

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Mezinárodní sociální a humanitární práce

Markéta Vitáková

Panická porucha – sociální dopady na život jedince
a možnosti využití sociálních služeb

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Anna Černíková

2019

Prohlášení o samostatnosti zpracování kvalifikační práce

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci dne 7. 11. 2019

.....

Markéta Vitáková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Kristýně Anně Černíkové, vedoucí práce, za odborné vedení, inspiraci čas a rady. Rovněž děkuji Mgr. Ivetě Výrostové, DiS., která mi byla po celou dobu oporou. Závěrem děkuji všem účastníkům výzkumu za jejich důvěru a otevřenost.

„I myšlení občas škodí zdraví.“

Aristoteles

OBSAH

Úvod.....	7
1 Panická porucha, její projevy a diagnóza	8
1.1 Panická porucha	8
1.1.1 Panická ataka	9
1.2 Projevy panické poruchy.....	11
1.2.1 Fyzické projevy.....	11
1.2.2 Psychické projevy	12
1.3 Diagnostika	13
1.4 Možné způsoby léčby.....	15
1.4.1 Psychoterapie	15
1.4.2 Farmakoterapie	16
2 Problematika panické poruchy ve vztahu k sociálním službám	17
2.1 Sociální služby	17
2.2 Sociální pracovník.....	19
2.3 Problémové oblasti života lidí trpících panickou poruchou.....	20
2.4 Sociální služby pro lidi trpící panickou poruchou	23
3 Metodologie výzkumu	25
3.1 Výzkumné otázky.....	25
3.2 Výzkumný přístup	26
3.3 Technika sběru dat	26
3.4 Výběr výzkumného vzorku	29
3.5 Etické otázky výzkumu	30
3.6 Způsob zpracování dat	30
4 Analýza dat	32
4.1 Sociální dopady	32
4.1.1 Zjištění	32

4.1.2	Pocity	34
4.1.3	Dopady.....	35
4.2	Adekvátní pomoc	39
4.2.1	Léčba.....	39
4.2.2	Sociální služby	41
4.2.3	Očekávaná pomoc.....	42
5	Diskuze	45
	Závěr	48
	Seznam použité literatury	49

ÚVOD

Panická porucha je v dnešní době poměrně časté psychické onemocnění, se kterým se potýká čím dál tím více lidí a velmi výrazně narušuje sociální fungování člověka a ovlivňuje naplňování jeho sociálních rolí.

Jedním z hlavních impulzů, které mě přivedly na téma bakalářské práce bylo to, že se s panickou poruchou sama potýkám řadu let a velmi dlouho mi trvalo, než jsem se dozvěděla o řadě možností, jak se s touto nemocí a jejími důsledky vypořádat. Velmi často jsem se setkávala s nepochopením okolí a možností léčby pouze v podobě podávání farmak. Až v období, kdy jsem začala studovat a pracovat v oblasti sociální práce, jsem začala přicházet na to, jaké všechny možnosti a služby mohou tito lidé využívat.

Cílem mé bakalářské práce je popsat a přiblížit z dostupné literatury co je panická porucha a zjistit do jakých sociálních oblastí jedincům toto onemocnění zasahuje nejvíce, zda jsou si vědomi toho, jaké sociální služby mohou využívat a v čem jim může pomoci sociální pracovník při řešení jejich situace.

V teoretické části pracuji s vysvětlením pojmu panická porucha, panická ataka, diagnostika a možnosti léčby. V druhé kapitole se zaměřuji, do jakých sociálních oblastí může toto onemocnění zasahovat (dle dostupné literatury) a na závěr teoretické části ve třetí kapitole se věnuji popisu sociálních služeb.

Pro výzkum volím techniku polostrukturovaného rozhovoru. Zkoumaným vzorkem jsou respondenti různých věkových kategorií s již diagnostikovanou panickou poruchou z Olomouckého kraje. V závěru výzkumu budu na základě rozhovorů analyzovat, do kterých sociálních oblastí respondentů onemocnění zasahuje nejvíce. Předpokládaným problémovým oblastem se věnuji již v teoretické části, kde je budu popisovat z dostupné literatury. Dále budu analyzovat do jaké míry jsou respondenti znalí svých možností využití sociálních služeb a v čem jim může pomoci sociální pracovník. Na konci mé práce bude diskuze, kde budu navrhopvat na základě mého výzkumu sociální služby, které by mohly být pro lidi postižené packou poruchou vhodné.

1 PANICKÁ PORUCHA, JEJÍ PROJEVY A DIAGNÓZA

V první kapitole teoretické části vymezím samotný pojem panická porucha a panická ataka. Dále se budu zabývat popisem jejích projevů a možných způsobů léčby. V další kapitole se již soustředím na problematiku panické poruchy ve vztahu k sociálním službám, kde popisují, jaké sociální dopady může toto onemocnění mít na život jedince a věnuji se i definici sociálních služeb. Uvádím i výčet sociálních služeb, které by mohly být vhodné pro lidi s diagnostikovanou panickou poruchou.

1.1 PANICKÁ PORUCHA

Podle Kukumberga (in Ulč, 1999, s. 72) je panická porucha jedním z nejzajímavějších a nejsledovanějších onemocnění v klasifikaci úzkostných poruch.

Slovo panika je odvozené od řeckého boha, který se jmenoval Pan. Pan děsival pocestné v lese, na které číhal (Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2014, s. 13).

Jedním z prvních, kdo popsal panické záchvaty, byl v první polovině 19. století německý lékař Otto Domrich, který je popisuje jako syndrom, při kterém dochází ke kombinaci silné úzkosti s kardiopulmonálními příznaky. Tehdy se však duševní a tělesné příznaky posuzovaly ještě odděleně (Praško, 2005, s. 18). Jak píše Honzák (2005, s. 13) „*úzkost není pouze nemilým psychickým pocitem, ale je podobná bolesti, je to komplexní psychosomatický prožitek či zkušenost*“.

Dle různých psychologických pokusů a výzkumů je prokázáno, že člověk podává nejlepší výkon při pocitu mírné úzkosti. Mírná úzkost je v životě člověka zcela přirozená, normální, pociťuje ji občas každý z nás a může být dokonce i užitečná. Pokud se však úzkost objevuje příliš často a příliš dlouho, nastává problém (Praško & Prašková, 1998, s. 11).

Poněšický (2012, s. 30) vysvětluje podstatu úzkosti jako strach ze ztráty sama sebe, strach z nebytí, strach z ohrožení naší tělesné i duševní existence, sebepojetí a rovnováhy. Stejně tak popisuje i Honzák (1995, s. 21, 32) ve své literatuře, že projevy úzkosti mohou být velmi účelné a mohou zajistit, aby se jedinec přizpůsobil na změněné podmínky. Úzkost se však ale může stát i chorobnou a může přestat být užitečnou adaptační reakcí, a to v případě, že její intenzita výrazně přesahuje potřeby, které odpovídají vyvolávajícím podnětům, pokud přetrvává příliš dlouho, objevuje se bez zjevných příčin a dostavuje se

v nekontrolovatelných záchvatech paniky, a tak může negativně ovlivňovat kvalitu života. Úzkost může člověk pociťovat jako volně plynoucí, anebo se může projevit v záchvatech, takzvaných panických atakách – záchvatech.

Praško (in Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2014, s. 15) popisuje, že panický záchvat prožije až 80 % lidí několikrát za život. U některých lidí se však záchvaty paniky objevují častěji a postupně začínají narušovat každodenní život postiženého. Objevuje se také strach z dalšího záchvatu, takzvaně strach ze strachu, který pak může vyplňovat veškerý čas a vést k vyhýbavému chování. Teprve pak můžeme mluvit o panické poruše. Tou trpí 1–2 % populace a k jejímu rozvoji dochází velmi často mezi 23. a 29. rokem života.

Honzák (2005, s. 101) popisuje typický průběh panické poruchy tak, že pacient zažívá nečekané a mnohdy i pro něj nepochopitelné záchvaty úzkosti, jež jsou doprovázeny řadou funkčních a somatických příznaků, které však odeznívají během několika desítek minut a když se postižený dostaví k lékařskému vyšetření tak již není možné zjistit žádné významné projevy nemoci. To však pacienta nijak neuspokojí, když ještě před nějakou dobou pociťoval závažné fyzické obtíže. Negativní lékařské nálezy přivádí nemocného do velké nejistoty a začíná se u něj projevovat postupně takzvaná anticipační úzkost, kterou můžeme jednoduše popsat jako strach ze strachu.

1.1.1 PANICKÁ ATAKA

Nadměrná a dlouhotrvající úzkost může vést k vnitřním zmatkům, neúčelnému chování a až k panice. Úzkost může člověk pociťovat jako volně plynoucí, anebo se může projevit v záchvatech, takzvaných panických atakách – záchvatech, které se objevují povětšinou bez zjevné příčiny, nejsou nijak předem očekávané. Projevují se silnými pocity úzkosti až hrůzy a většinou jsou doprovázeny velmi nepříjemnými tělesnými příznaky, které postiženého děsí. (Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2014, s. 13).

Panickou ataku neboli záchvat popisuje Praško (in Praško a kol., 1997, s. 11) jako stav, vygradované úzkosti a strachu, jež se velmi výrazně projevuje v tělesném prožívání i chování člověka. Má náhlý začátek mnohdy bez zjevné příčiny, projevuje se výraznou intenzitou tělesných projevů, které vyděsí nositele natolik, že se cítí být přesvědčen, že

trpí nějakou závažnou nemocí, nebo akutní příhodou. V jeho myšlení se objevuje intenzivní strach z omdlení, ztráty kontroly, zešílení a smrti.

Panický záchvat se může objevit jako reakce na skutečné ohrožení, nebo jako reakce na domnělé ohrožení, například při náhlém objevení neobvyklých tělesných příznaků jako je bušení srdce, nedostatek dechu, křeče apod. (Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2014, s. 23).

Během panického záchvatu je poměrně běžné, že postižený zrychleně dýchá, což způsobuje alkalózu, a to paniku dále prohlubuje, protože vyvolává závratě, vertigo, tachykardii, zhoršené vidění, pocit dušení a nedostatku vzduchu. Na základě těchto pocitů se postižení domnívají, že prodělávají infarkt, mozkovou mrtvici, či další závažné onemocnění (Roger, 2013).

Běžná reakce na panický záchvat je snaha uniknout z takové situace, během které k záchvatu došlo, nebo možnost co nejrychleji vyhledat pomoc a bezpečí. Po panickém záchvatu může u postiženého přetrvávat napětí, stres či vyčerpání. Někdy může dojít k uvolnění až letargii (Praško a kol., 2006, s. 36).

1.2 PROJEVY PANICKÉ PORUCHY

Úzkost je psychosomatickým stavem, což znamená, že příznaky úzkosti můžeme zpozorovat na obou úrovních, a to jak psychologické, tak i úrovni tělesné (fyzické).

Tab. 1. Typické příznaky úzkosti a strachu

Psychické příznaky	Tělesné příznaky
<ul style="list-style-type: none">• Pocit ohrožení• Pocit napětí• Strach• Nadměrné obavy a starosti, katastrofické myšlenky a představy• Obtíže s koncentrací• Nespavost• Nadměrná bdělost a ostražitost• Ospalost• Lekavost• Podrážděnost• Pocit vnitřního chvění• Pocity odcizení nebo neskutečna sebe nebo okolí• Pocit únavy• Neschopnost odpočívat• Záchvaty panické hrůzy• Úzkost z očekávání• Spánkové problémy	<ul style="list-style-type: none">• Napětí ve svalech• Zkrácení dechu, zrychlené dýchání nebo pocity nedostatku dechu• Bolesti v zádech, hlavy, ve svalech, páteře• Třes, cukání, roztřesenost• Zvýšená únavnost• Závratě• Píchání v hlavě• Bušení srdce, rychlý tep• Tíha nebo svírání na hrudi• Pocení• Červenání nebo blednutí• Časté močení• Průjem nebo zácpa• Nadýmání a větry• Nechutenství nebo naopak nutkání se přejíst• Sucho v ústech• Tlaky v žaludku, v břiše, víření v žaludku• Říhání a návrat »kyseliny« do jícnu• Pocity na zvracení• Mravenčení rukou, předloktí, rtů, nohou• Obtíže s polykáním• Sevření v krku (»knedlík v krku«)• Píchání u srdce• Mžitky před očima, rozmazané vidění

Obrázek č. 1: Příznaky úzkosti a strachu dle Jana Praška (in Praško a kol., 1997)

1.2.1 FYZICKÉ PROJEVY

Mezi fyzické projevy zahrnujeme bušení srdce, bolesti na hrudi, dušnosti, závratě, křeče a bolesti v oblasti břicha, návaly horka a chladu, pocit ztráty citu v prstech atd. Po silném panickém záchvatu často dochází k vyčerpání a velké únavě (Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2014, s. 22).

Jeden z prvních pozorovatelných projevů úzkosti na tělesné úrovni je zvýšené svalové napětí a v panických záchvatech se se může blížit až křečím. Za druhý, velmi výrazný projev, považujeme zrychlenou srdeční akci. Jakékoliv změny v aktivitě srdce, které můžeme přirozeně vnímat, pociťujeme jako nebezpečné a ohrožující. Pro značnou

řadu lidí trpící panickou poruchou či úzkostnými stavy jsou právě tyto příznaky jedny z hlavních, proč vyhledávají lékařskou pomoc. Pokud se skutečně jedná o projev úzkosti či paniky, je pak pravdou, že bolest na hrudi, kterou mnohdy tito lidé pociťují, není způsobena nějakou srdeční chorobou, ale stahem kosterního svalstva hrudníku (Honzák, 1995, s. 24-25).

Dalším typickým příznakem je i dušnost, ta v případě, že je vyvolána úzkostí až panickým záchvatem, je způsobena stažením hrudníku při zvýšeném svalovém napětí a napětím dalšího dýchacího svalu – bránicí (Honzák, 1995, p. 26). Praško (in Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2014, s. 46) popisuje rozdíl mezi panickou atakou a například infarktem. Mezi hlavní příznaky onemocnění srdce je dušnost, bolest na hrudi či slabost. Popisuje však, že tyto příznaky jsou v případě infarktu přímým důsledkem fyzické námahy, z čehož vyplývá tedy čím více se namáháte fyzicky, tím se příznaky zhoršují a při odpočinku zpravidla ustupují, zatímco u panických atak se mohou tyto příznaky objevovat i bez fyzické námahy, a to během odpočinku a průběh není nijak závislý na fyzické námaze.

1.2.2 PSYCHICKÉ PROJEVY

Honzák (1995, s. 23-24) píše, že psychické projevy jsou stejné jako projevy strachu. Jedinou odlišností od projevů strachu je to, že není známa přesná příčina úzkostných pocitů, nebo není ve srovnání s intenzitou pacientovi reakce pochopitelná a jeví se tedy iracionální. Během těchto stavů rapidně narůstá nervozita a postupně se zhoršuje schopnost soustředění a klesá tak výkon. Úzkost takzvaně demobilizuje veškeré vlastní schopnosti řešit situaci. Takový stav je pak natolik intenzivní, že znemožňuje jakékoliv konstruktivní řešení. Lidé popisují pocit jako kdyby se jim zastavilo myšlení, cítí se paralyzovaní a mají vidinu pouze toho, že se jim něco strašného stane. Většinou, že umírají.

Mezi další typické projevy se řadí pocity depersonalizace a derealizace, vnitřní chvění, problémy s koncentrací a udržením pozornosti a také snížené libido (Honzák, 2005, s. 77-78).

1.3 DIAGNOSTIKA

V době, kdy se pacient dostává do lékařské ordinace, je již mimo akutní panický záchvat a provedená vyšetření jsou obvykle negativní, lékaři tedy nepřichází s žádným pozitivním nálezem a pacient se může cítit více ohrožen, protože ještě před chvílí cítil, že umírá. Pacient se cítí nepochopen. Část takových pacientů po negativních nálezech přestane vyhledávat lékařskou pomoc a stahuje se do ústraní a rozvíjí se tak vyhýbavé chování. Druhá část pacientů se vydává na další vyšetření a vyhledává různé specialisty, kteří by jejich problém mohli vyřešit. Autor také poukazuje na to, že mnohdy lékař nemusí mít dostatek pochopení, času či znalostí k vysvětlení pacientových obtíží (Honzák, 1995, s. 25, 49-50).

Panickou poruchu lze diagnostikovat na základě pečlivé anamnézy, a to včetně drogové anamnézy. Pacient by měl absolvovat různá fyzikální vyšetření, EKG, ECHO, podrobné vyšetření krevního obrazu, hormonální vyšetření. Je nutné mít na paměti, že panické ataky jsou sice projevem panické poruchy, ale mohou být i projevem posttraumatické stresové poruchy, sociální fobie či deprese (Honzák, 2005, s. 104-108).

Panický záchvat však nemusí vždy indikovat panickou poruchu. Panické záchvaty se objevují také u různých úzkostných a afektivních poruch. Pro určení panické poruchy, musíme vyloučit například intoxikaci, abstinenční syndrom, tělesné příčiny úzkosti a jiné psychické poruchy (Anthony & Stein, 2009, s. 48).

V důsledku množství tělesných příznaků patří panická porucha mezi velmi pozdě diagnostikované poruchy (Honzák, 2005, p. 136). V současné době se používá Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN), která se začala zkoušet na počátku 90. let 20. století ve dvaceti zemích v různých částech světa. Kolem 90 % klinických pracovníků, kteří tento systém zkoušelo, jej vyhodnotilo jako použitelný. V roce 1996 tedy vyšlo první vydání této klasifikace. V našich podmínkách se tak stalo základem pro stanovení diagnózy různých onemocnění (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, s. 31).

Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN) je utvářena zdravotními odborníky pod vedením Světové zdravotnické organizace. MKN je mezinárodní systém sloužící ke třídění poruch a nemocí a řídí se jím část světa včetně České republiky. Panická porucha se v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí 10. revizi (MKN – 10) řadí k Neurotickým poruchám, jež jsou poruchy vyvolány stresem a somatoformním poruchám (F40-F49) vzhledem ke své historické souvislosti. Pokud je u panické poruchy

vyvinuto i vyhýbavé chování – vyhýbání se situacím, ve kterých se dříve záchvaty objevily (agorafobie) MKN – 10 ji klasifikuje v jiné kategorii jako agorafobii s panickou poruchou (Praško, 2008, s. 19).

Praško (2008, s. 20) uvádí, že dle MKN-10 existují pro panickou poruchu tato diagnostická kritéria z roku 1996:

1. U jedince se vyskytují periodické ataky paniky, které nejsou logicky spojeny s žádnou specifickou situací nebo věcí, které se často vyskytují spontánně, tj. epizody nelze předvídat. Panické ataky nejsou průvodním jevem značné námahy ani vystavení nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.
2. Panická ataka je charakterizovaná všemi následujícími znaky:
 - a) je to samostatná ataka masivní úzkosti nebo neklidu
 - b) začíná náhle
 - c) dosahuje maxima v několika málo minutách a trvá alespoň několik minut
 - d) musí být přítomny alespoň čtyři z následujících příznaků, přičemž jeden příznak musí být z položek (a) až (d):

Příznaky vegetativní aktivace:

- a) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený tep
- b) pocení
- c) chvění nebo třes
- d) sucho v ústech

Příznaky týkající se hrudníku nebo břicha:

- e) obtížné dýchání
- f) pocit zalykání se, pocit dušení
- g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku
- h) nauzea nebo břišní nevolnost

Příznaky týkající se duševního stavu:

- i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy
- j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace), nebo že jedinec je mimo, „není zde skutečně“ (depersonalizace)

k) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí

l) strach ze smrti

Celkové příznaky:

m) návaly horka nebo chladu

n) pocity znecitlivění nebo mravenčení

3. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka. Panické ataky nejsou vyvolány tělesnou poruchou, organickou duševní poruchou ani jinými duševními poruchami, jako je např. schizofrenie nebo příbuzné poruchy, poruchy nálady ani somatoformní poruchy.

Rozsah jednotlivých variací, pokud jde o obsah a tíži, je tak veliký, že se mohou specifikovat pátým znakem dva stupně – středně těžký a těžký.

F41. 00 středně těžká panická porucha – alespoň čtyři panické ataky v období čtyř týdnů.

F41. 01 těžká panická porucha – alespoň čtyři panické ataky za týden po období čtyř týdnů.

1.4 MOŽNÉ ZPŮSOBY LÉČBY

Podle řady publikovaných prací je farmakoterapie úspěšná při první fázi léčebného procesu zhruba v 60 % případů. Bez relapsu je však pouze 20 % pacientů. U těžších a hospitalizovaných případů je psychoterapie účinná pouze v 40 %. Společně však tyto dvě formy léčby mohou dosáhnout remise přibližně u 75 % pacientů, kdy po roce léčby zůstává v remisi asi 60 % z nich (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, s. 394).

1.4.1 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapii lze definovat různě. Jedním ze zlidovělých výroků je výrok docenta Skály (in Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, s. 345), který tvrdí, že psychoterapie je utkání, v němž boduje terapeut a vítězí pacient.

Za zakladatele psychoterapie se považují S. Freud, jakožto zakladatel psychoanalýzy, a P. Janet, který formuloval teorii nevědomých a automatických duševních procesů. Psychoterapie jako samostatná věda se definovala ve 20. století, a to

v souvislosti s léčbou problémů psychogenní a sociogenní povahy (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, s. 346).

Cílem psychoterapie je pomoc více porozumět, co se postiženému děje a nalézt v životě události, které mohou s rozvojem poruchy souviset. Pomáhá také lépe porozumět a měnit vztahy, které nemoc udržují. Nejprve učí, jak zacházet s příznaky a s různými problematickými situacemi v životě a následně trénuje dovednosti, které mohou pomáhat předcházet potencionálním problémům. Skrze psychoterapii by mělo dojít k obnovení přirozené kontrole nad svými emocemi, myšlenkami i chováním (Praško a kol., 2006, s. 79).

1.4.2 FARMAKOTERAPIE

V dnešní době dochází často k polarizaci postojů ze strany veřejnosti v tématice užívání psychoaktivních látek včetně psychofarmak. Na této polarizaci má do jisté míry vliv i mediální prostředí. Na jedné straně se rozrůstá i počet lidí, kteří mají již nějakou drogovou zkušenost, či minulost a mají tendenci užívat psychofarmaka nekontrolovatelným až nebezpečným způsobem. Na druhé straně se setkáváme s lidmi, jejichž počet stoupá, kteří mají buď zcela odmítavý, nebo velmi opatrný postoj k užívání léku, které mají vliv na psychiku. Řada těchto lidí má například obavy ze závislosti, ale také nesou pocit, že se s nimi děje něco, co nejsou schopni sami ovlivnit, nebo nějak řídit. Dalším důvodem k odmítání léčby psychofarmaky bývá stigmatizace ze strany okolí, zejména rodina. V počátku léčby by se pacient měl dostavovat do psychiatrické ordinace k ambulantním kontrolám po 2–3 týdnech. Měl by však mít možnost telefonického kontaktu s lékařem ke konzultaci, která napomáhá k větší jistotě pacienta. V další fázi, která se nazývá pokračovací je vhodné navštěvovat psychiatra ke konzultaci ve dvou až třech měsíčních intervalech (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015, s. 392, 395).

Léky, které úspěšně pomáhají u jiných úzkostných stavů, jako například diazepam či oxazepam, jsou u lidí s panickou poruchou neúčinné. V případě panické poruchy se přistupuje k léčbě psychofarmaky z řady antidepresiv. Antidepresiva mohou být velmi účinná, avšak jejich účinek se dostavuje až po delší době (několik týdnů) užívání, proto jsou často v kombinaci s antidepresivy podávána i léky k tlumení akutních úzkostí. Z těchto léků jsou však účinné pouze ty, které obsahují alprazolam (Honzák, 1995, s. 49–50).

2 PROBLEMATIKA PANICKÉ PORUCHY VE VZTAHU K SOCIÁLNÍM SLUŽBÁM

V této kapitole vymezím pojem sociální služby a sociální pracovník. Budu se zabývat sociálním fungováním na které navážu problémovými oblastmi života lidí trpících panickou poruchou. Dále uvedu konkrétní typy služeb s ohledem na cílovou skupinu osob postižených panickou poruchou, na které se má práce zaměřuje.

2.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Zákon o sociálních službách¹ definuje sociální službu jako „*sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“.

Tento zákon² také uvádí, na jakých principech a zásadách jsou sociální služby v České republice zakládány. Mezi základní zásady dle zákona o sociálních službách patří, že každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství a být informována o možnostech řešení své nepříznivé sociální situace, případně jejímu předejití. Dále má rozsah a forma pomoci a podpory zachovávat lidskou důstojnost, pomoc vychází z individuálně určených potřeb osob, poskytovaná pomoc má podporovat jejich samostatnost, motivovat je k činnostem, které nepovedou k dlouhodobému setrávání v nepříznivé sociální situaci nebo k jejímu prohlubování. Sociální služba má napomoci k sociálnímu začleňování těchto osob a má být poskytována v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Ministerstvo práce a sociálních věcí³ uvádí na webovém portálu tuto definici: „*Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc*

¹ Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, § 3.

² Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, § 2.

³ MPSV: Sociální služby, 2013. Registr poskytovatelů sociálních služeb (online). Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=35163C19BA24D82432FDFF2B76353697.node1?SUBSESSION_ID=1573067234104_1 [cit. 14. 10. 2019].

s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů“.

Horecký a Tajanovská (2011, s. 16) zdůrazňují, že sociální služby mají podporovat aktivitu klientů k řešení jejich nepříznivé sociální situace, ale nemohou převzít odpovědnost za jejich vlastní život. Podle Matouška (in Matoušek a kol., 2008, s. 214) jsou sociální služby „*Všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti*“.

Tomeš (2010, s. 342) definuje sociální službu jako systematickou činnost sociálního subjektu ve prospěch sociálního objektu, který si není schopen pomoci sám, spočívající v poskytnutí rady nebo vykonání služby. Podle Michalíka (2008, s. 14) sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem, to znamená, že jim umožňují najít pracovní uplatnění, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, podporují člověka v péči o vlastní osobu a o domácnost. Autor zdůrazňuje také, že se zaměřují na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i konkrétním skupinám obyvatel. Nejpočetnějšími skupinami příjemců sociálních služeb jsou senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi a lidé, kteří se z různých důvodů ocitli takzvaně „na okraji“ společnosti.

Legislativně jsou sociální služby vymezeny jako součást sociální pomoci, která nezahrnuje pouze sociální služby jako takové, ale i finanční a věcné dávky, kterými umožňují zabezpečit lidi, kteří se nachází ve stavu hmotné nouze. Cílem sociálních služeb je zlepšení kvality života lidí a snaha o začlenění znevýhodněných osob do společnosti (Matoušek a kol., 2011, s. 21)

Sociální služby se dle formy jejich poskytování rozlišují na služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytové služby jsou poskytovány s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, ambulantní služby jsou charakterizovány tím, že jejich uživatelé do nich pouze dochází, nebo se jinak dopravují a jsou poskytovány bez nároku na ubytování. Terénní služby jsou charakteristické tím, že jsou poskytovány osobám v jejich

přirozeném sociálním prostředí. Mezi základní druhy sociálních služeb patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.⁴

2.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Definici sociálního pracovníka můžeme najít i v zákoně o sociálních službách⁵, který uvádí: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb*“.

Od sociálního pracovníka se očekává schopnost pomáhat lidem zvládat jejich nepříznivé sociální situace, sociální a emoční problémy (Matoušek, 2003, s. 12).

Jedním z předpokladů pro výkon profese sociálního pracovníka je i odborná způsobilost. Za odbornou způsobilost se pro výkon této profese se považuje absolvování vyšší odborné školy ve vzdělávacím programu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, nebo vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu, který je zaměřen na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku.⁶

Úkolem sociálního pracovníka je podporovat sociální fungování klientů. Sociální fungování je koncept, kterým se zabývala H. Bartletová. Vymezuje jej jako trvalé sociální interakce mezi jedincem a jeho prostředím, kde důležitou roli hrají požadavky a očekávání prostředí. Na tyto požadavky a očekávání musí jedinec reagovat a to tak, že je buď zvládá nebo nezvládá. V případě, kdy dojde k narušení rovnováhy mezi očekáváním a schopnostmi daného člověka, ať už jsou na jedné či druhé straně, nastupuje sociální pracovník, který by měl klientovi dopomoci. Musil s Navrátilem ještě dodávají,

⁴ Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, § 32-33.

⁵ Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, § 9.

⁶ Tamtéž, § 110.

že úroveň sociálního fungování závisí na naplnění psychologických, fyziologických, sociálních a duchovních potřeb. (Navrátil, Musil, 2000)

2.3 PROBLÉMOVÉ OBLASTI ŽIVOTA LIDÍ TRPÍCÍCH PANICKOU PORUCHOU

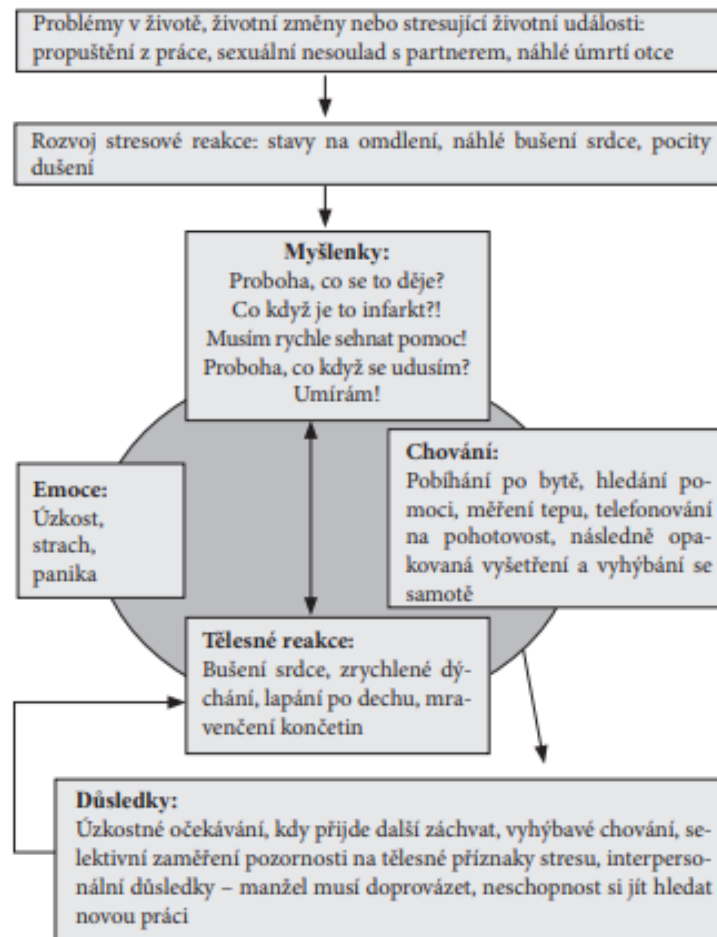
Úzkostné poruchy, a tak i panická porucha jsou mnohdy opomíjeny a brány na lehkou váhu. Může mít však řadu dopadů na sociální i ekonomickou sféru. Objevuje se i riziko invalidity, které sice není tak vysoké, ale uvádí se, že úzkostné poruchy snižují pracovní výkon až o polovinu, což může mít ekonomický dopad (Ulč a kol., 1999, s. 9).

Společenskoekonomický dosah tohoto onemocnění je významným aspektem. Z pozice postiženého jedince je značně omezující, protože v chronické podobě může narušit pracovní způsobilost. Z pohledu zdravotnictví se jedná o onemocnění, které vyžaduje poměrně dlouhotrvající léčbu s vysokými náklady. Panická porucha se tak odráží ve změně kvality života postiženého. (Ulč, 1999, s. 74) Chval (2007, s. 338) uvádí, že u dvou třetin postižených dochází k narušení pracovní schopnosti a partnerských vztahů.

Nemocným se také často dostává nepochopení okolí, a to i nejbližší rodiny, které vede k ještě větší izolaci nemocného a jeho vyhýbavému chování, které je mnohdy důsledkem tohoto onemocnění a odráží se v rodinných vztazích (Honzák, 1995, s. 49-50). Panické porucha vede v důsledku k takzvanému zúžení životního stylu postiženého a mnohdy i celé rodiny (Praško & Prašková, 1998, s. 12).

Lidé, kteří trpí panickými záchvaty a úzkostmi již delší dobu se stávají mnohem sensitivnější k vnímání tělesných příznaků a ty se postupně začínají objevovat ve zcela běžných a nijak náročných situacích. To má za následek to, že se nemocný člověk začíná vyhýbat mnoha místům a strachu z dalších záchvatů se naopak stupňuje. Nakonec se stává, že se nemocný bojí být sám v podstatě kdekoliv, pokud tam není někdo, kdo by mu mohl nějak pomoci. Mezi vyhýbavé chování u panické poruchy můžeme řadit například vyhýbání se určitým místům, kde již záchvat proběhl, to bývá často nějaký dopravní prostředek, nebo nákupní centrum a místům, kde sice záchvat ještě neproběhl, ale není tam snadno dostupná pomoc, to může být v lese, dopravní zácpě, na cestách daleko od domova. Dále se tito lidé vyhýbají také různým fyzicky náročnějším situacím a aktivitám, při kterých se přirozeně objevují tělesné příznaky jako u panických záchvatů. To může být například sport či dokonce sex. Často se tito lidé taky vyhýbají řízení auta, protože by

zde jejich záchvat mohl mít dramatické následky (Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2014, s. 22–24).



Obrázek č. 2: Příklad bludného kruhu agorafobie podle Jána Praška (in Praško a kol., 1997)

Jedním z důsledků panické poruchy a atak je takzvaně zabezpečovací chování. To znamená, že lidé, kteří trpí panickou poruchou se snaží zabezpečit tak, že u sebe pro případ ataky nosí vždy léky na zklidnění, všude chodí s telefonem, aby si případně mohly rychle zavolat pomoc, či přítomnost osoby, které důvěřují (Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková, 2014, s. 25).

Je patrné, že s panickou poruchou a úzkostnými stavy obecně souvisí celá řada problémů v životě. Mnohé problémy existovali již dříve a pouze se podíleli na rozvoji úzkostných stavů. Pod těmito problémy si můžeme představit například různé pracovní, či partnerské konflikty. A některé problémy naopak vznikají jako důsledek onemocnění

panickou atakou, a to může být například ztráta partnera, či zaměstnání (Praško & Prašková, 1998, s. 100).

Praško (1998, s. 100-102) se ve své literatuře zabývá čtyřmi hlavními problémovými oblastmi života, kde se mohou vyskytovat problémy u úzkostných lidí. Jsou to oblasti:

1) Vztahová oblast

- Vztahové problémy jsou jedny z nejtypičtějších pro lid, kteří trpí nějakými úzkostnými poruchami. Mnoho lidí si problémových situací není ani vědoma, nebo jim nepřikládají příliš velkou důležitost. Často se však tyto problémy projevují v různých hádkách a konfliktech ať už s partnery, rodiči, dětmi, či spolupracovníky a dalšími.

Mezi častými situacemi ve vztahových problémech může být například zármutek po ztrátě blízké osoby, nesoulad a problémy ve vztazích, změny důležitých životních rolí či osamělost a ústraní.

2) Výkonová oblast

- Ve výkonové oblasti se jedná o sníženou výkonnost obecně, ať už v práci, při studiu, nebo zvládáním domácnosti. Typický v této oblasti je problém s asertivitou a nadměrné požadavky na vlastní osobu. Velmi časté jsou v této oblasti také potíže s plánováním aktivit, dělby práce, následně odkládání aktivit a chaotické řešení problémů. Mnohdy se setkáváme u úzkostných lidí i s problémy s určením priorit.

3) Prožitková oblast

- V prožitkové oblasti se setkáváme s potíží plně prožívat příjemné aktivity, což může být způsobeno tím, že se jedinec takovým aktivitám nevěnuje, anebo se není schopen z důvodu velké tenze na ně náležitě soustředit. Příčinou těchto problémů může být scházející dovednost relaxovat, což znemožňuje se prožitkům z aktivity poddat, nebo se může stát, že příjemné aktivity v programu jedince nejsou zařazeny vůbec, to může být z mnoha důvodů, například z tlaku povinností, že na příjemné aktivity není čas.

4) Problémy v jiných oblastech

- Můžou však vznikat i problémy, které není možné zařadit do žádné z předešlých oblastí. To může být nedostatek vzdělání, financí, nezaměstnanost, tělesné onemocnění vlastní, či někoho blízkého.

Sociální dopady úzkostných poruch obecně, mohou být tedy zřetelné v celospolečenském rozměru, tak v rozsahu rodiny a blízkého okolí postiženého. Panická porucha může výrazně omezit jedince očekáváním panických atak, kvůli kterým mnohdy podlehne vyhybavému chování, kdy se snaží vyhnout situacím a místům, která by mohla panickou ataku vyvolat, nebo která by byla společensky nepřipustná, případně kde by nebylo možné přivolat lékařskou pomoc. S tímto se mohou pojít časté absence v práci, které mohou vyústit až ve ztrátu pracovního místa. Postižený v důsledku ochromujících panických atak již nemusí stačit na zadané úkoly, nemusí být schopen dané úkoly vykonat v náležité kvalitě jako před tím. Pracovní schopnosti člověka se nijak neztrácejí, ale blokovány úzkostmi. Ve většině případů se také problémy jedince dotýkají i jeho blízkého okolí a rodiny, kdy jsou blízcí lidé nepřímou nuceni do přebírání povinností za postiženého. Dochází často také k tomu, že se upravuje rodinný režim tak, aby byl pro postiženého co nejvýhodnější (Ulč, 1999, s. 9–10).

2.4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO LIDI TRPÍCÍ PANICKOU PORUCHOU

V této části se věnuji rozdělení jednotlivých druhů sociálních služeb. Ze služeb vybírám a popisuji pouze ty, které se domnívám, že by mohly být určeny a nápomocny pro osoby trpící panickou poruchou.

Jedná se o služby, které zákon o sociálních službách⁷ uvádí, že jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením nebo pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení. A dále je člení na:

1) Sociální poradenství

Jedním z druhů sociálních služeb je sociální poradenství, které dělíme na základní a odborné. Mezi základní činnosti této služby patří:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,

⁷ Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, § 38-70

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2) Služby sociální péče

Ze služeb sociálních péče jsou to: osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a průvodcovské a předčitatelské služby.

3) Služby sociální prevence

Ze služeb sociální prevence jsou pro osoby se zdravotním postižením určeny služby rané péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a sociálně terapeutické dílny. Poslední v zákoně uvedenou sociální službou je také služba sociální rehabilitace. U této služby není služba nijak specifikována cílová skupina, ale z jejího popisu vyplývá, že by mohla být určena i pro lidi se zdravotním postižením. Cílem služby je rozvoj specifických dovedností a schopností, posilování návyků a nácvik činností, nezbytných pro samostatný život, dosáhnout samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob.

3 METODOLOGIE VÝZKUMU

V teoretické části mé práce jsem se věnovala vysvětlení, co je panická porucha, jak se projevuje, jaké komplikace může toto onemocnění přinášet. Poukázala jsem také na problémové oblasti života, se kterými se lidé postižení panickou poruchou během svého života mohou potýkat a naznačila možné sociální dopady na jejich život. Tyto problémy nemusí být pravidlem u každého jedince.

Oravová (2009, s. 63) ve své práci zmiňuje, že „*společenský zájem o oblast sociální práce s lidmi duševně nemocnými je u nás stále nedostatečný. Není zde stále dostatečně rozvinutá síť kompenzujících služeb a spektrum nabízených služeb je dosti omezené*“.

V praktické části své práce chci zjistit, jaké má toto onemocnění sociální dopady na život jedince a jak lidé s tímto onemocněním využívají sociální služby, jak na tyto aktivity pohlízejí sami nemocní, zda si jsou vědomi toho, že mohou využít i pomoci sociálních služeb k řešení některých sociálních dopadů svého onemocnění.

V této kapitole určím hlavní výzkumnou otázku, dílčí výzkumné otázky, způsob získání dat a způsob jejich následné analýzy.

3.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem mého výzkumu je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: „*Jaké jsou sociální dopady na život jedince a možnosti využití sociálních služeb pro lidi trpící panickou poruchou?*“

Na základě rozhovorů s respondenty chci tedy analyzovat sociální dopady tohoto onemocnění na jejich život a znalost možností využití sociálních služeb, poté chci navrhnout možné formy pomoci sociálních služeb, které by mohly na jejich problémy reagovat.

Uvedená hlavní výzkumná otázka obsahuje dvě dílčí otázky:

A) Jaké sociální dopady má panická porucha na život jedince?

B) Jaké jsou možnosti využití sociálních služeb pro lidi trpící panickou poruchou?

Tyto dílčí otázky mi v závěru pomohou odpovědět na hlavní výzkumnou otázku a umožní mi tak dosáhnout stanoveného cíle.

3.2 VÝZKUMNÝ PŘÍSTUP

Pro účel mé práce jsem si vybrala jako vhodnou výzkumnou strategii kvalitativní výzkum, pomocí něhož je možnost zjistit mnoho informací z poměrně malého vzorku respondentů.

Rákoczyová (in Hora, Suchanec, Žižlavský, 2014, s. 60) popisuje kvalitativní výzkum jako typ výzkumu „*jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace*“.

Kvalitativní výzkum se snaží chápat smysl jednání sociálních subjektů. Nejedná se o takzvané změření určitých parametrů, numerické vyjádření, či nějaké statistické zpracování údajů. Svoji pozornost soustřeďuje spíše na hledání podstatných informací, které pak umožňují vytvořit přesnější představu o podobě sociálních jevů (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001, s. 26–27). Mezi nevýhody této metody však patří potíže se zobecňováním výsledků, které mohou být zapříčiněny kvůli práci s omezeným počtem respondentů nebo, že jsou výsledky výzkumu snadněji ovlivnitelné výzkumníkem a jeho osobními preferencemi (Hendl, 2008, s. 50).

Tento typ výzkumu lze použít také v situaci, kdy chceme odhalit další podstatu již provedeného bádání, ovšem z jiného úhlu pohledu a v případě stejného jevu. V tomto případě je však nutné, aby výzkumník dokázal odstoupit od situace a mohl ji tak kriticky analyzovat, aniž by došlo ke zkreslení výsledků výzkumu. Je také žádoucí, aby měl výzkumník dobré komunikační dovednosti, schopnost rychle reagovat a všimnout si podstatných ukazatelů (Strauss, Corbinová, 1999, s. 11).

3.3 TECHNIKA SBĚRU DAT

Pro výzkum jsem použila techniku polo-strukturovaného rozhovoru.

V polostrukturovaném rozhovoru má tazatel předem připravený soubor otázek, které považujeme za stěžejní v rozhovoru. Tazatel však má volnost během rozhovoru klást doplňující otázky (Miovský, 2006, s. 159-160). Miovský (2006, s. 161) dále zmiňuje, že „*možnost kombinace prvků nestrukturovaného i strukturovaného interview*“

činí z metody polo-strukturovaného interview téměř ideální výzkumný nástroj pro oblasti aplikace většiny výzkumných plánů v rámci kvalitativního přístupu. Využíváme-li kreativně možnost volné, přirozené a nenucené komunikace v místech, která to při interview umožňují, je tím možné účastníka motivovat a využít jeho zájmu následně v místech s vyšší mírou strukturace“.

Na základě dvou dílčích výzkumných otázek a dostupné literatury, jsem si vydefinovala soubor témat a otázek, kterým se chci během rozhovoru věnovat. Zajímám se, jaké sociální dopady mělo onemocnění na jejich život, jaké služby využívají a jakou pomoc z oblasti sociálních služeb by uvítali.

Rozhovory se uskutečňovaly v období od září do října roku 2019. Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala v rozmezí 40 minut až do 60 minut. Průměrná délka jednoho rozhovoru byla 55 minut.

Scénář rozhovoru

A – Otázky zabývající se sociálními dopady na život jedince.

1. Jak jste se dozvěděla svou diagnózu?

V této otázce mám za cíl zjistit, kde, případně v jakém zařízení se respondent poprvé setkal s pojmem panická porucha a jak vlastně zjistil, že trpí tímto onemocněním.

2. V čem se změnil Váš život nejvíce?

Cílem této dílčí otázky je zjistit, zda je zde ještě nějaká oblast, kromě výkonové, prožitkové či vztahové, nějak výrazněji změnila, či v ní respondent zaznamenává nějaký dopad tohoto onemocnění.

3. Změnili se nějak vaše zájmy, či koníčky? Jak?

Cílem otázky je se seznámit s dopady na prožitkové hodnoty respondenta. Zda měl nějaký zájem, který v důsledku panické poruchy opustil, nebo naopak našel nějaký nový zájem.

4. Jak vás omezuje panická porucha v práci, nebo přípravě na vaše budoucí povolání?

V této otázce bych se ráda s respondentem seznámila trochu a dozvěděla se, zda je student, či pracující, nebo poživatel důchodu. Cílem otázky je zjistit dopady onemocnění v oblasti výkonu respondenta.

5. Jak nemoc ovlivnila váš partnerský život?

Pokud partnera nemají, tak bych se zaměřila i na otázku, zda je panická porucha nějak ovlivňuje s hledáním partnera a seznamováním.

6. Změnili se nějak vaše sociální vazby s okolím, či rodinou? Jak?

Otázka číslo 9 a 10 má za cíl se zaměřit na vztahové hodnoty respondentům vůči okolí, v čem vnímají změny ve vztazích s okolím, rodinou či partnery.

B – Otázky zabývající se využíváním sociálních služeb.

1. Jakou formou se léčíte?

Touto otázkou mám za cíl zjistit, jak se respondent léčí, jaké formy léčby využívá a zda se již setkal například i s poskytováním sociálních služeb v souvislosti s onemocněním.

2. Využil/a jste někdy služby sociálního pracovníka? Víte, k čemu je role sociálního pracovníka a jak by vám mohl pomoci?

Zde je mým cílem zjistit, zda se respondent setkal v rámci řešení svých potíží se sociálním pracovníkem a zda ví, jak by mu mohl sociální pracovník pomoci.

3. Jaké služby využíváte? K čemu Vám pomáhají, případně víte, jak by Vám takové služby mohli pomoci a v čem? Chybí Vám něco, co byste od těchto služeb očekával/a?

V této dílčí otázce je cílem zjistit, zda respondent využívá nějakých sociálních služeb, co mu poskytují, v čem mu pomáhají, případně co postrádá.

4. Co Vám pomáhá s vypořádáváním se s panickou poruchou?

Poslední dílčí otázka má za cíl zjistit, co respondentovi pomáhá při zvládnání a vypořádávání se s panickou poruchou. Tuto otázku pokládám proto, že se domnívám, že by na nějaké z jeho potřeb mohla reagovat právě sociální služba.

3.4 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU

Pro výběr svého výzkumného vzorku jsem využila metody sněhové koule.

Tato metoda bývá jednou z nejčastěji používaných technik v oblasti kvalitativních metod. Jedná se o kombinaci účelového a prostého nahodilého výběru. Základem pro tuto techniku je získání kontaktu na první vlnu účastníků výzkumu. Ta se může uskutečnit prostřednictvím výběru respondentů přes instituce, nebo na základě předchozích kontaktů výzkumníka. Tento výběr byl podmíněn nutností nalézt osoby trpící již diagnostikovanou panickou poruchou. Této fázi říkáme nultá. V první fázi se setkáváme s potenciaálními respondenty, které nominovali účastníci nulté fáze. Na základě deskriptivních charakteristik zjišťujeme, zda jsou vhodnými kandidáty pro výzkum. Tento proces je následně opakován až do bodu, kdy dosáhneme saturace dat. Definitivní podoba sněhové koule je tedy vytvářena průběžně a lze ji proměňovat v závislosti na potřebě (Miovský, 2006, 131–132).

V mém případě jsem v tzv nulté fázi oslovila členy facebookové skupiny, kde se sdružují lidé s tímto onemocněním. Podmínkou účasti ve výzkumu bylo, že respondenti mají být pouze ti, kteří již diagnózu panické poruchy mají stanovenou psychiatrem a žijí v Olomouckém kraji. V této fázi se uskutečnili rozhovory s dvěma respondenty, kteří mi předali doporučení na další možné kandidáty. Takto jsem získala další dva respondenty. Časově jsem se snažila maximálně přizpůsobit dotazovaným. Rozhovory probíhaly v Olomouci a okolních městech. Trvaly zhruba 45-60 minut.

Tabulka č. 1 Základní deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru

Výzkumný vzorek ⁸	Pohlaví	Věk
Eva	Žena	56 let
Marie	Žena	44 let
Hana	Žena	24 let
Petr	Muž	22 let

⁸ Pro zachování anonymity byla respondentům přiřazena fiktivní jména.

3.5 ETICKÉ OTÁZKY VÝZKUMU

V každém výzkumu se setkáme s etickými otázkami. Je nutné zvažovat důsledky svého výzkumu. Zejména uveřejnění závěrů, by mělo patřit k náležitostem každého kvalitativního výzkumu, který zkoumá člověka a jeho působení (Švaříček, Šed'ová, & kol., 2007, s. 43)

Na základě této skutečnosti bylo pro realizaci samotného výzkumu nutné, aby dotazovaní byli ochotni podepsat informovaný souhlas. Před začátkem rozhovoru jsem však všechny respondenty ujistila o tom, že veškeré informace, které mi poskytnou, nebudou nikde šířít, že budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce a budou v ní dostatečně anonymizovány. To znamená, že nikde nebude uvedeno jejich jméno, ani bydliště.

Všichni respondenti byli již při oslovení seznámeni s obsahem mé práce a záměrem mého výzkumu. Dále jsem je také ujistila, že mohou svoji účast na výzkumu kdykoliv přerušit. Během rozhovoru jsem vždy včas upozornila na zapnutí a vypnutí nahrávacího zařízení na začátku a na konci rozhovoru.

3.6 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT

Pro analýzu získaných dat jsem využila principů teoretické tematické analýzy.

Tematickou analýzu lze použít ke spojení zdárně neslučitelných materiálů tak, aby pospolu dávaly smysl na základě společných témat. Tato analýza je často využívána k analyzování a získání kvalitativních informací o osobě, skupině, určité situaci, organizaci či kultuře (Komori, 2016).

Braun a Clark (2006, 100–103), tvrdí, že orientace v dosavadní literatuře o tématech může napomocet ke zlepšení schopnosti analýzy, které by díky absenci znalosti literatury byly přehlédnuty.

Součástí analýzy je také kódování. Kódování se uskutečňuje ve třech stupních. Prvním je otevřené kódování, ve kterém dochází ke kategorizaci dílčích pojmů. Snažíme se tedy o rozlišení pojmů, a na jejich základě vytváříme nové kategorie či subkategorie, které by měly být pojmenovány adekvátními, a co nejvíce přesnými a specifickými názvy. Jednotlivé kategorie poté zahrnují náležité vlastnosti a jejich dimenzionální umístění na škále. Druhým stupněm je axiální kódování, ve kterém dochází k vytváření

vzájemný vazeb mezi jednotlivými kategoriemi a subkategoriemi, a tím i ke zcela novému uspořádání. Snažíme se o nalézání vztahů a jejich popisu s ohledem na další aspekty jako jsou vlastnosti, jednání, interakce a následky. V posledním, selektivním kódování, se jedná o vytvoření centrální kategorie, kolem které se sjednocující všechny ostatní kategorie (Miovský, 2006).

Cílem mého výzkumu však není objevení teorie, proto využívám kódování pouze prvního a druhého stupně, tedy otevřené a axiální.

Převedení dat netextové povahy do povahy textové je prvním důležitým krokem, který nazýváme transkripce (Miovský, 2006, s. 205).

Všechny rozhovory, jak jsem již zmínila, byly nahrávány se souhlasem účastníků výzkumu na diktafon. Nejprve jsem se tedy věnovala jejich doslovné transkripci. Následně jsem si přečetla všechny rozhovory v řadě a již při pročítání jsem si vytvářela písemné poznámky. Po tomto kroku jsem přecházela k hledání prvotních kódů. Poté jsem si vystříhovala a roztřídila jednotlivé odpovědi všech účastníků výzkumu a začala hledat zastřešující témata – kategorie, která by se vztahovala k mým dílčím výzkumným otázkám. Následně jsem provedla kontrolu, zda získaná témata odpovídají kódovaným extraktům. Dále jsem se věnovala dalšímu rozdělení do tzv subkategorií, které by mi pomohly později lépe a přehledněji interpretovat získaná data.

4 ANALÝZA DAT

Při prezentování výsledků mého výzkumu budu postupovat tak, že popíši kategorie a subkategorie, které se vztahují k mým dílčím výzkumným otázkám. Při prezentování výsledků budu uvádět fiktivní jména účastníků rozhovoru, které jsou uvedeny v tabulce v podkapitole popisu výběru vzorku. Názvy jednotlivých podkapitol budou odpovídat jednotlivým kategoriím a subkategoriím, které byly vytvořeny při otevřeném kódování. Pro větší validitu prezentovaných výsledků doplňuji citace z rozhovorů. Zmíněné citace jsou uvedeny kurzívou.

1. Sociální dopady

- a) Zjištění
- b) Pocity
- c) Dopady
 - Prožitková oblast
 - Výkonová oblast
 - Vztahové oblast

2. Adekvátní pomoc

- a) Léčba
- b) Sociální služby
- c) Očekávaná pomoc

4.1 SOCIÁLNÍ DOPADY

V této kategorii se zaměřuji na sociální dopady, které mi respondenti zmiňují v rámci rozhovorů. Nejprve se zaměřuji na samotné období zjištění diagnózy panické poruchy a následné pocity respondentů. Dále se v rámci této kategorie věnuji třem hlavním problémovým oblastem života, se kterými se lidé nejen s úzkostnými poruchami mohou potýkat, je to prožitková, výkonová a vztahová oblast.

4.1.1 ZJIŠTĚNÍ

Vzhledem k faktu, že výzkumný vzorek zahrnuje pouze účastníky s již diagnostikovanou panickou poruchou, mám v rámci této subkategorie za cíl zjistit, kde, případně v jakém zařízení se respondent poprvé setkal s pojmem panická porucha a jak

vlastně zjistil, že trpí tímto onemocněním. Někteří z respondentů, se s prvními příznaky setkala již v dětství.

„V dětství jsem mívala panické epizody, ale přičítalo se to v podstatě tomu, že jsem byla neurotické dítě, jak mi bylo řečeno, a že jsem víceméně citlivější, vnímavější“.
(Eva, 56 let)

„První příznak, první ataku jsem měla ve 12 letech, v době rozvodu mých rodičů a tenkrát byl první náznak lékařky, že by to mohlo být psychického rázu, ale nepadla teda přímo ta diagnóza. To bylo později, kdy jsem se opravdu zmítala v atakách, netušila jsem o co se jedná a dostala jsem se na kliniku“. (Marie, 44 let)

K prvnímu stanovení diagnózy se dostávají až mnohem později. Diagnostice panické poruchy, dle výpovědi respondentů, předchází dlouhé pátrání a mnohdy i nespočet vyšetření u interních lékařů a několik výjezdů záchranné lékařské služby.

„Že jde o panickou poruchu, jako o diagnózu, tak to až v těch 44 letech po 2 letech mého intenzivního soukromého pátrání. Stalo se mi vlastně, že ke mně přistupoval zdravotnický personál jako k hysterické osobě, nikdo mi to na rovinu neřekl. Až vlastně po dvou letech to se mnou už někdo psychicky nevydržel a řekl mi, abych navštívila psychiatra.“ (Marie, 44 let)

„O co jde jsem se dozvěděla v podstatě, až když mi bylo 44 let poté, kdy ve 42 letech to vypuklo po docela traumatizujících asi dvou třech letech po porodu čtvrtého dítěte, po velmi těžké životní situaci, kdy to vypuklo v plné míře. V podstatě až jsem navštívila psychiatricku, která léčila mého muže z alkoholismu, tak tam jsme vlastně přišly na to, že to, co se mi děje, není žádná neurastenie, ani nějaké emoční výbuchy apod., ani hysterie, ale že jde přímo o diagnózu panické poruchy.“ (Eva, 56 let)

„Já jsem dostal nejdřív epileptickéj záchvat, pak jsem začal být asi takový jako úzkostnější. No a jednou jsem dostal záchvat paniky. To se opakovalo několikrát až jsem skončil u psychiatricky“. (Petr, 22let)

Jedna z respondentek se svou možnou diagnózu dozvídá již dříve. A popisuje, že se k určení diagnózy dostala až mnohem později, kdy ji ataky již přiměly i navštívit psychiatra.

„Já už jsem to věděla dlouho, prostě jsem si to vyhledala na internetu jednoduše. Nejdříve jsem zkoušela nějaké kapky s bylinkami, ale to nepomáhalo, přicházelo to

jako ve vlnách, někdy to šlo a někdy to bylo horší. Jednou už jsem to nevydržela a objednala jsem se k psychiatrovi“. (Hana, 24)

4.1.2 POCITY

V rámci pocitů respondenti zmiňují problémy s přijetím psychiatrické diagnózy.

„Odmítáte přijmout, že jde o ty panické ataky, odmítáte naprosto přijmout, že je to psychická záležitost. Strašlivě jsem se tomu bránila a odmítala přistoupit na to, že se mi něco stalo. Nebo jak někteří řekli, vlastně se mi nic neděje.“ (Marie, 44 let)

U výpovědi respondentky Marie se vyskytuje i známka stigmatizace ze strany okolí. S tímto problémem se pak setkávám i u další z respondentek.

„Nemůžete o tom říct každému, málo kdo to pochopí, já jsem zažila situace, kdy jsem byla v nemocnici na vyšetření před operací a tam se vás ptají co berete za léky a tak a já jsem řekla, že trpím panickou poruchou a sestřička říká, aha, takže hysterák. Já říkám, ne, já nejsem hysterická, já trpím panickou poruchou, a ona říká, no to je pro nás hysterický záchvat. Ona se jen otočila a říkala pane doktore, prosím vás, máme tady další hysterák, takže tak asi.“ (Hana, 24 let)

Dále jsem se zabývala pocity, které respondenti prožívali. Jak vyjadřují pocity na počátku tohoto onemocnění.

„Totálně mě to odstřelilo. V podstatě, pokud to propukne v téhle velké míře, tak vás to vyhodí z kolejí. Nechci to bagatelizovat, ale je to totéž, jako když v té první fázi se to dá přirovnat, jako když přijdete o nohu nebo oči. Je to strašné.“ (Eva, 56 let)

„Já jsem se cítila jak po porodu svého největšího dítěte, ten měl čtyři a půl kila.“ (Marie, 44 let)

Jak již bylo zmíněno, někteří na stanovení své diagnózy čekali i několik let. To potvrzuje i výpověď dalšího respondenta. Nejhorší fáze pro respondenty však byla ta, kdy neměli tušení o diagnóze, měli hrozná pocity, které si často interpretovali jako srdeční infarkt například, a nevěděli, co se s nimi děje.

„No nejhorší je období, kdy vlastně vy nevíte, co se s vámi děje. To období může být jakkoliv dlouhé.“ (Petr, 24 let)

4.1.3 DOPADY

Onemocnění panickou poruchou může mít mnoho sociálních dopadů. Pro zpřehlednění a roztrídění získaných dat volím rozdělení do tří podkategorií, které zahrnují prožitkovou, výkonovou a vztahovou oblast. U většiny respondentů se objevují problémy ve všech třech oblastech. Shrnutí všech tří oblastí vystihuje i výpověď jedné z respondentek.

„Zavřelo mě to úplně, vlastně dá se říct, že mi panika sebrala velkou část života, plnohodnotného života.“ (Eva, 56 let)

4.1.3.1 Prožitková oblast

V prožitkové oblasti se zaměřuji na dopady na prožitkové hodnoty respondenta. Zda měl nějaký zájem, který v důsledku panické poruchy opustil, nebo naopak našel nějaký nový zájem. Výpovědi respondentů potvrzují zásah do řady prožitkových hodnot. Mnohdy je to vyřadilo i z řady sociálních událostí.

„Já už jsem třeba přišel o hodně tím, že jsem přestal cestovat. Toho lituji, že na tom nejsem schopn nějak zapracovat zatím.“ (Petr, 22 let)

„Takže nejvíc mě to omezilo, vyřadilo mě to z normálního způsobu života. Přestala jsem chodit do kina, do divadla.“ (Hana, 24 let)

„Ve chvíli, kdy jsem byla v akutní fázi nervového zhroucení, depresí a atak, absolutně všechno se upozadilo a nebyla nálada na nic. A je to tak dodneška. Ve chvíli, kdy vidím, že se mi do něčeho nechce, zapnout televizi je problém...mám psa nechce se mi s ním, tak si říkám pozor, začni s tím pracovat, protože něco není v pořádku, můžeš zas někam propadnout. Na tohle je naprosto ideální sport. Opravdu pomáhá.“ (Marie, 44 let)

Jedna z respondentek se začala více věnovat sportu v souvislosti s vypořádáváním se s panickou poruchou. Naopak jiná popisuje, že sport je jednou z věcí, které se věnovat v souvislosti s panickou poruchou nemůže. Objevuje se však změna životosprávy.

„Dobré jsou i sportovní aktivity, ale ty já dělat prostě nemůžu. Někdo nemůže, protože má problém s dechem, tak proces toho dýchacího systému, když se předýcháte, dostanete záchvat a máte hyperventilaci.“ (Eva, 56 let)

„Je tedy pravda, že první jsem okamžitě přestala kouřit, alkohol jsem nepožívala, protože mi nechutnal a mám dítě, ale přestala jsem totálně pít alkohol, protože jsem pochopila, že když jsem si dala třeba asi dvakrát nebo třikrát trochu vína, tak jsem zjistila, že to víno mě uvolňuje. Alkohol v podstatě funguje stejně jako benzodiazepin, uklidňuje, zbavuje úzkosti, ale nějak vnitřně, intuitivně jsem pochopila, že tudy cesta nevede, a že je to přesně to, co nechci.“ (Eva, 56 let)

Dopad v prožitkové oblasti se týká každého respondenta. Každý však zmiňuje trochu jiné aktivity.

4.1.3.2 Výkonová oblast

Výkonová oblast zahrnuje dle výpovědi respondentů hned řadu několika možných dopadů. U jedné z respondentek se objevilo i zanedbání péče o syna.

„Měla problém se zanedbáním povinné výchovy u syna, protože jsem byla v takových stavech, že jsem ho neposílala do školy, protože jsem měla strach, že budu doma sama. Takže jsem chtěla, aby aspoň on se mnou byl doma.“ (Marie, 46 let)

Dva respondenti byli studenti. Panická porucha dle následujících výpovědí omezila do jisté míry i přípravu na budoucí povolání. U jednoho z nich lze reflektovat i nutnost změnit studijní obor a zaměření.

„No ve škole mě to omezilo, zkusil jsem studovat vysokou, ale to jsem po prvním semestru musel skončit. Studoval jsem na lékařské fakultě, už při studiu jsem měl občas problém. Nakonec jsem to ukončil a přestoupil na jiný obor, nedovedu si představit, jak bych mohl pracovat jako lékař. To bylo pro mě hrozný, dneska už to vidím jinak, ale tehdy to pro mě byla velká prohra.“ (Petr, 22 let)

U druhé respondentky, studentky, se objevuje i představa o problematice výkonu práce. Objevuje se strach ze selhání.

„No neumím si představit, že bych pracovala třeba ve fabrice a tam kdybych měla záchvat a musela odejít. To by pak kvůli mně neměli další dva lidi práci, kvůli tomu výpadku.“ (Hana, 24 let)

U starších respondentů již můžeme reflektovat problémy s výkonem práce, nebo naopak problém s dopravou do práce. Nejčastěji však všichni respondenti zmiňují, že

nejsou schopni práce ve větším kolektivu lidí. Z výpovědí je však patrné, že jsou i možnosti, jak lze tyto problémy řešit.

„Znám lidi, kteří berou antidepressiva jsou schopni fungovat, normálním pracovním procesem, záleží také asi v jaké profesi pracují. Já jsem byla na mateřské a pochopila jsem, že do korporátu se vrátit nemůžu, v té fabrice bych to nezvládla. Já jsem to tehdy vyřešila tak, že jsem si prostě vyřídila živnost. Měla bych problémy do té práce docestovat. Já jsem byla na mateřské, ale musela jsem uživit rodinu, když manžel byl na léčbě, malovala jsem kraslice.“ (Eva, 56 let)

„My jsme s mužem měli společnou firmu, takže většinou jsme do té práce jezdili autem spolu. Takže v tomhle směru tam asi ne tolik. Samozřejmě to byl takovej úhybný manévr. Kdybych musela sama dojíždět do někam zaměstnání tak určitě už bych nedojížděla.“ (Marie, 44 let)

Analyzovala jsem i negativní dopady na finanční situaci. U obou starších respondentek se objevuje finanční závislost na manželovi. V této situaci se může prolínat jak výkonová, tak i vztahová oblast, které se konkrétněji budu věnovat následně.

„Tak pokud zůstanete dlouho v pracovní neschopnosti, tak se to určitě projevuje i v příjmu. Já jsem tehdy ještě byla vdaná, takže jako svým způsobem to suploval muž. a já jsem si hned po mateřské vyřídila živnost, kdy jsem věděla, že kolik stihnu udělat, tolik udělám, takže zas až tolik mě to neovlivnilo, více mě to pak zasáhlo po týhle stránce až když manžel odešel. To bylo tím faktorem, co nás uvedlo s dcerkou do finanční krize. Já jsem se chtěla nechat zaměstnat, ale to byl problém, to prostě nešlo.“ (Eva, 56 let)

Jedna z respondentek potvrzuje i to, že jí nemoc vyřadila z pracovního procesu natolik, že zažádala i o invalidní důchod.

„Lítáte po doktorech, jste na neschopence, ta taky není nijak moc velká, že. A někteří opouští zaměstnání, protože to nezvládají. To prostě pokud nezabírají ty prášky, tak to s váma psychiatr nevyřeší. Dneska pobírám invalidní důchod na panickou poruchu.“ (Marie, 44 let)

Jedna z respondentek popisuje i zkušenost svých přátel.

„Jeden byl kamionák, ten se oběsil, ten to nezvládl, tak prostě musel z kamionu pryč. Jedna žena, s kterou jsem si také chvíli psala, ta měla pět dětí a byla

dlouhodobě právě na neschopence a bez příjmu a ta se teda taky zabila. Taky měla panickou poruchu. Další kamarádka, tam manžel rozjžděl živnost a ty měli nějaké úspory a tam to nějak utáhli, ta strávila půl roku po psychiatriích, tam kdyby ale manžel nesuplovat finanční jako zázemí tam by to dopadlo strašně špatně. Takže ono vás to vyřadí jako.“ (Eva, 56 let)

4.1.3.3 Vztahová oblast

Při panické poruše se často objevuje i tzv zabezpečovací chování, kdy se člověk snaží si zajistit pomoc, kdyby se jeho stav zhoršil. Již bylo možné analyzovat, že může dojít i k zanedbání péče u dítěte. Někdy však člověk vyžaduje přítomnost partnera, nebo někoho blízkého, mít možnost někomu zavolat. Tyto nároky mohou negativně ovlivnit vztahy s okolím. Jak se potvrzuje v analýze, panická porucha velmi výrazně ovlivňuje partnerský život.

„Bála jsem se a když třeba byl manžel doma tak jsem chtěla, aby byl vyloženě doma, on nechodil nikam ven.“ (Marie, 24 let)

„Manžel odešel. Nás to v podstatě zdecimovalo. Mě zničilo to, že manžel pil a de facto uvedl mě do takového to stavu jako, protože to už byla v podstatě taková třešnička na dortu. Manžel absolvoval tři protialkoholní léčby v průběhu pěti let, pak odešel s mladší ženou. My jsme se rozešli v klidu jako, ale já si myslím, že toho měl plné zuby. Protože já jsem byla tedy, když on se vrátil, já jsem šla do pádu jako jo. Já už jsem to poté jeho druhé léčbě nezvládla, ten organismus prostě reagoval tak jak reagoval no.“ (Eva, 56 let)

„Myslím, že z 80 % to bylo u přítele následkem té panické poruchy, ono už ho to prostě nebavilo, měl toho dost. On říkal, že mu dělá zle když se dívá na to, jak trpím. Mě bývalo strašně špatně, já jsem ty záchvaty mívala a mám stále občas šílené, no tak jak všichni. Ta protistrana na to prostě buď nepřistoupí, nebo to nechápe, nebo to bagatelizuje.“ (Hana, 24 let)

Z předchozí výpovědi lze analyzovat i to, že se setkávají ve vztazích s bagatelizací jejich problémů. To může vzbuzovat nedůvěru a narušit vzájemné soužití. To potvrzuje i následující výpověď.

„Já jsem pak měla partnera a my jsme se rozešli, protože jako po pár záchvatech jako on my vždycky řekl: nechceš mě naštvat, že ne, není ti blbě, že ti není blbě.“

A byl velmi nepříjemný. Ten partner, pokud není opravdu chápavý a vnímavý a není empatický tak bývá to důvod k rozchodu.“ (Marie, 44 let)

Vztahová oblast se však netýká pouze partnerských vztahů, ale i dalších sociálních vazeb, jako je například rodina a přátelé. Jeden z respondentů však nezaznamenává žádný vážnější dopad v této oblasti.

„Partnerský život, tak to nevím, ten jsem ještě žádný neměl. Mám dobrého kamaráda, ten má stejnou poruchu, on to měl hodně těžké. A rodiče? No, ti mě podpořili vždy, ale myslím si, že jsou prostě unavení někdy, že se taky zeptají jako co se děje, ty máš ty svoje tiky zas?“ (Petr, 22 let)

Jedna z respondentek odpověď nevedla, protože v období, kdy u ní panická porucha propukla, tak již neměla ani jednoho z rodičů naživu. U dalších dvou respondentů byli výpovědi odlišné.

„Moje rodina, což jsou moji rodiče třeba, ti to nikdy nepřijali. Ani o tom nesmím mluvit. Já jsem chtěla s maminkou mluvit o tom, o tom, kdy se vzali ty moje záchvaty už paniky v dětství a moje maminka to odmítla o tom semnou mluvit.“ (Hana, 24 let)

„Ne. Maminka má vlastně to samý, ta se s tím léčí taky.“ (Marie, 44 let)

4.2 ADEKVÁTNÍ POMOC

Doposud se analýza dat dotýkala především sociálními dopady na život respondentů, které souvisejí s onemocněním panickou poruchou. Na základě identifikovaných problémů jsem analyzovala i zkušenosti či potřebu sociální pomoci a služeb.

Nejdříve mě zajímalo, jaké služby či pomoc byla jednotlivým respondentům poskytnuta a jaké již využili. Dále se ptám po jejich potřebách, které by jim pomohly v řešení dopadů onemocnění na jejich situaci.

4.2.1 LÉČBA

V rámci rozhovorů jsem se také zaměřovala, jak se respondent léčí, jaké formy léčby využívá a zda se již setkal například i s poskytováním sociálních služeb

v souvislosti s onemocněním. Z následujících dat lze analyzovat, že všichni respondenti prošli farmakologickou léčbou.

„Měla jsem to takový vzestupný. Začala jsem na psychologovi a skončila jsem u psychiatra.“ (Marie, 44 let)

„Já beru ty serotoniny. Já to vždycky beru pravidelně a pak začnu zapomínat.“ (Hana, 24 let)

Poslední výpověď se liší od předchozích tím, že respondentka uvádí léčbu farmaky, ale pouze benzodiazepiny. Léčbu antidepresivy odmítla po neúspěšném pokusu.

„Zkoušeli jsme tedy po dohodě nastavit léčbu, ale po první zkušenosti s antidepresivy, jsme od toho upustily, protože to nemělo smysl, to nešlo. Mně ty léky vyvolaly ještě horší stavy, než jsem měla před tím a od té doby jsem nebyla schopná nic pozřít, takže vlastně až po mnoha a mnoha letech. dnes ji nenavštěvuji, jenom sporadicky třeba jednou za měsíc, protože jsem se rozhodla s tím problémem se nějak poprat sama.“ (Eva, 56 let)

„Já neberu žádné antidepresiva, ale bohužel teda mám závislost na lexaurinu, beru jednu pilulku denně, beru ji už asi 12 let, konzultovali jsme to s lékařem, to mi napsala nějaká lékařka s tím ať si to prostě vezmu, jakože to prostě bere každý a že kdykoliv s tím můžu zas praštit, neřekla mě už ale že to má nějaká rizika a když jsem chtěla po dvou měsících vysadit tak to nešlo. Několikrát jsem to oplakala a konzultovala s lékaři s psychiatrem, co s tím dělat, jak to řešit, jak pokračovat dala dospěli jsem k jedné jediné věci, že tři miligramy jsou ještě v normě, kritická hranice jsou 4,5 mg, já ho nezneužívám, beru pořád jen tu jednu piluli, nenašli jsem jiný způsob, já už jsem pak žádné pokusy nechtěla dělat.“ (Eva, 56 let)

Ve výpovědích se objevují i jiné formy léčby jako například spolupráce s psychologem, návštěva psychoterapií. Z rozhovorů však lze vyvodit, že největší důraz přikládají respondenti právě farmakologické léčbě a svěřují se do péče psychiatrů. Menší důraz je pak kladen ze strany dotazovaných na léčbu formou psychoterapie. Jeden z respondentů přímo vyjadřuje názor, že léčba formou psychoterapie se mu zdá, dle jeho slov, neefektivní.

„Já jsem chodil k psychologovi, to mi přišlo neefektivní, přišel jsem si jak když tam něco přednáším, jakože jí tím zbytečně zatěžuju, občas na to řekla svůj názor, tak se léčím jen u psychiatra, už čtyři roky.“ (Petr, 22 let)

„K psychologovi, jo, účastním se takových setkání ve skupině. Ale tam si spíš jen povídáme.“ (Hana, 24 let)

K oblasti léčby lze z předchozích výpovědí říci, že se respondenti vyhledávají nějaké rychlé řešení svých obtíží, což je pochopitelné. Zdá se však, že mají nízké povědomí o propojení těchto dvou léčebných metod.

4.2.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Mým cílem bylo v rámci mého výzkumu analyzovat, zda se respondenti setkali v rámci řešení svých potíží s nabídkou využívání nějaké sociální služby, nebo sociálním pracovníkem a zda ví, jak by mu sociální služby mohly pomoci. Z výpovědí lze analyzovat velmi nízké povědomí o práci sociálního pracovníka a role sociálních služeb. Nejprve jsem se dotazovala na to, zda ví o někom, nebo nějaké službě, která by jim mohla pomoci řešit jejich situaci a negativní dopady této nemoci na jejich život.

„Tak sociální pracovník, ten se spíš stará o ty důchodce v domovech, to skutečně nevím, jestli by mi takový člověk mohl teď pomoci nějak.“ (Hana, 24 let)

„No já mám syna se sluchovou vadou, takže já o sociální věcech jako vím. Ale nevím, jak by mohli nějak pomoci mě.“ (Marie, 44 let)

„Nevím, já jsem se s tím osobně nesetkal. Víš tomu já moc nerozumím, jako přesně. U jiných lidí si to dokážu přestavit, jako asi nějaká ta asistence to je.“ (Petr, 22 let)

Jedna z respondentek se zmiňuje, že se v nepříznivé životní situaci v důsledku onemocnění snažila vyhledat pomoc v oblasti sociální pomoci.

„Vůbec netuším, já jsem se v minulosti obrátila na sociální odbor, s tím, jestli by mi nepomohli jeden měsíc pořešit situaci, že jsem se vrátila z nemocnice, našla jsem si nějakou brigádu, krátkodobou, nějaký přivýdělek, ale tam museli ten ateliér zavřít a já jsem tehdy zůstala bez příjmu. A tak jsem požádala sociální odbor o pomoc.“ (Eva, 56 let)

Respondentka popisuje zkušenost se žádostí o pomoc na odboru sociálních věcí.

„To bylo něco strašného, poté jsem se už nikdy, nikdy neobrátila na žádné úřední osoby o pomoc. Nakonec to dopadlo tak, že mi nabídl pomoc, jeden muž z romské komunity, pro jehož manželku jsem kdysi našla práci, protože to byli slušní cikáni, já jsem se za ně zaručila a našla jsem jí zaměstnání a on po mnoha letech mi nabídl

tehdy pomoc, řekl mi, že mě doprovodí na okresní sociální odbor, kde řekne že je mým přítelem a pomůže mě k sociálním dávkám a k dalším takovým věcem. To jsem tehdy nakonec odmítla.“ (Eva, 56 let)

Často bylo nutné představit respondentům během rozhovoru krátce roli sociálního pracovníka a sociálních služeb, vysvětlit co je náplní a posláním těchto služeb. Následně jsem z výpovědí analyzovala, jaké jsou reakce na tuto nabídku služeb a zda to respondenti považují za něco, co by jim pomohlo usnadnit jejich situaci a sociální fungování.

„Vůbec netuším, že tu je někdo takový, kdo by mi tím mohl poradit nebo jako třeba tak. Ale kdybych to věděla tehdy, tak takovou pomoc bych určitě tehdy přijala. Určitě bych nějakým způsobem touhle cestou hledala řešení.“ (Eva, 56 let)

„Já mám neslyšícího syna, takže znám tuhle sociální problematiku z jiný stránky, řešila jsem věci kolem syna, to chápete. Nenapadlo mě, že to funguje i jinak.“ (Marie, 44 let)

Respondenti z řad studentů uvedli, že v jejich případě neví, k čemu by pomoc využili. Z výpovědí bylo obecně patrné, že jde o studenty, kteří se neocitli tzv bez příjmu například.

„No já to asi nepotřebuju, ale jako u jiných lidí to jo, to si dovedu představit.“ (Petr, 22 let)

„Kdybych neměla zázemí u rodičů a musela pracovat a žít se sama, jako platit nájem každý měsíc, tak to bych určitě potřebovala nějak poradit, nebo pomoci. To nevím, jestli bych zvládla, možná jo, já mám nějaké brigády.“ (Hana, 24 let)

Z analýzy vyplývá, že významnější roli v řešení nepříznivých sociálních situací lidí s tímto onemocněním budou mít sociální služby u lidí v dospělosti, která je spojena i se zajištěním samostatného ekonomického fungování a rodičům končí finanční odpovědnost k dané osobě.

4.2.3 OČEKÁVANÁ POMOC

V souvislosti s touto subkategorií jsem analyzovala představu účastníků výzkumu, jakou pomoc z oblasti sociálních služeb by uvítali, jaká je představa formy pomoci.

„Pomohlo by mi tehdy, kdyby při tom příjezdu z té nemocnice, kdy je člověk rozhozený. Tam bych velice ocenila člověka, s kterým bych mohla mluvit občas,

hlavně je to o komunikaci, my jako panikáři v této situaci nepotřebujeme možná tak fyzickou pomoc, jako podporu. Někdy prostě nemáte fungujícího manžela, nebo rodinu.“ (Eva, 56 let)

„Kdyby ke mě někdo přišel a řekl, tak hele, fajn, jdeme teďko spolu nakoupit, po cestě to probereme aspoň a zkusíme jet autobusem jako co na to řekneš, rozumíte, něco v tomhle smyslu. Prostě to, že někdo přijde v 10 hodin a bude s vám do 12cti. Nebo že vám pomůže něco zařídit, vypsát, zapsat, dělat trošku pomoc popřemýšlet.“ (Eva, 56 let)

Již v první výpovědi zachycuji zakázku pro oblast terénní sociální práce v podobě sociální asistence. Tato zakázka se objevuje i v další výpovědi.

„Tak dokážu si představit někoho, kdo by mi pomohl, no vlastně hlavně někdo, kdo by věděl o co jde jako, co mi je a nemusela bych to vysvětlovat moc. Kdo by mi v tom nejhorším období pomohl, ne že by přišel a dělal věci za mě, ale myslím, kdo by zamnou přišel a šel semnou ven, já bych si zařídila nějaký věci, nakoupila. Když jsem měla záchvat a byla jsem doma sama, tak jsem někdy neměla ani jídlo. Já jsem se bála jít ven. Prostě někdo, kdo by semnou párkrát šel.“ (Marie, 44 let)

U dalších dvou respondentů jsem neanalyzovala potřebu sociálních služeb, ale i u těchto respondentů byla zmínka o představě pomoci. Tato představa u jedné z respondentek reaguje na možnost pomoci ženám, se kterými se setkává ve virtuálním prostředí facebookové skupiny, kde se sdružují lidé s tímto onemocněním.

„Ty ženy na tom internetu popisují třeba, že leží jen, že leží vedle dítěte, já teda nechápu, proč si pořizují děti, ale to je jejich soukromá věc, ale tam píše mladá žena, že už druhý měsíc je schopná pouze ležet vedle svého dítěte. Tam by bylo fantastické, kdyby přišel někdo, s kým ona by si oblékla mimino a šli spolu na hodinu ven. Aby jí zkusil chvíli někdo doprovázet a být s ní. Ona potom další den třeba půjde sama.“ (Hana, 24 let)

„Nevím, jestli to je ta sociální služba, ale já bych ocenil třeba i nějaký místo, kde se lidi můžou potkávat. Nejen v tý skupině na facebooku, ale reálně. Kde budou třeba nějaký workshopy, mohly by tam pokecat. Takovej klub jako. Třeba by tam byl nějaký pracovník, co by jim poradil a i psycholog. Ale že by se tam dalo přijít třeba k večerou a byl tam program, že by ty lidi se tam mohli věnovat něčemu, víš že by tam byli ty stejní lidi, myslím panikáře.“ (Petr, 22 let)

Z výpovědi všech respondentů vyplývá, že by takovou pomoc ocenili, a to zejména v situacích, kdy je nemoc tzv. paralizuje nejvíce a po návratu z léčebných zařízení. Jedná se o situace a momenty, kdy postrádají nějaké podporující sociální zázemí a mají problémy se vyvarovat například finančním problémům v důsledku narušené pracovní schopnosti. Mnohdy se jedná i o potřebu si promluvit s někým zvenčí.

5 DISKUZE

Výzkum byl zaměřen na zjištění sociálních dopadů jedinců v důsledku onemocnění a následné možnosti využití sociálních služeb. Nejprve jsem se zaměřila na samotné zjištění diagnózy panické poruchy u dotazovaných. Z výsledků vyplynulo, že většina účastníků výzkumu se svou diagnózu dozvěděla až u psychiatra, a to až po dlouhém pátrání a pocitech beznaděje. Pouze jedna respondentka se se svou pravděpodobnou diagnózou seznámila již dříve, prostřednictvím informací z internetu, až později jí byla tato diagnóza stanovena psychiatrem.

Na základě analýzy získaných dat jsem zaznamenala u respondentů sociální dopady onemocnění ve všech třech problémových oblastech, které jsem v teoretické části popsala na základě dostupné literatury. Jednalo se o prožitkovou, výkonnou a vztahovou oblast.

V prožitkové oblasti se setkáváme s tzv vyhybavým chováním, které popisují v teoretické části jako následek panické ataky, kdy u postižených dochází k izolaci. Toto vyhybavé chování vyřazuje postižené z řady aktivit, které byli schopni před propuknutím panické poruchy zvládat. Za velmi významnou oblast vzhledem k sociálním dopadům považují výkonovou oblast, kde dochází k výraznému narušení pracovní schopnosti respondentů. Dva z dotazovaných byli studenti, kteří uvádí i určitá omezení v rámci přípravy na budoucí povolání, objevuje se i nutná změna zaměření studia. Respondenti uvádí i jistou finanční závislost na partnerovi, zde se výkonová oblast začíná prolínat i se vztahovou oblastí, ve které se v důsledku nejen finanční závislosti na partnerovi objevuje vyčerpání partnera a narušení partnerských vztahů. V daleko menší míře na základě analýzy dochází k narušení vztahů s rodinou a přáteli.

Mimo tyto oblasti lze však reflektovat i stigmatizaci postižených ze strany společnosti a někdy i zdravotnického personálu. Dochází také k problémům s naplňováním sociálních rolí, jako je například role matky. Z analyzovaných dat je patrné, že je celá řada sociálních dopadů na život jedince, která se mění v závislosti na věku, sociálního a ekonomického statusu osob.

Výše uvedeným jsem, dle mého názoru, odpověděla na svou první výzkumnou otázku, která se ptala právě na sociální dopady na život jedince s panickou poruchou. V návaznosti na tuto první výzkumnou otázku jsem se zabývala i možnostmi využití sociálních služeb, které by mohly usnadnit sociální fungování postižených a být jim

nápomocny v řešení jejich nepříznivé životní situace. Na základě analyzovaných dat jsem dospěla ke zjištění, že účastníci výzkumu těchto služeb nevyužívají v míře, jaké by mohli, a to povětšinou z důvodů neznalosti těchto služeb. Jedna z otázek v rozhovoru se věnovala i zjištění jakou formou se postižení panickou poruchou léčí. Primárně se postižení panickou poruchou soustředí na farmakologickou léčbu a menší význam pak přisuzují psychoterapeutické léčbě. Z této otázky bylo možné zaznamenat, zda se již setkali s rolí sociálního pracovníka například v rámci léčebného pobytu. Pouze jedna respondentka byla hospitalizována, ale neuvedla, že by se setkala s rolí sociálního pracovníka. V případě respondentky je možné, že v době její hospitalizace ještě nebyly tak rozvinuté multioborové pracovní týmy. Cílem mé práce však nebylo zjištění využívání této formy pomoci v oblasti sociální práce, ale sociálních služeb jako takových. Toto zjištění mi však mělo dopomoci se orientovat, zda se vůbec někdo z respondentů setkal s nějakou formou sociální pomoci. Ta samá respondentka měla zájem o pomoc v řešení své nepříznivé situace, ale popisuje svou špatnou zkušenost v souvislosti s žádostí o pomoc na sociálním odboru, že se již dále o možné pomoci neinformovala více.

Z provedené analýzy je tedy zřejmé, že znalost možností využití sociálních služeb je minimální ze strany postižených. Zde si pokládám nyní otázku, proč tomu tak je? Tato otázka by mohla být námětem pro další výzkum, který by se mohl zabývat provázaností zdravotnické a sociální péče v případě lidí s duševním onemocněním, nebo přímo panickou poruchou.

V teoretické části jsem z dostupné literatury vypsal výčet sociálních služeb, které jsou určeny pro lidi se zdravotním postižením, do kterého spadá i panická porucha jakožto chronické duševní onemocnění. Vzhledem k zjištěné neznalosti možností využití sociálních služeb jsem se účastníků výzkumu dotazovala, z jejich pohledů, na představu pomoci ze strany sociálních služeb. Na základě analyzovaných dat a teorie považuji za základní pomoc ze strany sociálních služeb základní sociální poradenství, skrze které by mohl sociální pracovník postiženého odkázat na konkrétní sociální služby a seznámit ho s jeho možnostmi a poskytnout pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Tuto službu v Olomouckém kraji dobře zastává například nezisková organizace InternetPoradna.cz, která pomáhá lidem se zdravotním postižením, osobám pečujícím a seniorům. Mezi nabízené služby patří poradna pro osoby se zdravotním znevýhodněním a seniory, služba sociální rehabilitace Restart a Olomoucká linka důvěry.

Za velkou výhodu v nabízených službách považují i poradenství na internetu skrze tzv iPoradnu a pomoc lidem nacházejícím se v krizi skrze chat, která probíhá díky tzv E-lince. Velmi často jsem se také setkávala s potřebou doprovodů a řešení problémů v oblasti jejich sociálního fungování ve společnosti. Jedna z respondentek i naznačila riziko možné závislosti na této službě, sama však také usměrnila, že by taková pomoc měla být pouze v omezené míře a určitém časovém období a měla motivovat k samostatnosti. Taková služba by sloužila jako opora postiženého během procesu opětovného nabytí sebedůvěry. Na tuto potřebu by mohla velmi dobře reagovat například služba osobní asistence. Služby osobní asistence v Olomouci poskytuje sice řada organizací, ale jsou zaměřeny především na lidi s mentálním, nebo tělesným postižením a seniory. Další zajímavé služby pro tyto osoby poskytuje například Charita Olomouc, která v rámci Střediska psychosociální pomoci sv. Kryštofa a Vincence nabízí služby jako sociálně terapeutická dílna a služby ambulantního charakteru, skrze které nabízí různé programy a činnosti, kulturní akce a výlety, které vedou k rozvoji osobních schopností a pomáhají s navazováním mezilidských vztahů. Tato služba by mohla reagovat i na potřebu setkávat se s lidmi s podobným onemocněním, kterou vyslovil jeden z respondentů. Další zajímavou službou je podpora samostatného bydlení, která si klade za cíl podporovat schopnost uživatelů žít běžným životem v jejich přirozeném sociálním prostředí a vést relativně samostatný život. Jako další vhodnou službu pro lidi s tímto onemocněním bych navrhla služby následné péče, jedná se o ambulantní nebo pobytové služby, které jsou poskytovány osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují. V Olomouci jsou služby tohoto typu zaměřeny převážně na osoby závislé na návykových látkách.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala tématem panická porucha a sociální dopady na život jedince se zaměřením na možnosti využití sociálních služeb.

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat a přiblížit z dostupné literatury co je panická porucha a zjistit do jakých sociálních oblastí jedincům toto onemocnění zasahuje nejvíce, zda jsou si vědomi toho, jaké sociální služby mohou využívat a v čem jim může pomoci sociální pracovník při řešení jejich situace.

V teoretické jsem pracovala s vysvětlením pojmu panická porucha, panická ataka, diagnostika a možnosti léčby. V druhé kapitole jsem se zaměřila na to, do jakých sociálních oblastí může toto onemocnění zasahovat (dle dostupné literatury) a na závěr teoretické části ve třetí kapitole jsem se věnovala i popisu sociálních služeb.

Pro výzkum jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Zkoumaným vzorkem byli respondenti různých věkových kategorií s již diagnostikovanou panickou poruchou z Olomouckého kraje. V závěru výzkumu jsem na základě rozhovorů analyzovala, do kterých sociálních oblastí respondentů onemocnění zasahuje nejvíce. Dále jsem analyzovala, do jaké míry jsou respondenti znalí svých možností využití sociálních služeb a v čem jim může pomoci sociální pracovník. Na konci mé práce je diskuze, kde jsem na základě výsledků mého výzkumu navrhla několik konkrétních služeb, které by mohly být pro lidi postižené packou poruchou vhodné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1] Anthony, M. M. & Stein, M. B., 2009. *Oxford Handbook of Anxiety and Related*. New York: Oxford University Press.
- 2] Braun, V., Clarke, V. 2006. *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2).
- 3] Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. editor Praha: Grada.
- 4] Hendl, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 5] Honzák, R. 1995. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout*. Praha: Maxdorf.
- 6] Honzák, R. 2005. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén.
- 7] Hora, O., Suchanec, M., Žižlavský, M. 2014. *Evaluační výzkum*. Masarykova univerzita. Brno.
- 8] Horecký, J., Tajanovská, A. 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.
- 9] Komori, A. 2016. *Thematic Analysis. Design Research Techniques*. [online] Dostupné z: http://designresearchtechniques.com/casestudies/thematic-analysis/?fbclid=IwAR112sAVUx2cRnkKq0uOtWd50SxPimfsA_a3w3uom6hZP9PStYc0N-Zk_iE [cit. 2010-10-31].
- 10] Kukumberg, P. in Ulč, I. a kol. 1999. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada.
- 11] Matoušek, O. a kol. 2011. *Sociální služby*. Praha: Portál, s. r. o.
- 12] Matoušek, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- 13] Matoušek, O., a kol., 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál.
- 14] Michalík, J. 2008. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. 1. vyd. Praha: NRZP.
- 15] Miovský, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s.

- 16] MPSV: Sociální služby. 2013. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [cit. 2010-10-31] Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=35163C19BA24D82432FDFF2B76353697.node1?SUBSESSION_ID=1573067234104_1 [cit. 14. 10. 2019]
- 17] Musil, L., Navrátil, P. 2000. *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin*. In. *Sociální exkluze a nové třídy*. Brno: Sociální studia 5. Dostupné z: <http://socstudia.fss.muni.cz/dokumenty/080404095539.pdf>
- 18] Oravová, J. 2009. *Sociální fobie a její sociální dopad na jedince*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého. Cyrilometodějská teologická fakulta.
- 19] Poněšický, J. 2012. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
- 20] Praško, J. & Prašková, H. 1998. *Jak zvládat paniku a strach cestovat*. Praha: Grada.
- 21] Praško, J. a kol. 1997. *Panická porucha a její léčba: přehled problematiky a manuál kognitivně-behaviorálního přístupu k léčbě*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- 22] Praško, J. a kol. 2006. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál.
- 23] Praško, J., 2005. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- 24] Praško, J., Vyskočilová, J. Adamcová, K. 2008. *Agorafobie a panická porucha: jak je překonat*. Praha: Portál.
- 25] Praško, J. Vyskočilová, J., Adamcová, K., Prašková, H. 2014. *Agorafobie a panická porucha*. Praha: Portál.
- 26] Reichel, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
- 27] Roger, B. 2013. *Jak překonat panické ataky*. Praha: Grada Publishing.
- 28] Strauss, A., Corbinová, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Postupy a techniky metody zakotvené teorie. Boskovice: Albert.
- 29] Surynek, A., Komárková, R., Kašpárková, E. 2001. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press.

- 30] Švaříček, R., Šed'ová, K. & kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- 31] Tomeš, I. 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál.
- 32] Zákon č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách*.