

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Adéla Krajinová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Duševní onemocnění pohledem sociálních pracovníků

Adéla Krajínová

2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Adéla Krajinová**
Osobní číslo: **Z18211**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Téma práce: **Duševní onemocnění pohledem sociálních pracovníků**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
2. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
3. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
4. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012, ISBN 978-80-246-1985-9.
5. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Barbora Faltová**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2021**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Duševní onemocnění pohledem sociálních pracovníků jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 20. 4. 2021

Adéla Krajínová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí mé práce paní Mgr. Barboře Faltové za pomoc při psaní práce a za její cenné rady a doporučení. Dále bych ráda poděkovala zařízením a veškerým respondentům, kteří se ochotně zúčastnili dotazníkového šetření, díky kterým se mohl průzkum uskutečnit. Závěrem bych ráda poděkovala všem, kteří mě podporovali nejen při psaní bakalářské práce, ale i po celou dobu studia.

ANOTACE

Tato bakalářská práce pojednává o zkušenostech sociálních pracovníků, kteří pracují s osobami trpícími duševním onemocněním. V teoretické části popisuje obecně duševní onemocnění a stručný vývoj pojmu v historii. Dále se zaměřuje na popis terminologie duševních onemocnění dle mezinárodní klasifikace nemocí. Teoretická část se dále zabývá problematikou sociální práce v oblasti duševního zdraví. Popisuje teorie a metody sociální práce s duševně nemocnými osobami, kompetence sociálních pracovníků pro práci s osobami s duševním onemocněním. Průzkumná část obsahuje data z analýzy dotazníkového šetření s cílem zmapovat pracovní zkušenosti sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků v oblasti péče o duševně nemocné jedince.

KLÍČOVÁ SLOVA

Duševní onemocnění, sociální práce, sociální pracovník, sociální služby, zkušenosti sociálních pracovníků, metody sociální práce

TITLE

Mental illness from the perspective of social workers

ANNOTATION

This bachelor thesis deals with the experience of social workers who works with people with mental illness. The theoretical part describes mental illness in general and brief history of the concept. Next, the work focuses on the description of the terminology of mental illness according to the international classification of diseases. The theoretical part also deals with the issue of social work in mental health. It describes theories and methods of social work with mentally ill people, characteristics, competences and possible pitfalls of the work of social workers in this topic and appropriate social services. The exploratory part contains data from the analysis of a questionnaire survey in order to map the work experience of social and health-social workers in the field of care for mentally illness individuals.

KEYWORDS

Mental illness, social work, social worker, social services, experiences of social workers, methods of social work

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíl práce.....	12
1.1 Cíle teoretické části.....	12
1.2 Cíle průzkumné části.....	12
Dílčí cíle průzkumné části	12
2 Teoretická část	13
2.1 Duševní onemocnění.....	13
2.1.1 Vývoj pojmu v historii.....	14
2.1.2 Současné pojetí duševního onemocnění	14
2.1.3 Dělení duševních nemocí.....	15
2.1.4 Organické duševní poruchy	16
2.1.5 Schizofrenie, poruchy s bludy	16
2.1.6 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané vlivem psychoaktivních látek...18	
2.1.7 Neurotické poruchy: Fobické úzkostné poruchy	18
2.1.8 Neurotické poruchy: Obsedantně-kompulzivní porucha	19
2.1.9 Afektivní poruchy	20
2.1.10 Úskalí spojená s duševním onemocněním a specifické potřeby nemocných	20
2.2 Sociální práce s duševně nemocnými	22
2.2.1 Sociální práce.....	22
2.2.2 Teorie a metody sociální práce	22
2.2.3 Sociální služby.....	24
2.3 Sociální pracovník pracující s lidmi s duševním onemocněním.....	25
2.3.1 Náplň práce sociálního pracovníka.....	26
2.3.2 Kompetence sociálního pracovníka	26
2.3.3 Úskalí práce sociálního pracovníka	27
3 Průzkumná část	29

3.1	Hlavní průzkumný cíl.....	29
3.2	Dílčí průzkumné cíle	29
3.3	Průzkumné metody.....	29
3.4	Výběr respondentů průzkumu	30
3.5	Příprava průzkumu	30
3.6	Metoda analýzy dat	31
3.7	Vyhodnocení a prezentace získaných dat	32
4	Diskuze	57
5	Závěr	65
6	Použitá literatura	67
7	Přílohy.....	69

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Grafické znázornění výskytu nejčastějších diagnóz.....	32
Obrázek 2 Grafické znázornění zprostředkování kontaktu.....	34
Obrázek 3 Grafické znázornění nejčastěji řešených oblastí života.....	35
Obrázek 4 Grafické znázornění pořadí komunikačních překážek	37
Obrázek 5 Grafické znázornění délky intervence v centrech duševního zdraví.....	39
Obrázek 6 Grafické znázornění délky intervence v psychiatrické nemocnici	39
Obrázek 7 Grafické znázornění počtu výkonů	41
Obrázek 8 Grafické znázornění funkčnosti multidisciplinární spolupráce.....	42
Obrázek 9 Grafické znázornění dostupnosti péče pro duševně nemocné.....	43
Obrázek 10 Grafické znázornění nejdůležitějších oblastí multidisciplinární spolupráce	44
Obrázek 11 Grafické znázornění spolupracujících profesí v multidisciplinárním týmu	45
Obrázek 12 Grafické znázornění nejčastějších typů intervencí sociální práce.....	46
Obrázek 13 Grafické znázornění nejčastěji používaných přístupů sociální práce.....	47
Obrázek 14 Grafické znázornění nedostatků v oblasti zajištění péče o duševně nemocné	48
Obrázek 15 Grafické znázornění možných úskalí profese sociálního pracovníka	49
Obrázek 16 Grafické znázornění motivace sociálních pracovníků	50
Obrázek 17 Grafické znázornění výskytu typů sociálních pracovníků	51
Obrázek 18 Grafické znázornění současné motivovanosti sociálních pracovníků.....	52
Obrázek 19 Grafické znázornění pohlaví respondentů.....	53
Obrázek 20 Grafické znázornění dosaženého vzdělání respondentů.....	54
Obrázek 21 Grafické znázornění respondentů dle typu zařízení	55
Obrázek 22 Grafické znázornění délky praxe respondentů	56
Tabulka 1 Pořadí nejčastějších diagnóz.....	32
Tabulka 2 Grafické znázornění pořadí jednotlivých překážek v komunikaci	37
Tabulka 3 ÚZIS - Úmrtí pod vlivem drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v roce 2019 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (ÚZIS, 2020 Praha).....	70

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
WHO	Světová zdravotnická organizace
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
CDZ	Centrum duševního zdraví

ÚVOD

Téma duševního onemocnění je velice široké a z mého pohledu i velice zajímavé. Jak uvádí ve své knize Matoušek (2010, s.133) „*Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý rozsah i různé cíle-od obnovení stavu duševní rovnováhy až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch*“. Do své práce jsem se snažila vybrat stěžejní témata této problematiky, tak aby vše důležité bylo zmíněno, ale zároveň, aby čtenář nebyl přehlacen informacemi. Jednotlivá témata na sebe navazují ve vzájemných kontextech a jsou tak co nejvíce propojena, což je pro jejich pochopení nezbytné. V práci uvádím, z mého pohledu, ty nezajímavější informace a statistiky, které by mohly zaujmout i čtenáře mimo tuto problematiku. Příprava před samotným tvořením této práce zahrnovala studium bibliografických a online odborných zdrojů. Teoretická část práce zahrnuje informace, ze kterých jsem vycházela při tvorbě dotazníku, tak aby veškeré informace vyplývající z průzkumu byly podloženy odbornou literaturou.

Toto téma jsem si vybrala na základě vlastního zájmu o danou problematiku. V rámci studia jsem již měla příležitost absolvovat praxi v oblasti sociální práce s duševně nemocnými lidmi. Absolvovala jsem praxi jak v psychiatrické nemocnici, tak v rámci sociálních služeb pro duševně nemocné jedince. Zejména díky mé praxi a konzultacím s odborníky z této oblasti jsem měla možnost vytvořit si představu o práci sociálních pracovníků a také o možných nedostatcích v této oblasti. Rozhodla jsem se proto psát práci na toto téma a přiblížit tak problematiku i dalším zájemcům.

Práce je vypracována do dvou částí. Část teoretická vymezuje problematiku duševního onemocnění a ním spojená úskalí v různých oblastech běžného života jako například nedostatek financí, pracovní uplatnění nebo vhodné bydlení. Dále pak popisuje oblast sociální práce s osobami s duševním onemocněním. Průzkumná část pak vychází z výzkumných dat získaných dotazníkovým šetřením prováděným v psychiatrické nemocnici a v centrech duševního zdraví. Průzkumná data byla analyzována popisnou statistikou. Průzkumná část má za cíl zmapovat pracovní zkušenosti pracovníků v těchto zařízeních v oblasti péče o duševně nemocné osoby.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Cíle teoretické části

- Popsat specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.
- Popsat duševní onemocnění.
- Vymezit kompetence sociálního pracovníka při práci s lidmi trpícími duševním onemocněním.
- Charakterizovat sociální služby a možnosti vhodné terapie pro osoby s duševním onemocněním.

1.2 Cíle průzkumné části

Průzkumný cíl:

Hlavním cílem průzkumné části je zmapovat pracovní zkušenosti sociálních pracovníků v péči o osoby s duševním onemocněním.

Dílčí cíle průzkumné části

- 1) Zjistit, jakými metodami sociální práce nejčastěji pracují sociální pracovníci s duševně nemocnými klienty.
- 2) Zjistit, jaká jsou nejčastější úskalí práce sociálních pracovníků v oblasti péče o osoby s duševní nemocí.
- 3) Zmapovat, jaké oblasti běžného života sociální pracovníci s duševně nemocnými osobami nejčastěji řeší v souvislosti s duševním onemocněním.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Duševní onemocnění

„Dle Světové zdravotnické organizace znamená pojem psychická porucha poruchu duševní činnosti specifickou v klinických projevech, kterou lze spolehlivě rozeznat jako definovaný standardní soubor znaků a je tak závažná, že vede ke ztrátě pracovní schopnosti, sociální kapacity, nebo obojího“. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2019, s. 23)

Ke správné diagnostice duševní poruchy je nezbytné znát, nejen diagnostická kritéria konkrétního onemocnění, ale i normu duševního zdraví. Toto je nezbytné kvůli včasnému rozpoznání duševního onemocnění, k diagnostice a výběru terapeutického postupu. Úvodnímu období vzniku a rozvoje duševního onemocnění je nezbytné věnovat zvýšenou pozornost. V tuto chvíli je k dispozici iniciální symptomatika duševního onemocnění, která se může lišit od symptomatiky onemocnění v rozvinutém období. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2019, s. 23)

Dle Duška a Procházkové (2019, s. 25) lze duševní poruchu v rámci existence člověka posuzovat dvojím způsobem. První způsob posouzení zní: *„Duševní zdraví a duševní porucha jsou hodnoceny v kontinuální jednotě. Porucha je včleněna do dynamiky rozvoje osobnosti. S poruchou se kalkuluje jako s jednou vývojovou etapou osobnosti. Poruchou pokračuje vývoj osobnosti do období duševního zdraví. Tento přístup považuje poruchu za zákonité vyústění vývoje osobnosti, je do jejího vývoje včleněna.“* Oproti tomu druhý způsob posouzení zní: *„Na duševní zdraví a duševní poruchu se lze dívat jako na dva protikladné jevy. Porucha není včleněna do dynamiky vývoje osobnosti. Těžiště je na rozhraní mezi premorbidním syndromem a incipientním stádiem poruchy. Zde dochází ke kvalitativní změně ve vývoji osobnosti a začíná se prosazovat vývoj chorobného procesu. Chorobný proces není přímým pokračováním vývoje osobnosti, vývoj se chorobným procesem narušuje a zastavuje.“* Naproti tomuto poněkud složitějšímu výkladu Miňhová a Lovasová (2018, s. 15) popisují duševní zdraví takto: *„V užším pojetí definujeme duševní zdraví jako nepřítomnost symptomů duševní nemoci, nerovnováhy a maladaptace. V širším pojetí charakterizujeme tento pojem jako projev optimálního duševního zdraví, což splývá s popisem optimální duševní adaptace.“* Z tohoto vyplývá, že osobnost duševně zdravého člověka je taková osobnost, ve které veškeré emoční a myšlenkové pochody probíhají optimálním způsobem. Utváří vnitřní harmonický vztah mezi intelektem, emocemi a prožíváním vnější reality. (Miňhová, Lovasová, 2018, s. 16)

2.1.1 Vývoj pojmu v historii

S pojmy duševní zdraví a duševní onemocnění se v praxi nejčastěji setkáváme zejména v oblasti psychiatrické péče. Obor psychiatrie, jako takový, je jedním ze základních lékařských oborů s dlouholetou praxí. Radoch (2012, s.13) definuje obor psychiatrie takto „*vědní a klinická disciplína zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch.*“ Popis a význam duševních onemocnění v historii ovlivňovaly nejen poznatky z oblasti přírodních věd, medicíny, ale také z oblasti filosofie. Spousta názorů byla utvářena v závislosti na kulturní a mentální vyspělosti společnosti. Lidé v minulosti přikládali příčiny nejen duševních nemocí k magii, k hněvu nadpřirozených sil a božstev. Nemocní, proto byli v rámci léčby zařikáváni, či trestáni. Dále byly používány lektvary, ať už rostlinného nebo živočišného původu. Tohoto druhu léčitelství se z počátku ujímali šamani, léčitelé a kněží. První písemné zmínky o duševních chorobách můžeme najít i v bibli. Významný podíl na vzniku psychiatrie má Hippokrates, který na základě převahy tělních tekutin rozdělil osobnost do typologií. Jedná se o pojmy: flegmatik, sangvinik, choleric a melancholik. Při nerovnováze těchto tekutin vznikají dle Hippokrata v mozku duševní choroby. Ve společnosti se tyto termíny stále používají, i přesto, že již nejsou součástí oficiální psychiatrické terminologie. S příchodem středověku začaly vznikat tzv. hospitály. První azyl pro duševně nemocné vznikl v roce 830 v Metách. Péče zde byla poskytována lékařsky vzdělanými mnichy a byla poskytována zejména z důvodu ochrany obyvatelstva před „nebezpečnými“ duševně nemocnými jedinci. S rozvojem křesťanství přestali být duševně nemocní považováni za nemocné, ale za posedlé ďáblem. Šílenství bylo projevem posedlosti a často tak docházelo k rituálním modlitbám a exorcismu. S rozvojem humanismu a renesance se začaly prosazovat medicínské přístupy k duševně nemocným. Zde byl významným představitelem osvěty v oblasti duševně nemocných Johann Weyer, který se zabýval psychopatologií. V době nástupu osvícenství v 17. a 18. století vytvořil profesor Felix Platter systematickou klasifikaci psychických nemocí a zařadil ji mezi ostatní tělesné nemoci. Psychiatrie se tak začala považovat za jeden ze základních oborů medicíny. (Radoch, Pavlovský, 2012, s.13-16)

2.1.2 Současné pojetí duševního onemocnění

Konkrétní úskalí spojená s duševním onemocněním uvádím podrobněji v kapitolách níže. V rámci současného pojetí duševního zdraví je také nezbytné zmínit pojem stigmatizace. Stigmatizace jedinců s duševní poruchou není žádnou novinkou, naopak by se dalo říci, že se tyto problematiky vyvíjí současně. Pojem stigmatizace v sobě zahrnuje značkovací reakce společnosti, což v podstatě znamená to, že automaticky a stereotypně očekáváme, že se jedinec

s duševním onemocněním bude chovat dle určité „nálepky“. Tyto „nálepky“ mohou být různá hanlivá označení jako např. „magor“, „psychouš“. Na základě těchto označení pak společnost jedná s duševně nemocným člověkem s despektem, podřadností a často jím naprosto pohrdá. Stigmatizace společností s sebou, jak je z logiky věci zřejmé, přináší problém sociální izolace. Jedinci jsou často vykázáni z většinové společnosti a mnohdy se ji i dobrovolně vyhýbají. Dalším úskalím je sebestigmatizace. K té dochází v situaci, kdy člověk přijímá negativní postoje, které vůči němu zaujímají druzí lidé. Lidé na základě častého odmítání od druhých postupně začínají být vůči sobě kritičtí a vyhýbají se sociálním kontaktům zcela dobrovolně. Stigmatizaci i sebestigmatizaci lze ovlivnit informovaností veřejnosti o duševních chorobách. (Ocisková, Praško, 2015, s.23-24, 38-39)

V současné době se ČR snaží o reformu psychiatrické péče. Hlavním důvodem této reformy je fakt, že současná psychiatrická péče je zastaralá a mnohdy se odehrává v nevyhovujícím a zastaralém prostředí léčeben. Model současné péče nezajišťuje podporu nemocných v jejich přirozeném prostředí ani koordinaci a spolupráci návazných služeb. Reforma by měla zajistit transformaci péče z ústavních zařízení do ambulancí a zavádění nových přístupů a metod. Výrazně by se měla posilnit kvalita a dostupnost primární zdravotnické a psychiatrické péče, což v praxi povede k včasné diagnostice a zachycení poruch. Rozšířit by se měla komunitní péče a síť služeb pro duševně nemocné jedince např. centra duševního zdraví. Důraz je v rámci reformy kladen také na multidisciplinární a meziřesortní spolupráci. Cílem péče o duševně nemocné by mělo být zotavení (recovery), což zaručuje plnohodnotný život každému bez ohledu na jeho onemocnění. Tato myšlenka vychází z teze, že člověk může žít spokojený život, aniž by se musel plně vyléčit ze svého onemocnění. (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017)

Reforma psychiatrické péče má svá pro a proti. Je mnohými opěvována, ale také ostře kritizována. Jako příklad uvádím Matouška (2011, s.109-110), který v souvislosti s trendem deinstitucionalizace ve své knize uvádí, že: „*Pro určitý typ pacientů v určité fázi nemoci je a bude hospitalizace nejlepší možností.*“

2.1.3 Dělení duševních nemocí

Duševní nemoci se dle MKN-10 (2018, s. 191-195) dělí do jedenácti podskupin. Celá kapitola se v klasifikaci označuje F00-F99-Poruchy duševní a poruchy chování. Dále se rozděluje na skupiny organických duševních poruch, do které spadá mimo jiné Alzheimerova choroba (F00) a Vaskulární demence (F01). Skupiny duševních poruch a poruch chování způsobené užíváním

psychoaktivních látek, schizofrenie a poruchy schizotypní a poruchy s bludy, dále afektivní poruchy, neurotické, stresové a somatoformní poruchy, což mohou být fobické úzkostné poruchy či obsedantně-kompulzivní poruchy. Další skupinou jsou syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, poruchy osobnosti a chování u dospělých, mentální retardace, poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání a neurčené duševní poruchy.

Práce se níže zabývá především podskupinami schizofrenie, zejména pak paranoidní schizofrenie a poruchám vyvolaných účinkem psychoaktivních látek, fobickými úzkostnými poruchami, afektivními a neurotickými poruchami.

2.1.4 Organické duševní poruchy

Příčinou vzniku organických duševních poruch je poškození mozkové tkáně. Toto poškození může mít různé příčiny např. atrofie mozku ve stáří, tumory, toxické, infekční či metabolické poruchy. Mezi organické duševní poruchy se řadí: demence a poruchy kognitivních funkcí, deliria, afektivní, psychotické či organické poruchy osobnosti (Dušek, Večeřová-Procházková, 2019, s.183; Radoch, Pavlovský a kol., 2012, s.170). Mezi nejtypičtějšího zástupce organických poruch patří demence. Tato porucha má za následek úbytek kognitivních funkcí, který se prolíná do všech oblastí života a následně vede k rozpadu osobnosti. O demenci lze hovořit až po dosažení věku dvou let života, do dvou let mluvíme o mentální retardaci. Demence má chronický průběh, který lze ovlivňovat jak pozitivně (trénink kognitivních funkcí, užívání kognitiv a nootropik), tak negativně (sociální izolace, nezáměr). Obvykle postihuje osoby staršího věku. Vágnerová (2014, s. 250, cit. podle Smolík, 1996; Gelder et al., 1996; Hanuš et al., 2000) uvádí, že demencí trpí 5% osob ve věku nad 65 let, 10% osob ve věku 75 let a 30% osob ve věku 85 a více let. Základem pro vznik demence může být poškození centrální nervové soustavy, genetické predispozice, fyzikální, chemické a biologické faktory. Při demenci je výrazně narušená funkce paměti, pozornosti, orientace v čase i prostoru. Onemocnění provází zmatenost, snížená či naopak zvýšená emoční reaktivita, zvýšená agresivita, vymizení motivace a zájmů, emoční plochost, nezáměr. (Vágnerová, 2014, s. 249-255)

2.1.5 Schizofrenie, poruchy s bludy

Dle statistik WHO trpí schizofrenií 20 milionů lidí po celém světě, postihuje muže i ženy a z výzkumů vyplývá, že lidé trpící touto nemocí mají 2-3x větší pravděpodobnost, že zemřou dříve než běžná populace. Často bývá způsobena fyzickými poruchami, jedná se o poruchy metabolické, infekční a kardiovaskulární. (WHO, 2019)

Schizofrenie je vážné psychické onemocnění, které je charakterizováno poruchami myšlení, vnímání a osobnosti. Dalším charakteristickým rysem je porucha emotivity zejména: emoční plochost, nepřiměřenost, chudost či oploštělost. Toto onemocnění se objevuje nejčastěji v mladém věku, okolo dvaceti let. Jeho průběh je buď kontinuální, nebo se navrácí v relapsech. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2019, s.224)

Typický je pozvolný rozvoj nemoci, který doprovázejí prodromální příznaky. Tyto příznaky jsou často považovány za normální chování dospívajících jedinců. Jedná se například o klackovitost, nesoustředěnost, uzavřenost, pasivitu či unavenost. Tyto projevy jsou mnohdy považovány za charakterové rysy a jsou omlouvány a nebrány příliš vážně. Vágnerová (2014, s. 344) uvádí příklad: *„matka nemocného trpící paranoidní schizofrenií byla velmi dlouho přesvědčena, že psychotické projevy jejího syna jsou důsledky jeho charakterové chyby, myslela si, že má špatnou povahu, ale nebyla ochotna si připustit, že jde o duševní onemocnění“*. Potvrzení diagnózy schizofrenie je pro rodinu vždy velká zátěž. V další fázi rozvoje onemocnění se objevuje přílišné hloubání nad maličkostmi, zaujetí okultismem či vírou. Zde již dochází k narušení emoční stability a formování halucinací a bludů. Mahralová, Veglářová (2008, s. 75) uvádějí, že *„nepochopení situace může vést k přesvědčení, že události každodenního života mají pro jedince zvláštní, obvykle zlověstný význam“*. Dle Radocha (2012, s. 248) jsou halucinace *„projev zkráceného vnímání reality a jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu“*. Halucinace mohou postihovat všechny smysly, nejčastěji bývají sluchové. Jedinec trpící schizofrenií pak může vnímat hlasy, které k němu promlouvají přímo, mluví o něm, nebo mu dokonce dávají příkazy. Bludy popisuje Radoch (2012, s.249) jako *„mylná nevyvratná přesvědčení, která nemocnému připadají zcela pravdivá a reálná“*. Bludy mají většinou postupný časový vývoj od pouhých myšlenek, až k rozvoji propracovaného systému bludů. Časté jsou bludy, kdy má jedinec pocit, že je sledován a odposloucháván. Dále pak pocity vztahovačnosti a vlastní výjimečnosti. Velmi často se objevují bludy s náboženskou tematikou. Bludy jsou nevyvratné, to je důležitý fakt pro komunikaci s nemocnými jedinci. (Radoch, Pavlovský a kol., 2012, s.248-249; Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s.75)

V rámci klinického rozdělení se zaměřuji zejména na paranoidní schizofrenii. Tato forma se vyskytuje nejčastěji. Je charakteristická přítomností paranoidního syndromu. Dochází k postupnému formování bludů, zejména perzekučních, velíkášských, vztahovačných, a k výskytu halucinací, nejčastěji sluchových. Průběh onemocnění je epizodický, střídají se ataky a ústupy projevů. (Dušek, Večeřová-Procházková,2019, s.230)

2.1.6 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané vlivem psychoaktivních látek

Do skupiny těchto poruch patří poruchy vyvolané požíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, stimulantů, kokainu, halucinogenů, tabáku a organických rozpouštědel (Dušek, Večeřová-Procházková, 2019, s.209-210). Ze statistik ÚZIS v roce 2019 se v České Republice smrtelně předávkovalo celkem 84 jedinců, 133 jedinců zemřelo pod vlivem drog a 84 jedinců zemřelo přímým vlivem drog viz. tabulka- příloha A. Tyto poruchy velmi často předchází a provází depresivní a úzkostné stavy. Jedinci se mnohdy cítí psychicky na dně nebo naopak cítí potřebu nezávislosti a útechy. Východisko hledají v psychoaktivních látkách. Jak uvádí Mahrová a Venglářová (2008, s.73) nastává vnitřní postoj: „*Chci být nezávislý, ale přitom jsem závislejší než ostatní. A to je můj způsob fungování ve světě*“. Výskyt abúzu psychoaktivních látek není žádnou novinkou a je stále více aktuální. Proto se jím zabývá celý obor zvaný adiktologie, který Kalina (2015, s.21) definuje jako „*transdisciplinární obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem potenciálně závislostního chování*“. Diagnosticky lze užívání látek rozdělit do následujících skupin: akutní intoxikace, což je stav následující po požití návykové látky, škodlivé užívání, užívání, které poškozuje zdraví jedince, syndrom závislosti - potřeba užívání látky se dostává před jiné potřeby, odvykací stav - skupiny příznaků doprovázející vysazení látky, odvykací stav s deliriem - po vysazení látky, častý u osob silně závislých, doprovázený halucinacemi a iluzemi a poslední psychotická porucha, která je doprovázena halucinacemi, bludy, vztahovačností, dochází k ní z důvodu poškození mozku nadměrným užíváním škodlivých látek. (Venglářová, Mahrová a kol, 2008, s.73-75)

2.1.7 Neurotické poruchy: Fobické úzkostné poruchy

Dušek a Večeřová-Procházková (2019, s.248) uvádí, že „*úzkost je běžným jevem každodenního života jako funkce očekávání spojená s neurčitostí*“. Pro stanovení diagnózy je nezbytné nejprve rozeznat strach a úzkost. Strach je podložen něčím konkrétním a příčina úzkosti konkrétní podobu naopak nemá. Dále je pro určení poruchy třeba rozlišovat úzkost „normální“ a „patologickou“. Patologická úzkost má vyšší intenzitu, její výskyt je častější a je jedincem špatně zvládána. Často se vyskytuje v situacích, které většina lidí bez problému zvládá. U fobických poruch bývá úzkost specifická, čímž se liší např. od generalizované úzkostné poruchy. Radoch a Pavlovský (2012, s.275) ve své knize uvádí, že „*jedinec, který pociťuje výraznou úzkost v přítomnosti určitého podnětu nebo v situaci, kterou většina lidí nepovažuje za zvláště nebezpečnou, trpí fobií. Jedinec si obvykle uvědomuje, že jeho obava je iracionální, ale přesto prožívá úzkost*“. Mezi nejčastější fobické poruchy patří agorafobie. Vyznačuje se

zejména strachem z davu lidí, z veřejných a otevřených prostranství, z cestování veřejnou dopravou či ze strachu opustit domov. Další fobií, jejíž výskyt má rostoucí tendenci je sociální fobie. Sociální fobie představuje silnou úzkost pocíťovanou v sociálních situacích. Jedinci mají přehnaný strach z toho, že se ve společnosti ztrapní, že jsou pro okolí středem pozornosti, mají strach z pohledů druhých. Mohou mít i konkrétnější podoby např. že se jedinci strachují jíst ve společnosti, či se vyhýbají styku s lidmi opačného pohlaví. Poslední velmi častou skupinou fobií je skupina specifických (izolovaných) fobií. Do této skupiny pak spadají fobie z určitých druhů zvířat, z návštěvy zubního lékaře, z ostrých předmětů, z výšek a mnoho dalších. K léčbě fobických poruch slouží především psychoterapie (např. kognitivně-behaviorální terapie), dále pak užívání anxiolytik, či antidepresiv. Léčba fobických poruch je dlouhodobá. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2019. s.248-250; Radoch, Pavlovský, 2012 s.275-276)

2.1.8 Neurotické poruchy: Obsedantně-kompulzivní porucha

Hlavním rysem poruchy jsou opakované obsedantní a nutkavé myšlenky, kdy si jedinec často uvědomuje jejich nesmyslnost, přesto se jich nemůže zbavit. Obsese lze popsat jako myšlenky, představy či impulsy, které se opakovaně vtírají do mysli poškozeného jedince. Často jsou iracionální a zatěžující, vyvolávají strach, tíseň a úzkost, bývají násilné a obscénní. Kompulze jsou opakující se činnosti, prováděné dle určitých pravidel a řádu znovu, a znovu s cílem odstranit obsesivní myšlenku. Jsou doprovázeny nutkavým pocitem a přáním nutkání odolat. Jakmile jedinec tuto činnost vykoná přichází dočasná úleva a pokles napětí (Radoch, Pavlovský, 2012, s. 277-278). Dle Praška aj., (2019, s.26) se obsedantně-kompulzivní myšlenky vyskytují i v běžné populaci. Rozdíl mezi myšlenkami jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou a zástupci běžné populace je v kvantitě, závažnosti myšlenek a v interpretaci, ne však v jejich výskytu. Praško aj. (2019, s.27) ve svém díle uvádí některé příklady možných obsesí: „*myšlenky na neštěstí někoho blízkého, myšlenka, že se dětem přihodí něco zlého, nejčastěji úraz, nutkání skočit z výšky, nutkání skočit pod jedoucí vlak*“. Jako nejčastější kompulzivní jednání patří kontrolování, mytí a čištění. (Praško aj., 2019. s.54)

Kazuistika: „*Pacient trpící myšlenkou (obsese), že spolkně vlas, a proto dostane zánět slepého střeva a zemře, musí vždy před usnutím hodinu pečlivě kontrolovat svoje lůžko (kompulzivní chování), zda tam nezůstal nějaký vlas, který by mohl ve spánku spolknout*“. (Praško aj., 2019, s.55)

2.1.9 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy jinak známé jako poruchy nálad. Do této skupiny patří okruh deprese a mánie dále onemocnění, ve kterých se v různých časových rozmezích a stupních intenzity střídají manické a depresivní epizody. Během manické epizody onemocnění se jedinci cítí výborně, šťastní, zdraví, úspěšní. Nepocítují potřebu spánku, odpočinku, stravy ani příjmu tekutin. Mívají sklon ke konzumaci alkoholu, cigaret či psychoaktivních látek. Mnohdy riskují, navazují náhodné sexuální kontakty, utrácení peníze jednájí ukvapeně a impulzivně (Látalová, 2010, s.23). Depresivní epizoda je naopak provázena smutnou náladou, pocitem bezmoci a méněcennosti, ztrátou energie, pomalostí, útlumem reakcí. Náladu nelze zlepšit ani pomocí činností, které běžně dělají člověku radost, naopak tyto činnosti vyvolávají u jedinců pocity vlastní neschopnosti. Jedinci často v noci nemohou spát a přes den jsou velmi unavení a spaví. Obvyklá je i změna chuti k jídlu, ať už se jedná o zvýšení či snížení chuti k jídlu a s tím spojená změna hmotnosti. (Látalová, 2010, s.30)

Novák (2017) na webu *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* uvádí výsledky epidemiologické studie, které ukazují, že deprese patří mezi nejčastější psychiatrické poruchy. Riziko vzniku je v Evropě 8,5 % z celkové populace, kdy studie poukazují na rozdíly ve výskytu mezi muži a ženami - u žen je výskyt 10 %, u mužů 6,5 %. První výskyt deprese se objevuje nejčastěji ve věku mezi 25.-35. rokem. (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017)

2.1.10 Úskalí spojená s duševním onemocněním a specifické potřeby nemocných

Asi největší úskalí, které se následně prolíná do všech oblastí života je pro duševně nemocného člověka problém stigmatizace. Ocisková, Praško (2015, s.21-22) popisují problematiku stigmatizace následovně: „*Stigmatizace osob s psychickou poruchou v sobě nese předpoklad o jejich morální slabosti, nebezpečnosti, kontaminaci a vině. Tyto postoje se opakují ve stereotypech, kterými jsou lidé s psychickou poruchou hodnoceni ve společnosti, v médiích a které odrážejí postoje k nim*“. Tyto postoje společnosti se následovně odrážejí v dalších oblastech života, jako jsou bydlení, zaměstnání či rodinné a partnerské vztahy. Další specifické potřeby, které pracovníci s klienty řeší mohou být např. organizace volného času, hospodaření s financemi, vývoj zdravotního stavu a oblasti vázající se na konkrétní onemocnění např. závislosti, fobie, úzkosti. Matoušek (2010. s. 145-148) uvádí, že problematika bydlení je pro duševně nemocné obzvláště náročná. Většina duševně nemocných v České Republice žije v léčebnách nebo v domácím prostředí. Domácí prostředí však může být pro nemocné mnohdy velkým rizikem. Může docházet např. k nezvládnutí či vzplanutí onemocnění z důvodu nestabilního, nepřátelského či naopak hyperprotektivního prostředí. Zařízeních nabízejících

služby chráněného či podporovaného bydlení je stále málo a jejich kapacita je omezená. Matoušek (2010, s.146) uvádí: „*Ideálem péče je normalizace, tedy přiblížení klienta co nejběžnějším podmínkám. Nácvik dovedností by měl probíhat v klientově přirozeném prostředí a měl by být spojen s budováním přirozené sociální sítě klienta*“. Další výše zmíněnou problémovou oblastí je zaměstnání. Vážně duševně nemocní jedinci se často potýkají se ztrátou práceschopnosti. Jejich nemoc je omezuje v oblasti kognitivních funkcí, pozornosti, soustředěnosti, komunikace, sociální adaptace či dodržování každodenního pracovního režimu. Jedinci se musí vypořádat se střídajícím se obdobím relapsů a stability onemocnění. Dalším problémem mohou být vnitřní pravidla v zaměstnání, pracovní podmínky, nevhodná pracovní integrace nemocných a již zmíněné stigma duševního onemocnění. Řešení může přinášet pracovní rehabilitace. Matoušek (2010, s. 149) definuje pracovní rehabilitaci takto: „*Pracovní rehabilitace má být zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností*“. Sociální pracovník se aktivně podílí na rehabilitačním procesu a společně s klientem stanovuje možnosti intervence. Mezi možnosti pracovního uplatnění patří např. dobrovolná práce v rámci denních center, sociální firmy, chráněné dílny, přechodné či podporované zaměstnání (Matoušek, 2010, s.149-150). Další oblastí života, na které se podílí sociální pracovník, je organizace volného času klienta. Na základě znalosti zájmů klienta pak může pracovník doporučovat různé vhodné aktivity a služby. Může se jednat např. o služby center denních aktivit, kdy klient nejen získává nové dovednosti, ale také se zamezí sociální izolaci. Dále to mohou být sociálně terapeutické dílny, peer programy, terapeutické či svépomocné skupiny v rámci různých zařízení (Matoušek, 2010, s.150-151).

Dalším specifíkem práce s duševně nemocným člověkem je komunikace. Mahrová, Venglářová a spol. (2008, s97-98) uvádí: „*Nástrojem pro vytvoření vztahu je komunikace. Ta musí být vedena s dostatečným respektem ke klientovi, užívat pro něj srozumitelný jazyk. Poskytované informace jsou vždy pravdivé, i když pro klienta mohou být nepříjemné. Komunikace je přizpůsobena aktuální situaci, ve které se klient nachází*“.

Novák (2017) na webu *Péče o duševní zdraví* uvádí „*Desatero komunikace s duševně nemocným člověkem: 1. duševně nemocný je taky člověk, 2. neznalost neomlouvá – právě to, že nemáme pravdivé informace o duševních nemocech, má za následek naše obavy z kontaktu s duševně nemocným člověkem, 3. i když není vidět, existuje – duševní onemocnění není na první pohled vidět, což může mást, 4. zájem není na škodu – nebojte se duševně nemocného přímo zeptat, jak se u něho nemoc projevuje, co prožívá, co mu dělá v běžném životě potíže a jak mu můžete pomoci, 5. i duševně nemocný má "svůj den" – znáte to, někdy máme "den*

blbec” a to pak ovlivní naše chování, že se i sami ”chováme jako blbec”, 6. žít a nechat žít, 7. otevřenost Vás obohatí – duševní nemoci mění vnímání, což je především bráno jako handicap, ale může to paradoxně být i inspirací v umělecké tvořivosti, 8. hádka to nevyřeší – duševně nemocný, díky svému onemocnění, může slyšet, vidět, cítit věci jinak než Vy a to ve stejnou chvíli a na stejném místě, 9. myslete i na sebe – nezapomínejte, že nejste lékař nebo terapeut, uvědomujte si hranice své pomoci, 10. obraťte se na odborníka.“

2.2 Sociální práce s duševně nemocnými

„Každé psychické poruše je třeba rozumět v kontextu celého života.“

(Dörner a Plog, 1999, s.7)

2.2.1 Sociální práce

Matoušek (2010, s. 11) ve své knize definuje sociální práci jako „*společenskovědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmiňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu.*“ Sociální práce je poskytována prostřednictvím služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo celým komunitám. Je vždy jedinečná v rámci přístupu k danému klientovi a poskytuje komplexní přístup v řešení dané situace (Mahrová, Venglářová a kol., 2008. s. 9). Obor sociální práce zahrnuje i vlastní teorie a metody řízení, zároveň se však opírá a postupy jiných pomáhajících profesí. Praktické činnosti v sociální práci jsou pak koncipovány tak, aby vedly ke splnění konkrétního cíle (Matoušek, 2010, s.12). Základními cíli sociální práce jsou: podpora klienta v řešení jeho problému, zprostředkování kontaktu na návazné organizace, služby či dávky, snaha o humánnost a efektivnost v přístupu systému ke klientovi (Matoušek, 2010, s.14).

2.2.2 Teorie a metody sociální práce

Obecně se dělí metody sociální práce dle subjektu zájmu na sociální práci s jednotlivcem, skupinou, rodinou či komunitou. Dle aktuální situace: sociální znevýhodnění na začátku života, předvídatelné a nepředvídatelné sociální události. Dělení na základě vztahového kontextu: vrstevnická skupina, rodina, organizace. A na základě systémových vazeb: regionální, národní či nadnárodní politiku. Mezi nejčastěji používané metody při práci s duševně nemocným člověkem patří komunitní práce, individuální sociální práce, case management (neboli případová práce) a důležitost nutno přiznat i spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu. V současné době se usiluje o reformu psychiatrické péče, které zahrnuje také projekt deinstitucionalizace. Deinstitucionalizace znamená přesun těžiště péče z institucí do služeb

poskytujících péči mimo ústavní zařízení. Základním smyslem deinstitucionalizace je předcházení zbytečných hospitalizací, kterým lze předejít péčí v ambulantních službách. (Matoušek, 2010, s. 133-135)

V práci s duševně nemocným člověkem lze využívat širokou škálu přístupů sociální práce. Blíže popíší následující přístupy: **Freudovský (diagnostický) přístup** jehož hlavní zájem spočívá především v minulosti jedince. Prosazuje jedince jako jedinečnou osobnost, která má právo na vlastní volbu způsobu života. Sociální pracovník tuto volbu respektuje a nevyvrací (Mahrová, Venglářová a kol., 2008. s.19). **Přístup orientovaný na úkoly** je velice rozšířenou metodou krátkodobé intervence. Matoušek (2013, s. 109) uvádí: „*Jádro přístupu spočívá v myšlence, že malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a že člověk se raději nasazuje na úkoly, které si sám zvolil*“. Pracovník v tomto přístupu pouze provází klienta jeho situací a pomáhá zvolit vhodný postup vedoucí ke změně. Je vhodné mít stanovenou smlouvu, ve které jsou jasně definované cíle a kroky vedoucí k jejich naplnění a také časové rozmezí, kdy má být cíle dosaženo. Termínovaný cíl je nezbytný, jinak se v praxi může stávat, že klient jeho naplnění neustále odsouvá, až k němu nemusí dojít (Matoušek, 2013, s.109-110). **Psychosociální přístup**, jehož zakladatelkou je Mary Richmond, která tento přístup popsala ve svém díle *Social diagnosis* (1917). Základní myšlenka tohoto přístupu spočívá v kontextu člověka a situace. V přístupu se pracuje jak s klientovým vnímáním reality a okolního prostředí, tak s jeho vnitřním subjektivním prožíváním. Richmondová ve své praxi zdůrazňovala zájem o klienta, vytvoření vztahu a snahu o upřímnost. Pracovník by měl vycházet z potřeb klienta a snažit se spolu s ním vyhledat hlavní příčiny klientovy nespokojenosti. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008. s. 19-20, Matoušek, 2013, s.66-67). Dalším přístupem je **Případová práce** a tzv. funkční přístup. Jednou z představitelk případové práce byla Marie Krakešová. Ta ve své publikaci *Sociální případ* rozlišuje vnitřní a vnější překážky v životě klienta a určuje jejich závažnost. Klienta pak posuzuje podle jeho schopností tyto překážky svými silami vyřešit. Sociální pracovník má za úkol klienta motivovat a vést (Krakešová, Kodymová, Brnula, 2018, s.30-31). Dle Matouška (2010, s.141) se případové vedení zaměřuje na tvorbu a podporu sociální sítě klienta. Zejména pak na spolupráci s rodinou a nejbližším okolím. Případové vedení je dlouhodobé a pohybuje se na úrovni partnerské roviny. Je nezbytné budovat důvěru ve vztahu pracovníka klienta. Pracovník musí dobře znát historii i současnou situaci klienta, mít komplexní přehled o všech oblastech klientova života a o možných zdrojích pomoci (Matoušek, 2010, s.141-142). **Přístup orientovaný na klienta/pacienta** známý také jako Rogersovský přístup. Jak již název napovídá, autorem tohoto přístupu je Carl Ransom Rogers. Sám Rogers

(1985, s.17) definuje tento přístup jako „*stále se rozvíjející forma mezilidského vztahu, která podporuje, růst a změnu*“. Jak je z definice zřejmé tento přístup se zabývá více než procesem řešení problému, procesem tvorby vztahu např. mezi klientem/pacientem a terapeutem (Nykl, 2012, s.16). **Systemický přístup** byl formulován v USA. Systemický přístup zahrnuje velké spektrum pohledů a výkladů. Jedním z nich může být např. radikální konstruktivismus, který věří, že lidské problémy jsou konstrukce, které mohou být dekonstruovány. Velký význam má v systemickém přístupu komunikace, kontrola a pomoc. Nejpoužívanějším typem systemické terapie je rodinná a párová systemická terapie (Matoušek,2013, s.96-97).

2.2.3 Sociální služby

Definice a účel sociálních služeb dle Matouška (2011, s. 9) zní: „*Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu, jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli.*“ Z této definice jasně vyplývá, že sociální služby nejsou zaměřeny pouze na jedince a jeho problém, ale snaží se o ochranu a fungování celé společnosti. Sociální služby v ČR jsou spravovány mnoha rezorty státní správy. Jedná se zejména o ministerstvo práce a sociálních věcí; ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy; ministerstvo vnitra; ministerstvo spravedlnosti a v neposlední řadě ministerstvem zdravotnictví. Právě oblast péče o duševně nemocné jedince např. psychiatrické léčebny jsou spravovány ministerstvem zdravotnictví (Matoušek, 2011, s.11).

V rámci duševních chorob se sociální služby poskytují přímo osobám duševně nemocným, ale také jejich blízkému okolí (rodina, přátelé, spolupracovníci). Služby jsou často poskytovány v rámci vícero zařízení. V tomto případě je důležité zajistit koordinaci poskytované péče. Mezi služby poskytující péči duševně nemocným lidem patří **nízkoprahová zařízení**. Pracovníci nízkoprahových služeb provádí depistážní činnost a nabízejí vhodné služby. Cílem těchto služeb je snižování a předcházení rizik spojených s daným onemocněním. Další službou může být **kontaktní centrum**. Kontaktní centra nabízejí služby vycházející z individuálních potřeb klienta. Některým klientům stačí pouhé sdílení problému s někým dalším a jsou schopni návratu k běžnému fungování ve společnosti. Jiní klienti se budou do služby vracet a je možné, že bude nutná další odborná pomoc (např. hospitalizace). Je nutné mít na paměti že jde o proces a služby musí reagovat na měnící se potřeby klienta. Pokud je klientův stav natolik vážný, že je nebezpečný pro sebe (např. sebevražda) i pro své okolí je ve většině případů nezbytná **ústavní péče** v psychiatrickém zařízení. V situaci, kdy je klient schopný docházet do zařízení jsou zde služby **denních stacionářů**, které nabízí škálu různých služeb. Pro osoby, které nejsou schopny

samostatného bydlení a nechtějí nebo nemohou bydlet se svou rodinou, jsou zde služby **podporovaného bydlení**. Úskalím této služby však může být sociální izolace, kdy je klientův kontakt se společností omezen pouze v rámci služby. V oblasti práce, jak zmiňuji o pár kapitol výše, je možnost **podporovaného zaměstnání**. To by mělo být první možností pro klienty, kteří jsou schopni uplatnit se na trhu práce. Další možností pak může být zaměstnání v rámci **chráněné dílny**. Pro klienty vyžadující akutní pomoc jsou zřizována pracoviště **krizové intervence** a **služba telefonické krizové intervence**. Tyto služby pomáhají klientovi zvládnout aktuální situaci, ve které se nachází. Nabízejí vedle ambulantní služby také lůžka pro krátkodobý pobyt (Mahrová, Venglářová, 2008, s.44-47; Matoušek, 2011, s.109-110).

2.3 Sociální pracovník pracující s lidmi s duševním onemocněním

Pro práci s duševně nemocným člověkem je nezbytný komplexní přístup multidisciplinárního týmu. Multidisciplinární tým v oblasti duševního zdraví tvoří obvykle psychiatři, psychologové, psychiatrické sestry, ergoterapeuti, psychoterapeuti a sociální pracovníci (Matoušek, 2010, s.143). Matoušek (2010, s.133) udává že, „*Kvalifikovaná práce sociálního pracovníka je v multidisciplinárním týmu nejen nezastupitelná, ale v některých fázích je pro život člověka se závažným duševním onemocněním primární*“. Sociální pracovník se v praxi řídí dle práv a povinností daných legislativou, zaměstnavatelem, profesními standarty a etickým kodexem. Dodržování všech těchto norem je nezbytné k tomu, aby sociální pracovník hájil zájmy a bezpečí sebe i klienta (Matoušek, 2013, s.44).

Sociální pracovníky lze rozdělit v rámci jejich přístupu k praxi. Matoušek (2013, s.45-46 cit. podle Banksová, 1995, 1998) uvádí tyto čtyři typy:

- **Angažovaný pracovník**-Vkládá do své praxe osobní hodnoty, je velice empatický, klienty vnímá jako rovnocenné partnery, ve své práci jedná stejně jako v osobním životě. Možným úskalím tohoto přístupu je vznik osobních vztahů, přebírání odpovědnosti za klienta či syndrom vyhoření.
- **Radikální pracovník**-Do praxe prolíná své osobní hodnoty zejména z oblasti sociálního systému, politiky a praxe. Úskalím může být nepřiměřený zájem o problémy klienta a nadměrná snaha o změnu systému.
- **Byrokratický pracovník**-V praxi odděluje osobní a pracovní hodnoty, snaží se působit zároveň jako motivátor ke změně i jako přísný dohled. Svým přístupem se snaží předcházet manipulaci s klientem.

- **Profesionální pracovník**-Za prioritu považuje práva klientů a individuální přístup k řešení jejich problémů, snaží se o aktivní zapojení klienta do řešení svých problémů, předává klientovi určitou moc, kterou má ale stále pod svou kontrolou.

2.3.1 Náplň práce sociálního pracovníka

Sociální pracovník poskytuje klientům cílenou pomoc. Předává klientům informace z oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního či rodinného práva. Poskytuje klientům odborné poradenství, ale také nabízí pomoc a důvěru. Při práci s duševně nemocným člověkem tráví pracovník vysokou míru času v terénu v prostředí příjemném pro klienta. Mezi klientem a pracovníkem se postupně vytváří rovnocenný partnerský vztah a buduje se důvěra. Je však důležité zůstat vždy na profesionální úrovni a udržovat hranice. Pracovník s klientem vyjednává a na základě toho to vyjednávání stanovuje nejlepší variantu vedoucí k naplnění klientových přání a potřeb. V praxi může nastat střet mezi představou pracovníka, přáním klienta a realitou. Pracovník dále doporučuje služby, pracuje s rodinou klienta, s klientovým okolím i s institucemi. V rámci multidisciplinárního týmu řeší zejména oblast lidských vztahů a pracuje s životními podmínkami, které klientovi brání v naplnění životních potřeb, plánů a cílů. Přesto, že sociální pracovník není kvalifikovaným rodinným či kvalifikovaným terapeutem v praxi se často setkává s klientovou rodinou a sociálním okolím. Pro klienta je velmi důležité, aby jeho okolí porozumělo problematice jeho choroby a nedocházelo tak k vyloučení klienta z rodiny či komunity a ke zbytečné stigmatizaci (Matoušek, 2010, s.133-143).

2.3.2 Kompetence sociálního pracovníka

Dle Matouška (2010. s.137) „*kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi a jeho okolí, o zázemí (sociální šetření), sestavit a realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky, vědět, jak práci s klientem ukončovat*“. Primárně by měl sociální pracovník splňovat podmínky pro výkon profese sociálního pracovníka dle zákona č. 108/ 2006 Sb.. Sociální pracovník musí být schopný vhodně navázat kontakt, vést rozhovor, naslouchat a vnímat jak verbální, tak neverbální projevy klienta. Z neverbálních projevů klienta lze mnohdy vyčíst v jakých oblastech konverzace je klient nervózní, znepokojený mnohdy i zda hovoří pravdu. Sociální pracovník by měl vždy znát etický kodex své profese a dodržovat jeho zásady. Měl by mít aktuální informace z oblasti sociálního zabezpečení, legislativy, sociální politiky. Sociální pracovník provádí sociální šetření, které je důležité pro získání komplexních informací a utváření pohledu na klienta. Přípravuje pacienta, který je propuštěn z léčby na návrat do běžného života. Matoušek (2010, s. 137) uvádí „*práce sociálního pracovníka pomáhá budovat*

most, po kterém se klient může vrátit z instituce zpět do domácího prostředí“. Správně nastavená a cílená pomoc po propuštění klienta z hospitalizace může zabránit tzv. „syndromu otáčivých dveří“ (opakující se hospitalizace) (Matoušek, 2010, s. 137-138).

Závěrem této kapitoly bych ráda citovala Mahrovou, Venglářovou a kol, (2008, s. 45) které ve své knize uvádějí: *„Znalost vlastních kompetencí a schopnost dát klientovi reálnou nabídku je jednou z nejdůležitějších schopností každého člověka v pomáhající profesi.“*

2.3.3 Úskalí práce sociálního pracovníka

Matoušek (2013, s. 49) ve své knize uvádí termín *„pomáhání prvního stupně“* čímž označuje všeobecné očekávání společnosti, že sociální pracovník či jiný pracovník pomáhajících profesí je schopen pomáhat lidem zvládat jejich problémy. Toto přesvědčení sebou již samo o sobě přináší jistá rizika. Jako například syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je výsledek nezvládnutého pracovního stresu. Vždy je výsledkem vztahu mezi pracovními podmínkami, vlastními představami a očekáváními. Sociální pracovník je ve své práci v neustálém kontaktu s lidmi, kteří prožívají těžké situace, mají nereálné představy o životě či jsou psychicky nevyrovnaní. Matoušek (2013, s. 53) uvádí: *„Dlouhodobý kontakt s hendikepovanými lidmi vyžaduje ze strany pracovníka vysokou míru nezdolnosti a schopnosti průběžně a efektivně se vyrovnávat s pracovním stresem, ze strany organizace vyžaduje zajištění podmínek minimalizujících stres“*. Mezi typické projevy syndromu patří ztráta angažovanosti, úbytek energie, dodržování předepsaných pravidel a minimalizace kreativity a improvizace, pocity vyčerpání, ztráta motivace, časté pracovní neschopnosti. Organizace mohou velkou měrou předcházet syndromu vyhoření svých pracovníků, a to zejména věnováním pozornosti potřebám pracovníků, řádným zaučením nových pracovníků, realizací plánů osobního rozvoje, realizací supervizí, možností pracovníků sdělit své potíže, udržování dobré atmosféry, předcházení vzniku nepřátelských skupin (Matoušek, 2013, s.54-55). Dalším možným úskalím pomáhající profese je syndrom pomocníka. Matoušek (2013, s. 56 cit. podle Schmidbauera 2000) definuje syndrom pomocníka jako *„specifickou narcistickou poruchu, jejímž prostřednictvím pracovník v pomáhající profesi řeší, většinou nevědomě, své rané trauma odmítnutého dítěte“*. Syndrom pomocníka se ještě více prohlubuje vědomím pracovníků, že bezmocnost a problémy klientů jsou společností přijímány, zatímco co pomáhající pracovník musí své pocity potlačit a nevyjadřovat. Dalším problémem může být dodržení hranice mezi převzetím kontroly nad klientem a vlastní odpovědností klienta (moc a pomoc). Sociální práce obvykle stojí na partnerském vztahu pracovníka a klienta. V praxi se může stát, že klient vstupuje do spolupráce s očekáváním, že pracovník za něho situaci vyřeší a z toho často vzniká

závislost na pomoci a vlastní neúčast na řešení problému. Sociální pracovník samozřejmě disponuje přehledem v oblasti sociální práce a nabízí tak profesionální pomoc i částečné přebírání kontroly, ale zároveň motivuje klienta k převzetí odpovědnosti za situaci, ve které se nachází (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 99)

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1 Hlavní průzkumný cíl

Hlavním cílem průzkumné části je zmapovat pracovní zkušenosti sociálních pracovníků v péči o osoby s duševním onemocněním.

Průzkum se zaměřoval na praxi sociálních pracovníků v péči o duševně nemocné osoby. Jednalo se například o oblast komunikace s duševně nemocným člověkem, o metody sociální práce či o problémy v běžných oblastech života. Konkrétní položky dotazníku byly sestaveny na základě studia odborné literatury a na základě konzultací s odborníky z praxe. Respondenti měli také možnost vyjádřit svůj názor na téma multidisciplinární spolupráce a na její důležitost či dostatečnost v péči o duševně nemocné v České Republice. Součástí dotazníkového šetření byly také otázky orientované na motivaci a spokojenost těchto sociálních a zdravotně sociálních pracovníků v práci s danou cílovou skupinou.

3.2 Dílčí průzkumné cíle

- 1.) Zjistit, jakými metodami sociální práce nejčastěji pracují sociální pracovníci s duševně nemocnými klienty.
- 2.) Zjistit, jaká jsou nejčastější úskalí práce sociálních pracovníků v oblasti péče o osoby s duševní nemocí.
- 3.) Zmapovat, jaké oblasti běžného života sociální pracovníci s duševně nemocnými osobami nejčastěji řeší v souvislosti s duševním onemocněním.

3.3 Průzkumné metody

Metodou průzkumu je kvantitativní průzkumné šetření pomocí dotazníkového nástroje. Dotazník byl vyplňován zdravotně-sociálními a sociálními pracovníky zdravotnických a sociálních zařízení. Odpovědi uvedené v dotazníku jsou anonymní. Dotazník je uveden v příloze B této bakalářské práce. Dotazník je složen z 21 otázek, kdy poslední 4 otázky jsou zaměřeny na identifikaci respondentů. Tato identifikace se týká pohlaví, výše dosaženého vzdělání, délky praxe a druhu zařízení ve kterém respondenti působí. Dále dotazník obsahuje otázky výčtové, kde bylo možné vybrat více možností z nabízených alternativ, otázky pořadové, otázky škálové, otázky uzavřené, otázky polootevřené, u kterých bylo možné doplnit vlastní odpověď a otázky otevřené. Některé položky v dotazníku byly z důvodu lepší přehlednosti získaných dat vyhodnocovány pro každé zařízení zvlášť. Cílem průzkumu nebyla komparace jednotlivých zařízení, ale přehlednost získaných výsledků.

3.4 Výběr respondentů průzkumu

V rámci průzkumu bylo osloveno celkem 45 respondentů. Kvůli nejasnostem a chybám při vyplňování dotazníků bylo nakonec vyhodnoceno celkem 30 dotazníků. Návratnost dotazníků tedy byla 67 %. Celkový počet dotazníků k analýze bylo tedy 30 (100 %). Z toho 15 pracovníků (50 %) bylo osloveno v rámci psychiatrické nemocnice a 15 (50 %) pracovníků v rámci služeb center péče o duševní zdraví ve více městech. Jednalo se o odborně způsobilé sociální pracovníky, popřípadě zdravotně-sociální pracovníky specializující se na práci s osobami trpícími duševní poruchou. Nebyla stanovená hranice věku ani délky praxe.

3.5 Příprava průzkumu

Pro stanovení cílů průzkumu a položek dotazníku muselo být nejprve provedeno studium bibliografických zdrojů. Studium zdrojů bylo klíčové pro průzkumnou i teoretickou část práce a probíhalo v druhé polovině roku 2020. Za stěžejní literaturu v této práci považuji publikaci *Diagnostika a terapie duševních poruch* od autorů Dušek a Večeřová - Procházková (2015). Dále publikaci *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* od autorů Matoušek, Kodymová, Koláčková (2010), publikaci *Metody a řízení sociální práce* od Matouška (2013) a publikaci *Psychiatrie* od autorů Radoch, Pavlovský (2012). Dále práce čerpala z výsledků diplomové práce Borské (2017) *Specifika sociální práce s osobami s duševním onemocněním z pohledu sociálních pracovníků* a z bakalářské práce *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním* od Lískovcové (2014).

Jednotlivá zařízení byla vybírána na základě předchozích zkušeností z praxe v těchto zařízeních. Z důvodu mého zájmu o danou problematiku byla žádost o provedení průzkumu předjednána už během odborné praxe. Díky odborné praxi jsem tak měla možnost seznámit se osobně s chodem jednotlivých zařízení, s pracovníky a být v kontaktu s klienty/pacienty. Tyto cenné zkušenosti a zejména pak komunikace s odborníky z této oblasti, byly poté využity při tvorbě a doručování dotazníků. Dotazníky byly po předchozí elektronické domluvě osobně doručovány do jednotlivých zařízení a respondenti tak byly instruováni ohledně vyplnění dotazníku. Vedoucí zdravotně-sociální pracovnice psychiatrické nemocnice a někteří pracovníci center péče o duševní zdraví byli předem kontaktováni s žádostí o spolupráci při provedení průzkumu. Pracovníci těchto zařízení byli velice ochotní a v průběhu trvání praxe a následně i průzkumu podporovali můj zájem o danou problematiku. Na základě vlastní iniciativy mi nabídli pomoc s realizací průzkumu, což obnášelo zejména doručování dotazníků kolegům, z důvodu opatření proti šíření onemocnění COVID 19 a kolegům kteří nebyli přítomni. Všichni byli následně instruováni o správném vyplnění. Dotazníky byly do obou

zařízení doručovány v období od ledna do března roku 2021. Situaci komplikovala pandemie onemocnění COVID 19, kdy v jednom ze zařízení byla většina zaměstnanců nakažena a průzkum se tak opozdil o několik týdnů. Veškeré dotazníky jsou anonymní a slouží pouze pro účely zpracování této práce.

3.6 Metoda analýzy dat

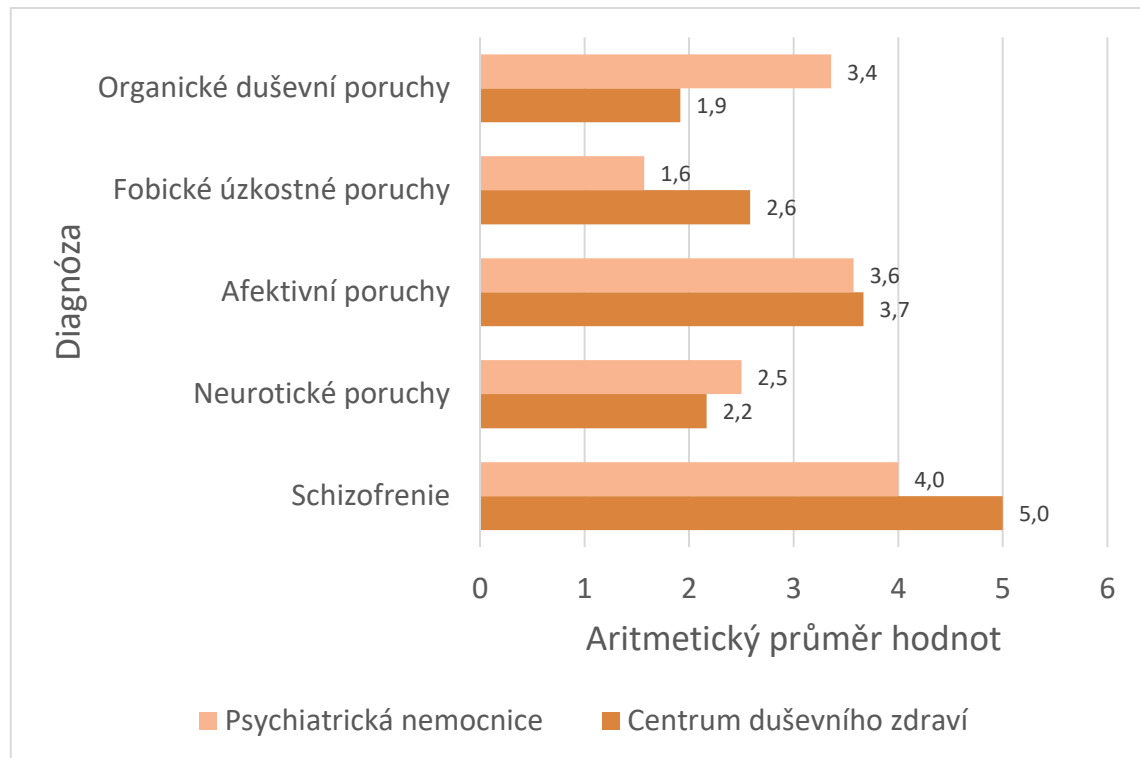
Pro vyhodnocování získaných dat byly využity dva programy. Ke zpracování textové části byl využitý program Microsoft Office Word 2013 a pro tvorbu grafů a tabulek byl využitý program Microsoft Office Excel 2013. Výsledky jsou představovány pomocí výsečových a řádkových grafů a tabulek. Pro analýzu a vyhodnocení získaných dat byla použita popisná statistika s výpočty relativní a absolutní četnosti.

Označení jednotlivých četností:

- n_i absolutní četnost (počet respondentů, kteří zvolili danou odpověď)
- n celková četnost
- f_i relativní četnost (podíl absolutní a celkové četnosti, uváděno v procentech)
- Σ suma

3.7 Vyhodnocení a prezentace získaných dat

Otázka č. 1 - Seřadte těchto 5 vybraných skupin diagnóz podle četnosti výskytu u Vašich klientů/pacientů (kdy nejčastější diagnóza bude mít č.1).



Obrázek 1 Grafické znázornění výskytu nejčastějších diagnóz

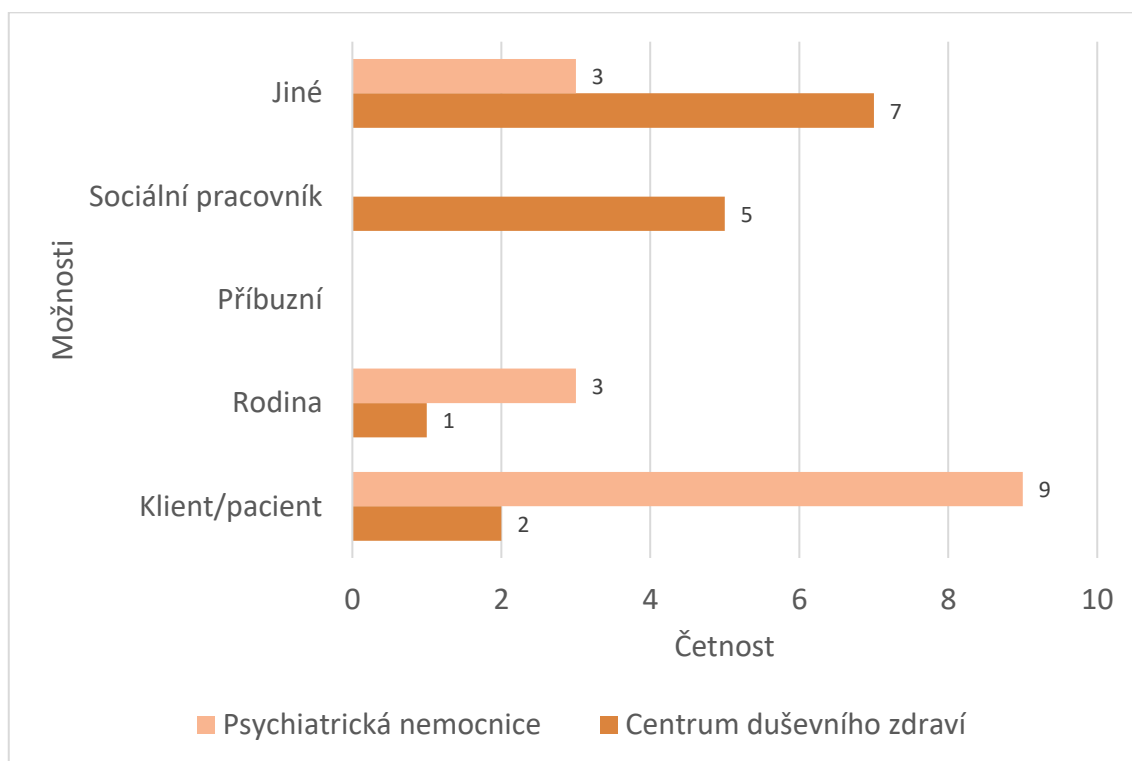
pořadí	Centrum duševního zdraví	Psychiatrická nemocnice
1.	Schizofrenie	Schizofrenie
2.	Afektivní poruchy	Afektivní poruchy
3.	Fobické úzkostné poruchy	Organické duševní poruchy
4.	Neurotické poruchy	Neurotické poruchy
5.	Organické duševní poruchy	Fobické úzkostné poruchy

Tabulka 1 Pořadí nejčastějších diagnóz

V této otázce měl každý respondent seřadit na stupnici dané diagnózy, se kterými se v praxi nejčastěji setkává. Respondenti hodnotili dle frekvence výskytu jednotlivých diagnóz od jedné (nejvyšší míra frekvence) do pěti (nejnižší míra frekvence). V případě, kdy respondenti nebyli schopni frekvenci zhodnotit, mohli zvolit možnost „nedokáži posoudit“. Ze získaných hodnot byl vypočítán aritmetický průměr (\bar{x}) a to sečtením veškerých získaných hodnot a následným vydělením celkovým počtem odpovědí. Na základě těchto výsledků byla vytvořena tabulka s pořadím jednotlivých diagnóz. Výsledky se v některých případech v obou zařízeních shodují. V centrech duševního zdraví i v psychiatrické nemocnici se na prvním místě umístila schizofrenie, v některých odpovědích byla blíže specifikována jako paranoidní schizofrenie. Na druhém místě se opět shodně v obou zařízeních umístily afektivní

poruchy. Následující třetí místo (v pořadí výskytu) získaly v centrech péče o duševní zdraví fobické úzkostné poruchy. Naproti tomu v psychiatrické nemocnici se jako třetí umístily organické duševní poruchy. Obě zařízení se opět shodli na čtvrtém místě, kde v obou případech byly neurotické poruchy. Na pátém místě se v centrech péče o duševní zdraví umístily organické duševní poruchy a v psychiatrické nemocnici pak fobické úzkostné poruchy. Žádný z dotazovaných respondentů nezvolil možnost „nedokáži posoudit“.

Otázka č. 2 - Kdo Vám nejčastěji zajišťuje první kontakt s klientem/pacientem?

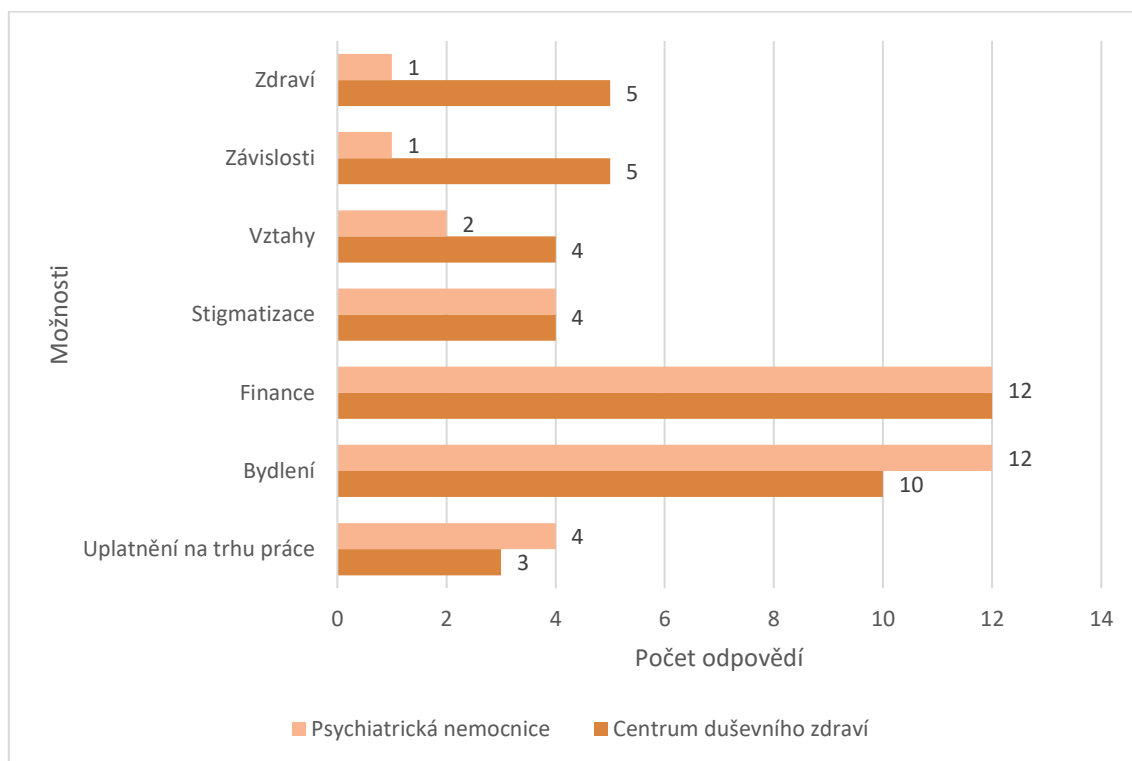


Obrázek 2 Grafické znázornění zprostředkování kontaktu

Otázka číslo dvě se zaměřuje na zajišťování prvního kontaktu klienta a sociálního, zdravotně-sociálního pracovníka. Respondenti měli vybrat nejčastější z uvedených možností zprostředkování kontaktu. V psychiatrické nemocnici bylo nejčastější volenou možností klient/pacient, kterou zvolilo 9 (60 %) respondentů, na dalším místě uváděli možnost jiné, kterou vybrali celkově 3 (20 %) pracovníci. Do oblasti jiné pracovníci nejčastěji uváděli: Lékař, psychiatrická ambulance, cílená depistáž. Možnost zprostředkování kontaktu rodinou, zvolili taktéž 3 (20 %) respondenti. V psychiatrické nemocnici žádný respondent nezvolil možnost zprostředkování kontaktu sociálním pracovníkem a možnost širších příbuzných.

V centrech duševního zdraví se na prvním místě umístila možnost jiné, kde pracovníci uváděli nejčastěji psychiatrickou nemocnici, psychiatrickou ambulanci a lékaře. Tuto možnost zvolilo 7 (47 %) pracovníků. Druhá nejčastěji uváděná možnost byl kontakt zprostředkovaný sociálním pracovníkem, kterou zvolilo 5 (33 %) pracovníků. Možnost zprostředkování kontaktu přímo klientem/pacientem uvedli 2 (13 %) respondenti. A poslední zvolenou možností byla rodina, kterou uvedl 1 (7 %) pracovník. V zařízení nebyla žádným respondentem vybrána možnost širších příbuzných.

Otázka č. 3 – Jaké z uvedených oblastí s klienty/pacienty nejčastěji řešíte? Zvolte 3 možnosti.



Obrázek 3 Grafické znázornění nejčastěji řešených oblastí života

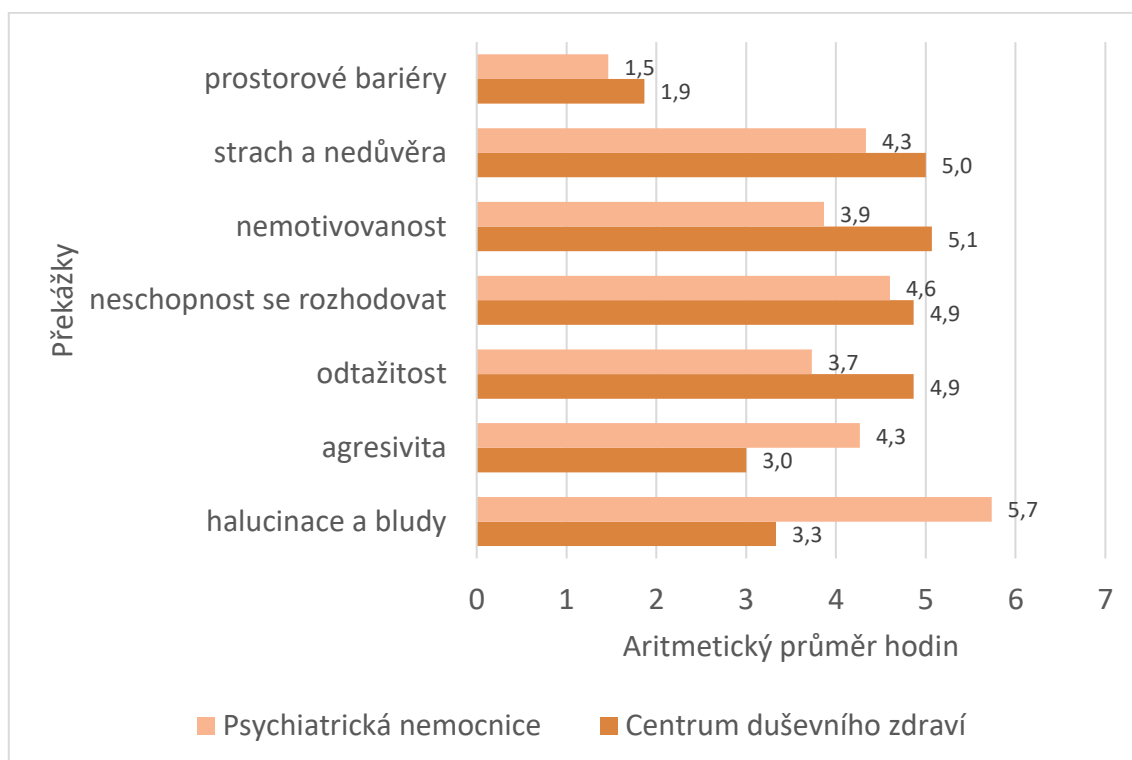
Tato otázka se zaměřuje na oblasti běžného života, se kterými se klienti/pacienti nejčastěji obrací na sociální a zdravotně-sociální pracovníky. Jak je z grafu patrné výsledky se u obou zařízení velice shodují. Jako nejčastější oblast se na prvním místě, jak v centrech duševního zdraví tak v psychiatrické nemocnici, umístila oblast financí. Oblast financí zvolilo shodně v obou zařízeních celkem 12 (80 %) pracovníků. Další nejčastěji volenou možností bylo bydlení. Oblast bydlení zvolilo 12 (80 %) pracovníků psychiatrické nemocnice a 10 (67 %) pracovníků center duševního zdraví.

Na třetí pozici se již výsledky neshodovaly. Jako třetí možností byly u center duševního zdraví shodně voleny dvě možnosti, a to závislosti a zdraví. Tyto možnosti zvolilo 5 (33 %) pracovníků. Na čtvrté pozici, opět se shodným počtem, následovala oblast vztahů a oblast stigmatizace, kterou vybrali 4 (27 %) pracovníci. Poslední nejčastěji volenou možností bylo uplatnění na trhu práce, kterou zvolili 3 (20 %) pracovníci center duševního zdraví.

V psychiatrické nemocnici se na třetím místě, opět shodně, nejčastěji volily 2 možnosti. Oblast uplatnění na trhu práce a oblast stigmatizace. Tyto oblasti v obou případech vybrali 4 (27 %) pracovníci. Čtvrtá oblast, kterou uvedli 2 (13 %) pracovníci byla oblast vztahů. A na posledním

místě se se shodným počtem umístila oblast zdraví a oblast závislostí. Tyto možnosti v obou případech zvolil 1 (7 %) pracovník.

Otázka č. 4 – Seřad'te níže uvedené překážky v komunikaci s duševně nemocným člověkem, v závislosti na ztížení spolupráce (kdy největší překážka v komunikaci bude mít na stupnici č.1).



Obrázek 4 Grafické znázornění pořadí komunikačních překážek

pořadí	Centrum duševního zdraví	Psychiatrická nemocnice
1.	nemotivovanost	halucinace a bludy
2.	strach a nedůvěra	neschopnost se rozhodovat
3.	neschopnost se rozhodovat/ odtažitost	strach a nedůvěra
4.	neschopnost se rozhodovat/ odtažitost	agresivita
5.	halucinace a bludy	nemotivovanost
6.	agresivita	odtažitost
7.	prostorové bariéry	prostorové bariéry

Tabulka 2 Grafické znázornění pořadí jednotlivých překážek v komunikaci

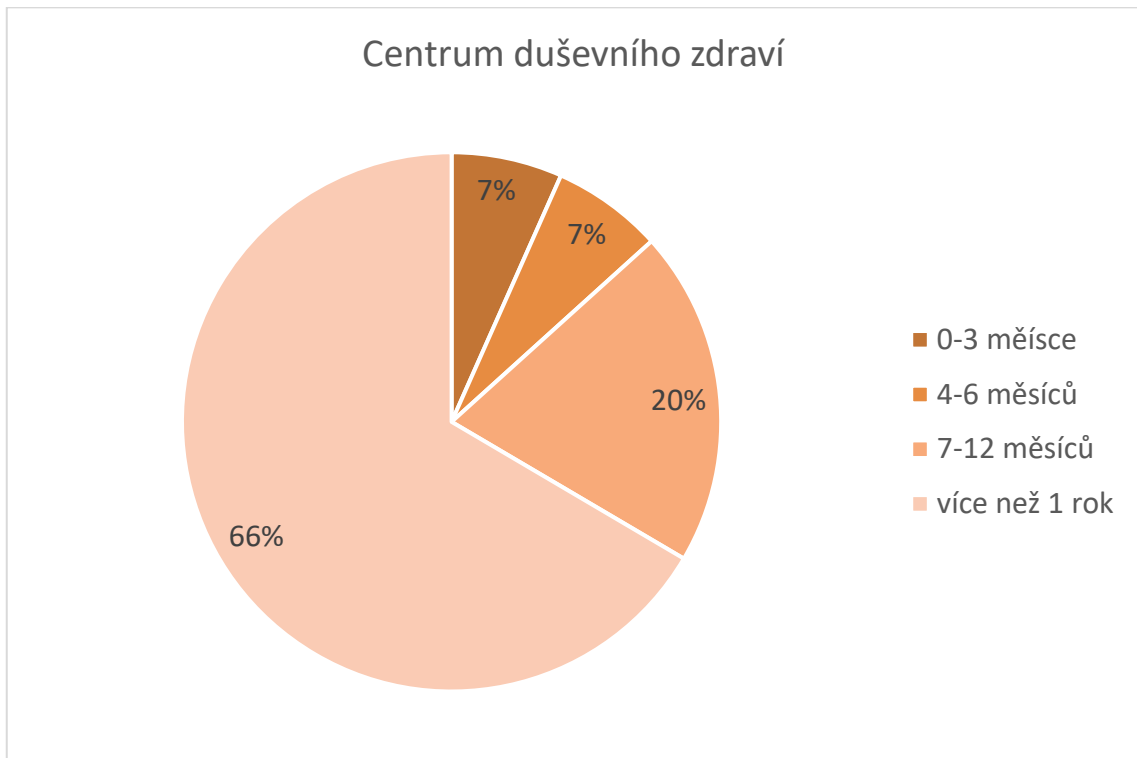
Ve čtvrté otázce měli respondenti seřadit vybrané překážky v komunikaci dle jejich míry narušení a ztížení spolupráce. Vyhodnocení probíhalo na základě aritmetického průměru (\bar{x})

vypočítaného ze získaných hodnot. A to sečtením veškerých získaných hodnot a následným vydělením celkovým počtem odpovědí. Na základě těchto výsledků byla vytvořena tabulka s pořadím jednotlivých překážek. V této otázce, jak je z grafů a tabulky patrné, se odpovědi v centrech duševního zdraví a psychiatrické nemocnice lišily.

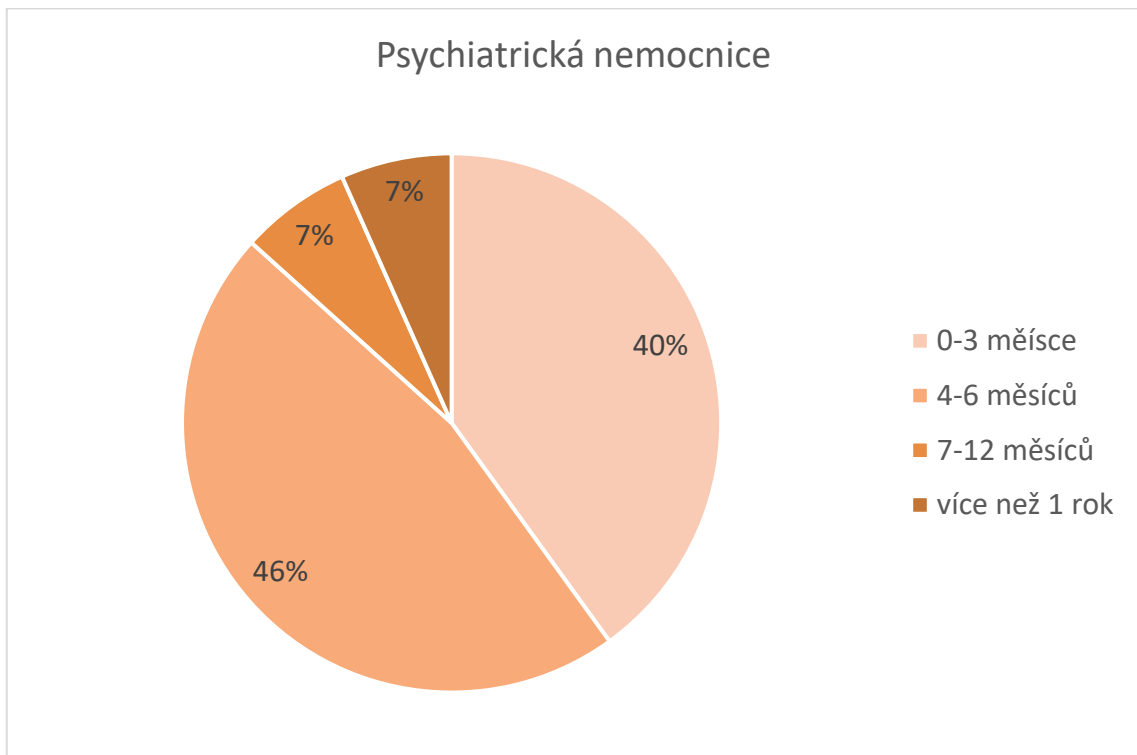
V centrech duševního zdraví bylo pořadí následující. Na prvním místě, co se týče ztížení spolupráce, se umístila nemotivovanost klientů. Druhé místo, s nepatrným rozdílem, zaujímá strach a nedůvěra. O další pozice, tedy třetí a čtvrtou, se dělí neschopnost rozhodovat a odtažitost. Na pátém místě se v tabulce umístily halucinace a bludy. Šesté místo zaujímá agresivita a na posledním místě se ve ztížení spolupráce umístily prostorové bariéry.

Pořadí překážek dle odpovědí pracovníků psychiatrické nemocnice je následovné. Na prvním místě se umístily halucinace a bludy. Druhé místo pak obsadila neschopnost rozhodovat. Třetí největší překážka je strach a nedůvěra. Agresivita se v psychiatrické nemocnici umístila na čtvrtém místě. Na pátém místě je v tabulce nemotivovanost a na šestém místě odtažitost. Stejně jako u center duševního zdraví jsou prostorové bariéry na posledním tedy sedmém místě.

Otázka č. 5 – Jak je průměrně dlouhá intervence v péči o jednoho klienta/pacienta?



Obrázek 5 Grafické znázornění délky intervence v centrech duševního zdraví



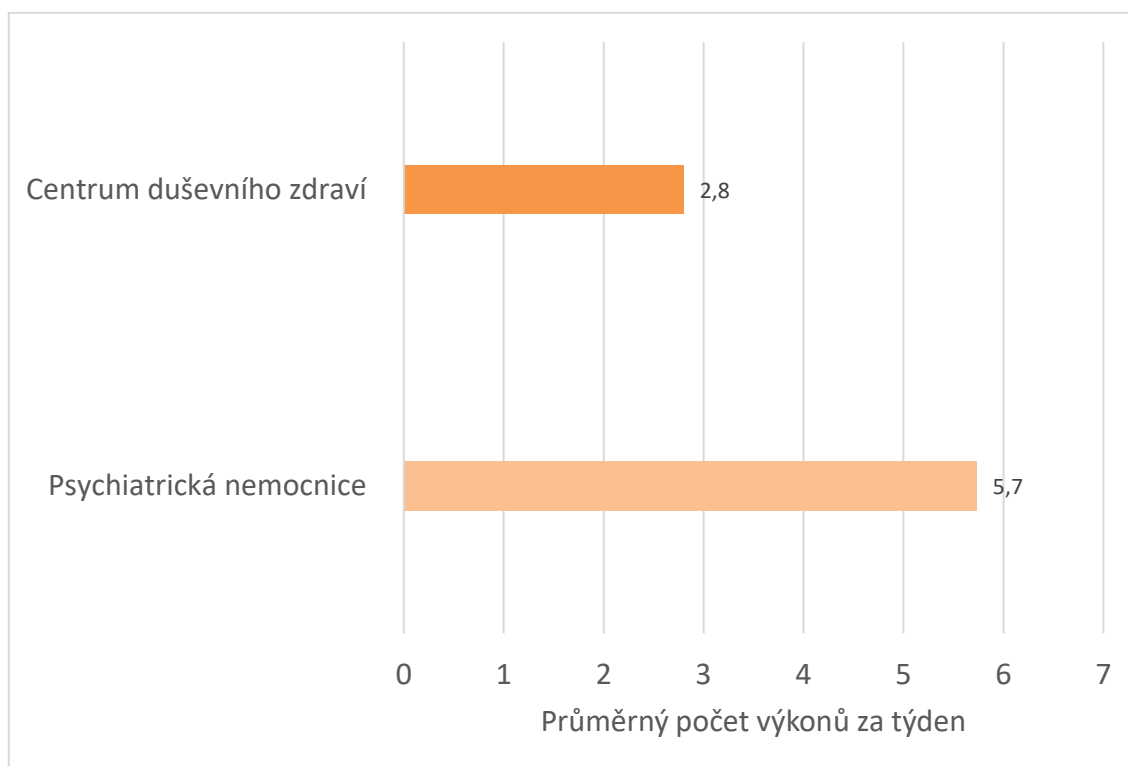
Obrázek 6 Grafické znázornění délky intervence v psychiatrické nemocnici

Otázka číslo pět je zaměřená na zjištění průměrné délky péče o jednoho klienta. Otázka dále zjišťuje, zda je rozdíl v délce péče o klienta v rámci center duševního zdraví a pacienta psychiatrické nemocnice.

V rámci center duševního zdraví uvedlo 10 (66 %) pracovníků délku péče o klienta více než 1 rok. Dále 3 (20 %) sociální pracovníci zvolili možnost 7-12 měsíců a 1 (7 %) pracovník vybral možnost 4-6 měsíců a shodně také 1 (7 %) pracovník pak možnost 0-3 měsíce.

V psychiatrické nemocnici pak byly výsledky následovné. Možnost 4-6 měsíců uvedlo 7 (46%) pracovníků. Druhou nejčastější možností byla možnost 0-3 měsíce, kterou uvedlo 6 (40%) pracovníků. Možnosti 7-12 měsíců uvedl 1 (7 %) pracovník a více než 1 rok, pak také 1 (7 %) pracovník. Z výsledků obecně vyplývá, že centra duševního zdraví zajišťují klientům spíše dlouhodobou spolupráci a péči, kdežto psychiatrická nemocnice zabezpečuje pouze akutní stavy a snaží se o co nejrychlejší návrat pacientů do běžného prostředí, proto je péče zde kratší.

Otázka č. 6 – Kolik výkonů týdně průměrně vykazujete v péči o jednoho klienta/pacienta?

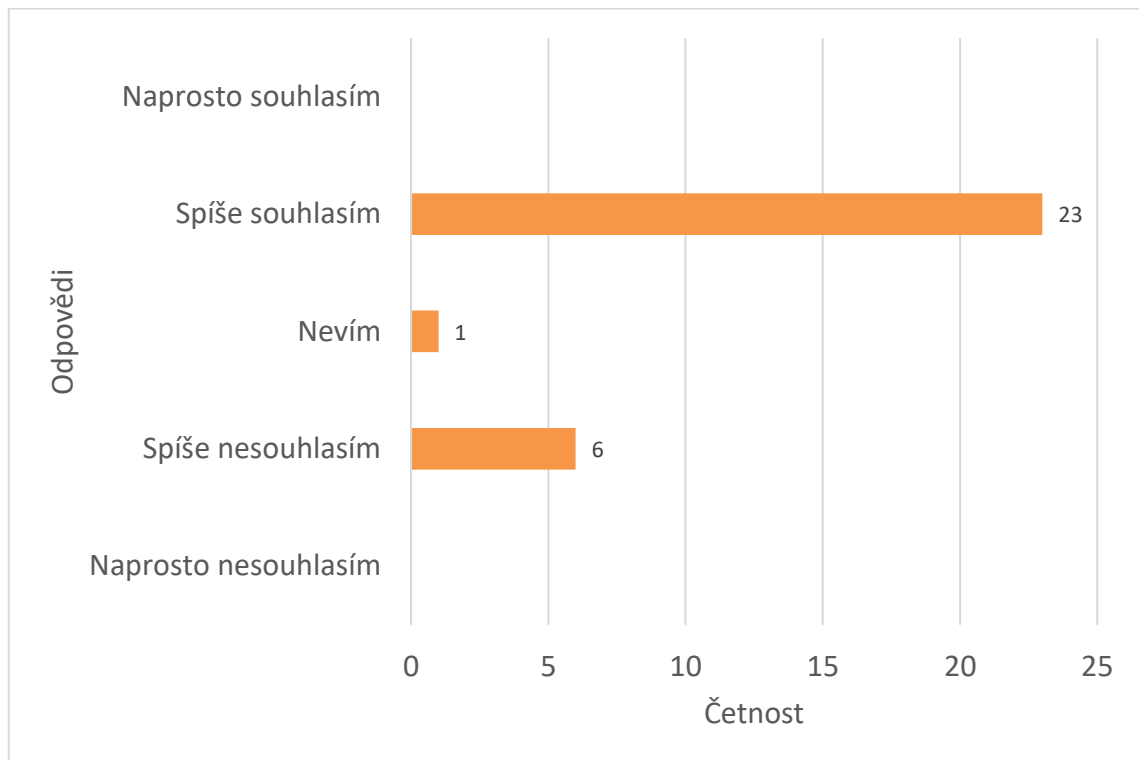


Obrázek 7 Grafické znázornění počtu výkonů

Otázka číslo šest se zaměřuje na průměrný týdenní počet výkonů v péči o klienty/pacienty. Vyhodnocení probíhalo na základě aritmetického průměru (\bar{x}) vypočítaného ze získaných hodnot. A následným sečtením veškerých získaných hodnot a vydělením celkovým počtem odpovědí.

Průměrný týdenní počet výkonů v centrech duševního zdraví byl 2,8 výkonu v péči o jednoho klienta, tedy necelé 3 výkony týdně. V psychiatrické nemocnici byl výsledek 5,7 výkonu na jednoho pacienta týdně, což je skoro dvakrát tolik, co v centrech péče o duševní zdraví. Domnívám se, že výsledek je ovlivněný délkou péče o klienty/pacienty, kdy v psychiatrické nemocnici jsou pobyty pacientů kratší, nicméně spolupráce bývá intenzivní. V centrech péče o duševní zdraví je pak péče o klienty dlouhodobá. Klienti dochází na smluvené schůzky dle vlastních potřeb.

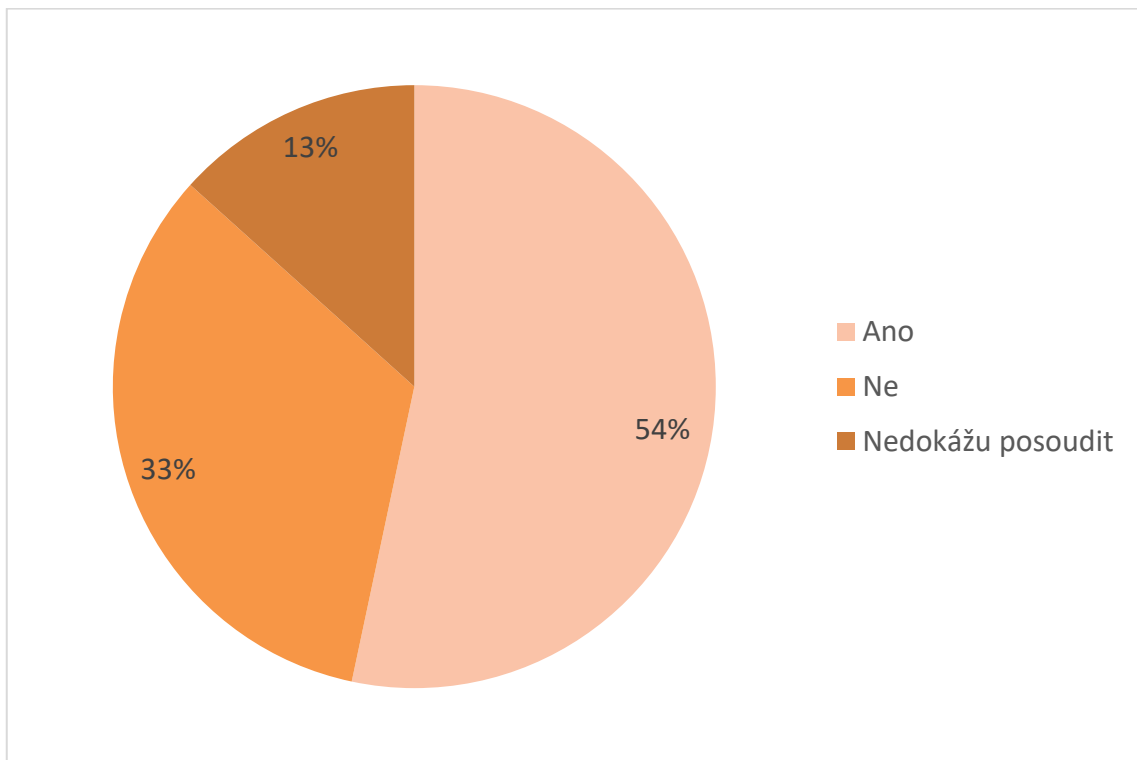
Otázka č. 7 – Funguje dle Vás v České Republice mezioborová spolupráce v péči o pacienty/ klienty s duševním onemocněním?



Obrázek 8 Grafické znázornění funkčnosti multidisciplinární spolupráce

Sedmá otázka zjišťuje pohled oslovených sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků na funkčnost mezioborové spolupráce v péči o duševně nemocné jedince. V této otázce není nutné rozdělovat výsledky jednotlivých zařízení a jsou tedy zobrazeny pomocí jednoho grafu. Z grafu je naprosto jasná převaha odpovědi spíše souhlasím, kterou uvedlo celkem 23 (77%) pracovníků z obou zařízení. Druhou nejčastější odpovědí bylo spíše nesouhlasím, kterou uvedlo celkem 6 (20%) pracovníků. Odpověď nevím uvedl 1 (3%) pracovník. Odpověď naprosto souhlasím a odpověď naprosto nesouhlasím neuvedl žádný respondent.

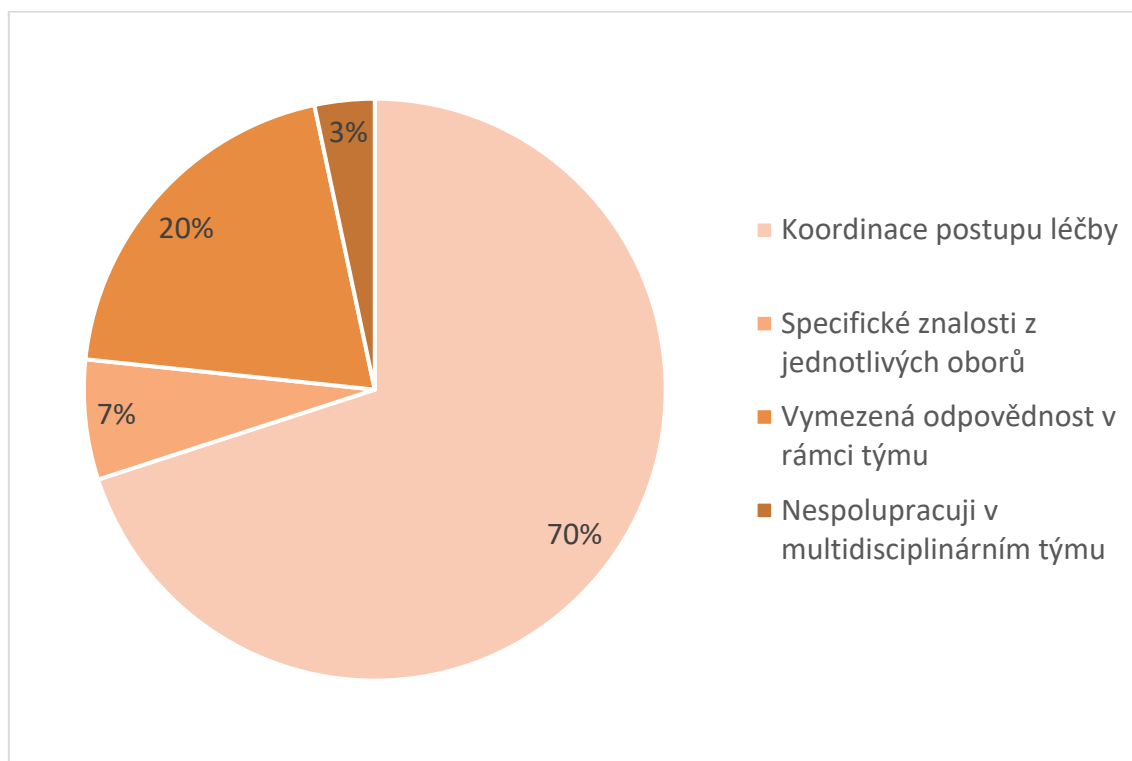
Otázka č. 8 – Je podle Vás péče o pacienty/ klienty s duševním onemocněním dostupná pro všechny, kteří ji potřebují? (případně odpověď krátce zdůvodněte)



Obrázek 9 Grafické znázornění dostupnosti péče pro duševně nemocné

V pořadí osmá otázka se zaměřuje na dostupnost péče. Vzhledem k povaze otázky opět nebylo nutné výsledky rozdělovat v rámci jednotlivých zařízení. Odpověď ano uvedlo 16 (54%) pracovníků z obou zařízení. Odpověď ne pak zvolilo 10 (33%) pracovníků a možnost nedokáži posoudit vybrali 4 (13%) pracovníci. Z výsledků je zřejmá převaha odpovědi ano. Z toho vyplývá, že dle oslovených pracovníků je péče dostupná pro všechny klienty/pacienty, kteří ji potřebují.

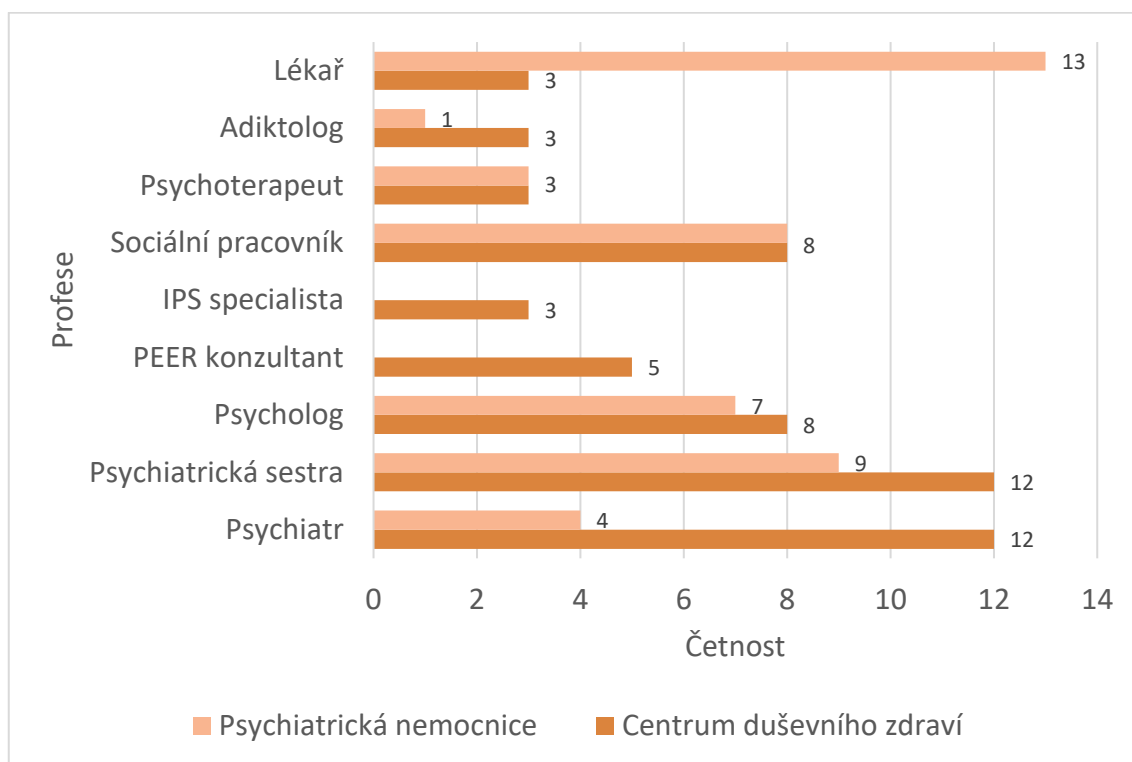
Otázka č. 9 – Co je pro Vás nejdůležitější v rámci multidisciplinární spolupráce v péči o pacienty/klienty s duševním onemocněním?



Obrázek 10 Grafické znázornění nejdůležitějších oblastí multidisciplinární spolupráce

Devátá otázka se blíže zaměřuje na multidisciplinární spolupráci. Tato otázka byla opět hodnocena pro obě zařízení společně. Všech 30 (100%) dotazovaných respondentů odpovědělo. Respondenti měli z uvedených možností vybrat, která je pro ně ve spolupráci nejdůležitější. Ti respondenti, kteří nepracují v multidisciplinárním týmu volili možnost „nespolupracuji v multidisciplinárním týmu“. Výsledky byly opět vyhodnocovány zároveň v obou zařízeních. Na prvním místě se jako nejdůležitější oblast umístila koordinace postupu léčby, kterou uvedlo 21 (70%) pracovníků. Druhou nejčastější odpovědí bylo vymezení odpovědnosti v rámci týmu. Tuto možnost zvolilo 6 (20%) pracovníků. Jako třetí pak skončily specifické znalosti z jednotlivých oborů, které zvolili 2 (7%) pracovníci a 1 (3%) pracovník vybral možnost nespolupracuji v multidisciplinárním týmu. Možnost jiné pro doplnění možných přínosů nezvolil žádný z respondentů.

Otázka č. 10 – Vypište, se kterými profesemi v rámci týmu nejčastěji spolupracujete?



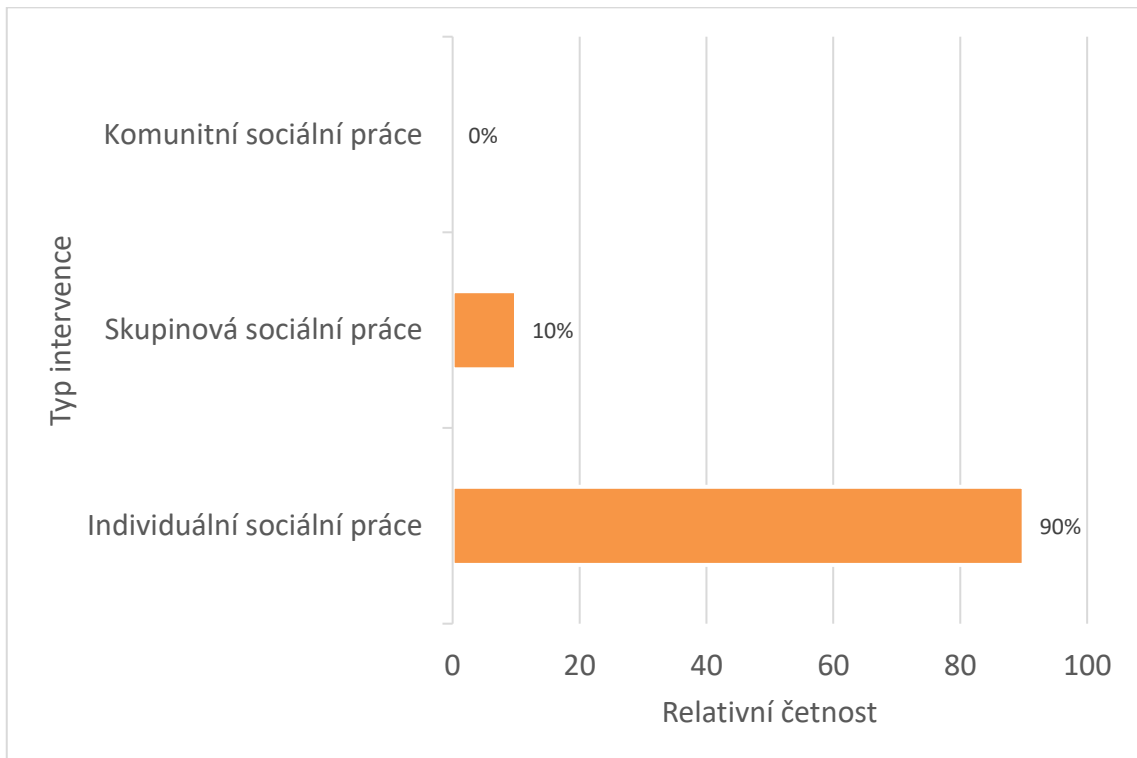
Obrázek 11 Grafické znázornění spolupracujících profesí v multidisciplinárním týmu

Otázka číslo deset byla otázka otevřená, ve které měli respondenti možnost vypsát s jakými profesemi se nejčastěji setkávají v rámci multidisciplinárního týmu. Odpovědi se ve většině případů opakovaly a shodovaly v obou zařízeních.

Nejčastější profesí, kterou uváděli pracovníci psychiatrické nemocnice byl lékař. Tuto odpověď zapsalo 13 (87 %) pracovníků. Druhou nejčastěji uváděnou profesí byla psychiatrická sestra, tu uvedlo 9 (60 %) pracovníků. Třetí v pořadí byla profese sociální pracovník, která se objevila u 8 (53 %) pracovníků. Celkem 7 (47 %) pracovníků dále uvedlo profesi psycholog. Jako další následoval psychiatr u 4 (27 %) pracovníků. Mezi další odpovědi patřil u 3 (20 %) pracovníků psychoterapeut a u 1 (7 %) pracovníka adiktolog.

V centrech duševního zdraví byly odpovědi následující. Mezi dvě nejčastější odpovědi se stejným počtem odpovědí u 12 (80 %) pracovníků patřila profese psychiatrická sestra a psychiatr. Jako další dvě profese opět se shodným počtem hlasů napsalo 8 (53 %) pracovníků profesi sociální pracovník a psycholog. Celkem 5 (33 %) pracovníků uvedlo pozici PEER konzultanta. Celkem 3 (20 %) pracovníci uvedli profese lékař, psychoterapeut a adiktolog. Další vypsanou profesí u 3 (20 %) pracovníků byl IPS specialista jiným názvem také pracovní konzultant.

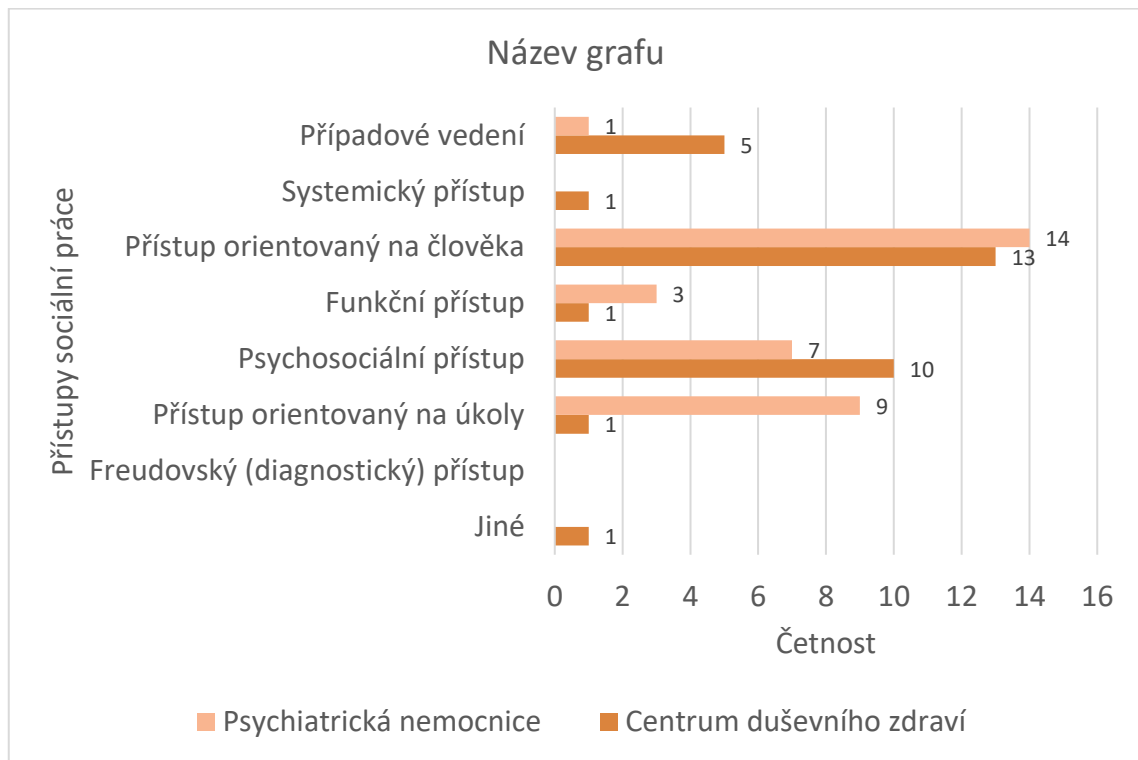
Otázka č. 11 – Jaký typ intervence sociální práce ve své praxi nejčastěji praktikujete?



Obrázek 12 Grafické znázornění nejčastějších typů intervencí sociální práce

V otázce číslo jedenáct měli respondenti vybrat jednu z metod sociální práce, kterou ve své praxi nejčastěji volí. Výsledky obou zařízení jsou opět posuzovány společně a jsou následovné. Metodu individuální sociální práce uvedlo jako prioritní 27 (90 %) pracovníků a metodu skupinové sociální práce pak 3 (10 %) pracovníci z obou zařízení. Žádný z dotazovaných nezvolil možnost komunitní sociální práce.

Otázka č. 12 – Zvolte max. 3 z uvedených přístupů sociální práce, které v praxi nejčastěji volíte?



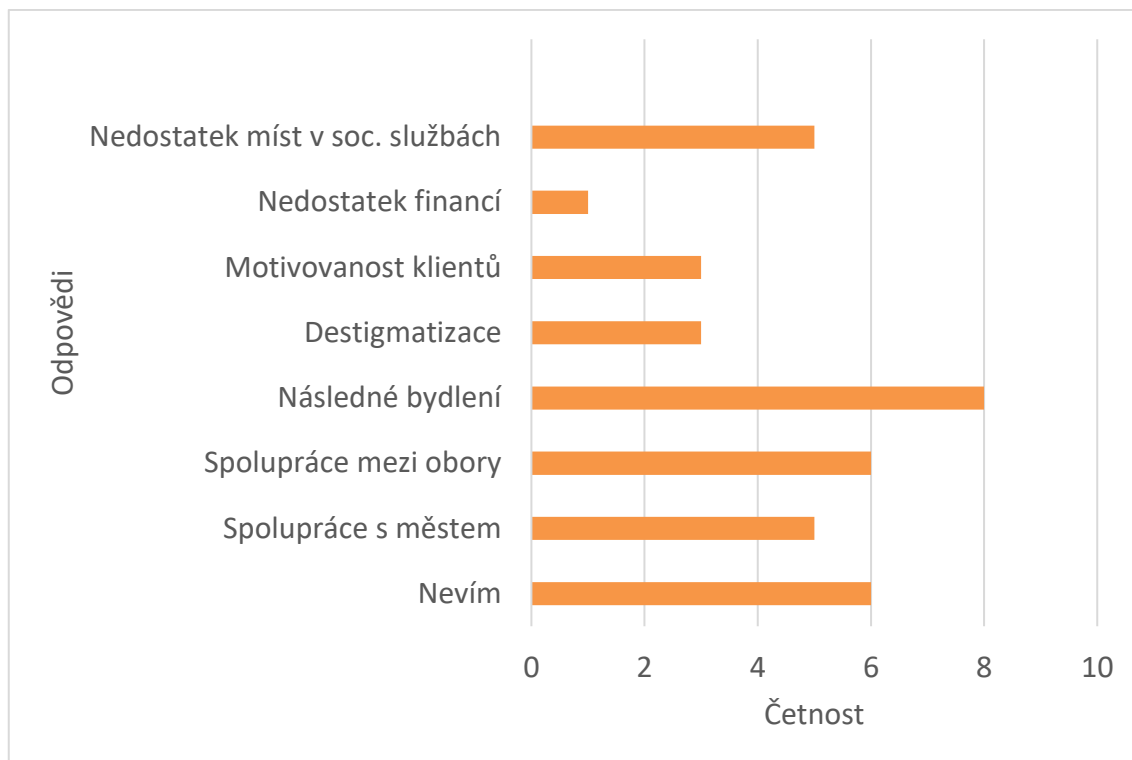
Obrázek 13 Grafické znázornění nejčastěji používaných přístupů sociální práce

Dvanáctá otázka se zaměřuje na konkrétní přístupy sociální práce, které ve své praxi sociální a zdravotně-sociální pracovníci využívají. Přístupy byly do dotazníku vybírány na základě studia bibliografických zdrojů. Respondenti měli možnost zvolit maximálně tři možnosti.

V psychiatrické nemocnici se nejčastěji využívaným přístupem stal přístup orientovaný na klienta/pacienta, který vybralo 14 (93 %) pracovníků. Další byl přístup orientovaný na úkoly, ten vybralo 9 (60 %) pracovníků. Celkem 7 (47 %) pracovníků zvolilo psychosociální přístup. Možnost funkčního přístupu zvolili 3 (20 %) pracovníci a 1 (7 %) pracovník zvolil přístup případového vedení.

U center duševního zdraví se nejčastěji voleným přístupem stal shodně s psychiatrickou nemocnicí přístup orientovaný na klienta/pacienta. Ten vybralo 13 (87 %) pracovníků. Dále pak vybralo 10 (67 %) pracovníků psychosociální přístup. Případové vedení vybralo celkem 5 (33 %) pracovníků. Jako další přístup zvolil 1 (7 %) pracovník funkční přístup a rovněž 1 (7 %) pracovník přístup orientovaný na úkoly. Možnost jiné uvedl 1 (7 %) pracovník centra duševního zdraví a blíže jej specifikoval jako koncept zotavení podle Raginse.

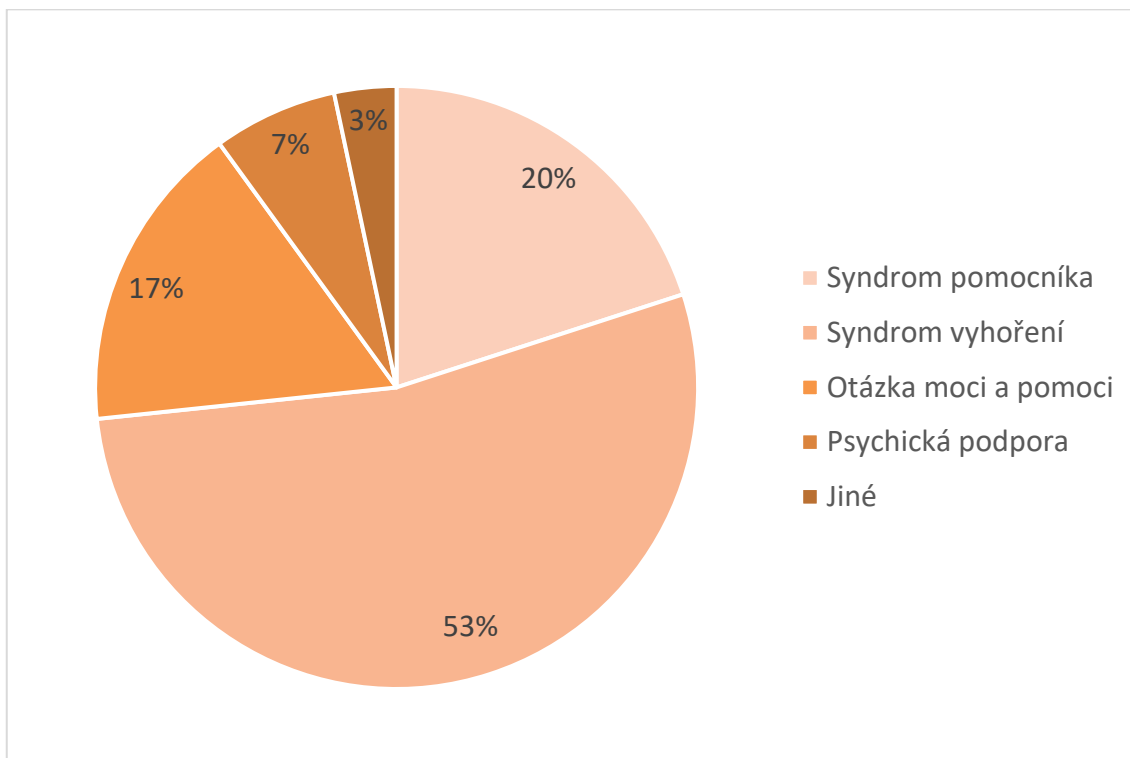
Otázka č. 13 – Vypište stručně, co ve své praxi v rámci práce s duševně nemocnými klienty/pacienty nejvíce postrádáte?



Obrázek 14 Grafické znázornění nedostatků v oblasti zajištění péče o duševně nemocné

Tato otázka byla otevřená a respondenti zde měli možnost vypsát, co konkrétně postrádají v rámci své praxe s duševně nemocnými jedinci. Vzhledem k častým shodám odpovědí je otázka opět vyhodnocována pro obě zařízení společně. Nejčastěji vypisovanou odpovědí, kterou uvedlo 8 (27 %) z 30 (100 %) respondentů byla problematika následného bydlení pro duševně nemocné jedince. Další častou odpovědí, kterou uvedlo 6 (20 %) pracovníků byla spolupráce mezi obory. Celkem 5 (17 %) pracovníků uvedlo problém v oblasti spolupráce s městem a nedostatek volných míst v rámci sociálních služeb. Nedostatečnou motivovanost klientů a snahu o destigmatizaci duševního onemocnění uvedli jako problém celkem 3 (10 %) pracovníci. Nedostatek financí uvedl jako problém 1 (3 %) pracovník, což je vzhledem k otázce číslo tři zajímavý fakt. V otázce patřila oblast financí k nejčastěji řešeným problémům v rámci praxe sociálních a zdravotně sociálních pracovníků. Možnost nevím pak zvolilo celkem 6 (20 %) pracovníků.

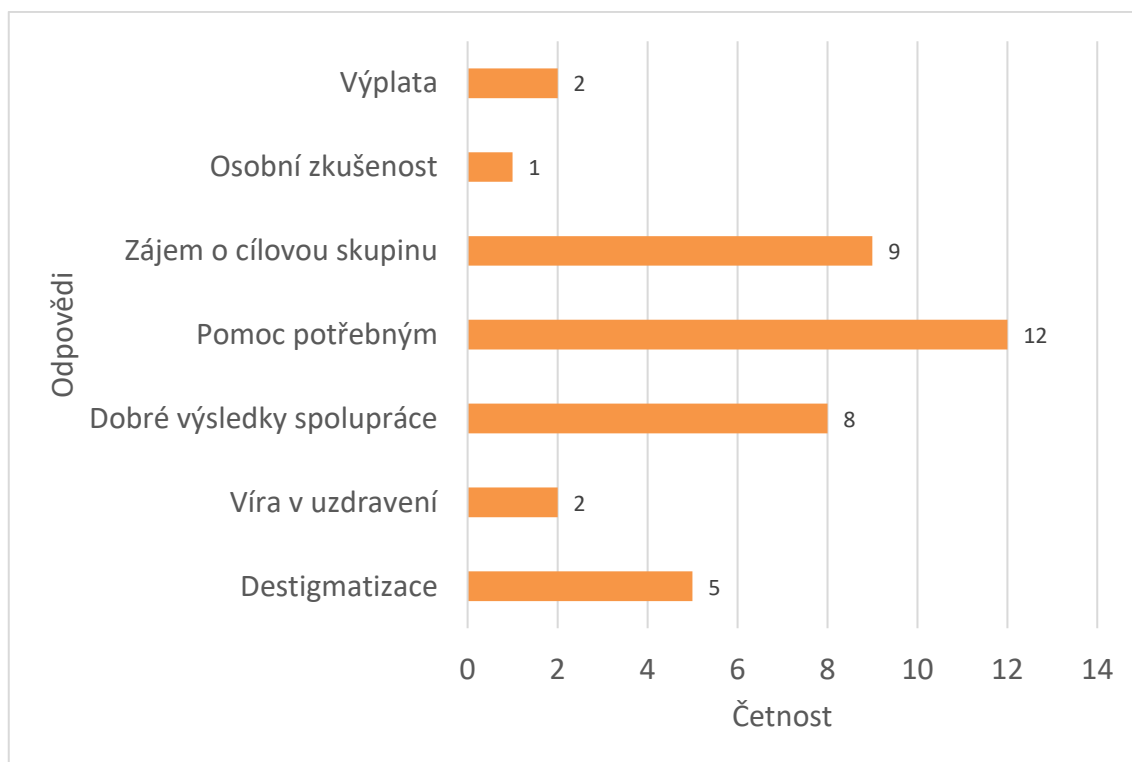
Otázka č. 14 – Co vnímáte jako největší úskalí Vaší profese?



Obrázek 15 Grafické znázornění možných úskalí profese sociálního pracovníka

Vzhledem k charakteru otázky jsou výsledky opět společné pro obě zařízení. Jako největší úskalí vnímají pracovníci syndrom vyhoření. Tuto možnost zvolilo 16 (53 %) pracovníků. Na druhém místě skončil syndrom pomocníka zvolený 6 (20 %) pracovníky. Celkem 5 (17 %) pracovníků vybralo jako úskalí otázku moci a pomoci. Nedostatečnou psychickou podporu uvedli jako úskalí 2 (7%) pracovníci. Odpověď jiné zvolil 1 (3%) pracovník a jej blíže specifikoval jako vývojový plán reformy psychiatrické péče.

Otázka č. 15 – Vypište stručně, co Vás k práci s duševně nemocnými klienty/pacienty nejvíce motivuje?

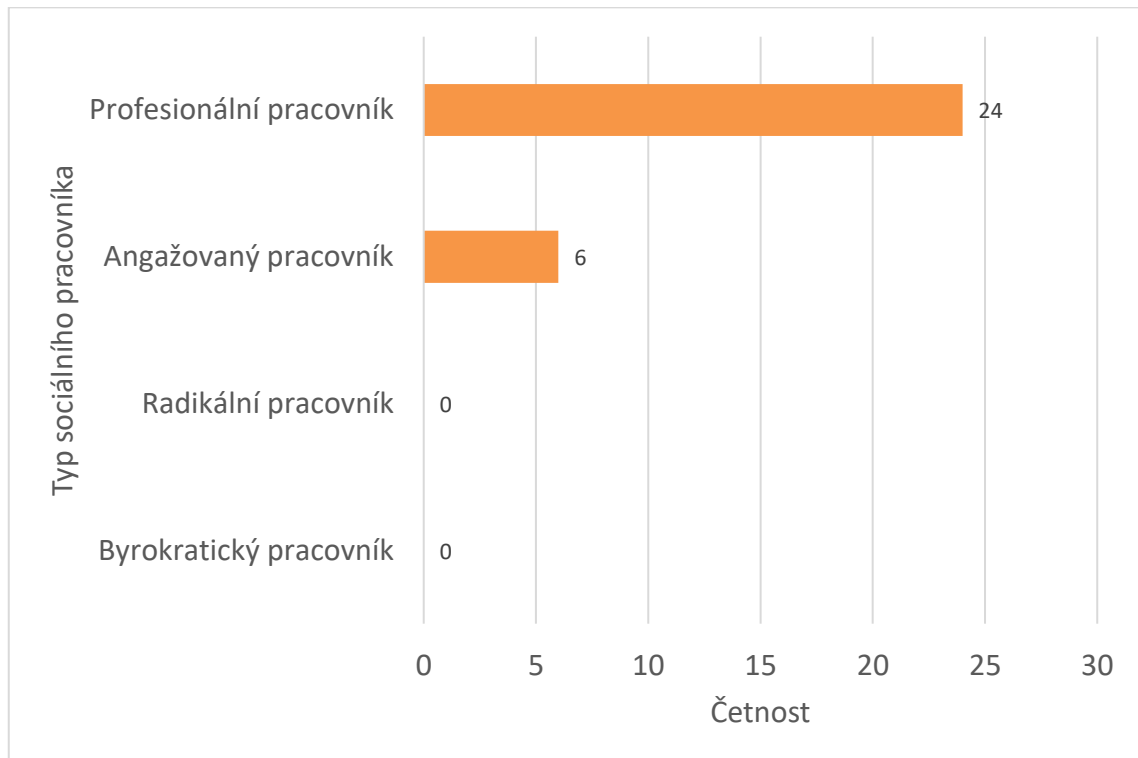


Obrázek 16 Grafické znázornění motivace sociálních pracovníků

Patnáctá otázka dává respondentům možnost konkrétně vypsát, co je motivuje v práci s duševně nemocnými jedinci. Vzhledem k charakteru otázky byla zvolena forma otevřené otázky a byla vyhodnocována pro obě zařízení společně. Všech 30 (100 %) respondentů na otázku odpovědělo.

Respondenti do dotazníku nejčastěji vypisovali pomoc potřebným. Tato odpověď se objevila u 12 (40 %) z 30 (100 %) pracovníků. Jako další odpověď uvedlo 9 (30 %) pracovníků zájem o cílovou skupinu. Celkem 8 (27 %) pracovníků motivují k práci dobré výsledky spolupráce. Snahu o destigmatizaci jako motivaci uvedlo 5 (17 %) pracovníků. Další možnosti, které v obou případech uvedli 2 (7 %) pracovníci byly víra v uzdravení klienta a výplata (finanční ohodnocení). Osobní zkušenost s duševním onemocněním se objevila v odpovědi u 1 (3 %) pracovníka.

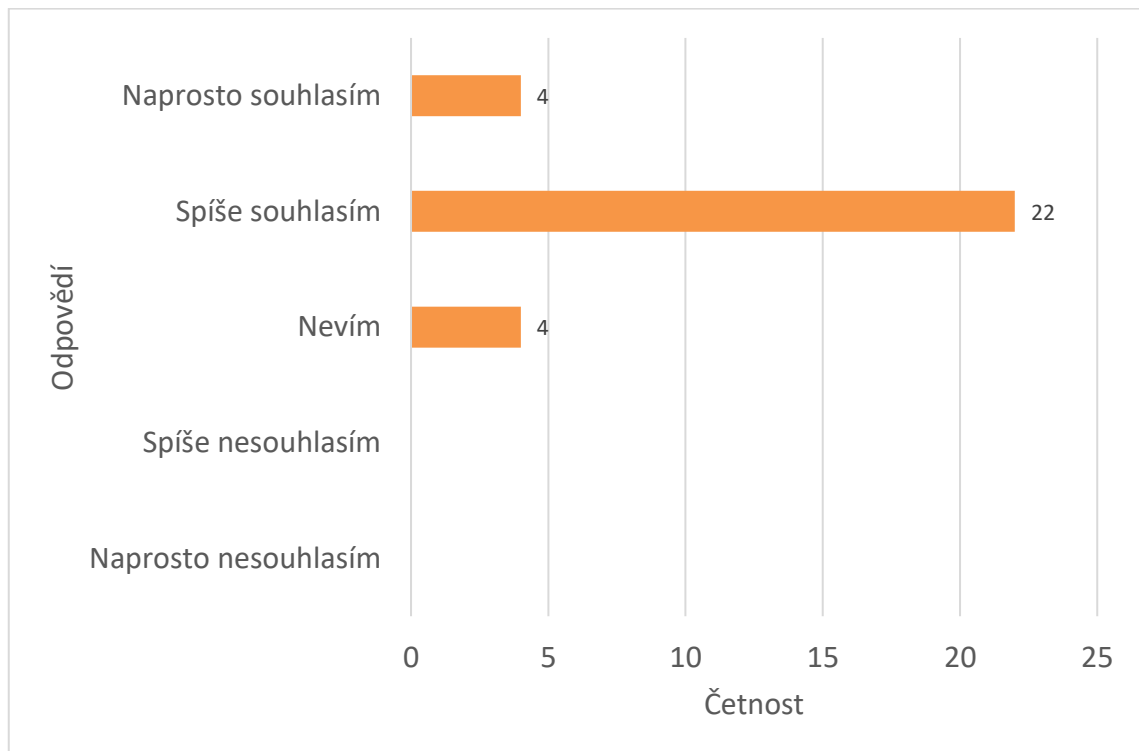
Otázka č. 16 – Jaký typ sociálního pracovníka je Vám osobně nejbližší?



Obrázek 17 Grafické znázornění výskytu typů sociálních pracovníků

V této otázce měli pracovníci dle osobního uvážení a preferencí zvolit, jaký typ sociálního pracovníka je jim v jejich praxi nejbližší. Odpovědi byly opět vyhodnocovány pro obě zařízení zároveň. Z uvedených možností vybralo 24 (80 %) z celkově 30 (100 %) respondentů, že je jim nejbližší typ profesionálního sociálního pracovníka. Celkem 6 (20 %) pracovníků pak uvedlo angažovaného pracovníka. Možnost radikálního a byrokratického pracovníka nebyla zvolena ani jedním respondentem.

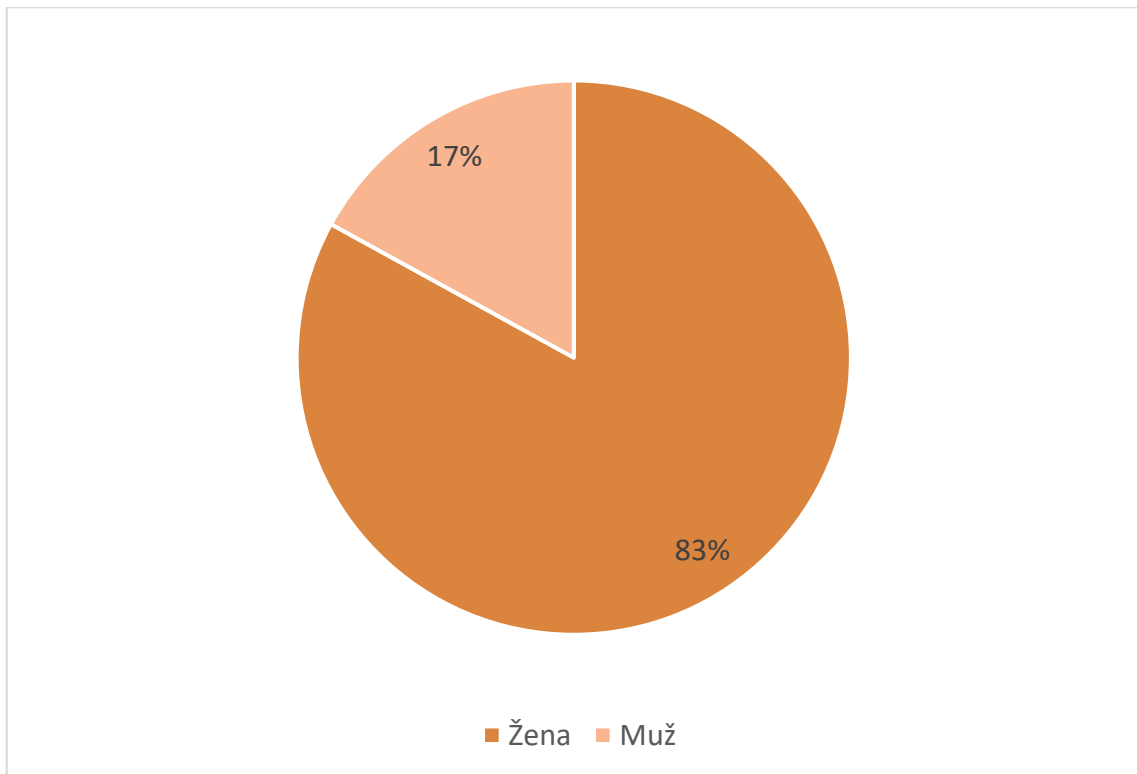
Otázka č. 17 – Zakroužkujte prosím odpověď na tvrzení: *V současné době se ve své práci cítím dostatečně motivovaný.* Případně svou odpověď krátce zdůvodněte.



Obrázek 18 Grafické znázornění současné motivovanosti sociálních pracovníků.

Sedmnáctá otázka se zaměřovala na současnou motivaci pracovníků obou zařízení zároveň. Hodnocení proběhlo za pomoci Likertovy škály. Respondenti měli zhodnotit tvrzení „*v současné době se ve své práci cítím dostatečně motivovaný*“ na stupnici od naprostou souhlasím po naprostou nesouhlasím. Přičemž 22 (74 %) respondentů uvedlo odpověď spíše souhlasím. Dále 4 (13 %) respondenti uvedli možnost nevím a taktéž 4 (13 %) respondenti uvedli možnost naprostou souhlasím.

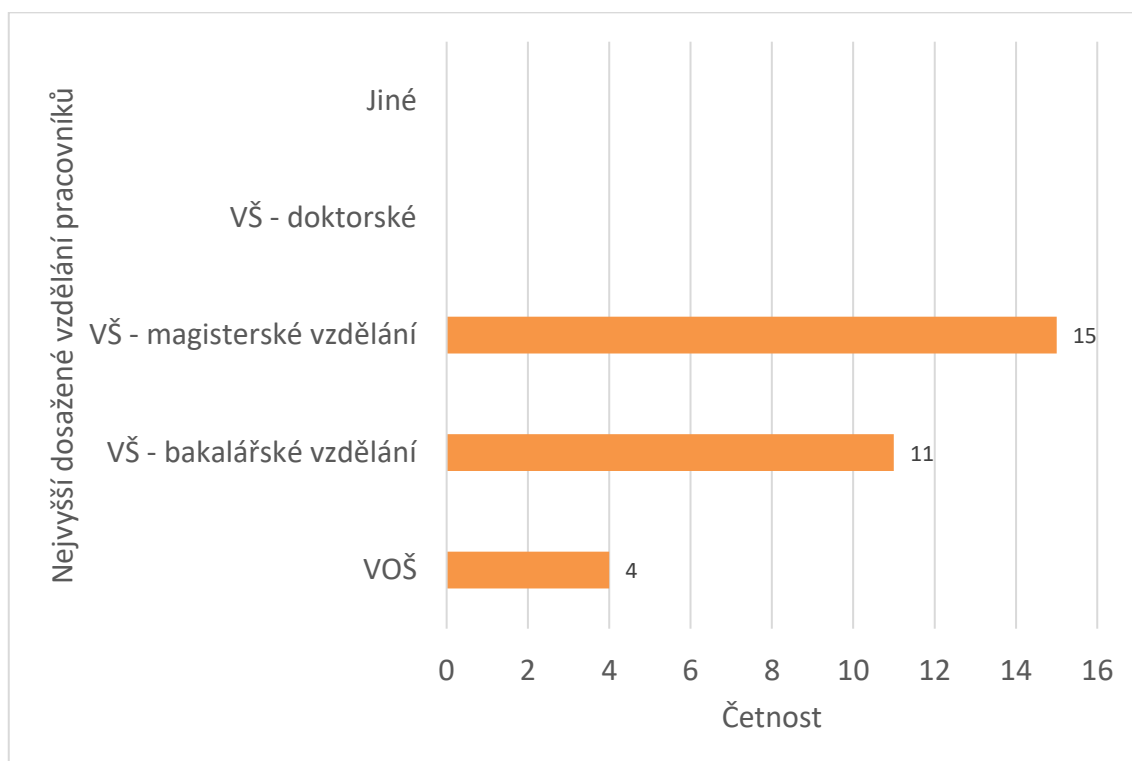
Otázka č. 18 – Jaké je Vaše pohlaví?



Obrázek 19 Grafické znázornění pohlaví respondentů

Tato identifikační otázka sloužila k rozdělení celkového počtu respondentů dle pohlaví. Přičemž v celkovém počtu 30 (100 %) respondentů bylo ve vzorku zastoupeno 5 mužů (17 %) a 25 (83 %) žen.

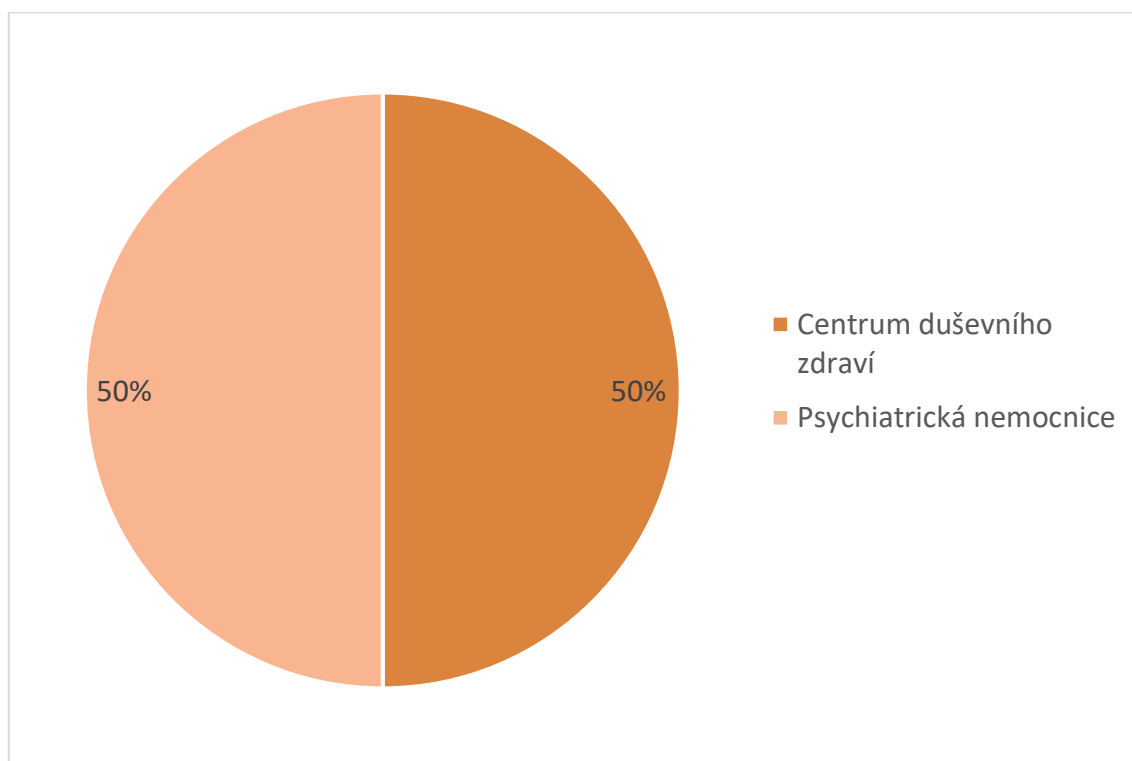
Otázka č. 19 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Obrázek 20 Grafické znázornění dosaženého vzdělání respondentů

Devatenáctá otázka zjišťovala stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání u pracovníků v obou zařízeních. Z celkového počtu 30 (100 %) respondentů bylo ve průzkumném vzorku nejvíce zastoupeno vysokoškolské magisterské studium, a to u celkem 15 (50 %) respondentů. Vysokoškolské bakalářské studium mělo 11 (37 %) pracovníků a celkem u 4 (13 %) pracovníků bylo nejvyšší dosažené vzdělání v kategorii vyššího odborného vzdělání.

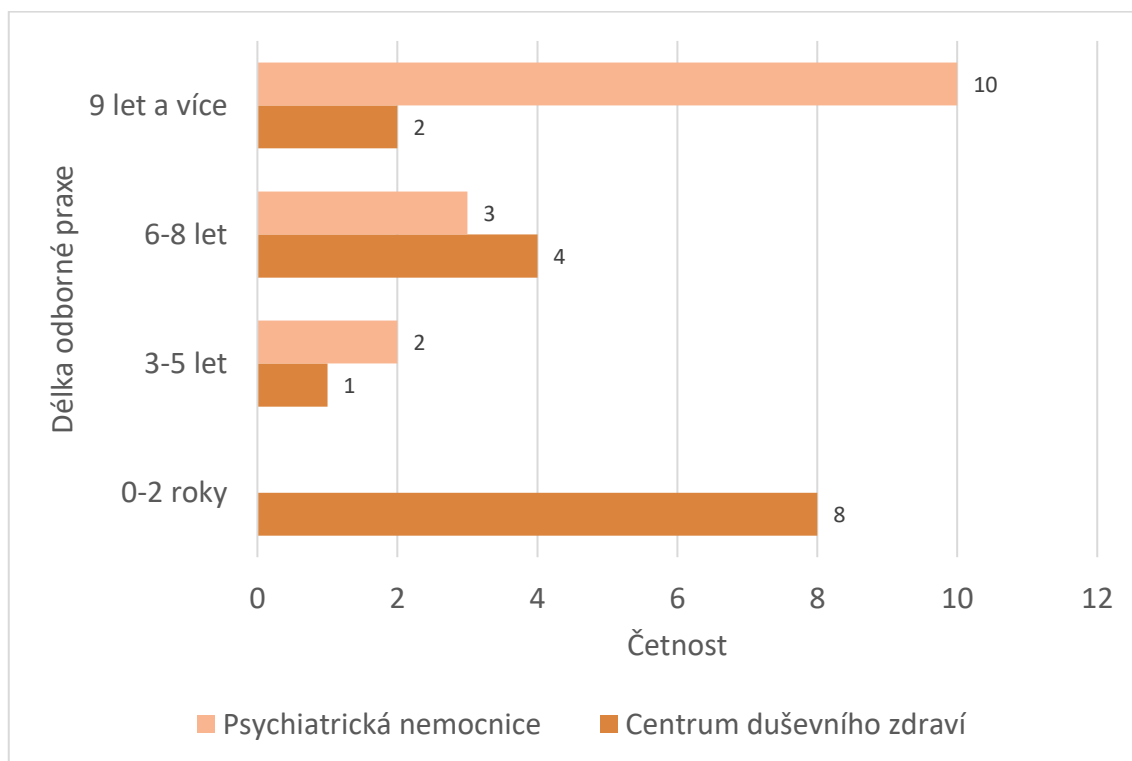
Otázka č. 20 – V jakém zařízení sociálních/zdravotních služeb v současné době působíte?



Obrázek 21 Grafické znázornění respondentů dle typu zařízení

Tato otázka rozděluje respondenty dle typu zařízení, ve kterém pracují. Odpovědi v této otázce byly vyrovnané. Z počtu 30 respondentů (100 %) bylo 15 (50 %) pracovníků zaměstnáno v centrech duševního zdraví a 15 (50 %) v psychiatrické nemocnici.

Otázka č. 21 - Jaká je délka vaší odborné praxe v oblasti práce s duševně nemocným člověkem?



Obrázek 22 Grafické znázornění délky praxe respondentů

Tato otázka rozdělovala respondenty dle délky jejich odborné praxe v oblasti duševního zdraví. Výsledky této otázky byly rozděleny pro obě zařízení zvlášť.

Výsledky v psychiatrické nemocnici ukázaly, že z celkového počtu 15 (100 %) respondentů byla délka odborné praxe u 10 (67 %) pracovníků 9 a více let. Dále 3 (20 %) pracovníci uvedli délku praxe mezi 6 a 8 lety a zbylí 2 (13 %) v délce mezi 3 a 5 lety.

Co se týče center péče o duševní zdraví, tak opět z celkem 15 (100 %) respondentů uvedlo 8 (53 %) pracovníků délku praxe od 0 do 2 let. Dále 4 (27 %) pracovníci uváděli délku své praxe mezi 6 až 8 lety. Následně 2 (13 %) pracovníci byly v kategorii 9 let a více a pouze 1 (6 %) pracovník uvedl délku praxe v rozmezí 3 až 5 let.

Z výsledků této dotazníkové otázky vyplývá, že délka odborné praxe je u pracovníků psychiatrické nemocnice výrazně delší než u pracovníků centrem duševního zdraví, která jsou jako zařízení sociálních služeb mladší.

4 DISKUZE

Tato kapitola se věnuje diskuzi nad výsledky analýzy dotazníkového šetření. Prostřednictvím komparace s jinými odbornými zdroji. V této kapitole je diskutováno v souladu se stanovenými dílčími cíli. Tyto dílčí cíle jsou uvedeny na začátku průzkumné části této práce.

Dílčí cíl č.1- Jakými metodami sociální práce nejčastěji pracují sociální pracovníci s duševně nemocnými klienty?

První dílčí cíl byl vyhodnocen na základě výsledků dotazníkové otázky č. 11, otázky č. 12 a dotazníkové otázky č.5. Dotazníková otázka č. 11 sloužila k zjištění nejčastěji používané metody sociální práce v praxi sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků. Z nabízených možností pracovníci center duševního zdraví i psychiatrické nemocnice nejčastěji volili odpověď individuální sociální práce. Individuální sociální práce je mnohdy uváděná také jako případová práce. Tento přístup je zaměřen na vztah mezi klientem a pracovníkem. Pro efektivní spolupráci se musí oba aktéři na sebe vzájemně nastavit. Pro klienta je nastavení vůči pracovníkovi určováno potřebami, naopak nastavení pracovníka na klienta je ve většině případů určeno jeho posláním. V individuální sociální práci má pracovník jasně stanovené kompetence. Matoušek (2013, s. 262) uvádí: „*Případová práce je proces, ve kterém se pracovník s klientem setkávají jako lidské bytosti. Představa, že profesionalita znamená odosobnění, není v případové sociální práci namístě.*“ (Matoušek, 2013, s. 262-263)

Z výše uvedeného výsledku vyplývá, že pro cílovou skupinu, tedy pro osoby s duševním onemocněním je navázání vztahu s pracovníkem klíčové. Což tak potvrzuje informace uváděné v odborné literatuře. Tento výsledek jsem očekávala vzhledem k individuálním potřebám každého z nás a k častým změnám stavu onemocnění. Dle mého názoru tato metoda sociální práce zajišťuje pracovníkům efektivitu a dobré výsledky spolupráce. Další důvody, pro které dle mého názoru mohla být individuální práce vybírána, mohou být následující: Jasně stanovené cíle v rámci spolupráce, vzbuzování naděje na změnu, motivace, podrobné obeznámení s klientovým dosavadním životem, které jsou pro spolupráci velmi důležité. A v neposlední řadě má pracovník v rámci individuální sociální práce možnost zmapovat podpůrné vazby klienta a čerpat z nich v rámci spolupráce.

Další metoda byla skupinová sociální práce. Skupinová sociální práce může sloužit k posílení sociálního fungování členů skupiny. Často souvisí se vzděláváním a směřuje ke změně. Pojem v sobě zahrnuje také skupinovou terapii. Skupinová terapie může být skvělým nástrojem například v léčbě závislostí. Aktivně se však využívá v práci s různými duševními problémy a

posiluje sociální adaptaci (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 22-23). V rámci skupiny si klienti často osvojí vlastnost vzájemné pomoci, respektu, důvěry, sounáležitosti a ohleduplnosti. Mnohdy si uvědomí své dosavadní egocentrické jednání. Dle mého názoru zvolili respondenti tuto možnost právě kvůli výše zmíněným benefitům, které přináší. V psychiatrické nemocnici je pak práce ve skupinách běžnou a často využívanou praxí a v rámci centra duševního zdraví existují sociálně terapeutické dílny, kde si klienti taktéž osvojují fungování a spolupráci ve skupině.

Dotazníková otázka č. 12 mapovala jaké přístupy sociální práce pracovníci ve své praxi nejčastěji volí. Umístění přístupu orientovaném na klienta/pacienta na prvním místě jsem očekávala zejména na základě vlastní zkušenosti z praxe v těchto zařízeních. Dalším vodítkem k předpovězení výsledku byl výsledek předchozí dotazníkové otázky, kde nejčastěji vybranou metodou sociální práce byla individuální práce. Přístup orientovaný na klienta/ pacienta mnohdy uváděný jako přístup orientovaný na člověka či Rogersovský přístup má s individuální sociální prací mnoho společného. Základy tohoto přístupu opět spočívají ve vztahu klienta/pacienta a pracovníka. Tento přístup stojí na empatickém porozumění, akceptaci bez podmínek a kongruenci (opravdovosti). Přístup se zaměřuje na komunikaci a zahrnuje široké množství technik a postupů. (Nykl, 2012, s.15)

Překvapení však přinesly výsledky druhé pozice, kde v psychiatrické nemocnici skončil přístup orientovaný na úkoly, který ovšem v centrech duševního zdraví skončil až na poslední příčce. Osobně se domnívám, že tento výsledek ovlivňuje délka péče a spolupráce s klientem. V rámci psychiatrické nemocnice je délka péče kratší nejčastěji okolo 4-6 měsíců, což vyplývá z výsledků dotazníkové otázky č.5. Snaha o co nejrychlejší návrat z psychiatrické nemocnice do běžného života tak umožňuje pracovníkům volit přístup orientovaný na úkoly. Tento přístup je spíše krátkodobý a zaměřuje se na konkrétní a krátkodobé cíle. Dosahování těchto cílů pak může pacienty motivovat, vzbuzovat v nich sebedůvěru a snahu o změnu (Matoušek, 2013, s.109). V centrech duševního zdraví na základě výsledků dotazníkové otázky č. 5 vyplynulo, že délka péče o klienta zpravidla přesahuje 1 rok. Domnívám se, že právě proto zde přístup orientovaný na úkoly zvolil pouze 1 respondent a naopak na druhém místě byl nejčastěji volen psychosociální přístup. Hlavní myšlenkou tohoto přístupu je kontext člověka a situace. Pracovník v tomto přístupu vychází z klientových potřeb a snaží se vyhledat příčiny klientových problémů a nespokojenosti (Matoušek, 2013, s.66-67). Z této definice je patrné, že spolupráce bude dlouhodobého rázu, a proto se dle mého názoru umístil tento přístup v centrech duševního zdraví na druhém místě.

Závěrečnou odpovědí na tento dílčí cíl práce tedy je, že nejčastěji volenou metodou je v obou zařízeních individuální sociální práce. Jako nejčastější přístup sociální práce pak opět shodně pracovníci obou zařízení volí přístup orientovaný na klienta/pacienta. Na druhém místě v psychiatrické nemocnici je přístup orientovaný na úkoly a v centrech duševního zdraví je to psychosociální přístup.

Dílčí cíl č.2- Jaká jsou nejčastější úskalí práce sociálních pracovníků v oblasti péče o klienty s duševní nemocí?

Druhý dílčí cíl byl vyhodnocen na základě výsledků dotazníkové otázky č.14, dále otázky č.15 a otázky č.16. Jako první zmíním výsledky otázky č. 16. V této otázce měli respondenti z uvedených možností vybrat k jakému typu sociálního pracovníka mají dle svého osobního uvážení nejbližší. Naprostou převahu získala možnost profesionální pracovník, kterou zvolilo 24 z celkem 30 pracovníků a následně 6 pracovníků zvolilo možnost angažovaný pracovník. Borská (2017) ve svém výzkumu popisuje stejný výsledek, kdy respondenti v rámci jejího výzkumu taktéž nejčastěji uváděli, že „*na svou práci nahlížíjí jako na práci, která je založena na profesionálním vztahu*“. Každý z typů sociálního pracovníka přináší ve svém přístupu možná úskalí. Přístup profesionálního pracovníka je veden dodržováním etického kodexu a hlavní jsou pro něho práva klienta. Matoušek uvádí: „*model je založený na tom, že je třeba vyvážit moc mezi sociálním pracovníkem a klientem*“ to se děje na základě spoluúčasti klienta při rozhodování a jeho možnosti stěžovat si na službu (Matoušek, 2013, s. 46). Osobně mi z tohoto faktu vyvstává možné úskalí v otázce, kdy ještě klientovi pomáhám a kdy ho již vedu a tlačím, aby jednal dle mého přesvědčení. Úskalí přístupu sociálního pracovníka tedy vnímám zejména v přebírání kontroly nad klientem a potlačováním tak jeho autonomie. Dalším zvoleným modelem sociálního pracovníka byl angažovaný sociální pracovník. U tohoto přístupu je hned několik možných úskalí. Angažovaný pracovník s klienty jedná jako s přáteli, nejedná jako profesionál, ale jako člověk. Matoušek uvádí: „*v kontextu praxe je tento přístup problematizován tím, že by sociální pracovník mohl být jednak obviněn ze stranění některým klientům, jednak může dojít k vytvoření osobního vztahu s klientem, anebo k syndromu vyhoření*“. Dle mého názoru je vždy nutné, aby sociální pracovník dodržoval etický kodex své profese a jednal v rámci práv, povinností a pravidel zařízení ve kterém působí. Může se tak vyhnout výše zmíněným problémům. Z výsledků této průzkumné otázky jsem částečně překvapená, zejména vzhledem k charakteru cílové skupiny klientů/pacientů a k povaze zařízení ve kterých průzkum probíhal. Z osobní zkušenosti mohu potvrdit, že tyto dva přístupy bych v praxi volila i já. Malým překvapením bylo, že žádný z respondentů nezvolil

model byrokratického pracovníka, který je postavený na záměrné manipulaci s lidmi, avšak vždy v jejich nejlepší zájmu. Domnívám se, že v tomto přístupu je nejdůležitější oddělit osobní hodnoty od těch profesních. V rámci praxe jsem se s byrokratickým přístupem setkala na terapeutických sezeních se závislými klienty/pacienty.

Další klíčovou otázkou pro vyhodnocení tohoto cíle byla dotazníková otázka č.14. Tato otázka se zaměřovala na konkrétní úskalí v praxi pomáhajících profesí. Výsledky ukázaly, že mezi nejčastější úskalí dle pracovníků patří syndrom vyhoření, který zvolilo 16 z 30 respondentů, dále pak syndrom pomocníka, otázka moci a pomoci a nedostatečná psychická podpora. Jeden respondent zde zvolil možnost jiné, kterou blíže specifikoval jako plán reformy psychiatrické péče. Výsledky této otázky dopadly dle očekávání. Syndrom vyhoření je obecně nejčastějším problémem v oblasti pomáhajících profesí. Výše v této práci se podrobněji zabývám syndromem vyhoření nicméně si osobně myslím, že hlavním důvodem, proč respondenti nejčastěji volili právě syndrom vyhoření jako úskalí profese je oblast duševního onemocnění. Práce s duševně nemocnými lidmi je velice specifická. Je náročná na trpělivost pracovníků a stav onemocnění se často a mnohdy nečekaně mění. Nezřídka se stává, a mám s tím i osobní zkušenost, že s klientem/pacientem na něčem pracujete a během jediného okamžiku je vše pryč a jste opět na začátku. Domnívám se, že přehnaná a nereálná očekávání v práci s touto cílovou skupinou jsou přímou jízdenkou k syndromu vyhoření. Matoušek (2013, s.53) píše: „*nejnáročnější je práce s klienty, kteří jsou v určitém zařízení nedobrovolně, nebo nejsou pro účast v určitém programu dostatečně motivováni*“, což může být dalším důvodem, proč tuto možnost volili pracovníci psychiatrické nemocnice.

Dalším často vybíraným syndromem byl syndrom pomocníka často nazýván také jako syndrom pomáhajících. V tomto případě se již jedná o poruchy, kdy pracovník touží po uznání, vděčnosti a po obdivu od druhých. Dobrou prevencí proti tomuto syndromu bývá supervize (Matoušek, 2013, s. 56). Dle mého názoru volili respondenti právě tuto možnost zejména ze dvou důvodů. Prvním z nich mohla být neznalost tohoto syndromu. Syndrom pomocníka je poměrně zavádějící název a každý nemusí vědět, že se za ním reálně skrývá porucha. Druhý důvod dle mého názoru může souviset se samotným výběrem profese a cílové skupiny. Pracovníci si často skrz svá, ať už vědomá či nevědomá traumata, zkušenosti a podobnosti vybírají právě takové oblasti sociální práce, ke kterým mají vnitřně blízko. Na tomto základě se pak snaží pomáhat druhým a za to očekávají uznání, protože jim samotným se pomoci nedostalo.

Otázka moci a pomoci byla zvolena jako třetí nejčastější úskalí. Této problematice se věnuji již výše v rámci diskuze. Otázka moci a pomoci je typická pro všechny oblasti sociální práce a troufám si tvrdit, že každý sociální či zdravotně-sociální pracovník se s ní ve své praxi potýkal. Dle mého názoru je to způsobeno tím, že jsou obecně lidé zvyklí své zvyky a názory přenášet na druhé. Na tom faktu není nic špatného až do chvíle, kdy přebíráme kontrolu nad životy druhých. V rámci obou zařízení pak může být přebírání odpovědnosti nad druhými a například řešení jejich problémů pro pracovníky možnou úsporou času a prevencí před syndromem vyhoření. Ve své praxi jsem vedla rozhovor s pracovnící psychiatrické nemocnice, která mi sama přiznala, že mnohdy přemýšlí nad tím, zda něco neudělat za pacienta. Ona by si ušetřila čas a možná zklamání z pacientova selhání, nicméně by tak převzala kontrolu a odpovědnost nad jeho životem a on by se tak v rámci péče nikam neposunul. Dále by hrozilo zneužití této zkušenosti ze strany pacienta. Mahrová, Venglářová a kol. (2008, s.99) uvádí, že převzetí kontroly nad klientem „*může vést k zneschopnění, pracovníka pak klient vnímá jako experta, vyžaduje hotová řešení a odpovědnost za jejich úspěch.*“

V rámci dotazníkové otázky č.15, která taktéž sloužila k vytvoření přesnější představy o možných úskalích profese sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků, se zaměřuji na motivaci pracovníků. Pracovníci měli možnost v rámci otevřené otázky vypsat, co konkrétně je v práci s duševně nemocnými lidmi motivuje. Tuto otázku jsem do vyhodnocení tohoto cíle zařadila záměrně. Osobně se totiž domnívám, že dobrá motivace je prevence proti vzniku výše zmíněných úskalí. Zároveň nedostatek motivace pak může právě k těmto úskalím vést, takže se problematiky přímo ovlivňují. Nejčastěji vypisovanou odpovědí byla pomoc potřebným. Jak již zmiňuji výše v práci, přehnaná angažovanost a bezpodmínečná snaha o pomoc druhým může být mnohdy startem pro syndrom vyhoření. Dle mého názoru je pomoc potřebným solidární a úctyhodný motiv, ale vždy je nezbytné udržovat vše ve zdravé rovině. Další motivací pak byl zájem o cílovou skupinu. Právě za tímto zájmem se může v některých případech skrývat syndrom pomocníka, který se následně může i nemusí u pracovníka rozvinout, a i v tomto případě může hrozit syndrom vyhoření. Jako poslední nejčastější motivaci uvádím dobré výsledky spolupráce. Osobně si myslím, že je z odpovědi zřejmé, co může hrozit v případě, kdy se pracovníkovi dlouhodobě nebude dařit dosahovat s klientem dobrých výsledků a pozitivní změny situace. V tomto případě se opět může dostavit ztráta angažovanosti a následné vyhoření. V jiném případě může dojít k tomu, že pracovník v rámci dobrých výsledků převezme odpovědnost a kontrolu nad klientem.

Závěrečným výsledkem a odpovědí na tento průzkumný cíl je, že jako nejčastější úskalí v rámci své profese vnímají respondenti syndrom vyhoření.

Dílčí cíl č.3- Jaké oblasti života duševní onemocnění nejvíce ovlivňuje jedince s tímto problémem z pohledu sociálních pracovníků?

Hodnocení třetího průzkumného cíle proběhlo na základě výsledků dotazníkové otázky č. 3 a otázky č.4. K přesnějšímu porozumění výsledků sloužila také dotazníková otázka č.8.

Třetí dotazníková otázka se zaměřovala na konkrétní oblasti, které pracovníci ve své praxi s klienty/pacienty nejčastěji řeší. Respondenti měli možnost vybrat celkem tři z uvedených oblastí. Uvedené oblasti byly v rámci dotazníku vždy blíže specifikovány, ale jednalo se o uplatnění na trhu práce, bydlení, finance, sociální vyloučení a stigmatizace, vztahy, závislosti, zdraví. Tyto oblasti byly do dotazníku vybírány na základě studia bibliografických zdrojů a zkušeností z praxe. Výsledky byly následující na prvních dvou místech se s drobným rozdílem v obou zařízeních umístila oblast financí a oblast bydlení. Osobně se domnívám, že podobné výsledky bychom získali i od pracovníků pracujících s jinou cílovou skupinou. Vzhledem k tomu, že finanční potíže většinou vznikají v souvislosti s neschopností vykonávat zaměstnání (domnívám se), že výsledky jsou opět ovlivněny cílovou skupinou. Ve své praxi jsem zaznamenala, a trůfám si proto říci, že velká část osob s duševní nemocí není zaměstnána a je odkázána na dávky invalidního důchodu, což pro mnohé duševně nemocné znamená jisté stigma. Takže tedy to, že duševní onemocnění nejvíce ovlivňuje jedince v oblasti financí, pro mě osobně není překvapivý výsledek. Charakter onemocnění mnohdy nedovoluje člověku chodit pravidelně do zaměstnání. Duševně nemocní jedinci často nejsou schopni chápat hodnotu peněz, a proto s nimi nezvládají hospodařit. Oblast financí řeší pracovníci s pacienty v psychiatrických léčebnách, ať se již jedná o výplatu důchodu, placení nájemného či výběr osobního kapesného. V rámci center duševního zdraví mohou sociální pracovníci doprovázet klienty například i na nákup a edukovat je tak v rámci hospodaření s penězi. Můj názor je, že výše zmíněné důvody jsou hlavní důvody, proč respondenti nejčastěji volili oblast financí.

Oblast bydlení také nejčastěji volená možnost. Bydlení je pro osoby s duševní nemocí velký problém. Dodnes většina duševně nemocných jedinců žije v domácím prostředí, v léčebnách či skončí jako bezdomovci. Z výsledku průzkumné otázky je zřejmá potřeba podpory v této oblasti. Pracovníci v psychiatrické nemocnici musí s pacienty nejčastěji řešit otázku, kam pacient půjde po propuštění. Rodinné prostředí může být pro pacienty často nevhodné. Prostředí může na pacienta působit hyper-protektivně, nestabilně, nepřátelsky a může tak pro znamenat

ohromnou zátěž (Matoušek,2010, s. 174). Pracovníci psychiatrické nemocnice i center duševního zdraví mohou s klienty/pacienty řešit chráněné bydlení. Chráněných bytů je však stále nedostatek, a proto se pozornost soustřeďuje spíše na podporu bydlení v „přirozených podmínkách“. Dle mého názoru je oblast podpory bydlení spíše dlouhodobá, a proto byla často volena i pracovníky center duševního zdraví. Podpora bydlení v sobě nezahrnuje pouze shánění vhodného bydlení, ale nácvik veškerých dovedností ohledně samostatného bydlení a péče o domácnost. V rámci své praxe jsem měla možnost účastnit se několika schůzek s klienty v rámci podpory bydlení. Sociální pracovníci pak poskytují klientům poradenství ohledně placení účtů i ohledně základní péče o domácnost a hospodaření. Oblast financí a bydlení jsou dvě základní životní oblasti, který řeší každý z nás každý den. Pro duševně nemocné však tyto oblasti znamenají existenční problémy, což jen potvrzují výsledky mého průzkumu, kde vyšly na prvních příčkách. Ještě si dovoluji zmínit, že mě osobně příjemně překvapilo, že pracovníci jen zřídka uváděli problém stigmatizace a sociálního vyloučení.

V rámci vyhodnocení tohoto průzkumného cíle vycházím také z dotazníkové otázky č.4. Otázka č.4 se zabývala komunikací s duševně nemocným člověkem. Konkrétně se zaměřovala na nejvýznamnější překážky v komunikaci. Respondenti v rámci otázky řadili uvedené překážky dle míry ztížení spolupráce, kdy největší překážka byla na stupnici ohodnocena číslem jedna. Výsledky byly v obou zařízeních odlišné. Domnívám se, že tento rozdíl spočívá v povaze zařízení. V psychiatrické nemocnici jsou převážně pacienti v akutní fázi onemocnění, kdy je nejprve potřeba stabilizovat stav onemocnění. V centrech duševního zdraví jsou již klienti, kteří jsou schopni spolupráce, jsou stabilizováni a mnohdy vyhledají pomoc těchto center právě po propuštění z psychiatrické nemocnice. Výsledky byly takové, že na prvním místě, co se týče ztížení spolupráce, byly u respondentů psychiatrické nemocnice halucinace a bludy. V centrech duševního zdraví to pak byla nemotivovanost klientů. Výsledky této otázky zařazují k vyhodnocení tohoto cíle záměrně. Myslím si totiž, že komunikace pracovníka a klienta/pacienta je základ. Ať už základ navázání spolupráce či postupného budování vztahu a důvěry. Bez odstranění či zmírnění komunikačních překážek nemůže být, dle mého názoru, navázána kvalitní a efektivní komunikace. Pracovník nemůže řešit s klientem/pacientem žádnou další oblast běžného života bez vzájemné a efektivní komunikace.

Jako poslední část pro vyhodnocení tohoto cíle byly použity výsledky otázky č.8. V této otázce respondenti volili, zda je podle nich péče o pacienty/klienty s duševním onemocněním dostupná pro všechny. Dle mého názoru je tato otázka na místě, protože bez dostupné a kvalitní péče

nemohou pacienti/klienti řešit žádnou z oblastí běžného života, kvůli které pomoc nejčastěji vyhledávají.

Odpověď na třetí průzkumný cíl tedy je, že nejvíce duševní nemoc ovlivňuje jedince v oblasti financí a bydlení. Tyto oblasti jako nejčastější problémy pro duševně nemocné zmiňují i odborné bibliografické zdroje. Zkušenosti sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků v rámci průzkumu tato tvrzení potvrzují.

5 ZÁVĚR

Hlavní cíl byl prostřednictvím analýzy zjištěných dat splněn a z výsledků vyplývají následující tvrzení. Sociální a zdravotně-sociální pracovníci ve své praxi s duševně nemocnými lidmi nejčastěji využívají metodu individuální sociální práce a jako přístup sociální práce nejčastěji volí přístup orientovaný na člověka s čímž se osobně velmi ztotožňuji a je to pro mě velmi pozitivní zjištění. Vzhledem k náročnosti tohoto přístupu práce však zároveň sociální a zdravotně-sociální pracovníci uvádějí jako největší možné úskalí své profese syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je obecně často se vyskytujícím syndromem u všech pomáhajících profesích. Je proto nezbytné vytvořit co nejvhodnější podmínky pro prevenci tohoto syndromu. Sociální a zdravotně-sociální pracovníci ve své praxi s duševně nemocnými osobami nejčastěji řeší oblast financí a bydlení. V rámci mého studia na vysoké škole jsem se v mnoha předmětech zaměřených na různé skupiny osob přesvědčila, že tyto oblasti života jsou vždy náročné. Zejména pak pro duševně nemocné jedince jejichž možnosti nejsou tak rozmanité, a navíc bývají, dle slov respondentů z průzkumu, nezřídka kdy odsouváni na pokraj společnosti.

Přínos své práce vidím zejména ve zmapování pracovních zkušeností sociálních a zdravotně sociálních pracovníků v práci s duševně nemocnými osobami. Zároveň v komparaci teoretických poznatků s poznatky z praxe a konzultace s odborníky z dané oblasti. Dalším pro mne významným výsledkem práce bylo také mapování možných úskalí profese sociálního pracovníka, kdy byl nejčastěji uváděný výsledek syndrom vyhoření. Osobně vnímám důležitost a jistou odpovědnost tento výsledek vyzdvihnout a zdůraznit tak nezbytnost prevence. Dobrou prevencí mohou být například pravidelné supervize, či setkávání zaměstnanců a konzultace jednotlivých případů, které mohou přinášet nové pohledy na situace. Dále je dle mého názoru nezbytné stabilní postavení a otevřený, uvědomělý přístup vedoucích pracovníků.

I přesto, že se práce primárně nezaměřovala na reformu psychiatrické péče respondenti na toto téma často odkazovali, což vytvořilo další vhled do problematiky. Někteří pracovníci v rámci průzkumu uváděli další zajímavý výsledek, a to z jejich pohledu nedostatek psychiatrických ambulancí, které by mohli zajistit preventivní péči o duševně nemocné jedince. Zřízení těchto ambulancí a posílení terénních sociálních služeb by pak mohlo mít na péči o duševně nemocné jedince významný a pozitivní dopad. Po předchozích zkušenostech z odborné praxe v těchto zařízeních mně osobně práce poskytla ještě hlubší vhled do dané problematiky, a ještě více tak prohloubila můj zájem o práci s duševně nemocnými lidmi. Během konzultací s odborníky z oblasti duševních poruch, studia odborných zdrojů a realizace dotazníkového šetření jsem měla možnost vytvořit si podrobnější náhled na reálnou praxi sociálních a zdravotně-sociálních

pracovníků, což mi přineslo cenné zkušenosti, které jistě uplatním jak v profesním, tak v osobním životě.

6 POUŽITÁ LITERATURA

BORSKÁ, Martina. Specifika sociální práce s osobami s duševním onemocněním z pohledu sociálních pracovníků. Brno, 2017. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Filozofická fakulta, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Mgr. Roman Švaříček, Ph. D.

DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 8071696285.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 646 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015, 21 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KRAKEŠOVÁ, Marie, Pavla KODYMOVÁ a Peter BRNULA. *Sociální kliniky: z dějin sociální práce a sociálního školství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018, 212s.. ISBN 978-80-246-4300-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-3125-4.

LÍSKOVCOVÁ, Radka. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra sociální práce. Vedoucí práce PhDr. Lenka Maňhová.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra (GRADA). ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, 570s. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013, 395. ISBN 978-80-262-0213-4."

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MIŇHOVÁ, Jana a Vladimíra LOVASOVÁ. Psychopatologie: pedagogické, právní a sociální aspekty. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2018. ISBN 978-80-7380-721-4.

MKN-10: *mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018.

NYKL, Ladislav. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4055-3.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, 374 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.

PRAŠKO, Ján, Aleš GRAMBAL, Miloš ŠLEPECKÝ a Jana VYSKOČILOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada Publishing, 2019. Psyché. ISBN 978-80-271-0495-6.

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

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

Elektronické zdroje:

NOVÁK, T. Jak častá je deprese. In: *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. 2017 [cit. 2021-01-12]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/poruchy-nalady/jak-casta-je-deprese/>

PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Desatero Jak porozumět duševně nemocnému. In: *Péče o duševní zdraví* [online]. 2016 [cit. 2020-11-12]. Dostupné z: <http://www.pdz.cz/uploaded/dokumenty/desatero.pdf>

PSYCIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. In: *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče*. [online]. Praha: Galén, 2017, duben 2017 [cit. 2021-02-4]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

ÚSTAV ZDRAVŤNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS.ČR) *Drogová úmrtí a úmrtí pod vlivem drog v roce 2019*. In: *Úzis* [online]. 23. listopadu 2020 [cit. 2020-12-20]. Prezentace ve formátu PDF. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008321/ai-2020-01-nrpatv-drd-2019.pdf>

WHO. Schizophrenia. *World Health Organization* [online]. 4. 10. 2019 [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

7 PŘÍLOHY

Příloha A - Tabulka ÚZIS - Úmrtí pod vlivem drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v roce 2019 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (ÚZIS, 2020 Praha)

Příloha B - Dotazník

Příloha A- Drogová úmrtí a úmrtí pod vlivem drog v roce 2019

Droga	Nehoda	Sebevražda	Napadení	Nemoc	Nezjištěno	Celkem	Podíl (%)
Benzodiazepiny	7	4	0	10	2	23	17,3
Jiné psychoaktivní látky	6	5	0	14	2	27	20,3
Pervitin	10	8	0	6	0	24	18
Opiáty	10	3	0	3	0	16	12
Kanabinoidy	4	1	0	3	0	8	6
Těkavé látky	2	3	0	26	2	33	24,8
Kokain	0	1	0	0	0	1	0,8
Ostatní stimulantia	1	0	0	0	0	1	0,8
Celkem	40	25	0	62	6	133	100

Tabulka 3 ÚZIS - Úmrtí pod vlivem drog zjištěná na odděleních soudního lékařství v ČR v roce 2019 podle vybraných skupin drog a příčin smrti (ÚZIS, 2020 Praha)

Příloha B – Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Adéla Krajinová a jsem studentka 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice, oboru Zdravotně-sociální pracovník. Ve své práci mapuji „Pracovní zkušenosti sociálních pracovníků v práci s lidmi trpícími duševním onemocněním“. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze v rámci mého výzkumu. Pokud není uvedeno jinak zakroužkujte jednu odpověď. Předem děkuji za spolupráci.

Děkuji Vám za čas věnovaný vyplnění dotazníku.

1) Seřad'te těchto 5 vybraných skupin diagnóz podle četnosti výskytu u Vašich klientů/pacientů (kdy nejčastější diagnóza bude mít č.1).

- a) Schizofrenie
- b) Neurotické poruchy
- c) Afektivní poruchy
- d) Fobické úzkostné poruchy
- e) Organické duševní poruchy
- f) Nedokáži posoudit

2) Kdo Vám nejčastěji zajišťuje první kontakt s klientem/pacientem?

- a) klient/pacient
- b) rodina
- c) příbuzní
- d) sociální pracovník
- e) jiné (prosím vypište).....

3) Jaké z uvedených oblastí s klienty/pacienty nejčastěji řešíte? Zvolte 3 možnosti.

- a) uplatnění na trhu práce (*nedostatek pracovních míst, neochota zaměstnávat osoby s duševní nemocí, chráněné dílny, chráněná pracovní místa, atd.*)
- b) bydlení (*nevhodné bydlení, úhrady za bydlení, možnosti bydlení, chráněné byty atd.*)
- c) finance (*nedostatek financí, hospodaření s penězi, atd.*)
- d) sociální vyloučení, stigmatizace
- e) vztahy (*partnerské, rodinné, přátelské*)
- f) závislosti (*alkohol, tabák, psychoaktivní látky, atd.*)
- g) zdraví (*průběh onemocnění, zhoršení stavu, reverzibilní stav, atd.*)

4) Seřad'te níže uvedené překážky v komunikaci s duševně nemocným člověkem, v závislosti na ztížení spolupráce (kdy největší překážka v komunikaci bude mít na stupnici č.1).

- a) halucinace a bludy ...
- b) agresivita ...
- c) odtažitost ...
- d) neschopnost se rozhodovat ...
- e) nemotivovanost ...
- f) strach a nedůvěra ...
- g) prostorové bariery ...

5) Jak je průměrně dlouhá intervence v péči o jednoho klienta/pacienta?

- a) 0-3 měsíce
- b) 4-6 měsíců
- c) 7-12 měsíců
- d) více než 1 rok

6) Doplňte, kolik výkonů týdně průměrně vykazujete v péči o jednoho klienta/pacienta?

.....

7) Funguje dle Vás v České Republice mezioborová spolupráce v péči o pacienty/ klienty s dušením onemocnění?

- a) Naprosto souhlasím
- b) Spíše souhlasím
- c) Nevím
- d) Spíše nesouhlasím
- e) Naprosto nesouhlasím

8) Je podle Vás péče o pacienty/ klienty s duševním onemocněním dostupná pro všechny, kteří ji potřebují? (případně odpověď krátce zdůvodněte)

- a) ano,
- b) ne,
- c) nedokáži posoudit

9) Co je pro Vás nejdůležitější v rámci multidisciplinární spolupráce v péči o pacienty/klienty s duševním onemocněním?

- a) koordinace postupu léčby
- b) specifické znalosti z jednotlivých oborů
- c) vymezená odpovědnosti v rámci týmu
- d) nespolečnou spolupracuji v multidisciplinárním týmu
- e) jiné prosím vypište

10) Vypište, se kterými profesemi v rámci týmu nejčastěji spolupracujete?

.....
- Nespolupracuji v multidisciplinárním týmu

11) Jaký typ intervence sociální práce ve své praxi nejčastěji praktikujete?

- a) individuální sociální práce b) skupinová sociální práce
c) komunitní sociální práce

12) Zvolte max. 3 z uvedených přístupů sociální práce, které v praxi nejčastěji volíte?

- a) Freudovský (diagnostický) přístup b) Přístup orientovaný na úkoly
c) Psychosociální přístup d) Funkční přístup
e) Přístup orientovaný na klienta/pacienta f) Systemický přístup
g) Případové vedení
h) jiné (prosím vypište).....

13) Vypište stručně, co ve své praxi v rámci práce s duševně nemocnými klienty/pacienty nejvíce postrádáte?

.....

14) Co vnímáte jako největší úskalí Vaší profese?

- a) Syndrom pomocníka b) Syndrom vyhoření c) Otázka moci a pomoci
d) Psychická podpora
e) jiné (prosím vypište).....

15) Vypište stručně, co Vás k práci s duševně nemocnými klienty/pacienty nejvíce motivuje?

.....

16) Jaký typ sociálního pracovníka je Vám osobně nejbližší?

- a) angažovaný pracovník b) radikální pracovník c) profesionální pracovník
d) byrokratický pracovník

17) Zakroužkujte prosím odpověď na tvrzení: *V současné době se ve své práci cítím dostatečně motivovaný.* Případně svou odpověď krátce zdůvodněte.

- a) Naprosto souhlasím b) Spíše souhlasím c) Nevím d) Spíše nesouhlasím
e) Naprosto nesouhlasím

18) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena b) muž

19) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) VOŠ d) VŠ - doktorské
b) VŠ - bakalářské vzdělání e) jiné
c) VŠ - magisterské vzdělání

20) V jakém zařízení sociálních/zdravotních služeb v současné době působíte?

- a) Psychiatrická nemocnice b) Centrum duševního zdraví
c) jiné.....

21) Jaká je délka vaší odborné praxe v oblasti práce s duševně nemocným člověkem?

- a) 0-2 roky b) 3-5 let c) 6-8 let d) 9 let a více