

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií



Diplomová práce

Bc. Lucie Boudná

**Možnosti uplatnění socioterapie u osob
s duševním onemocněním**

Olomouc 2012

vedoucí práce: PhDr. Lenka Holá, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením PhDr.Lenky Holé, Ph.D. a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 29.3.2012

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucí mé diplomové práce, paní PhDr.Lence Holé, Ph.D. za odborné vedení, za čas, který mi věnovala při konzultacích, cenné rady a podnětné připomínky v průběhu zpracovávání této práce.

Obsah

ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1.1 Vymezení základních pojmů	12
2 OSOBA KLIENTA S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V SOCIÁLNÍ PRÁCI.....	15
2.1 Duševní poruchy	15
2.1.1 Schizofrenie a schizofrenní poruchy.....	16
2.1.2 Afektivní poruchy	19
3 MOŽNOSTI PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	22
3.1 Klasická institucionální psychiatrická péče.....	23
3.2 Systém sociálních služeb	24
3.2.1 Typologie a stručná charakteristika sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním.....	24
3.2.2 Legislativní úprava pro poskytování sociálních služeb	25
4 ZÁKLADNÍ PŘEHLED TERAPEUTICKÝCH MOŽNOSTÍ U OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	27
4.1 Biologická léčba	27
4.2 Režimová terapie	28
4.3 Ergoterapie.....	29
4.4 Arteterapie	30
4.5 Psychoterapie.....	30
4.6 Socioterapie	32
5 SOCIOTERAPIE.....	33
5.1 Vztah socioterapie a psychoterapie.....	35
5.2 Cíle socioterapie	36
5.3 Principy technik socioterapie.....	37
5.4 Fáze socioterapie.....	37
5.5 Nejčastější typy socioterapie	38

6	EMPIRICKÁ ČÁST	40
6.1	VYMEZENÍ CÍLE PRÁCE	40
6.2	Charakteristika a popis vzorku	41
6.2.1	Centrum sociální rehabilitace Amika	43
6.2.2	Centrum sociální rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním Labyrint	44
6.2.3	Denní stacionář pro osoby s psychickým onemocněním Prostějov.....	46
6.2.4	Sociálně terapeutická dílna Kotva	46
6.2.5	Středisko svatého Vincence pro lidi s duševním onemocněním.....	47
6.3	Popis užitých metod.....	49
6.3.1	Metoda analýzy dat.....	49
6.4	Popis vlastního výzkumu	50
6.4.1	Okruhy otázek z výzkumu	51
6.5	Vlastní výsledky	54
6.5.1	Zaměřenost zařízení vzhledem k nabídce činností	54
6.5.2	Určení přínosné techniky	55
6.5.3	Určení nevhodné techniky	56
6.5.4	Přítomnost a nepřítomnost socioterapie v zařízení	56
6.5.5	Konkretizace forem užívané socioterapie.....	57
6.5.6	Doporučení socioterapie	58
6.5.7	Nedoporučení socioterapie	58
6.5.8	Překážky v užití techniky socioterapie obecně	58
6.5.9	Překážky v užití techniky socioterapie v daném zařízení	59
6.6	Diskuse a závěry	60
	ZÁVĚR	63
	Použitá literatura	64

Úvod

S neustále se měnícími socioekonomickými podmínkami a s prodlužováním lidského věku se psychiatrické choroby a jejich význam stávají velmi významnou skupinou onemocnění, o kterých se dokonce, vzhledem k jejich dramatickému nárůstu, hovoří jako o civilizačních chorobách 21. století.

V souvislosti s touto problematikou nám vyvstává na mysli mnoho otázek: jaká je osvěta laické veřejnosti v oblasti duševních onemocnění; jak zdravá populace pohlíží na člověka s psychiatrickou diagnózou; nejsou duševně nemocní vystavováni stigmatizaci; nejsou nenásilně separováni od zdravé společnosti a pokud ano, neprohlubují se pak tímto přístupem příznaky a samotné projevy nemoci; jaké učinila věda pokroky v objasňování příčin vzniku těchto chorob; jaké jsou možnosti a limity duševně nemocného v uplatnění se ve společnosti; jak lidé s duševním onemocněním navazují a udržují vztahy; jak vysoká je šance na uzdravení, či alespoň zabránění návratů atak choroby; v jakém rozsahu je financována péče věnovaná lidem s psychiatrickou nemocí; jak se na financování těchto služeb podílí stát; jak je možné, že na jedné straně společnost vyřadí duševně nemocného člověka z trhu práce a na druhé straně neuzná duševní chorobu jako dostačující pro přiznání příspěvku na péči, kterou pro zvládnání této tíživé situace neodmyslitelně potřebuje; je lidem s duševním onemocněním věnována dostatečně adekvátní pozornost a péče; jakým směrem se ubírá nemocniční péče; je úroveň hospitalizačních zařízení srovnatelná s jinými zařízeními v Evropě; jak jsou výsledky objevů, učiněné na poli psychiatrické vědy (týkající se například objevu mechanismu přenosu informací v mozku, jenž byl oceněn Nobelovou cenou), přijímány odborníky, psychiatry; jaký mají tyto objevy dopad na konečného příjemce, tedy nemocného; jaká je úspěšnost konzervativně zaměřené léčby ve srovnání s novými, moderními pojetími léčby; přináší poznatky vědy na tomto poli snížení utrpení nemocných a s tím i celé společnosti; je pacientům, v případě medikace, nabízeno z široké škály neúčinnějších, nejšetrnějších preparátů, nebo jsou odkázáni pouze na medikamenty farmakologických společností, se kterou jejich ošetřující lékař uzavřel smluvní vztah; nejsou četné vedlejší účinky psychofarmak pro nemocného horší než nemoc samotná; jaké jsou alternativní, či doprovodné postupy k medicínské léčbě; jaké

nelékařské metody, či techniky jsou při péči o osoby s duševním onemocněním uplatňovány; jak dalece jsou tyto různé metody a techniky v případě psychiatrických nemocí aplikovatelné a účinné...?

Mnoho otázek, mnoho dosud ne zcela objasněných oblastí, mnoho témat, která si zasluhují zveřejnění, demaskování a objasnění, mnoho prostoru pro bližší a důkladnější prozkoumání.

Pro účely této diplomové práce jsme se zaměřili na problematiku týkající se nelékařské péče, poskytované v zařízeních ambulantního typu, která nabízejí sociální služby. Konkrétně byla středem našeho zájmu metoda socioterapie, zkušenosti pracovníků s tímto typem terapie a možnosti jejího uplatnění u osob s duševním onemocněním. Z tohoto zájmu vyplynul i cíl celé této diplomové práce, kterým je charakterizovat socioterapii jako jednu z terapeutických možností u osob s duševním onemocněním. Cílem empirické části je zjistit, zda jsou ve vybraných zařízeních, poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, uplatňovány metody socioterapie a dále odkrýt a analyzovat případné překážky, které brání uplatňování socioterapie v těchto vybraných zařízeních.

Práce je standardně rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části vymezujeme některé základní pojmy, přibližujeme osobu klienta s duševním onemocněním, definujeme některé z vybraných typů duševních poruch a stručně charakterizujeme možnosti léčby duševních nemocí, s uvedením některých konkrétních terapií. V empirické části se věnujeme popisu metod, vzorku, na němž byl proveden výzkum a výsledku výzkumu, zaměřeného na získání odpovědí na výzkumné otázky, týkající se aplikace socioterapie, možnosti jejího využití a odhalení překážek v jejím účinném uplatňování.

1 Teoretická část

1.1 Vymezení základních pojmů

Základními pojmy, které jsou pro tuto práci klíčové, jsou pojmy z oblasti psychiatrie, psychologie, sociální práce, terapie a lékařství. V této kapitole uvádíme stručný výčet a charakteristiku nejzákladnějších z nich. Bližší význam a definice některých z těchto pojmů, které považujeme s ohledem na rozsah a účel práce za podstatné, uvádíme dále v textu.

Afektivní poruchy

Afektivní poruchy jsou dle Rabocha třetí nejčastější duševní poruchou, projevující se patologickými změnami nálady (depresivní poruchy, manické epizody, bipolární poruchy). Ve vyspělých zemích jsou nejčastější příčinou ztrát pracovní schopnosti, postihující téměř pětinu populace (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 86, 88).

Ambulantní sociální služba

Je dle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách jednou z forem poskytování sociálních služeb, kdy ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí této služby není ubytování (§33 odst.3 zák.č.108/2006 Sb.).

Duševní poruchy

Pod pojem duševní poruchy, které vyplývají z duševního, neboli psychiatrického onemocnění se, jak uvádí Schreiber (Schreiber a kol., 2009, s.88) dle klasického psychiatrického pojetí zařazují všechny somaticky podmíněné duševní nemoci, ať už vyvolané organickým poškozením mozku, intoxikací, či infekcí, geneticky podmíněnými nemocemi, stavem vyvolaným nadměrnou konzumací alkoholu nebo drog, nebo dosud vědecky neprokázanými somatickými příčinami

(například u schizofrenie nebo maniodepresivní poruchy.). Raboch a Zvolský toto členění dále rozvádějí a rozlišují duševní poruchy dle příčiny vzniku na organické, symptomatické, dle délky trvání na akutní a chronické a z hlediska šíře postižení psychiky je dělí na poruchy s celkovým postižením (například demence a deliria) a na poruchy s parciálním postižením, kam řadí například lehké poruchy poznávání, úzkostné či depresivní poruchy nebo emoční labilitu (Raboch, Zvolský, 2001, s. 145).

Hospitalizace

Jedná se o vícedenní léčbu v lůžkovém, zdravotnickém zařízení u nemoci, kterou nelze léčit ambulantně.

Schizoafektivní porucha

Pavlovský definuje schizoafektivní poruchu jako onemocnění, jež je charakterizováno přítomností schizofrenní a afektivní symptomatiky vyskytující se s charakteristickými projevy u manického, nebo depresivního typu (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 84).

Schizofrenie

Schizofrenii definuje Raboch a Zvolský jako závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Jedná se o psychotické onemocnění, které hluboce narušuje vztah člověka ke skutečnosti, přičemž dochází k takovým změnám osobnosti, které často nemocnému znemožňují pokračovat v životě tak, jak byl zvyklý před propuknutím choroby (Raboch, Zvolský, 2009, s. 227).

V další definici se dočítáme, že slovo schizofrenie pochází z řeckého výrazu schizophrenia, což je možné přeložit jako "rozdělený mozek." K onomu rozdělení nedochází mezi vnitřním já, ale mezi myšlenkami, názory, vnímáním, emocemi, chováním a dalšími funkcemi mozku (Kassin, 2007, s. 606).

Podle Jarolímka je schizofrenie vážná psychóza, při níž nemocný ztrácí kontakt s realitou, nedokáže odlišit fantazii od skutečnosti, jasně myslet a ovládat své emoce. Postihují ho akutní stavy sebeklamu a halucinace, nejčastěji ve formě neexistujících

zvuků, nedokáže prožívat emoce, opouští ho zájmy, upadá do depresí (Jarolímek, 1996, s. 20).

Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách je kategorie z okruhu pracovníků, kterou vymezuje zákon o sociálních službách v §116. Jedná se o člověka, který splňuje požadavky pro výkon této funkce, jenž jsou rovněž definovány zákonem o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů a který vykonává přímou obslužnou péči, nebo základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost, nebo pod dohledem sociálního pracovníka činnosti vymezené §116, odst. 1, písm.d), zák.č. 108/2006 Sb.

Socioterapie

Dle Zakouřilové je socioterapie, neboli sociální terapie specifickým druhem odborné intervence, jejímž cílem je dosahovat přímým i nepřímým působením žádoucích změn v chování klienta a v jeho sociálním okolí, řešit situaci, která bezprostředně ohrožuje klienta a předcházet vzniku rizikového chování i podmínek, které mohou jeho vznik podporovat (Zakouřilová, 2008, s. 7).

Matoušek definuje socioterapii jako soubor opatření sloužících k příznivému ovlivnění stavu a situace osob, které jsou z hlediska vzniku a vývoje negativních jevů rizikové nebo se již ocitly v sociální nouzi (Matoušek, 2003, s. 219).

Psychoterapie

Psychoterapii vymezuje Vymětal jako zvláštní psychologickou péči poskytovanou potřebným lidem, přičemž je považována za samostatný obor s vlastní teoretickou a aplikační stránkou. Předmětem psychoterapie je duševní život člověka, jeho chování a projevy, které však nepovažujeme za optimální a na přání a se souhlasem klienta se je prováděn pokus o změnu tohoto chování. Změna je navozována prostřednictvím metod a ověřených postupů psychologické povahy. Psychoterapie je indikována při prevenci, léčbě i rehabilitaci poruch zdraví (Vymětal, 2003, s. 11).

2 Osoba klienta s duševním onemocněním v sociální práci

Název „duševní onemocnění“ je označení pro širokou skupinu závažných psychických chorob a z nich vyplývajících poruch, jež bývají někdy též souhrnně nazývány psychózy. Tato onemocnění se vyznačují poruchami myšlení, chování a prožívání člověka, což velmi ztěžuje jejich fungování v běžném životě. V péči o osoby s duševním onemocněním se uplatňuje a prolíná více oborů, neboť jak Mahrová poukazuje, v pomáhajících profesích už je zakotvený pohled na jedince jako na bytost biopsychosociální, a proto by v týmech, které pečují a starají se o lidi s duševním onemocněním měly být zástupci všech těchto jednotlivých oborů (Mahrová, 2008, s. 69).

Specifika duševních onemocnění způsobují u takto zdravotně znevýhodněných osob, že se velmi často sociálně izolují, což jim brání a ztěžuje podmínky pro budování či upevňování nezbytných mezilidských vztahů. Pomoc v řešení tohoto problému bývá stěžejní myšlenkou a hlavním cílem zařízení, poskytujících sociální služby, které jsou postaveny na prvcích psychosociální rehabilitace. Tyto instituce plní funkci návazných služeb komunitní péče o osoby propuštěné, či léčené mimo zdravotnická, psychiatrická zařízení. Jedná se o denní stacionáře, centra denních aktivit, sociální centra, kluby či poradny pro osoby s duševním onemocněním.

2.1 Duševní poruchy

Duševní, nebo také psychické poruchy tvoří značnou skupinu onemocnění, která jsou označována pojmem psychiatrická onemocnění. Podle mezinárodní klasifikace nemocí se tato onemocnění dělí do několika kategorií:

- organicky podmíněné duševní poruchy,
- duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek,
- schizofrenie,
- afektivní poruchy,

- úzkostné poruchy a poruchy vyvolané stresem,
- disociativní poruchy,
- somatoformní poruchy a jiné neurotické poruchy,
- poruchy příjmu potravy,
- neorganické poruchy spánku,
- sexuální poruchy,
- poruchy osobnosti,
- návykové a impulzivní poruchy,
- mentální retardace (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 10).

Duševních poruch je široká škála, nelze je zde tedy všechny specifikovat, což není ani účelem této práce. Podrobnější obeznámení bude pouze s některými duševními nemocemi, a to s těmi, které se nejčastěji vyskytují u uživatelů využívajících služby, které ve své nabídce základních činností mají zahrnuty sociálně terapeutické činnosti. Ve výčtu charakteristik se zaměříme tedy zejména na poruchy afektivní, schizofrenní a na schizofrenii, které přiblížíme v následujících podkapitolách.

2.1.1 Schizofrenie a schizofrenní poruchy

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je schizofrenie zařazena do sekce F20-F29 spolu s takzvanou schizotypní poruchou a poruchami s bludy. Jedná se o vážné, specificky lidské duševní onemocnění, či soubor poruch, jež jsou způsobeny mimořádně abnormální chemickou aktivitou v mozku. Názory na příčiny jeho vzniku se různí, neboť etiologie této choroby je dosud neznámá. Jak uvádí Jarolímek (1996, s. 20), schizofrenie je vážná psychóza, při níž nemocný ztrácí kontakt s realitou, nedokáže odlišit fantazii od skutečnosti, jasně myslet a ovládat své emoce. Postihují ho akutní stavy sebeklamu a halucinace, nejčastěji ve formě neexistujících zvuků, nedokáže prožívat emoce, opouštějí ho zájmy, upadá do depresí.

Vágnerová (2008, s. 334) se o vzniku schizofrenie domnívá, že ač přesnou příčinu není možné jednoznačně určit, lze předpokládat, že její vznik ovlivňuje komplex mnoha faktorů a jejich vzájemná interakce. Jde o soubor dědičných

dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnět. Schizofrenie mívá různé příznaky i rozdílný průběh, a proto lze předpokládat, že může být i geneticky heterogenní. Vágnerová (2004, s. 335) dále uvádí, že pro schizofrenii je také typické rozšíření mozkových komor. Vzhledem k jejich charakteru se přiklání k předpokladu, že jde o vývojovou poruchu. Smolík (2002, s. 152) podotýká, že u nemocných schizofrenií byly zjištěny funkční, biochemické odchylky, které jsou projevem odlišného metabolismu mozku. Dále také, že často bývá v této souvislosti uváděna odchylka dopaminového, glutamátového a serotoninového systému. Otázkou je, jakým způsobem mohou uvedené neurotransmitery přispět ke vzniku různých symptomů schizofrenie. Významným důsledkem je dle Smolíka dysfunkce uvedených systémů a následné narušení informačního přenosu.

Všeobecně je schizofrenie charakterizována fundamentálním a charakteristickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Jasně vědomí a intelektuální kapacita zůstávají obvykle zachovány, i když v průběhu času se může vyvinout určitý kognitivní deficit. Narušení zahrnuje většinu základních funkcí, které poskytují normálnímu jedinci pocit osobitosti, jedinečnosti a sebekontroly

Průběh schizofrenie může být kontinuální nebo epizodický, nebo je charakterizován jednou nebo více epizodami s úplnými remisemi (Smolík, 2002, s. 153).

Pojem schizofrenie poprvé použil v roce 1911 švýcarský psychiatr, profesor Eugen Bleuler, který rovněž charakterizoval primární schizofrenní příznaky:¹

- poruchy asociací,
- poruchy efektivity (její nepřiměřenost, zploštělost),
- ambivalence,
- autismus.

¹ <<http://www.lf1.cuni.cz/zfisar/psychiatrie/Schizofrenie.ppt>>.

Ve výčtu nejčastějších symptomů u schizofrenie předkládá Pavlovský:

- ztráta náhledu,
- sluchové halucinace,
- vztahovačnost,
- podezřívavost,
- plochá emotivita,
- bludné ladění,
- persekuční bludy,
- vkládavé (cizí) myšlenky

(Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 74).

Diagnostická kritéria schizofrenie vychází ze současného klasifikačního systému MKN-10 (International Classification of Disease, ICD 10, dle Světové zdravotnické organizace), nebo DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, dle Americké psychiatrické asociace). Až na nepatrné výjimky se schizofrenie vyskytuje s obdobnou frekvencí ve všech zeměpisných i kulturních oblastech světa (kolem 1% populace). Schizoafektivní poruchy mívají akutní průběh a poměrně krátké trvání. Častěji jí trpí ženy než muži, z tohoto hlediska se schizoafektivní porucha více podobá afektivním poruchám než schizofrenii, kde je poměr nemocných obou pohlaví vyrovnaný (Vágnerová, 2004, s. 367). Vágnerová dále uvádí, že u mužů tato choroba obvykle propukne mezi 17.- 30. rokem života, zatímco u žen se objevuje mezi 20- 40. rokem.

Smolík (2002, s.163) uvádí, že se jedná o epizodické poruchy, u nichž jsou v popředí jak afektivní, tak schizofrenní příznaky, takže epizodu onemocnění nelze oprávněně diagnostikovat ani jako schizofrenii, ani jako depresivní epizodu nebo manickou epizodu. Podle převládajících rysů afektivní složky je možné rozlišovat manický, depresivní a smíšený typ.

Afektivní poruchy, jako druhou nejpočetnější skupinu onemocnění, jež se vyskytují u lidí využívajících služby pro osoby s psychickým onemocněním blíže charakterizujeme v následující podkapitole.

2.1.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy, neboli poruchy nálady se vyznačují změnou nálady nebo afektu ve smyslu snížení (deprese se současnou úzkostí, nebo bez ní) nebo zvýšení (mánie, hypománie). Tyto změny nálady jsou obvykle doprovázeny změnou všeobecné úrovně aktivity a většina dalších příznaků je druhotných nebo snadno srozumitelných v kontextu změn nálady a aktivity. Většina poruch nálady má tendenci k periodicitě. Začátek jednotlivých epizod bývá často spojen se zátěžovými situacemi (Smolík, 2002, 200). Podle intenzity a množství příznaků můžeme depresi specifikovat jako mírnou, střední nebo těžkou. Jak uvádí Raboch (2006) jsou pro depresivní období příznačné charakteristiky jako smutná nálada, neschopnost prožívat radost, ústící až do anhedonie, ztráta zájmů, nízká motivace pro jakékoli činnosti, poruchy myšlení a vnímání, nerozhodnost, ztráta sebevědomí, beznaděj a až u dvou třetin jedinců sebevražedné myšlenky. Světová zdravotnická organizace WHO a Křivohlavý (2003) konstatuje, že deprese je nejrozšířenější nemocí na naší planetě. Slovo deprese je latinského původu. Slyšíme v něm sloveso deprimere, deprimere, depresi, depressus – stlačit (doslova jde dolů a pressus, neboli tlačiti). Význam slovesné formy slova deprese v současné době vyjadřuje stisknout, stlačit, snížit. Slovo deprimovaný značí postižený krizí, zbídačelý propadlý něčemu. Deprese sama pak znamená pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, stagnace či ustrnutí . (Křivohlavý, 2003, 22).

Dále Křivohlavý (2003) poznamenává, že člověk v depresi prožívá řadu nepříjemných pocitů. Cítí se opuštěn, smutný, vyčerpaný, unavený, neuspokojený, nešťastný. Zdá se mu, že mu lidé kolem něho nerozumějí. A tito lidé ho zase považují za člověka ke všemu lhostejného, nespolečenského často naříkavého, nemluvu a netečného. Člověk v depresi nenalézá u druhých porozumění a tím se dostává do ještě většího osamění.

Nežádoucím jevem je, že deprese je na postupu. V průběhu našeho století se počet lidí trpících depresí podstatně, až několikanásobně zvýšil. Zároveň je patrné, že se snížila věková hranice, od níž výskyt deprese prudce roste.

Světové zdravotnická organizace WHO (2010) depresi popisuje jako duševní poruchu, která se projevuje depresivní náladou, ztrátou zájmu nebo potěšení, pocity

viny nebo nízkou sebezáchovou, poruchami spánku, nízkou energií a slabou koncentrací. Tyto problémy mohou být chronické nebo opakující se a vést k podstatnému snížení aktivní hodnoty v jednotlivých schopnostech postarat se o své každodenní povinnosti. A co je nejhorší, deprese mohou vést k sebevraždě nebo k jinému tragickému neštěstí.

Podle Křivohlavého (2003) depresi zapříčiňuje naučený životní styl, tedy fakt, jak zdravě žijeme, tělesné příčiny, např. předcházející onemocnění, nemoc, vyšší citová zranitelnost, zážitek selhání a hříchu, obtížné životní zkoušky, osamění, existenční prázdnota, biologické faktory, špatné mezilidské vztahy, širší sociálně-kulturní faktory a existence „nemoudrých“ představ, myšlenek, přesvědčení a očekávání. U nejtěžších klinických forem deprese se zjistilo, že v mozku dochází k určitým změnám. Ty se týkají fungování hormonálního a endokrinního systému, tedy činnosti žláz s vnitřní sekrecí. Byly pozorovány i změny v bioelektrické aktivitě v oblasti synapsí - nervových spojů. Nadějně je, že tyto změny obvykle nejsou trvalé. Dojde-li ke zlepšení depresivního stavu, tyto změny v mozku odeznějí a nezanechají po sobě stopy (Křivohlavý, 2003, 134).

Oproti tomu hypománie, jak uvádí Smolík (2002) je charakteristická trvale mírně nadnesenou náladou, vzrůstem energie a aktivity a obvykle zřetelně pociťovaným prožitkem dobré pohody a vysoké fyzické i duševní výkonnosti. Zvýšená sociabilita, hovornost, nenucenost, zvýšená sexuální energie a snížená potřeba spánku jsou často přítomny, ale ne do takové míry, aby vedly k závažnému narušení pracovní schopnosti nebo k sociální izolaci. Poruchy nálady a chování nejsou spojeny s halucinacemi a bludy. Manie se navíc vyznačuje přehnaně povznesenou náladou, nezávisle na okolnostech, ve kterých se jedinec nachází a může přecházet od neomalené žoviálnosti až po nekontrolovatelné vzrušení. Způsob vyjadřování je doprovázen zvýšenou energií, což vede k hyperaktivitě, nadměrné hovornosti a snížené potřebě spánku. Není možné udržet pozornost a často se projevuje zřetelná roztržitost. Často dochází ke zvýšenému sebehodnocení s velikášskými myšlenkami a přehnanou sebedůvěrou. Ztráta normálních sociálních zábran může vyústit v nedbalé, nezodpovědné, nevhodné nebo příliš riskantní chování neodpovídající okolnostem ani charakteru jedince. Ke klinickému stavu mánie bez psychotických příznaků se mohou přidat bludy (obvykle velikášské) nebo

halucinace (obvykle hlasů, které k postiženému jedinci přímo hovoří). Porucha, která se vyznačuje dvěma nebo více epizodami, při nichž je úroveň nálady a aktivita pacienta zřetelně narušena se nazývá bipolární porucha. Toto narušení spočívá střídavě ve zvýšení nálady, vzrůstu energie a aktivity, jindy v poklesu nálady a úbytku energie a aktivity. Je charakterizována především epizodami mánie nebo hypománie, kterým předcházejí nebo po nich následují depresivní epizody. Jsou-li manické a depresivní příznaky přítomny při jediné epizodě, jedná se o epizodu smíšenou. Teprve další epizoda poruchy nálady, ať již manická nebo depresivní, může vést k diagnóze bipolární afektivní porucha (Smolík, 2002, s. 215). Rozmanitost klinických obrazů poruch nálady je značná a nebývá výjimkou, že zejména na začátku klinického sledování pacienta není možné zařadit poruchu do již uvedených kategorií. V takovém případě je možné používat některou z nespecifikovaných kategorií nebo specifikovat poruchu jiným způsobem. Z nověji vyčleňovaných kategorií, které v současné době procházejí stadiem ověřování, uvádím smíšenou afektivní epizodu a rekurentní krátkou depresivní poruchu (Smolík, 2002, s. 245).

2.1.3 Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha se vyznačuje dvěma nebo více epizodami, při nichž je úroveň nálady a aktivita pacienta zřetelně narušena. Toto narušení spočívá střídavě ve zvýšení nálady, vzrůstu energie a aktivity, jindy v poklesu nálady a úbytku energie a aktivity. Je charakterizována především epizodami mánie nebo hypománie, kterým předcházejí nebo po nich následují depresivní epizody. Jsou-li manické a depresivní příznaky přítomny při jediné epizodě, jedná se o epizodu smíšenou. Teprve další epizoda poruchy nálady, ať již manická nebo depresivní, může vést k diagnóze bipolární afektivní porucha (Smolík, 2002, 215).

3 Možnosti péče o osoby s duševním onemocněním

Léčba psychotických onemocnění prošla v uplynulých 100 letech dlouhým vývojem. Obecně lze léčbu duševních chorob rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Dnešní, moderní pojetí léčby preferuje přístup zaměřený na klienta, či pacienta – jedná-li se o zdravotnická zařízení, spíše než na nemoc samotnou (Rokyta, 2004, s. 42), kdy dochází právě k propojení a návaznosti služeb zdravotnických zařízení a zařízení následné péče, tedy služeb organizací, poskytujících psychosociální rehabilitaci.

Běžným jevem u lidí s duševním onemocněním je nečinnost, která pak vede nejen ke zhoršení psychického stavu, ale také k celkovému snížení fyzické zdatnosti a zvýšení výskytu globálních onemocnění.

Hodina	Aktivita	Hodina	Aktivita
7:00	spí	16:00	odpočívá (zažívá „dolce fa niente“-nicděláni)
8:00	spí	17:00	odpočívá (nicděláni pokračuje)
9:00	spí	18:00	chodí od ničeho k ničemu po bytě
10:00	spí	19:00	večeří a poslouchá rádio
11:00	probouzí se, myje a obléká	20:00	dívá se na televizi
12:00	začíná připravovat něco k jídlu	21:00	dívá se na televizi
14:00	dívá se na televizi	22:00	svléká se, jde si lehnout
15:00	dívá se na televizi	23:00	spí

Tab. č.1 Záznam denní činnosti u člověka v depresi (Křivohlavý, 2003)

Z výše uvedeného denního záznamu je zřejmé, že duševně nemocný člověk potřebuje zvýšenou pozornost od druhých osob, od sociálních služeb, které by ho motivovali k činnosti. S rostoucím počtem duševně nemocných jedinců je tento požadavek nezbytný a potřebný pro zdravý vývoj společnosti. Člověk v depresi by měl tak svůj čas vyplnit četbou zábavné literatury, setkáváním se s přáteli, věnování se svým kulturním, sportovním zájmům a hlavně častému tělesnému cvičení, pravidelnému dennímu režimu.

Vágnerová (2008) se zmiňuje, že pro psychicky nemocné je třeba zorganizovat denní režim a program. Oni sami toho většinou nejsou schopni, mívají spíše tendenci

izolovat se a nic nedělat. Pro svou obecně menší zatížitelnost potřebují ochranu před stresem, tj. před nadměrným přetěžováním, ale zároveň je nutné udržovat jejich stávající kompetenci a kontakt s lidmi. Přiměřený program má pro nemocného značný význam, protože mu napomáhá v obecné orientaci a zároveň ho stimuluje, zprostředkovává mu pocit užitečnosti a smyslu a usnadňuje situaci rodinným příslušníkům.

Tuto nenahraditelnou roli, smysluplně stráveného času, sehrávají jednotlivá centra, sdružení a další podobná zařízení pro duševně nemocné. Je velmi žádoucí, aby jedinec docházel do zařízení, které by mu dopomohlo k větší aktivitě.

3.1 Klasická institucionální psychiatrická péče

Sít' zařízení klasické institucionální psychiatrické péče v České republice tvoří jednak zdravotnická zařízení poskytující péči na psychiatrických klinikách nebo v psychiatrických léčebnách - lůžková a dále zařízení ambulantní. Úkolem ambulantní péče je především prevence, diagnostika, léčba a rehabilitace. Psychiatrické ambulance mohou koordinovat péči o pacienta v ostatních zařízeních sítě péče o duševní zdraví v komunitě a v případě, že nedostačuje ambulantní léčba, indikuje ambulantní psychiatr léčbu v lůžkovém zařízení.

Trendem 21. století je snaha přesunout těžiště léčby z lůžkových zařízení právě do prostředí, které je člověku, znevýhodněnému psychickým onemocněním, co nejbližší, tedy do rodin a míst v blízkosti bydliště nemocného. Tento model se nazývá balancování péče a jak uvádí Pěč a Probstová jsou velké instituce plně nahrazeny, těžiště péče je přesunuto do přirozeného prostředí pacienta, existuje široká škála služeb komunitě zakotvených, v nich se na péči podílejí nové profese, je silná podpora rodiny a komunity, lůžková péče se poskytuje s cílem využít její přínos a vyhnout se jejím negativním aspektům (Pěč, Probstová, 2009, s. 225). V návaznosti na toto pojetí péče vstupují do systému léčebné pomoci služby návazné, sociální, založené na individuálním přístupu, zacíleném na klienta.

3.2 System sociálních služeb

Sociální služby mají nezastupitelné místo v dnešním pojetí systému komplexní péče o osoby, které se ocitnou v nepříznivé situaci. Jak uvádí Matoušek, sociální služby a sociální práce v nich jsou jedním z důležitých nástrojů realizace sociální politiky (Matoušek, 2003, s. 178). Mahrová zdůrazňuje, že systém sociálních služeb by měl obsahovat co nejširší škálu služeb, cíleně mířených na skupiny potřebných klientů. Tyto služby, kde se při spolupráci setkávají resorty zdravotnictví, sociálních věcí i školství, by pak měly být vzájemně propojeny, navazovat na sebe a odpovídat potřebám jak klientů, tak i společnosti (Mahrová, 2008, s. 39).

3.2.1 Typologie a stručná charakteristika sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním

Lidé s duševním onemocněním mohou využívat z řady možností nabízených sociálních služeb, avšak v závislosti na nabídce a pokrytí v jednotlivých oblastech a regionech. Služby založené na prvcích psychosociální rehabilitace, poskytované osobám s duševním onemocněním jsou vyjmenovány a popsány v zákoně č.108/2006 Sb. a vyhlášce č. 505/2006 Sb.:

I. Služby sociální péče:

- centra denních služeb – určeny pro lidi s tak sníženou soběstačností, že potřebují ambulantní péči s možností pravidelného docházení. Nabízí možnost kombinace sociálně terapeutických činností,
- denní stacionáře – poskytují ambulantní strukturované celodenní programy pro osoby se zhoršenou soběstačností a cíleně kombinují výchovné a sociálně terapeutické činnosti,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením – jsou celoroční pobytová zařízení s prvky komplexní péče, která současně obsahuje výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti,
- chráněné bydlení – je moderní typ pobytové služby zaměřený na bydlení v chráněném prostředí pro osoby se sníženou soběstačností.

II. Služby sociální prevence:

- raná péče – je ambulantní nebo terénní práce pro děti do sedmi let věku se zdravotním i duševním postižením. Napomáhá rodině i dítěti zvládnout jejich specifické potřeby,
- služby následné péče – jsou zaměřeny na lidi trpící duševní chorobou nebo závislostí na návykových látkách, kteří ukončili léčbu a jejich základním cílem je prevence relapsu onemocnění a resocializace klienta (zák.č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

3.2.2 Legislativní úprava pro poskytování sociálních služeb

Právní rámec možností vzniku, podmínek a vlastního poskytování sociálních služeb upravuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který vstoupil v platnost 1.ledna 2007 a dále vyhláška č. 505/2006 Sb. Tento zákon klade důraz zejména na kvalitu poskytovaných služeb, vymezuje práva a povinnosti ze strany poskytovatelů, sociálních služeb i ze strany státu, kraje a obce. Zákon mimo jiné definuje nepříznivou sociální situaci, důvody k oprávnění využívat sociální služby, dále pak obsahuje pojmy vymezující jednotlivé sociální služby, jejich cílové skupiny, ale i předpoklady pro výkon profese pracovníků v těchto sociálních službách.

Fáze nemoci	Cíl intervence	Farmakoterapie	Psychosociální intervence	Typ péče
Akutní fáze (první Ataka, relaps)	Odstranit akutní psychotické příznaky a neklid. Pozornost věnovat příkazujícím halucinacím a případným suicidálním úvahám.	Farmakoterapie antipsychotiky (eventuálně doplněná anxiolytiky)	Navázání terapeutického kontaktu. Koherentní a přehledná komunikace, strukturovaný nestresující program.	Hospitalizace
Stabilizační fáze (Křehká remise)	Dosáhnout remise Získat pro spolupráci rodinu pacienta	Farmakoterapie s minimálními nežádoucími účinky.	Podpůrná psychoterapie. Zahájení psychoedukace pacienta i rodiny.	Denní stacionář Ambulance
Stabilní fáze (Remise)	Předejít relapsu. Včas rozpoznat příznaky hrozícího relapsu. Zajistit optimální výkon rolí.	Farmakoterapie udržovací	Nácvik sociálních dovedností. Rehabilitace kognitivních funkcí.	Komunitní péče Denní stacionář Ambulance Svépomocné programy

Tab.č.2 Léčba v jednotlivých fázích psychotického onemocnění

4 Základní přehled terapeutických možností u osob s duševním onemocněním

Sigmund Freud zastával názor, že psychotičtí pacienti nevykazují žádný přenos, a proto jsou našemu úsilí nepřístupní a nelze je tedy léčit (Mentzos, 2005, s. 49). Tento názor však Mentzos (2005) popírá a tvrdí, že dnes víme velmi dobře, že schizofrenik přenos vytváří, dokonce velmi intenzivní. Vztah k terapeutovi a přenos tedy při léčbě vzniká vždy, s čímž na základě vlastních zkušeností, získaných v práci s lidmi s duševním onemocněním, souhlasím.

Terapie, neboli nemedikamentózní druhy léčby, jsou odborníky doporučovány a velmi často prováděny právě v kombinaci s medikací. Hlavním cílem terapeutických technik je především oslabit symptomy nemoci, zabránit relapsu a dopomoci nemocným k běžnému fungování v životě. Jak uvádí Mahrová (2008, s. 92), nejúčinnější je vždy komplexní multidisciplinární přístup realizovaný spoluprací klienta s odborným týmem. V následujících se kapitolách se budeme zabývat základními druhy terapie, které ve spojení s farmakologickou léčbou mohou tvořit úspěšné komplexní pojetí léčby.

4.1 Biologická léčba

Biologická léčba představuje aplikaci léčebných, medikamentózních metod a postupů, jež jsou plně v kompetenci lékaře, specialisty. Tato léčba bývá též nazývána psychofarmakologická a podávané léky, psychofarmaka, nebo také psychotropní léky slouží, jak uvádí Faltus, především k psychické změně člověka, kterému jsou podávány, a to ovlivňováním specificky určitých oblastí a struktur CNS, což působí léčivě na většinu duševních poruch (Zvolský, 2003 s. 120).

Anders v elektronické seriálové publikaci uvádí, že biologické metody léčby duševních poruch jsou důležitou a adekvátní součástí vědecky dokumentovaných postupů v léčbě těchto onemocnění. U některých typů poruch, jako jsou psychotické poruchy nebo závažně afektivní epizody, patří k metodám volby. V léčbě úzkostných stavů nebo poruch osobnosti mohou být pouze pomocnými metodami, které

podporují terapeutický proces. Během posledních deseti let byla do klinické praxe zavedena celá řada biologických metod, příkladem může být repetitivní transkraniální magnetická stimulace nebo stimulace nervus vagus. Příčinou rostoucí popularity, jak dále Anders uvádí mohou být i relativní léčebné neúspěchy současných psychofarmakologických modalit léčby. K moderním biologickým postupům léčby psychických poruch, řadí Anders například metodu elektrokonvulzivní terapie, repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci prefrontálního kortexu, spánkovou deprivaci nebo léčbu jasným světlem – fototerapie².

4.2 Režimová terapie

Režimová terapie je založena na potřebě jasně nastaveného, strukturovaného uspořádání, v němž nemocný má možnost pocítit bezpečí a jistotu. Obsahuje vymezený denní program se systémem pravidel platných pro všechny, kdo se terapie účastní. Denní program a pravidla dodávají nemocným jasný, pevný řád. De Leon prohlašuje, že „Strukturované uspořádání běžných denních aktivit je v rozporu s typickým neuspořádaným životem klientů a narušuje negativní myšlení a nudu“ (De Leon in Mahrová, 2008, s. 94). Činnosti v denním řádu se prolínají a ovlivňují, důležitá je jejich návaznost a kontinuita. Klienti mají možnost v rámci této terapie obnovit své návyky, které vlivem nemoci ztratili, nebo je nikdy neměli. Povinností klientů je denní režim dodržovat a respektovat vnitřní řád. Odměnou klientovi pak může být dobrý pocit z toho, že režim zvládne, což pozitivně ocení i ostatní účastníci terapie a klient tak má příležitost pozitivně hodnotit sám sebe. Cílem této terapie je dle Mahrové (2008) dosažení schopnosti klienta vytvořit si vlastní denní režim, který by dodržoval a upravoval podle svých potřeb tak, aby zůstaly zachovány zásady zdravého způsobu života (Mahrová, 2008, s. 95).

² MUDr. Martin Anders, Ph. D., *Univerzita Karlova v Praze, I. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice, Psychiatrická klinika* dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/postgraduální-medicina/biologicke-metody-lecby-dusevnych-poruch-457932>

4.3 Ergoterapie

Ergoterapie je samostatný obor s velikou škálou činností. Prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností a podporuje tak maximálně možnou participaci jedince v běžném životě. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Dle Mahrové (2008) má pro duševně nemocného velký význam práce, v nichž získává kompetence a důvěru, neboť má možnost převzít odpovědnost za sebe i za ostatní, přičemž významnou složkou je plánování. Tým i klienti si organizují práci, povinnosti i zábavu, a to tak, aby smysluplně plnila svůj účel (Mahrová, 2008, s. 96). Cílem může být rovněž, aby si klienti uvědomili vlastní schopnosti a ty dále rozvíjeli a prohlubovali.

Ergoterapie je tedy terapie motoricko - intelektuálních funkcí a sociálních schopností z cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě.

S možností použití bohatého spektra různých materiálů, je jedním z hlavních polí ergoterapeutické práce také cílený trénink vnímání a senzibility. Ergoterapie obsahuje také poradenskou činnost a to s hlavní orientací nejen na pacienta ale také na jeho rodinné příslušníky, jak i sestavení a adaptaci vhodných pomůcek na individuální potřeby pacienta. Cílem ergoterapeutické intervence je docílit práci v interdisciplinárním týmu zlepšení funkčního poškození pacienta, zabránění progresu a vzniku sekundárního poškození.

Hlavní ergoterapeutické úkoly:

- senzomotorická funkční terapie,
- trénink kognitivních funkcí,
- trénink soběstačnosti,
- trénink v domácím okolí³

³ Dr. M. Lippert-Grüner, http://www.neurorehabilitace.cz/html/ergoterapie_.html [online], [cit. 12.1.2012].

4.4 Arteterapie

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvary a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány.

Předstupněm ve vývoji arteterapie jako profese bylo zkoumání výtvarné produkce duševně nemocných, zaměřené původně spíše k upřesnění diagnózy. Jako terapeutická metoda se arteterapie začala cíleně využívat ve 30. až 40. letech dvacátého století v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů. Průkopníky arteterapie byli většinou výtvarníci, kteří prošli psychoterapií a hledali možnosti propojení výtvarného působení s psychoterapeutickými postupy a jejich uplatnění v léčbě (např. M. Naumburgová, C. Lewis, E. Kramerová a další)⁴.

Arteterapie je tedy metoda zabývající se kreativním potenciálem člověka, pohybem, tvarováním a tvořením. Zahrnuje tvůrčí činnosti s výtvarným materiálem rozličného druhu. Pěč a Probstová (2009) poukazují ještě na jednu důležitou vlastnost arteterapie, a sice, že v průběhu tohoto tvoření se člověk setkává sám se sebou a má příležitost uvědomit si pocity, které mu tato činnost přináší (Pěč, Probstová, 2009, s. 75). Arteterapie rovněž rozvíjí koncentraci, manuální zručnost, přestože to není její hlavní těžiště.

4.5 Psychoterapie

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby osob s duševním onemocněním. Psychoterapeutických přístupů je velké množství. Dle Mahrové (2008) je v současné době nejvíce využívaný eklekticko-integrativní přístup, který se snaží hledat na každém směru to cenné a užitečné (Mahrová, 2008, s. 94). Vymětal (2003)

⁴ Česka arteterapeutická asociace, <http://www.arteterapie.cz/>

popisuje psychoterapii jako zvláštní psychologickou péči, poskytovanou potřebným lidem. Dodává, že je považována za samostatný obor, jehož předmětem je duševní život člověka, jeho chování a projevy, které ovšem nepovažujeme v dané podobě za optimální, a proto se je, na přání klienta, snažíme změnit. Dále Vymětal uvádí, že psychoterapie má své místo při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví, avšak i tam, kde chce člověk sám sobě lépe porozumět a uspořádat si jinak život (Vymětal, 2003, s. 11).

Ve schématu základních psychoterapeutických systémů mají své významné místo systémy:

- hlubinná psychoterapie,
- dynamická psychoterapie,
- rogersovský přístup,
- behaviorální psychoterapie,
- kognitivní psychoterapie,
- komunikační psychoterapie,
- gestalt terapie,
- existenciální a humanistická terapie,
- eklektické a integrativní pojetí (Kratochvíl, 2002, s. 19).

Tyto různé směry mají svůj výklad mechanismů duševních poruch, vlastní terminologii, systém a metody. Rokyta (2004) podotýká, že ačkoliv psychoterapie sama o sobě nedokáže duševní nemoci zcela vyléčit, může přispět ke zmírnění některých symptomů, jako:

- úzkost,
- panické ataky,
- fobie,
- emoční problémy,
- stres,
- nespavost,
- deprese,
- problémy ve vztazích,
- psychologické sexuální problémy (Rokyta, 2004, s. 54).

Pro účely této práce jsme uvedli pouze výčet některých ze základních směrů. V následující kapitole se zaměříme na socioterapii a vztah mezi socioterapií a psychoterapií.

4.6 Socioterapie

Dalším z možných terapeutických přístupů je metoda socioterapie, kterou Hartl a Hartlová popisují jako proces léčení nemocných, provázený snahou začlenit je opět do společnosti, nebo také jako sociální pomoc lidem společensky nepřizpůsobivým, jako jsou například osoby propuštěné z výkonu trestu, nebo osoby opouštějící azylová zařízení (Hartl, Hartlová, 2000, s. 550). Socioterapie je pro tuto práci klíčovým pojmem, proto se podrobněji této terapeutické metodě věnujeme v kapitole číslo 5.

5 Socioterapie

Socioterapie je poměrně nový, rozvíjející se obor, který se formuje na základě potřeb a problémů společnosti. V některých zemích Evropské unie, například v Německu a Holandsku má již své pevné místo v sociálním a právním systému. V České republice byl právně ukotven v zákoně o sociálních službách a související vyhlášce obsahující standardy kvality sociálních služeb.

Matoušek definuje socioterapii jako soubor opatření sloužících k příznivému ovlivnění stavu a situace osob, které jsou z hlediska vzniku a vývoje negativních jevů rizikové nebo se již ocitly v sociální nouzi. Socioterapie pak směřuje k jejich sociální rehabilitaci a integraci. Součástí socioterapie, jak dále uvádí Matoušek, je výcvik v psychosociálních dovednostech, neboli psychosociální trénink, vedoucí ke zvyšování sociálních kompetencí, k samostatnému řešení nepříznivé sociální situace vlastními silami a k uvědomění si odpovědnosti za svůj život (Matoušek, 2003, s. 219). Dle našeho názoru je právě toto stěžejní myšlenkou socioterapie, tedy zaměření na klienta, podpora jeho samostatnosti, jeho schopností, možností a dovedností, zrovnoprávnění vztahu pracovník či terapeut – klient a vyvázání z absolutní závislosti klienta na cizí pomoci, na službě. Zde je významný odklon od tradičního pojetí sociální služby jako pečovatelské, či opečovávající formy pomoci. Tento nový pohled podtrhuje i zmíněný zákon o sociálních službách a standardy kvality sociálních služeb, které svojí koncepcí podporují v sociálních službách praxi, která nestojí jen na diagnostice sociálního klienta, či sociální situace a přijímání nutných, nezbytných opatření, ale právě na jedinečném setkání s člověkem, snaze porozumět jeho situaci a potřebám a společném nalézání způsobů řešení. Proto kladou zákon o sociálních službách a standardy kvality takový důraz na spolupráci s klientem, na individuální přístup zahrnující práci s individuálními potřebami a cíli klienta. Zmíněné principy ale vyžadují ovládnutí specifických metod a technik práce s klientem a i se sebou samým. Slabová v článku Socioterapie a standardy (2009) uvádí, že mnohé teorie, principy a techniky vstoupily do pomáhajících profesí skrze systemickou psychoterapii. Nejčastěji se proto objevují v odborné literatuře o psychoterapii a vyučují se v psychoterapeutických výcvicích. Slabová dále dodává, že v sociálních službách je tento trend také silný

a nepřehlédnutelný, ale stále chybí jeho zdomácnění, stále je tu jako host odjinud, jako využívání psychoterapeutických teorií a nástrojů na poli sociální práce. A tak roste zájem o socioterapii⁵

Ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách jsou sociálně terapeutické činnosti vyjmenovány mezi základními činnostmi, vykonávanými v rámci řady typů sociálních služeb. A tak vedle psychoterapie, léčení nebo koučování a jiných způsobů práce s lidmi vzniká další samostatný obor, socioterapie. Představuje teoretickou platformu a navazující zdroj účinných metod a technik práce s klienty, ale také se samotnými pracovníky, které umožňují pracovat smysluplně a efektivně s klientem na jeho cílech, rozvíjet jeho kompetence a napomáhat tak jeho sociální integraci. Význam socioterapie v doprovázení a vedení klienta, a to s dosahem pro celou společnost, spatřuje také Zakouřilová (2008), která tuto metodu definuje jako specifický druh odborné intervence, jejímž cílem je dosahovat přímým i nepřímým působením žádoucích změn v chování klienta a v jeho sociálním okolí, řešit situaci, která bezprostředně ohrožuje klienta, a předcházet vzniku rizikového chování i podmínek, které mohou jeho vznik podporovat (Zakouřilová, 2008, str. 7). Jde vlastně o doprovázení nebo přímo vedení klienta a v krajním případě zasahování, což má vést ke zmenšování obtíží a ke změnám v chování klienta, které se pozitivně odrazí ve vztahu s okolím. V některých případech, jak dále uvádí Zakouřilová, je nezbytné volit i opatření represivního charakteru, a to zejména v souvislosti s řešením bezprostředního ohrožení klienta (Zakouřilová, 2008, s. 7).

Sociální terapie tedy obsahuje různé podoby poradenství, prevenci, diagnostiku, krizovou intervenci, spolupráci s lidmi z klientova okolí, spolupráci širší skupiny odborníků, rehabilitaci, resocializaci, depistáž, vlastní terapie a hlavně je „šitá na míru“ klientovi (Zakouřilová, 2008, s. 11). Z toho lze usoudit, že socioterapie zasahuje do ostatních oborů jako je například medicína, psychologické poradenství nebo sociální práce.

⁵ Slabová, 2009, <http://g-i.cz/cz/clanky/pomahajiciprofesionalove.html> [online], [cit. 13.1.2012].

5.1 Vztah socioterapie a psychoterapie

Socioterapie a psychoterapie mají velmi úzký vztah, neboť socioterapie z psychoterapie v podstatě vychází, což zmiňuje i Vymětal (2003) a dodává, že psychoterapie a socioterapie se navzájem doplňují, což jejich účinek umocňuje. Jedná se o synergické působení (Vymětal, 2003, s. 139), proto oběma těmito oborům zůstává mnoho společných rysů, a to i v definici svých základních cílů – pomoc člověku z obtížné situace, a to tak, že jí on sám nově porozumí, překoná, něco nového se naučí, obecně řečeno dosáhne s profesionální podporou žádoucích změn u sebe sama, které mu umožní žít lépe. Lipner definuje cíl socioterapie jako dosažení integrity a kompetence realizovat své možnosti v konkrétním prostředí, adaptovat se na toto prostředí, aniž by ztratil svoji originalitu, zvýšit své uplatnění a vlastní kompetence (Lipner, 2009, s. 7).

Socioterapie se tedy liší od psychoterapie ne výhradně nějakými znaky u osob, kterým je poskytována, ale především kontextem, v němž je poskytována. Existuje mnoho oblastí práce s lidmi, jejichž obecným cílem je pomoci lidem k lepšímu životu, zbavit je trápení a problémů a umožnit jim zlepšení jejich situace. Ve všech těchto oborech mohou být různým způsobem využívány stejné techniky, například efektivní komunikace, stanovování cílů, nástroje motivace, umožnění žádoucí zkušenosti, nácvik dovedností. Jednou z podstat socioterapie je, že se soustřeďuje na konkrétní svět a sociální jednání klienta v tomto světě. Mahrová uvádí, že socioterapie zjišťuje, kde klient získává sociální kontakty, jak ve své nemoci přistupuje k normám společnosti a kde je přesahuje. A v neposlední řadě se snaží ovlivnit to, aby ho nemoc ze společnosti nevyčleňovala, nevzdalovala ho blízkým skupinám a mohl si tak udržet běžné sociální dovednosti (Mahrová, 2005, s. 93). Vzájemné propojení a vliv psychoterapie se socioterapií podporuje Vymětal tvrzením, že jestliže probíhá socioterapie bez přímé návaznosti na širší společenství či další léčebně rehabilitační programy (například práce v chráněných dílnách), je samozřejmě také vhodná psychoterapeutická péče, která má zpravidla ráz podpory těchto klientů a pacientů (Vymětal, 2003, s. 241).

Jak již bylo uvedeno socioterapie i psychoterapie se obě zabývají chováním lidí a jejich vztahy, ale přesto lze definovat určité odlišnosti. Dle Zakouřilové socioterapie na rozdíl od psychoterapie:

- věnuje se více sociálním fungováním,
- je uskutečňována i v terénu,
- neumožňuje předepisování léku apod. a klientovo rozhodování je někdy snižené,
- může trvat až 10 let,
- užívá jiné diagnostické metody, často méně náročné, než psychoterapie, a více direktivní zásahy,
- více se soustředí na přítomnost a budoucnost, psychoterapie spíše na minulost,
- více se zajímá o primární prevenci, psychoterapie zase na již vzniklé problémy (Zakouřilová, 2008, s. 9).

5.2 Cíle socioterapie

Ke kvalitnější sociální terapii přispívá terapeutova znalost jeho cílů a kompetencí a cílů klienta. A proto se klade důraz na práci s těmito cíli, na jejich postavení, konkretizování, na snaze je plnit a zároveň dostatečné trpělivosti při jejich dosahování (Zakouřilová, 2008, s. 14).

Cíle by měly být konkrétní a vytvořené pro všechny problémové oblasti, aby došlo pro pracovníka k vyhodnocování jeho intervence a aby klient znal postup terapie. Na cílech se pracovník s klientem společně dohodnou. Průběžné hodnocení by mělo být zaměřeno na to, čeho už klient dosáhl a co musí pro splnění cílů udělat. Může se stát, že klient nedokáže zatím dosáhnout stanoveného cíle, v tomto případě je vhodné si jej rozčlenit na více splnitelných kroků (Zakouřilová, 2008, s. 13).

Mezi nejčastější základní cíle socioterapie se může zařadit podpora klienta a jeho přizpůsobení se na nové okolnosti, začlenění do společnosti, nalezení nových možností k nápravě situace a její řešení, změny v chování a přístupu klienta

a prevence. A ze strany rodiny to jsou především změny v postojích až zbavení se nevhodných vlivů rodiny (Zakouřilová, 2008 s. 13).

5.3 Principy technik socioterapie

Socioterapie využívá sociální faktory v léčbě a prevenci duševních poruch. Jde o léčebnou metodu uskutečňovanou prostřednictvím sociálních vztahů. Jejím cílem je zlepšení sociálních dovedností a sociálních vztahů nemocného. Jedním z principů, z kterého dle Mahrové (2005) socioterapie u osob s duševním onemocněním vychází, je konfrontace vlastních potřeb na straně jedné a normami společnosti na straně druhé, neboť jak tvrdí Dorner, může se stát, že klient se ve svém uvažování neshoduje se společností v tom, jak má s těmito svými potřebami zacházet. Z toho pak vyplývá nutnost osvojení si pravidel, kterými je třeba se řídit v různých oblastech společenského života (Dorner in Mahrová, 2005, s. 93). Záměrem terapie potom je, aby klient byl schopen žít a orientovat se v sociálním prostoru dané společnosti, měl možnost si vyzkoušet, kde jsou pro něj aspekty nemoci limitující a s dopomocí odborníků se s těmito omezeními mohl postupně vypořádat. Toto tvrzení zastává i Vymětal a navíc vedle důležitosti internalizace klienta zmiňuje i význam společnosti v tomto procesu, který doplňuje ještě o složku preventivní, když tvrdí, že socioterapie zahrnuje přístupy a opatření, v nichž se využívá léčivého potenciálu lidské pospolitosti, lidského společenství. Je to tedy působení lidským prostředím a společenskými aktivitami v rámci primární, sekundární i terciární prevence poruch zdraví (Vymětal, 2003, s. 239).

5.4 Fáze socioterapie

Socioterapie se odvíjí od toho, o jakou formu půjde. Formy z hlediska objektu jsou individuální, rodinné, skupinové a komunitní. Z časového hlediska se jedná o krátkodobou (3 měsíce), střednědobou (3-6 měsíců) a dlouhodobou (6 měsíců až několik let) sociální terapii (Zakouřilová, 2008, s. 25).

Proces sociální terapie se dělí na několik etap:

- počáteční kontakt a vymezení podmínek spolupráce,
- diagnostika a klíčové znalosti o klientele,
- plánování socioterapie,
- intervence / průběh socioterapie,
- hodnocení socioterapeutického procesu (Zakouřilová, 2008, s. 25).

5.5 Nejčastější typy socioterapie

Vymětal uvádí v přehledu nejčastějších typů socioterapie následující:

- léčba prostředím,
- léčebné společenství
- sociorehabilitační programy,
- svépomocné programy
- socioterapie v přirozeném prostředí (Vymětal, 2003, s. 239).

Mezi socioterapeutické aktivity, u nichž Vymětal navíc zdůrazňuje psychoterapeutický potenciál, řadí na prvním místě členství ve skupině. Toto členství má příznivý, terapeutický vliv především je-li klient izolován od sociálních kontaktů. Zde může zakusit pocit přijetí a sounáležitosti s ostatními. J-li v terapeutickém prostředí situace optimální, pak může pozitivně působit již samotná převažující atmosféra, která je akceptující, chápající a povzbudivá, která členům dává emoční podporu a uznání (Vymětal, 2003, s. 239). Dále Vymětal uvádí, že klienti a pacienti jsou vedeni k porozumění vlastním reakcím i chování ostatních členů skupiny, poskytují si zpětnou vazbu, uplatňuje se zde korektivní zkušenost, mají možnost k přeučování a učení se novým formám chování (Vymětal, 2003, s. 140). Vlastně se jedná o psychoterapii skupiny či před skupinou. Členové společenství provádějí různé aktivity a samotné jejich zvládání, osvojování nových dovedností, případně nárůst výkonnosti, vedou k potvrzení sebe sama, působí povzbudivě a zvyšuje sebevědomí člověka, který se přesvědčuje o svém významu, místě mezi druhými i smysluplnosti světa, když má možnost do něj vstupovat v rámci svých možností.

Existuje však i riziko, že nemocnému se nepodaří včlenit do dané skupiny, členství v ní mu činí potíže, pak pro něj skupina naopak může představovat riziko vlivu spíše s psychotraumatickým dopadem. I z tohoto důvodu je vhodné a domníváme se, že zásadní, aby klienti či pacienti byli v péči odborníků, psychoterapeutů, s nimiž by své zážitky z terapie mohli konzultovat a účinně zpracovávat.

6 EMPIRICKÁ ČÁST

6.1 Vymezení cíle práce

V empirické části této práce předkládáme nejprve cíle výzkumu, které jsme koncipovali na základě výzkumných otázek, které se nám postupně odkrývaly v průběhu teoretické části. Dále představujeme strategie výzkumu a blíže popisujeme vlastní techniky zkoumání. Jednu kapitolu věnujeme představení cílové skupiny, včetně charakteristiky zkoumaného vzorku. Závěr empirické části je věnován analýze a interpretaci výstupů vlastního výzkumu a následné formulaci případných doporučení s ohledem na získaná fakta.

Cílem empirické části této práce je zjistit:

- zda jsou ve vybraných zařízeních, poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, uplatňovány metody socioterapie,
- odkrýt a analyzovat případné překážky, které brání uplatňování socioterapie v těchto vybraných zařízeních.

Nejen těmto vybraným, ale obecně všem zařízením, nabízejícím sociální služby, přinesl zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který vešel v platnost 1.1.2007, zásadní změny. K nejvýznamnějším změnám, které do systému poskytování sociálních služeb výrazně zasáhly, lze vedle způsobu krytí nákladů spojených se službou, nově zavedeného principu registrace služby, povinností celoživotního, dalšího vzdělávání pracovníků, mechanismu kontroly poskytovaných služeb ve formě inspekci zařadit i jasně vydefinovaný výčet základních činností, které má služba, dle svého charakteru splňovat. Jednou z těchto základních činností je, dle §35, písm.i), zák.č.108/2006 Sb. o sociálních službách, i činnost sociálně terapeutická. Komparace tohoto požadavku s vlastní profesní zkušeností se nám stala zdrojem pro vymezení výzkumného problému, ve kterém jsme si stanovili prohloubení dosavadních zjištění v oblasti aplikace socioterapie v ambulantních zařízeních pro osoby s psychickým onemocněním.

Výzkumné otázky, které jsme si pro výzkum stanovili, tedy zní:

VO 1: Je ve vybraných ambulantních zařízeních poskytujících sociální služby osobám s psychickým onemocněním aplikována metoda socioterapie?

VO 2: Z jakého důvodu není ve vybraných ambulantních zařízeních poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním aplikována metoda socioterapie?

VO 3: Považují pracovníci vybraných ambulantních zařízení poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním socioterapii jako metodu aplikovatelnou u osob s duševním onemocněním?

6.2 Charakteristika a popis vzorku

Pro potřeby výzkumu této práce jsme si jako cílovou skupinu stanovili pracovníky, kteří působí v přímé péči v zařízeních pro osoby s duševním onemocněním.

Výzkumný soubor tvoří pracovníci a pracovnice v zařízeních pro osoby s duševním onemocněním, kteří jsou pracovníky v přímé péči, tedy při výkonu své práce jsou v přímém kontaktu s klienty.

Osloveno bylo celkem 15 respondentů – žen, neboť muži se v době konání výzkumu v přímé péči nevyskytovali. Respondenty byly vždy 3 pracovnice z 5 různých zařízení, jejichž poskytované služby byly zacílené na osoby s psychickým onemocněním. Záměrně neuvádíme jména respondentů, místo toho jsme jim přiřadili čísla. Kritériem pro výběr těchto institucí byla cílová skupina uživatelů využívajících těchto služeb, korespondující se souborem osob, na které se zaměřujeme v této práci a dále poskytování sociálních služeb těmito zařízeními, tedy splnění podmínky platné registrace služby u příslušného krajského úřadu. Organizace, které splňovaly výše uvedená kritéria byly následně vybrány náhodně. Přehled popisující vzorek, u něhož byl proveden výzkum, uvádíme v následující tabulce.

označení respon- denta	pracovní pozice	název zařízení	kapacita zařízení	typ služby dle zákona č.108/2006Sb	registrace služby
R1	asistentka v přímé péči	Denní stacionář pro osoby s psychickým onemocněním	10	denní stacionář (§46)	KÚ Olomouckéh o kraje
R2	vedoucí, pracovnice v přímé péči	Denní stacionář pro osoby s psychickým onemocněním	10	denní stacionář (§46)	KÚ Olomouckéh o kraje
R3	vedoucí, pracovnice v přímé péči	Sociální rehabilitace Labyrint	20	sociální rehabilitace (§70)	KÚ Zlínského kraje
R4	pracovnice v přímé péči	Centrum Amika	8	sociální rehabilitace (§70)	KÚ Zlínského kraje
R5	pracovnice v přímé péči	Centrum Amika	8	sociální rehabilitace (§70)	KÚ Zlínského kraje
R6	vedoucí služby, v přímé péči	Centrum Amika	8	sociální rehabilitace (§70)	KÚ Zlínského kraje
R7	vedoucí, pracovnice v přímé péči	Středisko sv.Vincence pro lidi s duš. onemocněním	21	sociálně aktivizační služby (§66)	KÚ Olomouckéh o kraje
R8	sociální pracovnice, v přímé péči	Středisko sv.Vincence pro lidi s duš. onemocněním	21	sociálně aktivizační služby (§66)	KÚ Olomouckéh o kraje
R9	pracovník v sociálních službách, v přímé péči	Sociální rehabilitace Labyrint	20	sociální rehabilitace (§70)	KÚ Zlínského kraje
R10	asistentka v přímé péči	Denní stacionář pro osoby s psychickým onemocněním	10	denní stacionář (§46)	KÚ Olomouckéh o kraje
R11	sociální pracovnice, v přímé péči	Sociální rehabilitace Labyrint	20	sociální rehabilitace (§70)	KÚ Zlínského kraje
R12	vedoucí, pracov nice v přímé péči	Sociálně terapeutická dílna Kotva	15	sociálně terapeutická dílna (§67)	KÚ Jihomorav. kraje

R13	pracovnice v přímé péči	Sociálně terapeutická dílna Kotva	15	sociálně terapeutická dílna (§67)	KÚ Jihomorav. kraje
R14	pracovnice v přímé péči	Sociálně terapeutická dílna Kotva	15	sociálně terapeutická dílna (§67)	KÚ Jihomorav. kraje
R15	pracovnice v přímé péči	Středisko sv.Vincence pro lidi s duš. onemocněním	21	sociálně aktivizační služby (§66)	KÚ Olomouckéh o kraje

Tab.č. 3 Popis zkoumaného vzorku

V následujících podkapitolách stručně přibližujeme jednotlivá zařízení, v nichž byl proveden sběr dat pro výzkum a v nichž dotázaní pracují. Zdrojem informací pro charakteristiku jednotlivých pracovišť nám byly výroční zprávy, údaje uvedené v registracích, veřejně dostupných na webových stránkách ministerstva práce a sociálních věcí a dále sdělení získaná přímo od pracovníků jednotlivých služeb.

6.2.1 Centrum sociální rehabilitace Amika

Centrum sociální rehabilitace je zařízení poskytující ambulantní a terénní sociální služby lidem s dlouhodobým duševním onemocněním a lidem, kteří se vlivem své životní situace dostali do psychické krize. Centrum působí od 1.3.2010 a jeho zřizovatelem je Charita Valašské Meziříčí.

Posláním Centra Amika je pomáhat lidem s duševním onemocněním začlenit se do společnosti a žít plnohodnotný život. Toto poslání se snaží naplňovat prostřednictvím následujícího výčtu poskytovaných služeb:

- základní sociální poradenství,
- sociální rehabilitace.

V rámci sociální rehabilitace uvádí centrum poskytování těchto základních činností:

- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování (nácvik obsluhy běžných

- zařízení, nácvik péče o domácnost, nácvik péče o děti a další členy domácnosti, nácvik samostatného pohybu včetně orientace, nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům),
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (doprovázení do školy, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity; nácvik dovedností využívat veřejné dopravní prostředky; nácvik chování ve společenských prostředích; nácvik běžných i alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi),
 - výchovné, vzdělávací a aktivizační služby,
 - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (podávání informací o možnostech získání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, informační servis a zprostředkování služeb).

Celková kapacita Centra Amika je 8 uživatelů (<http://www.iregistr.mpsv.cz>).

6.2.2 Centrum sociální rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním Labyrint

Centrum sociální rehabilitace Labyrint je zařízení registrované u Krajského úřadu Zlínského kraje, které vzniklo 1.1.2009, avšak poskytovalo své služby (pouze pod jiným názvem) již v letech 2006 – 2008.

Okruh osob, kterým jsou služby centra určené, jsou osoby s mentálním postižením a osoby s duševním onemocněním, z okruhu psychotických poruch s psychosociálními problémy.

Z poslání instituce lze vyčíst, že zařízení Labyrint je centrem sociálních služeb, které nabízí dospělým osobám s duševním onemocněním a mentálním postižením z Uherského Hradiště a blízkého okolí pomoc a podporu při jejich začleňování do běžného života a že integrací se snaží co nejvíce zabránit jejich sociální izolaci a vyloučení ze společnosti. Uživatelům je rovněž nabízena možnost smysluplně a užitečně trávit volný čas.

Centrum sociální rehabilitace Labyrint zahrnuje služby sociální prevence, sociální rehabilitaci a poskytuje ambulantní a terénní formu sociálních služeb, které

jsou zaměřeny na vytváření bezpečného prostředí k rozvíjení a posilování samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti uživatelů.

Zařízení nabízí uživatelům následující služby:

- základní sociální poradenství,
- socializační a vzdělávací aktivity, výlety, sportovní a kulturní aktivity, speciální kurzy, například kurz práce na počítači, výuku anglického nebo německého jazyka, trénink paměti a trénink kognitivních funkcí,
- arteterapii v širším slova smyslu, tedy terapii s využitím výtvarných prostředků, terapii narativní, pohybové, terapie s muzikoterapeutickými a dramaterapeutickými prvky,
- psychologickou péči, psychologické poradenství, psychoterapii, individuální konzultace, skupinové terapie, rodinné terapie, krizovou intervenci, nácvik relaxačních metod, antistresový trénink a další psychologickou péči dle potřeb uživatelů,
- pracovní rehabilitace (tkaní, šití, práci na zahradě),
- nácvik zvládání péče o vlastní osobu a péči o domácnost (obsluha spotřebičů, chod kuchyně, nakupování, péče o oděvy, stravu),
- nácvik orientace v prostředí, ve kterém ji uživatel potřebuje (doma, na úřadech, v zaměstnání, ve městě) a využívání dopravních prostředků,
- nácvik dovedností potřebných k jednání na úřadech, v zaměstnání,
- nácvik sociálních dovedností, komunikace a práce s informacemi,
- pomoc při uplatňování práv a zájmů uživatele,
- edukace, osvěta pro rodinné příslušníky a laickou veřejnost.

Celková kapacita zařízení je 20 osob (<http://www.iregistr.mpsv.cz>).

6.2.3 Denní stacionář pro osoby s psychickým onemocněním Prostějov

Denní stacionář pro osoby s psychickým onemocněním byl zřízen Charitou Prostějov 1.2.2006. Od 19.7.2007 je služba registrována u Krajského úřadu Olomouckého kraje. Denní stacionář poskytuje ambulantní sociální služby osobám s chronickým duševním onemocněním se sníženou soběstačností, dovršily 18 let, a jsou v ambulantní péči specialisty z oboru psychiatrie. Hlavním, udávaným cílem Denního stacionáře je poskytovat péči o duševní zdraví. K dalším svým cílům zařízení řadí:

- přispívat k rozvoji soběstačnosti uživatelů,
- rozvíjet schopnosti a dovednosti uživatelů,
- dopomáhat uživatelům, aby byli dle svých přání a možností schopni fungovat ve společnosti,
- snižovat zdravotní a sociální rizika vyplývající z případného nezdravého způsobu života uživatelů.

Denní stacionář je ambulantní zařízení, které nabízí tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování stravy,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Celková kapacita zařízení je 10 osob (Výroční zpráva Charity Prostějov).

6.2.4 Sociálně terapeutická dílna Kotva

Sociálně terapeutická dílna Kotva je jedním ze zařízení Charity Strážnice, které je registrováno u krajského úřadu Jihomoravského kraje. Své služby, dle propagačních materiálů a údajů v registru poskytovatelů sociálních služeb, poskytuje dílna osobám s chronickým duševním onemocněním (psychózy, afektivní

poruchy, neurózy, nebo případně jiné druhy psychického onemocnění), osobám s duševním onemocněním v kombinaci s lehkým, nebo středním mentálním postižením, tělesným, kombinovaným, či jiným zdravotním postižením.

Zařízení si pro vymezení své činnosti s výše uvedenou cílovou skupinou stanovilo tyto cíle:

- uživatel se naučí pracovním návykům,
- uživatel se naučí dovednostem, s kterými je schopen postarat se sám o sebe,
- uživatel využívá plánovaně a smysluplně svůj čas (podobně jako jeho zdraví vrstevníci),
- uživatel si uvědomuje své potřeby a přání a je schopen je řešit.

Sociálně terapeutická dílna uvádí výčet činností, nabízených uživatelům následovně:

- navlékání korálek,
- tkaní na ručním tkalcovském stavu,
- tvorba keramických výrobků,
- pomoc při tvorbě dřevěných hraček,
- batikování a savování triček,
- nácvik sebeobsluhy (nákup, jednoduché vaření, osvojení si základních hygienických návyků),
- relaxace při hudbě, četba, vzdělávání,
- společná forma odpočinku – výlety.

Celková kapacita terapeutické dílny je 15 osob (<http://www.iregistr.mpsv.cz>).

6.2.5 Středisko svatého Vincence pro lidi s duševním onemocněním

Středisko svatého Vincence pro lidi s duševním onemocněním (dále pouze Středisko svatého Vincence, či Středisko) je jedním ze zařízení provozovaných Charitou Olomouc. Pod toto Středisko spadají další dvě zařízení – dva projekty,

a to sociálně aktivizační centrum Dům svatého Vincence a Bezbariérová tréninková kavárna Betreka. Pro obě tato zařízení jsou jako cílové skupiny určeny osoby s chronickým duševním onemocněním. Posláním sociálně aktivizačního centra Dům svatého Vincence je pomáhat dospělým lidem s duševním onemocněním v olomouckém regionu žít samostatně v mezích svých schopností a dovedností a nalézt možnosti osobní realizace ve společnosti.

Zařízení si pro svoji práci s uživateli stanovilo následující cíle:

- uživatel je schopen samostatně komunikovat s okolím (cestovat, telefonovat, jednat s úřady, navazovat přátelské vztahy apod.),
- uživatel umí vyjádřit své přání a potřeby,
- uživatel využívá smysluplně a plánovaně svůj volný čas (režim dne , orientace v čase),
- uživatel má lepší mentální a duševní kondici,
- realizace vzdělávacích aktivit pro uživatele.

Zařízení je registrováno u Krajského úřadu Olomouckého kraje dle §66 zákona č.108/2006 Sb. a §31 vyhlášky č.505/2006 Sb. V souladu se zněním této legislativy uvádí i ve svých materiálech o zařízení jako základní poskytované činnosti tyto služby, které dále rozvádí výčtem konkrétních typů činností:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity, keramická dílna, výtvarná a textilní dílna, angličtina pro začátečníky a mírně pokročilé, hudební kroužek, vycházky, výlety, ozdravné pobyty, dámský salón, literární klub, fotoklub, filmový klub, kulturní klub, sportovní klub, zahradničení),
- sociálně terapeutické činnosti (socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob – kurz vaření, trénink kognitivních funkcí, individuální psychoterapie, nácvik řešení běžných situací, setkání uživatelů),
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů, pomoc při vyřizování běžných záležitostí – základní sociální

poradenství, podpora v krizových situacích, doprovody, návštěvy během hospitalizace).

Celková kapacita zařízení je 21 osob (<http://www.iregistr.mpsv.cz>).

6.3 Popis užitých metod

Pro vlastní výzkum a sběr dat jsme s ohledem na cíle výzkumu zvolili strategii kvalitativní, a to metodu polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými i uzavřenými otázkami, avšak s převahou otázek otevřených. Tuto formu sběru dat jsme se rozhodli použít jednak pro možnost využití předem připravené struktury otázek a zároveň, v případě potřeby pro eventuální pružné reagování na vlastní vývoj rozhovoru s respondentem. V této metodě svobodného dotazování jsme, spatřovali také výhody, které uvádí Hendl:

- lze přezkoušet, zda dotazovaný otázkám porozuměl,
- dotazovaný může vyjevit své zcela subjektivní pohledy a názory,
- dotazovaný může samostatně navrhnout možné vztahy a souvislosti
- je možné tematizovat konkrétní podmínky situace dotazovaného

(Hendl, 2005, s.166).

Dalším z důvodů, který nás vedl k volbě kvalitativního výzkumu byla i podstata zkoumaného problému, neboť se dotýkáme hloubky a zákonitostí vztahů, postojů a zkušeností v terapeutických vztazích a jak uvádí například Strauss a Corbinová některé zkoumané oblasti se hodí spíše pro kvalitativní typy výzkumu, například chceme-li odhalit a porozumět tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho mnoho nevíme, nebo také k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme a v neposlední řadě k získání detailních informací o jevu, které se kvantitativní metodou obtížně podchycují (Strauss, Corbinová, 1999, s. 11).

6.3.1 Metoda analýzy dat

Hendl uvádí, že kvalitativní materiál ve formě transkripce rozhovorů, protokolů a jiných druhů dokumentů se transformuje s cílem zachytit smysluplně komplexitu zkoumaných jevů, přičemž při kvalitativní analýze a interpretaci jde o systematické

nenumericke organizovani dat s cilem odhalit temata, pravidelnosti, datove konfigurace, formy kvality a vztahy (Hendl, 2005, s. 223).

Zakladem nami zvoleneho pojeti analyzy dat je deskriptivni pristup, metoda prosteho popisu a metoda vytvareni trsu. Druha uvedená metoda slouzi dle Miovskeho k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali urcite vyroky do skupin. Tyto skupiny by mely vznikat na zaklade vzajemneho prekryvu ci podobnosti mezi identifikovanymi jednotkami (Miovsky, 2006, s. 221).

V našem výzkumu jsme nejprve v transkripcích rozhovorů identifikovali významové jednotky, které obsahovaly významovou informaci vedoucí k odpovědi na naši zvolené výzkumné otázky. Na základě těchto významových jednotek jsme následně prováděli kódování. Stanovené kódy jsme vyhledávali v odpovědích respondentů a zjištěné údaje následně interpretovali.

	Kódy	Souvztažné otázky
VO 1	č.1 využívání socioterapie	ot.č.9
	č.2 formy socioterapie	ot.č.10
	č.3 poskytované metody	ot.č.6
VO 2	č.4 příčina absence socioterapie	ot. č.12,13,14
VO 3	č.5 aplikovatelnost socioterapie u osob s duševním onemocněním	ot.č. 8,11,13,14

Tab.č. 4 Kódování výzkumných otázek

6.4 Popis vlastního výzkumu

Výzkum formou rozhovorů byl po předchozím dohodnutí schůzky realizován vždy buď v prostorách jednotlivých zařízení, ve kterých jednotliví respondenti působí, nebo v prostorách Arcidiecézní charity Olomouc, kde probíhají pravidelná setkání Odborného kolegia, jehož jsou všechna zařízení, která se účastnila výzkumu, členy.

Vlastnímu dotazování předcházelo vysvětlení důvodu zájmu, všichni respondenti byli seznámeni s účelem rozhovoru, jeho přibližnou dobou trvání a charakterem výzkumu. Dále byli dotázáni, zda s rozhovorem souhlasí, jestli udělují souhlas s pořízením audiozáznamu a rovněž byli ujištěni, že bude zachována jejich anonymita. V této souvislosti byli rovněž upozorněni, aby neuváděli žádné údaje, které by mohly vést k jejich identifikaci. Každý rozhovor trval přibližně 30-40 minut.

Při realizaci vlastního výzkumu jsme se snažili dodržovat zásady pro vedení rozhovoru, jak uvádí Hendl:

- zajistit důkladnou přípravu a nácvik provedení rozhovoru,
- účel výzkumu určuje celý proces rozhovoru,
- vytváří vztah vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu, dodržení citlivosti k osobě respondenta,
- otázky jsou formulovány jasným způsobem, kterému dotazovaný rozumí,
- tazatel naslouchá pozorně a odpovídá tak, aby dotazovaný poznal, že o něj má tazatel zájem, nechává dotazovanému dostatek času na odpověď,
- tazatel si udržuje neutrální postoj k obsahu sdělovaných dat, sbírá data, ale neposuzuje osobu dotazovaného (Hendl, 2005, s. 172).

Ve fázi ukončení rozhovoru byla provedena kontrola psaných poznámek a rovněž ujištění, že nahrávka rozhovoru byla zaznamenána. V další etapě výzkumu byla provedena transkripce rozhovoru, tedy převod získaných dat do textové podoby a obdržená data byla následně analyzována. Přepisy rozhovorů jsou k dispozici u autorky této práce.

6.4.1 Okruhy otázek z výzkumu

Na základě výzkumných otázek jsme si před zahájením sběru dat vytýčili 4 okruhy otázek a formulovali 14 konkrétních dotazů, které následně tvořily podstatu rozhovoru.

První okruh otázek byl tvořen 5 dotazy, které se zaměřovaly na zjištění informací o typu zařízení, v němž respondent pracuje, jaká je cílová skupina tohoto

zařízení, jaká je maximální denní kapacita zařízení, jaká je pracovní pozice respondenta v tomto zařízení a jaký je počet pracovníků v přímé péči.

V druhém okruhu otázek odpovídali respondenti na 3 dotazy zjišťující charakter hlavních činností, využívaných v práci s klienty, dále postoj respondenta k jednotlivým používaným technikám z hlediska přínosu, nebo naopak nevhodnosti pro klienty.

Třetí okruh otázek zahrnoval 4 dotazy týkající se konkrétně metody socioterapie. Respondenti byli dotazováni, zda je tato metoda v jejich zařízeních používána, které její formy konkrétně, jak tuto metodu hodnotí, pro které situace by ji doporučili a pro které by od ní naopak, jako od možné uplatňované techniky, upustili.

Čtvrtý, závěrečný okruh otázek obsahoval 2 dotazy, na základě kterých se měli respondenti zamyslet a uvést, co brání účinnému uplatňování socioterapie u osob s duševním onemocněním a co přímo v jejich zařízení znemožňuje používání této techniky.

Otázky 4. okruhu jsou zacílené na odkrytí a analýzu překážek, bránících užívání socioterapie v ambulantních zařízeních poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, se záměrem nalézt varianty pro odstranění těchto překážek, případně navrhnout aplikaci těchto řešení v praxi a přispět tak ke zkvalitnění poskytovaných služeb.

Tabulku s uvedením okruhů otázek a bližším popisem pokládaných dotazů uvádíme níže.

Okruh otázek	Formulace otázky
I.	č.1: <i>V jakém zařízení pracujete?</i>
	č.2: <i>S jakou cílovou skupinou pracujete?</i>
	č.3: <i>Jaká je Vaše pracovní pozice?</i>
	č.4: <i>Jaká je maximální denní kapacita zařízení?</i>
	č.5: <i>Kolik pracovníků pracuje s klienty v přímé péči?</i>
	Co zjišťujeme:
II.	č.6: <i>Jaké jsou hlavní činnosti, či aktivity, které využíváte v práci s klienty?</i>
	č.7: <i>Kterou metodu, či techniku považujete v práci s klienty za nejpřínosnější?</i>
	č.8: <i>Která technika, podle Vás, není pro Vaše klienty vhodná a proč?</i>
	Co zjišťujeme:
III.	č.9: <i>Využíváte ve Vašem zařízení socioterapii?</i>
	č.10: <i>Které její formy konkrétně?</i>
	č.11: <i>V jakých situacích byste socioterapii doporučil/a a proč?</i>
	č.12: <i>Kdy byste socioterapii nedoporučil/a a proč?</i>
	Co zjišťujeme:
IV.	č.13: <i>Co podle Vás brání účinně uplatňovat socioterapii u osob s duševním onemocněním?</i>
	č.14: <i>Co ve Vašem zařízení znemožňuje účinné uplatňování socioterapie u vašich klientů?</i>
	Co zjišťujeme:

Tab.č. 5 Otázky rozhovoru

6.5 Vlastní výsledky

V této kapitole uvádíme výstupy provedené analýzy odpovědí respondentů. S ohledem na velikost a charakter vzorku nelze považovat výsledky za celoplošně zobecnitelné. Pro další studii na toto téma bychom volili mnohem větší vzorek s přihlédnutím například k délce praxe respondentů v oboru.

Při interpretaci výsledků jsme vyhledávali společné, či obdobné výroky, které jsme následně spojovali do trsů. Takto vytvořené jednotlivé kategorie uvádíme v následujících podkapitolách shrnutím obsahu všech výpovědí, přičemž začínáme uvedením kategorií od druhého okruhu otázek, neboť okruh první zjišťoval, zda respondenti a zařízení odpovídají stanoveným kritériím pro výběr vzorku. Tuto podmínku splnili všichni dotázaní, což dokládáme v kapitole č. 6.2.

6.5.1 Zaměřenost zařízení vzhledem k nabídce činností

Respondenti vyjmenovávali činnosti nabízené v jejich zařízení, které využívají při práci s klienty. Všichni dotázaní uváděli různě dlouhý výčet aktivizačních činností, dále vzdělávací aktivity a v převážné většině uváděli činnosti vedoucí k rozvoji a posílení soběstačnosti klienta. Pojem terapie zazněl z celkového počtu dotázaných 15 celkem 7x (47%), z toho název socioterapie, či sociální terapie 2x (13%), 8x tento pojem nezazněl vůbec (53%).

Ot.: „*Jaké jsou hlavní činnosti, či aktivity, které využíváte v práci s klienty?*“

R1: „Našimi hlavními činnostmi jsou převážně aktivizační a vzdělávací činnosti, snažíme se o pestrost, převažují aktivity, které mají klientům pomáhat rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti, například angličtina, hra na hudební nástroj, aktivity na podporu komunikace.“

R9: „Mezi hlavní činnosti bych uvedla nácvik dovedností, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů a taky zprostředkování kontaktu se společností, že jako nejsou sami s tou nemocí zavřeni doma.“

R12: „Tak především se jedná o ergoterapii, ta provází vlastně naši každodenní činnost, jako je práce se dřevem, tkaní na stavu, práce s korálky, batikování triček, keramika. Dbáme také na vzdělávání, máme například kurz práce na počítači, kurz angličtiny nebo fotografování, potom relaxaci a samozřejmě socioterapii.“

6.5.2 Určení přínosné techniky

Respondenti uváděli svůj postoj k používaným metodám a technikám, a to vzhledem k pozitivní zkušenosti, kterou s touto technikou, či metodou učinili. Na základě těchto zkušeností odpovídali, který postup považují za nejpřínosnější pro osoby s duševním onemocněním.

Vytvořením kategorií na základě podobnosti výpovědí jsme zjistili, že kromě jednoho respondenta všichni uváděli jako přínosné rozhovory a podporu komunikačních dovedností. Většina se také shodla na nácviku praktických činností, které dopomáhají klientům k větší soběstačnosti. Terapii, konkrétně arteterapii a ergoterapii uvedli 2 respondenti (13%).

Ot.: „ Kterou metodu, či techniku považujete za nejpřínosnější pro vaše klienty?

R8: „...určitě arteterapii a ergoterapii a potom také nácvik kognitivních funkcí.“

R4: „Řekla bych, že skupinové aktivity, tam si mohou procvičovat a rozvíjet komunikaci, učí se reagovat na druhé, mají možnost si popovídat o své nemoci s lidmi, kteří tím také prochází, to je pro ně nesmírně důležité a také nácvik dovedností v prostředí, které důvěrně znají, kde se cítí bezpečně.“

R9: „Nejpřínosnější...asi nácvik dovedností, které je vedou k větší samostatnosti, že získají v sobě větší jistotu a zažijí ten pocit, že aspoň v něčem nejsou závislí na druhých, pak také že si můžou popovídat o svých problémech a najdou tu podporu.“

R2: „Asi rozhovor a naslouchání, protože na základě mých pozorování a mých zkušeností jsem se přesvědčila, že právě tato cílová skupina vítá, když se může někomu svěřit a najde člověka, který jim naslouchá.“

R10: „Podle mě je pro ně nejdůležitější už to, že jsou mezi lidmi, navíc mezi těmi, kteří ji rozumí, můžou si popovídat a v tom pak vidím i důležitý bod pro rozvoj, proto se snažíme rozvíjet schopnost komunikovat, aby se neomezovali jen na tu úzkou skupinu lidí, které už bezpečně znají, ale aby byli schopni komunikovat a fungovat i v běžné, zdravé společnosti.“

6.5.3 Určení nevhodné techniky

U otázky, kde se měli dotazovaní vyjádřit k tomu, kterou techniku pro cílovou skupinu, se kterou pracují by nedoporučili, vyslovilo pouze 5 ze všech dotázaných, z toho pracovníci 2 zařízení, nějaký údaj (33%), ostatní shodně uváděli, že neví, nebo že je nic nenapadá (67%).

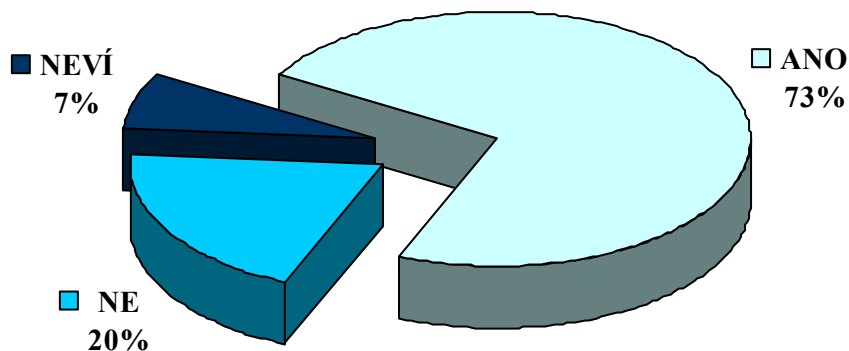
Ot.: Která technika, podle Vás, není pro Vaše klienty příliš vhodná?

R15: „Ani ne tak technika, ale spíše, vzhledem ke specifickým cílové skupiny, není vhodný direktivní přístup, klienti také těžce zvládají změny ve službě, a to ať už jde o změnu pracovníků, přístupů nebo aktivit.“

R12,13,14: „Máme takovou zkušenost, že pro naše uživatele není vhodná dramaterapie.“

6.5.4 Přítomnost a nepřítomnost socioterapie v zařízení

Tato kategorie je pro náš výzkum zásadní. Odpovědi z této kategorie jsou přímým materiálem pro zodpovězení jedné z našich výzkumných otázek. Na otázku: ***ot.: „Používáte ve svém zařízení socioterapii?“*** jsme obdrželi 11 kladných odpovědí (73%), 3 záporné (20%) a 1 respondent si nebyl jist (7%). Grafické vyjádření těchto odpovědí v procentech představuje následující graf.



Graf č.1 Využívání socioterapie v zařízeních - dle odpovědí respondentů

6.5.5 Konkretizace forem užívané socioterapie

Dotazovaní měli za úkol uvést výčet konkrétních způsobů socioterapie, které se aplikují v jejich zařízeních. Z respondentů, kteří na předchozí dotaz, zda využívají socioterapii, odpověděli kladně se nyní pouze 3 vyjádřili okamžitě a přesvědčivě (20%), ostatní váhali, nevěděli co uvést a někteří nakonec odpověděli vyhýbavě.

Ot.: „Které formy socioterapie konkrétně užíváte ve Vašem zařízení?“

R8: (dlouze váhá) „.....no, konkrétně.... různé socioterapeutické programy.“

R1: „To takhle nevím, to nedokážu konkrétně specifikovat.“

R12: „Myslím si, že samotné docházení uživatelů do skupiny je socioterapie. Tato dílna je učí umět jako skupina spolu vycházet, domluvit se na něčem, spolupracovat. Pokud ale mám být konkrétnější, tak jezdíme na výlety, za kulturou,...snažíme se, aby se uživatelé uměli ve společnosti orientovat, třeba si uměli sami nakoupit, koupit si jízdenku, hledat v jízdním řádu, orientovat se v cizím městě, umět si objednat jídlo v restauraci a zaplatit.“

R6: „Konkrétně jsou to skupinové činnosti nebo terapeutické skupiny.“

R10: „.....Řekla bych, že jsou to právě ty práce ve skupině, rozhovory, společná zamyšlení.“

R7: „...asi...ano, asi nácviky sociálních dovedností.“

6.5.6 Doporučení socioterapie

Respondenti se zamýšleli nad výhodami techniky socioterapie, zvažovali její klady ve vztahu k cílové skupině a měli uvést svá doporučení pro konkrétní situace, či případy. Zde jsme očekávali odpovědi na otázku, zda je možné u osob s duševním onemocněním možné uplatňovat tuto metodu a v jakých případech.

Dotázaní, kteří neměli zkušenost se socioterapií, nedokázali na tuto otázku odpovědět (20%). Ostatní (73%) shodně uvedli, že dle jejich názoru je tato metoda vhodná pro všechny případy a situace.

6.5.7 Nedoporučení socioterapie

Zde byli respondenti vyzváni, aby uvedli případy, ve kterých, dle jejich názoru, není vhodné tuto metodu aplikovat. Pro tuto kategorii jsme obdrželi pouze 3 doporučení (20% z dotázaných), ve kterých by respondenti od užití techniky socioterapie upustili, a to shodně z důvodu akutně zhoršeného zdravotního - psychického stavu uživatele.

6.5.8 Překážky v užití techniky socioterapie obecně

Tato a následující, poslední kategorie jsou zacílené na získání odpovědí pro zodpovězení naší druhé výzkumné otázky, tedy není-li v ambulantních zařízeních sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním užívána metoda socioterapie, proč tomu tak je, co jejímu užití, dle respondentů brání.

Ot.: „Co, podle Vás, brání účinnému uplatňování socioterapie u osob s duševním onemocněním?“ Výstupy uvádíme v následující tabulce (respondenti měli možnost uvést více variant).

Příčina zabraňující účinnému užití socioterapie	Četnost	%
Zdravotní stav uživatele vzhledem k psychické diagnóze	6	40%
Vedlejší účinky léků (ospalost, nesoustředěnost, vztahovačnost, nezáměr,...)	2	13%
Nedostačující kvalifikace pracovníků	2	13%
Nedostupnost výcviků v socioterapii	2	13%
Nedostatek financí (na kurzy, pracovníky,...)	5	33%
Žádná	1	7%
Nevím	2	13%

Tab.č. 6 Překážky v užití socioterapie

6.5.9 Překážky v užití techniky socioterapie v daném zařízení

V této kategorii respondenti rozvíjeli své odpovědi z předchozího dotazu a uváděli překážky, které se vyskytují přímo v jejich zařízení. K odkrytí zábran pro užívání socioterapie v konkrétních zařízeních nás vedla snaha mít možnost tyto výstupy výzkumu aplikovat s přímým a konkrétním dosahem v praxi, a to prostřednictvím nalezení variant pro odstranění těchto překážek.

Ot.: „Co ve Vašem zařízení znemožňuje účinné uplatňování socioterapie u Vašich klientů?“

Odpovědi souhrnně uvádíme v následující tabulce.

Překážky v užití socioterapie v zařízení	Četnost	%
Zdravotní stav uživatele vzhledem k psychické diagnóze	7	47%
Nedostatek pracovníků, kteří by se technice věnovali	2	13%
Nedostatek financí (na vzdělávání, pracovníky,...)	5	33%
Nezáměr klienta, neochota spolupracovat	3	20%
Žádná	4	27%

Tab.č. 7 Překážky v užití socioterapie v daném zařízení

6.6 Diskuse a závěry

Po provedení analýzy rozhovorů s patnácti pracovníky přímé péče v ambulantních zařízeních sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním jsme získali soubor kategorií, které podávají přehled o tom, jaké jsou zkušenosti s aplikováním techniky socioterapie, jaké jsou dle respondentů její možnosti užití u této cílové skupiny, v kterých případech naopak není u osob s duševním onemocněním označována jako vhodná a také co brání jejímu účinnému uplatňování. Z výpovědí respondentů vyplynulo, že někteří metodu socioterapie ve svých zařízeních vůbec nepoužívají (20%), jeden respondent přímo vypověděl, že si není jistý zda socioterapii využívají, neboť přesně neví, co si pod tímto pojmem má představit. Nejistota týkající se obsahu socioterapie byla znát téměř u všech dotázaných, kteří na dotaz, které formy socioterapie konkrétně využívají, ve svých odpovědích váhali. Nejčastěji uváděli, že se domnívají, že by se mohlo jednat o aktivity, které vedou k soběstačnosti klientů, o práci ve skupině, kdy se její členové učí, nebo upevňují v dovednostech kolektivního soužití a že samotné docházení do zařízení považují za socioterapii. K problematice nízkého povědomí o socioterapii se vyslovilo několik respondentů, kdy zmiňovali, že v této oblasti (spíše tedy v teoretické rovině) jsou méně informováni a že i postrádají vzdělávání v oblasti prohlubování znalostí této techniky. Zároveň také podotýkali, že nabídka kurzů je však nedostačující a je-li, tak je pro poskytovatele sociálních služeb (v případě respondentů se jednalo o neziskové organizace) finančně nedostupná. Nedostatek finančních prostředků byl druhým nejčastěji uváděným faktorem, vnímaným ze strany dotazovaných jako překážka v uplatňování socioterapie, a to jak na obecné rovině, tak přímo v zařízeních, ve kterých respondenti působí. Nejčastěji udávaným důvodem, bránícím účinné aplikaci socioterapie u osob s duševním onemocněním byl právě zdravotní stav klientů, s ohledem k psychiatrické diagnóze, která sama o sobě, dle respondentů, je závažnou překážkou. Zde se ovšem stavíme před otázkou, kterou jsme si položili již na samém počátku výzkumu – „*Je možné u osob s duševním onemocněním účinně uplatňovat socioterapii?*“ Respondenti se v tomto ohledu vyjadřují záporně a jako stěžejní příčinu uvádí právě zdravotní stav klientů.

Toto zjištění bylo pro nás překvapující, neboť na druhé straně by to měla být právě terapie, která vedle medikamentózní léčby je efektivním a účinným prostředkem směřujícím minimálně k zabránění prohlubování negativních projevů nemoci, v lepším případě ke stabilizaci současného stavu, v ideálním pak k jeho nápravě.

Zásadní zjištění, která pro nás z provedeného výzkumu vyplynula byla, že ne zcela ve všech zařízeních sociálních služeb je aplikována metoda socioterapie a jako nejčastěji uváděným důvodem je zdravotní stav klientů, vzhledem k diagnóze, který sám o sobě je pro účinnou terapeutickou práci limitujícím. Jako další nejčastěji udávanou překážkou byl nedostatek finančních prostředků, zejména na zajištění odbornosti a dalšího vzdělávání odborníků, kteří by se terapeutické práci s klienty věnovali na odborné úrovni. Toto tvrzení pro nás nebylo významně překvapující, neboť s ohledem na vlastní zkušenosti z praxe je problematika řešení efektivního fundraisingu v neziskových organizacích typu charit z velké míry opomíjena, paradoxně v důsledku úspor a šetření v nákladových položkách osobních nákladů na osobě fundraisera, či projektového manažera.

V průběhu zpracování výzkumu nám vyvstaly nové otázky a oblasti, kterým by bylo zajímavé se věnovat, například v některém z dalších výzkumů, neboť zkoumání v této oblasti má poměrně široký dopad pro uvedení do praxe. Pro tato šetření, či výzkumy bychom navrhovali volit větší vzorek respondentů nebo provést srovnání informovanosti pracovníků o socioterapii ve vztahu k délce praxe v oboru, ke vzdělání nebo ve vztahu ke spokojenosti klientů.

Pro tuto diplomovou práci jsme si za cíl stanovili charakterizovat socioterapii jako jednu z terapeutických možností u osob s duševním onemocněním a pro empirickou část je zjistit, zda jsou ve vybraných zařízeních, poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, uplatňovány metody socioterapie a dále odkrýt a analyzovat případné překážky, které brání uplatňování socioterapie v těchto vybraných zařízeních. Na základě výše uvedených skutečností lze podle nás dojít k závěru, že cílů jak v diplomové práci, tak v její empirické části bylo dosaženo plně. Pouze pro stanovení hlubších analýz odkrývaných překážek, které dle respondentů brání užití metody socioterapie u osob s duševním onemocněním, si dovoluujeme tvrdit, že by bylo nutné provést důkladnější a dlouhodobější výzkum na vzorku profesionálních odborníků – sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči

s osobami s duševním onemocněním s víceletou praxí v oboru, čemuž doposud brání poměrně krátkodobé působení zařízení sociálních služeb tohoto typu a s tím související relativně nedávná deinstitucionalizace léčby duševně nemocných a následný přechod ke komunitní péči.

Závěr

Tato práce se zabývá otázkou možnosti uplatňování socioterapie u osob s duševním onemocněním. V jednotlivých kapitolách teoretické části jsme definovali základní pojmy, se kterými jsme pracovali, snažili jsme se objasnit situaci osob s duševním onemocněním, ve vztahu k některým základním diagnózám, stručně charakterizovat možnosti péče, která je těmto osobám nabízena, zvláště pak péče v zařízeních sociálních služeb a blíže jsme popsali metodu socioterapie a její vztah k psychoterapii. Socioterapie je poměrně nová věda, která může významně přispívat nemocným k adaptaci na prostředí, ve kterém žijí, opětovně se navracet do společnosti, neboť jakákoli duševní choroba s sebou přináší obtíže v readaptaci na vše, co tyto lidi obklopuje, protože život s psychózou je pro tyto lidi život v novém světě, který neznají a ze kterého mají obavy.

Cílem této práce bylo charakterizovat socioterapii jako jednu z terapeutických možností u osob s duševním onemocněním, čehož jsme dle našeho mínění dosáhli. V empirické části jsme si stanovili za cíl zjistit, zda je ve vybraných zařízeních, poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, uplatňována metoda socioterapie a odkrýt a analyzovat případné překážky, které brání uplatňování socioterapie v těchto zařízeních. Zásadním zjištěním pro nás byl fakt, že ne ve všech vybraných zařízeních je tato metoda uplatňována, což považujeme za obrovskou rezervu systému a dále skutečnost, že nejčastěji uváděnou překážkou pro užití této techniky je právě zdravotní – psychický stav pacientů, který dle dotazovaných ne zcela a ne účinně umožňuje tuto metodu plně ve svých zařízeních rozvinout a uplatňovat. Naopak se domníváme, že podstoupení této terapie, s případným doplněním další odborné péče, by lidem s duševním onemocněním výrazně pomohlo zvládnout jejich tíživou životní situaci, lépe se s ní vypořádat a naučit se s ní žít. Zde spatřujeme nemalé možnosti pro zlepšení poskytování sociálních služeb, které se věnují lidem s psychickým onemocněním a rovněž prostor pro další výzkumy a bádání na tomto poli. S vědomím určitých rezerv pro hlubší proniknutí do analýz odhalených překážek pro užití metody socioterapie u osob s duševním onemocněním si dovoluujeme tvrdit, že i cílů empirické části této diplomové práce bylo dosaženo plně.

Použitá literatura

- ANDERS, M. *Biologické metody léčby duševních poruch*. [online]. Univerzita Karlova v Praze. [cit. 29. 2. 2012]. Dostupné na internetu: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/biologicke-metody-lecby-dusevnych-poruch-457932>>.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-0139-7.
- EVANS, K., GILBERT, M. *Úvod do integrativní psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-446-9.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLLIS, F., WOODS, M. E. *Casework – a psychosocial therapy*. 5.vyd. New York: Random House, 1999. ISBN 978-007-2901-79-5.
- HOLOUŠOVÁ, D., KROBOTOVÁ M. *Diplomové a závěrečné práce*. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 80-244-1237-3.
- JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. 2.vyd. Praha: Pallata, 1996.
- KASSIN, S. *Psychologie*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1716-3.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-657-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2.vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 978-80-247-0575-0.

LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

LIPNER, M. Socioterapeutické listy, [online]. Sociálně terapeutická činnost v sociálních službách 2009a. [cit. 9. 2. 2012]. Dostupné na internetu: <<http://www.socioterapie.cz/index.php?a=3>>. ISSN 1804-0411.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807367-310-9.

MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-992-5.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MOŽNÝ, P., PRAŠKO, J., ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7254-8.

MOUSSOVÁ, Z., VALENTOVÁ, L. *Poradenské teorie a strategie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7290-098-6.

PINCUS, A., MINAHAN, A. *Social work practise – Model and methods*. 1.vyd. Itasca, Illinois: F. E. Publisher. ISBN 978-08-7581-132-1.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatické onemocnění a psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-050-5.

PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-558-5.

PRAŠKO, J. *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2365-4.

PROCHASKA, J. O., NORCROSS. J. C. *Psychoterapeutické systémy: Průřez teoriemi*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4.vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-415-60.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

RABOCH, J. *Psychiatrie*, [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze [cit. 13. 1. 2012]. Dostupné z: <<http://www.lf1.cuni.cz/zfisar/psychiatrie/Schizofrenie.ppt>>.

ROKYTA, R. *Objevte cestu, jak jít dál*. 1.vyd. Praha: Tigris, 2004. ISBN 80-903750-2-2.

SCHREIBER, M. a kol. *Funkční somatologie*. 1.vyd. Jinočany: H&H, 2009. ISBN 80-86022-28-5.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-8591-218-X.

SOKOL, R. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1.vyd. Praha: Aspi, 2008. ISBN 80-7357-316-4.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu, postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1991. ISBN 80-85834-60-X.

- TIMULÁK, L. *Současný výzkum psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-707-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
- VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 8.vyd. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-166-0.
- VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.
- VYKOPALOVÁ, H. *Krize a psychosociální pomoc*. 1.vyd. Zlín: UTB ve Zlíně, 2007. ISBN 978-80-7318-621-0.
- VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-247-2667-0.
- ZAKOUŘILOVÁ, E. *Sociální terapie, aneb její teorie i speciální techniky, které pomáhají v sociální práci s rodinou*. 2.vyd. Praha: Institut pro místní správu, 2008. ISBN 978-80-86976-143.
- ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. 2.vyd. Praha: Karolinum 2003. ISBN 80-7184-494-2.

Použité zdroje

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Výroční zpráva Charity Strážnice.

Výroční zpráva Charity Olomouc.

Výroční zpráva Charity Prostějov.

Výroční zpráva Charity Uherské Hradiště.

Výroční zpráva Charity Valašské Meziříčí.

Internetové zdroje

Registr poskytovatelů sociálních služeb. <<http://www.iregistr.mpsv.cz>>.