

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Aneta Hrachová

Osoby s psychickým onemocněním v kontextu speciální pedagogiky

Olomouc 2019

Vedoucí práce: Mgr. Miluše Hutyrová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci na téma Osoby s psychickým onemocněním v kontextu speciální pedagogiky vypracovala samostatně a vycházela jsem výhradně z pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Olomouci dne

.....

Bc. Aneta Hrachová

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí této práce Mgr. Miluši Hutýrové, Ph.D., za odborné vedení, podporu, trpělivost, cenné rady a připomínky. Mé díky patří také respondentům, kteří byli ochotni vyplnit dotazníky.

Obsah

Úvod	6
I Teoretická část.....	8
1. Psychické onemocnění.....	8
1.1 Vymezení termínu psychické onemocnění	8
1.2 Klasifikace psychických poruch.....	9
1.3 Mezioborová spolupráce v oblasti psychického onemocnění	11
1.3 Etiologie psychických onemocnění.....	12
1.4 Poruchy psychických funkcí	14
1.4.1 Poruchy vědomí a pozornosti	14
1.4.2 Poruchy pozornosti	16
1.4.3 Poruchy vnímání.....	16
1.4.4 Poruchy myšlení	18
1.4.5 Poruchy paměti	19
1.4.6 Poruchy emocí	20
1.4.7 Poruchy jednání, motivace a vůle.....	23
1.4.8 Poruchy osobnosti	24
2 Specifikace vybraných druhů psychického onemocnění	27
2.1 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	27
2.2 Fobické poruchy	30
2.3 Afektivní poruchy	32
2.4 Organické duševní poruchy – demence	36
2.5 Schizofrenní poruchy, schizofrenie.....	40
2.6 Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek	45
3 Osoby s psychickým onemocněním ve speciálněpedagogickém kontextu	47
3.1 Speciální pedagogika, psychopedie.....	47
3.2 Metody práce s osobami s psychickým onemocněním	48
4 Systém péče o osoby s psychickým onemocněním	59
4.1 Multidisciplinární tým v Centru duševního zdraví	60
4.2 Zdravotnická péče	65
4.2.1 Historie psychiatrické péče.....	65
4.2.2 Ambulantní psychiatrická péče	65
4.2.3 Lůžková psychiatrická péče.....	66

4.3 Komunitní služby	69
4.4 Další podpora a péče o osoby s psychickým onemocněním	70
4.4.1 Sociální služby.....	70
4.4.2 Služby podpory zaměstnanosti	74
4.4.3 Rehabilitace v oblasti volného času.....	76
4.4.4 Podpora v oblasti vzdělávání.....	76
II PRAKTICKÁ ČÁST	77
5 Odborné předpoklady pracovníků pro práci s lidmi s psychickým onemocněním.....	77
5.1 Metodologie výzkumu.....	77
5.2 Předpoklady a cíle výzkumu	78
5.3 Metoda výzkumu a popis šetření.....	79
5.3.1 Limity výzkumu	81
5.4 Interpretace výsledků výzkumného šetření a jeho grafické zpracování.....	82
5.5 Vyhodnocení hypotéz.....	108
5.6 Výsledky šetření	109
5.7 Diskuze.....	111
Závěr.....	113
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	115
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	121
SEZNAM OBRÁZKŮ	122
SEZNAM TABULEK	123
SEZNAM PŘÍLOH	124
PŘÍLOHY	125
ANOTACE	130

Úvod

Téma své diplomové práce s názvem **Osoby s psychickým onemocněním v kontextu speciální pedagogiky** jsem si vybrala z důvodu mého osobního zájmu o tuto cílovou skupinu.

Vzhledem k tomu, že se speciální pedagogika tomuto tématu příliš nevěnuje, jsem chtěla zjistit, kde všude se může speciální pedagog s osobou s psychickým onemocněním setkat. Mým záměrem bylo, aby má práce byla zajímavá a přínosná pro další speciální pedagogy, kteří pracují s lidmi s psychickým onemocněním, nebo je tato cílová skupina zajímá. Na základě toho jsem si stanovila cíl práce, kterým je zjistit, kolik z oslovených pracovníků v sociálních službách, školství, neziskových organizacích nebo státní správě, kteří se mohou setkat s osobou s psychickým onemocněním, má speciálněpedagogické vzdělání. Dále mě zajímalo, zda je toto vzdělání dostačující pro práci s cílovou skupinou. Hlavním úkolem praktické části bylo potvrzení či vyvrácení hypotéz, které se vztahují k cíli práce. Otázky vztahující se k hypotézám byly položeny prostřednictvím dotazníku těm pracovníkům, kteří působí v sociálních službách pro osoby s psychickým onemocněním, ve školství či státní správě.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena do jednotlivých kapitol dle tématu práce. Jelikož je práce věnována lidem s psychickým onemocněním, nesmí zde chybět kapitola, která se této problematice věnuje. V kapitole s názvem Psychické onemocnění jsou zahrnuty informace o psychických onemocněních, klasifikačních systémech a jejich etiologii. Další část kapitoly se věnuje konkrétním poruchám psychických funkcí, které se objevují u psychických onemocnění.

Ve druhé kapitole s názvem Specifikace vybraných druhů psychického onemocnění se mohou čtenáři seznámit s nejčastějšími diagnózami psychiatrické praxe v České republice. Konkrétně jsou zde uvedeny neurotické, fobické, afektivní, organické duševní poruchy, schizofrenní poruchy a schizofrenie, duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Tato kapitola poskytuje náhled na to, jaké psychické onemocnění může mít klient speciálního pedagoga.

Třetí kapitola s názvem Osoby s psychickým onemocněním ve speciálněpedagogickém kontextu se snaží popsat postavení těchto osob v oboru speciální pedagogiky. Vzhledem k tomu, že se speciální pedagogika osobám s psychickým

onemocněním příliš nevěnuje, bylo zpracování této části nejtěžší. Mimo vymezení oboru jsou v této kapitole uvedeny možnosti práce s osobami s psychickým onemocněním, které může speciální pedagog při práci s touto cílovou skupinou využívat. Patří k nim terapeuticko-formativní metody, mezi které řadíme expresivní terapie, socioterapii, psychoterapii a další.

Poslední kapitola teoretické části s názvem Systém péče o osoby s psychickým onemocněním se věnuje oblastem, ve kterých potřebují lidé s psychickým onemocněním péči a podporu. V úvodu kapitoly se může čtenář seznámit s multidisciplinárním týmem, který pracuje s lidmi s psychickým onemocněním. Jsou zde uvedeny profese, které mají v multidisciplinárním týmu zastoupení a nejčastěji pracují s lidmi s psychickým onemocněním. Další podkapitola se věnuje zdravotnické péči, které je osobám s psychickým onemocněním poskytována. Zabývá se také historií psychiatrické péče, dále ambulantní a lůžkovou psychiatrickou péčí. Následující podkapitola se zabývá komunitní péčí, která je v péči o osoby s psychickým onemocněním trendem posledních let. Poslední podkapitola se věnuje sociálním službám, podpoře zaměstnanosti, rehabilitaci v oblasti volného času a podpoře v oblasti vzdělávání, jelikož osoby s psychickým onemocněním potřebují ve všech těchto oblastech určitou míru podpory.

Praktická část mé diplomové práce je věnována samotnému výzkumnému šetření, které se snaží potvrdit či vyvrátit hypotézy vztahující se k cíli práce.

Výzkumné šetření bylo kvantitativně zaměřeno a bylo provedeno pomocí dotazníku. Ke zpracování dat bylo vybráno 38 dotazníků, ve kterých respondenti uvedli, že mají vystudovanou speciální pedagogiku, žijí v Olomouckém kraji a jejich praxe je delší než 6 let.

Výsledkem celé práce by měla být data, ze kterých by bylo možné odvodit, zda jsou pracovníci a absolventi studia speciální pedagogiky odborně připraveni na práci s lidmi s psychickým onemocněním.

I Teoretická část

1. Psychické onemocnění

V této kapitole se budu zabývat základními poznatky o psychickém onemocnění. Vymeším termín zdraví, duševní zdraví a duševní onemocnění. Dále se budu věnovat nejčastěji využívaným klasifikačním systémům. Pozornost je věnována také příčinám vzniku psychického onemocnění. V neposlední řadě se věnuji charakteristice psychických poruch, se kterými se můžeme nejčastěji setkat v praxi.

1.1 Vymezení termínu psychické onemocnění

Pro správné vymezení termínu psychické onemocnění je nutné nejprve vymežit pojem **zdraví**. Tradiční pojetí zdraví kladlo důraz pouze na biologickou rovinu, tedy nepřítomnost nemoci. V současné době se klade důraz také na psychologickou a sociální rovinu zdraví. Při posuzování zdraví člověka se bere v potaz i vliv stresu na jeho zdravotní stav, popřípadě souvislost mezi syndromem vyhoření a zdravím člověka. Dnes je zdraví pojímáno holistickým přístupem, který zohledňuje všechny faktory, které mohou naše zdraví ovlivnit (Křivohlavý, 2009 in Švamber Šauerová, 2018, s. 14).

Nejnámější definice zdraví byla vymezena roku 1946 Světovou zdravotnickou organizací (WHO – World Health Organization) jako „*stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen prostá nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Švamber Šauerová, 2018, s. 14). Z definice zdraví dle WHO vyplývá, že lidské zdraví není jednoduché a podílí se na něm řada faktorů. Pokud se budu zabývat definicí duševního zdraví, bude to ještě složitější úkol, protože hranice mezi duševním zdravím a duševní nemocí není zcela zřetelná. Proto se v medicíně setkáváme s klasifikacemi a diagnostickými systémy, které vymezují a pomáhají s rozlišením zdravého a nemocného člověka (Orel, 2016, s. 15).

Psychické zdraví lze definovat jako stav, při kterém jsou psychické funkce schopny zvládat nároky a požadavky prostředí. Pokud tomu tak není, dá se hovořit o duševním onemocnění (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 23–24).

Psychické onemocnění se dá definovat jako stav zahrnující úplnou změnu chování, oproti chování, které se v dané společnosti považuje za normální. Ke změně chování dochází ze dvou důvodů. Prvním důvodem je závažné porušení mozku, které ovlivňuje chování člověka. Druhým důvodem je přítomnost psychického napětí, které mění chování (Spitzer, 2013).

Humber (2013) definuje psychické onemocnění jako deformitu osobnosti, která způsobuje určitou disharmonii mezi lidmi. Čím více lidí trpí duševním onemocněním, tím větší nerovnováha ve společnosti vzniká.

Psychická porucha výrazně zhoršuje kvalitu života jedince, vztahy v rodině i širším okolí a nepříznivě ovlivňuje životní spokojenost člověka. Vše má vliv na mnoho oblastí života, včetně rodinných funkcí i pracovního života (Lužný, 2012 in Juričková, Ivanová, Filka, 2014, s. 38).

Protože není snadné určit, ve kterém případě se jedná či nejedná o psychické onemocnění, setkáváme se v medicíně s klasifikacemi a diagnostickými systémy, které vymezují a pomáhají s rozlišením zdravého a nemocného člověka (Orel, 2016, s. 15).

1.2 Klasifikace psychických poruch

Medicinské i nemedicinské obory se snaží tříditi získané zkušenosti a vědomosti a pro tyto účely vytváří různé klasifikační systémy. Vždy vychází ze skutečnosti, že u každého jevu lze odhalit jeho zvláštní i obecné vlastnosti. Třídění je založeno na obecných vlastnostech. Zobecňování a třídění poznatků v psychiatrii spočívá ve vytváření klasifikací a systémů (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 29). Diagnostické klasifikační systémy umožňují komunikaci mezi odborníky a určují způsob terapie. Napomáhají při odhadování průběhu onemocnění a jeho prognózy (Orel, 2016, s. 22).

Psychické poruchy jsou klasifikovány v řadě publikací. V České republice se pro klasifikaci využívá publikace Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (dále MKN – 10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace (Raboch, 2012, s. 168). Tato klasifikace se pokusila o sjednocení psychiatrické diagnostiky a snažila se také co nejlépe přiblížit i americké klasifikaci Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 30). MKN – 10 nepracuje s pojmem nemoc nebo onemocnění, ale používá pojem **porucha**. Porucha znázorňuje přítomnost klinicky rozpoznatelných příznaků nebo vzorců chování, které jsou spojeny s pocitem tísně a narušením funkcí (Raboch, 2012, s. 168).

Tato klasifikace obsahuje kapitoly **Poruchy duševní a poruchy chování**. Onemocnění jsou rozdělena a vymezena na základě příznaků vyskytujících se v průběhu nemoci.

Klasifikace dle MKN – 10:

„F00 – F09	Organické a duševní poruchy včetně symptomatických
F10 – F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20 – F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30 – F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40 – F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50 – F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60 – F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70 – F79	Mentální retardace
F80 – F89	Poruchy psychického vývoje
F90 – F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní porucha“ (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize, 2018, s. 191)

Klasifikace dle MKN – 11

V průběhu roku 2018 vyšla 11. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí. V květnu 2019 by měla být schválena, členské státy pracují na jejím překladu a v platnost by měla vejít až v roce 2022. Její beta verzi lze nalézt na internetové adrese <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>.

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

Další klasifikací je Diagnostický a statistický manuál duševních poruch 5. revize. Vydává ho Americká psychiatrická asociace a používá se spíše ve Spojených státech amerických (dále jen DSM – V), (Probstová, Peč, 2012, s. 21 – 23).

DSM – V je klasifikace duševních poruch s přidruženými kritérii. Jejím účelem je sloužit ke snazší a spolehlivější diagnostice duševních poruch. V klasifikaci DSM – V můžeme najít aktuální diagnostická kritéria, která jsou nejlepším dostupným popisem toho, jako se duševní poruchy projevují a jak mohou být kvalifikovanými odborníky rozpoznány. Jednotlivé poruchy jsou rozděleny do kategorií. To ale neznamená, že duševní porucha spadá vždy jen do jedné kategorie. Symptomy deprese a úzkosti jsou obsaženy v mnoha jiných diagnostických kategoriích, což odráží společné vlastnosti v pozadí větší skupiny poruch. Důsledkem tohoto zjištění je reorganizace poruch a revize struktury manuálu, která nyní koresponduje s organizací poruch v MKN – 11 (Raboch a kol., 2015, s. L1).

DSM – V (Raboch a kol., 2015, s. 20) definuje duševní poruchu jako „*syndrom, který je charakterizován klinicky významným narušením individua v oblasti kognice, regulace emocí nebo chování, které odráží dysfunkci psychických, biologických a vývojových procesů zajišťujících chod duševních funkcí. Duševní poruchy jsou většinou spojovány s klinicky významnou nepohodou nebo funkčním narušením ve společenské, pracovní anebo v jiných důležitých oblastech. Očekávaná a kulturně adekvátní reakce na běžnou stresovou událost nebo ztrátu, jako třeba reakce na smrt milované osoby, není chápána jako duševní porucha.*“

1.3 Mezioborová spolupráce v oblasti psychického onemocnění

Psychickým onemocněním se zabývá řada oborů např. psychopatologie, psychiatrie, psychologie a jiné. **Psychopatologii** můžeme definovat jako „*nauku o psychických nemocech, chorobných a hraničních duševních jevech.*“ Zabývá se diagnostikou, klasifikací a výzkumem duševních poruch i hraničních stavů. Svou činností proniká do dalších teoretických i praktických oborů – psychiatrie, neurologie, psychologie sociologie nebo speciální pedagogiky (Orel, 2016, s. 16).

Zaměnitelným pojmem může být **patopsychologie**, která se zabývá psychologií člověka s tělesným postižením a sleduje, jak jeho psychika ovlivňuje průběh a léčbu nemoci (Orel, 2016, s. 16)

Psychiatrii definuje Kubínek (2012, s. 7) jako „*vědní a klinickou disciplínu, která se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch.*“

Orel a Facová (2016, s. 17) definují **psychiatrii** jako „*specializovaný lékařský obor, který je zaměřen na teoretické i praktické aspekty diagnostiky, klasifikace, léčby, prevence, rehabilitace a výzkumu psychických onemocnění a stavů.*“ Psychiatr je tedy absolventem lékařské fakulty, který po absolvování minimálně pětileté praxe složil atestační zkoušku z psychiatrie.

Psychiatrii můžeme definovat také jako medicínský obor zabývající se duševními poruchami a poruchami chování. Z definice plyne, že předmět zájmu psychiatrie je nemoc. Podle Světové zdravotnické organizace je psychiatrické onemocnění „*zjevná porucha duševní činnosti, natolik specifická ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání.*“ Osoba s duševním onemocněním není schopná v době projevů

poruchy takového chování, které je akceptováno normami sociokulturního prostředí. (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 69).

Psychologie je vědní disciplína, která zkoumá duševní jevy, popisuje, analyzuje a snaží se je objasnit (Šrutová in Pavlovský, 2012, s. 196).

Orel a Facová (2016, s. 18) definují **psychologii** jako vědu „*zabývající se psychologickými aspekty lidského bytí – chováním, myšlením, prožíváním, city atd.*“ Psycholog je absolventem magisterského studia na filozofické fakultě.

Pro psychiatrickou praxi je významná **klinická psychologie**, která využívá obecně platných poznatků z psychologie, je propojená se zdravotnictvím a je součástí zdravotnické péče (Šrutová in Pavlovský, 2012, s. 196).

1.3 Etiologie psychických onemocnění

Příčiny vzniku psychického onemocnění se dají označit jako komplikované, různorodé, pestré či komplexní. U řady poruch jsou příčiny vzniku neznámé. Psychika člověka i celý jeho život se formuje součinností vrozených, biologických faktorů a vnějších faktorů působících na člověka po jeho narození (Orel, 2016, s. 27).

Kubínek (2012, s. 9) uvádí pojem **multifaktoriální etiologie**. Tento pojem vysvětluje jako součinnost mnoha příčin vzniku psychického onemocnění, ale žádná z těchto příčin nemá rozhodující vliv.

V současnosti se v odborných kruzích hovoří o bio – psycho – sociálním modelu vzniku psychického onemocnění. Tento model rekapituluje fakt, že nemoc se rozvíjí na základě biologických a psychologických předpokladů, na které působí sociální podmínky člověka. Dispozice ke vzniku psychického onemocnění vytvářejí bio – psycho – sociální faktory působící na člověka (Kubínek, 2012, s. 9).

Raboch (2012, s. 34) uvádí, že většina nejčastěji se vyskytujících duševních poruch má heterogenní etiologii, což znamená, že jsou způsobeny různými příčinami. Podíl genetických (biologických) a environmentálních faktorů je různý.

Etiologické faktory dělíme na biologické, psychologické a sociální. Mezi **biologické faktory** řadíme změněnou strukturu, funkci nebo spojení různých oblastí centrální nervové soustavy (Kubínek, 2012, s. 9).

Elementárním stavebním prvkem všech částí lidského těla je genetická informace, jejímž nositelem jsou molekuly DNA. Souhrn všech struktur, které obsahují genetické informace, nazýváme genom. Genotypem nazýváme soubor všech dědičných dispozic, které jsou uloženy v genech. (Orel, 2016, s. 29).

Fenotyp je konečná podoba všech znaků a vlastností živých organismů (např. emoční stabilita, úroveň rozumových schopností). Fenotyp je výslednicí spolupůsobení genotypu a vnějších faktorů (Vágnerová, 2008, s. 31).

Nejvýznamnější vliv na vznik psychického onemocnění má na tělesné úrovni nervová, hormonální a imunitní soustava. Změny v jedné oblasti ovlivňují a vyvolávají změny v dalších z výše uvedených soustav. Hormonální změny ovlivňují funkci mozku i imunitního systému, které se spolupodílejí na vzniku a rozvoji psychického onemocnění.

V dnešní době už je dávno znám kompletní genom člověka, a proto může současná genetika prokázat genetické příčiny např. u mentální retardace, Downova syndromu apod. Předpokladem současnosti je, že vzájemné působení většího množství genů vytváří dispozice k rozvoji fyziologických i patologických vlastností. Řadíme sem i dispozice ke vzniku psychických poruch, přičemž podíl genů se u různých typů psychického onemocnění liší. Důležité je brát v potaz fakt, že výsledek je vždy určen spolupůsobením genů a vnějšího prostředí. I přes dnešní velice dobrou diagnostiku se stále nepodařilo najít specifické genetické vlivy, které způsobují např. depresi, schizofrenii a jiné psychické nemoci (Orel, 2016, s. 29 – 30).

Psychické poruchy mohou vznikat také jako reakce na **exogenní faktory chemického, fyzikálního či biologického charakteru**. Mezi chemické faktory patří jedy, toxiny, léky, alkohol, návykové látky. Fyzikální faktory jsou charakterizovány úrazy hlavy, poraněním mozku, působením záření apod. Biologické faktory jsou nejčastěji infekce nebo paraziti. Endogenní faktory způsobující psychické poruchy jsou zejména onemocnění mozku, nádory, degenerace mozkové tkáně, hypoxie, ischemie apod. (Orel, 2016, s. 31 – 32).

Psychosociální aspekty vzniku psychického onemocnění

Na vzniku psychického onemocnění se podílí prostředí a lidé, se kterými se člověk setkává už od útlého dětství. V každé životní etapě člověka se objevují různé skupiny lidí a situace, které na něj působí. Mám na mysli hlavně rodinu, ale také kamarády, vrstevnické skupiny, autority apod. Jedna z nejvýznamnějších sociálních skupin je rodina. Základní funkcí

rodiny je vytvoření citové vazby, dostatek stimulů a předpokladů k vytváření a udržování vztahů s ostatními lidmi. Rodina je primární sociální skupina, která dává dítěti obraz o lidské společnosti. Vrstevnická skupina dává dítěti možnost dalšího vývoje osobnosti, socializace a osvojení jiných dovedností a schopností. Vliv na rozvoj zdravé i patologické psychiky člověka má také širší společnost, sociální a kulturní prostředí, v němž jedinec žije. Psychiku člověka neovlivňují pouze zážitky z dětství, ale všechny situace v průběhu jeho života. Řadíme sem sociální ztráty, konflikty, traumata, frustrace, deprivace a životní krize. Protikladem negativních faktorů je soubor protektivních faktorů jako např. odolnost, vyrovnanost, vědomosti a dovednosti člověka (Orel, 2012, s. 38 – 39).

Bezpochyby sem můžeme zařadit i události a aktivity, které člověk během života zažil např. úrazy, traumata, experimenty s návykovými látkami apod. (Orel, 2016, s. 27).

1.4 Poruchy psychických funkcí

Psychické onemocnění a jeho projevy vnímáme jako patologii psychických funkcí. **Základní psychické funkce** člověka jsou vědomí, vnímání, myšlení, chování, pudy, pozornost, volní jednání a kognitivní funkce. Většinou se objevují v různých kombinacích, které vytváří typické příznaky. Nyní se budu věnovat charakteristice jednotlivých poruch základních psychických funkcí.

1.4.1 Poruchy vědomí a pozornosti

Termín vědomí je v psychopatologii užíván pro označení stavu bdělosti, schopnost přijímat podněty z okolí a reagovat na ně. Vědomí je globální funkcí, která je předpokladem pro vznik dalších projevů, jako je například myšlení, vnímání, prožívání apod. (Zvolský, 2001 in Vágnerová, 2008, s. 61).

Vědomí je stav, při kterém běžně probíhají všechny psychické funkce, člověk si správně uvědomuje sám sebe a je schopen se ke svému já vztahovat. Je také schopen poznat a uvědomit si vlastní prožitky i vztah k vnějšímu světu (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 87)

Orel, Facová (2012) definují vědomí jako stav bdělosti mysli, během kterého si uvědomujeme sebe sama, své okolí a své psychické pochody. Vědomí je předpokladem pro kontakt s realitou.

Poruchy vědomí se dají rozdělit na kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí.

Kvantitativní poruchy vědomí

Kvantitativní poruchy vědomí se manifestují celkovým úpadkem bdělosti, která je zodpovědná za schopnost reagovat na podněty. Pokles bdělosti může dosahovat několika stupňů: somnolence, sopor a kóma. **Somnolence** je stav snížené bdělosti, únavy, zmenšené pozornosti a rychlosti reakce na podněty. Bývá projevem celkového vyčerpání organismu nebo účinku psychoaktivní látky (Vágnerová, 2008, s. 61– 62).

Somnolence je popisována jako lehčí stupeň poruchy vědomí, který se podobá úvodnímu stádiu spánku. Člověk působí podřimujícím dojmem. Je možné ho přivést k plnému vědomí, ale pouze na krátkou dobu, poté upadá zpět do stavu somnolence. Tento stav můžeme nazvat také jako chorobnou ospalost. Objevuje se při lehké intoxikaci, lehkém úrazu hlavy nebo při počátečním stavu narkózy a při probuzení z ní (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 93).

Sopor je stav, při kterém člověk budí dojem spícího. Je obtížné ho probudit. Zabírají jen silné podněty a pouze na přechodnou dobu, poté člověk opět usíná. Sopor bývá důsledkem otravy či úrazu. **Kóma** chápeme jako stav bezvědomí. Člověka nelze probudit ani silnými podněty, základní reflexy jsou utlumeny. Kóma bývá důsledkem vážného poranění mozku (Vágnerová, 2008, st. 61 – 62). Z kómatu lze pacienta probrat pouze lékařských zákrokem. Pacient většinou nehybně leží, objevují se reflexy a jeho vegetativní systém funguje. Nereaguje na bolest ani jiné výrazné podněty. Hloubka bezvědomí může kolísat (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 93).

Kvalitativní poruchy vědomí

Kvalitativní poruchy vědomí se projevují jako stav zachované bdělosti spojený s poruchou jiné psychické funkce např. změna lucidity (jasnost vědomí), dezorientace, narušené prožívání, vnímání a ztráta kontroly nad sebou samým. Kvalitativní poruchu vnímání reprezentuje delirium a mráкотný stav. **Delirium** je typické narušením obsahu vědomí bez utlumení duševní činnosti. Delirium vzniká náhle, jeho průběh je bouřlivý a kolísá. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 94). Vzniká na základě organického narušení mozku. Mezi základní projevy patří porucha pozornosti, vnímání a uvažování. Člověk ve stavu deliria není orientovaný ve vlastních prožitcích, objevují se i halucinace. Změnu pozorujeme i v psychomotorice. Pacient může být neklidný nebo utlumený. Průběh deliria si pacienti často nevybavují. Nejvíce zmiňovaný stav se nazývá delirium tremens, který se vyskytuje u chronických alkoholiků (Vágnerová, 2008, s. 62).

Mrákotný stav je typický prudkým začátkem a koncem. Jeho průběh je různý, pacient bývá aktivní nebo utlumený až strnulý. Objevuje se dezorientace, nekontrolovatelné chování, výpadky paměti. Tento stav je typický po úrazech hlavy nebo u epilepsie (Vágnerová, 2008, s. 62). Porucha vědomí bývá od začátku hluboká a na závěr přechází do úplného vědomí. Pacient si ale nepamatuje jeho průběh. Mrákotný stav se objevuje také u intoxikace (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 94).

1.4.2 Poruchy pozornosti

Pozornost vymezujeme jako zaměřenost vědomí a aktivity na nějakou činnost, děj nebo vjem. Základními znaky pozornosti je tenacita, kapacita, distribuce a selektivita. **Tenacita** je schopnost udržet pozornost na jeden podnět. **Kapacita** pozornosti je schopnost vnímat více podnětů naráz. **Distribuce** pozornosti znamená schopnost vnímat více vjemů. **Selektivitu** chápeme jako výběrovost podnětů pozornosti (Kubínek, 2012, s. 27).

Pozornost dělíme na záměrnou, mimovolní a protivolní. Obvyklé mívá porucha pozornosti znaky **hypoprosexie**, tj. roztržitost, nestálost a objevuje se u osob s depresí nebo demencí. Dalším typem je **hyperprosexie**, tj. zvýšená pozornost na určitou oblast. Hyperprosexie se vyskytuje u paranoidních poruch.

Posledním typem poruchy pozornosti je **paraprosexie**, která se projevuje neschopností správně registrovat podněty. Objevuje se při intrapsychické tenzi (Kubínek, 2012, s. 27).

1.4.3 Poruchy vnímání

Podle Kubínka (2012, s. 20) je vnímání založeno na rozeznávání podnětů z okolí, které se spojí s předchozí zkušeností a vytváří nám v našem vědomí obraz vnějšího světa.

Nejnámější smyslové poruchy vnímání vznikají na základě poškození nervových drah nebo mozkových center. Pro osoby s psychickým onemocněním jsou typické patické poruchy vnímání, mezi které se řadí zejména **iluze a halucinace** (Orel, 2012, s. 66). Vágnerová (2008, s. 63) definuje **iluzi** jako zkreslený vjem vyvolaný reálným podnětem, kterému ale plně neodpovídá. O pravdivosti iluze je dotyčný člověk nevývratně přesvědčen. Iluze se mohou objevovat při vyčerpání, únavě nebo při intoxikaci halucinogeny (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 60).

Iluze jsou vjemy, při kterých není správně vnímána objektivní skutečnost. Iluze je sice vyvolána na základě skutečného podnětu, ale vjem je výrazně zkreslen a skutečnosti neodpovídá. Dělí se na pravé, tedy ty, při kterých je jedinec přesvědčen o skutečnosti

vnímaného a nepravé, kdy si je jedinec vědom toho, že vnímání je klamné (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 46).

Pokud si člověk uvědomuje, že jde o zkreslené vnímání jeho okolí, nazýváme tuto skutečnost **pseudoiluzí** (Orel, 2012, s. 66). Pseudoiluzi tento jedinec přisuzuje chorobnému projevu poruchy nebo výplodu fantazie (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 46).

Iluze můžeme dělit dle zasažení smyslů na zrakové, sluchové, čichové, chuťové, hmatové, pohybové a útrobní (zvětšení orgánů, neprůchodnost cév apod.) (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 88). Často pozorovaná iluze se týká záměny osob, kdy nemocný poznává ve zdravotnickém personálu členy své rodiny (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 46)

Halucinace je závažná porucha vnímání, při které nemocný člověk vnímá nereálné předměty a je o jejich existenci nevyvratně přesvědčen (Vágnerová, 2008, s. 63).

Dle DSM – V je halucinace prožitek podobající se smyslovým vjemům, které se objevují bez vnějšího podnětu a nelze je kontrolovat vůlí.

Hosák (in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 60) definuje halucinaci jako vjem, který nemá žádný vnější podnět.

Stejně jako u iluzí rozlišujeme i tady **pseudohalucinace**, což je stav, při kterém si člověk uvědomuje nereálnost vnímaných jevů (Kubínek, 2012, s. 20). Ví, že se může jednat o projev jeho onemocnění, např. schizofrenie nebo si je vědom toho, že požil halucinogen, a to co vidí, je vliv požití drogy (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 60). Pseudohalucinace se často objevují při únavě nebo u organického postižení mozku (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 47)

Dušek a Večeřová – Procházková (2015, s. 47) dělí halucinace na **elementární** (týkající se jednoduchých smyslových vjemů), **složitě** (pacient slyší celé věty, rozhovory, vidí postavy, zvířata), **kombinované** (kombinace několika smyslů dohromady – mluvící postavy) a **asociované** (jedna halucinace navazuje na druhou; pacient slyší, že ho chce někdo otrávit a vzápětí cítí pachut' otráveného jídla).

Smyslové halucinace se dle zasaženého smyslu dělí na sluchové, zrakové, čichové, chuťové a tělové. Sluchové halucinace se dělí na elementární, kdy člověk slyší zvuky a komplexní, kdy člověk slyší hlasy, které mu mohou nakazovat určité jednání (Kubínek, 2012, s. 20). Většinou se projevují jako známé nebo neznámé hlasy, které se liší od vlastních myšlenek člověka (DSM – V).

Sluchové halucinace jsou pacienty popisovány nejčastěji (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 90). Přítomnost halucinací většinou zjišťujeme přímým dotazem na pacienta. Můžeme také hodnotit jeho neverbální projevy, kdy pacienti odpovídají svým hlasům, hledají je v místnosti, zacpávají si uši apod. (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 61).

1.4.4 Poruchy myšlení

Vágnerová (2012, s. 64) definuje myšlení jako „*komplexní poznávací schopnost, která slouží ke zpracování, interpretaci a zařazení získaných informací....*“

Základem schopnosti myšlení je komplexní funkce mozku, sociální podmíněnost a propojení s řečí (Orel, 2012, s. 76).

Poruchy myšlení se dělí na kvantitativní a kvalitativní. **Kvantitativní poruchy myšlení** se projevují zejména změnou tempa myšlení. **Tachypsychismus** je stav, při kterém dochází ke zrychlení myšlení, rychlost řeči nestačí tempu uvažování. Tento stav bývá přítomen u intoxikace drogami nebo manických stavů. **Bradypsychismus** je stav, při kterém dochází ke zpomalení myšlení, vybavování a nesoustředěnosti. Tento stav se vyskytuje u deprese nebo organického poškození mozku (Vágnerová, 2012, s. 64).

Kvalitativní poruchy myšlení jsou spojené s narušením obsahu myšlení. Toto narušení představuje **blud**. DSM – V definuje bludy jako „*hluboká přesvědčení, která se nemění ani ve světle jim protiřečících důkazů.*“ **Bludy** jsou mylná přesvědčení, která vznikají na chorobném podkladě. Nemocný člověk je o bludu nevyvratně přesvědčen, což může mít patický vliv na jeho chování (Orel, 2012, s. 77).

Dušek a Večeřová – Procházková (2015, s. 80) definují blud jako mylný úsudek, který je podmíněný poruchou myšlení. Za základní kritéria bludu také považují chorobný předpoklad a nevyvratnost tohoto předpokladu. Dále uvádí, že pro blud je charakteristický jeho chorobný vznik a vliv na jeho jednání.

Bludy jsou typické pro psychotická onemocnění, nejčastěji se vyskytují u schizofrenie (Vágnerová, 2012, s. 64).

Rozdělení bludů

Kubínek (2012, s. 22) dělí bludy podle námětu na blud expanzivní, depresivní a paranoidní.

Expanzivní bludy jsou charakteristické přesvědčením nemocného o jeho mimořádných schopnostech, atraktivitě, nesmrtelnosti nebo vynálezectvím. **Inventorní** blud

se vyznačuje zájmem o vědu, vytvářením teorií a neustálým tvořením nových vynálezů.

Depresivní bludy se vyznačují přesvědčením nemocného o jeho nevýznamnosti, nedostatečnosti a neschopnosti.

Orel (2012, s. 77–78) do depresivních bludů řadí blud **mikromanický** (týká se podceňování sama sebe), **insuficienční** (nemocný je přesvědčen o vlastní neschopnosti, bezmoci), **autoakuzační** (sebeobviňující, všechno je má vina), a **hypochondrické** (strach z nevléčitelné choroby).

Paranoidní bludy se vyznačují vztahovačností nemocného, pocitem pronásledování, podvádění apod. Jak uvádí Orel (2012, s. 78) do paranoidních bludů patří blud **perzekuční** (přesvědčení o pronásledování, ohrožení, zradě), **kverulatoční** (pocit nespravedlnosti, bezpráví, člověk podává stížnosti a žaloby), **emulační** (jistota v nevěře partnera) a **metamorfózní** (pocit proměny v jiné bytosti, zvířata nebo předměty).

DSM – V dále uvádí bludy **grandiózní** (přesvědčení o výjimečných vlastnostech, bohatství a slávě), **erotomanické** (přesvědčení o tom, že druhá osoba tohoto jedince miluje), **nihilistické** (přesvědčení o přicházející katastrofě) a **somatické** (obavy ohledně zdraví a funkcí orgánů).

1.4.5 Poruchy paměti

Paměť je schopnost organismu vštěpovat nové informace, uchovávat je a vybavovat si uložené informace. Paměť je ovlivněna řadou faktorů např. věk, bdělost, motivace a kondice člověka (Orel, 2016, s. 116). Poruchy paměti se dělí na kvantitativní a kvalitativní.

Kvantitativní poruchy paměti

Tato kategorie poruch paměti zahrnuje oslabení nebo zesílení funkcí paměti. Patří sem **hypermnézie**, která se vyznačuje zvýšenou úrovní paměti. Zvyšuje se zejména schopnost vybavovat si, ale snižuje se přesnost vybavené informace nebo okruh informací, které si nemocný pamatuje (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, s. 95).

Hypomnézie je stav oslabení paměti v určitém rozsahu, paměť nemusí být poškozena ve všech úrovních. Při hypomnézii může být postižena všípivost paměti, fixace nebo vybavnost informací. **Amnézie** je definována jako získaná ztráta paměti. Podle rozsahu se dělí na totální nebo ostrůvkovitou, kdy si člověk nepamatuje pouze část vzpomínek (Orel, 2016, s. 117).

Svoboda, Češková, Kučerová (2006, s. 95) definují **amnézii** jako poruchu paměti, která je časově ohraničená a projevuje se jako mezera ve vzpomínkách člověka. Rozlišují **retrográdní amnézii**, což je stav, při kterém si nemocný nevzpomíná na dobu před ztrátou vědomí. Dále rozlišují **anterográdní amnézii**, což je stav, při kterém nemocnému vypadly vzpomínky na určitou dobu po nabytí vědomí.

Vágnerová (2012, s. 66) říká, že amnézie vzniká jako následek narušení funkce některé oblasti mozku, např. hipokampu a bývá spojena s poruchou vědomí. Amnézii můžeme zařadit do kratšího časového úseku např. na dobu vzniku úrazu nebo stav intoxikace alkoholem. Amnézii můžeme vnímat také jako obrannou reakci člověka na psychický šok např. při přepadení, autonehodě apod.

Kvalitativní poruchy paměti

Kvalitativní porucha paměti je taková, která obsahuje nepřesné, zkrácené nebo nepravé vzpomínky. Mezi kvalitativní poruchy paměti Orel (2016, s. 118) řadí ekmnézii, kryptomnézii, konfabulace.

Ekmnézie je spojená s poruchou určení vzpomínek v čase. Člověk považuje dávné prožitky za současné a naopak. **Kryptomnézie** je stav, při kterém má člověk dojem, že jeho vzpomínky jsou jeho nové nápady a myšlenky (Orel, 2016, s. 118). **Konfabulace** je podle Hosáka (in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 68) spojená s těžkou poruchou vstřípivosti paměti. Postižený člověk nevědomky nahrazuje chybějící vzpomínky smyšlenými informacemi. Orel (2016, s. 118) uvádí přítomnost konfabulací u osob s organickým postižením mozku.

1.4.6 Poruchy emocí

Emoce jsou prostředkem k vyjádření subjektivního vztahu člověka k sobě samému nebo ke svému okolí. Emoce jsou uspořádány podle polaritity na kladné – záporné, příjemné – nepříjemné. Emoce také můžeme podle kvality na emoce **nižší** (tělesné – hlad, bolest; individuální – radost, smutek, strach) a **vyšší** (sociální – láska, úcta; estetické; etické – morální hodnoty, cit pro spravedlnost) (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 64). Vyšší emoce se pojí se vztahem ke světu, k mravním a společenským hodnotám, krásou či harmonií. Vyšší emoce jsou snadněji zranitelné než emoce nižší (Orel, 2012, s. 69).

Prožívání emocí má vždy tělesné projevy, které mohou být pozorovatelné zvenčí, nebo je může vnímat pouze dotyčný člověk. Emoce vyjadřujeme mimikou, gestikulací, tónem

hlasu. Můžeme pozorovat změny v srdečním rytmu, krevním tlaku, produkci potu, svalovém napětí, trasu apod. (Hosák in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 64).

S emocemi se pojí pojmy **afekt a nálada**. Afekt je prudký projev emoce, která je sice krátkodobá, ale za to velmi intenzivní. Bývá spojený s mimickými a tělesnými projevy. **Nálada** je na rozdíl od afektu dlouhodobá emoce, která je méně intenzivní a vyskytuje se bez tělesných projevů (Orel, 2012, s. 69).

Psychiatrie rozděluje poruchy emocí nejčastěji na **poruchy afektu, poruchy nálady, poruchy vyšších citů a poruchy struktury emocí**. Poruchy afektu se dělí na nezvládnutý afekt, patický afekt, afektivní stupor a afektivní raptus. **Nezvládnutý afekt** můžeme definovat jako neočekávaně silný afekt, který člověk nemůže adekvátně kontrolovat (Orel, 2012, s. 69). V tomto případě se jedinec nechá ovládnout svými emocemi, většinou agresivním jednáním. Nevyskytuje se porucha vědomí a člověk je za své chování plně zodpovědný (Hosák in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 64).

Patický afekt definuje Orel (2012, s. 70) jako silnou reakci s přítomností krátkodobé poruchy vědomí, po které nastupuje úplná nebo částečná amnézie. Člověk reaguje nepřiměřeně a není schopen ovládat své jednání.

Podobně patický afekt definuje také Dušek a Večeřová – Procházková (2015, s. 56), kteří uvádí, že jde o nadměrně intenzivní projev chování spojený s krátkodobou poruchou vědomí. Tento stav je také typický motorickým neklidem, mráкотným stavem a bezcílným jednáním.

Hosák (in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 64) uvádí, že člověk při patickém afektu není odpovědný za své chování z důvodu poruchy vědomí. Tato skutečnost může mít vliv při hodnocení přičetnosti pachatelů násilné trestné činnosti.

Afektivní stupor se vyskytuje jako akutní reakce na silný stres (tragická smrt, živelná katastrofa apod.). Projevuje se úplnou neschopností pohybu, mimiky a řeči (Orel, 2012, s. 70). Tento stav je typický vystupňováním zárazu. Objevuje se při zvlášť silných podnětech, které vyvolávají fyzické i psychické projevy afektu. Kromě výše uvedených projevů se projevuje zástavou běžné fyzické i psychické činnosti. U afektivního stuporu nedochází k narušení vědomí, člověk si svůj stav plně uvědomuje, ale není schopen ho nijak změnit. Tento stav většinou trvá velmi krátce. Jedná se o uvolnění primitivní reakce podobající se reflexům (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 57).

Afektivní raptus označuje silný projev agrese vůči okolí nebo sobě samému. Bývá následkem dlouhodobého napětí (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 64). Obvykle se vyskytuje u těžší formy deprese, ale může se stát, že se objeví i u zdravého člověka, jako reakce na tíživou životní situaci. V tomto případě se projevuje výrazným emočním nábojem (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 57).

Poruchy nálad můžeme nazvat také jako poruchy s nepřiměřeným trváním emocí (Kubínek, 2012, s. 25). **Patická nálada** je charakteristická tím, že vzniká jako nepřiměřená reakce na slabý podnět, je dlouhodobá, intenzivní, nelze ji ovlivnit vnějšími podněty a negativně ovlivňuje život postiženého člověka. Takováto patická nálada, buď deprese, nebo mánie, trvá týdny, měsíce a v nejvážnějších případech i roky (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 64). Orel (2012, s. 70) i Kubínek (2012, s. 25-26) dělí patické nálady na tři skupiny: expanzivní, depresivní a úzkostné.

Expanzivní nálada se vyznačuje chorobným zvýšením nálady. Do této skupiny patří stav *euforie*, který je spojený s pocitem blaženosti (Orel, 2012, s. 70–71). Euforie se vyskytuje při intoxikaci alkoholem, drogami nebo při určitém onemocnění CNS. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 58). *Manická nálada* se vyznačuje nadměrnou aktivitou, veselostí, ztrátou zábran. *Extatická nálada* se vyznačuje bouřlivým jednáním, je spojená se sexuálními nebo náboženskými prožitky. Projevuje se pocitem enormního štěstí a blaženosti (Orel, 2012, s. 70-71). Při expanzivní náladě má člověk pocit zvýšeného sebevědomí, snadno se nadchne pro nové zájmy, jeho chování postrádá zábrany. Expanzivní nálada je považována za hlavní parametr manického a hypomanického syndromu (Kubínek, 2012, s. 25).

Depresivní nálada se vyznačuje chorobným snížením nálady. Bývá spojena s pocitem smutku, ztrátou motivace, otevřené budoucnosti. Objevuje se zpomalení tělesné aktivity, myšlení a výkonnosti člověka (Orel, 2012, s. 71). Lidem s depresivní náladou schází schopnost zažívat radost, objevuje se ztráta vůle – abulie (Kubínek, 2012, s. 25). Typicky se objevuje u deprese (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 65).

Úzkostné nálady se pojí s úzkostí, což je pro jedince velice nepříjemný pocit, který se objevuje jako reakce na nespecifikovaný podnět. Objevují se tělesné příznaky jako například zrychlený tep, dech, pocit sevřeného hrdla, tíhy na hrudi apod. Do úzkostných nálad se řadí také patologický strach, který nazýváme **fobie** (Orel, 2012, s. 71). Fobie se vyznačuje nepřiměřeným strachem z určitého objektu nebo situace (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol.

2015, s. 65). Fobie nelze zvládat vlastní vůlí, strach je iracionální a vede k vyhýbání se podnětům, ze kterých má člověk strach (Orel, 2012, s. 71).

Poruchy vyšších citů se vyznačují nepřiměřeným rozvojem nebo defektem citů. Nepřiměřený rozvoj citů se projevuje významnou potřebou ochraňovat okolí, svědomitostí a obětavostí, která překračuje zdravou hranici. U defektu vyšších citů pozorujeme chybějící empatii, narušení vztahu ke společnosti, absence morálních hodnot (Orel, 2012, s. 72). Objevuje se bezcitnost, bezohlednost, protispolečenské jednání. Vyskytuje se typicky u disociální poruchy osobnosti (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 65).

Poruchy struktury emocí se týkají kvalitativních změn emocí. Zmíním např. *emoční ambivalenci*, což je stav, při kterém člověk zažívá současně dvě protikladné emoce (láska – nenávisť) (Orel, 2012, s. 72). Tento jev se vyskytuje u schizofrenie (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 65). U osob se schizofrenií se může vyskytovat také *emoční oploštělost*, která je charakteristická lhostejností, apatií, emoce jsou nevýrazné (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 65). *Parathymie* je neadekvátní projev emocí, který neodpovídá aktuálnímu dění v okolí jedince. Typicky se objevuje bouřlivý smích jako reakce na tragickou událost apod (Orel, 2012, s. 72). Parathymie se také uvádí v souvislosti se schizofrenií (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 65).

1.4.7 Poruchy jednání, motivace a vůle

Vůle je schopnost člověka rozhodnout se pro nějaký cíl a tohoto cíle uvědomovanou činností dosáhnout. Mezi globální poruchy vůle patří kvantitativní snížení, ztráta nebo zvýšení.

Hypobulie je stav snížené aktivity, zájmu o činnost. Vyskytuje se u deprese (Kubínek, 2012, s. 27).

Abulie je stav úplné ztráty vůle, která se projevuje neschopností rozhodnout se a usilovat o naplnění jakéhokoliv cíle (Orel, 2016, s. 126 – 127).

Hyperbulie je charakteristická zvýšenou vůlí, aktivitou a činorodostí. Vyskytuje se u mánie (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 69).

Poruchy jednání

Volní jednání je následkem vůle člověka. Je to činnost člověka, která vědomě následuje vytyčený cíl (Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 69).

Poruchy volního jednání se projevují patologií v zaměření vůle: nejznámějším příkladem je **kompulze**, což je nutkavá forma jednání, kterou nelze potlačit vůlí. Nejčastěji se vyskytují u obsedantně kompulzivní poruchy. Pokud člověk neuposlechne obsedantní myšlenky, roste jeho vnitřní neklid, který vede ke kompulzi. Kompulze slouží k uspokojení a neutralizaci obsedantních myšlenek (Orel, 2016, s. 128). Obsedantní myšlenky se často týkají zabezpečení bytu (opakované zamykání, kontrola zavřených oken, vypnutého sporáku, žehličky apod.); čistoty (opakované mytí rukou či předmětů) nebo rituálů a pověr. Obsese i kompulze se objevují u většiny lidí, ale za chorobné se považují, když se objevují velmi často, snižují produktivitu člověka, způsobují napětí a tíseň a zasahují do běžného života člověka (přichází do práce pozdě, protože neustále kontroluje zamčené dveře apod.) (Kubínek, 2012, s. 100).

1.4.8 Poruchy osobnosti

Osobnost člověka můžeme chápat jako komplex psychických vlastností, charakteristik a schopností. Do osobnosti spadá také naše prožívání a chování. Osobnost se skládá z vrozených a získaných faktorů (Orel, 2016, s. 129). K vrozeným faktorům patří temperament, který můžeme definovat jako soubor vrozených vlastností určující reakce na vnější podněty. K získaným faktorům patří charakter, který můžeme definovat jako získané vlastnosti zahrnující přesvědčení o sobě samém, okolí člověka a o světě (Kubínek, 2012, s. 108).

Poruchy osobnosti

Poruchu osobnosti definuje Kubínek (2012, s. 108) jako „*trvalé maladaptivní vzorce chování, které jsou hluboce zakořeněné a výrazně se odlišují od toho, co lze očekávat v dané kultuře či společnosti.*“ Poruchou osobnosti trpí cca 10-15 % světové populace. U osob s duševní poruchou se porucha osobnosti objevuje až v 50 % případů. Příčinou takto vysokého čísla je velká provázanost duševní poruchy a poruchy osobnosti. Porucha osobnosti přispívá k rozvoji duševního onemocnění a ztěžuje uzdravení pacienta. Stejně tak duševní onemocnění představuje zátěž, která převyšuje zvládací mechanismy osoby s poruchou osobnosti. Člověk se tak ocitá v začarovaném kruhu (Kubínek, 2012, s. 108).

Specifické poruchy osobnosti

Nejznámější skupinou poruch osobnosti jsou specifické poruchy osobnosti, které definujeme jako celoživotní stavy, u kterých jsou některé povahové a charakterové rysy

osobnosti a vlastnosti vystupňované a jiné jsou naopak zcela zakrnělé až chybějící (Orel, 2016, s. 210).

Paranoidní porucha osobnosti je charakteristická nedůvěrou, podezřívavostí a vztahovačností. Tito lidé jsou citliví na neúspěchy a kritiku. Nejsou schopni přijmout přátelské chování ostatních lidí a považují je za neupřímné a bojovné. Velmi často vstupují do konfliktu se svým okolím. Paranoidní poruchou osobnosti často trpí patologicky žárliví partneři (Orel, 2016, s. 211).

Schizoidní porucha osobnosti je charakteristická nezájmem o druhé, neschopností vyjádřit emoce vůči druhým lidem. Tito lidé jsou zpravidla samotáři, kontakt a vztahy s ostatními nevyhledávají. Typický je také malý zájem o sex (Hosák, Zvěřina in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 313).

Disociální porucha osobnosti je typická bezohledností vůči společnosti, je spojena s porušováním norem a zákonů. Jsou nezodpovědní, nerespektují pravidla. Těmto lidem chybí schopnost empatie, jsou agresivní a impulzivní a za své chování necítí vinu (Orel, 2016, s. 212). Většinou jednají podle svých potřeb, neberou ohled na okolí, lžou. Někdy se může situace vyhrotil až ke spáchání trestné činnosti. Pokud musí spolupracovat s lékaři či terapeuty a cítí, že z něj mají strach, využívají toho ve svůj prospěch. Pokud ale zjistí, že se ho lékař nebojí a respektuje ho, je schopen ho také respektovat a spolupracovat s ním. Bohužel se během terapie mohou objevit výbuchy vzteku a je nutné, aby pracovníci dbali na svou bezpečnost. V případě způsobení škody je nutné trvat na její náhradě. Pokud tak klient neučiní, nebude se v terapii pokračovat. Stává se, že je nutné terapii předčasně ukončit z disciplinárních důvodů, což je problematické v případě, kdy to zdravotní stav klienta nedovoluje (Mílek in Hosák, Zvěřina in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 568).

Emočně nestabilní porucha osobnosti je charakteristická nestabilními emocemi, sklonem k impulzivnímu jednání bez uvážení následků (Orel, 2016, s. 212). Pokud nejsou potřeby uspokojeny ihned, nerad čeká. Rychle nastupuje frustrace, zloba a může se objevit i sebedestruktivní chování. Ovládá ho strach z odmítnutí, což se mu kvůli jeho chování děje často. Ve vztahu ke klientovi je nutné zachovat klid, vcítit se do strachu klienta a projevit ochotu s ním pracovat. Důležitým prvkem je také stanovení hranic a rozlišení přijatelných a nepřijatelných projevů hněvu (Mílek in Hosák, Zvěřina in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 567).

Historiónská porucha osobnosti se vyznačuje teatrálností, afektovaností a sebestředností. Rádi řídí ostatní, ale nechají se snadno ovlivnit. Tito lidé mají silnou potřebu být neustále středem pozornosti, touží po ocenění (Hosák, Zvěřina in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 314). Při rozhovoru je nutné reflektovat chování klienta, ujistit ho, že se mu věnujeme a poskytujeme pomoc (Mílek in Hosák, Zvěřina in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 567).

Anankastická porucha osobnosti je typická perfekcionismem, pořádkumilovností, posedlostí pravidly a detaily. Tito lidé dávají přednost výkonu a pořádku před osobními vztahy (Orel, 2012, s. 213). Typická je pro ně i uspořádanost, dokonalost. Stejně chování vyžadují i od okolí. Rozhovory a sezení mohou být velmi zdlouhavá, proto je nutné být trpělivý posluchačem (Mílek in Hosák, Zvěřina in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 567).

Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti je charakterizována napětím, obavami, úzkostí a strachem. Tito lidé jsou nejistí, mají nízké sebevědomí a strach z odmítnutí. Typickým rysem je zveličování rizik a možného nebezpečí. Sociální kontakty jsou omezené, z důvodu neopodstatněných obav bývá potřeba vztahu nenaplněna (Hosák, Zvěřina in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 314).

Závislá porucha osobnosti je typická přenášením zodpovědnosti na druhé, potřebou být veden a podporován ostatními. Tito lidé nejsou schopni rozhodnout sami za sebe, stávají se závislými na zvolené osobě (Orel, 2016, s. 214). Velice často telefonují lékaři, navštěvují ho v ordinaci mimo smluvený termín, vynucují si pozornost a čas (Mílek in Hosák, Zvěřina in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 567). Často se stávají obětí, pokud dojde k porušování jejich práv, nejsou schopni proti tomu bojovat. Obávají se opuštění blízké osoby (Hosák, Zvěřina in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 314).

Jiné specifické poruchy osobnosti – Narcistická porucha osobnosti je typická vysokým sebevědomím, přecitlivělostí na kritiku a nízkou empatií. Vyžadují obdiv a ocenění ostatními. Sní o vlastní výjimečnosti a moci. Kladou vysoké nároky na ostatní a nebojí se je kritizovat. Často ostatním závidí a snaží se jim vyrovnat. Arogantní chování má za následek špatné navazování vztahů a osamělost těchto osob (Orel, 2016, s. 214).

2 Specifikace vybraných druhů psychického onemocnění

Nejčastější diagnózy psychiatrické praxe v České republice za rok 2017

Nejčastějšími diagnózami, pro které byli ošetřeni pacienti v psychiatrických ordinacích, byly neurotické poruchy (46 % z celkového počtu léčených pacientů) a afektivní poruchy (20 %). Dalšími častými poruchami, které byly u pacientů diagnostikovány, byly organické duševní poruchy (13 %), schizofrenie (10 %) a poruchy vyvolané návykovými látkami (8 %) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

V roce 2017 bylo zaznamenáno celkem 57 877 hospitalizací na lůžkových odděleních psychiatrické péče. Nejčastější skupinou diagnóz byly poruchy vyvolané psychoaktivními látkami, zejména poruchy způsobené užíváním alkoholu (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

V následujících podkapitolách se budu věnovat těmto skupinám duševních poruch.

2.1 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Úzkostné (neurotické) poruchy se řadí mezi nejčastější psychiatrická onemocnění. Úzkostnou poruchou trpí během života téměř každý čtvrtý člověk. U žen jsou úzkostné poruchy diagnostikovány nejčastěji ze všech psychiatrických onemocnění. U mužů jsou úzkostné poruchy na druhém místě po návykových onemocněních (Szymanská in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 241).

Úzkost je emoce, se kterou se během života setká každý z nás. Je to nepříjemný pocit ohrožení, který pocítujeme bez reálného nebezpečí. Bojíme se, ale nevíme přesně čeho. Člověk je připravený na nebezpečí, ale neví, odkud přijde. **Strach** je naopak zaměřen vždy proti konkrétnímu objektu nebo situaci. Člověk se bojí a přesně ví, co je předmětem strachu (např. pes, pavouk, tma apod.) (Ocisková, Praško, 2015, s. 100). Strach má člověka vyburcovat k útěku, boji nebo apatii. Je ukazatelem toho, že si je člověk vědom nebezpečí a reaguje na něj tak, aby se ochránil (Wolfová, 2018, s. 21).

Szymanská (in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 241) definuje úzkost jako běžnou emoci, která se objevuje poměrně často v životě každého člověka. Za normálních okolností je úzkost varovným signálem před nebezpečím, člověk zbystrí smysly a mobilizuje energii k útoku nebo útěku. Podnět, který vyvolal úzkost, je pak dále vyhodnocen jako neškodný a úzkost ustupuje. V opačném případě je vyhodnocen jako ohrožující, člověk má

tendenci zahájit útok. Podnět může být vyhodnocen také jako nekontrolovatelný a člověk má tendenci ze situace utéct. Úzkost je důležitým prožitkem, který během vývoje modifikuje rysy osobnosti.

Wolfová (2018, s. 21) definuje úzkost jako nepříjemný pocitový stav, který je vyvolán nejasným ohrožením. Úzkost doprovází tělesné reakce, které nastupují ve chvíli, kdy se probouzí strach.

Dle DSM – V je úzkost anticipačním ukazatelem budoucí hrozby. Strach je emoční reakce na skutečnou nebo domnělou hrozbu.

Úzkost se objeví, když síla stresorů výrazně převyšuje aktuální adaptační schopnosti člověka. Stresorem, který vyvolává úzkost, může být cokoliv. Ztráta zaměstnání, špatná finanční situace, hádka s partnerem, rozchod, úmrtí blízkého člověka, katastrofické události ve světě nebo špatné výsledky oblíbeného sportovního týmu. Záleží tedy na adaptačních schopnostech člověka a na tom, jak tyto stresory zpracuje (Kubínek, 2012, s. 91).

Orel (2015, s. 189) rozlišuje tři typy úzkosti. Spontánní úzkost se objevuje náhle a bez zjevné příčiny. Situační úzkost se váže na určité okolnosti. Anticipační úzkost se rozvíjí při očekávání, že nastane nějaká ohrožující situace.

Nutno podotknout, že úzkost je normální a běžná reakce člověka na ohrožující signály. Úzkost slouží k tomu, abychom se na nebezpečnou situaci připravili. Strach zase slouží k bezprostřední reakci na nebezpečí, které nám v danou chvíli hrozí. Obě tyto emoce jsou důležité pro zachování života v nebezpečí (Ocisková, Praško, 2015, s. 101).

Úzkostnou poruchu nazýváme nemocí tehdy, když se úzkosti objevují pravidelně, intenzivně, často se opakují a objevují se v neadekvátní situaci a vedou k maladaptivnímu chování člověka. Důsledky úzkostí z dlouhodobého hlediska mohou být fatální. Člověk trpící úzkostí většinou omezí kontakt se společností, mívá vztahové problémy, inklinuje k závislosti na lécích či alkoholu apod. (Kubínek, 2012, s. 92).

Projevy úzkosti

„Úzkost je komplexní prožitek s psychickými, tělesnými, kognitivními a behaviorálními projevy.“ Tyto projevy na sebe navazují a vzájemně se prolínají. Každý člověk vnímá projevy úzkostí ojedinelé a mělo by se k tomu přihlížet (Szymanská in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 241).

Stav člověka, který prožívá úzkost, se projevuje různými změnami tělesných a psychických funkcí. Na tělesné úrovni má člověk obvykle zvýšený tep, více se potí, objevují se trávicí či vylučovací potíže, třes, ztuhnutí svalů, zrudnutí, tlak na hrudi apod. Mezi psychické příznaky úzkosti patří pocity ohrožení, strachu, nepřiměřené obavy, myšlenky na katastrofy. Člověk se hůře soustředí, trpí nespavostí nebo je naopak ospalý a vyčerpaný (Kubínek, 2012, s. 92-93).

Úzkost se může projevovat i změnami kognitivních funkcí, především stavu vědomí, pozornosti, vnímání a vyhodnocení situace. Typickým kognitivním příznakem úzkosti je nabuzení centrální nervové soustavy, které se projevuje enormní bdělostí. Pozornost jedince je zaměřená na možné nebezpečí a zvyšuje se tak výkon jedince. Zvýšený stav bdělosti může vést k pocitu zahlcenosti vnějšími podněty, zhoršuje schopnost učení a klesá celkový výkon. Člověk je v tomto stavu roztržitý, mívá poruchy paměti, spánku a objevuje se nespavost (Szymanská in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 243).

Rovněž je úzkostnými stavy ovlivněno chování člověka. Změny v chování jsou vždy ovlivněny jeho osobností a charakterem situace, která úzkost vyvolává. Účelem obranného chování je ochránit člověka před nebezpečím a nepohodou, která je úzkostí způsobena. Pokud je hladina úzkosti jedincem vnímána jako nízká, může ho motivovat k aktivnímu hledání řešení situace. Naopak vysoká hladina úzkosti může vést k dezorganizaci. Když se člověku podaří zvládnout nepříznivou situaci tak získá nad situací pocit kontroly, což snižuje jeho úzkost a zvyšuje sebevědomí. Pokud se stane, že člověk ztratí víru ve schopnost kontrolovat situace a pocity úzkosti, velmi často se objevují depresivní stavy (Szymanská in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 243).

Úzkost může být vyvolána také jako vedlejší účinek některých léků např. antidepressiva, léky na spaní, léky na uklidnění. Proto je nutné účinky léků konzultovat s lékařem, aby mohl změnit medikaci. Úzkosti také vyvolává alkohol, kofein, kokain nebo halucinogeny. V neposlední řadě mohou úzkost vyvolávat i hormonální změny, např. v období těhotenství nebo přechodu (Wolfová, 2008, s. 41).

Léčba

Úzkostné poruchy bývají většinou léčeny ambulantně nebo formou docházení do denního stacionáře. Hospitalizaci vyžaduje pouze výjimečně. Většinou trvá několik let, než člověk s úzkostí vyhledá odbornou pomoc, a to z toho důvodu, že se stydí a je mu to trapné. Prvním lékařem, který si úzkostí může všimnout, je vždy praktický lékař, dále případně

neurolog. Cílem léčby je zmírnění příznaků, eliminace vyhýbavého chování, vyřešení problémů v životě a také prevence sekundárních důsledků, kterým může být například závislost na alkoholu (Szymanská in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 248-249).

2.2 Fobické poruchy

Fobické poruchy jsou charakteristické tím, že je úzkost spjata s určitou situací nebo objektem, který u ostatních lidí úzkost nevyvolává (Kubínek, 2012, s. 95).

Člověk si je vědom toho, že původce jeho strachu je směšný, ale i přesto ho nemůže přemoci. Vyhýbá se problémovým situacím nebo objektům. Čím více se přibližuje k danému objektu, tím více roste jeho strach. Naopak čím více je vzdálen, tím více strach ustupuje. Vyhýbavé chování mu zabezpečuje relativně klidný život, beze strachu (Wolfová, 2018, s. 21). Ale takové chování může vést i k emoční nepohodě člověka, protože to narušuje jeho každodenní aktivity, sociální kontakty a vztahy (Szymanská in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 251)

Podle Szymanské (in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 251) je fobická úzkostná porucha vyvolána určitou definovanou situací, která však v dané situaci není nebezpečná, jedinec ji tak pouze vnímá. Úzkost může vyústit až do panické ataky, což je považováno za projev závažnosti fobické poruchy.

Panická ataka je stav vracející se ataky strachu, která se pojí s tělesnými projevy jako je například bušené srdce, bolesti hlavy, břicha, nevolnost, zvracení a závratě (Wolfová, 2018, s. 21)

Orel (2016, s. 189) definuje fobii jako významný, neopodstatněný strach, který omezuje život člověka. Významně ovlivňuje jeho chování a prožívání. Fobie je spojena s anticipační úzkostí, jedinec se vyhýbá pro něj nebezpečným situacím a objektům. I přesto, že si člověk uvědomuje, že jeho obavy jsou iracionální, nedokáže se jim bránit. Stejně jako u úzkosti se při fobické poruše objevují tělesné příznaky, které byly popsány výše.

Mezi známé fobie patří **Agorafobie**, která je charakteristická strachem z otevřeného prostřanství, velkého davu lidí, uzavřených prostor bez možnosti úniku do bezpečí apod. (Kubínek, 2012, s. 95). Dušek, Večeřová – Procházková (2015, s. 249) definují agorafobii jako „*strach z otevřených prostřanství, shromáždění lidí, vstupu do obchodů, cestování ve veřejných hromadných prostředcích.*“

Lidé trpící agorafobií mohou mít potíže i s cestováním veřejnou hromadnou dopravou, návštěvou obchodních a zábavních center. Většinou vyžadují doprovod na místa, která se jim zdají nebezpečná. Agorafobie výrazně ovlivňuje život a běžné fungování člověka. Omezuje schopnost chodit do zaměstnání, pečovat o rodinu a plnohodnotně naplňovat jejich život. Až 95 % pacientů s agorafobií uvádí výskyt panických atak. Dalšími, často vyskytujícími se doprovodnými příznaky, jsou sociální fobie, deprese a obsese. U agorafobie je nutné během diferencialní diagnostiky vyloučit somatické onemocnění, v důsledku kterého by se pacient mohl společnosti vyhýbat. Nejčastějším takovým onemocněním bývá Crohnova choroba, Parkinsonova choroba nebo inkontinence moči. Důsledky agorafobie vidíme především ve ztrátě zaměstnání, vzniku finančních problémů, partnerské krizi, ztrátě sociálních kontaktů (Szymanská in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 252).

Sociální fobie je charakteristická strachem ze situací, ve kterých může být člověk hodnocen a pozorován ostatními lidmi. Týká se to i běžným životních situací jako např. telefonování, nakupování, konzumace jídla před ostatními apod. Takové obavy jsou pak pro člověka limitující a mohou člověka izolovat od společnosti (Orel, 2016, s. 190).

Specifické (izolované) fobie jsou typické přehnaným a iracionálním strachem z určitého objektu nebo situace. Lidé trpící takovou fobií si plně uvědomují absurditu jejich obav, ale nemohou si pomoci a vědomě se takovým situacím vyhýbají (Orel, 2016, s. 190). Nejčastějšími předměty obav bývají zvířata, výška, uzavřené a těsné prostory, krev apod. (Kubínek, 2012, s. 96).

Obsedantně kompulzivní porucha

Obsedantně kompulzivní porucha (dále OCD) je evidována jako čtvrtá nejčastější psychická porucha. Její léčba je velmi obtížná. Lidé trpící OCD často odchází do invalidního důchodu. Typickým rysem této poruchy jsou opakované obsedantní myšlenky nebo nutkavé akty. Jejich primární funkce je obrana proti úzkosti (Kocourková in Vymětal, 2007, s. 73). Mezi základní příznaky OCD patří obsese, kompulze, úzkost a vyhýbavé chování. Od psychóz se OCD liší tím, že pacient netrpí narušeným pohledem na realitu a plně si uvědomuje, že jeho chování a myšlenky jsou přehnané až nesmyslné (Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 16).

Úzkosti se při této poruše pojí s obsesemi. **Obsese** je vtíravá myšlenka, která se neustále dostává do popředí mysli člověka a obtěžuje ho. Neuspokojení těchto myšlenek vede k tenzi, kterou se postižený člověk snaží potlačit nutkavým jednáním – **kompulzí**. Kompulze

slouží k neutralizaci obsesí a snížení nepohody. Jako kompulze se označuje opakující se, stereotypní chování, které navazuje na obsese. Příkladem může být obsesivní obava ze špíny a kompulzí je opakované mytí a čištění. Dalším častým příkladem jsou obavy o bezpečnost, kompulze se tedy zabývá opakovanou kontrolou zámků, vypnutých spotřebičů apod. (Orel, 2016, s. 192).

Obsedantně kompulzivní porucha může začít postupně i jako náhlá reakce na stres. Přibližně u poloviny pacientů předcházela vzniku této poruchy stresující životní událost (smrt v rodině, rozvod, stěhování, přechod ze střední na vysokou školu apod.). Obsedantně kompulzivní porucha je chronické onemocnění, které člověka omezuje v běžném fungování (Ocisková, Praško, 2015, s. 119). Přibližně u třetiny pacientů se vyskytuje i velká deprese (Kocourková in Vymětal, 2007, s. 73).

Obsese a kompulze jsou běžné u celé populace. Nejsou považovány za problém do té doby, dokud nezpůsobují pocity nepohody a nepřekáží člověku v běžném životě. V případě, že obsese nebo kompulze zasahují vážným způsobem jeho normální styl života, měl by vyhledat odbornou pomoc (Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 15).

Dle diagnostických kritérií musí symptomy obsese či kompulze splňovat následující charakteristiky:

- Pacient je musí uznávat za své vlastní myšlenky a nutkání
- Musí být přítomna nejméně jedna myšlenka nebo čin, kterému se pacient bezúspěšně brání.
- Myšlenky nesmí být člověku příjemné.
- Myšlení, představy nebo nutkání se musí opakovat.

Aby mohla být diagnóza stanovena, musí být symptomy přítomny nepřetržitě alespoň po dobu dvou po sobě jdoucích týdnů, musí vyvolávat tíseň a narušovat normální činnosti (Praško, Grambal, Šlepecký a Vyskočilová, 2019, s. 35).

2.3 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy jsou charakteristické chorobnými změnami nálad. Změny nálad jsou intenzivní, déletrvající a nepřiměřené situaci, ve které se člověk nachází (Kubínek, 2012, s. 79). Afektivní poruchy se projevují v prožívání i chování člověka, zasahují jeho racionální vnímání, pozornost, motoriku i motivaci a výkonnost (Orel, 2016, s. 177). Afektivní poruchy

v sobě zahrnují širokou paletu emocí od těžké deprese až po povznesenou mánii (Kubínek, 2012, s. 79).

Depresivní poruchy

Deprese postihne během života až 25 % žen a 12 % mužů. Je to onemocnění, které způsobuje velké množství vzájemně se ovlivňujících faktorů. Na rozvoji deprese se mohou podílet různé vlivy. Mezi biologické vlivy patří dědičnost, genetická výbava, biologické dopady stresu, rozhození životního rytmu nebo hladiny hormonů v těle (serotonin, dopamin). Mezi psychologické vlivy patří výchova, hodnoty, postoje, životní role a vztah člověka k sobě samému i svému okolí. Zpravidla s rozvojem deprese souvisí stres (nepříznivá životní situace, změna ve vztahu, odloučení apod.) (Kubínek, 2012, s. 79 – 81). Osoby se somatickým onemocněním se velmi často objevuje deprese (Tůma in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 224).

Depresivní nálada se vyznačuje smutkem, poklesem zájmů, radosti a motivace. Tento stav musí trvat alespoň 2 týdny. Depresivní nálada bývá nejintenzivnější ráno. Člověk pocítuje ztrátu energie, výkonu a neschopnost zvládat dříve jednoduché úkony. Pro depresi je typické pesimistické myšlení, pocity viny a bezcennosti, které mohou vést až k myšlenkám na sebevraždu. Smrt se zdá být vysvobozením (Orel, 2016, s. 180).

U deprese se objevují i změny motivace a vůle. Člověk je zpravidla utlumený, neschopný započít běžné denní činnosti (hygiena, příprava jídla, úklid). Každá z těchto aktivit stojí nemocného velké úsilí a snadno ho vyčerpá (Kubínek, 2012, s. 80).

Současně s depresí se může objevit i úzkost a strach. Bývá snížena chuť k jídlu, která je spojena s výrazným úbytkem tělesné váhy. Výjimkou není ani zajištění špatné nálady. Během deprese se objevují také poruchy spánku (obtížné usínání nebo předčasné buzení). Deprese se podepisuje nepříznivě i na vzhledu člověka. Postoj těla bývá sevřený, výraz tváře neurčitý z důvodu snížené mimiky (Orel, 2016, s. 182).

Deprese má taky závažné sociální důsledky. Člověk se přestává věnovat svým koníčkům, klesá zájem o sociální kontakty, izoluje se doma, straní se svému okolí i nejbližším. Nabízenou pomoc odmítá, což vede k prohlubování pocitu beznaděje a bezvýchodnosti celé situace (Kubínek, 2012, s. 81).

Léčba deprese

Při léčbě deprese je ideální komplexní přístup, tedy kombinace farmakoterapie, psychoterapie a sociální oblast. Léčba má tři základní cíle. Prvním cílem je zmírnit či odstranit projevy deprese. Druhým cílem je návrat nemocného člověka do jeho původní sociální a pracovní role. A třetím cílem je eliminace relapsu či recidivě depresivní epizody a zabránit tak zhoršování onemocnění. Léčba deprese se skládá z farmakologických i nefarmakologických metod (Tůma in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 224).

Nejčastější formou farmakoterapie je podávání antidepresiv. U farmakoterapie je vždy nutné poučit pacienta o účincích léků, době užívání a případné možnosti vzniku závislosti na antidepresivech (Kubínek, 2012, s. 82).

Mezi nejčastější nefarmakologické metody patří psychoterapie. U psychoterapie je důležité navázání důvěrného terapeutického vztahu mezi lékařem a pacientem. Bez pocitu bezpečného vztahu má psychoterapie malé šance na úspěch (Tůma in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 232). Psychoterapie by se měla zabývat úpravou režimu, snahou o zvýšení aktivity, dodržování naplánovaných činností. Dále je také důležitá konstruktivita řešení problémů a náprava depresivních vzorců chování (Kubínek, 2012, s. 82).

Mánie

Pro mánií je typická povznesená nálada, zvýšená psychická i tělesná aktivita (Kubínek, 2012, s. 82)

Tůma (in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 214) definuje mánií jako povznesenou, podrážděnou náladu, která je pro sledovaného jedince netypická a projevuje se nejméně čtyři dny za sebou. Podle Orla (2016, s. 179) je podmínkou diagnózy mánie trvání patologických příznaků zvýšené nálady alespoň jeden týden.

Nálada člověka v manické fázi je vnímána jako euforická, přehnaně optimistická, ale může se projevovat i negativně. Člověk může být podrážděný a plný zlosti. Tento stav se nazývá rezonantní nálada. Mánie významně ovlivňuje chování člověka. Projevuje se nepřiměřenou výstředností, absencí zábran a potřebou navazování kontaktů. Člověk v mánií je většinou extrémně přátelský a vstřícný, snaží se všem zalíbit. Naneštěstí tím své okolí spíše obtěžuje. V mánií dochází také ke změnám v myšlenkovém tempu, které je zrychlené až překotné. Řečový projev je taktéž zrychlený, nabírá na hlasitosti, je nápadný a budí pozornost ostatních. Člověk v mánií rychle přeskakuje z tématu na téma, neudrží pozornost a je

roztěkaný. Pro mánii je také typická snížená potřeba spánku, který netrvá déle než pár hodin, a i přesto člověk není unavený. Další typické příznaky pro mánii jsou zvýšený sexuální apetit, zvýšené sebevědomí, změna chuti k jídlu, nápadná změna vzhledu apod. (Orel, 2016, s. 177 – 178).

Mánie se projevuje také nezodpovědným chováním, promiskuitou, nerozvážným utrácením peněz, hazardem a rozdáváním majetku náhodným lidem (Kubínek, 2012, s. 84). Takovéto chování může mít katastrofální následky v socioekonomické oblasti pacientova života (Ocisková, Praško, 2015, s. 77). Těžké stavy mánie bývají doprovázeny bludy, nejčastěji expanzivními nebo megalomanickými. Mohou se objevit i paranoidní bludy, kdy má člověk obavy z pronásledování a ohrožení (Orel, 2016, s. 177 – 178).

Léčba mánie spočívá v užívání psychofarmak, nejčastěji se předepisují antipsychotika nebo stabilizátory nálady. V akutní mánii je zcela namístě hospitalizace pacienta. Zákonem stanovená podmínka povolující nedobrovolnou hospitalizaci je stav, kdy je pacient nebezpečný sobě nebo svému okolí, a může tak být hospitalizován i proti své vůli (Kubínek, 2012, s. 84).

Nefarmakologické přístupy v léčbě mánie spočívají v psychoedukaci a psychoterapii. Edukace pacienta a jeho blízkých je důležitá pro pochopení onemocnění, jejich spolupráci při léčbě a primárně navázání dobrého terapeutického vztahu s lékařem. Cílem psychoterapie je adaptace na onemocnění, eliminace obav z následujících epizod, zvýšení emoční stability a odolnosti v případě remise. Kubínek (2012, s. 85) definuje remisi jako bezpříznakové období. Pro pacienta je také důležité naučit se rozpoznávat vlastní pocity, spouštěče mánie a deprese (Tůma in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 220).

Bipolární afektivní porucha

Pro bipolární afektivní poruchu je typický výskyt obou fází, tedy fáze mánie i fáze deprese, které se střídají v různé míře a poměru. Deprese má většinou pozvolný průběh a předchází jí různé prodromální příznaky (únava, apatie, nerozhodnost, uzavřenost, poruchy spánku apod.). Rozvíjí se po dobu několika dnů až týdnů. Mánie se naopak rozvíjí náhle, rychle a bez prodromálních příznaků. K rozvoji mánie může dojít během několika hodin (Orel, 2016, s. 184). Manická fáze je ohraničené období abnormálně a trvale zvýšené nálady, aktivity a energie. Trvá nejméně jeden týden (DSM – V, 2015, s. 130).

Bipolární afektivní porucha je onemocnění, které je přítomné po celý život pacienta. Po odeznění manické nebo depresivní fáze nastává období remise, které může být různě dlouhé. Zásadní potíží u bipolární afektivní poruchy bývá ve špatné předvídatelnosti jejího průběhu. Pacient bývá v době remise schopen běžného fungování jak v pracovním, tak rodinném životě. Jeho snížená odolnost vůči stresu a intenzivním emocím je však přítomná pořád a nikdy není jisté, kdy dojde k rozvoji deprese nebo mánie. Střídání těchto fází může být pravidelné i nahodilé (Kubínek, 2012, s. 85). Průběh onemocnění může ztížit výskyt **hypománie**, což je stav podobný mánii, ale člověk je nadále schopen usměrňovat a ovládat své chování. I přes vyšší výkonnost, hovornost, družnost a aktivitu nedochází k významnějšímu narušení profesního a osobního života, jak je tomu u plně rozvinuté mánie (Orel, 2016, s. 179). Hypomanie zasahuje do průběhu onemocnění tak, že po jejím výskytu následují pouze fáze deprese a remise. Čím déle onemocnění trvá, tím se zkracuje doba remise a začíná převažovat období deprese. S bipolární afektivní poruchou se často pojí závislost na alkoholu. Zvyšuje se také riziko spáchání sebevraždy (až 30 % lidí s bipolární poruchou se rozhodne ukončit svůj život) (Kubínek, 2012, s. 86).

2.4 Organické duševní poruchy – demence

Organické duševní poruchy jsou typické pro starší osoby, ale mohou se vyskytnout kdykoliv v průběhu života například jako následek úrazu nebo zánětlivého onemocnění mozku. Obor, který se zabývá studiem těchto poruch, se nazývá gerontopsychiatrie (Konrád in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 117).

Příčinou vzniku organické duševní poruchy je onemocnění, úraz nebo poškození mozku, které vede k přechodné nebo trvalé dysfunkci mozku. Podmínkou je přítomnost časové souvislosti mezi poškozením mozku a rozvojem duševní poruchy. Kognitivní dysfunkce je základním příznakem organických duševních poruch (Konrád in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 117).

U organických duševních poruch bývají narušeny vyšší kognitivní funkce, mezi které řadíme paměť, intelekt, učení. Dále je narušeno vědomí, pozornost a orientace. Může dojít také k narušení vnímání, myšlení nebo nálady a emocí (vznik deprese, mánie nebo úzkosti). U organických duševních poruch není výjimkou ani celková změna osobnosti a chování pacienta (Ocisková, Praško, s. 185).

Průběh onemocnění může být různý. Porucha se může vyskytnout v jakémkoliv věku důsledkem zranění nebo onemocnění, ale počet případů roste s vyšším věkem. Příznaky

poruchy se objevují zpravidla pozvolna a postupně se zhoršují, což vede k narušení zvládnání běžných denních aktivit člověka, ztrátě samostatnosti a smrti (Kubínek, 2012, s. 49).

Demence

Demence je považována za jednu z nejčastějších příčin postižení lidí starších 65 let. Demence je porucha, kterou člověk získá v průběhu života, čímž se liší od mentální retardace, která je vrozená (Ferri et al., 2005 in Ocisková, Praško, 2015, s. 186).

Za demenci považujeme takové onemocnění, které vzniká po ukončení rozvoje kognitivních funkcí, nejdříve po druhém roce života. Pro demenci je typický výrazný úbytek poznávacích funkcí, který ovlivňuje všechny činnosti postiženého člověka. Dochází k poruchám paměti, intelektu, prostorové orientace a představivosti. Poruchy paměti se týkají hlavně nových zážitků, nemocní nejsou schopni učit se nové věci. Zhoršuje se také kontrola emocí, chování nebo motivace. Všechny příznaky směřují k tomu, že člověk ztrácí schopnost zvládat každodenní úkoly péče o sebe i o domácnost. Postupem času se stává nesoběstačným, dochází k inkontinenci, zanedbávání hygieny, stravování, ubývá schopnost orientace v novém prostředí. Často se objevuje i ztráta schopnosti identifikace sama sebe i svých blízkých (Kubínek, 2012, s. 50 – 51).

Syndrom demence je charakterizován poruchou paměti, úsudku, schopnosti učit se a také poruchou počítání, řeči, orientace a myšlení. Úpadek kognitivních funkcí bývá doprovázen zhoršenou schopností sebekontroly, emoční labilitou a poruchami sociálního chování. Dochází také ke snížení schopnosti uchovávat a znovu vybavovat nové informace. Člověk s demencí má potíže s vnímáním více podnětů zároveň, komunikace s více lidmi najednou je pro něj velmi obtížná (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 71).

Orel (2016, s. 141) demence dělí podle příčin na Atroficko – degenerativní demence, do kterých spadá demence u Alzheimerovy nemoci a Sekundární demence, mezi které se řadí demence podmíněné ischemicko-vaskulárně, infekčně, toxicky, nádorově, poúrazově apod.

Demence u Alzheimerovy nemoci je nejčastějším typem demencí, představuje více než 50 % případů demence. Průběh onemocnění je pomalý, progredující a zpočátku nenápadný. Rodina nemocného není schopná určit přesný začátek onemocnění. Nemoc trvá od prvních příznaků až po smrt obvykle 7–15 let. Příznaky se mohou objevit v různé návaznosti. Nejprve se objevuje zapomínání, následují poruchy orientace v prostoru, poruchy logického myšlení a poruchy exekutivních funkcí (Kubínek, 2012, s. 52). Konečné stadium je

typické nejen tím, že člověka vyřazuje ze společnosti a upadá tak jeho osobnost, ale také zcela znemožňuje jeho samostatnost. Člověk je pak zcela odkázán na celodenní péči a dohled druhé osoby. Toto onemocnění je také náročné pro okolí postiženého člověka. Nemocný nepoznává svou rodinu a blízké okolí. S narůstajícími poruchami chování se může objevit i agrese, které je zaměřena na lidi nebo předměty (Orel, 2016, s. 141).

Léčba demence u Alzheimerovy nemoci má svá specifika. Tuto nemoc nelze zcela vyléčit, ale správným postupem se dá nejen zpomalit průběh nemoci, ale také mírní poruchy chování nemocného. Účinná je kombinace farmakoterapie s aktivní léčbou, při které se využívají metody reedukace běžných denních aktivit, orientace v čase i prostoru, trénink paměti (Kubínek, 2012, s. 52). Využívají se také různé techniky vzpomínkové terapie. Zařízení pro osoby s demencí u Alzheimerovy nemoci mívají často společné prostory vybavené dobovým nábytkem a předměty, které uživatelé těchto služeb znají ze svého mládí a pomáhá jim to vyvolávat vzpomínky (Centrum sociálních služeb Prostějov p.o., 2018).

Vaskulární demence

Druhým nejčastějším typem demence je vaskulární demence. Příčinou vaskulární demence je cévní postižení mozku. V mozku postiženého dochází k ucpaní nebo krvácení z porušené cévy, dochází k narušení cévního zásobení mozku a v důsledku toho dochází k nekróze mozkové tkáně. Ložiska odumřelé mozkové tkáně se nazývají mozkové infarkty. Takových ložisek se v mozku může nacházet několik, ale výjimkou není ani přítomnost pouze jednoho ložiska. Rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku vaskulární demence přímo, souvisí se životním stylem člověka. Nejčastěji se jedná o hypertenzi, diabetes, zvýšenou hladinu cholesterolu v krvi. Dále je to nedostatek pohybu, nadváha, kouření, nezdravé stravování apod. (Orel, 2016, s. 144).

Vaskulární demence se od demence u Alzheimerovy nemoci liší v náhlém a rychlém vzniku a rozvoji příznaků. Typické je schodovité zhoršení intelektu. Příznaky se mohou zlepšovat i zhoršovat v krátkém časovém intervalu. Kognitivní funkce bývají narušeny nerovnoměrně. Osobnost člověka bývá zachována dlouho beze změny společenského vystupování. U těchto pacientů se častěji vyskytují příznaky deprese. Léčba je v tomto případě komplexní, tedy farmakologická i režimová. Je nutné zaměřit se na doprovodná onemocnění (hypertenze, diabetes apod.) (Kubínek, 2012, s. 52).

Dalším rozdílem je kolísavý a proměnlivý stav člověka s vaskulární demencí. Je poměrně časté, že stav pacienta je ráno a v průběhu dne dobrý, ale večer a v noci dochází ke

zhoršení. Projevuje se to například tím, že pacient, který je víceméně samostatný, v noci dezorientovaný bloudí po okolí. Ráno je opět celkem orientovaný. Tuto skutečnost je potřeba zohlednit v případě, kdy se rozhoduje o tom, zda je pacient schopen zůstat sám doma, nebo jestli je potřeba zajistit péči v zařízení. U vaskulární demence je déle zachována osobnost člověka, neodcizí se své rodině tak rychle jako u demence u Alzheimerovy nemoci. Pacienti s vaskulární demencí si poměrně dlouho a intenzivně uvědomují své onemocnění a z něj plynoucí nemohoucnost, což může vést ke vzniku depresí a úzkostí (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 72).

Delirium

Delirium je častá a vážná komplikace ve stáří, ale může se objevit v jakémkoliv věku (Konrád in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 135). Nejčastěji se projevuje po 60. roce života (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 72).

Delirium je stav akutní organické duševní poruchy, který může mít velmi dramatický průběh. Zpravidla vzniká náhle a může trvat několik hodin, dnů ale i týdnů. Během tohoto stavu dochází k výrazné změně vnímání reality a narušení většiny psychických funkcí (Orel, 2016, s. 104).

Zjednodušeně můžeme delirium nazvat jako stav zmatenosti. Pacient je dezorientovaný nejčastěji místem, časem, situací i osobou. Mohou se objevit i bludy a halucinace, neklid nebo agrese. Tyto stavy většinou pramení z dezorientace, pacient má strach ze situace, ve které se nachází. Pečující osoby by se měly snažit co nejméně zvyšovat a nejlépe eliminovat dezorientaci. Doporučuje se nestěhovat nábytek a předměty v pokoji, nestěhovat pacienta z pokoje na pokoj. Okolí by se mělo k pacientovi chovat klidně, pomalu a opatrně vysvětlovat situaci (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 72).

Delirium vzniká jako následek působení nepříznivých faktorů na člověka. Mezi tyto faktory patří onemocnění mozku, tělesná onemocnění, která způsobují snížení průtoku okysličené krve do mozku, vysoké horečky, otrava jedem a léky. Delirium vzniká také jako reakce na náhlé vysazení dlouhodobě užívané psychoaktivní látky (alkohol, hypnotika, sedativa nebo antidepressiva). Delirium může navazovat i na demenci a představuje život ohrožující stav, který může skončit i smrtí pacienta (Kubínek, 2012, s. 54).

Nejznámější delirium, které je vyvolané vysazením alkoholu se nazývá delirium tremens (Konrád in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 135–136). Dalšími faktory pro

rozvoj deliria mohou být nedostatek spánku, poruchy zraku nebo sluchu, velká psychická zátěž, změna prostředí a ztráta jistot. Riziko propuknutí stavu deliria se zvyšuje s počtem současně působících nepříznivých faktorů (Kubínek, 2012, s. 54).

Projevy deliria jsou různé. Objevují se změny psychomotorického tempa, dezorientace, poruchy pozornosti, myšlení, poruchy paměti a vnímání. Často se objevují halucinace a iluze. Může dojít ke změně cyklu spánku a bdění. Obvykle se objevují i neurologické a vegetativní příznaky. Mezi neurologické příznaky se řadí třes, poruchy řeči a vegetativní změny reprezentují pocení, zvýšený tep a tlak, nevolnost apod. Po prožitém stavu deliria může nastat částečná nebo úplná porucha paměti (Orel, 2016, s. 104).

Délka trvání stavu deliria závisí na příčině vzniku a na léčbě pacienta. Léčba musí být komplexní. Zaměřuje se hlavně na diagnostiku a léčbu primárního onemocnění, dále se snaží najít a odstranit nepříznivé faktory. Využívá se také farmakoterapie, která směřuje hlavně k úpravě chování pacienta (usměrňuje agresi, neklid, nespavost). Nedílnou součástí léčby je také psychoterapie, která by měla směřovat k podpoře pacienta i jeho rodiny (Konrád in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 137).

2.5 Schizofrenní poruchy, schizofrenie

Další skupinou diagnóz, se kterou se léčí pacienti v českých psychiatrických léčebnách, jsou schizofrenie. Schizofrenní poruchy reprezentují různorodou skupinu onemocnění, jejichž společným znakem je celkové narušení zpracování informací a podnětů působících na člověka. Narušení je natolik závažné, že mění celkový vztah nemocného k realitě (Kubínek, 2012, s. 71).

DSM – V definuje schizofrenní poruchy jako stavy, které jsou charakteristické abnormalitami v jedné či více z pěti následujících oblastí: bludy, halucinace, dezorganizované myšlení a řeč, dezorganizovaná motorika a negativní příznaky. Negativními příznaky jsou myšleny abulie a oploštělá emotivita (DSM V, 2015, s. 91).

Narušené vnímání reality je nahrazeno bludy nebo halucinacemi a nemocný člověk se většinou projevuje zvláštním a nesrozumitelným chováním (Libiger in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 181).

Schizofrenní poruchy patří mezi nejzávažnější psychická onemocnění. Pokud je jeho nositelem člověk produktivního věku, může být následkem nemoci vyřazen z aktivního života (Orel, 2016, s. 170).

Schizofrenie

Schizofrenie je vážné duševní onemocnění, které je obvykle chronické. Významně ovlivňuje kvalitu života. Toto onemocnění má u jednotlivých pacientů různé příznaky, průběh i úspěšnost léčby. Schizofrenie je onemocnění s vyšším počtem úmrtí a sklonem k sebevraždě. Projevuje se psychotickými příznaky, které ovlivňují myšlení, vnímání, emoce, chování a náhled člověka na skutečnost (Kubínek, 2012, s. 72).

Dušek a Večeřová – Procházková (2015, s. 224) definují schizofrenii jako závažnou psychickou poruchu, která je charakteristická poruchami myšlení, vnímání a osobnosti. Jako další významný projev této poruchy uvádějí kvalitativní poruchy emotivity – emoční chudost, oploštělost nebo nepřiměřenost.

První psychotické znaky schizofrenie zpravidla objevují v období pozdní adolescence do 35. roku života. U mužů se první ataka objevuje mezi 20. a 25. rokem a u žen před 30. rokem života. Nástup onemocnění může být náhlý a nečekaný, ale u většiny nemocných je spíše pomalý a plíživý (DSM – V, 2015, s. 107.) Výskyt nemoci není vázán na pohlaví, ale u žen propuká o něco později než u mužů. K diagnostikování schizofrenie je nutné, aby příznaky byly přítomny minimálně jeden měsíc (Orel, 2016, s. 170 – 171).

Osobnost člověka se schizofrenií se může ještě před propuknutím nemoci vyznačovat určitými charakteristickými znaky. Mezi tyto znaky patří např. plachost, málo sociálních kontaktů nebo uzavřenost. V úvodní fázi nemoci se začíná objevovat filozofování, zájem o bizarní problémy a otázky. Čím déle nemoc trvá, tím více se člověk chová netečně, nemá zájem o okolí a soustředí se pouze na svůj vnitřní svět. Přítomnost halucinací a bludů nemocnému plně nahrazuje realitu. Postupem času dochází k dezintegraci osobnosti a vnitřní svět osoby trpící schizofrenií se rozpadá (Dušek a Večeřová – Procházková, 2015, s. 227).

Mezi typické znaky schizofrenie patří:

- **Poruchy vnímání** – halucinace. V největší míře se jedná o halucinace sluchové, lidé slyší cizí hlasy, které je k něčemu nabádají nebo slyší své vlastní myšlenky.
- **Poruchy myšlení** – bludy. Nejčastěji se objevují bludy paranoidní s potřebou kontrolovat okolí, strach z pronásledování. Poruchy myšlení se mohou projevovat také myšlenkovými zárazy, neologismy, nesouvislostí.

- **Poruchy emocí** se nejčastěji projevují emoční oploštělostí, uzavřeností. Objevuje se také chorobné nabuzení emocí.
- **Poruchy chování** zahrnují nejčastěji apatii, nezájem o činnosti, ztrátu motivace a cílů. Setkáváme se s negativismem, stuporem, nemluvností apod. (Orel, 2016, s. 170 – 171).

Dle DSM – V se příznaky schizofrenie dělí do pěti oblastí, které jsou uvedeny v diagnostických kritériích a jsou rozděleny do 6 skupin – A, B, C, D, E, F.

Diagnostická kritéria A:

1. Bludy.
2. Halucinace.
3. Dezorganizovaná řeč.
4. Hrubě dezorganizované nebo katatonní chování.
5. Negativní příznaky (tj, snížená exprese emocí nebo snížení vůle a motivace).

Aby byla diagnostikována schizofrenie, musí být přítomny minimálně dva příznaky z diagnostického kritéria A po dobu jednoho měsíce. Nejméně jeden z těchto příznaků musí být charakteristický přítomností bludů, halucinací nebo hrubě dezorganizovanou řečí. Diagnostické kritérium B zahrnuje funkční postižení jedné či více důležitých oblastech života. Patří tam zřetelný pokles výkonu jedné nebo více běžných funkcí, jako např. pracovní výkon, mezilidské vztahy, péče o svou osobu. Diagnostické kritérium C říká, že příznaky poruchy musí trvat minimálně 6 měsíců, z toho minimálně 1 měsíc trvají příznaky dle kritéria A. (DSM – V, 2015, s. 103 – 104).

Schizofrenie je onemocnění, u kterého není postihován intelekt, i když netečnost pacienta vyvolává opačný dojem. V případě, že se podaří zlomit jeho pasivitu, můžeme dojít ke zjištění, že paměť ani intelekt nejsou nemocí narušeny (Dušek a Večeřová – Procházková, 2015, s. 228).

Schizofrenie má také somatické příznaky. Při nástupu onemocnění se často vyskytují poruchy spánku, které mohou upozornit na novou ataku onemocnění. Dále se vyskytují bolesti hlavy. Častým příznakem žen trpících schizofrenií je porucha menstruačního cyklu. V průběhu ataky může být menstruace narušena nebo zcela vynechána. Ve chvíli, kdy se psychický stav pacientky zlepšší, dochází k nápravě menstruačního cyklu (Dušek a Večeřová – Procházková, 2015, s. 228).

Příznaky schizofrenie se mohou dělit i na **pozitivní a negativní**. Mezi pozitivní příznaky se řadí zvýrazněné nebo zkreslené funkce (halucinace, bludy). Jsou nápadné a nepřehlédnutelné. Mezi negativní příznaky se řadí oslabené nebo ztracené funkce (emoční oploštělost, apatie, mutismus). Léčbou lépe ovlivnitelné jsou většinou pozitivní příznaky schizofrenie (Orel, 2016, s. 170 – 171).

Podtypy schizofrenie

Schizofrenie se dělí na několik podtypů, podle průběhu nemoci, dominujících příznaků a prognózy. Nejznámější 4 podtypy rozvedu v následujícím odstavci.

Paranoidní schizofrenie – vyskytuje se nejčastěji ze všech podtypů schizofrenie. Je typická dominancí bludů a halucinací. U paranoidní schizofrenie se moc nevyskytují negativní příznaky onemocnění (poruchy emotivity, apatie apod.). (Kubínek, 2012, s. 74).

Katatonní schizofrenie – charakteristické jsou nápadné projevy extrémně zvýšené a bezúčelné motorické aktivity. Člověk vykonává stereotypní pohyby nebo se naopak nehýbe vůbec, obvyklé jsou stavy strnulosti se zdánlivou nepřítomností.

Hebefrenní schizofrenie - je charakteristická nápadnostmi v chování, které budí pozornost okolí. Člověk se chová strojeně, má nevhodné žerty, chová se dětinsky.

Simplexní schizofrenie – v tomto případě převažují negativní příznaky onemocnění. Typické je uzavření člověka do jeho vnitřního světa, oploštělost emocí, ztráta motivace, zájmů, apatie (Orel, 2016, s. 172).

Fáze schizofrenie

Doba před vypuknutím nemoci se nazývá prodromální období. Začínají se objevovat negativní příznaky, vztahovačnost, hloubavost, změna povahových rysů nebo zvláštnosti v chování. Tyto příznaky bývají spojovány s normálním průběhem dospívání. Nástup první psychotické epizody může být velice rychlý a prudký. Většina pacientů se nevyhne hospitalizaci (Orel, 2016, s. 171).

K první atace dochází většinou mezi 15 až 25 rokem života. Další průběh onemocnění nemusí být nijak zvláštní a může dojít k úplnému uzdravení pacienta. V horším případě se příznaky znovu vyskytují v atakách, kterým se říká relapsy (znovuobjevení příznaků). Relapsy způsobují poškození intelektu a kognitivních funkcí v různém rozsahu. Reziduální fáze je období onemocnění, které je poměrně stabilní. Člověk se vyrovnává se svým

onemocněním a komplikacemi, které mu v životě přináší. Velmi často žije ve stereotypu, ocitá se na okraji společnosti, protože může být odmítán svým okolím. Lidé se schizofrenií jsou často nezaměstnaní, mají omezené možnosti seberealizace z důvodu postoje společnosti k lidem s duševním onemocněním. Není pochyb o tom, že schizofrenie je stigmatizující onemocnění (Kubínek, 2012, s. 73).

Schizofrenie je onemocnění, které je spojováno s významnou sociální a pracovní dysfunkcí. Schopnost udržet si práci nebo dokončit vzdělání je často ztížena poklesem motivace a vůle, a to i přesto, že kognitivní schopnosti zůstávají nedotčeny. Mnoho osob se schizofrenií jsou zaměstnaní na pracovní pozici, která je v porovnání s jeho schopnostmi na nižší úrovni. Většina lidí má také omezení sociální kontakty (DSM – V, 2015, s. 108).

Léčba schizofrenie

Schizofrenie je onemocnění, které nelze zcela vyléčit, ale lze zvládat její příznaky a předcházet tak následkům onemocnění. Léčba se opírá zejména o **psychofarmaka** spojená s psychoterapií. Účinnou složkou léčby je také **psychosociální intervence**, která se zabývá edukací pacienta, rehabilitací kognitivních funkcí, nácvikem sociálních dovedností a psychoterapií trvalých příznaků. Léčba schizofrenie musí být komplexní a musí brát zřetel na aktuální fázi onemocnění a specifické potřeby pacientů. Jak už jsem zmínila, nosnou složkou léčby je léčba antipsychotiky, která potlačují příznaky schizofrenie a chrání mozek před funkčním poškozením. Dlouhodobé užívání antipsychotik s sebou pojí také nežádoucí účinky, které se u pacientů objevují. Nejčastěji jde o nárůst váhy, metabolické poruchy, útlum, poruchy sexuálních funkcí apod. Pacienti mají problém s dlouhodobým užíváním léků také z jiných důvodů. Většinou jde o psychologické, sociální a ekonomické aspekty. Pacienti jsou vůči lékařům nedůvěřiví, stydí se za pravidelné návštěvy psychiatra a pro někoho mohou být vysoké doplatky za léky finančně náročné. Proto se stává, že pacienti vysadí léky, což je považováno za velký rizikový faktor, který předchází návratu příznaků onemocnění. Z tohoto důvodu je důležitá edukace pacientů i jeho rodiny, která ho musí v léčbě podporovat. Léčba pacienta by měla být sestavena tak, aby pro něj byla co nejméně omezující. V ideálním případě je léčba pouze ambulantní, bez nutnosti hospitalizace pacienta. K ambulantní léčbě se jeví jako vhodný doplněk návštěva denního stacionáře, kam pacienti docházejí a mají možnost účastnit se nabízených aktivit. V ideálním případě se pacient díky léčbě může vrátit do zaměstnání a žít stejně jako před vypuknutím nemoci. Pokud mají pacienti se schizofrenií

problém se znovu začleněním do společnosti, mohou využít služby sociální a pracovní rehabilitace, kterou nabízejí chráněné dílny a chráněné bydlení (Kubínek, 2012, s. 75 – 76).

2.6 Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Psychoaktivní látky, které působí na psychické funkce člověka a mohou vyvolat duševní poruchu, jsou velmi rozšířené. Patří mezi ně alkohol, opioidy, kanabiody, sedativa, hypnotika, kokain, stimulantia (pervitin, kofein), halucinogeny, tabák a organická rozpouštědla. (Orel, 2016, s. 158).

Touto kategorií duševních poruch se zabývá obor adiktologie. Zabývá se prevencí, diagnostikou a léčbou poruch a závislostí vyvolaných psychoaktivními látkami.

Užívání psychoaktivní látky a její působení na lidský organismus může vést k těmto stavům a syndromům:

- Akutní intoxikace – přechodný stav, který vzniká po nadměrném užití psychoaktivní látky, které ovlivňují vědomí, vnímání, myšlení, afektivitu, kognitivní funkce a chování člověka.
- Rizikové užívání – člověk i přes všechny varovné signály dále pokračuje v užívání látky, která zhoršuje jeho stav.
- Škodlivé užívání – poškozuje zdraví člověka.
- Syndrom závislosti – je charakteristický touhou po psychoaktivní látce, potížemi v kontrole užívání a zvyšování tolerance látky. Pokud je náhle snížena nebo vysazena látka, dochází k rozvoji odvykacího stavu. V době závislosti člověk ztrácí kontrolu nad svým životem a vše podřizuje droze.
- Odvykací stav – nastává po částečném nebo úplném odnětí drogy a je typický různými tělesnými i psychickými příznaky (Kubínek, 2012, s. 58). Psychické projevy odvykacího stavu mohou být úzkost, napětí, neklid, agresivita, poruchy spánku, orientace, vnímání a myšlení. Mohou se objevit paranoidní bludy, halucinace. K tělesným projevům odvykacího stavu patří bolesti hlavy, nevolnost, zvracení, pocení, třes, horečka, křeče apod. Projevy odvykacího stavu se liší podle typu psychoaktivní látky, na které je člověk závislý. Tento stav trvá po dobu několika hodin, dnů až týdnů. Podle závažnosti může dojít až ke smrti (Orel, 2016, s. 168).
- Psychotická porucha – vzniká bezprostředně po užití psychoaktivní látky, ale může se projevit i do 2 týdnů od požití. Její projevy jsou bludy, halucinace, neklid, porucha psychomotoriky apod. Trvá nejméně 2 dny, nejdéle po dobu 6 měsíců (Kubínek, 2012,

s. 58). Následné psychické poruchy jsou způsobené dlouhodobým nadužíváním psychotické látky. Patří sem amnestický syndrom, který je typický zhoršením krátkodobé paměti. Další stavy můžeme shrnout pod diagnózu reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem. Do této kategorie spadají poruchy osobnosti, poruchy chování, afektivní poruchy nebo alkoholová demence. Alkoholová demence je stav, který vzniká po dlouhodobé závislosti na alkoholu. Demence může vzniknout i po dlouhodobém užívání jiné psychoaktivní látky (Orel, 2016, s. 169).

Léčba závislosti na psychoaktivních látkách

Na léčbu závislosti se specializují psychiatrické ambulance nebo AT ambulance, což jsou specializovaná zařízení pro léčbu závislostí na alkoholu a toxikomanie. Další možnosti léčby nabízí psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic nebo specializovaná oddělení psychiatrických nemocnic. Léčba bývá zpravidla dobrovolná. Nedobrovolná hospitalizace se týká pouze života ohrožujících stavů (delirium tremens, toxické psychózy). Známým zařízením je také protialkoholní záchytná stanice, která slouží pro umístění lidí intoxikovaných alkoholem nebo jinou drogou (Hrnčiarová in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 175).

Během léčby mohou nastat následující situace:

- Abstinence – stav neužívání drogy.
- Lapsus – příležitostné užití drogy, které nevede k rozvoji vážnějších stavů.
- Remise – stav, který nastává po 6 měsících plné abstinence.
- Relaps – návrat k užívání drogy, který má vážnější dopady než lapsus a proběhne do doby 6 měsíců od vysazení drogy.
- Recidiva – opakované užívání drogy a splnění kritérií závislosti (Kubínek, 2012, s. 59).

3 Osoby s psychickým onemocněním ve speciálněpedagogickém kontextu

V této kapitole se budu zabývat postavením osob s psychickým onemocněním ve speciální pedagogice. Nejprve však vymezím obor speciální pedagogika a psychopedii. Dále se budu věnovat metodám a zásadám práce s osobou s psychickým onemocněním.

3.1 Speciální pedagogika, psychopedie

Než začnu uvažovat o postavení osob s psychickým onemocněním ve speciální pedagogice, je nejprve nutné si uvědomit, co speciální pedagogika vlastně je.

Definice speciální pedagogiky podle Fischera a kol. (2014, s. 14) zní takto „*Speciální pedagogiku můžeme definovat jako vědní obor, který se zabývá zákonitostmi výchovy a vzdělávání, a rozvojem jedinců, kteří jsou znevýhodněni vůči většinové populaci v oblasti fyzické, psychické nebo sociální, a mají speciálně výchovné vzdělávací potřeby.*“

Podle Valenty (2014, s. 8) je speciální pedagogika v užším pojetí „*pedagogickou disciplínou, která se zabývá edukací dětí, žáků a dospělých osob se speciálními vzdělávacími potřebami a zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto jedince.*“

V širším pojetí je speciální pedagogika „*interdisciplinární obor zabývající se péčí o jedince minoritních skupin obyvatelstva se zřetelem na edukaci, reedukaci, kompenzaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci, prevenci a prognostiku osob se zdravotním postižením a zdravotním či sociálním znevýhodněním.*“ (Valenta a kol., 2014, s. 8).

Cílem speciální pedagogiky je podle Fischera a kol (2014, s. 14) dosáhnout změn v postoji členů společnosti vůči občanům se znevýhodněním.

Bendová (2015, s. 9) vnímá speciální pedagogiku jako mladou vědní disciplínu, která se zabývá zákonitostmi rozvoje, péče, výchovy a vzdělávání lidí s některým typem zdravotního postižení nebo znevýhodnění. Věnuje se také socializaci těchto osob od narození do konce života.

Speciální pedagogika je v České republice rozdělena podle tzv. pedií.¹ Pedie se dělí podle typu postižení, kterým se zabývají a jsou to somatopedie, tyflopédie, surdopedie, psychopedie, logopedie a Etopedie (Pipeková a kol, 2010, s. 110). K původnímu rozdělení se

¹ Toto rozdělení vytvořil již v roce 1965 prof. MUDr. PhDr. Miloš Sovák, DrSc.

nově přidávají disciplíny speciální pedagogiky, které se zabývají osobami s kombinovaným postižením, parciálními nedostatky a mimořádným nadáním (Jeřábková, 2013, s. 11).

Osoby s duševním onemocněním spadají pod obor **psychopedie**, ale v českých publikacích jim není věnována odpovídající pozornost. Publikace Psychopedie od Valenty, Müllera a kol. (2013, s. 4) vymezuje psychopedii v užším pojetí jako „*speciálněpedagogickou disciplínu, která se zabývá edukací osob s mentálním postižením či jinou duševní poruchou a zkoumáním formativních (výchovných) a informativních (vzdělávacích) vlivů na tyto osoby.*“ V knize se pak autoři dále zmiňují pouze o schizofrenii, další oblasti psychického onemocnění nejsou uvedeny vůbec.

Černá (2015, s. 9) definuje psychopedii jako „*nauku o zákonitostech rozvoje, výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením.*“ Osoby s psychickým onemocněním uvádí jako možnou cílovou skupinu psychopedie, protože mentální retardace může být přítomna u psychiatrických diagnóz. Dále se však psychickému onemocnění nevěnuje. Fischer a kol. (2014) se v publikaci Speciální pedagogika věnuje nejen mentálnímu postižení, ale také psychickým poruchám, které jsou způsobeny užíváním psychoaktivních látek. Je to však jedna z mála publikací, která se o této problematice v souvislosti se speciální pedagogikou zmiňuje.

Podle Furmaníkové (2009, s. 330) by se měla speciální pedagogika více zaměřit na osoby s duševním onemocněním. Jedním z důvodů je, že důsledkem psychického onemocnění může vzniknout deficit kognitivních funkcí, který způsobuje obtíže v běžném životě člověka. Dalším důvodem je využívání pedagogických zásad speciální pedagogiky v péči o osobu s psychickým onemocněním. Využívané metody a zásady jsou zejména individuální přístup, aktivizace, přiměřenost, opakování, systematický postup, zpětná vazba, využívání příležitostí a podpora při uvádění dovedností do praxe, využívání pomůcek a úprava prostředí.

3.2 Metody práce s osobami s psychickým onemocněním

Osoby s psychickým onemocněním potřebují pomoc a podporu v mnoha základních životních oblastech: bydlení, práce, sociální vztahy, aktivní využití volného času apod. Podpora je zajišťována a realizována zejména prostřednictvím sociálních služeb, služeb zaměstnanosti a služeb zdravotnických zařízení. Podpora by měla respektovat specifika jedince. V případě snížených kognitivních schopností a adaptivity by měla poskytnutá podpora využívat vhodné obecné i speciálněpedagogické zásady, metody a zákonitosti.

Psychoped se během své praxe může setkat s dospělými lidmi s nějakou psychiatrickou diagnózou. Většinou k takovému setkání dochází v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem, denních nebo týdenních stacionářích, centrech denních služeb, krizových centrech, chráněných bydleních nebo v terapeutických komunitách. V těchto zařízeních se speciální pedagog psychoped zabývá edukací osob s psychickým onemocněním a využívá k tomu terapeuticko-formativní metody.

Terapeuticko – formativní metody jsou metody intervence, jejichž cílem je odstranění nebo zmírnění obtíží a jejich příčin. Tyto metody se snaží docílit změn v chování, myšlení a emocí člověka. Terapeutické metody se dělí podle typu činnosti, na jejichž základě jsou postaveny: terapie hrou, činnostní a pracovní terapie, psychomotorická terapie, terapie s účastí zvířete a expresivní terapie (Valenta, Müller a kol., 2013, s. 128).

Možnosti terapie duševních nemocí

Psychoped se během své praxe může setkat s dospělými lidmi s nějakou psychiatrickou diagnózou. Většinou k takovému setkání dochází v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem, denních nebo týdenních stacionářích, centrech denních služeb, krizových centrech, chráněných bydleních nebo v terapeutických komunitách. V těchto zařízeních se speciální pedagog psychoped zabývá edukací osob s psychickým onemocněním a využívá k tomu terapeuticko-formativní metody.

Terapie hrou se využívá zejména u dětí. Jelikož se zabývám více dospělými, nebudu se jí z tohoto důvodu více věnovat.

Pracovní a činnostní terapie se zaměřují na aplikaci manipulace s materiálním okolím, jejímž účelem je změna chování, myšlení a dalších osobnostních předpokladů společensky i individuálně přijatelným způsobem (Valenta, Müller a kol., 2013, s. 130). Tato terapie spočívá v rozmanité činnosti, která svou náročností odpovídá možnostem pacienta. Používají se různé materiály – dřevo, keramika, látky, papír apod. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 592). Rozdíl mezi těmito terapiemi je fakt, že pracovní terapie směřuje ke konkrétnímu výrobku. Prostředkem terapie jsou rukodělné činnosti či nácvik činností praktického života (Müller, 2014, s. 59). Tvořivé práce umožňují spontánní projev nemocného a zvyšují jeho sebedůvěru (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 592).

Psychomotorická terapie se dá charakterizovat jako aplikace tělesného pohybu, který se využívá za účelem pomoci změnit chování, myšlení a emoce lidí společensky

i individuálně přijatelným směrem. Během psychomotorické terapie dochází k ovlivnění psychických funkcí a osobnosti člověka prostřednictvím zapojení jeho tělesné aktivity. Využívá se například pantomima, tanec, relaxační cvičení, pohybové hry apod. (Valenta, Müller a kol., 2013, s. 131 – 132).

Výjimečné postavení mezi terapeutickými postupy zaujímá **zooterapie nebo animoterapie**, tedy terapie s účastí zvířete. Výjimečnost charakterizuje využití zvířete jako prostředek terapie. Nejčastěji se využívají psi a koně. Během animoterapie se využívá kontakt člověka se zvířetem za účelem aktivizace klienta, zlepšení pohybových schopností, sociálních dovedností, získání nových poznatků, odbourání stresu apod. Animoterapie probíhá prostřednictvím návštěv odborníků v zařízeních či domovech, jednorázovou návštěvou, pobytových programů. Nejintenzivnější formou animoterapie je rezidentní program, což znamená, že terapeutické zvíře je umístěno přímo v zařízení a klienti se o něj starají, hrají si s ním apod. (Müller a kol., 2014, s. 62 – 63).

Do animoterapie se řadí **hipoterapie**, což je typ komplexní terapie pomocí koně. Má velmi dobrý vliv u pacientů psychiatrie, kdy může korigovat psychické i fyzické příznaky duševního onemocnění. Hipoterapie přispívá k udržení dobrého psychického i fyzického stavu a může dojít i k nápravě chování i sociálních vztahů (Babková, Pípalová in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 143).

Největší skupinu terapeuticko-formativních metod speciální pedagogiky tvoří **expresivní terapie**. Hanušová (in Vymětal a kol., 2007, s. 259) definuje expresivní terapie jako „*metody, při kterých se pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně prostřednictvím specifického média (uměleckého, pohybového)*.“ Jejich společným znakem je záměrné využití uměleckých prostředků, jejichž cílem je změnit chování, myšlení, emoce a osobnostní struktury společensky i individuálně přijatelným směrem (Müller a kol., 2014, s. 63). Techniky využívané při expresivních terapiích pomáhají uvolnit úzkost a napětí, které bývají častými doprovodnými symptomy psychického i tělesného onemocnění (Hanušová in Vymětal a kol. 2007, s. 259)

Expresivní terapie mají nejenom významný vliv na socializaci člověka, ale také ovlivňují fyziologické stavy a procesy organismu. Tím, že vyvolávají změny stavu vědomí, které vedou k relaxaci, excitaci a změně kognitivních funkcí, působí také na celkový stav člověka (Šupa in Vybíral, Roubal, 2010, s. 513).

Do skupiny expresivních terapií patří muzikoterapie, dramaterapie, teatroterapie, psychodrama, arteterapie, biblioterapie, poetoterapie a tanečně – pohybová terapie.

Muzikoterapie je léčba prostředky hudebního umění za účelem změny v chování, myšlení, emocí a osobnostní struktury lidí. Muzikoterapie má 2 formy, aktivní a pasivní. Aktivní muzikoterapie je zaměřena na aktivní hudební činnost – zpěv písní, psaní písní a kompozice hudby, hudební improvizace a interpretace, hra na hudební nástroje apod. Pasivní muzikoterapie se zaměřuje na vnímání a prožívání hudby (Müller a kol., 2014, s. 63 – 64).

Gerlichová (2014, s. 15) definuje muzikoterapii jako terapeutický obor, který využívá hudby a jejích prvků k dosažení léčebných cílů, osobního rozvoje, zlepšení kvality života nebo úpravě mezilidských vztahů.

Hanušová (in Vymětal a kol. 2007, s. 284) uvádí, že muzikoterapie využívá jako prostředek léčby hudbu, a to formou aktivního provozování i pasivního poslechu. Muzikoterapie probíhá vždy v přímé interakci mezi pacientem, terapeutem a hudbou a využívá prvků rytmu, intenzity hudby, melodie a harmonie.

U osob s verbálními a komunikačními obtížemi se hudba stává dostupným prostředkem jejich vyjádření a tvořivosti. Prostřednictvím hudby mohou sociálně izolovaní lidé navázat úspěšné mezilidské kontakty. Dlouhodobým cílem muzikoterapie je zlepšení sebepojetí, komunikačních schopností, rozšíření sociálních kontaktů, snížení závislosti na druhých, redukce maladaptivních vzorců chování a stimulace tvořivosti. Muzikoterapii lze použít při terapii úzkosti, která se pojí s přítomností psychické poruchy (Hanušová in Vymětal a kol. 2007, s. 284).

Dramaterapie využívá jako prostředek léčby převážně skupinové aktivity divadelního zaměření, které využívají skupinovou dynamiku k léčbě nebo zmírnění psychických poruch nebo sociálních problémů. Dramaterapie může sloužit také k osobnostnímu růstu a integrace osobnosti (Valenta, 2007 in Müller a kol., 2014, s. 66).

Hanušová (in Vymětal a kol., 2007, s. 270) definuje dramaterapii jako *„záměrné použití léčivých aspektů dramatického a divadelního procesu a příbuzných technik pro dosažení terapeutických cílů, jako je úleva od symptomů, emoční a fyzická integrace a osobnostní růst.“*

Doktorka Sue Jenning prosazovala z expresivních terapií nevíce dramaterapii, které dle jejího názoru klade důraz na uměleckou formu dramatu a divadla a zaměřuje se na získání náhledu na interní prožitky člověka. Dramaterapie využívá k interpretaci potíží pohyb, tanec a jiné dramatické prostředky, což napomáhá k usnadnění mezilidské komunikace a vyřešení těchto potíží (Coleman, Farris-Dufrene, 2014, s. 10).

Základním prostředkem dramaterapie je improvizace. Improvizace lépe odráží vnitřní stav klienta, jeho konflikty, myšlenky a pocity, rozvíjí spontaneitu. Během improvizace může člověk volně experimentovat s rolemi a situacemi (Valenta a kol., 2014, s. 225). Mezi další techniky dramaterapie patří práce s textem, vyprávění, realizace představení, práce s loutkami, hlasem a pohybem. Ve skupinové formě dramaterapie se využívá technika sousoší, které se vytváří prostřednictvím členů skupiny (Hanušová in Vymětal a kol., 2007, s. 271).

Dramaterapie bývá využívána ambulantní i klinickou formou. Ambulantně se dramaterapie využívá ve speciálních školách, denních centrech, stacionářích a neziskových organizacích. Tady je dramaterapie brána jako jedna z hlavních skupinových aktivit psychoterapie. Klinickou formou se rozumí dramaterapie v prostředí psychiatrických nemocnic. Zde je dramaterapie brána jako doplněk psychoterapie vedoucí k aktivitě klientů (Valenta a kol., 2014, s. 225).

Další hojně využívanou metodou v psychiatrických zařízeních je **psychodrama**. Jde o řízenou dramatickou improvizaci, které se účastní klient, terapeut jako režisér, jeviště, pomocní herci a publikum, které tvoří další klienti a terapeuti. Během psychodramatu je vytvářen model konkrétní životní situace, jehož cílem je pomoc klientovi pochopit vlastní zážitky, přání, postoje, vnitřní konflikty a afekty a nalézt tak odpovědi nebo možnosti řešení situace (Müller a kol., 2014, s. 66).

V psychiatrické léčebně v Opavě se hojně věnovali psychomelodramatu, což je varianta psychodramatu s použitím hudby. Pacientova dramatická improvizace je doprovázena hudbou a hrou na klavír (Babková, Pípalová in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 142).

Teatroterapie je terapeutická metoda, u které je důležitý i výsledný produkt, nejenom proces. Produktem je myšleno divadelní představení, které je prezentováno před publikem (Müller a kol., 2014, s. 67). Herecký sbor tvoří osoby s různým typem postižení, pro které je příprava představení i samotná prezentace kompenzací, reedukací, sociální rehabilitací a resocializací (Babková, Pípalová in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 143 - 144). Pozitiva veřejného představení jsou zejména lepší sociální integrace a sociální rehabilitace.

U nás je známá Bohnická divadelní společnost, která tvoří paradivadelní systém psychiatrických pacientů v pražských Bohnicích. (Müller a kol., 2014, s. 67).

Další z expresivních terapií, která se používá při terapii psychického onemocnění, je **taneční pohybová terapie**. Bývá využívána jako nástroj pro zvládnání stresu a prevence psychických i fyzických problémů. Je to psychoterapeutický přístup, který se zaměřuje na citlivá témata, se kterými cíleně pracuje podle požadavků klienta nebo skupiny. Důležitým předpokladem úspěchu je ochota klienta, dostatek času a odbornost terapeuta, který je schopný zpracovávat hluboká témata. Terapeuti pracují jak s jednotlivci, skupinami i rodinami. Zaměřují se na pomoc v oblasti sebepřijetí vlastního těla, rozšíření pohybového repertoáru. Jako psychoterapeutický a léčebný nástroj využívá tanec a pohyb. Během této terapie se klienti snaží přenést prožitky a myšlenky do pohybu, který spolu s terapeutem a ostatními členy skupiny analyzují. Pohyb a tanec nevnímají z estetického či výkonového hlediska, ale spíše jako prostředek vyjádření interakce a terapeutické intervence. Taneční pohybová terapie používá k vyjádření emocí různé nástroje. Mezi ně patří **konkretizace**, což je ztvárnění prožitků a představ a jejich zachycení v konkrétní chvíli. Napomáhá to k lepšímu uchopení, pojmenování a nalezení příčin daných emocí. Dalším nástrojem taneční terapie je **metafora**. Prostřednictvím metaforického vyjádření mohou klienti přenést své emoce do méně osobní roviny. To jim umožní nahlédnout na ně s odstupem, který je potřebný pro práci s citlivým tématem. Užitečným nástrojem je i synchronie pohybu. Společný pohyb vytváří pocit sounáležitosti, skupina působí jako jeden celek. (Špinarová Dusbábková in Vybíral, Roubal, 2010, s. 519 – 524).

Arteterapie a artpsychoterapie jsou dle České arteterapeutické asociace definovány jako „*terapeutické obory využívající výtvarnou tvorbu k podpoře zdraví, seberochoje a růstu. Napomáhají překonat a integrovat psychické a zdravotní obtíže prostřednictvím výtvarného kreativního procesu v terapeutickém vztahu klient-výtvar-arteterapeut. Arteterapie patří ke kreativním neverbálním terapiím a jako mezirezortní obor je využívána ve zdravotním a psychosociálním kontextu.*“ Artpsychoterapie využívá výtvary a prožitky z procesu tvorby k dalšímu psychoterapeutickému zpracování (Česká arteterapeutická společnost, 2019).

Arteterapie využívá při své činnosti kreativitu a osobní zkušenost člověka, pomocí které se snaží působit na jeho psychický stav. Nedávné studie také potvrdily, že v průběhu arteterapie dochází k aktivitě mozku, která vypovídá o tom, že mozek reaguje na zkušenosti spojené s uměním. Prostřednictvím intenzivní a dlouhodobé rehabilitace může dojít

k obnovení poškozených funkcí mozku. Nejčastěji zaznamenáváme zlepšení kognitivních funkcí, paměti a pozornosti (Gray, 2019).

Arteterapie je obor, který využívá výtvarný projev jako hlavní metodu poznávání a ovlivňování psychiky člověka a snaží se redukovat psychické či psychosomatické obtíže a konflikty v mezilidských vztazích. Arteterapie je léčebným postupem, jehož cílem je podpora zdraví a léčby (Česká arteterapeutická společnost, 2019).

Arteterapie je nejvíce využívanou expresivní terapií. Prostřednictvím kresby může dojít k odhalení skrytých pocitů, nálad a psychických stavů, které si člověk vůbec neuvědomuje. Arteterapie může být aplikována aktivní i receptivní, individuální i skupinovou formou. Arteterapie u osob s duševní poruchou si klade za cíl pomoci těmto lidem prostřednictvím kresby reflektovat jejich problémy a brát je jako jejich součást. U této cílové skupiny se nejčastěji setkáváme s hněvem, depresí, chaosem, strachem a zoufalstvím. Klienti nejsou schopni vysvětlit své pocity, ale při přenosu na papír se pro ně stávají hmatatelné a lépe uchopitelné (Müller a kol., 2014, s. 70 – 71).

Umělecký předmět je velmi užitečný prostředek podporující komunikaci, protože pro mnoho klientů je přijatelnější a snazší komunikovat s terapeutem skrze předmět, než své pocity vyjádřit pouze slovy. Prostřednictvím výtvarné činnosti klienti přenášejí neuchopitelné emoce např. strach, nenávisť, žárlivost nebo závist do předmětů, které si pak mohou uschovat, pozměnit nebo zničit. Arteterapie je chápána jako činnostní terapie, do které se klient vědomě zapojuje a dochází tak k uvolnění jeho svalového i psychického napětí. To vede ke zmírnění psychického napětí a úzkosti. (Hanušová in Vymětal a kol., 2007, s. 274).

U arteterapie je kladen důraz na obsah, výraz a emoce člověka, nejde tu jen o umělecký výsledek (Babková, Pípalová in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 142).

Prostředky arteterapie v kombinaci s psychoterapií si jako možnost terapie získávají širokou popularitu. Rozšiřují se také umělecké formy, které se během terapie používají (Coleman, Farris-Dufrene, 2014, s. 10).

Arteterapie se využívá při práci s různými typy klientů. Je vhodná pro klienty s psychickými poruchami, pacienty s nevyléčitelným onemocněním i klienty, kteří jsou závislí na alkoholu a jiných návykových látkách. Arteterapie je využitelná také u zdravých lidí, kteří si jejím prostřednictvím chtějí rozšířit vědomosti a poznat sama sebe. Sezení v arteterapii má obvykle tři části: úvodní, kresebnou a diskuzní. V úvodní části se klienti

a terapeut seznamují s tématem terapie, rozehrávají se krátkou pohybovou činností nebo relaxací. Kresebná část je buď volná, nebo řízená, kdy pacienti tvoří dle zadaného tématu. Důležité je ujistění klientů o tom, že nezáleží na úrovni výtvarné činnosti, ale na výsledku. V diskuzní části si klient s terapeutem povídají o výrobku klienta a hledají v něm symboliku. Pokud je arteterapie skupinová, klienti mohou porovnat výrobky mezi sebou a hledají to, co chtěl autor výrobkem vyjádřit. Ostatní členové skupiny dávají autorovi zpětnou vazbu, která může odhalit to, co si ani sám autor neuvědomoval (Hanušová in Vymětal a kol., 2007, s. 280).

Lidé s psychickým onemocněním se mohou stát snadným terčem násilí či ubližování ze strany jejich okolí. Arteterapie je velice užitečná při řešení potíží v mezilidských vztazích, které mohou být narušeny důsledkem psychického onemocnění. Kombinace arteterapie a psychoterapie se zdá být také vhodným a účinným doplňkem léčby psychicky či sexuálně zneužívaných osob. Prostřednictvím arteterapie oběti lépe vyjádří svůj postoj k tomu, co se jim stalo (Coleman, Farris-Dufrene, 2014, s. 10).

Další možnosti terapie

Sociálně – psychologická a pedagogická rehabilitace

Další důležitou součástí léčby je pedagogická rehabilitace neboli psychoedukace. **Psychoedukace** spočívá v poučení osoby s psychickým onemocněním o povaze, průběhu a úskalích poruchy, dále v metodách, technikách její léčby. Věnuje se také vedlejším účinkům psychofarmak, které musí nemocný užívat. Při dlouhodobé spolupráci se pracuje na porozumění pacienta jeho nemoci a rozšiřování důležitých informací. Pracuje se také na vybudování důvěrného vztahu mezi pacientem a terapeutem, který umožňuje důvěrnou komunikaci a úspěšnou spolupráci. Nedílnou součástí psychoedukace je také zapojení rodiny a blízkých osob pacienta, protože vztahy v rodině mohou výrazně ovlivnit průběh psychické poruchy. Psychoedukace se snaží zaměřit i na širší okruh lidí, který se může setkat s osobou s psychickým onemocněním. Důvodem je všeobecně negativní postoj společnosti k lidem s psychickým onemocněním. Tento postoj je posilován multimediálními prostředky, které sdělují zprávy o nebezpečných deviantech, maniacích a šílenících. Pacienti bývají často označováni jako útočné, zákeřné a agresivní osoby, které jsou nebezpečné sobě i svému okolí (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 595).

Socioterapie a sociální práce

Socioterapie se snaží rozvíjet sociální dovednosti a vztahy duševně nemocného člověka. Prvky socioterapie využívají např. kluby, dílny, terapeutické komunity (Babková, Pípalová in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 142).

Socioterapie se soustředí na konkrétní situace nebo instituce a zkoumá sociální jednání klienta v těchto situacích. Zaměřuje se na to, kde může klient získat sociální kontakty (např. práce, hromadný dopravní prostředek, restaurace, banka, pošta, obchod atd.), jak se ve společnosti chová, zda nepřekračuje sociální normy. Cílem socioterapie je, aby klient nebyl kvůli své nemoci vyčleněn ze společnosti, neodcizil se blízkým a byl schopen udržet si běžné sociální dovednosti. Dalším cílem je uspokojení všech potřeb člověka s psychickým onemocněním, protože vlivem nemoci bývá uspokojení potřeb narušeno. Neméně důležitým cílem socioterapie je rozpoznání situací, ve kterých může být klientovo onemocnění překážkou (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 92 – 93).

Psychiatrická rehabilitace a socioterapie

Dušek a Večeřová – Procházková (2015, s. 590 – 591) vnímají psychiatrickou rehabilitaci jako neodmyslitelnou část komplexní péče o osoby s psychickým onemocněním. Psychiatrická rehabilitace je vědecká disciplína, která obsahuje poznatky z různých vědeckých disciplín: lékařské psychologie, sociální hygieny, fyzioterapie a léčebné rehabilitace. Je to zvláštní disciplína, která sjednocuje komplex poznatků z medicíny, psychologie a sociologie. Jejím cílem je zajistit integraci pacienta do jeho přirozeného sociálního prostředí. V rámci rehabilitace se osoby pracující se schizofrenickými pacienty snaží o maximální možné využití jejich zachovaných schopností a eliminaci rozvoje újmy na zdraví, která může vzniknout jako důsledek psychické poruchy. Základní činnosti rehabilitace jsou trénink aktivit každodenního života, působení na faktory přirozeného životního prostředí pacienta (vztahy na pracovišti, v rodině, ubytování, doprava, nákupy, návštěva lékařů) a působení na osobnost pacienta.

Biologická léčba

Biologická léčba je součástí terapie, kterou má v kompetenci lékař – psychiatr a představuje medikaci, aplikaci léčebných metod a postupů. V rámci socioterapie jsou klienti vedeni k odpovědnosti za své zdraví a samostatnosti v péči o něj. Důležitým krokem je

překonání strachu z užívání léků nebo medicinských zákroků (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 93).

Psychoterapie

Kučerová (2013, s. 149) definuje psychoterapii jako „*soubor způsobů, jak na pacienta působit slovními (verbálními) nebo neslovními (neverbálními) prostředky komunikace tak, aby se zlepšil jeho celkový zdravotní stav, tedy duševní i tělesný.*“

Dle Müllera (2014, s. 56) je psychoterapie odborná, záměrná a cílevědomá aplikace prostředků psychologie za účelem pomoci člověku, změnit jejich myšlení, chování, prožívání nebo strukturu osobnosti dle společensky i individuálně přijatelné normy. Psychologickými prostředky jsou myšleny verbální i neverbální komunikační prostředky, terapeutický vztah, pozornost terapeuta, učení apod.

Psychoterapie stojí na pomezí mezi psychiatrií a psychologií a jejím úkolem je vytvořit mezi nimi vzájemnou spolupráci. Mezi nejznámější psychoterapeutické směry patří psychoanalýza, kognitivně – behaviorální psychoterapie, transakční analýza, psychodrama, hypnoterapie a mnohé další (Kučerová, 2013, s. 149).

Psychoterapie je nezbytným prvkem léčby osob s duševním onemocněním. Psychoterapii provádí psychiatr, psycholog nebo psychoterapeut, který je vzdělaný v některém z psychoterapeutických směrů. Každý psychoterapeutický směr zastává jiné postupy a metody, mají vlastní pohled na duševní poruchu, vlastní terminologii a systém. Psychoterapeuti všech směrů se ale shodují na nutnosti vzniku pevného terapeutického vztahu, který je jedním z faktorů ovlivňujících úspěch terapie (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 94).

Režimová terapie

Režimová terapie se využívá v pobytových zařízeních a vyzdvihuje nezbytnost jasně strukturovaného prostředí, které člověku dává pocit jistoty a bezpečí. Základem je jasně a srozumitelně daný denní program se systémem pravidel, který platí pro všechny zúčastněné osoby. Člověk s psychickým onemocněním potřebuje jasný a pevný řád, který mu pomáhá zorientovat se v dané situaci. Strukturovaný denní režim je přesným opakem neuspořádaného a chaotického života člověka s psychickým onemocněním. Klienti si prostřednictvím denního režimu obnovují návyky, které ztratili nebo ty, které si nikdy neosvojili. Tato terapie je postavená na základě teorie sociálního učení, které probíhá na

základě prožitků, selhání, úspěchů a jejich důsledků. Cílem je schopnost klienta vytvořit si vlastní režim, který dokáže dodržovat a upravovat dle jeho potřeb tak, aby byly zachovány zásady zdravého způsobu života. Klient by měl být schopen upřednostnit povinnosti před zábavou a také neopomenout relaxovat a trávit čas činnostmi, které mu dělají radost. Dalším cílem je získání schopnosti vidět a zpracovat události dne, dokázat ocenit úspěch a poučit se ze svých chyb (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 94 – 95).

Péče o každodenní chod zařízení

Tento způsob terapie se uplatňuje v pobytových zařízeních a jejím prostředkem je společná práce na smysluplných úkolech ve prospěch ostatních. Je zde také uplatňována metoda sociálního učení. Péče o každodenní chod zařízení zahrnuje jednotlivé činnosti, které jsou rozděleny do určitých oblastí. Klienti jejich plněním získávají kompetence, důvěru a také možnost převzít odpovědnost sám za sebe i za ostatní. Klienti se aktivně účastní chodu zařízení a získávají zpětnou vazbu na jejich chování, což jim pomáhá porozumět jejich chování v různých životních rolích. (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 95 – 96).

4 Systém péče o osoby s psychickým onemocněním

Osoby s psychickým onemocněním potřebují pomoc a podporu v mnoha základních životních oblastech: bydlení, práce, sociální vztahy, aktivní využití volného času apod. Podpora je zajišťována a realizována zejména prostřednictvím sociálních služeb, služeb zaměstnanosti a služeb zdravotnických zařízení. Podpora by měla respektovat specifika jedince. V případě snížených kognitivních schopností a adaptivity by měla poskytovaná podpora využívat vhodné obecné i speciálněpedagogické zásady, metody a zákonitosti.

Základem péče o osoby s psychickým onemocněním je psychiatrická péče, která je uskutečňována prostřednictvím systému propojené sítě péče o osoby s psychickým onemocněním. Do této sítě patří psychiatrické ambulance, ambulance klinické psychologie, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče, která představuje průnik psychiatrie do oblasti sociálních služeb (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 2).

Vzhledem k tomu, že v ČR nebyla rozvinuta komunitní péče, byla Ministerstvem zdravotnictví vytvořena Reforma psychiatrické péče. Komunitní péče je soubor služeb, programu a zařízení, jejichž cílem je pomoci lidem s psychickým onemocněním žít běžným životem. Snaží se o uspokojení zdravotních, psychologických a sociálních potřeb člověka s psychickým onemocněním (Protopopová, 2018, s. 6).

Reforma psychiatrické péče

Reforma péče o duševní zdraví je komplexní a dlouhodobý proces zahrnující nejen změny v psychiatrii, ale dotýká se i jiných oblastí medicíny jako například neurologie, geriatric, praktického lékařství apod. Změny se týkají také školství, sociálního systému a systému spravedlnosti. Cílem reformy je poskytování kvalitní péče všem lidem s psychickým onemocněním bez rozdílů. Péče by měla být dostupná a rozsáhlá, koordinovaná a komplexní. Měla by pokrývat všechny potřeby člověka. Poskytovaná péče by měla respektovat lidská práva a snažit se o co nejúspěšnější rehabilitaci člověka a jeho navrácení do běžného života. Reforma se také zaměřuje na intaktní společnost, u které se snaží změnit vnímání psychického onemocnění jako běžné, léčitelné nemoci. V neposlední řadě se reforma zaměřuje na prevenci a včasnou intervenci (Protopopová, 2018, s. 6).

Centrum duševního zdraví

Prostředkem reformy a novým prvkem systému péče o osoby s psychickým onemocněním jsou centra duševního zdraví. Centrum duševního zdraví (dále CDZ) tvoří multidisciplinární tým, který bude minimálně polovinu své pracovní doby trávit terénní prací, především v přirozeném prostředí osob s psychickým onemocněním. Hlavní cílovou skupinou budou osoby se schizofrenií, obsedantně-kompulzivní poruchou, bipolárně afektivní poruchou a lidé s těžkou poruchou osobnosti. Jde o skupinu pacientů, která je nejvíce ohrožena institucionalizací a vyloučením ze společnosti. CDZ spolupracují v každém regionu se službami z oblasti vzdělávání, zaměstnání, bydlení nebo volnočasových aktivit, které nabízí své služby i pro širokou veřejnost. V současné době v ČR působí pět CDZ v Přerově, Havlíčkově Brodě, Brně a v Praze (Prosek, Strašnice). Do července roku 2019 by se měla síť CDZ rozšířit do dalších 15- ti měst (Protopopová, 2018, s. 6).

4.1 Multidisciplinární tým v Centru duševního zdraví

Osoby s psychickým onemocněním potřebují péči a podporu v mnoha oblastech jejich života. Tuto úlohu v ideálním případě plní multidisciplinární tým. Multidisciplinární tým je složen z odborníků z různých oblastí, kteří se společně podílí na péči o osobu s psychickým onemocněním. Největší výhodou multidisciplinární spolupráce je, že každý člen týmu nahlíží na osoby s psychickým onemocněním specifickým způsobem, což zaručuje poskytnutí komplexní péče. Nezbytným předpokladem úspěšnosti práce všech členů týmu jsou znalosti z oboru psychiatrie, sociální práce, práce s komunitou apod. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018, s. 10).

„Multidisciplinární tým je efektivním nástrojem poskytování péče, umožňuje předávání zkušeností a kontinuitu práce.“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2017, s. 6).

Stavebním kamenem CDZ je multidisciplinární tým, který je schopen poskytovat svým klientům sociální i zdravotní služby. CDZ poskytuje podle §70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách **sociální rehabilitaci** (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2017, s. 3).

Multidisciplinární tým v CDZ tvoří psychiatr, klinický psycholog, všeobecná sestra (psychiatrická sestra), sociální pracovník / pracovník v sociálních službách, peer konzultant a další zainteresované osoby. Základem spolupráce multidisciplinárního týmu je sdílení

kompetencí, znalostí a dovedností při zachování přínosu každé profese a specifické dovednosti pro práci v týmu (Protopopová, 2017).

Podstatou práce multidisciplinárního týmu je provázanost. Multidisciplinární tým se snaží součinností co nejlépe využívat zdroje podpory a pomoci a tím přispět k vyšší efektivitě (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 60 – 63).

Činnost multidisciplinárního týmu by se měla zaměřit celkově na bio – psycho – sociální model. Důležitá je orientace na celkovou podporu klienta na jeho cestě k úzdavě. Úzdavou je myšleno nejen odstranění symptomů nemoci, ale hlavně udržení a znovunaplnění rodinných, sociálních, společenských i pracovních rolí klienta (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018, s. 5)

Předpoklady členů týmu:

- znalosti základních farmakologických, psychologických a sociálních metod a intervencí
- zvládání krizových situací
- znalost systému péče o osoby s psychickým onemocněním
- znalost legislativy
- schopnost rozpoznání všech potřeb klienta
- znalost problematiky závislostí
- schopnost vytvoření vztahu s klientem
- schopnost terénní práce v přirozeném prostředí klienta (Protopopová, 2017).

Zdravotnický tým

Zdravotnický tým je tvořen psychiatrem, všeobecnou sestrou, psychiatrickou sestrou, klinickým psychologem a ošetřovatelem.

Psychiatr je absolvent studia všeobecného lékařství se specializačním vzděláním v oboru psychiatrie. Psychiatr plní funkci garanta zdravotní péče. Zabývá se především diagnostikou pacienta a zvolením správné farmakoterapie a psychoterapie (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013 – SRPP, s. 71). Jeho odpovědností je také posouzení stavu klienta, možných rizik a indikace hospitalizace. Psychiatr se také věnuje sestavení plánu zvládnutí krize (Protopopová, 2017).

Klinický psycholog je absolvent magisterského jednooborového studijního programu psychologie a zároveň absolventem kvalifikačního kurzu Psycholog ve zdravotnictví. Jeho činností je zejména prevence, diagnostika a léčba pacientů s psychickým onemocněním (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013 – SRPP, s. 71)

V rámci multidisciplinárního týmu CDZ se zabývá psychoterapií, terapeutickými a rehabilitačními aktivitami a psychodiagnostikou (Protopopová, 2017). Hlavní činností psychologa je zejména individuální psychoterapie a poradenství, ale nabízí také skupinové, rodinné či párové terapie. Jestliže probíhá první kontakt klienta s týmem, měl by se psycholog účastnit i práce v přirozeném prostředí klienta. Jeho úkolem je posouzení aktuálního psychického stavu klienta. Důležitou úlohou psychologa je podpora týmu, poskytování intervizí a metodické vedení ostatních členů týmu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018, s. 15).

Všeobecná zdravotní sestra a psychiatrická sestra

Dalšími odborníky poskytující péči osobám s psychickým onemocněním jsou všeobecné zdravotní sestry a psychiatrické sestry. Všeobecná zdravotní sestra získá kvalifikaci absolvováním studia všeobecné sestry na střední zdravotnické škole (složení maturitní zkoušky nejpozději v roce 2007) nebo absolvováním zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester na vysoké škole. Potřebnou kvalifikaci lze získat i studiem oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole (Osetrovatelstvi.info, 2018).

Psychiatrická sestra získá svou kvalifikaci absolvováním studia všeobecné sestry a specializačního vzdělání v oboru psychiatrie. Mezi hlavní činnosti všeobecné/psychiatrické sestry patří vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti klientů, projevů onemocnění a rizikových faktorů. Také pomáhá klientům při adaptaci na životní podmínky, které jsou ovlivněné jejich psychickým onemocněním. Provádí trénink kognitivních funkcí, sociálních dovedností a relaxačních technik, které slouží k podpoře pacienta a zachování jeho fyzických, kognitivních a psychických funkcí. Poskytuje také poradenství v oblasti prevence poruch duševního zdraví a resocializace (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018, s. 13 –14).

Psychiatrická sestra plní roli průvodce na cestě léčbou chronického onemocnění klienta. Pomáhá mu zvládat těžké situace a stavy, které by bez pomoci nemusel sám překonat. Nejčastější činnosti, se kterými potřebují klienti pomoci, jsou pomoc při hledání kontaktů na odborníky, kteří jsou nezbytní při řešení záležitostí klienta. Mezi často kontaktované

odborníky patří psychologové, psychiatři, terapeuti nebo právníci. Tyto činnosti by měly být součástí následné péče buď v domácnosti klienta nebo v zařízení poskytující rehabilitaci (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 60 – 63).

Sociální pracovník

Sociální pracovník plní roli case managera. Činnosti sociálního pracovníka spočívají v sociálním šetření v přirozeném prostředí klienta, poskytuje sociální poradenství. Věnuje se také nácviku sociálních dovedností klienta. Sociální pracovník také pomáhá klientům s vyřizováním sociálních dávek a řešením bydlení. Práce sociálního pracovníka se neomezuje jen na práci s klientem, ale pracuje s jeho rodinou a komunitou, ve které žije. Snaží se vytvořit podmínky pro inkluzi klienta do podmínek života komunity (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018, s. 14).

Peer konzultant

Peer konzultant je osoba, která má osobní zkušenost s duševním onemocněním a tyto zkušenosti využívá k podpoře klientů. Pomáhá klientům najít cestu k zotavení. Pokud nastane krizová situace v životě klienta tak to může být právě peer konzultant, se kterým dokáže navázat bezpečný vztah. Peer konzultantem se stane člověk po absolvování rekvalifikačního kurzu pracovník v sociálních službách (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018, s. 15).

Případové vedení jako metoda práce CDZ

Případové vedení (case management) je hlavním postupem práce multidisciplinárního týmu v CDZ. Spočívá v koordinaci péče o klienta dle jeho individuálních potřeb. Roli případového vedoucího (case managera) nejčastěji plní sociální pracovník nebo psychiatrická sestra. Předpokladem úspěchu práce s klientem je navázání důvěrného terapeutického vztahu. Základními prvky případového vedení jsou znalost potřeb a schopností klienta, plánování péče a podpory, využití podpory okolí klienta, sledování dosavadních výsledků, důraz na zdravé stránky klienta. Žádoucí je také aktivní spolupráce klienta (Pěč, in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 519 – 520).

Případový vedoucí plní funkci zprostředkovatele služeb. Snaží se o komplexnost poskytovaných služeb. Díky dlouhodobé spolupráci s klientem ví, které služby jsou pro něj přínosné a vyhne se tak využívání služeb, které klient nepotřebuje. Případový vedoucí by se měl dobře orientovat v rodinných vztazích klienta a pomáhat s vyřešením situace v rodině (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017, s. 5).

Speciální pedagog jako člen multidisciplinárního týmu

Speciální pedagog může působit v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem, denních nebo týdenních stacionářích, centrech denních služeb, krizových centrech, chráněných bydleních nebo v terapeutických komunitách. V těchto zařízeních se může setkat s dospělými lidmi s nějakou psychiatrickou diagnózou. Speciální pedagog se zabývá edukací osob s psychickým onemocněním a využívá k tomu metody terapeuticko-formativní intervence (Valenta, Müller a kol., 2013, s. 128).

Kompetence speciálního pedagoga zahrnují:

- speciálně pedagogickou diagnostiku – zaměřuje se na celkové a pečlivé rozpoznání typu poruchy či postižení
- poradenskou činnost – poskytování potřebných rad a informací při řešení nepříznivé životní situace
- edukaci a reedukaci – poskytování informací, nácvik dovedností a zlepšení oslabených funkcí
- terapeuticko-formativní intervenci – aktivity směřující ke vzdělávání klienta
- kompenzaci – cílem je zlepšit a zdokonalit ty funkce, které nejsou poškozeny či oslabeny
- resocializaci a enkulturaci – pojem enkulturace označuje osvojení si norem chování a jednání společnosti. Resocializace se zaměřuje na opětovné získání společenského chování, norem a dovedností nezbytných pro život ve společnosti (Čmochová, 2011, s. 17)

Speciální pedagog se tedy podílí na poskytování diagnostiky, poradenství, expertních služeb. Věnuje se také výchově a vzdělávání, výcviku reedukačních návyků. V neposlední řadě se podílí na pracovní a společenské rehabilitaci (Čmochová, 2011, s. 17)

Speciální pedagog se zabývá také řešením osobních problémů klientů, pomáhá jim s formováním náhledu na vlastní osobu a onemocnění a poskytuje jim náhled na jejich emoce, postavení ve společnosti. Úkolem speciálního pedagoga je také pozitivně působit na socializaci a celkovou integraci člověka do společnosti (Lechta, 2010). Dle ostatních členů multidisciplinárního týmu má speciální pedagog za úkol provádět hlavně edukaci osob s psychickým onemocněním, spolupracovat a komunikovat s jeho rodinou a okolím (Křížkovská, 2012, s. 81).

4.2 Zdravotnická péče

Zdravotnická péče poskytovaná osobám s psychickým onemocněním je realizována v psychiatrických ambulancích nebo v lůžkových psychiatrických zařízeních. Aby byla péče efektivní, je nezbytným předpokladem spolupráce mezi jednotlivými složkami zdravotní péče, ale také propojenost a návaznost na síť psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb (Orel, 2016, s. 22).

4.2.1 Historie psychiatrické péče

Základ péče o duševně nemocné představovaly v 19. a 20. století velké psychiatrické léčebny. Péče vycházela z předpokladu, že duševní onemocnění nelze vyléčit a nemocní by měli být izolováni od společnosti. Tento pohled na duševní onemocnění se naštěstí změnil, ale přesto jsou psychiatrické nemocnice (dříve psychiatrické léčebny) nejvyužívanějším typem léčby pacientů s duševním onemocněním.

O rozvoj ambulantní péče se zasloužil doc. Josef Prokůpek. Systém zdravotnictví byl rozdělen podle regionů a každý obyvatel tak spadal podle místa bydliště do péče určitému obvodnímu lékaři, poliklinice nebo nemocnici. Ambulantní péče byla regionalizovaná a dobře dostupná. Zabývala se i sociálními potřebami pacientů. Tento systém se stal po čase neefektivní, nereagoval na změny a rostoucí nároky na poskytování zdravotní péče (Holý in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 28).

K podpoření adaptace propuštěných pacientů byla využívána komunitní péče, která klientům poskytovala sociální a pracovní rehabilitaci (Raboch, 2012 in Ocisková, Praško, 2015 s. 20 – 21).

4.2.2 Ambulantní psychiatrická péče

Ambulantní péče je osobám s psychickým onemocněním poskytována zpravidla v psychiatrických ambulancích. Psychiatrická ambulance je základním stavebním kamenem systému psychiatrické péče. Je to místo, ve kterém dochází k prvnímu kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Kontakt pacienta a psychiatra je zpravidla dlouhodobý a souvislý. Psychiatr zná všechny okolnosti pacientova života, jeho sociální a vztahové prostředí a stává se tak manažerem jeho péče. Provádí pacienta systémem psychiatrických, zdravotních i sociálních služeb. Činnost psychiatrické ambulance se zaměřuje na diagnostiku, léčbu, rehabilitaci a prevenci psychických onemocnění. Psychiatr rozhodne také o hospitalizaci pacienta, pokud to vyžaduje jeho aktuální stav a ambulantní péče nedostačuje (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008).

V roce 2017 bylo v ČR zaregistrováno 1031 ambulantních oddělení psychiatrie, ve kterých bylo evidováno 940 lékařů a 735 zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí. Celkový počet vyšetření v psychiatrické ambulanci přesahuje číslo 2,9 milionu. Psychiatrickou péči vyhledaly stejně jako předchozí rok častěji ženy než muži (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Druhy ambulančí:

- **Psychiatrická ambulance pro děti a dorost** – zaměřuje se na pedopsychiatrickou diagnostiku, komplexní léčbu psychických poruch u dětí a adolescentů. Při léčbě využívá biologické, psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační postupy. Spolupracuje s celou rodinou, školou i orgány sociálně právní ochrany dětí.
- **Gerontopsychiatrická ambulance** – zaměřuje se na diagnostiku, léčbu a rehabilitaci osob staršího věku. Zabývá se především léčbou organických poruch. Spolupracuje se zdravotnickými, psychiatrickými i sociálními institucemi, které se zabývají péčí o gerontopsychiatrické pacienty.
- **Ordinace pro prevenci a léčbu závislostí** – zabývá se depistáží, zachycení, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a resocializací osob se závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách. Zabývá se také prevencí.
- **Substituční centra** – instituce se speciálním zaměřením poskytující ambulantní udržovací léčbu pacientům, kteří jsou závislí na opioidních látkách.
- **Jiné specializované ambulance** – zaměřují se na léčbu určité skupiny diagnóz nebo konkrétní psychickou poruchou (například ambulance pro léčbu deprese, úzkostí, poruch spánku, poruch paměti, poruch příjmu potravy apod.) (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 7).

4.2.3 Lůžková psychiatrická péče

Hospitalizace je bohužel u řady psychiatrických onemocnění naprosto nezbytná. Uskutečňuje se buď na psychiatrických odděleních nemocnic, psychiatrických klinikách při fakultních nemocnicích nebo v psychiatrických nemocnicích – léčebnách (Orel, 2016, s. 23).

Lůžková psychiatrická péče se dělí na akutní a následnou. **Akutní péče** je taková, která je poskytnuta bezprostředně po vzniku nebo zhoršení psychické poruchy, která vyžaduje hospitalizaci osob. Akutní péče je poskytnuta také osobám, které odmítají psychiatrickou péči, ale v důsledku psychické poruchy jsou nebezpeční sobě nebo okolí. Psychiatrická akutní lůžková oddělení slouží k poskytnutí takové péče, která nelze poskytnout ambulantně a při

keré je nutný pobyt na lůžku pod dozorem zdravotníků po dobu nejméně 24 hodin. **Následná lůžková péče** je určena pro stabilizované pacienty s takovými projevy psychického onemocnění, které neumožňují pobyt v zařízení sociální péče nebo v domácnosti (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008).

Pracovníci na psychiatrickém oddělení provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování duševních poruch. Tým pracovníků tvoří převážně psychiatři, kliničtí psychologové, psychiatrické sestry a dále tým doplňují sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další odborníci. (Marková in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 41).

V roce 2017 bylo v ČR registrováno 31 oddělení psychiatrické péče při nemocnicích, 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé a 3 psychiatrické nemocnice pro děti. V téže roce bylo zaznamenáno téměř 58 000 hospitalizací v zařízeních lůžkové psychiatrické péče (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018).

Stávající zdravotnická zařízení lůžkové péče nevyhovují aktuálním terapeutickým trendům. Mnohá zařízení mají stále charakter a uzpůsobení léčeben, které vznikly na přelomu 19. a 20. století. Tato zařízení mívají kapacitu i 500 lůžek. V současné době se usiluje spíše o komunitní léčbu v menších skupinách pacientů (Holý in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 30-31).

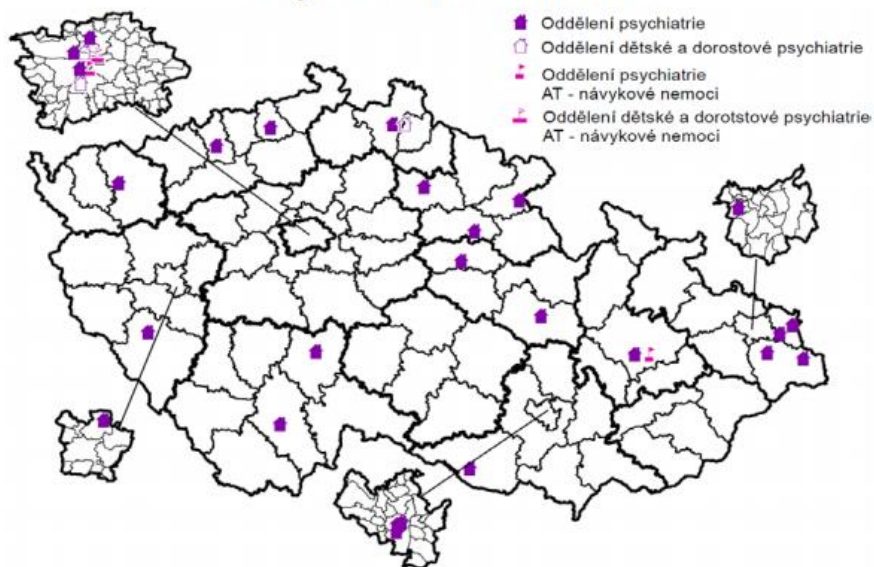
Nevýhodou psychiatrických oddělení v nemocnicích proti psychiatrickým léčebnám je menší počet lůžek a personálu. Z těchto důvodů není možní zajistit specializovanou péči všem skupinám osob s duševním onemocněním. Specializovanou péčí je myšlena péče sexuologická, pedopsychiatrická, gerontopsychiatrická, protialkoholní, protitoxikomanická aj. Pacienti vyžadující speciální péči tak musí být léčeni v psychiatrické nemocnici, která nabízí odpovídající péči (Holý in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 31).

1. Psychiatrické nemocnice/léčebny pro děti a dospělé



Obr. 1. Psychiatrické nemocnice/léčebny pro děti a dospělé

2. Psychiatrická oddělení nemocnic



Obr. 2. Psychiatrická oddělení nemocnic

4.3 Komunitní služby

V poslední době se v péči o osoby s duševním onemocněním prosazuje komunitní přístup. Ten klade důraz na individuální přístup a respektování potřeb klientů. Hlavním cílem komunitní péče je minimalizace hospitalizací a život v přirozeném prostředí klienta (Marková in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 44).

Komunitní péče zahrnuje soubor služeb, programů a zařízení pomáhající lidem s psychickým onemocněním žít běžným životem. Snaží se uspokojovat jejich zdravotní, psychologické i sociální potřeby. Komunitní péče se nezaměřuje jen na léčbu, ale i podporu sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů a vztahů v rodině. Cílovou skupinou nejsou pouze lidé s psychickým onemocněním, ale také další členové komunity. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 12 – 13).

Klienty komunitní péče nemůžeme zařadit do jedné skupiny, ale u všech se objevují stejné potřeby, a to především potřeba dlouhodobé péče a podpory. Klienti většinou ani pomoc nevyhledávají nebo nejsou schopni ji zcela využít. Stává se, že osoby trpící schizofrenií tráví i několik let zavření v bytě a na veřejnost vychází velice zřídka. Může trvat dlouhou dobu, než se takový člověk dostane do péče lékařů, je mu diagnostikováno psychické onemocnění a včas zahájena léčba. Sociální pomoc se dostává na řadu později, než by bylo třeba. Dlouholetá izolace může být problémem při rozhodování komise o přiznání invalidního důchodu, jelikož pacient nemá žádné lékařské záznamy a najednou má být ve stavu invalidity (Valentová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 133 – 134)

Komunitní péče se stala ve 2. pol. 20. století hlavním trendem v oblasti péče o osoby s psychickým onemocněním. Je spojena s tzv. **deinstitucionalizací**, která se snaží o redukci velkých psychiatrických nemocnic a zařízení. Změny v systému jsou prováděny prostřednictvím komunitních týmů duševního zdraví. Tyto týmy se zabývají péčí o pacienty, která je co nejpodobnější péčí v přirozeném prostředí. Někdy slouží také jako náhrada hospitalizace. Součástí komunitní péče o osoby s psychickým onemocněním jsou služby krizových center, center denních služeb, denních stacionářů, rehabilitačních a chráněných dílen nebo chráněného bydlení (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 12 – 13).

Krizové centrum poskytuje okamžitou, bezbariérovou pomoc lidem, kteří se nachází v psychické krizi vyžadující akutní psychiatrickou nebo psychologickou intervenci. Pomoc může být poskytnuta různými způsoby – krizová intervence, psychiatrické vyšetření, psychoterapie individuální nebo skupinová, farmakoterapie i krátký pobyt na lůžku. Cílem

intervence je omezení nutnosti hospitalizace v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Tým krizového centra tvoří psychiatr, psycholog a zdravotní sestra (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 13 – 14).

Denní stacionáře zabezpečují denní pobyt pro pacienty psychiatrie. Docházení do denního stacionáře může být doporučeno jako pokračování nebo alternativa hospitalizace, rozšíření ambulantní léčby nebo forma dlouhodobé rehabilitace (Pěč in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 518).

V denním stacionáři je základem péče psychoterapeutický program v kombinaci s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací podle určité psychické poruchy. Denní stacionář se může specializovat na určité skupiny pacientů psychiatrie (psychózy, afektivní poruchy, úzkostné poruchy, závislosti apod.). Denní stacionáře bývají zřízeny samostatně nebo jako součást lůžkové psychiatrické péče, psychiatrické ambulance, krizového centra nebo ambulance klinického psychologa (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 14).

Orel (2016, s. 23) uvádí také pojem komplementární nebo intermediární péče, který označuje péči, která navazuje na ambulantní péči nebo hospitalizaci. Podporuje zachování větší míry soběstačnosti klienta a navazování sociálních kontaktů. Také klientům poskytuje program ve volném čase a předpokládá jeho aktivní zapojení. Někdy může být chápána jako mezičlánek mezi hospitalizací klienta a docházení do ambulance. Komplementární péče bývá realizována v chráněných dílnách, chráněném bydlení, domech na půl cesty, domovech se zvláštním režimem, v terapeutických klubech či svépomocných skupinám. Těmto se budu věnovat v následující kapitole.

4.4 Další podpora a péče o osoby s psychickým onemocněním

Osoby s psychickým onemocněním potřebují během procesu rehabilitace pomoc a podporu napříč všemi oblastmi jejich života: bydlení, práce, vzdělávání, volnočasových aktivit apod. Tuto pomoc poskytují převážně nestátní neziskové organizace, které jsou zřizovány a kontrolovány resorty Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva vnitra a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 15).

4.4.1 Sociální služby

Největší skupinu podpůrných služeb tvoří sociální služby, které jsou upravené zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Sociální služby jsou poskytovány ve třech formách – pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby jsou

spojené s ubytováním. Ambulantní služby jsou poskytované v zařízení, do kterého osoby dochází. Terénní služby jsou poskytované v přirozeném prostředí osob. Třetí část zákona o sociálních službách definuje sociální služby, které jsou poskytovány i osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a vyžadují tak pomoc jiné fyzické osoby. Nyní uvedu služby sociální péče a prevence. Pokud nebude uvedeno jinak, jsou informace čerpány ze zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Osobní asistence, pečovatelská služba

Tyto služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí klienta, v případě pečovatelské služby i zařízení sociálních služeb. Služby jsou poskytovány při činnostech, ve kterých osoba potřebuje podporu. Jedná se o podporu při zvládnutí péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, při zajištění stravy, při zajištění chodu domácnosti. Dále může jít o asistenci při obstarávání osobních záležitostí nebo při aktivizačních činnostech.

Podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení

Služba podpora samostatného bydlení je poskytována v přirozeném prostředí klienta, který má sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění a potřebuje pomoc při zajištění chodu domácnosti (Zákon č.108/2006 Sb.). Činnosti a dovednosti jsou trénovány přímo v prostředí, kde je uživatel nejvíce využije (Vachková, 2008).

Chráněné bydlení je služba pobytová a je poskytována v prostorách poskytovatele sociální služby. Služba je poskytována formou skupinového nebo individuálního bydlení. Nabízené služby se týkají zejména podpory při zajištění chodu domácnosti, pomoc při zajištění stravy a osobní hygieně, aktivizační činnosti a podpora při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č.108/2006 Sb.).

Klientům jsou k dispozici pracovníci, kteří jim poskytují podporu 24 hodin denně nebo pouze v určitých hodinách. Cílem chráněného bydlení je dlouhodobé ubytování osob mimo lůžkové psychiatrické zařízení (Vachková, 2008). Tuto službu využívají lidé, kteří nemají podporu od rodiny, ale není potřeba, aby byli dlouhodobě hospitalizováni (Orel, 2016, s. 24).

Domy na půl cesty (Komunitní byty)

Dům na půl cesty poskytuje pobytové služby těm klientům, kteří jsou propuštěni z výkonu trestu nebo ukončili ochranou léčbu. Klientům je také zprostředkován kontakt se

společností, poskytnuta pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních zájmů. Smyslem domů na půl cesty je usnadnění návratu do běžného společenského života (Orel, 2016, s. 24).

Je to forma bydlení, kdy v jednom domě žije společně více klientů, a podílejí se na chodu domácnosti. Po celý den mají k dispozici terapeuta. Pobyt v tomto zařízení je časově omezen. Po uplynutí doby adaptace se klienti přesunou do samostatnější formy bydlení (Valentová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 131)

Denní stacionář, týdenní stacionář, centrum denních služeb

Denní stacionář je zařízení sociálních služeb, které zabezpečuje denní pobyt pacientů psychiatrie a poskytuje jim pravidelnou pomoc a podporu. Podrobněji jsem popsala denní stacionář výše. Týdenní stacionář poskytuje stejné služby jako denní stacionář a je doplněn ubytováním klientů. Centrum denních služeb je podobné zařízení jako denní stacionář, ale klienti do něj nemusí docházet pravidelně, jelikož to nevyžaduje jejich stav.

Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem je zařízení poskytující pobytové služby dvěma skupinám osob. První skupinou jsou osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách. Druhou skupinou jsou osoby s Alzheimerovou demencí nebo jiným typem demence. Režim a chod zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám klientů. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Služby následné péče

Tato služba patří mezi služby sociální prevence, jejichž cílem je zabránit sociálnímu vyloučení osob, které tím mohou být ohroženy z různých důvodů. Těmito důvody může být zdravotní postižení, chronické duševní onemocnění nebo nepříznivá životní situace. Služby následné péče poskytují ambulantní nebo pobytové služby osobám s chronickým duševním onemocněním nebo osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkový pobyt v psychiatrickém zařízení nebo se léčí ambulantně. V rámci služby je kladen důraz na sociálně - terapeutické činnosti a zprostředkování kontaktu se společností. Pokud to vyžaduje situace klienta, může být služba poskytována také pobytovou formou v zařízení následné péče.

Terapeutické komunity

Terapeutická komunita se zaměřuje na celkovou rehabilitaci člověka. Pohlíží na něj v bio – psycho – sociálním kontextu. Uplatňuje kombinaci medicínské léčby s psychoterapií a socioterapií. Socioterapie znamená terapii prostředím, sociálními aktivitami, kulturním programem apod.) Psychoterapie je zpravidla skupinová, využívá terapii formou deníku, arteterapii apod (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 371).

Tato zařízení poskytují pobytové služby osobám, které jsou závislé na návykových látkách, nebo trpí chronickým duševním onemocněním a mají zájem o návrat do běžného života. Klientům je poskytováno ubytování, strava, sociálně terapeutické činnosti nebo pomoc při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č.108/2006 Sb.).

Pobyt v komunitě je intenzivní, jasně strukturovaný a časově omezený. Zpravidla trvá jeden rok. Během pobytu v komunitě se klienti učí navazovat a udržovat vztahy, řešit konflikty. Cílem pobytu je návrat osob do běžného života, který souvisí s nalezením práce, bydlení, obnovením nebo navázání nových vztahů a smysluplným využíváním volného času. Důležitým cílem je taky snížení využívání psychiatrické péče (Terapeutická komunita Kaleidoskop, 2019).

Terapeutické kluby

Představují možnost neformálního setkání lidí s podobným životním osudem. Pořádají různé výlety a akce, které pomáhají snižovat sociální izolaci a osamělost řady klientů a pacientů s psychiatrickým onemocněním (Orel, 2016, s. 24).

Terapeutické kluby umožňují také pravidelný kontakt bývalým pacientům, kteří se setkávají v neutrálním prostředí. Činnost klubů směřuje k tomu, aby člověk s psychickým onemocněním převzal odpovědnost za svůj stav a aktivně se účastnil léčení a doléčování (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 596).

Svépomocné skupiny

Tyto skupiny mohou sdružovat buď osoby s psychickým onemocněním, nebo jejich rodinu a přátele. Poskytují jim nejen podporu, ale také jim pomáhají s řešením společných potíží (Orel, 2016, s. 24). Pořádají také různé volnočasové aktivity, vzdělávací akce pro rodinné příslušníky i veřejnost, besedy apod. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015, s. 596).

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace představuje soubor specifických činností, které směřují k samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Tyto činnosti rozvíjí specifické schopnosti a dovednosti, posilují návyky a nacvičují vykonávání běžných činností, které jsou pro samostatný život nezbytné. Sociální rehabilitace je poskytována formou terénních, ambulantních nebo pobytových služeb (v centrech sociálně rehabilitačních služeb). Služba je poskytována s ohledem na individuální možnosti a schopnosti klienta. (Zákon č.108/2006 Sb.).

Sociálně terapeutické díly

Jedná se o ambulantní služby, které jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického psychického onemocnění. Tyto osoby není možné umístit na otevřeném trhu práce a účelem služby je zdokonalení pracovních návyků a dovedností, které povedou k získání zaměstnání a samostatnosti klienta. Dále služba obsahuje činnosti pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy a nácvik dovedností péče o vlastní osobu (Zákon č.108/2006 Sb.).

4.4.2 Služby podpory zaměstnanosti

Osobám s psychickým onemocněním je poskytována podpora v oblasti zaměstnání. Tato podpora je ukotvena v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Právo na zvýšenou ochranu při práci a zvláštní pracovní podmínky také vyplívá z Listiny základních práv a svobod. Cílem podpůrných služeb je umožnit osobám se zdravotním postižením zapojení do pracovních činností.

Cílem zařízení a programů na podporu zaměstnanosti je získání, udržení a zdokonalení pracovních dovedností a vztahů na pracovišti. Realizací a úspěchem v oblasti zaměstnání je možné dosáhnout zlepšení psychického stavu člověka, zvýšení výkonnosti a sebevědomí. Pracovní rehabilitace poskytuje klientům podporu při výběru, získání a udržení vhodného zaměstnání. Hlavním principem poskytované podpory je individuální přístup zohledňující potřeby osob s psychickým onemocněním, které jsou znevýhodněni na trhu práce (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 15).

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je ukotvena v zákoně o zaměstnanosti. Je to činnost, která směřuje k získání a udržení vhodného zaměstnání. Pracovní rehabilitace zahrnuje poradenství

zaměřené na volbu povolání, zaměstnání či jiné výdělečné činnosti. Dále zahrnuje teoretickou i praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení nebo změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje na základě žádosti osoby úřad práce ve spolupráci s pracovně rehabilitačním střediskem. Vždy je sestaven individuální plán pracovní rehabilitace zohledňující schopnosti a možnosti žadatele (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti).

Příprava k práci

Jde o cílenou činnost, která směřuje k zapracování osoby s psychickým onemocněním na vhodné pracovní místo, získání znalostí, dovedností a návyků, které jsou nezbytné pro výkon zvoleného zaměstnání. Příprava probíhá nejdéle 24 měsíců a může probíhat s podporou asistenta. Provádí se buď přímo na pracovišti zaměstnavatele, které je přizpůsobeno stavu osoby nebo na pracovních místech pro osoby se zdravotním postižením. Příprava k práci může probíhat také formou specializovaného rekvalifikačního kurzu (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti).

Pracovní místo pro osobu se zdravotním postižením

Je to takové pracovní místo, které je zřízeno zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě dohody uzavřené s Úřadem práce. Takové pracovní místo musí být obsazeno po dobu 3 let. Zaměstnavateli náleží od Úřadu práce příspěvek na zřízení takového pracovního místa (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti).

Chráněný trh práce

Tento pojem je zaveden od 1. 1. 2018 v novele zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Chráněný trh práce je tvořen zaměstnavateli, kteří zaměstnávají z celkového počtu jejich zaměstnanců více než 50 % osob se zdravotním postižením. Podmínkou je také uzavření písemné dohody s Úřadem práce ČR o jejich uznání za zaměstnavatele na chráněném trhu práce.

Přechodné zaměstnávání

Osoby s psychickým onemocněním pracují na zkrácený úvazek po omezenou dobu na běžném pracovním místě pod dohledem sociálního pracovníka nebo asistenta. Asistenti přechodného zaměstnávání nejdříve sami testují pracovní místo a až poté zaučují klienta. Dohled a podpora je poskytována podle individuálních potřeb (Pěč in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 522 – 523). Cílem přechodného zaměstnávání je získání pracovních

dovedností a zkušeností klienta a následné zhodnocení zaměstnatelnosti klienta na běžném nebo chráněném trhu práce (Vachková, 2008).

Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je nejméně chráněným typem pracovní rehabilitace. Klient je zaměstnán na běžném pracovním místě na otevřeném trhu práce a za vykonanou práci pobírá plat. Při práci je klientovi poskytována nepřetržitá podpora asistenta. Asistent s klientem na začátku spolupráce nejprve vyhodnotí pracovní možnosti klienta, jeho zkušenosti a zájmy a pomůže mu s výběrem nejvhodnějšího zaměstnání. Asistent může klientovi pomoci také s oslovováním zaměstnavatelů nebo mu může poskytovat pouze konzultace. Po získání pracovního místa asistent spolupracuje s klientem tak dlouho, dokud je to potřeba. Cílem spolupráce je udržení zaměstnání. Podpora může probíhat přímo na pracovišti klienta (Pěč in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 523).

Sociální firma

Sociální firma je samostatným podnikem představující specifické pracoviště pro osoby se zdravotním postižením. Podnik je podporován státem nebo sponzory a je součástí běžného trhu. Sociální firmy se často zaměřují na oblast služeb – pohostinství, květinářství, výtvarné dílny apod. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 15).

4.4.3 Rehabilitace v oblasti volného času

Lidé s psychickým onemocněním mívají omezený počet sociálních kontaktů, jsou pasivní a často netráví svůj volný čas tak, jak by chtěli. Centrum denních aktivit poskytuje služby, které se na tyto problémy zaměřují. Poskytují informace a rady, emoční podporu, zaměřují se na posílení sebedůvěry a motivace. Dále svým klientům pomáhají navazovat vztahy, zvládat stresové situace, trénují soběstačnost a nezávislost. Centra denních aktivit mohou pořádát různé zájmové kroužky, výlety, kurzy cizích jazyků nebo práce s počítačem (Pěč in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 524).

4.4.4 Podpora v oblasti vzdělávání

Psychické onemocnění často propuká v době vzdělávání, kvůli kterému musí být často přerušeno. Někteří lidé s psychickým onemocněním se do školy nevrátí a vzdělání tak nemají dokončené. Na tuto oblast života lidí s psychickým onemocněním se zaměřuje podporované vzdělávání. Tato služba poskytuje lidem podporu a asistenci při doplňování vzdělání. Probíhá individuálně či skupinově formou tréninků dovedností a návyků, které jsou potřebné pro studium a učení (Pěč in Hosák, Hrdlička, Libiger a kol., 2015, s. 525).

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 Odborné předpoklady pracovníků pro práci s lidmi s psychickým onemocněním

Tato kapitola se věnuje výzkumu, který byl realizován v rámci mé diplomové práce. Výzkum byl zaměřen na osoby pracující s lidmi s psychickým onemocněním a jejich kvalifikaci. Kapitola obsahuje popis cílů výzkumu a hypotéz. Obsahuje také stručnou charakteristiku kvantitativního výzkumu, který byl pro účel výzkumného šetření použit. Další podkapitola popisuje charakteristiku výzkumného souboru a metody sběru dat, kterým je dotazník. Věnuje se také analýze dat a limitům výzkumu. Převážnou část kapitoly tvoří výsledky šetření.

5.1 Metodologie výzkumu

Pro účely mé diplomové práce jsem si zvolila jako metodologický přístup kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum zpracovává číselné údaje, které se dají matematicky zpracovat a procentuálně vyjádřit. Mohou se použít různé metody matematické statistiky. Zastánci kvantitativního výzkumu prosazují možnost precizního a jednoznačného vyjádření údajů z výzkumu pomocí čísel (Gavora, 2008, s. 34).

Skutil (2011, s. 59) definuje kvantitativní výzkum jako „*záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají hypotézy o vztazích mezi jevy.*“

Pro kvantitativní přístup je typický větší odstup od zkoumaných osob, ve většině případů se výzkumník a respondent ani nemusí setkat, což zaručuje jeho nestrannost. Tímto se liší od kvalitativního výzkumu, při kterém se výzkumník snaží navázat vztah se zkoumaným člověkem. Snaží se proniknout do jeho prostředí a každodenních situací, protože jedině to mu zaručí, že pochopí, jak zkoumaná osoba v daných situacích reaguje a dokáže pak lépe popsat jeho reakce (Gavora, 2008, s. 34).

Před samotným výzkumem byl proveden předvýzkum. Předvýzkum se provádí na malém vzorku populace za účelem testování nástrojů, které hodláme využít ve výzkumu. Cílem předvýzkumu je zjistit, zda jsou otázky srozumitelné a jednoznačné. (Disman, 2011 s. 122).

Jako metodu získávání dat jsem zvolila dotazník. Gavora (2000 in Chráska 2007, s. 163) definuje dotazník jako „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných*

odpovědí. “ Dotazník je vysoce efektivní technika výzkumu, pomocí kterého můžeme oslovit velký počet osob. Náklady na konstrukci a rozeslání dotazníku jsou poměrně malé. Dotazník také umožňuje snadno získat informace od velkého počtu respondentů, a to v poměrně krátkém čase. Další výhodou dotazníku je zaručenost anonymity. Nevýhodou dotazníku může být to, že jeho vyplnění záleží na ochotě respondenta, jelikož to z jeho strany vyžaduje větší iniciativu. Další nevýhodou je nízká návratnost dotazníku. Vyšší návratnost dotazníku můžeme zabezpečit tím, že dotazníky rozešleme těm lidem, kterým je dotazník ušit na míru. Pokud je dotazník a výzkumný problém zaujme, můžeme předpokládat vysokou návratnost. (Disman, 2011, s. 141 – 142).

5.2 Předpoklady a cíle výzkumu

Cílem mé práce je zjistit, kolik z oslovených pracovníků v sociálních službách, pracovníků ve školství a neziskových organizacích má zkušenosti s prací s lidmi s psychickým onemocněním a kolik z nich má speciálněpedagogické vzdělání. Dále mě zajímalo, zda je toto vzdělání dostačující pro práci s cílovou skupinou. V neposlední řadě jsem se zajímalo o to, co je motivuje k práci s touto cílovou skupinou.

Jádrem kvantitativně orientovaného výzkumu jsou hypotézy. Hypotéza vyjadřuje vztah mezi dvěma proměnnými a tvrdí, že pokud nastane jev A, nastane také jev B. Gavora (2000 in Chráska, 2007, s. 17 – 18) uvádí základní požadavky pro formulaci hypotéz. Tyto požadavky jsou někdy označovány jako zlatá pravidla hypotézy.

- Hypotéza je vždy vyjádřena oznamovací větou
- Hypotéza musí vyjadřovat vztah mezi dvěma proměnnými.
- Hypotézu musí být možné empiricky ověřit.

K dosažení tohoto cíle byly zformulovány dílčí cíle a hypotézy:

- **Cíl 1:** Zjistit, jaké vědomosti pro práci s lidmi s psychickým onemocněním respondenti získali během studia speciální pedagogiky.

Hypotéza 1: Předpokládám, že většina respondentů získala vědomosti z oboru speciální pedagogika, psychologie, psychopatologie a psychiatrie.

- **Cíl 2:** Zjistit, zda se respondenti domnívají, že jsou pro práci s lidmi s psychickým onemocněním připraveni.

- **Hypotéza 2:** Očekávám, že respondenti se budou domnívat, že jsou připraveni na práci s osobami s psychickým onemocněním. Tento názor podloží dlouholetou praxí a získanými vědomostmi.
- **Cíl 3:** Zjistit, co respondenty motivuje při práci s lidmi s psychickým onemocněním.

Hypotéza 3: Domnívám se, že nejvíce respondentů motivuje možnost ovlivnit životní situaci lidí s psychickým onemocněním.

5.3 Metoda výzkumu a popis šetření

Pro šetření jsem použila metodu dotazování. Vytvořila jsem jednotný dotazník, který je tvořen otevřenými i uzavřenými otázkami. Dotazník obsahuje celkem 25 otázek a je uveden v příloze č. 1.

Otázka číslo jedna se zaměřuje na zjištění pohlaví dotazovaných, a to z toho důvodu, aby bylo možné posoudit, zda v zařízeních a institucích pracují častěji muži nebo ženy. Otázka číslo dvě se dotazuje na věk respondentů z důvodu získání celkového obrazu o jejich osobě. Třetí otázka se dotazuje na to, ve kterém kraji ČR respondenti žijí. Tato otázka byla do dotazníku zařazena z toho důvodu, že pro zpracování byly vybrány ty dotazníky, ve kterých respondenti uvedli, že žijí v Olomouckém kraji. Ve čtvrté otázce se dotazují na nejvyšší dosažené vzdělání. Dalším kritériem výběru dotazníků ke zpracování výsledků bylo minimálně bakalářské vzdělání. Pátá, šestá, sedmá i osmá otázka se dotazují na to, zda mají respondenti speciálně pedagogické vzdělání a v jakém oboru. Desátá otázka se zaměřuje na to, jak dlouho respondenti pracují v oboru speciální pedagogika. Další jedenáctá otázka zjišťuje, v jaké oblasti respondenti pracují. Slouží k tomu, abych zjistila, kde se mohou speciální pedagogové nejčastěji setkat s osobou s psychickým onemocněním.

Otázka s číslem dvanáct zjišťuje, jaké poznatky ze studia respondenti nejvíce využívají v praxi. Třináctá, čtrnáctá a patnáctá otázka se zabývá tím, zda se respondent setkal s osobou s psychickým onemocněním, zda věděl, jak k němu přistupovat a co pro něj v danou chvíli bylo nejtěžší. Šestnáctá otázka zjišťuje, zda si respondent myslí, že je schopen poradit člověku s psychickým onemocněním. Další otázky s čísly sedmnáct, osmnáct a devatenáct se dotazují na to, zda respondent zná a spolupracuje s některou z doplňujících služeb či organizací pro osoby s psychickým onemocněním. Dvacátá otázka zjišťuje, zda mají respondenti možnost spolupracovat s jinými odborníky, pokud si s klientem sami neví rady. Otázky s číslem dvacet jedna, dvacet dva, dvacet tři a dvacet čtyři se dotazují, zda mají respondenti možnost konzultace s jiným odborníkem či možnost rozšíření vzdělání v rámci

zaměstnání. Poslední otázka s číslem dvacet pět se respondentů dotazuje, v čem vidí největší přínos jejich práce a co je k práci motivuje.

Jako respondenty pro praktickou část diplomové práce jsem si vybrala pracovníky v sociálních službách, školství, školských institucích nebo na různých úřadech, kteří se mohou při práci setkat s osobou s psychickým onemocněním. Oslovila jsem několik zařízení sociálních služeb, jejichž cílovou skupinou jsou přímo osoby s psychickým onemocněním např. domovy se zvláštním režimem, centra sociální rehabilitace, chráněné bydlení, denní a týdenní stacionáře. Dále jsem oslovila pracovníky orgánu sociálně právní ochrany dětí, pracovníky v pedagogicko – psychologických poradnách, speciálně pedagogických centrech či věznicích. Oslovila jsem také speciální pedagogy ve školách. Zařízení jsem oslovovala prostřednictvím e-mailu, ve kterém byli osloveni a seznámeni s tématem a cílem mé diplomové práce. Součástí e-mailu byl dotazník, na který mohli respondenti odpovídat.

Průzkum probíhal necelé 2 měsíce. Začátkem měsíce dubna byly kontaktovány sociální služby a instituce, pracující s osobami s psychickým onemocněním, na kterých jsem provedla předvýzkum. Po úpravě některých položek v dotazníku jsem oslovila další sociální služby, instituce a organizace, ve kterých by mohl pracovat speciální pedagog, který se při práci setká s osobou s psychickým onemocněním. V průběhu měsíce května byla zpracována data z vyplněných dotazníků, které splňovaly 3 kritéria. U některých otázek byla provedena kategorizace odpovědí. Konkrétně šlo o otázky č. 6, 8, 15, 19, 20, 22, 24 a 25.

Abych zjistila, zda daný respondent splňuje kritéria, musela jsem do dotazníku zařadit tzv. filtrační položky. Filtrační položky se dotazují na vzdělání, délku praxe a kraj, ve kterém respondent žije (Chráska, 2007, s. 165).

Výzkumný soubor

Výzkumným souborem byla vybraná skupina pracovníků v sociálních službách, neziskových organizacích, školství či státní správě, která by mohla splňovat kritéria výběru. Dotazník byl rozeslán na celkem 383 e-mailových adres. Vyplnilo ho 168 respondentů a 38 vyplněných dotazníků splňovala kritéria. Dotazníky ke zpracování byly vybrány záměrně, dle požadovaných kritérií. Prvním kritériem bylo, že respondent je vystudovaný speciální pedagog. Druhým kritériem bylo, že respondent pochází z Olomouckého kraje. Třetím kritériem byla praxe respondentů, která je delší jak 6 let.

5.3.1 Limity výzkumu

Jako autorka této diplomové práce jsem si vědoma toho, že výsledky a průběh výzkumného šetření mohou být ovlivněny limity na straně výzkumníka, zkoumaných osob i na straně terénu. Jako **limity na straně výzkumníka** uvedu svou nezkušenost s prováděním dotazníkového šetření; zkreslený náhled na situaci osob s psychickým onemocněním, který je daný osobními zkušenostmi s těmito lidmi; časové omezení.

Limity na straně zkoumaných osob: neochota účastnit se výzkumu – nízká motivace k vyplnění dotazníku, který nebyl distribuován výzkumníkem osobně. Dalším limitem může být zkreslení informací respondenty, kteří se chtějí jevit v lepším světle. Posledním limitem může být špatné porozumění některé položce dotazníku.

Limity na straně terénu: nemožnost osobní distribuce dotazníků z časových i finančních možností. Důsledkem elektronické distribuce dotazníků je, že nelze zaručit jeho vyplnění dostatečným množstvím respondentů. Dalším limitem je nemožnost ověření pravdivého vyplnění dotazníku (respondent je opravdu speciální pedagog, délka praxe). Nelze také spolehlivě vyloučit to, že jeden respondent vyplnil více dotazníků.

5.4 Interpretace výsledků výzkumného šetření a jeho grafické zpracování

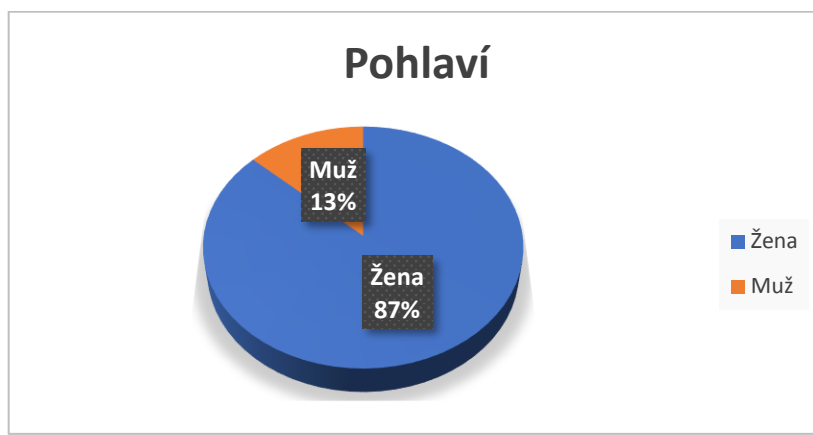
Dotazník se skládá z 25 položek. Skládá se ze 14 uzavřených a 9 otevřených položek. Na některé položky nemuseli odpovídat všichni respondenti. Celkový počet zpracovaných dotazníků je 38. Výsledky jsem zpracovala do tabulek a grafů.

Otázka č. 1: Pohlaví

Tab. 1. Pohlaví respondentů

Odpověď	Počet	Procenta
Žena	33	86,84 %
Muž	5	13,16 %
celkem	38	100

Graf 1. Pohlaví respondentů



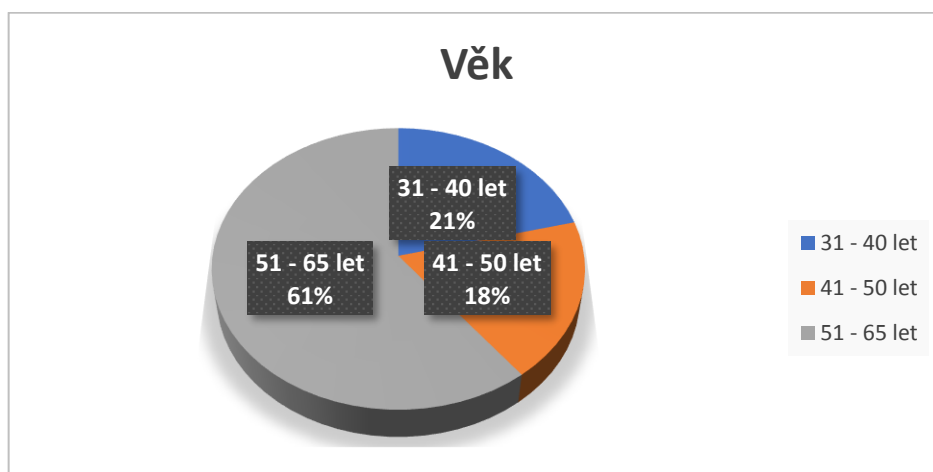
První informativní otázka nám říká, že mezi pracovníky, kteří vyplnili dotazník, převažují ženy. Žen je celkem 33, tedy 86,84 %. Mužů je celkem 5, tedy 13,16 %.

Otázka č. 2 - Věk

Tab. 2. Věk respondentů

Odpověď	Počet	Procenta
20-30 let	0	0
31-40 let	8	21,06 %
42-50 let	7	18,42 %
51-65 let	23	60,52 %
65 a více let	0	0
celkem	38	100 %

Graf 2. věk respondentů.



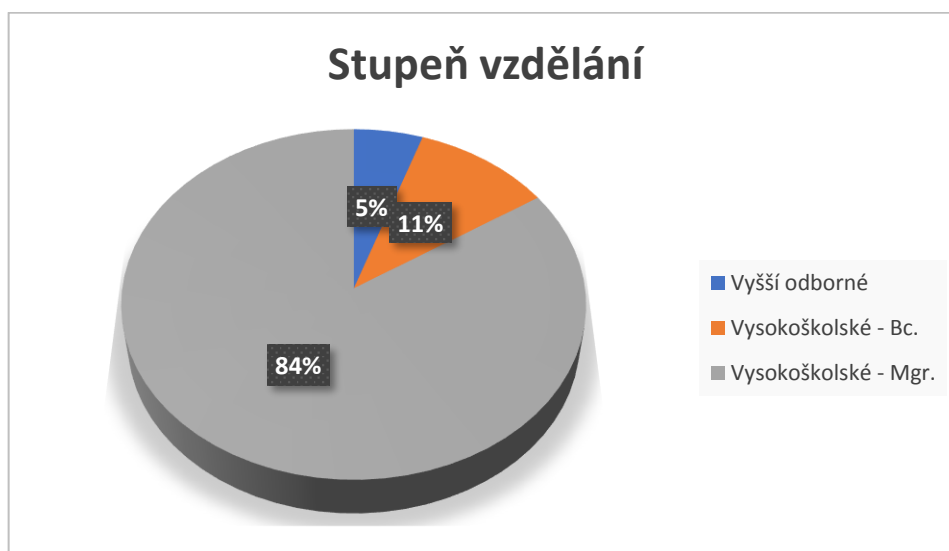
Druhá informativní otázka zjišťovala věk respondentů. Nejsilnější skupinou respondentů jsou osoby ve věku 51 – 65 let a to v 60,52 %. Následují osoby ve věku 31 – 40 let, kterých je 21,06 %. A poslední skupinu tvoří respondenti ve věku 41 – 50 let, kterých je 18,42 %. Žádný z respondentů se nepřihlásil k nejnižší ani k nejvyšší věkové kategorii.

Otázka č. 4 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 4. Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Počet	Procenta
Střední s maturitou	0	0
Vyšší odborné	2	5,26 %
Vysokoškolské – Bc.	4	10,53 %
Vysokoškolské – Mgr.	32	84,21 %
celkem	38	100 %

Graf 4. – Nejvyšší dosažené vzdělání



Nejpočetnější skupinou v této otázce jsou osoby s vysokoškolským magisterským vzděláním – 84,21 %. Skupinou s druhým nejvyšším výsledkem – 10,53 % jsou osoby s vysokoškolským bakalářským vzděláním. A pouze 5,26 % osob uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odbornou školu.

Otázka č. 6 – Pokud máte speciálněpedagogické vzdělání, prosím uveďte, jaký obor jste studoval/a.

Tab. 6. Vystudovaný obor speciální pedagogiky

	<u>Odpověď</u>
Respondent č. 1	„Speciálněpedagogická andragogika.“
Respondent č. 2	„Speciální pedagogika.“
Respondent č. 3	„Dramaterapii.“
Respondent č. 4	„Učitelství pro 1. Stupeň ZŠ a speciální pedagogika.“
Respondent č. 5	„Speciální pedagogika.“
Respondent č. 6	„Poradenství.“
Respondent č. 7	„Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči.“
Respondent č. 8	„Speciální pedagogika.“
Respondent č. 10	„Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči.“
Respondent č. 11	„Poradenství, všechny pedie.“

Respondent č. 12	<i>„Speciálněpedagogická andragogika.“</i>
Respondent č. 13	<i>„Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči.“</i>
Respondent č. 14	<i>„Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči.“</i>
Respondent č. 15	<i>„Speciální pedagogika – dramaterapie“.</i>
Respondent č. 17	<i>„Speciální pedagogika pro učitele – kombinované vady.“</i>
Respondent č. 18	<i>„Speciální pedagogika – vychovatelství.“</i>
Respondent č. 20	<i>„Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči.“</i>
Respondent č. 21	<i>„Speciální pedagogika pro učitele MŠ a výchovné pracovníky.“</i>
Respondent č. 23	<i>„Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči.“</i>
Respondent č. 24	<i>„Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči.“</i>
Respondent č. 26	<i>„Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči.“</i>
Respondent č. 27	<i>„Speciální pedagogika – učitelství.“</i>
Respondent č. 28	<i>„Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči.“</i>
Respondent č. 29	<i>„Logopedie a surdopedie.“</i>
Respondent č. 30	<i>„Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči.“</i>
Respondent č. 31	<i>„Logopedie.“</i>
Respondent č. 32	<i>„Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči.“</i>
Respondent č. 33	<i>„Speciální pedagogika, psychologie, etopedie.“</i>
Respondent č. 35	<i>„Speciální pedagogika pro MŠ, speciální pedagogika - vychovatelství.“</i>
Respondent č. 36	<i>„Speciální pedagogika pro ZŠ - učitelství, speciální pedagogika - vychovatelství.“</i>
Respondent č. 37	<i>„Vychovatelství osob vyžadující speciální péči.“</i>
Respondent č. 38	<i>„Speciální pedagogika pro pracovníky v nápravném zařízení.“</i>

Tato otázka je otevřená a každý respondent mohl uvést obor speciální pedagogiky, který vystudoval. Odpovědělo 33 respondentů.

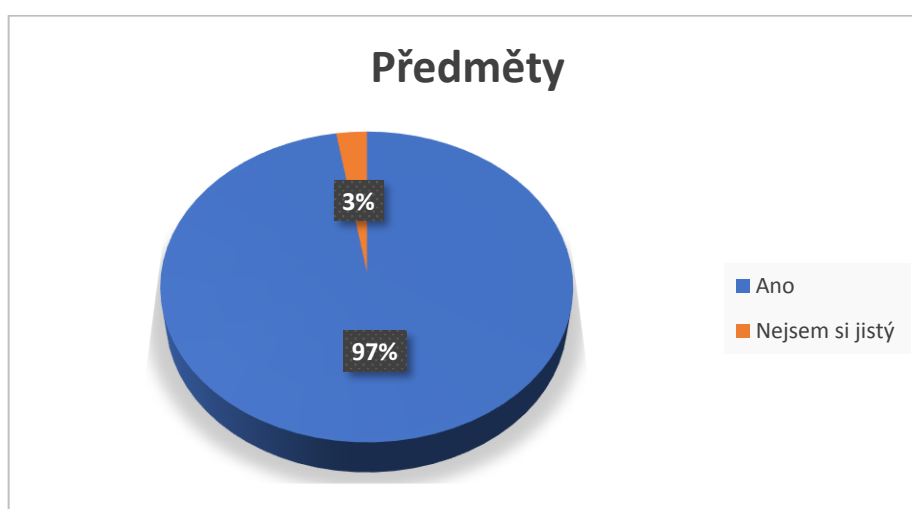
Několik oborů se opakovalo. Nejčastějším vystudovaným oborem bylo Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči. Jako další vystudované obory respondenti uváděli obecně speciální pedagogiku, speciální pedagogiku – učitelství, speciální pedagogiku logopedii, speciální pedagogiku – dramaterapii. Dalšími vystudovanými obory byla speciálněpedagogická andragogika, speciální pedagogika pro MŠ a ZŠ. Jeden z respondentů uvedl, že studoval obor Speciální pedagogika pro učitele – kombinované vady.

Otázka č. 7 - Měl/a jste v rámci studia předměty týkající se psychického onemocnění? Např. Obecná psychologie, vývojová psychologie, sociální psychologie, psychologie osobnosti, psychologie dospělosti, psychiatrie, psychopatologie, patopsychologie apod.

Tab. 7. Předměty

Odpověď	Počet	Procenta
Ano	37	97,37 %
Ne	0	0
Nejsem si jistý	1	2,63 %
Celkem	38	100 %

Graf 7. Předměty



Otázka č. 7 je zaměřená na předměty, které respondenti absolvovali během studia. Pouze jeden respondent si nebyl jistý, zda předměty uvedené v otázce absolvoval. Většina respondentů uvedla, že výše uvedené předměty absolvovali.

Otázka č. 8 - Pokud ano, uveďte prosím, o jaký předmět se jednalo.

Tab. 8. Konkrétní absolvované předměty

	<u>Odpověď</u>
Respondent č. 1	„Již nevím, studoval jsem myslím v roce 2008.“
Respondent č. 2	„Psychologie.“
Respondent č. 3	„Vývojová a obecná psychologie, patopsychologie.“
Respondent č. 4	„Obecná a vývojová psychologie.“
Respondent č. 5	„Vývojová psychologie.“
Respondent č. 6	„Obecná, vývojová psychologie, patopsychologie, pedagogická psychologie, psychopatologie, psychiatrie, neuropsychologie.“
Respondent č. 7	„Obecná psychologie, vývojová psychologie, patopsychologie.“
Respondent č. 9	„Ve zkratce od všeho trochu, názvy předmětů už si nevybavím.“
Respondent č. 10	„Obecná, vývojová, sociální psychologie, psychologie osobnosti, psychopatologie.“
Respondent č. 11	„Nepamatuji si, bylo toho hodně.“
Respondent č. 12	„Obecná a vývojová psychologie.“
Respondent č. 14	„Vývojová psychologie, obecná psychologie, psychiatrie.“
Respondent č. 15	„Obecná psychologie (2 semestry), psychopatologie (2 semestry), vývojová psychologie (1 semestr), psychiatrie (3 semestry).“
Respondent č. 16	„Psychologie, vývojová psychologie, sociální psychologie, patopsychologie.“
Respondent č. 17	„Psychologie, patopsychologie.“
Respondent č. 18	„Obecná a vývojová psychologie.“
Respondent č. 19	„Několik psychologií, nepamatuji si přesně.“
Respondent č. 20	„Psychologie, patopsychologie postiženého dítěte.“
Respondent č. 21	„Psychopedie.“
Respondent č. 22	„Obecná psychologie.“
Respondent č. 23	„Vývojová psychologie, patopsychologie.“
Respondent č. 24	„Obecná psychologie, vývojová psychologie, patopsychologie.“

Respondent č. 25	<i>„Obecná, vývojová, sociální psychologie, psychologie osobnosti, psychologie dospělosti, psychiatrie, psychopatologie.“</i>
Respondent č. 26	<i>„Obecná psychologie, vývojová psychologie, patopsychologie.“</i>
Respondent č. 27	<i>„Psychopedie.“</i>
Respondent č. 28	<i>„Obecná, vývojová, sociální psychologie, psychologie osobnosti, psychologie dospělosti, psychiatrie, psychopatologie.“</i>
Respondent č. 29	<i>„Obecná, vývojová, sociální psychologie, psychologie osobnosti, psychologie dospělosti, psychiatrie, psychopatologie.“</i>
Respondent č. 30	<i>„Obecná psychologie, patopsychologie, vývojová psychologie.“</i>
Respondent č. 31	<i>„Obecná psychologie, vývojová psychologie.“</i>
Respondent č. 32	<i>„Obecná, vývojová, sociální psychologie, psychiatrie, patopsychologie.“</i>
Respondent č. 33	<i>„Obecná a vývojová psychologie, patopsychologie.“</i>
Respondent č. 34	<i>„Obecná a vývojová psychologie, psychiatrie.“</i>
Respondent č. 35	<i>„Psychologie, patopsychologie.“</i>
Respondent č. 36	<i>„Obecná psychologie, vývojová psychologie, sociální psychologie, psychopatologie.“</i>
Respondent č. 37	<i>Obecná psychologie, vývojová psychologie, sociální psychologie, psychologie osobnosti, psychologie dospělosti, psychiatrie, psychopatologie, patopsychologie.“</i>
Respondent č. 38	<i>„Obecná, vývojová psychologie.“</i>

Otázka č. 8 je otevřená a každý z respondentů mohl uvést, které předměty absolvoval během studia. Na tuto otázku odpovědělo 36 respondentů.

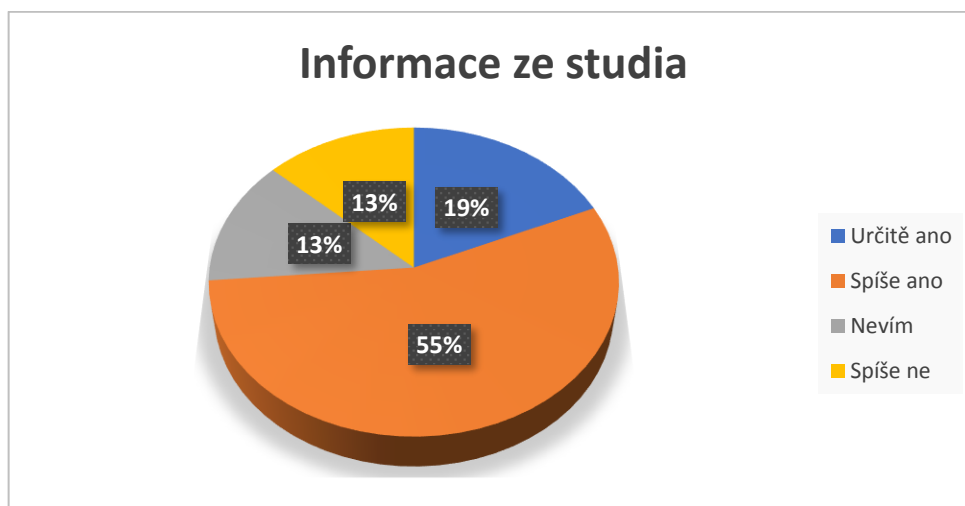
Nejčastěji absolvovanými předměty byla obecná psychologie, vývojová psychologie, patopsychologie, psychopatologie a psychiatrie. Naopak méně opakujícími se předměty byla sociální psychologie, psychologie osobnosti, psychologie dospělosti. Jeden z respondentů uvedl, že absolvoval předmět neuropsychologie. Tři respondenti uvedli, že si již nepamatují, které předměty absolvovali.

Otázka č. 9 - Dozvěděl/a jste se v rámci tohoto předmětu informace o osobách s psychickým onemocněním? Byly tyto informace dostačující pro Vaši praxi?

Tab. 9. Informace ze studia

Odpověď	Počet	Procenta
Určitě ano	7	18,42 %
Spíše ano	21	55,26 %
Nevím	5	13,16 %
Spíše ne	5	13,16 %
Určitě ne	0	0
Celkem	38	100 %

Graf 9. Informace ze studia



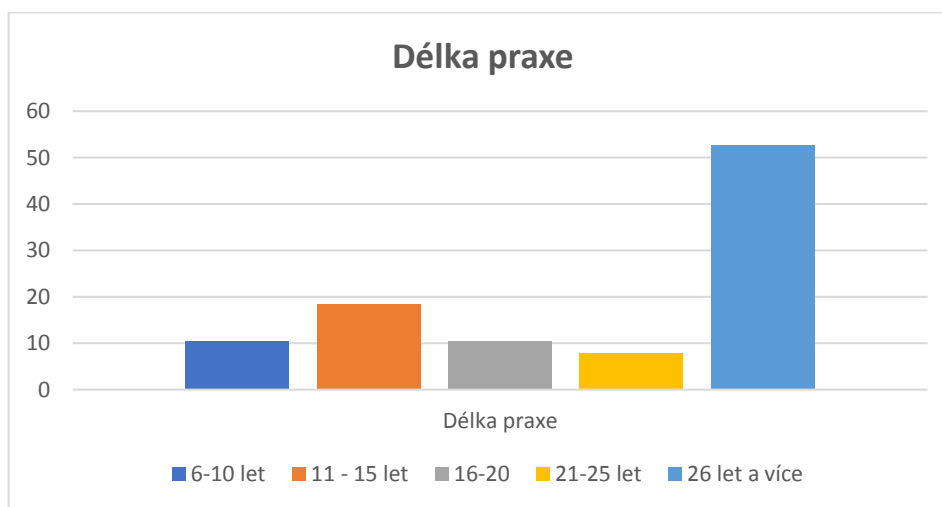
Tato otázka se týkala vědomostí, které respondenti získali teoretickou přípravou v průběhu studia předmětů týkající se osob s psychickým onemocněním. Největší skupina respondentů (55,26 %) si myslí, že informace byly spíše dostačující. 18,42 % osob si myslí, že informace byly určitě dostačující. 13,16 % osob uvedlo, že informace byly spíše nedostačující a stejně tak 13,16 % osob uvedlo, že neví, zda informace ze školy dostačují praxi.

Otázka č. 10 - Jak dlouhá je Vaše praxe v oboru speciální pedagogiky nebo sociální práce?

Tab. 10. Délka praxe

Odpověď	Počet	Procenta
0 – 5 let	0	
6 – 10 let	4	10,53 %
11 – 15 let	7	18,42 %
16 – 20 let	4	10,53 %
21 – 25 let	3	7,9 %
26 let a více	20	52,62 %
Celkem	38	100 %

Graf 10. Délka praxe



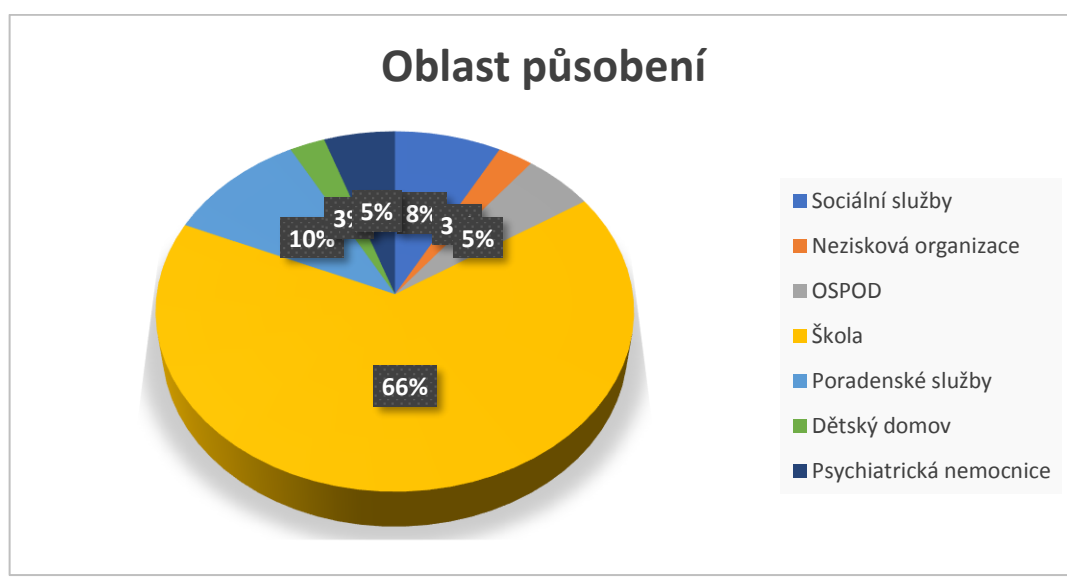
Nejpočetnější skupinou byly osoby, které uvedly, že v oboru speciální pedagogiky pracují 26 let a déle (52,62 %). Druhou nejpočetnější skupinou byly osoby s praxí 11 – 15 let (18,42 %). Dále 10,53 % respondentů uvedlo, že pracují v oboru 6 – 10 let. Stejně procento osob uvedlo, že v oboru pracují 16 – 20 let. Nejméně osob, tedy 7,9 % pracuje v oboru 21 -25 let.

Otázka č. 11 - V jaké oblasti pracujete?

Tab. 11. Oblast působení

Odpověď	Počet	Procenta
Sociální služby	3	7,90 %
Nezisková organizace	1	2,63 %
Úřad práce	0	0
OSPOD	2	5,26 %
Škola – MŠ, ZŠ, SŠ	25	65,80 %
Poradenské služby – PPP, SPC	4	10,52 %
Dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav, diagnostický ústav, středisko výchovné péče	1	2,63 %
Psychiatrická nemocnice, ambulance	2	5,26 %
Věznice	0	0
Celkem	38	100 %

Graf 11. Oblast působení



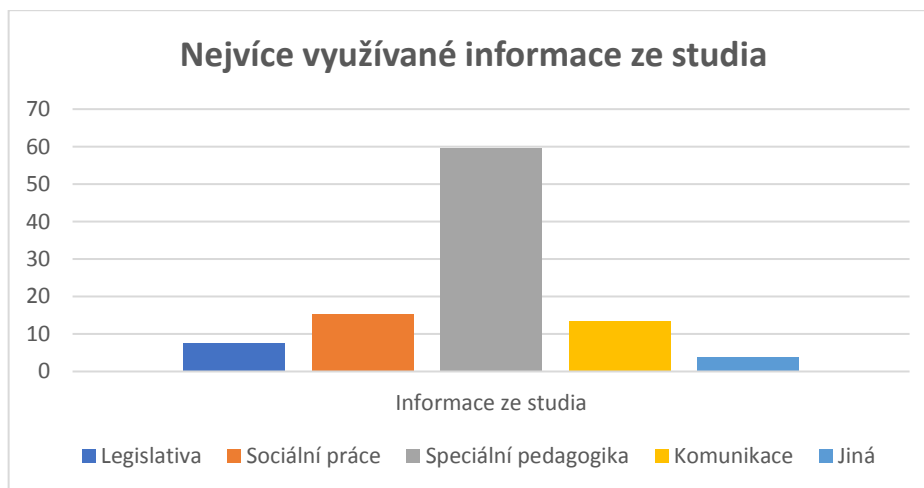
Nejpočetnější skupina respondentů 65,8 % uvedla, že pracuje ve školství. Dalších 7,9 % osob uvedlo, že pracuje v sociálních službách. 10,52 % osob uvedlo, že pracuje v oblasti poradenských služeb. Na oddělení sociálně právní ochrany dětí pracuje pouze 5,26 % osob. Nejméně osob pracuje v dětských domovech a neziskových organizacích. Žádný z respondentů nepracuje na úřadu práce ani ve věznicích.

Otázka č. 12 - Jaké informace ze studia ve své praxi nejvíce využijete?

Tab. 12. Nejvíce využívané informace ze studia

Odpověď	Počet	Procenta
Legislativa	4	7,7 %
Sociální práce	8	15,4 %
Speciální pedagogika	31	59,6 %
Komunikace s osobami se zdravotním postižením	7	13,5 %
Jiná, prosím uveďte	2	3,8 %
Celkem	52	100 %

Graf 12. Nejvíce využívané informace ze studia



Otázka č. 12 se dotazuje na okruh informací ze studia, které respondenti nejvíce využívají ve své praxi. Dotazovaní mohli označit více možností. 59,6 % osob uvedlo, že ve své praxi využívají nejvíce poznatků z oblasti speciální pedagogiky. 15,4 % osob uvedlo, že využívají poznatky z oblasti sociální práce. Poznatky z oblasti komunikace s osobami se zdravotním postižením využívá 13,5 % respondentů. Poznatky ze studia legislativy využívá

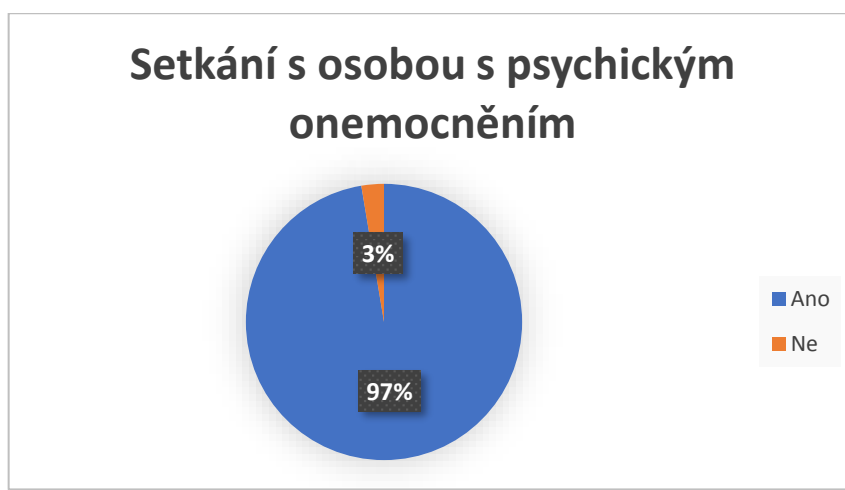
v praxi 7,7 % osob. Nejméně osob (3,8 %) uvedlo, že v teoretické znalosti ze studia na vysoké škole je nepřipravila na praxi.

Otázka č. 13 - Setkali jste se při práci s osobou s psychickým onemocněním?

Tab. 13. Setkání s osobou s psychickým onemocněním

Odpověď	Počet	Procenta
Ano	37	97,37 %
Ne	1	2,63 %
Nevím	0	0
Celkem	38	100 %

Graf 13. Setkání s osobou s psychickým onemocněním



Drtivá většina respondentů (97,37 %) uvedla, že se během své praxe setkala s člověkem s psychickým onemocněním. Pouze 2,63 % respondentů se s člověkem s psychickým onemocněním v praxi neseťkali.

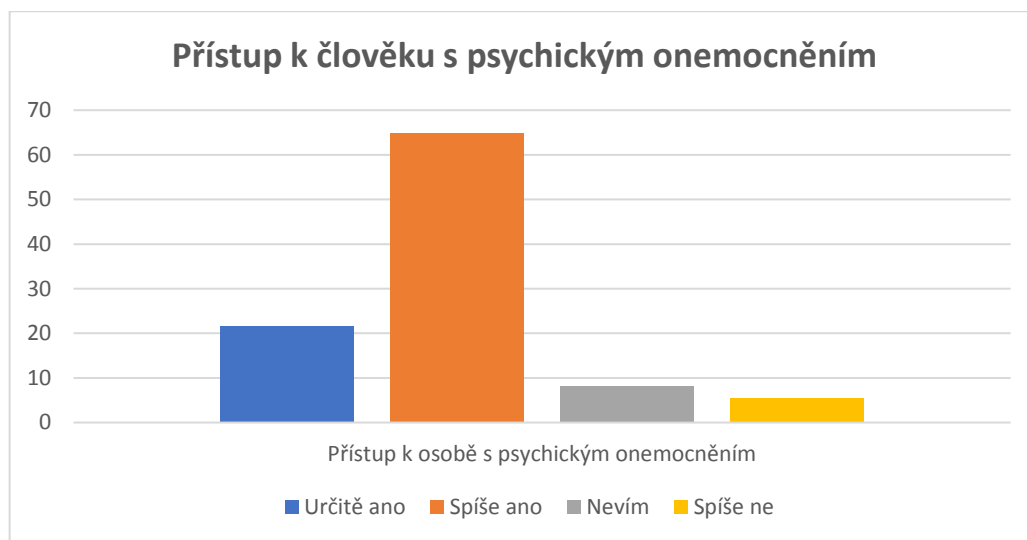
Otázka č. 14 - Pokud ano, věděli jste, jak k takovému člověku přistupovat?

Tab. 14. Přístup k člověku s psychickým onemocněním

Odpověď	Počet	Procenta
Určitě ano	8	21,64 %
Spíše ano	24	64,86 %
Nevím	3	8,1 %

Spíše ne	2	5,4 %
Určitě ne	0	0
Celkem	37	100 %

Graf 14. Přístup k člověku s psychickým onemocněním



Na tuto otázku odpovídali ti respondenti, kteří se s osobou s psychickým onemocněním během své praxe setkali. Celkem 64,68 % respondentů označilo odpověď spíše ano, tedy spíše věděli, jak mají k člověku přistupovat. 21,64 % respondentů určitě vědělo, jak člověku s psychickým onemocněním přistupovat. Dalších 8,1 % osob nevědělo, jaký mají zvolit přístup. 5,4 % osob označilo v této otázce odpověď spíše ne, tedy spíše nevěděli, jak k člověku přistupovat. Žádný z respondentů neoznačil odpověď určitě ne.

Otázka č. 15 – Co pro Vás v tu chvíli bylo nejtěžší?

Tab. 15. Nejtěžší moment při práci s osobou s psychickým onemocněním

	Odpověď
Respondent č. 1	„Podat klientovi negativní informaci v souvislosti se schopností zajistit péči vlastnímu dítěti (nemohl jsem stát na straně klienta a nevěděl, jak může zareagovat.“
Respondent č. 2	„Propojení na odbornou pomoc, nedostatečná kapacita, dlouhé čekání.“

Respondent č. 3	<i>„Opakovat si, že je nemocný a nemůže za to.“</i>
Respondent č. 5	<i>„Najít s klientem společnou řeč a nedotknout se tématu, který by jim mohl ublížit.“</i>
Respondent č. 6	<i>„Nepodléhat názorům a předpokladům od rodičů nebo jiných pracovníků.“</i>
Respondent č. 7	<i>„Akceptovat jeho psychický stav.“</i>
Respondent č. 8	<i>„Nic.“</i>
Respondent č. 9	<i>„Zbavit se předsudků, vyrovnávat se s předsudky okolí.“</i>
Respondent č. 10	<i>„Zvládnout všechno najednou.“</i>
Respondent č. 11	<i>„Chovat se profesionálně.“</i>
Respondent č. 12	<i>„Navázat kontakt a udržet jednání tak, aby bylo dosaženo potřebného cíle.“</i>
Respondent č. 13	<i>„Udržet pacienta v klidu.“</i>
Respondent č. 14	<i>„Vědomí, že by toto mohlo postihnout někoho z mých blízkých.“</i>
Respondent č. 15	<i>„Nejtěžší je uvědomit si, že ten klient má psychickou poruchu a proto je nutné nějak uzpůsobit komunikační styl.“</i>
Respondent č. 16	<i>„Najít cestu, jak s takovým člověkem správně komunikovat.“</i>
Respondent č. 17	<i>„První kontakt s klientem.“</i>
Respondent č. 18	<i>„Spolupráce s rodiči.“</i>
Respondent č. 19	<i>„Nedovedu specifikovat.“</i>
Respondent č. 20	<i>„Porozumět klientovi.“</i>
Respondent č. 21	<i>„Zjištění reakcí dítěte na různé podněty.“</i>
Respondent č. 22	<i>„Navázat komunikaci.“</i>
Respondent č. 23	<i>„Nedostatek zkušeností.“</i>
Respondent č. 24	<i>„Vhodně a erudovaně se rozhodnout.“</i>
Respondent č. 25	<i>„Rozlišit, kde končí diagnóza a začíná nevychovanost.“</i>
Respondent č. 26	<i>„Reagovat adekvátně a v zájmu takto postiženého žáka, naučené teoretické postupy většinou byly daleko od praxe.“</i>
Respondent č. 27	<i>„Reakce okolí.“</i>
Respondent č. 29	<i>„Najít individuální přístup ke klientovi. Každý je individualita, nedají se použít definice a poučky.“</i>
Respondent č. 30	<i>„Teorie je zcela jiná než praxe.“</i>
Respondent č. 31	<i>„Najít si k němu cestu a získat jeho důvěru.“</i>

Respondent č. 32	<i>„Zvládnout profesionální nadhled a ochránit se“.</i>
Respondent č. 33	<i>„Komunikace a udržení autority.“</i>
Respondent č. 34	<i>„Pochopení jeho potřeb.“</i>
Respondent č. 35	<i>„Uvědomit si, s kým komunikuji a naladit se na jeho frekvenci.“</i>
Respondent č. 36	<i>„Zvolit adekvátní přístup.“</i>
Respondent č. 37	<i>„Najít způsob, jak s tímto člověkem navázat kontakt.“</i>
Respondent č. 38	<i>„Motivace k práci.“</i>

Otázka č. 15 je otevřená a každý respondent mohl uvést, co pro něj bylo nejtěžší při setkání s osobou s psychickým onemocněním. Odpovědělo 36 respondentů.

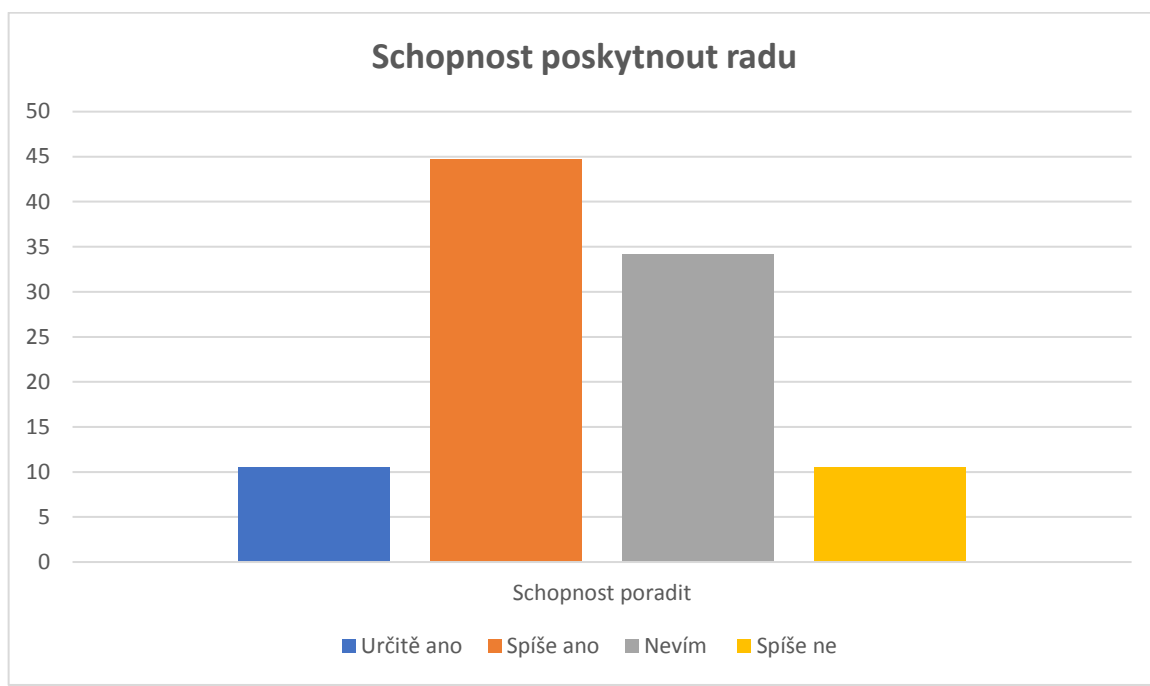
Ačkoliv je tato otázka otevřená a respondenti mohli uvádět jakékoliv informace, mnoho z nich se opakovalo. Nejčastější odpověď se týkala komunikace s osobou s psychickým onemocněním. Respondenti často tápou v tom, jak navázat komunikaci s klientem, jaký zvolit přístup. Opakovala se také odpověď, která se týkala zvolení adekvátního přístupu k osobám s psychickým onemocněním. Další opakující se odpověď se týkala toho, že je pro respondenty obtížné zbavit se předsudků, které mají vůči osobám s psychickým onemocněním. Tři respondenti uvedli, že pro ně bylo těžké chovat se profesionálně a mít nadhled. Pouze dva respondenti uvedli, že pro ně byl překážkou nedostatek zkušeností. Také dva respondenti uvedli, že pro ně během kontaktu s osobou s psychickým onemocněním nebylo těžké nic.

Otázka č. 16 - Myslíte si, že jste schopni poradit člověku s psychickým onemocněním v jeho životní situaci?

Tab. 16. Schopnost poradit člověku s psychickým onemocněním

Odpověď	Počet	Procenta
Určitě ano	4	10,53 %
Spíše ano	17	44,74 %
Nevím	13	34,2 %
Spíše ne	4	10,53 %
Určitě ne	0	
Celkem	38	100 %

Graf 16. Schopnost poradit člověku s psychickým onemocněním



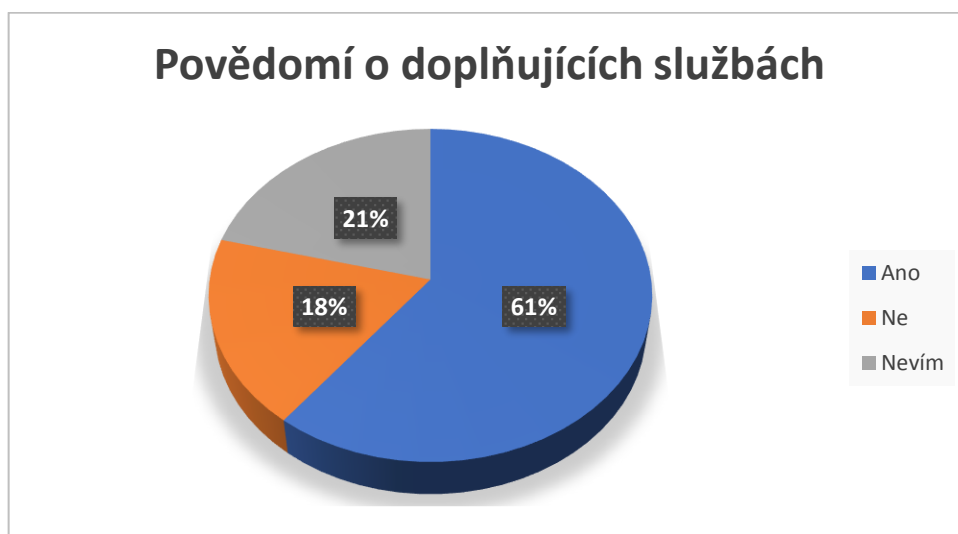
Z odpovědí je patrné, že 10,53 % osob si je určitě jistých tím, že jsou schopni poradit člověku s psychickým onemocněním. Naopak 34,2 % osob neví, zda jsou takové rady schopni poskytnout. Dalších 44,74 % osob si myslí, že jsou spíše schopni poradit člověku s psychickým onemocněním. 10,53 % osob si myslí, že spíše nejsou schopni takové rady poskytnout. Žádný z respondentů neoznačil odpověď určitě ne.

Otázka č. 17 - Máte povědomí o doplňujících službách pro osoby s psychickým onemocněním ve Vašem městě? Dokážete je na tyto služby odkázat?

Tab. 17. Povědomí o doplňujících službách

Odpověď	Počet	Procenta
Ano	23	60,53 %
Ne	7	18,42 %
Nevím	8	21,05 %
Celkem	38	100 %

Graf 17. povědomí o doplňujících službách



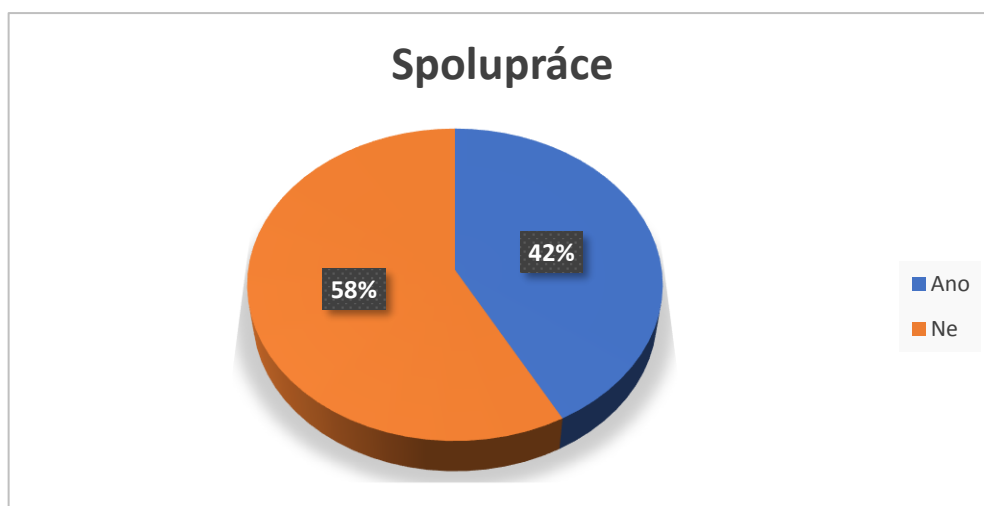
Celkem 60,53 % osob uvedlo, že mají povědomí o doplňujících službách a jsou schopni na tyto služby klienty odkázat. 21,05 % uvedlo, že přesně neví, jaké doplňující služby mají klienti k dispozici a neví, zda jsou schopni je na ně odkázat. A 18,42 % osob uvedlo, že nemá povědomí o doplňujících službách.

Otázka č. 18 - Spolupracujete s některou z doplňujících služeb nebo organizací?

Tab. 18. Spolupráce s doplňující organizací pro osoby s duševním onemocněním

Odpověď	Počet	Procenta
Ano	16	42,1 %
Ne	22	57,9 %
Celkem	38	100 %

Graf 18 – Spolupráce s doplňující organizací pro osoby s duševním onemocněním



Celkem 42,1 % respondentů uvedlo, že spolupracuje s některou z doplňujících služeb nebo organizací pro osoby s psychickým onemocněním. Větší počet respondentů (57,9 %) uvedlo, že s žádnou takovou organizací nespolupracuje.

Otázka č. 19 - Pokud ano, uveďte prosím, se kterými organizacemi nebo odborníky spolupracujete.

Tab. 19. Spolupracující organizace

	<u>Odpověď</u>
Respondent č. 1	„ <i>Ordinace psychiatra.</i> “
Respondent č. 2	„ <i>Psychosociální centrum.</i> “
Respondent č. 3	„ <i>Psychiatrie fakultní nemocnice.</i> “
Respondent č. 5	„ <i>Sociální rehabilitace.</i> “
Respondent č. 6	„ <i>Psychiatři, psychologové, terapeuti, OSPOD (orgán sociálně právní ochrany dětí).</i> “
Respondent č. 9	„ <i>Dětské psychiatrické ambulance, klinický psycholog, psychosociální centrum.</i> “
Respondent č. 11	„ <i>Psychiatrická léčebna Šternberk, psychiatrická klinika Fakultní nemocnice v Olomouci, soukromí lékaři s atestací z psychiatrie.</i> “
Respondent č. 15	„ <i>Mana o.p.s. Olomouc.</i> “
Respondent č. 19	„ <i>Školní psycholog.</i> “
Respondent č. 21	„ <i>Pedagogicko-psychologická poradna, psycholog.</i> “
Respondent č. 24	<i>OSPOD – orgán sociálně právní ochrany dětí.</i>
Respondent č. 25	„ <i>Pedagogicko-psychologická poradna Olomouckého kraje, psychiatrie.</i> “
Respondent č. 26	„ <i>Psychocentrum, dětský psychiatr, školní psycholog.</i> “
Respondent č. 29	„ <i>sociální odbor, lékaři, různé organizace.</i> “
Respondent č. 33	„ <i>Klinický psycholog.</i> “
Respondent č. 34	„ <i>Psychiatrická ambulance.</i> “
Respondent č. 36	„ <i>Dětský psychiatr.</i> “
Respondent č. 38	„ <i>Psychiatrické nemocnice.</i> “

Tato otázka byla určena respondentům, kteří v předchozí otázce uvedli, že spolupracují s doplňující službou nebo organizací pro osoby s psychickým onemocněním. Respondenti mohli uvést více než jednu možnost.

Respondenti nejčastěji uváděli, že spolupracují s psychiatrem a psychologem, či klinickým psychologem. Dále uváděli, že spolupracují s psychiatrickou ambulancí. Čtyřikrát se objevila spolupráce s některou sociální službou. Dva respondenti uvedli, že spolupracují s orgánem sociálně právní ochrany dětí, školním psychologem a pedagogicko-psychologickou poradnou. Pouze jeden respondent uvedl, že spolupracuje s psychiatrickou léčebnou.

Otázka č. 20 - Na koho byste se obrátili, pokud byste si s klientem nevěděl/a rady?

Tab. 20. Na koho byste se obrátili, pokud byste si s klientem nevěděl/a rady

	<u>Odpověď</u>
Respondent č. 1	<i>„Ordinace psychiatra, např. v případě závislosti kontaktní centrum atd.“</i>
Respondent č. 2	<i>„Psychiatr, psycholog, psychiatrická nemocnice, záchranná služba.“</i>
Respondent č. 3	<i>„Na psychologa či psychiatra.“</i>
Respondent č. 4	<i>„Psycholog.“</i>
Respondent č. 5	<i>„Na jeho rodinu.“</i>
Respondent č. 6	<i>„Na zkušenější kolegy, supervizora, psychiatra.“</i>
Respondent č. 7	<i>„Na lékaře.“</i>
Respondent č. 8	<i>„Speciálně pedagogické centrum.“</i>
Respondent č. 9	<i>„Na výše uvedené-většinou předáváme naše klienty do jejich péče v případě potřeby, doporučujeme konkrétního odborníka.“</i>
Respondent č. 10	<i>„Na psychologa.“</i>
Respondent č. 11	<i>„Na vyžádání a se souhlasem klienta na odborníka z oboru, který klient potřebuje.“</i>
Respondent č. 12	<i>„Na kolegy, lékaře.“</i>
Respondent č. 13	<i>„Psychologa.“</i>
Respondent č. 14	<i>„Psycholog, dětský nebo obvodní lékař.“</i>
Respondent č. 15	<i>„Mana o.p.s. Olomouc, Psychiatrické oddělení Fakultní nemocnice Olomouc, Vojenská nemocnice.“</i>

Respondent č. 16	<i>„Nevím.“</i>
Respondent č. 17	<i>„Nevím.“</i>
Respondent č. 18	<i>„Psychiatr.“</i>
Respondent č. 19	<i>„Školní psycholog.“</i>
Respondent č. 20	<i>„Školní psycholog.“</i>
Respondent č. 21	<i>„Na pedagogickopsychologickou poradnu.“</i>
Respondent č. 22	<i>„Vedení školy.“</i>
Respondent č. 23	<i>„Nevím.“</i>
Respondent č. 24	<i>„Školní psycholog.“</i>
Respondent č. 25	<i>„V případě záchvatu na lékařskou záchrannou službu, při agresí na Policii ČR.“</i>
Respondent č. 26	<i>„Školní psycholog a dětský psychiatr.“</i>
Respondent č. 27	<i>„Na jeho lékaře či terapeuta.“</i>
Respondent č. 28	<i>„Na pedopsychiatra.“</i>
Respondent č. 29	<i>„Podle povahy postižení.“</i>
Respondent č. 30	<i>„Na školního psychologa.“</i>
Respondent č. 31	<i>„Pedagogicko psychologická poradna.“</i>
Respondent č. 32	<i>„Speciálně pedagogické centrum, odborný lékař.“</i>
Respondent č. 33	<i>„Vedení školy.“</i>
Respondent č. 34	<i>„Primářku psychiatrického oddělení.“</i>
Respondent č. 35	<i>„Psychocentrum.“</i>
Respondent č. 36	<i>„Sociální pracovník, psychiatr.“</i>
Respondent č. 37	<i>„Na lékaře – Psychiatra nebo psychologa.“</i>
Respondent č. 38	<i>„Klinický psycholog.“</i>

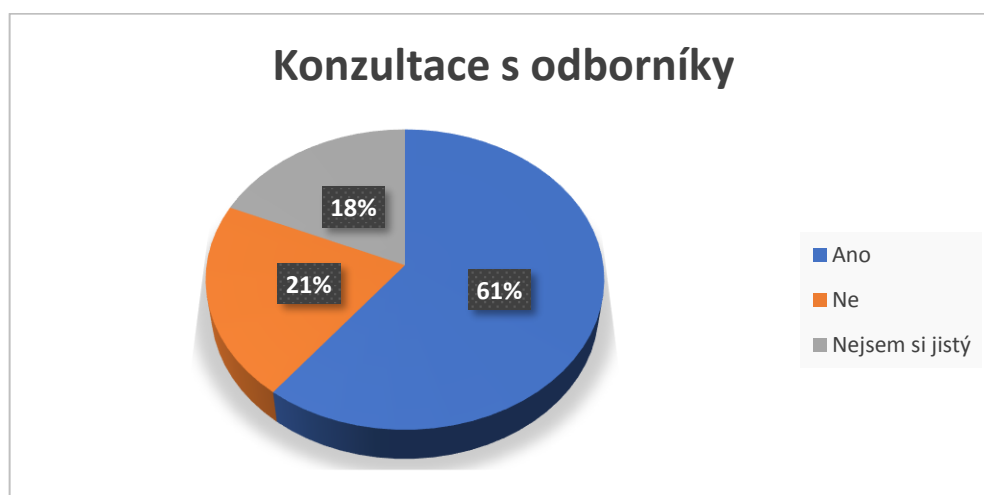
Tato otázka byla také otevřená a odpověděli na ni všichni respondenti. Velmi často se objevovala odpověď, že v případě nouze respondenti požádají o pomoc psychiatra, psychologa, lékaře nebo přímo psychiatrickou nemocnici. Dále by se respondenti obraceli na školního psychologa, pracovníky ve speciálně pedagogickém centru a pedagogickopsychologické poradně. Čtyři respondenti uvedli, že by o pomoc požádali zkušenější kolegy. Stejný počet respondentů by se obrátil na sociální službu, která se zabývá osobami s psychickým onemocněním. Jeden z respondentů uvedl, že by se v případě agresivního klienta obrátil na Policii ČR.

Otázka č. 21 - Máte ve svém zaměstnání možnost konzultace s odborníky na oblast psychického onemocnění?

Tab. 21. Konzultace s odborníky

Odpověď	Počet	Procenta
Ano	23	60,53 %
Ne	8	21,05 %
Nejsem si jistý	7	18,42 %
Celkem	38	100 %

Graf 21. Konzultace s odborníky



Z výsledků je patrné, že 60,53 % respondentů má ve svém zaměstnání možnost konzultovat případy a situace týkající se osob s psychickým onemocněním s nějakým odborníkem. Oproti tomu 21,05 % respondentů uvedlo, že možnost konzultace nemá. 18,42 % respondentů si není jisto tím, že mají v zaměstnání možnost konzultace s odborníkem na oblast psychického onemocnění.

Otázka č. 22 - Pokud ano, uveďte prosím, o jakého odborníka se jedná.

Tab. 22. Spolupráce s odborníkem

	<u>Odpověď</u>
Respondent č. 1	„Klinický psycholog.“
Respondent č. 2	„Psycholog.“
Respondent č. 4	„Psychologové.“
Respondent č. 5	„Moje paní vedoucí, která je původem psychiatrická sestra.“
Respondent č. 6	„Psycholog, terapeut.“
Respondent č. 7	„Primář psychiatrického oddělení.“
Respondent č. 9	„Dětský psychiatr, klinický psycholog.“
Respondent č. 10	„Psycholog.“
Respondent č. 11	„Psycholog.“
Respondent č. 14	„Psychiatr, psycholog.“
Respondent č. 18	„Psycholog, psychiatr.“
Respondent č. 19	„Nevím.“
Respondent č. 20	„Školní psycholog.“
Respondent č. 21	„Psycholog.“
Respondent č. 22	„Psychiatr.“
Respondent č. 23	„Psycholog.“
Respondent č. 24	„Psycholog.“
Respondent č. 25	„Ředitel školy, psycholog.“
Respondent č. 26	„Školní psycholog.“
Respondent č. 27	„Školní psycholog.“
Respondent č. 28	„Pedopsychiatr.“
Respondent č. 29	„Lékař, psycholog, psychiatr.“
Respondent č. 30	„Školní psycholog.“
Respondent č. 36	„Psychiatr.“
Respondent č. 37	„Psycholog, psychiatr, pedagogicko psychologická poradna.“
Respondent č. 38	„Klinický psycholog.“

Otázka č. 22 je určena těm respondentům, kteří v předchozí otázce odpověděli, že mají možnost konzultace s odborníky na oblast psychického onemocnění.

Otázka je otevřená a respondenti měli možnost uvést více než jednu možnost. Nejčastěji se objevila možnost spolupráce s psychologem a klinický psychologem. Druhým nejčastěji zmiňovaným byl psychiatr. Čtyři respondenti uvedli, že spolupracují se školním psychologem. Dále respondenti uvedli, že spolupracují s psychiatrickou sestrou, terapeutem, lékařem a pedagogicko-psychologickou poradnou. Každá z těchto možností byla uvedena pouze jednou.

Otázka č. 23 - Máte ve svém zaměstnání možnost rozšíření Vašich vědomostí, které by byly přínosem pro práci s lidmi s psychickým onemocněním?

Tab. 23. Možnost rozšíření vzdělání.

Odpověď	Počet	Procenta
Ano	27	71 %
Ne	11	29 %
Celkem	38	100 %

Graf 23. Možnost rozšíření vzdělání



Celkem 71 % respondentů odpovědělo, že v zaměstnání mají možnost rozšíření vzdělání o ty oblasti, které by jim byly užitečné v praxi. 29 % respondentů uvedlo, že takovou možnost rozšíření vzdělání nemají.

Otázka č. 24 - Pokud ano, uveďte prosím, v jaké oblasti byste se chtěl/a více vzdělávat.

Tab. 24. Oblast vzdělávání

	<u>Odpověď</u>
Respondent č. 1	„Osoby s psychickým onemocněním a výkon jejich rodičovství.“
Respondent č. 2	„Poruchy osobnosti.“
Respondent č. 3	„Komunikace s lidmi s psychickým onemocněním.“
Respondent č. 5	„Psychiatrie.“
Respondent č. 6	„Terapeutické a intervenční přístupy.“
Respondent č. 7	„Nové psychiatrické diagnózy dětí.“
Respondent č. 9	„Poruchy autistického spektra, poruchy chování a emocí.“
Respondent č. 10	„Psychiatrie.“
Respondent č. 11	„Dětské trauma.“
Respondent č. 12	„Psychopatologie.“
Respondent č. 14	„V medicínské oblast.“
Respondent č. 15	„Psychoterapeutický výcvik.“
Respondent č. 18	„Psychologie.“
Respondent č. 19	„Nedokážu říci.“
Respondent č. 21	„Nové trendy ve vzdělávání a výchově.“
Respondent č. 22	„Nemám ponětí.“
Respondent č. 23	„Nevím.“
Respondent č. 24	„Autismus.“
Respondent č. 25	„Psychiatrie, psychoterapie.“
Respondent č. 26	„Vzhledem ke svému věku již vzdělávání takového rozsahu již nepotřebuji.“
Respondent č. 27	„Psychopedie.“
Respondent č. 28	„Už se nechci vzdělávat.“
Respondent č. 29	„Vliv stravy a psychohygieny na různá psychická onemocnění.“
Respondent č. 31	„Poruchy chování.“
Respondent č. 33	„Komunikace s rodiči žáka.“
Respondent č. 35	„Terapie.“
Respondent č. 36	„Další vzdělávání pedagogických pracovníků“
Respondent č. 37	„Oblast práce s dětmi.“

Respondent č. 38	<i>„Možnosti další práce s klienty.“</i>
-------------------------	--

Otázka č. 24 je určena pro ty respondenty, kteří uvedli, že mají možnost rozšířit si své vzdělání. Tato otázka je otevřená a každý z respondentů měl možnost uvést, v jaké oblasti by se chtěl více vzdělávat.

Respondent č. 1 uvedl, že by si rád rozšířil vzdělání v oblasti výkonu rodičovství osob s psychickým onemocněním.

Respondenti č. 2, 5, 7, 10, 11, 25 uvedli, že by se chtěli vzdělávat v oblasti psychiatrie. Respondenti č. 6, 15, 25, 35 uvedli, že by si chtěli rozšířit vzdělání v oblasti terapie a psychoterapie. Respondenti č. 3 a 33 uvedli, že by uvítali rozšíření vzdělání v oblasti komunikace s osobou s psychickým onemocněním. Respondenti č. 9, 24, 27, 31 uvedli, že by si chtěli rozšířit vzdělání v oblasti psychopedie, poruch autistického spektra a poruch chování. Respondent č. 12 by se chtěl vzdělávat v oblasti psychopatologie, respondent č. 18 v oblasti psychologie. Také respondent č. 14 uvedl, že by si rád rozšířil znalosti v medicínské oblasti. Respondenti č. 19, 22, 23, 26 a 28 uvedli, že neví, v jaké oblasti by se chtěli vzdělávat nebo, že už se dále vzdělávat nechtějí. Zajímavý podnět přinesl respondent č. 29, který uvedl, že by si rád rozšířil znalosti z oblasti vlivu stravy a psychohygieny na různá psychická onemocnění. Respondenti č. 21, 36, 37 a 38 uvedli, že mají zájem o rozšíření znalostí v oblasti vzdělávání, práce s dětmi.

Otázka č. 25 - Co vidíte jako největší přínos Vaší práce? Co Vás motivuje?

Tab. 25. Přínos práce a motivace

	<u>Odpověď</u>
Respondent č. 1	<i>„Možnost svojí činností alespoň trochu ovlivnit pozitivní vývoj dítěte.“</i>
Respondent č. 2	<i>„Prevence a pomoc.“</i>
Respondent č. 3	<i>„Finanční ohodnocení, pracovní pozice.“</i>
Respondent č. 5	<i>„Pomoc a podpora lidem.“</i>
Respondent č. 6	<i>„Psychická pohoda dítěte a jeho rodiny.“</i>
Respondent č. 7	<i>„Snad ještě dokážu něco dětem předat.“</i>
Respondent č. 8	<i>„Pomoc handicapovaným.“</i>
Respondent č. 9	<i>„Možnost seberealizace, uplatnění dovedností a zkušeností, možnost osobního růstu, spolupráce s kolegy.“</i>

Respondent č. 10	<i>„Připadám si užitečná.“</i>
Respondent č. 11	<i>„Dobře odvedená práce.“</i>
Respondent č. 12	<i>„Pomoc ohroženým lidem.“</i>
Respondent č. 13	<i>„Spokojenost dětí.“</i>
Respondent č. 14	<i>„Největším přínosem je, že na chvíli dokážeme změnit podmínky dětí k lepšímu, což se pozitivně projeví na dítěti samotném. Škoda, že nejde upravit podmínky dítěte v rodině a bohužel, i ve škole.“</i>
Respondent č. 15	<i>„Možnost měnit životy jiných k lepšímu. Také zvětšování povědomí u veřejnosti.“</i>
Respondent č. 16	<i>„Spokojenost žáků.“</i>
Respondent č. 18	<i>„Láska k lidem.“</i>
Respondent č. 19	<i>„Jsem vyhořelý.“</i>
Respondent č. 20	<i>„Výsledky práce.“</i>
Respondent č. 21	<i>„Zájem ze strany dětí.“</i>
Respondent č. 22	<i>„Spokojený klient.“</i>
Respondent č. 23	<i>„Výsledky práce.“</i>
Respondent č. 24	<i>„Možnost pomoci.“</i>
Respondent č. 25	<i>„Pozorování sebemenší reflexe nebo pokroku u psychicky postižených žáků.“</i>
Respondent č. 26	<i>„Léta praxe.“</i>
Respondent č. 27	<i>„Pokrok u svých žáků.“</i>
Respondent č. 28	<i>„Příprava dětí s mentálním postižením do života.“</i>
Respondent č. 29	<i>„Pomoc lidem, zlepšení kvality jejich života.“</i>
Respondent č. 30	<i>„Na to je těžké odpovědět vzhledem k 30-ti letům praxe.“</i>
Respondent č. 31	<i>„Pomoc slabšímu.“</i>
Respondent č. 32	<i>„Posun žáků v některých z oblastí výchovně vzdělávacího procesu.“</i>
Respondent č. 33	<i>„Optimismus.“</i>
Respondent č. 34	<i>„Vzdělávání dětí s hendikepem.“</i>
Respondent č. 35	<i>„Pestrost činností, pochvala od dětí i rodičů.“</i>
Respondent č. 36	<i>„Zájem dětí.“</i>
Respondent č. 37	<i>„Komunikace s psychicky nemocným žákem, pomoc.“</i>
Respondent č. 38	<i>„Dílčí úspěchy.“</i>

Tato otázka je opět otevřená. Respondenti měli možnost uvést, co vidí jako největší přínos jejich práce a co je nejvíce motivuje.

Nejvíce respondentů (č. 1, 2, 5, 6, 8, 12, 14, 15, 24, 25, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 37, 38) jako přínos a motivace své práce uvedlo, že je motivuje možnost změnit život klientů a poskytnutí podpory a pomoci v jejich těžké životní situaci. Respondenti č. 13, 16, 21 a 36 uvedli, že je motivuje zájem ze strany klienta. Další oblast motivace, kterou uvedli respondenti č. 9, 11, 20, 23 a 35 je seberealizace. Respondent č. 10 uvedl, že ho motivuje to, že je užitečný. Respondent č. 22 uvedl, že jej motivuje ocenění spokojeným klientem. Respondenti č. 26 a 30 odkazují na jejich dlouholetou praxi. Jediný respondent (č. 3) uvedl, že ho v práci motivuje finanční ohodnocení a jeho pracovní pozice. Stejně tak jediný respondent (č. 18) uvedl, že ho motivuje láska k lidem.

Jeden z respondentů (č. 19) odpověděl, že ho nemotivuje nic, jelikož je vyhořelý. Přisuzují to mnohaleté praxi.

5.5 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1:

Předpokládám, že většina respondentů získala vědomosti z oboru speciální pedagogika, obecná psychologie, vývojová psychopatologie, psychiatrie.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena

Tato hypotéza byla potvrzena odpověďmi respondentů na otázku č. 7, kdy 97,37 % respondentů uvedlo, že absolvovali předměty týkající se psychického onemocnění (psychologie, psychopatologie, psychiatrie). Tuto hypotézu potvrdila také otázka č. 8, ve které respondenti nejčastěji uvedli, že během studia absolvovali předměty obecná psychologie, vývojová psychologie, psychopatologie a psychiatrie.

Hypotéza 2:

Očekávám, že respondenti se budou domnívat, že jsou připraveni na práci s osobami s psychickým onemocněním. Tento názor podloží dlouholetou praxí a získanými vědomostmi.

Hypotéza č. 2. Byla potvrzena.

Tato hypotéza byla potvrzena pomocí otázky č. 9, kdy 55,26 %, označilo informace získané během studia jako spíše dostačující pro praxi. Pouze 18,42 % odpovědělo, že informace ze studia považuje za určitě dostačující pro praxi. Tuto hypotézu lze potvrdit

i výsledky z otázky č. 14, ve které se dotazují na to, zda respondenti věděli jak k člověku s psychickým onemocněním přistupovat. Nejvíce z nich (64,86 %) uvedlo, že spíše věděli, jaký přístup zvolit a 21,64 % respondentů uvedlo, že si byli jistí tím, jak by měli k osobě s psychickým onemocněním přistupovat.

Hypotéza 3:

Domnívám se, že nejvíce respondentů motivuje možnost ovlivnit životní situaci lidí s psychickým onemocněním.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena.

Poslední hypotéza byla potvrzena pomocí otázky č. 25. Celkem 18 respondentů uvedlo, že je při práci s lidmi s psychickým onemocněním motivuje to, že mají možnost pozitivně ovlivnit život klientů prostřednictvím jejich pomoci a podpory.

5.6 Výsledky šetření

Z mého průzkumu vyplývá, že většina respondentů (84,21 %) dosáhla magisterského titulu. Bakalářský titul získalo 10,53 % respondentů. A pouhých 5,26 % respondentů má vystudovanou vyšší odbornou školu. Když se zaměříme na to, jaký obor speciální pedagogiky respondenti studovali, tak nejčastějším oborem bylo Učitelství pro ŠMVZP – školy pro mládež vyžadující zvláštní péči (33,33 %). Tento výsledek není až tak překvapivý, protože z otázky č. 11 vyplývá, že 65,80 % respondentů pracuje ve školství. Dále uváděli speciální pedagogiku, logopedii, dramaterapii nebo speciálněpedagogickou andragogiku. Pouze jeden respondent uvedl, že studoval speciální pedagogiku pro učitele a kombinované vady.

Všichni respondenti byli dotazováni na předměty, které absolvovali v průběhu studia. Drtivá většina respondentů (97,37 %) uvedla, že absolvovali předměty týkající se psychologie, psychiatrie, patopsychologie, psychopatologie apod. Pouze jeden z respondentů uvedl, že si není jistý tím, že by tyto předměty absolvoval.

Těch respondentů, kteří předměty absolvovali, jsem se ptala na konkrétní absolvovaný předmět. Ti nejčastěji uváděli, že absolvovali předměty obecná psychologie, vývojová psychologie, psychopatologie, patopsychologie a psychiatrie. Oproti tomu menší počet respondentů uvedl, že absolvoval předmět sociální psychologie, psychologie osobnosti, psychologie dospělosti. Jeden z respondentů uvedl, že v rámci studia absolvoval předmět neuropsychologie.

Vzděláním se zabývala i další otázka, ve které jsem se ptala, zda byly informace z absolvovaných předmětů v rámci studia dostačující pro praxi. Za určitě dostačující informace označilo 18,42 % respondentů. Více než polovina (55,26 %) si myslí, že informace byly pro praxi spíše dostačující. Jako spíše nedostačující označilo teoretické znalosti 13,16 % osob a stejné procento respondentů uvedlo, že neví, zda jim teoretické znalosti stačí pro praxi.

Na otázku č. 13, zda se respondenti setkali s osobou s psychickým onemocněním, odpovědělo dle očekávání 37 z nich kladně. Pouze jediný respondent uvedl, že se takovou osobou nesešel. Na další otázku, odpovídali ti respondenti, kteří uvedli, že se s osobou s psychickým onemocněním setkali. V této otázce mě zajímalo, zda respondenti věděli, jak ke klientovi přistupovat. 8 respondentů uvedlo, že spíše věděli, jaký přístup ke klientovi zvolit. Nejvíce respondentů, celkem 24, uvedlo, že určitě věděli, jak ke klientovi přistupovat. Další 3 respondenti odpověděli, že neví, jaký přístup by ke klientovi zvolili. Pouze 2 respondenti uvedli, že spíše nevěděli přístupem ke klientovi. Žádný z respondentů neuvedl, že určitě nevěděl, jak ke klientovi přistupovat.

Všech respondentů jsem se dotazovala na jejich povědomí o doplňujících službách pro osoby s psychickým onemocněním. Ptala jsem se také na to, zda klienty na tyto služby dokáží dokázat. Více jak polovina respondentů (60,53 %) uvedla, že má povědomí o těchto službách a klienty na ně odkazuje. Přes 21 % respondentů uvedlo, že neví, zda zná doplňující služby a 18,42 % respondentů uvedlo, že doplňující služby nezná, a tudíž na ně klienty neodkazuje.

Také další otázka se týkala doplňujících služeb. Konkrétně jsem se ptala, zda s takovou službou respondenti spolupracují. Vzhledem k předchozí otázce mě překvapilo, že 57,9 % respondentů s žádnou službou nespolečuje. Zbýlých 42,1 % respondentů spolupracuje s doplňujícími službami pro osoby s psychickým onemocněním. Nejčastěji uváděli, že spolupracují s psychiatry, psychology a klinickými psychology. Dále uváděli spolupráci s psychiatrickou ambulancí. Celkem čtyři respondenti uvedli, že spolupracují se sociální službou např. centrum psychosociální rehabilitace. Respondenti v menší míře uvedli, že spolupracují s orgánem sociálně právní ochrany dětí, pedagogicko-psychologickou poradnou, speciálně pedagogickým centrem. Pouze jediný respondent spolupracuje s psychiatrickou léčebnou.

V závěru dotazníku jsem se ptala, zda mají respondenti v zaměstnání možnost rozšíření vědomostí, které by byly přínosné pro práci s lidmi s psychickým onemocněním.

Více než polovina (71 %) respondentů odpověděla, že takovou možnost mají. Zatímco 29 % respondentů uvedlo, že možnost rozšíření vědomostí v zaměstnání nemají.

V dotazníku jsem se také ptala na pohlaví a délku praxe respondentů. Z průzkumu vyplývá, že z 38 respondentů je pouhých 5 (13,16 %) mužského pohlaví. To je jasným ukazatelem toho, že ve školství a sociálních službách pracují častěji ženy než muži.

Na otázku týkající se délky praxe v oboru speciální pedagogiky odpověděli všichni respondenti. Nejvíce (52,62 %) z nich uvedlo, že mají praxi v oboru delší jak 26 let. Praxi mezi 11–15 lety má 18,42 % respondentů. Shodné procento (10,53 %) uvedlo, že má praxi v oboru 6–10 let a 21–25 let. Nejméně respondentů (7,9 %) uvedlo, že jejich praxe v oboru je 21–25 let. Z této otázky vyplývá, že všichni respondenti mají praxi delší jak 6 let.

5.7 Diskuze

V praktické části diplomové práce jsem pomocí jednotného dotazníku zkoumala, zda jsou osoby pracující v oboru speciální pedagogiky připraveni na práci s osobami s psychickým onemocněním.

Cíl 1: Zjistit, jaké vědomosti pro práci s lidmi s psychickým onemocněním respondenti získali během studia speciální pedagogiky. Z výsledků šetření jsem se dozvěděla, že drtivá většina respondentů (97,37 %) uvedla, že absolvovali předměty týkající se psychologie, psychiatrie, patopsychologie, psychopatologie apod. Tyto předměty jsou užitečné při práci s osobami s psychickým onemocněním, neboť práce s lidmi vyžaduje znalosti z těchto oborů. Předmětem dalšího zkoumání by mohlo být spektrum informací, které respondenti studiem těchto předmětů získali. Pouze jeden z respondentů uvedl, že si není jistý tím, že by tyto předměty absolvoval.

Cíl 2: Zjistit, zda se respondenti domnívají, že jsou pro práci s lidmi s psychickým onemocněním připraveni. Co se týče připravenosti pracovníků na práci s osobami s psychickým onemocněním, tak pouhých 10,53 % osob uvedlo, že jsou si určitě jistí svými schopnostmi. Až 34,2 % osob uvedlo, že neví, zda jsou schopni poskytnout pomoc lidem s psychickým onemocněním. Celkem 44,74 % respondentů uvedlo, že si jsou schopni poradit osobám s psychickým onemocněním. A 10,53 % si myslí, že spíše nejsou schopni poskytovat rady lidem s psychickým onemocněním. Tyto výsledky pro mě byly překvapivé, neboť jsem

se domnívala, že speciální pedagogové s mnohaletou praxí jsou zkušení a sebejistí ve všech oblastech jejich práce.

Cíl 3: Zjistit, co respondenty motivuje při práci s lidmi s psychickým onemocněním.

Na tuto otázku nejvíce respondentů odpovědělo, že je motivuje možnost změnit život klientů k lepšímu. Dále respondenti uváděli, že je motivuje zájem ze strany klienta. Respondenti také uváděli, že je motivuje možnost seberealizace a pocit užitečnosti. Jeden z respondentů odpověděl, že ho v práci nemotivuje nic, jelikož je vyhořelý. Vzhledem k náročnosti této profese je překvapivé, že tuto možnost uvedl pouze jeden respondent.

Závěr

Diplomová práce na téma **Osoby s psychickým onemocněním v kontextu speciální pedagogiky** se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část shrnuje poznatky týkající se osob s psychickým onemocněním, specifikuje nejčastější diagnózy. V rámci další kapitoly se práce zabývá postavením osob s psychickým onemocněním v oboru speciální pedagogika. Věnuje se také možnostem terapie a léčby psychického onemocnění. Poslední kapitola teoretické části se věnuje péči, která je lidem s psychickým onemocněním poskytována. Zaměřuje se na zdravotnickou péči, její varianty a alternativy. V závěru kapitoly se práce věnuje oblastem, ve kterých lidé s psychickým onemocněním potřebují pomoc a podporu.

Hlavním úkolem praktické části bylo potvrzení či vyvrácení hypotéz, které se vztahují k cíli práce. Výzkumné šetření bylo kvantitativně zaměřeno a bylo provedeno pomocí dotazníku. Bylo získáno celkem 38 dotazníků od speciálních pedagogů, kteří pracují v různých oblastech. Nejčastější oblastí působení speciálního pedagoga bylo školství. Cílem práce bylo zjistit, zda jsou speciální pedagogové odborně připraveni na práci s osobami s psychickým onemocněním. Dále mě zajímalo, zda si odborníci pracující s lidmi s psychickým onemocněním myslí, že jsou pro tuto práci připraveni. V neposlední řadě mě zajímala jejich motivace pro práci s touto cílovou skupinou.

V rámci šetření bylo zjištěno, že až na jednoho z respondentů všichni ostatní během studia absolvovali předměty týkající se psychologie a psychopatologie. Předpokládám tedy, že alespoň základní informace z těchto oblastí získali. Menší procento respondentů absolvovalo předmět psychiatrie. Nejspíše to bude tím, že se speciální pedagogika obecně příliš nevěnuje osobám s psychickým onemocněním. Samozřejmě se věnuje lidem s mentální retardací, poruchami autistického spektra, ADHD, ale psychiatrickým diagnózám jako např. schizofrenie příliš pozornosti nevěnuje. Myslím si, že by bylo vhodné zaměřit se na tuto skupinu osob a studenty speciální pedagogiky s psychiatrickou problematikou více seznámit.

Na otázku připravenosti speciálních pedagogů pro práci s lidmi s psychickým onemocněním, se necelá polovina respondentů domnívá, že jejich znalosti získané během studia postačují k práci s touto cílovou skupinou. Poměrně dost respondentů uvedlo, že si nejsou jistí tím, zda jsou na práci s lidmi s psychickým onemocněním připraveni. Nízká sebedůvěra může být zapříčiněna nedostatkem znalosti a zkušeností s touto cílovou skupinou.

V rámci šetření bylo také zjištěno, že největší motivací pro pracovníky je možnost pozitivního ovlivnění života lidí s psychickým onemocněním. Dále je motivuje láska k lidem,

možnost seberealizace a pocit užitečnosti. Nelze říci, že by respondentům chyběla motivace a ochota pomáhat lidem s psychickým onemocněním.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENDOVIÁ, Petra, ed. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-422-9.

CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PROSTĚJOV P.O. *Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou*. [online]. 2018. [cit. 15. 1. 2019]. Dostupné z: <https://www.csspv.cz/domov-pro-osoby-s-alzheimerovou-chorobou>

COLEMAN, FARRIS-DUFREENE. *Art Therapy And Psychotherapy: Blending Two Therapeutic Approaches*. 2. Vyd. Routledge, 2014. ISBN 978-13-177-1150-6. [online]. [cit. 30. 5. 2019]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=ys4JBAAAQBAJ&pg=PA10&dq=art+therapy&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwivjd_JrsDiAhUmwsQBHeK2BW04ChDoAQhcMAc#v=onepage&q&f=false

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. *Arteterapie*. [online]. 2019. [cit. 15. 4. 2019]. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/arteterapie>

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 21. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

ČESKO. Zákon č. 435/2004 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 21. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435#cast3>

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

ČMOCHOVÁ, Hana. Speciální pedagog jako člen týmu při prevenci zhoršování kondice dospělého člověka s kombinovaným postižením [online]. Olomouc, 2011 [cit. 11. 6. 2019]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/jduoaa/>>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

FISCHER, Slavomil a kol. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

FURMANÍKOVÁ, Lada. *Speciální pedagogika a lidé s duševním onemocněním: otázky teorie, potřeby praxe. Speciální pedagogika*. [online]. 2019. 322-331 [cit. 15. 3. 2019]. ISSN 1211-2720. Dostupné z:

https://books.google.cz/books?id=FWAQBQAAQBAJ&pg=PA78&dq=speci%C3%A1ln%C3%AD+psychoterapie&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwi7ib_vuL7iAhUq06YKHflqAIw4ChDoAQhUMAk#v=onepage&q&f=false

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.

GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7. [online]. [cit. 22. 5. 2019]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=FWAQBQAAQBAJ&pg=PA78&dq=speci%C3%A1ln%C3%AD+psychoterapie&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwi7ib_vuL7iAhUq06YKHflqAIw4ChDoAQhUMAk#v=onepage&q&f=false

GRAY, Robert. *Art therapy and psychology: a step-by-step guide for practitioners*. New York, NY: Routledge, 2019. ISBN 9781351129039. [online]. [cit. 22. 5. 2019]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=7tmMDwAAQBAJ&pg=PT111&dq=art+therapy&hl=cs&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

HUMBER James. *Biomedical Ethics and the Law*. Springer Science & Business Media. 2013. 658 s. ISBN 978-14-615-6561-1. [online]. [cit. 20. 5. 2019]. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=xzSYBwAAQBAJ&pg=PA136&dq=mental+diseases+definition&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwi-74m1tcPiAhUL6KYKHajqDf84ChDoAQgnMAA#v=onepage&q=mental%20diseases%20definition&f=false>

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

JEŘÁBKOVÁ, Kateřina a kol. *Teoretické základy speciální pedagogiky pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3734-7.

JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024747866. [online]. [cit. 20. 5. 2019]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=FWAQBQAAQBAJ&pg=PA78&dq=speci%C3%A1ln%C3%AD+psychoterapie&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwi7ib_vuL7iAhUq06YKHflqAIw4ChDoAQhUMAk#v=onepage&q&f=false

KŘÍŽKOVSKÁ, Petra. Postavení speciálního pedagoga surdopeda v multidisciplinárním týmu [online]. Brno, 2012 [cit. 11. 6. 2019]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/g0xmi0/>>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Lenka Doležalová, Ph.D.

KUBÍNEK, Radim. *Psychiatrie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3061-4.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví*. [online]. 2017. [cit. 14. 2. 2019]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/30854/Doporučený_postup_2_2017_CDZ.pdf

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. [online]. 2013. [cit. 10. 2. 2019]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)* [online]. 2018. [cit. 8. 2. 2019].

Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Unie/Soubor.ashx?souborID=33059&typ=application/pdf&nazev=P%C5%99%C3%ADloha%20Metodiky%20C4%8D.%206_Z%C3%A1kladn%C3%AD%20principy%20p%C3%A9%C4%8De%20poskytovan%C3%A9%20v%20CDZ.pdf.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.

OŠETŘOVATELSTVÍ.INFO. *Všeobecná sestra*. [online]. 2018. [cit. 15. 2. 2019]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/knowledge-base/vseobecna-sestra/>

PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4332-5.

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

PRAŠKO, Ján, Aleš GRAMBAL, Miloš ŠLEPECKÝ a Jana VYSKOČILOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada Publishing, 2019. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0495-6. [online]. 2019. [cit. 5. 6. 2019]. Dostupné z:

<https://books.google.cz/books?id=QMaSDwAAQBAJ&pg=PA5&dq=obsedantn%C4%9B+kompulzivn%C3%AD+porucha&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwujvLmQydziAhVFxKYKHZ56BuUQ6AEIKTAA#v=onepage&q=obsedantn%C4%9B%20kompulzivn%C3%AD%20porucha&f=false>

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

PROTOPOPOVÁ, Dita. *Nové rozdělení kompetencí pracovníků v multidisciplinárním týmu* [online]. 2017. [cit. 15. 2. 2019]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/PrototopovaDita_kulaty-stul-11.4._web.pdf.

PROTOPOPOVÁ, Dita. *Aktuální stav reformy psychiatrické péče. ZN PLUS*. [online]. 2018. [cit. 15. 2. 2019]. ISSN 2533-3968. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2018/03/ZNPL_09_magazinA_N6.pdf

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008* [online]. 2008. [cit. 10. 2. 2019]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/005-koncepce-oboru-psychiatrie2008.pdf>.

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 9788086471525.

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. 466 s. ISBN: 978-80-246-1985-9.

SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

SPITZER T., SPITZER R. *Psychobattery: A Chronicle of Psychotherapeutic Abuse*, Springer Science & Business Media, 2013. 236 s. ISBN 978-14-612-5997-8. [online]. [cit. 17. 5. 2019]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=1_IqBgAAQBAJ&pg=PT49&dq=mental+diseases+definition&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwi-74m1tcPiAhUL6KYKHajqDf84ChDoAQhgMAg#v=onepage&q&f=false

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018. *Pedagogika (Grada)*. ISBN 9788027104703. [online]. [cit. 20. 5. 2019]. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=E7JJoDwAAQBAJ&pg=PA265&dq=Techniky+osobnostn%C3%ADho+rozvoje+a+du%C5%A1evn%C3%AD+hygieny+u%C4%8Ditele.+Praha&hl=c>

s&sa=X&ved=0ahUKEwiLrJqH1NriAhXvwsQBHe-
9DrMQ6AEIKTAA#v=onepage&q=Techniky%20osobnostn%C3%ADho%20rozvoje%20a%
20du%C5%A1evn%C3%AD%20hygieny%20u%C4%8Ditele.%20Praha&f=false

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Psychiatrická péče 2017*. [online]. 2018. [cit. 20. 1. 2019]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VACHKOVÁ, Lenka. *Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné*. [online]. 2008. [cit. 20. 1. 2019]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/03/07.pdf>

VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich a kol. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL, ed. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

VYMĚTAL, Jan a kol. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

WOLF, Doris. *Jak překonat strach, úzkost, paniku, fobie*. Přeložil: Lucie PELÁKOVÁ. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0618-9. [online]. [cit. 20. 5. 2019]. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=TkRLDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=%C3%BAzkost&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwjWq8Sr3cziAhVBZVAKHUEhAYkQ6AEIKDAA#v=onepage&q=kompulze&f=false>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICD-11 Beta Draft* [online]. 2012. [Cit. 27. 1. 2018]. Dostupné z: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO.....	Světová zdravotnická organizace
MKN – 10.....	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
MKN – 11.....	Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize
DSM – V	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch 5. revize.
OCD	Obsedantně kompulzivní porucha

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Psychiatrické nemocnice/léčebny pro děti a dospělé (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018, s. 25)

Obrázek 2 – Psychiatrická oddělení nemocnic (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018, s. 25)

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Pohlaví respondentů

Tab. 2. Věk respondentů

Tab. 4. Nejvyšší dosažené vzdělání

Tab. 6. Vystudovaný obor speciální pedagogiky

Tab. 7. Předměty

Tab. 8. Konkrétní absolvované předměty

Tab. 9. Informace ze studia

Tab. 10. Délka praxe

Tab. 11. Oblast působení

Tab. 12. Nejvíce využívané informace ze studia

Tab. 13. Setkání s osobou s psychickým onemocněním

Tab. 14. Přístup k člověku s psychickým onemocněním

Tab. 15. Nejtěžší moment při práci s osobou s psychickým onemocněním

Tab. 16. Schopnost poradit člověku s psychickým onemocněním

Tab. 17. Povědomí o doplňujících službách

Tab. 18. Spolupráce s doplňující organizací pro osoby s duševním onemocněním

Tab. 19. Spolupracující organizace

Tab. 20. Na koho byste se obrátili, pokud byste si s klientem nevěděli/a rady

Tab. 21. Konzultace s odborníky

Tab. 22. Spolupráce s odborníkem

Tab. 23. Možnost rozšíření vzdělání

Tab. 24. Oblast vzdělávání

Tab. 25. Přínos práce a motivace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník

Odborné předpoklady pracovníků pro práci s lidmi s psychickým onemocněním

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Hrachová a jsem studentkou 2. ročníku oboru Speciální pedagogika - poradenství na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci na téma Osoby s psychickým onemocněním v kontextu speciální pedagogiky. Cílem mé práce je zjistit, kde všude se může setkat speciální pedagog s osobou s psychickým onemocněním a zda je na toto setkání odborně připraven. Děkuji za Váš čas.

1. Pohlaví – muž, žena.

2. Jaký je Váš věk?

- a) 20 - 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 – 65 let
- e) 65 let a více

3. V jakém kraji ČR pracujete?

- a) Hlavní město Praha
- b) Středočeský kraj
- c) Jihočeský kraj
- d) Plzeňský kraj
- e) Karlovarský kraj
- f) Ústecký kraj
- g) Liberecký kraj
- h) Královehradecký kraj
- i) Pardubický kraj
- j) Kraj Vysočina
- k) Jihomoravský kraj
- l) Olomoucký kraj

- m) Zlínský kraj
- n) Moravskoslezský kraj

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední s maturitou
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské – Bc.
- d) Vysokoškolské – Mgr.

5. Jaký obor máte vystudovaný?

- a) Speciální pedagogika
- b) Sociální práce
- c) Psychologie
- d) Jiný

6. Pokud máte speciálněpedagogické vzdělání, uveďte prosím, jaký obor jste studoval/a:

.....

7. Měl/a jste v rámci studia odborné předměty týkající se psychického onemocnění, např. Obecná psychologie, vývojová psychologie, sociální psychologie, psychologie osobnosti, psychologie dospělosti, psychiatrie, psychopatologie, patopsychologie apod.

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nejsem si jistý

8. Pokud ano, uveďte prosím, o jaký předmět se jednalo.

.....

9. Dozvěděl/a jste se v rámci tohoto předmětu informace o osobách s psychickým onemocněním? Byly tyto informace dostačující pro Vaši praxi?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím

- d) Spíše ne
- e) Určitě ne

10. Jak dlouhá je Vaše praxe v oboru speciální pedagogiky nebo sociální práce?

- a) 0 – 5 let
- b) 6- 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 – 25 let
- f) 26 a více

11. V jaké oblasti pracujete?

- a) Sociální služby
- b) Nezisková organizace
- c) Úřad práce
- d) OSPOD – oddělení sociálně právní ochrany dětí
- e) Škola – mateřská, základní, střední
- f) Poradenské služby – PPP, SPC,
- g) Dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav, diagnostický ústav, středisko výchovné péče
- h) Psychiatrické nemocnice
- i) Věznice

12. Jaké informace ze studia využijete ve své praxi nejvíce?

- a) Legislativa
- b) Sociální práce
- c) Speciální pedagogika
- d) Komunikace
- e) Jiné (prosím uveďte)

13. Setkali jsme se při práci s osobou s psychickým onemocněním?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14. Pokud ano, věděli jste jak k takovému člověku přistupovat?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne

15. Co pro Vás v tu chvíli bylo nejtěžší?

.....

16. Myslíte si, že jste schopni poradit člověku s psychickým onemocněním v jeho životní situaci?

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Určitě ne

17. Máte povědomí o doplňujících službách pro osoby s psychickým onemocněním ve Vašem městě? Dokážete je na tyto služby odkázat?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

18. Spolupracujete s některou z doplňujících služeb nebo organizací?

- a) Ano
- b) Ne

19. Pokud ano, uveďte prosím, se kterými organizacemi nebo odborníky spolupracujete.

.....

20. Na koho byste se obrátili, pokud byste si s klientem nevěděl/a rady?

.....

21. Máte ve svém zaměstnání možnost konzultace s odborníky na oblast psychického onemocnění?

- a) Ano
- b) Ne

22. Pokud ano, uveďte prosím, o jakého odborníka se jedná (oblast)

.....

23. Máte ve svém zaměstnání možnost rozšíření Vašich vědomostí, které by byly přínosné pro Vaši práci s lidmi s psychickým onemocněním?

- a) Ano
- b) Ne

24. Pokud ano, uveďte prosím, v jaké oblasti byste se chtěl/a více vzdělávat?

.....

25. .Co vidíte jako největší přínos Vaší práce? Co Vás motivuje?

.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Aneta Hrachová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií Univerzity Palackého v Olomouci
Vedoucí práce:	Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.
Rok obhajoby	2019

Název práce:	Osoby s psychickým onemocněním v kontextu speciální pedagogiky
Název v angličtině:	People with mental illness in the context of special education
Anotace práce:	<p>Diplomová práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje psychické onemocnění a nejčastější diagnózy psychiatrické praxe v České republice. Zabývá se také postavením osob s psychickým onemocněním v oboru speciální pedagogika a v systému péče o tyto osoby.</p> <p>Praktická část diplomové práce se věnuje výzkumnému šetření, které se zaměřuje na odborníky pracující s lidmi s psychickým onemocněním.</p>
Klíčová slova:	Osoby s psychickým onemocněním, psychické onemocnění, speciální pedagogika, zdravotní péče, sociální péče, multidisciplinární tým.
Anotace v angličtině:	The Diploma thesis is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part describes mental illnesses and the most common diagnosis of psychiatric practice in the Czech Republic. It is also engaged in footing of people with mental

	illness in the field of special education and system of care. The practical part of the thesis contains a research that is focused on specialists working with mentally ill people.
Klíčová slova v angličtině:	Persons with mental illness, mental illness, special pedagogy, health care, social care, multidisciplinary team.
Přílohy vázané k práci:	Příloha č.1 Dotazník: Odborné předpoklady pracovníků pro práci s lidmi s psychickým onemocněním.
Rozsah práce:	124 stran
Jazyk práce:	Český jazyk