Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Vliv nárůstu duševně nemocných osob bez domova na vzdělávání pracovníku v Domě Matky Terezy

Bakalářská práce

Autor: Aleš Řehák
Studijní program: Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Hradec Králové 2020

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Zadání bakalářské práce

Autor:	**Aleš Řehák**
Studium:	U17006
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Název bakalářské práce:	**Vliv nárůstu duševně nemocných osob bez domova na vzdělávání pracovníku v Domě Matky Terezy**
Název bakalářské práce AJ:	The Influence of the Growth of Mentally Ill Homeless People on Workers Education in Mother Teresa House.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce se bude zabývat nárůstem duševně nemocných osob bez domova. Bude hledat adekvátní vzdělávání pro pracovníky v Domě Matky Terezy. Bude zjišťovat, jak jsou pracovníci připraveni pracovat s duševně nemocnými a zda mají vzdělání v této problematice. V práci bude použit kvalitativní výzkum.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3. VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK. Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-802-4622-095. PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ. Bezdomovectví. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-100-0. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.
Oponent:	Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracoval samostatně po vedení, vedoucího bakalářské práce a že jsem uvedl všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové Aleš Řehák

Poděkování

Rád bych poděkoval PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za jeho cenné rady, trpělivost, ochotu, čas a připomínky k práci.

Abstrakt

ŘEHÁK, Aleš. *Vliv nárůstu duševně nemocných osob bez domova na vzdělávání pracovníku v Domě Matky Terezy*. Hradec Králové, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Vedoucí práce PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá specifiky sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v zařízení pro lidi bez domova s cílem tato specifika popsat. Dále se zabývá, jakým způsobem tito klienti ovlivňují další vzdělávání pracovníků v zařízení Dům Matky Terezy v Hradci Králové a jaké kompetence potřebují tito pracovníci pro způsobilou práci s duševně nemocným klientem. Teoretická část práce se zabývá základními pojmy o duševní nemoci, bezdomovectví, možnostmi dalšího vzdělávání a popisem zařízení ve kterém probíhal empirický výzkum. Dále popisuje specifika duševních nemocí a bezdomovectví, co je to duševní nemoc a kdo je osobou bez domova, dále popisuje rizika, která přímo vyplývají z práce s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova. Empirická část práce se skládá z kvalitativního výzkumu provedeného metodou interview, přepsané rozhovory jsou dále analyzovány a interpretovány. Přínos této práce spočívá v popsání specifik sociální práce s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova. Dále v popsání potřebných kompetencí pracovníků a možností, jak tyto kompetence získat. Práce může sloužit i jako reflexe pro pracovníky, kteří s touto skupinou klientů pracují. Zvolené téma práce je velice rozsáhlé, pro naplnění cíle práce bylo nutné překročit povolený rozsah bakalářské práce.

Klíčová slova: duševní nemoc, porucha osobnosti, bezdomovectví, bezdomovec, sociální práce, další vzdělávání

Abstract

ŘEHÁK, Aleš. *Vliv nárůstu duševně nemocných osob bez domova na vzdělávání pracovníku v Domě Matky Terezy*. Hradec Králové, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Vedoucí práce PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

The Bachleor thesis deals the specifics of social work with people with mental illnes institucion for homeless people to describe these specifics. It also deals how these clients influence the further education of workers in the Mother Teresa House in Hradec Králové and also what competencies they need for qualified work with mentally ill client. Theoretical part introduces basic concepts of mentall ilness, homelesness, possibilities of further education and description the institucion in which the empirical research was conducted. It also describes the specifics of mental ilness and homelessness, what a mental ill is and who is a homeless person and as well the risks what arising directly from work with mentally ill clients i institucion for homeless people. Epirical part is based on qualitative research conducted by interview method, the transcribed interviews are further analyzed and interpreted. The benefit of this work is to describe the specifics of social work with mentally ill clients in institucion for homeless people. Furhtermore, in describing the necessary competencies of workers and how to get these competences. The Bachleor thesis can also serve as a reflection for workes who work with this group of clients. The subject matter of the thesis is very comprehensive, in order to fulfill the objective of the thesis it was necessary to exceed the allowed extent of the bachelor thesis.

Key words: mental illness, a personality disorder, homelessness, homeless person, social work, further education

Obsah

Úvod 9

1 Duševní onemocnění 11

1.1 Mezinárodní klasifikace nemocí 11

1.2 Demence 13

1.3. Schizofrenie 15

1.4 Afektivní poruchy 16

1.4.1 Manická epizoda 17

1.4.2 Bipolární afektivní porucha 18

1.5 Depresivní epizoda 19

1.6 Disociační poruchy 21

2 Porucha osobnosti 23

3 Základní typy zátěžových situací 28

3.1. Obranné reakce 31

4 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním 33

4.1 Předpoklady a znalosti pro sociální práci s duševně nemocnými klienty 33

4.1.1 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné 34

4.1.2 Konflikt rolí soc. pracovníku při práci s duševně nemocnými 34

4.2 Systém péče a služeb pro lidi s duševním onemocněním 35

5 Bezdomovectví 38

5.1 Pojem Bezdomovec 38

5.2 Formy bezdomovectví 39

5.3 Charakteristika lidí bez domova 40

5.4 Rizikové faktory – příčiny bezdomovectví 40

5.5 Adaptační mechanismy na situaci bezdomovce 42

5.6 Lidé bez domova jako oběti násilí 43

5.7 Systém péče a služeb pro lidi bez domova 43

6 Vzdělávání sociálních pracovníků 47
6.1 Další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách 48
6.2 Organizační rámec výuky 49
7 Dům Matky Terezy 51
8 Empirický výzkum 53
8.1 Dílčí výzkumné otázky 53
8.2 Metodologie výzkumného šetření 55
8.3 Rizika výzkumu 56
8.4 Popis výzkumného vzorku 56
8.5 Průběh sběru dat 57
8.6 Strategie analýzy dat 58
9 Interpretace a analýza dat 59
9.1 DVO1 Jaké kompetence v kontextu užívání metod sociální práce potřebují pracovníci pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova? 59
9.2 DVO2 Jsou dané kompetence pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova dostačující? 61
9.3 DVO3 Jaká rizika vnímají pracovníci při práci s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova a jak s těmito riziky pracují? 63
9.4 DVO4 Pomáhá vám v získání dalších kompetencí další vzdělávání, jehož povinnost vyplývá ze zákona 108/2006? 67
9.5 DVO5 Co jiného by vám pomohlo při získávání dalších kompetencí pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova? 70
Závěr 74
Seznam použité literatury 76
Seznam Tabulek 80
Přílohy 81

Úvod

Cílem práce je přiblížit specifika sociální práce a práce ve službách sociální práce s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova, a to konkrétně v zařízení Dům Matky Terezy v Hradci Králové. Dílčím cílem práce je za pomoci kvalitativního výzkumu zjistit jaké kompetence potřebuje pracovník pro práci s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova, zdali pracovníci vnímají své kompetence jako dostatečné a jakým způsobem ovlivňuje další vzdělávání získávání těchto kompetencí. Výzkum byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru přímo s pracovníky Domu Matky Terezy v Hradci Králové.

Téma práce bylo zvoleno na základě osobní praxe. V Domě Matky Terezy pracuji již čtvrtým rokem a problematika duševně nemocných lidí v sociálních službách, v tomto případě konkrétně ve službách pomáhajícím lidem bez domova se mně proto velice týká. Často pozoruji u sebe i u kolegů, že při práci s duševně nemocnými klienty nevíme, jak navázat spolupráci, popřípadě jak daného klienta ke spolupráci motivovat. Práce s duševně nemocným klientem často nese i značná rizika, jako např. hrozící agrese klienta, která může přerůst ve fyzické napadení, nebo odmítnutí navázat kontakt s pracovníkem. Práce s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova je dále specifická i daným prostředím a orientací služby. Cílová skupina lidí bez domova je už tak velice různorodá a riziková, pro individuální práci s duševně nemocnými klienty tak není dostatečný prostor a zejména potřebné znalosti, které jsou pro legitimní práci s danou skupinou klientů nezbytné. Daná problematika mně tak přiměla zajímat se o to co je vlastně duševní nemoc a jaké znalosti a kompetence potřebují pracovníci, aby mohli s touto specifickou skupinou klientů kvalitně pracovat. Výzkum může být užitečný pracovníkům jako podnět pro reflexi, zdali jsou na práci s duševně nemocným klientem připraveni a zejména jakým způsobem ovlivňuje daná problematika jejich další vzdělávání, zdali je toto vzdělávání pro jejich potřeby dostatečné a případně jakým dalším způsobem získávají či by mohli potřebné kompetence a znalosti získat.

Teoretická část zkoumá komplexním pohledem problematiku duševní nemoci, bezdomovectví, specifika práce s těmito skupinami klientů, další vzdělávání pracovníků a v neposlední řadě i popis zařízení Dům Matky Terezy, ve kterém výzkum probíhal. Při psaní teoretické části jsem se snažil o zachycení důležitých bodů, které čerpám ze své praxe s touto skupinou klientů. Byl jsem překvapen, že jsem při čtení různých děl autorů zpozoroval, že se často bezdomovectví

s duševními nemoci prolíná. Lidé se v některých případech ocitnou na ulici právě vlivem duševní nemoci, kterou trpí. V opačných případech mohou jejich problémy spojené s bezdomovectví přerůst v různé poruchy osobnosti a v neposlední řadě i duševní nemoci. Dále je zřejmé i to, že se na poli sociální práce jedná vcelku o mladý obor, je tedy pravděpodobné, že se bude práce s duševně nemocnými klienty na poli sociálních služeb i nadále vyvíjet. Hlavními zdroji informací se pro tyto účely staly knihy: Současná psychopatologie pro pomáhající profese (Vágnerová), Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi (Matoušek, Koláčková, Kodymová), Bezdomovectví (Průdková, Novotný) a Psychiatrie pro sociální pracovníky (Probstová, Pěč).

Praktická část zahrnuje empirický výzkum, jehož cílem je zjistit jaké kompetence, v kontextu specifik práce potřebují pracovníci pro práci s duševně nemocnými klienty v zařízení Dům Matky Terezy v Hradci Králové. Dále jakým způsobem ovlivňuje daná problematika jejich další vzdělávání, zdali vnímají své kompetence jako dostačující a případně jakým dalším způsobem mohou kompetence získat. Pro účely výzkumu jsem se rozhodl použít polostrukturovaný rozhovor, který považuji pro tento výzkum za nejvhodnější. Rozhovor dovoluje pokládat doplňující otázky a případné dovysvětlení otázky, specifika výzkumu jsou i v osobitém přístupu.

Cílovou skupinu lidí bez domova považuji za rizikovou skupinu skládající se z jedinců s rizikovou problematikou, některé skupiny však vnímám jako daleko rizikovější než ostatní, což jsou v tomto případě duševně nemocní klienti. Sociální práce a práce ve službách sociální práce je obor, který se neustále vyvíjí. S proměnlivým stavem společnosti a podmínek pro život se tak mění i specifika cílových skupin klientů jednotlivých zařízení sociální práce a pomoci. Např. cílová skupina lidí bez domova nesla jiná specifika před dvacet lety, než je tomu nyní. Je nutno dodat, že se charakteristika této skupiny znatelně změnila i vlivem Psychiatrické reformy, která započala v roce 2014.

Zvolené téma a jeho propojení napříč obory je velice rozsáhlé, pro naplnění teoretické návaznosti bylo nutné překročit stanovený standardní rozsah závěrečné práce. Jedná se o poměrně mladou a nepříliš probádanou problematiku. Problematika duševně nemocných klientů ve službách sociální práce je disciplína, na kterou se sociální práce i nadále připravuje.

1 Duševní onemocnění

Duševní onemocnění je také označováno jako duševní porucha s vysvětlením, že se jedná o útlum, ztrátu, zintenzivnění či změnu psychických funkcí. Ve světě může být vlivem kulturních rozdílů na duševní nemoci nahlíženo různě, v zásadě jsou si však podobné příznaky. (Hartl, Hartlová 2000, s. 346-347)

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

1.1 Mezinárodní klasifikace nemocí

Klasifikace označuje proces pro vytváření kategorií (uspořádání objektů do skupin dle jejich podobnosti), výsledkem tohoto procesu je klasifikační systém. V oblasti medicíny existuje termín nozologie, který označuje metodologii stanovení diagnózy nemoci a jejich příčin neboli nauka o vysvětlení nemoci. V současné době se pro klasifikaci duševních poruch používá MKN-10 (mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize), jedná se o snahu srozumitelně popsat jednotlivé poruchy. V případě, že jsou splněny jasně formulované požadavky dle diagnostických vodítek MKN-10, lze považovat diagnózu za spolehlivou. Systém klasifikace dle MKN-10 je uspořádán sestupně a to tak, že přítomnost poruchy zařazené na začátku systému obvykle vylučuje přítomnost poruchy s řazením na konci systému. Kupříkladu pacient trpící organickou duševní poruchou s přidruženými znaky těžké deprese bude považován za pacienta s organickou duševní poruchou a sekundární depresí. Mezinárodní klasifikace (MKN-10) používá tři osy:

1) Hlavní duševní porucha, porucha osobnosti, somatická poruch
2) Postižení dle oblastí jako soběstačnost, pracovní výkonnost, rodinné soužití a širší sociální soužití
3) Vliv vnějšího prostředí a faktorů souvisejících s příslušnými duševními stavy (Smolík, 1996, str. 21, 31-33)

„MKN je publikace Světové zdravotnické organizace (WHO), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších

příznaků, situací či okolností.“. (ÚZIS ČR. Https://www.uzis.cz/ [online]. [cit. 2019-13-11]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn).

V České republice se nyní používá klasifikace s názvem MKN -10, ta je líčena na základě příznaků, které se v daném uskupení vyskytují společně, odlišují se od ostatních a nepředstavují jiné onemocnění. Pro sociálního pracovníka slouží jako vodítko ke znalosti symptomů, syndromů a diagnóz duševních onemocnění a jejich dopadů na jedince. MKN vychází z DSM (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch), který se používá v USA. V současné době je diagnostické vyhodnocení rozděleno do pěti os, které mapují psychosociální faktory:

I. osa – somatické nebo duševní poruchy

II. osa – osobnostní poruchy, mentální retardace

III. osa – celkový tělesný zdravotní stav

IV. osa – psychosociální faktory, faktory prostředí

V. osa – škála celkového šetření fungování (GAF – Global Assessment of Functioning).

Předmětem zájmu a šetření v sociální práci se pak stávají osy IV. a V. (Probstová, Pěč, 2014, str. 20,22-23)

Tabulka 1: *Výčet základních diagnostických kategorií duševních poruch dle MKN – 10*

Kapitola MKN - 10	**Název diagnostického okruhu**
F 00 – F 09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F 10 – F 19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F 20 – F 29	Schizofrenie, poruchy schizopytální a poruchy s bludy
F 30 – F 39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F 40 – F 48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F 50 – F 59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F 60 – F 69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F 70 – F 79	Mentální retardace
F 80 – F 89	Poruchy psychického vývoje
F 90 – F 98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F 99	Neurčená duševní porucha

Zdroj: Probstová, Pěč (2014, str. 24)

1.2 Demence

Jedná se o syndrom, který vzniká v důsledku chronického nebo progresivního onemocnění mozku. Dochází k narušení vyšších korových funkcí jako paměť, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a kognitivní (poznávací) funkce. Zhoršení poznávacích funkcí je povětšinou předcházeno či doprovázeno zhoršenou kontrolou emocí, sociálního chování a motivace. (Smolík, 1996, str. 62)

Původ slova demence má latinské kořeny ve slově *de mens*, který označuje pokles úrovně poznávacích schopností. Klíčovými příznaky demence jsou porucha paměti, porucha prostorové orientace, porucha jazyka (obtíže spojené s chápáním a vyjadřováním řeči, a to slovní i písemné), porucha praxie (obtíže s výkonem každodenních úkonů) a porucha osobnosti (oploštěná emotivita, sentimentalita, poruchy úsudku, nedostatečný nadhled, útočné chování). Tyto projevy jsou označovány za primární symptomy demence a jsou často doprovázeny poruchami poznávání jako např. prozopagnozie. Pří vývoji demence se u jedinců běžně objevují úzkosti, deprese, paranoidita, bludy a nutkavé chování. (Koukolík, Jirák, 1998, str. 127-128)

Závažnost demence lze vyložit jako úroveň zhoršení paměti nebo jiných poznávacích schopností dle závažnosti, např. mírný úbytek paměti a střední úbytek poznávacích schopností znamená demenci střední závažnosti. Při projevech demence můžeme zpozorovat i úbytek emoční kontroly, motivací nebo změnou sociálního chování, které se projevují zejména emoční labilitou, podrážděností, apatií či hrubým společenským vystupováním. (Smolík, 1996, str. 63-64)

1) **Mírná demence** – Nejnápadnějším projevem je pokles paměti a to takový, který překáží každodenním činnostem, ne však do takové míry, aby znemožňoval soběstačný život. Nejvíce je postižena schopnost učení se nové látce, která se projevuje obtížemi spojenými s pozorováním, vštěpováním a vybavováním základních součástí denního života např. jaký je společenský program nebo jaké informace obdržel od příbuzných.
2) **Středně těžká demence** – Stupeň poklesu paměti již představuje vážné omezení pro soběstačný život. V paměti přetrvává pouze hluboce vštípená nebo velmi dobře známá látka. Nové informace přetrvávají zpravidla příležitostně, a to po krátkou dobu.

Projevuje se neschopností vybavit si základní informace o místě, kde postižený přetrvává v danou dobu nebo o tom co nedávno dělal.

3) **Těžká demence** – Vyznačuje se nedostatkem či úplnou absencí srozumitelných představ. (Smolík, 1996, str. 63)

- **Diagnostika**

Americká psychiatrická společnost uvádí následující kritéria diagnózy demence:

1) Rozvoj mnohočetných poruch poznávacích funkcí:
    - Poškození paměti (narušena schopnost učit se novým informacím nebo si vybavit informace již naučené)
    - Přítomnost jedné a více poruch kognitivních funkcí (afázie, apraxie, agnózie, porucha exekutivních funkcí)
2) Poruchy poznávacích funkcí, které jsou uvedeny v kritériu **a**. a **b.** jsou příčinou významného poškození funkce ve společnosti či zaměstnání a v porovnání s předešlou úrovní představují významný pokles

Při klinickém vyšetření je zjišťována rodinná a osobní anamnéza, status současného stavu demence doplňuje laboratorní vyšetření. Rodinná anamnéza zkoumá výskyt demence a dalších duševních nemocí jako deprese a cévní mozkové příhody. Osobní anamnéza má pak za úkol zjistit, zdali jedinec užíval nějaké léky a konkrétně jaké. Řada užívaných léků ovlivňuje kognitivní funkce. Jedinci s tímto duševním onemocněním často nemají náhled na svůj stav, je tedy nutné vyslechnout i rodinné příslušníky případně jiný doprovod nemocného. Vyšetření psychiatrem zahrnuje vyhodnocení poznávacích funkcí a afektivity, mezi standardizovaný nástroj patří test MMSE (Mini-mental state examination), který je normován dle různých věkových skupin. Laboratorní vyšetření zahrnuje biochemické vyšetření krve a moči, určení funkce štítné žlázy, určení hladiny vitamínu B, v neposlední řadě i vyšetření, které zkoumá možnost zánětlivého postižení mozku např. neurosyfilis. (Koukolík, Jirák, 1998, str.127-129)

1.3. Schizofrenie

„Schizofrenie je závažná duševní porucha, která se projevuje narušením vnímání, myšlení, emotivity a osobnostní integrity.“ (Vágnerová, 2014, str.319)

Vyznačuje se poruchami spojenými přítomností psychotických příznaků, nepatří však k příznakům nezbytným definující tyto poruchy. Termín schizofrenie určil Eugen Bleuler již v roce 1911, příznaky tohoto onemocnění fascinují lékaře a filozofy po tisíce let. Mezi nejstarší zmínky patří fragment z Ajurvedy, starý 3400 let, který popisuje stav způsobený posednutím ďáblem a popisuje projevy jako žravost, oplzlé chování, ztrátou paměti nebo nezvyklými způsoby pohybu. (Smolík, 1996, str. 146, 147)

Dle Vágnerové (2014) schizofrenií trpí přibližně 1% celkové populace a vzniká nejčastěji v mladém věku, a to přibližně mezi 15 a 35 rokem života. Schizofrenie má různý průběh v závislosti na faktorech, jakými jsou dědičné dispozice, vnější vlivy, vývojově podmíněné změny, specifické zkušenosti a vyvolávající podněty. Symptomy schizofrenie mohou být rozdílné, u akutní psychózy se však nejčastěji projevují poruchy kognitivních funkcí, jako jsou halucinace, které se nejčastěji vyskytují ve sluchové podobě, mohou však být i zrakové, a dokonce i tělesné, kdy si nemocný myslí, že se ho někdo dotýká. Jako další se může objevit porucha myšlení v podobě bradypsychismu, resp. zpomaleného myšlení. Z poruch myšlení pramení i další porucha, a to dezorganizace řeči, která se projevuje nesouvislou, nesmyslnou nebo omezenou řečovou tvorbou. Schizofrenici trpící poruchou řeči často používají neologismy a přetvářejí si běžné výrazy dle svého uzpůsobení a zvukové podobnosti, přičemž nerespektují logickou souvislost. Krajní formou poruchy řeči může být tzv. slovní salát. Mezi projevy patří i poruchy emotivity např. přecitlivělost, nepřiměřenost emocí a afektivní ambivalence (protichůdnost, rozpornost, neslučitelnost citových prožitků). Nepříjemné emoční prožitky u nemocných často vedou k depresím. Lidé trpící schizofrenií mohou dále trpět narušením a dezorganizací chování, jedná se o nápadné chování projevující se neklidem, samomluvou, neadekvátním smíchem či sociální uzavřeností. Takto duševně nemocný člověk může být nápadně zpomalený, utlumený nebo naopak nadměrně aktivní. V neposlední řadě se u nemocných objevuje porucha sebeuvědomování, která mění sebevnímání nemocných ve formě nepřiměřeného sebehodnocení. Nemocný může trpět pocitem, že je středem dění, nebo že má nadpřirozené schopnosti, což může vést i k pocitu depersonalizace. Vše, co nemocný

dělá se mu může jevit jako cizí, vlastní myšlenky nejsou jeho, někdo mu je vkládá do hlavy apod. Schizofrenici mohou mít ambivalentní vztah k lékům, v počátcích onemocnění se léčbě brání, přijde jim zbytečná nebo se bojí psychických změn, které vyvolává. Pokud léčba úspěšně pokračuje, tak nemocný ve většině případů zjistí, v čem mu daný lék pomáhá, občas zkusí léčbu vynechat, ale po určité době se v obavě, že by se nemoc mohla opět projevit, k užívání vrátí. (Vágnerová, 2014, str. 319-329)

- **Diagnostika dle DSM – IV**

Definice pojmu psychotický jsou v kontextu historie různé. Americký manuál DSM – IV definoval tento pojem dle nejužších po nejširší kritéria následovně:

1) Výskytu bludů a zřetelných halucinací bez náhledu na jejich patologický původ.
2) Jedinec si může výrazné halucinace uvědomovat jako halucinatorní prožitky.
3) Dezorganizované myšlení a řeč, hrubě dezorganizované nebo katatonní chování.
4) Hrubé narušení schopností vyrovnat se s požadavky běžného života.
5) Hrubé postižení kontroly reality, ztráta sebeuvědomění. (Smolík, 1996, str. 148)

- **Diagnostika dle Bleulera**

Bleuler rozdělil příznaky na základní a Akcesorní. Z hlediska nozologie považoval Bleurel schizofrenii za skupinu různých poruch s projevem podobného symptomového obrazu. (Smolík, 1996, str. 149)

Základní příznaky: formální poruchy myšlení, poruchy afektivity, poruchy subjektivního vnímání sebe sama, poruchy vůle a chování, ambivalence, autismus

Akcesorní příznaky: halucinace, bludy, určité poruchy paměti, proměna osobnosti, změny mluveného a psaného projevu, tělesné příznaky, katatonní příznaky. (Smolík, 1996, str. 149)

1.4 Afektivní poruchy

Také označované jako poruchy nálady, projevují se změnou nálady či afektem ve smyslu snížení (deprese, úzkost) nebo zvýšení (mánie, hypománie). Ve většině poruch nálad vzniká tendence k periodicitě. Afektivní poruchy jsou často spojovány se zátěžovými situacemi. Do afektivních poruch patří **manická epizoda**, **bipolární afektivní porucha**, **depresivní epizoda**, **rekurentní depresivní porucha**, **trvalé poruchy nálady**, **jiné poruchy nálady** a **nespecifikované poruchy nálady**. (Smolík, 1996, str. 196)

Dle terminologie je **afekt** vysvětlován jako emoční výkyv, který trvá minuty až hodiny, oproti tomu **Nálada**, která je označována jako emoční stav, trvá delší dobu. **Mánie** značí dlouhodobou poruchu emotivity. Pojem **epizoda** je označován za syndrom, který je definován v daném čase. (Smolík, 1996, str. 199)

Afektivní poruchy se dále člení dle projevů jako je různá míra deprese a kombinace s manickými projevy:

1) **Depresivní poruchy** – rozlišuje se dle míry depresivity:
   - Velká depresivní porucha – samostatná deprese s rozdílnou závažností, může být periodická i ojedinělá.
   - Dystymní porucha – dlouhodobá změna nálady, přítomny znaky deprese s menší intenzitou.
2) **Bipolární poruchy** – jsou charakteristické střídáním mezi manickými a depresivními projevy:
   - Bipolární porucha I typu – střídavé epizody mánie a deprese.
   - Bipolární porucha II typu – střídavé epizody deprese a hypománie.
   - Cyklotymní porucha – dlouhodobá změna nálady se střídavou etapou deprese a elace menší intenzity (povznesená, nadměrně veselá nálada). (Vágnerová, 2014, str. 356)

- **Diagnostika dle MKN – 10**

Průběh afektivních poruch je různý, může se jednat o jeden typ poruchy, ve většině případů se jedná o depresi nebo kombinaci kdy se střídá mánie s depresí. Rozdíl je i v závažnosti afektivní poruchy, v přítomnosti psychotických příznaků (halucinace, bludy) a možných somatických obtíží. (Höschl, 2002, cit. dle Vágnerové, 2014, str. 355)

Diagnostika se rozlišuje dle typů poruch nálad. (Smolík, 1996, str. 206)

1.4.1 Manická epizoda

Smolík (1996) popisuje manickou epizodu jako znatelně podrážděnou či povznesenou náladu. Projevuje se v takové míře, která je pro jedince na první pohled abnormální. Trvá alespoň po čtyři po sobě jdoucí dny. Manická epizoda nesmí být způsobena užíváním psychoaktivních

látek či organickou duševní poruchou, poté do této klasifikace nespadá. Jako kritérium pro tuto diagnózu je přítomnost alespoň tří z následujících znaků, které zasahují do běžného fungování jedince:

1) fyzický neklid, zvýšená aktivita
2) zvýšená hovornost
3) roztržitost
4) snížená potřeba spánku
5) zvýšená potřeba sexu
6) projevy nezodpovědnosti jako např. nadměrné a neuvážené utrácení peněz
7) nadměrná familiárnost, zvýšená potřeba navazovat mezilidské vztahy (Smolík, 1996, str. 206)

1.4.2 Bipolární afektivní porucha

Projevuje se střídáním depresivní a manické epizody. Průměrný věk prvních projevů onemocnění je 21. rok Bipolární poruchou trpí okolo 3 % lidí, ženy u muže postihuje stejně. (Vágnerová, 2014, str. 353)

„Bipolární afektivní poruchou trpěla i novinářka Barbora Tachecí, jejíž projev byl nápadný svou arogancí, tvrdostí a konfliktností.“ (Vágnerová, 2014, str. 356)

Bipolární afektivní porucha (dále jen BP) je rozdělována na sedm dalších druhů mezi, které patří:

1) **BP, současná epizoda hypomanická** – musí splňovat kritéria pro hypománii, dále se v minulosti u jedince vyskytla jedna z afektivních epizod, hypomanická, manická, depresivní či smíšená.
2) **BP, současná epizoda manická, bez psychotických poruch** – musí splňovat kritéria pro mánii bez psychotických symptomů, dále se u jedince vyskytla alespoň jedna z afektivních epizod, hypomanická, manická, depresivní či smíšená.
3) **BP, současná epizoda manická s psychotickými příznaky** – musí splňovat kritéria pro mánii s psychotickými příznaky, v minulosti se u jedince objevila jedna z afektivních epizod, hypomanická, manická, depresivní či smíšená. Dále záleží na tom, zdali psychotické příznaky odpovídají či neodpovídají náladě jedince.

4) **BP, současná epizoda středně těžké či lehké deprese** – musí splňovat kritéria pro depresivní epizodu, mírné a střední závažnosti. V minulosti se u jedince objevila jedna z afektivních epizod, hypomanická, manická či smíšená. Dále záleží zdali, je přítomen i somatický syndrom.
5) **BP, současná epizoda těžké deprese bez psychotických příznaků** – musí splňovat kritéria pro těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků, v minulosti se vyskytla alespoň jedna hypomanická, manická či smíšená afektivní epizoda. Dále záleží zda, psychotické příznaky odpovídají či neodpovídají náladě.
6) **BP, současná epizoda těžké deprese s psychotickými příznaky** – musí splňovat kritéria pro těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky. V minulosti se u jedince vyskytla alespoň jedna hypomanická, manická či smíšená afektivní porucha, dále záleží zdali, psychotické příznaky odpovídají či neodpovídají náladě.
7) **BP, současná epizoda smíšená** – charakterizuje se smíšeným nebo rychle se střídajícím hypomanickými či depresivními příznaky, tyto příznaky musí přetrvávat po dobu alespoň dvou týdnů. V minulosti se u jedince projevila alespoň jedna definovatelná hypomanická, manická, depresivní či smíšená afektivní epizoda.
8) **BP, v současné době v remisi** – jedincův stav v současné době nesplňuje kritéria pro manickou či depresivní epizodu nehledě na její závažnost. V minulosti se u jedince projevila alespoň jedna definovatelná hypomanická, manická a k tomu navíc jedna další afektvní porucha a to hypomanická, manická, depresivní či smíšená. (Smolík, 1996, str. 212-214)

1.5 Depresivní epizoda

Jedná se o chorobný stav, který má depresivní rysy. Depresi lze specifikovat dle její intenzity a množství příznaků, rozlišujeme ji jako **lehkou**, **střední** a **těžkou**. V případě těžké formy se může lišit dle přítomnosti psychotických příznaků, které buď odpovídají náladě či nikoliv. Aby se splnila charakteristika depresivní epizody tak musí trvat, alespoň dva týdny. Deprese je jedním z nejčastějších onemocnění, jako zvláštní patologická jednotka byla rozpoznána už v dobách starověkého Egypta. Pojem deprese se dříve označoval jako melancholie, obecné užívání pojmu deprese se prosadilo koncem 19. století. (Smolík, 1996, str. 219-220)

- **Diagnostika dle MKN -10**

Diagnostika depresivní epizody se rozlišuje dle její závažnosti na tři druhy. (Smolík, 1996, str. 223)

1. Lehká depresivní epizoda

Pro určení lehké depresivní epizody musí být přítomny dva následující příznaky:

1) depresivní nálada pro jedince v abnormální míře, trvá alespoň dva týdny, nálada se projevuje každý den
2) ztráta potěšení či zájmu o aktivity, které jedince běžně těší, baví a jsou příjemné
3) zvýšená únava, pokles energie (Smolík, 1996, str. 223)

Dále jsou přítomny přídatné symptomy, pro určení lehké depresivní epizody (dále jen LDE) by měl být přítomen jeden či více:

1) ztráta sebeúcty a sebedůvěry
2) pocity bezdůvodné viny, výčitky vůči vlastní osobě
3) suicidální myšlenky a chování
4) snížená schopnost soustředění, myšlení a rozhodování
5) změna psychomotorické aktivity
6) poruchy spánku
7) zvýšená či snížená chuť k jídlu (Smolík, 1996, str. 223)

2. Středně těžká depresivní epizoda

Pro určení středně těžké depresivní epizody (dále SDE) musí být přítomny dva ze tří příznaků jako u LDE, dále musí být přítomny symptomy shodné s LDE v počtu alespoň šesti. (Smolík, 1996, str. 223-224)

Jedinec trpící SDE zvládá s potížemi běžné životní aktivity jako výkon práce, mezilidský kontakt nebo výkon běžných domácích úkonů. (Probstová, Pěč, 2014, str. 78)

3. Těžká depresivní epizoda

Pro určení těžké depresivní epizody (dále TDE) musí být přítomny všechny tři příznaky jako u LDE, dále musí být přítomny symptomy shodné s LDE v celkovém počtu osm.

TDE se dále dělí na TDE s psychotickými příznaky a TDE bez psychotických příznaků. Při TDE s psychotickými příznaky jsou přítomny např. halucinace či bludy. (Smolík, 1996, str. 224-225)

Při TDE jsou závažným způsobem ovlivněny všechny životní oblasti. Mezi hlavní projevy patří psychomotorický útlum nebo naopak agitovanost (typ hyperaktivity), tyto projevy doprovází výrazné pocity viny a sebeobviňování. Tato fáze může mít bludný charakter, resp. psychotické příznaky jako halucinace a depresivní stupor. (Probstová, Pěč, 2014, str. 78)

1.6 Disociační poruchy

Jedná se o ztrátu spojení mezi minulostí, vědomím vlastní identity, aktuálním pocitem a kontrolou tělesných pohybů. Určité části konspektu myšlení jsou vytlačovány z vědomí, pokračují však ve svém působení vytvářením motorických a senzorických příznaků. (Smolík, 1996, str. 277)

Disociační poruchy dříve představovaly typické projevy konverzní hysterie, v oficiálním názvosloví tento pojem prakticky zmizel, v praxi se však používá i nadále. Dle symptomatiky dochází k převedení nepříjemného obsahu vědomí do tělesné oblasti. U jedinců, kteří si v dětství prošli závažnou traumatizací jako např. pohlavní zneužití, ponižující výchova či týrání je větší pravděpodobnost přítomnosti tzv. sekundárního zisku. Což znamená výhodu, která plyne z manipulace např. jedinec vlivem disociační poruchy ochrne na jednu dolní končetinu kvůli čemuž se s ním nerozejde partner, který by jedince za běžné situace opustil. Výskyt disociačních poruch v populaci se odhaduje na 1 % s velkou převahou žen. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, str. 135)

Příznaky disociační poruchy jsou velmi různorodé, mohou být psychické i somatické. Rozpad psychických funkcí a tím narušení jejich vědomé kontroly se nepříznivě podepisuje na citovém prožívání, je ovlivněno chování i uvažování. Mezi klinické projevy patří:

a) **Změny emočního prožívání** – dezintegrace emočního prožívání a racionálního hodnocení. Vnímání sebe sama a zejména vlastních potíží prožívá jedinec zcela nezúčastněně a bez emocí jakoby, se nejednalo o jeho osobu. V opačném případě se

jedná o zcela afektovaný projev, který vzniká bez příčiny, nemocný si jej nedokáže vysvětlit.

b) **Změny kognitivních funkcí** – jedinec bývá ovlivněn více fantazií než realitou. Může docházet k derealizaci (vnější svět je neskutečný a cizí), dochází i k selektivní amnézii. Jedinec s touto poruchou bude pravděpodobně egocentrický a bude se soustředit více na sebe než na okolní svět.
c) **Typické projevy chování** – mezi hlavní projevy patří stupor (útlum volních pohybů), zvýšená až nesmyslná aktivita, disociační fuga (jedinec dříve činí, než myslí, náměsíčný stav) a disociační trans (zúžené uvědomování sebe sama i okolí, jedinec má pocit, že je ovládán někým jiným).
d) **Tělesné projevy** – psychické problémy se transformují do tělesných. Může docházet k narušení pohybu končetin, ztrátě citlivosti, zraku či pocitem ochrnutí. Mohou působit jako somatické poruchy, od těch se však liší projevem, který závisí na představě pacienta a na jeho laickém pohledu na určitou fyziologickou funkci. (Vágnerová, 2014, str. 415-419)

Dle manuálu DSM-IV jsou tyto poruchy řazeny mezi Somatoformní, neb splňují předpoklad přítomnosti tělesných příznaků podobných těm somatoformním, nelze je však vysvětlit somatickým stavem či duševní poruchou. Klinické či laboratorní vyšetření ve většině případů nepotvrdí přítomnost neurologické či somatické poruchy. Ve většině případů, kdy byl začátek disociačních poruch spojen s traumatickou životní událostí mají tendenci po několika týdnech až měsících ustoupit. V případě interpersonálních obtíží či neřešitelných problémů se mohou objevit chronické poruchy jako znecitlivění či obrna. (Smolík, 1996, str. 278)

- **Diagnostika**

Diagnostických kritérií je několik, v první řadě nesmí být přítomen ani jeden příznak somatické poruchy, který by interpretoval charakteristický příznak disociační poruchy. Somatické poruchy s jinými příznaky však mohou být přítomny. Jako další musí existovat časová souvislost mezi začátkem příznaků poruchy a stresory, problémy či potřebami. (Smolík, 1996, str. 277-278)

„Základním předpokladem pro zařazení je rozpad funkcí, které jsou normálně integrovány: vědomí, paměť, identita nebo vnímání okolí.“ (Smolík, 1996, str. 278)

2 Porucha osobnosti

Porucha osobnosti, dříve nazývána také jako psychopatie se projevuje již v dětství nebo adolescenci a přetrvává téměř celý život. Jedná se o chorobný stav, který se projevuje nepříznivými či nadměrně zvýrazněnými povahovými vlastnostmi v oblasti nižších a vyšších emocí. Zejména však podivínským, neadaptivním až hrubě rušivým chováním jedince, nebo jeho okolí. Porucha osobnosti se často projevuje v důsledku vyvolání nepříznivých faktorů (vnitřních i vnějších), jako např. partnerské konflikty, problémy v práci, závažné onemocnění a jiné. Na povahové vlastnosti má veliký vliv dlouhodobý vývoj osobnosti. Ve stáří se obvykle objeví zmírnění obsedantních tendencí, agrese a dále tendencí explozivních či fanatických. Může však dojít i k většímu upadnutí v paranoiu a depresi. Jádro osobnosti, i v případě, že je abnormně strukturované zůstává po celý život beze změn. Dříve se na poruchy osobnosti pohlíželo dualisticky, tedy z hlediska vrozeného a získaného. U poruchy osobnosti se však předpokládalo, že se jedná o vrozenou dispozici, naproti u poruchy neurotické se hovoří především o vlivu prostředí. V současné době je zjišťováno stále více organických příčin jako např. drobná poranění mozku během porodu. Prokázáno bylo i to jakou roli ve vývoji osobnosti hraje rodinné prostředí v raném dětství jedince. Zejména pak disfunkční rodina, disharmonické vztahy, příliš restriktivní nebo naopak změkčilý výchovný přístup. Do jisté míry nás ovlivňují i hromadné sdělovací prostředky, včetně literatury. Z těchto poznatků je patrné, že jsou poruchy osobnosti ovlivněny jak biologickými, tak i psychosociálními faktory s tím, že jedna nesmí přesahovat druhou. V případě, že jedna složka převládá, není možné, aby ji ostatní složky vyrovnaly. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, str. 162-164)

1. Anomální osobnost

Tento termín označuje jedince s nepříliš významnými povahovými odchylkami, jedincům ani jejich okolí však nepřinášejí velké obtíže. U této duševní poruchy je však častá tzv. **celoživotní prevalence.** Dle odhadů přináší disharmonická sktruktura osobnosti problémy 10 až 23% populace. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, 162-163)

2. Paranoidní porucha osobnosti

„Paranoidní porucha osobnosti se vyskytuje v rozmezí 05 – 2,5 % populace, častěji u mužů“. (Vágnerová, 2014, str. 470)

Dále označována i jako kverulatorní, fanatická, charakterizuje se nadměrnou citlivostí na neúspěch, nebo domnělé urážky na které daný jedinec nikdy nezapomíná. Jedinec s takovouto poruchou často dlouhodobě skrývá zášť vůči svým nepřátelům, často je velice podezíraví, vztahovačný, špatně si vykládá i neutrální či přátelské postoje a považuje tak za akt nepřátelství. Svá údajná osobní práva dokáže dlouhodobě vydobývat bez ohledu na skutečnost, dále se objevují sklony k patologické žárlivosti. U této poruchy se také objevuje kladení velkého významu vlastní osobě, zaobírání se různými spiknutími kolem vlastní osoby i proti ní. U této poruchy však nejsou přítomny bludy, za určitých okolností jsou tedy tito jedinci schopni částečně nahlédnout na nesprávnosti svých představ a korigovat tak své jednání. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, str. 164)

3. Schizoidní porucha osobnosti

„Údaje jsou velmi rozdílné, pohybují se v rozmezí od 2,5 – 7,5 %. Je rovněž četnější u mužů“. (Vágnerová, 2014, str. 470)

Jedná se o jednu z nejstarších psychiatrických diagnóz, taktéž označována jako předstupeň schizofrenie. Mezi hlavní charakteristiky patří neschopnost prožívat radost, vyjadřovat své city, chudou reakcí na kritiku či chválu, malým zájmem o sex až asexualitou, otupělou afektivitou, útěkem do světa fantazie, zřetelnými problémy na adaptaci na společenské konvence a nedostatkem blízkých vztahů. Již v dětství je zjevná plachost a nepraktičnost, v pubertě může dojít k dekompenzacím, které se podobají epizodám schizofrenie. Jedinci s touto poruchou však bývají nevídaně hloubaví, díky své abstraktní myšlení mohou uplatnit svéráznou logiku a originalitu. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, str. 164-165)

4. Disociální porucha osobnosti

„Disociální porucha osobnosti postihuje 3 % mužů a 1 % žen“. (Vágnerová, 2014, str. 470)

Také označována jako porucha psychopatická, sociopatická či asociální. Jedná se o jedince s nápadným rozporem mezi vlastním chováním a všeobecně uznávanými společenskými normami., které odmítají. Charakterizuje je naprostý nezájem o city druhých a naprostá absence empatie, dále neschopnost udržet trvalý vztah. Dále se vyznačují nízkou tolerancí a výbušným chováním, neprožívají pocity viny, své postoje nejsou schopni korigovat prožitými zkušenostmi. Své konfliktní chování omlouvají či racionalizují. V dětství se tato porucha projevuje lhaním, špatnou adaptací na školu, bitím mladších a slabších jedinců, distancováním

se kolektivu a vytvářením vlastních asociálních společenství. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, str. 165)

5. Emočně nestálá porucha osobnosti

„Emočně nestabilní porucha osobnosti se vyskytuje u 2 % populace, bývá dvakrát častější u žen než u mužů“. (Vágnerová, 2014, str. 470)

Vyznačuje se nestálou a často se měnící náladou jedinců a dále impulzivním jednáním bez ohledu na následky. Jedinci s touto poruchou obvykle nedokáží plánovat svou budoucnost. Tato porucha má dva subtypy, a to **impulzivní** a **hraniční**. Pro impulzivní subtyp je charakteristická neschopnost ovládat vlastní emocionalitu což vede k častým výbuchům násilí. V případě je-li toto chování kritizováno, může mít zvláště nebezpečný charakter. Pro hraniční subtyp je charakteristická emoční nestálost, nevyhraněnou sexuální identitou, zájmy i sebeuvědomováním, tj. nestálé, nejasné a nevyhraněné chování. Často prožívají krátkodobé, ale intenzivní vztahy, které často odstartují různé emoční krize, sebepoškozování, nebo suicidální tendence. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, str. 165-166)

6. Histriónská porucha osobnosti

„Histrionská porucha osobnosti se vyskytuje u 2-3 % populace a četnější u žen“. (Vágnerová, 2014. str. 470)

Taktéž označována jako hysterická či infantilní, je charakteristická nadměrným vyjadřováním emocí labilního a nestálého charakteru. Projevuje se smyslem pro drama a teatrální chování, jedinec dokáže dramaticky líčit útrapy vlastního života, nebo bájnou lhavostí. Touto poruchou trpí častěji ženy, bývají zvýšeně sugestibilní, egocentrické, neustále toužící po ocenění a uznání od druhých, jejich prožitky je však často nezajímají. Jsou schopny různých intrik a mají sklony k manipulaci za účelem dosažení vlastních cílů. Partnerský život mývají velice konfliktní, rády rozvracejí partnerské vztahy druhých, dokáží snadno svést partnera, kterého dokáží decimovat a trýznit dlouhotrvajícími výčitkami, ponižováním a bouřlivými projevy lásky i nenávisti. Jedincům s touto poruchou nedělá obtíže sehrát roli trpitelů ať už na úrovni partnerského života tak i např. v pracovním kolektivu kdy dokáží způsobit neštěstí pomluvami, udavačstvím či anonymními dopisy. S touto poruchou se pojí i možné sexuální dysfunkce jako např. anorgasmie. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, str. 166-167)

7. Obsedantně kompulzivní porucha

„Anankastická (obsedantně-kompulizvní) porucha osobnosti postihuje 1 % populace, je častější u mužů“. (Vágnerová, 2014, str. 470)

Vyznačuje se výraznými povahovými rysy jako nerozhodnost, vnitřní nejistota, sklon k perfekcionismu, pedanterie, zabývání se nepodstatnými detaily, potřeba opakovaných kontrol již provedené činnosti. Často bývá omezena schopnost vyjádření kladných emocí, partnerské vztahy jsou spíše nedůležité. Jedinci takto postižení často kladou pozornost na pracovní výkonnost, která převažuje na úkor ostatních činností, které jiným přinášejí příjemné prožitky. Dále se charakterizují paličatostí, trvají na podřízenosti jiných rutinních zvyků. Dlouhodobě si plánují svoji aktivitu, jakoukoliv změnu plánu nepřijímají. Mohou trpět i vtíravými, nepříjemnými myšlenkami, může vést až k rozvoji obsedantně kompulzivní či anxiózní neurózy. I přes svoji výkonnost a sebe-zvanou dokonalost zřídkakdy jich však nedosáhnou, brání jim v tom nepochopení obecnějších souvislostí. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, str. 167-168)

8. Úzkostná porucha osobnosti

„Úzkostná porucha osobnosti postihuje 0,5 – 1 % populace, neuvádí se, že by postihovala ve větší míře osoby určitého pohlaví“. (Vágnerová, 2014, str. 470)

Tato porucha lze taktéž vyložit jako vyhýbavá. Jedince s touto poruchou doprovází neustálé pocity napětí, nejistoty a méněcennosti, přičemž jsou tyto pocity intenzivní. Dále se projevují touhou být milováni a jsou velice citliví na odmítnutí a kritiku, často to řeší hledáním pevných záruk, které zajistí, že nebudou odmítnuti. Z těchto důvodů mají velice omezené interpersonální vazby a mají sklon k jisté nadsázce potencionálního nebezpečí, a to do té míry, že se některým činnostem zcela vyhnou. Způsob života takovýchto lidí bývá velice střídmý, omezený a chudý. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, str. 168)

9. Závislá porucha osobnosti

„Závislá porucha osobnosti postihuje 2,5 % populace, častěji se vyskytuje u žen než u mužů“. (Vágnerová, 2014, str. 470)

Označována jako sebepoškozující, astenická či pasivní. Projevuje se předáváním zodpovědnosti za vlastní činy, takovýto jedinec žádá druhé osoby, aby za něho převzali odpovědnost za vlastní rozhodnutí. Sami se cítí bezmocní, bez životní síly a jsou celoživotními pesimisty. Své zájmy a potřeby podřizují přáním jiných osob, na kterých si budují závislost. Provází je obavy ze samoty, v tomto směru opakovaně hledají záruky. Nelehký úděl mají i v partnerských vztazích, velice těžce nesou rozpad vztahu či partnerské neshody. Za vlastní selhání viní jiné osoby. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, str. 168)

10. Narcistiscká porucha osobnosti

„Narcistická porucha osobnosti postihuje méně než 1 % populace, bez ohledu na pohlaví“. (Vágnerová, 2014. str. 470)

Typickým projevem jedinců s touto poruchou je zveličování vlastní důležitosti a jedinečnosti. Trpí představou, že jejich problémy mohou pochopit pouze stejně výjimeční jedinci, jako jsou oni. Trpí představou, že se vymykají běžným společenským normám např. čekat v automobilu v dopravní zácpě v příslušném pruhu je pod jejich úroveň. Na kritiku reagují podrážděně, většinou hněvem, studem či pocitem ponížení. Jedinci s touto poruchou často užírá závist a mají tendence vykořisťovat ostatní. Schopnost empatie je značně snížena. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, str. 168-169)

11. Pasivně agresivní porucha osobnosti

Též označována jako negativistická, projevuje se vzdorem proti povinnostem, požadavkům či jiným autoritám. Většinou za pomoci prostředků jako např. lenost, zapomínáním či váhavým chováním. Na vlastní život si často stěžují, jsou zlostní, kritičtí k druhým a věčně nespokojení. Tyto pocity nevyjadřují přímo, uchylují se spíše k odporu a negativizmu. V případě, že jim nevyhovuje nějaký pracovní či osobní úkol ho plní záměrně nedokonale, plnění pro ně nepříjemných úkolů záměrně odkládají. Kvalifikované rady ostatních většinou negují, svojí aktivitou kazí práci i ostatním lidem v kolektivu. Ke svým nadřízeným bývají příliš kritičtí, tyto osoby nejsou výkonné ani v osobním životě. (Raboch, Janotová, Pavlovský, 2006, str. 169)

3 Základní typy zátěžových situací

Jedná se o náročné situace, se kterými se musí daný jedinec vyrovnat, tyto situace pak mohou ovlivňovat jeho draví. Zátěžové situace tvoří přirozenou součást našeho života a jsou nedílnou součástí při utváření naší osobnosti. V případě jejich neúměrné intenzity nebo nahromadění v krátkém časovém horizontu pro nás mohou představovat nebezpečí. V průběhu života si utváříme různé mechanismy a strategie abychom se naučili se zátěž zvládat a pracovat s ní. (Najdi Pomoc [online]. [cit. 2020-03-06]. Dostupné z: https://www.najdipomoc.cz/clanky/slovnik-pojmu/psychologie/psychologie---zvladani-narocnych-zivotnich-situaci/)

„Působení různých zátěží může vést k narušení psychické rovnováhy, což se projeví výkyvy v prožívání, uvažování i chování. Někdy jde jen o dočasnou změnu, jindy má trvalejší charakter. Zátěžové situace lze diferencovat z hlediska jejich závažnosti i možného vlivu na vznik a rozvoj psychických poruch.“ (Vágnerová, 2014, str. 40)

Mezi zátěžové situace patří např. úmrtí partnera, rozvod, uvěznění, úmrtí blízkého člena rodiny, vážné zranění, sňatek, ztráta zaměstnání, narození dítěte, změna finančního zázemí, změna postavení na pracovním trhu, problémy v zaměstnání nebo změna pracovní náplně. (Najdi Pomoc [online]. [cit. 2020-03-06]. Dostupné z: https://www.najdipomoc.cz/clanky/slovnik-pojmu/psychologie/psychologie---zvladani-narocnych-zivotnich-situaci/)

1. **Frustrace**

Frustrací označujeme situace, kdy je člověku znemožněno uspokojit jakoukoliv osobně důležitou potřebu, v jejíž naplnění doufal. Dále by se dala popsat jako neočekávaná ztráta naděje na uspokojení. Jednou z obranných reakcí je tzv. omezení očekávání, kdy je frustrace překonána odložením uspokojení, nebo posílením vytrvalosti řešení problému. Frustrace nemusí nutně vyvolávat nepřiměřené reakce, do jisté míry může být i přínosnou zkušeností. Jelikož nutí člověka k hledání jiných řešení, napomáhá tím rozvoji jeho schopností. (Vágnerová, 2014, str. 40)

2. Konflikt

Konflikt patří mezi běžné obtíže, se kterými se setkává každý člověk, často opakovaně. V případě, že se jedná o vnitřní konflikt je, považován za charakteristický typ frustrace. Trvá-li konflikt opravdu dlouho, je závažný, příliš osobní a neřešitelný, tak se stává subjektivně významným. Z psychopatologického hlediska mohou být významné právě vnitřní konflikty, v případě, pokud nebyly vytěsněny z vědomí jedince. Vnitřní konflikty vznikají na základě dvou neslučitelných stejně silných tendencí a dle racionálního, emočního a subjektivního hodnocení se liší na intenzitě, např. konflikt principu slasti a principu reality dle S. Freuda. Vnitřní konflikty a způsoby s jejich vypořádáním se mohou stát zdrojem psychických obtíží. (Vágnerová, 2014, str. 40)

3. Stres

„Stres je součástí každé práce. Pokud by neexistoval, pravděpodobně bychom se nudili.“ (Carnegie, 2011, str. 82)

Teoretických definic a studií o stresu existuje mnoho, Černý (1999) pro vysvětlení používá teorii z poloviny devadesátých let ve které je popisován vztah mezi **stresorem** (podnět zahajující stresovou reakci, jedná se o změny uvnitř organismu) a **stresovou reakcí** (reakce u které se snižuje osobní schopnost kontroly). Interakce stresoru a stresové reakce pak tvoří stres. (Černý, 1999, str. 1-3)

Carnegie (2011) rozděluje dle Dr. Selye stres do tří forem:

1) **Eustres** – také označován jako dobrý stres, je součástí motivace, která nás povzbuzuje k lepším výkonům. V případě, že máme stres pod svou kontrolou, může vést ke zvýšení koncentrace a produktivity. Eustres přichází v situacích jako např. veřejné vystoupení, prezentace nebo hudební produkce.
2) **Distres** – typ reakce negativního charakteru, často mívá destruktivní dopad. Jedná se o reakci na situace, které nemáme pod svou kontrolou a nemůžeme je nijak ovlivnit.
3) **Hyperstres** – jedná se o stav permanentního distresu, který ovlivňuje mezilidské vztahy i pracovní výkonnost. Tento velice negativní stav vede k vyhoření, fyziologickým obtížím jako jsou vředy a v neposlední řadě k psychickému zhroucení. (Carnegie, 2011, str. 82-83)

Dle psychologického hlediska lze chápat stres jako stav nadměrného zatížení či ohrožení. R. L. Atkinsonová charakterizovala znaky stresových situací následovně:

1) **Neovlivnitelnost situace** – může nastat např. v případě diagnostiky nevyléčitelné nemoci a ve chvílích kdy nemůžeme nastalou situaci ovlivnit.
2) **Nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace** – nepředvídatelné situace, na které se nemůžeme nijak připravit, zvyšují intenzitu prožívaného stresu.
3) **Nadměrné, nepřiměřené nároky** – požadavky určité situace dosahují, nebo přesahují naše hranice možností.
4) **Životní změna** – může nastat v případě nemožnosti naplnění dlouhodobého záměru k dosažení určitého cíle, ale i ztráty blízké osoby. Např. úmrtí partnera, rozvod, ale i sňatek.
5) **Neřešitelné vnitřní konflikty** – nastává např. v situacích konfliktu potřeby vlastního uspokojení s morálním tlakem. (Vágnerová, 2014, str. 40-42)

- **Reakce na stres**

Reakce na stres spadají do okruhu neurotických poruch, které se v populaci poměrně často vyskytují. Posttraumatická stresová porucha se vyskytne, alespoň jednou za život u mužů 5 % a u žen 12 %. Reakce na těžký stres jsou pak spojovány s poruchou přizpůsobení. (Keane. A kol., 2000, cit. dle Průdkové a Nováka, 2008, str 109)

- **Fáze reakcí na stres dle R. H. Rahe**

Americký psychiatr R. H. Rahe vyčlenil procesy reakcí na stres do několika fází:

1) **Fáze uvědomění zátěže** – způsob jakým je vnímán stres závisí na našich zkušenostech, schopnostech, aktuálním stavu, ale i sociální podpoře.
2) **Fáze aktivace psychických obranných reakcí** – jedná se např. o popírání reality, v případě prožitku situace, kterou vyhodnotíme, jako neúměrně zátěžovou může dojít i k izolaci od situace.
3) **Fáze aktivace fyziologických reakcí** – na základě psychických podnětů se spouští fyziologické adaptační mechanismy.
4) **Fáze zvládání** – tato fáze se také nazývá coping, jedná se o hledání strategií a technik pro zmírnění účinků stresu.
5) **Fáze prvních chorobných příznaků** – v tomto případě prožíváme uvědomění, že se jedná o trvalejší a závažnější obtíže.

6) **Fáze diagnostikování stresem podmíněné poruchy** – ve většině případů se jedná o psychosomatické onemocnění, nejčastěji jsou vyvolány stresujícími zážitky, které se vymykají běžné lidské zkušenosti, můžou je však vyvolat i relativně běžné zátěže jako např. úmrtí blízkého člověka, nebo ztráta zaměstnání. (Vágnerová, 2014, str. 41-42)

- **Poruchy reakce na stres**

Někteří jedinci se dokáží snadno vypořádat i se závažným stresem, někteří jedinci však mají pro špatné zvládání stresu predispozice, příčinou mohou být a poruchy maladaptivní reakce. Dle MKN -10 můžeme poruchy dělit následovně:

Akutní stresová reakce – jedná se o krátkodobou reakci na působení těžké stresující události v trvání v řádu hodin až dnů.

Posttraumatická stresová porucha – začala být definována jako následek válečných psychických traumat, vyskytuje se však i v případě závažných stresujících událostí např. znásilnění. Jedná se o reakci na těžkou traumatizující událost často přesahující lidské zkušenosti. Rozvíjí se v řádu několika týdnů až měsíců (do 6 měsíců).

Poruchy přizpůsobení – mohou se objevit v případě významných změn sociálních rolí jako je např. odchod do důchodu, selhání v práci, počátek rodičovství, nebo při nástupu do školy. Objevují se však i jako reakce na stresové životní události jako je ztráta blízké osoby, těžká nemoc, nebo při stěhování, emigraci.

V případě výskytu příčinného faktoru, jakými může být zatěžující událost, nebo dlouho trvajícího stresu se můžou objevit poruchy reakce stres. (Průdková, Novotný, 2008, str 107-108)

3.1. Obranné reakce

„Duševní bolest, ze které jsme nevyvodili žádné závěry, přerůstá ve fyzickou. Tělo, tak upozorňuje na situaci, kterou je třeba napravit. Potlačení bolestivého signálu za pomoci prostředků proti bolesti znamená prohloubení patologie.“ (Viilma, 2010, str. 31)

Jedná se o aktivity zaměřené na zvládání zátěžových situací dále nazývány jako neuvědomované obranné reakce. Ve zkratce slouží ke zkreslení míry působení nepříjemné reality a směřuje k vyrovnání s tíživou situací, slouží ke zmírnění úzkosti vyvolanou nemožností dosáhnutí vyžadovaného uspokojení. Obranné reakce se liší dle míry zkreslení dané

reality a zejména způsobem jakým jedinec s danou informací naloží, jaký k ní zaujme postoj a jak se bude vlivem daných okolností chovat. (Vágnerová, 2014, str. 46)

„Vždycky představují pouhou náhražku něčeho, co nelze získat, ať už je to pocit pohody, či jiné uspokojení.“ (Vágnerová, 2014 str. 46)

- **Dělení obranných reakcí**

Obranné reakce se dělí dle různých charakteristik následovně:

1) **Popření** – jedinec se dané zátěží brání popírání dané informace, která by pro něho mohla být ohrožující, např. popírá svoji nemoc, chová se jako by byl zdravý a nechce o nemoci slyšet ani mluvit.
2) **Vytěsnění** – nepřijatelná přání, myšlenky či traumatizující zážitky se vytěsní do nevědomí, jedinec si je neuvědomuje a tím jsou pro něho zdánlivě vyřešené. Může nastat u obětí násilí, např. oběť si nepamatuje, jak daný útok proběhl.
3) **Racionalizace** – jedná se podobné projevy jako u popření, avšak rafinovanějšího charakteru. Jedinec přehodnotí danou zátěžovou situaci dle vlastního uspokojivého výkladu, např. alkoholik svádí svou závislost na problémy ve vztahu, ztrátou zaměstnání či nespravedlností světa.
4) **Regrese** – jedná se o ústup, jedinec odmítá řešení problému a je tak závislí na pomoci okolí. V dané chvíli poskytne úlevu, fixace tohoto postoje však vede k dalším problémům.
5) **Identifikace** – jedinec posiluje sebevědomí tím, že nalézá ztotožnění se s někým, koho může obdivovat. Identifikace nemusí mít pozitivní efekt např. v případě, že se identifikujeme s jedincem nebo skupinou, která nás vede k experimentování s drogami či asociální činností.
6) **Substituce** – jedno nedosažitelné uspokojení se nahrazuje jiným, které se jeví dostupné. Jedinec si nalézá náhradní cíl jako reakci na překážku, kterou považuje za nepřekonatelnou.
7) **Projekce** – projevuje se promítáním vlastních selhání a obav do druhých lidí, především těch, které nemá daný jedinec rád.
8) **Rezignace** – může se jednat o reakci na dlouhodobou zátěžovou situaci, jedinec se vzdává něčeho, co považuje za nedosažitelné. Když člověk nic neočekává, nemůže být zklamán. (Vágnerová, 2014, str. 46-47)

4 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Úloha pomáhajících pracovníků spočívá v pomoci klientům s představou o tom, co sami chtějí. Vzít na svá bedra plnou zodpovědnost za pomáhající proces není možné. Není v pracovníkových silách předepsat jasný recept na problémy a zajistit tak jistý úspěch. (Kappl 2004, str. 46)

Cílová skupina klientů s duševním onemocněním má svá specifika stejně tak i sociální práce s typem těchto klientů, vychází však z obecných principů sociální práce. V roce 2014 vznikla v rámci mezinárodní diskuze za spolupráce Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) a Mezinárodní asociací škol sociální práce (IASSW) nová definice ze které vyplývá, že je sociální práce akademické odvětví. Dále je založena na praxi a podporuje sociální změnu, rozvoj i soudržnost. Klíčem sociální práce jsou principy lidských práv, sociální spravedlnosti a kolektivní zodpovědnosti. Sociální práce se zabývá řešením problémů a zlepšením blahobytu, a to za pomoci teorií sociální práce, společenských a humanitních věd. (Mátel, 2014, str. 13)

Do systému péče o lidi s duševním onemocněním spadají všichni, kdo se vyskytují v jeho blízkosti tedy rodina, přátelé, komunita a pracovníci. Duševní onemocnění se ve valné většině neobejde bez odborné pomoci, která existuje v mnoha formách jako např. organizace, zařízení a specialisté zabývající se touto problematikou a poskytováním služeb pro lidi s duševním onemocněním. Lidé s duševním onemocněním často vyhledají sociální službu sami. Pro klienta může být obtížné se s problémem svěřit, duševní onemocnění provází mnoho mýtů a předsudků a nemusí být na první pohled viditelné. Základním pilířem vlastností systému služeb pro duševně nemocné by mělo být aktivní vyhledávání a připravenost pracovníků o psychických problémech mluvit a dále povědomí o službách, které se danou problematikou zabývají. (Mahrová, Venglářová, 2008, str. 44-45)

4.1 Předpoklady a znalosti pro sociální práci s duševně nemocnými klienty

Práce s duševně nemocnými klienty klade na pracovníka jisté předpoklady. Doporučuje se základní znalost symptomatologie, dynamiky duševních onemocnění a terapeutické intervence včetně vlivů medikace. Kompetentní sociální pracovník musí umět provést sociální šetření, získat informace jak o klientovi, tak i o jeho zázemí a okolí. Je nutné využívat

schopnosti a vědomosti, jak navázat a vést rozhovor a sledovat verbální i nonverbální projevy klienta, umět empaticky naslouchat a být pozorný. Významnou součástí sociálního šetření je sociální historie klienta, což lze chápat jako chronologický záznam životních událostí. Sociální historie je důležitým prvkem a pomáhá multidisciplinárnímu týmu pochopit klienta v jeho lidské podstatě. Dále je zapotřebí sestavit a realizovat plán intervencí, průběžně hodnotit výsledky a vědět kdy a jak práci s klientem ukončit. Během spolupráce pracovník spolupracuje s klientovým okolím, s institucemi, rodinou a někdy i s veřejností. Sociální pracovníci se mohou specializovat do několika oblastí, a to do **Psychiatrické rehabilitace** – sociální rehabilitace, budování oblasti práce a bydlení, **Case managementu** – případové vedení a **Psychoterapie** – v minulosti byla psychoterapie upřednostňována jako zajímavá oblast práce, nyní se díky komunitní péči přesouvá spíše k sociální rehabilitaci a case managementu. K výkonu psychoterapie je zapotřebí osvědčení, absolvování výcviku a složení zkoušek, dle požadavků plátců i vysokoškolské vzdělání. (Probstová, 2005, cit. dle Matouška, Koláčkové, Kodymové, 2005, str. 136-138)

4.1.1 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné

Na roli sociálních pracovníků v péči o duševně nemocné se podílejí zejména systémy zdravotní a sociální péče, financování služeb, jejich koordinace a v neposlední řadě i tradice. Role sociálních pracovníků v této problematice se mění i napříč různými státy. Např. v USA mohou sociální pracovníci provádět různé psychoterapeutické úkony, které plynou z jejich specializace na klinickou sociální práci. Oproti tomu v Nizozemsku zaujímají opačný postoj, kdy se sociální pracovníci pohybují mimo specializované služby pro duševně nemocné. Ve Velké Británii mohli sociální pracovníci lépe definovat okruh působnosti a svoji identitu díky vzniku multidisciplinárních týmů. (Probstová, 2005, cit. dle Matouška, Koláčkové, Kodymové, 2005, str. 135)

4.1.2 Konflikt rolí soc. pracovníku při práci s duševně nemocnými

Sociální pracovník by se neměl dostávat do role psychoterapeuta, zároveň však musí rozumět potřebám dané specifické skupiny, v tomto případě duševně nemocným. Předmětem zájmu se stává interakce člověka s prostředím, následná adaptace a případně problémy z toho plynoucí. V soc. pracovníkovi, tak může docházet ke konfliktům a s nimi i spojeného napětí.

Dle Probostové a Pěče (2014) jsou důležité tři pohledy, se kterými může soc. pracovník pracovat. **Deskriptivní pohled**, konflikt principu normality s abnormalitou a snaha o jeho diagnostiku. **Enviromentální a systémový pohled** neboli sociální fungování a **Psychosociální pohled**, dynamika obtíží. Mezi sociálními pracovníky často dochází k protichůdným vztahů a pohledům na psychiatrickou diagnostiku. Na jedné straně může převládat přehnaný respekt k diagnostice, na straně druhé zase skepsi a odmítání. Tyto protichůdné pohledy pak plynou z neznalosti a nedostatečné kompetence ve srovnání s psychiatry. Na odmítavý pohled pak má vliv zejména nálepkování a stigmatizace, ať vnější či vnitřní, dále pak široké spektrum úvah. Chápání diagnóz, tak může nahrazovat empatie. I přes snahu o vyrovnaný pohled na diagnostiku můžeme zažívat pochyby a koncepční nejistoty. V případě spolupráce s jedincem, který trpí hraniční poruchou, se můžeme setkat s idealizací klienta ze strany pracovníka. Například při pocitu navázání bližšího vztahu s klientem, kdy dochází k důvěře a ocenění., pracovník tak nabude dojmu, že je jediný, kdo jedince chápe. Jelikož však pýcha předchází pád, následuje rozčarování, pocit méněcennosti a zmaru kdy čelíme naprostému znehodnocení vlastní osoby, odmítnutí a přívalu hněvu od klienta, kdy nevíme proč. V případě, že bude pracovník ovládat znalost základní diagnostiky hraničních poruch a pochopí jejich dynamiku, bude obeznámen se sklonem těchto jedinců k přemíře angažovanosti v nestálých vztazích, které často vyústí v emoční krize. Vyhneme se, tak zbytečné retraumatizaci klienta vlastním zklamáním, které často vyústí i k ukončení spolupráce s klientem a idealizaci. Dle praxe je zřejmé, že znalost základní psychopatologie je pro sociální pracovníky nezbytná. (Probstová, Pěč, 2014, str. 21, 22 a 24)

4.2 Systém péče a služeb pro lidi s duševním onemocněním

Systém péče pro lidi s duševním onemocněním se nejčastěji dělí na komunitní a ústavní, kdy komunitní dává za přednost pospolitost s využitím rehabilitačního potenciálu přirozeného společenství lidí. Za posledních deset let se stala komunitní péče trendem nejen v oblasti lidí s duševním onemocněním, ale i pro seniory a lidi se zdravotním postižením. Protiklad ke komunitní péči je péče ústavní, jejímž hlavním rysem je dlouhodobé oddělení duševně nemocných od jejich přirozených lidských společenství. (Probstová, Pěč, 2014, str. 184)

1. Komunitní péče

Komunitní péče je v řadě vyspělých zemích upřednostňována před péčí ústavní a od poloviny dvacátého století je spojována s tzv. deinstitucionalizací, která nahradila velké psychiatrické nemocnice za komunitní služby. Jedná se o širší soubor služeb, programů a zařízení s cílem pomoci a integrace duševně nemocných do běžné společnosti a běžného života, tak aby mohly být do reálné míry naplněny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Od počátku kladla zřetel na využití přirozených zdrojů jako pomoc komunity nebo využití zdravých stránek osobnosti klientů. Důsledkem deinsitucionalizace v západních zemí byl vznik komunitních týmů v péči o duševní zdraví a týmů ve službách, které sloužili jako alternativa pro hospitalizaci. Komunitní péče funguje i v oblasti zdravotnictví včetně lůžkové péče, určuje ji však odlišnou roli. V moderním pojetí v tzv. vyvážené péči jsou do systému pomoci zapojeni i praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, včetně psychoterapeutických programů, psychiatrické rehabilitace, dlouhodobé komunitní rezidenční péče a akutní lůžkové psychiatrie včetně jejich alternativ jako krizových služeb nebo denních stacionářů. Nedílnou součástí komunitní péče je systém komunitní podpory, síť podpory a case management. (Probstová, Pěč, 2014, str. 184-188)

2. Denní stacionáře

Denní stacionář funguje jako denní pobytová služba pro psychiatrické pacienty, dělí se dle typů funkcí. Může fungovat jako alternativa či navázání na hospitalizaci, jako alternativa nebo rozšíření ambulantní léčby a v neposlední řadě jako dlouhodobá rehabilitace či resocializace. Denní stacionáře mohou být zřizovány a jako samostatná zdravotnická zařízení v kombinaci s krizovými službami, nebo další ambulantní péčí či rehabilitací. (Probstová, Pěč, 2014, str. 191)

3. Krizové služby

Od začátku dvacátého století vznikly coby součást psychiatrie a soustředili se převážně na pomoc lidem ohrožených sebevraždou. Větší rozvoj krizových služeb přišel koncem šedesátých let dvacátého století ve spojen s rozšiřováním komunitní péče. Jednou z forem specifických služeb jsou **krizová centra**, které poskytují formou krizové intervence neodkladnou psychiatrickou péči zcela bez bariér a stigmat. Pomoc poskytují klientům s neodkladnou psychickou krizí jako je suicidální problematika, reakce na akutní stres, akutní psychotické stavy, poruchy přizpůsobení, dekompenzace poruch osobnosti a jiných. Nedílnou součástí krizové intervence je použití psychoterapie jako např. rodinné, skupinové a individuální.

Součástí krizového centra bývá i menší počet lůžek a rovněž i nepřetržitá krizová telefonní linka. Další specifickou formou služeb je **mobilní krizový tým**, který se skládá z psychiatra, klinického psychologa, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Tento tým poskytuje přímo v místě rozvoje krizové situace služby krizové intervence, psychologické i psychiatrické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii. (Probstová, Pěč, 2014, str. 192-193)

4. Case management

Kořeny case managementu sahají do období Spojených Států sedmdesátých let minulého století. Jedná se o propojení vzájemně odloučených služeb center duševního zdraví, dle potřeb dlouhodobých pacientů. Systém péče se později rozšířil i do Velké Británie a dalších vyspělých zemí. Jedná se o přístup zaměřený na koordinaci poskytování služeb v nesourodém systému péče, koordinace je vedena dle individuálních potřeb klienta. Dle Stuchlíka je důležitou součástí case managementu pracovní vztah s klientem, jeho zvládání, kultivace a rozvoj. Postupem vývoje vzniklo více forem case managementu jako např. brokerský model, klinické případové vedení, intenzivní případové vedení a asertivní komunitní léčba. (Probstová, Pěč, 2014, str. 193-194)

5. Asertivní komunitní služba (ACT)

ACT je typ case managementu, mezi jejíž podstatné charakteristiky patří tým složený z vícero odborníků včetně psychiatra. Na péči o pacienta se podílí celý tým formou přímé péče, na celý tým spadá méně klientů (cca 10-12 pacientů na pracovníka) se zvýšenou četností kontaktů. Do cílové skupiny klientů ACT spadají osoby, které se vlivem nemoci odloučí od služeb, nedostavují se na ambulantní ošetření, neužívají předepsaná psychofarmaka, což vyústí v časté rehospitalizace a problémům v sociální oblasti jako např. dluhové pasti, exekuce, neodpovídající životní podmínky jako špatné bydlení až bezdomovectví. Často se jedná o klienty s omezenou svéprávností s ustanovenými opatrovníky, tento fakt vytváří potřebu domluvy s opatrovníkem na společném postupu. Při ACT je také důležitá spolupráce s rodinnou klienta, průměrná délka trvání působení jednoho týmu je 5 let. (Probstová, Pěč, 2014, str. 194-195)

5 Bezdomovectví

„Chronické bezdomovectví lze chápat jako syndrom komplexního sociálního selhání, které se projevuje neschopností akceptovat a zvládat běžné společenské požadavky. " (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013, str. 9)

Bezdomovectví je komplexní fenomén, nejedná se však pouze o ztrátu přístřeší. Mimo toho, že daný jedinec ztratí bydlení, resp. přístřeší tak ztrácí i domov jako takový, bezdomovectví je dále spojeno se sociálním vyloučením. S těmito souvislostmi může dojít k odtržení od normativního systému a systému hodnot, tyto systémy osoba bez domova přestane přijímat, což vede k zásadní změně životního stylu. (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013, str. 9)

V případě některých skupin obyvatel může být bezdomovectví označováno jako výsledek kulturního a národního příslušenství, a nikoliv důsledek sociálního selhání. Toto můžeme zpozorovat u skupin romského etnika, původního indiánského obyvatelstva či australské Aborigince kdy si tito lidé volí život kočovníků čímž se hlásí k národním tradicím svého původu. V legislativě zemích vyspělých najdeme označení bezdomovectví rodin a jednotlivců. V legislativě ČR se bezdomovectví rozlišuje jako problém jednotlivce, pro úplné rodiny zde moc pomoci není, existují samozřejmě azylové domovy pro matky s dětmi, není však možné, aby v těchto zařízeních byli úplné rodiny s oběma rodiči. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, str. 12-13)

5.1 Pojem Bezdomovec

Tento pojem označoval osoby bez státního občanství nebo domovského práva, toto označení můžeme najít např. ve Francii, Německu, nebo Anglii. Lidé bez domova se dále kategorizují jako **Zjevní bezdomovci** – lidé, kteří svou situaci sami označují jako ohrožující, stávají se klienty sociálních služeb. **Skrytí bezdomovci** – lidé žijící na ulici, okolí je označuje jako bezdomovce, z vlastních důvodů však nevyhledávají sociální služby. **Potencionální bezdomovci, lidé ohrožení bezdomovectvím** – lidé v těsném ohrožení ztrátou domova, v tomto ohrožení se můžou ocitnout lidé žijící na ubytovnách, v pronájmech bez řádné smlouvy, nebo squatteři či nájemníci objektů určených k demolici. V blízkém ohrožení se také mohou ocitnout dlouhodobě nezaměstnaní, hendikepovaní, senioři, příslušníci etnických menšin či lidé

adaptovaní na život v institucích. Dále můžeme za ohrožené jedince označit i lidi s drogovou závislostí, nejčastěji však se závislostí na alkoholu, z příčin jak sociálního vyloučení, tak i vznikem během života na ulici. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, str. 316-317)

„Bezdomovci jsou součástí veřejného prostoru, mísí se s lidmi bydlícími a není snadné je odlišovat od zbytku populace. Mezi člověkem bydlícím ve vlastním luxusním bytě a špinavým člověkem přespávajícím na lavičce je mnoho různých mezistupňů kvality života. Je proto nezbytné vidět bezdomovce v kontextu celé společnosti. " (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, str. 15)

5.2 Formy bezdomovectví

Do skupiny bezdomovců nespadají jen osoby, které do ní často prvoplánově řadíme na základě zažitých předsudků. Ucelenou typologií bezdomovectví se zabývá široká škála autorů, v základní typologií jsou však jejich poznatky shodné. Nejčastěji v nich nalezneme tři základní skupiny lidí bez domova.

1. **Zjevné bezdomovectví**

Do této typologie řadíme lidi, o kterých si na první pohled řekneme, že se jedná o bezdomovce. Často se jedná i osoby, které na sebe poutají pozornost neupraveným zevnějšek, páchnou, přebírají odpadky, popelníky, žebrají po kolemjdoucích peníze. Často se pohybují na veřejných prostranstvích jako např. na vlakových či autobusových nádražích, na zastávkách městské hromadné dopravy, na náměstích a jiných. Lidé bez domova s touto typologií již ve většině případech rezignovaly na změnu, využívají sociálních služeb, které se zabývají pomocí lidem bez domova, často jsou v kontaktu s pracovníky terénních služeb. Ve skutečnosti tuto skupinu tvoří menší počet bezdomovců, než se zdá, jedná se tedy o podskupinu bezdomovců. (Novotný, Průdková, 2008, str. 13-14)

2. **Skryté bezdomovectví**

Lidé žijící na ulici, na první pohled to však není zřejmé. Do této typologie spadají jedinci, kteří nerezignovali na péči o vlastní zevnějšek mají zachovalé hygienické návyky. Taktéž využívají sociálních služeb, spíše ambulantní formy, občas vyhledají útočiště u přátel, nebo na ubytovnách. Při prvním kontaktu není problém bezdomovectví zjevný, u této typologie

bezdomovců je větší šance na resocializaci než u typologie zjevných bezdomovců. Velkou část této skupiny tvoří mladí lidé. (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013, str. 11)

3. **Potencionální bezdomovectví**

Jedná se o skupinu lidí, kteří jsou bezdomovectvím ohroženy, mohou přijít ze dne na den o bydlení, často jsou v obtížných situacích se, kterými si nemohou či nezvládnou pomoci sami. Příčinou těchto problému může být život v podnájmu bez řádné smlouvy, ztráta finančního zázemí, rozpad rodiny, přítomnost závislosti ať už se jedná o závislost na drogách, alkoholu či na hraní hazardních her. Do této typologie spadají i mladí lidé, kteří prošli ústavní výchovou nebo lidé po výkonu trestu odnětí svobody. (Novotný, Průdková, 2008, str. 13-14)

5.3 Charakteristika lidí bez domova

Lidé bez domova označováni spíše jako bezdomovci se často setkávají s negativním přístupem ze strany veřejnosti, který je spojen s různými stereotypy. Nejčastěji jsou spojování s odporem k práci, s alkoholickou závislostí a kriminální činností. Pro potřeby sociální práce slouží několik definic pojmu bezdomovectví. Bezdomovcem se nazývá člověk bez trvalého domova, člověk, který se ocitá v bezprostřední nouzi. Pro tuto definici se záměrně používá slovo domov, které je bezprostředně spojeno s pocitem jistoty, bezpečí, zázemím a hlubokou vazbou. Se ztrátou domova je úzce spojeno mnoho rizik na existenční úrovni, jak individuálních, tak i sociálních. Lidé bez domova často nemají dostupné zdroje a schopnosti k řešení této situace svépomocí. Dále se můžeme setkat s tzv. bezdomovci z přesvědčení. Tyto osoby jsou často definovány jako jedinci, kteří si život bez domova zvolili sami. Tyto osoby vyhledávají pomoc sociálních služeb jen zřídka a často zaujímají negativní postoj vůči institucionalizované podpoře a pomoci. Je nutné podotknout, že tato skupina tvoří jen zanedbatelné procento. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, str. 315-316)

5.4 Rizikové faktory – příčiny bezdomovectví

Faktory, které jsou rizikovými pro vznik bezdomovectví, můžeme řadit jako objektivní a subjektivní. Do objektivních faktorů spadá např. politika zaměstnanosti, bytová politika, postavení etnických minorit, postoj většinové společnosti k marginálním skupinám, sociální politika daného státu a jiné dílčí faktory. Jako subjektivní faktor pak můžeme chápat schopnosti

a úroveň sociální adaptace jedince, jako např. rodinné zázemí, osobnost jedince, vzdělání, nebo přítomnost či nepřítomnost hendikepu. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, str. 317-318)

1. Disfunkce rodiny

Jednou z možných příčin bezdomovectví je dysfunkční rodina, část lidí bez domova vyrůstala v rodině náhradní nebo v ústavním zařízení. Absence bezpečného zázemí může vést k dalším poruchám osobnosti např. k nadměrnému užívání návykových látek, špatné socializaci nebo k častým pocitům selhání. Nedostatek opory pak vede k rostoucí tendenci odejít z domova, a to v co nejkratší možné době bez vidiny nového zázemí, toto se týká zejména mladých a dospívajících lidí. Odchod na ulici však představuje pouze další fázi nezvratného sociálního propadu. Vnímání vlastního domova a jeho hodnocení je důležitou životní součástí. (Vágnerová, Csémy, Marek, 2013, str. 16-18)

2. Alkoholizmus

Závislost na alkoholu je bezpochyby nejviditelnější příčinou bezdomovectví. Při představě bezdomovectví si většina společnosti představí postaršího muže zanedbaného zevnějšku, který se oddává alkoholické vášni na veřejném prostranství.

Dělení znaků závislosti dle Nešpora:

1) Silná touha či pocit po užití alkoholu
2) Zhoršení sebeovládání
3) Tělesný odvykací stav
4) Zvyšování tolerance na alkohol
5) Zanedbávání ostatních zájmů
6) Užívání alkoholu i přes vědomí rizika s ním spojeného

(Nešpor, 2007, str. 11-20)

Alkoholová závislost nastává, pokud se jedinec nachází minimálně ve třech již zmíněných bodech. (Nešpor, 2006, str. 10-12)

3. Patologické hráčství

Že tento sociální problém nabývá na své vážnosti je patrné již od roku 2017, kdy vyšla změna zákona č. 186/2016 Sb. o hazardních hrách. Dle tohoto zákona mají obce pravomoc v dané obci zakázat či upravit dobu nebo místo kde se uskutečňuje. Dle mezinárodní klasifikace nemocí se patologické hráčství řadí mezi návykové a impulzivní poruchy, neřadí se tedy do

závislostí. Americká psychiatrická asociace označila patologické hráčství jako duševní poruchu již v roce 1980, zhruba tedy o 10 let dříve než mezinárodní klasifikace nemocí. (Nešpor, 2007, str. 26)

5.5 Adaptační mechanismy na situaci bezdomovce

Bezdomovectví sebou nese permanentní nápor stresu, což vede k deformaci osobnosti. Zcela jistě bude svou situaci hodnotit jinak člověk, který je na ulici dva měsíce a jinak ten kdo je na ulici deset let, časová osa tedy hraje svou roli. Během prvních několika měsíců se může jedinec dostat do tzv. stadia odporu, důsledkem zklamání, že se jeho život nevyvíjí, dle představ mění své chování a postoje. Delší pobyt na ulici staví jedince do nepříjemné role a nabývá na pocitu ponížení, jedinec se snaží zachovat zbytky sama sebe. V případě, že se jedinec rozhodne využít pomoc u organizace, která se danou problematikou zabývá, je pravděpodobné, že bude brát jejich pomoc jako povinnost a bude si na ni činit nárok. V této fázi je jedinec často netrpělivý a špatně snáší jakékoliv čekání, v případě, že věci nefungují, dle jeho představ se cítí ublížený a neguje jakékoliv řešení dané situace. Nejčastější reakcí je vyhýbavé chování, výmluvy a opakované odsouvání řešení na později. Opakované nezdary o útěk z bezdomovectví jeho nositeli decimuje sebevědomí, své nezdary často zakrývá lhaním nebo útěkem do fantazie. Důležitou roli hraje i změna prostředí a navazování nových kontaktů mezi dalšími bezdomovci. Mnoho bezdomovců ruší své dosavadní vazby a komunikují pouze s těmi osobami, kteří sdílí stejný osud. Jeden od druhého si předává zkušenosti, jak na ulici přežít a své chování svým způsobem napodobují, čímž dochází ke chronifikaci bezdomovectví. Jedinec postupem času přijímá roli bezdomovce, jeho obranné mechanismy, které mu doposud zabraňovaly v identifikaci s bezdomovectvím slábnou. Dle Pěnkavy je hraniční tzv. zlom, který nastává po pěti letech strávených na ulici. Jedinec může nabývat jistoty a vyššího postavení mezi bezdomovci. Snadno se orientuje v prostředí ulice, život bezdomovce přestává být provizoriem a stává se domovem. U takto poznamenaného jedince může dojít k rezignaci, která se může projevit i ztrátou základních hygienických návyků. (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012, str. 102-106)

5.6 Lidé bez domova jako oběti násilí

Lidé bez domova, kteří přespávají, na veřejných prostranstvích jsou snadným cílem násilníků, kteří je často považují za otravný element. Nejvíce bezbranní jsou lidé bez domova ve chvíli spánku, často také musejí čelit větší převaze násilníků. Dle výpovědí od několika svědků jsou útoky často vedeny ze stran policie. Objevují se i případy kdy strážníci policie odvezli bezdomovce za město, kde ho zbili a okradli o obuv, často své oběti bili obuškem přes paty, holeně i kotníky, takto zbité je ponechali osudu. Jako motiv zřejmě slouží snaha o vyčištění města od lidí bez domova. Se zraněnými bezdomovci se často setkávají pracovníci ve službách, které se zaměřují na pomoc pro lidi bez domova. Oběti se na policii ve větších případech neobrátí s obavou o pomstu ze strany násilníků, často v policii ani nemají důvěru. Někteří bezdomovci se zraní v opilosti sami. Lidé, kteří se na problematiku bezdomovectví zaměřují tvrdí, že bezdomovci jsou převážně oběti, ne pachateli násilí. (Průdková, Novotný, 2008, str. 38-39)

5.7 Systém péče a služeb pro lidi bez domova

V systému poskytované péče nalezneme dva základní typy a to:

a) **Služby zaměřené na naplnění základních potřeb** – lidé kteří ztratí domov postrádají možnost zázemí, které je nezbytné pro řešení vlastní situace. Každý jedinec tak potřebuje místo k odpočinku, teplo, stravu, hygienické zázemí, ošacení a základní lékařskou péči. Je efektivní, aby byly služby zajišťující základní potřeby umístěny na jednom místě, nejčastěji v podobě nízkoprahového denního centra a případně noclehárny. Mezi služby s orientací na zajištění základních životních potřeb patří i azylové domy a cvičné a chráněné bydlení.

b) **Služby zaměřené na reintegraci a soběstačnost** – jedná se o služby, které nabízí výcvik potřebných dovedností, zejména těch sociálních. Dále podporují zaměstnanost a rozvoj pracovních návyků. Mezi tento typ služeb patří i azylové domy, které vyvíjí na klienta míru spoluodpovědnosti, která je nedílnou součástí smlouvy o poskytované službě. Mezi službami s touto orientací dále řadíme služby sociální rehabilitace, chráněné dílny a tréninkové pracoviště. Mezi další formu podpory zaměstnání jsou v ČR veřejně prospěšné práce, který vychází ze spolupráce organizací (se zaměřením na sociálně vyloučené jedince) a úřadem práce. V neposlední řadě sem patří i sociální

firmy, které poskytují práci zejména znevýhodněným jedincům, vytváří však normální zisk v rámci neziskové organizace. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, str. 322-328)

Služby zajišťující základní životní potřeby v podobě noclehu, ošacení, nebo potravinové pomoci jsou historicky nejstarší. V roce 2002 byly vytvořeny Standardy kvality sociálních služeb, které se týkají všech sociálních služeb. (Průdková, Novotný, 2008, str. 41)

1. **Terénní pomoc**

Terénní sociální práce vznikla začátkem 20. století, roku 1997 se zakládá Česká asociace streetwork. Jedná se o specifickou službu, která je poskytována v přirozeném prostředí klientů. Hlavním cílem služby je navazování kontaktu s klienty, kteří z jakéhokoliv důvodu nevyhledávají pomoc sami a minimalizovat životní a existenční rizika, které vyplývají ze života na ulici. Nedílnou součástí je budování důvěrného vztahu mezi pracovníkem a klientem, které vyžaduje dlouhodobé působení terénního pracovníka na klienty. Pracovník zprvu velice neformálně kontaktuje klienta, delším působením si buduje pozici člověka, jehož služby jsou v dané lokalitě brány na vědomí. Během spolupráce je důležitým prvkem motivace klientů a navazování na další služby jako jsou nízkoprahová denní centra a noclehárny. (Průdková, Novotný, 2008, str. 53-54)

2. **Nízkoprahové denní centrum**

Nízkoprahové denní centrum je sociální služba pro lidi bez domova. Povětšinou se jedná o zařízení ve, kterém nalezneme zázemí v podobě veliké místnosti se stoly a židlemi, hygienickým zázemím v podobě toalety a umývárny. Některé denní centra jsou vybaveny kuchyňkou, nebo prádelnou kde si mohou klienti vyprat či vyžehlit prádlo. Klient může využít potravinovou pomoc, v případě zájmu může navštívit sociálního pracovníka, nebo pracovníka v sociálních službách např. za účelem sepsání životopisu, soc. poradenství, nebo při hledání uplatnění na pracovním trhu. Některé služby denního centra bývají zpoplatněny, většinou se však jedná o symbolickou částku, která je určena k pokrytí části provozních nákladů. S každým nově příchozím zájemcem o službu je veden řízený rozhovor. Zájemce je seznámen kompetentním pracovníkem s chodem služby, řádem zařízení, které služby může využívat a případně, které z nich jsou zpoplatněny. Dále je seznámen se svými právy a povinnostmi a dále s právy a povinnostmi pracovníků. (Průdková, Novotný, 2008 str. 43)

3. Noclehárna

Nabízí služby pro naplnění základních existenčních potřeb jako poskytnutí noclehu v teple, poskytnutí základního hygienického servisu a případně i potravinové pomoci. Nocleh je poskytován za úhradu, nebo zdarma, a to vždy na jednu noc, klient však může službu využít opakovaně. Cena za nocleh se pohybuje zpravidla okolo hranice 30,-Kč. Standard bydlení je na noclehárnách většinou nízký, klienti jsou umístěni do nocležen s mnoha lůžky. Po celou dobu služby jsou klientům k dispozici pracovníci, kteří jsou připraveni poskytnout informace, poradenství a poskytnutí kontaktu na jiné zařízení či služby. (Průdková, Novotný, 2008, str. 44)

4. Azylový dům

Jedná se o pobytovou službu pro lidi bez domova. Oproti službě noclehárny je zde vyšší práh, jsou kladeny vyšší nároky na klienta. Azylový dům poskytuje komplexní pomoc během, které je klientovi napomáháno při návratu k soběstačnosti a návratu do společnosti. Služba azylový dům je poskytována v řádu týdnů až měsíců, služba je podmíněna spoluprací. Klient má povinnost si s příslušným pracovníkem vypracovat individuální plán, plán cílů, které mu pomohou ve zlepšení jeho dosavadní životní situace. Individuální plán by měl být co nejkonkrétnější, měl by obsahovat cíle klienta, způsob jejich dosažení a dohodnutý termín jejich naplnění. Pokoje jsou situovány dle možností zařízení, zpravidla je však na pokoji podstatně méně lůžek než na službě noclehárna, bydlení na azylovém domě připomíná standard bydlení na ubytovnách. Služba azylový dům je, taktéž zpoplatněna hranice ceny se pohybuje okolo 50,-Kč za noc a více. (Průdková, Novotný, 2008, str. 44-46)

5. Azylový dům pro matky s dětmi

Služba je zaměřena pro matky s převážně malými dětmi, nebo těhotným ženám, které se nachází v mimořádně krizové a náročné situaci, jež nemohou sami řešit. Služba je specifická svým uspořádáním pokojů a umístěním, zpravidla by měli být umisťovány v blízkosti obchodu a vzdělávacího zařízení. Vnitřní řád zařízení musí zohledňovat potřeby matek a dětí a jejich bezpečí. Dle nastavených standardů a prahu jednotlivých služeb je též možno přijmout otce s dítětem. (Průdková, Novotný, 2008, str. 46-47)

6. Dům na půl cesty

Nabízí pobytové služby pro mladé lidi, zpravidla do 26 let věku, které ukončili výkon ochranné nebo ústavní výchovy, výkon trestu, nebo ochrannou léčbu. Pomáhá lidem, kteří se ocitají na hranici soběstačnosti, většina klientů by se bez pomoci zařízení pravděpodobně ocitla na ulici.

Podobně jako u služby azylový dům i zde je služba podmíněna spoluprací a aktivitou klienta, která se váže na individuální plán. Zařízení je povětšinou vybaveno celými byty i se sociálním zařízením, nebo pokoji s možností společného sociálního zařízení. Po celou dobu služby je klientům k dispozici sociální pracovník, který jim může poskytnout informace, poradenství, krizovou intervenci, pomoc při uplatňování práv a zájmů. Klienti se zde učí hospodařit s penězi a s vedením domácnosti. Služby jsou zpoplatněny a poskytují se zpravidla od 6 měsíců po 1 rok, dle okolností a sociální situace klienta je však možné pobyt prodloužit. (Průdková, Novotný, 2008, str. 48)

6 Vzdělávání sociálních pracovníků

Pojem vzdělávání jako takový lze chápat jako proces získávání znalostí, dovedností a rozvoje schopností. (Beneš, 2014, str. 16)

Vzdělávání sociálních pracovníků upravuje zákon 108/2006 Sb. Jako hlavním předpokladem k výkonu profese sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, odborná způsobilosti dle tohoto zákona, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. (zákon č. 108/2006, § 110)

Bezúhonným jedincem je ten, kdo nebyl pravomocně souzen pro úmyslný trestný čin, ani trestný čin spáchaný v nedbalosti v souvislosti s výkonem poskytování sociálních služeb nebo činností s nimi srovnatelných, dále ten, jehož odsouzení pro tyto trestné činy bylo zahlazeno nebo se na něj hledí jako by nebyl souzen. Bezúhonnost je dokládána výpisem u evidence Rejstříku trestů. (zákon č. 108/2006, § 79)

Za zdravotně způsobilého je považován jedinec s lékařským posudkem o zdravotní způsobilosti, který vydává praktický lékař nebo lékař závodní preventivní péče. (zákon č. 108/2006, § 110)

Odborná způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka se získává:

1) **Vyšší odborné vzdělání** – absolvování vzdělávacího programu v oborech se zaměřením na sociální práci, sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost. Akreditace dle zákona 561/2004 Sb. ve znění zákona č. 383/2005 Sb.
2) **Vysokoškolské vzdělání –** absolvování bakalářského, magisterského či doktorského studijního programu se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo či speciální pedagogiku. Akreditace dle zákona 111/1998 Sb.
3) **Akreditované vzdělávací kurzy:**
    a. absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v rozsahu nejméně 200 hodin se zaměřením na sociální práci, sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost, charitní

a sociální činnost, právo či sociální patologii. Dále je podmínkou praxe v oboru a to nejméně 5 let, za podmínky vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena ve skupině 1 (vyšší odborné vzdělání).

b. absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v rozsahu nejméně 200 hodin se zaměřením na sociální práci, sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, právo či sociální patologii. Dále je podmínkou praxe v oboru a to nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998. (zákon č. 108/2006, § 110)

V případě výkonu poskytování sociálních služeb v zařízeních zdravotnické ústavní péče je upravována způsobilost dle zákona č. 96/2004 Sb. (zákon č. 108/2006, § 110)
Odborná kvalifikace či jiná způsobilost státních příslušníků Evropské unie je upravena dle zákona č. 18/2004 Sb. (zákon č. 108/2006, § 110)

6.1 Další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách

Také nazýváno jako Další profesní vzdělávání, souvisí s povoláním a požadavky na jeho výkon. Cílem je zachování harmonie mezi požadavky na výkon určité profese a kvalifikací jedince. Zvyšující se požadavky na kvalitu a produktivitu práce, modernizace, elektronizace a zavádění informačních technologií, výkon náročnějších operací a změna charakteru určitých profesí vyžaduje rozvoj dovedností, vědomostí a postojů, které by odpovídali danému směru. Další profesní vzdělávání má více forem:

a) **kvalifikační vzdělávání –** zaškolení, zvyšování inovace kvalifikace či specializace.
b) **rekvalifikační vzdělávání –** obnovení rekvalifikace, zaměstnanecká či nespecifická rekvalifikace.
c) **normativní školení, kurzy –** školení bezpečnosti práce či požární ochraně. (Bednaříková, 2010, s. 56)

Dle Vetešky můžeme další vzdělávání rozdělit na **profesní**, **občanské** a **zájmové**, dále uvádí, že se jedná o první vzdělávání jedince po vstupu na trh práce. (Veteška, 2010, str. 19)
V sociálních službách se nejvíce využívá forma vzdělávání v podobě výcviků, workshopů, stáží, seminářů či školení. Z legislativy a systému přidělování akreditací ministerstvem práce a sociálních věcí vyplývá, že nejrozšířenější formou dalšího vzdělávání jsou semináře. (Valouchová, 2015, str. 57)

Dle zákona 108/2006 je zaměstnavatel povinen zajistit sociálnímu pracovníkovi a pracovníkovi ve službách soc. práce další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Pojem další vzdělávání označuje specializační vzdělávání zajištěné vysokou školou a vyšší odbornou školou navazující na získanou odbornou schopnost výkonu profese sociálního pracovníka. Dále tento pojem označuje vzdělávání formou akreditovaných kurzů, odborných stáží, účastí na konferencích a školících akcích. (zákon č. 108/2006, § 111)

O akreditaci vzdělávacích programů rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí. (zákon č. 108/2006, § 117)

6.2 Organizační rámec výuky

Pojem organizační rámec výuky zahrnuje různé způsoby řízení, organizaci a regulaci vzdělávacího procesu. (Mužík, 2010, str. 83)

Dle Palána lze řadit vzdělávací proces dle různých hledisek následovně:
1) časové hledisko
2) dle prostředí
3) dle uspořádaní (skupinové či individuální)
4) dle typu interakce mezi vyučujícím a studentem (kooperativní, participativní, individualizované, řízené či volné)
5) dle systému v nichž se vzdělávání realizuje, živé (učitel, lektor, konzultant) a neživé (didaktické a vyučovací pomůcky)
6) dle zaměření (rekvalifikační kurz, inovační či specializovaný kurz)
(Palán, cit. dle Mužíka, 2010, str. 83)

Žáková dělí vzdělávání dospělých na **direktivní** (závazné a řízené vzdělávání pod kontrolou lektora), **samo-vzdělávací** (nutná vlastní aktivita a cílevědomost) a **in-direktivní** (jedinec si vlivem vyučování všímá různých skutečností, kterých si dříve nevšímal). (Žáková, cit. dle Mužíka, 2010, str. 84)

7 Dům Matky Terezy

Dům Matky Terezy je středisko sociálních služeb, které poskytuje služby lidem bez domova. Nabízí materiální pomoc, podporu a zázemí pro řešení nelehké životní situace. V zařízení sídlí hned několik služeb pro lidi bez domova, a to Azylový dům pro muže, Denní centrum s terénním programem, Noclehárna a Sociální rehabilitace. Služby se poskytují mužům a ženám bez domova od 18 let, kteří se zdržují v Hradci Králové a okolí. Pojmem lidé bez domova se rozumí lidé, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci spojené se ztrátou bydlení, kterou nejsou schopní sami vyřešit. (Oblastní charita Hradec Králové. Https://www.charitahk.cz [online]. [cit. 2020-03-02]. Dostupné z https://www.charitahk.cz/komu-a-jak-pomahame/denni-centrum/dum-matky-terezydc/)

1. **Denní centrum**

Posláním této služby je poskytnout pomoc mužům a ženám starším 18 let, kteří jsou bezdomovectvím ohroženi nebo již žijí na ulici. V rámci služby může klient využít podmínky pro vykonání hygieny, potravinovou pomoc, sociální poradenství a samozřejmě zázemí. Cílem služby je poskytnutí podpory klientům při řešení nepříznivé životní situace, která by měla směřovat k pozitivní změně prostřednictvím navázání vzájemného vztahu za pomocí zajištění základních životních potřeb. V rámci služby jsou klientům poskytovány informace o možnosti návazných služeb, spoluprací s úřady a podpora např. ve vyřizování dokladů. Služby denního centra jsou poskytovány ambulantní i terénní formou. (Oblastní charita Hradec Králové. https://www.charitahk.cz [online]. [cit. 2020-03-02]. Dostupné z https://www.charitahk.cz/komu-a-jak-pomahame/denni-centrum/charakteriskita-slzzby-dc/)

2. **Noclehárna**

Nabízí jednorázovou možnost noclehu v teple pro lidi muže a ženy bez domova od 18 let. Službu může klient využívat opakovaně avšak s ohledem na kapacitu služby. Cílem služby je zmírnit krizovou životní situaci, minimalizovat zdravotní a sociální rizika, které se pojí s životem na ulici a dále poskytnout podporu při řešení situace, která směřuje k sociálnímu začlenění. (Oblastní charita Hradec Králové. Https://www.charitahk.cz [online]. [cit. 2020-03-02]. Dostupné z https://www.charitahk.cz/komu-a-jak-pomahame/nocleharna/charakteristika-sluzby-nc/)

3. Azylový dům pro muže

Nabízí dlouhodobé ubytování, avšak maximálně na 1 rok pro muže s trvalým pobytem v Královehradeckém kraji od 18 let, kteří jsou ohroženi bezdomovectví, nebo již na žijí na ulici. Posláním služby je poskytnou bezpečné a stabilní prostředí včetně ubytování. Klienti mohou v rámci služby využít sociální poradenství. Cílem služby je pomoc a podpora při orientaci ve vlastní situaci, zajistit stabilní příjem, pomoc s hospodařením, rozvinutí osobních dovedností a schopností, budování přehledu o vlastní situaci (jak osobní, tak finanční), zajištění zdravotní péče, nastavení plánu pro zlepšení životní situace. (Oblastní charita Hradec Králové. Https://www.charitahk.cz [online]. [cit. 2020-03-02]. Dostupné z https://www.charitahk.cz/komu-a-jak-pomahame/azylovy-dum/charakteristika-sluzby-ad/)

4. Sociální rehabilitace

Prostřednictvím rozvoje schopností a dovedností poskytuje podporu lidem bez domova, kteří se chtějí vrátit k běžnému způsobu života. Pomáhá s posilováním návyků a při nácviku pracovních činností, v rámci této služby je možné se zapojit při práci v kuchyni, kreativní dílně, na sociálním šatníku, úklidových pracích či se zapojit do prodeje časopisu Nový prostor. Cílovou skupinou služby jsou lidé bez domova, lidé obtížně zaměstnatelní a lidé ohrožení sociálním vyloučením. (Oblastní charita Hradec Králové. Https://www.charitahk.cz [online]. [cit. 2020-03-02]. Dostupné z https://www.charitahk.cz/komu-a-jak-pomahame/socialni-rehabilitace/charakteristika-sluzby-nc/)

8 Empirický výzkum

Cílem empirického výzkumu je zjistit jaké kompetence musí mít pracovníci DMT pro práci s duševně nemocnými klienty v zařízení poskytující služby pro lidi bez domova a jaký mají klienti s duševním onemocněním vliv na jejich další vzdělávání. Dále se bude výzkum zabývat možnými riziky, které z práce s duševními klienty vyplývají. Z vlastní zkušenosti vnímám jisté riziko při práci s duševně nemocnými klienty, které pramení z nepřipravenosti, nedostatku zkušeností a vědomostí ohledně duševně nemocných lidí. Jako vzor dotazovaných jsem si zvolil pracoviště Dům Matky Terezy v Hradci Králové, které se zabývá pomocí lidem bez domova. Výzkum může posloužit jako reflexe pro pracovníky, dále jako podnět pro zkvalitňování dalšího vzdělávání pracovníků a jejich připravenosti pro práci s duševně nemocnými klienty.

8.1 Dílčí výzkumné otázky

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jaké kompetence a vědomosti v souvislosti specifik práce musí pracovník ovládat, aby mohl pracovat s rizikovou skupinou osoby s duševním onemocněním, které se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova a jakým způsobem ovlivňují vzdělávání pracovníků, kteří s nimi pracují.

Hlavní výzkumná otázka: Jaké kompetence a vědomosti v kontextu specifik práce s duševně nemocnými lidmi bez domova musí pracovník ovládat a jak tito klienti ovlivňují jejich vzdělávání? (DVO)

DVO1 – Jaké kompetence v kontextu užívání metod sociální práce potřebují pracovníci pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova?

Cílem otázky je zjistit jaké kompetence v souvislosti užívání metod sociální práce s jednotlivcem musí mít pracovník pracující s cílovou skupinou duševně nemocných lidí, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova.

DVO2 – Jsou dané kompetence pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova dostačující?

Cílem otázky je zjistit, zdali jsou pracovníci pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se ocitli v zařízení pro lidi bez domova plně připraveni.

DVO3 – Jaká rizika vnímají pracovníci při práci s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova a jak s těmito riziky pracují?

Cílem této otázky je zjistit rizika, která vyplývají z práce s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova a jaké kompetence potřebuje pracovník, aby tyto rizika zvládal.

DVO4 – Pomáhá vám v získání dalších kompetencí další vzdělávání, jehož povinnost vyplývá ze zákona 108/2006?

Cílem otázky je zjistit míru naplnění potřeb pracovníků DMT ohledně dalšího povinného vzdělávání, které vyplývá ze zákona 108/2006.

DVO5 – Co jiného by vám pomohlo při získávání dalších kompetencí pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova?

Cílem otázky je zjistit jaké další možnosti pro získání kompetencí pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova pracovníci vnímají.

Tabulka 2: *Transformační tabulka DVO do TO*

Hlavní cíl	Dílčí výzkumná otázka	Tazatelská otázka
Zjistit jaké kompetence musí mít pracovník pracující s duševně nemocnými lidmi v zařízení pro lidi bez domova a jak ovlivňuje práce s duševně nemocnými lidmi bez domova jejich potřeby dalšího vzdělávání	**DVO1** – Jaké kompetence v kontextu užívání metod sociální práce potřebují pracovníci pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova?	**TO1 –** Jaké dovednosti potřebuje pracovník pro práci s duševně nemocným klientem v zařízení DMT z hlediska sociální práce s jednotlivcem?
	DVO2 – Jsou dané kompetence pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova dostačující?	**TO2 –** Jsou vaše dosavadní vědomosti dostačující pro legitimní práci s duševně nemocným klientem? **TO3** – Stalo se vám někdy, že jste při práci s duševně nemocným klientem nevěděl, jak komunikovat a spolupracovat?

	DVO3 – Jaká rizika vnímají pracovníci při práci s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova a jak s těmito riziky pracují?	**TO4** – Jaká jsou nejčastější rizika při práci s duševně nemocnými klienty v DMT? **TO5** – Jaké znalosti a dovednosti potřebuje pracovník, aby tyto rizika zvládal?
	DVO4 – Pomáhá vám v získání dalších kompetencí další vzdělávání, jehož povinnost vyplývá ze zákona 108/2006?	**TO6** – Máte možnost vybrat si zaměření dalšího vzdělávání? **TO7** – Pomáhá vám další vzdělávání k získávání kompetencí pro způsobilou práci s duševně nemocnými klienty v DMT?
	DVO5 – Co jiného by vám pomohlo při získávání dalších kompetencí pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova?	**TO8** – Pomohla by vám spolupráce se službami, které se zabývají poskytováním pomoci duševně nemocným klientům? **TO9** – Pomohla by vám možnost spolupráce se zdravotníkem či psychiatrem, který by vám poradil, jak s daným duševně nemocným klientem pracovat a komunikovat?

Zdroj: Vlastní

8.2 Metodologie výzkumného šetření

Za výzkumnou formu byl zvolen kvalitativní výzkum – strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, interview. Výhoda této formy výzkumu spočívá v možnosti podrobnějšího doptávání otázek a také lepšího rozboru a pochopení otázky.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Creswell, 1998, cit. dle Hendla, 2016, str. 46)

U metody interview je větší pravděpodobnost kvalitnějších odpovědí než v případě dotazníkového šetření, kde je kontakt s respondentem spíše neosobní a může se stát, že se setkáme s nevyplněnými otázkami. Pro respondenta může být nepříjemná i otázka řečená tazatelem, za pomoci citlivějšího přístupu však může tazatel důležitá data získat. V průběhu výzkumu je výhodou možnost pokládání otázek v libovolném pořadí dle tazatele, nechat si nějakou otázku na později a později se k ní tak vrátit. Další možná výhoda spočívá ve větších možnostech respondenta, který si může své odpovědi obhájit, okomentovat danou problematiku a přispět tak k vzájemnému porozumění. Z důvodu snahy o zachování bezpečnějšího prostředí pro respondenta byl zvolen přepis odpovědí, který je značně příjemnější než snímání diktafonem.

8.3 Rizika výzkumu

Jedním z hlavních možných rizik je zaujatost pouze na jedno pracoviště sociální práce pro lidi bez domova. Výsledek šetření nemusí korespondovat s pohledem jiných pracovníků a pracovišť. Dalším možným rizikem je věrohodnost odpovědí respondentů neb věrohodnou odpověď může ohrozit např. stud pracovníka tak, že na otázku neodpoví pravdivě. Dalším možným rizikem je možnost, že se bude chtít pracovník před tazatelem trochu vylepšit a některé odpovědi dle toho upraví k obrazu svému.

„Relativní nevýhoda strukturovaného interview s volnými otázkami spočívá v restrikci na předem daná témata. Omezení je dáno i tím, že různým respondentům klademe stejně formulované otázky a tím přehlížíme situovanost rozhovoru. “ (Hendl, 2016, str. 178)

8.4 Popis výzkumného vzorku

Pro účely výzkumu této práce byli jako výzkumný vzorek zvoleni pracovníci ve službách sociální práce (PSS) a sociální pracovníci (SP), kteří pracují v zařízení pro lidi bez domova

Dům Matky Terezy v Hradci Králové (DMT). Byť se jedná o pracovníky dvou typů pracovních pozic a odlišných pracovních týmů, daný výzkum by to nemělo nijak ovlivnit. Pracovníci ve službách sociální práce i sociální pracovníci pracující v Domě Matky Terezy jsou v přímém kontaktu s klienty a musejí tak být odborníky ve vícero oblastech, které jsou v této práci zahrnuty. Dům Matky Terezy poskytuje hned několik služeb konkrétně to jsou Nízkoprahové denní centrum ambulantní (DC-A) a terénní forma (DC-T), noclehárna (NC), Azylový dům (AD) a Sociální rehabilitace (SR). Zkoumaní pracovníci pracují v odlišných službách, někteří mají dokonce prac. úvazek ve více službách, do výzkumu byli zahrnuti pracovníci ze všech již zmíněných služeb.

Tabulka 3: *Přehled informantů*

Informant	Pohlaví	Pracovní pozice/Poskytovaná služba	Délka praxe v DMT
Informant 1	Muž	PSS/AD	10 let
Informant 2	Muž	PSS/DC-T	6 let
Informant 3	Žena	SP/DC-A, NC	1 rok
Informant 4	Muž	SP/SR	5 let
Informant 5	Muž	PSS/DC-A, NC	4 roky

Zdroj: Vlastní

8.5 Průběh sběru dat

Sběr dat probíhal v měsíci březnu 2020 přímo v zařízení Dům Matky Terezy v Hradci Králové, kdy byli respondenti kontaktování osobně. Respondenti jsou z více služeb konkrétně nízkoprahové denní centrum a noclehárna ambulantní i terénní forma, azylový dům a sociální rehabilitace. Všichni respondenti byli dále informováni o anonymitě rozhovoru, o jeho účelu a formě zaznamenávání rozhovoru, konkrétně o přepisování rozhovoru pro výzkumné účely.

Výzkum byl veden strukturovaným rozhovorem s otevřenými otázkami, respondenti byli velice komunikativní a odpovídali velice komplexně. U všech dotazovaných byla před rozhovorem zjišťována délka praxe v DMT a vykonávaná pozice.

Každý rozhovor trval v průměru 45 minut.

8.6 Strategie analýzy dat

Všechny doslovně přepsané rozhovory byli pročítány a kódovány dle Miovského (2006), který vychází z metody zakotvené teorie kde uvádí postupy kódování, které dále rozvádí na otevřené, axiální a selektivní. V různě interpretovaných rozhovorech nacházíme společné body, ze kterých tvoříme nové hypotézy. Všechny otázky jsou dle kódování analyzovány a doplněny o citace odpovědí respondentů. V závěru empirického výzkumu byli vyhodnoceny také cíle výzkumu. Přepis jednoho z rozhovorů je uveden v příloze bakalářské práce.

9 Interpretace a analýza dat

9.1 DVO1 Jaké kompetence v kontextu užívání metod sociální práce potřebují pracovníci pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova?

Výzkumná otázka č. 1 je specifikována jednou tazatelskou otázkou. Interpretace výsledků zahrnuje několik přímých citací respondentů.

TO1 Jaké dovednosti potřebuje pracovník pro práci s duševně nemocným klientem v zařízení DMT z hlediska sociální práce s jednotlivcem?

Cílem této otázky je zjistit, jaké konkrétní znalosti a dovednosti potřebuje pracovník v DMT, který pracuje s duševně nemocnými klienty z hlediska případové práce.

Základní povědomí o problematice duševního onemocnění

Na této odpovědi se shodlo všech pět informantů, základní povědomí o duševním onemocnění je nezbytné pro práci s duševně nemocnými klienty v zařízení DMT. *„No určitě by měl rozpoznat duševní nemoc, respektive zdali je klient duševně nemocný to je důležité.“*(I2)

Pozoruhodně odpověděla informantka 3, která zmínila mimo základního povědomí o duševním onemocnění i schopnost navázat klienta na návazné o odborné služby. *„Myslím si, že z hlediska sociální práce je důležité umět klienta navázat na další služby, které by mu mohli pomoci, popřípadě navázat spolupráci s odborníky jako je např. psychiatr. “* (I3)

Empatie

Disponovat empatií byla druhá odpověď, na které se shodli všichni informanti. Dokázat se vcítit do druhého a pozorně naslouchat jeho potřebám je základním předpokladem pro pochopení situace a projevů chování. *„Dle mého názoru je za potřebí být dobrý posluchač a všímat si verbálních i neverbálních projevů daného klienta. Kvalitní pracovník se tedy neobejde bez nutné dávky empatie.“* (I5)

Být pozorný posluchač a umět komunikovat

Na tom, že by měl být pracovník dobrým posluchačem, umět komunikovat a pozorně sledovat projevy klienta se shodla většina informantů. Informanti dále uváděli, že je to cesta, jak

předcházet nedorozumění a možnému riziku agrese ze strany klienta. *„Umět zachovat klid, jednat s rozvahou, nebagatelizovat a brát vážně co klient říká. Důležité je i mít tah na branku, aby se z práce s klientem nestala debata plná chaosu.“* (I4)

„Určitě je ještě důležité mít komunikační schopnosti a jistý pozorovací talent. Sledovat verbální i neverbální komunikaci daného klienta, v případě, že je duševně nemocný je nezbytné být v pozoru.“ (I1)

Zajímavě odpověděl informant 2, který uvedl, že je důležité zvolit správnou citlivost rozhovoru, na otázku, zdali někdy ve volbě citlivosti rozhovoru selhal odpověděl následovně. *„Ano stalo a bohužel to vedlo k tomu, že se mnou daný klient, který mimochodem trpěl schizofrenií, přestal úplně komunikovat.“* (I2)

Shrnutí TO1

Informanti se jednoznačně shodli, že pracovník pracující s duševně nemocným klientem v DMT musí znát základní problematiku duševního onemocnění, jeden respondent dále uvedl, že je důležité umět navázat daného klienta na návaznou službu, nebo odborníka. Dále se informanti shodli, že je důležité, aby byl pracovník empatický s čímž se pojí a další většinová odpověď a to, že by měl být pracovník pozorný posluchač, který disponuje znalostmi komunikace. Při práci s duševně nemocným klientem je důležité, aby pracovník dokázal pomocí verbálních a neverbálních projevů zpozorovat projevy chování klienta i možné riziko, že se bude komunikace ubírat jiným směrem nebo že nepovede nikam. V neposlední řadě je důležité pozorovat projevy chování klienta i kvůli možnému riziku agrese. Jeden informant uvedl, že je důležité oplývat komunikačními vlastnostmi z hlediska dobře zvolené citlivosti rozhovoru.

Shrnutí DVO1

Cíl výzkumné otázky, resp. zjistit jaké dovednosti a vlastnosti potřebuje pracovník pro práci s duševně nemocným klientem v DMT byl splněn. Informanti se shodli zejména na třech, a to rozpoznání, zdali je klient duševně nemocný, tedy základní znalost problematiky duševního onemocnění. Dále empatie, tuto vlastnost spojovali informanti často se schopností pozornosti a znalostí verbální a neverbální komunikace. Poslední dovedností, kterou informanti uváděli bylo umění komunikace, dle informantů je ve shodě s empatií a pozorností, dokázat nasměrovat

komunikaci dle verbálních a neverbálních projevů a zejména potřeb klienta je dle informantů základní schopností pro úspěšnou spolupráci.

9.2 DVO2 Jsou dané kompetence pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova dostačující?

Druhá výzkumná otázka je interpretována pomocí tazatelských otázek TO2 a TO3. Analýzy rozhovorů jsou doplněny o citace informantů.

TO2 Jsou vaše dosavadní vědomosti dostačující pro legitimní práci s duševně nemocným klientem?

Cílem otázky je zjistit, zdali jsou pracovníci DMT plně kompetentní pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se v daném zařízení pro lidi bez domova vyskytují.

Nedostatečné kompetence

Většina informantů odpověděla, že pro práci s duševně nemocnými klienty nejsou dostatečně kompetentně vybaveni, jeden informant pak odpověděl, že se cítí být z poloviny kompetentní. *„Ne, v žádném případě nejsem pro tuto práci odborně vybaven.“* (I4)

Zaujala mně odpověď informanta 1, který odpověděl, že dané kompetence nevnímá ani jinde na trhu sociální práce. *„Nejsou! Je to způsobeno i tím, že takové zkušenosti nejsou ani na trhu. V sociálních službách se jedná o mladý obor z toho důvodu není moc možností, aby nás někdo mohl zaučit.“* (I1)

Nepřipravenost služeb

Další odpověď, kterou jsem od informantů slyšel byl poznatek, že sociální služby jako je DMT nejsou pro práci s duševně nemocnými klienty plně připraveny. *„Nemyslím si ani, že jsou takovým klientům služby, jako je ta naše určeny. Do našich služeb se dostávají lidé, kteří zkrátka propadnou na samé dno, jak skrze systém, tak i život. Mezi takovými lidmi jsou a budou i lidé s duševním onemocněním. Myslím tím však, že zprvu když tyto služby začínali tak se zkrátka nepočítalo s tím, že k nám budou docházet klienti s duševním onemocněním, alespoň ne v takové míře jako je tomu nyní. Ve finále takovým lidem ani nedokážeme moc pomoci.“* (I2)

Shrnutí TO2

Druhá tazatelská otázka mne překvapila jednoznačně zápornou výpovědí informantů, kteří až na jednoho odpověděli, že nejsou pro práci s duševně nemocnými klienty v DMT připraveni a jejich kompetence jsou tak nedostatečné, jeden informant odpověděl, že si připadá kompetentní, alespoň z poloviny. Dále jeden informant odůvodnil nedostatečné kompetence tím, že se jedná o mladý obor a trh sociální práce se na něho tak nestačil plně adaptovat. Dva informanti dále odpověděli, že dle jejich názoru nejsou služby jako je DMT na duševně nemocné klienty uzpůsobeny a připraveny.

TO3 Stalo se vám někdy, že jste při práci s duševně nemocným klientem nevěděl, jak komunikovat a spolupracovat?

Cílem otázky je zjistit, zdali mají pracovníci konkrétní negativní zkušenost, která by vyplývala z komunikace a spolupráce s duševně nemocným klientem. Případně i nějaký poznatek, který vyplývá z jejich praxe.

Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti ano, jejich negativní zkušenost vyplývala ze spolupráce a komunikace s duševně nemocným klientem. Informanti se podělili i o konkrétní případy z praxe. Většinou se jednalo o spolupráci s klienty s diagnózou schizofrenie, nebo s paranoidní poruchou osobnosti. *„Daný klient žil ve vlastní konspirační realitě. Žil ve vědomí toho, že za jeho osudem stojí nadnárodní tajná organizace, která mu dluží miliardy až bilióny korun za nějaký patent, který mu měli ukrást. Vlivem tohoto spiknutí ho zavřeli na psychiatrii do Havlíčkova Brodu, svoji hospitalizaci popisoval jako mučení a koncentrační tábor. Z hlediska spolupráce bylo nemožné na něco navázat, pracovat nechtěl, protože čekal, až mu daná organizace vyplatí jeho podíl, k čemuž samozřejmě nedošlo. Jediné, co potřeboval, bylo urgování soudu a pomoc s komunikací s úřady. Musím však podotknout, že daný klient byl velice inteligentní a měl neuvěřitelný přehled a spousty vědomostí a všeobecných znalostí. Svoji vidinu reality si tak podložil a nikdo mu ji samozřejmě nemohl vymluvit ani mu pomoci neb všechno negoval.“* (I3)

Informant 2 dokonce uvedl, že se ho pokusil daný klient fyzicky atakovat, což vyvolala snaha o uskutečnění kontaktu s tímto klientem. *„Jednalo se o klienta s dlouhodobě neléčenou schizofrenií. Tento klient vůbec nekomunikoval a já jsem nebyl schopný otevřít komunikaci. Později se podařilo komunikaci otevřít, klient však začal být velice agresivní a snažil se na mě fyzicky zaútočit.“* (I2)

O pozoruhodnou zkušenost se podělil i informant 5, který spolupracoval s klientkou s dále nespecifickou poruchou osobnosti, taktéž měl zkušenost s pokusem o fyzický útok na pracovníka. *„Ano, mám např. jednu klientku, které dělám klíčového pracovníka, což znamená, že s klientkou spolupracuji na osobním plánu společného cíle služby. Daná klientka se projevuje značně bipolárně, libuje si v manipulaci a v minulosti už několikrát v DMT napadla jiného klienta, a dokonce se pokusila napadnout i pracovníka, konkrétně mně, což vyplývalo ze situace, kdy jsem ji byl nucen ukončit službu pro napadení jiného klienta. Tako klientka je také velice plachá a odmítá jakoukoliv spolupráci, radu či komunikaci, s takovou klientkou se pak přirozeně komunikuje velice obtížně, z naší strany probíhá spíše komunikace za účelem nastavení hranic a z její strany spíše za účelem nějaké výhody, kterou v komunikaci může vidět, zkrátka s námi komunikuje, jen když něco chce.“* (I5)

Shrnutí TO3

Třetí tazatelská otázka v pořadí pro mne byla velice užitečná, protože většina pracovníků uvedla konkrétní případy ze své praxe s duševně nemocnými klienty. Ze spolupráce s duševně nemocnými klienty často vyplývají velice rizikové a vyhrocené situace, kterým musí daný pracovník čelit.

Shrnutí DVO2

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit míru připravenosti pracovníků pro práci s duševně nemocnými klienty v DMT, zdali mají dostačující kompetence pro způsobilou práci s nimi a dále zdali mají nějakou negativní zkušenost, která může vyplývat z jejich praxe s duševně nemocným klientem. Pracovníci téměř jednohlasně odpovídali, že nejsou pro práci s duševně nemocnými klienty dostatečně kompetentní. Tazatelská otázka č. 3 pak pomohla k reflexi poznatků z praxe, pracovníci byli velice sdílní a nebáli se podělit o své negativní zkušenosti, které pro ně byli často velice zatěžující.

9.3 DVO3 Jaká rizika vnímají pracovníci při práci s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova a jak s těmito riziky pracují?

Následující dílčí výzkumná otázka byla dále rozvedena do dvou tazatelských (TO4 a TO5), analýzy rozhovorů jsou doplněny o citace informantů.

TO4 Jaká jsou nejčastější rizika při práci s duševně nemocnými klienty v DMT?

Cílem otázky je zjistit jaká konkrétní rizika vnímají pracovníci DMT při práce s duševně nemocnými klienty.

Fyzické napadení

Na možnosti fyzického napadení se shodli všichni informanti, většina z nich pak uvedla, že se může jednat o hrozící fyzické napadení pracovníka, nebo klienta. Jeden respondent pak uvedl, že se jedná spíše o obavu, je však potřebné brát toto riziko vždy v úvahu. *„Jednoznačně za A) hrozící napadení pracovníka, v tomto případě však musím poznamenat, že se jedná spíše o obavu, takovéto riziko je však vždy aktuální.“* (I1)

Obtížná spolupráce s klientem

Další většinovou odpovědí byla jednoznačně problémová spolupráce s klientem s duševním onemocněním, která může vést často k nezdaru a jak někteří pracovníci zmínili i k vyhoření pracovníka. Práce s duševně nemocným klientem je velice specifickou disciplínou, na kterou je třeba příprav. *„Pokud nemáme odborný arsenál, jak s klientem pracovat, může se zdát že, naše práce s ním nemá smysl.“* (I4)

Zajímavé poznatky uvedl Informant 2, který vedle ohrožené spolupráce zmínil i možnost zhoršení duševního stavu klienta vlivem nesprávně zvolené citlivosti komunikace. *„Dále je i možné, že se vlivem necitlivě vedeného rozhovoru zhorší klientův duševní stav. Klient se může vlivem necitlivě vedeného rozhovoru úplně zapřít, přestane komunikovat a spolupracovat.“* (I2)

Ohrožení soužití klientů, poškození zařízení

Tyto dle mého názoru spolu související rizika byla spíše menšinovou odpovědí. Daní informanti uvedli velice aktuální příklady z praxe, duševně nemocný klient nemusí nést riziko jen pracovníkům. Pracovníci DMT musí řešit problémy soužití klientů, které může daný duševně nemocný klient ohrozit jednak nestandardními a pro ostatní rušivými projevy, nebo např. poškozením společného zařízení.

Problematiku soužití zmínil Informant 3. *„Napadá mne případ klientky, která dlouhodobě využívá naše služby, má diagnostikovanou schizofrenii a posttraumatický stresový syndrom, v minulosti se dokonce pokusila několikrát o sebevraždu a vedla poměrně rizikový způsob života, kdy se stala i obětí prostituce, konkrétně jí jeden z jejich bývalých partnerů prodával.*

Tato klientka má velice silné až hysterické projevy chování kdy se např. hlasitě směje, nebo v horším případě má opravdu silné záchvaty kdy dokáže velice silně naléhavě plakat, brečet a křičet. Máme pro její chování vcelku pochopení, v případě však, že její chování citelně ovlivňuje soužití klientů na dané službě, jí musíme službu odmítat, ostatní klienti si na danou klientku i často stěžují. Snažíme se jim vysvětlit, aby měli pro její chování pochopení, stane se však, že často své chování přežene a obrátí se spíše do agresivní roviny, a to tolerovat nemůžeme." (I3)

Informant 1 uvedl příklad ničení společného zařízení klientů. *„Na nízkoprahu bývala klientka se schizofrenií a nutno říct, že svého času s neléčenou. Tato klientka měla jednu specifickou zálibu a to, že nám ucpávala odpady. Nejspíše si tak ventilovala vztek, který vyplýval z její situace a pravděpodobně i z komplikovaného vztahu, který vedla s jiným klientem DMT. Vždy když jí něco rozhodilo, nebo rozčílilo, tak se uklidňovala tím, že do odpadů v umývárně nebo přímo do WC nastrkala vše co jí přišlo pod ruce. Jednou dokonce do WC nacpala celé prostěradlo, způsobila tím celkem velikou škodu. Nacpalo ho tam tak šikovně, že jsme museli nechat vybourat a předělat odpady, vznikla tím tak značná škoda našemu zařízení, ale i ostatním klientům, kteří dané zařízení nemohli nějakou dobu používat."* (I1)

Shrnutí TO4

Informanti se jednohlasně shodli na možnosti fyzického napadení pracovníka, nebo klienta, které od duševně nemocného klienta může hrozit. Jeden informant uvedl, že se jedná zejména o obavu, se kterou lze pracovat. Dalším rizikem je bezesporu obtížná spolupráce s daným klientem z čehož vyplývá i možné vyhoření pracovníka. Posledním umíněným rizikem bylo ohrožení soužití, které může vyplývat z nestandardních projevů klienta, nebo poškozování společného prostoru. Nutno zmínit, že bychom nalezli rizik na poli práce s duševně nemocným klientem jistě vícero. Informanti však čerpali z osobních zkušeností a uvedli zejména nejpalčivější problémy, které řeší s klienty v DMT.

TO5 Jaké znalosti a dovednosti potřebuje pracovník, aby tyto rizika zvládal?

Cílem otázky je zjistit jaké schopnosti, vědomosti, dovednosti a předpoklady pomáhají pracovníkům DMT zvládat rizika, která vychází z práce s duševně nemocným klientem.

Umění vést rozhovor

Jednalo se o většinovou odpověď, informanti uváděli, že lze za pomocí správně vedeného rozhovoru pracovat s emocemi daného klienta. Pracovník má dále možnost pozorovat projevy klienta, a tak i předpokládat možné riziko např. fyzického napadení. *„Mě vždycky pomohla empatie a umění navázat rozhovor. Myslím si, že umím posuzovat dle neverbálních projevů hrozící riziko např. nějakého agresivního projevu. Ze své praxe už mám na tyto situace odhad a poznám, kdy mi hrozí riziko např. fyzického napadení.“* (I3)

„Asi se budu opakovat, ale určitě musíš umět vést rozhovor. Vzhledem k možnému riziku fyzického napadení se musíš umět rychle rozhodovat a samozřejmě odhadnout vlastní možnosti.“ (I2)

S uměním vést rozhovor si informanti často spojovali schopnosti jako pozornost, empatie nebo trpělivost.

Osobní a pracovní zkušenosti

Na potřebě mít s danou rizikovou situací zkušenost, zejména však s možností fyzického napadení se shodla většina informantů. *„Nezbytná je určitě zkušenost s takovou situací, nic tě nepřipraví tak jako praxe.“* (I1)

„Ono se vlastně pořád učíme za chodu, samozřejmě tě do jisté míry připraví i znalosti a vědomosti, které si můžeš sehnat např. v knihách, zkušenost je ale nad zlato.“ (I5)

Odborné vzdělání

Důležitost odborných vědomostí zmínila většina informantů, a to vlastních vědomostí, nebo možnosti poradit se s odborníkem. *„Odborné vzdělání v oblasti psychiatrie. Místo sociální služby, kde se objevují duševně nemocní by mělo být zaručeno několika pracovníky, kteří budou vědět, jak s klienty pracovat.“* (I4)

„Dále je dobré se nestydět a nechat si poradit od někoho zkušenějšího, máš-li možnost tak, třeba od odborníka.“ (I5)

Shrnutí TO5

I když se většina informantů shodla na důležitosti osobních zkušeností s rizikovou situací, uvedli i důležitost odborného vzdělání, které je nezbytné pro pochopení chování klientů s duševním onemocněním. Nabyté odborné vědomosti pak mohou pracovníkovi pomoci rozpoznat daný záměr klientova chování, odhadnout možné riziko a podniknout preventivní opatření, aby k takovým to situacím docházelo co nejméně, v druhém případě pak takovým to situacím předcházet.

Shrnutí DVO3

Informanti dokázali jasně popsat jednotlivá rizika, která vyplývají z práce s duševně nemocnými klienty v DMT. Dále uvedli potřebné dovednosti a znalosti, které jim pomáhají rizika zvládat nebo jím předcházet. Pomocí analýz TO4 a TO5 byl cíl výzkumné otázky naplněn.

9.4 DVO4 Pomáhá vám v získání dalších kompetencí další vzdělávání, jehož povinnost vyplývá ze zákona 108/2006?

Následující otázka je dále transformována do dvou tazatelských otázek, které jsem doplnil o citace rozhovorů.

TO6 Máte možnost vybrat si zaměření dalšího vzdělávání?

Cílem otázky je zjistit, zdali mají pracovníci v DMT možnost volby zaměření dalšího vzdělávání jako jsou kurzy, semináře, stáže či workshopy.

Omezené možnosti rámcově nastaveného vzdělávání

Téměř všichni informanti uvedli, že možnosti výběru dalšího vzdělávání sice mají, ale velice omezené. Je to dáno tím, že je pro pracovníky v DMT vypracován projekt rámcového vzdělávání, které tak jasně udává omezené hranice volby. Pracovníci však dále udávali, že v případě velikého zájmu a potřebě pro využití v praxi mají možnost individuální volby. Toto vnímám od vedení DMT jako rozumně zvolený kompromis. *„Ano ovšem z jisté předem dané nabídky. Zaměstnavatel vybere okruh témat kurzů, tento okruh dán rámcově nastaveným vzděláváním.“* (I1)

„Ano mám. Vedení mi poskytuje celkem prostor, i když malý dle mých vlastních potřeb. Nyní máme vzdělávání zavedeno rámcově, je však možné se domluvit v případě, že mne něco zajímá a dokáži si to obhájit.“ (I3)

Nezajímavé, neodborně vedené semináře

Překvapilo mě, že většina informantů uvedla, že jsou nespokojeni s kvalitou vedených vzdělávacích kurzů. Problém vidí v lektorech, kteří je z většiny nedokáží zaujmout a danou látku dostatečně vysvětlit i pro použití v praxi. Informanti však dále uvedli, že se účastnili i naopak velice užitečných seminářů i když to bylo v menšině případů. Tuto problematiku si nejčastěji vysvětlují tím, že řada lektorů, se kterými se setkali nečerpali z praxe nýbrž z teorie. Jeden informant se dále ke kvalitě dalšího vzdělávání vyjádřil poměrně kriticky. *„Kurzy, které jsou povinné v rámci vzdělávání jsou často naprosto neužitečné, plné lektorů, kteří jsou nekvalitní. Již pravidelně se mi stává že kurz, který má mít 8 hodin trvá 4-5 a většina zúčastněných je nadšena že to tak brzy skončilo. Je to taková pračka na peníze. Pracovník je tam povinně, kurz si neplatí, platí mu jej zaměstnavatel, který na vzdělávání též dostal peníze z projektu a nemá tedy problém tak za takový vzdělávací program zaplatit 1-4 tisíce kč.“* (I4)

Shrnutí TO6

Cíl otázky byl naplněn, v tomto případě se jedná spíše o negativní výsledek. Pracovníci se často vyjadřovali k nedostatečné kvalitě dalšího vzdělávání. Jako další vztyčný problém uváděli rámcově nastavené vzdělávání, které je v DMT nyní zavedeno. Pracovníci mají velice omezené možnosti pro individuální potřeby vzdělávání, v dalším vzdělávání pak postrádají smysl. Pracovníci si daný seminář povětšinou přetrpí, zaměstnavatel tak financuje vzdělávání jen aby naplnil jeho předem stanovenou potřebu. Je mi však sympatické, že se vedení DMT snaží pracovníkům vyjít vstříc a jistou možnost individuální volby nabízí i když omezenou.

TO7 Pomáhá vám další vzdělávání k získávání kompetencí pro způsobilou práci s duševně nemocnými klienty v DMT?

Cílem otázky je zjistit, zdali a jakým způsobem pomáhá pracovníkům v DMT další vzdělávání k získání potřebných znalostí a dovedností, které jsou potřebné pro kvalifikovaný a vhodný způsob spolupráce s duševně nemocnými klienty v DMT.

Další vzdělávání mí spíše nepomáhá

Negativní názor na přínos dalšího vzdělávání pro získání kompetencí za účelem způsobilé práce s duševně nemocnými klienty v DMT se shodli téměř všichni informanti. Ve většině případů se informanti odkazovali k výpovědím předešlé tazatelské otázky, resp. TO6. Informant 1 pak tuto problematiku více specifikoval. *„Myslím si, že je to dáno tím, že se jedná o poměrně mladý obor, v dalším vzdělávání a v sociálních službách je tedy málo odborníků a zejména málo kvalitních lektorů, kteří by se danou problematikou zabývali.“* (I1)

Zajímavě odpověděl informant 2, který vidí přínos v doplnění psychiatrického minima. *„Zaměstnavatel mi umožnil, abych si doplnil psychiatrické minimum, od toho si hodně slibuji, myslím, že mě to posune dál.“* (I2)

Shrnutí TO7

Podobně jako u předchozí tazatelské otázky odpovídali informanti spíše negativně. V dalším vzdělávání nevidí veliký přínos pro získávání potřebných kompetencí, dané kompetence tedy získávají samostudiem, nebo čerpají z praxe. Jeden informant pak uvedl, že vidí budoucnost v doplnění psychiatrického minima, toto další vzdělání mu bude zaměstnavatel financovat. V doplnění psychiatrického minima vidím osobně potenciál, který by mohl pomoci k získání potřebných kompetencí i ostatním pracovníkům.

Shrnutí DVO4

Přínos dalšího vzdělávání, jehož povinnost udává zákon 108/2006 Sb. bohužel nevnímal ani jeden z dotazovaných pracovníků. Kurzy dalšího vzdělávání tedy vidí jako neoblíbenou povinnost a nezbytné byrokratické opatření. K získání některých kompetencí by však dle jednoho informanta mohlo být doplnění psychiatrického minima. Osobně v této možnosti vidím veliký potenciál, toto vzdělání je však dle mého názoru vhodnější aplikovat individuálně. Aby ho mohli získat všichni pracovníci touto formou by pak mohlo být nákladné a časově náročnější.

9.5 DVO5 Co jiného by vám pomohlo při získávání dalších kompetencí pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují v zařízení pro lidi bez domova?

Poslední výzkumná otázka je blíže rozvedena do dvou tazatelských otázek (TO8 a TO9), analýzy otázek jsou doplněny o citace informantů.

TO8 Pomohla by vám spolupráce se službami, které se zabývají poskytováním pomoci duševně nemocným klientům?

Cílem otázky je zjistit, zdali by pracovníkům DMT pomohla spolupráce se sociální službou, která se zabývá poskytováním péče duševně nemocným klientům a případně zdali nemají s takovou spoluprací zkušenost.

Ano, možnost spolupráce vnímám jako přínosnou

Všichni informanti se shodli, že vnímají možnou spolupráci se službami, které poskytují služby duševně nemocným klientům jako užitečnou a prospěšnou. Informant 1 podotknul, že je důležité danou službu znát. *„Ano, v každém případě. O dané službě bych však musel mít přehled.“* (I1)

Zkušenost se spoluprací

Většina informantů uvedla, že má již se spoluprací s nějakým zařízením pro duševně nemocné zkušenost a to pozitivní. Většina informantů dále uvedla, že spolupracují zejména s Centrem duševního zdraví v Hradci Králové. Někteří informanti dále uvedli, že tuto spolupráci vnímají i přes její přínos jako omezenou. *„Konkrétně spolupracujeme s Centrem duševního zdraví, i když je spolupráce samozřejmě přínosná bohužel to neznamená, že je i dostačující. Např. takovéto zařízení se soustředí výhradně na klienty se schizofrenií, což mi přijde v rámci různorodosti duševních nemocí a poruch osobnosti trochu omezené.“* (I2)

„Často probíhá spolupráce např. s Centrem duševního zdraví, jedná se však o jednotlivé klienty, kteří hlavně o danou spolupráci stojí.“ (I5)

Shrnutí TO8

Informanti se jasně shodli, že možnost spolupráce se službami, které se zabývají poskytováním péče lidem s duševním onemocněním je efektivní a užitečná. Většina informantů má se spoluprací pracovní zkušenost, čerpali tedy ze své praxe. Jeden informant uvedl omezené možnosti spolupráce, které se týkají zejména spoluprací s centrem duševního zdraví, které se zabývá zejména klienty se schizofrenií, nemůže tak spolupráci nabídnout klientům s odlišnou či komplikovanější diagnózou. Cíl otázky byl splněn.

TO9 Pomohla by vám možnost spolupráce se zdravotníkem či psychiatrem, který by vám poradil, jak s daným duševně nemocným klientem pracovat a komunikovat?

Cílem otázky je zjistit přínos možnosti spolupráce pracovníků DMT s psychiatrem či odborníkem ze zdravotního sektoru a případně zdali s podobnou spoluprací nemají pracovníci zkušenost.

Ano, možnost spolupráce vnímám jako přínosnou

Podobně jako u předchozí tazatelské otázky i zde se informanti jednohlasně shodli na pozitivním dopadu možné spolupráce, v tomto případě s psychiatrem nebo zdravotním pracovníkem. *„Jistě, dokonce velice pomohlo. Kdybychom našli jednoho psychiatra, který by s námi spolupracoval, bylo by to super.“* (I3)

„Ano, samozřejmě, že pomohla. V rámci služeb Oblastní charity Hradec Králové se radím s pracovníky ošetřovatelské služby, dále se radím i se sestrami Fakultní nemocnice.“ (I2)

Zkušenost se spoluprací

Zkušenost se spoluprací se zdravotním pracovníkem či přímo s psychiatrem potvrdili všichni informanti, kteří jí ve většině případů vnímali jako kladnou. Někteří informanti dále uvedli, že mají možnost konzultace v rámci workshopů přímo v DMT. *„Nyní vlastně s jedním nárazově spolupracujeme, jedná se však zatím pouze o malý prostor. Konkrétně se jedná o předem domluvená sezení, která u nás probíhají dvakrát do roka. Bohužel se na něj dostane jen omezený počet pracovníků. Je však přínosné, že si daní pracovníci mohou připravit okruhy dotazů na projevy chování či na konkrétní klienty, které s daným psychiatrem mohou projednat. Zatím pro nás tyto sezení byla velice přínosná, hodila by se nám však opravdu trvalá spolupráce např. mít nějakého toho psychiatra u nás ve službě, nebo mít alespoň jednoho zdravotníka. Nedokáži si však představit, jak bychom to finančně zabezpečili.“* (I3)

Zaujala mne výpověď informanta 1, který spolupráci s odborníkem více specifikoval a dále uvedl i konkrétní negativní zkušenost. *„Ano, samozřejmě. Daný člověk by však musel být velmi kvalitní, v opačném případě jeho rada spíše uškodí, špatnou zkušenost mám zejména s ambulantními psychiatry. Napadá mě jeden případ, který se stal mému kolegovi. Měli jsme zde klienta, který se již přes týden projevoval velice nestandardně, měl veliké změny nálad – ze smutku přecházel do teatrálního smíchu a naopak, zničehonic začal svévolně tančit, nebo si hlasitě zpíval, podotýkám, že když nastoupil k nám do služby tak se projevoval zcela standardně bez projevů jakékoliv poruchy. Vše vyvrcholilo, když daný klient rušil hlasitými projevy ostatní klienty, seděl na společné kuchyňce, kde si dokonce hrál s nožem. Kolega tedy volal záchrannou službu, kde projevy popsal a uvedl i skutečnost, že má klient u sebe nůž. Vzápětí přijeli záchranáři v doprovodu policistů a klienta odvezli na vyšetření na psychiatrii. Tam klienta uznali za zcela zdravého, píchli mu injekci a vezli nám ho zpátky, předali nám informaci, že je zcela v pořádku a že je zaléčený. Když klienta přivezli tak do slova přitancoval do areálu. V budově se začal projevovat opět velice hlučně, kolega mu tedy oznámil, že bude muset odejít neb ruší ostatní klienty. Když ho šel doprovodit ven ze služby tak na něho vytáhl nůž, kolega naštěstí stihl utéct, ale chybělo málo a mohlo to dopadnout daleko hůře a pak věř ambulantním psychiatrům.“* (I1)

Shrnutí TO9

Všichni informanti se shodli, že považují možnost spolupráce s psychiatrem, nebo zdravotním pracovníkem jako přínosnou a nejradši by měli takového pracovníka i v DMT. Většina informantů dále uvedla, že jejich zkušenosti jsou ve směs pozitivní, informant 1 měl negativní zkušenost, je tedy zřejmé, že se budou pohledy pracovníků na tuto možnost i dále rozcházet, a to vlivem přímých zkušeností.

Shrnutí DVO5

Cíl výzkumné otázky, zjistit jaké další možnosti pro získání kompetencí pro práci s duševně nemocnými klienty, kteří se vyskytují, v zařízení pro lidi bez domova pracovníci vnímají, byl splněn. Informanti se podělili i o konkrétní zkušenosti z praxe, které byli ve většině pozitivní. Jeden informant uvedl konkrétní negativní zkušenost, kterou prožil při spolupráci s ambulantní psychiatrií. Informanti dále uvedli možnost workshopů formou sezení s psychiatrem, který na popud vedení DMT jezdí dvakrát ročně, kdy odpovídá pracovníkům na předem připravené okruhy témat, které si každý zúčastněný připraví. Tuto možnost vnímali všichni informanti jako velice přínosnou, jedná se však o malý prostor a někteří pracovníci si na tuto možnost vůbec

nedosáhnou. Osobně tuto spolupráci vnímám jako možnou cestu, kterou by se zařízení mělo ubírat a poskytnout tak daný prostor všem pracovníkům, kteří by pak mohli čerpat z vytěžených znalostí i v praxi.

Závěr

Cíl práce, tedy přiblížit specifika sociální práce a práce ve službách sociální práce s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova, a to konkrétně v zařízení Dům Matky Terezy (DMT) v Hradci Králové byl naplněn. Pro práci byla použita literatura poskytující komplexnější přehled o problematice duševních nemocí a bezdomovectví. Dle popisů jednotlivých autorů je patrné, že se problematika duševního onemocnění a bezdomovectví prolíná. Je zřejmé, že základní znalost duševního onemocnění, je nedílnou podmínkou pro způsobilou práci s duševně nemocnými klienty v zařízení poskytující pomoc osobám bez domova. Existuje však jen málo publikací, které se přímo zabývají problematikou práce s duševním onemocněním na poli sociální práce, je tedy patrné, že se stále jedná o mladý obor. Nejčastějším duševním onemocněním, se kterým se pracovníci DMT setkali je schizofrenie.

Schizofrenie je patrně nejpověstnější duševní nemocí v povědomí širého okolí, nutno dodat, že se jedná o jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění, je tedy i snadněji rozpoznatelné.

Mnoho lidí bez domova však trpí poruchami osobnosti, které se přímo neřadí do problematiky duševního onemocnění. Poruchy osobnosti jsou tak často s duševním onemocněním zaměňovány. Rozsah poruch osobnosti a zejména kombinace jednotlivých poruch takto postiženému jedinci výrazně komplikují život a zejména socializaci. Práce s takto postiženým klientem tedy vyžaduje velikou trpělivost, umění komunikace, pozornost a základní znalosti této problematiky.

Dílčím cílem bylo zjistit, jaké kompetence potřebuje pracovník pro práci s duševně nemocnými klienty v zařízení pro lidi bez domova, zdali pracovníci vnímají své kompetence jako dostatečné a jakým způsobem ovlivňuje další vzdělávání získávání těchto kompetencí. Dílčí cíl byl za pomoci výzkumných otázek naplněn, odpovědi byli kódovány a následně analyzovány. Kvalitativní výzkum ukázal, jaké kompetence pro práci s duševně nemocným klientem v zařízení pro lidi bez domova pracovníci potřebují pro způsobilou práci. Všichni informanti pocházejí ze stejného zařízení sociálních služeb, výsledky daného výzkumu tedy s největší pravděpodobností nebudou korespondovat s možnými výsledky z jiných zařízení. Jednotlivé pracoviště si však vytváří vlastní pracovní postupy a metodiky dle vlastních specifik, je tedy možné, že se budou některá specifika shodovat i s jinými pracovišti.

Dle metod sociální práce pracovníci DMT pracují výhradně s jednotlivcem. Jednotliví pracovníci uváděli, že nedílnou vlastností pro práci s duševně nemocným klientem je základní znalost o duševním onemocnění. Dále uváděli, že je důležité umět vézt rozhovor a pozorně naslouchat. Dle projevů klienta (verbálních i neverbálních) pak směrovat rozhovor ke společnému cíli. Důležité je znát i jiné služby a instituce kam lze duševně nemocného klienta navázat a řešit tak jeho situaci. Jednou z hlavních vlastností je aktivní naslouchání a rozpoznání problémů klienta. Klienti s různými poruchami osobnosti mají sklon k manipulativnímu chování, je tedy důležité aby pracovník danou problematiku znal a dokázal tak manipulaci předcházet a rozpoznat jí.

Z práce s duševně nemocným klientem vyplývá i několik rizik, které musí pracovník zvládat a pracovat s nimi. Mezi hlavní kompetence pro zvládnutí rizik je zejména jejich znalost a prostor pro jejich předcházení. Jako stěžejním bodem je pak výhodou zkušenost s daným rizikem. Mezi rizika řadili pracovníci zejména možnost fyzického napadení, špatnou či neúspěšnou spolupráci s klientem a tak i možné vyhoření pracovníka.

Jako prevence proti neúspěchu a možnému vyhoření je důležité, aby pracovníci ovládali základní dělení duševních nemocí, poruch osobnosti a jejich projevů. Zkušený pracovník se základními znalostmi této problematiky má tak větší šanci, že porozumí potřebám daného klienta, ale i rizikům, která mohou z dané spolupráce nastat.

Hlavní snahou práce bylo propojení teoretických znalostí s praktickými, empirický výzkum navazoval na teoretickou část. Problematika duševně nemocných klientů ve službách sociální práce je stále velice mladá, je tedy pravděpodobné, že se dané pohledy a specifika budou i nadále vyvíjet. Z daného výzkumu je však patrné, že nyní nejsou sociální služby plně připraveny na způsobilou práci s duševně nemocným klientem.

Seznam použité literatury

1. BEDNAŘÍKOVÁ, I., 2006. Kapitoly z andragogiky 1. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1193-8

2. BENEŠ, Milan. Andragogika. [2. vyd.]. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4824-5.

3. CARNEGIE, Dále. Jak překonat starosti a stres, Praha: Práj, 2011. ISBN 978-80-7252-320-7

4. ČERNÝ, Vojtěch. Jak překonat stres. Testy a cvičení, Praha: Computer Press, 1999. ISBN 80-7226-260-2

5. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník, Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X

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

7. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 4 vyd., přepracované a rozšířené, Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9

8. KAPPL, Miroslav, 2004. Metody práce s jednotlivcem. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-846-X

9. KOUKOLÍK, František, JIRÁK Roman, Alzheimerova nemoc a další demence, Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-615-3

10. MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol., 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2138-5

11. MAREK, Jakub, STRNAD, Aleš, HOTOVCOVÁ, Lucie, Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0090-1

12. MÁTEL, Andrej, SCHAVEL, Milan a kol., 2014. Teória a metody sociálnej práce. 2. dopl. a aktual. vyd. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. ISBN 978-80-971445-2-4.

13. MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla, Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

14. MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu .1 vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4

15. MUŽÍK, Jaroslav. Řízení vzdělávacího procesu. Praha: Wolters Kluver, 2011. ISBN 978-80-7357-581-6.

16. NEŠPOR, Karel, Návykové chování a závislost. 3., dopl. a opr. vyd., Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6

17. NEŠPOR, Karel, Zůstat střízlivý: Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké 1. vyd. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9

18. PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej, Psychiatrie pro sociální pracovníky: Vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3

19. PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ. Bezdomovectví. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-100-0

20. RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel, JANOTOVÁ, Dana, 2006, Psychiatrie, minimum pro praxi. 4. vydání, Praha: Triton, ISBN 978-80-7254-746-3.

21. SMOLÍK, Petr, Duševní a behaviorální poruchy, Praha: MAXDORF s.r.o. 1996, ISBN 80-85800-33-0

22. VÁGNEROVÁ, Marie, Ladislav CSÉMY a Jakub MAREK. Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-802-4622-095.

23. VÁGNEROVÁ, Marie, Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1 vyd., Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

24. VALOUCHOVÁ, Pavlína. Vybrané formy vzdělávání – semináře, stáže. In Efekti-vita vzdělávání v sociálních službách a její vztah k prevenci sociálního vyloučení uživatelů sociálních služeb. Olomouc: Caritas – Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2015. ISBN 978-80-87623-11-4.

25. VETEŠKA, Jaroslav. Kompetence ve vzdělávání dospělých. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-86723-98-3.

26. VIILMA, Luule. Duševní světlo. Odpouštím si. 2. vydání, Brno: Alman, 2010. ISBN 978-80-87426-00-5

Internetové zdroje

27. ÚZIS ČR. Https://www.uzis.cz/ [online]. [cit. 2019-13-11]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn

28. Oblastní charita Hradec Králové. Https://www.charitahk.cz [online]. [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: https://www.charitahk.cz/komu-a-jak-pomahame/

29. Najdi Pomoc [online]. [cit. 2020-03-06]. Dostupné z: https://www.najdipomoc.cz/clanky/slovnik-pojmu/psychologie/psychologie---zvladani-narocnych-zivotnich-situaci/

Zákony

30. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

31. Zákon č. 561/2004 Sb., Školský zákon

32. Zákon č. 383/2005 Sb., Zákon, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb.

33. Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách

34. Zákon č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace

35. Zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách

Seznam Tabulek

Tabulka 1 - Výčet základních diagnostických kategorií duševních poruch dle MKN – 10……12
Tabulka 2 - Transformační tabulka DVO do TO……54
Tabulka 3 - Přehled informantů…….57

Přílohy

Příloha A – přepis rozhovoru s informantem 2

TO1 – Jaké dovednosti potřebuje pracovník pro práci s duševně nemocným klientem v zařízení DMT z hlediska sociální práce s jednotlivcem?

I2 - No určitě by měl rozpoznat duševní nemoc, respektive zdali je klient duševně nemocný to je důležité. Dále by měl disponovat schopnostmi improvizace a umět řešit nestandardní situace. V případě práce s patologicky závislým klientem např. alkoholikem je dle mého názoru užitečné být asertivní.

T – Mohu se zeptat jaké nestandardní situace máš na mysli?

I2 - Například stupňující se agrese klienta, v této situaci by se měl pracovník přizpůsobit směru komunikace, umět zvolit správnou míru citlivosti rozhovoru, umět odhadnout situaci.

T – Stalo se ti někdy, že jsi nedokázal odhadnout onu zmíněnou citlivost?

I2 – Ano stalo a bohužel to vedlo k tomu, že se mnou daný klient, který mimochodem trpěl schizofrenií, přestal úplně komunikovat.

T – Napadá tě ještě něco dalšího?

I2 – Dále určitě disponovat empatiím a v neposlední řadě se umět poradit s odborníkem samozřejmě jeli možnost.

T – Děkuju.

TO2 – Jsou vaše dosavadní vědomosti dostačující pro legitimní práci s duševně nemocným klientem?

I2 – No tak na to můžu jednoznačně odpovědět, že nejsou. Nemyslím si ani, že jsou takovým klientům služby, jako je ta naše určeny.

T – Myslíš tedy, že by je ani neměli využívat?

I2 – To zase ne, není to ani reálné, do našich služeb se dostávají lidé, kteří zkrátka propadnou na samé dno, jak skrze systém, tak i život. Mezi takovými lidmi jsou a budou i lidé s duševním onemocněním. Myslím tím však, že zprvu když tyto služby začínali tak se zkrátka nepočítalo s tím, že k nám budou docházet klienti s duševním onemocněním, alespoň ne v takové míře jako je tomu nyní. Ve finále takovým lidem ani nedokážeme moc pomoci.

T – Chceš k tomu ještě něco dodat?

I2 – Ne, přejděme k další otázce.

TO3 – Stalo se vám někdy, že jste při práci s duševně nemocným klientem nevěděl jako komunikovat a spolupracovat?

I2 – Samozřejmě, že stalo už jsem to vlastně zmínil v předchozí otázce. Jednalo se o klienta s dlouhodobě neléčenou schizofrenií. Tento klient vůbec nekomunikoval a já jsem nebyl schopný otevřít komunikaci. Později se podařilo komunikaci otevřít, klient však začal být velice agresivní a snažil se na mě fyzicky zaútočit.

TO4 – Jaká jsou nejčastější rizika při práci s duševně nemocnými klienty v DMT?

I2 – Jak už jsme nakousli v předchozí otázce, tak je to jednoznačně možnost fyzického napadení pracovníka či klienta. Dále je i možné, že se vlivem necitlivě vedeného rozhovoru zhorší klientův duševní stav.

T – Můžeš to s tím rozhovorem nějak upřesnit?

I2 – Jistě, už jsem to vlastně zmínil. Klient se může vlivem necitlivě vedeného rozhovoru úplně zapřít, přestane komunikovat a spolupracovat.

T – Děkuju, můžeme na další otázku?

I2 – Jistě.

TO5 – Jaké znalosti a dovednosti potřebuje pracovník, aby tyto rizika zvládal?

I2 – Asi se budu opakovat, ale určitě musíš umět vést rozhovor. Vzhledem k možnému riziku fyzického napadení se musíš umět rychle rozhodovat a samozřejmě odhadnout vlastní možnosti.

T – Napadá tě k tomu ještě něco?

I2 – No ještě bych asi doplnil, že není na škodu být fyzicky zdatný a v neposlední řadě se umět poradit s někým kompetentním jako je například psychiatr.

T – Děkuju.

TO6 – Máte možnost vybrat si zaměření dalšího vzdělávání?

I2 – Ano tu možnost mám, vnímám však nedostatek kvalitních lektorů, např. z 10 kurzů mne zaujmou 2.

T – Tím myslíš, že jsou málo kvalifikovaní či nezkušení?

I2 - To úplně ne, spíš mne nedokážou zaujmout, dávám spíše přednost poznatkům z praxe z toho lze bohužel usoudit, že někteří lektoři jsou spíše teoretici.

T – Chtěl by si k tomu ještě něco dodat?

I2 – No určitě bych rád dodal, že je v DMT nyní v platnosti projekt rámcového vzdělávání, který pracovníkům znemožňuje si další vzdělávání přizpůsobit dle individuálních potřeb.

S tímto jednoznačně nesouhlasím, musím však podotknout, že se mne toto jako pracovníka terénního programu DMT netýká.

T – Výborně, děkuji za odpověď.

TO7 – Pomáhá vám další vzdělávání k získávání kompetencí pro způsobilou práci s duševně nemocnými klienty v DMT?

I2 – Bohužel si myslím, že spíše ne, souvisí to hodně s tím, co jsem uvedl u předchozí otázky.

T – Máš před sebou nějakou vidinu kurzu, který by tě opravdu zaujal a pomohl ti nějaké ty kompetence získat?

I2 – Naštěstí mám, zaměstnavatel mi umožnil, abych si doplnil psychiatrické minimum, od toho si hodně slibuji, myslím, že mě to posune dál.

T- Paráda, díky.

TO8 – Pomohla by vám práce se službami, které se zabývají poskytováním pomoci duševně nemocným klientům?

I2 – Taková spolupráce je určitě přínosná, a dokonce už v DMT i probíhá.

T – Mohu se zeptat s jakou sužbou jako zařízení spolupracujete a jak ji vnímáš?

I2 – Konkrétně spolupracujeme s Centrem duševního zdraví, i když je spolupráce samozřejmě přínosná bohužel to neznamená, že je i dostačující. Např. takovéto zařízení se soustředí výhradně na klienty se schizofrenií, což mi přijde v rámci různorodosti duševních nemocí a poruch osobnosti trochu omezené.

TO9 – Pomohla by vám možnost spolupráce se zdravotníkem či psychiatrem, který by vám poradil, jak s daným duševně nemocným klientem pracovat a komunikovat?

I2 – Ano, samozřejmě, že pomohla. V rámci služeb Oblastní charity Hradec Králové se radím s pracovníky ošetřovatelské služby, dále se radím i se sestrami Fakultní nemocnice.

T – Chtěl by si k tomu ještě něco dodat?

I2 – No snad jedině, že v osobním životě mám tu výhodu, že se mohu radit se svou tchýní, která je psychiatrička.

T – Mockrát ti děkuji za rozhovor.