mentally ill people deal with? What social problems must mentally ill people deal with?

There was used qualitative research to accomplish data collection. The method used for research was semi-structured interviewing technique. Semi-structured interviews were conducted with two social workers and four clients of non-profit organization called Fokus Pisek, o. s. – at Strakonice branch.

Two social workers were selected for the research using purpose quota selection. Criteria for the selection were the length of their work experience in social services which was minimally 2 years, university education, and willingness to cooperate.

Respondents coming of Fokus Pisek, o. s.' clients – at Strakonice branch were for the research selected by purpose quota selection. The criteria for respondents' selection were at least five-year period since mental illness was diagnosed, six-month period being a Fokus Pisek, o.s.' client, and willingness to cooperate.

Semi structured interviews conducted with social workers and Fokus Pisek, o. s.' clients - at Strakonice branch were conducted at the end of February and start of March 2014.

Interviews with two social workers demonstrated that both of them perform several roles while working and these roles mutually support each other. The research demonstrated that social workers perform wide spectrum of activities during their work whereas these activities are mainly determined by clients' immediate needs.

The research carried out with the help of Fokus Pisek, o. s.' clients - at Strakonice branch demonstrated, that all four respondents must take daily pharmaceuticals, while two of them think, that their lives are influenced by the illness. There was also demonstrated, that only two respondents meet regularly friends who do not belong to Fokus' clients. One respondent recorded negative influence on his family relationships and one female respondent experienced divorce due to mental illness. Three respondents think that they are not able to find an employment because of their mental illness. One of them experiences lack of financial means due to her illness. Two respondents are limited by the illness in communication with authorities.

The contribution of this work is in providing information for development of new approaches, and eventually also for extension of social services by organization Fokus Pisek o. s. for mentally ill people.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

Radka Lískovcová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat paní doktorce Lence Mařhové za cenné rady, které mi během psaní této práce poskytla.

Děkuji svým dětem za trpělivost, kterou se mnou během psaní této práce měly.

Obsah

ÚVOD.....	11
SOUČASNÝ STAV.....	12
1.1 Duševní onemocnění.....	12
<i>1.1.1 Organické duševní poruchy.....</i>	<i>13</i>
<i>1.1.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané vlivem psychoaktivních látek.....</i>	<i>14</i>
<i>1.1.3 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy.....</i>	<i>17</i>
<i>1.1.4 Afektivní poruchy.....</i>	<i>19</i>
<i>1.1.5 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy.....</i>	<i>20</i>
<i>1.1.6 Syndromy poruch chování spojené s fyziolog. poruchami a somatickými faktory.....</i>	<i>22</i>
<i>1.1.7 Poruchy osobnosti a chování u dospělých.....</i>	<i>23</i>
1.2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	26
<i>1.2.1 Sociální práce.....</i>	<i>26</i>
<i>1.2.2 Sociální pracovník.....</i>	<i>26</i>
<i>1.2.3 Sociální služby pro klienty s duševním onemocněním.....</i>	<i>29</i>
<i>1.2.4 Psychiatrická péče o lidi s duševním onemocněním.....</i>	<i>32</i>
<i>1.2.5 Psychiatrická rehabilitace.....</i>	<i>33</i>
<i>1.2.6 Možnosti terapie u lidí s duševním onemocněním.....</i>	<i>33</i>
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	35
2.1 Cíle práce.....	35
2.2 Výzkumné otázky.....	35
2.3 Operacionalizace pojmů.....	36
3 METODIKA.....	37
3.1 Metody a techniky sběru dat.....	37
3.2 Výzkumný soubor.....	38
3.3 Realizace výzkumu.....	38
4 VÝSLEDKY.....	40
4.1 Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníky.....	40
<i>4.1.1 Identifikační údaje.....</i>	<i>40</i>
<i>4.1.2 Činnost sociálního pracovníka při práci s lidmi s duševním onemocněním.....</i>	<i>40</i>

4.1.3 Role sociálního pracovníka při práci s lidmi s duševním onemocněním.....	42
4.1.4 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	44
4.2 Výsledky rozhovorů s klienty Fokusu Písek, o.s. – pobočka Strakonice.....	46
4.2.1 Identifikační údaje.....	46
4.2.2 Duševní onemocnění.....	46
4.2.3 Zdravotní oblast.....	47
4.2.4 Osobní život.....	49
4.2.5 Rodinný život.....	50
4.2.6 Pracovní oblast.....	51
4.2.7 Finanční záležitosti.....	53
4.2.8 Sociální oblast.....	54
4.3 Odpovědi na hlavní výzkumné otázky.....	56
5 DISKUZE.....	58
5.1 Diskuze k roli a činnosti sociálního pracovníka v péči o lidi s duševním onemocněním.....	58
5.2 Diskuze k potížím, s kterými se potýkají lidé s duševním onemocněním.....	59
6 ZÁVĚR.....	62
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	63
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	67
9 PŘÍLOHY.....	68

Seznam použitých zkratk

MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
CNS	centrální nervová soustava
HIV	Human Immunodeficiency Virus
LSD	diethylamid kyseliny lysergové
MěÚ	městský úřad
PL	psychiatrická léčebna
SP	sociální pracovnice

Úvod

„Proč se tolik lidí bojí diagnózy „psychického onemocnění“? Vyvolává snad už samotný termín představu instituce odlidštěných postav, bezbranných a bezcílně bloudících, zabarikádovaných za dveřmi či okny (28, s. 23)?“

Úplně poprvé jsem se dostala do blízkosti lidí s duševním onemocněním při své odborné praxi během studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Velmi na mě zapůsobil životní příběh inteligentního, slušného a zároveň velmi nešťastného muže, který se od svých dvanácti let potýká s diagnózou duševní nemoci. V době, kdy jsem ho potkala, jsem na vlastní oči měla možnost vidět, jak může chátrat lidské tělo, které bolí duše. Tento muž denně docházel do sociálně terapeutické dílny, kde se pomocí práce s hlínou alespoň částečně oprostoval od své psychické bolesti. Slyšela jsem zde, jaké je to, když si v noci chce odpočinout a ono to nejde a jaké je to neustále bojovat s nutkavými myšlenkami na sebevraždu. Rozhodla jsem se proto svoji práci zaměřit na problematiku duševního onemocnění v kontextu dopadu tohoto onemocnění na život jedince.

Cílem teoretické části je popsat jednotlivá duševní onemocnění – jejich formy a průběh. Dále popíši sociální práci, roli a náplň činnosti sociálního pracovníka a sociální služby pro osoby s duševním onemocněním.

Prvním cílem empirické části je popsat, jaká je role a činnost sociálního pracovníka v péči o lidi s duševní nemocí. Druhým cílem empirické části je popsat, s jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v oblasti zdravotní a sociální.

Výzkum bude prováděn se sociálními pracovníky a klienty organizace Fokus Písek, o. s. – pobočka Strakonice. Tento výzkum bude uskutečněn na jaře roku 2014.

V celé své práci používám pro člověka s duševním onemocněním, který využívá sociální služby, slovo klient.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Duševní onemocnění

„Duševní porucha je klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech (10, s. 53).“

Tabulka č. 1: Rozdělení duševních nemocí

Skupiny duševních onemocnění	Kód dle MKN - 10
Organické duševní poruchy	F00-09
Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek	F10-19
Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy	F20-29
Afektivní poruchy	F30-39
Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	F40-48
Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	F50-59
Poruchy osobnosti a chování u dospělých	F60-69
Mentální retardace	F70-79
Poruchy psychického vývoje	F80-89
Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a dospívání	F90-98
Nespecifikovaná duševní porucha	F99

Zdroj: MKN - 10

1.1.1 Organické duševní poruchy

Organické (zjistitelné v CNS) duševní poruchy se vyznačují tím, že u nich známe příčinu, jež je způsobuje (43). Většinou jde o úraz, zánět, nádor, infekci, nedostatečné prokrvení nebo toxické poškození mozku (16). Tyto poruchy buď narušují základní kognitivní funkce (paměť, schopnost učit se, orientaci, schopnost úsudku, řeč, intelekt), anebo jde o poruchy, u kterých je výrazně porušeno myšlení, vnímání nebo emoce, přičemž postižení kognitivních funkcí není tak výrazné (6). Do této skupiny duševních onemocnění patří: demence u Alzheimerovy choroby, vaskulární demence, demence u chorob klasifikovaných jinde (Parkinsonova nemoc, Pickova choroba, HIV), nespecifické demence, organický anamnestický syndrom, delirium (jiné než jako následek užívání alkoholu nebo jiných návykových látek), jiné duševní poruchy, poruchy osobnosti a poruchy chování (vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku) (16).

a) Alzheimerova demence

Alzheimerova nemoc většinou nastupuje pomalu - někdy to může trvat měsíce až roky, průměrně trvá 9 let. Její průběh se dělí na časné, střední a těžké stadium. Prvním projevem bývá zvýšená zapomnětlivost (dochází k narušení krátkodobé paměti), dalším projevem bývá bloudění, časem se přidává i porucha logického uvažování. V časném stadiu se může objevit deprese, paranoidní syndromy či bludy. U takto nemocných osob se také často objevuje afázie, apraxie a agnózie (31). Jak onemocnění postupuje, rozpadá se celá osobnost pacienta. Klienti s diagnostikovanou Alzheimerovou demencí se stávají pošetilými, hašteřivými, agresivními, emočně labilními a popudlivými. Postupem času u nich dochází ke ztrátě náhledu na nemoc (15). V posledních fázích této choroby postižení jedinci úplně pozbývají schopnost sebeobsluhy a komunikace, a proto se stávají zcela závislými na pomoci druhých osob. Nemoc vede až ke smrti pacienta. Podle statistik Světové zdravotnické organizace je Alzheimerova choroba na páté příčce mezi nejčastějšími příčinami smrti (14).

b) Vaskulární demence

Toto onemocnění způsobuje nedostatečné prokrvení, tedy okysličení mozku, díky němuž dochází k ostrůvkovitým nekrózám - infarktům. Rozlišujeme lehčí, střední a těžší formu (6). Pro vaskulární demenci je charakteristická přítomnost doprovodných afektivních symptomů – deprese, úzkost (14). U tohoto typu demence je typické mírnější postižení paměti než u Alzheimerovy demence, úsudek zůstává zachován. Komplikací však jsou noční stavy zmatenosti (39).

c) Delirium

Jedná se o přechodný organický mozkový syndrom, který obvykle začíná náhle, trvá týden, někdy ale může trvat i déle než měsíc. Má proměnlivou intenzitu (43). Jde de facto o stav zmatenosti, který charakterizuje zastřené vědomí, zhoršení krátkodobé paměti, narušení psychomotoriky a porucha spánku. U pacientů mohou být zaznamenány bludy a halucinace. Může se vyskytnout v jakémkoliv věku, nejvíce nemocných je však ve věkové skupině 60 let a více (15). Mezi faktory, které způsobují vznik deliriozních stavů, patří: metabolické příčiny, endokrinologické příčiny, užívání farmak, infekce, přítomnost nitrolebních expanzivních procesů, užití anestezie při operaci, traumata a špatně prováděná analgetická léčba bolesti (14).

1.1.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Společným jmenovatelem pro všechna onemocnění z této skupiny je užívání psychoaktivních (psychotropních) látek návykových. Tyto látky nejenže vyvolávají závislost, ale mají vliv i na chování, vědomí a náladu jedince, který je pravidelně požívá (43). Do této skupiny duševních onemocnění patří: poruchy vyvolané užíváním alkoholu, poruchy vyvolané užíváním opioidů, poruchy vyvolané užíváním kanabionoidů, poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik, poruchy vyvolané užíváním kokainu, poruchy vyvolané užíváním jiných stimulancií, poruchy vyvolané

užíváním halucinogenů, poruchy vyvolané požíváním tabáku, poruchy vyvolané používáním organických rozpouštědel a poruchy vyvolané užíváním několika látek a užíváním jiných psychoaktivních látek (24). Nejčastěji zneužívané psychoaktivní látky jsou buď: centrálně tlumivé – alkohol, barbituráty, benzodiazepinová anxiolytika; opiáty – opium a jeho deriváty (kodein, heroin, morfin), metadon; stimulační látky – amfetaminy, kokain, nikotin, kofein; halucinogeny – LSD (kyselina lysergová), mezkalin, psylocybin, fencyklidin; konopí- marihuana, hašiš (43).

a) Poruchy vyvolané požíváním alkoholu

Nejznámější poruchou vyvolanou požíváním alkoholu je prostá podnapilost. Jde vlastně o projev akutní otravy. Při lehké podnapilosti člověk ztrácí zábrany, je uvolněný a snižuje se u něho sebekontrola. U těžké podnapilosti dochází k poruchám koordinovanosti pohybu, rovnováhy a řeči. Další poruchou vzniklou užíváním alkoholu je syndrom závislosti. U tohoto onemocnění se u jedince snižuje psychická i fyzická výkonnost, často se přidruží komplikace ve zhoršeném fungování tělních orgánů. U člověka, jenž dlouhodobě užívá alkohol, může dojít k propuknutí vředového onemocnění, k propuknutí infekcí kvůli snížené imunitě, k cirhóze jater nebo k akutní nekróze pankreatu (39). Dalším onemocněním z této skupiny duševních nemocí je odvykací stav s deliriem tremens. Tento stav ve většině případů nastane 24 – 72 hodin po posledním požití alkoholu, zpravidla ve večerních hodinách. K jeho projevům patří třes, zvracení a tachykardie. Nemocný v tomto stavu má zastřené vědomí, zhoršenou krátkodobou paměť, je dezorientovaný místem, v čase, osobou, má porušeny psychomotorické funkce, má narušený cyklus bdění – spánek (32). Dalším onemocněním vyvolaným pravidelným užíváním alkoholu je psychotická porucha - alkoholová halucinóza. Propuká u osob se silnou závislostí na alkoholu a to ve večerních nebo nočních hodinách. Projevuje se neklidem, úzkostí, nervozitou, nespavostí a sluchovými halucinacemi typického charakteru (dvě skupiny hlasů, které se mezi sebou hádají) (6). Jako poslední onemocnění uvádím Korsakovovu alkoholovou psychózu. Ve většině případů začne jako akutní psychotická porucha, která se může

zvrátit v hluboké poruchy paměti. Někdy může dojít i k trvalé demenci s úplnou ztrátou všítipivosti paměti (39).

b) Poruchy vyvolané požíváním opiodů

K těmto poruchám patří intoxikace opiáty. Ta se projevuje narušeným chováním, zhoršenou koncentrací, zpomalenou řečí se zhoršenou artikulací, celkovou otupělostí. Při užití vyšší dávky opiátu dochází k útlumu, hypotenzi a hypotermii. Jedinec intoxikovaný opiáty je tudíž vážně ohrožen na životě (43). Do této skupiny onemocnění dále řadíme intoxikaci heroinem (diacetylmorfínem), pro kterou je typická nejprve euforie, jež je popisována jako stav, kdy zčervená obličej, zúží se zornice očí, svědí kůže, člověk má pocity točení hlavy. Poté následuje stav, který je charakterizován neklidem, úzkostí, střídáním pocitu horka a zimy, nespavostí a svalovými křečemi silné intenzity. Těžká intoxikace heroinem může skončit i smrtí (39). Další poruchou náležející do této kategorie duševních onemocnění je odvykací stav, který se vyznačuje jednak nutkáním požit drogu a jednak symptomy jako u chřipky. Tyto projevy společně vyvolávají úzkost, nepokoj a depresivní prožívání (43).

c) Poruchy vyvolané užíváním kanabinoidů

Nejčastěji zneužívaným kanabinoidem je marihuana. Poruchou vyvolanou užíváním marihuany je intoxikace. Je popisována jako stav, který se projevuje euforií, zvýšeným sebevědomím, hovorností – ztrácí se zábrany při komunikaci, psychickým uvolněním a nutkavou potřebou smát se (39). Intoxikovaná osoba má zhoršený úsudek, zpomalené vnímání času a má zhoršenou pozornost. Při dlouhodobém užívání marihuany se snižuje psychická výkonnost, projevují se deprese a může dojít ke spuštění duševní choroby, především schizofrenie (16).

d) Poruchy vyvolané užíváním kokainu

Do této skupiny poruch patří intoxikace, závislost a odvykací stav. Intoxikace kokainem způsobuje pocit povznesené nálady, zvýšené sebevědomí, velikášství, agresivitu, hádavost. K tělesným projevům kokainové intoxikace řadíme hypertenzi, tachykardii až arytmií, pocení, zimomřivost, nevolnost, křeče a svalovou ochablost (43). Při dlouhodobém zneužívání kokainu dochází k závislosti, při které postižená osoba trpí halucinacemi, úzkostí, paranoidními stavy. Později se dostávají deprese, někdy suicidiální pokusy (39). Pro odvykací stav je typická počáteční deprese, dále touha po droze (carving), zvýšená dráždivost, neschopnost příjemného prožívání, poruchy paměťových funkcí. Odvykací stav ještě navíc doprovází poruchy spánku a zvýšená chuť k jídlu (43).

1.1.3 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Do této kategorie nemocí patří schizofrenie, schizotypní porucha, trvalé duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukovaná porucha s bludy, schizoafektivní poruchy, jiné neorganické psychotické poruchy a nespecifická neorganická psychóza (24). Pro potřeby této bakalářské práce popíši schizofrenii, schizotypní poruchu a schizoafektivní poruchu.

a) Schizofrenie

Schizofrenie (rozštěp mysli / rozpad osobnosti) je jednou z nejzávažnějších duševních chorob, na jejímž začátku mnohdy stojí nespecifické příznaky, jako je napětí, nervozita, neklid, špatná schopnost koncentrace a ve většině případů také poruchy spánku (25). Z tohoto důvodu je proto někdy těžké určit začátek onemocnění. Schizofrenie může probíhat buď jako chronická forma onemocnění, nebo jako epizody (ataka – buď jedna, nebo více s úplnou nebo neúplnou remisí) s vzrůstajícím nebo trvalým defektem (39). Pro toto onemocnění je typická porucha myšlení, porucha

vnímání, oploštění emocí, nepředvídatelné a zároveň podivné chování (43). Poruchy myšlení se projevují neuspořádaností myšlení, přesvědčením, že myšlenky pacienta jsou veřejné, a přesvědčením, že postiženému jsou do mysli umisťovány cizí myšlenky. Bludy (mylná přesvědčení - u schizofrenie jsou přítomny bludy vztahovačnosti, perzekuční, bludy ovlivňování a kontrolování) a halucinace (schizofrenik slyší hlasy přesto, že nikdo nemluví) jsou symptomy poruchy vnímání (1). Jde o psychotické onemocnění, které postihuje asi jedno procento obyvatelstva (16). Propuká nejčastěji v pozdní adolescenci a v časně dospělosti (25). Schizofrenie má různé klinické formy a to: paranoidní – nejčastější typ, probíhá v epizodách, charakterizovaná bludy, které doprovázejí ve většině případů sluchové halucinace – nálada je proto spíše depresivní; hebefrenní – svými projevy karikuje pubertální období; katatonní – charakterizovaná poruchami psychomotoriky, grimasováním, manýrováním, nápadnou strojeností, toporností projevů; nediferencovanou – nemá vyhraněnou podobu, a proto se nedá přiřadit k některému z již zmíněných typů; reziduální – což je vlastně chronický stav (trvá alespoň 1 rok) po ústupu akutních příznaků projevující se zanedbáváním sebe i okolí, a simplexní – změny v chování jsou u tohoto typu z postupného stažení se do sebe (6).

b) Schizotypní porucha

Dříve byla tato porucha označována jako tzv. hraniční stav – to znamená stav mezi schizofrenií a poruchou osobnosti (6). Tato porucha je charakterizovaná především podivností v myšlení a chování, dále sklonem k sociální uzavřenosti, podezíravostí, vztahovačností (16). Postižení touto poruchou mívají depersonalizační a derealistické zážitky, mívají dotěrné představy, někdy prožívají bludné představy, někdy zase mívají halucinace. Symptomy této poruchy jsou velmi podobné symptomům schizofrenie, jsou však přítomny v oslabené formě (7).

c) Schizoafektivní poruchy

Při tomto onemocnění jsou přítomny zároveň symptomy schizofrenního i afektivního charakteru. V závislosti na afektivní složce poruchy rozlišujeme manický, depresivní a smíšený typ (43). Schizofrenní charakter této nemoci, na rozdíl od schizofrenie, reprezentují pouze pozitivní příznaky – bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč, dezorganizované chování, manýrování, stereotypie atd. Tato porucha se navíc rozvíjí rychlejším tempem než schizofrenie (6).

1.1.4 Afektivní poruchy

Jde o třetí nejčastější skupinu duševních onemocnění, u kterých dochází k poruše nálady, a to jak ve smyslu pozitivním, tak i negativním (39). Podle MNK - 10 do této skupiny duševních chorob řadíme manickou epizodu, bipolární afektivní poruchu, depresivní poruchu, rekurentní depresivní poruchu a trvalé poruchy nálady (43).

a) Manická epizoda

Pro tuto nemoc je u jejích nositelů typická nadnesená nebo podrážděná nálada, roztěkanost, snížená koncentrace, zvýšená hovornost, trysk myšlenek, malá potřeba spánku a zvýšená tělesná aktivita. Člověk v manické fázi má nadměrně zvýšené sebehodnocení, grandiózní plány a ve zvýšené míře utrácí peníze (1). Manickou epizodu dělíme na mánii bez psychotických příznaků a s psychotickými příznaky. Psychotickými příznaky jsou bludy a halucinace - například hlasy, které říkají, jak je člověk úžasný (6). Diagnóza manické epizody se stanovuje pouze pro jednotlivou příhodu (40). Diagnóza pouze manických epizod je výjimečná, spíše jde o bipolární poruchu (16).

b) Deprese

Depresivní porucha se projevuje jako chorobně smutná a úzkostná nálada, a proto nejsou lidé při této diagnóze schopni zažívat radost z příjemných prožitků, zážitků. Naopak trpí pocity provinění, pocity bezmoci a marně hledají smysl života. Dále u nich dochází ke ztrátě chuti k jídlu, s tím souvisí celkový pokles energie, což může vyústit až v neschopnost pracovat (33). Dalším znakem deprese jsou myšlenky na sebevraždu – vyskytují se až u dvou třetin depresivních pacientů. Co do forem, rozlišujeme lehkou, středně těžkou a těžkou depresivní poruchu. Ve většině případů deprese platí, že i když člověk prodělal jen jednu epizodu této nemoci, nese si s sebou po zbytek života velké riziko relapsu (4).

c) Bipolární porucha

Nejtypičtějším rysem bipolární poruchy je střídání fáze mánie nebo hypománie s fází depresivní. Jde o onemocnění periodické a celoživotní (30). V případě, že nemocný vykazuje znaky velmi pozitivního naladění, se jedná o máni, v případě velmi pesimistického naladění se jedná o depresi. Když se u pacienta vyskytují současně nebo se rychle střídají znaky pro máni a depresi, jde o smíšenou epizodu bipolární poruchy. Větším nebezpečím této poruchy je manická fáze, neboť nemocný v této fázi ztrácí zábrany a nemá z ničeho strach. V depresivní fázi nemocného především ohrožují sebevražedné myšlenky (5). Diagnostika i léčba tohoto onemocnění nebývá jednoduchá. Mnohdy se stává, že bipolární porucha je chybně diagnostikována (44).

1.1.5 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

„Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější duševní onemocnění, neboť z celoživotního hlediska postihují až jednu čtvrtinu populace vyspělých zemí. Někdy se dokonce tvrdí, že úzkost se spolu s depresí stala symbolem moderní éry lidstva (39, s. 110).“

Do této množiny chorob patří fobické úzkostné poruchy, jiné úzkostné poruchy, obsedantně – kompulzivní poruchy, reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, disociační poruchy, somatoformní poruchy a jiné neurotické poruchy (6).

a) Fobické úzkostné poruchy

Tyto duševní poruchy vyvolávají u postižených osob různé formy strachu (16). Strach doprovází tělesné projevy, jako je bušení srdce, zrychlené dýchání, třes, bolest břicha, pocení a pocity na omdlení (38). Nemocný člověk se snaží vyhýbat konkrétním situacím či iniciativám, které u něho vyvolávají úzkost. Mezi úzkostné fobické poruchy řadíme agorafobii, sociální fobii a specifické fobie (43).

Agorafobie je strach z otevřeného prostoru, obvykle propuká ve věku 18 – 35 let (39). Lidé s diagnostikovanou agorafobií trpí především pocity strachu ze situací, kdy jsou daleko od svého domova nebo od osoby, s níž se cítí v bezpečí. Dále se lidé s touto poruchou vyhýbají cestování dopravními prostředky, veřejným místům s větším počtem lidí, velkým otevřeným prostranstvím a sálům, uzavřeným nebo omezeným místům (37). Tato porucha velmi ztěžuje postiženým život, mnohdy ani nedokážou opustit svůj domov (15).

Sociální fobie charakterizuje strach z běžných sociálních situací, respektive strach z běžného styku s ostatními lidmi. Lidé s touto fobií trpí strachem z kritiky nebo z odmítnutí druhých (36). Pro jedince se sociální fobií je typické vyhýbavé chování, které vede k sociální izolaci, výjimečně až k sebevraždě (16).

Specifické fobie podle Americké psychiatrické asociace dělíme na pět podskupin: fobie přírodní – z bouřky, vody, tmy; fobie ze zvířat – z vos, pavouků, myši, hadů; fobie z injekcí, krve a zranění; fobie z určitých míst – z cestování letadlem, autem, z jízdy výtahem, z uzavřeného prostoru a fobie jiné (38).

b) Obsedantně – kompulzivní poruchy

Projevem této poruchy jsou stále se vracející myšlenky nebo představy do mysli postiženého, které ho nutí k nějakému jednání (35). Nutkavé myšlenky mívají charakter obav, přehnané starostlivosti a agrese (40). Nemocný provádí různé činnosti nebo rituály, kterými se snaží odvrátit nebezpečí, jež mu a jeho blízkému okolí hrozí (6).

c) Disociační poruchy

Pro okruh těchto poruch je společným znakem částečná nebo úplná ztráta spojení mezi vědomím a pamětí, vlastním sebeuvědoměním nebo chápáním okolí (43). Společnými projevy těchto poruch jsou konverze (přeměna psychického problému do tělesného projevu – např. ochrnutí) a disociace (odštěpení nepříjemného obsahu psychiky od vědomé oblasti psychiky) (16). K projevům této poruchy patří křeče, třes, obrny, přehnané projevy v chování, ale také utlumení až strnulost (6).

d) Somatoformní poruchy

U lidí s tímto druhem duševního onemocnění se vyskytují, po dobu minimálně dvou let, různé tělesné příznaky (bolest, únava, nevolnost), pro které nelze stanovit diagnózu. Výsledky, většinou opakovaných lékařských vyšetření jsou totiž negativní (12). Somatoformní poruchy často znemožňují postiženým osobám fungovat v sociální a pracovní oblasti svého života (35).

1.1.6 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Nejzávažnějšími poruchami z této skupiny jsou poruchy příjmu potravin. Do této množiny poruch dále patří poruchy spánku; sexuální dysfunkce; duševní poruchy spojené s šestinedělím; psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo

poruchami zařazenými jinde; abúzus látek nezpůsobujících závislost a neurčené poruchy chování v souvislosti s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (24). U těchto poruch obzvláště platí tvrzení, že za vznikem nemoci stojí biologické, psychologické a sociální faktory, jež člověka v průběhu života ovlivňují (16).

a) Poruchy příjmu potravin

Požívání potravy má v životě člověka mnoho významů – může být příjemným prožitkem, může sloužit k potlačení špatného psychického stavu, může být formou odměny, ale i mechanismem na svoji obranu (35).

Při mentální anorexii jde o úmyslné snižování váhy všemožnými prostředky a způsoby (43). Postiženého jedince navíc ovládají zcela zkreslené představy o tom, jak vypadá. Většina osob s touto diagnózou jsou dívky a ženy (6).

Mentální bulimie je onemocnění stejně jako mentální anorexie typické pro ženské pohlaví. Jeho hlavním projevem je nekontrolované přejídání, po kterém následují opatření, jež mají zabránit zvýšení tělesné hmotnosti z právě požitého jídla (15).

1.1.7 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

„Poruchy osobnosti jsou variantou charakterových a temperamentových rysů, které se významně odchyľují od rysů patrných u většiny lidí. K těmto rysům patří hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací (34, s. 15).“ Sociálně nežádoucí chování má negativní vliv na samotného postiženého, ale i na jeho okolí. Omezuje ho především ve společenském a pracovním fungování (43). MKN – 10 v této kategorii psychických poruch rozlišuje specifické poruchy osobnosti; smíšené a jiné poruchy osobnosti; přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku; nutkavé a impulzivní poruchy; poruchy pohlavní identity; poruchy sexuální preference; poruchy psychické a chování související se sexuálním vývojem a orientací; jiné poruchy

osobnosti a chování u dospělých; neurčenou poruchu osobnosti a chování u dospělých (24).

a) Specifické poruchy osobnosti

K specifickým poruchám osobnosti patří paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionská, anankastická, anxiózní a závislá osobnost (6). Nejčastěji se však setkáváme se smíšenými poruchami osobnosti (16).

Charakteristickou vlastností paranoidní osobnosti je nedůvěřivost (trvající po celý život) vůči ostatním. Pacient s touto diagnózou si chybně vysvětluje chování druhých, podezírá je z nepřátelství nebo dokonce z navyšování se nad ním samotným. Tito jedinci špatně nesou kritiku na jejich adresu, mají tendenci ze svých neúspěchů osočovat druhé (34). Člověk s tímto typem poruchy osobnosti přikládá své osobě nadměrný význam a trpí nekritickou sebechválou (16).

Lidé se schizoidní poruchou osobnosti bývají ostatními označováni za podivíny a tiché blázny. Je to proto, že tito jedinci jsou plaší, jsou neschopni prožívat radost, neumí vyjádřit své pocity vůči ostatním, žijí ve vlastním světě (39). Klienti s touto diagnózou si neumí vytvořit jakékoliv mezilidské vztahy, nejsou schopni v jakémkoliv vztahu žít a fungovat (43).

Jedinci s disociální poruchou osobnosti nemají soucit a empatii. Většinou již od časného dětství mají tendence lhát, krást, vytvářet nepřizpůsobivé party, neuznávají autoritu a projevuje se u nich záškoláctví. V pozdějším věku se chovají promiskuitně a mají problémy s dodržováním zákonů (34). Tito lidé nemají pocity viny a jen zřídkakdy se poučí z trestu (16).

b) Nutkavé a impulzivní poruchy osobnosti

Nejtypičtějším znakem této kategorie poruch je neovladatelné nutkání konat aktivity, které ohrožují samotného aktéra, ale i jeho okolí (39). Patří sem patologické

hráčství, pyromanie, kleptomanie, trichotillomanie, jiné nutkavé a impulzivní poruchy
(24).

1.2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

1.2.1 Sociální práce

Jedno z prvních vymezení sociální práce říká, že sociální práce je to, co dělají sociální pracovníci (27). Podle Mezinárodního etického kodexu sociální práce se jedná o profesní činnost směřující k sociální změně, vyřešení problémů v mezilidských vztazích a k zmocnění a k osvobození lidí v jejich prospěch. Sociální práce má své uplatnění v běžném životě tam, kde jsou lidé ovlivňováni svým prostředím (22). V současné době je sociální práce vymezena jako společenskovední disciplína a obor praktické aktivity, které se soustřeďují na zjišťování, definování, zmírňování a hledání způsobů řešení sociálních problémů. Sociální práce je základním kamenem poskytování sociální pomoci (17). Úkolem sociální práce je zprostředkovat sociální služby jednotlivým osobám, rodinám, skupinám a komunitám s cílem podpořit klienty ve fungování v jejich sociálních situacích (15). Sociální práce si klade za cíl dát lidem možnost v co největší míře žít takzvaně normální život, který je jim z všemožných příčin bezprostředně nedostupný (41). Mezi praktické cíle sociální práce patří taková podpora klienta, aby byl schopen řešit své problémy a dokázal se přizpůsobit nárokům; zajištění styku klienta s organizacemi poskytujícími zdroje, služby a příležitosti; rozvíjení humánní a účinné soustavy pomoci klientům a zlepšování sociální politiky (18).

1.2.2 Sociální pracovník

Sociální pracovník koná sociální šetření, zajišťuje sociální agendu včetně řešení sociálně – právních problémů, uděluje sociální poradenství v zařízeních poskytovatelů sociální péče; provádí rozborovou a koncepční činnost v sociální sféře, expertní činnost v zařízeních sociální prevence; depistážní aktivity; uděluje krizovou pomoc; sociální poradenství a sociální rehabilitaci (17). Sociální pracovník se také spoluúčastní nebo sám činí rozhodnutí o změnách v životě lidí. Tyto změny mohou zásadním způsobem

ovlivnit další vývoj života jednotlivých osob, rodin i celých skupin (23). Podle další definice se sociální pracovník zaobírá životní situací klienta a služby, které mu poskytuje, jsou tím kvalitnější, čím více dokáže vidět jeho situaci z holistického hlediska. Sociální pracovník by měl být schopen identifikovat všechny překážky (např. zdravotní, finanční, hodnotové atd.) ve zvládnání různých situací klientem a zároveň by měl být schopen přemýšlet o vzájemných vztazích těchto bariér (26). Mezi činnostmi vykonávané sociálním pracovníkem náleží sociálně – správní jednání, sociálně – právní poradenství, sociální diagnóza, sociální prevence a ochrana, sociální intervence, sociální koncepce, supervize, sociální management, výzkum v sociální práci, vědecká činnost, vzdělávání a další vzdělávání odborníků v sociálních službách (11). Sociální pracovník pracuje s jednotlivci, rodinami, skupinami a komunitami, přičemž jim pomáhá navrátit schopnost k sociálnímu upotřebení (17).

Sociální pracovníci při své práci zastávají různé role. Tyto role se spolu doplňují.

1. **Pečovatel nebo poskytovatel služeb** – sociální pracovník v této roli především pomáhá klientovi v jeho každodenních aktivitách, které vzhledem ke svému postižení tento sám nezvládá. Pomoc může být poskytována v domácím prostředí klienta nebo v některém z pobytových zařízení.
2. **Zprostředkovatel služeb** – tato role sociálního pracovníka staví na spolupráci s klientem v nalézání kontaktů na jednotlivá sociální zařízení nebo v nalézání dalších dostupných zdrojů pomoci.
3. **Cvičitel (učitel) sociální adaptace** – sociální pracovník učí nebo trénuje klienta v nácviku takového chování, aby klient byl schopen sám vyřešit svoje problémy.
4. **Poradce nebo terapeut** – v rámci této role pomáhá sociální pracovník klientovu osobnímu růstu.
5. **Případový manažer** – sociální pracovník de facto plánuje sociální služby pro klienta a to takovým způsobem, že na sebe navazují; v tomto případě pracuje s klienty, kteří řeší více problémů.
6. **Manažer pracovní náplně** – při výkonu této role sociální pracovník organizuje průběh intervence, většinou se tak děje v zařízeních s větším počtem klientů.

7. **Personální manažer** – tento sociální pracovník je specialista, který poskytuje odborné rady, školení, supervizi a vedení zaměstnanců zařízení; může pracovat ve více zařízeních zároveň.

8. **Administrátor** – v tomto případě je sociální pracovník hlavním vedoucím některého zařízení, který určuje jeho organizační strukturu a styl práce v něm používaný, dále určuje dlouhodobou koncepci vývoje

9. **Činitel sociálních změn** – tento sociální pracovník pomáhá při hledání a řešení celospolečenských problémů, jde spíše o roli komunitního sociálního pracovníka (41).

Pro sociální práci s lidmi s duševním onemocněním je důležité, aby sociální pracovník měl dostatek informací o duševních nemocech a měl by mít znalosti z jejich diagnostiky. Je to proto, že sociální pracovník pomáhá v sociálním fungování klientovi, pro kterého často bývá těžké přijmout svoji nemoc se všemi jejími projevy (15).

Při sociální práci s osobami s duševním onemocněním sociální pracovník:

- a) klade důraz na respekt a partnerství mezi ním a klientem
- b) je prostředníkem mezi člověkem s diagnózou duševní nemoci a společenstvím, kde nemocný žije (zabraňuje exkluzi)
- c) bere na zřetel, že ne všechny osoby s duševním onemocněním mají stejné problémy; každý klient je jedinečná osobnost ovlivněná prostředím, vzděláním, rodinou, výchovou, hodnotami, životními zkušenostmi atd.
- d) působí na klientovo okolí tak, aby bylo vnímavější k jeho potřebám
- e) zpracovává klientovu zdravotní a sociální anamnézu, rozlišuje jeho potřeby a identifikuje možnosti prostředí
- f) pomáhá osobě s duševní chorobou přijmout a zvládnout přizpůsobení sama sebe nemoci
- g) zapřičiňuje se o změnu postojů společnosti k lidem s duševním onemocněním, eliminuje přílišnou ochranu těchto osob ze strany profesionálů a snaží se o zabránění pocitů neschopnosti a nezpůsobilosti ze strany klientů (19).

Lidé s duševní nemocí se často sami separují od většinové společnosti, mají velmi málo sociálních kontaktů. V tomto případě je úkolem sociálního pracovníka pracovat

s klientem na znovunavázání jeho vztahu ke svému okolí. To se děje formou buď individuální, nebo skupinové práce. Sociální pracovník v rámci svých kompetencí seznamuje klienta s jednotlivými zařízeními poskytujícími služby právě této cílové skupině (např. centrum denních služeb, zařízení sociální rehabilitace), spoluorganizuje aktivity, které si připravili klienti pro ostatní, a napomáhá rozvoji dobrovolnických služeb (19).

1.2.3 Sociální služby pro klienty s duševním onemocněním

Podle zákona č. 108 / 2006 Sb. o sociálních službách má každá osoba, která se ocitla nebo by se mohla ocitnout v nepříznivé sociální situaci, v první řadě nárok na bezplatné sociální poradenství (20). A to buď základní § 37 – „*poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace; je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit (2, s. 1268),“* anebo odborné § 37 – to je poskytováno v rámci poraden specializovaných na konkrétní sociální skupinu osob.

Ze služeb **sociální péče** jsou pro klienty s duševním onemocněním určeny:

- a) **pečovatelská služba § 40** – poskytuje se dětem, seniorům, chronicky nemocným a zdravotně postiženým lidem v jejich přirozeném prostředí nebo i ve speciálních ambulancích; nabízí pomoc při sebeobsluze, hygieně, zajištění stravy, obstarání chodu domácnosti a při zprostředkování styku se společenským prostředím (2)
- b) **podpora samostatného bydlení § 43** – terénní služba je poskytována zdravotně postiženým a chronicky nemocným; nabízí pomoc při zajištění fungování domácnosti, nabízí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a oprávněných nároků a pomoc se zařizováním osobních záležitostí (2)
- c) **centra denních služeb § 45** – ambulantní služby pro seniory, chronicky nemocné a pro osoby se zdravotním postižením; poskytují pomoc při hygieně, zajištění stravy, při

uplatňování práv a zájmů, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím a nabízí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti (2)

d) **denní stacionáře § 46** – ambulantní služby pro seniory, chronicky duševně nemocné a osoby se zdravotním znevýhodněním; umožňují pomoc při sebeobsluze, hygieně, umožňují nabídnutí stravy, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů a pomoc při zprostředkování styku se společenským prostředím (2)

e) **týdenní stacionáře § 47** – pobytové služby pro seniory, zdravotně znevýhodněné osoby a osoby s chronickým duševním onemocněním; poskytují stejnou pomoc jako denní stacionáře, pouze navíc poskytují ubytování (2)

f) **domovy se zvláštním režimem § 50** – pobytová služba pro chronicky duševně nemocné, pro osoby se stařeckou nebo Alzheimerovou nebo jinými typy demencí; zprostředkovává ubytování, stravování, pomoc při sebeobsluze, pomoc při hygieně, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, umožňuje styk se společenským prostředím a nabízí pomoc při nárokování oprávněných zájmů a práv a při zařizování osobních záležitostí (2)

g) **chráněné bydlení § 51** – pobytová služba pro osoby se zdravotním postižením, chronicky nemocné (i duševně); má podobu skupinového, eventuelně individuálního bydlení; poskytuje pomoc při obstarání stravy, ubytování, zajištění chodu domácnosti, nabízí aktivizační a terapeutické činnosti, pomoc při zprostředkování styku se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a zájmů (2)

h) **sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče § 52** – pobytové sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče osobám, které již nepotřebují akutní lůžkovou péči, ale nemohou být propuštěny do domácího prostředí, dokud jim nebude zajištěna pomoc jinou osobou nebo pomoc terénní nebo ambulantní sociální služby, anebo pomoc v některém pobytovém zařízení sociálních služeb; poskytují ubytování, stravu, pomoc při hygieně, pomoc při sebeobsluze, pomoc při umožnění styku se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a zájmů a aktivizační a sociálně terapeutické činnosti (2)

Ze služeb **sociální prevence** jsou duševně nemocným lidem určeny:

a) **telefonická krizová pomoc § 55** – tato služba je určena osobám, které se nacházejí v nepříznivé, zátěžové, život ohrožující situaci, kterou tyto osoby nejsou momentálně schopny řešit vlastními silami; služba poskytuje telefonickou krizovou intervenci a pomoc při uplatňování práv a zájmů (2)

b) **služby následné péče § 64** – ambulantní nebo pobytové služby pro osoby se závislostí na návykových látkách a pro chronicky duševně nemocné osoby, jež dokončily lůžkovou nebo ambulantní léčbu nebo abstinují; služby poskytují sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů a zajištění styku se společenským prostředím (2)

c) **sociálně terapeutické dílny § 67** – „*jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce; jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie; služba obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností (2, s. 1274)*“

d) **terapeutické komunity § 68** – pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách a pro osoby s psychickým onemocněním, které se chtějí zapojit do běžného života; služba zajišťuje stravu, ubytování, pomoc při uplatňování práv a zájmů, terapeutické aktivity a zprostředkovává styk se společenským okolím (2)

e) **sociální rehabilitace § 70** – „*je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potencionalů a kompetencí; sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb; služba poskytovaná formou terénních nebo*

ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti: nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (2, s. 1274).“

1.2.4 Psychiatrická péče o lidi s duševním onemocněním

Psychiatrická péče se v České republice dělí na ambulantní a lůžkovou. V roce 2012 u nás bylo registrováno 853 ambulantních psychiatrických oddělení. Lůžkovou psychiatrickou péči zajišťují psychiatrické léčebny a psychiatrická oddělení nemocnic. V roce 2012 u nás fungovalo 30 psychiatrických oddělení nemocnic a 21 psychiatrických léčeben (18 pro dospělé a 3 pro děti). Většina pacientů propuštěná z lůžkové psychiatrické péče vyžadovala další nutnou ambulantní péči (45).

Co se týče činnosti sociálního pracovníka v psychiatrických léčebnách, tak ten sestavuje sociální anamnézu, uděluje pacientům, ale i jejich blízkým sociálně – právní poradenství, angažuje se v řešení problémů s bydlením, se zaměstnáním, s finančním zabezpečením, obstarává zprostředkování styku s úřady a s návaznými sociálními službami. Také se může účastnit na psychoterapii a práci s rodinou duševně nemocného (18). V psychiatrické léčebně nebo v nemocnici ještě patří k práci sociálního pracovníka příprava klienta na přechod z tohoto zařízení do běžného života společnosti a v neposlední řadě by měl spolupracovat při tvorbě krizového plánu (postup při zhoršujícím se stavu nemocného nebo při propuknutí krize) pro klienta (19).

Sociální pracovník v nemocnici především zprostředkovává hospitalizovanému člověku spojení s vnějším světem - s rodinou, bydlištěm, zaměstnáním atd. Svoji činnost zaměřuje na sociální problémy pacientů. Mnohdy pracuje i s rodinou nemocného, která se kvůli onemocnění svého člena ocitla v tíživé sociální situaci. Protože často dochází ke vzniku sociálních problémů v závislosti na zdravotním stavu klienta, měl by se sociální pracovník ve zdravotnictví orientovat v jednotlivých diagnózách a jejich dopadu na život (42).

1.2.5 Psychiatrická rehabilitace

Pod pojmem rehabilitace rozumíme soubor postupů, které vedou ke zmírnění či odstranění důsledků postižení (17). Jejím cílem je návrat dřívějšího pracovního a společenského uplatnění. V případě osob s duševním onemocněním už začíná během jejich psychiatrické hospitalizace. Klient je postupně vtahován do pracovních, pohybových a kulturních aktivit v zařízení s tím, že jsou samozřejmě brány ohledy na jeho momentální duševní i tělesné schopnosti (16).

Principy psychiatrické rehabilitace:

- a) Rehabilitace se v první řadě soustředí na zdokonalení způsobilosti a kompetencí lidí s psychiatrickým onemocněním.
- b) Zisk z psychiatrické rehabilitace je v lepším chování klienta v prostředí, bez kterého se neobejde.
- c) Dočasné zesílení závislosti může vést k postupné samostatnosti.
- d) K dvěma zásadním intervencím v psychiatrické rehabilitaci patří růst pacientových schopností a posilování zdrojů podpory v prostředí.
- e) Rehabilitace se soustřeďuje na zdokonalení schopností ve sféře bydlení, vzdělávání zaměstnání u lidí s duševním onemocněním.
- f) Rehabilitační proces stojí na aktivní participaci postižených.
- g) Dlouhotrvající medikace je potřebná, ale zároveň nedostačující součást rehabilitace.
- h) Psychiatrická rehabilitace pracuje s různými technikami, je eklektická.
- ch) Naděje je základním dílem rehabilitace (29).

1.2.6 Možnosti terapie u lidí s duševním onemocněním

Lidé s duševním onemocněním mají často nenaplněné životní potřeby a potřebují pomoc a podporu jednak při přijetí svého onemocnění a při přijetí důsledků z něj plynoucích; při osobní snaze o zotavení, to znamená především při hledání nových životních cílů a očekávání; jednak při navazování a udržování sociálních vztahů a

jednak při hledání a zachování si práce nebo vzdělávání (29). Z těchto důvodů je vhodné při sociální práci s touto cílovou skupinou použít poznatků z různých druhů terapie. Patří k nim socioterapie, biologická léčba, psychoterapie, režimová terapie a volnočasové aktivity (15).

Socioterapie zahrnuje postupy, které se používají k pozitivnímu působení na osoby, které mohou být ohroženy sociální nouzí nebo jsou díky svému stavu v riziku negativních jevů. Socioterapie se orientuje na sociální rehabilitaci a integraci. Nezbytnou částí socioterapie je psychosociální trénink – ten umožňuje duševně nemocnému osvojit si sociální dovednosti, které vedou postiženého k vlastní iniciativě řešit svoji nepříznivou situaci a k převzetí zodpovědnosti za svůj život (17).

Biologickou léčbu indikuje pouze lékař – psychiatr. Sociální pracovník však může být ten, kdo nemocnému pomůže lékaře vyhledat, případně ho může k následnému vyšetření doprovodit (15).

Psychoterapie je léčebné působení psychologickými prostředky na nemoc, poruchu s cílem odstranit, případně zmírnit potíže pacienta. Psychoterapii může vykonávat pouze odborně lékařsky nebo psychologicky vzdělaná osoba, při týmové práci také příslušně odborně zaškolené zdravotní sestry a sociální pracovníce (13).

Režimová terapie stojí na jasně daném denním programu, který má pevný řád. Na rozdíl od většinou chaoticky uspořádaného života lidí s duševním onemocněním má tato terapie systematicky vymezené denní aktivity (15).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cílem teoretické části práce je popsat specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, jednotlivá duševní onemocnění, roli a činnost sociálního pracovníka při práci s lidmi s duševním onemocněním, typy sociálních služeb a možnosti terapie určených pro tuto cílovou skupinu.

Prvním cílem empirické části této bakalářské práce je popsat, jaká je role a činnost sociálního pracovníka v péči o lidi s duševním onemocněním.

Druhým cílem empirické části této bakalářské práce je popsat, s jakými potížemi se lidé s duševním onemocněním potýkají v oblasti zdravotní a sociální.

2.2 Výzkumné otázky

Pro tuto práci byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky a šest dílčích výzkumných otázek.

HVO 1: *Jaká je role a činnost sociálního pracovníka v péči o lidi s duševním onemocněním?*

HVO 2: *S jakými potížemi se lidé s duševním onemocněním potýkají v oblasti zdravotní a sociální?*

DVO 1: *S jakými zdravotními potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním?*

DVO 2: *S jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v osobním životě?*

DVO 3: *S jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v oblasti rodinného života?*

DVO 4: *S jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v oblasti uplatnění na trhu práce?*

DVO 5: *S jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v oblasti finanční?*

DVO 6: *S jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v sociální oblasti?*

2.3 Operacionalizace pojmů

Duševní porucha – přeměna psychických pochodů, která má za následek změny v myšlení, pocitovém vnímání a chování člověka. Omezuje člověka v práci a společenském životě (10).

Klient – jednotlivec využívající sociální služby (17).

Sociální pracovník – poskytuje klientovi informace a kontakty vzhledem k jeho současnému stavu, předává informace o variantách péče, podporuje rozvíjení klientových sociálních dovedností a kompetencí (15).

Činnost – aktivita, jednání (10).

Role – určité, očekávané chování člověka, pro které je určující jeho sociální postavení (17).

Potíže – nesnáze, těžkosti, problémy.

Oblast životního stylu – postoje, hodnoty mající dopad na síť mezilidských vztahů, na uspořádání času, zájmy a záliby (10).

Oblast zdravotní stránky života – pravidelná medikace, vedlejší účinky léků, vliv léků na život.

Oblast osobního života – schopnost navázat partnerský vztah, styk s přáteli, schopnost samostatně vyřizovat své záležitosti.

Oblast rodinného života – vzájemné vztahy mezi rodinou a člověkem s duševním onemocněním.

Oblast pracovního uplatnění – schopnost získání a udržení práce.

Oblast ekonomické stránky života – finanční samostatnost, finanční zadluženost.

Oblasti sociální – využívání sociálních a zdravotních služeb, stigmatizace, bydlení.

3 METODIKA

3.1 Metody a techniky sběru dat

Pro realizaci sběru dat jsem použila kvalitativní výzkum. Kvalitativní metody nám poskytují data, která se nehodí pro statistické vyhodnocení. Kvalitativní přístupy nepřevádějí zjištěné údaje do řeči čísel, nýbrž zůstávají v oblasti slovních formulací (21).

Použila jsem metodu dotazování, technikou polořízeného rozhovoru. „*Rozhovor je základní technikou kvalitativního výzkumu (21, s. 529).*“

Polořízený rozhovor se sociálními pracovníky je rozdělen do čtyř oblastí a to na: identifikační oblast, oblast týkající se pracovní činnosti sociálního pracovníka, oblast týkající se rolí sociálního pracovníka a nakonec na oblast týkající se specifik sociální práce s klienty s duševním onemocněním. Polořízený rozhovor se sociálními pracovníky obsahoval, kromě identifikačních otázek, 3 hlavní okruhy otázek, které obsahovaly připravené podotázky, které vždy dále rozvíjely hlavní téma dotazu. (Příloha č. 1)

Polořízené rozhovory s lidmi s duševním onemocněním jsou rozděleny do osmi částí a to na: identifikační část, část týkající se onemocnění, část týkající se zdravotní oblasti života, část dotýkající se osobní oblasti života, část o rodinném životě, část o pracovním uplatnění, část o finančních záležitostech a na poslední část týkající se sociální oblasti života. Polořízené rozhovory s klienty Fokusu Písek, o. s. – pobočka Strakonice probíhaly na základě 28 předem připravených otázek, které byly rozděleny do 8 okruhů. (Příloha č. 2)

Odpovědi respondentů byly mnou zapisovány na záznamové archy, které jsou uloženy v mém archivu. Získané odpovědi jsem zpracovala metodou vytváření trsů, kdy jsem porovnávala a zobecňovala získaná data z odpovědí jednotlivých respondentů.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořily dvě sociální pracovnice a čtyři klienti Fokusu Písek, o. s. – pobočka Strakonice. Respondenti byli vybráni účelovým kvótním výběrem.

Ve Fokusu Písek, o. s. – v pobočce Strakonice pracují dvě sociální pracovnice. Obě mají vysokoškolské (bakalářské) vzdělání, které si v současnosti doplňují studiem v magisterském oboru na Teologické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Kritériem jejich výběru byla délka praxe v sociálních službách alespoň 2 roky, vysokoškolské vzdělání a ochota ke spolupráci na mém výzkumu.

Kritériem pro výběr respondentů mezi klienty Fokusu Písek, o. s. byla ochota spolupracovat, doba od zjištění duševního onemocnění alespoň 5 let, délka užívání sociálních služeb Fokusu Písek, o. s. – v pobočce ve Strakonici alespoň po dobu 6 měsíců. Cílový soubor klientů Fokusu Písek, o. s. – pobočka Strakonice byl vybrán tak, aby ho tvořily dvě ženy a dva muži.

3.3 Realizace výzkumu

Literaturu pro sepsání teoretické části jsem studovala a poté zpracovávala v druhé polovině roku 2013. V lednu 2014 jsem vypracovala otázky pro polořizené rozhovory s respondenty.

Vlastní výzkum jsem realizovala na přelomu měsíců února a března roku 2014 ve Fokusu Písek, o. s. – v pobočce ve Strakonici. Rozhovory byly vedeny přímo v prostorách zařízení Fokusu, v soukromí, v oddělené místnosti. Rozhovory jsem zapisovala na záznamové archy s tím, že každý trval od 35 do 40 minut. Všichni dotázaní byli ujištěni o zachování jejich anonymity a byli informováni, že jejich sdělení budou použita pouze pro účely mé bakalářské práce.

Fokus Písek o. s. – pobočka Strakonice

Pobočka organizace Fokus Písek byla ve Strakonici otevřena v roce 2009. Svým klientům nabízí ambulantní a terénní sociální rehabilitaci a sociálně terapeutickou dílnu,

která byla otevřena až následně a to v roce 2011. Hlavním posláním této organizace je pomoc lidem s duševním onemocněním v překonávání jejich obtíží spojených právě s duševní nemocí a zkvalitnění života těchto lidí (8). V době mého výzkumu využívalo služeb této organizace 118 klientů.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníci Fokusu Písek, o. s. – pobočka Strakonice

4.1.1 Identifikační údaje

Tabulka č. 2: Identifikační údaje sociálních pracovníků

Identifikační údaje	SP č. 1	SP č. 2
Pohlaví	žena	žena
Vzdělání	vysokoškolské – Bc.	vysokoškolské – Bc.
Délka praxe	10 let	2 roky

Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.2 Činnost sociálního pracovníka při práci s klienty s duševním onemocněním

Na otázku, jaká je Vaše pracovní náplň při práci s lidmi s duševním onemocněním, SP č. 1 odpověděla: „*Mojí hlavní činností je sociální rehabilitace klientů s duševním onemocněním a to buď v naší ambulanci, nebo u nich doma, v jejich přirozeném prostředí, v rámci terénní sociální práce. Dále se podílím na sestavování individuálních plánů našich klientů, kdy společně identifikujeme jejich přání a potřeby.*“ SP č. 1 mi dále sdělila, že klientům je v zařízení Fokus umožňován nácvik dovedností potřebných pro samostatný život, individuálně nebo skupinově. „*Dále považuji za důležité, že našim klientům zprostředkováváme kontakt se společenským prostředím, a to formou například výletů (konkrétně na hrady a zámky), zúčastňováním se různých kulturních akcí nebo každoročním zorganizováním Zahradní slavnosti našeho zařízení, která je otevřená široké veřejnosti.*“ K dalším činnostem SP č. 1 samozřejmě patří i sociální poradenství, depistáž, i když pouze v rámci psychiatrických léčeben na Strakonicku, aktivizační a vzdělávací činnosti.

SP č. 2 na otázku, jaká je její hlavní činnost při práci s lidmi s duševním onemocněním, odpověděla: „*Mojí hlavní pracovní náplní je sociální rehabilitace našich klientů, v mém případě především formou terénní sociální práce. Dále našim klientům poskytují sociální poradenství, ale i třeba doprovod k lékaři, přičemž někdy i zprostředkovávám první kontakt odborného lékaře a klienta. Dále se podílím na různých formách aktivizačních činností a v neposlední řadě zprostředkovávám kontakt mezi klientem a společenským prostředím. Také roznáším informační materiály o našem zařízení po psychiatrických ambulancích a veřejných institucích, aby veřejnost a případní klienti byli informováni o naší organizaci, naší klientele, našem poslání a našich cílech. Domnívám se, že tato moje činnost má jednak informační charakter a jednak preventivní charakter, ve smyslu předcházení předsudkům o lidech s duševní nemocí.*“ SP č. 2 při své činnosti pracuje formou ambulantní, ale především terénní sociální práce. SP č. 2 mi dále sdělila, že klientům Fokusu pomáhá zprostředkovat kontakt s dalšími organizacemi, jež by mohly poskytnout služby osobám s duševním onemocněním. „*Také se stává, že našim klientům pomáhám řešit problémy s bydlením.*“ SP č. 2 se také podílí na depistáži, i když je to opět pouze v rámci psychiatrických léčeben na Strakonicku.

Tabulka č. 3: Činnost sociálního pracovníka

Činnost sociálního pracovníka	SP č. 1	SP č. 2
Sociální rehabilitace – ambulantní, terénní	X	X
Individuální sociální práce	X	X
Sociální práce se skupinou	X	X
Sociální poradenství	X	X
Aktivizační činnosti	X	X
Nácvik dovedností pro samostatný život	X	X
Depistáž	X	X
Zprostředkování styku se společenským prostředím	X	X
Pomoc při řešení problémů s bydlením	X	X
Doprovod k lékaři, na úřad	X	X
Informační činnost - psychoedukace		X

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí – činnost sociálního pracovníka

Činnost obou sociálních pracovníků při práci s klienty s duševním onemocněním má široký záběr. Zahrnuje individuální sociální práci, skupinovou sociální práci, sociální poradenství, aktivizační činnosti, nácvik dovedností pro samostatný život, depistáž, zprostředkování styku se společenským prostředím, pomoc při řešení problémů s bydlením, doprovod k lékaři a na úřady, psychoedukační činnost, přičemž obě sociální pracovníce za základ své sociální práce považují sociální rehabilitaci klientů.

4.1.3 Role sociálního pracovníka při práci s klienty s duševním onemocněním

Na otázku, jaká je Vaše role při práci s klienty, SP č. 1 odpověděla: „*Při své práci nezastávám pouze jednu roli, ale hned několik a ty se vzájemně prolínají. Zastávám roli pečovatele, zprostředkovatele sociálních služeb, cvičitele sociální adaptace, poradce, případového manažera a administrátora.*“

SP č. 2 na otázku, jaká je její role při práci s klienty s duševním onemocněním, odpověděla: „*Při práci s našimi klienty se ocitám hned v několika rolích současně, nikdy nezastávám pouze jedinou roli. Zastávám roli pečovatele, zprostředkovatele sociálních služeb, cvičitele sociální adaptace, poradce a případového manažera.*“

Tabulka č. 4: Role sociálního pracovníka

Role sociálního pracovníka	SP č. 1	SP č. 2
Pečovatel nebo poskytovatel služeb	X	X
Zprostředkovatel služeb	X	X
Cvičitel (učitel) sociální adaptace	X	X
Poradce nebo terapeut	X	X
Případový manažer	X	X
Manažer pracovní náplně		
Personální manažer		
Administrátor	X	
Činitel sociálních změn		

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí – role sociálního pracovníka

Obě sociální pracovnice při práci s klienty s duševním onemocněním nikdy nezastávají pouze jednu roli, ale ocitají se hned v několika rolích, které se vzájemně prolínají a doplňují. SP č. 1 zastává roli pečovatele, zprostředkovatele dalších služeb, cvičitele sociální adaptace, poradce, případového manažera a administrátora. SP č. 2 zastává roli pečovatele, zprostředkovatele dalších služeb, cvičitele sociální adaptace, poradce, případového manažera.

4.1.4 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Na otázku, jaká jsou, podle vás, specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, mi SP č. 1 odpověděla: „Podle mě k specifickým sociální práce s lidmi s duševním onemocněním patří to, že sociální pracovník, který chce pracovat s touto cílovou skupinou klientů, by měl mít znalost psychiatrického minima, dále by měl mít určité dobré komunikační schopnosti a v každém případě by měl být hodně tolerantní. V této práci je také specifické, že se můžete setkat s klientem, který je momentálně v atace svého onemocnění a často ani on sám neví, co zrovna bude dělat, tím chci říci, že moje práce je určité hodně náročná na psychiku.“ SP č.1 mi dále řekla, že při její práci hraje důležitou roli supervize a osobní psychohygiena.

SP č. 2 mi na otázku o specifických sociální práce s lidmi s duševním onemocněním odpověděla: „Specifiku mojí práce vidím v tom, že sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je ve většině případů dlouhodobá. Dalším specifikem je, že klienti mají často tendenci přílišně se upínat na spolupráci s konkrétním pomáhajícím pracovníkem. Specifické určité také je, že sociální pracovník, který se dostává do styku s lidmi s duševní nemocí, by měl určité o těchto nemocech něco vědět, aby případně věděl, jak se v té, které situaci zachovat.“ Podle SP č. 2 je při práci s lidmi s duševním onemocněním ještě dalším specifikem určité velká náročnost na psychiku pomáhajícího pracovníka.

Tabulka č. 5: Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Specifika sociální práce	SP č. 1	SP č. 2
Znalost psychiatrického minima	X	X
Velké nároky na psychiku pomáhajícího	X	X
Dlouhodobá spolupráce	X	X
Velká míra tolerance	X	X
Vazba na sociálního pracovníka		X

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí – specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Obě sociální pracovnice se shodly na tom, že mezi specifika jejich práce patří alespoň minimální znalost z oboru psychiatrie. Dále se domnívají, že dalším specifikem jejich práce je její dlouhodobost. Obě dvě sociální pracovnice tvrdí, že dalším specifikem je vysoká náročnost na jejich psychické schopnosti a velká tolerantnost vůči klientům.

4.2 Výsledky rozhovorů s klienty Fokusu Písek, o. s. – pobočka Strakonice

4.2.1 Identifikační údaje

Tabulka č. 6: Identifikační údaje respondentů

Respondent	Pohlaví	Věk	Rodinný stav	Bydlení
Respondent A	muž	38	svobodný	sám (dům s peč. službou)
Respondent B	muž	55	svobodný	sám (dům s peč. službou)
Respondent C	žena	29	svobodná	u rodičů
Respondent D	žena	45	rozvedená	sama (vlastní byt)

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2.2 Duševní onemocnění

Na otázku o době, v které se poprvé projevilo duševní onemocnění, mi respondent A odpověděl: „*Onemocnění se u mě poprvé projevilo v roce 2006, když mi bylo 30 let. V té době jsem se poprvé pokusil o sebevraždu a byl jsem poprvé hospitalizován v PL.*“ Respondent B mi na tu samou otázku odpověděl: „*Již od dětství jsem tušil, že se mnou není něco v pořádku, ale duševní onemocnění mi bylo zjištěno až v mých 18 letech.*“ U respondentky C se duševní onemocnění poprvé projevilo v období pubescence, okolo jejího 15. roku, ale diagnostikováno jí bylo až ve 20 letech. Respondentka D uvádí, že duševní nemoc se u ní začala projevovat asi dva roky před čtyřicátými narozeninami.

Na otázku, jak se respondenti vyrovnávají se svou nemocí, respondent A odpověděl, že svoji nemoc přijal jako každé jiné onemocnění. Respondent B uvedl, že svoji nemoc také přijal: „*V podstatě se mi ulevilo.*“ Respondentka C odpověděla: „*Nejprve jsem pociťovala strach, ten ale postupem času opadl a v současnosti jsem se se svým onemocněním smířila.*“ Respondentka D uvádí: „*Po sdělení, jakou nemocí trpím, jsem plakala, pociťovala jsem strach a zděšení. Nyní jsem se se svou nemocí smířila a vyrovnala jsem se s ní.*“

Tabulka č. 7: Duševní onemocnění

Respondent	První příznaky	Vyrovnání se s nemocí	Počet hospitalizací v PL
A	okolo 30 roku	přijal	15
B	v dětství	přijal	20
C	v pubertě	přijala	4
D	okolo 40 roku	přijala	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí – duševní onemocnění

Duševní onemocnění se u respondentů projevilo u každého v jiné vývojové fázi jejich života. Všichni čtyři respondenti si myslí, že svoji nemoc přijali. Respondent A je od zjištění svého onemocnění každoročně dvakrát hospitalizován v PL. Respondent B je v posledních 5 letech také dvakrát - třikrát ročně hospitalizován v PL. Na výsledky ohledně počtu hospitalizací má zcela určitě vliv celková doba od zjištění duševního onemocnění.

4.2.3 Zdravotní oblast

Na otázku, jak se respondenti cítí za poslední měsíc (hodnotili na stupnici od 1 do 10, kdy 1 = nejhůře, 10 = nejlépe), mi respondent A odpověděl: „*Necítím se dobře, nejsem se sebou spokojený, svůj stav bych ohodnotil číslem 3.*“ Respondent B odpověděl: „*Cítím se fyzicky hodně vyčerpaný a svůj stav bych ohodnotil stupněm 5.* Respondentka C i D se cítí dobře, shodně svůj stav ohodnotily na stupeň 10.

Všichni čtyři respondenti mi na otázku, zda užívají nějaké léky, odpověděli ano. Všichni je užívají v souvislosti s duševním onemocněním. Na otázku o případných vedlejších účincích léků mi respondent A odpověděl, že u sebe pozoruje zvětšenou chuť k jídlu, brnění rukou a časté střídání nálad. Respondent B řekl: „*Ano, pozoruji u sebe vedlejší účinky léčby, zejména nadměrnou chuť k jídlu, jsem často během dne unavený a jsem nadměrně ospalý.*“ Respondentka C odpověděla: „*Žádné vedlejší účinky léčby u*

sebe nepozorují.“ Nakonec respondentka D odpověděla: „Zpočátku léčby jsem u sebe pociťovala problémy s příjmem potravy, momentálně žádné nežádoucí účinky nemám.“

Na otázku, zda mají léky nějaký vliv na život respondentů, respondent A odpověděl: „Myslím si, že braní léků ovlivňuje moje chování k ostatním. Někdy mám pocit, že ostatní lidé jsou mi protivní, nemám náladu nikoho vidět, nemůžu vedle sebe nikoho vystát.“ Respondent B odpověděl: „Braní léků přičítám, že se během dne cítím fyzicky vyčerpaný a musím si jít odpočinout.“ Respondentka C odpověděla: „Myslím si, že braní léků můj život nijak neovlivňuje.“ Respondentka D si také myslí, že ji pravidelné užívání léků nijak neovlivňuje.

Tabulka č. 8: Zdravotní oblast

Respondent	Momentální stav^(stupnice 1-10)	Prav. užívání léků kvůli duševní nemoci	Vedlejší účinky léků	Vliv léků na život
A	3	X	X	X
B	5	X	X	X
C	10	X		
D	10	X		

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí - zdravotní oblast

Všichni čtyři respondenti kvůli své duševní nemoci užívají denně léky. Dva z dotázaných u sebe pozorují vedlejší účinky léčby. Respondent A má zvětšenou chuť k jídlu, brní ho ruce a je často náladový, respondent B je častěji během dne unavený a ospalý a také má zvětšenou chuť k jídlu. Respondenti A a B si myslí, že léky mají vliv na jejich život. Respondent A se domnívá, že braní léků ovlivňuje jeho vztahy s ostatními lidmi, respondent B musí častěji během dne odpočívat. Tito samí respondenti se v posledním měsíci necítí dobře.

4.2.4 Osobní život

Na otázku, zda má v současnosti partnerku/partnera, odpověděl ano pouze respondent A. *„Svoji přítelkyni jsem poznal při mém posledním pobytu v PL.“* Respondent B odpověděl: *„Partnera nemám a vzhledem k mému onemocnění pro mě vždycky bylo a je velice těžké najít si přítele.“* Respondentka C přítele nemá a nehledá si ho. Respondentka D odpověděla: *„Teprve nedávno jsem se rozvedla kvůli tomu, že manžel nechtěl přijmout mé onemocnění. Přítele nemám a v současnosti si ho ani nehledám.“*

Na otázky, zda mají přátele, s kterými setkávají, a jestli tito přátelé vědí o jejich nemoci, mi respondent A odpověděl: *„Přátele mám tady ve Fokusu, ti o mé nemoci samozřejmě vědí. S přáteli z období před nemocí se nestýkám.“* Respondent B mi odpověděl: *„V dřívějším bydlišti mám přátele, ale nestýkám se s nimi. O mé nemoci vědí, vzali ji na vědomí. Jsem spíše samotář, větší společnost nijak nevyhledávám. Nyní mám dva bližší přátele tady ve Fokusu.“* Respondentka C odpověděla: *„Přátele mám, o mé nemoci vědí.“* Respondentka D odpověděla: *„Kamarády mám, dokonce to byli oni, kteří mi dali impuls navštívit odborného lékaře. Na rozdíl ode mě, pozorovali, že jsem se změnila a že se se mnou něco děje. O mé nemoci vědí, přijali ji.“* Na otázku, zda se nějak změnilo chování přátel, když se dozvěděli o onemocnění, respondent B odpověděl, že přátelé v dřívějším bydlišti se k němu chovali stejně jako předtím, než se dozvěděli o jeho nemoci. Respondentka C také uvedla, že chování jejích přátel se nezměnilo. Respondentka D řekla: *„Mí kamarádi se ke mně chovají pořád stejně.“*

Tabulka č. 9: Osobní život

Respondent	Partner/ka	Přátelé	Styk s přáteli	Vědí přátelé o nemoci	Chovají se přátelé stejně
A	X	X		X	
B		X		X	
C		X	X	X	X
D		X	X	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí – osobní život

Duševní onemocnění ovlivňuje v partnerském životě tři respondenty. Respondent A si svou přítelkyni našel až v PL, respondent B měl po celý život s hledáním partnera problémy a respondentka D se dokonce kvůli svému onemocnění rozvedla. Všichni čtyři respondenti uvedli, že jejich přátelé o jejich nemoci vědí. S přáteli (mimo okruh dalších klientů Fokusu) se stýkají pouze respondentky C a D. Respondenti A a B mají přátele pouze mezi klienty Fokusu.

4.2.5 Rodinný život

Na otázku, jak rodina reagovala na Vaše onemocnění, mi respondent A odpověděl: „*Moje rodina mé onemocnění přijala, ale v současnosti se s nikým z nich nestýkám.*“ Respondent B odpověděl: „*Moje maminka mé onemocnění nesla velice těžce, asi ho nikdy nepřijala. Ostatní rodina moji nemoc také nepřijala, nechtěli akceptovat to, že jsem hodně a často vyčerpaný, mysleli si, že jsem líný.*“ Respondentka C odpověděla: „*Moje rodina byla zpočátku mou diagnózou překvapená, ale myslím si, že mé onemocnění přijala. Rodiče se o mou nemoc zajímají, přečetli si hodně odborných textů o duševních nemocech.*“ Respondentka D odpověděla: „*Moji rodiče a mé děti moji nemoc přijali. Bohužel manžel moji nemoc nechtěl uznat a přijmout, takže jsme se rozvedli.*“

Na otázky, zda se stýkáte se svou rodinou a jak se k Vám rodina chová, respondent B odpověděl, že z rodiny už má pouze bratra a s tím se vídá tak jednou ročně. Respondentka C bydlí u rodičů a ti se k ní chovají stále stejně. Respondentka D odpověděla: „ *S rodiči se vídám často, chovají se ke mně stejně, mám v nich velikou oporu. Pomohli mi zvláště v období po mém rozvodu. S dětmi se také vídám často, máme spolu hezký vztah.* “

Tabulka č. 10: Vztahy s rodinou

Respondent	Negativní reakce rodiny na nemoc	Kontakt s rodinou	Rodina se chová stejně
A			
B	X		
C		X	X
D	X (manžel)	X	X

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí – rodinný život

U dvou respondentů se oznámení o jejich duševní nemoci setkala s negativní reakcí jejich rodiny. Rodina respondenta A jeho duševní onemocnění nepřijala. U respondentky D se s jejím duševním onemocněním neshodl manžel a rozvedl se s ní, naopak rodiče a děti ji podporují. Pravidelně a častěji se svou rodinou setkávají pouze dvě respondentky. K těmto dvěma respondentkám se jejich rodina chová stejně jako před obdobím, kdy u nich bylo zjištěno duševní onemocnění.

4.2.6 Pracovní oblast

Na otázku, zda a jak dlouho jste pracoval/a před zjištěním svého duševního onemocnění, respondent A odpověděl: „*Před zjištěním, že trpím duševní nemocí, jsem pracoval 8 let jako kuchař, potom už ne.*“ Respondent B odpověděl: „*Od 18 let, kdy mi*

byla zjištěna duševní porucha, jak už jsem řekl, jsem pracoval až do svých 38 let jako dělník v továrně. V tomto období se ale moje onemocnění zhoršilo a musel jsem zaměstnání opustit a odejít do invalidního důchodu.“ Respondentka C pracovala 1,5 roku před zjištěním své diagnózy, poté ještě krátkou dobu (asi 2 měsíce) a od té doby nepracuje. Respondentka D pracovala 16 let, od zjištění své diagnózy nepracuje.

Na otázku, zda jsou momentálně někde zaměstnání, všichni čtyři respondenti odpověděli, že ne.

Na otázku, zda jste měl/a nějaké potíže se sháněním nebo udržením si stálé práce, respondent A odpověděl: „Chci si najít práci, o žádných potížích zatím nevím.“ Respondent B odpověděl: „Práci si nesháním, vzhledem k mému zdravotnímu stavu vím, že bych si žádnou práci neudržel.“ Respondentka C si práci neshání a řekla: „Po zjištění mého onemocnění jsem zkoušela pracovat a zažila jsem potíže při udržení si práce. Svou tehdejší práci jsem nezvládala, nestíhala, a tak jsem zaměstnání opustila.“ Respondentka D si práci neshání. „Práci, ve smyslu několik hodin někde něco dělat, bych kvůli svému onemocnění nezvládla.“

Tabulka č. 11: Pracovní oblast

Respondent	Zaměstnání před zjištěním nemoci	Současné zaměstnání	Potíže při shánění, udržení si a zvládání zaměstnání
A	X		
B	X		X
C	X		X
D	X		X

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí – pracovní oblast

Všichni čtyři respondenti před zjištěním svého duševního onemocnění pracovali, nyní nepracuje nikdo z nich. Duševní onemocnění negativně ovlivňuje pracovní

uplatnění tří respondentů, tyto respondenti si myslí, že by v zaměstnání kvůli své nemoci neobstáli. Práci si v současnosti shání pouze jeden respondent.

4.2.7 Finanční záležitosti

Na otázku, jaké jsou Vaše příjmy, za co je vydáváte, a vystačí Vám, mi respondent A odpověděl: „*Mé příjmy jsou 9600 Kč. Utrácím hlavně za jídlo, tabák a nájemné. Příjmy mi vystačí, nic jiného mi ani nezbyvá, víc peněz bych ale uvítal. Kdybych chtěl svou přítelkyni vzít třeba na večeři nebo do kina, tak na to už mi nezbyvá.*“ Respondent B má příjem 10500 Kč. Jeho příjem mu vystačí, utrací za poplatky na bydlení, jídlo, stravu pro psa, léky, drogerii a cigarety. Respondentka C odpověděla: „*Mé příjmy jsou 4800 Kč. Přispívám rodičům na bydlení a zbytek utratím za věci běžné potřeby. Se svými příjmy nevystačím, nejsem spokojená, potřebovala bych více peněz. Mé příjmy mě velmi v mém životě omezují.*“ Respondentka D má příjmy 8200 Kč a vydává je hlavně za poplatky spojené s bydlením, léky, stravu, drogerii. Její příjem jí vystačí, je s ním spokojená.

Na otázky, zda jste si někdy nějaké peníze vypůjčil/a a máte dluh, respondent A odpověděl: „*Dříve jsem si půjčoval, v současnosti ne. Dluhy žádné nemám.*“ Respondent B odpověděl: „*Občas si půjčím menší částku peněz od přátel, ne víc než 200 Kč. Nyní nikomu nic nedlužím.*“ Respondentka C si nikdy žádné peníze nevypůjčila. Respondentka D řekla: „*Někdy jsem si vypůjčila menší částky peněz od rodičů, všechno jsem jim ale vždycky vrátila. Žádný dluh nemám.*“

Tabulka č. 12: Finanční záležitosti

Respondent	Příjmy	Vystačí se svými příjmy	Dluh
A	9600	X	
B	10500	X	
C	4800		
D	8200	X	

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí – finanční oblast

Tři respondenti jsou se svými příjmy spokojeni, vystačí s nimi, pouze jedna respondentka ne. Všichni čtyři respondenti odpovídají, že v současné době nemají žádný dluh.

4.2.8 Sociální oblast

Na otázku, jaké služby využíváte v souvislosti se svým onemocněním, mi respondent A odpověděl: *„Pravidelně docházím pouze do Fokusu. Pak ještě pravidelně navštěvuji svého lékaře v psychiatrické ambulanci, tady ve Strakonících.“* Respondent B v současnosti využívá sociálních služeb Fokusu a jinak pravidelně dochází ke své psychiatrice v Písku. Respondentka C odpověděla: *„Využívám služeb Fokusu. Chodím do psychiatrické ambulance.“* Respondentka D také využívá možnosti docházet do Fokusu, ze zdravotních služeb využívá psychiatrickou ambulanci v místě bydliště.

Na otázku, jaké pobíráte sociální dávky, mi všichni čtyři klienti odpověděli, že pobírají pouze invalidní důchod. Respondenti A, B a D ve 3. stupni, respondentka C v 1. stupni.

Na otázku, jak dlouho využíváte služeb Fokusu, mi respondent A odpověděl: *„Služeb Fokusu využívám pět let, Fokus mi přináší pocit bezpečí.“* Respondent B využívá 6 let služeb Fokusu, služba mu přináší hlavně úlevu. Respondentka C řekla: *„Do Fokusu chodím 2 roky, jezdím hlavně na hippoterapii – vždy se zde uklidním.“* Respondentka D využívá pouze sociálních služeb Fokusu a to 1 rok. *„Přijdu zde na jiné myšlenky a zároveň se zde setkám s přáteli z Fokusu.“*

Na otázku, zda mají pocit stigmatizace od většinové společnosti, respondent A a B odpověděli, že ne. Respondentka C odpověděla: *„Svou nemoc před ostatními, vyjma nejbližších přátel, tajím. Myslím si, že kdyby lidé z mého okolí věděli o mé nemoci, vysmívali by se mi. Mám spíše strach ze stigmatizace, než že ji zažívám.“* Respondentka D mi odpověděla: *„O mé nemoci ví jenom má rodina a mí blízcí přátelé, ostatní lidé ne.“*

Nechci, aby to věděli. Stigmatizaci jako takovou nezažívám, ale myslím si, že kdyby lidé věděli o mé nemoci, asi bych byla stigmatizována.“

Na otázku o samostanosti ve vyřizování svých věcí na úřadech mi respondenti A a B odpověděli, že si sami své věci nevyřizují. Respondentka C řekla: „*Své věci na úřadech si zařizuji sama.*“ Respondentka D si také své věci obstarává sama.

Na otázku, zda jste někdy měl/a potíže s bydlením, mi respondent A odpověděl: „*Ano, měl jsem potíže s bydlením. Neměl jsem kde bydlet, současné bydlení mi pomohla zařídit sociální pracovnice z Fokusu.*“ Respondent B potíže s bydlením neměl. „*Bydlel jsem ve vlastním bytě – 2+1, ten jsem ale prodal a za pomoci bratra jsem si sehnal nynější bydlení v domě s pečovatelskou službou.*“ Respondentka C řekla: „*Ne, potíže s bydlením jsem nikdy nezažila, bydlím odjakživa u svých rodičů.*“ Respondentka D také nikdy potíže s bydlením nezažila. Bydlí sama ve svém vlastním bytě.

Tabulka č. 13: Sociální oblast

Respondent	Využívá pouze soc. služeb Fokusu	Využívá prav. péče psych. lékaře	Do Fokusu dochází	Strach ze stigmatizace	Jedná s úřady sám/a	Pobírá invalid. důchod	Zažil/a problém s bydlením
A	X	X	5 let			X	X
B	X	X	6 let			X	
C	X	X	2 roky	X	X	X	
D	X	X	1 rok	X	X	X	

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí – sociální oblast

Všichni čtyři respondenti využívají pouze sociálních služeb Fokusu a ze zdravotnických služeb všichni čtyři využívají péče lékaře – psychiatra. Z dávek sociálního zabezpečení všichni čtyři klienti pobírají invalidní důchod. Všichni čtyři

respondenti si myslí, že nezažívají stigmatizaci, zároveň ale dvě respondentky, ze strachu před ní, svou nemoc tají před svým okolím. Pouze dvě respondentky jsou si samotné schopny vyřizovat své záležitosti na úradech. Pouze jeden respondent zažil ve svém životě problémy s bydlením, pomohla mu je vyřídit sociální pracovnice.

4.3 Odpovědi na hlavní výzkumné otázky

Prvním cílem mé práce bylo zjistit, jaká je role a činnost sociálního pracovníka v péči o lidi s duševním onemocněním. Výzkumem jsem zjistila, že činnost sociálního pracovníka je různorodá, od individuální sociální práce přes skupinovou sociální práci, sociální poradenství, aktivizační činnosti, nácviku dovedností pro samostatný život, depistáž, zprostředkování styku se společenským prostředím, pomoc při řešení problémů s bydlením, doprovod k lékaři a na jednání s úřady, edukační činnost až k sociální rehabilitaci. Sociální pracovník se při práci s lidmi s duševním onemocněním snaží dosáhnout především samostatného fungování klienta v běžném životě společnosti. Dále jsem zjistila, že sociální pracovník při své práci zastává různé role. Je pečovatelem nebo poskytovatelem služeb, zprostředkovatelem služeb, cvičitelem sociální adaptace, poradcem, případovým manažerem, v případě SP č. 1 i administrátorem. Tyto role může sociální pracovník zastávat současně, anebo se mohou vzájemně prolínat a doplňovat.

Druhým cílem mé práce bylo zjistit, s jakými potížemi se setkávají lidé s duševním onemocněním v oblasti zdravotní a sociální. Z výzkumu jsem zjistila, že všichni čtyři respondenti v souvislosti se svým onemocněním musí denně užívat léky, dva z respondentů zažívají vedlejší účinky léčby. Tito samí respondenti si myslí, že léky negativně ovlivňují jejich život. V jednom případě mají vedlejší účinky léčby vliv na vztahy s ostatními lidmi, v druhém případě mají vedlejší účinky léků vliv na režim dne respondenta. Všem čtyřem respondentům byl kvůli duševní nemoci přiznán invalidní důchod. Co se týká sociální oblasti života, tři respondenti mají problémy s partnerským životem. Dva respondenti mají přátele pouze mezi ostatními klienty Fokusu. U dvou respondentů došlo k nepřijetí nemoci ze strany jejich rodinných příslušníků. Všichni

čtyři respondenti nepracují a tři z nich se domnívají, že by to vzhledem ke své diagnóze nezvládli. Dva respondenti si nejsou sami schopni vyřídit své záležitosti na úřadech. Dvě respondentky se bojí případné stigmatizace ze strany svého okolí, proto svou nemoc tají. Jeden respondent zažil problémy s bydlením, které nebyl schopen sám vyřešit.

5 DISKUZE

5.1 Diskuze k roli a činnosti sociálního pracovníka v péči o lidi s duševním onemocněním

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na zodpovězení otázky, jaká je role a činnost sociálního pracovníka v péči o lidi s duševním onemocněním.

Co se týká role sociálního pracovníka, tak ta je především dána typem a cíli zařízení, kde sociální pracovník vykonává svou činnost, dále je dána stylem vedení organizace, požadovanou pracovní náplní a používanými programy (38). Výzkum ukázal, že obě dotazované sociální pracovnice denně vykonávají více navzájem se doplňujících rolí, neboť většina jejich klientů potřebuje pomoc ve více oblastech svého sociálního fungování. K těmto rolím patří role pečovatele nebo poskytovatele služeb, zprostředkovatele služeb, cvičitele sociální adaptace, poradce, případového manažera.

Protože sociální pracovník vykonává svoji činnost v rámci rozsáhlého oboru, jakým je sociální práce, je škála jeho činností široká. Do činností konaných sociálním pracovníkem tedy spadá sociálně – správní činnost, sociálně – právní poradenství, sociální diagnostika, sociální prevence a ochrana, sociální intervence, sociální koncepce, supervize, sociální management, výzkum v sociální práci, vědecká činnost, vzdělávání (9). Mezi činnosti sociálního pracovníka poskytujícího služby lidem s duševním onemocněním patří: vytváření vztahu s klientem, identifikace zdravotně – sociálních potřeb klienta, sociální rehabilitace klienta, podpora readaptace (akceptace a přijetí svého onemocnění) a sociální integrace klienta (19). Z rozhovorů se sociálními pracovnicemi jsem zjistila, že při své práci vykonávají větší množství činností. Obě za svou hlavní činnost považují sociální rehabilitaci klientů, přičemž s touto jejich aktivitou úzce souvisí a navazují na ni i další činnosti. Podle mého názoru by měl mít sociální pracovník, který pomáhá lidem s duševním onemocněním, nejenom dobré znalosti z oblasti sociální práce, ale měl by být i praktickým člověkem, neboť, jak jsem se při výzkumu dozvěděla, klienti s duševním onemocněním často potřebují pomoc při úkonech běžného života. Například jedna z klientek potřebovala pomoc při nákupu

spodního prádla. Dále sociální pracovnice ve Fokusu Písek, o. s. – v pobočce ve Strakonících organizují klub Vařečka, kde se lidé s duševním onemocněním učí uvařit v rámci nácviku sebeobsluhy. Každému je tedy asi jasné, že tedy v tomto případě, když chce sociální pracovnice někoho něčemu naučit, sama by měla aktivitu, které se to týká, ovládat.

Ve své práci jsem se ještě dotkla specifík sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Sociální pracovník se snaží podpořit osobu s duševní nemocí, aby přijala svoje onemocnění, neboť jedině tak se mu podaří zaktivizovat klienta takovým způsobem, aby se pokusil o dosažení sociálního fungování. K tomu je nutné mít informace o duševních nemocech a jejich diagnostice (15). Toto se mi ve výzkumu potvrdilo, protože obě dotázané sociální pracovnice uvedly, že při práci s lidmi s duševním onemocněním je jedním z nejdůležitějších specifík nutná alespoň minimální znalost symptomatologie psychiatrických onemocnění.

5.2 Diskuze k potížím, s kterými se potýkají lidé s duševním onemocněním

Dále jsem se ve svém výzkumu pokusila odpovědět na druhou hlavní výzkumnou otázku, s jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v oblasti zdravotní a sociální.

Ohledně zdravotních potíží spojených s duševní nemocí mě zajímalo, zda a jaké vedlejší účinky má léčba tohoto onemocnění. Výskyt nežádoucích účinků léčby psychofarmak je celkem častý. Někteří nemocní pociťují sucho v ústech; jiní mají naopak pocity nadměrného slinění; někdy může dojít ke snížení, někdy ke zvýšení krevního tlaku; někdy k palpaci; někdy může docházet k zácpám (16). Při mém výzkumu jsem zjistila, že pouze dva respondenti pociťují vedlejší účinky léčby, o kterých si myslí, že negativně ovlivňují jejich životy. Oba respondenti pociťují zvětšenou chuť k jídlu, jeden respondent zažívá pocity útlumu, druhý respondent u sebe pozoruje náladovost a brnění rukou.

Dílčí výzkum ukázal, že v sociální oblasti života se osoby s duševním onemocněním potýkají především s problémy v navazování trvalejších partnerských

vztahů a v navazování interpersonálních vztahů obecně. Lidé s dlouhodobou duševní diagnózou mají minimum sociálních kontaktů, neboť žijí většinou sami, separovaní od ostatních (19). Pro osoby s duševním onemocněním není až tak příliš těžké dostat se do stavu společenské izolace, neboť jejich nemoc jim klade překážky v budování mezilidských vztahů, nebo dokonce stojí za ztrátou v minulosti vytvořených vazeb (15). Při výzkumu jsem zjistila, že pouze jeden respondent žije s partnerkou a s tou se seznámil během pobytu v PL. Dále z výzkumu vyplynulo, že pouze dvě respondentky mají přátele, s kterými udržují pravidelné styky. Zbylí dva respondenti mají omezený okruh přátel a to ještě jenom mezi ostatními klienty z Fokusu.

Dalším dílčím výsledkem mé práce je, že jeden respondent se setkal s nepřijetím svého onemocnění ze strany své rodiny. U jedné respondentky její duševní onemocnění nepřijal manžel a došlo u ní k rozvodu. Přitom atmosféra uvnitř rodiny může mít vliv na vývoj psychického onemocnění jejího člena (6). Podle mého názoru dobré vztahy v rodině osoby s duševním onemocněním pozitivně ovlivňují celkový stav tohoto člověka. Naopak napjaté nebo nepříznivé vztahy se mohou odrazit v psychické a fyzické nepohodě této osoby.

Dalším dílčím okruhem mého výzkumu bylo zjistit, zda duševní onemocnění nějak ovlivňuje pracovní oblast života nemocné osoby. Lidé s duševním onemocněním se často musí potýkat s poruchami pozornosti, emocí, sebeprožívání a vztahování se k ostatním lidem, což někdy vede k dílčí nebo úplné ztrátě schopnosti pracovat (19). Z odpovědí respondentů jsem zjistila, že všichni čtyři před zjištěním duševního onemocnění pracovali, poté už nikdo. Tři respondenti si myslí, že jejich nemoc je omezuje v pravidelné pracovní činnosti.

Předposlední dílčí okruh mého výzkumu se týkal finanční zajištěnosti lidí s duševním onemocněním. Všichni čtyři respondenti pobírají pouze dávky invalidního důchodu a pouze jedna respondentka si myslí, že je její současný příjem nedostačující. Na druhou stranu ta samá respondentka si práci nehledá, tudíž možný zisk dalších finančních prostředků nepřipadá v úvahu. Myslím si, že možnou pomocí v její situaci by bylo podporované zaměstnávání osob se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Tato respondentka uvedla, že se pokoušela po zjištění svého onemocnění pracovat, ale

svoji pracovní náplň z hlediska času nestíhala, proto z místa odešla. Kdyby šlo o podporované zaměstnání, měla by možnost využít služeb pracovního asistenta, který by jí pomohl, v její pracovní činnosti, zapracovat se.

Poslední dílčí oblastí mého výzkumu bylo zjistit, jaké sociální, eventuelně zdravotní služby lidé s duševním onemocněním využívají. Lidé s duševním onemocněním by se v první řadě měli setkat s odborníkem na diagnostiku a léčbu duševních nemocí. Tímto odborníkem je psychiatr. Klíčovým vztahem ovlivňujícím celou léčbu je právě vztah mezi psychiatrem a klientem (15). Výzkum ukázal, že všichni čtyři respondenti pravidelně navštěvují odborného lékaře - psychiatra. Ze sociálních služeb využívají všichni čtyři respondenti pouze služeb Fokusu Písek, o. s. – v pobočce ve Strakonících. Svůj výzkum jsem dělala na Strakonicku, a když jsem si zjišťovala, jaké další sociální služby jsou k dispozici lidem s duševním onemocněním, tak jsem došla k poznání, že zde vlastně působí pouze organizace Fokus, která má své pobočky v Písku, Strakonících a v Sušici, a Manželská a předmanželská poradna Strakonice, která poskytuje odborné sociální poradenství, podpůrnou krizovou intervenci a psychoterapii pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Nenašla jsem zde žádnou organizaci typu denního centra pro osoby s duševním onemocněním, terapeutické komunity pro osoby s duševním onemocněním nebo třeba chráněného bydlení, kde by byly sociální služby této cílové skupině osob poskytovány třeba i 24 hodin denně. Myslím si, z toho, co mi klienti Fokusu Písek, o. s. – v pobočce ve Strakonících říkali, že by někteří jistě tento typ služeb uvítali.

6 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a na potíže těchto osob v jejich běžném životě. První hlavní výzkumná otázka zněla, jaká je role a činnost sociálního pracovníka v péči o lidi s duševním onemocněním. Druhá hlavní výzkumná otázka zněla, s jakými potížemi se potýkají lidé s duševním onemocněním v oblasti zdravotní a sociální.

Prostřednictvím polořízených rozhovorů s respondenty jsem zjistila, že sociální pracovníci v péči o lidi s duševním onemocněním zastávají několik rolí a vykonávají vícero činností, přičemž musí mít nejenom dobré znalosti z teorií sociální práce, ze symptomatologie duševních onemocnění, ale musí zvládat i praktické úkony běžného života.

Druhá hlavní výzkumná otázka se týkala potíží, s kterými se potýkají lidé s duševním onemocněním v oblasti zdravotní a sociální. Zjistila jsem, že všichni čtyři respondenti musí v souvislosti se svým duševním onemocněním denně, pravidelně užívat léky, přičemž dva respondenti si myslí, že to má negativní vliv na jejich život. V sociální oblasti života má duševní onemocnění u dvou respondentů negativní vliv na navazování bližších přátelských vazeb. U jednoho respondenta jeho duševní nemoc ovlivnila jeho vztahy s jeho rodinou, u jedné respondentky měla její duševní nemoc vliv na rozpad jejího manželství. U třech respondentů má jejich onemocnění vliv na schopnost pravidelně docházet do zaměstnání. Jedna respondentka pociťuje kvůli svému onemocnění nedostatek finančních prostředků. Dvě respondentky se obávají případné stigmatizace, proto své onemocnění před svým okolím tají. Dva respondenti si nejsou schopni sami vyřizovat své záležitosti na úřadech.

Domnívám se, že cíle práce byly splněny.

Práce může sloužit jednak jako zpětná vazba pro organizaci Fokus Písek, o. s. – pobočka Strakonice a jednak jako zdroj informací pro tvorbu nových přístupů, případně pro možné rozšíření služeb této organizace pro osoby s duševním onemocněním.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8497-4.
2. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. pdf. ISSN 1211-1244.
3. DOUBEK, P. et al. *Psychóza v životě – život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-156-1.
4. DOUBEK, P. et al. *Deprese a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-186-8.
5. DOUBEK, P. et al. *Průvodce bipolární poruchou pro pacienty, jejich rodinné příslušníky a blízké*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-265-0.
6. DUŠEK, K., A. VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
7. FALDYNA, Z. Schizotypní porucha. *Psychiatrie pro praxi*. 2001, č. 1, s. 12. ISSN 1213-0508.
8. FOKUS PÍSEK. Sdružení Fokus. *Fokus-pisek.cz* [online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.fokus-pisek.cz/>
9. GULOVÁ, L. *Sociální práce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.
10. HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
11. HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
12. KAČMÁŘOVÁ, K. Máme šance uspět v léčbě somatoformních poruch v psychiatrické ambulanci? *Psychiatrie pro praxi*. 2002, č. 3, s. 103. ISSN 1213-0508.

13. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 5. aktual. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
14. LUŽNÝ, J. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.
15. MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-248-2138-5.
16. MALÁ, E., P. PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie. Učebnice pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
17. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
18. MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
19. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
20. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
21. MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
22. Mezinárodní etický kodex sociální práce. *Sociální práce / Sociálna práca*. 2004, č. 4, s. 32. ISSN 1213-624.
23. MICHALÍK, J., JESENSKÁ, J., VENCL, J. *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*. Praha: Studio Element, 2007. ISBN 80-903657-2-8.
24. MKN – 10. ÚZIS. In: *Úzis* [online]. ÚZIS ČR, ©2010-2013 [cit. 2013-10-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
25. MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.
26. MUSIL, L. *Ráda bych vám pomohla, ale. Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.
27. NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.

28. NEDLEY, N. *Život bez deprese*. Praha: Advent – Orion, spol. s r. o., 2007, s. 23. ISBN 978-80-7172-023-2.
29. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
30. PIDRMAN, V. Bipolární afektivní porucha. *Psychiatrie pro praxi*. 2003, č. 2, s. 71. ISSN 1213-0508.
31. PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
32. PILCH, R. Delirium tremens. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, č. 4, s. 153. ISSN 1213-0508.
33. PRAŠKO, J. *Co je to deprese a jak se léčí: Příručka pro pacienty*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7387-065-2.
34. PRAŠKO, J. et al. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X.
35. PRAŠKO, J. et al. *Psychiatrie*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.
36. PRAŠKO, J. et al. *Sociální fobie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-031-3.
37. PRAŠKO, J. et al. *Agorafobie a panická porucha*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-336-9.
38. PRAŠKO, J. et al. *Specifické fobie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-300-0.
39. RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a D. JANOTOVÁ. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.
40. RAHN, E., A. MAHNKOPF. *Psychiatrie: Učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-964-0.
41. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-85850-00-1.
42. SEVEROVÁ, J. Sociální práce ve zdravotnictví. In: *Zdravi.e15.cz* [online]. 2005-09-11, [cit. 2013-01-2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-293810>
43. SVOBODA, M., E. ČEŠKOVÁ a H. KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

44. USTOHAL, L., PÁLENSKÝ, V. Kazuistika pacienta s bipolární afektivní poruchou. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, č. 6, s. 300. ISSN 1213-0508.
45. ÚZIS ČR. *Psychiatrická péče 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-086-4. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2012>

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Duševní onemocnění

Lidé s duševním onemocněním

Sociální pracovník

Sociální práce

Sociální služby

Psychiatrická péče

Dopady onemocnění

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Záznamový arch pro polořízený rozhovor se sociálními pracovníci Fokusu Písek o. s. – pobočka Strakonice

1. Identifikační otázky

Pohlaví

Vzdělání

Délka praxe

2. Jaká je Vaše pracovní náplň?

- individuální sociální práce, skupinová sociální práce
- sociálně-právní poradenství (psaní písemností, telefonické vyřizování záležitostí, doprovod na úřady)
- pomoc s bydlením
- sociálně aktivizační činnosti, jaké
- depistáž
- pomoc při kontaktování lékaře, doprovod k lékaři
- sociální rehabilitace, v jaké formě
- umožnění styku se společenským prostředím, jakou formou
- s kolika klienty denně pracujete

3. Jaká je Vaše role při sociální práci?

- pečovatel nebo poskytovatel služeb
- zprostředkovatel služeb
- cvičitel (učitel) sociální adaptace
- poradce nebo terapeut
- případový manažer

- manažer pracovní náplně
- personální manažer
- administrátor
- činitel sociálních změn

4. Jaká jsou specifika při sociální práci s klienty s duševním onemocněním?

Příloha č. 2

Záznamový arch pro položený rozhovor s klienty Fokusu Písek, o. s. – pobočka Strakonice

1. Identifikační otázky

Pohlaví

Věk

Rodinný stav

Bydlení

2. Duševní onemocnění

Kdy se u Vás projeví první příznaky onemocnění?

Jak se vyrovnáváte se svou nemocí?

Byl/a jste někdy hospitalizován/a v psychiatrické léčebně?

3. Zdravotní oblast života

Jak se cítíte poslední měsíc? Ohodnoťte na stupnici od 1 do 10, kdy 1 = nejhůře, 10 = nejlépe.

Užíváte nějaké léky? V souvislosti s duševní nemocí nebo jiné?

Pozorujete na sobě nějaké vedlejší účinky medikace?

Pokud ano, jaké?

- nespavost
- únava
- střevní obtíže
- úzkost
- střídání nálad
- nesoustředěnost
- nechutenství
- nadměrná chuť k jídlu
- bolesti hlavy
- nadměrná ospalost
- třes
- jiné

Mají léky, které užíváte, vliv na Váš život?

4. Osobní život

Máte v současnosti partnera/partnerku?

Máte přátele? Z mládí nebo z nedávné minulosti?

Setkáváte se se svými přáteli?

Vědí Vaši přátelé o Vaší nemoci?

Chovají se k Vám Vaši přátelé jinak, poté co se dozvěděli o Vaší nemoci?

5. Rodinný život

Jak rodina reagovala na Vaši nemoc?

Chovají se k Vám Vaši rodinní příslušníci jinak, poté co se dozvěděli o Vaší nemoci?

Stýkáte se svou rodinou? Jak často?

6. Pracovní oblast života

Pracoval/a jste předtím, než u Vás byla zjištěna duševní choroba? Kde? Jak dlouho?

Jste v současnosti někde zaměstnán/a?

Měl/a jste nějaké obtíže při hledání a udržení místa?

7. Finanční záležitosti

Jaké jsou Vaše příjmy?

Vystačí Vám Vaše příjmy? Za co vydáváte peníze?

Půjčil/a jste si někdy nějaké finanční prostředky? Odkud? Máte nějaký dluh? Máte problém s jeho splácením?

8. Sociální oblast života

Jaké služby (zdravotní, sociální) v souvislosti se svou nemocí využíváte?

Jaké pobíráte sociální dávky?

Jak dlouho využíváte služeb Fokusu? Co Vám přináší spolupráce s Fokusem?

Vyřizujete si na úřadech své záležitosti?

Máte pocit, že jste společností stigmatizován/a?

Měl/a jste někdy obtíže s bydlením? Potřeboval/a jste pomoc při jejich řešení?