

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2015

Jiří Ivanov

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Mezinárodní sociální a humanitární práce

Jiří Ivanov

*Prevence duševních onemocnění a možnosti sociální práce v oblasti
pomoci klientovi zvládat dopady onemocnění v sociální sféře*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová Ph.D.

2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl v seznamu literatury. Také prohlašuji, že jsem přitom použil jen uvedených pramenů a literatury.

Poděkování

Tímto bych chtěl upřímně poděkovat paní Mgr. Haně Krylové Ph.D. za její ochotu a čas, který mi věnovala při vedení mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	6
1 Teoretická část	8
1.1 Kontext duševních onemocnění	8
1.1.1 Duševní onemocnění.....	8
1.1.2 Příčiny vzniku duševních poruch.....	10
1.1.3 Symptomy a dopady duševních poruch na život člověka.....	13
2 Prevence duševních onemocnění	20
2.1.1 Primární prevence a podpora zdraví	20
2.1.2 Sekundární prevence	21
2.1.3 Terciární prevence	22
2.1.4 Léčba duševních chorob z hlediska psychiatrie.....	25
3 Sociální práce s lidmi duševně nemocnými.....	28
3.1.1 Vymezení pojmů sociální práce.....	28
3.1.2 Negativní sociální dopady duševních onemocnění na život člověka	31
3.1.3 Možnosti sociální práce s lidmi duševně nemocnými	35
4 Empirická část.....	40
Cíl výzkumu.....	40
5 Metodologický rámec výzkumu	41
5.1 Kvalitativní výzkum.....	41
5.2 Metoda získávání dat.....	41
5.3 Metody zpracování dat	42
5.3.1 Doslovná transkripce	42
5.3.2 Vyhodnocování	43
6 Realizace výzkumu	44
6.1 Fenomenologické zkoumání	44
6.2 Způsob výběru respondentů	45
Předem daná struktura výběru	45
Výzkumný vzorek.....	46
6.3 Etické otázky výzkumu	49
7 Průběh výzkumu	50
8 Analytická část.....	52
8.1 Hlavní část – Analýza dat	52

8.1.1	Analýza dat výzkumu s lidmi s duševně nemocnými.....	52
8.1.2	Analýza dat výzkumu s rodinnými příslušníky duševně nemocných.....	56
9	Diskuse.....	67
9.1.1	Úskalí výzkumného vzorku	67
9.1.2	Diskuse nad výsledky s lidmi duševně nemocnými	67
9.1.3	Diskuse nad výsledky s rodinnými příslušníky duševně nemocných lidí	68
9.1.4	Diskuse s Expertízou pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“	70
	Závěry výzkumu	71
	Souhrn.....	73
	Seznam literatury	75
	Přílohy.....	78

Úvod

Na začátku bych nejprve chtěl objasnit, proč jsem se rozhodl tematikou duševních onemocnění zabývat. S člověkem s duševním onemocněním mám totiž vlastní zkušenost, neboť jeden z mých prarodičů jím trpí. Samozřejmě se mě fakt, že je takto nemocný, osobně dotýká – stejně jako dalších mých příbuzných. V poslední době jsem si více uvědomil, že členem naší rodiny je duševně nemocný, a položil jsem si otázku, co s tím děláme my jako jeho příbuzní. Znepokojivý pak byl výsledek mého zamýšlení, že neděláme vlastně nic, že nijak nepomáháme dotyčnému jeho tíživou situaci zvládnout a že možná ani nevíme, jaké konkrétní možnosti řešení bychom mu mohli nabídnout. Toto zamýšlení jsem pak rozvíjel dále a rozšířil svůj až dosud značně omezený pohled, jenž byl zaměřen pouze na psychiatrickou léčbu, rovněž na sociální práci, na sociální exkluzi, která se mi u mého příbuzného zdála zřejmá, a sociální inkluzi, kdy jsem se zamýšlel nad tím, jaké formy pomoci s ohledem na sociální inkluzi existují a nakolik sociálním potřebám těchto lidí odpovídají.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké možnosti služeb zaměřujících se také na sociální inkluzi sociální práce lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám nabízí, a zjistit, zdali jsou si dotyční těchto možností vědomi a jak je případně vnímají.

V teoretické části se zaměřím na objasnění toho, co duševní onemocnění je, na příčiny vzniku onemocnění, symptomy, léčbu a prevenci. Poté se budu věnovat sociálním aspektům těchto onemocnění, specifickým potřebám duševně nemocných a skutečností, jak sociální práce na tyto potřeby reaguje.

Empirická část si pak klade cíl zjistit, jak mohou vnímat možnosti sociální inkluze lidé s duševním onemocněním, potažmo jejich rodinní příslušníci. Můj výzkum se zabývá fenoménem sociální exkluze a sociální inkluze, proto se mou výzkumnou strategií stalo fenomenologické zkoumání. Při sběru dat jsem využil metody polostrukturovaných interview. Rozhovory s respondenty probíhaly v jejich domácím prostředí a jejich záznam byl zajištěn formou nahrávání. Vyhodnocování těchto dat pak probíhalo ve dvou úrovních: nejdříve jsem data provedl otevřeným a posléze i axiálním kódováním, přičemž jsem se již soustředil na nacházení souvislostí a kategorií v rámci, v němž se respondenti pohybují.

Důležitost svého výzkumu spatřuji ve skutečnosti, že v systému služeb a institucí se dle mého názoru často pozapomíná na kladení otázek ohledně toho, jak se k dané tematice sociální inkluze duševně nemocných staví právě její účastníci, tedy rodinní příslušníci a samotní nemocní, jaké jsou jejich potřeby atd. Tento výzkum může prostřednictvím tohoto obecného přehledu možného vnímání poskytnout organizacím minimálně ono zamyšlení, které je povede k tomu, aby se více zabývaly tím, jak téma sociální inkluze vnímají její přímí účastníci, a podle toho své služby upravovaly a nadále poskytovaly.

Duševní onemocnění, jak jsem mohl vypořádat ať už v teorii, nebo v empirii své práce, zasahuje do základních životních potřeb člověka, jako jsou bydlení, zaměstnání, volný čas, mezilidské vztahy aj. Netýká se pouze fyzického onemocnění mozku, kdy je třeba lékařská pomoc poskytovaná v rámci nemocničních zařízení, ale též těchto sociálních oblastí, které si vyžadují pomoc zase sociálního pracovníka. Člověk je biopsychosociálně-spirituální bytost, proto i práce s lidmi musí vždy probíhat na více úrovních. Tento fakt skvěle reflektuje moderní trend ubírající se ke komunitní práci, jež vytváří multidisciplinární týmy, které pak v rámci intervencí mnohem efektivněji pracují s těmito lidmi trpícími duševním onemocněním.

Časopis Sociální práce/sociální práce taktéž poukazuje na tematiku sociální práce s duševně nemocnými lidmi. V první části odkazuje na řadu organizací a na to, jakým způsobem oblast duševně nemocných reflektují. Jako příklad zde uvedu několik organizací, které jsou v časopise zmíněny a které slouží za příklady českých organizací. Jedná se kupříkladu o organizaci Fokus, která usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené dlouhodobé služby, dalším příkladem mohou být komunitní služby sdružení Eset-help. Časopis rovněž poukazuje na stav organizací v Brně, kde jich je v případě duševně nemocných nedostatek. Dále se zde uvádí i řada dalších organizací v rámci, v němž si duševně nemocní mohou např. rozšířit své sociální anebo pracovní dovednosti. Hovoří se zde i o tom, že řešení situace duševně nemocných je bez léků nemyslitelné, o tom, že práce s duševně nemocným jedincem je o vytvoření vztahu a důvěry, o kvalifikaci sociálních pracovníků v psychiatrickém zařízení, která vyžaduje i zdravotnické vzdělání, o právech duševně nemocných, o předsudcích vůči duševně nemocným, o sociálních pracovnících v oblasti sociální péče a v neposlední řadě i o pracovních bariérách duševně nemocných (Sociální práce/sociální práce, 2008).

1 Teoretická část

Teoretickou část své práce bych chtěl rozdělit na dva oddíly. V tom prvním se budu věnovat vymezení základních pojmů a představení duševních chorob i v kontextu psychiatrie, protože právě ta je výrazným prvkem v řešení životní situace lidí duševně nemocných. Ve druhém oddíle bych se chtěl hlouběji soustředit na možnosti sociální práce reagovat na potřeby lidí a sociální exkluzi a inkluzi lidí duševně nemocných.

1.1 Kontext duševních onemocnění

Složitost studia duševních poruch (ale i diagnostiky a léčby) vychází ze složitosti mozku a jeho stavby, resp. z propojení jednotlivých neuronů mezi sebou (Malá, Pavlovský, 2002, s. 17).

V prvních kapitolách se zaměřím na definice duševního onemocnění. Poté se budu věnovat příčinám vzniku těchto onemocnění a symptomatologickým oblastem, které výrazně zasahují do života člověka duševně nemocného, a léčbou z hlediska psychiatrie. To vše považuji za důležité pro pochopení kontextu duševního onemocnění, jelikož k vytváření nějakých preventivních opatření potřebujeme znát příčiny vzniku onemocnění a jejich průběh, tedy příznaky a to, jakým způsobem se psychiatrická léčba v současnosti děje, což je stěžejní také pro sociální práci, která na ni navazuje.

1.1.1 Duševní onemocnění

V této kapitole bych se chtěl soustředit na to, co duševní onemocnění je. K vymezení užiji definic z odlišných zdrojů, přičemž ta první nahlíží na duševní onemocnění více z pohledu sociální práce, ta druhá více z pohledu zdravotnického. Užitím těchto dvou pohledů sleduji zároveň fakt, jak nerozlučně spolu zdravotnická a sociální pomoc v oblasti duševních onemocnění komunikují.

Definice duševního onemocnění

„Duševní (psychická) nemoc je nemoc, která zasahuje psychiku člověka, psychické procesy, jeho vnímání, myšlení, emoce, motivaci, vůli a nejen psychiku a psychické procesy, ale také vnímání vlastního těla, sociální fungování a duchovní rozměr člověka.“ (Matoušek, Křišťan, Musil, Smutek, 2013, s. 400)

Definice duševního onemocnění dle WHO

Duševní poruchy zahrnují širokou řadu problémů s různými příznaky. Nicméně ony jsou obecně charakterizovány nějakou kombinací abnormálních myšlenek, emocí, chováním a vztahy s ostatními. Příklady jsou schizofrenie, deprese, mentální retardace a poruchy v důsledku užívání drog. Většina z těchto poruch lze úspěšně léčit (WHO, 2015).

Klasifikace duševních nemocí a poruch chování – MKN 10

Pro jasný přehled toho, jaká onemocnění se řadí mezi duševní, využijí klasifikace duševních a poruch chování – MKN 10, tj. mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, jež „má zajistit, aby ve všech členských státech Světové zdravotnické organizace (SZO) byly nemoci, úrazy, příčiny smrti a další přidružené zdravotní problémy stejně vykazovány, stejně tříděny, a tudíž byly mezinárodně srovnatelné.“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012)

Základní dělení duševních a behaviorálních poruch (MKN-10) je následující:

- F00-F09 – Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20-F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30-F39 – Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40-F49 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50-F59 – Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 – Poruchy osobnosti a chování U dospělých
- F70-F79 – Mentální retardace
- F80-F89 – Poruchy psychického vývoje
- F90-F98 – Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F99 – Nespecifikovaná duševní choroba

(Mahrová, Venglářová, 2008, s. 70)

1.1.2 Příčiny vzniku duševních poruch

Příčiny vzniku jakéhokoli onemocnění hrají dle mého názoru podstatnou roli na poli zdravotnickém, potažmo sociální péče o širší populaci. Domnívám se, že znalost příčin – v kontextu mé práce – duševních onemocnění je základním předpokladem v oblasti následné péče, ale také prevence, která má potenciál vzniku těchto onemocnění zabránit, což i z hlediska ekonomického je pro společnost přínosné. Proto se nyní budu tématice příčin duševních onemocnění věnovat hlouběji.

„Duševní poruchy jsou vyvolány vlivy, které je možno poznat, i vlivy, které se zatím nepodařilo prozkoumat. Schematicky můžeme vznik duševních poruch rozdělit do tří základních skupin.“ (Malá, Pavlovský, 2002, s. 15)

Etiologický činitel

Příčinou duševní poruchy se stává nějaké organické postižení mozku, jakým může být například vysoký krevní tlak či mozková ateroskleróza, dále i infekční onemocnění mozku, mozkové nádory, poranění mozku či toxické postižení (Malá, Pavlovský, 2002, s. 15).

Etiologický činitel je neznámý

Mezi duševními chorobami jsou onemocnění, u nichž je příčina dodnes neznámá vzniku. Jedná se o psychózy, jež obvykle doprovází změna chování, vnímání a myšlení nebo patická nálada bez náhledu choroby. Tyto psychózy vedou k nepředvídatelnému chování a často i k sociálnímu vyloučení (Malá, Pavlovský, 2002, s. 15).

Faktory hereditárně-konstituční

Tyto faktory vycházejí ze zděděné dispozice, přičemž někdo méně odolný pak může být ke vzniku určité duševní choroby náchylnější (Malá, Pavlovský, 2002, s. 15).

Faktory zevní

Tyto faktory se dělí na negativní a projektivní, kdy mezi **negativní vlivy** prostředí řadíme i perinatální vlivy, vystavování se infekcím či toxinům, traumata, vliv farmak vyvolávajících závislosti. Sem patří negativní životní zkušenosti, které pramení např. Z nepříznivé sociální situace, neúspěchů v práci, konfliktů v rodině, z nezaměstnanosti atp. Psychogenní poruchy vznikají pak právě tam, kde člověk není schopen vytvořit si takové psychické mechanismy, aby odolal zátěžové situaci. Dlouhodobé vystavování se

stresu pak vede též ke zranitelnosti a k ohrožení sebe sama duševní poruchou. To vše spolu s dědičnými faktory může vést ke vzniku duševní poruchy (Malá, Pavlovský, 2002, s.16).

Naopak pozitivní vlivy, které mají ochranou funkci a které pocházejí z vnějšího prostředí, vznikají především v emočně stabilní rodině, kde lidé získávají pocit jistoty, pocit přijetí a lásky. Tyto faktory jsou základním předpokladem pro to, aby byl člověk s to zvládat nepříznivé životní události. Dalšími vlivy, které takto pozitivně ovlivňují sociální fungování člověka, jsou dobré či nadprůměrné intelektové schopnosti, víra, jež dává jedinci naději, schopnost komunikace či odolnost, tj. schopnost se vzpamatovat po traumatu (Malá, Pavlovský, 2002, s. 16).

Zátěžové situace jako zevní faktory vzniku duševního onemocnění

Zátěžové situace pak představují spíše detaily, u nichž cítím potřebu se jimi zvláště zabývat, poněvadž právě ty se kolikrát mohou jevit jako všední, běžné situace v životě člověka, přitom však hrají zcela zásadní roli při vzniku psychických poruch. Pokud se chceme účinně zabývat prevencí těchto onemocnění, je opravdu nutné znát vše, co by k jejich vzniku mohlo vést.

Různé zátěžové situace mohou vést k různému narušení psychické vyrovnanosti člověka, což se projevuje změnou prožívání, uvažování i chování. Tyto zátěžové situace mohou mít pro vznik a rozvoj psychických poruch různý význam a lze je rozdělit z hlediska jejich závažnosti, ale i možného přínosu (Vágnerová, 2008, s. 48).

Frustrace

„Frustrace jako psychický stav nastává, když je nějaký způsobem znemožněno uspokojení aktualizované potřeby či dosažení určitého cíle. Dá se říci, že míra frustrace se zvyšuje se subjektivní důležitostí a naléhavostí potřeby.“ (Paulík, 2010, s. 51)

Konflikt

Konflikt, ač běžně patří mezi běžné potíže, s nimiž se každý člověk setkává, se může stát subjektivně velmi významným patogenním činitelem v případě, že je opravdu závažný, trvá dlouhou dobu, zasahuje do důležitých osobních oblastí života a člověk jej není schopen sám řešit. Z psychopatologického hlediska jsou **vnitřní konflikty** nejvýznamnější. Tyto konflikty se odehrávají ve vědomí jedince a znamenají střet dvou neslučitelných, přibližně stejných tendencí (Vágnerová, 2008, s. 49).

Stres

Jedná se o stav ve, kde míra zátěže přesahuje mez schopnosti adaptovat se za daných podmínek. Tato míra dle Hladkého a kol. je určena rozdílem mezi dispozičními a expozičními faktory, kdy expoziční jsou myšleny všechny situace, jimž je člověk vystaven a dispozičními, které představují předpoklady člověka zvládat situace (1993, podle Paulík, 2010, s. 41).

Trauma

Trauma lze popsat jako náhle vzniklou situaci, která má pro jedince velice negativní význam a která vede k jistému poškození či ztrátě. Potíže plynoucí z traumatu se obvykle objeví v emoční oblasti. Poškozený člověk ztrácí pocit bezpečí, jistoty, prožívá úzkost a obavy z budoucnosti a smutek ze ztráty něčeho, co pro něj bylo důležité. Jedinec zasažen traumatickou zkušeností se může stát nekritickým, nesoudným, může se izolovat nebo být naopak útočný agresivní (Vágnerová, 2008, s. 52).

Krize

Krize je definovaná jako situace, při níž dochází k narušení psychické rovnováhy v důsledku vyhocení situace, např. dlouhodobého nárůstu nějakých problémů. Krizi můžeme chápat také jako selhání schopnosti adaptovat se na situaci, které by mělo vést ke změně. Tento stav je doprovázen negativními citovými prožitky, narušením pocitu jistoty a bezpečí, úzkosti, zoufalství či beznadějí. V důsledku všech těchto negativních pocitů se pak člověku mění uvažování a člověk podléhá pocitu bezmocnosti, bezradnosti, neschopnosti situaci zvládnout (Vágnerová, 2008, s. 53).

Deprivace

Deprivace je stav, kdy dochází k dlouhodobému neuspokojování objektivně důležitých životních potřeb, jimiž jsou potřeby biologické, psychické. Závažná deprivace může vést k narušení psychického vývoje a ke vzniku určitých psychotických odchylek (Vágnerová, 2008, s. 54–55).

1.1.3 Symptomy a dopady duševních poruch na život člověka

Odchytky různých psychických funkcí mohou být chápány jako symptomy, tj. příznaky různých duševních poruch (Vágnerová, 2008, s. 61).

Další oblastí, na niž bych chtěl poukázat, jsou příznaky duševních onemocnění, jelikož právě ty tvoří neméně důležitý podklad pro oblast prevence, již se budu věnovat v následující kapitole. Příznaky duševních onemocnění popíši dle oblastí života člověka takto nemocného – vždy se svým osobním zamyšlením se nad možnými sociálními dopady, které by mohly v souvislosti s konkrétními projevy onemocnění nastat i v rodinném prostředí, poněvadž právě z těchto projevů opět vychází činnost sociální práce, již se budu věnovat v další části své práce.

Poruchy vědomí a pozornosti

Tyto poruchy se rozdělují na **kvalitativní** a **kvantitativní**. Kvantitativní poruchy se odehrávají zpravidla ve třech fázích, jež jsou nazvány **somnolence**, **sopor** a **koma**, kdy **somnolence** je definovaná jako stav snížené bdělosti, **sopor** jako stav člověk, jehož lze jen velmi obtížně probudit, a **koma** jako stav bezvědomí. Kvalitativní poruchy jsou naopak definované zachovanou bdělostí, spojenou však s poruchou určitých psychických funkcí. Ty pak dále můžeme rozlišovat na **delirium**, kdy člověk může být dezorientován a kdy se mohou objevit i halucinace a **mráкотný stav**, v němž člověk může být jak aktivní, tak i strnulý, avšak svého chování si není vědom a ani si na ně nepamatuje. **Poruchy pozornosti** jsou pak popisovány jako neschopnost člověk koncentrovat se na určitý podnět (Vágnerová, 2008, s. 61–62).

Možné sociální dopady

Ve spojitosti se zaměstnáním, potažmo s jakoukoli prací představují tyto poruchy pro člověka závažný problém. V důsledku snížené schopnosti pozornosti a schopnosti být stabilně ve stavu naprosté bdělosti by totiž mohlo dojít kupř. k závažným fyzickým úrazům. Negativní dopad spatřuji také v rovině mezilidských vztahů, kdy je člověk ohrožen ztrátou svých přátel, protože jim není schopen v důsledku své poruchy věnovat svou plnou pozornost, a vůbec v jakékoli další činnosti. Tento možný negativní dopad vidím i v oblasti rodin duševně nemocných, kdy se onemocnění negativně promítá do jednotlivých vztahů. Dopad v rodině by však mohl být ještě mnohem tvrdší, neboť se zpravidla jedná už opravdu o okruh těch nejbližších.

Poruchy vnímání

Vnímání je důležitou schopností člověka, která je zásadně propojena s poznáváním a rozeznáváním všech vnímaných podnětů. Poruchy mohou vzniknout na základě poškození nervových oblastí souvisejících s vnímáním v mozku. Ty rozdělujeme do třech kategorií. Jsou to **iluze**, které jsou vyvolány skutečným podnětem, avšak jeho vnímání už neodpovídá realitě, **halucinace**, což jsou klamné vjemy přicházející bez vnějšího podnětu, a **poruchy gnoze**, pro něž je typická neschopnost poznat určité podněty, přestože nedošlo k poškození odpovídajících periferních funkcí (Vágnerová, 2008, s. 63).

Možné sociální dopady

Dopady poruch vnímání pak spatřuji nejvíce v oblasti komunikace, protože člověk trpící touto formou poruch má stále potřebu sdílet se o tom, co prožívá. Ovšem to, co prožívá, neodpovídá realitě, a dochází pak zde ke konfliktu v rámci komunikace s lidmi prožívajícími realitu. Taková komunikace pak pravděpodobně obsahuje řadu nepochopení a nepřijetí. Nepochopení a nepřijetí může nastat taky v rodině, když se přítomnost duševního onemocnění stane pro někoho natolik náročnou a citlivou situací, že ji není připraven zvládnout.

Poruchy myšlení

Myšlení je komplexní systém poznávání, zpracovávání a interpretování všech získaných informací k použití řešení určitého problému. Tyto poruchy rozdělujeme na **kvantitativní a kvalitativní**. **Kvantitativní** dále dělíme na poruchy tempa myšlení a na poruchy zaměřenosti myšlení, pro něž je typické pro opakování slov či slovních spojení. **Kvalitativní** poruchy myšlení se vyznačují narušením obsahu a jeho správnosti a přiměřenosti. Příklady takových poruch můžu být např. bludné uvažování, nutkavé obsedantní myšlení, inkohorentní myšlení, autistické, dereistické myšlení (Vágnerová, 2008, s. 64–65).

Možné sociální dopady

Poruchy myšlení se odrážejí nejvíce právě v oblasti komunikace, kdy různé formy těchto poruch výrazně narušují průběh konverzace. Existuje tady pak i hypotetická možnost, že lidé z okolí osob trpících těmito poruchami s nimi nebudou vyhledávat kontakt, protože se s nimi nepůjde ani pořádně pobavit. To pak vede opět k sociální izolaci, která ovšem může nastat i ze strany rodiny, když její členové nevědí, jak

s duševně nemocným komunikovat, popř. nevědí, jak situaci zvládnout, a dotyčného proto umístí do nějakého zařízení.

Poruchy paměti

Paměť je schopností člověk přijímat a uchovávat zkušenosti, které se odehrály v minulosti. Tato schopnost však může být poškozena. Podle míry poškození pak rozlišujeme druhy poruch na **hypomnézii**, která je typická snížením paměťové výkonnosti, a **amnézií**, která může být částečná i úplná. **Psychogenní amnézie** se vyskytuje s poruchou vědomí, přičemž může mít formu tzv. bájevé lhavosti, která zkresluje realitu. Poslední formou poruchy paměti může být **hypermnézie**, což je schopnost člověka nadbytečně uchovávat specifické informace. Může být rovněž spojována se selektivní neschopností zapomínat (Vágnerová, 2008, s. 66).

Možné sociální dopady

Schopnost paměti je důležitá pro to, aby člověk mohl zodpovědně plnit své povinnosti, a to jak v běžném, tak i v pracovním životě. V momentě, kdy se tato schopnost vytrácí, pojí se s tím i problémy plynoucí z nepamatování si jistých informací, např. problémy vzniklé z nezaplacení nájemného. Může ovšem také nastat situace, kdy schopnost pamatovat si je omezena do té míry, že nemocný nepoznává své blízké. To musí být pro rodinné příslušníky obzvlášť těžké a vyrovnat se s tím musí pro ně být bezpochyby velmi náročné.

Poruchy řeči

„Řeč slouží jako znakový systém umožňující určitý způsob zpracování informací a myšlení, je rovněž prostředkem komunikace, tj. sdělování a přijímání informací.“ (Vágnerová, 2008, s. 66) Poruchy řeči můžeme členit na **poruchy receptivní složky řeči**, kdy člověk není schopen porozumět slovnímu sdělení, a **poruchy expresivní složky řeči**, kdy má člověk problém se mluveným slovem adekvátně vyjádřit (Vágnerová, 2008, s. 66).

Možné sociální dopady

Tady je dopad na život člověka evidentní, největší problém vzniká v oblasti komunikace, ovšem na komunikaci jsou založené veškeré mezilidské vztahy a veškeré dění okolo nás, takže k tomuto problému se zpravidla přidružují i problémy další. Ohrožena může být do značné míry i oblast zájmů. Tato porucha zvlášť ztěžuje formu

spolupráce s nemocným v rodině nebo instituci. Rodinní příslušníci, potažmo instituce musí najít jiný způsob komunikace, aby se s nemocným mohli účinně dorozumívat.

Poruchy emocí

Zvolský uvádí, že poruchy emocí jsou velmi častým projevem závažného duševního onemocnění. Emoce výrazně ovlivňují oblast myšlení a chování a schopnost adaptace se v měnícím se prostředí. Běžné emoce jsou různé a mohou zahrnovat pocity radosti, slasti, milého překvapení, hněv, nelibost, úzkost, strach, smutek (2012, podle Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 119).

Zvolský, v souvislosti s poruchami emocí, dále také popisuje náladu jako trvalé emoční nastavení určitého typu. V psychopatologii můžeme tyto nálady rozdělovat na euforické, expanzivní, exaltované, explozivní, apatické, bezradné a depresivní (2012, podle Raboch a kol., 2012, s. 125).

Možné sociální dopady

V případech, kdy jsou emoce vyhrocené a mají podobu např. depresivních nálad, mohou již zásadně ovlivňovat život člověka, ježto v takových stavech dochází k nečekaným rozhodnutím, která lze velmi často jen těžko vzít zpět. V případě depresivních nálad zde vyvstává riziko suicidálního chování. Co se rodinného prostředí týče, mohou tyto výkyvy v oblasti emocí výrazně měnit jeho atmosféru.

Poruchy jednání

Jednání je projevem plánovitého, promyšleného a cíleného chování. Takové jednání může být taktéž patologické, a to hned několikerým způsobem. Proto jeho poruchy rozdělujeme na kvantitativní a kvalitativní (Vágnerová, 2008, s. 68).

„Kvantitativní poruchy jednání se projevují nápadným ochuzením a snížením celkové úrovně aktivity (hypoagilita), nebo naopak jejím zvýšením, nadměrnou aktivitou (hyperagilitou).“ (Vágnerová, 2008, s. 68)

Kvalitativní poruchy jednání mají taktéž různé formy, jako příklad zde uvádím **impulzivní jednání**, které je charakteristické prováděním neopodstatněných činností bez rozmyslu či projevováním jakéhokoli emočního prožitku (Vágnerová, 2008, s. 68–69).

Možné sociální dopady

Poruchy jednání jsou nebezpečné hlavně v tom smyslu, že se člověk stížený touto nemocí, který je chvíli bez kontroly, může chovat iracionálně. Jako příklad hypotetické situace, která by mohla nastat, uvedu to, že by člověk vzal platební kartu a šel bez logického opodstatnění utrácet peníze za zbytečné, nedůležité věci. V tomto případě by takové jednání mohlo mít zásadní dopad i na ekonomický stav rodiny, jejímž je nemocný členem.

Poruchy pudů

„Motivace k určitému jednání může být velmi rozmanitá. Potřeby, které navozují různé aktuální motivy, mohou být vrozené, ale stejně tak se mohou rozvinout v průběhu života. Pudy jsou vrozené tendence k určitému jednání, které je zaměřeno na uspokojení některé ze základních potřeb.“ (Vágnerová, 2008, s. 69)

Mezi nejrozšířenější poruchy pudů patří např. **poruchy pudu obživy, sebezáchovy, poruchy pohlavního pudu** či **poruchy rodičovského pudu** (Vágnerová, 2008, s. 69).

Možné sociální dopady

Riziko v oblasti pudů spatřuji v každé kategorii. V případě poruchy pudu obživy může dojít k tomu, že člověk přestane jíst, protože si tuto potřebu neuvědomuje. V případě poruchy pudu sebezáchovy může mít sebedestruktivní sklony atd. Poruchou rodičovského pudu by mohla být zase zásadně ohrožena situace dětí, ale i rodiny jako celku.

Poruchy vůle

„Poruchy vůle lze chápat jako narušení autoregulace, můžeme je diferencovat podle toho, kterou ze složek volního procesu postihují, kdy poruchy aktivní vůle jsou charakteristické ztrátou rozhodnosti a poruchy pasivní vůle jsou typické neschopností realizovat svá rozhodnutí chyběním vytrvalosti.“ (Vágnerová, 2008, s. 70)

Možné sociální dopady

Poruchy vůle zase vyžadují, aby s člověkem neustále někdo byl a aby veškerá rozhodnutí dělal buďto za něj, anebo jej k těmto rozhodnutím pobízel a nadto jej pobízel i k jejich realizování. Když na tuto situaci nehlédneme z hlediska rodiny, duševně nemocný potřebuje neustálé vedení v rozhodování, příp. vyžaduje to, aby za něj

rozhodoval někdo jiný, což v konečném důsledku znamená, že veškerá zodpovědnost nemocného přejde na druhou osobu či celou rodinu, což pro ni představuje velkou zátěž.

Poruchy osobnosti

Aktuální Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10 (1992) používá kategoriální hledisko rozdělení poruch osobnosti, podle nějž představují jednotlivé diagnózy kvalitativně odlišné kategorie. Vychází především z popisů dlouhodobých rysů osobnosti (Praško a kol., 2009, s. 17–18).

Poruchy osobnosti se dle MKN – 10 (1992) projevují „charakteristickou a trvalou vnitřní strukturou a projevy chování jedince, které jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného chování dané společnosti“. Odlišnosti se projevují v mnoha oblastech, patří mezi ně např. poznávání (vnímání věcí, lidí a událostí), emotivita (rozsah, intenzita a přiměřenosti emočního vznětu), ovládání impulzů a uspokojování potřeb či způsob chování k ostatním (Praško a kol., 2009, s. 18).

Specifické poruchy osobnosti

Mezi specifické poruchy osobnosti se dle klasifikace MKN-10 řadí porucha osobnosti schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionská, anankastická, anxiózní (vyhýbavá) a závislá (Praško a kol., 2009, s. 19).

Poruchy osobnosti vzniklé v průběhu života

Tyto poruchy Vágnerová rozděluje na **depersonalizaci**, **Transformaci osobnosti**, **Alternaci osobnosti** a **dezintegraci**, která je nejzávažnější formou, při níž dochází totálnímu rozpadu osobnosti (Vágnerová, 2008, s. 71).

Možné sociální dopady

V této kategorii se pak scházejí všechny předešlé poruchy a rovněž jejich sociální dopady v životě člověka takto nemocného. Všechny poruchy jsou taky velmi náročné pro rodinné příslušníky, popř. nejbližší okolí nemocných, a je na ně tudíž kladen velký důraz ze strany společnosti na to, aby bylo o tyto lidi postaráno. Péče o takového jedince je ekonomicky poměrně dosti náročná, může mnohdy vést i k finančním potížím rodiny.

Proces stárnutí

Podle mého názoru hraje v průběhu či procesu zdravotní léčby, resp. sociální práce s duševně nemocnými zásadní roli také věk, proto též do kapitoly o symptomech onemocnění zařazuji rovněž proces stárnutí, s nímž se při práci s duševně nemocnými lidmi musí počítat, poněvadž s sebou přináší i jisté kognitivní a emoční změny a v kombinaci s duševní poruchou vytvářejí jisté specifikum, na něž by měla zdravotní či sociální péče reagovat.

Stárnutí je souhrnem změn ve funkcích organismu, což zapříčiňuje zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti. Biologické stárnutí je nápadné kvůli snížené odolnosti vůči infekcím, zvýšenému sklonu k nádorovým onemocněním, zpočínání hojení ran atd. (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202).

Kognitivní změny ve stáří

Kognitivní funkce jsou typické především **zhoršováním smyslového vnímání**. Po 60 letech věku dochází u 90 % osob k výraznému zhoršení zrakové percepce a u 30 % pak ke zhoršení sluchu. Tím roste riziko úrazů a také se výrazně omezují pracovní činnosti a možnosti rekreace (četba, poslech hudby). Pro zlepšení zrakové a sluchové percepce slouží například brýle, sluchadla a další. Dochází taktéž ke **zhoršování paměti a poklesu inteligence** (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 205).

Emoční změny ve stáří

Emoční změny ve stáří dle Stuarda-Hamiltona jsou typické afektivním prožíváním, ve stáří kvalitativně značně odlišným, a sice především celkovým snížením intenzity emocí. Člověk se stává emočně stabilnější, zároveň však i lhostejnějším ke svému okolí. Prevence duševních onemocnění (1999, podle Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 207).

2 Prevence duševních onemocnění

Preventivní přístup předpokládá, že každý jednatlivec má kapacitu pro konkrétní, osobní optimální průběh vývoje a že zdravotní péče je zaměřena na zachování tohoto kurzu a vrácení člověka, na cestu jeho přirozeného vývoje. Preventivní přístup předpokládá, že nepříznivá změna v jednotlivci přirozeného vývoje vyplývá z interakce mezi jednatlivcem a životním prostředím. Jednatlivec může být popsán jak v somatických a psychologických sférách, životní prostředí může být popsáno ve fyzických a sociálních. Většina příčin, které způsobují velké zdravotní problémy, jsou dnes multifaktoriálního původu, a to se zdá platí zejména o těch, které ovlivňují duševní nemoci (Kendrick, Tylee, Freeling, 1996, s. 4).

Snazší než léčba tělesných a duševních onemocnění je jejich předcházení, tedy prevence. Léčbou přecházíme nepříznivým důsledkům a při jejich výskytu se snažíme bránit dalšímu zhoršování stavu (Baštecká, 2003, s. 21). Kondáš pak dále podává základní dělení, kdy prevenci rozděluje na **primární, sekundární a terciální** (2002, podle Baštecká, 2003, s. 21).

Tak jako má jakákoli činnost společnosti svůj základ, z něhož vychází, domnívám se, že základem pro prevenci jsou příčiny a příznaky onemocnění, které byly popsány v předchozích kapitolách. S těmito znalostmi může dále primární prevence účinně pracovat a vytvářet programy bránící vzniku duševních onemocnění, čemuž se budu věnovat v následující kapitole.

2.1.1 Primární prevence a podpora zdraví

„Primární prevence si klade za cíl odstraňovat negativně působící sociální vlivy a vyhledávat ohrožené jedince.“ (Tomáš, Marková a kol., 2014, s. 22)

Kondáš dělí primární prevenci na **ochranu zdraví, podporu zdraví, zlepšování zdraví** (2002, podle Baštecká, 2003, s. 22).

V některých případech můžeme vysledovat rovnítko u primární prevence a podpory zdraví. Doslova se můžeme dočíst, že „podpora zdraví představuje mezioborové pojetí, které obsahuje duševní a duchovní zdraví, tělesnou pohodu a sociální oporu.“ (Creasia, Parker, 1991, podle Baštecká, 2003, s. 23)

Holčík podle Ottawské charty konstatuje, že posilovat a rozvíjet zdraví znamená vytvářet zdravotní politiku, příznivé životní prostředí, zvyšovat společenskou aktivitu,

rozvítet osobní schopnosti a orientovat se zdravotní služby (1996, podle Baštecká, 2003, s. 23).

K primární prevenci náleží vše, co podporuje dobrý zdravotní stav obyvatel. Ti jsou vedeni ke zdravému životnímu stylu, čímž kromě zdravého jídla, dostatečného pohybu a zákazu kouření rozumí taky zdravé sebevědomí, dobré vztahy a vnímání možnosti ke hře, zábavě, práci a růstu. Zdravotnickou osvětlu nebo preventivní očkování mají na starost především státní zdravotnické systémy (Baštecká, 2003, s. 23).

2.1.2 Sekundární prevence

Primární prevence je činnost, která se zaměřuje na to, aby onemocnění nevznikla, vytváří programy, které by jim účinně předcházely, zatímco sekundární léčba se už soustřeďuje na to, aby se již vzniklá onemocnění podařilo včas odhalit a účinně je léčit.

„Sekundární prevence má za úkol vyhledávat již nemocné a zajistit jejich včasnou léčbu.“ (Tomáš a kol., 2014, s. 22)

Diagnostická část prevence se zaměřuje na včasné rozpoznání chorob U jedinců či populace, kde výskyt můžeme dopředu očekávat (Baštecká, 2003, s. 44). Vokurka a Hugo dále uvádí, že tato část prevence používá metody screeningu, který se uplatňuje při vyšetření jednotlivých pacientů nebo při vyhledávání určitých chorob v populaci (depistáž) (1998, podle Baštecká, 2003, s. 44).

Terapeutická složka se dělí lékařství na kauzální – příčinnou, symptomatickou – zaměřenou na příznaky a paliativní – útěšnou, zmírňující obtíže a bolest (Baštecká, 2003, s. 24).

Dalším typem může být léčba psychologická, tedy psychoterapie, kterou lze rozdělit na psychoterapii cílenou, kdy dobrá indikace vede k uzdravení, a podpůrnou, která vede ke zkvalitnění prožívání života. Psychoterapii často doprovází psychofarmakologickou léčbu (Baštecká, 2003, s. 25).

K účinné léčbě nestačí pouze lékaři a psychologové, je zapotřebí i pomoci pacientů, zdravotníci potřebují pomoc systému a systém potřebuje pomoc pacientů i zdravotníků (Baštecká, 2003, s. 47).

2.1.3 Terciární prevence

Terciární prevence opět navazuje na sekundární prevenci, jejímž cílem je zavčas odhalit přítomnost onemocnění a účinně je léčit. Terciární prevence pracuje s následky, které onemocnění do života dotyčného člověka přineslo.

V této oblasti se nejvíce nabízením a poskytováním služeb angažuje sociální práce, proto se též budu konkrétními službami a možnostmi terciární prevence více zabývat. Nicméně provázanost, kterou zde můžeme v rámci prevence pozorovat mezi zdravotnickými a sociálními zařízení, je pro účinné poskytování komplexní péče velmi důležitá.

Terciární prevence se snaží zmírnit následky a usiluje o začlenění člověka zpět do běžného života. Zaměřuje se v první řadě na lidi, kteří „prošli nepříznivou životní událostí, trpí chronickou tělesnou nemocí nebo duševní poruchou či trvalým postižením tělesným anebo smyslovým, jsou ohroženi vyloučením ze společnosti („viditelné menšiny“) (Baštecká, 2003, s. 26).

Začlenění jedince

V oblasti terciární prevence se zaměřujeme na udržení nebo navrácení jedince zpět do jeho přirozeného prostředí. Jednou z takových skupin jsou například klienti ústavních zařízení, tj. lidé s postižením nebo taky děti, které dospějí a opouštějí dětské domovy. Předpoklady pro dobré začlenění by měly být nejenom na straně jedince, ale i na straně společnosti. Obě strany jsou (s pomocí psychologa) poskytovateli podpory a rehabilitace (Baštecká, 2003, s. 53–54).

Světová zdravotnická organizace vydala v roce 1980 Mezinárodní klasifikaci vad, kdy hlavním pojmem je postižení, které zahrnuje poškození, zneschopnění a znevýhodnění. Stupně postižení se zjišťují ve čtyřech oblastech. Spadá sem **péče o vlastní osobu** (např. osobní hygiena), **práce**, kdy je pozornost upírána k motivaci na udržení pracovního místa, **rodina a domácnost**, kam patří zvládání běžných domácích činností, a **fungování v širším sociálním kontextu**, což představují sociální dovednosti (Baštecká, 2003, s. 26–27).

2.1.3.1 Postupy terciární prevence

Jako postupy terciální se definují resocializace, rehabilitace a reedukace, což už ovšem jsou prostředky k tomu, aby se mohlo dosáhnout resocializace, která je i pojmem nadřazeným pro další dva.

Resocializace

Resocializace je pojem nadřazený rehabilitaci a jejím cílem je začlenit člověka do společnosti, přičemž klade obzvláštní důraz na soběstačnost. Do společnosti se člověk vrací v důsledku úrazu, nemoci (tělesné nebo duševní), postižení anebo v důsledku sociálního vyloučení (Baštecká, 2003, s. 52).

Rehabilitace

Novosad dle Světové zdravotnické organizace rehabilitaci vysvětluje jako „souhrn všech opatření potřebných k zařazení nebo návratu postiženého člověka do společenského prostředí a do života.“ (2000, podle Baštecká, 2003, s. 51)

Rehabilitaci můžeme členit na **vertikální**, která je definovaná návratem ke zdraví, **horizontální**, která vede k zajištění stejných podmínek životních příležitostí a k dosažení co nejvyšší kvality života, a **ucelenou**, jelikož v některých případech jsou potřeba také rehabilitace sociální a pracovní nebo pedagogická (Baštecká, 2003, s. 51).

Reedukace

Má většinou podobu nácviku (Baštecká, 2003, s. 52). Wilsonová za reedukaci v oblasti neuropsychologické rehabilitace považuje to, když se slepý člověk učí znovu číst, což pro něj znamená naučit se Braillovo písmo (1997, podle Baštecká 2003, s. 52). Novosad pak zmiňuje lidi s vrozeným handicapem, U nichž hovoříme o integraci a inkluzi, jež vedou k začlenění člověka do širšího společenství lidí (2000, podle Baštecká 2003, s. 53).

Služby v oblasti terciární prevence

Služby můžeme rozdělit na **přechodné**, kam patří například doléčovací služby, které si využívají při odvykací léčbě zařízení **návazné péče**, kde může být příkladem pobyt v nemocničním zařízení, popř. další služby návazné péče a další rehabilitační a resocializační postupy (Baštecká, 2003, s. 54).

Jinými možnostmi potom jsou **domy na půli cesty**, kde se lidé propuštěni z ústavní péče učí znovu žít, nebo **chráněná bydlení**, kde s asistencí žije například skupina mentálně postižených. V oblasti práce se může jednat o **chráněné dílny**, kde klienti pracují s asistentem a kde je zátěž zpravidla menší než na volném trhu. V oblasti volného času se může jednat o **kluby** či **stacionáře**, které tak poskytují možnost setkávat se s lidmi a trávit volný čas (Baštecká, 2003, s. 54).

Další formou jsou **trvale poskytované služby**, jež jsou poskytovány trvale, ale neměly být člověku brát možnost žít v jeho prostředí, proto se taky dává přednost **terénním službám v domácnostech**. Domácí péče byla u nás zavedena jako **ošetřovatelská péče**, při zhoršení stavu klienta pak můžeme hovořit i o **domácí hospicové péči**. Další možnosti tvoří **služby zdravotně-sociální: ošetřovatelská a pečovatelská** nebo **psychiatrická domácí péče**. Podpora může zasahovat i do oblastí práce a bydlení. Existují možnosti **podporovaných zaměstnávání**, které funguje na běžných pracovních místech v rámci obce a **podporovaných bydlení**, které je taktéž zaštitováno obcí (Baštecká, 2003, s. 55).

Angažovanost v prevenci

Ačkoliv v rámci terciární prevence existuje řada organizací, které poskytují pomoc lidem nemocným, nejsou jedinou zainteresovanou skupinou podílející se na preventivních opatřeních. Výraznou část zastávají lidé sami, svépomocně. Proto se nyní budu zabývat příklady toho, jak je to možné.

Lidé si v naprosté většině pomáhají sami, tedy svépomocí (Baštecká, 2003, s. 59). Bútorá poukazuje na jednotlivé významy, které pojem svépomoc doprovází ve zdravotní i psychosociální oblasti: mezi takové patří **laická péče** (příkladem mohou být i laičtí terapeuti), **péče o vlastní osobu** – „self-care“ (příkladem může být diabetik hlídající si svou denní dávku inzulínu sám). Dále také **dobrovolnická péče**, kterou poskytují jednotlivci organizovaní v rámci nějaké instituce bez nároku na odměnu anebo **vzájemná svépomoc, svépomocné skupiny**, popř. **alternativní služby**, kdy se jedná o jiné formy péče a léčby než ve zdravotnické síti. Možností jsou také **svépomocné podpůrné systémy**, jež propojují informace o jednotlivých svépomocných aktivitách, a **svépomocné organizace** a **svépomocné nátlakové skupiny**, jež usilují o změnu v systému péče o zdraví, potažmo ve společnosti (1990, podle Baštecká, 2003, s. 59–60).

2.1.4 Léčba duševních chorob z hlediska psychiatrie

Sekundární prevence je definována včasnou diagnózou a účinnou léčbou, proto bych se nyní chtěl věnovat také léčbě duševních chorob z hlediska metod, které nabízí psychoterapie a tak se ohlédnout na tuto část prevence hlouběji.

V 50. letech 20. století došlo k výraznému rozvoji psychofarmak, která umožnila hojně propouštění pacientů z nemocničního prostředí a zlepšila se i kvalita života nemocných (Malá, Pavlovský, 2002, s. 100).

Psychofarmakoterapie a další biologické léčebné metody

Tato forma není kausální nýbrž symptomatologická. Ve farmaceutickém průmyslu jsou vyráběna různá psychofarmaka, která přes neurotransmitery ovlivňují příznaky onemocnění (Malá, Pavlovský, 2002, s. 100).

Mezi základní psychofarmaka řadíme neuroleptika, antidepressiva, anxiolytika, psyhostimulancia, nootropika a kognitiva, což jsou léky zastavující progresi demence. Další kategorií léků zde reprezentují antiepileptika a antidepressiva k ovlivnění psychomotorického neklidu (Malá, Pavlovský, 2002, s. 100).

Psychoterapie

„Psychoterapie je léčebná činnost, léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce.“ (Kratochvíl, 2006, s. 13)

Psychoterapií se myslí léčebné působení, které svými **psychologickými prostředky**, jimiž mohou být nejen slova, potažmo rozhovor, nýbrž i neverbální chování, působí na nemoc, poruchu či anomálii. Má za úkol **odstraňovat či zmírňovat potíže** a dle možností i jejich příčiny tak, aby docházelo ke **změnám v prožívání a chování** pacienta. Veškerá tato činnost by měla být prováděna **kvalifikovanou osobou** (Kratochvíl, 2006, s. 13).

Psychoterapie má několik forem, které rozlišujeme podle toho, zda psychoterapeut pracuje s jednotlivcem nebo kolektivem, na **individuální a skupinovou** (Malá, Pavlovský, 2002, s. 106).

Další dělení v psychoterapii provádíme podle toho, nač se zaměřuje. V případě, že se zaměřuje na věci, které jsou individuální, funguje její působení na úrovni

intrapsychických procesů. V případě, že řeší meziosobní vztahy v rodině či malé skupině, hovoříme o **interpersonálních procesech.** Pokud však tento obzor ještě rozšíříme na jedince a jeho fungování s širším sociálním světem, hovoříme o **skupinových procesech** (Malá, Pavlovský, 2002, s. 106).

Psychoterapeuti si při práci se svými klienty stanovují různé cíle, podle toho pak vyvstává další dělení psychoterapie na **podpůrnou**, která pomáhá dotyčným překlenout období zátěžové situace, na **terapii zaměřenou na symptomy**, která si klade za cíl vymezení všech příznaků typických pro psychické poruchy a zpravidla se využívá v rámci kognitivně-behaviorální terapie a krizové intervence. Posledním typem psychoterapie v tomto dělení je **terapie rekonstrukční a integrační**, v níž se jedná o rekonstrukci celé osobnosti (Malá, Pavlovský, 2002, s. 106).

Dělení psychoterapie

V psychoterapii se obvykle setkáváme se dvěma základními přístupy, a to v závislosti na tom, zdali v centru pozornosti stojí **jedinec**, anebo **system**, jímž se zpravidla stává rodina (Vymětal a kol., 2004, s. 67).

Léčba může mít dle Jana Vymětala tyto formy:

Individuální terapie

„Individuální (dyadická) psychoterapie je forma, při které se setkání účastní zpravidla pouze pacient a terapeut“ (Vymětal a kol., 2004, s. 68).

Skupinová terapie

Skupinová terapie má dvě formy. Tou první je **terapie ve skupině**, jež se soustřeďuje na léčbu určitého počtu jedinců, kteří se střetávají za účelem terapie, kde jsou do jisté míry léčeni jako jednotlivci. Ostatní členové pak působí jako pomocníci, kteří pomáhají vytvářet prostředí, přičemž mohou těžit z podobnosti obtíží. Druhou formou je **terapie skupiny**, kdy hlavním úkolem terapeuta je podporovat hladkou komunikaci ve skupině (Vymětal a kol., 2004, s. 69).

Metody psychoterapie

Psychoterapie používá při práci s pacienty rozličné metody, já uvádím následující z nich:

Racionální psychoterapie

Racionální psychoterapie je založena na logickém myšlení, které vede k objasňování souvislostí, odstraňování nesprávných názorů na nemoc, postojů vůči ní, a dodání těmto názorům a postojům nemocného pozitivního ducha (Zacharová, Šimičková-Čížková, 2011, s. 141).

Sugestivní a hypnoterapeutický přístup

Tyto přístupy jsou historicky nejstarší. Oba přístupy jsou založeny na direktivitě a manipulaci při níž je využívána autorita terapeuta. Ta zpravidla probíhá při změněném stavu vědomí klienta, který přijme sugesci (Vymětal, 2010, s. 35).

Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Jedná se o kombinaci metod behaviorální a kognitivní psychoterapie, je časově omezená a zaměřená na konkrétní cíl. Dle této teorie vzniká chování na základě myšlení, proto dostává klient na základě rozhovoru behaviorální úkoly (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 349).

Socioterapie a rehabilitace

„Socioterapií rozumíme léčebné postupy vedoucí ke zmírnění vlivu nepříznivých společenských faktorů na chorobné duševní příznaky a k omezení dopadu těchto psychopatologických projevů na sociální postavení nemocného. Cílem rehabilitace je vrátit pacientovi jeho dřívější pracovní a společenskou výkonnost, případně zabránit, aby k jejímu narušení vůbec došlo.“ (Malá, Pavlovský, 2002, s. 111) Mezi socioterapeutická opatření pak řadíme tzv. denní stacionáře nebo i terapeutické komunity, v nichž si pacienti s personálem vyměňují názory na určité problematické situace. Velkou pomoc zde představují také chráněná bydlení a léčebné - výrobní dílny, které jedince s jistým druhem postižení zaměstnávají, a regulují tak možnost, že by se jinak ocitli v naprosté sociální izolaci (Malá, Pavlovský, 2002, s. 111).

3 Sociální práce s lidmi duševně nemocnými

Oblast sociální práce s duševně nemocnými pokládám za minimálně stejně tak důležitou jako nemocniční psychiatrickou léčbu poskytovanou kvalifikovanými lékaři a zdravotníky. Sociální práce přímo navazuje na nemocniční péči. Zatímco ta je časově omezena, sociální práce pomáhá zvládat tíživou životní situaci, dokud se nevyřeší, v případě nutnosti i trvale. Velkou důležitost však shledávám právě v provázanosti zdravotnických služeb se sociálními, neboť pouze za předpokladu, že jednotlivé složky systému budou společně s rodinným zázemím spolupracovat, se dá dosáhnout efektivní péče.

3.1.1 Vymezení pojmů sociální práce

K pochopení souvislostí, jimiž se budu v rámci teoretické části věnující se sociální práci zabývat, je nezbytné se nejdříve alespoň v krátkosti zmínit o základních okruzích, jako je sociální práce a její cíle obecně, načrtnout definici duševně nemocných, následně definovat podstatu spojitosti sociální práce s duševně nemocnými, resp. sociální práce s rodinou duševně nemocných. Sociální práce s duševně nemocnými musí počítat s různými specifiky. Takovým specifíkem, s nímž jsem se mimochodem mohl setkat i během svého výzkumu, může být kupř. sociální práce se seniory s duševním onemocněním, kdy se k projevům onemocnění připojí ještě i proces stárnutí. Proto se budu v následujících kapitolách své bakalářské práce zabývat také tímto specifíkem.

3.1.1.1 Sociální práce

„Národní asociace sociálních pracovníků USA v roce 1973 formulovala sociální práci jako profesionální aktivitu pomáhající jednotlivcům, skupinám či komunitám zvýšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a vytvářet podmínky k plnění tohoto cíle.“ (Chytil, Mahrová 2008, podle Mahrová, Venglářová, 2008, s. 13)

Chytil, Mahrová, uvádí, že cílem praktické sociální práce je pomoci lidem získat službu a poskytovat poradenství, a to jak jednotlivcům a jejich rodinám, tak i skupinám. Pomoc je poskytována taktéž skupinám a komunitám při získávání, popř. zlepšování sociálních a zdravotních služeb. Praktická sociální práce ovšem vyžaduje znalosti vývoje člověka, jeho chování, dále pak také znalost společenských, ekonomických a kulturních institucí a interakce mezi nimi (2008, podle Mahrová, Venglářová, 2008, s. 13).

3.1.1.2 Duševně nemocní

Duševní poruchy jsou velkou a specifickou skupinou nemocí. Tvrzení, že duševní nemoc je jako každé jiné onemocnění, se zásadně rozchází s realitou, a sice v tom, že postavení člověka s tělesnou nemocí je odlišné od postavení člověka s duševní chorobou. Společnost vnímá duševně nemocného jako člověka s vadami, slabého, neschopného, hloupého. Člověk takto nemocný nese tohle břímě, při němž dochází ke stigmatizaci, což doslova znamená oceňování, nápadné označení. Stigma je vždy spojeno se silnou emocí, která se nese napříč společností i její kulturou, mimoto má stigmatizace pro léčbu člověka takto nemocného negativní důsledky (Malá, Pavlovský, 2002, s. 9).

3.1.1.3 Sociální práce s duševně nemocnými

„Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý rozsah i různé cíle – od obnovení stavu duševní rovnováhy (např. krizová intervence) až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch.“ (Probstová 2005, podle Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 133)

Probstová, práci sociální pracovníka v multidisciplinárním týmu, spatřuje jako nezastupitelnou a častokrát pro život člověka s těžkým duševním onemocněním primární (2005 podle Matoušek a kol., 2005, s. 133).

Probstová dále uvádí oblasti, ve kterých osoby s psychickými problémy potřebují často pomoc a které v rámci svých kompetencí pokrývá sociální práce, jsou např. oblast sociálního zabezpečení, občanského, pracovního a rodinného práva a pomoc a problémy v těchto sférách. To vše může soc. práce zajišťovat v rámci rodinné či specifické intervence, kterou může být poradenství nebo rodinná psychoterapie. Komplexní zdravotně sociální péči pak potřebují zejména ti duševně nemocní, u nichž dochází k omezení ve více oblastech na delší dobu. Tato komplexnost pak vyžaduje kvalitní zdravotní i sociální péči poskytovanou kvalifikovanými jednotlivci za spolupráce týmu, zařízení, regionu či státu (2005, podle Matoušek a kol., 2005, s. 133).

3.1.1.4 Sociální práce s rodinou duševně nemocných

Bauduin při práci s rodinou zmiňuje konkrétní typ sociální práce: komunitní péče, která příkládá větší důraz na podporu rodin lidí se závažným duševním onemocněním, ježto právě oni se stávají primárními poskytovateli pomoci těmto lidem (2001, podle Matoušek a kol., 2005, s. 144).

Práce s rodinou a širším okolím klienta se stává předmětem práce multidisciplinárního týmu, který se snaží mapovat i sociální síť, v níž se klient pohybuje a snaží se jí porozumět pro případnou intervenci. (Matoušek a kol., 2005, s. 144)

Cílem intervence je reagovat na potřeby rodin a klientů, kteří potřebují chápat všechny aspekty duševního onemocnění, jakož i jeho projevy, rizikové chování takto nemocných, dále pak vědomí, jak jednat v rizikových situacích, jak vytvářet dobrou komunikaci uprostřed rodinu a jak udržet pocit sebedůvěry všech členů, že situaci lze zvládnout (Matoušek a kol., 2005, s. 144).

Sociální pracovník by měl mít také vždy na paměti, že potřeby duševně nemocných a rodinných příslušníků jsou rozdílné. Ti potřebují sdílet své zkušenosti, potřebují praktickou pomoc a podporu vzhledem k tomu, že každá rodina se také liší, a je proto nutné přistupovat k nim individuálně (Matoušek a kol., 2005, s. 145).

3.1.1.5 Sociální práce se seniory duševně nemocnými

Sociální práce se seniory duševně nemocnými přináší s sebou jistě specifika, neboť již pouhý proces stárnutí je definován jako proces, v němž dochází ke kognitivním i emočním změnám.

Senioři většinou nejsou s to využívat množství služeb, poněvadž v mnoha případech jsou často omezeni co do pohybu, přičemž nemožnost využívat městské hromadné dopravy, plus nutná potřeba doprovodu brání využívání ambulantních služeb (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 112).

V tomto období je důležitá **včasná intervence**, která je základním předpokladem pro sebespěšnější terapii v případě zhoršení stavu. Žádosti, se kterými se rodina obrací na sociálního pracovníka, se nejčastěji týkají **zařízení následné péče** (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 113).

Další problematikou je oblast **snižování soběstačnosti** U starého člověka. S těmito potížemi může pomoci **samotná rodina**, příp. **pečovatelská** či **asistenční služba**, které dotyčnému pomohou při konkrétních činnostech. **Ergoterapeuti** mohou poskytnout potřebné věci, jež usnadní schopnost se sám obsloužit. **Denní stacionáře** nebo **denní centra** pak mohou posloužit k trávení volného času či rehabilitaci během dne (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 113).

Napříč možnostmi sociální práce o seniory se vine také nutnost seznamovat nejbližší s dalším vývojem duševně nemocného a účinně prosazovat jeho práva (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 113).

Mezi zařízení pracující se seniory duševně nemocnými patří **pečovatelská služba, asistenční služba, domácí péče** nebo také **agentury Home Care, nemocnice následné péče, rehabilitační zařízení, respitní či odlehčovací pobyt, denní centra, stacionáře, domovy seniorů, domovy seniorů se zvláštním režimem** či **gerontopsychiatrická oddělení** (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 113–114).

Důležitým aspektem sociální práce se stává **komunikace**, při níž by se měly dodržovat jisté zásady, jako jsou např. **trpělivost a klid, dostatek času, ujištění se, že slyším a rozumím**. Důležitý je rovněž **postoj pomáhajícího**, jenž by neměl být příliš soucitný, jelikož pak dotyčného pouze utvrzuje v jeho závislém postavení. V potaz by také měly být brány **individuální rozdíly** (např. dementní jedinec mnohdy nerozumí sdělení, které je mu předkládáno, nicméně při komunikaci působí aktivním a informovaným dojmem). Je vhodné si ověřovat **srozumitelnost sdělení**, přičemž komunikace by měla být **jasná a otevřená** (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 115).

3.1.2 Negativní sociální dopady duševních onemocnění na život člověka

Duševní onemocnění přináší řadu negativních dopadů v životě lidí takto nemocných. Vychází nejen z oblasti fyzické, jak jsem se jimi zabýval v kapitole symptomy duševních onemocnění, ale mohou přicházet i ze stran společnosti, čemuž se budu věnovat nyní.

Je zde vidět jakási struktura, která se vůči duševně nemocným ve společnosti vžila. Na začátku se vždy jedná o nějaký stereotyp, který vede k předsudku, jehož výsledkem může být v procesu stigmatizace a sebestigmatizace stigma. Celý tento proces může vést k sociálnímu vyloučení, jež do života nemocného přináší chudobu z důvodu nemožnosti zaměstnání nebo též omezení či zbavení svéprávnosti.

1. Stereotyp

„Základem pro vznik **stereotypu** nebo předsudečného postoje je běžný, pro člověka typický proces myšlení zvaný kategorizace; je to proces přiřazování objektu k určitému pojmu, jenž umožňuje předjímat informace, které nelze bezprostředně vnímat.“ (Hartl 2004, podle Jánská, 2008, s.63)

Jak píše Pickering takto stereotypizování lidé tvoří zpravidla nižší vrstvu ve společnosti, nicméně charakteristiky jim přiřazené jsou vnímány jako přirozené a vztahy moci a dominance tím vzniklé nejsou považovány za možnou příčinu charakteristik (2001, podle Jánská, 2008, s.63). Stereotyp pak dále definujeme jako navyklý způsob jednání a souhrn úsudků o typických charakteristikách pro určitou skupinu lidí, např. lidí s duševním onemocněním, přičemž mohou být zkreslené (Hartl 2004, podle Jánská, 2008, s.63).

Typickým příkladem stereotypu je stereotyp duševně nemocného. Můžeme jej spatřovat například ve vtipech o bláznech či zpravodajství. Stereotyp může na jedince mít jak pozitivní, tak i negativní vliv. Jako příklad **pozitivního stereotypu** můžeme zmínit ochranu jedince, soucit s ním či kladení menších nároků na jeho výkon. Typickým příkladem **negativního stereotypu** je stigmatizace, která může být příčinou diskriminace skupiny lidí, jíž se týká (Praško, nedatováno, s. 2).

2. Předsudek

Od stereotypu k **předsudku** je už pak velmi krátká cesta. Předsudek již obsahuje morální hodnocení a je jakousi směsicí příznivého a nepříznivého postoje, který má vztah k obecnému přesvědčení (Jánská, 2008, s.63).

3. Stigmatizace a sebestigmatizace

Stigmatizace je proces, při němž dochází k negativnímu hodnocení jedinců, kteří se jakkoli odlišují od většinové společnosti. Tato odlišnost pak způsobuje to, že jsou společnosti považováni za méněcenné. (Ocisková, Praško, Dostálová, Kamarádova, Látalova, Cinculová, Kubínek, Mainerová, Vrbová, Ticháčková, 2014)

Sebestigmatizace je proces při němž se člověk tváří v tvář setkává se stigmatem a předsudky přicházející jak od veřejnosti tak i duševně zdravých zdravotníků. To pak vede k tomu, že lidé s psychiatrickým onemocněním začínají, vidět sami sebe jako horší než ostatní. Mohou akceptovat představy jiných a držet se toho, že jsou lidmi nebezpečnými a nepředvídatelnými. Dopad na jejich vnímání sama sebe je pak katastrofální, což vede k sociálnímu stažení se a nedostatku motivace k dosažení svých cílů (Leff a kol., 2006, s.4).

Subjekty či objekty stigmatizace nemusí být pouze duševně nemocní, nýbrž i jejich blízcí, ba dokonce i pomoc jim poskytující profesionálové. Klienti pak stigma

často přijímají za své a v jejich snaze se s tím vyrovnat se buďto izolují, anebo vstupují do agresivních konfrontací (Hatfield a Lefley 1993, podle Matoušek a kol., 2005, s. 134).

4. Stigma

Probstová chápe **stigma** jako předsudek, že duševní nemocní lidé jsou nežádoucí skupinou, jíž je dobré se vyhýbat. Proto také podporuje rozvoj komunitních zařízení, jejichž služby by se měly věnovat i prevenci stigmatizace (2005, podle Jánská, 2008, s. 63).

5. Sociální exkluze

V této části chci reflektovat fenomén, jenž se zásadně odráží v životech lidí jím dotčeným z pozic jak české, tak i zahraniční definice. Je jím sociální exkluze.

Česká definice

„Sociální vyloučení je složitý proces interakcí mezi jedinci, sociálními skupinami a společenskými systémy (Sirovátka, 2004). Sociální vyloučení je společenským procesem či jevem, při kterém dochází k vyloučení ze společnosti v rovině omezení přístupu jedince nebo sociální skupiny k možnostem a zdrojům (např. tím, že v důsledku nezaměstnanosti nedosahují běžného ekonomického životního standardu).“ (Hora 2013, podle Matoušek a kol., 2013, s. 232)

Zahraniční definice

Sociální vyloučení je komplexní a multidimenzionální proces. Jedná se o nedostatek, resp. o odpírání zdrojů, práv, zboží a služeb a neschopnost podílet se na normálních vztazích a aktivitách, které jsou dostupné pro většinu lidí ve společnosti v ekonomické, sociální, kulturní nebo i politické oblasti. To má vliv i na kvalitu život jednotlivců, spravedlnost a soudržnost společnosti jako celku (Levitas a kol., 2007, s. 9).

a) Chudoba

Dílčí oblastí sociální vyloučení je oblast ekonomická, která je spojená především s chudobou, marginalizací a nemožností participovat na trhu práce (Hora 2013, podle Matoušek, 2013, s. 232).

Fakt nemožnosti uplatnění lidí duševně nemocných vnímali U svých příbuzných také rodinní příslušníci, proto se také v této teoretické části chudobou zabývám.

Česká definice

Chudoba je sociální fakt, který je pro chudé obtížným stavem přímé či nepřímé či nepřímé mnohonásobné – fyzické, psychické i sociální – deprivace (Mareš 2013, podle Matoušek a kol., 2013, s. 334).

Zahraniční definice

Chudoba je vnímána jako multidimenzionální: Nedostatek příjmů, přístup ke kvalitní zdravotní péči, vzdělávání a bydlení a kvalita místního prostředí ovlivňují pohodu lidí. Náš pohled na chudobu se vztahuje na všechny tyto aspekty (Department of social security, 1999, s. 23).

b) Omezení svéprávnosti

Vzhledem k tomu, k čemu v naší zemi došlo v souvislosti se zbavováním a omezováním svéprávnosti, která má primárně člověka chránit, považuji za nutné zmínit zde v souvislosti s negativními dopady na duševně nemocné i toto téma, neboť v minulosti mohli být tímto způsobem znevýhodňováni lidé, jimž status člověka zbaveného svéprávnosti nepřísluší.

Omezit svéprávnost lze jedině v případě, že je to v zájmu člověka a že by jinak mu hrozila vážná újma (Švarc, 2014, s. 88). V r. 2011 došlo v České republice v oblasti zbavení svéprávnosti k nadužívání této možnosti. Důvodem tohoto počínání bylo pravděpodobně to, že bylo snazší vydat rozsudek o zbavení svéprávnosti než rozsudek o jejím omezení. Tato tendence se U nás vyskytovala až do r. 2013, což znamená, že veškeré právní úkony, které denně dělali lidé zbavení svéprávnosti, jsou teoreticky neplatné. To však lze napravit dodatečným schválením opatrovníka, ovšem nový občanský zákoník stanovuje, že omezení svéprávnosti nezabavuje dotyčného samostatně právně konat v běžných denních záležitostech (Švarc, 2014, s. 87).

3.1.3 Možnosti sociální práce s lidmi duševně nemocnými

Tato kapitola pak navazuje na kapitoly předchozí, kde byly zmíněny možnosti jednak sociálních dopadů vycházejících z příznaků duševního onemocnění, jednak dopadů vyplývajících ze strany společnosti. Sociální práce pojmající člověka jako biopsychosociálně-spirituální bytost se zaměřuje na všechny dopady, které s sebou duševní onemocnění do života každého člověka přináší. Dříve než popíšeme, jaké možnosti sociální práce v oblasti zvládnutí dopadů onemocnění klientovi nabízí, chtěl bych se ještě v krátkosti pozastavit nad tím, jaký je současný stav systému péče o duševně nemocné u nás v ČR.

Současný stav systému péče o duševně nemocné v České republice

Reforma péče o duševní zdraví

Jedná se o strategii, která si vytyčila cíl v podobě reformy psychiatrické péče tady u nás v České republice. Je stanoveno osm oblastí, jimiž by se reforma měla zabývat. Do těchto oblastí spadá tvorba standardů a metodik, rozvoj sítě psychiatrické péče, humanizace psychiatrické péče, destigmatizace a komunikace, vzdělávání a výzkum, legislativní změny, udržitelné financování, meziresortní spolupráce (Ministerstvo zdravotnictví, 2015).

Napříč těmito oblastmi prochází hlavní cíl reformy, a sice zlepšení života osob s duševním onemocněním. To se dosáhne tím, že selepší kvalita, dostupnost a provázanost potřebných zdravotnických a sociálních služeb a sníží se míra odmítání, resp. stigmatizace ve společnosti alepší se sociální integrace (Ministerstvo zdravotnictví, 2015).

Vývoj systému péče podle Probstové vede k **deinstitutionalizaci**, což v praxi znamená, že institucionální péče by se měla přesunovat do přirozenějších společenství. Souběžně s tímto přesunem by se měl snižovat taktéž počet institucionálních zařízení a měla by vznikat mimoústavní komunitní zařízení, jejichž základním rysem je právě prevence neopodstatněných hospitalizací v nemocničních zařízeních (2005, podle Matoušek a kol., 2005, s. 134).

Typy sociální práce s duševně nemocnými

Sociální práce s duševně nemocnými nám poskytuje toto základní dělení:

Individuální sociální práce

Individuální sociální práce usiluje o to, aby klient změnil své nevyhovující životní postoje a byl schopen samostatně řešit své problémy. (Charvátová, 1990, s. 89)

Skupinová sociální práce

Schimmerlingová a Novotná definují skupinovou sociální práci jako psychosociální působení na skupinu s nějakým společným znakem, kdy se cílem stává obnova celistvosti vlastní osobnosti. Skupina pak napomáhá tomu, aby si lidé uvědomili, že nejsou sami, že jsou tu i jiní, kteří prožívají podobné potíže, s nimiž mohou společně nalézat cesty vedoucí k možnosti řešení (1992, podle Mahrová, Venglářová, 2008, s. 22).

Komunitní sociální práce

Komunitní práce je chápána jako pomoc lidem v určitých životních situacích na konkrétním vymezeném prostoru, bez ohledu na to, jestli se jedná o jednotlivce, skupinu nebo komunitu, a s respektem vůči biologickým, etnickým, psychologickým, kulturním, sociálním, ekonomickým a ekologickým potřebám komunity (Schimmerlingová a Novotná 1992, podle Mahrová, Venglářová, 2008, s. 25).

Komunitní práce by měla dle Probstové respektovat komplexnost potřeb duševně nemocných, což ovšem vyžaduje týmovou spolupráci mezi zdravotníky a pracovníky sociální oblasti. Rovněž klienti a rodinní příslušníci jsou vnímáni jako součást procesu péče. Součástí kvalitní péče by pak měla být i prevence stigmatizace duševně nemocných (2005, podle Matoušek a kol., 2005, s. 134).

Komunitní práci může rozlišovat na **komunitní péči**, která se zaměřuje na zlepšování sociálních sítí a dobrovolnických služeb, **komunitní organizaci**, jež se zaměřuje na zlepšení vztahů mezi organizacemi, **komunitní rozvoj**, jenž vede k rozvoji dovedností a zvýšení kvality života, **sociální plánování**, pro něž je typická analýza podmínek, stanovení cílů, příprava služby, shánění zdrojů a hodnocení programu, **komunitní vzdělávání**, jehož cílem je vytvoření stabilnějšího vztahu mezi komunitou a vzděláváním, **komunitní akce** soustředující se na určitý konflikt na určitém území, **feministická komunitní práce**, která zlepšuje podmínky a služby pro ženy

a **antirasistická komunitní práce** zaměřující se na podporu etnických menšin (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 26).

Možnosti sociální práce

Vzhledem k mé práci, která se zabývá duševně nemocnými, budu při popisování možností sociální práce vycházet z potřeb těchto lidí.

Specifické potřeby duševně nemocných

Ačkoli budu v této kapitole pojednávat o bydlení, práci či volném časem, všechny oblasti souvisejí s jevy, které mají negativní dopady na život duševně nemocných. O těchto dopadech byla řeč výše. Stereotypy, předsudky, stigmatizace či sociální vyloučení jsou fenomény, které se nacházejí v pozadí všech těchto oblastí, protože ať už se jedná o bydlení, práci nebo volný čas, všechny aktivity v rámci nich probíhají v přímé interakci s nějakými lidmi, kteří tyto postoje vůči duševně nemocným mohou mít. Tyto tři oblasti jsou pak nejvíce zranitelné.

Bydlení

V České republice žijí duševně nemocní dlouhodobě v domácím prostředí a v léčebnách, krom toho ještě i v různých zařízeních sociální služeb, jakými jsou specializované domovy důchodců pro psychiatricky nemocné, domovy důchodců či ústavy sociální péče, ale taky jako bezdomovci. Existuje pouze velmi malý počet komunitních zařízení či služeb, které by duševně nemocným poskytovaly podporu v bydlení. Od 90. let 20. století je upřednostňováno právě **hledisko podpory**. V praxi to znamená, že by podpora měla být klientovi poskytována co nejdéle v jednom prostředí. Ideálem takovéto péče je **normalizace**, čímž se rozumí **přiblížení klienta co nejběžnějším podmínkám**. Stejně tak by měl v klientově přirozeném prostředí probíhat **i nácvik dovedností**, spojený s **budováním jeho sociální sítě** (Matoušek a kol., 2005, s. 145–146).

Mladým klientům může duševní nemoc zasahovat i do základních oblastí, jako jsou např. studium, práce, hledání partnera, oddělování se od rodiny, osamostatňování se... V tomto období jsou **komplexní péče a podpora** i v oblasti bydlení zcela zásadními a rozhodujícími elementy pro jejich budoucí život. V některých případech podpora bydlení reaguje na jejich dosavadní domácí prostředí, které je nevyhovující. Takovou možností pak je **skupinové bydlení (chráněné bydlení, skupinový byt)**,

kteří by mohlo odpovídat na potřeby těchto mladých lidí (Matoušek a kol., 2005, s. 146).

Klienti žijící doma, u nichž nemoc zasahuje i do možností zaměstnat se, se mohou cítit izolováni, vyřazení ze společnosti. **Podpora v bydlení** se pak zaměřuje na **obnovení sociálních dovedností, osamostatnění se, nacházení nových kontaktů a podporu zvládnání krizových situací** (Matoušek a kol., 2005, s. 146).

Další skupinu klientů žijících doma tvoří lidé, kteří běžné činnosti zvládají s drobnými problémy. Tito lidé pak většinou využívají služeb specialisty, **psychiatra** či **psychologa**. Fungování těchto lidí nemusí být nijak výrazně zasaženo, avšak v momentě kdy do jejich života přijde nějaká zátěžová situace, jako je například umrtí, nemusí situaci zvládnout a dostanou se do tzv. bludného kruhu otáčivých dveří, což v konečném důsledku znamená, že se tyto lidé pohybují pouze mezi domovem a **nemocnicí** či **léčebnou**, příp. jsou dlouhodobě hospitalizováni v nějakém ústavním zařízení (Matoušek a kol., 2005, s. 146–147).

Poslední skupinu tvoří lidé, kteří jsou z důvodu nevyhovující sociální situace anebo nefungujícího domácího prostředí umístěni v nějakých institucích. Tito lidé mohou mít potíže s péčí o sebe, eventuálně v důsledku dlouhodobého pobytu v instituci nenabyli dovednosti potřebné k samostatnému fungování. Kromě toho jim taky mohou chybět sociální dovednosti. V takových situacích je opět potřebná komplexní péče. Vhodnou formou pro některé klienty může být **chráněné skupinové bydlení**. Pro některé klienty, kteří jsou vztahovační nebo výrazně uzavření, však tato forma vyhovovat nemusí. Ti pak potřebují **intenzivní podporu v chráněném bytě** nebo jinou formu **individuálního bydlení**, např. v **domě s pečovatelskou službou** (Matoušek a kol., 2005, s. 148).

Práce

Právě poruchy kognitivních funkcí, pozornosti a emocí, poruchy prožívání či poruchy navazování nebo udržování vztahů s lidmi mohou vyústit až ve ztrátu schopnosti pracovat. Nakolik půjde o ztrátu dočasnou, anebo trvalou, bude záležet na pracovní úspěšnosti duševně nemocného a dalších okolnostech (Matoušek a kol., 2005, s. 148). Dále pak Michon a Weeghel rozdělují překážky pracovní integrace duševně nemocných na vnější a vnitřní. K vnějším řadí např. nezaměstnanost, firemní pravidla, neodpovídající pracovní podmínky. V osobní rovině definují jako překážky např.

kvalitu vzdělání, psychiatrická onemocnění a jejich závažnost, sociální fungování s ohledem na praktické dovednosti a sociální kompetence, pracovní dovednosti a v neposlední řadě i na vnímání sebe sama (1999, Matoušek a kol., 2005, s. 148).

Práce výrazně zabraňuje sociální izolaci, proto si taky pracovní rehabilitace klade za cíl udržení a rozšiřování pracovních schopností. Může probíhat v zařízeních, jakou jsou např. denní centra či klubova zařízení, která fungují na principu, že sami klienti zabezpečují chod těchto center a klubů. Další možností jsou chráněné dílny, kde pracují pod vedení ergoterapeutů v menších skupinkách. (Matoušek a kol., 2005, s. 149–150).

V souvislosti se zaměstnáváním duševně nemocných se v poslední době upouští od myšlenky přechodu od méně náročných pracovních podmínek k těm náročnějším. Ukázalo se totiž, že klienti mají obavy do běžných pracovišť z chráněného prostředí odejít. V reakci na tento fakt se prosazuje myšlenka podporovaného zaměstnávání, kdy je klient zařazen na běžné pracovní místo a kdy se mění pouze intenzita podpory, kterou mu pracovní asistent poskytuje (Matoušek a kol., 2005, s. 150).

Volný čas

V životě duševně nemocných se často vyskytuje množství překážek, které jim brání naplňovat své zájmy v rámci volného času. Tyto překážky se dále dělí na **vnější a vnitřní**. Mezi vnější překážky patří **finanční náročnost, nedosažitelnost místa s využitím veřejné dopravy, odmítání, resp. strach z duševně nemocných**. Do vnitřních překážek se řadí např. **nedostatek dovedností, psychologické bariéry (strach z nové, neznámé situace, nadměrná zátěž, zvnitřněná stigmatizace, příznaky duševní nemoci, vedlejší účinky léků, nízká sebedůvěra, nadnesená obranná očekávání** (Matoušek a kol., 2005, s. 150-151).

Dlouhodobě duševně nemocní žijí dost často izolovaně, to se nicméně stává předmětem zájmů sociálního pracovníka, jenž má za úkol **vytvářet spojení mezi klientem a okolím**. Snaží se klientovi nabízet zařízení a instituce, jako kupř. **centra denních aktivit** nebo **dobrovolnické programy**. **Komunitní zařízení** pak zprostředkovávají další možnosti, jako **vánoční** či **jiné oslavy, výlety, zájezdy**. Je však nutné dbát na to, aby profesionálové nepřevzali veškerou aktivitu uživatelů (Matoušek a kol., 2005, s. 151).

4 Empirická část

Cíl výzkumu

- **Hlavní cíl**
 - Zjistit, jak mohou vnímat možnosti a rizika inkluze lidé s duševním onemocněním a jejich nejbližší okolí.
- **Výzkumné otázky**
 - Jak vnímají možnosti inkluze lidé s duševním onemocněním?
 - Jak vnímají možnosti inkluze rodinní příslušníci lidí s duševním onemocněním?
- **Výzkumné cíle**
 - Vztahující se k lidem trpícím duševním onemocněním
 - Zjistit, zda si lidé s tímto typem onemocnění připadají sociálně vyloučení.
 - Zjistit, zda nějakým způsobem usilují o inkluzi.
 - Zjistit, zda mají povědomí o možnostech inkluze.
 - Vztahující se k rodinným příslušníkům člověka s duševním onemocněním
 - Zjistit, jak vnímají nejbližší rodinní příslušníci svého blízkého trpícího duševním onemocněním.
 - Zjistit, zda tito lidé vnímají U svého blízkého, že je nějakým způsobem stigmatizován či sociálně vylučován.
 - Zjistit, zda tito lidé vidí potřebu inkluze U lidí trpících tímto onemocněním.
 - Zjistit, jaké povědomí o možnostech inkluze má nejbližší okolí lidí s tímto typem onemocnění.
 - Zjistit, jak vnímají možnosti sociální práce s rodinnými příslušníky takto nemocných lidí.

5 Metodologický rámec výzkumu

5.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum má za cíl interpretovat realitu, ovšem ne na základě čísel. Cílem je najít význam ve sdělovaných informacích. (Disman, 2002, s. 285)

Zatímco kvantitativní výzkum spočívá v testování hypotéz, náplní výzkumu kvalitativního je vytváření nových hypotéz, nového porozumění, nové teorie. Dále je pro něj charakteristické, že na rozdíl od kvantitativního výzkumu se týká pouze malého počtu lidí. Z hlediska transformace informací vyžaduje kvantitativní výzkum vysoké procento formálnosti, kdežto kvalitativní nikoliv (Disman, 2002, s. 286).

Kvalitativním výzkum předpokládá nalezení pravidelných struktur ve všech sebraných datech. (Disman, 2002, s. 287)

Kvalitativní výzkum spatřuje velkou důležitost v kvalitativním přístupu a jeho zásadním dodržování. (Mioviský, 2006, s. 16) „Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principu jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“ (Mioviský, 2006, s. 18)

5.2 Metoda získávání dat

Ve svém výzkumu jsem použil hlavně metodu polostrukturovaného interview se zkoumanými osobami, čímž jsem chtěl zajistit, aby měly rozhovory požadovaný spád a směřovaly k danému tématu.

Polostrukturované interview

Touto formou rozhovoru jsem měl v úmyslu vytvořit prostor k tomu, aby dostal respondent příležitost vyjádřit se i k jiným, danou tematiku doplňujícím sférám, které jsem na počátku nemohl zdárně identifikovat. „Polostrukturované interview vyžaduje oproti strukturovanému náročnější technickou přípravu. Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Obvykle je možné zaměřovat pořadí, v jakém se okruhům

věnujeme, a dle potřeby a možností tedy toto pořadí upravujeme, abychom tím maximalizovali výtěžnost interview.“ (Miovský, 2006, s. 159)

U polostrukturovaného interview máme určeno tzv. **jádro interview**, tzv. minimum témat a otázek, na které se tazatel musí zeptat. Tím nám vzniká jistota, že všechna témata probrána budou. Odlišnosti mohou nastat v pořadí nebo ve znění a stylu pokládání otázek. K tomuto jádru se pak může přidružovat množství doplňujících témat a otázek, které se tazateli jeví jako smysluplné či vhodně doplňující původní zadání (Miovský, 2006, s. 160).

Nyní bych se chtěl věnovat něčemu, co je pro všechny typy rozhovoru probíhající v rámci kvalitativního rozhovoru stejné, a to jsou fáze rozhovoru, které Miovský taktéž ve své publikaci, z níž nyní budu čerpat, popsal.

5.3 Metody zpracování dat

Ke zpracování dat jsem využil tři metod, přičemž k tomu, abych mohl s daty více pracovat, užiji nejdříve metodu doslovné transkripce, kterou budu následně na základě otevřeného a axiálního kódování vyhodnocovat.

5.3.1 Doslovná transkripce

„Transkripce se nazývá proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby. Jedná se o časově velmi náročnou proceduru. Pro podrobné vyhodnocení je však transkripce podmínkou. Je možné pak zdůrazňovat důležitá místa podtrháváním, opatřovat určitá místa komentářem na kraji stránky nebo vytvářet seznamy a srovnávat jednotlivá místa textu.“ (Hendl, 2005, s. 208)

V rámci doslovné transkripce existují další techniky, jež pro přepis využívají techniku pracující pomocí mezinárodní fonetické abecedy IPA. Mluvené slovo je také možné převést do literárního opisu, který zachovává vše. V některých případech se soustředíme pouze na obsahově-tematickou rovinu, možné je přenášet text i do spisovného jazyka a upravovat jej stylisticky (Hendl, 2005, s. 208). Já jsem však v rámci svého výzkumu použil metodu doslovné transkripce se zachováním dialektu.

5.3.2 Vyhodnocování

V rámci svého výzkumu jsem se pro vyhodnocování rozhodl dat využít možností otevřeného a axiálního kódování.

Otevřené kódování

Otevřené kódování poskytuje výzkumníkovi první průchod daty, jež odhalují určitá témata, která jsou nejdříve spíše abstraktní, mají však určitý vztah k výzkumným otázkám. Tato fáze pak vede k seznamu témat, která je pomáhají výzkumníkovi vidět v celku a která ho vedou k hledání témat dalších (Hendl, 2005, s. 247).

Otevřené kódování pak lze definovat různým způsobem. Vyskytují se zde možnosti kódovat slovo po slovu, podle odstavců nebo podle celých textů a případů, důležité však je, že cílem kódování je tematické rozkrytí textu. V textu se potom soustředíme také na vlastnosti oněch tematických kategorií. Tomuto procesu pak říkáme dimenzionalizace (Hendl, 2005, s. 247).

Axiální kódování

Axiální kódování navazuje na otevřené kódování a je definováno jako „pojmová analýza možných hodnot znaků fenoménů a případů v dané kategorii tvoří výchozí bod pro další krok. V průběhu axiálního kódování výzkumník uvažuje o příčinách a důsledcích, podmínkách a interakci, strategii a procesech, a tvoří tak „osy“ propojující jednotlivé kategorie.“ (Hendl, 2005, s. 248) Výzkumník by měl dále hledat další kategorie, koncepty, které spolu souvisejí, aby odhalil i vztahy mezi různými kategoriemi. To však není možné udělat pouze na základě dat, neboť k tomu je potřeba teoretického rámce, jenž doporučí, které druhy fenoménů lze mezi sebou propojovat a které ne (Hendl, 2005, s. 248).

Axiálního kódování jsem ve své práci využíval do té míry, že jsem v duchu Hendlovy citace uvažoval o příčinách a důsledcích, podmínkách a interakci, strategiích a procesech, a vytvořil jsem tím osy propojující jednotlivé kategorie. Vznik vztahů mezi jednotlivými kategoriemi byla dána zelená až na základě teoretického rámce, který jsem v okamžiku axiálního kódování neměl.

6 Realizace výzkumu

Specifickou skupinou mého výzkumu jsou duševně nemocní. Většina z nich se s fenoménem sociální exkluze a jeho řešením pravděpodobně už někdy setkala. Jejich postoje či zkušenosti s tímto fenoménem chci nyní podrobit svému výzkumu, jehož strategickou základnou je fenomenologické zkoumání.

6.1 Fenomenologické zkoumání

Strategickým kontextem mého výzkumu je fenomenologická teorie. Jejím „hlavním cílem je popsat a analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem, kterou má určitý jedinec nebo skupina jedinců.“ (Hendl, 2005, s. 128) Můj výzkum se zabývá analyzováním toho, jak může specifická skupina lidí, v tomto případě duševně nemocní a jejich příbuzní, vnímat specifický fenomén, jímž je sociální inkluze.

Výzkumník se obvykle snaží vstoupit do niterního života jedince, aby porozuměl významům, které dané problematice respondent přikládá. Získaná data pak výzkumník analyzuje tak, aby zachytil jemnosti prožité zkušenosti respondenta s daným fenoménem. Interpretace fenomenologického zkoumání potom vytváří jakýsi popis sdělených prožitků (Hendl, 2005, s. 128).

Data se v rámci fenomenologického přístupu získávají převážně formou rozhovoru, kdy je respondent vyzván k tomu, aby sdílel své zkušenosti a prožitky právě s fenoménem výzkumu. Takový rozhovor by v něm měl vyvolávat pocit bezpečí a pohody, přičemž výzkumník by měl tzv. „uzávorkovat“ své předsudky a představy o fenoménu (Hendl, 2005, s. 128).

Ve svém výzkumu jsem používal metodu polostrukturovaného rozhovoru, přičemž respondent měl možnost sdílet své zkušenosti a prožitky bez toho, abych rozhovor přísně strukturoval.

V situaci, kdy již výzkumník získal všechna data, přistupuje k analýze. Ta má za cíl vymezit všechny jemnosti prožité zkušenosti s daným fenoménem. Tyto jemnosti jsou v rámci fenomenologického zkoumání považovány za podstatnou a vytvářejí jeho strukturu. (Hendl, 2005, s. 129).

Analýzu v rámci fenomenologického výzkumu rozdělujeme na čtyři fáze, jimiž jsou: uzávorkování, intuice, analyzování a popis. V rámci uzávorkování je výzkumník

veden k tomu, aby si uvědomil své koncepty a představy o fenoménu. To by mu pak mělo umožnit vidět fenomén jasněji v jeho jedinečnosti. V další fázi, kterou je intuice, dochází ke snaze porozumět významům respondentovy prožité zkušenosti s daným fenoménem. Výzkumník by poté měl být schopen data interpretovat jako popis zkušenosti, přitom však porovnává jednotlivé shody dat, vznikající kategorie a témata. K této fázi využívá technik obsahové analýzy, kterými jsou kódování, kategorizace a definování témat. Výzkumník by však měl při práci s daty pracovat tak, aby zachoval pestrost sdělovaných významů zkušenosti. V kategorizaci pak výzkumník pojmenovává podstatu skupin složek zkušenosti. Na závěr pak přistupuje k sepsání hloubkového popisu významů složek zkušenosti, aby tak reflektoval své dosavadní poznatky a zkušenosti o celé skupině jedinců (Hendl, 2005, s. 129).

6.2 Způsob výběru respondentů

Při výběru respondentů jsem nejdříve stanovil kritéria, která respondenti museli splňovat, a sice tak, aby byli zastoupeni rovnoměrně v jednotlivých bodech výběrových kritérií.

Předem daná struktura výběru

Tato možnost výběru je v situaci, kdy jsou kritéria pro výzkum předem daná nezávisle na výsledcích výzkumu. Výběr jednotlivých respondentů má být prováděn tak, aby respondenti byli rovnoměrně zastoupeni v jednotlivých bodech výběrových kritérií (Hendl, 2005, s. 151).

Má kritéria při výběru respondentů byla tato:

- Kritéria pro výběr respondentů ve skupině duševně nemocných lidí
 - Člověk s duševním onemocněním
 - Staršího věku (70 let a více)
- Kritéria pro výběr respondentů ve skupině rodinných příslušníků takto nemocných lidí
 - Další respondenty pak tvoří rodinní příslušníci, kteří se s příbuzným duševně nemocným setkávají nejméně jednou týdně.
- Etická kritéria
 - Na základě zhodnocení projektu či dopadů jeho působení je mým dalším kritériem fakt aby se jednalo o rodiny, které tento zásah do jejich soukromí budou s to unést a vyrovnat s ním.

Výzkumný vzorek

První skupinu respondentů tvoří dva muži, kteří splňují obě kritéria, oba trpí jistým druhem duševního onemocnění a splňují i kritérium věkové.

- Muž ve věku 72 let trpící paranoidní schizofrenií, v současnosti žije se svou manželkou v bytě panelového domu v malém městě. Tento muž je vyučen v oboru soustružník – obráběč kovů, kdy celý život v tomto oboru také pracoval. Dětství měl však velmi náročné, kdy vlastního otce nepoznal a s matkou, která ho odložila, se viděl jen velmi zřídka. V současnosti tráví tento muž téměř veškerý čas ve svém bytě, nemá chuť cokoli dělat a ztratil všechny zájmy. Sužuje jej pouze nemoc, kdy bludy a halucinace naprosto zatěžují a omezují jeho myšlení a schopnost normálně žít. Muž dochází ke svému psychiatrovi, který mu předepisuje léky, avšak dotyčný předepsanou medikaci buďto nedodržuje, nebo ji kombinuje s pitím alkoholu.
- Muž ve věku 70 let trpící Alzheimerovou chorobou, v současnosti žije v domově důchodců se zvláštním režimem, který je situován v blízkosti lesa zhruba 2 km od nejbližšího města. Tento muž dosáhl středoškolského vzdělání na gymnáziu. Za svůj život vystřídal mnoho zaměstnání, pracoval mj. jako řidič kamionu pro firmu Coca-cola, byl zaměstnancem domova důchodců atd. V průběhu svého života však přišel o vše, úmrtí jeho matky způsobilo, že se rozešel s partnerkou, dal jí veškeré úspory, auto a pokusil se neúspěšně o sebevraždu. Po tomto činu byl umístěn do psychiatrické léčebny v Opavě, ze které jej nakonec přemístili do zařízení, v němž v současnosti žije a v němž také podstupuje psychiatrickou léčbu, kdy dodržuje i předepsanou medikaci.

- **Tabulka 1 Fakta o respondentech v rámci výzkumu s lidmi s duševním onemocněním**

Respondent	Č. 1	Č. 2
Věk	72 let	70 let
Pohlaví	muž	muž
Vzdělání	Odborné učiliště – soustružník, obráběč kovů	Středoškolské s maturitou – gymnázium
Duševní onemocnění	Paranoidní schizofrenie	Alzheimerova choroba
Léčba	Návštěvy psychiatra+medikace – nedodržuje se, kombinace s alkoholem	Psychiatrická léčba v rámci zařízení + medikace – dodržuje se, zbaven svéprávnosti
Prostředí	Domov	Domov se zvláštním režimem

Shrnutí – Skupinu respondentů tvoří dva muži starší 70 let trpící duševním onemocněním, přičemž jeden trpí paranoidní schizofrenií, druhý Alzheimerovou chorobou. Vzdělání prvního respondenta je na úrovni učiliště, zatímco vzdělání druhého respondenta je středoškolské s maturitou. Odlišnost respondentů můžeme pozorovat i v oblasti dodržování medikace, kdy U prvního respondenta se o dodržování mluvit nedá, oproti tomu U druhého ano. To je však do jisté míry podmíněno tím, že žije v domově se zvláštním režim pod dohledem zdravotníků, kdežto první respondent žije ve svém domácím prostředí.

Druhou skupinu respondentů tvoří pět lidí, kteří jsou rodinnými příslušníky takto nemocné osoby, jsou v přímém kontaktu a splňují i kritérium věkové rozmanitosti.

- Žena ve věku 65 let, ve vztahu ke svému příbuznému duševně nemocnému je manželka. Její manžel trpí schizofrenií. Jako manželé společně žijí již 40 let v malém městě ve Slezsku, v bytě panelového domu, do něhož se přestěhovali před pěti lety, taktéž z bytu panelového domu. Tato žena je vyučena v oboru švadlena, kdy celý život v tom oboru také pracovala. Společně vychovali tři dcery, z nichž pouze jedna žije ve stejném městě, jako oni.
- Dalším respondentem je 75letý muž, ve vztahu ke svému duševně nemocné příbuzné je manžel. Jeho nemocná choť trpí Alzheimerovou chorobou. Manželi jsou již 52 let a žijí rovněž v malém městě ve Slezsku v bytě panelového domu, kde strávili celý společný život. Tento muž má středoškolské technické vzdělání, jeho nemocná manželka má kvalifikaci v oboru všeobecná sestra, kteroužto profesi celý svůj produktivní život vykonávala. Tento muž přistupuje k situaci velmi aktivně, snaží se o manželku postarat, avšak uvědomuje si, že mu na to už přestávají stačit síly, a hledá proto jiné možnosti pomoci. Mezi jeho zájmy patří především turistika
- Třetí respondentem je žena ve věku 50 let. Ačkoli je jen sestřenicí svého příbuzného duševně nemocného, který trpí Alzheimerovou chorobou, má s ním velice blízký vztah, pravidelně se navštěvují a tráví spolu volný čas – např. některými zájmovými aktivitami. Tato respondentka žije se svým manželem a svými dvěma nejmladšími dcerami v rodinném domě v malé vesnici nedaleko malého slezského města. Ostatní tři jejich dcery se dílem odstěhovaly, dílem studují na vysoké škole, a netráví tudíž mnoho času doma. Tato žena má

středoškolské pedagogické vzdělání, avšak nyní je zaměstnána jako pečovatelka na Charitě.

- Další respondentem je opět žena, tentokrát 48 letá, jež vůči svému příbuznému nemocnému je vztahu dcera-otec. Tato žena svého otce trpícího paranoidní schizofrenií pravidelně navštěvuje a tráví s ním čas formou naslouchání. Vidí se také během rodinných oslav. Tato žena žije se svým manželem a svými třemi dětmi v malém městě v bytě panelového domu. Dosaženým vzděláním této ženy je prozatím gymnázium, avšak nyní studuju vysokou školu v oboru sociální patologie a prevence. V současnosti je zaměstnána jako vedoucí pečovatelské služby Charity.
- Posledním respondentem je mladý dospívající muž ve věku 15 let, který je vnukem nemocného příbuzného trpícího schizofrenií. Tento mladý muž studuje první ročník na gymnáziu. Se svými rodiči a dvěma sourozenci žije taktéž v malém slezském městě. Jeho vztah vůči dědovi by se dal charakterizovat návštěvami, které ovšem nejsou nijak vyhledávány.

Respondenti	Č. 1	Č. 2	Č. 3	Č. 4	Č. 5
Věk	65 let	75 let	50 let	48 let	15 let
Pohlaví	žena	muž	žena	žena	muž
Dosažené Vzdělání	Odborné učiliště	Středoškolské technické vzdělání s maturitou	Středoškolské pedagogické vzdělání s maturitou	Gymnázium Studium – Sociální patologie a prevence (Bc.)	Základní vzdělání Současné studium – Gymnázium
Zaměstnání	Švadlena	Technik	Pečovatelka na Charitě	Vedoucí pečovatelské služby Charity	Student
Soc. vazby	manželka	manžel	sestřenice	dcera	vnuk
Frekvence kontaktu	Každý den	Každý den	Jednou za týden	Jednou za týden	Jednou za týden
Onemocnění příbuzného	Schizofrenie	Alzheimerova choroba	Alzheimerova choroba	Paranoidní schizofrenie	Schizofrenie

- **Tabulka 2 Fakta o respondentech v rámci výzkumu s rodinnými příslušníky**

Shrnutí – Tuto skupinu respondentů tvoří dva muži a tři ženy, z čehož tři respondenti jsou dospělého věku a jeden ještě nedosahuje plné zletilosti. Tři respondenti dosáhli

středoškolského vzdělání s maturitou, jeden na střední škole studuje a jeden má pouze odborné učeliště. Dva respondenti, kteří jsou s duševně nemocnými v manželském poměru, jsou s ním v kontaktu každý den. Ostatní tři respondenti se s příbuzným nemocným setkávají vždy jednou za týden.

6.3 Etické otázky výzkumu

Jednou z důležitých zásad etického jednání při výzkum je potřeba získat poučený informovaný souhlas, to znamená, že dotyčná osoba si je vědoma toho, že se účastní výzkumu a dobrovolně s tím souhlasí. V případě nezletilých nemohou samotní nezletilí tento souhlas dát, nicméně pokud jsou schopni, musíme takové prohlášení získat. Další aspektem je, že respondenti musí být poučeni v tom, že mohou kdykoli během výzkumu svobodně odmítnout se na něm nadále nepodílet. V neposlední řadě nemá být v ideálním případě identita účastníků výzkumníkům známa (Hendl, 2005, s. 155).

V kvalitativním rozhovoru je mnoho příležitostí, kdy má účastník možnost vyjadřovat se a hovořit o emočně citlivých aspektech svého života, jakými např. může být rozvod, smrt, násilí či potíže v práci, proto nesmíme tyto otázky klást bez přechodu a přípravy. Zkušený výzkumník pak dává účastníkovi prostor, aby se nejdříve uvolnil a vysvětlil své pocity. V emočně nestabilních tématech pak rozhovor může připomínat spíš terapeutický rozhovor, v němž dochází k léčebnému účinku. To ovšem skrývá nebezpečí, že se účastník příliš otevře. Zde si pak člověk musí klást otázky. Jsem výzkumník, nebo terapeutem? Zastavit dotazovaného, nebo ne? (Hendl, 2005, s. 156).

V případě vlastního výzkumu vidím velkou potřebu dbát na emoční bezpečí respondentů, poněvadž situace v rodinách s lidmi duševně nemocnými může být emočně nestabilní. Samotné téma může být velmi citlivé a náročné. Proto už při prvním kontaktu s respondentem, během něhož se s ním domlouvám na termínu schůzky za účelem rozhovoru a seznamuji jej s tím, co od něj žádám, zdůrazňuji ještě předtím, než vyjádří souhlas s účastí na výzkumu, zvláště pečlivě fakt, že se během rozhovoru můžeme dotknout citlivých témat.

7 Průběh výzkumu

Výzkum pro mou bakalářskou práci proběhl v termínu od 1. 2. do 14. 2. 2015, kdy jsem v průběhu těchto dnů realizoval rozhovory s respondenty, které jsem již před 1. 2. 2015 kontaktoval a vysvětlil jim účel výzkumu.

První kontakt s respondenty

První kontakt se čtyřmi respondenty, z nich tři byli rodinnými příslušníky duševně nemocných a jeden duševně nemocný, jsem si zprostředkoval sám, jelikož se jedná o rodinu, s níž se osobně znám. Zmiňovaná rodina mi poskytla tři respondenty pro výzkum s rodinnými příslušníky a jednoho respondenta pro výzkum s duševně nemocnými. Tato vztahovost však nebyla podmínkou pro výzkum. Všem jsem důkladně vysvětlil svůj úmysl, se kterým za nimi přicházím, a sice ten, že v rámci své bakalářské práce zpracovávám výzkum, který se soustředí na zmapování povědomí o možnostech inkluze u lidí s duševním onemocněním a jeho okolím. Po seznámení dotyčných s mým úmyslem jsem požadoval souhlas všech respondentů se zahrnutím jejich výpovědí do mého výzkumu.

Kontakt s dalšími třemi respondenty mi zajišťovala ředitelka Charity Krnov Bc. Monika Dudová, která v rámci svých kompetencí řídí i zařízení pro seniory, skrz které jsem se mohl dostat k dalšímu klientovi a respondentovi pro můj výzkum s duševně nemocnými. Na základě mých kritérií mi zprostředkovala rovněž kontakt s dalšími dvěma respondenty, konkrétně s rodinnými příslušníky takto nemocných.

Dříve než jsem se však s dohodnutými respondenty setkal, dbal jsem na to, abych věděl co nejvíce o místě a prostředí, v němž momentálně žijí. Miovský ve své publikaci uvádí, že „dokonalá znalost terénu je základním předpokladem pro úspěšně provedenou studii.“ (Miovský, 2006, s. 30) Terénem je pak myšleno prostředí, v němž klient žije. Může jít i o několik ulic městské části, budovy či organizace, které se zde vyskytují. Dotyčný výzkumný subjekt je vždy zařazen do určitého kontextu, proto je znalost terénu, v němž se respondent pohybuje a k němuž je vázán, pro pochopení a výzkum nezbytná (Miovský, 2006, s. 30–31).

Získávání dat – Rozhovory

Rozhovory, jak již zmínil, probíhaly polostrukturovanou formou, aby tak byl účastníkovi zajištěn prostor vyjádřit svou zkušenost a možnost objasňovat i významy, které se přímo či nepřímo pojí s fenoménem výzkumu. U lidí s duševním onemocněním však forma vedení rozhovoru musela být poněkud direktivnější, protože jejich byly odpovědi po celou dobu rozhovoru dosti strohé, což má patrně souvislost i s jejich duševním onemocněním.

Rozhovory probíhaly v domácím prostředí respondentů, vyjma respondenta č. 2 s duševním onemocněním, jenž v současnosti žije v domově se zvláštním režimem, kde rozhovor s ním probíhal. Záznam těchto rozhovorů byl po dohodě s respondentem zajištěn formou nahrávání. Aby byla zachována anonymita, úvod rozhovoru, který zahrnoval představení, nahráván nebyl.

8 Analytická část

Úvod obsahuje vysvětlení jednotlivých témat, které se váží k výzkumné otázce a struktuře kapitol (Hendl, 2005, s. 320).

V této části své práce se budu soustředit na prezentaci výsledků svého výzkumu, který probíhal zároveň ve dvou sférách – chtěl jsem totiž porovnávat povědomí o možnostech sociálního začleňování jednak U osob s duševním onemocněním, jednak U rodinných příslušníků těchto osob. Proto bude v následujících řádcích interpretace dvojí, resp. bude do těchto kategorií rozčleněna.

Následující kapitoly vždy korespondují s výzkumnými otázkami, které se týkají zjišťování možností a povědomí o sociální inkluzi U lidí s duševním onemocněním, ale i u jejich rodinných příslušníků.

V hlavní části interpretace výsledků pak můžeme zpozorovat témata, kterými jsou sociální exkluze a inkluze. Tyto hlavní sféry jsou pak rozebírány v kategoriích, které vyplynuly z kvalitativních rozhovorů s respondenty a které s hlavními tématy, počítaje v to i hlavní výzkumné otázky, zásadně korespondují.

8.1 Hlavní část – Analýza dat

Aby čtenář byl schopen pochopit, jak autor dospěl k daným interpretacím, hlavní část musí obsahovat logické návaznosti zpracovaných témat, přičemž uvádíme konkrétní data (Hendl, 2005, s. 320).

8.1.1 Analýza dat výzkumu s lidmi s duševně nemocnými

Vnímání znevýhodňování a sociálního vyloučení ve společnosti

Subjektivita tvrzení podmíněna přítomností duševního onemocnění

V oblasti vnímání znevýhodňování a sociálního vyloučení respondentů musíme na jejich tvrzení nahlížet z pohledu jejich vlastní psychopatologie, která se výrazně promítá do jejich subjektivity.

Ano, vnímají na sobě znevýhodňování, avšak s odlišnými důvody

Ze stran institucí, které se nesnaží pomoci, anebo naopak – 1. respondent

Znevýhodnění je zde spatřováno v institucích, které se nesnaží nijak pomoci.

Na otázky, jestli si připadá nějak znevýhodňován či sociálně vylučován ve společnosti, odpovídal například takto: „*No, já nevím, jak to řešit. Já když tam zajdu – na policajty, tak se zeptají, co vám to dělá, Máte nějakou škodu nebo?*“ Oni chtějí konkrétní věci. Jenomže to policajti, to jsou všechno kamarádi s tím člověkem, co mi to dělá, to je úplně bezpředmětné tohleto.“ Nebo „*To jak jsem tam byl v té Opavě. Ano, za začátku ano, to se mi snažili pomoci. Ale poslední 14 dní jsem tam zpozoroval, že se tam něco negativního proti mně něco děje, prodloužená ruka tady z Krnova.*“

Druhý respondent pak v oblasti znevýhodňování ze stran institucí reagoval takto: „*Znevýhodňuje, znevýhodňuje, no, to prostě patří k tomu, kdo se pokusí o sebevraždu, prostě skončí v blázinci, to je logické. Se mi to nepovedlo dokonat, tak jsem tady.*“

Emoce doprovázející fenomén znevýhodňování a sociálního vyloučení

Silný pocit beznaděje, který se odehrává ve vztahu k rodině a širšímu okolí

Ke vnímání znevýhodňování se pojí také emoce, jakými může být **silný pocit beznaděje**, který se odehrává ve dvou sférách, a to ve sféře rodiny a ve sféře společnosti, k nimž mohu uvést příklady výpovědí prvního respondenta: „*Nejhorší na tom je, že mi ani moje rodina nevěří.*“ A: „*Já vůbec nevím, za kým mám jít, no.*“ Druhý respondent v kontextu tohoto pocitu a oblasti odpovídal takto: „*Nemám vůbec nikoho.*“ Nebo také „*Poměrně brzo, no, ztratil jsem veškerou rodinu, takže jsem se pokusil o sebevraždu.*“

Touha po vlastním domově

Tato touha ukázala u druhého respondenta, který aktuálně žije v domově se zvláštním režimem, s jehož službami není spokojen, což se také odráží na jeho touze po vlastním domově: „*Vypadnout do svého.*“

Vnímání úsilí o sociální inkluzi

Skepse z nemožnosti řešit sociální vyloučení

V této kategorii oba respondenti ve vztahu k sobě v oblasti sociální inkluzi vnímali jakousi skepsi z nemožnosti řešit sociální vyloučení, která se promítala i do jejich argumentací, kdy první respondent odpovídal např. takto: „*Už je na všechno pozdě.*“ Nebo: „*No, já nevím, jak to řešit.*“ Druhý respondent pak reagoval podobně: „*Nic není, nic se neopakuje, nic nejde zopakovat.*“ Nebo: „*No, navázat na něco, to už jde hodně těžko.*“

Možnosti a schopnosti organizací pracujících s těmito lidmi

Druhý respondent vidí coby klient zařízení se zvláštním režimem ještě možnou pomoc ve snaze o sociální inkluzi ze strany institucí, přičemž zmiňuje základní předpoklady pro takové úsilí: „*No, tak je to možné, podle možností, podle schopností.*“

Jak vnímají možnosti inkluze lidí s duševním onemocněním

První respondent pozitivní možnosti inkluze spatřuje pouze ve vlastním domově a rodině. Objevily se tu sice rovněž oblasti zájmů, figuruje zde okolí nemocného, dalšími oblastmi, které by mohly být oblastmi vedoucí k inkluzi, pak představuje rodina a kamarádi, leč vnímání tohoto prvního respondenta je negativní.

Druhý respondent se ve svých odpovědích pohyboval v podobných kategoriích, avšak svým vlastním způsobem, tj. vzhledem k tomu, že nyní žije jako klient zařízení se zvláštním režimem. Vnímání možností inkluze tohoto klienta sem přineslo i další oblast týkající se institucí.

Domov

První možností inkluze, kterou první respondent vnímá spíše pozitivně, je oblast domova, vlastního bytu, kdy víceméně dochází k závěru (který je však opět ovlivněn zkresleným vnímáním reality způsobeným duševním onemocněním), že „*tady doma není špatně, kdyby mi tady nikdo nic nedělal*“.

Domov + zájmy

Druhý respondent vidí coby klient domova se zvláštním režimem jako možnost efektivní sociální inkluze možnost vlastního bytu, domova, který mu je pro tuto chvíli upřen: „*Tak jistě, chtěl bych mít svůj byt a starat se sám o sebe a pustit se zase spíše do té muziky. Já jsem dřív právě dělal diskotéky, bylo toho dost.*“ Zde můžeme vidět i oblast zájmů, která však je vázaná k možnosti vlastního bydlení, v jiných případech není vnímána jako relevantní.

Instituce jako zábrana sociální inkluzi

Druhý respondent identifikoval instituce jako prostředek, který mu brání v sociální inkluzi: „*Tak to já jsem nikde takhle nebyl, trávím čas pouze tady.*“

Sociální opora

Tato kategorie se pak dále ještě dělí na rodinu, kamarády a širší okolí.

Rodina

Jako důležitý kontakt, o který se může opřít, vnímá pak rodinné příslušníky, konkrétněji svou manželku, o níž se vyjadřuje: „*Víš, já jsem rád, babička – já jsem nepoznal v životě hodnější ženskou, než je ona.*“

Kamarádi

V této kategorii se pohyboval pouze první respondent, leč i této možnosti inkluze brání vnější vlivy. První možností jsou kamarádi, avšak „*kamarádi jsou mrtví*“.

Širší okolí

Druhý respondent se pohyboval jenom v této kategorii možnosti inkluze, přičemž z důvodu absence jakýkoliv blízkých kontaktů a širšího okolí jí není možné využít: „*Nemám vůbec nikoho.*“

Zájmy

Další možností sociální inkluze jsou zájmy, jejichž realizace však u prvního respondenta z důvodu pocitů ohrožení, není možná. Příčinou je opět porucha vnímání způsobená duševním onemocněním: „*Jaké zájmy když ti furt někdo něco dělá?*“ a pak také únava: „*Nedá se z důvodu únavy.*“

Druhý respondent oblast zájmů spatřuje, jak jsem již výše popsal, v hudbě, kterou má rád. Tato oblast zájmů se však přímo váže k možnosti vlastního bydlení. V současné době, kdy je mu možnost vlastního domova odepřena, převládá apatie vůči všemu, co respondent v současnosti prožívá: „*Ted' mě nebaví nic.*“

8.1.2 Analýza dat výzkumu s rodinnými příslušníky duševně nemocných

V této části analýzy dat se zaměřím na prezentaci postojů, názorů a dat vycházejících z rozhovoru právě s rodinnými příslušníky lidí s duševním onemocněním.

Jak vnímají rodinní příslušníci svého blízkého coby duševně nemocného

Respondenti v rámci svého vnímání prošli jakýmsi vývojem – zpočátku byl jejich vztah k příbuznému ve znamení neporozumění a nepochopení jeho chování, aby pak vyvinuli jakousi snahu mu porozumět, nato se s danou situací smířili a v konečné fázi začali vnímat dotyčného jako člověka.

Neporozumění a nepochopení chování příbuzného

V minulosti bylo vnímání příbuzného rodinnými příslušníky značně podmíněno faktem, že netušili, že jde o duševní chorobu, proto taky netušili, jak k němu přistupovat.

Neporozumění faktu duševního onemocnění se projevovalo takto: „*Už dřív se mělo něco dělat, já jsem nevěděla, že je nemocný, kdybychom to věděli, začalo by se s tím něco dělat.*“ Nebo také: „*Dřív to bylo hrozné, já jsem nemohla jít.*“

Emoce

Další podkategorií, která přímo souvisí s neporozuměním a nepochopením, jsou emoce, mezi něž se v tomto případě řadí „*hněv*“ nebo „*přemlouvání*“.

Snaha porozumět příbuznému

K tomu, aby vnímání nemocného bylo co nejpozitivnější, se respondenti snažili porozumět nemocnému, včetně jeho onemocnění, a také tomu, co je způsobilo: „*No, my jsme tak právě s dcerou dumaly, jaké on měl to dětství.*“ Nebo: „*V dětství prožil trauma, které se mu v podstatě stupňovalo celý život.*“

Smíření se se situací, že příbuzný je duševně nemocný

Smíření se se situací můžeme vidět u respondentů, z nichž jeden náhled je spíše pozitivnější („*ted' by se dalo říct, že už je to v pohodě, ale byly doby, kdy jsem to jako nezvládala*“ nebo „*když jsem se to dozvěděla, nebo jsme to zjistili, že to tak je, tak je to snazší*“) a druhý spíše neutrální („*Jako skutečnost*“)

Emoce

Tak jako U první fáze, kterou bylo neporozumění a nepochopení, tak i v této fázi se objevily emoce s ní přímo spojené. Tou první byl **smutek**: „*Je to velice smutné*“, kterou zastávali dva respondenti z pěti. Druhou **strach**: „*Když si uvědomím, že je tato nemoc v mé rodině, mám strach, že se může projevit U někoho dalšího.*“ Třetí emocií pak byla **únava**: „*Jsem velmi unavený, šlo to všechno tak rychle.*“

Vnímání příbuzného nemocného jako člověka

Rodinní příslušníci svého příbuzného vnímají také více komplexně, a sice ze dvou hledisek – **fyzického** a **psychického**. Jako příklad konkrétní argumentace respondenta z hlediska fyzického uvádím tuto citaci: „*Zdravotní stav manželky se rapidně zhoršuje a tak.*“ Nebo: „*Hygienu nezvládne, potřebuje pomoc blízké osoby.*“ Jako příklady vnímání psychického, kdy si (s hypotetickými možnostmi seberealizace) uvědomují v pozadí vztah i vůči tomu fyzickému, mohou sloužit tyto: „*Má zdravé ruce, zdravé nohy, no hlava...*“; „*Fyzicky zdravý, psychicky ne...*“ nebo: „*Je apatická...*“

Vnímání rodinných příslušníků možností stigmatizace a sociálního vyloučení U svých duševně nemocných blízkých

Dotyční duševně nemocní nejsou znevýhodňováni, protože nemoc U dotyčných nemusí být na první pohled poznat

Širší okolí

Rodinní příslušníci sociálního vyloučení nahlízejí z pohledu většinové společnosti, kdy nevnímají, že by byli sociální vylučování. Každý respondent vyjádřil svůj názor a argumentují takto: „*Ne, protože nikoho nezná.*“ Další: „*Já myslím, že ne, kdysi byli zavřeni, a teď vidíš, že chodí.*“ Nebo: „*Vůbec ne, to se totiž v prvním momentu vůbec nedá poznat.*“ A: „*Ale mě nepřipadají odstrčení.*“

Dalšími argumentacemi zněly takto: „*Ne, ve společnosti určitě není znevýhodňován, protože to navenek nevypadá, že je nemocný,*“ z čehož také vyplývá, že znevýhodnění pak přichází s bližším poznáním dotyčného: „*Je zde riziko, když ho poznají, tak může být znevýhodňován.*“ Nebo též: „*Všichni si myslí, že je normální, jenom úzká rodina to ví.*“

Kamarádi

V této souvislosti pak pouze jeden respondent nahlížel nepřítomnost sociálního vyloučení U svého příbuzného nemocného z hlediska kamarádů, kteří si duševní onemocnění U dotyčného neuvědomovali a zkrácené vnímání v důsledku nemoci mu vymlouvají. „*Kamarádi to neví, oni mu to vymlouvají.*“

Dotyční duševně nemocní jsou znevýhodňováni s předpokladem, že je okolí blíž zná

Nepřijetí rodiny

Sociální vyloučení však vnímají ještě i z pohledu z rodinného, kdy respondenti vlastně hodnotí to, zdali příbuzného přijímají, nebo mají naopak tendenci sociálně jej vylučovat: „*Rodina, sestra, společenství na zahrádce, vesměs všichni jeho kamarádi změnilo k němu postoj*“; „*No, přijímaný není, protože všichni se snaží změnit to, že je nemocný.*“ Nebo: „*Oni pak spíš mají velký problém s přijetím vlastní rodiny, protože vlastní rodina vlastně nechápe závažnost té nemoci.*“

Emoce doprovázející nepřijetí rodiny

Tuto změnu postoje k příbuznému doprovází emoce, jako jsou „*nepochopení, přemlouvání, ujišťování, výsměch*“.

Možnosti zaměstnání či práce

Dále pak rodinní příslušníci nahlízejí na sociální vyloučení i z pohledu možnosti zaměstnání či práce: „*Nevezmou ho nikde do práce.*“

Nemoc

Jako jednoznačnou příčinu znevýhodnění pak vidí přítomnost duševní choroby v životě příbuzného, kdy argumentovali takto: „*Znevýhodňuje ho samotná nemoc.*“ Nebo: „*ubližovala mu samotná nemoc a společnost o tom ani nevěděla.*“

Vnímání rodinnými příslušníky potřeby inkluze U osob s duševním onemocněním

Možná úskalí

Rodinní příslušníci při vnímání potřeby inkluze vidí řadu možných úskalí, která této potřebě začleňovat se mohou bránit.

Pasivita v důsledku onemocnění

Mezi rodinnými příslušníky byli dva respondenti, kteří potřebu sociálního začleňování viděli jako důležitou s tím aspektem, aby to bylo k aktivizaci: „*Ano, myslím si, že je to důležité pracovat s těmito lidmi, aby nezůstávali jen doma atd.*“ Nebo: „*Potřebu vnímám jako důležitou, zvláště když vím, jak byla aktivní, vše ji bavilo, a dnes je apatická,*“ kdy však jeden z respondentů reflektoval již špatný postup léčby, který jasně charakterizuje.

Léčba spočívající pouze v medikaci

Tento názor zastával jeden respondent, který akcentuje nutnost, aby řešení situace nemocného nespočívalo pouze v medikaci: „*Určitě je nenarvat nějakýma antidepressivama a nechat je doma, ale určitě nějak s nimi sociálně pracovat.*“

Motivace nemocných

Dva respondenti dále vnímali i rizika sociální inkluze spočívající v motivaci dotyčných nemocných sociálně se začleňovat a léčit se: „*Ano, myslím si, že mohou být začleňováni, ale on nechce být sociálně začleňován*“ a „*no tak, pokud se to podaří, že ten člověk, aby se nechal léčit...*“

Nevědomost

Dalším úskalím se stává také nevědomost, kdy rodinní příslušníci netuší, jak by měla sociální inkluze probíhat: „*Nevím, jak by to mělo ideálně probíhat.*“

Další dva respondenti pak dále definovali úskalí, která brání sociální inkluzi. První takovou oblastí bylo, že sociální inkluze duševně nemocných nemá význam: „*Ale toto zapojení do společnosti, nemá význam.*“ Další úskalím sociální inkluze se pak dále stává nemožnost sociálně začleňovat duševně nemocné: „*Myslím si spíš, že to není možné.*“ Nebo: „*V podstatě spíš neexistují možnosti jak tyto lidi začlenit.*“

Starost o sebe

Jeden respondent se však v souvislosti s potřebou sociální inkluze U své duševně příbuzné zabýval sebou samým, resp. obavou, jak vše zvládne: „*Já teď spíše řeším, jak to zvládnou já se o svou ženu postarat a zároveň se z toho nezbláznit.*“

Náhled na sociální inkluzi

Přítomnost duševní onemocnění může mít za následek i to, že si člověk ani **neuvědomuje svou nemoc** „*To je člověk, který to nepřiznal, tak se prakticky nemůže začlenit.*“ Nebo: „*Pokud si ten člověk, on neuvědomí, že něco není v pořádku, nemá šanci na vyléčení.*“ Přičemž léčbou je zde myšlena i možnost začlenit se. Rodinní příslušníci si z hlediska **věku** nedokážou představit sociální začlenění: „*I protože je mu 75 let, tak si nedokážu představit, že by se začlenil.*“ Nakonec hodnotí rodinní příslušníci možnosti sociální inkluze i z hlediska **fyzických dopadů** na člověka: „*Aby ten člověk s duševním onemocněním mohl fungovat samostatně, asi ani nejde, vždycky musí mít dopomoc s někým.*“ Nebo: „*Člověk s Alzheimerovou chorobou potřebuje celodenní péči.*“

Vnímání možností inkluze dle pohledu rodinných příslušníků duševně nemocných Účinné formy začleňování se do společnosti jsou dle rodinných příslušníků následující

Rodina – zapojování do běžných činností

První oblast tvoří blízké okolí dotyčných nemocných, do kterého se řadí například rodina: „*Možnosti začleňování se spatřuji pouze v rodině.*“

Ta v rámci svých možností může nemocné zapojovat do běžných denních činností: „*Tak mohou být začleňování do běžných činností, ale ho nic nebaví.*“

Širší okolí – kamarádi

Procházky

Do oblasti blízkého okolí zařazují respondenti taktéž kamarády, kteří v rámci svých kompetencí mohou v oblasti začleňování rovněž tak působit, např. formou společné procházky: „*Kamarád ho vezme ven.*“

Rozhovory

Mohou působit také formou rozhovorů: „*No, možná rozhovory, aby člověk měl možnost mluvit o svém životě a znovu jako by se, ale to asi musí být mladší člověk.*“

Zájmové činnosti

Jako další oblast sociálního začlenění určili zájmové činnosti: „*Maximálně nějakou zájmovou činnost...*“ Nebo: „*Nějaké aktivity, najít způsob co by jej bavilo, co by jej těšilo.*“

Kulturní akce

Další možností se pak ukázaly také kulturní akce: „*Možná ano, třeba šel se podívat na cimbálku.*“

Možnost práce a zaměstnání

Rovněž možnost práce a zaměstnání se rodinným příslušníků jeví jako vhodná forma začleňování se: „*Oni by potřebovali práci*“, kdy v rámci této kategorie vnímali i rizika: „*Ale já myslím, že oni mají ten mozek tak poškozený, že nevím.*“

Instituce

Spolek

Poslední kategorií se staly možnosti institucí, které pracují i na sociální inkluzi těchto lidí, kdy respondenti navrhovali jako možnost spolek: „*No, tak udělat nějaký spolek těch, co jsou takto nemocní, aby se scházeli do nějaké skupiny a tam vlastně všichni byli nějak pospolu, sdíleli se...*“

Chráněné dílny

Chráněné dílny jsou vnímány jako možnosti, kde se mohou lidé společně scházet s ostatními takto nemocnými. Navíc chráněné dílny poskytují podle nich i možnosti práce „*Mohou navštěvovat spolu s podobně postiženými lidmi třeba chráněnou dílnu.*“

Organizace jako forma začleňování se do společnosti

Možnosti začleňování formou organizací jsou nahlíženy jako ve společnosti přínosné

Čtyři respondenti přítomnost organizací pracujících s těmito lidmi vnímali spíše pozitivně, a to z různých důvodů. Hned tím prvním je skutečnost, že lidí s duševním onemocněním je mnoho: „*Vnímám je jako dobré, protože je spousta takových chlapů a ženských.*“ Nebo: „*Vnímám je velmi kladně, jsou ve společnosti velmi důležité.*“

Druhým důvodem pak je, že i tito lidé, potřebují společnost a nějaké aktivity „Není to špatné, jako někde jít, určitě, že by pro tyto lidi, někdo něco v létě.“ Nebo: „Dříve jsem se nezajímal, dnes vidím, jak je to důležité nezůstat sám. Tyto tendence jsou mi velmi sympatické.“

Možnosti začleňování prostřednictvím organizací jsou nahlíženy jako zbytečné

Jedna respondentka z pěti pohlížela na začleňování duševně nemocných prostřednictvím organizací takto: „Nemá to význam pro tyto lidi, protože oni třeba ani nechtějí se začleňovat.“ A: „Zbytečná ztráta peněz.“ Nebo se s těmito organizacemi ani nesešla: „Nesešla jsem se.“ A: „Netuším, jestli vůbec něco existuje... Možná ve větších městech“

Konkrétní organizace, s nimiž se respondenti osobně setkali a které mají potenciál pracovat s duševně nemocným na sociální inkluzi

Respondenti dále ve svých výpovědích uváděli zařízení, s nimiž se osobně setkali a která s osobami s duševně nemocnými i s nimi jakožto jejich příbuznými nějakým způsobem na řešení situace kooperují. Jedná se o zařízení jednak v sociálních službách, zdravotnických i bezpečnostních složkách systému ČR, přičemž jejich hodnocení vychází hlavně z toho, jak jim jednotlivá zařízení dokázala pomoci. S ohledem na sociální inkluzi, zde zmíním tato zařízení:

Zařízení sociálních služeb

Denní stacionář

Denní stacionář zmínil jeden respondent, jako formu zařízení, které jeho nemocná manželka v současnosti využívá a je s ním spokojená. „Už dvakrát byla v denním stacionáři od 9.00–15.00 a byla tam spokojená.“

Domov důchodců

Dalším zařízením je Domov důchodců: „Ale dále už nevím, jestli nějak sociálně začleňují, spíš asi s nimi dělají nějaké aktivity.“

Domov dobré vůle

- Volnočasové aktivity

Domov dobré vůle se zvláštním režimem zajišťuje pro své klienty i volnočasové aktivity, které respondenti popisují takto: „*Občas je vezmou na nějakou výstavu nebo je vezmou na nějaký koncert,*“ přičemž dva respondenti tento domov hodnotí taktéž kladně: „*Domovu dobré vůle se zvláštním režimem byl pro nás přijatelný.*“

Zařízení zdravotnického systému

Psycholog či psychiatr

Psychiatr je zde s ohledem na medikaci vnímán negativně jediným respondentem. Ten na druhou stranu doporučuje psychologa: „*Já bych spíš vyhledával psychologa než psychiatra, aby neskončil na psychiatrii, takže to je ten problém podle mě, v tomhle případě s dědou.*“

Psychiatrická léčebna

Stejný respondent, jehož výpověď byla uváděna i v souvislosti s psychologem a psychiatrem, se vyjadřuje i k psychiatrické léčebně: „*Věšinou to končí v psychiatrické léčebně, kde se jim dá spousta léků a nic jiného.*“

Rychlá záchranná služba

Jedna respondentka nebyla příliš spokojená ani s pomocí Rychlé záchranné služby. Důvod, který uvedla, byl tento: „*No, a ten doktor z té rychlé napsal do zprávy: Pacient není agresivní, je v pořádku, vzal si prášky, zklidněný. A odjeli.*“

Bezpečnostní složky systému ČR

Policie

Policie v případě, že byla zavolána, taktéž nesplnila očekávání, jaké tatáž respondentka měla: „*Ti nic neudělali...*“

Vnímání zásadních aspektů v oblasti služeb organizací, které usilují o sociální začleňování duševně nemocných rodinnými příslušníky

Prostředí organizace

Rodinní příslušníci by při výběru organizace, kterou by se následně rozhodli využívat, přihlíželi v první řadě k prostředí organizace, které by mělo vytvářeno tak, aby lidé, co tuto organizaci časem opustí, byli s to navázat na normální život: „*Prostě vytvářet v té organizaci takový život nebo prostě takový nějaký, že když by pak odešli zpět do společnosti, aby se chovali stejně, jak tam.*“

Aktivizace

Další věcí, k níž by přihlíželi, jsou aktivity organizace, jež by se podle jejich názoru měly soustředit na seberealizaci klientů a jejich aktivizaci. První oblastí, jíž by se tyto aktivity organizace měly týkat, je oblast zájmů klientů: „*Aby je to vytáhlo, někde by se jelo ven atd.*“ – v tomto duchu vypovídali dva respondenti. Nebo: „*Aby tam dělal nějaké aktivity,*“ popř.: „*Neměl by ztratit svoje zájmy.*“

Pracovní příležitosti

Důležitou oblast pak pro ně představují pracovní příležitosti: „*Aby tam pracoval nebo měl něco na práci,*“ což by také vedlo k aktivizaci a rozvoji schopností a dovedností

Poznávání nových lidí

Napříč všemi aktivitami by se pak měl vinout prvek poznávání nových lidí: „*Aby tam poznával nějaké nové lidi.*“

Možnosti sdílet se

V rámci aktivit organizace by také měly být zřizovány individuální i skupinové terapeutické rozhovory v rámci, v nichž se budou klienti navzájem sdílet: „*Ne, že to bude nějaké pětiminutová návštěva, dostane léky a odchod, nabídne nějaké terapeutické rozhovory.*“ Nebo: „*kdyby se nějak scházeli a nějak si popovídali a poradili si navzájem, jak se chovat, jak to zvládat.*“

Poradenství

Organizace by také v rámci svých aktivit měla zřizovat centrum poradenství sloužící rodinným příslušníkům, aby tak měli možnost se dozvědět, jak komunikovat se svým příbuzným nemocným: *„Manželce a rodině bych doporučovala nějaké centrum poradenství.“*

Prezenční přítomnost psychologa

Nedílnou součástí organizace by pak podle dotazovaných příbuzných měla být přítomnost odborníku, a to jak prezenčně, tak i externě. Prezenčně by měl být přítomný interní psycholog: *„Neziskovky by si mohly dovolit ideálně svého psychologa, který by hlavně fungoval pro zaměstnance a třeba i pro klienty“* nebo odborník: *„Aby tam byl člověk, který tomu rozumí, aby si s tím klientem promluvil, a tak třeba zjistil, jak s ním pracovat.“*

Spolupráce s psychiatrem

Organizace by také měla spolupracovat i s externími odborníky, jako je např. psychiatr: *„No, určitě aby navštěvoval svého psychiatra, aby měl pravidelné schůzky, aby to byl odborník, aby se mu mohl svěřit.“*

Úsilí o sociální začlenění

V neposlední řadě by organizace měla pracovat na sociálním začlenění: *„Měla by pracovat právě na tom, aby se ten člověk začlenil a uvědomoval ten svůj konkrétní problém,“* přičemž když bude organizace pracovat na tom, aby si člověk uvědomil problém, zvyšuje se tím i šance jeho sociálního začlenění.

Z odpovědí respondentů, které jsem v rámci rozhovorů s nimi získal, je zřejmé, že téma sociální inkluze jim není cizí. Je zde řada možností, které respondenti vnímají jako dobré, a chtějí, aby se tak s jejichmi bližními tímto způsobem pracovalo.

Vnímání možností sociální práce s rodinnými příslušníky očima těchto rodinných příslušníků duševně nemocných lidí

Neexistuje žádná pomoc

Rodinní příslušníci duševně nemocných nevnímají ze strany sociální práce žádnou pomoc, neboť instituce se podle nich o situaci takových rodin začnou zajímat teprve ve chvíli, kdy duševně nemocný jedinec udělá něco závažného: „*Hlavně pro jejich blízké, pro ty nejbližší, neexistuje žádná pomoc, protože se to vlastně vůbec nezjistí, až ten člověk něco závažného udělá, tak teprve potom se s tou rodinou něco děje.*“

Nedostatečná lékařská kontrola

Další příčinou, proč se rodinným příslušníkům nedostává žádné pomoci, je nedostatečná lékařská kontrola v oblasti vzniku duševních onemocnění, což pak má za následek, že se nikdo nezajímá ani o nemocného, ale ani o jeho blízkou rodinu: „*Já ji nevnímám, protože v našem systému se ani neodhalilo, že tu ten nemocný je, natož aby se pomáhalo rodinným příslušníkům.*“

Návrh institucí pomáhajících rodinným příslušníkům

Poradny

V rámci rozhovoru pak vyslovili návrhy institucí, jako např. jsou poradny pro rodinné příslušníky duševně nemocných, v nichž by se mohli informovat: „*Měly by existovat poradny pro lidi, kteří žijí s těmito lidmi, aby se mohli jít poradit, jak s nimi mluvit, co s nimi dělat.*“

Zařízení vytvářející aktivity pro rodinné příslušníky takto nemocných

Organizace pomáhající rovněž rodinným příslušníkům duševně nemocných by měly nějaké aktivity zařizovat i pro ně, díky nimž by mohli vystoupit z role člověka pečujícího o duševně nemocnou osobu a relaxovat: „*Musí si najít svůj vlastní svět, svoji vlastní aktivitu, ne útěky, ale najít si něco, na co se může těšit, z čeho může mít radost.*“

9 Diskuse

V diskusi bych se chtěl zaměřit na zásadní okamžiky celého výzkumu, které mě mj. vedly k hlubšímu zamyšlení.

9.1.1 Úskalí výzkumného vzorku

Úskalí výzkumného vzorku jsem si uvědomil v okamžiku, když jsem začal hledat respondenty, kteří by se mého výzkumu zúčastnili. Nebylo vůbec snadné takové lidi najít, několik lidí mě odmítlo s tím, že téma je pro ně a jejich rodinu natolik těžké, závažné a citlivé, že mi rozhovory proto neposkytnou. Za tímto odmítnutím se v pozadí skrýval také strach z toho, že otázky by mohly vyvolat vzpomínky či emoce, které s faktem, že v jejich rodině je duševně nemocný, v minulosti souvisely. To byl pro mne zásadní okamžik, kdy jsem v rámci výzkumu začal více přemýšlet nad etickými otázkami toho, co vlastně dělám, že vstupuju do soukromí a nadto do velice citlivého soukromí rodin. O to usilovněji jsem pak při výběru respondentů dbal na to, aby byli s těmito riziky důsledně obeznámeni a neposkytovali mi rozhovory v případě, že mají z něčeho takového obavy. Ze své pozice studenta bych si totiž nemohl dovolit následnou intervenci spojenou například s vyvolanými traumatickými zážitky. Další úskalí tvořil důchodový věk spolu s duševním onemocněním U respondentů takto nemocných. Změny v oblasti myšlení a vnímání zde byly více než patrné – a to především opět U prvního respondenta, který trpí paranoidní schizofrenií.

9.1.2 Diskuse nad výsledky s lidmi duševně nemocnými

Výsledek mého výzkumu v rámci tohoto cíle je značně podmíněn psychopatologií, kterou respondenti trpí a která výrazně ovlivňuje jejich subjektivitu. Tito lidé na sobě vnímají, že jsou společnosti nějak znevýhodňováni, resp. sociálně vylučováni. Sice sociální vyloučení ve společnosti jako celku vnímají, přítomná je zde však i jakási beznaděj, která vyvěrá z vlastní opuštěnosti či samoty. Touha po změně, která zahrnuje touhu po vlastním domově, se oproti tomu vyskytla pouze u druhého respondenta. V úsilí o sociální inkluzi bylo zajímavé, že v oblasti skepse z nemožnosti sociální inkluze argumentovali respondenti prakticky shodně, a to i ohledně mínění, že na sociální začlenění už je v jejich případě pozdě, protože už nelze navázat na něco, co pominulo. To je pravděpodobně dáno jakousi rezignací či apatií na řešení nastalé situace. Nicméně jeden z respondentů se zaobírá možností pomoci v úsilí o inkluzi od organizací, kterou vidí, ovšem s ohledem na její možnosti a schopnosti. Možnosti

inkluze pak respondenti vnímají v oblasti rodinných příslušníků a vlastního domova. Oblast zájmů pak může být podmíněna a svázána s možností vlastního bydlení. V jiném případě nepředstavuje oblast zájmů možnost inkluze, neboť projevy onemocnění se zde promítají např. tak, že dotyčným se nic nechce. Oblast širšího okolí taky není možné vnímat jako možnost sociální inkluze, neboť tito lidé zůstávají z různých důvodů opuštěni. Zajímavým závěrem je na druhou stranu fakt, že možnosti inkluze se především pojí s rodinným prostředím a tím, co je člověku vlastní. Důvodem je nasnadě – právě domov vytváří pro mnohé pocit bezpečí a jistoty. Vše, co je svým způsobem cizí, mohou tito lidé v důsledku poruch vnímání vidět jako něco, co je ohrožující.

9.1.3 Diskuse nad výsledky s rodinnými příslušníky duševně nemocných lidí

Jako první věc, kterou bych chtěl zmínit a na kterou bych chtěl upozornit, je vývoj, jímž rodinní příslušníci takto nemocných v rámci svého vnímání procházeli. Velmi mi totiž připomněl model Kubler-Rossově popisující fáze smutku, potažmo jej ve své knize popisuje Jullie Ann Allenderová, kdy první fází je popření, druhou hněv, třetí deprese, čtvrtou smlouvání a pátou akceptace. Rodinní příslušníci prošli v kontextu duševního onemocnění v mnoha ohledech podobným vývojem, což mě vede k uvědomění, jak nesmírně náročnou situací může pro mnohé přítomnost duševního onemocnění být (Jullie Ann Allenderová, 2000, s. 21–30). Na fakt sociálního vyloučení nahlízejí z více zorných úhlů, včetně toho týkajícího se širšího okolí, kam spadají i kamarádi. Toto okolí takto nemocného člověka nemusí nutně znevýhodňovat, jelikož na první pohled ani nemusí být poznat, že je nemocný, popř. s ním netráví tolik času, aby si tento fakt připustilo. Znevýhodnění může vzejít spíše z rodinného prostředí, kdy jednotliví členové mohli nemocného více poznat, což pak má za následek nepřijetí, které s sebou přináší i emoce, jako je výsměch, potažmo přemlouvání. Z pohledu zaměstnání nebo práce zde vidí jakési znevýhodnění. Příčinu znevýhodňování i sociálního vyloučení pak shledává jednoznačně v přítomnosti duševního onemocnění v životě svého příbuzného. Zajímavým faktorem v této oblasti je otázka, zda je dotyčný v daném prostředí znám coby duševně nemocný, nebo nikoliv. Tento fakt hraje zásadní roli i v tom, jestli dotyčný bude, či nebude znevýhodňován. Všichni respondenti si při vnímání potřeby sociální inkluze výrazně uvědomují vlivy a úskalí jí bránící, kterými může být např. motivace nemocného, která jej nepodněcuje k začleňování se anebo k řešení situace, nevědomost rodinných příslušníků jak situaci řešit, starost nejen o nemocného, ale i o sebe samé, popř. pasivita nemocného. Pohled rodinných

příslušníků vůči potřebě sociální inkluze zahrnuje řadu úskalí. Tento jejich postoj vychází pravděpodobně z toho, jaká je jejich situace s nemocným – tj. to, že není nijak jednoduchá, ale zahrnuje naopak řadu obtíží a úskalí. Rodinní příslušníci jako účinné formy začleňování duševně nemocných do společnosti vnímají tyto možnosti: na prvním místě u nich figuruje rodina, která by měla pomoci dotyčnému zapojovat se do běžných aktivit, poté je tu širší okolí, jako jsou kamarádi, jež by s možností trávení volného času mělo poskytnout taky možnost naslouchat a sdílet se, v neposlední řadě i zájmové aktivity, kam patří i kulturní akce. Doporučovaná je též možnost práce, využívání chráněných dílen či založení nějakého spolku, kde by se duševně nemocní mohli scházet a sdílet se. Tyto možnosti a doporučení rodinných příslušníků vycházejí z přímé zkušenosti s duševně nemocným jedincem. Organizace coby prostředek začlenění vidí většina respondentů jako přínosné a důležité. Z těch, s nimiž se respondenti v rámci pomoci duševně nemocným osobně setkali, jmenují sociální služby, zdravotnická zařízení i policii, nicméně ta v oblasti pomoci s duševně nemocnými očekávání rodinných příslušníků nenaplnovala zcela. Tato očekávání se ovšem s velkou pravděpodobností mívají se zákonnou úpravou poskytování takových služeb. Z tohoto faktu mi pak vyplynula další otázka – jaká jsou tedy očekávání rodinných příslušníků od organizací, které s lidmi duševně nemocnými pracují a usilují o sociální inkluzi. Respondenti pak vnímali jako důležité aspekty těchto služeb: prostředí organizace, aktivizaci klientů prostřednictvím zájmů či pracovních příležitostí, poznávání nových lidí, možnosti terapeutických rozhovorů, poradenství pro rodinné příslušníky, přítomnost psychologa či odborníka, návaznost s dalšími zařízeními, jako např. spolupráce s psychiatrem, úsilí o sociální začlenění. Téměř všechny aspekty, které rodinní příslušníci vymezili, se soustředí na zaměstnávání duševně nemocných. Je zde patrná jakási tendence spíše k odvedení pozornosti od onemocnění k vytvoření podmínek k tomu, aby mohli vést stejný život jako jiní. V oblasti pomoci rodinným příslušníkům vnímají, že pro ně pomoc spíše neexistuje, neboť v mnoha případech se neodhalí ani to, že dotyčný člověk je nemocný. Důvodem může být nedostatečná lékařská kontrola, popř. čekání na to, zda nemocný neprovede něco závažného. Rodinní příslušníci v souvislosti s těmito fakty vyslovili touhu, aby pro ně existovaly nějaké poradny a také nějaká zařízení, která se soustředí na vytvoření aktivit pro rodinné příslušníky, kde budou moci vystoupit z role osob pečujících o člověka duševně nemocného, najít si své zájmy a relaxovat. Fakt, že se v mnoha případech nemusí ani přijít na to, že dotyčný je duševně nemocný, dle mého názoru právě souvisí s tím, že na

první pohled je toto onemocnění stěží rozpoznatelné, jelikož je nedoprovázejí tak výrazně změny.

9.1.4 Diskuse s Expertízou pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“

Podobným dokumentem, který se zabývá otázkou duševně nemocných lidí, je i Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“, jejímž autorem je Mgr. Jiří Šupa. Podobně jako můj výzkum se také on zabývá otázkou sociálního začleňování těchto lidí.

Nyní bych chtěl výsledky své práce konfrontovat s touto expertízou a fakty, které v oblasti sociálního vyloučení a sociálního inkluze předkládá.

Sociální vyloučení

Expertíza se k faktu sociálního vyloučení vyjadřuje tak, že lidé s duševním onemocněním jsou velice často předmětem sociální izolace, kdy jim právě onemocnění brání účinně budovat mezilidské vztahy a může dokonce znehodnocovat vztahy již vybudované. Duševní onemocnění mají většinou dopad i na fyzickou či ekonomickou oblast života, což následně brání socializaci a participaci v sociálním životě a možnosti překonat sociální vyloučení (Šupa, 2006, s. 5).

Můj výzkum se shoduje s expertízou v tom, že sociální vyloučení je velmi častým jevem u této skupiny lidí. Poukazuje mj. i prakticky na to, jak onemocnění zasahuje do života těchto lidí, potažmo do jejich stávajících vztahů, jimiž realita duševního onemocnění pořádně otřese. Shoda s expertízou se projevuje i v tom, že duševní onemocnění mají dopad na různé oblasti lidského života, což se pak projevuje ve značně ztížené možnosti socializace. Můj výzkum pak dále konkrétně ukazuje rizika a vlivy bránící socializaci tak, jak je vidí rodinní příslušníci takto nemocných. Riziky zpravidla bývají nízká či téměř žádná motivace samotných nemocných k sociální inkluzi, ježto právě oni si v důsledku onemocnění svou nemoc často neuvědomují. Další riziko pomohl identifikovat člověk takto nemocný, jenž zmínil fakt, že lidé duševně nemocní mají často zároveň potíže s pohybovým systémem a jsou vysokého věku, což taktéž brání inkluzi. Rodinní příslušníci pak definovali ještě oblast zájmů, která může být také předpokladem pro sociální začleňování, kdy však duševně nemocní v důsledcích svých onemocnění, jímž trpí, většinou ztrácejí i své veškeré dosavadní zájmy a podléhají poruchám, které s sebou duševní onemocnění přináší.

Závěry výzkumu

Oblast výzkumu s duševně nemocnými

Respondenti si připadají sociální vyloučení a znevýhodňování v **kontextu společnosti**, přičemž tento stav doprovází **pocit beznaděje** pramenící z opuštěnosti.

Respondenti, jak můj výzkum ukázal, o sociální inkluzi vlastními silami nikterak neusilují, jsou přesvědčeni o **nemožnosti řešení situace**. V případě, že se jedná o lidi ubytované v sociálním zařízení, mohou v oblasti úsilí o inkluzi vnímat **pomoc ze strany organizace**, má-li k tomu vhodné prostředky, schopnosti a možnosti.

Respondenti vnímali možnosti inkluze v oblasti **rodinných příslušníků a vlastního domova**. Oblast zájmů pak může být podmíněna a svázána s možností vlastního bydlení. V jiném případě nepředstavuje **oblast zájmů** možnost inkluze. Ani **oblast širšího okolí** není možné vnímat jako možnost sociální inkluze, protože tito lidé zůstávají z různých důvodů opuštěni.

Oblast výzkumu s rodinnými příslušníky

Respondenti v této sekci výzkumu vnímali svého příbuzného duševně nemocného v těchto fázích. První fází je **neporozumění a nepochopení chování příbuzného**, přičemž tuto fázi doprovází emoce jako **přemlouvání** a **hněv**. Druhou fází je **snaha porozumět příbuznému**, což zahrnuje i příčiny vzniku onemocnění. Třetí fází je **smíření se se situací**, že příbuzný je duševně nemocný, k čemuž se přidružují emoce, jako jsou **smutek, strach**, a **únava**. Poslední fází je **vnímání příbuzného nemocného jako člověka**, kdy nahlížejí potřeby příbuzného z více hledisek.

Respondenti na fakt sociální vyloučení nahlížejí z více úhlů pohledu, z **hlediska širšího okolí**, do kterého spadají i **kamarádi**. Toto okolí člověka takto nemocného nemusí nutně znevýhodňovat, neboť na první pohled ani nemusí být poznat, že je nemocný, popř. s ním netráví tolik času, aby tento fakt připustili. Znevýhodnění může vzejít spíše z **rodinného prostředí**, kdy mohli jednotliví členové nemocného více poznat, což pak má za následek **nepřijetí**, které s sebou přináší i emoce, jako je **výsměch** nebo **přemlouvání**. Z pohledu **zaměstnání či práce** zde vidí jakési znevýhodnění. Jako příčinu znevýhodňování i sociálního vyloučení pak jednoznačně vidí **přítomnost duševního onemocnění v životě svého příbuzného**.

Vnímání potřeby sociální inkluze respondenty výrazně poukazuje na vlivy a úskalí jí bránící. Můžou jimi být **motivace nemocného**, která jej nestimuluje k začleňování se či k řešení své situace, **nevědomost rodinných příslušníků** jak situaci řešit, **starost** nejen o nemocného, ale i o **sebe samé**, dále pak **pasivita nemocného**, která by měla být řešena prostřednictvím aktivizace nabízených služeb.

Respondenti mají konkrétní představy o možnostech účinného sociálního začlenění. Jako účinné formy začlenění vnímají **rodinu**, která může zapojovat dotyčné do **běžných činností, kamarády**, kteří mohou působit formou **procházek a rozhovorů, zájmové činnosti**, kterými mohou být i **kulturní akce, zaměstnání, práce** a instituce, jejíž zástupci je **spolek**, či **chráněné dílny**. Možnost sociálního začleňování prostřednictvím organizací vnímají čtyři z pěti respondentů jako dobré a jako něco, co by ve společnosti mělo být.

Vzhledem k tomu, že zařízení, s nimiž se rodinní příslušníci setkali, jejím očekáváním spíše nevyhovovala, se pak v reakci na mé otázky pokládané v rámci výzkumu zaměřili na to, co pro využívání těchto služeb považují za zásadní.

Respondenti vnímají jako důležité a zásadní v oblasti nabízených služeb duševně nemocným to, aby je byli ochotni spolu se svými příbuznými nemocnými využívat, **aktivity organizace, prostředí organizace, spolupráce s psychiatrem**, možnost vést **terapeutické rozhovory**, mít **interního psychologa** či **odborníka, centrum poradenství** pro rodinné příslušníky a také to, aby měli klienti **možnost pracovat a poznávat nové lidi**.

Respondenti také vnímají skutečnost, že v systému nabízených služeb pro ně **neexistuje žádná pomoc**. Uvědomují si také důvod, proč tomu tak je – příčinu nacházejí v tom, že faktu, že člověk trpí duševním onemocněním, si nikdo nevšimne až do té doby, dokud neprovede něco závažného. Rovněž **nedostačující lékařská kontrola** způsobuje, že se duševní onemocnění nemusí vždy odhalit, a tak nemusí být ani poskytnuta péče nemocným, příp. jejich příbuzným. V rámci svých výpovědí také zmínili touhu, aby byly rodinným příslušníkům k dispozici **poradny**, které by jim ukázaly, jak s nemocným komunikovat, a byla vybudována **zařízení, která by poskytovala volnočasové aktivity** právě jim, aby tak měli možnost chvíli vystoupit z role člověka pečujícího o duševně nemocného a relaxovat.

Souhrn

Tato bakalářská práce se věnuje problematice duševních onemocnění, jejich prevenci a tomu, jak sociální práce pomáhá člověku duševně nemocnému zvládat dopady onemocnění. Jedná se o práci, která má jak teoretickou, tak i empirickou část, kdy část teoretická definuje v první polovině duševní onemocnění jako nemoc, která postihuje vnímání, myšlení, emoce, motivaci, vůli a nejen psychiku a psychické procesy, ale též vnímání vlastního těla, sociální fungování a duchovní rozměr člověka (Matoušek a kol., 2013, s. 400). Práce se dále zaměřuje také na příčiny vzniku onemocnění, symptomy onemocnění s konkrétními zamyšleními se nad sociálními dopady, které se promítnou do života jejich i do života jejich rodin. Následující kapitoly se věnují prevenci a jejím formám.

Ve druhé polovině se pak věnuje sociální práci s duševně nemocnými, která si v rámci svých intervencí klade za cíl jak obnovení stavu duševní rovnováhy, tak i dlouhodobé doléčení duševních poruch (Probstová 2005, podle Matoušek a kol., 2005, s. 133). V dalších kapitolách se věnuje sociální práci s duševně nemocným seniorem, sociální práci s rodinou, metodám sociální práce s člověkem duševně nemocným, jimiž může být individuální, skupinová a komunitní práce, pak také možným sociálním dopadům, které s sebou duševní onemocnění přináší, konkrétním potřebám lidí takto nemocných a způsobům, jak sociální práce na tyto potřeby reaguje. To vše by mělo tvořit teoretickou základnu práce.

Empirická část byla založena na kvalitativním fenomenologickém výzkumu, zaměřujícím se na sociální exkluzi a inkluzi duševně nemocných. Jejím hlavním cílem bylo zjistit, jak možnosti inkluze vnímají nejen oni, ale i jejich rodinní příslušníci. Výzkum byl v tomhle ohledu velmi specifický, jelikož se nezaměřoval pouze na jednu cílovou skupinu. Výběr respondentů měl již dopředu stanovená kritéria, s ohledem na odlišné cílové skupiny, jakkoli se sebou související, také dvojí. Jako metoda sběru dat zde byla využita metoda polostrukturovaných interview, kdy se však direktivita způsobu jejich vedení včetně designu rozhovorů u obou skupin lišily.

Vyhodnocování dat potom probíhalo ve dvou úrovních – prostřednictvím otevřeného a axiálního kódování. Analýza dat poté přinesla výsledky výzkumu, jež odpovídaly na všechny dílčí výzkumné cíle a vedly i k zodpovězení výzkumných

otázek. Výsledky výzkumu, prozrazují, že respondenti s duševním onemocněním se cítí sociálně vylučování a k možnostem sociálního začlenění se staví spíše skepticky, ježto ze strany institucí cítí jakési znevýhodňování, přičemž celou jejich situaci doprovází pocity samoty a opuštěnosti. Možnosti sociálního začlenění pak spatřují pouze ve vlastní domově a rodině.

Respondenti v rámci výzkumu s rodinnými příslušníky poukázali na dvojitý vnímání duševně nemocných, a to v závislosti na tom, zda šlo o dobu před uvědoměním si, resp. prokázáním nemoci, anebo po jejím prokázání. V rámci svého vnímání přitom procházeli čtyřmi fázemi. Respondenti pak v této části výzkumu nahlíželi sociální vyloučení z pohledu toho, že na dotyčném nemusí být na první pohled poznat, že se jedná o duševně nemocného, a proto se sociální vyloučení ze strany širšího okolí nemusí vůbec dostavit, kterážto hrozba je přítomna spíše v rodinném prostředí, kde dotyčného velmi dobře znají. Úskalí sociální inkluze spatřují v absenci jakékoli motivace u nemocného či nevědomosti jich samotných, jak situaci řešit. Možnosti inkluze spatřují v běžných denních činnostech v rámci rodinného prostředí, zájmových aktivitách, kulturních akcích, práci, rodině, spolcích, chráněných bydleních či dílnách.

Tento výzkum měl posloužit spíše k tomu, aby se zjistilo, jak mohou vnímat možnosti a rizika sociální inkluze osoby s duševním onemocněním, potažmo jejich příbuzní, a poskytnout tak základní přehled. Výsledky mohou poskytnout seznam toho, jaké možnosti a rizika vnímají v rámci sociální inkluze tyto dvě skupiny lidí, čímž se také naplnila má veškerá očekávání, se kterými jsem do výzkumu vstupoval. V dalším výzkumu by bylo vhodné zaměřit se na jednotlivé možnosti a rizika tak, jak byly vymezeny respondenty v rámci tohoto výzkumu, a provést další kvalitativní šetření, jež by otevíralo další možnosti a objasňovalo více eventualit práce s těmito lidmi. Tento výzkum, jakož i další provedené, které by reagovaly na tento, by mohly organizacím poskytnout užitečné informace, na něž by mohly reagovat a upravit své služby tak, aby lépe odpovídaly na potřeby těchto lidí.

Seznam literatury

Knihy

Baštecká B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.

Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.

Dušek, K. a Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum - Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Charvátová, D. (1990). *Metody sociální práce*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství

Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

Langmeier, J. a Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.

Mahrová, G. Venglářová, M. a kol. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha 7: Grada Publishing.

Malá, E. a Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie - Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál.

Matoušek, O. Kodymová, P. a Kolářková, J. (2005). *Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

Matoušek, O. Křišťan, A. Musil, L. Smutek, M. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha 7: Grada Publishing.

Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.

Praško, J. a kol. (2009). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.

Raboch, J. Pavlovský P. a kol. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Tomáš, P. Marková, E. a kol. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing.

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. Praha: Portál.

Vymětal, J. a kol. (2004). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, Sv. II rošířené a přepracované vydání.

Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, Sv. III aktualizované a doplněné vydání.

Zacharová, E. a Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing.

Zahraníční zdroje

Allender Ann J. Ed.D. (2000). *Chronic Illness - Healing the wounded heart*. Los Angeles: Anadem Publishing.

Kendrick, T., Tylee, A. a Freeling, P. (1996). *The prevention of mental illness in primary care*. Cambridge: Cambridge University Press.

Leff, J. a Warner, R. (2006). *Social Inclusion of people with mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Levitas, R. Pantazis C. Fahmy, E. Gordon, D. (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. Bristol: Department of Sociology and School for Social Policy Townsend Centre for the International Study of Poverty and Bristol Institute for Public Affairs

Odborná periodika

Ocisková, M. (2014). Sebestigmatizace U psychiatrických pacientů - standardizace škály ISMI. In. **Ocisková, M. Praško, J. Dostálová, L. (Eds.)** *Česká a Slovenská psychiatrie, Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS*. č.6

Jánská, V. (2008). Sociální konstrukce předsudečné typizace lidí s duševním onemocněním *Sociální práce/Sociálna práca* č.1 s. 63

Švarc, Jiří. (2014). Svěpravnost a její omezení. Neplatnost právního jednání. *Psychiatrie pro praxi*. 2014, č.2, s. 87-88

Internetové zdroje

Ministerstvo zdravotnictví (2015). *Rozpracování strategie (pracovní skupiny)*

[online] Dostupné 12.3. 2015

z <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/implementacni-ramec/#.VQHdzI4dPuU>

Praško, J. (nedatováno). *Stigmatizace U psychogenních poruch*. Praha : Psychiatrické centrum a 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy.

[online] Dostupné 15.3. 2015 z <http://www.stopstigma.cz/files/07prasko.pdf>

Šupa, J. (2006). *Expertíza pro cílovou skupinu "Osoby s duševním onemocněním"*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociálních službách.

[online] Dostupné 15.3. 2015

z <http://socialnipece.brno.cz/texty/2/podmenu/276/expertizy-pro-jednotlive-cilove-skupiny/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ÚZIS ČR (2008-2012). *MKN-10 online prezentace - Mezinárodní statická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Ministerstvo zdravotnictví ČR

[online] Dostupné 16. 3 2015 z <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/klasifikace>

Zahraniční internetové zdroje

University of Bristol, Department of social security (1999). *Oppurtunity for All: Tackling poverty and social exclusion*. London: The Stationery Office

[Online] Dostupné 16.3 2015 z <http://www.bristol.ac.uk>

World Health Organization (2015). *Mental disorders*

[online] Dostupné 6.3 2015 z http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/

Přílohy

Design rozhovoru s člověkem s duševním onemocněním

Dobrý den, jmenuji se Jiří Ivanov, jsem studentem vysoké školy a v rámci své bakalářské práce provádím jistý výzkum, a proto bych vám chtěl poděkovat za to, že mi věnujete pár minut svého času.

1. Mohl/a byste mi na úvod o sobě něco říci?
 - a. Věk, zájmy, co jste v životě dělal/a, kde pracoval/a atd.
 - b. Jak se Vám daří?
2. Je něco, co Vás v poslední době těší?
3. Je něco, co Vás naopak v poslední době tíží?
4. Ve vašem věku je už poměrně časté, že lidé trpí nějakým druhem onemocnění, je něco takového i U Vás?
5. Trpíte také nějakým druhem psychiatrického, duševního onemocnění? V případě, že ano, o jaké onemocnění se jedná?
6. V čem spatřujete omezení tohoto onemocnění?
7. V jakých oblastech spatřujete, že Vás společnost nějak znevýhodňuje?
8. Jak vnímáte fakt, že by Vás společnost mohla v důsledku vašeho onemocnění nějak znevýhodňovat?
9. Jak se snažíte na tyto tendence reagovat?
10. Uvědomujete si, že jsou zde nějaké možnosti znovuzачlenění se do společnosti?
11. Jaké vnímáte možnosti znovuzачlenění se?
12. V čem spočívají právě tyto možnosti znovuzачlenění se do společnosti?
13. Jak vnímáte organizace či nástroje sociálního zabezpečení, které právě nějak reagují na tuto tendenci společnosti Vás znevýhodňovat a naopak se snaží tyto lidi začleňovat do společnosti?
14. Jaké všechny konkrétní nástroje či organizace znáte, které by Vám mohly pomoci zvládat situaci v oblasti začlenění se do společnosti?
15. Jak jsou dle vás využívány tyto možnosti znovuzачleňování se?
16. Co je pro Vás v tom směru zásadní, abyste byl/a ochoten/a využívat tyto možnosti?

Design rozhovoru s rodinnými příslušníky lidí s duševním onemocněním

Dobrý den, jmenuji se Jiří Ivanov, jsem studentem v oboru Mezinárodní humanitární a sociální práce VOŠs Caritas Olomouc a Cyrilometodějské teologické fakulty Olomouc.

V rámci svého výzkumu k bakalářské práci provádím výzkum ohledně zjišťování povědomí o možnostech sociálního začleňování U lidí s duševním onemocněním a jejich okolí. Mohu se vás tedy doptat na pár otázek

1. Jak se stavíte k faktu, že členem vaší rodiny je člověk trpící chronickým duševním onemocněním?
2. Jaké máte pocity, když si tento fakt uvědomujete?
3. Jak pomáháte svému bližnímu zvládat dopady onemocnění?
4. Jak moc časově náročné pro vás je svému bližnímu takto pomáhat?
5. Co Vás motivuje k této pomoci?
6. Jak může být či je váš příbuzný trpící duševním onemocněním svým postavením znevýhodňován v kontextu společnosti?
7. Vnímáte, že váš příbuzný je sociálně vylučován či nějak stigmatizován v rámci sociálního fungování ve společnosti?
8. Jaké vnímáte možnosti znovuzачlenění do společnosti?
9. Co by k tomu podle vás bylo zapotřebí?
10. Vnímáte potřebu pomoci se znovuzачleněním vašeho příbuzného do společnosti?
11. Jak vnímáte organizace či nástroje sociálního zabezpečení, které právě nějak reagují na tuto tendenci společnost znevýhodňovat tyto lidi a naopak se snaží tyto lidi začleňovat do společnosti?
12. Jaké všechny konkrétní nástroje či organizace znáte, které by mohly pomoci zvládat situaci vašeho blízkého v oblasti začlenění se do společnosti?
13. Co je pro Vás v tom směru zásadní, abyste byl/a ochoten/a využívat tyto možnosti?
14. Jak vnímáte možnosti pomoci právě vám coby osobě blízké takto nemocného člověka?

Fáze rozhovoru

Fáze rozhovorů mají čtyři části, přičemž každé by se měla věnovat dostatečná pozornost. V rámci svého výzkumu považuji za velmi důležité věnovat se této části více, poněvadž si uvědomuji, že kvalitativní výzkum a vedení rozhovorů s duševně nemocnými bude náročný, jelikož komunikace s nimi může být v důsledku jejich onemocnění specifická.

Fáze rozhovoru – Přípravná a úvodní část interview

Přípravná část je samozřejmě nedílnou součástí každého výzkumu a probíhá bez souhlasu účastníka mého výzkumu. Cílem přípravné fáze rozhovoru je připravit otázky, které budou účastníkovi pokládány. Hlavním cílem úvodní části rozhovoru je navázání kontaktu s respondenty tak, aby byl v souladu s etickými požadavky. Právě v úvodní části rozhovoru pak můžeme rozeznat několik dílčích úkolů, které tazatel musí zvládnout, aby rozhovor mohl dál pokračovat (Miovský, 2006, s. 163–164).

Jedná se o směsici technických, etických a současně komunikačních předpokladů:

- Navázat kontakt a úvodní čas
 - Zde použiji otázky:
 - 1. Dobrý den, jak se máte? Jak se vám daří?
- Informovat, proč žádáme o čas a co od účastníka očekáváme.
 - Zde použiji vysvětlení:
 - Důvodem proč jsem se s vámi dnes setkal a prosil vás o váš čas, za který vám děkuji, je, že v rámci své bakalářské práce pracuji na výzkumu, pro který jsou vaše odpovědi na mé otázky více než důležité. Očekávám tedy od vás pouze to, zda byste mi mohl/a nyní odpovědět na pár otázek. Otázky budou z části osobní – budu se ptát na vaše názory na různé věci a na vaše postoje k nim, proto je také samozřejmostí zachování v celé záležitosti vaší anonymity.
- Informovat o sobě (práci, kterou děláme) a účelu interview
 - Použiji vysvětlení:
 - Na úvod bych se vám také chtěl představit a něco o sobě říci. Jmenuji se Jiří Ivanov, v současné situaci jsem studentem třetího

ročníku vysoké školy v oboru Mezinárodní humanitární a sociální práce v Olomouci. Součástí ukončení mého studia v tomto oboru je napsání závěrečné práce, v rámci které provádím výzkum, k němuž mi právě poslouží i rozhovor s vámi.

- Informovat, co potřebujeme (kolik času, kde, za jakých podmínek, atd.)
 - Možné použitelné vysvětlení:
 - Chtěl bych vám nyní tedy ještě poděkovat za váš čas, předpokládám, že celý rozhovor s vámi bude trvat od 30 minut do 1 hodiny. Od vás potřebuji pouze to, abyste mi odpověděl/a na mé otázky. Celý rozhovor budu nahrávat, a to kvůli tomu, abych jej následně mohl přepsat a dále s ním pracovat. Ujišťuji vás také, že tato nahrávka nebude nikde zveřejněna a vaše anonymita bude taktéž zachována.
 - Získat souhlas s provedením interview a se zvoleným způsobem fixace dat:
 - Možná použitelná otázka:
 - Nyní bych se vás chtěl zeptat, zda souhlasíte s tím, že nyní s vámi udělám rozhovor, z něhož pak určitá data použiji pro svůj výzkum?
 - Dohodnout se na způsobu přesunu na místo, kde interview proběhne, a přesunout se tam – současně neztratit během této doby kontakt a motivaci účastníka
 - Možná použitelná otázka:
 - Dříve než tedy začneme, zeptal bych se vás, zda máte nějaké oblíbené místo, kde bychom rozhovor mohli realizovat, tak aby vám to bylo pohodlné – přece jenom rozhovor může trvat i hodinu
- (Miovský, 2006, s. 163–164)

Fáze rozhovoru – vzestup a upevnění kontaktu

Následující kapitolu budu taktéž čerpat z Miovského knížky Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkum.

Na začátku rozhovoru nelze očekávat, že respondenti budou schopni ihned mluvit o intimních či citlivých tématech. Pro taková témata musíme tedy postupně vytvářet

podmínky. Proto raději na začátku rozhovoru otevíráme obecnější témata a postupně přistupujeme k náročnějším a citlivějším tématům. Cílem této fáze je tedy tzv. zahřívání. Respondenti zpravidla v této fázi vysílají mnoho verbálních a neverbálních signálů, které je třeba vnímat a ve vhodnou chvíli je využít. To ovšem může být také jistým rizikem, kvůli němuž se rozhovor nemusí zcela vydařit. Dalším důležitým aspektem této fáze je udržet respondentovu motivaci, aby s námi došel až k závěru rozhovoru. V případě, že se tazateli respondentovu motivaci udržet nepodaří, rozhovor opět nemusí dojít ke zdárnému konci (Miovský, 2006, s. 155–166).

Fáze rozhovoru – Jádru interview

Jádru interview tvoří tematické okruhy a otázky přímo spojené s cíli a výzkumnými otázkami výzkumu. Jedná se o soubor těch nejdůležitější otázek. Ty jsou spojeny s různou mírou náročnosti danou jejich složitostí a citlivostí, protože se může jednat o témata příliš intimní. V této fázi rozhovoru je více než důležité, aby byl tazatel empatický a byl schopen rozpoznat účastníkovu únavu či přílišné napětí a reagovat na ně tak, aby byl rozhovor po celou dobu pro účastníka pohodlný a bez potíží jej zvládl. Dalším kritériem pro kvalitní data je, že účastník nám bude poskytovat konkrétní odpovědi, obecné odpovědi jsou pro výzkum méně hodnotné. Rizika této fáze spočívají především v nevyzrálosti či nezkušenosti tazatele, který nedokáže zvládnout např. nějakou náročnou, emočně nestabilní situaci, příp. nedokáže zůstat v roli tazatele apod. Tazatel by měl znát své hranice a neměl by se pouštět do oblastí, u nichž si není jistý, že je zvládne (Miovský, 2006, s. 167–168).

Fáze rozhovoru – Závěr a ukončení

Závěrečná fáze je mnohdy často podceňovaná, ale profesionalita tazatele se pozná právě na základě toho, jak je či není schopen ukončit započatá témata. Ukončení rozhovoru by mělo probíhat důstojnou formou, a sice tak, aby účastník neměl pocit, že byl pouze využit jako zdroj informací. Jakkoliv je to nežádoucí, může se stát, že během rozhovoru otevře tazatel svými otázkami témata, která měl dotýčný na základě nějaké traumatické situace vytěsňena. V takovémto případě je důležité s účastníkem spolupracovat i nadále, např. v rámci krizové intervence, a pomoci mu tuto situaci zvládnout. (Miovský, 2006, s. 168–169).