

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
Katedra křesťanské sociální práce

Sociální a charitní práce

Marta Pospíšilová

**METODY A PŘÍSTUPY SOCIÁLNÍ PRÁCE
DUŠEVNĚ NEMOCNÝMI LIDMI NA PŘÍKLADU PRÁCE
V DZR KVASICE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny a literaturu jsem uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 29. dubna 2011

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Haně Krylové Ph.D., za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce.

Obsah

Úvod	5
1 Psychiatrické onemocnění	7
1.1 Základní pojmy	7
1.1.1 Zdraví	7
1.1.2 Nemoc	8
1.1.3 Duševní onemocnění	10
1.1.4 Schizofrenie	10
1.1.5 Afektivní poruchy	14
1.1.6 Bipolární afektivní porucha	16
1.1.7 Duševní poruchy vyvolané dlouhodobým užíváním alkoholu.	17
1.2 Dopady a možnosti péče o osoby s psychiatrickým onemocněním	18
1.2.1 Pracovní uplatnění	19
1.2.2 Materiální zabezpečení osob s duševním onemocněním	20
1.2.3 Právní aspekty psychiatrického onemocnění	22
1.2.4 Další důsledky duševního onemocnění	24
2 Sociální práce a sociální služby pro osoby s duševním onemocněním	25
2.1 Sociální práce poskytovaná prostřednictvím sociálního pracovníka	25
2.2 Metody sociální práce pro osoby s duševním onemocněním	26
2.3 Systém sociálních služeb pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním	30
3 Metody a přístupy práce v DZR Kvasice	33
3.1 Proces transformace sociálních služeb	33
3.2 Historie vzniku domova	34
3.3 Charakteristika Domova se zvláštním režimem Kvasice	34
3.4 Poslání a cíle poskytované služby	35
3.5 Přijetí uživatele do služby	37
3.6 Sociální práce s uživateli v zařízení DZR Kvasice	39
Závěr	44
Seznam literatury	46
Seznam příloh	49
Anotace	

Úvod

„Každý z nás má svůj most, který se bojí přejít sám“

E. Larsen

Každý člověk je jedinečný se svými lidskými hodnotami. Má právo na uznání a důstojné zacházení. Ke svému spokojenému životu potřebuje společenství ostatních lidí. Pokud se člověk stane společensky izolovaný, neprospívá to ani jemu samotnému, ani jeho okolí. Platí to především pro osoby s duševním onemocněním, kterých se tato situace často dotýká. Obecné povědomí týkající se lidí s duševní poruchou je stále ještě na velmi nízké úrovni. To se projevuje převážně negativním společenským hodnocením. V naší společnosti dosud převládají různé mýty a předsudky o lidech s duševním onemocněním, které jsou v naší společnosti hluboce zakořeněny.

Motivací mé bakalářské práce byla sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v mém zaměstnání, ve kterém pracuji tři roky. Jedná se převážně o uživatele s diagnózou schizofrenie, afektivních poruch nálad a uživatelů s duševní poruchou vyvolanou dlouhodobým užíváním alkoholu. Pro svou práci jsem využila analýzu dostupné literatury. Práce má praktickou povahu. Obsahuje ukázkou přístupů práce v zařízení Domova se zvláštním režimem Kvasice, zpracovanou do formy kazuistiky, kterou dokresluji teoretickou část práce.

Cílem práce je popsat na základě analýzy studia dostupné literatury a poznatků z praxe možnosti, metody a přístupy sociální práce, s osobami s duševním onemocněním. Dále pak představit nově transformované zařízení sociálních služeb Uherské Hradiště, které se nachází ve Zlínském kraji a poskytuje pobytovou sociální službu cílové skupině lidí s duševním onemocněním. Většina uživatelů Domova se zvláštním režimem Kvasice, byla dlouhodobě umístěna především v psychiatrické léčebně Kroměříž. V důsledku svého duševního onemocnění často ztratili rodinné zázemí a potřebné dovednosti k samostatnému fungování. Pro některé z nich je problémem činit zásadní životní rozhodnutí nebo obhospodařovat své finanční prostředky. Dlouhodobě duševně nemocní lidé hospitalizovaní v psychiatrické léčebně většinou žijí izolovaně a je nutné pro ně vytvořit zázemí s dlouhodobou podporou k dosažení jejich samostatného fungování. Transformace psychiatrické péče do podoby sociálního pobytového zařízení může nabídnout uživatelům nové možnosti. Jde

především o pomoc a podporu v rozhodování běžných záležitostí, možnost vést důstojné a klidné prožívání života.

Současný vývoj psychiatrické péče je charakteristický odklonem od tradičního systému nemocniční péče a začleňováním osob s duševním onemocněním do společnosti. V České republice však dosud chybí strategie budování a financování systému komunitní péče o lidi se závažným duševním onemocněním, která by akceptovala nutnost spolupráce zdravotních a sociálních služeb (Sociální práce, 1/2008).

Ve srovnání s řadou vyspělých evropských států je v České republice stále malý zájem společnosti řešit péči o lidi s duševním onemocněním. Jde zejména o změnu z převažujícího ústavního, hospitalizačního typu péče na služby méně stigmatizující, zaměřené na maximální začlenění lidí s duševní poruchou do přirozeného prostředí a do komunity. Na zlepšení spokojenosti a kvality jejich života (Sociální práce, 1/2008).

Bakalářskou práci jsem rozčlenila do tří kapitol. První kapitola popisuje vybraná duševní onemocnění, vymezuje základní pojmy k pochopení příznaků, jednání a chování tohoto onemocnění. Zaměřila jsem se zvláště na dopady duševního onemocnění na samotného jedince. Mou snahou bylo také popsat některé z mnoha důsledků, které nemoc přináší.

Ve druhé kapitole popisuji sociální práci, která se zaměřuje na podporu a pomoc uživatelům sociální služby. Zabývá se problematikou interpersonálních vztahů, zprostředkovává informace a snaží se motivovat uživatele k aktivnímu zapojení do společenského dění. Předmětem zájmu sociální práce je také informovanost veřejnosti pomocí osvěty s cílem zabránění stigmatizace uživatelů Domova se zvláštním režimem Kvasice. V této kapitole se rovněž zaměřuji na možnosti poskytované péče lidem s duševním onemocněním prostřednictvím sítě sociálních služeb a komunitní péče.

V poslední kapitole popisuji přístupy a metody práce v Domově se zvláštním režimem, které se zaměřuje na poskytování kvalitní služby uživatelům Domova se zvláštním režimem Kvasice. Pro větší názornost jsem teoretické kapitoly práce obohatila o příklady z praxe, které jsem oddělila v samostatných odstavcích kurzívou.

1 Psychiatrické onemocnění

Úvodní kapitola má za úkol seznámit čtenáře se základními pojmy a souvislostmi s duševním onemocněním. Mou snahou je dále nastínit příčiny a průběh nemoci aby čtenář mohl lépe pochopit prožívání, pocity a hlavně důsledky plynoucí z psychiatrického onemocnění. Musím současně podotknout, že škála onemocnění je natolik široká, že kvůli rozsahu kapitoly zde nemohu popisovat všechna duševní onemocnění. Zaměřím se proto jen na ta onemocnění, která se nejčastěji vyskytují v Domově se zvláštním režimem Kvasice, které popisují v poslední kapitole.

1.1 Základní pojmy

V této kapitole věnuji pozornost základním pojmům jako je zdraví, duševní zdraví, filozofie zdraví, nemoc atd. Všechny tyto pojmy umožní laickému čtenáři lépe pochopit problematiku lidí s duševním onemocněním. Přiblíží smysl poskytované péče v širších souvislostech. Tyto fakta mohou být podnětem k uvědomování si vlastního postoje k lidem, kteří tuto formu péče potřebují. Někomu se tato kapitola může zdát nadbytečná, přesto ji považuji za důležitou k nastínění problematiky péče o duševně nemocné osoby. Nejdříve popíši pojem zdraví.

1.1.1 Zdraví

Zdraví patří k nejvyšším lidským hodnotám. Je důležitým prostředkem k dosažení představ, plánů a cílů lidí. Zdraví je tedy důležitým předpokladem pro naši spokojenost s naplněním životních tužeb.

Světová zdravotnická organizace, World Health Organization, považuje zdraví za stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha, nebo stav úplné tělesné duševní pohody. Zdraví neznámá jen nepřítomnost, vady nebo nemoci, ale je stavem celkové fyzické, psychické, sociální a duchovní pohody člověka (Strejčková a kol.,2008). Tato pojetí zdraví je nejznámější a nejvíce rozšířené. Zahrnuje v sobě tři základní koncepce zdraví. V první řadě je to zájem o jednotlivce jako o celistvou osobu. Dále pak klade zdraví do vzájemného vztahu s prostředím a produktivním tvořivým životem (Marková, Venglářová, Mahrová, 2006).

Udržení si zdraví má motivační charakter a naznačuje cíl, o který by měli usilovat všichni, kteří se zabývají problematikou zdraví a odstraňování nemocí. Je zřejmé, že pojem zdraví je velice široký. Tak např. z pohledu lékaře zdraví představuje nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu. Sociolog chápe zdraví jako schopnost dobrého fungování člověka v jeho příslušných sociálních rolích. Podle humanisty je zdraví, stav člověka, který se umí pozitivně vyrovnávat s životními úkoly (Křivohlavý, 2001).

Duševní zdraví se vyznačuje tím, že člověk dokáže přijímat, ale také zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet, umí plánovat a plány uskutečňovat. Dokáže se zapojit do pracovního procesu, vytvářet nové věci, zúčastňovat se dění kolem sebe. Je citově vyrovnaný, schopný zvládat své emoce a udržovat partnerský vztah (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

1.1.2 Nemoc

Nemoc je označována jako porucha rovnováhy (homeostázy) vnitřního a vnějšího prostředí organismu nebo jako porucha celistvosti (integrity) a jeho součástí. Je porušena stavba a funkce jednoho nebo více orgánů (Strejčková a kol., 2007). Soudobá medicína definuje nemoc jako určitou odchylku od normy neboli standardu (Křivohlavý, 2001).

Nemoc, je potřebné chápat i jako sociální událost s negativním dopadem na život jedince, ale i osob, které jsou na něm závislé. K zamezení dalšího vývoje nemoci a vyléčení nebo uzdravení je potřebná zdravotní péče. Dnešní medicína díky široké škále prostředků léčby, s nimiž disponuje, dokáže léčit stále složitější a těžší nemoci. Pokroky v oblasti medicíny se ostatně odrážejí v demografickém vývoji populace v celém světě (Koldinská, 2007).

Duševní onemocnění je určitou odchylkou od společenského očekávání, plnění obvyklých společenských úloh a rolí. Duševní choroba může být zapříčiněna vrozenými genetickými dispozicemi, vlivem prostředí nebo životními událostmi, konflikty traumatem stresem apod. (Baštecký, 1997). Duševní nemoc ovlivňuje schopnost myšlení. Nemocný trpí, bludy, Je přesvědčen, že je pronásledován, odposlouchán, že mu chodí do bytu cizí lidé apod. Dále je narušena schopnost správného vnímání, vidí přeludy a trpí halucinacemi. Často se objevují poruchy nálady od chorobně smutné až po manickou, rozjařenou náladou. Duševní onemocnění má rovněž za následek poruchy jednání, které se projevuje impulsivním, zkratkovitým jednáním. Časté jsou

poruchy paměti, kdy je narušena schopnost přijímat, uchovávat a vybavovat si předchozí zkušenosti. Dále jsou to poruchy intelektu, porozumění, představivosti, chápání, soudnosti atd. Poruchy pudů sebezáchovy, pudu sociálního existenčního. Poruchy osobnosti způsobují prožívání a vnímání vlastního těla, transformace tzn. přesvědčení, že je jinou osobou (Pavlovský 2001).

Etiologie duševního onemocnění není zatím zcela jasná. Vznik choroby je dán biologickými, sociálními a psychologickými faktory. (Raboch, Pavlovský, Janotová 2006). Riziko vzniku duševního onemocnění je přičítáno dědičným předpokladům tzv. genotypu osoby. Doposud ale není známo, do jaké míry se genotyp podílí na vzniku onemocnění (Vágnerová, 1999). Vliv genetických faktorů je prokázán studiem dvojčat. Zjistilo se, že v případě onemocnění jednovaječného dvojčete, v 50 % onemocní i druhé dvojče, i když vyrůstá ve zcela jiném prostředí (Raboch a kol., 2006). Sociální aspektem je skutečnost, že schizofrenie se vyskytuje převážně u lidí, kteří patří do nižších společenských vrstev. (Raboch a kol., 2006) Mezi psychosociální faktory, které ovlivňují vznik nemoci, se řadí různé typy zátěží. Pro každého jedince má zátěžová situace jiný význam. Pro někoho může být do určité míry užitečná, protože podněcuje aktivitu a rozvoj osoby. Pokud ovšem míra zátěže se natolik zvýší, že se s ní člověk nedokáže vyrovnat, může se stát zdrojem psychických potíží (Vágnerová, 1999). Skutečností ovšem je, že problém nespočívá v zátěži, ale v tom, jak se zátěžovou situací dovede jedinec vyrovnat (Vágnerová, 1999).

V mezinárodní klasifikaci nemocí, jsou duševní poruchy rozděleny a označeny níže uvedenými kódy:

F00 - F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10 - F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

F30 – F39 Poruchy nálady, afektivní poruchy

F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatotrofní poruchy

F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70 – F71 Mentální retardace

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství
a v adolescenci (Malá, Pavlovský, 2002).

1.1.3 Duševní onemocnění

Škála psychiatrických onemocnění a diagnóz je velmi široká. Nemohu zde proto popsat všechna onemocnění a zabývat se jimi do hloubky. Zaměřím se převážně na ta psychiatrická onemocnění, která tvoří cílovou skupinu uživatelů Domova se zvláštním režimem Kvasice, kterou se zabývám v poslední kapitole této práce. Podle aktuálního stavu uživatelů ke dni 12. 04. 2011 je u 60% celkového počtu uživatelů diagnostikována schizofrenní porucha, 20% tvoří poruchy nálad, afektivní poruchy a 10% tvoří duševní poruchy vyvolané užíváním alkoholu. Zbývající procenta jsou zastoupena neurotickými poruchami a poruchami osobnosti chování u dospělých.

1.1.4 Schizofrenie

Schizofrenie je duševní porucha, která existuje odedávna, postihuje asi 1% populace ve všech zeměpisných oblastech světa. Název onemocnění a přesnější vymezení prošly dlouhým vývojem. První zmínka o této duševní poruše se nachází na 3 400 let starém fragmentu z Ajurvedy. Jsou zde popisovány projevy onemocnění, které lze považovat za příznaky schizofrenie (Vágnerová, 1999). Lidé se domnívali, že tento stav u nemocných vyvolává d'ábel. Proslulý lékař z 1. st. Aretaios z Kappadokie, popsal typ pacientů s duševní poruchou, kde jasně pojmenoval syndrom, kterým dnes nazýváme paranoidní schizofrenii. Další dva typy duševních poruch, které korespondují s dnešními skupinami schizofrenie a poruchy s bludy definoval již v roce 1780 Thomas Arnold. (Smolík, 2001).

Duševní onemocnění diagnostikujeme podle mezinárodní klasifikace na základě alespoň měsíc trvajícího jednoho z níže popsaných syndromů a symptomů. Je to ozvučování, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, přítomnost bludů, pocity kontrolování, ovlivňování nebo ovládání myšlenek. Dále jsou to halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování. Neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněny příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost něco mimořádného vykonat (Smolík, 2001).

Dalším diagnostickým kritériem jsou alespoň dvě z následujících charakteristik. Neustálé halucinace jakéhokoliv typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně jednoho měsíce a jsou spojeny s bludy nebo neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení s důsledkem zmateného slovního projevu (Smolík, 2001).

Příznaky schizofrenního onemocnění

Základním příznakem schizofrenie jsou: poruchy myšlení, vnímání a jednání (Smolík, 2001).

Příznaky schizofrenie dále rozdělujeme do dvou širokých okruhů. Rozdělujeme je na pozitivní příznaky, které pro nemocného znamenají nadměrné zkreslené vyjádření normálních funkcí. Tyto ještě dále rozdělujeme na psychotické dimenze, které zahrnují již výše popsané bludy a halucinace a dezorganizační dimenze, mezi něž řadíme, dezorganizovanou řeč a dezorganizované chování (Smolík, 2001).

Je zajímavé, že asi 20% pacientů prodělá pouze jednu epizodu onemocnění za život bez jakýchkoli následků. Z toho vyplývá skutečnost, že u mnohých lidí není tento úděl definitivní (Máhrová a kol., 2008).

Třetina pacientů je ale postižena několika opakujícími se epizodami, které vedou k devastaci jak psychických tak sociálních funkcí (Malá a kol., 2002).

Příčina schizofrenie

Přesná příčina onemocnění není zatím jednoznačně známá. Na vzniku choroby se podílí celá řada biologických sociálních a psychologických faktorů. Má se za to, že největší roli hraje dědičnost, dále pak poranění mozku, infekční vlivy, vlivy prostředí apod. (Raboch a kol., 2008).

Průběh schizofrenního onemocnění

Schizofrenie se projevuje mnoha různými příznaky. Začátek nemoci se může projevit velmi vzácně již v dětství. Uvádí se, že 4% vznikají v dětství, 16% v adolescenci. Prognóza je pak u dětí mnohem horší než u dospělých. Dítě si nedokáže řádně osvojit schopnosti a znalosti, které patří k jeho vývojovým obdobím (Raboch a kol., 2008).

U těchto osob se pak výrazně snižuje předpoklad dosažení základního nebo vyššího vzdělání (Malá a kol., 2002). Průběh onemocnění je velmi variabilní. Někteří pacienti se po první epizodě uzdraví bez dalších následků Epizodou označujeme v soudobých klasifikacích specifické syndromy definované v určitém časovém horizontu Dochází ale také k chronickému stavu s častými relapsy akutních symptomů.

Po léčbě akutní epizody se většinou nemocný již nevrátí na stejnou úroveň fungování jako před onemocněním (Cohen, 2002).

Léčba schizofrenního onemocnění

V posledním století došlo k rozvoji poznatků o schizofrenii. Byly vyvinuty nové biologické, psychologické a sociální způsoby léčby (Cohen, 2002).

Nejvíce používanými biologickými metodami léčby v padesátých letech byla komatózní léčba inzulinem. Dnes se již tato metoda nepoužívá, protože znamenala značné ohrožení metabolismu mozku (Smolík, 2001).

Současný způsob léčby je zaměřen na farmakologickou léčbu neuroleptiky (Cohen, 2002). Ty snižují intenzitu i množství akutních psychotických příznaků. Systematické výzkumy ale prokázaly, že neuroleptika nejsou schopna pokrýt celou šíři schizofrenní patologie. Nezabrání úpadku sociálních a pracovních funkcí, i když úspěšně ovlivňují pozitivní symptomatiku. Nežádoucí účinky však u pacientů vedou k odmítání biologické léčby (Smolík, 2001).

Mezi negativní účinky patří především vegetativní příznaky tachykardie, retence moči, pocení, suchost sliznic, zácpa, vzestup hmotnosti apod. (Raboch a kol., 2006). Dalším způsobem psychologické léčby schizofrenního onemocnění je individuální a rodinná psychoterapie, která se v současnosti nejvíce zaměřuje na kognitivně – behaviorální terapii (Cohen, 2002).

Kognitivně – behaviorální terapie, vidí příčinu psychických potíží ve způsobu chování a myšlení osob. Smyslem terapie, je změnit chybné způsoby chování, naučit nové, vhodnější možnosti jak řešit vzniklé problémy v rodině (Praško a kol., 2003). Mezi sociální opatření léčby se řadí case management, tzn. koordinace práce pracovníků různých pomáhajících profesí pomocí, ambulantní léčby, krizové intervence pracovní terapie, chráněných dílen, denních center atd. (Cohen, 2002).

Typy schizofrenie.

Jak už bylo výše zmíněno, pojem schizofrenie zahrnuje několik typů onemocnění, které dále popisují

Paranoidní schizofrenie je nejčastější formou schizofrenie, u níž převažují perzekuční bludy a sluchové halucinace. Nemocní jsou přesvědčeni o svých telepatických schopnostech, o odnímání a zveřejňování vlastních myšlenek, popřípadě

vkládání cizích myšlenek. Nemocní se mohou chovat podrážděně až agresivně (Raboch a kol., 2006).

Hebefrení schizofrenie je forma schizofrenie, která začíná obvykle v adolescenci. Jsou pro ni typické emotivní změny chování, proměnlivé nesystemizované bludy a halucinace (Smolík, 2001).

V začátcích je těžko rozpoznatelná od bouřlivě probíhající puberty. Nápadný je její sklon ke vtipkování grimasování, zdobivému oblečení, pseudofilozofování a dezorganizovanému myšlení (Raboch a kol., 2006).

Vyznačuje se oploštělou nepřiměřenou náladou s narušeným myšlením a inkohrentní řečí. Prognóza onemocnění je spíše špatná. Typický je rychlý rozvoj negativních příznaků, zvláště oploštění emocí a ztráty volních schopností (Smolík, 2001).

Katatonní schizofrenie je schizofrenní porucha, při níž dominují zřetelné a rušivé psychomotorické příznaky, které mohou střídavě měnit svou podobu mezi extrémy, hyperkineze, stuporu, povelového automatismu a negativismu. Mohou se projevovat poměrně dlouhým obdobím strnulých postojů a pózování, které označujeme nástavami. Kritické se mohou stát epizody zuřivého neklidu. (Smolík, 2001).

Dnes se vyskytuje jen vzácně. Produktivní forma se projevuje impulivními neobvyklými pohyby, tzv. povelovým automatismem. U neproduktivní formy se setkáváme se stuporem, který vede k snížení spontánních pohybů a aktivity. Může dojít i k mutismu kdy nemocný přestane verbálně komunikovat (Raboch a kol., 2006).

Reziduální schizofrenie je typická chronickým průběhem. Negativní příznaky nemoci přetrvávají, i když dojde ke zmírnění nebo vymizení příznaků, které nemoc vyvolávají (Raboch a kol., 2006).

Dochází ke zhoršení a zpomalení psychomotorického tempa, hypoaktivity, oploštění emotivity, pasivity a ztráty iniciativ. Obsah řeči je chudý, neverbální komunikace velmi slabá (Smolík, 2001).

Příklad z praxe: paní Antonie, věk 66 let, diagnóza reziduální schizofrenie

Vždy jsem byla spíše uzavřená. Pamatuji si, že už ve škole, jsem těžko navazovala nějaké kontakty. Ani když jsem byla ještě mladá, netáhlo mě to za kamarády nebo na tancovačky. Byla jsem ráda sama. Ráda jsem si kreslila obrázky přírody, hlavně stromy. Měla jsem doma celou galerii obrázků. Jenže

když přišlo těžké období, všechno jsem zničila. Roztrhala jsem ty obrázky na kusy. Ani nevím, proč jsem to udělala. Nemohla jsem ale jinak. Vše mě tak tížilo a v té chvíli se mi zdálo, že ty obrázky za nic nestojí, tak jsem je zničila. Tehdy jsem ještě netušila, že za tím vším stojí nemoc

Simplexní schizofrenie je poruchou, při níž dochází k plíživému rozvoji podivínského chování. Nemocný není schopen plnit požadavky, které jsou na něho kladeny. Dochází k poklesu celkového výkonu, vyvíjejí se charakteristické negativní rysy jeho osobnosti (Smolík, 2001).

Nenavazuje kontakty, prohlubuje se autismus a emoční otupělost. Nemocný se straní společnosti a veškeré činnosti (Raboch a kol., 2006).

1.1.5 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy mají různý průběh dobu a formu trvání. Poruchy rozdělujeme na manickou epizodu, bipolární afektivní poruchu, depresivní epizodu, rekurentní depresivní poruchu, trvalé poruchy nálady a nespecifikované poruchy nálady. Dále poruchy nálady dělíme na endogenní deprese s biologickou příčinou vzniku a unipolární poruchy nálad (Smolík, 2001).

Příčiny afektivních poruch

Podle psychodynamické teorie má vliv na vznik afektivních poruch první rok života dítěte. Vlivem nedostatečného uspokojování jeho potřeb dochází k negativnímu ladění ke světu, které vyvolává pocit nejistoty a nedůvěřivosti vůči okolí (Marková a kol., 2006). Mezi příčiny vzniku afektivních poruch, řadíme jak faktory biologické, tak psychosociální. Jsou reakcí na stresové situace, negativní životní události jako je ztráta blízkého příbuzného, ztráta zaměstnání, závažné změny sociálního statusu apod. Porucha postihuje dvakrát častěji ženy než muže (Raboch a kol., 2006).

Afektivní poruchy nálad mají různý průběh délku trvání nebo opakování atak nálad. Nejčastěji se, projevují depresivním onemocněním, které zde blíže popíši.

Deprese je chronický stav projevující se depresivními rysy, typickými poruchami nálad. Podle intenzity a množství příznaků specifikujeme depresi jako mírnou, střední nebo těžkou. Může být se somatickým syndromem nebo bez somatického syndromu. Těžkou formu lze dále dělit podle přítomnosti psychotických příznaků, které odpovídají nebo neodpovídají náladě. Depresivní epizoda by měla trvat nejméně dva týdny (Smolík, 2001).

Pokud dochází u nemocného k rozvoji pouze depresivních epizod, mluvíme o periodické rekurentní depresivní poruše. Pakliže se střídají manické a depresivní fáze, jde o bipolární afektivní poruchu (Raboch a kol., 2006).

Příčiny deprese vznikají bez zjištěných zevních příčin. Mohou to být tělesné obtíže, u nichž není patrná změna nálady, ovšem svým průběhem prognózou a odpovědí na léčbu připomínají depresi. Dalšími endogenními depresemi jsou pseudodemence a involuční deprese, které příznakovým okruhem připomínají demenci a depresi ve stáří (Smolík, 2001).

Průběh depresivních poruch. Depresivní epizodu charakterizuje smutná nálada bez schopnosti prožívat radost. Nemocný je apatický bez motivace pro jakoukoli aktivitu. Trpí pocitem beznaděje, viny, nerozhodnosti, ale i tělesnými obtížemi jako je nespavost a únava. Všechny tyto negativní pocity způsobují to, že nemocný ztrácí sebevědomí a má sklon k sebevražednému jednání (Raboch a kol., 2006).

Deprese se odráží i na vzhledu nemocného. Typický znakem je beznadějný výraz obličeje, ochablé držení těla, zanedbaný vzhled. Nemocní neprojevují žádnou aktivitu. Jen sedí, odmítají cokoli dělat, protože všechno pro ně ztratilo smysl (Vágnerová, 1999). Člověk v depresi potřebuje zažívat citovou podporu, trpělivé naslouchání a posílení naděje na vyléčení (Praško a kol., 2003).

Léčba deprese se provádí metodou antidepresiv, systematickou psychoterapií, elektrokonvulzí a dalšími biologickými postupy (Raboch a kol., 2006).

Hlavní terapeutickým prostředkem biologické terapie jsou psychofarmaka, která jsou používána u všech depresivních poruch. Těžké poruchy deprese jsou léčeny pomocí elektrokonvulzivní terapie, fototerapie osvitem bílého světla a úplnou nebo částečnou spánkovou deprivací. Mezi osvědčené metody patří kombinace farmakologické s kognitivně - behaviorální, interpersonální, rodinnou nebo podpůrnou psychoterapií (Smolík, 2001).

Výsledek léčby zásadním způsobem závisí na schopnosti navázání kvalitního vztahu s pacientem. Schopností získat jeho důvěru pro léčbu (Raboch a kol., 2006).

Mánie a hypománie je charakteristická trvale mírně nadnesenou náladou, vzrůstem energie a aktivity a obvykle se zřetelně pociťovaným prožitkem dobré pohody a vysoké fyzické i duševní výkonnosti. Nemocný se projevuje zvýšenou sociabilitou, hovorností, nenuceností, zvýšenou sexuální energií. Poruchy nálady a chování nejsou spojeny s halucinacemi a bludy. Objevuje se snížená potřeba spánku (Smolík, 2001).

Příčiny manických a hypomanických stavů jsou zrcadlovým obrazem deprese, jejichž příčinu nelze jednoznačně definovat. Hypománie je lehčí formou mánie. Četnost a síla příznaků onemocnění je menší než u manického onemocnění. Příznaky manických stavů jsou daleko výraznější. Typický je znatelný neklid a vzrušení, násilnické chování a výbušné reakce nebo také zmatené nebo blouznivé jednání (Gay, 2010).

Průběh nemoci je typický přehnanými změnami euforických nebo podrážděných nálad, spojených s fyzickou i psychickou hyperaktivitou. Nemocný má zvýšené sebevědomí megalomanické představy. Cítí se být výjimečný, schopný a výkonný. Je optimisticky naladěný a projevuje se u něho zvýšené sebevědomí. Mánické stavy jsou provázeny hyperaktivitou, neúnavností, nespavostí, navazováním milostných a sexuálních kontaktů (Gay, 2010).

Léčba manických stavů se provádí léčbou lithiem, neuroleptiky, elektroinvolzivní terapií v kombinaci s psychoterapií (Smolík, 2001). Z psychoterapeutického hlediska se jeví účinná kognitivní terapie, párová, skupinová terapie a rodinná terapie ve formě psychoedukace (Cohen, 2002).

1.1.6 Bipolární afektivní porucha

Vyznačuje se epizodami, při níž je úroveň nálady a aktivita pacienta zřetelně narušena. Toto narušení spočívá střídavě ve zvýšení nálady, jindy v poklesu nálady a úbytku energie a aktivity (Smolík, 2001).

Bývá také označována jako maniodepresivní psychóza. Je to onemocnění, kdy se nepravidelně střídají depresivní epizody s manickými a naopak. Obvykle se vícekrát vyskytují depresivní epizody s vysokým rizikem sebevraždy (Malá a kol., 2002).

Příčiny onemocnění. Dostavují v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti. Nemocnému se obvykle rozpadne manželství, nebo přijde o práci, začne ve zvýšené míře konzumovat alkohol a jeho chování se stává hrubým (Raboch a kol., 2006).

Průběh onemocnění se dá charakterizovat jako střídání depresivních epizod v seskupení s manickými epizodami. Přejídný stav, kdy není snadné rozlišit manický stav od deprese je charakteristický nestabilitou nálady s častým rizikem sebevraždy (Gay, 2010).

Léčba bipolárního onemocnění se provádí podáváním farmakologické léčby thymoprofylaktiky jako jsou lithium, valproát, olanzapin, nebo karmazepin. Jejich kombinací se snižuje frekvence a intenzita dalších epizod (Raboch a kol., 2006).

1.1.7 Duševní poruchy vyvolané dlouhodobým užíváním alkoholu

Alkohol je v našich podmínkách nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Roční spotřebou alkoholu na jedince se řadíme k zemím s nejvyšší spotřebou. Užívání alkoholu vede ke zdravotním a psychickým komplikacím (Malá a kol., 2002).

Přechod od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá nenápadně. Končí většinou abúzem alkoholu, který vede k poškození fyzického i psychického zdraví, komplikacemi v zaměstnání a v partnerském životě. Postupem času se zvyšují tolerance vůči alkoholu a člověk se stává na něm závislý (Raboch a kol., 2006).

Syndrom závislosti, je charakterizován silnou touhu získat psychoaktivní látku. S tím jsou spojeny obtíže s kontrolou užívání těchto látek. Závislý člověk upřednostňuje užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi. (Smolík, 2001).

Příčiny vzniku alkoholové závislosti

Mezi rizikové faktory vzniku závislosti se podílí osobnost člověka, vlastnosti jeho organismu a vnější prostředí. Často je obtížné rozpoznat, co je příčinou a co je následkem užívání alkoholu (Máhrová a kol., 2008).

U mladistvých se na vzniku alkoholové závislosti velkou měrou podílí tlak vrstevníků. Snaha začlenit se do kolektivu, patřit ke skupině a být oceněni. Jindy to může být pouhý stereotypní způsob života, touha poznat něco nového. Mnohdy je to ale naopak těžká životní situace, jako je ztráta partnera, rozvod a podobně (Nešpor, 2001).

Průběh duševní poruchy vyvolané alkoholem

V začátcích alkoholové závislosti se mění povahové rysy, ztrácí se pocity odpovědnosti, jsou narušena citová pouta. Často dojde k rozvratu rodiny a ke ztrátě zaměstnání (Malá a kol., 2002).

Závislá osoba nebudí pozornost, přesto že denně konzumuje velké množství návykové látky. Časem však dochází výraznému snížení tolerance užívání alkoholu a pak i při konzumaci malého množství dávek se objevují rychlé příznaky těžké opilosti (Raboch a kol., 2008).

Dlouhodobé nadužívání alkoholu vede k závislosti na psychoaktivní látce. Celkové chování a vyjadřování je hrubého rázu, dotýčný je žárlivý lehkomyšlný.

Konečné stádium se projevuje alkoholovou demencí a degradací osobnosti. U žen závislých na alkoholu může v období těhotenství dojít k fetálnímu alkoholovému syndromu, který má za následek defekty plodu (Malá a kol., 2002).

Nadužíváním alkoholu může dojít až ke Korzakově psychóze kterou provází bouřlivé halucinace s bludnými produkcemi a neklidem. Typické je narušení paměti. Poruchy paměti jsou po odeznění psychotických příznaků trvalého rázu (Malá, 2002).

Léčba alkoholové závislosti je založena na dlouhodobém udržení střízlivosti. Léčba je zahájena detoxikací a zvládnutím odvykacího stavu a motivací k léčbě (Smolík, 2001).

Delirium tremens je typickým odvykacím syndromem charakterizovaným kvalitativní poruchou vědomí, třesem pocením, psychomotorickým neklidem, úzkostí a zrakovými halucinacemi. V tomto stádiu nemocný často vidí drobné zvířata zpravidla myši. Mohou se vyskytnout i epileptické záchvaty. K deliriu dochází v rozmezí 24 – 36 hod od posledního napití (Malá a kol., 2002).

Závislost na alkoholu přináší chronicky recidivující onemocnění, které způsobují nejen somatické komplikace, např. atrofii mozkové kůry, degeneraci mozečku, epilepsii, ale také mnohá psychotická onemocnění (Smolík, 2001). Patří sem Korzakova psychóza, se sluchovými halucinacemi, ztrátou všípivosti paměti a alkoholovou demencí. Jde o vážnou poruchu bez reálné šance na vyléčení (Pavlovský a kol., 2001).

Dále se při léčbě osvědčily různé formy anonymní pomoci a svépomoci, které mají podpůrný význam pro nemocného. Účinná a velmi významná je psychosociální intervence a konfrontace se členy rodiny, při níž dochází k pochopení destruktivního vlivu pití na soudržnost rodiny. Psychofarmakoterapeutická léčba je založena na podávání disulframů, antabusů, který pomáhá pacientovi lépe udržet abstinenci (Smolík, 2001).

1.2 Dopady a možnosti péče o osoby s psychickým onemocněním

Duševní onemocnění mění zdravotní stav nemocného. Představuje také trvalé znevýhodnění, které zasahuje do všech oblastí života (Vágnerová, 1999).

Většina duševních chorob má za následek problémy v oblasti zabezpečení financí, zaměstnání, bydlení atd. Mění se mezilidské vztahy a kontakty nejen v rodině ale i v okruhu přátel (Malá a kol., 2002).

1.2.1 Pracovní uplatnění

Duševní onemocnění snižuje možnost společenského uplatnění a značně omezuje i šanci uplatnit se na trhu práce. Zaměstnání nepřináší jen odměnu za práci, ale také smysluplně strukturuje čas, posiluje sebedůvěru, sebehodnocení a sociální kontakty (Marková a kol. 2006).

Určitou bariérou pro nástup do zaměstnání je obava lidí, že jakmile budou zaměstnáni, ztratí invalidní důchod, který je pro ně určitou finanční jistotou (Sociální práce, 1/2008).

Specifickým problémem lidí závislých na alkoholu je zhoršení jejich pracovní výkonnosti, koncentrace, nezodpovědnosti atd. Zásadní je, ale nedodržování pracovní doby a pravidelné docházky do zaměstnání. Lidem závislým na alkoholu chybí sebekritičnost. Domnívají se, že jsou nespravedlivě hodnoceni. Pokud ztratí zaměstnání, nemají dostatek motivace a energie k hledání nových příležitostí. Postupně chátrají a zůstávají dlouhodobě nezaměstnaní (Vágnerová, 1999).

Pro lidi s duševním onemocněním je velmi těžké najít odpovídající pracovní uplatnění. Možným řešením pro ty, kdo projevují opravdový zájem o práci, je určeno pracovní poradenství a podporované zaměstnávání, s cílem poskytnout co největší podporu při uplatnění se na trhu práce (Marková a kol., 2008).

Na otevřeném trhu práce je poskytováno **přechodné a podporované zaměstnávání**, které umožňuje přirozenou integraci léčených lidí v běžných firmách (Máhrová a kol., 2006).

Podporované zaměstnávání je určeno lidem s dlouhodobým onemocněním, kteří mají určitou pracovní perspektivu (Marková a kol., 2008).

Velkou výhodou podporovaného zaměstnání se pro duševně nemocného člověka stává možnost obrátit se v případě potíží na svého asistenta. Ten se zaměstnavatelem dojednává a řeší případné absence nebo nezvládnutí pracovního tempa. Přechodné zaměstnávání pomůže nemocnému osvojit si pracovní návyky, kterých pak využije na volném trhu práce (Máhrová a kol., 2008).

Smlouva uzavřená mezi zaměstnavatelem a uživatelem pak garantuje, že při jeho pracovní neschopnosti jej nahradí jiný uživatel případně asistent nebo sociální pracovník (Marková a kol. 2006).

Chráněné dílny poskytují větší míru „chráněnosti“ pracovního prostředí. Velmi dobře naplňují pocit smysluplné práce. Poskytují zajímavou práci v tréninkových resocializačních kavárnách nebo v dílnách jejichž náplní jsou stará řemesla. Výrobky chráněných dílen, např., ruční papír, svíčky, skleněné vitráže, košíkářské a dřevěné výrobky, jsou na trhu žádané a ceněné. To zaručuje prodejnost výrobků a částečné ekonomické zajištění dílen (Máhrová a kol., 2008).

Chráněná pracovní místa jsou nácviková místa se stálou podporou pracovního asistenta. Jsou poskytována na dobu určitou (Marková a kol., 2006).

1.2.2 Materiální zabezpečení osob s duševním onemocněním

Lidé s duševním onemocněním se nacházejí v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, který jim neumožňuje vykonávat svou profesi, což vede k trvalé invaliditě. Invalidita se stává velkou a závažnou změnou v životě člověka. Přináší mnoho omezení a znevýhodnění. Dlouhodobý úbytek, nebo naprostá ztráta pracovní schopnosti má vliv na příjmovou situaci jedince a vede ke zhoršení ekonomické situace celé rodiny (Koldinská, 2007).

Podle zákona č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů platném ke dni (12. 03. 2011) se stává osoba invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 % avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně, nejméně o 50 % avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně, nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně. Míru invalidity zkoumají posudkové komise okresních správ sociálního zabezpečení.

Vlivem duševního onemocnění se člověk v pozdějším věku často stává dlouhodobě závislý na pomoci jiné fyzické osoby. K zajištění péče o vlastní osobu, kterou mu poskytuje osoba blízká nebo jiná fyzická osoba, mu slouží příspěvek na péči. Je poskytován podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů platném ke dni (12. 03. 2011), osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci zejména prostřednictvím služeb sociální péče. Výše příspěvku je posuzována podle individuálních schopností a věku osob, zvládat úkony péče o vlastní osobu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů platný k 12. 03. 2011).

Stát zajišťuje pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení popřípadě jinými příjmy. Pomoc je určena občanům, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, nemohou bez pomoci společnosti překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry (Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení ve znění pozdějších předpisů platný ke dni (12.03.2011)

Považuji také za důležité zmínit problematiku finančního zadlužení lidí s duševním onemocněním. Je to velmi ožehavé téma celé naší současné společnosti. Mnoho lidí trpících psychózou, se stávají dlužníky, protože nedovedou sami vyřešit své finanční problémy. Člověku s duševním onemocněním činí někdy potíže zorientovat se v pravidlech, nařízeních a souvislostech daných předpisů. Jindy nenachází sílu cokoli takového sám vyřešit. I když většinou jde o nízké finanční částky zapůjčené od přátel, nebo se jedná o poplatky za svoz komunálního odpadu, pokuty za jízdu bez platné jízdenky ve veřejném dopravním prostředku, mohou tyto malé dluhy vést až k exekuci důchodu (Sociální práce, 1/2008).

Příklad z praxe: paní Růžena, diagnóza bipolární afektivní porucha, věk 61 let

Paní Růžena nastoupila do domova se zvláštním režimem psychiatrické léčebny. Velice se do domova těšila, protože jí bylo nabídnuto ubytování v jednolůžkovém pokoji s hezkým výhledem na krajinu. Problém nastal v okamžiku placení úhrady. Teprve nyní vyšlo najevo, že paní Růžena musí splácet úvěr, který si pořídila v době manické fázi onemocnění. Bylo to pro ni tenkrát snadné. Úvěr získala velice jednoduše, bez ověření příjmů získala požadovanou finanční hotovost. Za peníze si ovšem nic nepořídila, protože je hodila do řeky. “

Bydlení

Někteří lidé s duševním onemocněním díky pevným rodinným a citovým vazbám zůstávají žít ve svých původních rodinách. Lidé, kteří bydlí samostatně, většinou potřebují někoho, kdo by je podpořil, plánoval a hodnotil s nimi různé životní situace (Marková a kol., 2008).

Příklad z praxe: pan Miroslav, diagnóza- reziduální schizofrenie, 60 let

Bydlel jsem na samotě. Trpěl jsem. Byl jsem zcela opuštěný. Úplně sám. Všechno tam na mě padalo. Nesnesitelná samota. A tak jsem z toho byl často tak

zničený, že jsem to tam v jedné chvíli všechno rozbil. Rozsekal jsem nábytek, dveře, kladívkem jsem rozbil umyvadlo, a prostě vše co se dalo rozbít. Byl jsem jak smyslu zbavený. Bylo to strašné. Jsem rád, že je to už za mnou.“

Problematika bydlení je řešena v rámci ucelené rehabilitace. Jejím cílem je pomoc lidem s duševním onemocněním řešit problémy v oblasti bydlení pomocí podporovaného a chráněného bydlení. Chráněné bydlení představuje významnou sociální podporu lidí s duševním onemocněním, protože sami mnohdy nejsou schopni postarat se o své potřeby týkající se samostatného bydlení (Malá a kol., 2002).

Chráněné bydlení pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění (včetně duševního). Chráněné bydlení, má formu skupinového nebo individuálního bydlení (Sokol, 2008).

Je také skutečností, že mnoho lidí trpící duševním onemocněním ztrácí střechu nad hlavou a stávají se bezdomovci (Cohen, 2002).

Nachází pak útočiště v azylových domech, které mají preventivní charakter a poskytují pobytovou službu na přechodnou dobu. Jsou určeny osobám, které se ocitly v situaci, kdy ztratily bydlení. Podle svého zaměření jsou určeny pro rodiče s dětmi, pro ženy, pro muže a pro osoby mladší 18 let (Sokol, 2008).

1.2.3 Právní aspekty psychiatrického onemocnění

Lidé s duševním onemocněním mají stejná práva a povinnosti tak jako všichni ostatní. Jsou zakotvena v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Blíže jsou specifikována v Deklaraci lidských práv duševně nemocných. Velký důraz je kladen na právo na rovnoprávnost, svobodu, právo na ochranu soukromí, listovního a telefonického tajemství jakož i na ochranu osobních dat (Malá a kol., 2002).

Způsobilost k právním úkonům

Způsobilostí k právním úkonům se vyjadřuje schopnost osoby vlastním jednáním svá práva nebo povinnosti zakládat (Sokol, 2008). Zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům provádí po splnění všech podmínek, místně příslušný soud. Pokud osobu pouze omezí ve způsobilosti k právním úkonům, musí soud přesně vymezit, které úkony osoba může činit a které sama činit nemůže. U osob zcela

zbavených způsobilosti všechny úkony činí soudem ustanovený opatrovník (Šíma, Suk, 2006).

Právní úkony, které by učinila osoba, která není způsobilá, jsou považována za neplatná (Sokol, 2008).

Osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům nemají aktivní ani pasivní volební právo, rodičovská práva, nemohou držet zbraň, a nosit střelivo. Nemají oprávnění k řízení motorových vozidel, nemohou být osvojiteli. Právní úkony za ně činí opatrovník. Se souhlasem opatrovníka mohou být umístěny v ústavu sociální péče nebo ve zdravotnickém zařízení. Osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům může žádat soud o přezkoumání způsobilosti k právním úkonům bez souhlasu opatrovníka (Marková a kol., 2006).

V některých vážných nebo život ohrožujících situacích je nutné přistoupit k **nedobrovolné hospitalizaci**. Jde o situace kdy ze závažných důvodů, např. sebevražedného jednání, odmítání stravy, fyzické agrese vůči druhým osobám nebo pokud nemocný hospitalizaci odmítá, je realizace pobytu v psychiatrické léčebně nutná (Malá a kol., 2002).

Po umístění bez písemného souhlasu pacienta do zdravotnického zařízení musí toto zařízení do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo převzetí takového pacienta do péče. Soud je pak povinen do sedmi dnů ode dne, kdy došlo k omezení rozhodnout o přípustnosti převzetí takového osoby a stanovit délku zadržení v zařízení. Usnesení o nedobrovolné hospitalizaci je doručeno jednak pacientovi, opatrovníkovi a také ústavu. Pokud je nutné dobu léčení prodloužit, je nutné opětovně vyjádření soudu. Jednání o prodloužení léčby se účastní znalec, který je psychiatrem v jiném zdravotnickém zařízení. V případě, že nedobrovolně umístěný pacient nemá stanoveného opatrovníka, z důvodu toho, že je svéprávný, stanoví mu opatrovníka pro řešení této situace soud (Marková a kol., 2006).

Pokud se člověk s duševním onemocněním dopustí trestného činu a je pro společnost nebezpečný, je mu na základě znaleckého posudku soudem ustanovena ochranná léčba (Raboch a kol., 2006).

Člověk s duševní poruchou se může také dopustit trestného činu. Znalci z oboru psychiatrie pak hodnotí, zda v okamžiku spáchání trestného činu, mohl pachatel rozpoznat společenskou nebezpečnost svého jednání. Dále pak posoudí, zda pachatel, byl ve stavu přičetnosti, zmenšené přičetnosti nebo nepřičetnosti (Malá kol., 2002).

Některé duševní poruchy jako je schizofrenie maniodepresivní psychóza, senzomotorické koordinace, poruchy emocionality apod., jsou kontraindikací k vydání oprávnění řídit motorové vozidlo. Vlivem psychofarmak může u nemocného dojít ke snížení reaktivity a pozornosti (Marková a kol., 2006).

1.2.4 Další důsledky duševního onemocnění

Duševní onemocnění představuje kromě výše uvedených dopadů, také negativní dopady postojů společnosti, se kterými se nemocný těžce vyrovnává.

Velmi vážným dopadem, se kterým se lidé s duševním onemocněním setkávají, je **stigmatizace**. Souvisí se stereotypy a předsudky laické veřejnosti. Nemocní jsou vystaveni různé míře odmítání v oblasti partnerských vztahů, bydlení nebo zájmové činnosti. To způsobuje velké změny v jejich prožívání a chování vůči ostatním (Máhrová a kol., 2008).

Člověk s vrozeným stigmatem bývá velice často rodinou, chráněn před okolím „v bezpečné uličce.“ V pozdějším věku, se však neubrání okamžiku konfrontace s okolím. Často si pak musí vyslechnout, že není mezi svými, ale je zařazen mezi jinou skupinu lidí. Největší citové úrazy pak prožívají nemocní v období prvních pokusů o navázání milostného vztahu nebo hledání zaměstnání (Goffman, 2003).

Dopady duševního onemocnění na vztahy v rodině

Rodinu tvoří všichni členové, kteří v daný moment žijí ve společné domácnosti. Pokud se v rodinném kruhu vyskytne osoba s duševním onemocněním, znamená to pro všechny členy rodiny výrazné změny dosavadního způsobu života. Velmi záleží na vztazích v rodině a na tom, koho se onemocnění týká. Zda se jedná o dítě, manžela, sourozence nebo prarodiče. Život s duševně nemocným příbuzným klade obrovské požadavky na schopnost rodiny řešit vzniklé problémy. Ne každá rodina má zkušenosti a potřebné informace o příčinách a průběhu duševního onemocnění. Rodina se tak často dostává do krize. Pro zvládnutí vzniklých obtíží při péči o člena rodiny s duševním onemocněním, jsou proto velice důležité informace o chorobě, její diagnóze, důsledcích a možných vyhlídkách (Pěč a kol., 2001).

2 Sociální práce a sociální služby pro osoby s duševním onemocněním

V této kapitole se zaměřuji na sociální práci poskytovanou lidem s duševním onemocněním. Dále na předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka a v poslední řadě, na možnosti péče o lidi s duševním onemocněním prostřednictvím sociálních služeb.

2.1 Sociální práce poskytovaná prostřednictvím sociálního pracovníka

Sociální práce je moderní vědní disciplína, která se dynamicky vyvíjí, čerpá poznatky z jiných, zejména humanistických věd. Pohlížíme na ni jako oblast praktické činnosti směřující ke konkrétní smysluplné pomoci různým cílovým skupinám. Nelze ji jednoznačně definovat tak, aby vystihovala všechna vymezení své podstaty. Význam sociální práce nepochybně vzrostl s platností zákona o sociálních službách, který jasně určuje pole, na kterém se odehrává (Spravedlnost a služba, 2006).

Sociální práce je realizována prostřednictvím sociálního pracovníka, který vykonává široké spektrum činností. Je to sociální šetření, včetně založení sociální agendy, základní poradenství, analytická, metodická a koncepční činnost, odborná činnost v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, krizová pomoc, sociální rehabilitace a další (Sociální práce, 1/2008).

Sociální pracovník se řadí do široké oblasti tzv. pomáhajících profesí. Jeho důležitou dovedností, je umět svou práci shrnout do vlastního výzkumu, který ukazuje dosahované výsledky (Matoušek, 2003).

Předpokladem výkonu sociálního pracovníka je nutná způsobilost k právním úkonům, zdravotní způsobilost, bezúhonnost, a odborná způsobilost (Sokol, 2008).

Pro práci s duševně nemocnými lidmi, by se každý pracovník měl zaměřit na získání vědomostí v oblasti psychiatrického minima. Kromě všech již zmíněných dovedností se musí obrnit také trpělivostí, uměním vyjednávání, mediací, zmocňováním klientů atd. Často se při práci setkává s klienty, kteří nechtějí spolupracovat. Jsou

slovně nebo i fyzicky agresivní. Musí si proto pěstovat svou odolnost pro různé stresové situace a zvýšit svůj frustrační práh (Sociální práce, 1/2008).

Sociální pracovník často řeší etické problémy. Stává se, že se dostane do situace, kdy musí zvolit rozhodnutí, které se mu osobně přičí. Stojí před řešením etického dilematu, představující konflikt morálních principů. Příkladem je např. konflikt práva klienta na sebeurčení a povinnost sociálního pracovníka chránit zdraví klienta (Matoušek, 2003).

Profesní etika představuje druh morálky obsažené v normách, předpisech a pravidlech chování, ale také v hodnocení morálních kvalit pracovníka. Pro pěstování schopnosti sociálního pracovníka samostatné orientace, zvolení správné metody a prostředku k dosažení cíle, slouží jako vodítko rozhodování Etický kodex sociálního pracovníka. Jeho hlavním tématem, je respekt k hodnotám a důstojnosti každé lidské bytosti (Máhrová a kol., 2008).

2.2 Metody sociální práce pro osoby s duševním onemocněním

Metody sociální práce vycházejí z různě definovaných teorií. Podle teoretického ukotvení je rozdělujeme na individuální sociální práci, skupinovou sociální práci a komunitní práci. Ve stručnosti je dále popisují.

Individuální sociální práce vznikla počátkem 19. století v USA. Její zakladatelkou je Marie Richmondová. Individuální práce je zaměřená na intervenci do klientova prostředí a následně navázání pevného vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem. Českou definici individuální práce vytvořila a zformulovala Charvátová, která zdůrazňuje, že snahou individuální sociální práce je, aby klient změnil svoje vadné životní postoje a byl schopen samostatně řešit své osobní, rodinné i společenské problémy (Máhrová a kol., 2008).

Individuální případová práce se zabývá především mezilidskými, zejména rodinnými vztahy. Druhou oblastí je pak řešení vnitřních intrapsychických problémů. Vychází z předpokladu, že každý jedinec má svou důstojnost a právo, rozhodovat se a realizovat vydefinovaný problém a cíl. Důležitou dovedností pomáhajícího je umět uživatele povzbuzovat, k odvaze a sebedůvěře, mobilizovat jeho síly a vyhodnocovat možnosti a řešení daného problému. Individuální případová práce je proces zahrnující sociální studii, vyšetření, intervenci a ukončení (Matoušek, 2003).

Pro vytvoření dobrého vztahu a vzájemné spolupráce s klientem je velmi důležitá metoda **rozhovoru**. Vzájemná komunikace slouží k pochopení potřeb, k vyjadřování přání, formulaci plánování života k naplnění očekávání uživatele od poskytované služby. Důležitou dovedností všech pracovníků je proto schopnost aktivního naslouchání. Jde o umění zaměřit se na to, co uživatel sděluje. Rozpoznat čemu ve svém sdělení přikládá největší význam (Matoušek, 2003).

Terapeutické koncepty orientované na techniky různých terapeutických škol, vytvářejí možnost, navázat důvěrný vztah s klientem. Multifunkční koncepty se zaměřují na praktickou pomoc v životních situacích. Nabízejí psychologicko - pedagogické poradenství a používají metody skupinové a komunitní práce (Máhrová a kol., 2008).

Case management je metodou práce, která se zaměřuje na zdravé stránky uživatele, na vytvoření pevného partnerského vztahu mezi case managerem a uživatelem. Nespoléhá na to, že uživatel bude sám žádat o pomoc. Uživatele vyhledává a pomoc mu nabízí. Cílem práce case managera je směřování k tomu, aby si klient našel zaměstnání, přátele zábavu a koníčky. Tato podpora a pomoc vede lidi s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním ke změně postojů k učení a ke zlepšení jejich životní situace (Pěč a kol., 2009).

Individuální práce chápe uživatele, jako subjekt sociální práce. Poskytuje mu individualizovanou pomoc a porozumění. Snaží se mu pomoci v jeho problémech (Máhrová a kol., 2008).

Skupinová sociální práce

V dnešní době je skupinová práce nezastupitelnou součástí sociální práce. Vedení skupin si zaslouží patřičnou pozornost a je nepochybně jednou z nejvýznamnějších kompetencí sociálních pracovníků (Matoušek, 2003).

Podle svého zaměření rozlišujeme šest druhů skupin. Jsou to, skupiny homogenní, sdružující lidi např. drogově závislé, adolescenty nebo skupinu týraných žen. Skupiny úkolově zaměřené, řešící konkrétní problémy. Zvláštní pozornost je věnována psychoterapeutické skupině, která k léčebným účelům používá skupinovou dynamiku a vzájemné interakce mezi členy (Máhrová a kol., 2008).

Cílem skupinové práce je sdílení zkušeností s dalšími lidmi (Matoušek, 2003).

Sociální pracovník musí umět podporovat komunikaci ve skupině, skupinovou soudržnost a sounáležitost. Možnosti využití skupinové práce jsou velmi rozmanité (Máhrová a kol., 2008).

Dále budu popisovat vybrané techniky skupinové práce, které jsou uplatňovány při práci s lidmi s duševním onemocněním.

Jednou z technik skupinové práce je **arteterapie**. Je vhodná zejména pro cílovou skupinu osob, kteří se hůře slovně vyjadřují. Pokud je jim nabídnuta možnost výtvarného vyjádření je pro ně příležitost k odvedení a zpracování emocí nemocného. Účelem není dokonalé výtvarné dílo, ale pozornost se spíše zaměřuje na proces tvorby díla. Mezi nejpoužívanější arteterapeutické metody patří volné čmárání tužkou, volná kresba prsty namočenými v barvě (Matoušek, 1999).

Neméně důležitou technikou je **muzikoterapie**, která podporuje vyjádření prožitků a emocí klienta, pomocí hudby. U lidí s duševním onemocněním je muzikoterapie jednou z mála příležitostí získat kontrolu nad symptomy komentujících hlasů. Práce se zvuky pomáhá rozlišovat hlasy nebo zvuky vnějšího a vnitřního světa. Muzikoterapie poskytuje nemocnému alespoň krátkou relaxaci (Pěč a kol., 2009).

Ergoterapie je metoda využívaná s ohledem na věk, životní zkušenosti, fyzické schopnosti a individuální potřeby uživatelů. Slouží k podpoře a udržení samostatnosti a nezávislosti na druhé osobě. Prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a rozvíjení dovedností uživatelů (Máhrová a kol., 2008).

V práci se zmiňuji o konkrétní individuální i skupinové práci v Domově se zvláštním režimem Kvasice, jejíž metody a přístupy k lidem s duševním onemocněním popisuji v závěrečné kapitole.

Komunitní péče o duševně nemocné

Historie komunitní péče je spjata se vznikem azylů pro duševně nemocné, které byly zakládány v polovině 19. století. V té době představovaly zmírnění utrpení a částečnou ochranu nemocných, ale současně jejich izolaci a vyloučení neprofesionálů a rodin z péče o nemocné. Změna nastala až koncem 60. let, kdy byly rušeny velké ústavy a snižovány počty psychiatrických lůžek. Péči se začínali zabývat odborníci z oblasti psychologie, odborné psychiatrické sestry a sociální pracovníci. Byl kladen důraz na individuální přístup k uživateli, využívána psychofarmaka a rozvíjena rehabilitace (Pěč a kol., 2009).

V současnosti vytváří komunitní péče systém, který umožňuje uživatelům s vážným psychiatrickým onemocněním žít co možná nejvíce v podmínkách podobných běžnému životu. Zajišťuje dostupnou psychiatrickou a psychoterapeutickou péči, která dokáže včas rozpoznat a zachytit zhoršení psychického stavu a tím odvrátí nutnost dlouhodobých hospitalizací v psychiatrické léčebně. Směřuje k vytváření partnerství mezi pečujícími a současně se snaží zmocňovat klienta, ovlivnit kvalitu jeho života. Zaměřuje se na základní potřeby uživatele.¹

Náročnou roli v komunitní péči plní komunitní pracovník. Pro svou práci musí být vybaven mnoha znalostmi z oblasti filozofie, sociologie, sociální práce, sociální politiky, sociální psychologie, ekonomiky atd. Komunitní pracovník je expertem, který předkládá komunitě návody a upřesňuje cíle práce. Vychází z hodnot sdílených komunitou (Matoušek, 2003).

Komunitní plánování je součástí reformy sociálních služeb jako výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob v konkrétním území a hledání způsobu uspokojování chybějících potřeb s využitím dostupných zdrojů. Komunitní plán obsahuje popis a analýzu existujících zdrojů státních i nestátních poskytovatelů sociálních služeb, statistické sociologické a demografické údaje, popis přání a potřeb v oblasti sociálních služeb, časový plán práce a způsob zapojení účastníků do realizace komunitního plánování. V procesu plánování se uplatňuje princip triády, tzn., že se plánování účastní zástupci uživatelů, poskytovatelé, zadavatelé sociálních služeb, ale i další veřejnost. Principy komunitního plánování jsou postaveny na principu partnerství, rovnosti a demokratické spolupráce mezi všemi účastníky. Přínosem komunitního plánování je odpovídající systém sociálních služeb, který je schopen průběžně reagovat na potřeby obcí. (Janoušková, 2007).

Domov se zvláštním režimem Kvasice zatím není zahrnut do komunitního plánování města Kroměříže, v jehož působnosti se nachází. Komunitní plánování na Kroměřížsku si stanovilo cíl, plánovat za účasti veřejnosti, jednat o důležitých otázkách v oblasti sociálních služeb, zmapovat stávající systém, dostupnost celkové nabídky a kapacity služeb. Procesu plánování se účastní profesionálové, kteří sociální služby poskytují, společně s klienty, kteří nabízené sociální služby využívají.

¹Psychiatrická léčebna Bohnice [online] c20110 [cit 2011- 02-02] Dostupný z <http://www.plbohnice.cz/index.php>

Realizace komunitního plánování je rozčleněna do tří pracovních skupin. Jedná se o pracovní skupinu zaměřenou na cílovou skupinu seniorů. Pracovní skupina orientovaná na zdravotně postižené osoby, mezi něž se řadí i osoby s duševním onemocněním. Poslední skupinou je pracovní skupina pro nezaměstnané. Samotný komunitní plán sociálních služeb Města Kroměříže, je pak jakýmsi „zrcadlem“ a odrazem současného stavu sociálních služeb, potřeb obyvatel města a okolních obcí. Je zároveň plánem pro rozvoj této oblasti do roku 2011. Komunitní plán zahrnuje všechny oblasti služeb, které usilují o zlepšení života obyvatel Kroměříže a okolních obcí.²

2.3 Systém sociálních služeb zaměřený na cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním

Sociální služby mají v naší zemi dlouhou tradici. Jejich fungování doznalo velkých změn s přijetím zákona o sociálních službách. Se změnou politického režimu v roce 1998 a budováním demokratické občanské společnosti došlo k uvolnění prostoru pro aktivitu občanů a zároveň k rozvoji kvality subjektů sociálních služeb (Sokol, 2008).

Sociální služby zahrnují tři základní oblasti činnosti. Dělíme je na sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci.

Cílem **sociálního poradenství** je poskytování potřebných informací, které přispívají k řešení nepříznivé sociální situace. Základní poradenství jsou povinni poskytovat všichni poskytovatelé sociálních služeb. Odborné poradenství zajišťují specializované poradny se zaměřením na potřeby jednotlivců. Je poskytováno např. v manželských či rodinných poradnách, poradnách pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením, pro oběti trestných činů atd. Součástí odborného poradenství je také půjčování kompenzačních pomůcek (Máhrová a kol., 2008).

„Služby sociální péče napomáhají občanům, zajistit si svou fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem je umožnit v co nejvyšší míře zapojení do běžného života společnosti a pokud to jejich zdravotní stav vylučuje, zajistit jim důstojné

² Město Kroměříž [online]. C 2011 [cit. 2011- 01- 03] dostupný z http://www.mesto-kromeriz.cz/dokumenty/kpss_final.pdf

prostředí a zacházení “ (Zákon č.108/2006 Sb., § 38 o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů platný k 12. 03 .2011).

Systém sociálních služeb je zaměřen na cílové skupiny uživatelů potřebující pomoc. Upravuje čtrnáct druhů služeb sociální péče. Je to osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, a sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (Máhrová a kol., 2008).

Mezi pobytové sociální služby patří i domov se zvláštním režimem Kvasice, kterému věnuji pozornost v následující kapitole.

Služby sociálního prevence se snaží eliminovat jevy sociálního vyloučení. Jedná se o situace, kdy se v životě člověka vyskytnou překážky, které komplikují nebo zcela zamezují, aby jedinec žil způsobem, který je ve společnosti považován za běžný (Máhrová a kol., 2008).

Cílem je především napomáhat osobám překonávat krizové sociální situace, špatné životní návyky a zabránit sociálně znevýhodňujícímu prostředí (Sokol, 2008).

Terénní, ambulantní služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí uživatelů (Máhrová, 2008).

Mezi **terénní služby** řadíme telefonickou krizovou pomoc, terénní programy. Terénní nebo ambulantní služby ranou péči, tlumočnické služby, kontaktní centra, krizová centra, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. **Ambulantní služby**, noclehárny, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny. **Pobytové služby** azylové domy, domy na půl cesty (Sokol, 2008).

Pro osoby s duševním onemocněním je vytvořen **ucelený systém služeb** uvedený ve schématu systému sociálních služeb obr. č. 1 na str. 34. Prvním článkem tohoto systému jsou nízkoprahová zařízení. Terénní pracovníci aktivně vyhledávají a nabízejí různé druhy pomoci lidem se sociálními a psychickými problémy. Sociální pracovník, vybavený základními informacemi, doporučí klientovi podle jeho potřeby ambulantní nebo kontaktní centra, kde je mu poskytována služba podle jeho individuální potřeby. Pro některé uživatele je tato služba dostačující k uschopnění

se a k návratu do běžného života. Druzí potřebují stacionární péči, jejichž výhodou je to, že uživatel neztrácí kontakt se svou rodinou. Dalším z návazných prvků v systému služeb jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem, mezi něž je zařazen také Domov se zvláštním režimem Kvasice, kterému se budu dále věnovat v nadcházející kapitole. Cílem poskytované služby je dosažení co největší samostatnosti uživatele pomocí podpory zdravých sociálních návyků, obnovování sociálních dovedností a rovněž zvyšování úrovně interpersonálních vztahů. Návazné doléčovací programy slouží k podpoře osoby s duševním onemocněním po propuštění z léčebného ústavu. Uživatel může využít ambulantní péče, chráněného zaměstnání nebo chráněného bydlení. (Máhrová a kol., 2008).



Obr.č 1: Schéma systému sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním

3 Metody a přístupy práce v DZR Kvasice

Tuto kapitolu bych ráda započala stručným pojednáním o historii domova a začleněním do konceptu sociálních služeb. Dále bych se zaměřila na specifika domova, poslání cíle a v neposlední řadě na přístupy a práci s duševně nemocnými lidmi v domově se zvláštním režimem Kvasice.

3.1 Proces transformace sociálních služeb

Česká republika se k procesu transformace přihlásila a vypracovala stěžejní dokument týkající se koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb. Součástí naplňování této koncepce se stal pilotní projekt Ministerstva práce a sociálních věcí s názvem „Podpora transformace sociálních služeb“ (Sociální služby, 12/2010).

Domov se zvláštním režimem Kvasice je výsledkem procesu transformace sociálních služeb. Z původního Domova pro seniory vzniklo po celkové rekonstrukci zařízení zaměřené na poskytování pobytové sociální služby cílové skupině lidí s duševním onemocněním. Tato služba nebyla v regionu poskytována. Vznikla jako potřeba procesu humanizace psychiatrické péče.

„V domovech se zvláštním režimem, se poskytují pobytové služby pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a pro osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim těchto zařízení při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů platný od 1. 1. 2011).

Uživatelům jsou ve službě zajišťovány tyto základní činnosti: Poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně. Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Sokol, 2008).

3.2 Historie vzniku domova

Samotný vznik domova je datován k 14. červenci 1952. Objekt sloužil 109 starobním důchodcům, kteří sem byli přemístěni z chudobinců z Hostýna, Holešova, Vsetína a Valašských Klobouk. O obyvatele pečovaly řádové sestřičky, které musely v roce 1965 objekt opustit. Další péči provozovali pouze civilní zaměstnanci. V průběhu let se měnily počty obyvatel, název zařízení, technické zázemí, vybavení, poskytovatelé apod. Důležitým momentem pro chod domova byl rok 2006, kdy byl přijat Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách platný s významným požadavkem na kvalitu. Tu však nebylo možné vzhledem k nedostatečnému technickému vybavení budovy přijatelným způsobem zajistit. Velké průchozí pokoje v žádném případě nemohly poskytovat soukromí. Nemohla být splněna ani požadovaná bezpečnostní kritéria pro chod zařízení hygienické požadavky a další. Z těchto závažných důvodů byla v roce 2007 - 2008 provedena celková rekonstrukce objektu domova. Po uvedení a slavnostním zahájení se v polovině roku 2008 začala psát nová historie domova se zvláštním režimem, s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním³

3.3 Charakteristika Domova se zvláštním režimem Kvasice

Domov se zvláštním režimem Kvasice je součástí Sociálních služeb Uherské Hradiště, p.o. zřízenou Krajským úřadem se sídlem ve Zlíně, který je zřizovatelem služby. Je registrován v Registru poskytovatelů sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí pod číslem 6982168.

Registrací sociální služby jsou splněny zákonné podmínky a tím uděleno oprávnění k poskytování sociální služby s předpokladem čerpání finančních prostředků z veřejného rozpočtu. Registrace zároveň slouží jako veřejný informační systém (Sokol 2008).

Pro lepší orientaci bych chtěla níže popsat možnosti poskytované služby. V první řadě bych se chtěla dotknout již samotného názvu zařízení. Mnozí lidé patřící mezi laickou veřejnost často nechápou pojem „zvláštní režim“. Spojují si ho se svými předsudky o duševně nemocných lidech. Jejich představy jsou opředeny mýty o tom, že

³ Domov se zvláštním režimem Kvasice[online]c2011 [cit 2011 2011-03-02]. Dostupný z <
<http://www.seniori-kvasice.cz/>>

lidé s duševní chorobou mají větší sklon k násilí a jsou svému okolí nebezpeční. Toto jejich laické hodnocení je odrazem nedostatečné informovanosti o příčinách a projevech duševního onemocnění. Zvláštnost režimu nelze chápat jako omezení pohybu, jako souhrn restrikcí uživatelů, ale jde především o přizpůsobení služby specifickým potřebám těchto osob.

3.4 Poslání a cíle poskytované služby

Posláním služby je poskytování pobytové sociální služby osobám, které se v důsledku svého zdravotního stavu ocitly v nepříznivé životní situaci a potřebují pomoc a podporu další osoby při zajišťování svých potřeb. V praxi to znamená, usilovat poskytovat službu v náležitě kvalitě s přihlédnutím k individuálním potřebám osob. Podporovat a pomáhat uživatelům k překonávání potíží spojených s psychickou nemocí, s uspořádáním chodu věcí nejen současných, ale i těch co jsou již minulostí. Dále pomoc při definování životních plánů a očekávání. Podpora sebedůvěry, udržování a budování sociálních kontaktů a vztahů. Napomáhání začlenění uživatelů do společnosti nabízení smysluplného využití denního programu. Hlavním nástrojem realizace poslání zařízení je především tým pracovníků zařízení, který se snaží naplňovat standardy kvality. Měřítkem kvality poskytované služby je dodržování lidských práv uživatelů, individualizace služby vycházející ze specifických potřeb uživatelů, odborné vzdělávání zaměstnanců zaměřené na potřeby cílové skupiny. Dalším nástrojem je samotný nově rekonstruovaný objekt, který poskytuje důstojné životní podmínky a možnost přirozeného způsobu života.

Cíle služby. Hlavním cílem vyplývajícím z veřejného závazku je dlouhodobý cíl, spočívající v neustálé snaze o zlepšování a zkvalitňování služby tak, aby naplňovala Standardy kvality. Mezi krátkodobé cíle se řadí, pokračování navazování společensky prospěšných styků s veřejností. Rozšíření denní nabídky aktivit, které vyplývají se zájmů uživatelů (Standardy kvality zařízení).

Cílová skupina Cílovou skupinu tvoří osoby starší padesáti let, pobírající starobní nebo invalidní důchod a mají diagnostikovanou chronickou duševní chorobu. Zařízení má vydefinované také situace kdy nemůže službu poskytovat v potřebné kvalitě a převzít odpovědnost za její bezpečnost v případě: že je žadatel, aktivně závislý na alkoholu nebo jiných návykových látkách, žadatel má těžké a vážné pohybové

postižení, žadatel je mentálně retardovaný, žadatel trpí Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demence, žadatel nesplňuje věkovou kategorii a žadatel který má diagnostikováno smyslové postižení sluchu, zraku nebo je hluchoněmý (SQSS. *Standarty kvality poskytování sociálních služeb*. Domov se zvláštním režimem Kvasice).

Jednání se zájemcem o službu

Uživatel může být do zařízení přijat na základě podané žádosti se všemi náležitostmi, kterými jsou lékařské vyjádření praktického a odborného lékaře z oblasti psychiatrie, dále pak rozhodnutí přiznání příspěvku na péči, pokud je žadateli přiznán. Za žadatele zbavené způsobilosti k právním úkonům, podává žádost jeho zákonný zástupce - opatrovník. Součástí žádosti je lékařské vyjádření odborného lékaře z oblasti psychiatrie (SQSS. *Standarty kvality poskytování sociálních služeb* Domov se zvláštním režimem Kvasice).

Na základě podané žádosti provede sociální pracovnice šetření v přirozeném prostředí žadatele. Jde o prvotní velmi důležitý kontakt s potencionálním žadatelem. Cílem je navázat vztah, seznámit dotyčného s nabídkou poskytované služby. Sociální pracovnice se snaží, aby žadatel dobře porozuměl poslání zařízení, aby měl jasno o povaze pomoci nebo služby, kterou mu domov může poskytnout. Rovněž zájemci o službu předá všechny potřebné informace, zodpoví případné dotazy, ale také zjistí žadatelovu sociální historii, chronologické uspořádání klientových životních situací. Zkoumá do jaké míry je soběstačný, jaké má požadavky na bydlení, trávení volného času, zájmy, záliby, vztahy s rodinou po případě s blízkými známými. Tyto informace jsou důležité nejen pro samotné schvalování žádosti, ale pro hodnocení stupně naléhavosti přijetí žadatele. Po nástupu do domova se stávají mnohé získané informace, odrazovým můstkem pro společné plánování uživatele a klíčového pracovníka. Spolu pak vydefinují osobní cíl uživatele. Pro lepší představu o poskytované službě, je nabídnuta žadateli možnost osobní návštěvy domova. Návštěvou zařízení si žadatel učiní lepší představu, vlastní pohled na nabízenou službu. Získá jedinečné informace pro rozhodování, zda službu využije, či nikoliv. Schvalování žádosti se pak účastní pracovní tým, ve složení vedoucí domova psychiatr, sociální pracovnice, vedoucí sestra. Výsledek posouzení žádosti je žadateli zasílán písemně. Možnost nástupu je ovlivněna

kapacitou domova. Ta je v současné době nedostačující a žadatelé jsou proto zařazováni do pořadníku čekatelů.

3.5 Přijetí uživatele do služby

Přijetí nového uživatele do služby je vždy velmi důležitým procesem, který sociální pracovníce s uživatelem, po případě jeho zákonným zástupcem vyjednává dlouho před stanoveným nástupem. Snahou je poskytnout co nejvíce informací o poskytované službě, aby uživatel byl při nástupu do zařízení informován a zůstal v co největší pohodě. Samotný nástup je však spojený s řadou administrativních úkonů týkajících se v první řadě uzavření smlouvy o poskytování sociální služby na základě Zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách. Uzavírání smluv je obsahem Standardu kvality č. 4, v němž jsou písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby. Poskytovatel, Domov se zvláštním režimem Kvasice se těmito pravidly řídí a postupuje podle nich.

Ve smlouvě je vymezeno označení smluvních stran, druh sociální služby, rozsah, místo a čas poskytování sociální služby, výši úhrady stanovenou zákonem o sociálních službách a prováděcím právním předpisem, způsob platby, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem, výpovědní lhůty a doba platnosti smlouvy.(Sokol, 2008).

Smlouvě o poskytování služby, která je v souladu se zákonem a dalšími obecně platnými předpisy je věnována ze strany poskytovatele náležitá pozornost. Důraz je také kladen na to, aby uživatel rozuměl obsahu a účelu smlouvy. Rozsah a průběh poskytování sociální služby je společným ujednáním obou stran s ohledem na vytyčení společného osobního cíle uživatele. Pokud uživatel není schopen sám jednat a není mu ustanoven opatrovník, zastupuje uživatele při uzavírání smlouvy Obecní úřad obce s rozšířenou působností Kroměříž. Neméně důležité je s uživatelem dojednat způsob úhrady za službu. Poskytnout pomoc při vyřizování změn poukazování výplaty důchodu, příspěvku na péči, změnou trvalého pobytu apod.

Proces adaptace nového uživatele není vždy jednoduchý. Je to dáno také tím, že člověk s duševním onemocněním se velmi těžce vyrovnává s jakoukoli změnou prostředí a lidí kolem sebe. Často dochází ke zhoršení psychického stavu. Proto se na proces adaptace nového uživatele zaměřuje celý tým pracovníků.

Významnou úlohou v procesu adaptace hraje navázání vztahu s novým uživatelem. Všichni členové týmu se snaží být ke každému uživateli otevření. Přijímají ho s úctou, respektují jeho potřeby zvyky, snaží se být trpěliví a zároveň blízcí. Akceptace uživatele spočívá v přijetí jeho myšlenek, pocitů a chování a to i v případě, že jsou v rozporu s jejich vlastními hodnotovými měřítky. Nejde však o nekritický souhlas, ale spíše o přijímání klienta takového jaký je. Nevnučují mu jiné názory nebo postoje. Další velice důležitou schopností navázání vztahu s uživatelem je empatické vcítění se do jeho pocitů. Pracovníci se snaží věnovat uživatelům čas k tomu, aby se otevřel. Nedílnou složkou empatického chování je aktivní naslouchání. Není to jen pouhé zachycení všeho, co klient řekne, ale především snaha pochopit podstatné souvislosti které jsou pro jeho život důležité.

Příklad z praxe: pan Jan, diagnóza, schizoafektivní, porucha, věk 62let.

Pan Jan, měl vždy kladný vztah k hudbě. Velmi rád zpíval. Nevynechal žádnou příležitost, kdy se v domově konalo posezení s písničkou. Po prožití mozkové příhodě byl jeho zdravotní stav velmi špatný. Zůstal na půl těla ochrnutý a byla postižena i řeč. Pracovníci ale vyzorovali jistou změnu při muzikoterapii. Tehdy pan Jan pomalu, ale přece jen zazpíval krátký úryvek své oblíbené písničky. Pracovníci okamžitě zaznamenali tuto pozitivní změnu. Začali se co možná nejvíce snažit s ním společně zpěvovat. Výsledkem bylo postupné zlepšení artikulace a zlepšení řeči.

Jak už bylo řečeno, do procesu adaptace uživatele je zapojen celý pracovní tým. Pro člověka s duševním onemocněním je zvládnání procesu adaptace věc někdy velmi složitá. Významnou roli zde hraje osoba klíčového pracovníka. Při nástupu do domova je uživateli přidělen klíčový pracovník. Mnohdy se však stává, že tak jako jsme každý jiný, i uživateli může více vyhovovat spolupráce s jiným pracovníkem organizace. Tato skutečnost je brána na zřetel. V případě že uživatel vyjádří přání změny klíčového pracovníka je mu vždy vyhověno. Má-li se pracovník stát uživatelovým důvěrníkem, je tato změna zásadní a nutná s ohledem na přání uživatele.

Snahou pracovního týmu, je naplnění uživatelských potřeb. Nejdříve musí být uspokojeny fyziologické potřeby, např. zajištění vyhovující teploty na pokoji. Zajištění jeho specifické potřeby např. mleté stravy. Důležitou potřebou je i naplnění pocitu spolupatříčnosti s ostatními uživateli. Mít svou postel, stálé místo u stolu hraje velkou roli při začleňování mezi ostatní uživatele. Pracovníci se rovněž snaží vytvořit pro uživatele, prostor, soukromí, k relaxaci a odpočinku. Pro uživatele je velmi důležitý

pocit uznání jeho osoby, jakož i vyjadřování úcty k němu samému. Neuspokojení těchto potřeb může být spojeno s agresivním popřípadě autoagresivním chováním.

V procesu adaptace se osvědčila účast nově přijatého uživatele na komunitě, kde je představen ostatním členům komunity. Pokud se cítí, může se představit sám a sdělit to, co považuje za nutné nebo vhodné říci o sobě samém. Často tímto aktem dojde k prolomení bariéry strachu ze všeho nového a k naplnění pocitu potřeby „někam patřit.“ Ze sociálních potřeb, je pro klienta důležité mít dostatek informací. Vědět, co se kolem něho děje. Podle možností být obeznámen, co se děje u jeho blízkých. To souvisí s potřebou lásky. Pocit být milován někým blízkým, je často motivem a smyslem života každého člověka. Proto pokud má uživatel příbuzné, je snahou pracovníků navázat s rodinou kontakt a dále ho rozvíjet, utužovat rodinné nebo přátelské vztahy.

Pro některé uživatele je v procesu adaptace velmi důležité mít možnost vyjadřovat své pocity a být vyslyšen. Sdělovat vlastní názory a zkušenosti. Samozřejmě toto není pravidlem. Někteří uživatelé, naopak nemají potřebu své zážitky s kýmkoli sdílet. Pracovníci se proto velmi snaží, aby respektovali individuální potřeby uživatele.

Naplnění potřeby autonomie, tzn. být svobodný, mít možnost rozhodování o sobě samém je ukazatelem kvality života uživatele. Celý tým se snaží vyjadřovat uživateli uznání a vážnost. Důstojně ho oslovuje všemi tituly, které v průběhu aktivního života dosáhl. Platí to samozřejmě také u osoby, která se jeví, že okolí nevnímá. Potřeba seberealizace, naplnění potřeby něco dokázat být ještě užitečný je realizována nabídkou skupinových aktivit v oblasti kulturního, pracovního nebo i sportovního vyžití v domově.

Příloze č. 1, pak uvádím roční plán kulturního a společenského vyžití sestaveného pro uživatele Domova se zvláštním režimem Kvasice.

3.6 Sociální práce s uživateli v zařízení Domova se zvláštním režimem Kvasice

Mezi základní metody práce s uživateli s duševním onemocněním se řadí individuální práce a skupinová práce.

Individuální sociální práce v Domově se zvláštním režimem Kvasice, je charakteristická metodou **pozorování**. Už při prvním kontaktu se žadatelem

si sociální pracovník všímá všech jeho projevů, reakcí, způsobů, vystupování nebo chování. Všechny tyto poznatky jsou zaznamenány ve formuláři sociálního šetření, který uvádím jako přílohu práce. Cílem metody je včas odhalit změny v chování, jednání vyjadřování uživatele, které mohou být známkou zhoršeného zdravotního stavu. Pro vytvoření dobrého vztahu a vzájemné spolupráce s klientem je velmi důležitá metoda **rozhovoru**. Rozhovor s lidmi s duševním onemocněním musí být ze strany ošetřujících veden s ohledem na momentální zdravotní stav uživatele. Komunikace může být ovlivněna sníženou schopností vnímání např. halucinacemi, lhavostí poruchami paměti a myšlení, přílišnými projevy emocí nebo volního jednání. Pečující v Domově se zvláštním režimem Kvasice, proto musí umět přizpůsobit povahu komunikace, tak aby byla uživateli podána srozumitelným popřípadě obrazným způsobem, správným tempem řeči a dostatečným množstvím zpětných vazeb. Pracovník musí disponovat také značnou dávkou trpělivosti. Často je nutné uživateli znovu objasnit a sumarizovat to, co již bylo řečeno. Pomocí neverbální komunikace lze také vysledovat psychické rozpoložení uživatelů. Některé neverbální projevy, pozice těla, výrazu obličeje, odstínu hlasu mohou upozornit na to, že není vše v pořádku. Neverbální komunikace se rovněž zasazuje o lepší pochopení obtížně komunikujících uživatelů. Management Domova se zvláštním režimem Kvasice, klade důraz na metodu vedení rozhovorů s uživateli. V rámci povinného vzdělávání pracovníků v přímé obslužné péči se zaměřuje a doporučuje možnost prohloubení dovedností komunikace s klienty pomocí akreditovaných kurzů zaměřených právě na tuto oblast vzdělávání.

Individuální práce je také zaměřena na metodu **plánování** a stanovení osobních cílů uživatelů.⁴ Individuální plánování osobních cílů nelze chápat pouze jako naplňování Standardů kvality, ale také jako zkvalitňování života uživatelů. Domov se zvláštním režimem má pro naplňování Standardu kvality č. 5. - „Individuální plánování služby,“ zpracovaná pravidla, podle kterých postupuje.(SQSS. *Standardy kvality č. 5 Domov se zvláštním režimem Kvasice*) Dále se budu zabývat samotnou technikou společného plánování osobního cíle uživatele s klíčovým pracovníkem.⁵ Definování osobního cíle se může zpočátku jevit velmi obtížné. Pokud se klíčový

⁴ Osobní cíl je součástí individuálního plánování. Je to schopnost vydefinování toho co by uživatel mohl a chtěl pomocí poskytované služby dosáhnout.

⁵ Klíčový pracovník je pro uživatele důvěrníkem, který prosazuje zájem uživatele. Společně plánuje, realizuje a hodnotí individuální cíle uživatele

pracovník zeptá uživatele na jeho osobní cíl, uživatel většinou neví, co má odpovědět. Stává se, že vyjadřuje spíše nereálné představy jako „bydlet sám“, „mít klid“ apod. Tato přání nemohou být podnětem k plánování osobních cílů. Klíčový pracovník se proto zaměřuje na proces tvorby individuálního plánu pomocí hodnocení samostatnosti, schopností a dovedností uživatele. Klíčový pracovník se zaměřuje na to, jaké má uživatel komunikační schopnosti, jak umí reagovat formulovat svá přání, zda čte, píše atd. Jakým způsobem zvládá hygienu, zda potřebuje dopomoc při koupání, umí se oholit, učesat. Jaké má sociální dovednosti hospodařit s financemi, zda se orientuje v čase, zda se umí sám pohybovat mimo domov. Zjišťuje představy přání a záliby uživatele. Společně si pak dohodnou prostředky, kterými budou cíl realizovat. Klíčový pracovník při stanovení osobního cíle používá několik metod. Nejzákladnější metodou je rozhovor. Otázky musí být uživateli srozumitelné, zaměřené na důležité okamžiky v jeho životě. Co je pro něho v současné době důležité. Jakou má představu do budoucna. Co by si přál změnit, s čím je spokojený, co mu dělá radost a naopak. Významným zdrojem podnětů ke stanovení cíle může být analýza uspokojení potřeb uživatele nebo rozhovory s jinými pracovníky popřípadě s referujícími osobami nebo studiem dokumentace. Výsledkem těchto metod je pak definování konkrétního dosažitelného měřitelného cíle, stanovení prostředků, časového období a hodnocení cíle.

Skupinová práce

Velice důležitou uplatňovanou formou sociální práce v Domově se zvláštním režimem je **skupinová práce**. Specifickou skupinovou prací je v DZR Komunita konaná každý pracovní den. Je založena na metodě skupinové práce. Svým zaměřením se řadí mezi svépomocné skupiny, pro něž je typické poskytování vzájemné podpory v překonávání stejného nebo podobného problému. (Máhrová a kol., 2008). Význam skupinové práce v komunitě Domova se zvláštním režimem spočívá ve sdílení skupinové zkušenosti s dalšími lidmi. Pro uživatele je důležité vytvořit prostředí, ve kterém se necítí osamoceni. Zjištění, že stejný problém má i někdo jiný často přináší uživatelům úlevu. Otevírá se jim prostor k sdílení podobných starostí a těžkostí s ostatními členy (Matoušek, 2003).

Komunity se účastní asi třetina uživatelů. Facilitátorem skupiny je sociální pracovníce, která podporuje a usnadňuje navazování vztahů mezi členy skupiny. Řízení skupiny předpokládá především komunikační dovednosti, zvládání pohotových reakcí skupinové dynamiky usměrňování komunikace. Ve skupině platí společně přijatá

pravidla, která členy skupiny zavazují k mlčenlivosti a vzájemné důvěrnosti. Předpokládá se otevřenost rozhovorů, bez kterých by skupinová práce neměla smysl. Důležité je vědět, že každý účastník má právo říct stop, pokud by se jednalo o věci, které považuje za příliš osobní a nechce je prezentovat na tak velkém fóru (Matoušek, 2003).

Pomocí komunity mají uživatelé možnost vyjádřit se k mnohým plánovaným činnostem a pořádaným akcím, ale i podání stížností, nebo řešení společných problémů soužití. Stávají se tak aktivními uživateli služby, která vychází a reflektuje specifické potřeby cílové skupiny osob s duševním onemocněním. Ve skupině platí dohodnutá pravidla, která všichni účastníci respektují. Tato forma sociální práce se stala dobrou praxí zařízení. Splňuje předpokládaný cíl, vzájemné informovanosti mezi uživateli a poskytovatelem, umožňuje pružně reagovat na problémy ze strany uživatelů a naplňuje členy skupiny pocitem sounáležitosti a možností ovlivnit průběh poskytované služby. Mezi neméně důležité práce se skupinou se ještě uvádím.

Ergoterapie

Pro účely ergoterapie je v domově nově zařízená pracovní dílna, která umožňuje provozovat časově náročné aktivity. To je důležité pro vytvoření pohody, kdy se pracovní skupina nedostává do časového presu z důvodu sklizení rozdělané práce. V klidu může práci dokončit např. v dalším dnu.

Další velmi oblíbenou aktivitou je **pracovní terapie** zaměřená na udržování pořádku a čistoty kolem budovy. Areál domova je velmi rozsáhlý, umístěn v krásném prostředí parku. Mnozí uživatelé si velmi cení hezkého okolí domova, skýtající pobyt v prostředí plné zeleně. Rádi se zúčastňují aktivit spojených s úklidem spadaneho listí, zametání, vyhrabování trávníků. Ženy rády pečují o květiny. Přináší jim to pocit uspokojení z dobře vykonané práce. Tato forma terapie koresponduje s činnostmi lidí vykonávanými v přirozeném prostředí. Dává smysl a je vnímána jako užitečná a prospěšná. Neméně důležitý úkol má tzv. **kondiční ergoterapie** užívaná především v práci s imobilními klienty domova. Snahou je odpoutat myšlenky na nemoc a zároveň aktivizovat a zabránit stagnaci uživatelů. Vhodnou a přiměřenou formou se snaží pracovníci podchytit zájem uživatele a dále ho rozvíjet. Důležitou dovedností je správně zvolit u dotyčného právě tu aktivitu, která u něho vzbudí největší zájem. Někdy to je četba na pokračování, či článek z tisku, procvičování jemné motoriky, házení míčků, zapojení do soutěžních kvízů s názvem „Kdo ví, odpoví“

Pro nemocné s chronickou schizofrenií v klidové fázi je třeba zorganizovat denní režim a program. Většinou mají tendenci izolovat se a nic nedělat. Často nedbají ani sami o sebe. Proto vhodně volený program dne, přiměřený k jejich zdravotnímu stavu a zájmu má pro tyto lidi velký význam: **Muzikoterapie** je metoda využívána zvláště u imobilních klientů k navození příjemné atmosféry, duševní pohody. Umožňuje prožívat vnitřní zážitky. Dochází k vytvoření vzájemného vztahu mezi skupinkou uživatelů a plní důležitou relaxační funkci.

Canisterapie je metodou je využívánou zejména u uživatelů s komunikačními obtížemi a u imobilních klientů. Pes totiž nerozlišuje mezi tím, kdo je krásný a zdravý nebo nemocný. Cítí jenom, že jej člověk má rád. Proto při canisterapii, dávají psi klientům pozitivní impulzy a obohacují emotivní složku jejich života. Přítomnost psa, možnost pohladit ho, polaskat se s ním mnohdy nahrazuje chybějící lásku lidí. Zkvalitňuje jejich duševní zdraví a usnadňuje komunikaci.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem na základě studia literatury shrnula informace z dostupné literatury týkající se sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Připojila jsem i svoji osobní zkušenost v poskytování péče o uživatele s chronickým a uvedla je na konkrétním příkladu poskytování sociální služby Domova se zvláštním režimem Kvasice

V první kapitole jsem se věnovala základním pojmům zdraví a nemoci. Dále jsem popsala příznaky, projevy a průběh duševních onemocnění, která jsou nejvíce zastoupena v cílové skupině osob Domova se zvláštním režimem Kvasice. Poukázala jsem rovněž na dopady duševního onemocnění na jedince a jeho rodinu v oblasti práce, bydlení a zaměstnání.

Druhá kapitola je věnována sociální práci, která nabízí podporu a pomoc lidem s duševním onemocněním s cílem rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti, omezit nebo odstranit vzniklé problémy, zlepšení a zkvalitnění úrovně života. Zmiňuji se také o možnosti řešení tíživých situací pomocí poskytování komunitní péče a systému sociálních služeb zaměřující se především na kvalitu poskytované péče.

V poslední kapitole jsem popsala metody a přístupy práce k uživatelům Domova se zvláštním režimem Kvasice. Zařízení vzniklo transformací domova pro seniory a je určeno uživatelům, kteří tvoří cílovou skupinu lidí s chronickým duševním onemocněním. Pro tuto cílovou skupinu lidí byla ve Zlínském regionu zastoupena pouze jedna služba, která kapacitně nemohla uspokojit poptávku po službě. Nově vzniklé zařízení domova se zvláštním režimem Kvasice, poskytuje péči o duševně nemocné cca. tři roky. Zaměřuje se především na individualitu a specifické potřeby uživatelů plynoucích z jejich onemocnění. Důraz je kladen také na kvalitu poskytovaných služeb, vymezených Zákonem č 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů platný k 12.03. 2011.

Práce měla za úkol podat srozumitelný přehled problematiky týkající se lidí s duševním onemocněním. Nastínit možné řešení vzniklé životní situace a popsat sociální práci v nově transformovaném zařízení. Podnětem pro mou práci byl zájem veřejnosti a ostatních kolegů z jiných zařízení, jakými způsoby a metodami zařízení pracuje s cílovou skupinou lidí s chronickým duševním onemocněním. Tento zájem

je reakcí na vzniklou situaci transformace psychiatrické péče a s tím spojeným problémem nedostatečné kapacity volných míst umístění žadatelů do zařízení sociálních služeb. Ti jsou většinou zařazováni do evidence žadatelů, která neustále narůstá. Snahou je tedy rozšířit možnosti poskytování sociální služby a uspokojení co největšího množství lidí, kteří tuto péči potřebují. Smysl mé práce vidím v tom, že může předat potřebné informace kolegům, zabývajícím se myšlenkou poskytování péče o osoby s duševním onemocněním.

Seznam použité literatury

- BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost Postavení duševně nemocného v společnosti a v právních předpisech*. Praha: Galén, 1997. s. 218. ISBN 80-85824-45-0.
- BEDNÁŘ, M. *Plánované změny zákona o sociálních službách a jeho výsledky*. In *Spravedlnost a služba III*, Olomouc: Caritas – VOŠs, 2008, s. 73. ISBN 978-80-254-3383-6.
- COHEN, R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. s. 199. ISBN 80-7178-497-4.
- FARBIAKOVÁ, I. *Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním*. In *Sociální práce České Budějovice: ASVP*, 2008. s. 77, ročník 1/2008.
- GOFFMAN, E. *Stigma, poznámky o způsobech zvládnutí narušené identity*. Praha: Slon, 2003. s. 167. ISBN 80-86429-21-0.
- JANOŮŠKOVÁ, K. *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách*. In *Sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. Ostrava: Oostravská univerzita v Ostravě, 2007, s. 351. ISBN 978-80-7368-229-3.
- KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. Praha: C. H. Beck, 2007. s. 175. ISBN 978- 80-7179-620-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 2001. s. 279. ISBN 80-7178-551-2
- KULICHOVÁ, R. *Transformace a deinstitucionalizace pobytových služeb z pohledu MPSV*. In *Sociální služby*. (odborný časopis). Tábor: APSS ČR, ročník XII 12/2010 s. 26.
- MACKEWN, J. *Gestalt psychoterapie, moderní holistický přístup k psychoterapii*. Praha: Portál, 2004. s. 254. ISBN 80-7178-922-4.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další omáhající profese*. Praha: Portál, 2002. s. 144. ISBN 80-7178-700-0.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 168. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MATOUŠEK, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 384. ISBN 80-7178-548-2.

- MATOUŠEK, O., *Potřebujete psychoterapii?*. Praha: Portál, 1999, s. 136. ISBN 80-7178-314-5.
- MATOUŠEK, O. a kol., *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. s. 309. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O. et. al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupina práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. s. 352. ISBN 80-7367-002-X.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 352. ISBN 80-247-1151-6.
- NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. s.157. ISBN 80-7178-515-6
- PAVLOVSKÝ, P. *Soudní psychiatrie pro právníky*. Praha: Karolinum, 2001. s. 76. ISBN 80-7184-533-7
- PĚČ, O., PROBSTOVÁ, H. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: TRITON, 2009. s. 256. ISBN 978-80-7387-253-3.
- Pěč, O. *Vážené čtenářky, vážení čtenáři*. In Sociální práce. České Budějovice: ASVP, 2008, s.1ročník 1/2008.
- PĚČOVÁ, J. *Nemocný člověk si sám mnohokrát neuvědomuje, že jsou jeho práva porušována*. In Sociální práce České Budějovice: ASVSP, 2008, s. 33, ročník 1/2008.
- POLÁCHOVÁ, E. *Stigmatizace duševně nemocných*. In Spravedlnost a služba. Olomouc: Caritas – VOŠs. 2006. s. 70. ISBN 80-239-7697-4.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat – stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2003. s. 184. ISBN 80-7178-809-0.
- PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J., PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy - Jak je překonat*. Praha: Portál, 2006. s. 232. ISBN 80-7367-079-8.
- PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. s. 355. ISBN 80-7178-737-X.
- PROBSTOVÁ, V. *Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání*. In Sociální práce. České Budějovice: ASVSP, 2008. s. 33, ročník 1/2008.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén, 2008. s. 156. ISBN 978-80-7262-586-4.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANATOVÁ, D., *Psychiatrie- minimum pro praxi*. Praha: TRITON, 2006. s. 211, ISBN 80-7254-746-1.

SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008, s. 444, ISBN 978-80-7357-316-4.

SQSS. Standardy kvality poskytování sociálních služeb: Domov se zvláštním režimem Kvasice. Kvasice: 2007. Neuvedeno s.

SNÁŠEL, M. *Sociální práce a přístup zaměřený na člověka*. In *Spravedlnost a služba*. Olomouc: Caritas - VOŠs, 2006. s. 59. ISBN 80-239-7697-4.

ŠÍMA, A., SUK, M. *Základy práva prostřední a vyšší odborné školy*. 7. dopl. vyd. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 405. ISBN 80-7179-500-3.

Úplné znění. Sociální zabezpečení 2011. Ladislav Burdek. Ostrava: Sagit,a. s. 2011. ISBN 978-80-7208-830-0

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese- Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. s. 448, ISBN 80-7178-214-9.

Internetové zdroje:

Domov se zvláštním režimem Kvasice. [online] Dostupný z http://www.seniori-kvasice.cz/pages/kdo_j sme. [2011 03-24]

Ministerstvo práce a sociálních věcí www.mpsv.cz. [online] 2011 -16 02.2011. Dostupný z <http://www.mpsv.cz/cs/619> [2011-02-16].

Psychiatrická léčebna Bohnice – komunitní péče. [online] Dostupný z <http://www.plbohnice.cz/home2/cz> [2011-03-24].

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Plán kulturních, společenských a sportovních akcí Domova se zvláštním režimem Kvasice na rok 2011.

Příloha č. 2: Záznam sociálního šetření k posuzování žádosti o přijetí do Domova se zvláštním režimem Kvasice.

Příloha č. 1: Plán kulturních, společenských a sportovních akcí v roce 2011

Leden	Tři králové Hudební odpoledne, vyhlášení výsledků kvízu „ Kdo ví odpoví“ Beseda s Mgr Petrem Utíkalem Sportovní turnaj v elektronických šipkách „Přesná muška“ (I kolo)
Únor	Zimní sportovní hry DZR Kvasice Maškarní bál Soutěž „ Přesná muška“ (II. kolo)
Březen	Masopust Hudební odpoledne Soutěž „ Přesná muška“ (III . kolo)
Duben	Hudební odpoledne spojené s vyhlášením výsledků soutěže „Přesná muška“ Stavění a zdobení máje Beseda v Knihovně Kroměřížska Vítání jara – přátelské posezení u ohně
Květen	Oslava Dne matek Soutěž - Sportovec roku 2011 seniorský čtyřboj Kácení máje Jarmark Sociálních služeb Kroměříž
Červen	Soutěž – Sportovec roku 2011 seniorský čtyřboj Hudební odpoledne Výlet do Kroměříže Soutěž – Kuželkářská liga
Červenec	Soutěž – Seniorský čtyřboj Výlet pro imobilní uživatele Soutěž - Kuželkářská liga Soutěž - Kuželkářská liga

Srpen	Soutěž – Seniorský čtyřboj Hudební odpoledne spojené s vyhlášením výsledků soutěže Sportovec roku
Září	Hudební odpoledne s vyhlášením výsledků Kuželkářské ligy Sportovní hry seniorů v Kroměříži Kvízová soutěž- Kdo ví, odpoví
Říjen	Vinobraní Soutěž „ Kdo ví, odpoví“ Karaoke šou
Listopad	Hudební dopoledne Beseda s občany Kvasic Barvy života
Prosinec	Mikulášská nadílka Předvánoční besídka Silvestrovská veselice

Příloha č. 2: Záznam sociálního šetření pro posuzování žádosti o přijetí do Domova se zvláštním režimem Kvasice

Jméno a příjmení:	Jana X
Bydliště:	neuveveno
Věk	68 let
Diagnóza:	bipolární afektivní porucha osobnosti
První kontakt:	písemné podání žádosti
Bytové podmínky:	žadatelka v současné době hospitalizována v Psychiatrické léčebně Kroměříž,
Rodinná anamnéza	vdova
Pracovní anamnéza	invalidní důchodce
Sociální anamnéza	vztahy udržuje pouze s nejmladší dcerou
Finanční anamnéza	invalidní důchod

Sociální šetření provedeno za účelem předložení žádosti k posouzení doporučení přijetí do Domova se zvláštním režimem Kvasice.

Zjištění: Žadatelka je v současné době hospitalizována v Psychiatrické léčebně Kroměříž. Je to její opakovaná hospitalizace. Žadatelka je vdova, pobírá invalidní důchod. Má dvě dcery. Pokud manžel žil dokázala svou nemoc s jeho pomocí zvládnout. Po smrti manžela, zůstala paní Jana sama. Proдалa byt a peníze použila k zakoupení televize, ostatní rozdala. Byla to reakce na smrt manžela, která ji přivedla do stavu, kdy si neuvědomovala následky svého jednání. Neměla kam jít, a proto se nastěhovala k své dceři. Soužití v rodině bylo obtížné vzhledem k tomu, že dcera je vdaná a má svou vlastní rodinu s malými dětmi. Bytové podmínky byly velmi stísněné, což vedlo ke konfliktům v soužití. Vzhledem k tomu, že dcera je na mateřské dovolené, má problémy s finančním zabezpečením rodiny. Dcera uvádí, že matka si vyřídila půjčku u Komerční banky, peníze utratila a nyní půjčku splácí, což přináší velké finanční zatížení celé rodině protože matka se nepodílí na financování chodu rodiny. V současné době je žadatelka opakovaně hospitalizována v psychiatrické léčebně Kroměříž, z důvodu psychických potíží. Po domluvě s dcerou a sociální pracovnící psychiatrické léčebny si paní Jana podala žádost o umístění do Domova se zvláštním režimem Kvasice.

Situace v rodině dcery, je neudržitelná paní Jana nechce být dceři na obtíž. Také uvádí, že nemá žádné soukromí a pláč malých dětí ji znervózňuje. Starší dcera bydlí daleko a sama je v invalidním důchodu, takže se o matku postarat nemůže. Paní Janě bylo doporučeno, aby požádala vzhledem ke svému zhoršenému zdravotnímu stavu o příspěvek na péči.

Žadatelka splňuje podmínky pro přijetí a je osobou vyžadující pomoc a péči jiné osoby. Žádost se poradní komisi doporučuje ke schválení.

Kroměříž 12. 03. 2011

Sepsala sociální pracovnice

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Marta Pospíšilová
Katedra:	Katedra křesťanské a sociální práce CMTF UP v Olomouci
Vedoucí práce:	Mgr. Hana Krylová Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Metody a přístupy sociální práce s duševně nemocnými lidmi na příkladu práce v Domově se zvláštním režimem Kvasice
Název v angličtině:	Social work methods and approaches for persons with mental illness for example home with special arrangements Kvasice
Anotace práce:	Bakalářská práce popisuje v úvodní části vybraná duševní onemocnění, jejich příznaky průběh a možné psychosociální dopady na život jedince a jeho okolí. Druhá část popisuje sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Objasňuje možnosti a druhy poskytování sociální péče Závěrečná část práce ukazuje na konkrétním příkladu zavádění teoretických poznatků do praxe.
Klíčová slova:	sociální práce, sociální pracovník, sociální problém, sociální služby
Anotace v angličtině:	In the first part, the bachelor thesis describes the mental illnesses, their symptoms, a progress and possible psychosocial impacts on one's life. The second part deals with social work with people with the mental illness. It shows the possibilities and kinds of social care. The final part describes a particular example of an introduction of theoretical knowledge in practise.
Klíčová slova v angličtině:	social work, a social worker, a social problem, a social service.

<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Plán kulturních, společenských a sportovních akcí Domova se zvláštním režimem Kvasice na rok 2011</p> <p>Záznam sociálního šetření k posuzování žádosti o přijetí do Domova se zvláštním režimem Kvasice</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>55</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>čeština</p>