

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Úskalí zdravotně-sociální práce s duševně nemocnými

Radka Pařízková

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Radka Pařízková**
Osobní číslo: **Z10225**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Úskalí zdravotně sociální práce s duševně nemocnými**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílu práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledku.
7. Zhodnocení výsledku práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
2. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. Komunikace ve zdravotnické péči. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
3. MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
4. MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ, Pavla KODYMOVÁ a kol. Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
5. PRAŠKO, Ján. Klinická psychiatrie. 1. vyd. Praha: Tigis, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

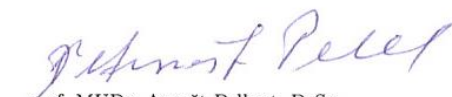
Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 15. července 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. dubna 2013

Prohlašuji:

Tuto práci 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., autorský zákon, 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne: 15. 7. 2013

Radka Pařízková

Poděkování:

Tímto děkuji PhDr. Magdě Taliánové, Ph.D., za její cenné rady a připomínky během psaní bakalářské práce. Také děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

Dále děkuji své rodině, že mi umožnila studovat na této škole.

ANOTACE

Tato práce se zabývá duševními nemocemi, zdravotně-sociální prací a specifiky práce s lidmi s duševní poruchou. Dále se věnuje komunikaci, specifiky komunikace s duševně nemocnými a institucemi, které pečují o duševně nemocné.

Výzkumná část je věnována hodnocení zdravotně-sociální práce s duševně nemocnými v psychiatrických léčebnách a terénních službách. Hlavním cílem je porovnat rozdíly v práci v jednotlivých zařízeních a zhodnotit úskalí zdravotně-sociální práce s duševně nemocnými.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotně-sociální práce, sociální služby, duševní nemoc, komunikace, instituce

ANNOTATION

This thesis is dedicated to mental illnesses, healthy-social work and specifics of working with people with mentally illness. Next important parts of thesis are communication, specifics of communication with these people and with special institutions which provide health care.

Research part of this thesis is dedicated to evaluation of healthy-social work with people in special hospitals and in terrain service. The main purpose is to compare differences between working in particular institutions and to evaluate difficulties of healthy-social work with people who suffer of these diseases.

KEYWORDS

Healthy-social work, social services, mental illness, communication, institution

Obsah

Seznam ilustrací a tabulek	9
Úvod.....	10
Cíle práce	11
I Teoretická část.....	12
1 Vymezení sociální práce	12
1.1 Metody sociální práce	12
1.1.1 Případová práce.....	13
1.1.2 Skupinová práce.....	14
1.1.3 Komunitní práce.....	15
1.1.4 Vzdělávání sociálních pracovníků.....	15
1.2 Základní druhy a formy sociálních služeb	16
1.2.1 Sociální poradenství.....	16
1.2.2 Služby sociální péče a prevence.....	16
1.3 Sociální práce s duševně nemocnými	17
1.3.1 Komunitní péče.....	18
1.3.2 Case management.....	18
1.3.3 Spolupráce s rodinou.....	19
1.3.4 Materiální zabezpečení.....	19
1.3.5 Mediální programy.....	19
1.4 Komunikace v sociální práci.....	20
1.4.1 Poruchy komunikace v souvislosti s duševní poruchou.....	21
2 Duševní zdraví a duševní poruchy	23

2.1 Etiologie a symptomy duševních poruch	24
2.2 Dělení duševních poruch	24
3 Instituce poskytující zdravotnické a sociální služby pro duševně nemocné	26
3.1 Psychiatrické léčebny	26
3.2 Ambulantní a terénní péče	27
3.3 Krizová centra	27
3.4 Denní stacionáře, centra denních aktivit	28
3.5 Podpora v bydlení	28
3.6 Podpora v práci	29
II Výzkumná část	30
4 Výzkumné otázky	30
5 Metodika výzkumu	31
5.1 Výzkumný vzorek	31
6 Prezentace výsledků dotazníkového šetření	32
7 Diskuze nad výsledky dotazníkového šetření	59
8 Závěr	63
Seznam bibliografických citací	64
Seznam příloh	67

Seznam ilustrací a tabulek

Obr. 1 – Grafické znázornění respondentů dle pohlaví	32
Obr. 2 – Grafické znázornění respondentů dle věku	33
Obr. 3 – Grafické znázornění respondentů dle vzdělání.....	34
Obr. 4 – Grafické znázornění respondentů dle typu zařízení	35
Obr. 5 – Grafické znázornění délky odborné praxe respondentů	36
Obr. 6 – Grafické znázornění možnosti setkání s duševně nemocnými v rámci studia	37
Obr. 7 – Grafické znázornění absolvování specializačního kurzu.....	38
Obr. 8 – Grafické znázornění využití znalostí z absolvovaného kurzu respondentů.....	39
Obr. 9 – Grafické znázornění činností	40
Obr. 10 – Grafické znázornění formy sebevzdělávání respondentů	42
Obr. 11 – Grafické znázornění motivace k sebevzdělávání.....	43
Obr. 12 – Grafické znázornění nejčastějších diagnóz duševních nemocí.....	44
Obr. 13 – Grafické znázornění zhodnocení náročnosti práce s duševně nemocnými	45
Obr. 14 – Grafické znázornění kým je zprostředkován nejčastěji první kontakt s klientem	46
Obr. 15 – Grafické znázornění frekvence setkávání s klienty	47
Obr. 16 – Grafické znázornění průměrné doby trvání konzultace.....	48
Obr. 17 – Grafické znázornění dostatečnosti doby konzultace	49
Obr. 18 – Grafické znázornění frekvence řešených problémů v průměrných hodnotách	51
Obr. 19 – Grafické znázornění překážek v rámci zdravotně-sociální práce.....	53
Obr. 20 – Grafické znázornění překážek v komunikaci	55
Obr. 21 – Grafické znázornění používaných metod sociální práce	56
Obr. 22 – Grafické znázornění (ne)souhlasu s tvrzením o práci s duševně nemocnými	57
Obr. 23 – Počet zařízení, lůžek a pacientů v roce 2011	68
Tab. 1 – Dělení duševních nemocí dle MKN - 10	24
Tab. 2 – Tabulka ohodnocených problémů dle frekvence řešení	51
Tab. 3 – Návrhy pro zlepšení péče o duševně nemocné	58

Úvod

Sociální práce se jako odborná vědecká disciplína již v minulosti vyvíjela společně s ostatními humanitními vědami v těsné souvislosti. Dnešní doba přináší celou řadu individuálních problémů, se kterými se někteří lidé nedokáží sami vyrovnat bez pomoci sociálního pracovníka. Během celoživotního cyklu každý člověk prochází procesem socializace, tzn. učí se žít ve společnosti a získává schopnosti adaptovat se na měnící se životní podmínky. Tento přirozený proces adaptace může být z různých důvodů narušen, a jednou z příčin může být i duševní onemocnění.

Duševní nemoc znamená pro člověka nejen zdravotní omezení, ale i riziko společenského vyloučení, neschopnost zaopatření své osoby či rodiny nejen ve smyslu ekonomickém, ale i psychickém. Současná doba klade na jedince vysoké nároky, často v krátkém časovém intervalu a méně odolní jedinci nejsou schopni se vyrovnat s životními výzvami a po určitém čase jsou nuceni vyhledat odbornou pomoc.

Odhady České psychiatrické společnosti udávají, že v České republice vyhledá kolem 600 000 lidí za rok psychiatrickou péči a 27 % obyvatel mělo někdy v životě příznaky duševní poruchy. (dostupné z Akčního plánu rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje na rok 2013)

Lidem s duševní poruchou by měla být poskytnuta komplexní péče, zahrnující péči od zdravotníků, psychologů, psychoterapeutů, ergoterapeutů a v neposlední řadě od zdravotně-sociálních pracovníků. Zdravotně-sociální práce s duševně nemocnými může však přinášet i úskalí, a to jak ze strany klienta, tak ze strany státu, kontrétně nabídky sociálních služeb či zařízení.

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Jejím cílem je přiblížit problematiku zdravotně-sociální práce s duševně nemocnými. První kapitola je věnována vymezení sociální práce, metodám sociální práce, formám sociálních služeb, sociální práci s duševně nemocnými, materiálnímu zabezpečení duševně nemocných a komunikaci v sociální práci. Druhá kapitola se věnuje duševnímu zdraví a duševním poruchám. Třetí kapitola popisuje instituce, které poskytují zdravotní a sociální služby pro duševně nemocné. Výzkumná část je zaměřena na sociální práci s duševně nemocnými v psychiatrických léčebnách a terénních službách.

Cíle práce

Cílem teoretické části je vytvoření uceleného přehledu o zdravotně-sociální práci, konkrétně s duševně nemocnými, o komunikaci a zvláštích souvisejících s duševní poruchou a podání stručného přehledu o duševních poruchách.

Hlavním výzkumným cílem je odhalení možných úskalí při práci s duševně nemocnými v rámci psychiatrických léčení a terénních služeb.

Dílčí cíle:

- Zjistit, zda je průměrná doba konzultace v psychiatrických léčebnách delší než v terénních službách.
- Zjistit, zda používají zdravotně-sociální pracovníci v terénních službách častěji individuální metodu sociální práce než skupinovou.
- Zjistit, zda se častěji vyskytuje nedostatečná motivace než agresivita jako překážka v komunikaci.
- Zjistit, zda zdravotně-sociální pracovníci s délkou praxe nižší než 10 let hodnotí práci s duševně nemocnými jako náročnější oproti spolupráci s jinou cílovou skupinou.
- Zjistit, zda se klienti obracejí častěji na zdravotně-sociální pracovníky v psychiatrických léčebnách s problémy pracovního uplatnění než s finančními problémy.

I Teoretická část

1 Vymezení sociální práce

Sociální práce je soubor činností, jejichž účelem je přímé a bezprostřední působení na člověka k zachování jeho celistvosti – zachování vztahu ke společnosti, blízkým, k práci apod. V širším slova smyslu zahrnuje sociálně technická opatření – např. poskytnutí sociálních dávek, spolupráci s jinými odborníky v oblasti péče o člověka. V užším slova smyslu spočívá v přímém kontaktu s klientem. (Mühlpachr, 2006)

Dle Shepparda sociální práce není jednoznačně vymezená a nejsou stanovena pevná pravidla, co a jakými způsoby mají sociální pracovníci dělat a vyznačuje se do jisté míry svojí nejednoznačností. (Sheppard, 2006, s. 39)

Smyslem sociální práce je poskytování sociálních služeb určených jednotlivcům, rodinám nebo komunitám s cílem uspokojování jejich potřeb prostřednictvím odstraňování problémů, vyrovnáním se s nepříznivou životní situací či úpravě sociálních poměrů. Sociální práce je jedinečná a zároveň komplexní. Jedinečná je v rámci specifického přístupu ke každému klientovi a komplexní v přístupu k řešení problémů z hlediska ekonomického, psychologického, zdravotního, právního, sociologického a pedagogického.

„Jedna ze starších definic sociální práce dle Matouška např. tvrdí, že „sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci“. (Matoušek, 2007, s. 184)

1.1 Metody sociální práce

Metody sociální práce jsou postupy vázané na cílový subjekt – jednotlivce, skupinu, komunitu, a jeho aktuální nepříznivou situaci. Volba vhodných metod sociální práce je závislá na zdravotním stavu, sociálním a rodinném zázemí, na dovednostech a znalostech klienta. Mezi základní metody sociální práce patří sociální práce s jednotlivcem, sociální práce se skupinami a komunitami. Sociální pracovníci zajišťují návaznost zdravotní a sociální péče. (Kuzníková, 2011)

1.1.1 Případová práce

Případová práce je nejčastěji používanou metodou v oblasti duševního zdraví a vývojových poruch, dále pak ve sféře dlouhodobé péče, také ve službách pro seniory či cizince. Tento přístup je náročný z hlediska časového a na profesionální vybavenost sociálního pracovníka, u něhož se očekává operativní rozhodování, pružnost a tvořivost. Sociální pracovník nerozhoduje o tom, co je pro klienta nejlepší, ale pouze nabízí možnosti, rady a nejvhodnější cesty k dosažení jejich cílů. Individuální přístup se obecně zaměřuje na potřeby klienta a hledání možností, jak řešit jeho nepříznivou situaci. Základem tohoto přístupu je pochopení jedince, rodiny, společnosti a znalost zdravotně – sociálních služeb, které mohou pomoci jedinci se zbavit nepříznivých životních podmínek. Případový pracovník musí znát různé instituce poskytující sociální služby, jejich nabídky, poslání a možnosti, jak na ně odkazovat klienta. (Matoušek, 2008)

Individuální práci lze popsat jako snahu o to, aby klient změnil své dosavadní postoje a byl schopen samostatně řešit své problémy. Neznamená to vzdání se zodpovědnosti za terapeutický rozhovor, nechávat klienta tápat a nutit ho zjišťovat příčiny jeho problémů. V současné době je individuální sociální práce zaměřená na jednotlivce nebo rodiny a vyjadřuje jedinečnost problému klienta. (Mahrová, 2008; Kappl, 2004)

Ve většině případů je nutné vypracovat s klientem jeho individuální plán, ve kterém je popsáno, jaké služby bude využívat, možnosti řešení jeho situace a postup léčby. Díky vypracovanému plánu lze sledovat postup klienta k dosažení jeho stanovených cílů. (Matoušek, 2008)

Případová práce je proces zahrnující jednotlivé následující fáze, a to:

- **Sociální studii** - etapa prozkoumávání a důležitých rozhodnutí. Klient předkládá svůj problém, důležité je mít na mysli, že v této fázi je nejzranitelnější, ale zároveň nejvíce otevřený. Zdravotně-sociální pracovník má za úkol zachytit a zaznamenat důležité body a motivovat klienta ke změně.
- **Vyšetření** – proces prostupující celým obdobím trvání práce s klientem, jde o přesné vymezení problému a stanovení pracovních hypotéz, které pomáhají k vedení potřebných intervencí a mění se v závislosti na měnící se životní situaci.
- **Intervence** – terapie spočívající v rozhovorech a vytváření důvěry mezi oběma stranami. Případový pracovník pomáhá klientovi při hledání speciální služby, zprostředkovává kontakt s jinými odborníky, případně pomáhá nalézt náhradní řešení při selhání služby.

- **Ukončení** – závěrečná fáze ve chvíli, kdy je klient schopný ohlédnout se s uspokojením za provedenou práci a sám si zvládne poradit v různých situacích. (Matoušek, 2003)

1.1.2 Skupinová práce

Každý člověk je po celý život zapojován do různých sociálních skupin, které ho určitým způsobem ovlivňují. Sociální pracovníci se podílejí na vzdělávacích činnostech, vedení skupiny se společným znakem a prostřednictvím psychosociálního působení se zaměřují na dosažení sociálních cílů. Skupinové sdílení zkušeností je silnou stránkou této metody - konkrétně možnost vzájemného působení členů skupiny, výměna názorů, myšlenek a zkušeností s řešením nepříznivé situace či uvědomění si, že více lidí má stejné problémy. (Gulová, 2011)

Skupinovou práci lze charakterizovat jako činnost sociálního pracovníka pomáhající sociálnímu fungování různých skupin ve smyslu rozvoje vzájemných pozitivních sociálních vztahů mezi jejich členy. Každý jedinec jako člen skupiny vyvíjel v souladu s cíli, které si skupina klade. (Matoušek, 2008)

Je to působení různými druhy profesionální práce na skupinu lidí se společným znakem.

V sociální práci rozlišujeme tři druhy skupinové práce, a to:

- skupinovou sociální práci, která je primárně zaměřena na skupinu a sekundárně na jednotlivce,
- skupinovou terapii, která je zaměřena primárně na jednotlivce a sekundárně na skupinu,
- sociální práci se skupinami, která je zaměřena primárně na skupinu, vztahy mezi členy skupiny a vede k osamostatnění a schopnosti svépomoci. (Mahrová, 2008)

Sociální pracovník by měl mít takové dovednosti, aby byl odborníkem v poskytování skupinové péče. K osvojení si principů skupinové práce může pomoci prožití skupinovým sebezkušenostním výcvikem, při kterém si sociální pracovník uvědomí svá hlavní citlivá místa. Poznání a pojmenování vnitřních problémů zmenšuje možnost odreagování se na klientech a naučení sám sebe reflektovat.

Sociální skupina by si měla vytvořit pravidla členství, která budou tvořit bezpečný rámec skupiny. Pravidla skupiny mají základních pět bodů. Mlčenlivost a důvěrnost, otevřenost a upřímnost, právo říci „stop“, odpovědnost k sobě i k druhým a dodržování organizačních pravidel. (Matoušek, 2008)

1.1.3 Komunitní práce

Pojem komunita pochází z latinského slova „communitas“ a znamená společenství. Ve smyslu komunitní práce je společenství lidí propojeno sociálními a emocionálními vazbami. Tato metoda sociální práce je poskytována ve prospěch většího množství lidí a účastní se jí představitelé samosprávné nebo státní politické moci, občanští aktivisté nebo obyvatelstvo. (Mahrová, 2008; Frič a Vávra, 2012)

„Jde o pomoc lidem v konkrétní životní situaci na určitém územním celku bez ohledu na to, zda jde o jednotlivce, skupinu nebo komunitu. Respektuje biologické, etnické, psychologické, kulturní, sociální, ekonomické a ekologické potřeby komunity“. (Mahrová, 2008, s. 25)

Sociální pracovníci hrají roli organizátorů a zprostředkovatelů této činnosti, která zahrnuje několik aktivit a postupů vycházejících z různých konceptů, např.:

- komunitní organizaci – snaha o zlepšení vztahů mezi organizacemi,
- komunitní rozvoj – pomoc skupinám osvojit a zlepšit si dovednosti a tím si zlepšit kvalitu života,
- sociální plánování – analýza podmínek, příprava služby, mobilizace zdrojů, uskutečňování programů,
- komunitní akce, komunitní vzdělávání aj. (Mahrová, 2008)

1.1.4 Vzdělávání sociálních pracovníků

Vzdělávání sociálních pracovníků je vymezeno především v Zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění. V devadesátých letech 20. století byly akreditovány pětileté studijní obory sociální práce, zdravotnické vzdělání absolventů bylo formou celoživotního vzdělávání – akreditovaným kvalifikačním kurzem. Jako reakce na narůstající potřebu sociálních pracovníků ve většině resortů byly akreditovány nové studijní obory včetně oboru Zdravotně-sociální pracovník. (Kuzníková, 2011)

Pro práci s lidmi s duševní poruchou by měl být pracovník absolventem oboru Zdravotně-sociální pracovník nebo kvalifikačního kurzu, např. prostřednictvím Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO).

1.2 Základní druhy a formy sociálních služeb

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, patří mezi základní formy sociálních služeb sociální poradenství, služby sociální péče, které pomáhají osobám v nepříznivém stavu zapojit se do běžného života a služby sociální prevence, které zabraňují sociálnímu vyloučení osob z běžné společnosti z důvodu ztráty domova, dlouhodobé nezaměstnanosti, závislosti na návykové látce apod. (Gulová, 2011, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

1.2.1 Sociální poradenství

Poradenstvím se zabývají téměř všechny pomáhající profese a organizace. Každá práce, při které dochází ke kontaktu s lidmi, obsahuje určité prvky poradenství. Poradenství nemusí poskytovat pouze aprobovaní poradci, ale také příbuzní, přátelé, rodiče a v širším měřítku vzdělávací, sociální, politické instituce či média a tisk.

Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. Základní poradenství zahrnuje informace o službách, možnostech a nárocích, které se vztahují k situaci člověka vyžadující tuto pomoc. Zajištění poradenství na této úrovni je povinností poskytovatele služby a mělo by být poskytováno sociálními pracovníky ve veškerých sociálních službách.

Odborné poradenství poskytuje přímou pomoc lidem při řešení jejich problémů. Je zaměřeno na konkrétní pomoc a praktické řešení situace člověka, zaměřuje se na jednotlivé sociální skupiny. Do odborného poradenství spadají i terapeutické činnosti a může být poskytováno pracovníky mnoha profesí (např. sociálními pracovníky, psychology, psychiatry, speciálními pedagogy, sociology, lékaři, právníky apod.). Jsou při něm používány speciální postupy, které mají za cíl ovlivnit uvažování a jednání člověka, který se ocitl v obtížné situaci a vlastními silami, nebo s pomocí rodiny či přátel, se mu nepodařilo tuto situaci zvládnout. (Matoušek, 2008)

1.2.2 Služby sociální péče a prevence

Mezi služby sociální péče patří osobní asistence, pečovatelské služby, tísňová péče, služby průvodcovské a předčitatelské, odlehčovací, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním denním režimem, chráněné bydlení, poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. (Gulová, 2011)

Služby sociální prevence zabraňují sociálnímu vyloučení ohroženým osobám, např. z důvodu špatných životních návyků a způsobu života, krizové sociální situace. Možnosti poskytovaných služeb jsou raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půli cesty, kontaktní centra, krizová centra, nízkoprahová denní centra, noclehárny, sociálně terapeutické dílny, sociálně aktivizační služby, terénní programy, sociální rehabilitace. (Gulová, 2011)

1.3 Sociální práce s duševně nemocnými

Sociální práce s duševně nemocnými má svá specifika dle druhu poruchy a vývojového stádia jedince. Je součástí intervencí, které mohou mít různý rozsah a cíle. Počínaje obnovením stavu duševní rovnováhy až po dlouhodobé léčení duševních poruch. Sociální pracovník poskytuje člověku s duševním onemocněním cílenou pomoc (informace z oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního a rodinného práva, apod.) nebo specifické intervence (psychoterapie, poradenství). Zdravotně – sociální práce má zejména význam u lidí dlouhodobě duševně nemocných, jejichž fungování v běžném životě je omezeno ve více oblastech po delší dobu. Péče o duševně nemocného by měla být komplexní, kontinuální a dlouhodobá v rámci multidisciplinárního týmu. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je nezastupitelná. Pro člověka se závažným duševním onemocněním může být dokonce primární. Sociální pracovník může poskytovat psychiatrickou či sociální rehabilitaci (bydlení, práce), případové vedení (case management) nebo psychoterapii. Ve fázi hospitalizace klienta má sociální práce základní úlohu v přípravě přechodu z lůžkového zařízení do běžného života. (Mahrová, 2008; Matoušek, 2011)

Práce s lidmi s mentálním postižením vyžaduje znalost problematiky a chuť proniknout do jejich světa. Sociální práce s lidmi s psychotickým onemocněním je náročná v komunikaci a důležitý je vhodný přístup. Při jednání bychom se měli chovat přirozeně, s respektem a zájmem. (Mahrová, 2008; Matoušek, 2011)

Hlavními problémy psychiatrické péče je soustředění lůžkové péče o nemocné zejména do psychiatrických léčeben, hospitalizace ze sociálních důvodů, nedostatečná ochrana práv duševně nemocných, nevyhovující návaznost péče při přechodu z lůžkové péče do ambulantní, nevyhovující sociální systém konkrétně v souvislosti s přiznáním invalidního důchodu, příspěvku na péči, nedostatečné pokrytí sociální rehabilitace, bydlení a zaměstnání. (Hejzlar, 2010)

1.3.1 Komunitní péče

Komunitní péči můžeme vnímat jako jednu z alternativ ústavní péče, která poskytuje zdravotní a sociální služby občanům nemocným, zdravým, rodinám a skupinám určité komunity. Označuje služby, které jsou zaměřené na potřeby lidí, spolupráci mezi profesionály sociální i zdravotnické sféry, pomáhá zmapovat dostupnost služeb a orientovat se přímo na služby zaměřené na konkrétní potřeby klientů a jejich rodin. Z toho vyplývá, že tato péče může být poskytována jak ve zdravotnickém, sociálním zařízení, tak v přirozeném prostředí klienta. (Kuzníková, 2011)

Tento druh péče je postavený na podpoře a pomoci klientovi v tom, aby mohl žít v co největší míře v prostředí, které se v rámci možností co nejvíce podobá běžnému životu. Preference tohoto typu péče je založena na základě deinstitutionalizace, což znamená, že těžiště péče o duševně nemocné se přesouvá do přirozeného prostředí mimo instituce. Komunitní péče je poskytována různými občanskými sdruženími či asociacemi. V České republice zařazujeme do komunitní péče krizová a psychiatrická centra, denní stacionáře, case management, podporu práce a zaměstnávání, podporu v oblasti bydlení a poradenství. (Mlýnková, 2010; Matoušek, 2011; Mahrová, 2008)

1.3.2 Case management

Case management lze přeložit jako případové vedení, což je častou metodou terénní práce s klientem. Tento přístup je přímo určen pro individuální potřeby klienta.

Deinstitutionalizace umožňuje individuální práci s klientem a naplňování jeho potřeb. V individuální práci má každý klient tzv. klíčového pracovníka, který s ním dlouhodobě spolupracuje a nese odpovědnost za posouzení klientovy situace a koordinace zdravotních, sociálních služeb. Tento pracovník pomáhá klientovi například zvládat běžné denní aktivity, stanovovat s klientem jeho individuální cíle, nacvičovat modelové situace. Obvyklé je poskytování pomoci multidisciplinárním týmem, který je složen dle potřeb klienta. V České republice je tento typ pomoci zprostředkováván prostřednictvím terénního týmu sdružení, např. v Pardubicích Péče o duševní zdraví. (Matoušek, 2011; Hoskovcová, 2009)

1.3.3 Spolupráce s rodinou

Rodiče nebo rodina duševně nemocného jsou v rámci komunitní péče považováni za primární ošetřovatele. Spolupráce s rodinou je součástí multidisciplinárního týmu. Odborníci pomáhají blízkým pochopit podstatu a projevy duševního onemocnění, získat teoretické informace, jak se chovat v krizových situacích, stanovují cíle jak pro rodinu, tak pro samotného klienta. Spolupráce sociálního pracovníka s rodinou je odlišná od práce s klientem, neboť rodina potřebuje spíše praktické rady a emoční podporu.

Rodina klienta s psychózou se může potýkat s pocity úzkosti, strachu, studu, frustrace, zlosti, smutku, omezování vlastních aktivit aj. Nadměrná péče může u klienta vyvolat pocit, že bez pomoci rodiny nemůže fungovat. (Matoušek, 2011)

1.3.4 Materiální zabezpečení

Lidé s chronickým duševním onemocněním, kteří jsou v produktivním věku, se nacházejí v nepříznivém stavu, který jim znemožňuje vykonávat pracovní činnost, což vede k trvalé invaliditě. Tento stav přináší změnu v životě – mnoho omezení a znevýhodnění. Dlouhodobá ztráta pracovní schopnosti ovlivňuje příjmy a vede ke zhoršení ekonomické situace jedince nebo celé rodiny. Míru invalidity zkoumá posudková komise okresních správ sociálního zabezpečení. (Kodlinská, 2007)

Duševní onemocnění může způsobit neschopnost péče o vlastní osobu a závislost na pomoci jiné osoby. Podle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, je osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby poskytován příspěvek na péči. Výše příspěvku je individuálně posuzována podle věku a schopností zvládat úkony péče o vlastní osobu. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Finanční zadlužení je bohužel úzce spjato s duševní poruchou. Duševně nemocní se častěji chytí do pastí „výhodných“ půjček z důvodu lehčí manipulovatelnosti, neschopnosti plánování a impulzivního jednání bez promýšlení důsledků. Některé organizace nabízejí možnost absolvování kurzu finanční gramotnosti jako prevenci před uzavíráním nevýhodných půjček a výuky správného hospodaření s penězi.

1.3.5 Mediální programy

Pro vytvoření tolerantnějšího postoje zdravých lidí, jejich seznámení s problematikou duševně nemocných, by měly sloužit mediální programy. Tyto programy informují nenásilnou formou a působí i jako primární prevence. Nejsilnějším a nejdostupnějším médiem je televize, která by měla dbát na kvalitu a pravdivost informací. Nejen televize, ale i osvětové akce přibližují zdravé populaci tuto problematiku. Konkrétně světový den duševního zdraví, který je situován na 10. října, každoroční festival Mezi ploty, kde má veřejnost kromě shlédnutí hudebních koncertů a divadelních představení možnost seznámit se s prací profesionálů v psychiatrické léčebně, např. s dramaterapií, arteterapií, muzikoterapií v psychoterapeutických stanech. Dalším mediálním programem je Měsíc bláznovství pořádaný Českou asociací pro Psychické zdraví. Součástí kampaně jsou výstavy obrazů duševně nemocných, divadelní a hudební vystoupení, workshopy a cílem je podpora integrace duševně nemocných. Další akcí je Babí léto, multižánrový festival pořádaný v areálu psychiatrické léčebny Bohnice. Tento program je rozdělen mezi prezentaci činnosti léčebny (terapeutické dílny, komentované procházky a přednášky veřejnosti) a prezentaci volnočasových aktivit léčeben, neziskových organizací při hudebním a divadelním doprovodu. (Hoskovcová, 2009)

1.4 Komunikace v sociální práci

Komunikace je definována jako sdělování informace pomocí signálů a jiných prostředků – mimikou, gesty, písemně či ústně. Probíhá minimálně mezi dvěma lidmi nebo pomocí tisku a rozhlasu. (Janáčková, Weiss, 2008)

Podstatou komunikace je komunikační proces tvořený jednotlivými součástmi, kterými jsou komunikátor, komunikant, komuniké, komunikační jazyk, komunikační kanál, feedback (zpětná vazba), komunikační prostředí a kontext.

Komunikátor je vysílatel nějaké zprávy směrem ke komunikantovi, neboli příjemci informace přes komunikační kanál – cestu. Každá zpráva by měla mít své komuniké - myšlenku ve verbální i neverbální podobě a pro správné pochopení, je důležité použít správný komunikační jazyk, srozumitelný komunikantovi. Informace by měla být podávána v kontextu – celkovém rámci, pro správné pochopení toho, co nám druhý chce říci. Pochopení a přijetí zprávy lze ověřit zpětnou vazbou od příjemce. Komunikace je uskutečňována v prostředí, které působí na všechny účastníky v pozitivním i negativním

slova smyslu. Přílišný hluk, svítící slunce do očí nebo i působení nesympatického člověka může způsobit neúplné předání nebo špatné pochopení zprávy. (Mikuláščík, 2010)

Komunikace má zpravidla svůj účel, smysl nebo funkci - informovat, instruovat, domluvit se nebo pobavit. Aby mohl být účel komunikace splněn, měli bychom dodržovat určité zásady a pravidla. Vymětal (1996) in Vybíral shrnul pravidla rozhovoru takto:

- mluvíme přirozeným jazykem, dbáme na to, aby nám druhý rozuměl,
- používáme spíše kratší věty, protože dlouhé věty odvádějí pozornost posluchače od sdělovaného obsahu,
- vyhýbáme se cizím slovům a odborným výrazům,
- mluvíme jednoznačně a konkrétně,
- ponecháme dostatek prostoru druhému. (Vybíral, 2009, s. 213)

Sociální pracovníci by měli mít schopnost zacházet a komunikovat s člověkem, což vyžaduje nejen znalost praktických metod, ale i empatii, takt, zájem a upřímnost, neboť jde o schopnost jednání s člověkem, který je nějak ve společnosti znevýhodněn svým handicapem. (Mühlpachr, 2006)

V psychiatrii patří rozhovor doprovázený pozorováním mezi základní a nejdůležitější diagnostické metody. Při komunikaci s duševně nemocným člověkem by měl sociální pracovník dodržovat určité zásady a pravidla – toleranci, empatii, trpělivost, ohleduplnost, vstřícné a pozitivní ladění rozhovoru a v neposlední řadě vést rozhovor na úrovni schopností jedince vnímat a chápat. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010)

Komunikace s duševně nemocným může být narušena např. z důvodu přítomnosti halucinací, bludů, agresivitou nemocného, neschopností koncentrovat se nebo zapamatovat si nové informace.

1.4.1 Poruchy komunikace v souvislosti s duševní poruchou

Za patologickou komunikaci jsou považovány abnormální projevy jedince, často duševně nemocného. Rychlé přetížení podněty, tendence utíkat do vnitřního světa, impulzivní výbušnost, výrazné výkyvy komunikačního stylu prozradí určitou labilitu a poruchu. Předpokladem dobré komunikace mezi pacientem a lékařem či nelékařským pracovníkem je předpoklad vzájemného porozumění. Reakce každé osobnosti může být a je rozdílná. U různých typů chování pacientů je vhodné dodržovat určité zásady a strategie jednání k dosažení úspěšné spolupráce. (Janáčková, Weiss, 2008; Vybíral, 2009)

Vybrala jsem některé typy abnormální komunikace, se kterými se lze setkat při práci s duševně nemocnými – úzkostná, narcistní, depresivní, agresivní a poruchy komunikace spojené s poruchami myšlení, které jsou uvedeny v následujícím textu:

- Úzkostní lidé přimykají k jiným, jistějším osobám, jiní svojí poruchu popírají. Skrývané pohrdání sebou samým se může projevovat častým srovnáváním se s druhými lidmi s vyzněním v jejich neprospěch, přecitlivělostí vůči kritice a odmítnutí, snahou zajistit si pozornost druhých a sklonem k manipulaci od druhých.
- Narcistní jedinec se vyznačuje výraznými rysy, jako je touha po obdivu, potřeba mít od druhých lidí potvrzené vlastní názory a postoje, potřebou kontrolovat druhé.
- Deprese ovlivňuje komunikaci pocity prázdnoty, beznaděje, smutku, prožitky méněcennosti. Jedinci se stahují do sebe, nevědí si rady a mohou působit odevzdaně.
- Agresivního klienta lze identifikovat podle hlasitého projevu, výhrůžných gest, postoje a někdy používáním vulgárních výrazů. Tento typ lidí má obvykle negativní postoj vůči autoritám a zvyklostem.
- S poruchami myšlení jsou spojeny obtíže s tempem řeči. Zpomalená komunikace je chudá na výroky, nepružná a bez nápadu. Opačným příkladem je překotná komunikace, kdy myšlenky předbíhají vlastní řeč, která je zrychlená a chaotická. Zabíhavé myšlenky vedoucí k nepodstatným detailům nedovolí hovořícímu udržet jeden směr v komunikaci. V rozhovoru jedinec používá mnoho větných vsuvek a vysvětlení, díky kterým on sám může zapomenout, co vlastně chtěl říci. Jinými obtížemi spojenými s poruchou myšlení je ulpívání na stereotypním opakování slov a myšlenek nebo myšlenkové i řečové zastavení se vlivem trémy, paniky a stresu. (Vybíral, 2009)
- Komunikace s lidmi s demencí ovlivňuje stádium nemoci a vlastní prožívání daného člověka. Mezi podpůrné a doplňkové možnosti komunikace patří např. reminiscence a metoda validace. Reminiscence je založena na vzpomínání a sdělení toho, co bylo pro člověka důležité, jaký byl svět kolem nás apod. Metoda validace je metoda podporující vyjádření emocí dezorientovaného člověka se snahou je pochopit a validovat, tj. učinit je platnými a hodnými našeho zájmu. (Janečková, Vacková, 2010)

2 Duševní zdraví a duševní poruchy

Duševní zdraví znamená dobrý stav celé osobnosti, není to jen nepřítomnost duševní poruchy. Duševně zdravý člověk je schopen přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet, plánovat, dobře komunikovat, podílet se na dění kolem sebe, ovládat své emoce, adaptovat se na nové situace atd. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Duševní poruchu v rámci existence člověka lze posuzovat dvojím způsobem. Duševní zdraví a porucha jsou posuzovány v kontinuální jednotě. Porucha je brána jako součást jedné vývojové etapy jedince. Tento přístup považuje přítomnost poruchy jako vyústění vývoje osobnosti. Druhý pohled hodnotí duševní poruchu a zdraví jako dva protikladné jevy. Přítomností duševní poruchy dochází ke kvalitativní změně vývoje osobnosti. Chorobný proces narušuje a následně zastavuje vývoj osobnosti. Duševní nemoc způsobuje odchylku od plnění společenských rolí, úloh a od společenského očekávání. Nemoc je potřeba chápat nejen jako poruchu rovnováhy vnitřního a vnějšího prostředí, ale také jako negativní sociální událost s negativním dopadem nejen na konkrétního jedince, ale také jeho blízké a osoby na něm závislé. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010; Kodlinská 2007)

Lidé s duševní poruchou jsou často stigmatizováni a v určité míře odmítáni v každodenních situacích a aktivitách, např. bydlení, pracovní příležitosti, partnerské vztahy. Sociální separace, užívání drog, bezdomovectví, neschopnost najít si práci nebo nastoupit do školy může být způsobeno „nálepkou“ duševně nemocného člověka, kterou si člověk nosí celoživotně. Pojem stigma lze vysvětlit jako znamení domnělé méněcennosti či odmítání jedince okolím. Pokud má člověk špatnou zkušenost s okolím, může to narušovat i vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem. Pohled společnosti je do jisté míry ovlivněn médii, která občas líčí duševně nemocného člověka jako násilníka, podivína, nežádoucího člověka, kterého je potřeba se zbavit. Tuto situaci lze řešit edukací laické společnosti, dostatkem informací a zprostředkování kontaktů zdravé populace s duševně nemocnými. Péče o duševně nemocné je přesouvána mimo lůžková zařízení do denních stacionářů a středisek. Toto opatření by mělo pomoci klientům udržet si své sociální kompetence. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006; Matoušek, 2011)

2.1 Etiologie a symptomy duševních poruch

Etiologie duševních poruch může být endogenní nebo exogenní. Mezi endogenní faktory zařazujeme vliv dědičnosti, onemocnění postihující primárně nebo sekundárně mozek. Exogenní faktory jsou například nevhodné prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá, neúspěchy v životě, negativní perinatální vlivy apod. U duševních poruch v některých případech není možné určit přesnou příčinu vzniku onemocnění. Pouze se domníváme, co by mohlo být příčinou. (Mlýnková, 2010)

Symptom neboli příznak je určitý projev nemoci. V psychiatrii se sledují takové příznaky, které jsou typické pro duševní poruchy. Nejčastější dělení je na objektivní, subjektivní, specifické a nespecifické. Objektivní poruchy lze zjistit vlastním pozorováním, vyšetřeními, laboratorními zkouškami apod. Subjektivní příznaky jsou pro ostatní neviditelné, klient nám je může pouze sdělit. Do této skupiny řadíme pocity úzkosti, vnitřní neklid, prožitky smutku atd. Specifické příznaky jsou takové, které jsou typické pro určitou poruchu, např. bludy (porucha myšlení, kdy je jedinec pevně přesvědčen o nereálných věcech, např. že je pronásledován, že má schopnost komunikace s mimozemšťany, atd.), halucinace (jde o porušené vnímání, vjemy bez reálného, existujícího podkladu) a iluze (zkreslené vnímání na základě reálného podkladu) u psychotických poruch. Nespecifické příznaky se mohou vyskytovat u více poruch, příkladem nespecifického příznaku je únava. (Mlýnková, 2010; Dušek, Večeřová-Procházková 2010; Práško, Ticháčková, Stárková, 2011)

2.2 Dělení duševních poruch

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí (MKN) je soustava kategorií, do kterých jsou zařazovány chorobné jevy a stavy dle zavedených kritérií. Duševní poruchy a poruchy chování jsou dle MKN - 10 rozděleny níže uvedenými kódy:

Tab. 1 – Dělení duševních nemocí dle MKN – 10

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

Pro upřesnění a lepší představu jsou v Tab. 1 vyjmenovány příklady nemocí a poruch jednotlivých skupin. Organické duševní poruchy jsou např. demence u Alzheimerovy choroby, vaskulární demence, delirium nevyvolané alkoholem nebo jinými drogami, jiné duševní poruchy vzniklé následkem onemocnění nebo poškození mozku. Symptomatické poruchy vznikají na základě poškození jiného orgánu než mozku.

Užívání psychoaktivních látek jako je alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa, hypnotika, kokain, stimulační látky, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla nebo užívání několika látek najednou může způsobit vznik duševní poruchy. Nejrozšířenější formou návyku je konzumace alkoholu a tabákových výrobků.

Schizofrenie patří mezi závažné psychické poruchy projevující se změněným myšlením, vnímáním a změnou osobnosti. Do této skupiny spadají všechny druhy schizofrenií - hebefrenní (příznaky připomínající pubertu - potrhlá aktivita, nevypočitatelné projevy, plané filozofování a nápadné strojení), paranoidní (nejčastější forma s typickou přítomností bludů - často perzekuční a halucinací - většinou hlasové), katatonní (poruchy psychomotoriky, která je buď nadměrná nebo naopak utlumená); schizoafektivní poruchy (poruchy myšlení a vnímání doprovázené nápadnými výkyvy nálad, jako je deprese nebo mánie) aj.

Pro afektivní poruchy je typická patologická nálada, která se střídá ve dvou fázích - fáze depresivní a manická. Konkrétní poruchy této skupiny jsou např. bipolární afektivní porucha, depresivní porucha, trvalé poruchy nálady. V mnoha studiích je zdůrazněna heredita a familiární výskyt.

Neurotické poruchy jsou typické poruchou adaptačních mechanismů člověka, které se mohou projevovat duševními příznaky - strach, fobie, úzkost, podrážděnost, nesoustředěnost nebo tělesnými příznaky - bolesti hlavy, dušnost, třes, nevolnost, závratě. Konkrétní neurotické poruchy jsou např. fobické úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, reakce na stres a poruchy přizpůsobení.

Poruchy osobnosti a chování u dospělých jsou poruchy příjmu potravy, sexuální poruchy, poruchy související s šestinedělním, zneužívání látek nezpůsobující závislost, aj.

Mezi poruchy psychického vývoje patří např. specifické poruchy jazyka a řeči, specifické vývojové poruchy školních dovedností.

Poruchy chování se začátkem s dětstvím jsou např. poruchy sociálních funkcí, tiky a jiné poruchy emocí, smíšené poruchy chování. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010)

3 Instituce poskytující zdravotnické a sociální služby pro duševně nemocné

V České republice je poskytována péče o duševní zdraví v různých formách. Systém poskytovaných služeb dělíme na péči lůžkovou, což znamená v psychiatrických léčebnách, odděleních a klinikách. A na péči poskytovanou mimo zařízení, což jsou např. denní centra, chráněná bydlení apod. Na pomezí mezi tímto dělením jsou psychiatrické ambulance a krizová centra. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

3.1 Psychiatrické léčebny

Psychiatrické léčebny řadíme spolu s psychiatrickými odděleními nemocnic, klinik fakultních nemocnic, gerontopsychiatrických oddělení nemocnic a odděleními poruch paměti, sociálními ústavy se specializovanou psychiatrickou péčí, odděleními pro poruchy paměti a lázeňskými psychiatrickými zařízeními do lůžkové péče o duševně nemocné.

Psychiatrické léčebny poskytují dlouhodobou léčbu a rehabilitaci osobám s duševním onemocněním všech věkových kategorií. Hospitalizace je považována za základní prvek léčby. Do psychiatrických léčeben jsou přijímáni pacienti dobrovolně, nedobrovolně a na ústavní ochrannou léčbu. V léčebnách jsou vytvořena specializovaná oddělení pro diferenciovanou péči - oddělení příjmová, doléčovací, rehabilitační, dětská, gerontopsychiatrická, pro léčbu závislostí, sexuologická aj. V psychiatrických léčebnách jsou poskytovány různé druhy péče:

- péče na oddělení, kde spolupracují psychiatr, psycholog a zdravotní sestry,
- rehabilitační aktivity, jako jsou pracovní činnosti nebo výtvarné činnosti, které probíhají skupinově nebo individuálně,
- sociální služba zajišťovaná zdravotně-sociální pracovníci, která poskytuje poradenství, sociální pomoc a podílí se na sociální rehabilitaci,
- chráněné bydlení v rámci některých psychiatrických léčeben.

V České republice fungují specializované léčebny na duševní poruchy u dětí a mladistvých a pro léčbu závislostí na návykových látkách. Celkový počet léčeben je zhruba 20 s téměř 9000 lůžky. Konkrétní psychiatrické léčebny jsou např. – Bohnice, Havlíčkův Brod, Kosmonosy, Kroměříž, atd. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006; Benson, Piere, 2004)

Lůžková péče pro oblast Pardubic je zajišťována např. v Pardubické krajské nemocnici, Svitavské nemocnici, Albertinu – odborném léčebném ústavu v Žamberku, Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod, Domovem pro seniory u Kostelíčka (domov se zvláštním režimem).

3.2 Ambulantní a terénní péče

Hlavními úkoly ambulantní péče jsou prevence, diagnostika, léčba, rehabilitace, resocializace a posuzování duševních poruch a co nejvíce podpořit schopnosti nemocného. Ambulance může řídit a koordinovat péči o jedince v zařízeních poskytujících péči o duševní zdraví v komunitě. Součástí ambulantní péče by měla být dispenzární péče u pacientů se závažnou duševní poruchou a také návštěvní služba.

Ambulantní péče je tedy zajištěna v ambulancích veřejné psychiatrické péče, substitučních centrech, v psychiatrických ambulancích pro děti a dorost, gerontopsychiatrických, pro léčbu poruch příjmu potravy a dalších. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Terénní péče pro duševně nemocné, která je poskytována v domácím prostředí, zajišťuje pomoc lidem zvládat žít běžným životem, být co nejvíce samostatní a spokojení. Převážná část práce s klientem spočívá v individuálním plánování. Terénní služba také spočívá v interdisciplinární spolupráci k zajištění kontinuity péče o duševně nemocného. Příklad práce terénní služby popíši na konkrétním zařízení poskytujícím tuto službu v Pardubicích s pobočkami Výměník, Chrudim, Ústí nad Orlicí, Jičín, Rychnov nad Kněžnou a Hradec Králové – občanské sdružení Péče o duševní zdraví. Tato služba je pro duševně nemocné starší osmnácti let. Hlavním posláním služby je zapojovat duševně nemocné do běžného života, rozvíjet dovednosti a vztahy s okolím, pomoci jim aktivně trávit volný čas a minimalizovat sociální vyloučení. Zásady poskytování této služby jsou: dobrovolnost, individuální přístup, práce v přirozeném prostředí, partnerství a respekt.

3.3 Krizová centra

Krizová centra jsou místem prvního kontaktu s klientem. Jsou volně přístupná bez nutnosti objednání a v některých případech 24 hodin denně (např. Krizové centrum RIAPS v Praze). Nabízí pomoc osobám, které se ocitly v nepříznivé životní situaci, nabízejí psychoterapeutickou a psychiatrickou péči, pomáhají při prevenci a léčbě závislostí. Součástí

těchto center může být i lůžková část pro krátkodobou hospitalizaci či linka důvěry. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Centra pro pomoc v krizi jsou v Pardubicích např. LAXUS, o.s., SKP-CENTRUM, o.p.s. (bývalé Středisko křesťanské péče) – intervenční centrum a specializované krizové linky – Linka naděje.

3.4 Denní stacionáře, centra denních aktivit

Denní centra a stacionáře poskytují péči klientům z domácího prostředí s cílem zabránit hospitalizaci prostřednictvím intenzivní péče o klienta. Služby stacionáře nabízejí možnost nácviku zvládání běžných denních aktivit, podporu sociálního zázemí klientů, poskytují výchovné a vzdělávací aktivity, zprostředkovávají kontakt se společností. Každodenní docházení do zařízení klade vyšší nároky na motivaci a disciplínu klienta. Pomáhají uplatňovat práva, zájmy a obstarávat osobní záležitosti klientů. Programy těchto center napomáhají klientovi k navrácení do běžného života, přípravě na zařazení do programů chráněného bydlení a chráněné práce. Denní stacionáře mají hlavní funkci rozšíření či alternativní řešení ambulantní léčby, pokračování hospitalizace a dlouhodobější rehabilitace pro chronicky nemocné. Některá zařízení pořádají programy nejen pro nemocné, ale také pro jejich rodinu a blízké. (Hejzlar, 2010; Marková, Venglářová, Babiaková, 2006; Hoskovcová, 2009)

Zařízení poskytující tyto služby, z mnoha dalších, jsou FOKUS Vysočina, denní stacionář MIREA, denní stacionář Slunečnice.

3.5 Podpora v bydlení

Bydlení patří mezi základní potřeby duševně nemocného člověka. Dlouhodobě nemocní mohou žít v domácím prostředí, léčebnách, ústavech sociální péče, specializovaných domovech pro dospělé a seniory nebo jako bezdomovci. Péče o duševně nemocné podporuje dlouhodobou, kontinuální péči – co nejdéle v jednom prostředí, přednost má bydlení v přirozených podmínkách. (Matoušek, 2011)

Chráněné bydlení je určeno klientům chystajícím se bydlet nebo již bydlejícím ve vlastním bytě, podnájmu či ubytovně. Podporované bydlení slouží k resocializaci dlouhodobě léčených pacientů. Přípravuje jedince na samostatný život, cílem je naučit klienty udržovat domácnost, hospodařit s penězi, udržovat dobré vztahy se sousedy. Podpora

má různou intenzitu. Počínaje kolektivním bydlením pod dohledem personálu až po samostatné bydlení v bytě s minimální podporou. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

Systematická pomoc spočívá v asistované pomoci, kam spadá doprovod do zaměstnání, na kulturní, společenské akce, v podpoře a tréninku dovedností potřebných k udržení domácnosti – péče o domácnost, nákupy, finance, sebeobsluha. (Hoskovcová, 2009)

Jedním z cílů akčního plánu rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje je podporovat rozvoj chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním.

V Pardubickém kraji je chráněné bydlení například v Domově pod Kuňkou a v Domově sociálních služeb Slatiňany.

3.6 Podpora v práci

Chráněné dílny mají cíl získat či obnovit pracovní dovednosti a sociální vztahy spojené s prací. Zajišťuje klientům dočasnou pracovní rehabilitaci, která umožní zvládnutí větších pracovních nároků v chráněném zaměstnání. Klienti mají zkrácenou pracovní dobu a není na ně vyvíjen vysoký tlak na pracovní výkon. Režim v chráněných dílnách je upraven tak, aby co nejvíce zohlednil potřeby a zdravotní stav klientů. Sociálně terapeutické dílny jsou poskytovány osobám se sníženou samostatností, které nejsou umístitelné na otevřeném trhu práce. Účelem této služby je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků.

Podpora v práci je také prostřednictvím chráněného zaměstnání, což je přechod z chráněného pracovního místa do přechodného zaměstnání nebo do méně chráněných podmínek. Přechodné zaměstnání je určeno klientům v produktivním věku k získání nebo obnovení pracovních návyků. Jde o časově omezenou podporu poskytovanou na běžných pracovištích bez uzavření pracovního vztahu. Podporované zaměstnávání je služba určená lidem, kteří chtějí získat a udržet si placené místo v běžném pracovním prostředí za rovných podmínek s ostatními zaměstnanci. Tato služba je časově omezená na měsíce až dva roky. Chráněné dílny a chráněná pracovní místa jsou zajišťovány organizacemi CEDR v Pardubicích a střediskem Výměník. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

II Výzkumná část

V této části bakalářské práce je zpracována metodika a hodnocení dat z dotazníkového šetření.

4 Výzkumné otázky

K dotazníkovému šetření byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Je průměrná doba trvání konzultace s klientem s duševní nemocí delší v psychiatrických léčebnách než v terénních službách?
2. Používají zdravotně-sociální pracovníci v terénních službách častěji metodu individuálního plánování než sociální poradenství?
3. Vyskytuje se častěji jako překážka v komunikaci s klienty s duševní poruchou nedostatečná motivace než agresivita?
4. Hodnotí zdravotně-sociální pracovníci s délkou praxe nižší než 10 let spolupráci s klientem s duševním onemocněním jako podstatně náročnější oproti spolupráci s jinou cílovou skupinou?
5. Obrací se klienti na zdravotně-sociální pracovníky v psychiatrických léčebnách o pomoc spíše s problémy pracovního uplatnění než s finančními problémy?

5 Metodika výzkumu

Dotazníkové šetření bylo provedeno v lednu 2013 v sociálních a zdravotnických zařízeních pro duševně nemocné v rámci celé České republiky. Pro získání dat bylo využito dotazníkového šetření. Standardizovaný dotazník byl vyplňován zdravotně-sociálními pracovníky zdravotnických a sociálních zařízení. Odpovědi uvedené v dotazníku byly zcela anonymní. Dotazník je uveden v Příloze B této bakalářské práce. Dotazník je tvořen 25 otázkami. Prvních pět otázek se zaměřuje na identifikaci respondentů a týká se věku, pohlaví, dosaženého vzdělání, typu pracoviště a délky odborné praxe. Dále byly využity otázky výčtové, kde bylo možné vybrat více možností z nabízených alternativ (č. 9, 11, 21, 22, 23), otázky škálové (č. 20), otázky uzavřené (č. 6, 8, 10, 13, 15, 17, 18, 19, 24), otázky polootevřené, u kterých bylo možné doplnit vlastní odpověď (č. 7, 16) a otázky otevřené (č. 12, 14, 25).

Získaná data byla vyhodnocena metodou relativní četnosti a graficky znázorněna pomocí Microsoft Excel 2010. U každé otázky byla stanovena absolutní četnost (n_i) a relativní četnost v procentech (f_i). K procentuálnímu vyjádření byl použit statistický vzorec: $f_i (\%) = n_i / n \times 100$, kdy f_i je relativní četnost udávaná v procentech, n_i je absolutní četnost a n je celkový počet respondentů.

5.1 Výzkumný vzorek

Dotazníkové šetření probíhalo v psychiatrických léčebnách a terénních službách pro duševně nemocné. Celkem bylo rozesláno 50 (100 %) dotazníků do různých zařízení, zpět se vrátilo 40 (80 %). Z toho 20 (50 %) dotazníků bylo vyplněno v pěti psychiatrických léčebnách a 20 (50 %) dotazníků v rámci jedné terénní služby pobočkami v různých městech. Dotazníky byly posílány respondentům poštou po předchozí elektronické domluvě z důvodu vzdálenosti pracovišť. Všechny vrácené dotazníky byly použity k vyhodnocení.

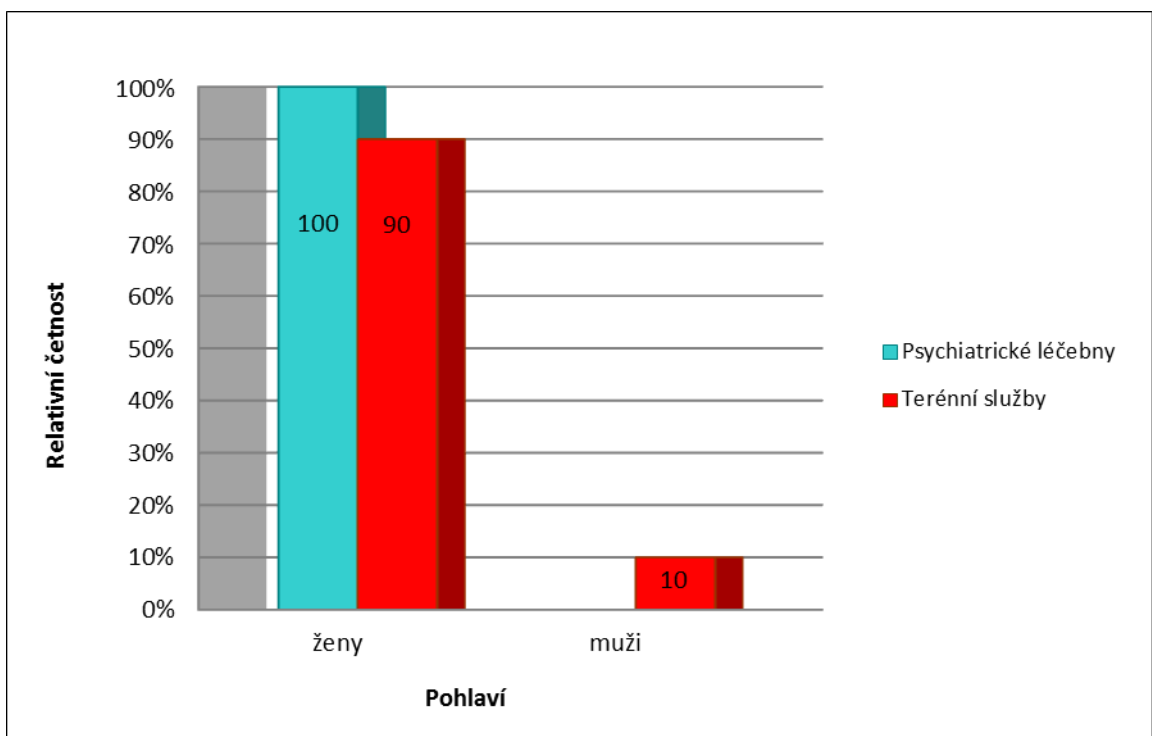
Do výzkumného vzorku byli zařazeni respondenti vykonávající profesi zdravotně - sociální pracovník a ochotní spolupracovat při vyplňování dotazníku. Zastoupeny byly všechny věkové kategorie, přičemž nejpočetnější skupina respondentů byla ve věku 30 - 39 let.

6 Prezentace výsledků dotazníkového šetření

Otázka č. 1 - Jaké je Vaše pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

Tato otázka se týkala pohlaví respondentů. Výzkumný vzorek v psychiatrických léčebnách byl složen pouze z žen, kterých bylo 20 (100 %). V terénních službách se výzkumu zúčastnili 2 (5 %) muži a 18 (95 %) žen. Viz Obr. 1



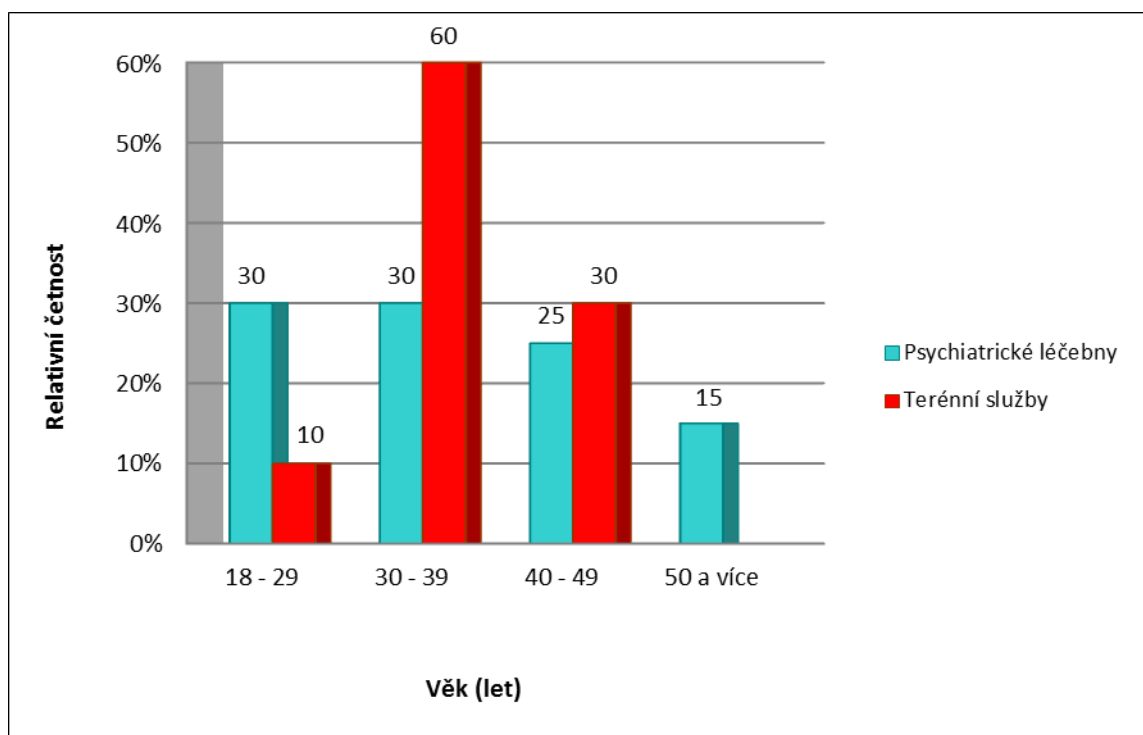
Obr. 1 – Grafické znázornění respondentů dle pohlaví

Otázka č. 2 - Kolik je Vám let

- a) 20 – 29 let
- b) 30 – 39 let
- c) 40 – 49 let
- d) 50 let a více

Druhá otázka zjišťovala věk respondentů. V psychiatrických léčebnách bylo ve věkové kategorii 20 – 29 let 6 (30 %) respondentů a 30 – 39 let 6 (30 %), 5 (25 %) respondentů v kategorii 40 – 49 let a 3 (15 %) respondenti ve věku nad 50 let.

V terénních službách byli ve věkové kategorii 18 – 29 let 2 (10 %) respondenti, v kategorii 30 – 39 let 12 (60 %) respondentů, v kategorii 40 – 49 let 6 (30 %) respondentů a ve věku nad 50 let nebyl ani jeden respondent, viz Obr. 2.



Obr. 2 – Grafické znázornění respondentů dle věku

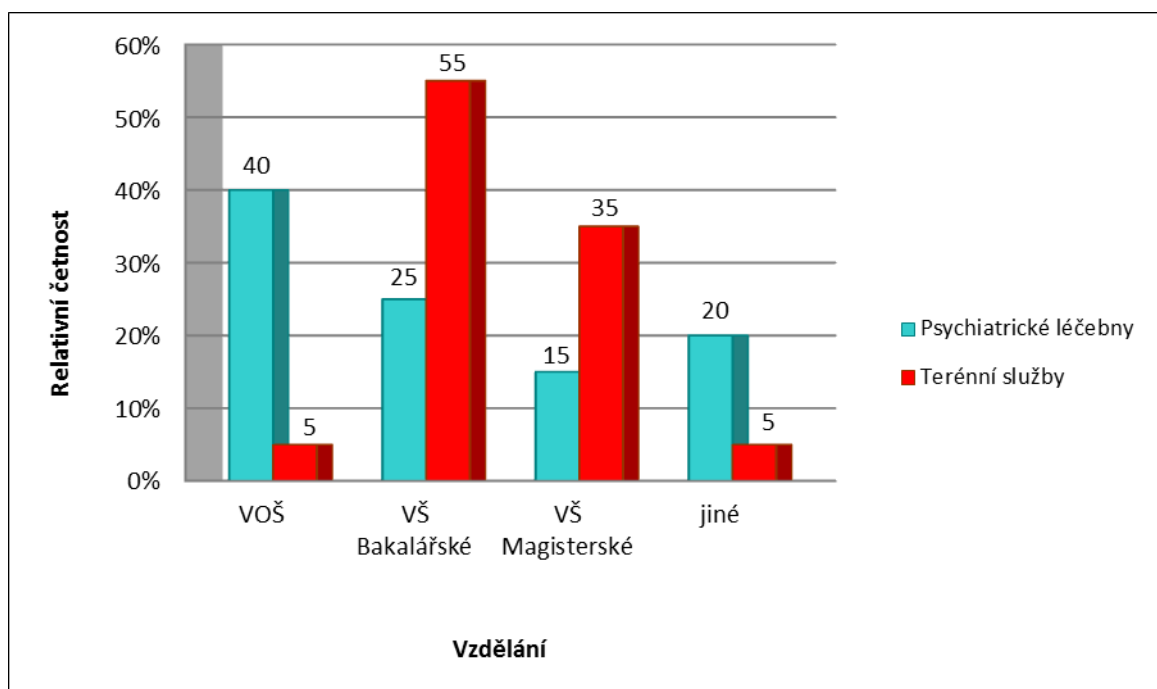
Otázka č. 3 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- a) VOŠ
- b) VŠ - bakalářské
- c) VŠ - magisterské
- d) Jiná možnost (vypište)

Respondenti v této otázce uvádějí své nejvyšší dosažené vzdělání. Zatímco v psychiatrických léčebnách byl druh vzdělání zastoupen téměř vyrovnaně v každé kategorii s převahou vyššího odborného vzdělání, v terénních službách bylo nejvíce zastoupené bakalářské vysokoškolské vzdělání. V psychiatrických léčebnách byla vyšší odborná škola zastoupena 8 (40 %) respondenty, bakalářské vysokoškolské studium bylo zastoupeno 5 (25 %) respondenty, vysokoškolské magisterské studium uvedli 3 (15 %) respondenti a jiné vzdělání uvedli 4 (20 %) respondenti.

V terénních službách byla zastoupena kategorie vyššího odborného vzdělání pouze 1 (5 %) respondentem, nejčetněji zastoupené bylo vysokoškolské bakalářské studium, které vystudovalo 11 (55 %) respondentů, vysokoškolské magisterské studium uvedlo 7 (35 %) respondentů a pouze 1 (5 %) respondent uvedl jiné vzdělání.

Jiné vzdělání, které bylo uvedeno respondenty, bylo středoškolské s pomaturitní nástavbou a dále zemědělská univerzita, což mě velice překvapilo, viz Obr. 3.

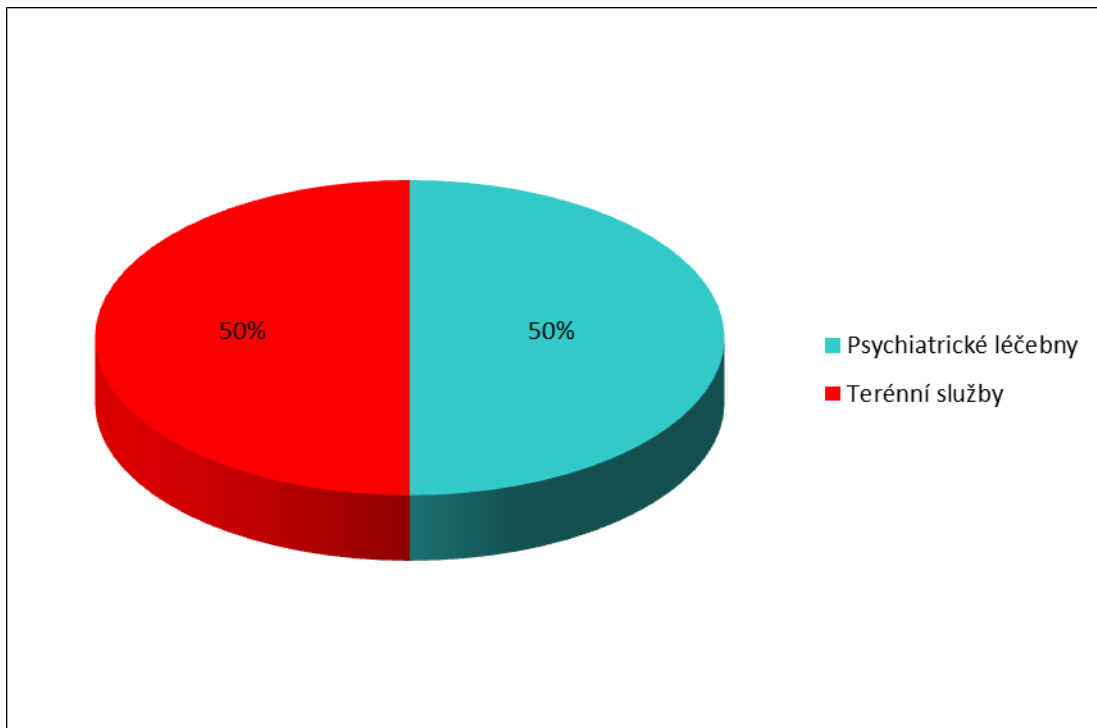


Obr. 3 – Grafické znázornění respondentů dle vzdělání

Otázka č. 4 - V jakém typu zařízení pracujete

- a) Úřad
- b) Terénní služby
- c) Odborný léčebný ústav (psychiatrická léčebna)
- d) Nemocnice
- e) Jiná možnost (vypište)

V této otázce byly vyrovnané odpovědi. Z celkového počtu dotázaných bylo 20 (50 %) respondentů zaměstnaných v psychiatrických léčebnách a 20 (50 %) respondentů v terénních službách. Data jsou uvedena níže, viz Obr. 4.



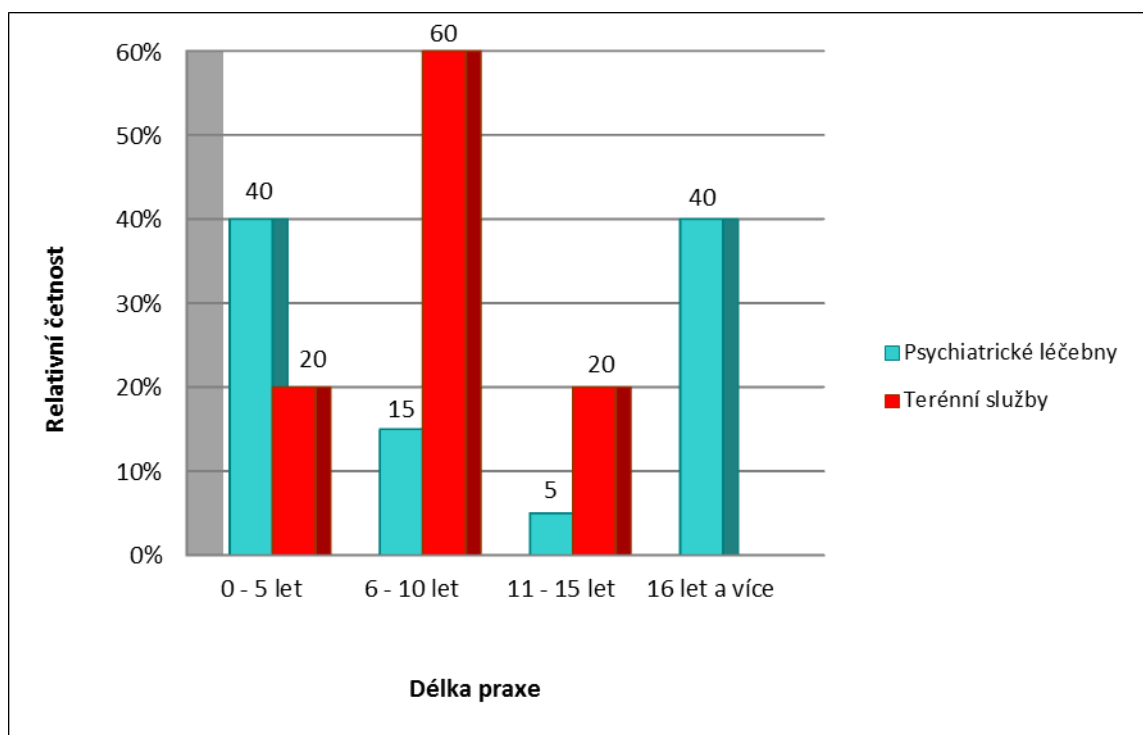
Obr. 4 – Grafické znázornění respondentů dle typu zařízení

Otázka č. 5 - Jaká je délka Vaší odborné praxe v oblasti zdravotně-sociální práce

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 let a více

Pátá otázka byla zaměřena na zjištění délky odborné praxe v oblasti zdravotně-sociální práce. V psychiatrických léčebnách bylo v kategorii 0 – 5 let 8 (40 %) respondentů a stejný počet respondentů - 8 (40 %) byl v kategorii 16 let praxe a více. Prostřední kategorii 6 – 10 let uvedli 3 (15 %) respondenti a délku praxe 11 – 15 let uvedl pouze 1 (5 %) respondent.

V terénních službách byla délka odborné praxe 0 – 5 let uvedena u 4 (20 %) respondentů, stejný počet respondentů uvedl délku praxe 11 – 15 let – 4 (20 %) respondenti. Nejvíce zastoupená kategorie byla 6 – 10 let, kterou uvedlo 12 (60 %) respondentů, viz Obr. 5.



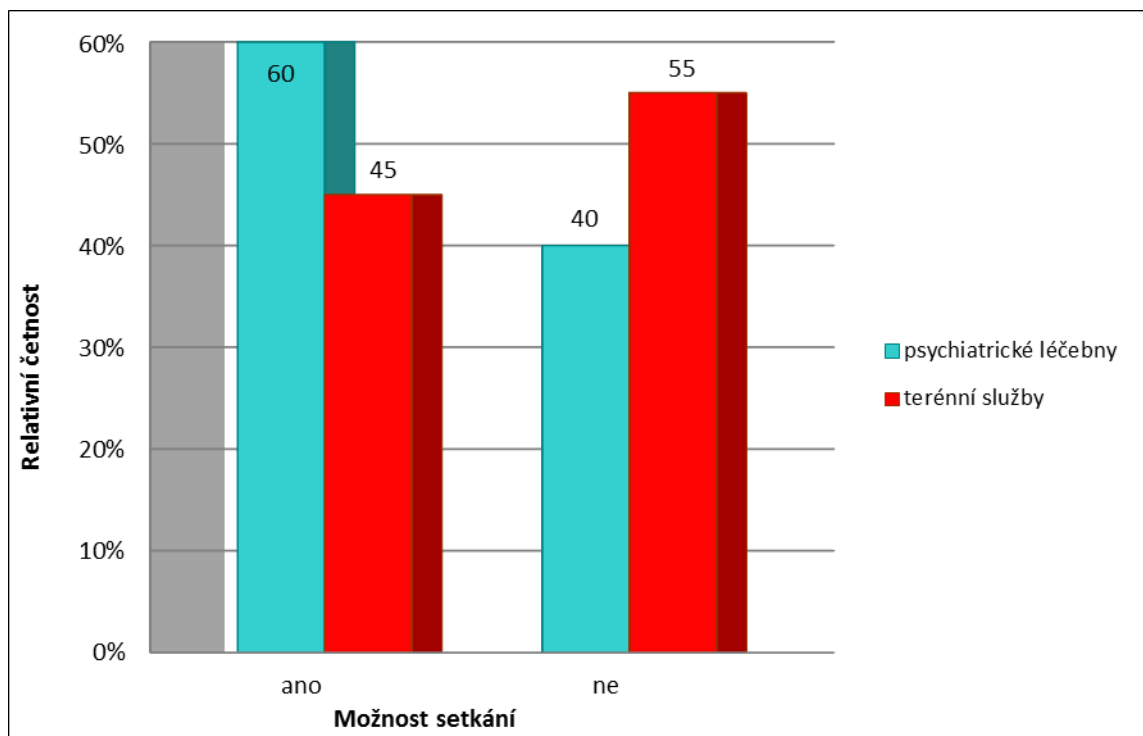
Obr. 5 – Grafické znázornění délky odborné praxe respondentů

Otázka č. 6 - Měl/a jste možnost pracovat s klientem s duševní nemocí již v rámci svého studia

- a) Ano
- b) Ne

Tato otázka byla zaměřena na zjištění zkušeností s duševně nemocnými v rámci studia. V psychiatrických léčebnách uvedlo setkání s duševně nemocnými v rámci studia 12 (60 %) respondentů a 8 (40 %) respondentů se nesetkalo s duševně nemocnými.

V terénních službách se setkalo 9 (45 %) respondentů s duševně nemocnými při studiu a 11 (55 %) respondentů nemělo možnost při studiu pracovat s lidmi s duševní nemocí, viz Obr. 6.



Obr. 6 – Grafické znázornění možnosti setkání s duševně nemocnými v rámci studia

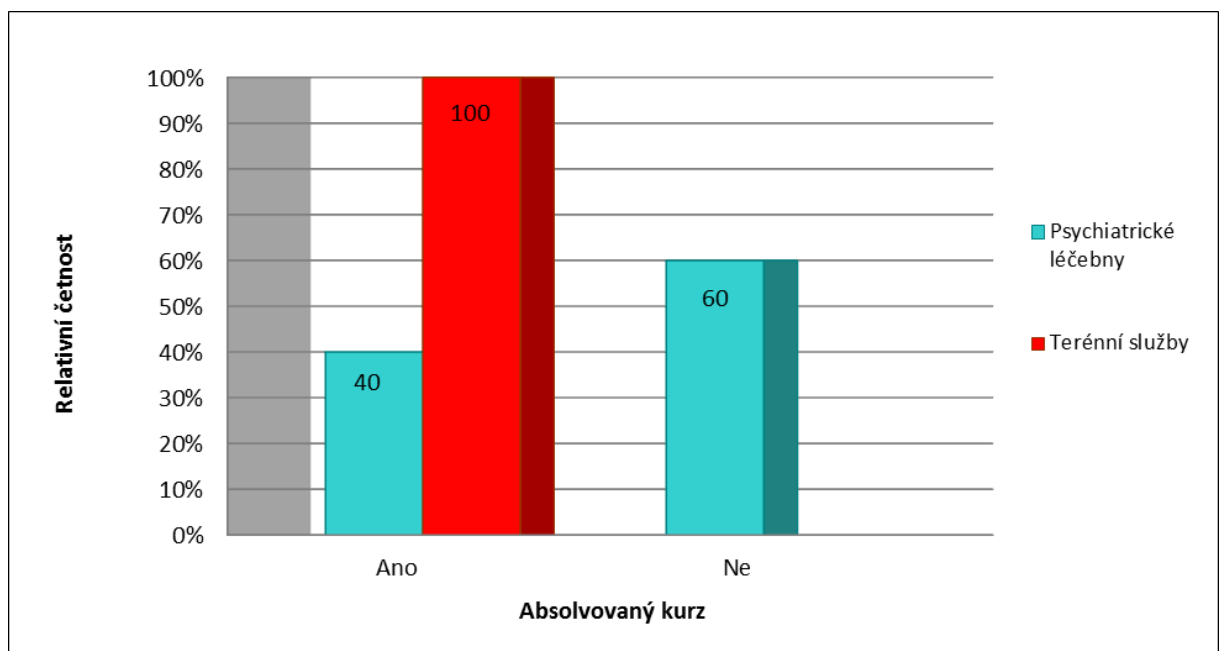
Otázka č. 7 - Absolvoval/a jste specializační kurz se zaměřením na práci s lidmi s duševní nemocí

- a) Ano (vypiště)
- b) Ne

Sedmá otázka se zaměřuje na zjištění, zda respondenti absolvovali specializační kurz pro práci s duševně nemocnými. V psychiatrických léčebnách absolvovalo kurz 8 (40 %) respondentů, 12 (60 %) respondentů neabsolvovalo žádný kurz.

V terénních službách 20 (100 %) respondentů absolvovalo specializační kurz, viz Obr. 7.

Absolvované kurzy respondentů byly v rámci NCONZO – akreditované kurzy pro sociální pracovníky, konkrétně kurz zdravotně-sociální pracovník, další uvedené kurzy byly psychiatrické minimum, psychosociální rehabilitace a krizová intervence.



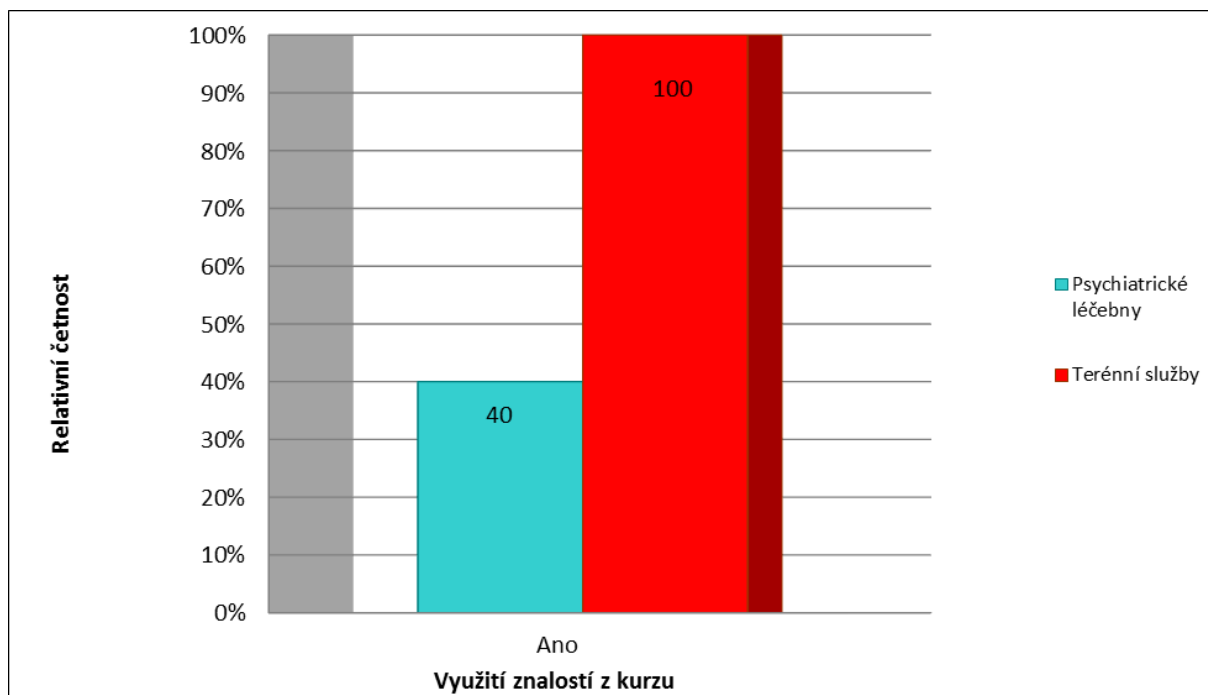
Obr. 7 – Grafické znázornění absolvování specializačního kurzu

Otázka č. 8 - Využíváte znalosti a dovednosti z kurzu k práci s lidmi s duševní nemocí v praxi

- a) Ano
- b) Ne

Tato otázka navazuje na otázku č. 7. Zde bylo zjišťováno využívání informací z absolvovaného kurzu v přímé praxi a odpovídalo zde 28 respondentů. V psychiatrických léčebnách absolvovalo kurz 8 (40 %) respondentů a všichni uvedli, že využívají znalosti z kurzu v přímé praxi.

V terénních službách absolvovalo 20 (100 %) respondentů kurz pro práci s lidmi s duševní nemocí, viz Obr. 8.



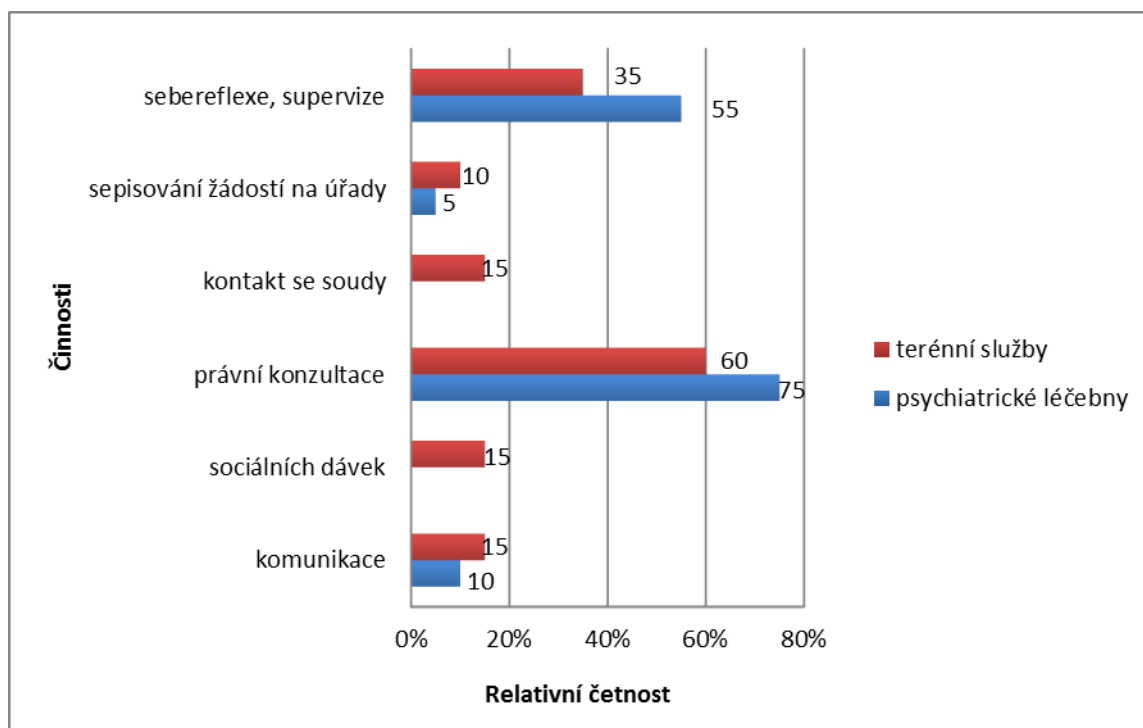
Obr. 8 – Grafické znázornění využití znalostí z absolvovaného kurzu respondentů

Otázka č. 9 - Ve kterých z těchto oblastí si myslíte, že byste potřeboval/a zdokonalit

- a) Komunikace
- b) Vyřizování sociálních dávek
- c) Právní konzultace
- d) Kontakt se soudy
- e) Sepisování žádostí na úřady
- f) Sebereflexe, supervize

V této otázce měli respondenti možnost vyznačit více odpovědí z možností. V psychiatrických léčebnách respondenti uvedli potřebu zdokonalit se v komunikaci 2 (10 %) respondenti, právní konzultace uvedlo 15 (75 %) respondentů, sepisování žádostí uvedl 1 (5 %) respondent a potřebu zdokonalit se v sebereflexi a supervizi uvedlo 11 (55 %) respondentů.

V terénních službách uvedli potřebu zdokonalení se v komunikaci 3 (15 %) respondenti, vyřizování sociálních dávek uvedli také 3 (15 %) respondenti, právní konzultace uvedlo 12 (60 %) respondentů, kontakt se soudy uvedli 3 (15 %) respondenti, sepisování žádostí na úřady uvedli 2 (10 %) respondenti a potřebu zlepšení sebereflexe a supervize uvedlo 7 (35 %) respondentů. Jinou možnost nevypsal ani jeden respondent, viz Obr. 9.



Obr. 9 – Grafické znázornění činností

Otázka č. 10 - Máte možnost v rámci zaměstnání k sebevzdělávání

- a) Ano
- b) Ne (přejděte k ot. č. 13)

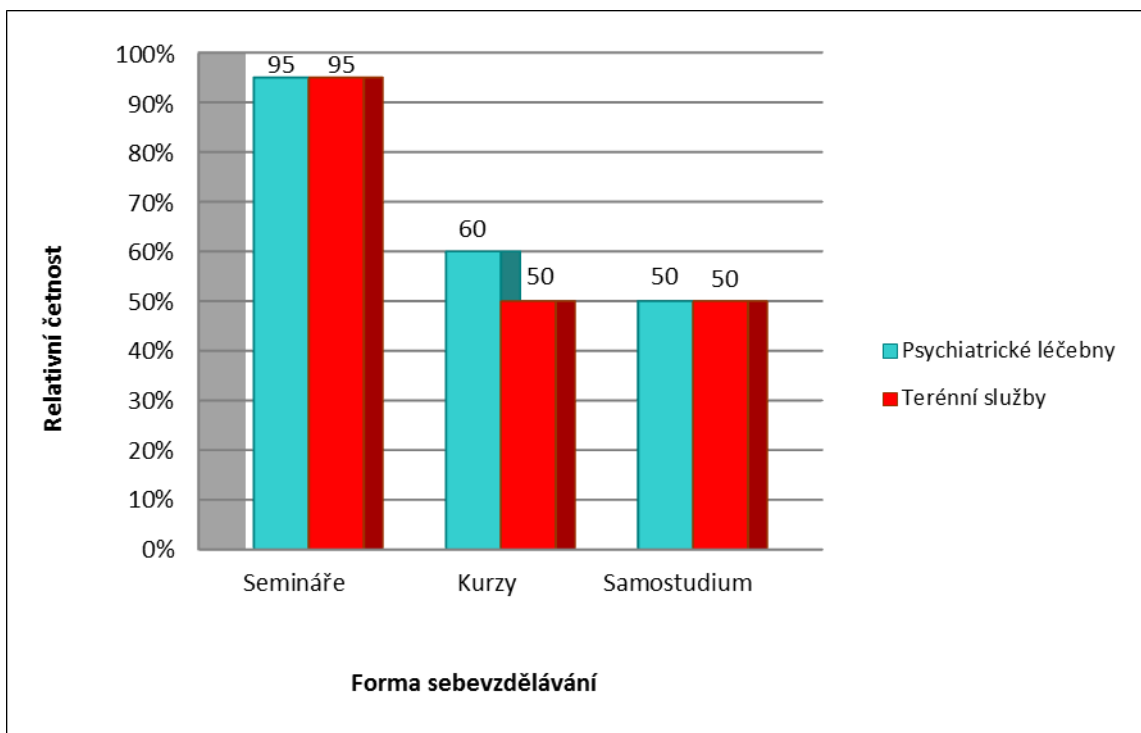
Desátá otázka byla zaměřena na zjištění možností k sebevzdělávání v rámci zaměstnání. Odpovědi pracovníků v psychiatrických léčebnách i terénních službách byly shodné. Možnost k sebevzdělávání má všech 40 (100 %) dotázaných respondentů.

Otázka č. 11 - Pokud ano, jakou formou je prováděno

- a) Semináře
- b) Kurzy
- c) Samostudium
- d) Jiná možnost (vypište)

Jedenáctá otázka, která zjišťuje, jakou formou probíhá sebevzdělávání u respondentů, navazuje na předchozí otázku. Respondenti měli možnost výběru více odpovědí z nabízených možností. V psychiatrických léčebnách zvolilo sebevzdělávání formou semináře 19 respondentů (95 %), sebevzdělávání prostřednictvím kurzů zvolilo 12 respondentů (60 %) a samostudium zvolilo 10 respondentů (50 %).

V terénních službách zvolilo 19 respondentů (95 %) formu semináře stejně jako v psychiatrických léčebnách. Sebevzdělávání prostřednictvím kurzů uvedlo 10 respondentů (50 %) a stejný počet respondentů – 10 (50 %) uvedlo samostudium, viz Obr. 10.



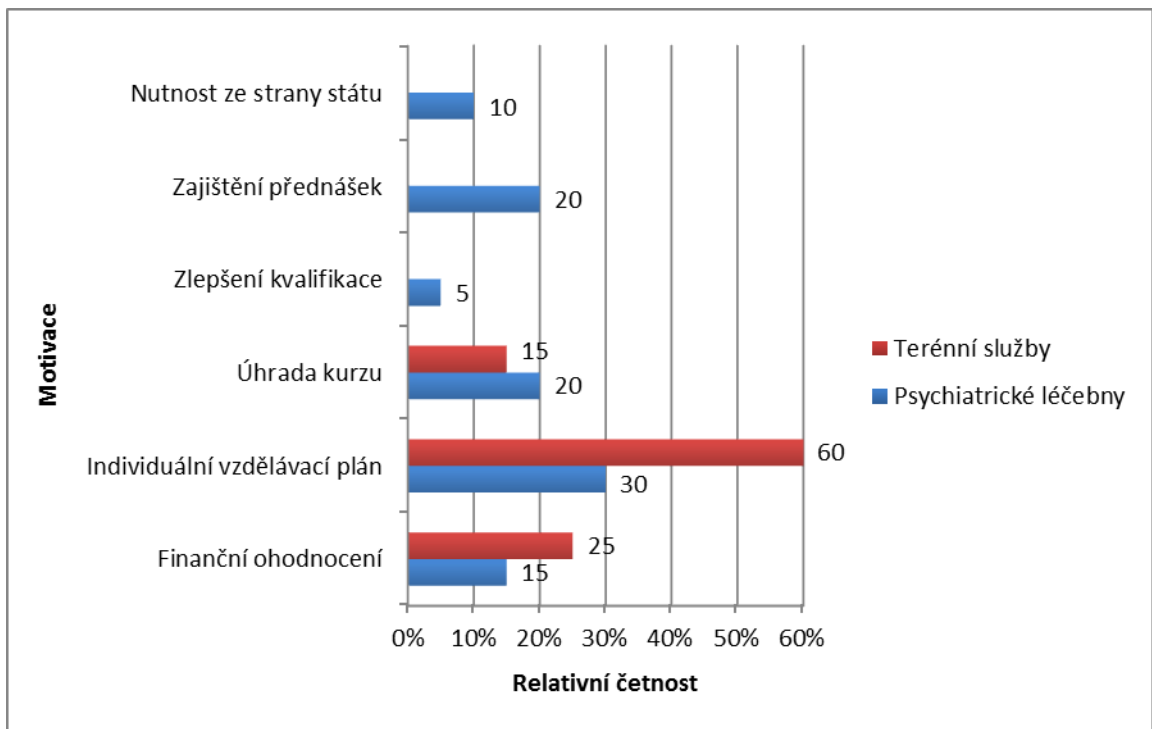
Obr. 10 – Grafické znázornění formy sebevzdělávání respondentů

Otázka č. 12 - Motivuje Vás zaměstnavatel k dalšímu sebevzdělávání (vypište jak)

Dvanáctá otázka navazuje na předchozí dvě otázky a byla zvolena jako otázka s otevřenou odpovědí. Odpověděli všichni respondenti i přes vyslovené obavy, že se někteří zdrží odpovědi. Odpovědi se shodovaly v několika případech, objevovalo se finanční ohodnocení, zajištění odborných přednášek, zlepšení kvalifikace, možnost vytvoření individuálního vzdělávacího plánu, proplacení vzdělávání a povinnost ze strany státu.

V psychiatrických léčebnách uvedli 3 (15 %) respondenti motivaci finančním ohodnocením, povinnost z důvodu změn ze strany státu 2 (10 %) respondenti, individuální vzdělávací plán 6 (30 %) respondentů, úhradu kurzu 4 (20 %) respondenti, zlepšení kvalifikace 1 (5 %) respondent a zajištění odborných přednášek 4 (20 %) respondenti.

V terénních službách uvedlo 5 (25 %) respondentů motivaci finančním ohodnocením, možnost individuálního vzdělávacího plánu 12 (60 %) respondentů, úhradu kurzu 3 (15 %) respondenti, viz Obr. 11.



Obr. 11 – Grafické znázornění motivace k sebevzdělávání

Otázka č. 13 - Pracujete ve Vašem zařízení s klienty s duševní nemocí

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

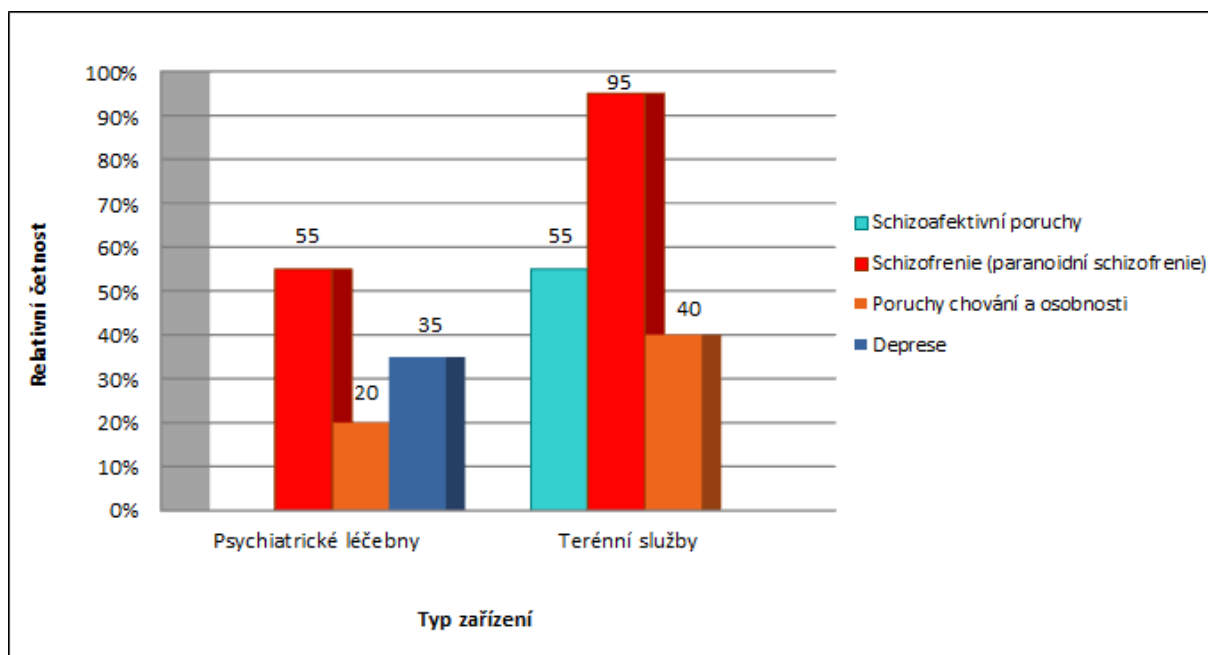
Tato otázka byla zařazena do dotazníku z důvodu možnosti účasti respondentů i z jiného typu pracoviště než je výsledný výzkumný vzorek. Návratnost dotazníků byla pouze z psychiatrických léčeben a terénních služeb, tudíž 40 (100 %) respondentů odpovědělo na tuto otázku „určitě ano“.

Otázka č. 14 - Napište alespoň 3 nejčastější diagnózy klientů a seřad'te je vzestupně dle toho, jak často se s nimi pracujete, přičemž 1 je nejčastější

Tato otázka byla zvolena jako otázka otevřená. Respondenti vypsalí 3 nejčastější diagnózy klientů, se kterými se v rámci své práce setkávají. Vyplněné údaje jsem rozdělila na tři místa dle určení od respondentů. Na prvním místě se shodně v obou zařízeních umístila schizofrenie, která byla u některých respondentů specifikovaná jako paranoidní. V psychiatrických léčebnách tuto možnost vyplnilo 11 (55 %) respondentů a v terénních službách 19 (95 %) respondentů.

Druhou nejčastější diagnózou v psychiatrických léčebnách byla deprese, kterou uvedlo 7 (35 %) respondentů. V terénních službách uvedlo 11 (55 %) respondentů schizoafektivní poruchu.

V psychiatrických léčebnách uvedli 4 (20 %) respondenti jako třetí nejčastější diagnózu poruchy chování a osobnosti u dospělých. V terénních službách byla vybrána stejná diagnóza, kterou zvolilo 8 (40 %) respondentů na třetím místě, viz Obr. 12.



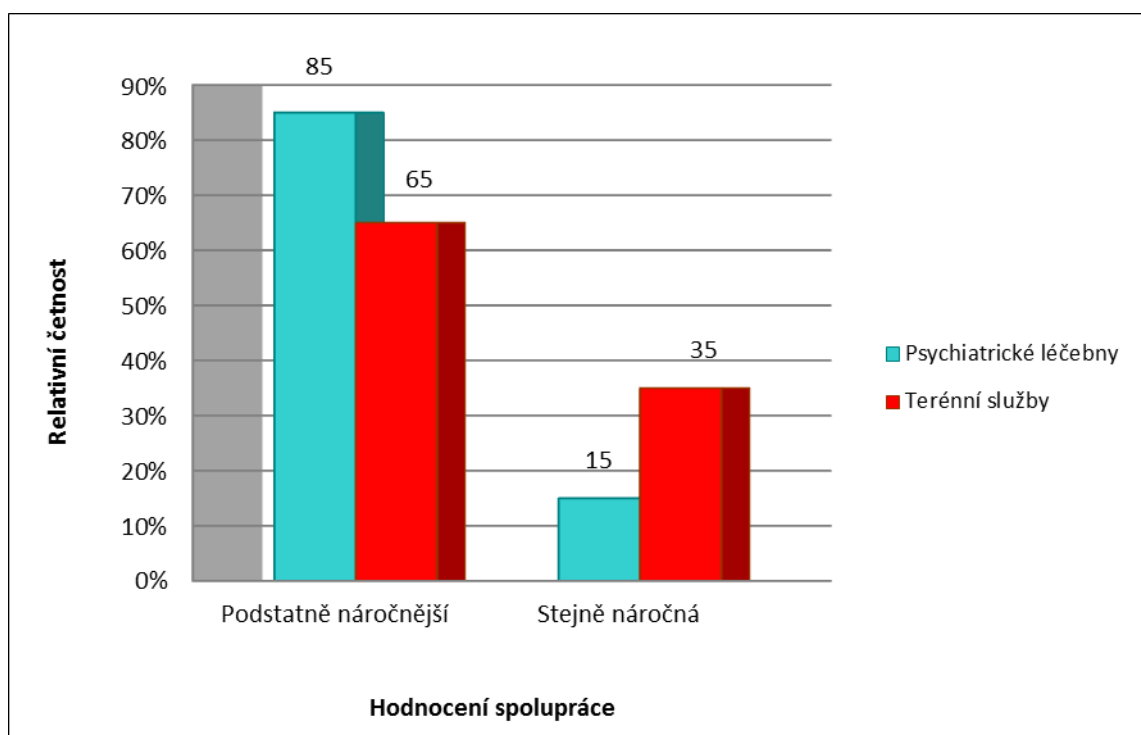
Obr. 12 – Grafické znázornění nejčastějších diagnóz duševních nemocí

Otázka č. 15 - Jak hodnotíte spolupráci s klientem s duševní nemocí oproti spolupráci s klienty jiné cílové skupiny, s nimiž jste v minulosti pracoval/a

- a) Podstatně náročnější
- b) Stejně náročná
- c) Podstatně jednodušší

Patnáctá otázka zjišťuje, zda respondenti hodnotí spolupráci s duševně nemocnými jako podstatně náročnější, stejně náročnou nebo podstatně jednodušší oproti spolupráci s klienty jiné cílové skupiny. V psychiatrických léčebnách označilo 17 (85 %) respondentů spolupráci podstatně náročnější a 3 (15 %) respondenti jako stejně náročnou. Třetí variantu nezvolil nikdo.

V terénních službách jako podstatně náročnější spolupráci vidí 13 (65 %) respondentů a 7 (35 %) respondentů považují spolupráci s duševně nemocnými za stejně náročnou, viz Obr. 13.



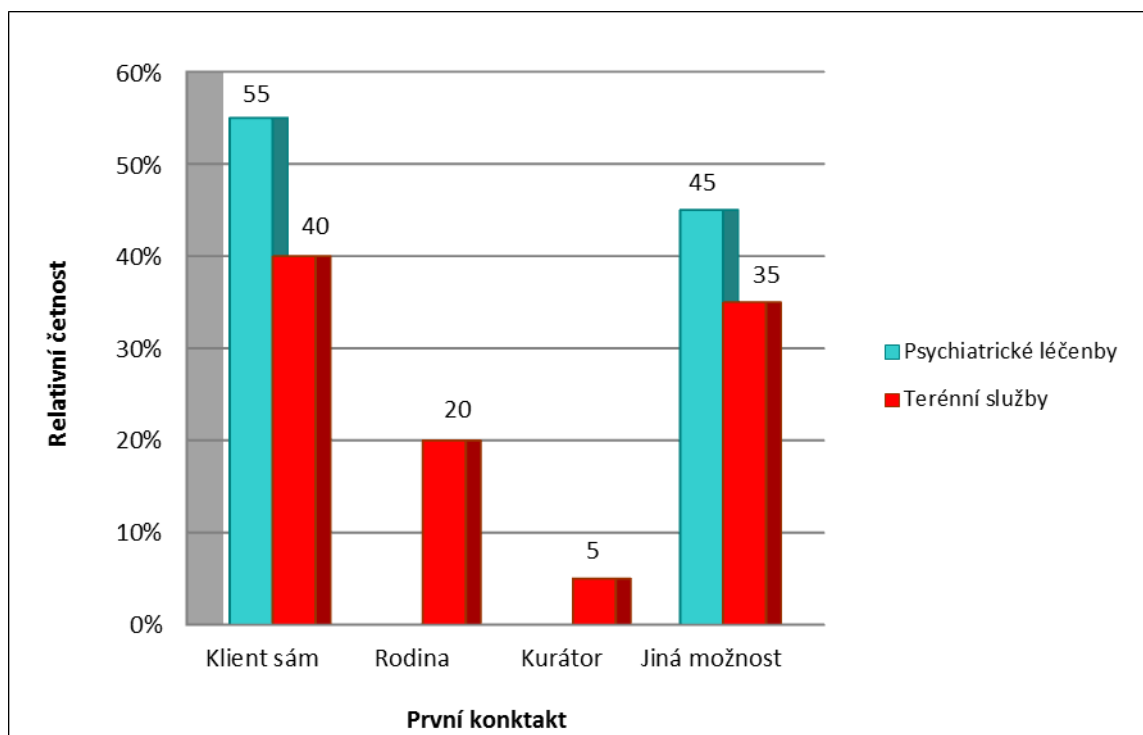
Obr. 13 – Grafické znázornění zhodnocení náročnosti práce s duševně nemocnými

Otázka č. 16 - Kdo Vám nejčastěji zajišťuje první kontakt s klientem

- a) Klient sám
- b) Rodina
- c) Kurátor
- d) Jiná možnost (vypište)

Otázka číslo šestnáct zobrazuje, kdo nejčastěji zprostředkovává klientovi první kontakt se zdravotně-sociálním pracovníkem. V psychiatrických léčebnách zajišťuje první kontakt sám klient, tuto variantu zvolilo 11 (55 %) respondentů, 9 (45 %) respondentů zvolilo jinou možnost, ve které 7 (35 %) respondentů vypsalo variantu zajištění kontaktu samotným zdravotně-sociálním pracovníkem při přijetí pacienta a 2 (10 %) respondenti vypsali zajištění kontaktu psychiatrem.

V terénních službách označilo 8 (40 %) respondentů zajištění prvního kontaktu klientem, 7 (35 %) respondentů zvolilo jinou možnost, ve které určili kontakt prostřednictvím psychiatra, kontakt od rodiny označili 4 (20 %) respondenti a kontakt od kurátora označil 1 (5 %) respondent, viz Obr. 14.



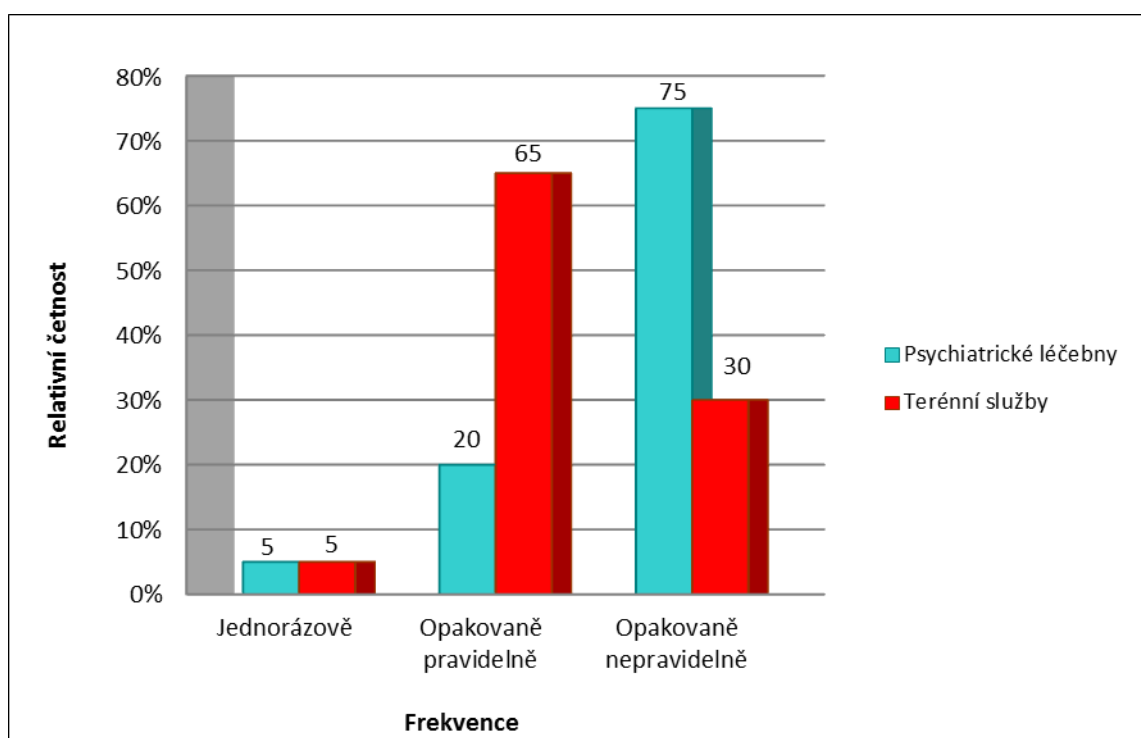
Obr. 14 – Grafické znázornění kým je zprostředkován nejčastěji první kontakt s klientem

Otázka č. 17 - Jak často se obvykle uskutečňuje kontakt s klientem

- a) Jednorázově
- b) Opakovaně pravidelně
- c) Opakovaně nepravidelně

Tato otázka je určena ke zjištění frekvence kontaktů s klienty duševně nemocnými. V psychiatrických léčebnách označil jednorázový kontakt 1 (5 %) respondent, opakovaný pravidelný kontakt 4 (20 %) respondenti a opakovaný nepravidelný kontakt 15 (75 %) respondentů.

V terénních službách označil jednorázový kontakt 1 (5 %) respondent, opakovaný pravidelný kontakt 13 (65 %) respondentů a opakovaný nepravidelný kontakt 6 (30 %) respondentů, viz Obr. 15.



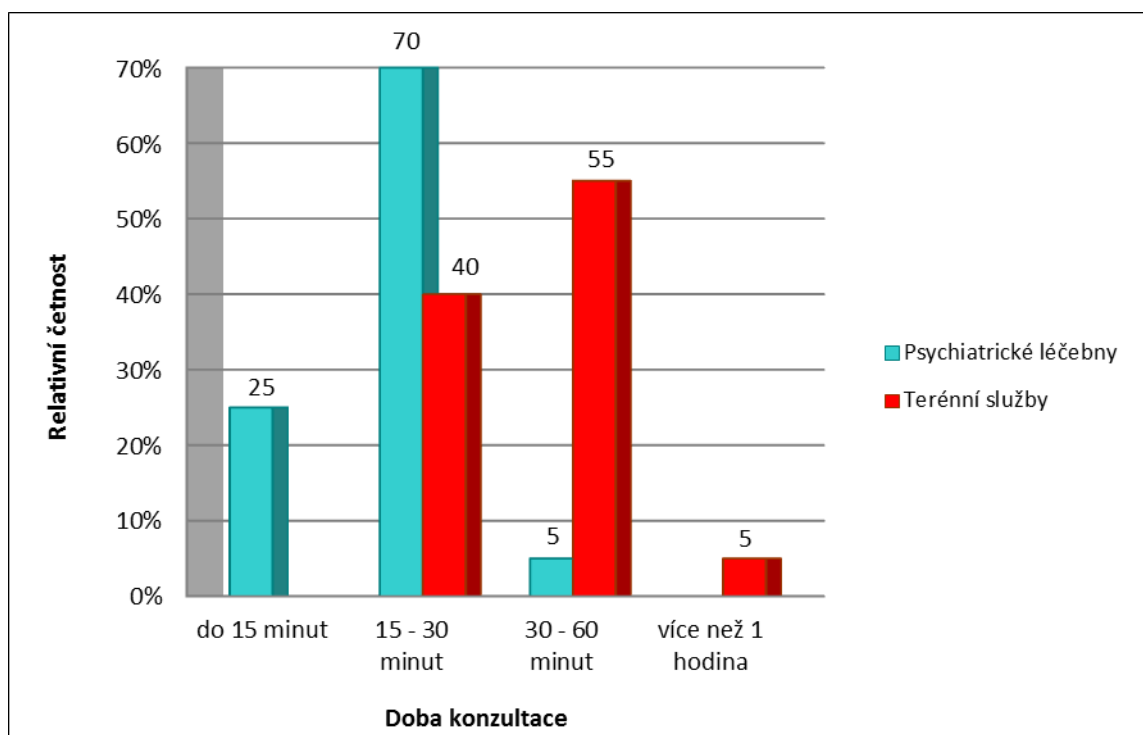
Obr. 15 – Grafické znázornění frekvence setkávání s klienty

Otázka č. 18 - Jaká je průměrná doba trvání konzultace s klientem

- a) Do 15 minut
- b) 15 – 30 minut
- c) 30 – 60 minut
- d) Více než 1 hodina

Osmnáctá otázka byla zaměřena na zjištění průměrné doby trvání konzultace s klientem. V psychiatrických léčebnách určilo 5 (25 %) respondentů průměrnou dobu konzultace do 15 minut, 14 (70 %) respondentů 15 – 30 minut konzultace a 1 (5 %) respondent 30 - 60 minut trvání konzultace.

V terénních službách označilo průměrnou dobu konzultace 15 – 30 minut 8 (40 %) respondentů, 30 – 60 minut konzultace 11 (55 %) respondentů a více než jednu hodinu věnuje průměrně klientovi 1 (5 %) respondent, viz Obr. 16.



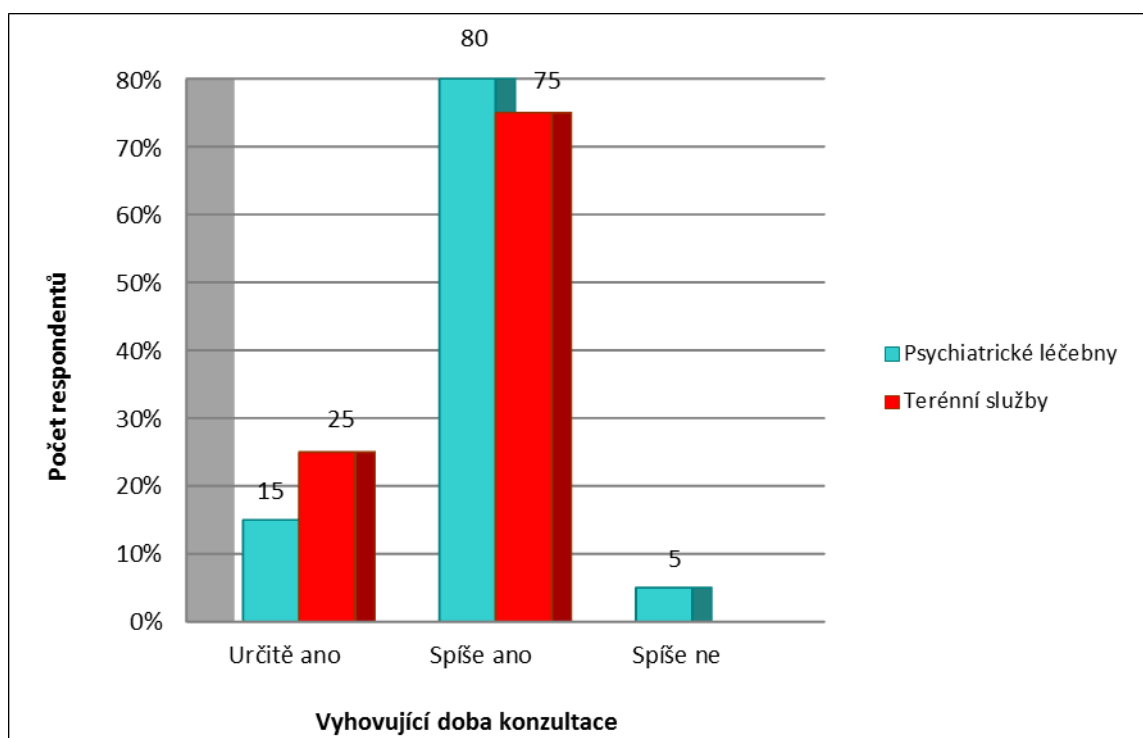
Obr. 16 – Grafické znázornění průměrné doby trvání konzultace

Otázka č. 19 - Myslíte si, že je tento čas dostačující

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

Tato otázka navazuje na předchozí, která zjišťovala průměrnou dobu konzultace s klientem. Zda je doba, kterou věnují klientům dostačující nebo ne, zhodnotili 3 (15 %) respondenti v psychiatrických léčebnách odpovědí určitě ano, spíše ano zvolilo 16 (80 %) respondentů a spíše ne 1 (5 %) respondent.

V terénních službách odpověď určitě ano zvolilo 5 (25 %) respondentů a spíše ano 15 (75 %) respondentů, viz Obr. 17.



Obr. 17 – Grafické znázornění dostatečnosti doby konzultace

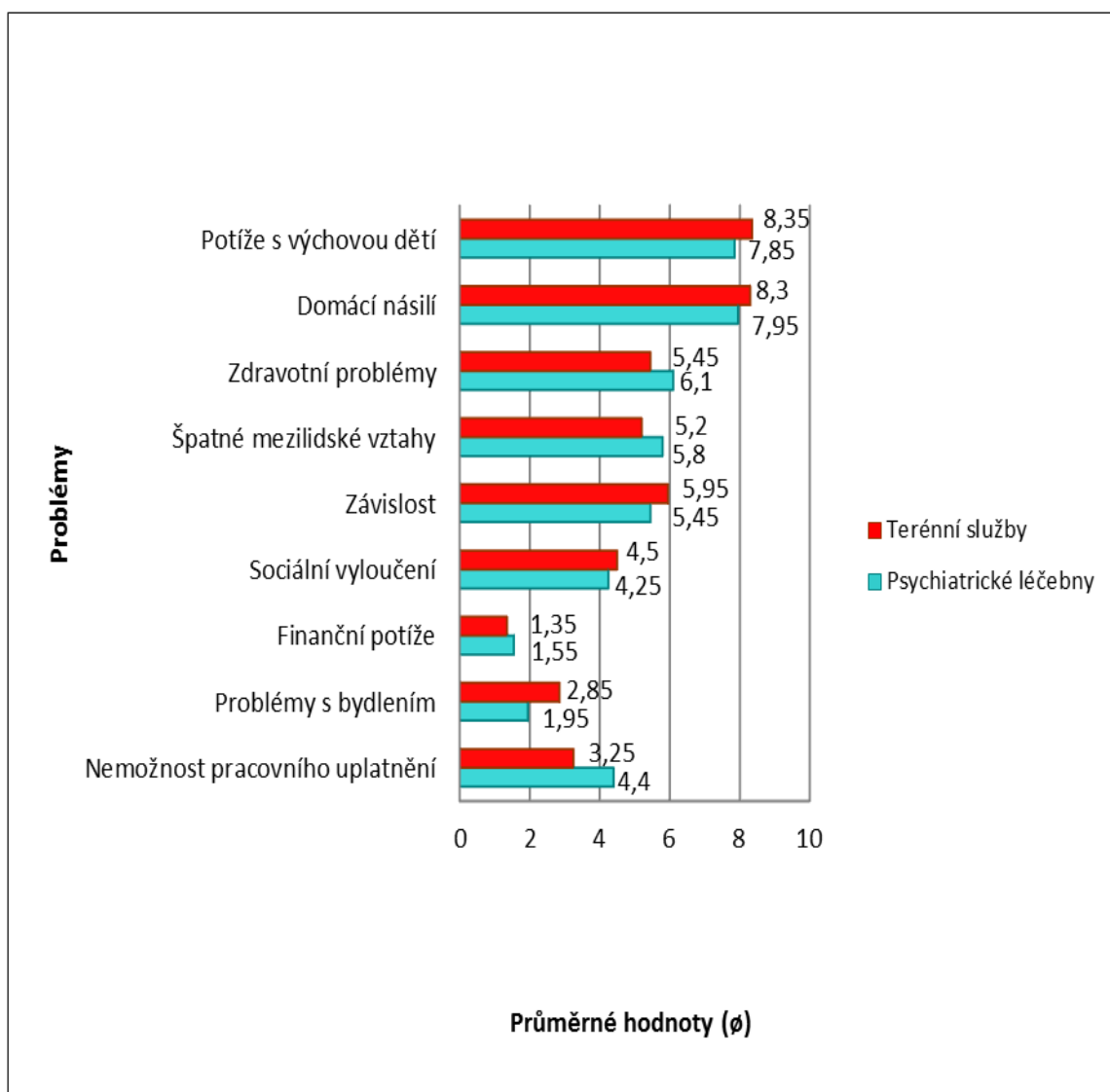
Otázka č. 20 - S jakými problémy se na Vás nejčastěji obrací klienti s duševní Nemocí (očísľujte dle frekventovanosti, 1 - nejvíce - 9 nejméně)

- a) Nemožnost pracovního uplatnění
- b) Problémy s bydlením
- c) Finanční potíže
- d) Sociální vyloučení
- e) Závislosti
- f) Špatné mezilidské vztahy
- g) Zdravotní problémy
- h) Domácí násilí
- i) Potíže s výchovou dětí

Každý respondent měl ve škálové otázce možnost zhodnotit dle svého uvážení, jaké jsou nejčastěji řešené problémy, se kterými se obrací klienti na zdravotně-sociální pracovníky. Respondenti hodnotili dle frekventovanosti od jedné (nejfrekventovanější) do devíti (nejméně častá) záležitosti, se kterými se na ně klienti obracejí. Díky této škále hodnocení je údaj s nejmenším součtem vyplněných čísel dle respondentů nejvíce důležitý. Ze sečtených čísel byl následně vypočítán aritmetický průměr (\bar{x}) sečtením všech získaných hodnot a vydělením celkovým počtem odpovědí. V psychiatrických léčebnách měla nemožnost pracovního uplatnění po součtu bodů číslo 88 (\bar{x} 4,4), problémy s bydlením 38 (\bar{x} 1,95), finanční potíže 30 (\bar{x} 1,55), sociální vyloučení 84 (\bar{x} 4,25), závislost 109 (\bar{x} 5,45), špatné mezilidské vztahy 115 (\bar{x} 5,8), zdravotní problémy 121 (\bar{x} 6,1), domácí násilí 158 (\bar{x} 7,95) a potíže s výchovou dětí 156 (\bar{x} 7,85).

V terénních službách respondenti bodově ohodnotili po součtu všech odpovědí nemožnost pracovního uplatnění číslem 64 (\bar{x} 3,25), problémy s bydlením 57 (\bar{x} 2,85), finanční potíže 27 (\bar{x} 1,35), sociální vyloučení 90 (\bar{x} 4,5), závislost 118 (\bar{x} 5,95), špatné mezilidské vztahy 104 (\bar{x} 5,2), zdravotní problémy 108 (\bar{x} 5,45), domácí násilí 165 (\bar{x} 8,3) a potíže s výchovou dětí 166 (\bar{x} 8,35).

Na základě spočítaných průměrných hodnot bylo ohodnoceno pořadí problémů od 1 do 9. Uvedená data jsou zobrazena v Obr. 18 a Tab. 2.



Obr. 18 – Grafické znázornění frekvence řešených problémů v průměrných hodnotách

Tab. 2 – Tabulka ohodnocených problémů dle frekvence řešení

	Psychiatrické léčebny	Terénní služby
Nemožnost pracovního uplatnění	4	3
Problémy s bydlením	2	2
Finanční potíže	1	1
Sociální vyloučení	3	4
Závislost	5	7
Špatné mezilidské vztahy	6	5
Zdravotní problémy	7	6
Domácí násilí	9	8
Potíže s výchovou dětí	8	9

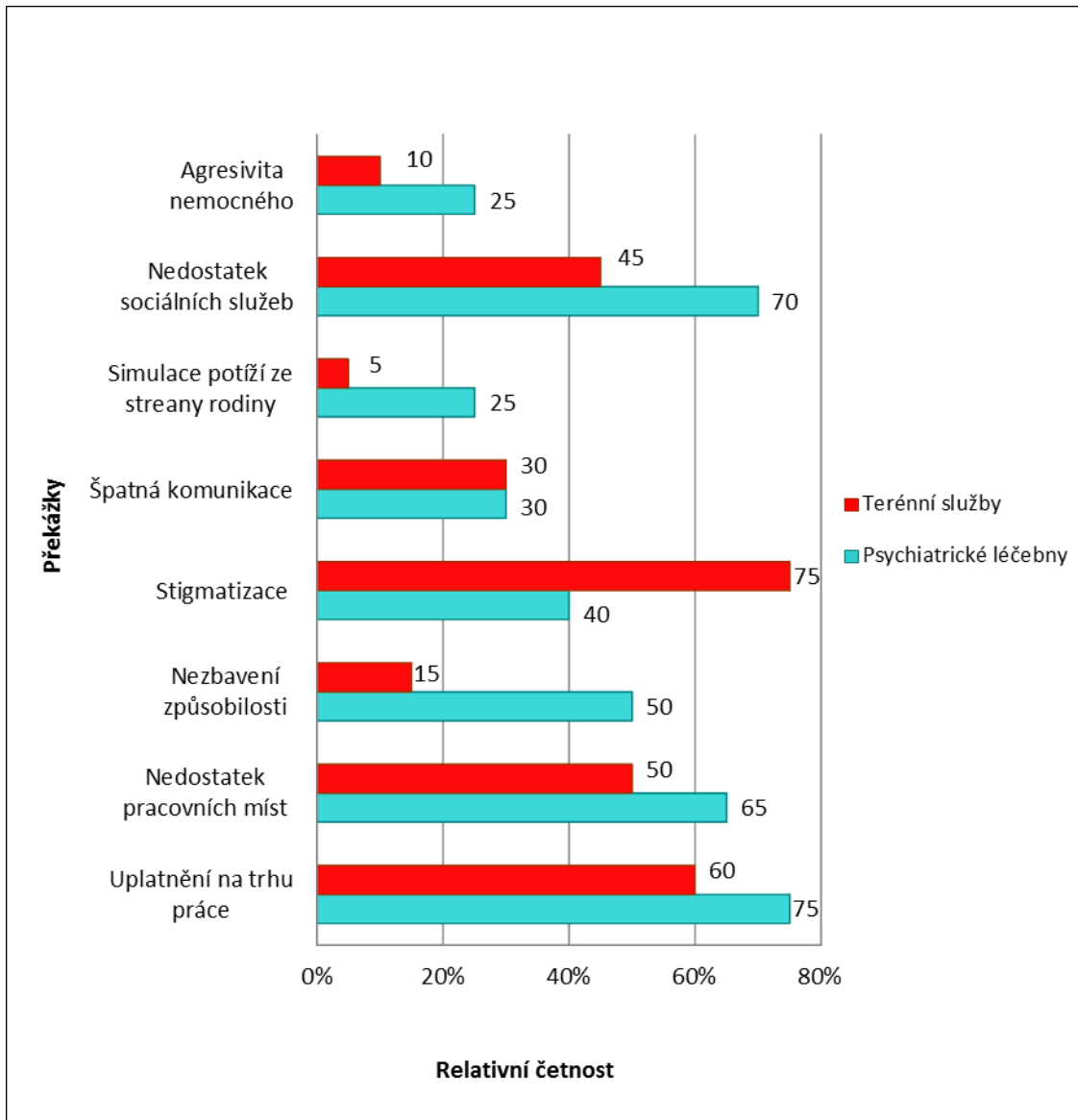
Otázka č. 21 - Jaké pociťujete největší překážky v rámci zdravotně-sociální práce s klienty s duševní nemocí, se kterými jste se setkal/a

- a) Nedostatečné uplatnění na trhu práce
- b) Nedostatek pracovních míst v chráněných dílnách
- c) Nezbavení způsobilosti k právním úkonům v nutných případech
- d) Stigmatizace nemocných
- e) Špatná komunikace s klientem
- f) Simulace potíží ze strany rodiny
- g) Nedostatek sociálních služeb
- h) Agresivita nemocného

Tato otázka zjišťovala překážky v rámci zdravotně-sociální práce s duševně nemocnými. Respondenti měli možnost výběru více odpovědí z vypsanych možností.

V psychiatrických léčebnách uvedlo překážku nedostatečného uplatnění na trhu práce 15 (75 %) respondentů, nedostatek pracovních míst v chráněných dílnách 13 (65 %) respondentů, nezbavení způsobilosti k právním úkonům 10 (50 %) respondentů, stigmatizaci nemocných 8 (40 %) respondentů, špatnou komunikaci s klientem 6 (30 %) respondentů, simulaci potíží ze strany rodiny 5 (25 %) respondentů, nedostatek sociálních služeb 14 (70 %) respondentů a agresivitu 5 (25 %) respondentů.

V terénních službách označilo nedostatečné uplatnění na trhu práce 12 (60 %) respondentů, nedostatek pracovních míst v chráněných dílnách 10 (50 %) respondentů, nezbavení způsobilosti 3 (15 %) respondenti, stigmatizaci nemocných 15 (75 %) respondentů, špatnou komunikaci s klientem 6 (30 %) respondentů, simulaci potíží ze strany rodiny 1 (5 %) respondent, nedostatek sociálních služeb 9 (45 %) respondentů a agresivitu 2 (10 %) respondenti. Data jsou znázorněna na Obr. 19.



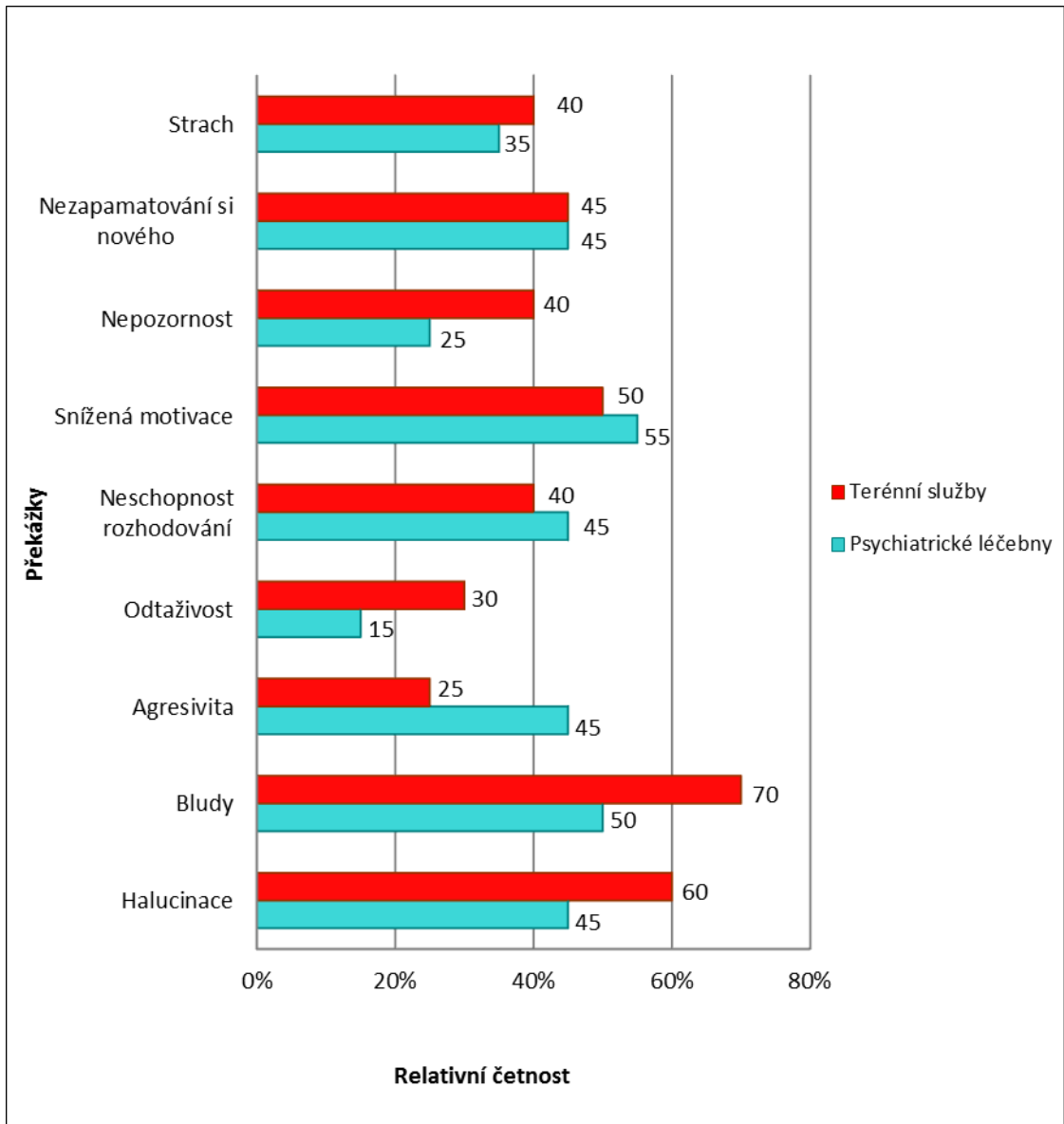
Obr. 19 – Grafické znázornění překážek v rámci zdravotně-sociální práce

Otázka č. 22 - Jaké jsou podle Vás největší překážky v komunikaci s klientem s duševní nemocí

- a) Halucinace
- b) Bludy
- c) Agresivita
- d) Odtážitost
- e) Neschopnost rozhodování
- f) Snížená motivace
- g) Nepozornost
- h) Neschopnost zapamatování si nových informací
- i) Strach

V této otázce byl možný výběr více odpovědí z vypsanych možností. Úkolem této otázky bylo zjistit překážky v komunikaci, se kterými se nejčastěji setkávají zdravotně-sociální pracovníci při práci s duševně nemocnými. V psychiatrických léčebnách označilo halucinace 9 (45 %) respondentů, bludy 10 (50 %) respondentů, agresivitu 9 (45 %) respondentů, odtážitost 3 (15 %) respondentů, neschopnost rozhodování 9 (45 %) respondentů, sníženou motivaci 11 (55 %) respondentů, nepozornost 5 (25 %) respondentů, neschopnost zapamatovat si nové informace 9 (45 %) respondentů a strach 7 (35 %) respondentů.

V terénních službách označilo halucinace 12 (60 %) respondentů, bludy 14 (70 %) respondentů, agresivitu 5 (25 %) respondentů, odtážitost 6 (30 %) respondentů, neschopnost rozhodování 8 (40 %) respondentů, sníženou motivaci 10 (50 %) respondentů, nepozornost 8 (40 %) respondentů, neschopnost zapamatování si nových informací 9 (45 %) respondentů a strach uvedlo 8 (40 %) respondentů, viz Obr. 20



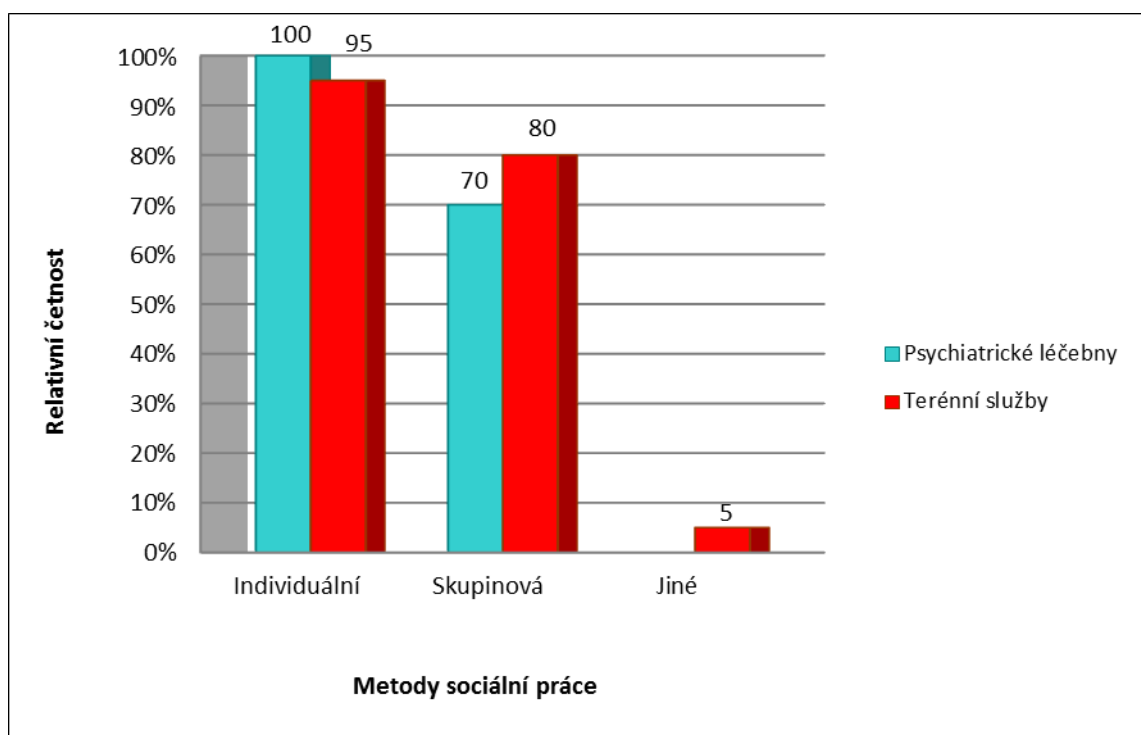
Obr. 20 – Grafické znázornění překážek v komunikaci

Otázka č. 23 - Vyberte metody sociální práce, které nejčastěji používáte v rámci spolupráce s klientem

- a) Individuální
- b) Skupinová
- c) Komunitní
- d) Jiná možnost (vypište)

V této otázce byla zjišťována metoda sociální práce, kterou používají pracovníci v rámci spolupráce s klientem. Byl možný výběr více odpovědí z nabídnutých možností. V psychiatrických léčebnách individuální metodu sociální práce zvolilo 20 (100 %) respondentů, skupinovou 14 (70 %) respondentů a komunitní nebo jinou možnost nezvolil ani jeden respondent.

V terénních službách zvolilo individuální metodu sociální práce 19 (95 %) respondentů, skupinovou 16 (80 %) respondentů, komunitní nezvolil ani jeden respondent a 1 (5 %) respondent uvedl praktický nácvik dovedností jako jinou možnost, viz Obr. 21.



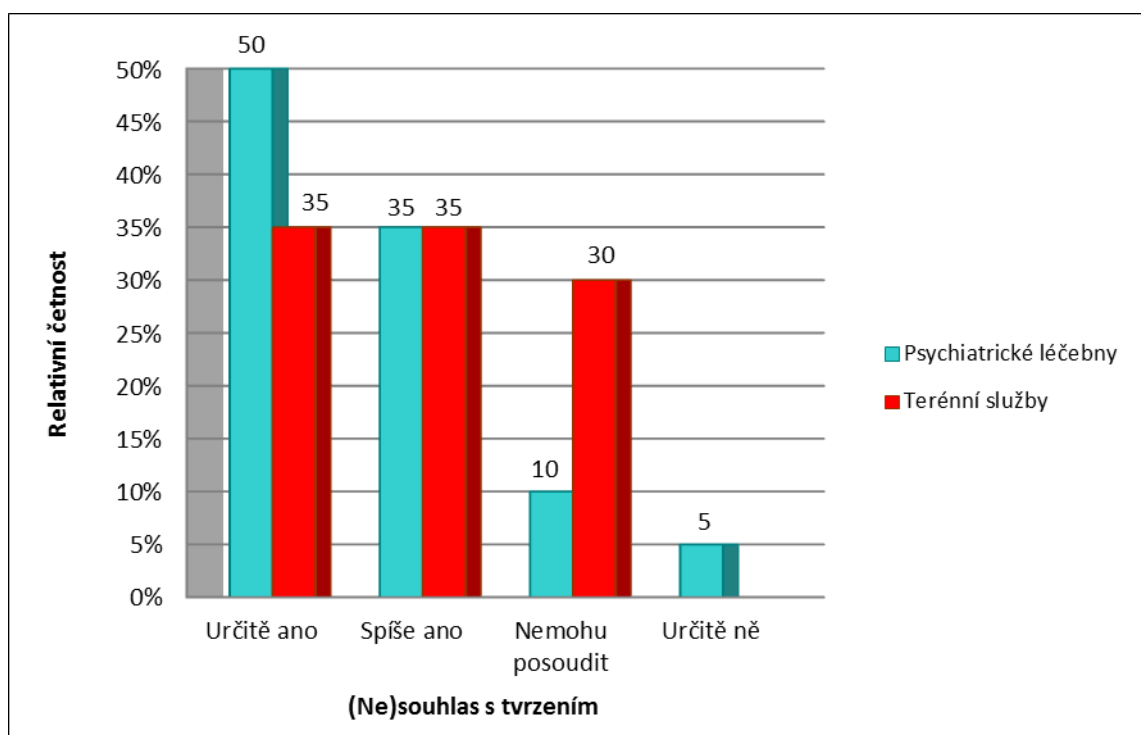
Obr. 21 – Grafické znázornění používaných metod sociální práce

Otázka č. 24 - Souhlasíte s tvrzením, že si pro klienty s duševní poruchou musíte vyčlenit větší časový prostor, než pro klienty jiných cílových skupin

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Nemohu posoudit
- d) Určitě ne
- e) Spíše ne

V psychiatrických léčebnách hodnotilo 10 (50 %) respondentů odpovědí určitě ano, odpověď spíše ano zvolilo 7 (35 %) respondentů, nemohu posoudit zvolili 2 (10 %) respondenti a určitě ne zvolil 1 (5 %) respondent.

V terénních službách 7 (35 %) respondentů zvolilo odpověď určitě ano, 7 (35 %) respondentů odpověď spíše ano a odpověď nemohu posoudit zvolilo 6 respondentů (30 %), viz Obr. 22.



Obr. 22 – Grafické znázornění (ne)souhlasu s tvrzením o práci s duševně nemocnými

Otázka č. 25 - Co byste zlepšil/a, aby se zefektivnila zdravotně-sociální práce s lidmi s duševní nemocí

Poslední otázka byla otevřená a zaměřovala se na zjištění osobních názorů respondentů, co by uvítali pro kvalitnější uspokojování potřeb duševně nemocných. Přestože byla otázka otevřená, odpovědi byly velmi podobné. Tuto otázku hodnotím společně pro obě zařízení. Hodnotícím vzorkem byl tedy maximální počet odpovědí, tj. 40. Již předem byla vyslovena obava, že se někteří respondenti zdrží odpovědi na tuto otázku. Nakonec na otázku odpovědělo 30 (75 %) respondentů, viz Tab. 3.

Tab. 3 – Návrhy pro zlepšení péče o duševně nemocné

Odpovědi	n_i	f_i (%)
Lepší spolupráce rodiny nemocného	1	3,3%
Více psychoterapeutů, kterým výkony hradí zdravotní pojišťovna	1	3,3%
Dostatek služeb sociální péče, návaznost na zdravotnickou péči (terénní služba, chráněné dílny, chráněné bydlení)	19	63,3%
Více informovat veřejnost o lidech s duševní nemocí	4	13,3%
Zefektivnit velký nárůst administrativy na úkor přímé práce s klienty	4	13,3%
Méně klientů na jednoho zdravotně-sociálního pracovníka	1	3,3%
Σ	30	100%

7 Diskuze nad výsledky dotazníkového šetření

Tato kapitola se bude věnovat diskuzi nad výsledky dotazníkového šetření prostřednictvím výzkumných otázek. Výzkumné otázky byly stanoveny před provedením dotazníkového šetření a jsou uvedeny na začátku výzkumné části této práce. Vzhledem k tomu, že výzkumné otázky jsou hodnoceny pouze podle dotazníků od celkem 40 respondentů, jsou výsledky tohoto výzkumného šetření platné pouze pro tento výzkumný vzorek a nelze je zobecnit na celou populaci.

Výzkumná otázka č. 1 - Je průměrná doba trvání konzultace s klientem s duševní nemocí delší v psychiatrických léčebnách než v terénních službách?

Tato výzkumná otázka byla hodnocena na základě dotazníkové otázky č. 4, která slouží k rozdělení respondentů dle typu zařízení, ve kterém pracují a podle otázky č. 18, ve které respondenti uváděli průměrnou dobu konzultace s klientem.

Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů pracuje 20 (50 %) respondentů v terénních službách a 20 (50 %) respondentů v psychiatrických léčebnách, viz Obr. 4.

Z celkového počtu 20 (100 %) respondentů, kteří pracují v psychiatrických léčebnách, uvedlo 14 (70 %) průměrnou dobu konzultace s klientem v rozmezí 15 – 30 minut. Z celkového počtu 20 (100 %) respondentů, kteří pracují v terénních službách, uvedlo 11 (55 %) průměrnou dobu konzultace mezi 30 – 60 minutami, viz Obr. 16.

Z výše uvedeného výsledku vyplývá, že doba trvání konzultace je delší v terénních službách než v psychiatrických léčebnách. Výsledek je posuzován podle největšího počtu odpovědí. Obecné studie hodnotící schopnost člověka udržet pozornost udávají dobu okolo 15 minut, po jejímž uplynutí lidé ztrácejí schopnost koncentrace. Tyto schopnosti jsou ovlivněné samotnou nemocí, ale také zájmem o danou problematiku, stavem vědomí či emocí jedince. (Medina, 2012)

Výsledek výzkumné otázky lze dle mého názoru vysvětlit tím, že v psychiatrických léčebnách připadá na jednoho pracovníka větší množství klientů a také mají časové omezení pro vlastní práci. Před vlastním výzkumem jsem vycházela z předpokladu, že v psychiatrických léčebnách jsou klienti v akutním stádiu onemocnění a z tohoto důvodu

je jí potřeba věnovat delší čas než klientům v terénní péči. Odpověď na výzkumnou otázku číslo jedna je ne.

Výzkumná otázka č. 2 - Používají zdravotně-sociální pracovníci v terénních službách častěji metodu individuální sociální práce než metodu skupinovou?

Druhá výzkumná otázka byla vyhodnocena na základě dotanikové otázky č. 4, která slouží k rozdělení respondentů dle typu zařízení, ve kterém pracují a otázky č. 23, ve které zdravotně-sociální pracovníci vybírali metody sociální práce, které nejčastěji používají při práci s klienty. V této otázce byl možný výběr více možností.

Z celkového počtu 20 (100 %) respondentů, kteří pracují v terénních službách, uvedlo 19 (95 %) respondentů jako využívanou individuální metodu sociální práce. Skupinovou sociální práci uvedlo 16 (80 %) respondentů, viz Obr. 21.

Terénní služby pomáhají žít duševně nemocnému v přirozeném prostředí, proto je důležitá individualizovaná práce. Problémové situace jsou většinou řešeny pomocí nasazení více služeb, což vyžaduje pomoc od sociálních pracovníků. (Mahrová, 2008)

Z výsledků vyplývá, že zdravotně-sociální pracovníci v terénních službách častěji používají individuální sociální práci než skupinovou metodu sociální práce. Odpověď na tuto otázku jsem očekávala s ohledem na jedinečné potřeby každého člověka a nestálosti průběhu onemocnění. Při práci s duševně nemocnými je nutné být flexibilní a mít schopnost přizpůsobit se dané situaci. Odpověď na výzkumnou otázku dvě je ano.

Výzkumná otázka č. 3 - Vyskytuje se častěji jako překážka v komunikaci s klienty s duševní poruchou nedostatečná motivace než agresivita?

Třetí výzkumná otázka byla hodnocena na základě dotazníkové otázky č. 13, kde respondenti uváděli, zda pracují ve svém zařízení s klienty s duševní nemocí a otázky č. 22, ve které vybírali z nabízených možností překážky v komunikaci s duševně nemocnými. Tuto otázku jsem hodnotila jak z pohledu pracovníků v terénních službách, tak z pohledu pracovníků v psychiatrických léčebnách. Tato otázka nabízela možnost výběru více možností.

Z celkového počtu respondentů, kterých je 40 (100 %), odpovědělo určitě ano na otázku, zda pracují ve svém zařízení s duševně nemocnými klienty, 40 (100 %) respondentů. Agresivita jako překážka komunikace byla uvedena 14 (35 %) respondenty, nedostatečná motivace byla uvedena 21 (52,5 %) respondenty, viz Obr. 20.

Dle pracovníků narušuje vztahy mezi nimi a klienty s duševní nemocí nedůslednost a negativní zkušenosti, a to jak ze strany klientů, tak ze strany pracovníků. Klienti nedodrží domluvené termíny, dohodnuté postupy a pracovníci nevymezí hranice vztahu s klientem. (Školová, 2012)

Z výše uvedených hodnot můžeme konstatovat, že zdravotně-sociální pracovníci vidí jako častější překážku v komunikaci s duševně nemocnými nedostatečnou motivaci, kterou lze připsat negativní zkušenosti, než překážku způsobenou agresivitou klienta. Odpověď na výzkumnou otázku tři je ano.

Výzkumná otázka č. 4 - Hodnotí zdravotně-sociální pracovníci s délkou praxe nižší než 10 let spolupráci s klientem s duševním onemocněním jako podstatně náročnější oproti spolupráci s jinou cílovou skupinou?

Zhodnocení čtvrté výzkumné otázky bylo na základě dotazníkové otázky č. 5, která udává délku odborné praxe v oblasti zdravotně-sociální práce, otázky č. 9, která zjišťuje oblasti, ve kterých by bylo vhodné podle zdravotně-sociální pracovníci se zdokonalit a otázky č. 15, ve které se hodnotí náročnost spolupráce s klienty duševně nemocnými oproti práci s jinou cílovou skupinou.

Ze 40 (100 %) respondentů uvedlo délku praxe 10 let a méně 15 (37,5 %) respondentů, viz Obr. 5. Z počtu 15 (100 %) respondentů, kteří mají délku praxe nižší než 10, uvedli oblast komunikace, ve které by se potřebovali zlepšit 3 (20 %) respondenti, oblast právní konzultace 11 (73,3 %) respondentů, kontakt se soudy 1 (6,7 %) respondent, sepisování žádostí na úřady 1 (6,7 %) respondent a oblast sebereflexe a supervize 7 (46,7 %) respondentů. Tato otázka nabízela možný výběr více možností z nabídnutých odpovědí, viz Obr. 9. Otázku náročnosti spolupráce s klientem s duševní nemocí hodnotilo jako podstatně náročnější 11 (73,3 %) respondentů a jako stejně náročnou spolupráci ve srovnání s jinou cílovou skupinou 4 (26,7 %) respondenti, viz Obr. 13.

Z výše uvedených hodnot lze konstatovat, že pracovníci s délkou odborné praxe nižší než 10 let hodnotí spolupráci s duševně nemocnými jako podstatně náročnější ve srovnání s jinou cílovou skupinou. Tento výsledek může být v závislosti délky praxe a získaných zkušeností při jednání s duševně nemocnými. Náročnost spolupráce může být ovlivněna ze strany klientů jejich narušenou schopností komunikovat nebo přítomností příznaků duševní poruchy. Ze strany zdravotně-sociálního pracovníka např. setkání s novou situací. Odpověď na čtvrtou výzkumnou otázku je ano.

Výzkumná otázka č. 5 - Obrací se klienti na zdravotně-sociální pracovníky v psychiatrických léčebnách o pomoc spíše s problémy pracovního uplatnění než s finančními problémy?

Hodnocení páté výzkumné otázky bylo na základě získaných dat z dotazníkového šetření, konkrétně otázkou č. 4, která rozděluje pracovníky podle typu zařízení, ve kterém pracují a otázkou č. 20, ve které zdravotně-sociální pracovníci hodnotili problémy, se kterými se na ně obrazejí duševně nemocní klienti. Odpovědi byly hodnoceny dle důležitosti od 1 do 9, přičemž odpověď označená číslem 1 znamená největší frekvenci.

Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů pracuje 20 (50 %) respondentů v terénních službách a 20 (50 %) respondentů v psychiatrických léčebnách. (viz Obr. 4)

Na hodnotící škále zdravotně-sociální pracovníci průměrně označili číslem 1 nejčastější problém - finanční potíže. Problém s bydlením byl vyhodnocen číslem 2 (viz Tab. 2 a Obr. 18). Z těchto výsledků je patrné, že se klienti na zdravotně-sociální pracovníky obrazejí s finančními potížemi častěji než s problémy pracovního uplatnění. Odpověď na tuto výzkumnou otázku je dle mého názoru závislá na věku a typu duševní poruchy nemocného. Finanční potíže vznikají v závislosti na schopnosti vykonávání práce, udržování společenského kontaktu a umění hospodařit s penězi. Odpověď na pátou výzkumnou otázku je ne.

8 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zmapování názorů zdravotně-sociálních pracovníků na práci s duševně nemocnými a odkrytí možných rezerv a úskalí plynoucích ze vzájemné spolupráce. V teoretické části byl podán ucelený pohled na zdravotně-sociální práci se zaměřením na práci s duševně nemocnými. Dále byly popsány jednotlivé skupiny duševních poruch, odchylky v komunikaci nemocných a instituce, které pomáhají lidem s duševní poruchou.

Výzkum přinesl poznatky o názoru na vlastní práci zdravotně-sociálních pracovníků jak v psychiatrických léčebnách, tak v terénních službách. Díky stejnému počtu respondentů bylo porovnáváno, s jakými problémy se klienti obracejí na pracovníky, jaké mají nemocní potíže v komunikaci nebo hodnocení náročnosti samotné spolupráce s touto cílovou skupinou.

Na základě teoretických a praktických poznatků vyplynula určitá doporučení pro praxi. Pro duševně nemocného člověka je velice obtížné samostatně fungovat v běžném životě, pokud je např. v akutní fázi nemoci nebo je propuštěn z psychiatrické léčebny. Proto je důležité zajištění návaznosti komplexní péče, která může být zprostředkována terénní službou. S návazností péče o nemocné souvisí i problematika sociálních služeb, konkrétně chráněných dílen či chráněného bydlení, kterých je nedostatek a duševně nemocní lidé nemají možnost kvalitního využití volného času nebo možnosti osamostatnit se. Samostatnost jedince není samozřejmostí, proto je důležitá spolupráce rodiny nemocného. Konkrétní nedostatky zdravotně-sociální práce jsou: malá informovanost veřejnosti, velký počet klientů na jednoho pracovníka, mnoho administrativy na úkor přímé práce s klientem. S tímto nedostatkem díky legislativě a daným předpisům se dle mého názoru nedá bohužel téměř nic dělat.

V dnešní době má sice veřejnost o problematice duševních nemocí určité povědomí, ale je stále důležité zajišťovat podporu a pomoc lidem při zvládnání nemoci. Je potřeba podávat pravdivé informace a v rámci možností zprostředkovávat přímý kontakt zdravé populace s nemocnými pro vytvoření vlastního názoru na tuto skupinu lidí.

Díky této bakalářské práci jsem měla možnost více nahlédnout do zdravotně-sociální práce s duševně nemocnými a zjistit případná úskalí. Uvědomila jsem si, jak je tato práce náročná nejen pro pracovníky, ale zejména pro samotné klienty a jejich rodiny.

Seznam bibliografických citací

1. BEER M., Dominik, PEREIRA M., Stephen a PATON, Carol. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 296 s. ISBN 80-247-0363-7.
2. BENSON, Nigel C. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 176 s. ISBN 978-80-7367-671-1.
3. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
4. FRIČ, Pavol a Martin VÁVRA. *Tři tváře komunitního dobrovolnictví*. Praha: Agnes: Hestia, 2012, 137 s. ISBN 978-80-93696-9-6.
5. GULOVÁ Lenka. *Sociální práce pro pedagogické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
6. HEJZLAR, Petr. *Na cestě ke komunitní psychiatrii : sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pradubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví; Theo, 2010, 136 s. ISBN 978-80-904009-6-2.
7. HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009, 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1.
8. JANÁČKOVÁ Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
9. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
10. KAPPL, Miroslav. *Metody sociální práce s jednotlivcem*. 1. vyd. Univerzita Hradec Králové : GAUDEAMUS, 2004, 80 s. ISBN 80-7041-846.

11. KODLINSKÁ, Kristina. *Sociální právo*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2007, 175 s. ISBN 978-80-7179-620-6.
12. KUZNÍKOVÁ Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
13. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
14. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
15. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
16. MATOUŠEK, Oldřich a kol.. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
17. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
18. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
19. MEDINA, John. *Pravidla mozku: nejnovější vědecké poznatky pro úspěch v práci, doma i ve škole*. 1. vyd. Brno: Albatros Media, 2012, 286 s. ISBN 978-80-265-0015-5.
20. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi: 2., doplněné a přepracované vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
21. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví 2. Díl: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.

22. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce jako životní pomoc*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006, 228 s. ISBN 80-86633-62-4.
23. PRÁŠKO, Ján, LÁTALOVÁ Klára, Ticháčková Anežka a STÁRKOVÁ Libuše. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2011, 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.
24. SHEPPARD, Michael. *Social work and social exclusion. The idea of practice*. 1. vyd. Velká Británie: Aldershot Ashgate, 2006, 281 s. ISBN 978-07546-4770-6
25. VYBÍRAL, Zdeněk. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.
26. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sběrka zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2006/037-2006.pdf>. ISSN 1211-1244.
27. ŠKOLOVÁ, Jitka. *Percepce terapeutického vztahu u klientů se schizofrenií a pomáhajících pracovníků v sociálních službách*. Brno, 2012. Magisterská diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce prof. PhDr. Libor Musil, CSc.

Elektronické zdroje:

1. PARDUBICKÝ KRAJ: Akční plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje na rok 2013. [online]. [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://www.pardubickykraj.cz/akcni-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-pk>.
2. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY NECHANSKÁ Blanka. *Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2011* [online]. Česká republika, 2012, 2012-09-18 [cit. 2013-07-03]. Dostupné z: <http://uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2011>

Seznam příloh

Příloha A - Počet zařízení (oddělení), lůžek a pacientů léčených v psychiatrických
lůžkových zařízeních podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2011

Příloha B – Dotazník

Příloha A - Počet zařízení (oddělení), lůžek a pacientů léčených v psychiatrických lůžkových zařízeních podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2011

Počet zařízení (oddělení), lůžek a pacientů léčených v psychiatrických lůžkových zařízeních podle sídla zdravotnického zařízení v roce 2011

Kraj sídla	Psychiatrická oddělení nemocnic			Psychiatrické léčebny pro dospělé			Psychiatrické léčebny pro děti			Ostatní psychiatrická zařízení		
	počet oddělení	počet lůžek	počet hospitalizací	počet zařízení	počet lůžek	počet hospitalizací	počet zařízení	počet lůžek	počet hospitalizací	počet oddělení	počet lůžek	počet hospitalizací
Hl. m. Praha	7	375	4 036	1	1 291	7 121	-	-	-	-	-	-
Středočeský	-	-	-	2	680	1 924	-	-	-	-	-	-
Jihočeský	2	65	1 002	3	230	1 760	1	160	459	-	-	-
Plzeňský	2	101	1 461	1	1 225	3 201	-	-	-	-	-	-
Karlovarský	1	40	827	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ústecký	3	121	2 330	2	705	2 592	1	50	236	1	30	79
Liberecký	2	76	908	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Královéhradecký	3	111	1 285	1	56	270	-	-	-	-	-	-
Pardubický	2	55	889	-	-	-	-	-	-	1	36	540
Vysočina	-	-	-	3	1 322	4 895	1	50	291	-	-	-
Jihomoravský	4	199	2 585	1	823	3 590	-	-	-	-	-	-
Olomoucký	2	104	1 446	2	670	3 385	-	-	-	-	-	-
Zlínský	-	-	-	1	1 050	4 990	-	-	-	-	-	-
Moravskoslezský	3	81	1 779	1	942	6 044	-	-	-	-	-	-
ČR	31	1 328	18 548	18	8 994	39 772	3	260	986	2	66	619

Obr. 23 – Počet zařízení, lůžek a pacientů v roce 2011

Příloha B - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Radka Pařízková a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice, oboru Zdravotně-sociální pracovník. V rámci své bakalářské práce zjišťuji „Úskalí zdravotně-sociální práce s duševně nemocnými“. Chtěla bych se na Vás obrátit s žádostí o vyplnění dotazníku. Dotazník obsahuje otázky týkající se práce s duševně nemocnými. Prosím Vás, abyste mi pomohli tuto problematiku prozkoumat. Dotazník je zcela anonymní a veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro výzkumné účely.

Vámi zvolené odpovědi prosím zakroužkujte. V případě otevřených odpovědí vypište vlastní odpověď jednou nebo dvěma větami.

Předem děkuji za spolupráci.

1) Jaké je Vaše pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

2) Kolik je Vám let

- a) 20 – 29 let
- b) 30 – 39 let
- c) 40 – 49 let
- d) 50 let a více

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

- a) VOŠ
- b) VŠ - bakalářské studium
- c) VŠ - magisterské
- d) Jiná možnost (vypište)

4) V jakém typu zařízení pracujete

- a) Úřad
- b) Terénní služby
- c) Odborný léčebný ústav (psychiatrická léčebna)
- d) Nemocnice
- e) Jiná možnost (vypište)

- 5) Jaká je délka Vaší odborné praxe v oblasti zdravotně-sociální práce**
- a) 0 – 5 let
 - b) 6 – 10 let
 - c) 11 – 15 let
 - d) 16 let a více
- 6) Měl/a jste možnost pracovat s klientem s duševní nemocí již v rámci svého studia**
- a) Ano
 - b) Ne
- 7) Absolvoval/a jste specializační kurz se zaměřením na práci s lidmi s duševní nemocí**
- a) Ano (vypište jaký)
 - b) Ne (přejděte k otázce č. 9)
- 8) Využíváte znalosti a dovednosti z kurzu k práci s lidmi s duševní nemocí v praxi**
- a) Ano
 - b) Ne
- 9) Ve kterých z těchto oblastí si myslíte, že byste potřeboval/a zdokonalit (možný výběr více možností)**
- a) Komunikace
 - b) Vyřizování sociálních dávek
 - c) Právní konzultace
 - d) Kontakt se soudy
 - e) Sepisování žádostí na úřady
 - f) Sebereflexe, supervize
- 10) Máte možnost v rámci zaměstnání k sebevzdělávání**
- a) Ano
 - b) Ne (přejděte k otázce č. 13)
- 11) Pokud ano, jakou formou je prováděno (možný výběr více možností)**
- a) Semináře
 - b) Kurzy
 - c) Samostudium
 - d) Jiná možnost (vypište)

12) Motivuje Vás zaměstnavatel k dalšímu sebevzdělávání (vypište jak)

.....

13) Pracujete ve Vašem zařízení s klienty s duševní nemocí

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

14) Napište alespoň 3 nejčastější diagnózy a seřad'te je vzestupně dle toho, jak často se s nimi setkáváte, přičemž 1 je nejčastější.

.....
.....

15) Jak hodnotíte spolupráci s klientem s duševní nemocí oproti spolupráci s klienty jiné cílové skupiny, s nimiž jste v minulosti pracoval/a

- a) Podstatně náročnější
- b) Stejně náročná
- c) Podstatně jednodušší

16) Kdo Vám nejčastěji zajišťuje první kontakt s klientem (možný výběr více možností)

- a) Klient sám
- b) Rodina
- c) Kurátor
- d) Jiná možnost (vypište)

17) Jak často se obvykle uskutečňuje kontakt s klientem

- a) Jednorázově
- b) Opakovaně pravidelně
- c) Opakovaně nepravidelně

18) Jaká je průměrná doba trvání konzultace s klientem

- a) Do 15 minut
- b) 15 – 30 minut
- c) 30 – 60 minut
- d) Více než 1 hodina

- 19) Myslíte si, že je tento čas dostačujúci?**
- a) Určite ano
 - b) Spíše ano
 - c) Určite ne
 - d) Spíše ne
- 20) S jakými problémy se na Vás nejčastěji obrací klienti s duševní nemocí (očísľujte od 1 – 9 dle frekvencovanosti, 1 – nejvíce, 9 – nejméně)**
- a) Nemožnost pracovního uplatnění
 - b) Problémy s bydlením
 - c) Finanční potíže
 - d) Sociální vyloučení
 - e) Závislosti
 - f) Špatné mezilidské vztahy
 - g) Zdravotní problémy
 - h) Domácí násilí
 - i) Potíže s výchovou dětí
- 21) Jaké pociťujete největší překážky v rámci sociální práce s klienty s duševní nemocí, se kterými jste se setkal/a? (možný výběr více odpovědí)**
- a) Nedostatečné uplatnění na trhu práce
 - b) Nedostatek pracovních míst ve chráněných dílnách
 - c) Nezbavení způsobilosti k právním úkonům v nutných případech
 - d) Stigmatizace nemocných
 - e) Špatná komunikace s klientem/pacientem
 - f) Simulace potíží ze strany rodiny
 - g) Nedostatek sociálních služeb
 - h) Agresivita nemocného
- 22) Jaké jsou podle Vás největší překážky v komunikaci s klientem s duševní nemocí (možný výběr více možností)**
- a) Halucinace
 - b) Bludy
 - c) Agresivita
 - d) Odtážitost
 - e) Neschopnost rozhodování
 - f) Snížená motivace
 - g) Nepozornost
 - h) Neschopnost zapamatování si nových informací
 - i) Strach

- 23) Vyberte metody sociální práce, které nejčastěji používáte s rámci spolupráce s klientem (možný výběr více možností)**
- a) Individuální
 - b) Skupinová
 - c) Komunitní
 - d) Jiná možnost (vypište)
- 24) Souhlasíte s tvrzením, že si pro klienty s duševní poruchou musíte vyčlenit větší časový prostor, než pro klienty jiných cílových skupin**
- a) Určitě ano
 - b) Spíše ano
 - c) Nemohu posoudit
 - d) Spíše ne
 - e) Určitě ne
- 25) Co byste zlepšil/a , aby se zefektivnila zdravotně-sociální práce s lidmi s duševní nemocí**
-
-
-
-
-
-
-

DĚKUJI VÁM ZA VÁŠ ČAS VĚNOVANÝ VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU.