

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Problematika osob s duševní poruchou v pobytových zařízeních
poskytující pobytové sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb.**

Bakalářská práce

Autor: Řezáčová Štěpánka

Vedoucí práce: JUDr. Martin Šimák Ph.D.

Datum odevzdání práce: 24. 8. 2009

ABSTRAKT

Problematika osob s duševní poruchou v pobytových zařízeních poskytující pobytové sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb.

Bakalářská práce je zaměřena na osoby s duševní poruchou v kontextu v pobytových sociálních službách. Téma je autorce blízké díky tomu, že je koordinátorkou dobrovolnického programu v Domově pro seniory Máj, České Budějovice p. o., kde dobrovolníci v tomto programu vykonávají svou dobrovolnickou činnost převážně na uzavřeném oddělení u osob s duševní poruchou.

V teoretické části se autorka zabývá sociálními službami dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zpracovala právní úpravu před nabytím účinnosti zákona o sociálních službách a její nedostatky, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zřizovatele a poskytovatele sociálních služeb, registraci poskytovatelů sociálních služeb, inspekci poskytovatelů sociálních služeb, kategorizace sociálních služeb a sociální služby poskytované za úhradu. Také informuje o duševních poruchách a sociální práci u osob s duševní poruchou.

V praktické části se autorka zaměřuje na zjištění důvodů osob s duševní poruchou pro zvolení pobytového zařízení sociálních služeb, což je i hlavní cíl této práce. Prvním dílčím cílem je zjistit jaké jsou klienty s duševní poruchou nejvíce využívané aktivizační činnosti v domovech se zvláštním režimem v okrese České Budějovice. Druhým dílčím cílem je zmapovat názor sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na dnes již zakázaná síťová lůžka. Díky použité kvalitativní formě výzkumu a aplikované metodě dotazování bylo docíleno komplexního pohledu na život osob s duševní poruchou v domovech se zvláštním režimem i na názory sociálních pracovníků daných zařízení. Srovnáním domovů se zvláštním režimem nastínila praktické dopady různých organizačních struktur.

ABSTRACT

Issue of persons with mental disorder in the senior homes providing housing with social services pursuant the Act No. 108/2006 Coll.

The bachelor's thesis focuses on the persons with a mental disorder in the context of senior homes providing housing with social services. The author is familiar with this subject as she is the co-ordinator of the volunteer program in the Máj, České Budějovice p. o. Senior Home where volunteers perform, within this program, their voluntarily activity with persons with mental disorders mainly on the closed department.

In the theoretical part, the author treats social services as per the Act No. 108/2006 Coll. of Social Services. She deals with the legal regulation before Act on Social Services came into effect and its drawbacks, Act No. 108/2006 Coll., of social services, organizer and provider of social services, registration of providers of social services, inspection of providers of social services, categorization of social services and social services provided for reimbursement. She also informs of mental disorders and social work with persons with mental disorders.

In the practical part the author focuses on establishment of reasons of persons with mental disorders for choice of social services facility which is also the main target of this thesis. The first partial goal is to find out what are the most utilized activation activities in homes with a special mode in the district of České Budějovice. The second partial goal was to find out the opinion of social workers and employees in social services concerning net beds already prohibited today.

Thanks to applied qualitative form of research and applied method of questioning, the comprehensive view of the life of persons with mental disorder in homes with a special mode was achieved including also the opinions of social employees of the given facilities. By comparison of homes with a special mode the practical impacts of various organisational structures were outlined.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat JUDr. Martinovi Šimákovi, Ph.D. za vedení mé odborné práce, připomínky a především za čas, který mi věnoval. Také děkuji sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách za jejich ochotu ke spolupráci. Mgr. Lence Motlové za nepostradatelné rady a nápady. A v neposlední řadě chci poděkovat své rodině za podporu.

OBSAH

ÚVOD	9
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1. SOCIÁLNÍ SLUŽBY	10
1.1.1. Právní úprava před nabytím účinnosti zákona o sociálních službách a její nedostatky	10
1.1.2. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	12
1.1.3. Zřizovatelé a poskytovatelé sociálních služeb	14
1.1.4. Registrace poskytovatelů sociálních služeb	15
1.1.5. Inspekce poskytovatelů sociálních služeb	16
1.1.6. Kategorizace sociálních služeb	17
1.1.7. Sociální služby poskytované za úhradu	18
1.2. DUŠEVNÍ PORUCHY	19
1.2.1. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy	19
1.2.1.1. Schizofrenie	19
1.2.1.2. Schizoafektivní porucha	21
1.2.1.3. Porucha s bludy	21
1.2.2. Organické duševní poruchy	22
1.2.2.1. Syndrom demence	22
1.2.3. Poruchy osobnosti	24
1.2.3.1. Specifické poruchy osobnosti	24
1.2.3.1.1. Paranoidní porucha osobnosti	24
1.2.3.1.2. Schizoidní porucha osobnosti	24
1.2.3.1.3. Disociální porucha osobnosti	25
1.2.3.1.4. Histrionská porucha osobnosti	25
1.2.3.1.5. Narcistická porucha osobnosti	25
1.2.3.1.6. Anankastická porucha osobnosti	25
1.2.3.1.7. Anxiózní porucha osobnosti	26
1.2.4. Afektivní poruchy	26

1.2.4.1. Mánie	26
1.2.4.2. Depresivní porucha	27
1.2.5. <i>Neurotické poruchy</i>	27
1.2.5.1. Fobické úzkostné poruchy	27
1.2.5.1.1. Agorafobie	28
1.2.5.1.2. Sociální fobie	28
1.2.5.1.3. Specifické fobie	28
1.2.5.2. Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)	29
1.2.5.3. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení	29
1.2.6. <i>Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek</i>	30
1.2.6.1. Akutní intoxikace	30
1.2.6.2. Syndrom závislosti	30
1.2.6.3. Odvykací stav a odvykací stav s deliriem	32
1.2.7. <i>Poruchy příjmu potravy</i>	32
1.2.7.1. Mentální anorexie	33
1.2.7.2. Mentální bulimie	33
1.2.8. <i>Sexuální poruchy</i>	34
1.2.9. <i>Mentální retardace</i>	35
1.3. SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI S DUŠEVNÍ PORUCHOU	36
1.3.1. <i>Způsobilost k právním úkonům</i>	35
1.3.2. <i>Nedobrovolná hospitalizace</i>	36
1.3.3. <i>Zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb</i>	37
1.3.4. <i>Klient s duševní poruchou v systému sociálních služeb</i>	37
1.3.4.1. Sociální služby pro osoby trpící duševními nemocemi	38
1.3.4.2. Pobytové sociální služby pro osoby s duševní poruchou	39
1.3.4.3. Domov se zvláštním režimem	44
1.3.5. <i>Specifické potřeby duševně nemocných</i>	46
1.3.5.1. Bydlení	46
1.3.5.2. Volný čas	47
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	48

3. METODIKA.....	50
3.1. OPERACIONALIZACE POJMŮ	50
3.2. POUŽITÉ METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	50
3.3. CHARAKTER ZKOUMANÉHO SOUBORU	51
3.4. REALIZACE VÝZKUMU	52
4. VÝSLEDKY	56
4.1. ROZHOVOR SE SOCIÁLNÍ PRACOVNICÍ Č. 1.	56
4.2. ROZHOVOR SE SOCIÁLNÍ PRACOVNICÍ Č. 2.	60
4.3. ROZHOVOR SE SOCIÁLNÍ PRACOVNICÍ Č. 3.....	64
4.4. ROZHOVOR S PRACOVNÍKEM V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH Č.1	68
4.5. ROZHOVOR S PRACOVNICÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH Č.2.....	71
4.6. ROZHOVOR S PRACOVNICÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH Č.3.....	75
5. DISKUZE	80
6. ZÁVĚR.....	85
7. POUŽITÁ LITERATURA.....	86
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	90
9. PŘÍLOHY.....	91

ÚVOD

V prvním ročníku jsem nastoupila na praxi. V daném zařízení mi bylo řečeno, že nejvíce času budu trávit na uzavřeném oddělení u osob s duševní poruchou. Ihned se mi vybavily nejrůznější filmy, vtipy, historky, knihy atp. Mé obavy se rázem stupňovaly, po čtrnácti dnech praxe jsem již věděla, že strach, vzniklý mou nevědomostí o těchto lidech, o kterých jsem měla vytvořený obrázek převážně jen z médií, byl naprosto zbytečný.

Dnes jsem koordinátorkou dobrovolnického programu v Domově pro seniory, Máj, České Budějovice, p. o. Nové dobrovolníci vždy vyprávím, co dobrovolnictví obnáší a zároveň přináší, vždy když ji – v programu jsou zapojeny samé ženy - vysvětluji jak to v daném zařízení chodí, jak je to s odchodem a příchodem, co vše může s klienty podle jejich nálady provozovat. Vidím nadšení a touhu po konání dobra. Zmíním-li ale fakt, že většinu svého času, při vykonávání této ušlechtilé činnosti, budou trávit právě s klienty s duševní poruchou, zahlédnu změnu. Ta jiskřička v očích jakoby pohasla, zahlédnu strach, ať už jde o mladou studentku či starší paní, jakoby to bylo pravidlo.

Proč se těchto osob bojíme? Proč o nich smýšlíme hlavně negativně? Ale na druhou stranu si položíme otázku proč si spousta lidí, našich spoluobčanů myslí, že je s nimi v zařízeních sociálních služeb zacházeno špatně a nám je jich líto? Bylo období, kdy se prosazovalo zbavení způsobilosti k právním úkonům. Pak nastal obrat a zbavování způsobilosti k právním úkonům se začalo vyhýbat. Kde je individuální přístup? Proč jdeme z extrému do extrému?

Právě z těchto důvodů jsem si ke zpracování bakalářské práce vybrala téma „Problematika osob s duševní poruchou v pobytových zařízeních poskytující pobytové sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb.“

Jelikož osoby s duševní poruchou patří k mnoha diskutovaným a ožehavým problematikám, které budou vždy probírány veřejností a asi již navždy budou podléhat nemalé stigmatizaci, která ještě více ztěžuje již tak nelehký život těchto osob. Osob, kterým lékař místo karcinomu tlustého střeva, diagnostikoval Alzheimerovu demenci.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Sociální služby

Na rozdíl od veřejných služeb, které jsou poskytovány široké veřejnosti a jsou hrazeny z veřejných rozpočtů, jsou sociální služby určeny pro lidi společensky znevýhodněné. Úkolem sociálních služeb je u těchto osob zvýšit kvalitu života, začlenit je do společnosti, anebo ochránit společnost před hrozbou, kterou někteří klienti představují pro ostatní lidi. Tento typ služeb se nezabývá jen uživatelem, ale i jeho rodinou, skupinou do které patří i jeho okolím **(6)**.

Úlohou těchto služeb je zlepšit kvalitu života společensky znevýhodněných osob nebo začlenit osoby postižené sociální okluzí. Také ochránit společnost i klienty samé před hrozbou rizik, kterými jsou tito klienti nositeli, což je neopomenutelné právě u osob s duševní poruchou. Sociální služby by klientům měly umožnit vést běžný způsob života, také motivovat k aktivní činnosti, vést k samostatnosti a to vše při zohledňování individuálních potřeb jedince. Pomoc, která je poskytována, by měla zároveň zachovat lidskou důstojnost každého jedince.

Sociální služby jsou službou řízenou v České republice (dále jen ČR), Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, ale například kojenecké ústavy spadají pod Ministerstvo zdravotnictví ČR stejně jako léčebny dlouhodobě nemocných, pod Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR spadají výchovné ústavy pro děti a mládež. Do rezortu Ministerstva vnitra ČR řadíme třeba prevenci kriminality mládeže **(16)**.

1.1.1. Právní úprava před nabytím účinnosti zákona o sociálních službách a její nedostatky

Právní úprava sociálních služeb před nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách byla nevyhovující.

Za první republiky provozovaly sociální služby dobročinné spolky a obce, ale padesátá léta znamenala změnu. V zemi převzala vládu komunistická strana a byl převzat tzv. sovětský model sociálního zabezpečení, logicky i sociálních služeb. Kompetence k poskytování služeb tohoto typu přešly roku 1956 do rukou státu.

Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení uváděl ještě jednu možnost, a to poskytování sociálních služeb církví a církevními řády, netrvalo však dlouho a v šedesátých letech nastal konec i této možné variantě.

Postupně se ve druhé polovině 20. století přijaly další zákony sociálního zabezpečení - tím mám na mysli zákony č. 101/1961 Sb., č. 121/1975 Sb., č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení - předmětem těchto zákonů a zákona č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení byla sociální péče. Jednotlivé nároky sociální péče a sociálních služeb byly obsaženy v prováděcích předpisech výše zmíněných zákonů **(16)**.

Sociální služby poskytoval v první řadě stát, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a okresní úřady, jelikož veřejná správa prošla reformou, kompetence v oblasti sociálních služeb přešly v pravomoc na obce s rozšířenou působností a kraje.

Pokud člověk nezapadal do jedné z těchto skupin: rodiny s dětmi, občané těžce zdravotně postižení, staří občané, občané, kteří potřebují zvláštní pomoc či do skupiny občané společensky nepřizpůsobení, nedostalo se mu nároku na dávku, ani na službu sociální péče. Sociální péče se nárokovala jen určitým skupinám osob, dříve se zdaleka nedbalo na individuální přístup - v dnešních dobách tak zdůrazňovaný. V devadesátých letech se kategorizace osob, které mohly nárokovat sociální služby, stala nevyhovující, především z důvodu stigmatizace klientů.

Stejně tak nevyhovující byl i seznam služeb, které tehdejší právní úprava sociální péče upravovala. V této úzké škále sociálních služeb, byly poradenské služby, ústavní sociální péče, pečovatelské služby, stravování, kulturní a rekreační péče.

Před rokem 1989 ale i krátce po tomto roce byla nadmíru upřednostňována ústavní péče. Do příchodu nestátních organizací byly terénní a jiné služby v podstatě tabu. Nabídka sociálních služeb byla nedostačující. Ústavní péči také určitým způsobem podporoval fakt, že na dosažení vzniku nároku na dávku tzv. příspěvku na péči o osobu blízkou nebo jinou, měl ten, jenž osobně, po celý den a řádně pečuje o osobu, která je

převážně nebo úplně bezmocná nebo starší 80-ti let a částečně bezmocná a ještě k tomu, musel pečující, mít příjem do 3 540 Kč. Částka, kterou dostala osoba, které vznikl tento nárok, se odvíjela od částky životního minima a dosahovala 1,6 násobku částky na osobní potřeby pečující osoby. Pečovala-li osoba o dvě a více osob potřebujících péči, dosahovala částka 2,75 násobku. V roce 2005 byla tato dávka navýšena-tedy koeficienty násobící dávku životního minima - což celkem činilo 5 310 Kč při pečování o jednu osobu a 9 086 Kč u dvou a více osob. Zvýšení příspěvku byl samozřejmě pozitivní, ale stále pro mnoho osob nedostačující. I nadále bylo pro některé rodiny výhodnější umístit člena seniorského věku do domova důchodců, což byla dotovaná služba.

Devadesátá léta a vznikající nestátní organizace začaly měnit dějiny sociálních služeb, nejen že se nově poskytovaly alternativní typy sociálních služeb a zároveň zaváděly moderní trendy v sociálních službách. Zrod nestátních zařízení zaznamenával právní zauzlení. S existencí takovýchto subjektů se nepočítalo, jejich zřizování a činnost nebyla regulována. Zpočátku začínala tato zařízení jako občanská sdružení, viz. kapitola 1.1.3. Zřizovatelé a poskytovatelé sociálních služeb a poté jako obecně prospěšné společnosti viz kapitola 1.1.3. Zřizovatelé a poskytovatelé sociálních služeb.

Stát nekladal žádné požadavky na registraci ani na provoz organizací poskytujících sociální služby, tato zařízení byla v podstatě naprosto bez kontroly a dohledu. Další nemilou komplikací byly minimální finanční možnosti těchto zařízení, kterých nebylo mnoho. Konec každého roku znamenal nejistotu z budoucnosti, finanční injekce se dočkaly pouze ty organizace, které zdárně prošly tzv. dotačním řízením a to jen na další rok **(16)**.

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

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je účinný od 1. ledna 2007. Předmětem úpravy tohoto zákona jsou podmínky poskytování podpory a pomoci fyzickým osobám, prostřednictvím sociálních služeb a formou příspěvku na péči. Také upravuje výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, podmínky pro vydání

oprávnění poskytování sociálních služeb, předpoklady pro výkon v sociálních službách a inspekci prováděnou v zařízeních poskytující sociální služby.

Zákonodárci neopomněli ani na předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává svou činnost v sociálních službách, anebo dle zvláštních právních předpisů ve vězeních, ve zdravotnických zařízeních, v sociálně - právních ochraně dětí, v zařízeních pro zajištění cizinců, v azylových zařízeních, při pomoci v hmotné nouzi a ve školách a školských zařízeních **(9)**.

Mezi základní zásady tohoto zákona patří nárok každé osoby na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Dále je v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 2 stanoveno, že:

- Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob.
- Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování.
- Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob **(16)**.

Ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, je upraven způsob hodnocení úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti pro účely stupně závislosti, také rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výše úhrad za poskytování některých sociálních služeb, zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb i kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách, dále zde nalezneme hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb atp. **(9)**.

1.1.3. Zřizovatelé a poskytovatelé sociálních služeb

V České republice mohou zřizovat zařízení poskytující sociální služby obce, kraje a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Pokud má obec zřizovat službu nenáročnou jak na techniku, tak na personál a prostory, je pro ni výhodnější zřídit ji jako jednu z vlastních organizačních složek bez právní subjektivity. V opačném případě, bude-li zřizovat sociální službu náročnou na již zmíněné položky, má možnost zřídit ji jako příspěvkovou organizaci, která má samostatnou právní subjektivitu. Kraje jsou na tom zcela obdobně, mají také tyto dvě možnosti, tedy formou svých organizačních složek anebo formou příspěvkové organizace. Kraje přebraly zařízení sociálních služeb, které před rokem 2002 zřizovaly okresy, tudíž se kraje staly nejčastějšími poskytovateli těchto služeb **(16)**.

Do roku 1990 dokonce nebylo možné, aby zřizovatelé sociálních služeb byly nestátními subjekty, dnes to možné je. A to ve třech právních formách. První možností je občanské sdružení, jehož vznik, činnost a zánik jsou upraveny v zákoně č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů. Po roce 1989 to byl jeden z prvních přijatých právních předpisů. Jehož cílem bylo zajištění práva sdružovat se s jinými ve spolcích, společnostech a jiných sdruženích, což bylo a je i základní lidské právo upravené v Listině základních práv a svobod. Dle tohoto zákona vzniká občanské sdružení ve dvou fázích, nejdříve založení a poté registrace. K registraci je nutné podat návrh, ten podává přípravný výbor, který musí mít alespoň tři členy a aspoň jeden z nich musí být starší 18 let. Návrh se podává na Ministerstvo vnitra ČR a jsou-li splněny všechny podmínky Ministerstvo vnitra ČR má povinnost sdružení zaregistrovat.

Další možností je forma obecně prospěšné společnosti, tyto společnosti upravuje zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech. Tento zákon definuje obecně prospěšné společnosti, jako právnickou osobu založenou podle zákona 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech, která poskytuje veřejnosti obecně prospěšné služby za předem stanovených a pro všechny uživatele stejných podmínek a jejíž hospodářský výsledek musí být použit na poskytování obecně prospěšných služeb.

Založit obecně prospěšnou společnost může jak fyzická osoba, tak i osoba právnická a to v podobě zakládací smlouvy nebo zakládací listiny vyhotovené ve formě notářského zápisu, je-li jediný zakladatel. Zákon stanovuje devadesátidenní lhůtu na podání návrhu na zápis do rejstříku obecně prospěšných společností. Obecně prospěšná společnost vzniká zápisem do již zmíněného rejstříku, který vede rejstříkový soud, jímž je krajský soud. Statutárním orgánem je správní rada a dozorčí rada je orgánem kontrolním. Každoročně musí obecně prospěšná společnost vyhotovit a zveřejnit výroční zprávu, kde jsou informace o její činnosti a hospodaření.

Třetí právní formou jsou církevní právnické osoby, upraveny jsou v zákoně č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností. Registrované církve a náboženské společnosti mohou podat do deseti dnů ode dne založení církevní právnické osoby návrh na evidenci svého orgánu jako církevní právnické osoby. Do pěti pracovních dnů ode dne doručení návrhu na evidenci církevní právnické osoby provede Ministerstvo kultury ČR zápis do rejstříku církevních právnických osob, jenž vede **(16)**.

V ČR mohou být poskytovateli sociálních služeb i osoby fyzické. Dříve nebyly žádné zákonné požadavky, které by musel poskytovatel sociálních služeb plnit, nebyly ani z hlediska kvality služeb, které dané zařízení poskytovalo, ani z hlediska vybavenosti zařízení a odborné způsobilosti zaměstnanců. Dnes je řešením zákon o sociálních službách, povinná registrace poskytovatelů sociálních služeb a inspekce **(9)**.

1.1.4. Registrace poskytovatelů sociálních služeb

Na základě rozhodnutí o registraci vznikne oprávnění k poskytování sociálních služeb. Jsou-li všechny stanovené podmínky splněny, rozhodnutí o registraci musí být vydáno. Rozhodnutí o registraci vydává příslušný krajský úřad a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, je-li zřizovatelem poskytovatele sociálních služeb. Krajský úřad rovněž vede registr poskytovatelů, je správcem listinné podoby registru a zpracovatelem elektronické formy, který ovšem spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Řízení o registraci se postupuje dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění

pozdějších předpisů **(9)**.

Podmínky pro registraci jsou obsaženy v ustanovení § 79 zákona o sociálních službách. Mezi tyto podmínky patří: podání písemné žádosti o registraci, skutečnost, že na majetek žadatel nebyl prohlášen konkurz, zajištění hygienických podmínek, pokud budou služby poskytovány v zařízení, bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby, vlastnické nebo jiné právo k objektu či prostorám, v nichž budou sociální služby poskytovány a zajištění materiálních a technických podmínek odpovídajících druhu poskytovaných sociálních služeb **(16)**.

Jestliže podmínky pro registraci přestanou být splňovány, může registrující orgán registraci zrušit. To samé může učinit, dojde-li k závaznému porušení povinností a byla-li mu uložena sankce za správní delikt nebo nesplňuje-li standardy kvality poskytovaných sociálních služeb a tento prohřešek neodstraní **(6)**.

1.1.5. Inspekce poskytovatelů sociálních služeb

Inspekce provádí registrující orgán. Ve většině případů se jedná o krajský úřad. Kontroluje se plnění stanovených podmínek pro registraci poskytovatelů sociálních služeb. Inspekci provádí inspekční tým, který tvoří minimálně tři členové s tím, že alespoň jeden člen musí být zaměstnancem kraje nebo ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Inspektor nesmí být v pracovněprávním ani jiném obdobném vztahu k žádnému s poskytovatelů sociálních služeb v kraji, v němž vykonává inspekci. Inspekci nesmí provádět ani osoby, u nichž je možné podezření o jejich nepodjatosti **(9)**.

O výsledku inspekce se vydává inspekční zpráva, na kterou se vztahují ustanovení o protokolu dle zákona o státní kontrole. Tato zpráva musí obsahovat popis zjištěných skutečností s uvedením nedostatků a označením ustanovených právních předpisů, které byly porušeny. Také se zde uvádí označení kontrolovaného poskytovatele, místo a čas provedení inspekce, předmět inspekce atp. **(6)**.

Listinná kopie této zprávy se přikládá do registru poskytovatelů. Do elektronického registru zapíše krajský úřad informaci o výsledku provedené inspekce.

Poskytovatel sociální služby ztvrzuje svým podpisem zprávy, převzetí a seznámení právě s danou inspekční zprávou. Poskytovatel má právo podat písemné a zdůvodněné námitky proti inspekční zprávě **(16)**.

1.1.6. Kategorizace sociálních služeb

S novým zákonem o sociálních službách, přichází i nová kategorizace sociálních služeb. Sociální služby dělíme na tyto základní druhy: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Kdy hlavní úkolem sociálního poradenství je poskytnout co největší množství potřebných informací a pomoci tak k řešení nepříznivé sociální situace a jejího předcházení. Služby sociální péče jsou takové služby, které pomáhají klientům se stabilizovaným zdravotním stavem zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Je možné je poskytovat jak doma, tak i v zařízení sociálních služeb. A služby, které pomáhají lidem ohroženým sociální exkluzí překonávat nepříznivou sociální situaci a ochránit společnost před působením nežádoucích sociálních jevů a před jejich vznikem, nazýváme služby sociální prevence **(9)**.

V zákoně o sociálních službách je definováno těchto 19 zařízení sociálních služeb: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace jedná se o zařízení, která jsou řazena mezi služby sociální prevence. Mezi služby sociální péče řadí zákon osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a v neposlední řadě sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče **(6)**.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách také rozděluje sociální služby na

tří formy: pobytové, ambulantní a terénní. V pobytových sociálních službách je zajištěno ubytování pro klienta, v ambulantních za službou dochází a terénní jsou poskytovány přímo v jeho přirozeném prostředí. Samozřejmě, že u jednotlivých druhů služeb jsou tyto formy různě zkombinovány, aby jejich efekt byl maximální **(9)**.

1.1.7. Sociální služby poskytované za úhradu

Již několikrát zmiňovaný zákon o sociálních službách uvádí i výčet služeb poskytovaných za částečnou či plnou úhradu nákladů.

Klient si hradí služby za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou za služby osobní asistence, tísňové péče, pečovatelské služby, podpory samostatného bydlení, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, služby v denních stacionářích a za služby v centrech denních služeb. Výjimky jsou uvedeny v zákoně č. 108/2006 Sb., v ustanovení §75, odst. 2.

Klienti v azylových domech, terapeutických komunitách a domech na půl cesty hradí náklady za ubytování a stravu. Na rozdíl od klientů v noclehárnách a nízkoprahových denních centrech, kde klient hradí službu ve výši stanovené poskytovatelem, si klienti sociálně terapeutických dílen hradí náklady spojené se stravováním tak, jak je stanoveno smluvně **(6)**.

V týdenních stacionářích, domovech pro seniory, domovech pro osoby se zdravotním postižením, chráněných bydlení, zdravotnických zařízení ústavní péče, domovech se zvláštním režimem i v centrech sociálně rehabilitačních služeb se úhrada sociálních služeb poskytuje za ubytování, stravu, a za péči - ta se týká například pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, pomoc při osobní hygieně, nebo za poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, dále za pomoc při obstarávání osobních záležitostí a za zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Bude-li využívat službu poskytovanou za úhradu, náklady spojené s poskytnutou službou bude hradit podle částky sjednané ve smlouvě právě dle ustanovení § 91 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách **(9)**.

1.2. Duševní poruchy

1.2.1. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

1.2.1.1. Schizofrenie

Schizofrenie je psychotické onemocnění, které pacientovi narušuje schopnost srozumitelně postupovat a chovat se v harmonii s okolnostmi. Jeho vztahy ke skutečností se mění, oddaluje se ostatním bytostem a mění se i jeho osobnost. Toto onemocnění jednoznačně snižuje kvalitu života. Vede k nezpůsobilosti uspokojivě naplnit život a vyhovět životním rolím. Jedná se o poměrně časté onemocnění, prevalence se odhaduje na 0,5-1,0 %. Většinou postihuje osoby mladšího věku, není však vyloučeno její pozdější propuknutí. Etiologie schizofrenie není známa; předpokládá se multifaktoriální etiologie a mnohočetné patogenetické vlivy. Obecný rámec tvoří teorie zátěže a dispozice: Dědičná nebo získaná vloha disponuje k selhání adaptivních funkcí duševního života, což vede k nepřizpůsobivému prožívání a chování při zátěži; to prohlubuje snížení odolnosti jedince a nakonec vyústí do klinické manifestace onemocnění. Dědičné genetické faktory jsou významné v etiologii schizofrenie (1).

Přítomnost alespoň jednoho z následujících příznaků v trvání delším než 1 měsíc: slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace, bludy kontrolovatelnosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že je subjekt ovládán psychotickými prožitky, halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, případně o něm rozmlouvají, bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře. Pokud není přítomen, některý z předchozích příznaků, je třeba, aby byly přítomny alespoň dva z příznaků následujících: přetrvávající halucinace, formální poruchy myšlení (inkoherece, zárazy, neologismy), katatonní projevy, negativní příznaky v podobě apatie, alogie (ochuzení řeči, autismus, emoční oploštění až vyhaslost), nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost ...)

Schizofrenie může probíhat v atakách, po kterých se dostaví buď částečná či úplná remise. Nebo je možno aby probíhala bez výraznějšího zlepšení **(25)**.

Podle MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ (dále jen MKN-10) se vyskytují tyto klinické formy:

a) Paranoidní schizofrenie

Je nejčastější formou schizofrenie, většinou s pozitivními příznaky (hlavně perzekuční bludy a sluchové halucinace); časté intrapsychické halucinace (přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, odnímání myšlenek, nebo vkládání cizích myšlenek), symbolické nebo magické myšlení, podrážděná afektivita, může se objevit agresivita proti domnělým nepřátelům **(5)**.

b) Hebefrenní schizofrenie

Tato forma je typická pro adolescentní věk. Většinou projev s pozitivními příznaky (hlavně perzekuční bludy a sluchové halucinace); časté intrapsychické halucinace (přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, odnímání myšlenek, nebo vkládání cizích myšlenek), symbolické nebo magické myšlení, afektivita podrážděná, může se objevit agresivita proti domnělým nepřátelům **(27)**.

c) Katatonní schizofrenie

V dnešní době se jedná o vzácně se vyskytující formu. Jsou známy dvě podoby této schizofrenie. První, produktivní forma – neobvyklé pohyby, impulzivní činy, povelový automatismus, nadměrná vzrušenost, bezcílý neklid, stereotypie v motorickém i verbálním projevu; někdy impulzivní pacienti. Druhá, neproduktivní (stuporózní) forma – katatonní stupor (nereaguje, neztrácí vědomí, riziko metabolického rozvratu), negativismus, tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách (flexibilitas cerea, katalepsie). Halucinace a systemizované bludy nejsou typické **(5)**.

d) Simplexní schizofrenie

Jedná se o nenápadnou formu onemocnění. Převažují hlavně negativní příznaky - v popředí změny chování s úpadkem vůle, zlhostejněním, zpovrchněním, ztrátou zájmů a oploštěním emocí, autismus, alogie, změna osobnosti v mládí, nemají zjevné psychotické příznaky. Dny tráví poleháváním, přetrvává v podstatě jen zájem o jídlo a kouření (17).

- e) Nediferencovaná schizofrenie
- f) Postschizofrenní deprese
- g) Reziduální schizofrenie

1.2.1.2. Schizoafektivní porucha

Poměrně hojně diagnostikované onemocnění. Charakterizované současnou přítomností schizofrenní i afektivní symptomatiky. Dle klasifikace se rozlišují depresivní, manický a smíšený typ (2).

U manického typu přichází v úvahu expanzivní nálada se zvýšeným sebevědomím, vzrušením, někdy až agresivitou, současně jsou přítomny megalomanické nebo perzekuční bludy a intrapsychické či jiné halucinace. U depresivního typu je depresivní nebo úzkostně depresivní nálada, ztráta životního elánu, sebeobviňování a sebepodceňování, depresivní bludy autoakuzační a hypochondrické nebo bludy perzekuční a bludy kontrolovatelnosti. Dochází k suicidnímu jednání (15).

1.2.1.3. Porucha s bludy

Toto onemocnění postihuje klienty okolo 35-40 roku života. Hlavním symptomem jsou – pochopitelně - bludy, které jsou převážně systematizované a ucelené, v logické souvislosti, dotyční jsou ujištěni, že jsou pronásledováni nebo jsou jejich činy sabotovány. Pacient je o bludu nevyvratně přesvědčen a pokouší se svému okolí vnutit pravdivost bludu. Realitu raději přeformuluje, tak aby zapadala do jeho

bludů, než aby učinil pravý opak. Porucha s bludy jde velice těžce ovlivnit a léčit, porucha je chronická, bludy rezistentní a úporné **(4)**.

1.2.2. Organické duševní poruchy

1.2.2.1. Syndrom demence

Syndrom demence má jako hlavní projev úbytek kognitivních funkcí, mezi něž patří paměť, intelekt, pozornost a motivace. Do 2-4 let věku je dokončen vývoj kognitivních funkcí. Při postižení těchto funkcí ve smyslu jejich nedostatečného vývoje, vzniklé v období prenatalním, perinatálním či časně postnatálním hovoříme o mentální retardaci. Pokud ovšem došlo k rapidnímu snížení kognitivních funkcí oproti období před nemocí, jedná se o demenci. Demence bez jiného bližšího označení je brána jako syndrom, nikoliv jako nosologická jednotka. Je nejčastější ve vyšších věkových kategoriích a jejich hojnost se s věkem zvyšuje. Ale již od začátku druhého roku života ji můžeme diagnostikovat jako následek poškození mozku. Jedno ze základních kritérií syndromu demence se označuje nejméně šesti měsíční pokles intelektových funkcí **(13)**.

Charakteristické jsou u tohoto syndromu poruchy pozornosti, motivace, orientace, intelektu, paměti, schopnosti abstraktivního myšlení, také u korových funkcí dochází k poruchám. Poškození emotivity, emoční labilita, nezdrženlivost, u těžké demence dochází k úplnému vyhasnutí po citové stránce. Pro demenci je též typická degradace osobnosti, u té dojde ke ztrátě zájmů, citových vztahů a také k zanedbávání základních estetických, etických a společenských pravidel **(8)**.

Výše uvedené poruchy funkcí kognitivních i nekognitivních vedou k úbytku či ztrátě soběstačnosti. To pochopitelně vede k hospitalizaci v zařízení pobytových sociálních služeb nemocného. Pro rodinu přináší péče o postiženého s demencí značnou psychickou, fyzickou a ekonomickou zátěž.

U lehké demence se uvádí slabý úbytek paměti, nápadné snížení schopnosti učit se novým věcem a zhoršené vybavování právě nových informací. Soběstačnost ale není

někjak zásadně narušena. Kdežto u středně těžké demence již nejsou postižení jednotlivci schopni konat cokoli samostatně bez pomoci druhých osob. Projevuje se u nich takřka naprostá neschopnost všítipit si nové poznatky, nevybaví si jména blízkých osob, problémem je i orientace v čase a místě. Teď zbývá už jen těžká demence, která znamená naprostou neschopnost všítipit si nové poznatky, z let minulých si vybaví jen útržky. Lidé trpící těžkou demencí jsou zcela odkázáni na péči druhých. Momentálně lze aspoň některé demence vyléčit. U zbylých pacientů lze průběh zpomalit a oddálit tím těžká stádia s odkázáním na péči osob v okolí **(31)**.

Rozdělení demencí:

- a) Demence primárně degenerativní (atroficko-degenerativní, neurodegenerativní demence): již ze skupinového pojmenování těchto chorob je kardinální makroskopický projev, tj. zmenšení orgánu původně normálně vyvinutého (atrofie). Do této skupiny řadíme: Alzheimerovu nemoc (nejčastější demence), Demence u Parkinsonovy choroby, Nemoc s Lewyho tělísky, Pickovu chorobu, Frontální a frontotemporální demenci, Progresivní supranukleární obrnu a Huntingtonovu chorobu.
- b) Demence sekundární, symptomatické: u kterých je syndrom demence vyvolán jiným primárním onemocněním, postihující CNS (např. vaskulární onemocnění, neuroinfekce, intoxikace CNS a další), sekundární demence lze ještě dělit na demence Ischemicko-vaskulárního původu a na další symptomatické demence, např. demence při infekčních chorobách, intoxikacích CNS, nádorech a metabolickém rozvratu aj. Řadí se sem například alkoholové demence, také demence při zánětlivých onemocněních CNS jako je HIV, Lues, Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, demenci při epilepsii, metabolické demence i posttraumatické demence. Mezi ischemicko-vaskulární demence patří: Multiinfarktová demence a Binswangerova nemoc.

Někdy jsou demence také rozdělovány - ne zcela přesně - na korové a podkorové, dle lokalizace převažujícího postižení a z toho odvozených klinických příznaků **(18)**.

1.2.3. Poruchy osobnosti

O tyto typy poruch však za poslední dobu vzrostl zájem, nejen kvůli častější diagnostice, ale i kvůli rozvoji dalších onemocnění a poruch u těchto pacientů. Klienti s duševní poruchou zpravidla nezvládají vyjít s partnerem, milovat, pracovat, stupeň, jsou mnohdy bez práce, svobodní, častěji podléhají drogám a predispozice k jinému psychiatrickému onemocnění je zde daleko vyšší. Odlišná je afektivita, vzrušivost, impulzivita, způsoby vnímání, myšlení a styl vztahů k ostatním lidem. Abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního onemocnění, ovlivňuje celou osobnost **(19)**.

1.2.3.1. Specifické poruchy osobnosti

V dřívějších dobách se používal pro tyto poruchy termín psychopatie. Porucha osobnosti se začíná projevovat již v dětství, ale s jistotou ji lze diagnostikovat až po dozrání osobnosti. Patří k nejčastěji diagnostikovaným poruchám v psychiatrii, které jsou poměrně stálé a složitě ovlivnitelné nejen farmakoterapií, ale i psychoterapií. Příchod k lékaři je způsoben nějakou nesnází, konflikty s policií, rvačkou, parasuicidálním chováním či rezistentní depresí **(5)**.

1.2.3.1.1. Paranoidní porucha osobnosti

Je typická podezíravostí a nedůvěřivostí. Osoby s touto poruchou vidí všude jen nebezpečí, nepřátelství, křivdu, urážky a nevěru, spiknutí a lsti. Láká je moc, vyvolává konflikty s okolím. Jsou nepřátelští a vzteklí **(25)**.

1.2.3.1.2. Schizoidní porucha osobnosti

Je charakteristická samotářstvím, plachostí, citlivostí lehkou zranitelností, obtížným navázáním kontaktu a stažením ze sociálních kontaktů. Tento člověk se uzavírá do svého vnitřního prožívání, do své fantazie a má velmi skrovnou schopnost projevovat své city, je lhostejný vůči chvále a kritice, neprojevuje ani moc velký zájem o sexuální sblížení.

1.2.3.1.3. Disociální porucha osobnosti

Disociální porucha osobnosti se vyznačuje neakceptováním zájmů a práv jiných lidí, anetickým chováním s žádnou empatií, netrpělivostí, bezohledností, nezodpovědností. Nejradši uspokojují jen své potřeby a tužby. Některé literatury uvádí, že 75 % odsouzených trpí právě touto poruchou **(19)**.

1.2.3.1.4. Histrionská porucha osobnosti

Charakteristickým znakem pro histriónskou poruchu je nadměrné projevování velmi labilních a nestálých emocí, také dramatizování, okázalost, egocentričnost, neutuchající touhou po obdivu, snaha být ve středu dění a pozornosti a vynucování výrazů náklonnosti. Dotyčná osoba ovládá perfektně manipulaci, lež a simulování **(17)**.

1.2.3.1.5. Narcistická porucha osobnosti

Jedná se o osoby, pro které je charakteristický pocit vlastní důležitosti, jedinečnosti. Myslí si, že pro ně platí jiné společenské normy, schopnost empatie je u nich velmi snížena. Jsou velice citliví na kritiku, proto také vztahy s jejich okolím jsou nadměrně křehké **(26)**.

1.2.3.1.6. Anankastická porucha osobnosti

Jedinci nemocní touto poruchou se vyznačují snahou o dokonalost, perfekcionalismem, pořádkem, čistotou, jsou zaujati pravidly, která striktně dodržují. Práce jim vyhovuje rutinní, kde se nevyskytuje velké množství změn. Jedná se o osoby převážně bez smyslu pro humor, jejich mezilidské vztahy jsou spíše na formální úrovni. Přátel mají nemnoho, jelikož vyžadují, aby se jim ostatní přizpůsobili, a ani kompromisy jim nevyhovují. Anankastická porucha osobnosti se častěji vyskytuje u mužů a u nejstarších dětí. A v anamnéze zpravidla bývá tvrdá výchova **(29)**.

1.2.3.1.7. Anxiózní porucha osobnosti

Pro jedince s touto poruchou je typická extrémní citlivost k odmítnutí, pocit méněcennosti, plachosti, o své osobě vypovídají značně skromně. Přátel moc nemají, ne z důvodu asociálního, oni chtějí společnost a interpersonální vazby, jenže mají velké obavy z odmítnutí, potřebují jasně danou garanci nekritického přijetí **(19)**.

1.2.4. Afektivní poruchy

Jedná se o skupinu poruch, jejíž hlavním symptomem jsou očividné poruchy nálad, které nejsou nijak ovlivněny psychoaktivními látkami, ani organickým postižením CNS **(7)**.

1.2.4.1. Mánie

Mánií rozumíme ohraničené období, které se vyznačuje nadnesenou, expanzivní, euforickou náladou s nadměrnou aktivitou, velice zrychleným myšlenkovým tokem, sníženou potřebou spánku, se zvýšeným svědomím, nesoustředěností, lehkomyšlným chováním až velice riskantním, je zde také ztráta či omezení sociálních zábran. Chování je pro ostatní dotěrné člověk s touto diagnózou volá svým blízkým v noci, kontakty s cizími lidmi navazuje bez kontroly, bizardně se oblékají a upravují, jejich řeč je doslova

až nepřerušitelná, hlasitá, se spoustou bonmotů **(29)**. Rozdávají nejen své peníze, ale i věci. Dotyční mají sklon k větší konzumaci alkoholu. Pacient se léčit nechce, není čemu se divit, když on sám si přijde šťastný a dokonalý, nechce si připustit, že je skutečně nemocen **(5)**.

1.2.4.2. Depresivní porucha

Doslova opakem mánie je depresivní porucha, která je charakteristická bolestně smutnou náladou, bez smyslu k dalším činnostem, ztráta zájmu a radosti z činností a zábav, které dřív toto poskytovaly **(24)**.

U tohoto onemocnění se přidá i ztráta chuti k jídlu, psychomotorický neklid, nespavost, celková únava, nulová energie, nesoustředěnost, sklíčenost, bezmoc, bezcennost, bezradnost, bolestí svalů, kloubů, těžkost končetin, zpomalenost mluvy, gest, neschopnost přemýšlet. To vše může vyvrcholit až myšlenkami na smrt dokonce i sebevražedným pokusem **(21)**.

1.2.5. Neurotické poruchy

Jde o poměrně velice časté poruchy. Neurotické poruchy jsou funkčními poruchami adaptace vůči prostředí i vůči své vlastní osobě. Je to tedy onemocnění vznikající převážně působením psychosociálních vlivů. Tyto neurotické příznaky si občas prožije každý z nás. Všichni někdy máme strach, obavy, úzkost, nejasný neklid, slabost i smutek **(14)**.

1.2.5.1. Fobické úzkostné poruchy

Za fobii považujeme vtíravý jev v oblasti emotivity, který se projevuje nesnesitelnou úzkostí a napětím. Ve spojitosti s konkrétní situací, podle níž se klasifikují jednotlivé fobie. Řadíme sem např.:

1.2.5.1.1. Agorafobie

Což je strach z volného prostranství, opuštění domova, cestování, velkého shluku lidí, ale i obava z velkých uzavřených prostorů. Agorafobie je dvakrát častěji diagnostikována u ženského pohlaví **(17)**.

Úzkost se zvyšuje, uvědomí-li si dotyčný, že únik z místa je nemožný anebo, že by při něm upoutal moc velkou pozornost sám na sebe. Typické je vyhýbavé chování, nositel se nejlépe cítí doma, či v místě, kde je zvyklý a cítí se zde dobře. Předpokládají, že pokud by se jim nepovedlo včas uprchnout, přihodí se jim nějaká katastrofa, buď se přestanou ovládat, dostanou infarkt, omdlí, kolabují anebo se budou chovat trapným způsobem. Kvantita těchto míst se s časem zvyšuje a pacient nakonec nemusí být vůbec schopen opouštět svůj domov **(2)**.

1.2.5.1.2. Sociální fobie

Tato fobie se projevuje strachem ze situací, kdy je člověk středem pozornosti, kdy je posuzován a pozorován druhými lidmi. Jde o obavu z veřejného telefonování, z vystupování, psaní, jedení i pití před cizími lidmi, také ze shledání s neznámými lidmi. A jako každá fobie i tato často vede k vyhýbavému chování. Bohužel k překonání nepříjemných pocitů a úzkostného smýšlení se jedinci mohou uchýlovat k alkoholu a zklidňujícím lékům. Sociální fobie se vyskytuje se stejnou prevalencí u mužů i u žen. Nezáleží zde na inteligenci, ekonomickém zázemí, vzdělání ani na zaměstnání. K tělesným příznakům patří třes, červenání, strach ze zvracení, urgentní potřeba (nebo obava, že k ní dojde právě v onu nevhodnou dobu) močení či defekace **(23)**.

1.2.5.1.3. Specifické fobie

Termínem specifická fobie se označuje iracionální strach z určitého objektu nebo situace. Nejčastější fobie patřící do této kategorie jsou fobie ze zvířat, psů, hadů, myší, hmyzu. Řadíme sem i klaustrofobii (strach z uzavřených prostor), akrofobii (strach

z výšek), keraunofobii (strach z bouřky), nosofobii (strach z určité nemoci). Osoby trpící fobiemi vědí, že jejich strach a obavy, jsou iracionální, přehnané a nesmyslné. Přece však jimi nadále subjektivně trpí **(22)**.

1.2.5.2. Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)

OCD je charakteristické tím, že se pacient zabývá nepříjemnými nutkavými myšlenkami (obsesemi), které se proti vůli vtírají na mysl a kvůli nim dotyčná osoba trpí mocnou tísní, napětím a nepohodou. Obsese jsou nejrůznější obavy, strach, že se něco přihodí nebo něco zanedbá a důsledek bude nedozírný. Úzkost vyvolanou z nepříjemných obav se snaží zmírnit iterovanými úkony nebo šablonovitými myšlenkami. Tyto nutkavé způsoby chování, které dokážou úzkost snížit pouze na chvíli, nazýváme kompulze. Obsese a kompulze se opakují stále dokola **(20)**.

Příznaky OCD mohou zahrnovat vtíravé myšlenky o ušpinění, o agresi k druhým lidem, vtíravou váhavost, excesivní počítání, nutkavé sledování tělesných funkcí a psychologického fungování. Většina postižených lidí má mnoho z těchto příznaků **(5)**.

Ještě nedávno bylo toto onemocnění pokládáno za řídce se objevující, ale dle nejnovějších odhadů činí jeho prevalence asi 2-3 %, tj. každý 30. - 50. člověk. Tím pádem se jedná o druhou nejčastější psychickou poruchu hned po depresi. OCD je chronické, omezující až invalidizující onemocnění, které namnoze začíná již v dětství či raném mládí. Nejčastěji mezi 18. - 25. rokem. Trpící pacient se odhodlá k léčbě až když příznaky OCD notně blokují jeho „normální“ život. Převážná většina osob trpících obsedantně-kompulzivní poruchou si je vědoma, že jejich chování je nesmyslné, ale i přesto je nepřestanou provádět. Jelikož, kdyby náhodou vynechali, cítí poté velkou tíseň a bázeň z tragických následků **(20)**.

1.2.5.3. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

Pro tuto kategorii poruch je charakteristické, že vznikají v návazné souvislosti se stresujícím zážitkem nebo jako důsledek významnější životní změny díky, které došlo k

chronickým negativním podmínkám, jejichž následkem může být právě porucha přizpůsobení vedoucí ke zhoršení sociálního fungování, sebepoškozování, intoxikaci farmaky **(1)**.

U akutní reakce na stres je sice závažná duševní porucha, ale poměrně rychle odezní. Jako hlavní symptomy zmíním například agresivitu a zlobu nebo je možná zcela odlišná varianta, kdy klient je beznadějný a zoufalý. Jako nejčastější příznaky se také uvádí stuporózní útlum nebo hyperaktivita. Při posttraumatické stresové poruše si u klienta povšimneme ztrátou naděje, zoufalstvím, nedostatkem zájmů, pozměněnou afektivitou, sebeobviňováním, změni se i chování k okolním jedincům. A nesmím opomenout amnézii či hyperamnézii, která se u této poruchy vyskytuje **(28)**.

1.2.6. Duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Termín „psychoaktivní látka“ nenajdete v MKN-10 definován, ale je tam více méně taxativně vyjmenováno o jaké skutečnosti se jedná:

1.2.6.1. Akutní intoxikace

U akutní intoxikace hovoříme o přechodném stavu, navozeném nedávnou aplikací psychoaktivní látky, v takové dávce aby došlo k intoxikaci organismu a vedlo k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity, chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Přesný kolorit této intoxikace záleží na vlastnostech aplikované látky, na způsobu aplikace, na kvantitě a také na stavu subjektu včetně jeho naučených reakcí na podávanou látku. Jestliže během akutní intoxikace nedojde k trvalému poškození, organismus se opět plně uzdraví. Jsou zde ovšem možné komplikace v podobě nejrůznějších chorobných tělesných i psychických příznaků **(17)**.

1.2.6.2. Syndrom závislosti

Definice podle MKN-10: Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje **(29)**.

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolanými nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je zapotřebí snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození **(5)**.

Syndrom závislosti může být přítomen pro určitou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek.

Fyzická závislost se manifestuje nepříjemnými tělesnými symptomy ve formě bolestivých svalových křečí, třesu, pocení, návalů horka a zimy, nespavostí, svěděním, průjmami aj. U psychické závislosti máme příznaky jako je napětí, úzkost a v neposlední řadě nezlomná touha po psychoaktivní látce. Tyto projevy psychické trvají daleko déle než tělesné příznaky **(17)**.

1.2.6.3. Odvykací stav a odvykací stav s deliriem

Definice podle MKN-10: Je to skupina různě závažných a různě kombinovaných symptomů, ke kterým dochází při úplném nebo relativním vysazení látky po tom, co byla látka opakovaně nebo dlouhodobě užívána, po opakovaném (a obvykle protražovaném) užívání látky nebo po užívání vysokých dávek této látky. Příznaky odvykacího stavu jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu a nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Odvykací stav může být komplikován křečovými záchvaty nebo deliriem **(15)**.

Jaké příznaky bude postižená osoba při odvykacím stavu mít, záleží na psychoaktivní látce, kterou vysadil. Tak třeba odvykací stav po sedativech a hypnotikech se projevuje vyšší tepovou frekvencí, bolestí hlavy, epileptickými záchvaty, nespavostí, přechodnými halucinacemi, třesem jazyka, víček nebo prstů, psychickým a tělesným neklidem, nevolností, zvracením, slabostí a někdy i se objeví i delirium. Kdežto postižená osoba při odvykacím stavu po opolidech by měla vykazovat nejméně tři z následujících symptomů: slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů, křeče, husí kůže, opakované pocení, vyšší tepová frekvence, nevolnost a zvracení, neklidný spánek, rozšíření zornic a silná touha po droze **(1)**.

1.2.7. Poruchy příjmu potravy

Oba typy těchto poruch se častěji vyskytují u dospívajících dívek a mladých žen, i když v dnešní době již není ani překvapivé postihně-li toto onemocnění i mužské

pohlaví (2).

1.2.7.1. Mentální anorexie

Pro mentální anorexii je typické úmyslné snižování váhy nebo udržováním váhového úbytku se vznikem sekundárních endokrinních a metabolických změn. Diagnostická kritéria dle MKN-10: Tělesná hmotnost udržovaná nejméně 15% pod předpokládanou úrovní (snížena nebo nikdy nedosažena) nebo BMI 17,5 a nižší, u prepubertálních chybí očekávaný nárůst hmotnosti. Snížení hmotnosti si způsobuje pacient sám tím, že se vyhýbá „jídlem, po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik, diuretik, thyreoidálních preparátů, vynechávání léčby inzulinem u diabetiků, nadměrné cvičení (12).

Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy). Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofýzo-gonádovou osu, projevující se u žen jako amenorhea (výjimkou je děložní krvácení při užívání hormonální léčby – HAK), u mužů jako ztráta sexuálního zájmu či potence, mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu. Opoždění či vymizení pubertálních projevů, je-li začátek onemocnění před pubertou (5).

1.2.7.2. Mentální bulimie

Pro toto onemocnění jsou typické opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátké době konzumováno velké množství jídla. Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost). Pacient si neustále kontroluje svou tělesnou váhu a snaží se potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání

projímadel, anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik, vynechávání léčby inzulinem u diabetiků, střídavá období hladovění **(10)**.

U mentální bulimie má daný jedinec pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost, často je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle **(11)**).

1.2.8. Sexuální poruchy

Do této kategorie zahrnujeme další celkem tři skupiny problémů. Tou první jsou sexuální dysfunkce, čímž máme na mysli nedostatečnou, neobvyklou anebo chybějící reakci organismu na sexuální stimulaci. Za prvé je velice důležité odlišit zda se opravdu jedná o psychický blok a nikoli o poruchu organickou. V dnešní době je mnoho těchto komplikací spojeno s psychickou zátěží a stresem, také se nám příčina může skrývat za traumatickým zážitkem či špatnou komunikací mezi partnery. Jako další ze tří skupin máme poruchy pohlavní identity, kam řadíme například transsexualizmus, což je přání žít a být akceptován jakožto člen opačného pohlaví a transvestizmus, kdy se jedná o nošení oděvu opačného pohlaví, ne o přání trvalé změny pohlaví **(5)**.

Do třetice zde máme poruchy sexuální preference, které dohánějí dotyčného klienta k rozhodnutí pro jiný sexuální objekt, zájem nebo realizaci neobvyklých sexuálních praktik. Je velice pozoruhodné, že většina spoluobčanů si myslí, že právě sexuální devianti jsou pachateli převážné části sexuálně motivovaných činů. Pravda je, ale zcela odlišná, jen 5% mají na svědomí právě sexuální devianti a zbylou většinu tedy 95% páchají osoby s poruchami osobnosti nebo jedinci pod vlivem návykových látek, u kterých tento akt není zaviněn sexuální deviací, nýbrž agresivním nekontrolovatelným chováním **(29)**.

Tyto deviace nelze vyléčit. Věnujeme pozornost posílení sebeovládání, prevenci rizikového chování a umožníme náhled na poruchu a lze použít některá farmaka na útlum sexuálního pudu **(17)**.

1.2.9. Mentální retardace

Při mentální retardaci hovoříme o snížení úrovně rozumových schopností. U lehké mentální retardace se IQ pohybuje v rozmezí 50-69. Jedinec je schopen používat řeč v takové míře, že zvládne i udržet konverzaci. Převážná část těchto osob dosáhne nezávislosti v péči o vlastní osobu. Problém nastává ve škole a to zejména v teoretické části, je lepší zaměstnat je prací vyžadující zručnost praktickou. Je-li jedinec značně emočně a sociálně nezralý, projeví se i v těchto oblastech jeho opožděnost, bude se hůře přizpůsobovat tradicím, normám, očekávání. A možnost, že by obstáli v otázkách a problémech manželství, výchovy dětí, není, nezvládají si totiž poradit v problémech vycházejících z nezávislého života. IQ 35-49 nacházíme u středně těžké mentální retardace, zde už je opožděn rozvoj chápání i používání řeči, sebeobsluha je taktéž omezena. Je možnost naučit je aspoň základy počítání, psaní a četby. Práce ano, ale pouze manuální a jednoduchá. Velice výjimečně je klient schopen samostatně žít. Při těžké mentální retardaci se hodnoty IQ pohybují mezi 20-34, tato kategorie je v podstatě podobná jako u středně těžké mentální retardace, jen úroveň schopností je horší. Hluboká mentální retardace má hranici IQ pod 20, jedinci mající tuto vadu jsou velmi omezeni, jsou po většinou imobilní, nebo značné omezení v pohybových schopnostech, inkontinentní. Jedná se o bytosti vyžadující neustálou pomoc, dozor, dohled. Pečovat o sebe či své potřeby nezvládají. Možnost vzdělání a výchovy je nepatrný, jelikož schopnost řeči a chápání je omezeno pouze na jednoduché požadavky a rudimentální neverbální komunikaci. U všech stupňů mentální retardace jsou přidružená chronická onemocnění, epilepsie, autismus a další vývojové vady **(5)**.

1.3. Sociální práce s osobami s duševní poruchou

1.3.1. Způsobilost k právním úkonům

Touto problematikou se zabývá zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád a jeho pozdější novely.

Osoba může být zbavena způsobilosti částečně či zcela. U osoby zletilé, postižené duševní poruchou, ne na dobu přechodnou. Prvním krokem ke zbavení způsobilosti k právním úkonům je podání návrhu na posouzení způsobilosti. Takový návrh může podat jakákoliv způsobilá osoba na základě lékařského osvědčení. Poté se nad dotyčnou osobou stanoví opatrovník pro řízení. A požádá se o posouzení znalcem. Ten může pro lepší posouzení stavu a vyhotovení znaleckého posudku navrhnout hospitalizaci dané osoby ve zdravotnickém zařízení. Maximální doba nařízeného pobytu je šest týdnů **(14)**.

Klient, u kterého by mohlo dojít k újmě, nemusí být ani předvolán před soud. Je-li opravdu zbaven způsobilosti k právním úkonům ať částečně anebo zcela je mu ustanoven opatrovník, může se jednat o rodinného příslušníka anebo je zvolena osoba veřejná.

Kterákoliv osoba i osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům, může podat žádost o přezkoumání. Pominou-li důvody, kvůli kterým byla, daná osoba zbavena způsobilosti soud může zrušit svůj rozsudek **(14)**.

1.3.2. Nedobrovolná hospitalizace

Tuto problematiku zpracovává zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví, a jeho pozdější úpravy a zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, nadále Listina základních práv a svobod.

Jde o lékařem nařízenou hospitalizaci, s kterou však dotyčná osoba nesouhlasí. Zařízení, ve kterém je osoba nedobrovolně hospitalizována musí do 24 hodin tuto skutečnost ohlásit soudu. Klientovi je určen opatrovník pro řízení a poté se rozhoduje na podkladě lékařského posouzení o nutnosti hospitalizace. Po dobu hospitalizace dochází k přezkoumávání a doba nedobrovolné hospitalizace by měla být maximálně tři měsíce - nepodepíše-li klient souhlas s hospitalizací.

Několika body je omezeno rozhodnutí o nedobrovolném vyšetření či léčebném úkonu, z toho v jednom bodě je psáno, že hospitalizovaný musí jevit známky duševní poruchy či intoxikace a ohrožovat sebe nebo své okolí **(14)**.

1.3.3. Zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb

Důvody pro neposkytnutí pobytové sociální péče jsou uvedeny v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb., zákona o sociálních službách. Mezi tyto stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb patří:

1. Zdravotní stav osoby potřebuje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.
2. Osoba je v akutní fázi infekční nemoci.
3. Chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.

Třetí důvod neplatí, jedná-li se o poskytování pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem **(9)**.

1.3.4. Klient s duševní poruchou v systému sociálních služeb

První kontakt s klientem je první článek systému sociální péče u duševně nemocných klientů. Zprostředkovaný může být přímo klientem, jeho rodinou, přáteli nebo odborníkem. Jako prvořadý úkol si toto berou na svá bedra nízkoprahová zařízení- mají mnoho preventivních funkcí plus jejich terénní pracovníci vyhledávají-aktivně-a nabízejí pomoc osobám se sociálními a psychickými problémy. Následný krok, který bývá nejčastější je doporučení kontaktního centra anebo ambulance. Zde některým klientům pomohou na tolik, že je možný i návrat do běžného života, jsou i klienti, kteří se sem vracejí, a do třetice jsou klienti, kterým nezbyvá nic jiného, než se obrátit na jinou formu spojenou s hospitalizací. Je možná i kombinace pobytu klienta v zařízení a doma neboli stacionární péče, tím klient neztrácí svůj kontakt s rodinou a blízkými přáteli **(14)**.

Poté už máme pobytovou péči, zde už jde o různě trvající pobyt v zařízení např.

domov pro osoby se zdravotním postižením, psychiatrická klinika atp.

Zde jsou klienti umístěni dobrovolně na léčebný pobyt, nebo nedobrovolně anebo zde prostě žijí. Úkolem zdejších pracovníků je dosáhnout co největší samostatnosti klienta, podporují jeho zdravé sociální návyky, udržují nebo zvyšují úroveň interpersonálních vztahů klienta a vše s přihlédnutím na jeho individuální možnosti a potřeby.

Návazná doléčovací péče je vhodná, jestliže se klient nemůže, nechce anebo by to nebylo vhodné, aby se klient vrátil do svého předchozího životního prostředí. Může tedy využít specializovaného doléčovacího zařízení, domácí péče, chráněného bydlení atd. **(14)**

1.3.4.1. Sociální služby pro osoby trpící duševními nemocemi

Průběh duševních nemocí nelze přesně předvídat u osob, u kterých se nějaká z těchto nemocí projevila prvně a ani u osob mladšího věku. Je zde možnost, že se onemocnění zcela vyléčí, také jen mohou odeznít akutní potíže, ale osoba má konstantní poškození. Nemoci tohoto charakteru se mohou projevovat v mezidobí, kdy dochází ke střídání větších a menších problémů.

Poněvadž se nejedná o trvalý stav, avšak o proces potřeby nemocných osob se značně pozměňují, je potřeba, aby služby byly stejně flexibilní **(5)**.

Je-li nemoc v akutní fázi, využívají se lůžková či ambulantní zdravotnická zařízení. U nemocných osob, které znamenají hrozbu pro společnost nebo pro sebe a u těch, jež si nejsou schopni zabezpečit základní životní potřeby je nutná ústavní péče. Denní stacionáře jsou voleny pro pacienty, u nichž je možné nezávislé dopravování do instituce **(14)**.

Pro pacienty, kteří jsou schopni samostatného života a nechtějí nebo nemohou žít se svoji rodinou je tu podporované bydlení. Podporované bydlení na rozdíl od jiných pobytových služeb nemá sklon podobat se nevelikým léčebnám, což vede k menší stigmatizaci a izolaci klienta. Pacienti, kteří se dokážou a to opět bez pomoci zařadit do

pracovního poměru mají k dispozici podporované zaměstnávání anebo chráněné dílny. Zařízení pro krizovou intervenci a telefonickou krizovou intervenci se v ČR zahájila konstruovat v šedesátých letech 20. století. Poskytovateli jsou církve, městské úřady, zdravotnická zařízení a nestátní organizace.

Po roce 1989 si klienti sami u nás začali organizovat svépomocné skupiny tzv. Pacientské kluby **(16)**.

1.3.4.2. Pobytové sociální služby pro osoby s duševní poruchou

Odlehčovací služby

Tento typ služeb je možné poskytovat formou ambulantní, terénní nebo pobytové služby. Využívat je mohou osoby mající sníženou schopnost soběstačnosti z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění. Za normálních okolností o tuto osobu pečuje rodina nebo jiná blízká osoba, a to v jejich domácnosti. Hlavní úkolem této služby je zajištění nezbytného odpočinku pečující osobě. Odlehčovací služba je poskytována za úplatu na určitou a přechodnou dobu. Využívá se například, když pečující osoba nastupuje na lázeňský pobyt anebo do zdravotnického zařízení ústavní péče.

Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytování podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy či pomoc při zajištění stravy. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů a terapeutické činnosti **(9)**.

Týdenní stacionáře

Jedná se o pobytovou službu, pro osoby mající sníženou soběstačnost, z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo zdravotního postižení. Tyto osoby potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Týdenní stacionáře jsou za úplatu a nejsou poskytovány ve dnech pracovního volna, klienti jsou zde ubytováni jen v pracovních dnech, poté

pobývají v domácím prostředí.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, dále pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(9)**.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu, zdravotního postižení a vyžadují pravidelnou pomoc další fyzické osoby. Domov pro osoby se zdravotním postižením nahrazuje pobyt v domácím prostředí a jsou za úplatu.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(9)**.

Domovy pro seniory

Jde o službu pobytovou poskytující se klientům se sníženou soběstačností převážně zejména z důvodu vyššího věku, potřebující pomoc se soběstačností a osobní péčí. Domov pro seniory nahrazuje domácí prostředí a je zde zajištěna komplexní péče. Tato služba je za úplatu.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(9)**.

Domovy se zvláštním režimem

V těchto domovech jsou poskytovány pobytové služby klientům, kteří vyžadují specifické potřeby vyplývající z jejich onemocnění, například osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí nebo jiným typem demence, osoby s chronickým duševním onemocněním a také osoby závislé na návykových látkách.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(9)**.

Chráněné bydlení

Pobytová forma služby určená osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění a potřebují pomoc fyzické osoby. Chráněné bydlení poskytuje možnost vést docela samostatný život v prostředí vlastní domácnosti. Jedná se buď o skupinové či o individuální bydlení v bytech, které spravuje poskytovatel. Tato služba je také poskytována za úplatu **(14)**.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(9)**.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Tato pobytová sociální služba je poskytována ve zdravotnických zařízeních osobám, které už nepotřebují ústavní zdravotní péči, avšak jejich stav neumožňuje jejich fungování bez pomoci jiné fyzické osoby. A mohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče až když je jim zabezpečena pomoc od osoby blízké nebo jiné fyzické osoby anebo jim je zajištěna sociální služba v zařízení sociálních služeb.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(9)**.

Azylové domy

Jedná se o pobytovou službu, která má na přechodnou dobu pomoci v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(9)**.

Domy na půl cesty

Jde o pobytovou službu, která je určena osobám opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče či ochranné výchovy dále pro osoby, které jsou propuštěny z jiných zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné léčby, také pro osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby.

Služba obsahuje poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(9)**.

Krizová pomoc

Tato služba se poskytuje terénní, ambulantní anebo pobytovou formou. Je poskytována na dobu neurčitou, a to osobám, které jsou v situaci ohrožení zdraví nebo života a momentálně svoji nepříznivou sociální situaci nemohou řešit vlastními silami.

Služba obsahuje poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(9)**.

Intervenční centra

Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby a poskytnutí stravy, nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby **(9)**.

Služby následné péče

Služby následné péče mohou být poskytovány jako ambulantní nebo pobytové služby osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které již prošly ústavní léčbou ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu anebo se jí podrobují nebo osobám, které abstinují.

Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, poskytnutí ubytování a poskytnutí stravy, nebo pomoc při zajištění stravy **(9)**.

Terapeutické komunity

Jedná se o pobytovou službu s možností poskytování pouze na přechodnou dobu. Terapeutické komunity jsou pro osoby s chronickým duševním onemocněním, které se chtějí začlenit do běžného života nebo pro osoby závislé na návykových látkách.

Služba obsahuje poskytnutí stravy, ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(9)**.

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je poskytována formou ambulantní, terénní a pobytové. Hlavním cílem této služby je dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k rozvoji klientů,

přesněji jejich specifických schopností, dovedností, posilováním návyků a nácvikem běžných výkonů, nezbytných činností pro samostatný život, využívajících alternativním způsobem zachované schopnosti, kompetence a potenciál.

Služba obsahuje nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(9)**.

1.3.4.3. Domov se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem

V těchto domovech jsou poskytovány pobytové služby klientům, kteří vyžadují specifické potřeby vyplývající z jejich onemocnění, například osoby se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí nebo jiným typem demence, osoby s chronickým duševním onemocněním a také osoby závislé na návykových látkách.

Služba obsahuje pomoc při poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

A. Poskytnutí ubytování:

I. ubytování,

II. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení;

B. poskytnutí stravy:

zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel;

- C. pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:
 - I. pomoc při úkonech osobní hygieny,
 - II. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
 - III. pomoc při použití WC;
 - D. pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:
 - I. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
 - II. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
 - III. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změnách poloh,
 - IV. pomoc při podávání jídla a pití,
 - V. pomoc při prostorové orientaci samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru;
 - E. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
 - I. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
 - II. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob;
 - F. sociálně terapeutické činnosti:

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob;
 - G. aktivizační činnosti:
 - I. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,
 - II. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností;
 - H. pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
 - I. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů;
- (9).**

1.3.5. Specifické potřeby duševně nemocných

1.3.5.1. Bydlení

Osoby s duševní nemocí v České republice žijí dlouhodobě v léčebnách a v domácím prostředí, setkat se s nimi můžeme i v zařízeních sociálních služeb a výjimkou nejsou ani žijící mezi bezdomovci. U nás je zatím malý počet komunitních zařízení a služeb poskytujících pro tyto klienty podporu v bydlení, na rozdíl od západních zemí, kde od šedesátých let dvacátého století probíhala deinstitucionalizace a byly budovány domy na čtvrt, půl, tři čtvrtě cesty, chráněné byty, internáty, chráněná skupinová bydlení, pečovatelské domy a venkovská bydlení, kde jim byla nabízena i pracovní příležitost.

Devadesátá léta přinesla hledisko podpory. Neznamenalo to zavržení již vybudovaných zařízení, došlo jen ke změně jejich práce. Místo posouvání klienta z jednoho chráněného bydlení do druhého se kladl důraz na podporu v jednom zařízení, kde mě pobývat co nejdéle a diferencovat zde míru podpory. Do popředí se dostala podpora bydlení v přirozených podmínkách - bydlení domácího typu - u klienta byl posílen pocit bezpečného zázemí a zároveň rozvíjel své dovednosti. Tato forma měla zlepšit přirozenou sociální síť a přiblížit klienta co nejběžnějším podmínkám **(16)**.

Mladým osobám, kterým do života vstoupí duševní nemoc a jsou v období jakéhosi „startu života“ např. práce, studium, oddělování se od své rodiny, hledání partnera, budování sociální sítě, by se měla co nejdříve dostat komplexní péče a podpory v bydlení velice důležitým momentem. Má-li klient doma emočně nestabilní prostředí, nepřátelské, nevyhovující nebo hyperprotektivní představuje pro něj velikou až nezvladatelnou zátěž. Je zcela běžné, když si mladí lidé vyhledávají byt s kamarády a opouštějí tak svá „rodinná hnízda“ a tomu odpovídá i typ skupinového bydlení-skupinový byt, chráněné bydlení atp. - pro mladé klienty s duševní nemocí.

Doma žijí klienti soběstační, jejich život není tak omezen, chodí do práce, využívají jen služeb specialisty např. Psychologa, psychiatra. Jejich snížená adaptace se projeví v zátěžových situacích, brání se změnám, ale jinak běžné životní situace zvládají

s menšími problémy.

Klienti, kteří jsou umístěni v zařízeních ze sociálních důvodů, ať už přišli kvůli potížím o své zázemí, nebo jejich prostředí a domácí situace nebyla vyhovující, potřebují si opět vybudovat zázemí. Tito klienti potřebují komplexní podporu a chráněné bydlení. Jenže jsou i klienti vztahovační, velmi uzavření, senzitivní atp., pro které skupinové bydlení není vhodnou formou. U takovýchto osob je lepší individuální forma bydlení.

Podpora bydlení by měla být formou dlouhodobější záležitosti, tito klienti potřebují čas **(14)**.

1.3.5.2. Volný čas

U lidí s duševní nemocí, stejně tak jako u všech ostatních osob najdeme různé zájmy a představy o volném čase. Duševně nemocným lidem zabraňují v naplnění volného času všelijaké překážky. Finanční náročnost, nadměrná zátěž, strach z nové a neznámé situace, zvnitřněná stigmatizace, neobratnost, potíže v komunikaci, nápadnost v chování, nízká sebedůvěra, symptomy duševní nemoci, anebo vedlejší účinky léků. Z těchto důvodů žijí osoby s duševní nemocí často izolovaně, sociální síť je malá. Úkolem sociálního pracovníka je zařizovat spojení mezi okolím a klientem. K dispozici má dobrovolnické služby, centra denních aktivit, různé kurzy vaření, jazykové kurzy, kteří klienti nabízejí pro klienty. Také probíhají akce typu: vánoční a jiné oslavy, výlety, letní pobyty, zájezdy atd. **(14)**.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cílem práce je zjistit důvody pro výběr pobytové sociální služby pro osoby s duševní poruchou.

Prvním dílčím cílem je zjistit jaké jsou klienty s duševní poruchou nejvíce využívané aktivizační činnosti v domovech se zvláštním režimem v okrese České Budějovice. Druhým dílčím cílem je zmapovat názor sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na dnes již zakázaná síťová lůžka.

Hypotézy: Vzhledem k tomu, že jde o kvalitativní výzkum, hypotézy nebyly stanoveny.

3. METODIKA

3.1. Operacionalizace pojmů

Duševní porucha je klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti k právním úkonům (3).

Sít'ové lůžko jedná se o zcela uzavřené lůžko s pružnou tkaninovou sítí (30).

Okres České Budějovice jedná se o okres v Jihočeském kraji s rozlohou 1 638,30 km^2 , sídlem je tedy město České Budějovice. Počet obyvatel v okrese dosahuje 180 986 osob (rok 2007), hustota zalidnění činí 110 obyvatel na 1 km^2 . 72,21 % obyvatel žije ve městech. V okrese České Budějovice nalezneme celkem 109 obcí z toho devět měst, mezi něž patří Borovany, Týn nad Vltavou, Zliv, Rudolfov, Lišov, Nové Hradky, Hluboká nad Vltavou a České Budějovice. Řeky v tomto okrese najdeme čtyři a to Lužnici, Malši, Stropnici a Vltavu.

3.2. Použité metody a techniky sběru dat

I přes skutečnost, že kvalitativní výzkum přináší mnoho informací o malém počtu jedinců. Při opakování výzkumu můžeme, dojít ke zcela jiným výsledkům. A sběr dat je časově náročný. Vybrala jsem si tuto metodu ke zpracování praktické části této bakalářské práce.

Jelikož věřím, že kvalitativní metoda více dokáže porozumět lidem v různých sociálních situacích, teorie vytváří. Nevnučuje je. Dokáže více vysvětlit a zohlednit místní podmínky a situace. A dokonale se hodí pro subkultury.

Při výzkumu kvantitativním máme již od počátku zformulovanou teorii, poté vyřešíme způsob výběru respondentů. Provedeme sběr dat, analyzujeme a ve výsledku se nám buď potvrdí anebo nepotvrdí naše tvrzení.

Jenže u kvalitativního výzkumu je pro mne fakt, že jdeme v podstatě do neznáma, nemáme žádnou teorii. Vydáváme se do terénu, o kterém víme málo nebo vůbec nic. A to vše s čistou hlavou, sbíráme data a během toho vytváříme nové a nové teorie, které potvrzujeme a nadále pátráme po nových skutečnostech, které pak podrobíme analýze a interpretaci.

Byla zvolena metoda dotazování - technika nestandardizovaný rozhovor se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách pracujících v domovech se zvláštním režimem v okrese České Budějovice. Celkem se jedná o čtyři zařízení. Domov pro seniory Máj, České Budějovice p. o., Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, p. o., Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie a Domov důchodců Dobrá Voda u Českých Budějovic.

Rozhovory nebyly provedeny v Domově důchodců Dobrá Voda u Českých Budějovic. Respondenti se omluvili, kvůli nedostatku času. S respondenty jsem se setkávala tváří v tvář, rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na magnetofon, nahrané rozhovory jsou také se souhlasem dotazovaných přiloženy k této práci v přílohách.

Na každý domluvený rozhovor jsem měla předem připravené okruhy otázek. První rozhovor v Domově pro seniory Máj, České Budějovice p. o. se sociální pracovnící trval 45 minut a s pracovníkem v sociálních službách 90 minut. v Domově pro seniory Hvízdal České Budějovice p. o. se sociální pracovnící 50 minut a pracovnící v sociálních službách 23 minut. Poslední rozhovory v Domově Libníč a Centru sociálních služeb Empatie jsem se sociální pracovnící strávila 85 minut a pracovnící v sociálních službách 30 minut. V průběhu rozhovoru jsem s přihlédnutím na nová fakta pokládala respondentkám i otázky mimo připravený rámec. Je také důležité uvést, že všechny rozhovory jsou anonymní.

3.3. Charakter zkoumaného souboru

Základní soubor tvoří sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách domovů se zvláštním režimem, určených pro osoby s duševní poruchou v okrese České

Budějovice.

Zkoumaný soubor tvoří tři sociální pracovníce, tři pracovníci v sociálních službách, ze tří domovů se zvláštním režimem, ve věku 30, 31, 32, 47, 51 a 60 let. Věkový průměr zkoumaného souboru činí 41,83 let. Z toho jen jeden z dotazovaných je zástupcem mužského pohlaví. V daných zařízeních respondenti pracují 6, 18 měsíců, 1 rok a 6 měsíců, 10, 13 let a 21 let. Což v průměru činí 95 měsíců. Dva respondenti z šesti mají absolvovanou vysokou školu. Jedna dotazovaná má vyšší odborné vzdělání. Tři členové výzkumného souboru mají střední odborné vzdělání a jedna z nich ještě sociálně právní nástavbu.

3.4. Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v domovech se zvláštním režimem v okrese České Budějovice v rozmezí květen až červenec 2009.

Respondenti byli kontaktováni telefonickou cestou. Telefonní čísla jsem si našla na internetových stránkách daných domovů se zvláštním režimem.

Výzkum byl prováděn v těchto domovech se zvláštním režimem v okrese České Budějovice:

1. Domov pro seniory Máj, České Budějovice p. o.

Jedná se o příspěvkovou organizaci, zřízenou Statutárním městem České Budějovice. Hlavní činností organizace je poskytování pobytových služeb sociální péče dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mezi hlavní činnosti patří poskytování odlehčovacích služeb, služby poskytované „Domovy pro osoby se zdravotním postižením, dále jsou zde služby poskytované „Domovy pro seniory“ a také jako služby poskytované „Domovy se zvláštním režimem.“ Organizace provádí i doplňkovou činnost prováděnou pro cizí subjekty jako je např. praní, žehlení, hostinská činnost atd. Celková kapacita je 127 lůžek, pokoje jsou jednolůžkové a dvojlůžkové. Veškeré prostory jsou s bezbariérovým přístupem.

V říjnu roku 2002 byla zahájena přestavba hotelu Máj na domov důchodců. Práce byly úspěšně dokončeny o 14 měsíců později a 19. 12. 2003 byl celý objekt předán Statutárnímu městu České Budějovice.

2. Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, p. o.

Do 31. 12. 2006 bylo zařízení ÚSP Hvízdal – domov důchodců a domov pension pro důchodce. V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., se toto zařízení transformovalo od 1. 1. 2007 na Domov pro seniory Hvízdal, příspěvková organizace, se sídlem U Hvízdala 6, 370 11 České Budějovice. Kapacita zařízení je pro 270 uživatelů, z toho jsou dvě místa určena pro odlehčovací služby - jedno pro muže, jedno pro ženu. Posláním domova pro seniory Hvízdal České Budějovice, PO, je zajistit kvalitní pobytové sociální služby s celodenním stravováním a 24 hodinovou péčí osobám, které z důvodu věku či zdravotního stavu nemohou již pobývat ve svém domácím prostředí. DpS je určen v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění a prováděcí vyhlášky k tomuto zákonu č. 505/2006 Sb., v platném znění:

- dle § 48 osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby;
- dle § 49 osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby;
- dle § 50 osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
Režim je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob;

- dle § 44 osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

3. Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie

Pracoviště Domov Libnič poskytuje celoroční pobyt s komplexní ošetrovatelskou a zdravotní péčí. Poskytované služby směřují k pozitivnímu ovlivnění a zachování kvality života a k vytvoření pocitu domova klientů. Pro psychicky nemocné, mentálně postižené občany a staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani pečovatelskou službou.

Domov Libnič a centrum sociálních služeb Empatie se sídlem Libnič 17, 373 71 Rudolfov, je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Krajský úřad - Jihočeský kraj. Organizace spravuje tři pracoviště: Domov Libnič - pracoviště je zřízeno jako domov se zvláštním režimem pro lidi s chronickým duševním onemocněním, dále Centrum sociálních služeb Empatie - pracoviště je zřízeno pro poskytování služeb lidem s mentálním postižením a pracoviště Mrhal, které je zřízeno jako pobytové, rekondiční a aktivizační středisko.

Od 1. 1. 2007 je dle nového zákona o sociálních službách ústav domovem se zvláštním režimem, byl sloučen se zařízením pečujícím o mentálně postižení děti, mládež a dospělé. Název organizace je Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie. Poskytuje pobytové sociální služby psychotikům, mentálně postiženým občanům a starým občanům, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny ani terénními sociálními službami a dále pro občany, kteří

toto umístění potřebují z jiných vážných důvodů. Služba je poskytována formou celoročního pobytu v Libníči, v Empatii formou týdenního, denního pobytu a celoročního chráněného bydlení.

4. VÝSLEDKY

4.1. Rozhovor se sociální pracovnící č. 1.

Délka rozhovoru činila přibližně 50 minut. Celý rozhovor byl s dovolením respondentky nahráván na diktafon. Celá nahrávka je přiložena k této bakalářské práci v přílohách.

Identifikační otázky

Dotazované sociální pracovníci je 31 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné sociální vzdělání. A půl roku pracuje v tomto zařízení.

Klienti s duševní poruchou v zařízení

Celkový počet klientů v tomto zařízení je 127 osob. Z toho 40 klientů jsou osoby s duševní poruchou. Průměrný věk klientů s duševní poruchou mi sociální pracovníce nedokázala zodpovědět. Podle názoru respondentky nejčastějším onemocněním u klientů jsou nejrůznější typy demence. **„Nejčastější jsou demence, Alzheimerova demence a přidružené. Schizofrenii tu samozřejmě také máme, ale ono se to může prolínat, ale že by přišel vyloženě člověk se schizofrenií, to ne tomu se snažíme vyhýbat. Měli jsme tu nedávno klientku se schizofrenií, ale bylo to zase skombinované. Jo, nebyla to klasicky samotná.“** Dle údajů od této pracovníce je v zařízení na uzavřeném oddělení převažují klienti ženského pohlaví. Nejčastější vzdělání u klientů s duševní poruchou je úplné střední s maturitou. **„Já bych řekla, že maximálně střední, máme tu pár vysokoškoláků, ale to jsou, bych řekla převážně muži.“**

Soužití klientů s duševní poruchou podle mínění sociální pracovníce je normální. Konflikty vznikají **„Ale to vzniká všude, kde je prostě více lidí pohromadě.“** Popletou si pokoje, jména, občasné **„šťouchnutí“**, a hádka. **„Jestli vzniká**

kamarádství to nevím.“

Na otázku co se klientům s duševní poruchou nejvíce líbí v zařízení, odpověděla sociální pracovnice takto: **„Víte co, oni jsou opravdu na tom uzavřeném oddělení vděční. Strašně vděční. Oni jsou hrozně rádi, že jdou ven, že nejsou neustále nahoře. Když je zábava, oni za všechno děkují. Jsou vstřícní a vděční víceméně za všechno.“** Na dotaz, co by klienti chtěly změnit? **„Chtěly by jít domů v každém případě. Ale že by tam něco měnily, že by otevřeně řekly, tady to nechceme. To jsem ještě nezažila.“**

Spolupráce s rodinou je jak u koho, respondentka uvádí, že ona sama má převážně dobré zkušenosti.

Klienti s duševní poruchou a výběr pobytového zařízení

Podle mínění respondentky je nejčastějším důvodem pro výběr pobytového zařízení u klientů s duševní poruchou rodina. **„Já si myslím, že už to rodina nezvládá. Protože samozřejmě je to náročné, oni potřebují opravdu celodenní péči. Potřebují, aby pořád někdo u nich byl, protože jsou dezorientovaný, už prostě kolikrát neví co se děje. Takže potřebují tu celodenní péči, kterou ta rodina již pak není schopná zajistit.“**

Sociální pracovnice uvádí, že klientům s pokročilým stádiem demence je jedno, do jakého zařízení nastoupí. Hlavní slovo má tudíž při výběru pobytového zařízení rodina. Také klienti uvádí, že se jim toto zařízení líbí a je hezké. **„Rodina spíše řeší to, jestli je to tu pěkný. Jestli péče je dobrá, není dobrá, snaží se to řešit po této stránce. Tady se jim líbí, tam se jim líbí méně. Ale často je to tak, že mají ty žádosti rozdané do více zařízení a kde to dřív vyjde tak se dřív umístí. Protože ty čekací doby, jsou dlouhé. Samozřejmě málo kdy se stane, že někde dá žádost a za tři měsíce je přijatý.“**

Dle respondentčina názoru si pro žádost chodí rodina sama. Doma žádost v klidu vyplní, kdo má zájem, přijde se podívat. Kdo nemá, tak poté rovnou nastoupí, aniž by v podstatě věděl, do čeho jde. Na oddělení C neboli na uzavřeném oddělení nastupují

podle informací uvedených od této sociální pracovnice přímo z rodin.

Klienti s duševní poruchou a způsobilost k právním úkonům

Klientů s duševní poruchou je 11 zbaveno způsobilosti k právním úkonům a čtyři jsou v jednání.

Zařízení a zdravotní péče

Při pobytu zde v tomto zařízení bývají klienti hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení a to do nemocnice či psychiatrické léčebny. **„To musela například ta paní i se schizofrenií. Na to už tady zařízení nejsme, máme zdravotnický personál všechno ale, pokud ten stav se zhorší tak, že je potřeba hospitalizace. Tak se zavolá záchranná služba.“** Jestliže, se jedná o akutní stav, klient se převezve rychlou záchrannou službou. Rodině a lékaři se to oznamuje až zpětně. Jedná-li se o pomalé zhoršování stavu, konzultuje se to.

Zařízení má své externí lékaře, psychiatr dochází jednou týdně a praktický lékař třikrát týdně. Pokud chtějí, přejdou k těmto doktorům. Podmínkou to není. **„Ale musí rodina zajistit to, aby ten klient tam jezdil. Rodina si to musí zajistit sama. Není personál na to, aby s nimi jezdil k lékařům.“** Psychiatr vše konzultuje s lékařkou a se staniční sestrou, ta je-li potřeba, informace předá kolegům například sestřám anebo ergoterapeutům.

Aktivizační služby

Mezi nejvíce využívané a nejoblíbenější aktivizační činnosti dle názoru respondentky patří ergoterapie trénování paměti, canisterapie, rehabilitaci **„Ty lidi na tom uzavřeném oddělení jsou vstřícný ke všemu. Využívají už to, že se něco děje, že mají nějakou akci. Ty psi v nich hodně probudí pocity. Najednou člověk, který nikdy nekomunikuje, selepší a začne aspoň s těmi psy komunikovat.“**

Klient s duševní poruchou a kouření tabákových výrobků

Podle sociální pracovníce mají tabákové výrobky klienti schované u sester. Když chtějí jít na cigaretu, musí personál požádat o otevření balkonu a o cigaretu. Kouřit chodí tedy na balkónek, který je na uzavřeném oddělení, a to i zimě.

Sociální pracovníce a její názor na chybějící poskytovatele sociálních služeb, sociální pracovníce a její názor na chybějící poskytovatele sociálních služeb

Všech zařízení by mělo dle názoru sociální pracovníce být více, **„všude je spousta žádostí.“** Také je nedostatek odlehčovacích služeb, toto zařízení tyto služby zařizuje a to pro čtrnáct osob. **„Je spousta lidí, kteří si potřebují jenom vorazit, potřebují na dovolenou, do nemocnice, i těch by tu tedy mělo být.“** Změnu, kterou by sociální pracovníce provedla, je více personálu. **„Více lidí, aby se jim mohly více věnovat.“**

Sociální pracovníce a její názor na síťová lůžka

Sociální pracovníce vypověděla, že se síťovými lůžky se nikdy nesetkala. **„Nic dobrého to není, ale hold někdy to asi pomůže.“** V zařízení je nemají a nenalezneme zde ani izolované pokoje.

Sociální pracovníce a její práce

„Veškeré papírování, všechno hlásím, všechno zařizuji. Na klienty mám čas jak kdy. Prvních čtrnáct dní v měsíci je hektických, to kontrolujeme platby, kontrolujeme příspěvky, jestli přišly. Ale potom je to volnější, Ale myslím si, že toho času, no jde to.“

Co sociální pracovníci její práce přináší? **„Každopádně člověk zjistí spoustu**

nových věcí. Když jsem sem nastupovala, měla jsem trošku obavy z tohoto oddělení. Nakonec jsem zjistila, že jsou to fajn lidi, že jsou milý, příjemný.“

4.2. Rozhovor se sociální pracovnící č. 2.

Rozhovor trval přibližně 50 minut. Sociální pracovníce nechtěla rozhovor nahrávat na diktafon, důvod nevedla.

Identifikační otázky

Sociální pracovníce v tomto zařízení dosáhla věku 47 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je úplné střední odborné vzdělání. V tomto zařízení pracuje třináct let.

Klienti s duševní poruchou v zařízení

Počet klientů v tomto zařízení dosahuje čísla 270. Přičemž 35 klientů trpí duševní poruchou a jsou na uzavřeném oddělení určeném právě pro ně. Průměrný věk klientů s duševní poruchou činí 82,9 let. A nejčastější diagnóza zde je demence. Nejběžnější z demencí je Alzheimerova demence. Podle statistických údajů je zde více žen s duševní poruchou. **„Velice se omlouvám, ale nejčastější dosažené vzdělání klientů nevím, ani u klientů bez duševní poruchy a ani u těch s duševní poruchou. Tak hluboce jsme to nezkoumali.“**

Názor sociální pracovníce na soužití osob s duševní poruchou v tomto zařízení je jednoznačný. **„Je to složité a komplikované. Navzájem si narušují soukromí, což vede k hádkám a dalším nepokojům. Berou si věci navzájem, personál je neustále v pohotovosti. Jestli to co je tady na tom pokoji tu být má, zda-li to náhodou není paní vedle v pokoji. Hodně věci ničí, demolují a rozebírají. Jednou nám paní rozmontovala stůl a ta deska od toho stolu se nikdy nenašla. Prostě zmizela, nepřišli jsme na to, kam jí dala. Chodili jsme dokonce i okolo zařízení, ale nic, ani ven jí nevyhodila.“** Kamarádské vztahy zde vznikají.

Spolupráce s rodinou je dle úsudku sociální pracovníce „**Tak půl na půl. Někdy je tu klientovo rodina skoro každý den nebo týden a jiné rodiny vidíte pouze při nástupu klienta k nám.**“

„**Jak jsem již řekla, klienti s duševní poruchou jsou vděční za vše. Líbí se jim, když mohou jít ven. Když si užijí čerstvého vzduchu, sluníčka, když se jim někdo věnuje, to jim stačí. Jsou šťastni, když jdou do kantýny a mohou si dát chlebiček. Za to vše děkují a jsou nadšení.**“ To co se jim v zařízení nelíbí, podle této sociální pracovníce je právě četnost toho kdy jdou na procházku, kdy jdou do kantýny, jelikož to není tak často jak by chtěly. „**Závidí pak těm, kteří jdou, pracovník sebou bere jen menší počet klientů, kvůli bezpečnosti a ostatním to vadí. Říkat jim, že oni byly včera, když si to nepamatují. A cítí se dotčeně.**“ Také uvádí, že některým koupit chlebiček nemohou nebo jen málo kdy, proto se snaží přimlouvat se u jejich rodin o to, aby jim nechávaly větší kapesné.

Klienti s duševní poruchou a výběr pobytového zařízení

Podle mínění sociální pracovníce je nejčastějším důvodem pro výběr pobytového zařízení rodina. „**Rodina nezvládá starat se o takového člověka. Je to hrozně náročné na psychiku, musí mít neustálý dohled. Dozor, aby neublížil sám sobě nebo okolí. Někoho hlídat 24 hodin denně je hodně těžké. Když kvůli tomu odejdete z práce, objeví se nedostatek financí, málo kontaktu s lidmi. Je to začarovaný kruh.**“

Respondentka uvádí, že klienti přicházejí většinou s rodinou, prohlédnou si zařízení a žádost sem si dají ihned. Čas na rozmyšlenou si nenechávají. „**Je jim to jedno, prostě si dají žádost do více zařízení a jen čekají, kam se dostanou co nejdříve. Kdybych ale viděla, že klient sem k nám do zařízení opravdu nechce, tak bych ho nevezala.**“

Klienti s duševní poruchou a způsobilost k právním úkonům

Respondentka uvádí, že klientů s duševní poruchou, kteří jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům je 18. Sociální pracovnice si myslí, že je to moc „**drsné. Máme jen dva klienty zcela zbavené způsobilosti k právním úkonům, a zbytek je dle ustanovení § 29 občanského zákona, což nám pro naše účely, zcela stačí.**“

Zařízení a zdravotní péče

Zařízení má podle údajů od sociální pracovnice své lékaře a i svého psychiatra. Lékaři vše potřebné konzultují se staniční a vrchní sestrou a ta to co je potřeba dá vědět potřebnému personálu. „**Klienti nejsou nuceni k těmto lékařům přestoupit, ale činí tak, jelikož je to pro ně výhodnější. Kdyby, ale nepřestoupili a klienti se museli nějak ke svému lékaři dostavit, zavolala by se sanitka a doprovod by jako úkol dostal náš zaměstnanec.**“

Sociální pracovnice uvedla, že při zhoršení stavu klienta s duševní poruchou se volá rychlá záchranná služba. Aby ho převezla do zdravotnického zařízení, Policie ČR se nikdy k převozu nevolala. Konzultace s lékařem je až zpětná.

Aktivizační služby

Dle sociální pracovnice jsou všechny aktivizační činnosti hojně využívány. „**Klienti s duševní poruchou jsou rádi za vše, jsou neuvěřitelně vděční. Když jsem začínala, měla jsem obavy právě z klientů s duševní poruchou, ale za vše mi moc děkovaly. Radují se opravdu ze všeho. Aktivizační činnosti je baví všechny, užívají si to, i když někdy jim stačí neustále chodit po chodbě sem a tam. Mezi nejoblíbenější však patří hudební kroužek, sportovní kroužek a také tvořivá dílna je jejich top.**“

Klient s duševní poruchou a kouření tabákových výrobků

Sociální pracovnice uvádí, že klienti, kteří kouří tabákové výrobky, mohou

kouřit dle své libosti. Na chodbě jsou kuřárny, také mohou kouřit před zařízením. Cigaretu mají stále u sebe. Problém je ovšem s financemi, není jich mnoho. Tudíž se personál snaží přemlouvat klienty, ať tolik nekouří. **„Každý nekuřák, rozmlouvá kouření tomu, kdo kouří. I osobám bez duševní poruchy. Tady je to bohužel horší, klient si dá cigaretu a za chvíli by šel znova. Proč? Jelikož nejčastější duševní onemocnění zde je demence. Oni si nepamatují, že před chvílí byli.“**

Sociální pracovníce a její názor na chybějící poskytovatele sociálních služeb, sociální pracovníce a názor na změnu v systému sociálních služeb

Sociální pracovníce si myslí, že v okrese České Budějovice chybí odlehčovací služby, toto zařízení má odlehčovací služby, jedno pro muže a druhé pro ženu, ale nikoliv pro osobu s duševní poruchou. Také podle ní je celkově nedostatek domovů se zvláštním režimem. **„Především těch, které mají krásné prostředí, obrovskou zahradu, oplocený areál, kde by klienti mohli trávit čas, hezky na čerstvém vzduchu a přitom by je nemusel nikdo ostražitě s personálem hlídat a mít obavy, že by je mohlo přejít auto. A také aby zařízení byla menší, útulnější. Prostě by to chtělo domácí prostředí. Taky pro mladší klienty duševní poruchou, vždyť tu pro ně skoro nic není.“**

Sociální pracovníce a její názor na síťová lůžka

Sociální pracovníce nazírá na síťová lůžka kladně, povoluje je ovšem pouze v krajních případech, když je ohroženo někoho zdraví nebo život. **„Jde-li o ochranu klienta či ostatních klientů a personálu tak ano jsem pro tato lůžka. Zde v zařízení je nemáme, za to tu jsou k dispozici izolační pokoje, které jsme ještě nepoužili. Ale měly by tu být, pro jistotu. Člověk nikdy neví. Zažila jsme toho za svých 22 let v systému sociálních služeb hodně, jedenkrát mě klient počůral ze zadu na záda. Zažila jsem i horší události, proto si myslím, že je opravdu lepší, aby zařízení bylo připravené na cokoli.“**

Sociální pracovnice a její práce

Sociální pracovnice je se svou prací spokojena, její práce je převážně administrativní. **„Ale když chci, čas na klienty si udělám. Práce mě baví. Otázku co mi má práce přináší, ráda nemám.“**

4.3. Rozhovor se sociální pracovnící č. 3.

Tento rozhovor trval přibližně 85 minut. Sociální pracovnice odmítla rozhovor nahrávat na diktafon. Jako důvod uvedla obavy, jelikož se nezeptala vedení o souhlas a také by jí to nebylo příjemné.

Identifikační otázky

Sociální pracovníci je 51 let, v tomto zařízení pracuje 21 let a má úplné střední odborné vzdělání a sociálně právní nástavbu.

Klienti s duševní poruchou v zařízení

Celkově je v zařízení 110 klientů, průměrný věk činí 59,60 let. V posledních letech nastupují mladší klienti. Žen je zde 49 a mužů 60. **„Vždy se tomu zasměji a říkám, že muži jsou víc na hlavu.“** Převážná část klientů má výuční list. Respondentka uvádí, že toto ve svých statistikách nezkoumali a nejvíce je zde klientů se schizofrenií.

Sociální pracovnice si myslí, že soužití osob s duševní poruchou je stejné jako kdekoli jinde. Vidí, že se někteří klienti mají rádi, jiní se nesnáší. Jsou zde různé potyčky velké i malé. **„Jsou tu kamarádi, páry i takoví ty obecně neoblíbení jedinci. Jako všude, akorát zde jsou neoblíbení, jelikož bývají zlí.“**

Podle sociální pracovnice si klienti chválí stravu, prostředí, bydlení a péči **„Uvědomují si, co pro ně děláme.“** Mezi negativa zařízení, by klienti uvedly ceny, to

co musí zaplatit, poté mají málo peněz na tabákové výrobky.

Dle mínění sociální pracovnice není spolupráce s rodinou nikterak fenomenální. **„Je to z jednoho prostého důvodu, většina klientů rodinu nemá. S opatrovníkem je spolupráce v pořádku, řekla bych v normě. Jestliže klient rodinu má, spolupráce je jak kdy, jak s kým a také podle toho o co se jedná.“**

Klienti s duševní poruchou a výběr pobytového zařízení

Jako hlavní důvody pro výběr pobytového zařízení a zároveň jejich zařízení je podle této sociální pracovnice neschopnost samostatné existence a především to, že osoby s duševní poruchou neumí hospodařit s financemi. **„Jsou tu klienti, kteří by mohli být doma, ale právě kvůli neschopnosti hospodaření s penězi jsou zde. Vše by utratili za cigarety. Také tu byl nemalý počet klientů, kteří byli zneužití. S kterými někdo, jak bych to řekla, vyběhl a pak přišli o barák či byt. Dále je zde nemalá hrozba, že by klient nejen přestal užívat léky. Přestal by navštěvovat psychiatra. To vše by pochopitelně vedlo ke zhoršení zdravotního stavu a následné hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, tím mám na mysli léčebnu, kde hospitalizace trvá i delší dobu.“** Sociální pracovnice uvádí i další důvod, kterým je rodina. Ta se o takového člověka, osobu s duševní poruchou, neumí a ani nemůže postarat, po všech stránkách jak finančních, časových ale především **„Klienta neudrží v těch mantinelech.“** Respondentka také dodává, že převážná část klientů rodiny nemá. Většina klientů sem v posledních letech podle zdejší sociální pracovnice poprvé přichází se svým opatrovníkem. V menší míře s rodinou. Ale jelikož většina klientů rodinu nemá a jde rovnou z léčebny, má tedy svého opatrovníka.

Na otázku, zda-li se klienti chodí na zařízení podívat než sem nastoupí, mi sociální pracovnice odpověděla: **„Když jdou z léčebny tak se dívat nechodí, je to domluvené a klienti v podstatě neví, do čeho přesně jdou. Ale těší se sem! Kdežto klienti, kteří jdou z rodin, nevědí, většinou to vychází z konfliktu v rodině. Část rodiny si myslí a také klientovi říká a ujišťuje ho v tom, že je to věc dobrá, přínosná - nastoupit k nám. Druhá část rodiny je však názoru opačného. Dopad je**

ten, že klient sám neví, zda se nemá či má těšit sem k nám. Celkově když jdou, z rodiny hůře to snáší.“

Klienti s duševní poruchou a způsobilost k právním úkonům

Podle smýšlení zdejší sociální pracovnice je zbavení způsobilosti k právním úkonům zásah do lidského života. „Byla doba, kdy jsme byly nucené to zbavení dělat. Prý je to pro jejich dobro a tak jsme to dělali. Ted' je doba opačná, ted' je to špatně. Já si především myslím, že by se mělo hlavně postupovat individuálně. A zbavení způsobilosti k právním úkonům používat vážně jen na jejich ochranu. Jak jsem již říkala měli jsme tu spousty okradených klientů, kteří přišli o byty baráky, různé cennosti atp.“ V tomto zařízení je 58 osob zbavených způsobilosti k právním úkonům z toho 38 klientů je zbaveno zcela a 20 je jen omezených „Podle Občanského zákoníku ustanovení § 29 je omezeno pět osob a to jen na uzavírání smluv a sepisování listin s námi. Jsme k tomu nuceni právě kvůli smlouvám, ale dělat to jinak nechceme.“

Zařízení a zdravotní péče

Zařízení má svého lékaře a také svého psychiatra, který tam dochází dvakrát týdně. Klienti sami se mohou rozhodnout zda-li přejdou k doktorům, které má zařízení nebo zůstanou u svých. „Žádný takový případ tu není, klient se vždy přehlásí k těm našim, ale podmínka to není. Kdyby, ale byl, určitě bychom dopravu od nás k jejich lékaři a na zpět, asi ponechaly na rodině. Ale jak říkám jen asi, opravdu tu takový případ ještě nebyl.“ Spolupráce s psychiatrem je zde velmi dobrá, jelikož se jedná o zdejšího externího psychiatra, vše se tedy dozví včas všechen potřebný personál. Stejně je tomu i naopak, zdáli se i paní kuchařce něco divného na klientovi k panu psychiatrovi se to dostane také.

Podle sociální pracovnice, se stav pacienta většinou zhoršuje postupně, je to tedy prodiskutované a převoz na psychiatrické oddělení je plánovaný. Dojde-li však ke

zhoršení nečekaně, volá zařízení záchranná služba a ta klienta převez. Je-li klient hodně agresivní a nebezpečný pro sebe či své okolí volá se záchranná služba a také Policie ČR. Tento nečekaný převoz se s psychiatrem konzultuje až zpětně.

Aktivizační služby

Dle respondentky je neoblíbenější, neúčinnější a nejvyužívanější aktivizační činností kouření tabákových výrobků. „**Mám být upřímná?**“ tak zněla otázka, kterou mi sociální pracovnice položila na můj dotaz právě na oblíbené aktivizační činnosti. „**Vědci prý zjistili, že v cigaretách je nějaká látka, která schizofrenikům pomáhá. Všichni schizofrenici kouří, jsou schopni vykouřit klidně tři krabičky cigaret za den. K tomu vypijí spousty kávy a to jim stačí. Strašně málo chtějí vykonávat nějakou činnost. Prostě jim stačí sedět, kouřit a pít kafe. U těchto osob aktivizační činnosti moc velkou oblibu nenašly. Tak jako se v domovech pro seniory využívá aktivizačních činností, aby babičky jen tak nesesedly a nenudily se. Zde se snažíme zapojit klienty s duševní poruchou do aktivizačních činností, aby jen nesesedly a nekouřily. Největší úspěch má tedy pletení košíků, keramická dílna a arteterapeutická dílna.**“ Také uvádí, že chytřejší klienti si sami činnost vyhledávají, jelikož jim pomáhá od bludů.

Klient s duševní poruchou a kouření tabákových výrobků

O pár sloupců nad tímto bylo zmíněno pár slov o kouření a klientech, teď se k tomuto tématu vrátíme zpět. V zařízení je velké množství klientů kouřících tabákové výrobky. „**Kuřárny jsou na každém oddělení, v létě se občas zavírají, abychom klienty dostaly aspoň na chvíli ven na čerstvý vzduch. Kouří nám i na pokojích, jsou jako malé děti. Jednou tu i hořelo.**“ Klienti zde v tomto zařízení mohou kdykoli ven na cigaretu, personál se je snaží omezit aspoň někdy a to jen a jen z jednoho prostého důvodu, a to aby jim nějaké cigarety vydržely i na jiné dny. Jinak by si je vykouřily hned a na zbytek měsíce by neměly ani peníze ani cigarety.

Sociální pracovníce a její názor na chybějící poskytovatele sociálních služeb

Dle názoru sociální pracovníce chybí v celé České republice hodně zařízení poskytovatelů sociálních služeb všech typů. Ale domovy se zvláštním režimem hlavně. **„Sem k nám volají z celé České republiky, domovů se zvláštním režimem je velice málo.“** Dále podle sociální pracovníce chybí odlehčovací služby pro osoby s duševní poruchou. Respondentka dodává **„Systém není propracovaný a tak funkce nejsou takové, jak by měly i když snaha je.“**

Sociální pracovníce a názor na změnu v systému sociálních služeb

Sociální pracovníce si myslí, že v systému sociálních služeb by se měli změnit platy a odměny. **„Práce je to těžká a velice náročná, ale odměny jsou tristní.“** Jejím spíše přáním by také bylo větší kapesné pro klienty anebo zlevnit cigarety a kafe - dodává s úsměvem.

Sociální pracovníce a její názor na síťová lůžka

Dle mínění sociální pracovníce jsou síťová lůžka zapotřebí. **„Ano, jde-li o ochranu klienta samotného nebo klientů ostatních určitě zapotřebí jsou. Znam to ze své praxe, málem se nám jeden klient omlátil o zdi. Je-li to nutné, krajní řešení já jsem pro. Medikamentózní řešení je snad lepší? Zneužit se dá přece vše. Za chvíli bychom nemohli nic, vše by bylo zakázané. Tak co je tedy lepší?“** Také uvádí, že v tomto zařízení síťová lůžka již tedy nejsou a ani zde nenalezneme izolované pokoje. Není zde ani uzavřené oddělení.

Sociální pracovníce a její práce

Této sociální pracovníci tato práce přináší podle jejích slov hodně a to od všeho.

Klienty má ráda. Také uvádí, že je to práce velice náročná. Především na psychickou stránku. Jako mladá chtěla odejít a věnovat se něčemu jinému, ale při představě, že bude bez „těch osob“ zjistila, že by se jí stýskalo. Tak se rozhodla v této oblasti zůstat a svého rozhodnutí nelituje. **„Ale větší přínos, by pro mě byl, kdyby bylo méně administrativy a více času bych mohla věnovat klientům a osobnímu styku s nimi.“** Této respondentce pomohl nástup nové, mladé kolegyně. **„Koukala se na vše, tak jinak. To mě oslovilo, zapřemýšlela jsem nad tím vším. Inspirovalo mě to. A ještě mi pomohla s ovládním počítače a já ji s vylepšením komunikace.“**

Sociální pracovnice si myslí, že zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přišel v nesprávnou dobu, kdy není moc finančních prostředků a jejich zařízení má teď o dost méně dotací. A to zřejmě povede ke snižování jejich kapacity. Také dodává **„Všichni si mysleli, že bude-li příspěvek na péči, lidé si budou brát své blízké domů. Ale bohužel nic takového se nestalo. Aspoň v našem zařízení se tak nestalo.“**

4.4. Rozhovor s pracovníkem v sociálních službách č. 1.

Rozhovor trval přibližně 90 minut a byl s povolením pracovníka v sociálních službách nahráván na diktafon. Nahrávka, ale přiložena k této práci není.

Identifikační otázky

Pracovníkovi v sociálních službách je 30 let a má vyšší odborné vzdělání. V tomto zařízení je zaměstnán rok a půl.

Klienti s duševní poruchou v zařízení

Podle informací od pracovníka v sociálních službách má toto zařízení celkem 127 klientů. Klientů s duševní poruchou je okolo 40. Tento pracovník má přibližně 20 klientů, ale celé patro **„neobsáhne.“** Průměrný věk klientů je **„plus mínus 80 let.“** Převažují ženy a podle mínění respondenta je to z důvodu demografického. Vzdělání

klientů je od vysokoškolsky vzdělaných až po „ženské z vesnice.“ Hodně klientů je vyučených. Vysokoškolsky vzdělaní jsou muži. **„Ženu s vysokoškolským vzděláním si neuvědomuji.“** Mezi nejčastější duševní poruchy patří demence – Alzheimerova demence, stařecká demence a Parkinsonova choroba.

Společné soužití osob s duševní poruchou je komplikované, jelikož tyto lidé neradi navazují vazby, **„žijí ve svém vesmíru.“** Většinou mezi sebou prohodí jen pár vět, kamarádství vzniká velmi zřídka. Konflikty jsou časté. Menšího rázu a ve smyslu, že dojde k nedorozumění, nepochopení, použití slova ve špatně konotaci. Pozitivní přínos soužití více osob s duševní poruchou vidí tento respondent v tom, že na sebe reagují.

„Jistá vypočitatelnost prostředí. A pravidelnost. Jim to vyhovuje, oni vědí, že ve tři je svačina, já se o tu svačinu nemusím, bát sestra mi ji přinese.“

Dle názoru dotazovaného mají klienti v zařízení rádi svůj stereotyp a klid. **„Nevstupuje tam tolik rušivých elementů, například nové tváře. Aktivizační programy mají rádi. A také jsou rádi, že se nemusí aktivně účastnit, že se mohou jen dívat. To hodně oceňují. A dokáží ocenit konkrétní osobnost, konkrétního pracovníka. Samozřejmě mu to neřeknou přímo, ale pokládají mu méně otázek, menší spolupráce, žádné intimní dotazy, problémy.“**

Podle pracovníka v sociálních službách si klienti stěžují na paušalizaci. **„Taková to, že na céčku (uzavřené oddělení - pozn. aut.), všichni na všechny mluvíme jako na děti. Přec mají všichni stejnou diagnózu. Ale přitom míra porozumění se liší.“** Dále uvádí, že klientům s duševní poruchou vadí, když personál nerozlišuje a nerespektuje projevy chorob. Respondent uvádí příklad na klientovi s diagnózou Parkinsonovy choroby, které má zatuhnutí obličejů a od personálu okolo slyší věty typu: **„Vy se pořád mračíte.“ „Vy se ani neusmějete.“**

Klienti s duševní poruchou a výběr pobytového zařízení

Pracovník v sociálních službách si myslí, že mezi hlavní důvody pro volbu pobytového zařízení je ztráta zázemí, **„Bud' to by chtěla ta rodina nebo ti příbuzní a**

chtěli by se postarat a není v jejich silách anebo by bylo v jejich silách, ale není jakoby z jejich strany vůle se přizpůsobit.“ Jako další hlavní důvod uvedl klientovi pocity, že rodině překáží a je na „obtíž“ což nechce být. Také si rodina neuvědomuje co to je choroba a co dokáže „očekávají, u toho člověka určitý výkon v daném věku, něco si bude pamatovat něco zvládne, něco dokáže aniž, by jsme mu pomáhali. A neuvědomí si, že ta choroba dokáže tohle to narušit. Takže je spousta věcí, které ten člověk objektivně nezvládá a není schopen tak oni mu to v podstatě můžou vyčíst, že nechce, že se nesnaží. Tam bych viděl, že zřejmě bude takový zdroj konfliktu.“ Jako poslední důvod pro volbu pobytového zařízení je rodinné prostředí, které nejde natolik kontrolovat. Aby nedošlo k ohrožení jakéhokoliv člena rodiny.

Při výběru zařízení má hlavní slovo rodina, jelikož klient dává na rady rodiny. Osoby s duševní poruchou bývají nejistí při každém rozhodování. Tedy, i když se jedná o zařízení poskytující sociální služby.

Klienti podle přesvědčení pracovníka v sociálních službách přicházejí převážně z rodin, jestli si klient prochází zařízení před nástupem či až při nástupu tento pracovník nevěděl.

Klienti s duševní poruchou a způsobilost k právním úkonům

Všichni klienti na uzavřeném oddělení jsou částečně zbaveni způsobilosti k právním úkonům. Úplně zbavená je jedna klientka.

Zařízení a zdravotní péče

Pracovník v sociálních službách uvádí, že klienti zde mají své lékaře. Jestliže jsou přihlášení u svých lékařů „objednává se sanitka“ doprovod dělá rodina nebo pracovník domova.

Dojde-li ke zhoršení stavu volá se záchranná služba, ale převoz se nejdříve konzultuje v ošetřujícím lékařem, který navíc vypisuje sanitu. Pracovník v sociálních službách dodává, že to vše, ale neví přesně.

Aktivizační služby

Klienti dle úsudku zdejšího pracovníka v sociálních službách „**milují**“ vycházky ven, terasa je „**malý ráj**.“ Poté je ergoterapie, zpěv a canisterapie.

Klient s duševní poruchou a kouření tabákových výrobků

Klienti chodí kouřit na balkón, který je na uzavřeném oddělení. Tabákové výrobky mají v uzamčené kuchyni nebo u sester. „**Oddalování**“ kouření je buď z důvodů provozních či zdravotních. Klienti cigarety nemají u sebe také kvůli prevenci konfliktů. „**Přeci jenom může nastat konflikt stylu: Ty si mě vzal cigarety. Já je měl ve stole a teď tam nejsou.**“

Pracovník v sociálních službách a jeho názor na chybějící poskytovatele sociálních služeb, pracovník v sociálních službách a názor na změnu v systému sociálních služeb

Pracovník v sociálních službách si myslí, že je nedostatek odlehčovacích služeb, asistenčních služeb a domovů se zvláštním režimem. Na dotaz, co by změnil v systému sociálních služeb. Odpověděl, že by nebyla ani třeba více personálu. Ale spíše by chtěl, aby personál, který nastoupí do tohoto zařízení, zde také vydržel po delší dobu. „**Ne, že si to po roce rozmyslí. Přijde na to, že práce je to těžká a finanční ohodnocení malé. A to mu nevyhovuje.**“

Pracovník v sociálních službách a jeho názor na síťová lůžka

„**Pěkný pohled to není. Říkám narovinu, člověku se z toho jako dělá ouzko.**“ Po zvážení situace a individuálního přístupu má pracovník v sociálních službách pozitivní názor na tato dnes již zakázaná lůžka, ale na druhou stranu „**klientovi nesmíme odepírat právo na riziko.**“ Metoda jako taková respondentovi nevádí, když

se aplikuje výjimečně a v případech kdy už jiné cesty není. Pracovníkovi vadí využívání těchto lůžek při nedostatku personálu.

Pracovník v sociálních službách a jeho práce

Dotazovaný na otázky ohledně své práce odpověděl takto: **„Práce je to náročná. Vidím lidi jinak. Naplňuje mě. Ale bohužel mě zároveň oddaluje od svých vrstevníků. Mají jiné problémy. Jiný pohled na svět a život. Nemám si s nimi již tolik co říci.“**

4.5. Rozhovor s pracovnící v sociálních službách č. 2.

Rozhovor trval přibližně 20 minut a byl s povolením pracovníce v sociálních službách nahráván na diktafon. Celá nahrávka je přiložena k bakalářské práci v přílohách.

Identifikační otázky

Pracovnicí v sociálních službách v tomto zařízení je 32 let. Vzdělání má vysokoškolské a v daném zařízení pracuje rok a půl.

Klienti s duševní poruchou v zařízení

Počet klientů v tomto zařízení dosahuje čísla 270, z toho na uzavřeném oddělení je 52 klientů. V průměru jsou klienti narozeni roku 1922. Demence nejasné etiologie spojené s Alzheimerem jsou v tomto zařízení nejčastější duševní poruchou. Převažují zde ženy. **„Z hlediska průměrného věku dožití. Ženy se dožívají déle, takže proto.“** Klienti zde mají nejčastěji základní vzdělání **„vzhledem vlastně k jejich věku je to pochopitelně absolvovaná reálka, klasické základní vzdělání. Oni pocházejí vlastně ze zemědělských usedlostí, kde museli pracovat. Výjimečně gymnázium,**

vysokoškoláka tam nemám ani jednoho.“

„Většinou jsou ty kamarádské vztahy plitké, jsou nahodilé. Je tam postížena paměť, krátkodobá paměť, takže oni nevím, že třeba navázali nějaký vztah. Takže opravdu navazují ho opakovaně. Pochopitelně Alzheimer má i určité agresivní aspekty nemoci, takže jsou konfliktní. Žijí ve svém vlastním světě. Nerozumí okolí, nerozumí chování okolí, takže reagují i agresivně. Určitě jsou konfliktní. To soužití, často se hádají, většinou jde o hlouposti. Spletou si pokoje, protože si nepamatují, kde bydlí. Takže omylem vlezou do jiného pokoje, ten obyvatel si ho hlídá, takže dochází k těmto konfliktům.“ Takto popsala pracovnice v sociálních službách společné soužití osob s duševní poruchou.

Klienti s duševní poruchou mají podle slov pracovnice v sociálních službách rádi aktivizační činnosti, výlety, procházky a ergodílnu. Co naopak nemají rádi je fakt, že nerozumí světu. Cítí, že se něco děje, ale nerozumí tomu. Také si nepamatují, kdy naposledy za nimi byla rodina. Tudíž mají obavy z vyhasnutí rodinných vazeb. **„Jsou opravdu zajatci vlastního světa.“** V zařízení by klienti nic měnit nechtěli, respondentka tento fakt odůvodňuje tím, že se jedná o válečné ročníky. **„Kteří jsou zvyklý přijímat věci, tak jak jsou.“** Mají pouze jednoho klienta, který o změnách mluví a ten je mladší než ostatní. A ten by žádal volný odchod z oddělení.

Spolupráce s rodinou je dle mínění pracovnice v sociálních službách víceméně dobrá. **„Buď rodina spolupracuje, anebo nespolupracuje. Když spolupracuje tak je to vždy dobrá spolupráce.“**

Klienti s duševní poruchou a výběr pobytového zařízení

Dle názoru pracovnice v sociálních službách je hlavním důvodem pro výběr pobytového zařízení nemožnost péče, nemožnost poskytnutí celodenní péče. Rodina je pracovně vytížena a nemůže mu poskytnout péči.

Při výběru má hlavní slovo rodina. Rodina si zařízení chodí prohlédnout, kdežto uživatel jej vidí až při příjmu. Převážná část klientů přichází do tohoto zařízení z rodin.

Klienti s duševní poruchou a způsobilost k právním úkonům

Všichni klienti na uzavřeném oddělení jsou částečně zbaveni způsobilosti k právním úkonům. Úplně zbavená je jedna klientka.

Zařízení a zdravotní péče

Zařízení má podle údajů od pracovnice v sociálních službách své lékaře a i svého psychiatra. Lékaři vše potřebné konzultují se staniční sestrou ta to, co je potřeba dá vědět potřebnému personálu. Stejně tak tento proces funguje i v opačném směru.

„Chodí jednou týdně pouze každý z nich, takže pokud se vlastně objeví problémy ke konci týdne nebo nedej bože o víkendu tak opravdu není nikdo, kdo by, za nimi přijel. Je jakoby na příslužbě, ale obecně prostě nejezdí. Psychiatricka je zde pouze na zavolání, při potížích s klientem a většinou se na ni těch 24 hodin čeká.“

Klient uvede, že má zájem o návštěvu svého lékaře, oznámí to staniční sestře, ta objedná sanitku, a uživatel sám jede sanitkou k lékaři. To se, ale netýká klientů s duševní poruchou. Jelikož všichni jsou nahlášeni u zdejších lékařů.

Aktivizační služby

Podle smýšlení pracovnice v sociálních službách jsou aktivizační činnosti velice přínosné, naplňují lidem den, volný čas a patří mezi žádané služby. **„Protože tyhle lidi jsou specifický tím, že si neumí udělat vlastně vlastní program. Nemají možnost se jen tak sebrat a jít naplnit ten čas tak jak by chtěli. Takže oni jsou opravdu vděční za všechno, co se jim jakoby opravdu přednese, co se bude dělat. Nevnímají to negativně. Naopak jsou rádi, že jim tohle to někde připraví úplně do detailů.“** Mezi nejoblíbenější zařadila respondentka vycházky, výlety do zoo a ergodílna.

Klient s duševní poruchou a kouření tabákových výrobků

Kuřáci v tomto domově se zvláštním režimem mají možnost kouřit v kuřárnách. Tabákové výrobky mají u sebe, až na jednoho klienta, který kouří na pokoji. Čímž porušuje dohodu, kterou mají. Do této dohody patří i slib, že nebudou opouštět patro ani domov.

Pracovnice v sociálních službách a její názor na chybějící poskytovatele sociálních služeb, pracovnice v sociálních službách a názor na změnu v systému sociálních služeb

„Nevím, na tolik chytrá nejsem, co bych změnila. Ale určitě vím, co nefunguje. A to je zákon o sociálních službách. Jelikož stát individuálně předal peníze na sociální služby uživateli, nemůže kontrolovat, jak je postaráno o seniory, kteří jsou doma. Dochází k týrání seniorů. Také jsou soukromá sanatoria, kde stát kontroluje pouze kvalitu služeb.“

Dle názoru pracovnice v sociálních službách chybí v okrese České Budějovice pro osoby s duševní poruchou domovinky, stacionáře, školky a rozhodně odlehčovací služby, osobní asistence. Podle jejich zkušeností je hodně rodin, které chtějí mít osobu s duševní poruchou doma, „**akorát že chodí do práce.**“

Pracovnice v sociálních službách poukazuje na budoucí problematiku se stárnutím generace, ve které bude hodně osob celoživotně závislých na návykových látkách a na alkoholu. „**Psychiatrická ambulance a psychiatrická oddělení při nemocnicích tudle řešit nemůže. Bude spíš chybět nedostatek těchto zařízení, těchto oddělení. Protože u nás je uzavřené oddělení se zvláštním režimem ale v pravidlech je, že uživatel nesmí mít diagnostikovanou závislost na návykových látkách ani na alkoholu.**“

Pracovnice v sociálních službách a její názor na síťová lůžka

V zařízení, kde respondentka pracuje, síťová lůžka nejsou. Nepoužívají ani jiné mechanické prostředky pro zklidnění klienta. Ale vzhledem ke své praxi v jiných

psychiatrických zařízeních si myslí, že síťová lůžka své opodstatnění mají. A to z hlediska ochrany zaměstnanců.

Pracovnice v sociálních službách a její práce

Respondentka uvádí, že mezi její hlavní úkoly zde v tomto zařízení patří individuální péče o klienty, vedení sociální agendy, spolupráce s rodinou, poskytování i jiných sociálních služeb. Také příprava a realizace aktivizačních programů. Práce ji „**dobíjí**“, přináší vnitřní uspokojení.

4.6. Rozhovor s pracovnící v sociálních službách č. 3.

Rozhovor trval přibližně 30 minut a byl s povolením pracovnice v sociálních službách nahráván na diktafon. Nahrávka není přiložena k této bakalářské práci, jelikož si to respondentka výslovně nepřála.

Identifikační otázky

Pracovnici v sociálních službách je 60 let a má absolvovanou vysokou školu. V zařízení pracuje 10 let.

Klienti s duševní poruchou v zařízení

Podle pracovnice v sociálních službách má zařízení 115 až 118 klientů. Průměrný věk klientů dosahuje „**okolo 60 let.**“ Mezi klienty převažují muži. Nejčastěji jsou zde klienti s diagnostikovanou schizofrenií. Vzdělání klientů je zde velice různorodé. Ani vysokoškolské není u mužů výjimkou.

Společné soužití osob s duševní poruchou je komplikovanější. Konflikty vznikají, ale menšího rázu. Podle úsudku pracovnice v sociálních službách nejde o konflikty větší, jelikož se každá potyčka začne řešit již v počátcích.

Dle pracovnice v sociálních službách se klientům v zařízení líbí terapeutické dílny. „**sice ze začátku na ně chodí spíše z donucení, ale poté už si zvyknou a zalíbí se jim to. Pak už mají i své výrobky a chodí na ty dílny rádi.**“ Klienti si pochvalují stravu, prádelnu a rekreační objekt Mrhal. Změnit by podle slov pracovnice v sociálních službách nechtěli nic, mají možnost anonymně psát připomínky a nápady na zlepšení v zařízení, ale tuto možnost nevyužívají. Spolupráce s rodinou je špatná.

Klienti s duševní poruchou a výběr pobytového zařízení

Pracovnice v sociálních službách si myslí, že mezi hlavní důvody pro výběr pobytového zařízení je neschopnost hospodařit s penězi. „**Neschopnost pobývat mezi normálními lidmi. Oni potřebují řád, který ale nejsou schopni dodržovat sami. Neplatí nájem včas, neumí si zorganizovat čas.**“

Klienti podle přesvědčení pracovnice v sociálních službách přicházejí do zařízení, aniž by si to byli prohlédnout. Také si myslí, že většinou klienti přicházejí z rodin, „**ale přes psychiatrickou léčebnu.**“ A hlavní slovo při výběru jejich pobytového zařízení má rodina či opatrovník.

Klienti s duševní poruchou a způsobilost k právním úkonům

Na tuto otázku mi pracovnice v sociálních službách nedokázala odpovědět.

Zařízení a zdravotní péče

Zařízení má své ošetřující lékaře i psychiatra. Ke kterému se přehlásit nemusí, ale převážná část klientů tak učiní. Když je klient převážen na vyšetření k jinému lékaři doprovod mu dělá někdo z personálu. Při zhoršení klientovo stavu se volá rychlá záchranná služba. Je-li to nutné a vyžadující volá se i Policie ČR. S klientů psychiatrem se převoz diskutuje. Jde-li ale o akutní a závažný stav konzultace probíhá až zpětně.

Aktivizační služby

Na tuto otázku mi pracovnice v sociálních službách nedokázala odpovědět.

Klient s duševní poruchou a kouření tabákových výrobků

Respondentka uvádí, že klienti mají tabákové výrobky u sebe. Jsou ale i výjimky, mající tabákové výrobky u personálu. Z důvodů finančních. Kouří chodit do kuřáren. Ty se přes léto zamykají, aby šli také na čerstvý vzduch.

Pracovnice v sociálních službách a její názor na chybějící poskytovatele sociálních služeb, pracovnice v sociálních službách a názor na změnu v systému sociálních služeb

Pracovnice v sociálních službách by zrušila doplatky na léky a platby u lékaře pro osoby s duševní poruchou. Dle respondentky je celkově nedostatek asistenčních služeb, odlehčovacích služeb a domovů se zvláštním režimem.

Pracovnice v sociálních službách a její názor na síťová lůžka

„Můj osobní názor je, že je to velmi praktická věc. A kdyby někdo tady byl u nás, tak řekne, že mi je tady potřebujeme.“ Pracovnice v sociálních službách by síťová lůžka používala přes noc u klientů postižených demencí. Kvůli prevenci pádu z postele a zlomenině krčku.

Pracovnice v sociálních službách a její práce

„Já jsem zástupce terapeutů. Mám na starosti keramickou dílnu. Ale věnuji se všem aktivitám tady.“ Tato práce respondentce přináší uspokojení a radost. Ale musí se doma „dobít“ a odpočinout si.

5. DISKUZE

Při zpracování této bakalářské práce jsem se potýkala s nedostatkem literatury, ano duševní poruchy jsou rozepsané v kvantu knih a sociální služby najdeme v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a další literatuře, kde jsou tyto služby rozepsané. Ale například literatura o problematice síťových lůžek moc k nalezení není.

Za zamyšlení stojí fakt, že se všichni respondenti shodli na nedostatku odlehčovacích služeb v okrese České Budějovice pro osoby s duševní poruchou. Čtyři z šesti dotazovaných dále upozornili na malý počet domovů se zvláštním režimem. A tři upozornili na chybějící asistenční služby. Byl zmíněn i malý počet zařízení pro mladší klienty s duševní poruchou. Dle mého názoru je celkově všech poskytovatelů sociálních služeb málo. A kord pro klienty s duševní poruchou.

Na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách si stěžovaly dvě respondentky a to aniž bych položila dotaz týkající se přímo tohoto zákona. Mezi změny, které by učinili, kdyby tu ovšem ta možnost byla. Patří například větší platy. Nebo aby osoby s duševní poruchou neplatily poplatky u lékaře a doplatky na léky. Také by chtěli více personálu. Či personálu, který ve své práci setrvává po delší dobu a neodejde za finančně výhodnější práci. Byla také vyřčena otázka, kde budou v budoucnu senioři s diagnostikovanou závislostí na návykových látkách. Což je dle mého názoru pádná otázka.

Ergoterapie je dle provedeného výzkumu v žebříčku nejoblíbenější a nejnavštěvovanější aktivizační činností na prvním místě. Pět z šesti dotazovaných uvedlo ergoterapii jako nežádanější u svých klientů. Někteří klienti se schizofrenií práci vyhledávají, jelikož jim to pomáhá od bludů. Mezi další velmi oblíbené aktivizační činnosti se řadí výlety a procházky. Canisterapie také patří k těm velmi oblíbeným. *“Ty psi v nich probudí pocity. Najednou člověk, který nikdy nekomunikuje, se zlepší. A začne aspoň s těmi psy komunikovat.”* Také se všichni dotazovaní shodli, že klienti s duševní poruchou jsou velice vděční za vše, co se pro ně připraví či naplánuje.

Zajímavé však je, že v jednom zařízení ze tří nenechávají klientům cigarety u sebe. Ale mají je schované u sester či v zamčené kuchyni. Kdežto ve zbylých dvou

zařízeních ponechávají tabákové výrobky u klientů. Tato dvě zařízení mají i kuřárny, kde si klienti mohou v klidu a v teple zapálit. Zařízení, kde klienti nemají cigarety u sebe žádné kuřárny nemá. Klienti zde chodí kouřit na balkón, a to po celý rok, za jakéhokoliv počasí. Kladu si otázku zdali, je to vzhledem k jejich věku přijatelné? Neustálé přechody tepla do zimy? A mrznutí venku?

Ve dvou zařízeních ze tří převažují ženy. Dle respondentů je to vzhledem k demografickému vývoji pochopitelné. Zbývající zařízení má mezi klienty více mužů. Dle mého názoru je to v důsledku mladšího věkového průměru, který v tomto zařízení je.

Všech šest dotazovaných je se svou prací spokojeno. Jednu respondentku práce baví, druhého naplňuje, třetí přináší vnitřní uspokojení a také jí práce „dobíjí.“ A čtvrté pracovníci práce přináší uspokojení a radost, ale „dobíjí“ se někde jinde. Na dotaz co jim jejich práce přináší, odpovídali respondenti různě. Například se neustále dozvídají nové věci. Jedné dotazované pomohl nástup mladé energické kolegyně, která ji dodala elán, inspiraci a jiný pohled na práci. Dva dotazovaní ze šesti uvedli, že jejich práce je náročná. Já sama jsem s praxí u osob s duševní poruchou byla také spokojena. Tedy ze začátku mi chyběl dostatek zpětných vazeb od klientů anebo jsem byla zvyklá na jiné formy zpětné vazby. Po čase jsem i já pochopila, že musím vnímat i maličkosti. Že právě tyto drobné náznaky jsou takové pochvaly od těchto klientů. Sice si mě klienti nepamatovali jménem. Nevěděli, co jsme dělali minule ani co vše jsem jim vyprávěla. Ale jejich haptika, gestikulace mluvila za vše a také za mnou stále více a více chodili s prosbami a otázkami.

Demence je nejčastější diagnóza u klientů ve dvou za tří zkoumaných domovů se zvláštním režimem. Nejobvyklejší demenci u klientů v těchto zařízeních je Alzheimerova demence. Ve třetím domově se zvláštním režimem mají nejvíce klientů se schizofrenií. Soužití klientů s duševní poruchou je podle dvou dotazovaných normální „*Jako kdekoli jinde, kde je více lidí pohromadě.*“ Ostatní čtyři respondenti, ale uvádí, že soužití těchto osob je velice komplikované. Shodnou se ale na tom, že vznikají konflikty. Většinou drobného charakteru, menší hádky, občasné „*šťouchnutí.*“ Narušují si navzájem soukromí, berou si věci, chodí do cizích pokojů, demolují a rozebírají věci.

Žijí si ve svém vlastním vesmíru, proto i navazování vazeb nemají rádi. Dochází často k nedorozumění a nepochopení. Já sama si myslím, že se jedná o soužití velice komplikované. A obdivuji všechny pracovníky v domovech se zvláštním režimem. Jelikož je to práce hodně náročná na psychickou stránku člověka.

Vzdělání u klientů je různorodé, ale absolvované vysokoškolské vzdělání mají jen muži. Na tomto faktu se shodli všichni respondenti.

Spolupráce s rodinou je jen podle jedné respondentky dobrá a podle druhé špatná. Další tři respondenti uvedli, že je „*jak kdy a jak s kým.*“ Nebo také „*půl na půl.*“ Někdy vidí klientovu rodinu skoro každý den a někdy jen při nástupu. Podle mého názoru se jedná o velice smutný fakt. Jen jedna respondentka uvedla, že spolupráce s rodinou je dobrá. To není moc hezké, na to že se jedná o rodinu klienta. Když se nestará rodina, tak kdo jiný by měl?

Stejně tak nepochopím, že se klienti před svým nástupem nechodí podívat na zařízení do kterého by mohli nastoupit. Klienti si zařízení, které se pro ně stane, domovem prohlédnou ve většině případů až při nástupu. Tento fakt jsem se dozvěděla od čtyř dotazovaných, kteří uvedli, že podívat se chodí jen rodina. Jedna respondentka řekla, že občas chodí i klienti. A jeden dotazovaný přiznal, že neví, jestli se klienti na zařízení před nástupem přijdou podívat, či nikoli. „*Často je to tak, že mají ty žádosti rozendané do více zařízení a kde to dřív vyjde, tak se dřív umístí. Protože ty čekací doby, jsou dlouhé. Samozřejmě málo kdy se stane, že někde dá žádost a za tři měsíce je přijatý.*“ „*Je jim to jedno, prostě si dají žádost do více zařízení a čekají, kam se dostanou co nejdříve.*“ Tento přístup rodiny na jednu stranu chápu. Čekací doba je dlouhá a kapacita domovů se zvláštním režimem je omezena. Ale nebudou přeci v tomto zařízení jen chvíli, jak jsem již psala, bude to jejich domov. Kde se mají klienti cítit dobře, klidně a v bezpečí. Neměl by proto výběr být pečlivější?

Mezi hlavní příčiny, kvůli kterým se osoba s duševní poruchou či její rodina rozhodne pro pobytovou sociální službu a které uvedli respondenti:

1. Rodina není schopna zajistit celodenní péči.
2. Klient není schopen samostatné existence.
3. Neschopnost klientů hospodařit s penězi.

4. Hrozba, že by klient přestal brát léky a došlo ke zhoršení jeho zdravotního stavu.
5. Rodina klienta neudrží v mantinelech, neuhlídá ho.
6. Rodina nejen, že není schopna se o osobu s duševní poruchou postarat, ale také to neumí.
7. Pro rodinu je to velice náročné a to po všech stránkách.

Když jsem začínala psát tuto práci byla jsem proti síťovým lůžkům i já. A přitom jsme neměla ani pádný argument pro tento můj názor. Díky této práci a díky načteným informacím jsem svůj postoj k síťovým lůžkům přehodnotila a také díky názorům od sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Všechny šest dotazovaných pracovníků v domovech se zvláštním režimem má pozitivní názor na tato lůžka. Svůj názor odůvodnili ochranou klientů a personálu. Jelikož se jedná o lidi, kteří jsou denně v kontaktu s osobami s duševní poruchou a o své práci něco vědí. Nemluvě o jejich zkušenostech. Příkladám jejich názorům velkou váhu. A tak si neustále kladu otázku, proč jsme na tlak z „venčí“ tyto lůžka zakázaly. I když naši uznávaní odborníci byly proti, třeba zesnulý dětský psycholog profesor Zdeněk Matějčík tehdy k radám ze zahraničí, abychom v České republice místo lůžek používali oddělené místnosti, vypověděl: *"Viděl jsem takové místnosti, které jsou polstrované a kde se pohybuje pacient tak, že si ublížit nemůže. Když se ale na to podíváte zvenčí, nepřipadá vám to jako vězení (30)?"* Profesor Zdeněk Matějčík nepovažoval za lidské ani praxi, používanou v zemích západní Evropy, kdy se velmi neklidní nebo agresivní pacienti uklidňují léky. *"Pokud to hodnotíte z pohledu kvality života, nezdá se mi dobré to oblužení velkými dávkami medikačními. Když to někdy vidím, raději bych dal přednost té fyzické ochraně pacienta (30)."*

Tento názor zastává i prezident Svazu pacientů České republiky Luboš Olejář. *"Byli jsme vyzváni Mezinárodní aliancí patientských organizací se sídlem v Londýně k podání informace o používání klecových a síťových lůžek v České republice. Dozvěděli jsme se přitom, že v zemích západní Evropy se k uklidňování pacientů hojně využívají sedativa. My se naopak domníváme, že tato cesta by měla být opuštěna. Proto jsme do Londýna sdělili, že nevidíme řešení v tom dát pacientům medikamenty a tím je zklidnit a*

vlastně více udržovat ve stavu nepřítomném než ve stavu bdícím. Také jsme poskytli informaci, že jsme za to, aby v případě potřeby nouze se věc řešila raději síťovým lůžkem než napíchním uklidňujících léků (30)."

Ředitel Psychiatrické léčebny v Bohnicích Ivan David upozorňuje na to, že při používání různých prostředků k uklidnění neklidných pacientů by si Evropská unie měla spíše brát příklad z České republiky. *"Máme velmi přísná kritéria na to, kdy se mají ty které prostředky používat. Ta kritéria jsou přísnější, než je obvyklé v západní Evropě. U nás to také musí indikovat lékař, pacienti musí být kontrolováni velmi často a musí být vše evidováno. A to v zahraničí není pravidlem (30)."* Ve výzkumu této práce se respondentky nezávisle shodly na potřebu síťových lůžek, tento názor zastávám dnes i já nebo je snad lepší jak uvedla respondentka číslo tři „medikamentózní léčba? Zneužit se dá přeci vše. Za chvíli bychom nemohli nic, vše by bylo zakázané. Tak co je tedy lepší?“

Jsem si vědoma skutečnosti, že výzkumný soubor je velmi malý a proto – výzkumné otázky, které zde teď prezentuji, se vztahují ke zkoumanému souboru. Pro jejich obecnou platnost je nezbytné jejich ověření na větším počtu respondentů.

Z praktické části vzešly tyto výzkumné otázky:

- a) Sociální pracovníce a pracovníci v sociálních službách mají, na dnes již zakázaná síťová lůžka, pozitivní názor.
- b) Podle úsudku sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách je pro osoby s duševní poruchou v okrese České Budějovice nedostatek odlehčovacích služeb a domovů se zvláštním režimem.
- c) Převážná část klientů s duševní poruchou se nechodí před nástupem do domova se zvláštním režimem na zařízení podívat.
- d) Nejčastějším důvodem pro výběr pobytové sociální služby je nezpůsobilost samostatné existence osoby s duševní poruchou a celková neschopnost rodiny postarat se o takovou osobu.
- e) Klienti s duševní poruchou v domovech se zvláštním režimem jako aktivizační činnost nejčastěji využívají ergoterapii.

6. ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zaměřila na osoby s duševní poruchou v kontextu v pobytových sociálních službách. Cílem práce bylo zjistit důvody pro výběr pobytové sociální služby pro osoby s duševní poruchou.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké jsou klienty s duševní poruchou nejvíce využívané aktivizační činnosti v domovech se zvláštním režimem v okrese České Budějovice. Druhým dílčím cílem bylo zmapovat názor sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na dnes již zakázaná síťová lůžka. Domnívám se, že uvedené cíle práce jsem splnila.

Jsem si vědoma skutečnosti, že výzkumný soubor je velmi malý a proto – výzkumné otázky, které zde teď prezentuji, se vztahují ke zkoumanému souboru. Pro jejich obecnou platnost je nezbytné jejich ověření na větším počtu respondentů.

Stěžejní výzkumné otázky, které z výzkumu vyšly, jsou následující:

- a) Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách mají, na dnes již zakázaná síťová lůžka, pozitivní názor.
- b) Nejčastějším důvodem pro výběr pobytové sociální služby je nezpůsobilost samostatné existence osoby s duševní poruchou a celková neschopnost rodiny postarat se o takovou osobu.
- c) Klienti s duševní poruchou v domovech se zvláštním režimem jako aktivizační činnost nejčastěji využívají ergoterapii.

Bakalářská práce by mohla sloužit ke zlepšování informovanosti studentů, zaměstnancům domovů se zvláštním režimem i veřejnosti zájímajícím o tuto problematiku. Také by mohla fungovat jako případný podmět k zamyšlení se nad otázkou zakázání síťových lůžek, jejich opětovného povolení.

7. POUŽITÁ LITERATURA

1. COHEN, R. M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 199 s. ISBN 80-7178-497-4
2. DÖRNER, K. PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5
3. HÁRT, P. HÁRTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X
4. HORÁČEK, J. et al. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Academia Medica Pragensis, 2003. 263 s. ISBN 80-86694-01-1
5. HÖSCHL, C. LIBIGER, J. ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha : TIGIS, 2004. ISBN 80-900130-7-4
6. CHRENKOVÁ, M. et al. *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách* 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta - katedra sociální práce, 2007. ISBN 978-80-7368-229-3
7. JANÍČEK, J. *Když úzkost bolí*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. 208 s. ISBN 978-80-7367-366-6
8. JIRÁK, R. et al. *Demence*. Praha : Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-44-6
9. KRÁLOVÁ, J. RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2008*. 2. vyd. Olomouc : Anag, 2008. 374 s. ISBN 978-80-7263-462-0

10. KRCH, F. D. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 172 s. ISBN 80-247-0527-3
11. KRCH, F. D. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 200 s. ISBN 80-247-2130-9
12. KRCH, F.D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 240 s. ISBN 80-7178-598-9
13. KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4
14. MAHROVÁ, G. VENGLÁŘOVÁ, M. et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5
15. MALÁ, E. PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0
16. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-9
17. PAVLOVSKÝ, P. et al. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 184 s. ISBN 80-247-0181-2
18. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5

19. PRAŠKO, J. et al. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X
20. PRAŠKO, J. PAŠKOVÁ, B. PRAŠKOVÁ, H. ŠLEPECKÝ, M. ZÁLESKÝ, R. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-810-4
21. PRAŠKO, J. PRAŠKOVÁ, H. PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-809-0
22. PRAŠKO, J. PRAŠKOVÁ, H. PRAŠKOVÁ, J. *Specifické fobie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. 224 s. ISBN 978-80-7367-300-0
23. PRAŠKO, J. VYSKOČILOVÁ, J. PÍGLOVÁ, L. PRAŠKOVÁ, J. *Sociální fobie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2005. 136 s. ISBN 80-7367-031-3
24. PRAŠKO, J. VYSKOČILOVÁ, J. PRAŠKOVÁ, J. *Úzkost a obavy : jak je překonat*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 232 s. ISBN 80-7367-079-8
25. RABOCH, J. PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 3. vyd. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-423-3
26. RÖHR, H. P. *Narcismus – vnitřní žalář : vznik poruchy, průběh a možnosti jejího překonání*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 160 s. ISBN 80-7178-450-8
27. SVOBODA, M. (ed.), ČEŠKOVÁ, E. KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9

28. TRESS, W. et al. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008. 400 s. ISBN 978-7367-309-3
29. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0
30. VALIŠ, Z. *Klecová a síťová lůžka mizí, spor o ně ale pokračuje*. [online], [citace 14. 6. 2009]. Dostupné na: <http://www.radio.cz/cz/clanek/78930>.
31. ZGOLA , J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Sociální služby

Klient s duševní poruchou

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

Duševní porucha

Domov se zvláštním režimem

Sociální pracovník

Pracovník v sociálních službách

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Okruhy otázek pro sociální pracovníky v domovech se zvláštním režimem v okrese České Budějovice.

Příloha č. 2: Okruhy otázek pro pracovníky v sociálních službách v domovech se zvláštním režimem v okrese České Budějovice.

Příloha č. 3: Rozhovor se sociální pracovnící Domova pro seniory Máj, České Budějovice, p. o.

Příloha č. 4: Rozhovor s pracovníkem v sociálních službách Domova pro seniory Hvízdal, České Budějovice, p. o.

Příloha č. 1:

Okruhy otázek pro sociální pracovníky v domovech se zvláštním režimem v okrese České Budějovice:

Identifikační otázky

- Jaký je váš věk?
- Pohlaví?
- Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jaká je délka vašeho pracovního poměru v tomto zařízení?

Klienti s duševní poruchou v zařízení

- Jaký máte v zařízení počet klientů celkem?
- Kolik máte v zařízení klientů s duševní poruchou?
- Jaký je průměrný věk klientů s duševní poruchou?
- Jaká je průměrná doba pobytu klienta?
- Jaké jsou nejčastější duševní poruchy u klientů?
- Převažují muži či ženy s duševní poruchou?
- Jaké je nejčastější dosažené vzdělání u vašich klientů?
- Jaké jsou nejčastější druhy demencí u vašich klientů?
- Jak vypadá společné soužití klientů s duševní poruchou ve vašem zařízení?
- Jaké jsou podle vás největší komplikace tohoto soužití?
- Co se klientům ve vašem zařízení líbí?
- Je něco, co vy sami klienti chtěli v zařízení změnit?
- Jaká je spolupráce s rodinou klientů s duševní poruchou?

Klienti s duševní poruchou a výběr pobytového zařízení

- Jaké jsou podle vašeho názoru nejčastější důvody pro výběr pobytového zařízení u osob s duševní poruchou?
- Jaké jsou nejčastější důvody klientů pro výběr vašeho zařízení?
- Má při výběru vašeho zařízení hlavní slovo rodina či klient sám?

- Jak dlouho průměrně trvá doba, po kterou se klient rozhoduje o nástupu do zařízení?
- Odkud přicházejí klienti, kteří k vám nastupují?
- Chodí si klienti zařízení před nástupem prohlédnout?
- Jestliže ano, chodí sami, nebo s rodinou popřípadě s někým jiným?

Zařízení a zdravotní péče

- Kolik klientů má svého terapeuta či psychiatra?
- Jsou klienti během pobytu ve vašem zařízení hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení?
- Můžete popsat vaši spolupráci s psychiatry či terapeuty, kteří mají klienti s duševní poruchou v péči?

Klienti s duševní poruchou a způsobilost k právním úkonům

- Kolik klientů s duševní poruchou je zbaveno způsobilosti k právním úkonům?

Aktivizační služby

- Které aktivizační služby využívají klienti nejvíce? Které nejraději?
- Jaké aktivizační činnosti jsou pro klienty s duševní poruchou nejproduktivnější a proč?

Sociální pracovníce a její práce

- V čem spočívá sociální práce ve vašem zařízení?
- Co vám vaše práce přináší po osobní a pracovní stránce?
- Máte dostatek času na klienty?

Sociální pracovníce a názor na změnu v systému sociálních služeb

- Jaké podle vašeho názoru výhody zařízení pro klienty s duševní poruchou?
- Je něco, co byste zde změnila či vylepšila?

Sociální pracovníce a její názor na chybějící poskytovatele sociálních služeb

- Co by se mělo podle vás změnit v oblasti sociální práce s klienty s duševní poruchou v ČR?
- Myslíte si, že pro klienty s duševní poruchou v okrese České Budějovice chybí nějaké sociální služby? Jestliže ano, jaké?

Sociální pracovníce a její názor na síťová lůžka

- Jaký je váš názor na síťová lůžka?

Klient s duševní poruchou a kouření tabákových výrobků

- Kde mohou kouřit vaši klienti?
- Mají tabákové výrobky u sebe, či u personálu?

Příloha č. 2:

Okruhy otázek pro pracovníky v sociálních službách v domovech se zvláštním režimem v okrese České Budějovice:

Identifikační otázky

- Jaký je váš věk?
- Pohlaví?
- Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jaká je délka vašeho pracovního poměru v tomto zařízení?

Klienti s duševní poruchou v zařízení

- Jaký máte v zařízení počet klientů celkem?
- Kolik máte v zařízení klientů s duševní poruchou?
- Jaký je průměrný věk klientů s duševní poruchou?
- Jaká je průměrná doba pobytu klienta?
- Jaké jsou nejčastější duševní poruchy u klientů?
- Převažují muži či ženy s duševní poruchou?
- Jaké je nejčastější dosažené vzdělání u vašich klientů?
- Jaké jsou nejčastější druhy demencí u vašich klientů?
- Jak vypadá společné soužití klientů s duševní poruchou ve vašem zařízení?
- Jaké jsou podle vás největší komplikace tohoto soužití?
- Co se klientům ve vašem zařízení líbí?
- Je něco, co vy sami klienti chtěli v zařízení změnit?
- Jaká je spolupráce s rodinou klientů s duševní poruchou?

Klienti s duševní poruchou a výběr pobytového zařízení

- Jaké jsou podle vašeho názoru nejčastější důvody pro výběr pobytového zařízení u osob s duševní poruchou?
- Jaké jsou nejčastější důvody klientů pro výběr vašeho zařízení?
- Má při výběru vašeho zařízení hlavní slovo rodina či klient sám?

- Jak dlouho průměrně trvá doba, po kterou se klient rozhoduje o nástupu do zařízení?
- Odkud přicházejí klienti, kteří k vám nastupují?
- Chodí si klienti zařízení před nástupem prohlédnout?
- Jestliže ano, chodí sami, nebo s rodinou popřípadě s někým jiným?

Zařízení a zdravotní péče

- Kolik klientů má svého terapeuta či psychiatra?
- Jsou klienti během pobytu ve vašem zařízení hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení?
- Můžete popsat vaši spolupráce s psychiatry či terapeuty, kteří mají klienti s duševní poruchou v péči?

Klienti s duševní poruchou a způsobilost k právním úkonům

- Kolik klientů s duševní poruchou je zbaveno způsobilosti k právním úkonům?

Aktivizační služby

- Které aktivizační služby využívají klienti nejvíce? Které nejraději?
- Jaké aktivizační činnosti jsou pro klienty s duševní poruchou nejprínosnější a proč?

Pracovník v sociálních službách a jeho práce

- V čem spočívá sociální práce ve vašem zařízení?
- Co vám vaše práce přináší po osobní a pracovní stránce?

Pracovník v sociálních službách a jeho názor na změnu v systému sociálních služeb

- Jaké podle vašeho názoru výhody zařízení pro klienty s duševní poruchou?

- Je něco, co byste zde změnila či vylepšila?

Pracovník v sociálních službách a jeho názor na chybějící poskytovatele sociálních služeb

- Co by se mělo podle vás změnit v oblasti sociální práce s klienty s duševní poruchou v ČR?
- Myslíte si, že pro klienty s duševní poruchou v okrese České Budějovice chybí nějaké sociální služby? Jestliže ano, jaké?

Pracovník v sociálních službách a jeho názor na síťová lůžka

- Jaký je váš názor na síťová lůžka?

Klient s duševní poruchou a kouření tabákových výrobků

- Kde mohou kouřit vaši klienti?
- Mají tabákové výrobky u sebe, či u personálu?