

# **Poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním ve Zlínském kraji**

Bc. Pavla Doleželová

---

Diplomová práce  
2011

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Pavla DOLEŽELOVÁ**

Osobní číslo: **H08270**

Studijní program: **N 7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti duševního onemocnění, sociálních služeb.**

**Příprava metodiky výzkumné části – užití kvantitativní strategie.**

**Realizace výzkumu v oblasti poskytování sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČERNOUŠEK, M. Šílenství v zrcadle dějin. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-086-4.

FOUCAULT, M. Dějiny šílenství. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2.

KALINA, K. Jak žít s psychózou. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. Psychózy - sychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

STYX, P. O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7367-414-9.

VENCOVSKÝ, E. Psychiatrie dávných věků. Praha: KAROLINUM, 1996. ISBN 80-7184-226-5.

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

**19. ledna 2011**

Termín odevzdání diplomové práce:

**29. dubna 2011**

Ve Zlíně dne 19. ledna 2011

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*ředitelka ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 4.3.2011 .....

.....  
.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*



(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tato diplomové práce pojednává o poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním ve Zlínském kraji. Teoretická část přibližuje duševní nemoci z historického pohledu, jejich rozdělení, možnost léčby a terapií. Další kapitola je zaměřena na konkrétní sociální služby poskytované cílové skupině lidí s duševním onemocněním. Následně je zmapována situace poskytování sociálních služeb v jednotlivých okresech Zlínského kraje. Kapitola je věnována konkrétním zařízením poskytujícím sociální služby osobám s duševním onemocněním.

Cílem kvantitativního výzkumu je porovnání názorů, poskytovatelů sociálních služeb lidem s duševním onemocněním, uživatelů navštěvujících zařízení poskytující sociální služby osobám s duševním onemocněním a odborníků z oblasti psychologie či psychiatrie působících ve Zlínském kraji, v oblastech zastoupení jednotlivých sociálních služeb, potřeby zřízení či rozšíření dalších služeb, kvality poskytovaných sociálních služeb, informovanosti lidí s duševním onemocněním o stávajících i zřizovaných sociálních službách, ve Zlínském kraji. Dále bylo cílem zmapování poskytovaných sociálních služeb lidem s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

Na základě těchto cílů je vytvořen přehled poskytovaných služeb v jednotlivých okresech Zlínského kraje a posouzení potřeby zřízení absentujících či málo zastoupených sociálních služeb lidem s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

**Klíčová slova:** duševní nemoc, sociální služba, poskytovatel sociální služby, Zlínský kraj.

## **ABSTRACT**

This diploma thesis discuss about provision of social services for people with mental illness in Zlin Region. Theoretical part describe the mental illness from historical perspective, their classification and treatment options and therapies. The next chapter is focused on specific social services provided to people with mental illness. Consequently, it is mapped the situation of social services in defferent districts. This chapter is devoted to a specific devices providing social services to persons with mental illness.

The aim of quantitative research is to compare the opinion of providers of social services for people with mental illness, users of social services and experts in the field of psychology and psychiatry working in the Zlín Region in the areas of individual social services in the Zlin Region, need to introduce or extension of other services, quality of social services, awareness of people with mental illness about existing and established social services. Another aim was map the social services for people with mental illness in the Zlin Region.

Based on these objectives is to create an overview of services provided in different districts of Zlín Region and examination of needs for establishment of absent or under-represented social services to people with mental illness in the Zlin Region.

Key words: mental illness, social service, social services provider, Zlín Region.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Soni Vávrové, Ph.D. za cenné připomínky a rady při psaní práce. Účastníkům podílejícím se na výzkumu děkuji za spolupráci a rodině za podporu a trpělivost.

# OBSAH

Úvod .....	11
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>13</b>
<b>1 Historický pohled na problematiku duševního onemocnění.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Pojímání duševní nemoci v pravěku.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Pojímání duševní nemoci ve starověku .....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 Pojímání duševní nemoci ve středověku .....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 Pojímání duševní nemoci v renesanci.....</b>	<b>23</b>
<b>1.5 Pojímání duševní nemoci v osvícenství.....</b>	<b>25</b>
<b>1.6 Pojímání duševní nemoci v novověku.....</b>	<b>27</b>
<b>1.7 Nová etapa pojmání duševní nemoci .....</b>	<b>29</b>
1.7.1 Pojímání duševních nemocí v 19. století.....	29
1.7.2 Pojímání duševních nemocí ve 20. století.....	31
1.7.3 Současné trendy v péči o duševně nemocné .....	32
<b>2 Duševní nemoc.....</b>	<b>33</b>
<b>2.1 Příčiny vzniku duševních nemocí.....</b>	<b>33</b>
<b>2.2 Klasifikace duševních poruch.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3 MKN – 10 klasifikuje duševní poruchy takto:.....</b>	<b>34</b>
2.3.1 Organické duševní poruchy.....	35
2.3.2 Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek.....	36
2.3.3 Schizofrenie a příbuzné poruchy.....	37
2.3.4 Afektivní poruchy osobnosti .....	39
2.3.5 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.....	40
2.3.6 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory.....	42
2.3.7 Poruchy osobnosti a chování u dospělých.....	43
2.3.8 Mentální retardace.....	44
2.3.9 Poruchy psychického vývoje.....	45
2.3.10 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání.....	45
<b>2.4 Léčba duševních poruch .....</b>	<b>46</b>
2.4.1 Psychofarmakoterapie .....	46
2.4.2 Elektrokonvulzivní terapie a fototerapie .....	49
2.4.3 Psychoterapie .....	49
2.4.4 Socioterapie .....	50
2.4.5 Režimová terapie.....	50
<b>3 Systém sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním .....</b>	<b>52</b>
<b>3.1 Formy a druhy poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním .....</b>	<b>54</b>

3.1.1	Formy poskytování sociálních služeb .....	54
3.1.2	Druhy poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním .....	55
<b>3.2</b>	<b>Složky systému sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním.....</b>	<b>57</b>
<b>II.</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>60</b>
<b>4</b>	<b>Zmapování situace poskytování sociálních služeb ve Zlínském kraji.....</b>	<b>61</b>
<b>4.1</b>	<b>Sociální služby poskytované osobám s duševním onemocněním podle okresů Zlínského kraje .....</b>	<b>62</b>
4.1.1	Okres Vsetín .....	67
4.1.2	Okres Zlín.....	70
4.1.3	Okres Kroměříž .....	72
4.1.4	Okres Uherské Hradiště .....	74
<b>5</b>	<b>Metodologie výzkumu.....</b>	<b>76</b>
<b>5.1</b>	<b>Cíl výzkumu a výzkumný problém.....</b>	<b>76</b>
<b>5.2</b>	<b>Výzkumné otázky a hypotézy .....</b>	<b>77</b>
<b>5.3</b>	<b>Volba výzkumné strategie a metod .....</b>	<b>79</b>
5.3.1	Výběr vzorku.....	79
5.3.2	Výběr technik sběru dat.....	80
<b>6</b>	<b>Realizace výzkumu .....</b>	<b>81</b>
<b>6.1</b>	<b>Předvýzkum .....</b>	<b>81</b>
<b>6.2</b>	<b>Způsob zpracování dat.....</b>	<b>82</b>
<b>7</b>	<b>Analýza a interpretace dat .....</b>	<b>83</b>
<b>7.1</b>	<b>Shrnutí výsledků výzkumu .....</b>	<b>92</b>
<b>Závěr</b>	.....	<b>95</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	.....	<b>97</b>
<b>Seznam použitých symbolů a zkratk</b>	.....	<b>102</b>
<b>Seznam obrázků</b>	.....	<b>103</b>
<b>Seznam tabulek</b>	.....	<b>104</b>
<b>Seznam grafů</b>	.....	<b>1045</b>
<b>Seznam příloh</b>	.....	<b>106</b>



## ÚVOD

Problematika duševně nemocných osob sahá až do dávné historie. Za dobu více než dva tisíce let se podařilo některé záhady vyřešit, ale stále existuje mnoho otázek, na které zatím nikdo nedokázal odpovědět. Duševní choroby jsou velmi specifické, zejména v tom, že projevy těchto nemocí nemusí „být vidět“, o to těžší je představit si a pochopit, co lidé, kteří jsou duševně nemocní, prožívají. Není to jednoduché, mnohdy to neví ani oni sami. Přesto, že lékařská péče je dnes na vysoké úrovni, stále je problematika duševních nemocí vnímána spíše negativně a vzbuzuje v lidech pocity strachu. Já sama mohu potvrdit, že při mé odpovědi na otázku, kde pracuji, často následuje otázka, zda se nebojím, že mě někdo z klientů ublíží. Jsou to především média, která vytváří zkreslený obraz o duševně nemocných lidech.

Téma své diplomové práce jsem si vybrala z několika důvodů. V současnosti pracuji v zařízení poskytující služby sociální rehabilitace lidem s duševním onemocněním, proto jsem se chtěla tomuto tématu věnovat i v diplomové práci. Mým cílem je čtenáře seznámit a přiblížit jim problematiku poskytování sociálních služeb lidem s duševním onemocněním. Myslím si, že lidé, kteří se nepohybují v této oblasti, nemají přehled, jaké sociální služby jsou nabízeny, mnohdy to neví ani sami duševně nemocní. Proto je důležité, aby spolupráce mezi těmi, kdo s duševně nemocným člověkem jsou v kontaktu počínaje rodinou, přes praktického lékaře, odborného lékaře, sociální pracovníky, zdravotnický a další personál psychiatrických zařízení až po pracovníky denních center či doléčovacích služeb. Velmi záleží na tom, aby všechny tyto složky mezi sebou kooperovaly a pomohly duševně nemocnému člověku, který to potřebuje, integrovat se opět do společnosti. Samozřejmě to není tak jednoduché. Problém může nastat v případech, kdy některá komponenta ze systému poskytování sociálních služeb selže a nespolupracuje s ostatními. Dále může nastat situace, že pacienta nebo jeho rodinu nelze motivovat k podílení se na léčbě. Velký problém vzniká, když chybí v systému poskytování některá ze sociálních služeb, je málo zastoupena nebo není dostupná. Pokud je řetězec poskytování sociálních služeb narušen velmi těžko se dá „opravit“ a nahradit chybějící sociální službu. Také to je důvod, proč jsme si vybrala téma diplomové práce poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním ve Zlínském kraji. Chci zmapovat situaci právě zde a porovnat názory zainteresovaných skupin, jsou jimi sami uživatelé, odborníci z oblasti psychiatrie a psychologie a poskytovatelé sociálních služeb osobám s duševním onemocněním.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí: teoretické a praktické. Teoretická část je zaměřena na teoretická východiska průběhu, vývoje a etiologie duševních poruch.

Dále se zabýváme systémem péče od duševně nemocné. Vycházíme ze Zákona o sociálních službách, který definuje sociální služby i formy jejich poskytování pro osoby s duševním onemocněním. Zaměřujeme se také na to, jak by měla komplexní léčba probíhat a jaké složky v ní figurují. Nejen odborní lékaři (psychiatr, psycholog), ale třeba také sociální pracovníci, terapeuti či rodinní příslušníci.

V praktické části pomocí dotazníkového šetření a rozhovoru byly porovnány názory respondentů na zastoupení, zřízení, kvalitu a informovanost o sociálních službách pro duševně nemocné ve Zlínském kraji. Byla také zmapována současná situace poskytování těchto služeb v jednotlivých okresech Zlínského kraje. Následně byla data zpracována, vyhodnocena a interpretována.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 HISTORICKÝ POHLED NA PROBLEMATIKU DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

V první kapitole se snažíme zachytit důležité okamžiky v oblasti pojetí, etiologie a léčby duševních poruch v průřezu dějin.

Stejně jako každá oblast v životě člověka i problematika duševní nemoci zaznamenala zajímavý historický vývoj, který se odvíjel vždy od kulturní vyspělosti, filozofických směrů, přírodovědeckých znalostí a společenského vývoje lidstva. Léčení duševních nemocí souviselo s aktuálním historickým vývojem a znalostmi o lidské psychice. (Kroužková, 2007) V průběhu historických etap se měnila i pojetí duševních chorob, střídaly se psychologické, somatické i magické koncepce. (Chromý, 1990)

V literatuře se objevují různá pojetí duševně nemocného člověka. Používání těchto koncepcí souviselo s aktuálním historickým postojem a přístupem k duševně nemocným. V předložené práci budeme také používat různá označení, jako např. šílenec, pomatenec, blázen, šílenec, aj. V žádném případě se nejedná o pejorativní označení. Jednotlivá pojmenování jsou v souladu se zachováním dobové terminologie, aby tak byla podtržena a zvýrazněna autentičnost problematiky v dané době.

V první kapitole vycházíme především z Vencovského (1996), který ve svém díle Psychiatrie dávných věků velmi podrobně zpracovává problematiku duševních nemocí a jejich léčby z historického hlediska. V odborné literatuře se mnoho autorů nevěnuje tomuto tématu, přesto např. v dílech Černouška (1994) či Foucaulta (1993) nalezneme mnoho zajímavých poznatků a postřehů, které nám mohou přiblížit vývoj psychiatrie v různých etapách dějin.

Při chronologickém členění pohledu na duševní onemocnění budeme vycházet z Černouška (1994), který vývoj lékařství a psychiatrie člení podle historických etap, kdy každou z nich vymezují určité charakteristiky, které jsme pro větší přehlednost shrnuli do následující tabulky.

Tabulka 1 Historický přehled psychiatrie

Antická doba	Individuální lékařská péče	Asklépia	Rituál vyobcování šílence	
Středověk	Intuitivní péče malé komunity (příbuzenské struktury)	Klášterní péče	Démonologie a exorcismus	Bezcílné putování (lykantropie)
Renesance	Svoboda projevu šílenství – loď bláznů	Velké uvěznění	Špitály, věže bláznů, nápravné instituce	Všeobecná nemocnice
Novověk	Úsvit psychiatrické léčebny			
Současnost	Postupná diferenciace ústavní péče	Psychoterapie	Extramurální a ambulantní péče	Psychofarmakologie

Zdroj: Černoušek, 1994, s. 30-31.

### 1.1 Pojímání duševní nemoci v pravěku

Lidé v pravěku léčili nemoci instinktivně stejně jako zvířata. Leželi, nehýbali se a vymývali si ránu. Věci, které si nedovedli vysvětlit, považovali za nadpřirozené a způsobené vyšší silou, zlým duchem či démonem. V případě, že se některý z nich usadil v hlavě a způsobil duševní chorobu, bylo třeba jej odtamtud vyhnat. Způsob, který používali, se nazývá trepanace. (Růžička, 2004)

Byl to pravěký chirurgický zákrok, jehož rozkvět spadá do pozdní doby kamenné. Dalo by se říci, že je to jakýsi první léčebný zásah, jež spočíval ve vytvoření otvoru v lebce, tímto otvorem pak zlý duch či démon měl opustit tělo posedlého. Tento zákrok nebyl používán jen k „lčbě“ duševně nemocných, ale byl pravděpodobně používán také při úrazech či bolestech hlavy. Nejprve (až do doby bronzové) byl tento zákrok prováděn kamennými nástroji a bez umrtvení. Ačkoliv se to zná nemožné, nejedná se o brutální zákrok, pronik-

nutí do lebeční kosti, mozkové pleny a mozku nebolí. Tento zákrok přežilo asi 30% trepanovaných. Později se v Římské říši a ve středověku k trepanaci používaly tzv. trepany, což byly různé kovové nástroje. Tato metoda se používala i na našem území, jako důkaz slouží nalezení několika desítek lebek s trepanačními otvory. (Trepanace, 2010)

## 1.2 Pojímání duševní nemoci ve starověku

Historicky nejstarší příčinou, která vedla k duševnímu onemocnění, byla víra v posedlost zlým duchem či démonem. Ve všech zemích starověkého světa lidé věřili, že duševní nemoc je způsobena nadpřirozenými silami. Proto lidé nosili preventivně amulety a talismany<sup>1</sup>, které je měly chránit před nemocemi. Pokud i přesto „člověka posedl zlý duch“ nezbyvalo než podstoupit magický obřad, tzv. exorcismus, při němž bylo prováděno rituální zaříkávání a vyhánění zlých démonů z těla. Později se tímto léčitelstvím zabýval jeden člověk tzv. šaman, který to měl jako své zaměstnání, v mnoha případech byli šamani i v postavení rodového náčelníka. (Vencovský, 1996)

S rozšířením polyteistického náboženství a se vznikem chrámového lékařství lidé začali věřit, že o zdraví a nemoci rozhodují bohové, proto jim stavěli chrámy, ve kterých léčba probíhala, odtud název chrámové lékařství. (Kroužková, 2007) Teprve později v Egyptě, Babylonii, Indii, Číně, Řecku, Římě a Izraeli měli na starost zdravotní péči lékaři, tedy lidé, kteří již měli s léčbou jisté zkušenosti.

V Egyptě nalezneme zmínku o duševních chorobách v Ebersově papyru pocházejícího z doby asi 1500 př. n. l. Vymýtání zlých duchů probíhalo v zasvěcených chrámech a „kněží-zaříkavači“ se snažili uzdravit duševně nemocného zaklínadly. Stejný postup léčby můžeme zaznamenat i v Babylonii a Indii. O indickém lékařství se dozvídáme především díky Védám. (Vencovský, 1996) K léčbě duševně nemocných používali prostředky tzv. „černé apatyky“. Masti a lektvary vyrobeny z lidských či zvířecích výkalů sloužily k vymýcení zlého ducha zápachem. Stejných prostředků využívali i ve starověké Číně. (Růžička, 2004) V Izraeli bylo za příčinu vzniku duševní choroby považováno nejen posednutí d'áblem či satanem, ale také odklon od víry v Hospodina či neuposlechnutí jeho pokynů. (Vencovský, 1996)

---

<sup>1</sup> Magické ochranné symboly



Vznik duševních nemocí má ve starověkém Řecku mytologický původ. Bohové mohli rozhodovat o osudech lidí, o nemocech, včetně duševních. Zakladatel lékařství, Asklepión, byl prohlášen za boha, když se roznesla zvěst, že umí vzkřísit i mrtvé. Podle pověsti ho za to Zeus zabil bleskem. (Růžička, 2004) Na Asklepiónovu počest byly stavěny sochy, ale i asklepióny (asklépie), chrámové léčebny. Léčba probíhala tak, že byl nemocný uspán a ve snu se mu zjevil Asklepión. Radil nemocnému, jak postupovat v léčbě. Archeologické nálezy svědčí však i o léčitelských zákrocích využívající různé nástroje. (Junas, 1977)

Jak dále uvádí Junas (1977) vývoj řeckého lékařství ovlivňovali filozofové. Někteří z nich lékařské znalosti uplatňovali při interpretaci svých filozofických úvah. Vnášeli do řeckého lékařství prvky racionality a oprostili se od nadpřirozených příčin etiologie nemocí. Uměli pozorovat jevy kolem, sbírali fakta a uměli i experimentovat.

Člověkem, který výrazně ovlivnil nejen pohled na vznik a léčbu duševních chorob, ale i celé lékařství byl bezesporu Hippokratés. Podle něj je organismus člověka složen ze čtyř šťáv (krev, hlen, žluč, černá žluč). V případě, že se některá tekutina vyskytovala ve větším množství, mohl být tento stav příčinou nemoci. (Junas, 1977) Vznik duševních chorob závisel na tom, jaká tekutina mozek zaplavuje. Člověk, jehož mozek zaplavuje černá žluč, trpí trudnomyslností, zádumčivostí a smutkem. Hippokratés tuto duševní chorobu nazval melancholie. (Historie a vše o poruchách nálady, 2011) K léčebným účelům doporučoval projímadla např. meloun či zelí. Mezi močopudné látky řadil celer, chřest, česnek a cibuli. Konzumací močopudných potravin chtěl docílit odstranění přebývajících šťáv, a tím nastolit v těle rovnováhu. (Dějiny ošetřovatelství/Starověk, 2011)

Po Hippokratově smrti se lékařství ocitlo pod vlivem řeckým filosofů. Otázkami spojenými se vznikem a léčbou duševních chorob se zabýval Platón. Zavedl termíny mánie nebo-li zuřivost a apatie nebo-li tupost. Příčiny podle něj mohly být dvojího původu a to buď tělesného, nebo božského. Léčení těchto chorob spočívalo v očišťovacích rozhovorech, trestech či s použitím drog. Duševně nemocní, kteří se během své nemoci projevovali zuřivě by se pro jejich dobro i pro dobro státu měli zahubit. Naproti tomu ti, u nichž byl průběh nemoci poklidný, by neměli zůstat sami. Měli by se o ně postarat příbuzní a opatrovat je, v opačném případě hrozila příbuzným takto nemocného pokuta. Dále stojí za to zmínit, že se lišil přístup péče o duševně nemocné, a nejen o ně, dle společenského postavení. Vědecké ošetření náleželo pouze bohatým, otroci se museli spokojit s nevědeckým zaříkáváním. (Černoušek, 1994)

Římské lékařství bylo zásadně ovlivněno řeckým. Římané nepřikládali lékařství velký význam, stěžejní pro ně byla vojenská politika. Zajímavostí je právní úprava týkající se právní odpovědnosti duševně nemocných. V Římě bylo uzákoněno, že ten, kdo je „pomatený, šílený a nemá svobodnou vůli“, nenese za své chování odpovědnost. Dohled nad ním prováděl kurátor, ale pouze v době jeho pomatenosti. (Vaněček, 2002)

Lékaři v Římě byli zejména z řad Řeků a Alexandrijských lékařů. Prvním lékařem v Římě byl Řek Asklepiadés. (Junas, 1977) Věřil, že duše je smrtelná. Duševní nemoci dělil na akutní a chronické. Předpokládal také, že mohou být způsobeny traumaty a citovými vzruchy. Jako první začal rozlišovat mezi halucinacemi a bludy. Za bludy považoval stav, kdy člověk viděl jiné věci, než jaká byla skutečnost. Halucinace naproti tomu byly sluchového původu, nemocný slyšel zvuky či hlasy, i když v okolí nebyl nikdo jiný. (Vencovský, 1996) Zastával názor, že v těle proudí neustále atomy, pokud se kanálky, kterými atomy proudí, ucpou nebo je pohyb nepravidelný, vzniká podle Asklepiadese, choroba. Jako léčbu doporučoval pohyb, čerstvé ovzduší a pocení, aby se pohyb atomů zoptimalizoval. (Junas, 1977)

Galén, další významný lékař působící v Římě, stejně jako Asklepiades věřil, že choroby způsobuje porušení rovnováhy čtyř tělních tekutin. Doporučoval léčbu protiklady, tzn. že horečku léčil studenými obklady, aby se rovnováha v těle dostala opět do normálu. (Junas, 1977)

Dalšími významnými římskými lékaři zabývajícími se duševními nemocemi byli Ciceron, Sórános, Aretaios, Rafus z Efesu či Galénos. Po pádu římské říše nastává období feudalismu a s ním také, na tisíc let, úpadek pokrokových směrů zabývajících se příčinami a léčbou duševních chorob.

Přínos Byzantské říše do problematiky duševních poruch se týká péče o duševně nemocné. Vencovský (1996) mluví o počátku lůžkové léčby duševně nemocných. Začaly vznikat jakési nemocnice, tedy místnosti pro staré, pro cizince či choré, do kterých již docházel lékař. Pro duševně nemocné zde byly vyhrazeny místnosti tzv. morotrofiony. Dalo by se říci, že spolu s azylem pro duševně choré založeným v Jeruzalémě v roce 491 n. l. se byzantské Morotrofiony staly prvními institucemi psychiatrie věnujícími se lůžkové péči. Trend péče o chorobomyslné se rozvíjel nadále i v Arábii, kde od roku 800 n. l. začaly vznikat azyly a nemocnice se zvláštními místnostmi pro duševně nemocné.

Ve starověku byly díky učencům nejen z Řecka a Říma jako byl Hippokratés či Galén položeny základy v oblasti psychiatrie a zkoumání příčin duševních poruch. Stejně jako každá oblast v životě i lékařství a s ním spojené zkoumání duševních poruch souviselo s kulturou té které země. Nevysvětlitelné choroby byly vysvětlovány rovněž nevysvětlitelnými nadpřirozenými silami či bytostmi, tomu odpovídal i způsob léčby, která povětšinou znamenala zaříkávání, nošení talismanů či jiných praktik, které měly nemocného dozajista pomoci od jeho vyléčení tedy osvobození od zlých démonů a duchů. Teprve později se lékaři na základě praktického výzkumu lidského těla a na základě pozorování začali přiklánět k humorální koncepci vzniku duševních onemocnění a tomu přizpůsobili také jejich léčbu.

### 1.3 Pojímání duševní nemoci ve středověku

Život všech byl řízen výhradně církví a jejími nařízeními. Církev zasahovala nejen do všech oblastí života, ale určovala pravidla, podle kterých se každý musel řídit. Nejinak tomu bylo i v lékařství, nevyjímaje příčiny vzniku duševních chorob. Z obav, aby duševně nemocní svými činy nezpochybovali postavení církve, nebyli pokládáni za nemocné a tudíž ani léčeni. (Vencovský, 1996) Výklad prvotního vzniku duševní choroby sepsala šlechtična Hildegarda von Bingen. Podle ní „*satan srazil Adamovi žluč v krvi a tím se z něj stal „zapšklý zoufalec“*“. (Historie a vše o poruchách nálady, 2011) Duševně nemocní představovali důkaz existence padlých andělů (d'áblů), kteří se do nich vtělili. Byla na toto téma dokonce rozpracována celá nauka. Tato nauka je nazývána Démonologie. Z tohoto spisu vyplývalo, že příčinou vzniku a podstaty duševních chorob jsou démoni a d'áblové. Tento názor přetrval několik století a byl uzákoněn v první polovině 13. století inkvizicí. (Vencovský, 1996)

V této době bylo duševní onemocnění považováno za nevléčitelné, nebyla tedy podle tehdejšího přesvědčení zapotřebí lékařská péče pro takto nemocné. Byli zavíráni do vězení, hospitalů či útulků. V evropských zemích byli mučeni nebo na ně v určených rezervacích byly pořádány hony. Stávalo se také, že duševně nemocní byli podrobováni mučení a zesměšňování. Mučení duševně nemocných patřilo k obecní zábavě, nemocní byli vyváženi v železných klecích na náměstí, a dávání na odiv zesměšňování, fyzickým útokům i ponižování. Lékaři, kteří se proti těmto metodám postavili, byli tvrdě trestáni a ve většině případů zaplatili životem. (Vencovský, 1996)

Duševně nemocní byli stejně jako čarodějnice „lčeni“ exorcismem. Měli totiž společné to, že to byl d'ábel, kdo je takto „posedl“ a musel být z jejich těla vymýcen. Démona z duševně nemocného se kněží snažili vymýtit náboženskými obřady, zaklínáním a modlitbami. Nemocní byli mučeni bodáním jehlami, bitím, trýzněním. To mělo způsobit, aby démoni opustili jejich tělo. Často však při těchto zákrocích nemocní zemřeli. Při procesech se uplatňovaly zásady z knihy Melleus Maleficarum (Kladivo na čarodějnice), takže mnozí duševně nemocní byli obviněni z čarodějnictví, posednutí démony a upalování na hranicích. (Vencovský, 1996)

Středověk byl z hlediska etiologie duševních nemocí a jejich léčby vůbec nejhorším obdobím v historii. Díky církvi byli duševně nemocní místo léčby obviněni z čarodějnictví a pálení na hranicích. Středověk znamenal velký krok zpět nejen v této oblasti, ale i v celém lékařství. Objevy Hippokrata či Galéna byly na staletí zapomenuty a jejich následovníci potírání a pronásledování.

Významnými odpůrci démonologického pojetí vzniku duševních chorob zabývajícími byli Cornelius Agrippa a Paracels. I je za své názory stíhala inkvizice.

Nebyli, jako většina, přesvědčeni o tom, že za halucinace, skřeky, bludy, podivné chování jsou nezvratným důkazem o posednutí d'áblem či satanem.

Paracelsus byl velmi kontroverzní osobností, vystupoval otevřeně proti Galénovu učení tělních tekutin i způsobu léčby. Zastával názor, že by měl pacient být léčen komplexně: dietou, chováním lékaře a okolím, nikoliv klystýry či pouštěním žilou. (Duinová, Sutcliffová, 1997) Léčba spočívá v klasických středověkých metodách, tzn. exorcismu a následně tortuře. Na Paracelseovi lze velmi dobře znát přechod mezi středověkým a renesančně novověkým myšlením. (Vencovský, 1996)

Johannes Weyer, žák Cornelia Agrippy, sdílel myšlenky svého učitele a v 16. století vydal knihu O úkladech démonů. (Černoušek, 1994) V této knize se postavil proti upalování čarodějnic, proti soudcům, kněžím i biskupům, kteří tyto procesy prováděli a nechali upálit nevinné. „Čarodějnice jsou duševně choré bytosti a mniši, kteří tyto ubohé bytosti mučí a týrají, jsou právě ti, kdož by měli být takto potrestáni.“ (Weyer, In Vencovský, 1996, s. 124) Weyer je považován za prvního lékaře, který si všiml halucinogenních účinků některých opiátů a jedů. Svě poznatky o duševně nemocných měl podloženy svou praxí. Jeho

práce byla založena na zkušenostech a pozorování chování a jednání osob duševně nemocných. Weyerova práce se stala motivací pro další následovníky, kteří vystoupili proti demonologickým předsudkům církve. Weyerovi je připisována tzv. první psychiatrická revoluce v lékařství. (Vencovský, 1996)

Černoušek (1994) staví do opozice k inkvizičním procesům jakousi svobodu „šilenců“. Byly to tzv. lodě bláznů. Foucault (1993) v lodích bláznů, spatřuje jakýsi symbol. Očištění, kdy odplouvající šílenec je obestřen pouze vodou, která ho odnáší neznámo kam, za svým novým osudem. Neví, kam ho voda donese a v zemi, na kterou připluje, ho nikdo nezná a nikdo neví, kým byl. Tento symbol vody a plavby je popsán v knize Dějiny šílenství (Foucault, 1993, s. 15), podle mého názoru velmi zdařile: „*Z lodi není úniku. Šílenec je na ní vydán řece o tisíci pažích, moři o tisíci cestách, nesmírné, vůči všemu vnější nejistotě. Je věznem na té nejsvobodnější, nejotevřenější ze všech cest: přikován na nekonečném rozcestí, uvězněn svým putováním, je Poutníkem par excellence*“.

Černoušek (1994) spekuluje nad tím, zda takové „lodě bláznů“, neboli opilé koráby, vůbec existovaly, zda nejsou pouhým oblíbeným literárním a uměleckým námětem renesančních umělců, v jejichž dílech se plující loď stala symbolem svobody a jejichž posádky měly znázorňovat různé etické modely tehdejší společnosti. Jak v knize Dějiny šílenství uvádí Foucault (1993; s. 12) v tomto období vzniká mnoho vyprávění: „[...] o *Lodích vyplouvajících na daleké symbolické cesty, které jejich posádce, složené z imaginárních hrdinů, etických modelů, či sociálních typů vynesou bohatství, nebo jim alespoň vyjeví jejich osud či pravdu.*“, Lodě bláznů byly známy pod názvem *Narrenschiff*, brázdily vody Vlámka a Porýní. (Černoušek, 1994)

Duševně nemocní putovali na taková poutní místa, kde se shromažďovali a věřili, že se stanou svatým místem jejich uzdravení, zároveň však sloužila jako separace nemocných od okolního světa. (Foucault, 1993) Města pořádala plavby na poutní místa pro duševně nemocné. Takto vznikla obec Ghell, původně poutní místo, později vyhrazené jako zemědělská osada pro pomatené. Je možné, že právě na základě těchto poutí, vznikla vyprávění o lodích bláznů. Duševně nemocní se shromažďovali i mimo tato místa, zejména na vý-

---

<sup>2</sup> V pravém slova smyslu

znamných cestovních křižovatkách nebo tržištích, zřejmě je zde vyložili kupci a námořníci, s kterými se plavili. (Foucault, 1993)

Černoušek (1994) poukazuje na další způsob separace duševně nemocných, jedná se o věže bláznů. Podle některých kronik byly stavěny, aby v nich byli pomatení a blázniví drženi a ukazováni „normálním“ lidem.

Oba autoři (Foucault, 1993; Černoušek, 1994) se shodují na tom, že Brantova báseň *Narrenschiff*, ve které se poprvé setkáváme s lodí bláznů, má své kořeny v pověstech o Argonautech. Byli to mořeplavci, jejichž úkolem bylo nalézt Zlaté rouno, na této dlouhé plavbě je čekala mnohá nebezpečí a nástrahy.

V knize Brant píše o lidských vlastnostech a zlozvycích lidí. Bláznovstvím jsou v této knize označovány „morální defekty hříšníka i intelektuální defekty pošetilce“. Důležité je, že díky Brantově knize vznikl nový literární žánr tzv. bláznovská literatura. (Krolop, In Brant, 1973)

Otázkou tedy zůstává, zda nalodování šílenců bylo rituálem nebo bylo takto pouze později interpretováno umělci vidícími v plujících bárkách vhodný námět pro svá díla.

Jak uvádí Foucault (1993), možná také právě díky těmto dílům, jsou voda a šílenství spolu nadlouho spjaty. Černoušek (1994) zpochybňuje Foucaultovy důkazy o existenci lodi bláznů a přiklání se k variantě, že vznikla pouze na základě Brantovi básně: *Lod' bláznů*, „bez jakéhokoliv reálného podkladu.“ (Černoušek, 1994, s. 49) Zároveň však dodává, že to, zda loď bláznů skutečně existovala, není zase tak podstatné. Důležité podle něj je, že je symbolem vnímání duševní nemoci v dané době.

V 15. století se v literatuře a malířství tematika lodi bláznů objevuje velmi často. Podle Foucaulta (1993) tato symbolika souvisí s koncem středověku, kdy stejně jako „tajemná silueta lodi bláznů na obzoru“ i toto období vzbuzovalo nejistou budoucnost.

Dalším dílem z řady takto orientovaných byla kniha Erasma Rotterdamského: *Chvála bláznivosti*. I zde se však nejedná o dílo zabývající se duševně nemocnými. Bláznivost je zde znázorněna jako protipól smutku a vážnosti. Je to ona, která si jako jediná může dovolit říct pravdu, zahalenou do sarkasmu a vtípu. (Svatoš, In Rotterdamský, 1997) O této knize se zmiňuje i Černoušek (1994), vypravěčka *Bláznivost* mluví o jiných postavách s ní



souvisejících jako je: Opilost, Nevzdělanost, Hněv, Žert, Rozkoš, Šílenství, Žádostivost aj. Tyto imaginace Rotterdamský použil do své knihy, protože byl přesvědčen, že všechny tyto stavy či vlastnosti člověka mohou vést k bláznivosti člověka.

Foucault (1993) vnímá rozdíl mezi šílenstvím v Brantově a Rotterdamského pojetí. Zatímco u Branta souvisí šílenství se sny, slabostmi a představami člověka. U Rotterdamského je šílenství vnímáno niterně, vztah, který člověk v sobě udržuje.

#### 1.4 Pojímání duševní nemoci v renesanci

V období renesance se mění postavení blázna, pomatence či šílence. Je vnímán jako nositel pravdy. Blázní se objevují v divadelních hrách i literatuře nyní již v hlavních rolích, aby lidem ukázali pravdu. „[...] *vůdcem bujarého sboru všech lidských slabostí se stává šílenství.*“ (Foucault, 1993, s. 20)

Především v období 15. - 16. století nalezneme mezi hlavními hrdiny světově proslulých spisovatelů i básníků nejednoho „blázna“ hledajícího pravdu nebo toho, který zešílel nad tíhou svého života. Tato témata se objevují u světových autorů jako je Rebelaise, Cervantes, Villon či Shakespeare.

Motiv šílenství a bláznovství nalezneme i v malířství na obrazech Hieronyma Bosche, jehož obrazy sloužily jako ilustrace knihy *Lod' bláznů* Sebastiana Branta, Pietera Brueghela či Albrechta Dürera. Obraz, posledně jmenovaného, *Melancholie I*, zobrazuje zamyšlenou postavu, která charakterizuje představu o melancholickém člověku v té době. (Černoušek, 1994) Zatímco v literatuře je šílenství zobrazováno formou „satirické morality“, v malířství je, podle Foucaulta (1993) šílenství zobrazováno jako strašná pozemská hrozba číhající na člověka.

Snad nejznámějším bláznem zmítajícím se mezi sny a představami je Cervantesův Don Quiote. Dodnes patří, *Důmyslný rytíř don Quijote de la Mancha*, k nejlepší beletrii na světě. Když někdo podstupuje předem prohraný boj, říká se, že se snaží bojovat s větrnými mlýny, právě jak to dělal Don Quiote, který v nich spatřoval obry a proto s nimi bojoval.

V literatuře 17. století se ze šílenství jako okrajové záležitosti stává ústřední téma. Pro rozuzlení stačí jít v iluzi tak daleko, že dojdeme k pravdě. Klam klamu je pravda.

V dílech těchto umělců lze spatřovat ústup od démonogického pojetí duševních nemocí. Jedná se spíše o souvislost světských neřestí, vlastností a chování člověka a bláznivosti či šílenství. Dalo by se říci, že šílenství bylo jakýmsi morálním trestem. Motiv bláznovství přetrvával v literatuře i umění další dvě století až téměř do konce 17. století.

V tomto období nemůžeme mluvit o pokroku v léčbě duševně nemocných. Terapeutické techniky používány pro jejich léčbu naháněly strach a až se nechce věřit, že se i v lékařích vzala taková krutost.

V těchto případech nešlo o léčbu, spíše o jakousi krutou hru, při níž byli duševně nemocní nuceni čichat ostré zápachy, byli jim do oblečení vypouštěni housenky, mravenci a jiná hmyz, jejich kůže pálena, tělo bičováno. „Terapeutickým nástrojem“ byly i tzv. rotační stroje nebo také rotační rakve. Nemocný byl na tento stroj přivázán a otáčen do doby než upadl do bezvědomí nebo nezemřel vlivem odkrvení mozku. Toto hrůzné období skončilo až na počátku 19. století. (Vencovský, 1996)

Inkviziční procesy a soudy však nadále pokračovaly, přestože církev byla stále více kritizována a odpor k jejím léčebným postupům vzrůstal. V tomto období začaly vznikat první neklášterní azyly a nemocnice pro duševně nemocné. Azyly byly zakládány městy, která za pobyt a stravu pro duševně nemocného vybírala poplatky buď od rodinných příslušníků nebo cechu, pokud byl nemocný jeho členem. (Vencovský, 1996)

V renesančně-humanistickém období se začíná ustupovat od démonologické koncepce vzniku duševních nemocí. Období, do něž spadá vznik spisu, který napsal Juan Luis Ludovico Vives. Vencovský (1996) uvádí, že se tento spis nazýval: O duši v životě, a týkal se vzniku a léčby duševních onemocnění z pohledu autora. Nejednalo se o spis lékařský, proto nikdy nevstoupil do praxe, nicméně myšlenky Vivese v tomto spise byly velmi pokrokové. Zastával názor, že duševně nemocný trpí stejně jako fyzicky nemocný člověk. Proto by se s ním mělo nakládat nanejvýš citlivě a ohleduplně.

Christopher Haizmann v knize Deník, jako první zachytil průběh své duševní poruchy. Že šlo o duševní poruchu, můžeme hodnotit až zpětně. On sám byl přesvědčen, že podepsal smlouvu s ďáblem a dokonce podstoupil vymýtání, které trvalo tři dny a tři noci. Nakonec pod vlivem halucinace se ďábel zjevil a Haizmann mu smlouvu vzal. Setkání s ďáblem přenesl na papír a vytvořil devět zajímavých kreseb. (Černoušek, 1994)

Psychiatrie se vyvíjela podstatně pomaleji než jiné lékařské obory, přesto s příchodem renesance i tato oblast zkoumání se začala pomalu rozvíjet. Bylo to také díky univerzitě v Basileji, na které byly duševní choroby zkoumány medicínsky nikoliv teologicky. Na této univerzitě působil Felix Platter (1536-1614), jenž jako první vytvořil systematickou klasifikaci duševních chorob. Své závěry založil na přesvědčení, že existuje spolupráce mezi vnějšími (zrak, sluch, čich, chuť) a vnitřními (myšlení, paměť, představivost, úsudek) smysly člověka. Spoluprací těchto smyslů vzniká v mozku kognitivní činnost. Poruchy této činnosti rozdělil do čtyř skupin: „*snížení rozumových schopností, poruchy vědomí, stavy zmatenosti, stavy únavy mozkové činnosti.*“ (Vencovský, 1996, s. 142) Ve své práci vycházel z vlastních zkušeností získaných např. při pitvání zesnulých. Existuje zmínka o případu rytíře, jenž se choval před smrtí nanejvýš podivně a při následné pitvě Platter objevil v mozku rytíře nádor. (Duinová, Sutcliffová, 1997) Byl tedy prvním, kdo si všiml souvislosti mezi nádorovým onemocněním a vzniku duševní choroby.

V tomto období vzniká také první „právní norma“ na ochranu duševně nemocných. Pokud příbuzní nezajistili izolaci duševně nemocného v domě a ten spáchal trestný čin, nebyl za něj zodpovědný on, nýbrž příbuzní, kteří jej měli hlídat. Jednalo se spíše o bezpečnostní opatření pro ostatní, přesto je, dle Vencovského (1996, s. 132), „*pokrokem a výrazem humanistického způsobu myšlení.*“ Upadal vliv církve, měšťanská renesančně-humanistická společnost přistupovala k člověku a jeho nemocem zcela odlišně než ve středověku. Vývoj člověka a vědecký pokrok se stal důležitou součástí v životě renesančního měšťanstva. (Vencovský, 1996)

### 1.5 Pojímání duševní nemoci v osvícenství

„*Renesance dala průchod hlasu šílenství, zkrotila však jeho útočnost. Osvícenství je podivným zásahem umlčí.*“ Takto Foucault (1993, s. 31) charakterizuje rozdíl mezi renesančním a osvícenským pojetím šílenství. V tomto období začaly vznikat internace, místa nuceného pobytu na vyhrazeném prostoru. Počátek internací je datován od 17. století. V Paříži vznikl v této době Všeobecný špitál, stejně vznikaly špitály tohoto typu i jinde ve světě, někde dříve či později. Nebyly však určeny k léčbě. Ti, kdo do nich byli zavřeni tuláci, žebráci, marnotratní synové, zločinci a mezi nimi šílenci. Jako reakce na povalečství a nezaměstnanost nesoucí ekonomické problémy vznikla v těchto špitálech povinnost pracovat. Vyobcování nahrazuje internace, a s ní spojeno zbavení svobody. Její příčinu vidí Foucault (1993) v ekonomické krizi, jíž byla postižena celá Západní Evropa.

V internacích nebyli duševně nemocní schopni pracovat a žít v kolektivu, tím se především odlišovali od ostatních. Foucault (1993, s. 46) nahlíží na internaci duševně nemocných, jako na rozhodující moment v této oblasti. Poprvé je na ně nahlíženo ze sociálního hlediska ve své „[...] chudobě, neschopnosti pracovat, nemožnosti zapojit se do společnosti“. Duševně nemocní, nebo-li blázni, blbci, slabomyslní, osoby úplně propadlé šílenství, jak se těmto lidem v období osvícenství říkalo, tvořili v pařížském Všeobecném špitálu asi deset procent chovanců. (Foucault 1993)

V období renesance bylo osvobozujícím vyjevení zla, teprve potom mohlo být odpuštěno. Naproti tomu v osvícenství mělo zlo zůstat pohřbeno, aby se nemohlo dále šířit. To bylo jedním z důvodů, proč byli duševně nemocní zavíráni do internace. Později, stejně jako ve středověku, za poplatek ukazování, nuceni k vystupování často násilnými metodami, nejčastěji bičováním. Foucault (1993) se dále zmiňuje o tom, že tato vystoupení byla pořádána pro zábavu a navštěvovaly je celé rodiny. Časem byli dozorcí vystřídáni blázný, ti pak předváděli své druhy. Skandální šílenství bylo odtajněno a využíváno jako atrakce pro pobavení.

Duševně nemocní byli v klecích za peníze ukazováni veřejnosti jako zvířata. Černoušek (1994) vidí spojitost v tom, že duševně nemocní byli za zvířata opravdu považováni. Logicky to vyplývá z faktu, že jim chybělo to, čím by se od zvířat odlišovali, a sice rozum. Selhali v sociálních rolích a z lidí se stala zvířata. Důkazem o této skutečnosti je to, že duševně nemocní měli své místo v bestiářích<sup>3</sup>. K tomuto názoru se přiklání i Foucault (1993), duševně nemocný nebyl pokládán za člověka, spíše to bylo zvíře za člověka převlečené. Šílenci nebyli již mravními delikventy, ale přímo bestii, které ztratily svou lidskost. Podle toho se k nim také přistupovalo. Byli připoutáni nehybně v okovech a vraceli se tak zpátky ke své přirozenosti. Z toho vyplývá, že šílenec není nemocný. Šílenství znamená návrat k přírodě, poskytuje obrnění vůči hladu, zimě, horku či bolesti. Proto byli věznění duševně nemocní bez přísunu jídla, nazí, drženi v okovech a drezúrováni, aby se formou trestů a odměn opravdu vrátili na animální úroveň bytí.

---

<sup>3</sup> z lat. bestiarium- od bestia (dravé zvíře)

## 1.6 Pojímání duševní nemoci v novověku

Období v rozmezí 18. až poloviny 19. století bylo důležité zejména změnou postoje k duševně nemocným. Z vězněných zvířat se stali opět lidé. Bylo sledováno jejich chování a jednání, aby mohly být z něj vyvozeny závěry. Nemocní se stali objekty vědeckého zájmu, byly zkoumány příčiny vzniku, průběh a důsledky duševních nemocí. Tento stav trval do konce 19. století.

Pinel (1745 – 1862) „*osvoboditel bláznů a šílenců z okovů*“. Černoušek (1994, s. 49) mluví o příběhu Philippa Pinela jako o „*vědecké pohádce*“. Pravdou však zůstává, že Pinel má velké zásluhy na transformaci přístupu k duševně nemocným, který byl do té doby více než nelidský. Podmínky, v nichž byli duševně nemocní vězněni, nebyly často slučitelné se životem. Proto Pinelova práce znamenala zlom. Vencovský (1996) mluví o psychiatrické revoluci.

Pinel si chtěl ověřit svou teorii týkající se příčiny vzniku duševních nemocí. Byl přesvědčen, že se vězni pomátli z toho, že byli imobilizováni, připoutáni okovy a řetězy. (Duinová, Sutcliffová, 1997) S tím souvisí čin, kterým se zapsal do dějin psychiatrie. Vykonal jej v nemocnici Bicêtre, kde působil jako ředitel. Černoušek (1994) mluví o dvanácti, Vencovský (1996) o třinácti osvobozených duševně nemocných, kteří tam byli zavřeni. Pinel nechal těmto mužům sejmout okovy z rukou a nohou, nechal je vyvést na vzduch a dozorcům odebral biče. Zajímavé byly Pinelovy terapeutické metody. Pinel se nesnažil vyvrátit nemocným jejich bludy, ale vždy to zařídil tak, aby se sami přesvědčili o tom, že se mýlí. Muži, který byl přesvědčen, že spolkl hada, podal emetikum, aby nemocný pokrm vyzvracel. Když se tak stalo, hodil Pinel do nádoby hada, a tím nemocného přesvědčil, že jeho problém byl odstraněn. (Černoušek, 1994)

Nejznámějším spisem Pinela je bezesporu Lékařsko-filosofické pojednání o mentálním odcizení čili o mánii, podle Černouška (1994) a Úvahy lékařsko-filosofické o duševní chorobě čili mánii, dle Vencovského (1996). Tento spis se týká sociální reformy, kterou chtěl Pinel uskutečnit. Obsahuje Pinelovy zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním. Požadoval, aby nově vzniklé psychiatrické ústavy byly dostatečně prostorné a jednotlivé části odděleny dle povahy onemocnění pacienta, nikoliv šílence. Pinel zastával názor, že pokud se s duševně nemocnými zachází surově, i oni útočí. (Vencovský, 1996) Snažil se prosadit morální převýchovu nemocných. Duševně nemocný mohl být prohlášen za zdravého v případě, že uznal morální hodnoty a řídil se jimi. Předtím se nemocný musel naučit sebe-

kázně, musel umět kontrolovat své jednání. Tím se šílenci vyznačují, neumí se kontrolovat. To je podle Pinela stěžejní myšlenka léčby duševně nemocných. Začít se ovládat. Usměrnit dítě, které má nemocný v sobě a pomoci mu dospět, aby se mohl stát zodpovědným za své chování. (Černoušek, 1994)

Velký význam přikládal Pinel léčbě prací. Pracovní terapii přizpůsobil individuálně zdravotnímu stavu, věku, pohlaví atp. nemocného. Pinelův přínos v oblasti psychiatrie je následující: definitivně popřel souvislost mezi etiologií duševních nemocí a transcendentálními či mytologickými bytostmi; vznik duševních chorob připisoval biologicko-společenským faktorům a vlivům prostředí; zasloužil se o reformu v oblasti psychiatrie zrušením vězeňského režimu založením psychiatrických nemocnic, přístupem k duševně nemocným jako k lidem. Názorem, že péči o duševně nemocné má zahrnovat státní zdravotní správa a v neposlední řadě položil základ nosologie duševních onemocnění. Položil základy vědeckého výzkumu duševních poruch. Pinelova práce je významným milníkem v oblasti psychiatrie. (Vencovský, 1996)

Pinel zviditelnil problematiku duševně nemocných a po jeho vzoru se jí chtěli zabývat i další lékaři. Existují důkazy, že v některých evropských zemích a Spojených státech byly provedeny reformy ještě před Pinelem. V Německu to byli zejména J. Ch. Reil a J. Langermann. (Šedivec, 2008) V Itálii žil ve stejném období jako Pinel lékař Vincenzo Chiarugi (1759-1820), stejně i on prosazoval psychiatrické reformy. Jeho díla nebyla však přeložena z italštiny do jiných jazyků, proto se neproslavil tak jako Pinel. Podobný osud čekal i dalšího Itala Pietra Pisaniho (1760-1837), ten provedl podobně jako Pinel ve Francii, osvobození duševně nemocných v nemocnici na Sicílii. Duševně nemocné zde našel ve stejných podmínkách jako Pinel ve Francii, připoutané v temných kopcích řetězy, téměř nahé. Pisani rovněž nechal sundat řetězy, dal nemocným najíst a napít, uložil je do postelí. Zastával humánní terapii bez násilí. (Vencovský, 1996)

Pinel měl však ve Francii lepší podmínky, měl možnost využívat mnohonásobně více lůžek pro duševně nemocné než např. Reil v Německu. Proto se Francie stala centrem světové psychiatrie. (Šedivec, 2008)

Je logické, že reformy, které propagoval Pinel, i ostatní výše zmínění nebylo možné realizovat ihned. Dosavadní neexistence psychofarmak, která by stabilizovala stav neklidných duševně nemocných, poněkud zkomplikovala absenci omezovacích prostředků. V některých případech nebylo možné zcela upustit od používání svěracích kazajek či izo-



lace. Měly být ale použity pouze v akutních případech jako ochrana pro nemocného a okolí. (Šedivec, 2008)

## 1.7 Nová etapa pojmání duševní nemoci

Největší rozvoj zaznamenala psychiatrie během 19. a 20. století. V tomto období se zcela změnil pohled na duševně nemocné, utřídila se etiologie duševních chorob a v neposlední řadě psychiatrie změnila životy duševně nemocných díky psychofarmakům, se kterými se začalo experimentovat již v 19. století. Zároveň je 20. století obdobím, které se zapsalo černě do dějin psychiatrie. Zasloužili se o to ti, jenž z ideologického přesvědčení či zvrácené touhy experimentovat s lidským mozkem, zneužili tento obor. Neslavně proslulé jsou i případy, kdy byli nepohodlné osoby i duševně nemocní zavíráni do psychiatrických léčeben a léčení elektrošoky.

### 1.7.1 Pojmání duševních nemocí v 19. století

Devatenácté století bývá označováno v psychiatrii jako nová etapa. V roce 1811 byl poprvé použit termín psychiatrie, německým lékařem Ch. Reilem. V tomto století se psychiatrie oddělila od lékařství, a stala se samostatným oborem. (Vencovský, 1996)

Foucault (1993) vystihuje rozdíl v nahlížení na duševně nemocné v 18. a 19. století. Zatímco v 18. století platilo, že vězni si nezaslouží takový trest, aby byli vězněni spolu s bláznou. V 19. století se tento postoj mění. Je nepatřičné, aby s bláznou bylo zacházeno stejně jako se zločinci.

Úkolem 19. století bylo klasifikovat duševní poruchy. Bylo nezbytné tyto poruchy zařadit, utřídít do kategorií. Díky této potřebě byl zaveden sjednocující termín pro mánií a melancholii, tzv. maniodepresivní psychózy. (Černoušek, 1994) V 19. století byla trendem také teorie degenerace. Předpoklad, že rozvoj sebou nese i nutnou daň za něj, a sice vývojový ústup. Duševní nemoc byla považována za degeneraci způsobenou dědičností. Některým byl vývoj odepřen, aby mohl být umožněn ve vyšší míře jiným. (Černoušek, 1994)

Jak píše ve svém článku Šedivec (2008): „Druhá polovina 19. století byla pro psychiatrii obdobím rozvoje patologicko-anatomického a histologického bádání, do nichž byla vkládána naděje, že umožní odhalit podstatu duševních nemocí v anatomických a histologických změnách mozku.“ Změny byly odhaleny u paralytické demence. Tento objev přispěl k objevení dalších duševních poruch vzniklých organicky (Pickova demence, Alzheimerova demence, Korsakovova demence). Nebylo prokázáno, že endogenní psychózy vznikají

změnami mozku, proto se začalo pátrat v oblasti biochemických změn, jejichž zakladatelem je lékař L. J. Thudichum. (Šedivec, 2008)

V 19. století se také objevují experimenty léčby duševních onemocnění psychofarmaky. V polovině století pokusy o léčbu konopím a hašišem. O dva roky později, v roce 1847, podáván chloroform a éterové inhalace pouze s dočasnými účinky. Ty byly zaznamenány i u použití hydrátu chlóru. Postupně bylo experimentováno s účinky hyoscyaminu, bromidu sodného, tzv. modrého etylénu a kokainu, jeho účinky zkoumal i Freud a jako jiní se domníval, že na kokainu nemůže vzniknout závislost. Velký rozvoj psychofarmatické léčby duševních nemocí přineslo až 20. století. (Černoušek, 1994)

Internační zařízení nahradila útulky pro duševně choré. S nimi je spojen nový prvek autority. Do této doby byla moc, která držela duševně nemocné v temných kopcích anonymní. Nyní se začíná utvářet vztah pacient-lékař, přičemž oba aktéři mají svou tvář a odpovědnost vůči chování k sobě navzájem. (Foucault, 1993)

O druhé psychiatrické revoluci se hovoří v souvislosti se Sigmundem Freudem (1856 – 1939) a jeho psychoanalýzou. Podle Černouška (1994) se o ni Freud začal zajímat kvůli tomu, že sám trpěl depresemi ze smrti otce. Své stavy rozebíral technikou volných asociací, aby se se ztrátou dovedl vyrovnat. Na tom je vlastně psychoanalýza založena. Pacient vypráví o tom, co ho napadne a terapeut má za úkol nalézt v tomto sdělení nějaký smysl a převést jej z nevědomí do vědomí. Tím je pacient vyléčen. Tato metoda je používána zejména při léčbě neuróz.

Podle Hrdličky (2009) Freud ovlivnil psychiatrii zejména v oblasti popisu nevědomí a psychoterapie. Popsal lidskou psychiku, která se podle Freuda skládá ze tří částí: Ega, Superega a Id. V psychoanalytické terapii používal několik metod léčby: analýzu chybných výkonů, analýzu snů a metodu volných asociací. Byl přesvědčen, že ke vzniku neuróz vede nevědomý konflikt jedince. Při jeho odhalení, dochází k uzdravení. „*Význam Freudovy práce byl nedozírný. Jeho hypotézy úhrnně vytvářely první ucelenou představu o struktuře osobnosti a psychoanalýza se stala podle názoru mnoha lidí velmi účinným přístupem k léčbě duševních nemocí.*“ (Duinová, Sutcliffová, 1997, s. 119) Freudovo učení našlo i své odpůrce, kteří tvrdí, že jeho práce je nevědecká.

Velkou osobností v oblasti psychiatrie je také Emil Krapelin (1856 – 1926). Tento německý psychiatr je považován za zakladatele moderní psychiatrie. Kombinací neurovědeckého zkoumání a klinického popisu sestavil klasifikační systém duševních nemocí, ten je

s určitými modifikacemi používán dodnes. (Zvolský a kol., 1994) Rozlišil dvě skupiny duševních onemocnění: manio-depresivní choroby a předčasné demence, tento termín byl později nahrazen Bleulerovým pojmem schizofrenie v roce 1911. (Černoušek, 1994) Morelovo označení předčasná demence (*dementia preacox*) vybral Kraepelin především kvůli příznaku nemoci, sníženému intelektu. Téměř do poloviny 20. století bylo dalšími objevy prokazováno Kraepelinovo přesvědčení, že duševní poruchy vznikají na základě abnormalit neuronálních funkcí. (Zvolský a kol., 1994)

### 1.7.2 Pojímání duševních nemocí ve 20. století

Psychiatrie ve 20. století zaznamenala velký rozvoj. Byla mnohdy mocnou zbraní státu. Pomáhala při prosazování ideologií či umlčení „nepřítele“, zejména v období fašismu, nacismu a později komunismu přispívala k „odstranění“ desítek tisíc duševně nemocných nebo jinak nepohodlných lidí. Psychiatrie byla zneužívána již za první světové války.

Před vypuknutím druhé světové války, mezi lety 1934 a 1939, bylo v rámci „rasové hygieny“ přinuceno ke sterilizaci 350 000 lidí (mentálně postižení, duševně nemocní, epileptici a alkoholici). Později byli duševně nemocní, nalezeni v ústavech pro choré, vražděni, necháni zemřít hladem či usmrceni v plynových komorách. (Duinová, Sutcliffová, 1997)

Někteří pacienti byli zneužíváni pro vědecké účely, často se jednalo o výzkum mozku, který probíhal brutálně bez ohledu na nemocného.

V první polovině 20. století je v psychiatrii dosahováno také velkých úspěchů. Prvním, kdo v roce 1927 získal Nobelovu cenu v oblasti psychiatrie, byl Julius Wagner – von Jauregg. Objevil léčbu horečkou (pyretoterapie), léčil takto paralytickou demenci. Jedná se o první účinnou biologickou léčbu v psychiatrii. Dalšími, kdo se zapsali do dějin psychiatrie, jsou Ugo Cerletti a Lucio Bini. Jejich elektrokonvulzivní terapie, nebo-li léčba elektrošoky se užívá dodnes. Významnou událostí 20. století, která ovlivnila další vývoj psychiatrie, je objev psychofarmak. O tomto objevu se mluví, jako o třetí revoluci v psychiatrii. Zasloužili se o něj Jean Delay a Pierre Deniker. (Hrdlička, 2009)

Významnou osobností psychiatrie 20. století je žena Nancy Andreasen. Zabývá se mimo jiné výzkumem schizofrenie. Její příznaky rozdělila na negativní a pozitivní. Popsala nervové mechanismy schizofrenie. Získala několik prestižních cen v oblasti medicíny a psychiatrie, jednu jí dokonce předával Bill Clinton, v době, když byl ještě prezidentem USA. (Meet Dr. Nancy Andersen, 2009)

Všestranně zaměřená léčba duševně nemocných přinesla velký úspěch. Zejména kombinace psychofarmakoterapie, režimové léčby a psychoterapie. (Kroužková, 2007)

V léčbě psychóz se stal převratným rok 1974. Ray Fuller objevil jako první účinky fluoxetinu a v roce 1988 bylo toto antidepresivum uvedeno na trh pod názvem Prozac. Tímto počínem začíná „nová éra antidepresiv“. (Hrdlička, 2009)

V souvislosti s tím, že ani dnes nemohou být přesně určeny příčiny vzniku duševních nemocí, jejich vývoj, u některých typů duševních nemocí nelze sledovat fyzické příznaky, vznikla tzv. antipsychiatrie. Popírá existenci duševních poruch a jejich diagnostikování přisuzuje nemožnosti uplatnění jiných sankcí na nepohodlném člověku. Zajímavé je, že tuto teorii podporují i psychologové a psychiatři. (Zvolský a kol., 1994)

### 1.7.3 Současné trendy v péči o duševně nemocné

Současné trendy v psychiatrii spočívají v propojení péče o dlouhodobě duševně nemocné. Zejména spolupráce zdravotnických a nezdravotnických zařízení je předpokladem ke zlepšení stavu duševně nemocného. Zařízení poskytující psychosociální a rehabilitační služby by měla sloužit jako můstek mezi pobytem v psychiatrické léčebně a integrací do komunity. Zároveň je nezbytné hledat alternativy za léčbu ve velkých psychiatrických zařízeních. (Španiel, 2011)

Vývoj léčby duševně nemocných by měl směřovat především „k integraci duševně nemocných do majoritní společnosti, ke zmenšování a odstraňování stigmatizovaného postavení psychiatrických nemocných ve společnosti, k rušení velkých psychiatrických léčeben a jejich náhradou malým počtem akutních lůžek v psychiatrických odděleních nemocnic a zejména rozvětvenou sítí služeb intermediální péče.“ (Španiel, 2011)

Péče o duševně nemocné by měla být především systematická, komplexní a kontinuální. Duševně nemocný by měl cítit, že není sám a má se na koho obrátit se svými starostmi. Důležité je zajistit v co nejvyšší míře možnost integrace duševně nemocných, ve většině případů toho nejsou samostatně schopni a jsou odkázáni na pomoc a podporu blízkých a systému sociální a zdravotní péče.

## 2 DUŠEVNÍ NEMOC

Duševní nemoc je podle Matouškova Slovníku sociální práce (2008, s. 54): „*Nemoc projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů.*“ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize (dále jen MKN 10) se v současnosti přiklání spíše k označení duševní porucha. Existuje několik skupin duševních poruch: psychózy, poruchy nálad, poruchy osobnosti, organicky podmíněné poruchy a úzkostné poruchy (dříve používán termín neurózy). Jednotlivé skupiny rozlišuje Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO) a Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí (DSM). (Matoušek, 2008)

### 2.1 Příčiny vzniku duševních nemocí

Některé příčiny vzniku duševní nemoci lze odhalit, jiné se zatím prozkoumat nepodařilo. Vznik duševních poruch můžeme, podle Malé, Pavlovského (2002), v zásadě rozdělit do tří skupin. Etiologický činitel je známý. Duševní nemoci mohou vzniknout při organickém poškození mozku, jako jsou: „*cévní poruchy, infekční onemocnění mozku, mozkové nádory, poranění mozku a toxické poškození.*“ (Malá, Pavlovský, 2002, s. 15) Dále působením více faktorů, jako jsou genetické dispozice, konstituční předpoklady a vliv prostředí. Poslední skupinu tvoří duševní onemocnění, jejichž příčina zatím nebyla nalezena. Jedná se tzv. psychózy, při nichž se objevuje nápadné a podivné chování, poruchy percepce a myšlení. Tyto příznaky mohou vést až k nekontrolovatelnému chování a rozkladu osobnosti. (Malá, Pavlovský, 2002)

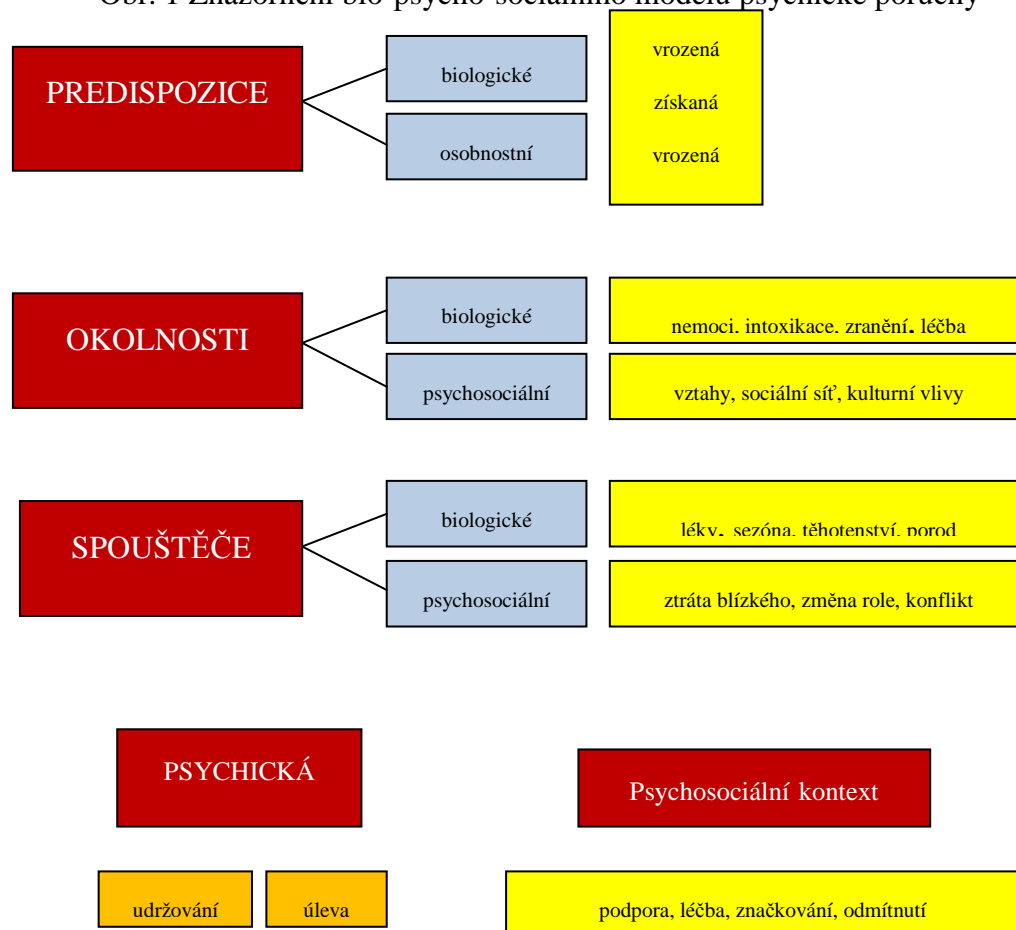
Podle Mahrové (In Mahrová, Venglářová a kol., 2008) se jedná velmi často o kombinaci více faktorů. V případě vzniku duševního onemocnění na základě organického poškození mozku mohou mít vlivy prostředí či výchovy velký význam v projevu poškození. Je velmi obtížné určit první příčinu vzniku duševního onemocnění. Pro lepší představu přibližuje Mahrová (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 70) „*model psychosociální vulnerability*“<sup>4</sup>. Spočívá v síle osobnosti, míře zranitelnosti a stability. Každý má tyto prvky nastaveny jinak. Někdo je vůči stresu více odolný a zvládá krizové situace snadněji, v takovém případě je zapotřebí vyšší míra stresu nezbytná pro vznik projevů duševní nemoci. V práci

---

<sup>4</sup> Vulnerabilita – zranitelnost duševní i tělesná

s klientem nesmíme zapomínat mimo jiné na posilování osobnosti prostřednictvím psycho-terapie a psychosociální rehabilitace. Zvýšením stenie<sup>5</sup> můžeme zabránit další atace, klient bude více odolný vůči stresovým situacím a bude schopen snášet vyšší míru zátěže. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Obr. 1 Znárodnění bio-psycho-sociálního modelu psychické poruchy



Zdroj: Praško, 2011.

## 2.2 Klasifikace duševních poruch

### 2.3 MKN – 10 klasifikuje duševní poruchy takto:

Poruchy duševní a poruchy chování (F00 – F99)

F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

<sup>5</sup> Stenie – odolnost, síla (duševní i tělesná),

F00*	Demence u Alzheimerovy nemoci
F02*	Demence u jiných nemocí zařazených jinde
F10 – F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20 – F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30 – F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40 – F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50 – F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60 – F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70 – F79	Mentální retardace
F80 – F89	Poruchy psychického vývoje
F90 – F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní porucha

Písmeno F určuje název oboru F – psychiatrie. Klasifikace slouží jako pomoc při správném určení diagnózy. Musíme brát ale v potaz jedinečnost každého. „*Nemocní se stejnou diagnózou MKN – 10 mohou mít velmi rozdílné životy a prognózy.*“ (Mahrová, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 70) Do Neurčených duševních poruch jsou zahrnuty poruchy, které nelze zařadit do žádné z uvedených kategorií a doposud nebyla stanovena adekvátní léčba.

### 2.3.1 Organické duševní poruchy

Do těchto poruch spadají nemoci s organickým základem zejména demence a deliria. Projevy mohou být shodné i u jiných duševních nemocí jako jsou poruchy osobnosti, deprese či psychotické projevy). (Mahrová, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Demence je způsobena změnami CNS<sup>6</sup> v oblasti kognitivní, paměťové, smyslové, motorické, orientační, behaviorální. Aktivity, které dříve jedinec byl schopen vykonávat, nyní samostatně nezvládá. Léčba by měla být zaměřena na konkrétní deficit. Ústavní péče je vhodná jen v nejtěžších případech. (Matoušek, 2008)

Do kategorie symptomatických poruch řadíme deliria, která nebyla způsobena alkoholem či návykovými látkami. Jedná se o přechodný stav trvající kolem čtyř týdnů, v některých případech může setrvat až půl roku. Delirium vzniká v souvislosti s nádorovými a horečnatými onemocněními, při infekčních a jaterních chorobách nebo dehydrataci. Vyskytuje se především po 60. roce života, ale může se objevit i dříve. Je porušeno vědomí, pozornost, vnímání, paměť, myšlení, psychomotorika, emoce. Objevuje se dezorientace, se kterou souvisí halucinace a bludy. Neměli bychom proto pacienta znepokojoval prudkými pohyby, nepřemísťovat ho z pokoje do pokoje, nechat vždy rozsvíceno alespoň malé světlo, přistupovat k pacientovi opatrně. (Raboch, Zvolský, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Demence při Alzheimerově chorobě je „[...]degenerativní onemocnění mozku, zatím ne zcela známe příčiny.“ (Mahrová, In Mahrová, Venglářová a kol. 2008, s. 71) Vznik nemoci je geneticky determinován. Nejprve je postižena krátkodobá paměť, poté dlouhodobá a nakonec nemocný není schopen rozpoznat osoby ani předměty. (Matoušek, 2008) Nemoc vzniká nejpozději do 65 let věku. Zpočátku má pomalý průběh, rozvíjí se několik let. Objevuje se zapomnětlivost, prostorová dezorientace, osobnost zcela degraduje. Postupně není nemocný schopen sebeobsluhy ani komunikace. Mohou se objevit další symptomy (poruchy spánku, deprese, halucinace, agresivita). (Raboch, Zvolský; In Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

### 2.3.2 Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek

Do skupiny duševních poruch a poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek patří poruchy vyvolané požíváním: „alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, stimulantů (včetně kofeinu), halucinogenů, tabáku a organických rozpouštědel.“ (Mahrová; In Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 73) Požití může být podle Marečka (In Zvolský, 1996) jednorázové (intoxikace) nebo opakované (abúzus, závislost).

---

<sup>6</sup> CNS – centrální nervová soustava



Příznakem jsou halucinace, přeměna osob, bludy, které vznikají během požití látky nebo bezprostředně po jejím požití. Velmi úspěšná je léčba antipsychotiky. Pokud pacient abstinguje, příznaky se již neobjevují. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Léčba slouží pouze ke kompenzaci symptomů nemoci a k závislosti pacienta na okolí, Alzheimerova choroba není vyléčitelná. V pokročilém stadiu této nemoci pacient není schopen o sobě samostatně rozhodovat. (Matoušek, 2008)

### 2.3.3 Schizofrenie a příbuzné poruchy

Schizofrenie patří k nejzávažnějším duševním onemocněním. Jedinec ztrácí kontakt s realitou i sebou samým. Termín schizofrenie je překládán jako „rozštěp mysli“. Touto poruchou trpí přibližně 1% populace. Obvykle se začíná projevovat mezi 16 – 18 nebo 25 – 30 rokem života. (Malá, Pavlovský; 2002)

Schizofrenie patří do okruhu psychóz. Při tomto duševním onemocnění je narušeno vnímání a myšlení, je porušena integrita a emotivita člověka, jsou poškozeny mozkové funkce. (Vágnerová, 2004) U schizofrenních nemocí bývá „*narušen filtr třídění informací*“ (Mahrová, In Mahrová, Venglářová a kol. 2008, s. 75). Tato odchylka je způsobena biochemickou anomálií v mozku. V případě, že je narušena funkce dopaminu, člověk není schopen rozeznat realitu. To zapříčiňuje vznik psychóz (schizofrenie, toxické psychózy, schizoafektivní poruchy, schizoformní poruchy, akutní psychotické poruchy). Dopamin je látka, která třídí informace v limbickém systému v mozku na důležité, přikládá jim význam a jsou uloženy do paměti. Pokud je funkce dopaminu porušena začne být přikládán smysl i nedůležitým věcem, které pak mozek spojí a vzniknou bludy. Věci se vzájemně propojují a je jim přikládán význam, to pak způsobí, že jedinec žije mimo realitu. (Motlová, 2007)

Příkladem může být tento obrázek:

Obr. 2 Příklad vnímání schizofrenního pacienta



Zdroj: Motlová, 2007, s. 18.

Za normálních okolností člověk projde ulicí a nepřikládá význam věcem, které pro něj nejsou důležité. Pokud jsou však porušeny funkce dopaminu mohou vznikat bludy a člověk s psychózou si může myslet, že někdo záměrně naaranžoval ulici tak, aby mu předal šifru nebo aby ho nějaká vyšší síla testovala. Je nutné, aby psychiatr předepsal pacientovi antipsychotika, látky, které regulují funkci dopaminu. (Motlová, 2007)

Symptomy nemoci jsou dvojího druhu, pozitivní a negativní. Pozitivní symptomy jsou lépe rozpoznatelné. Mohou to být bludné představy a myšlenky, halucinace, dezorganizace řeči, narušená kontrola chování, katatonní symptomy. Bludy způsobují, že schizofrenik slyší svoje myšlenky nebo myšlenky jiných, může trpět představami, že má nadpřirozenou moc nebo že jej někdo ovládá, kontroluje či pronásleduje. Halucinace se týkají smyslů, mohou být sluchové, zrakové, čichové, dotekové, chuťové. Sluchové halucinace bývají velmi časté. Pacient slyší hlasy, které na něj mluví, nebo víc hlasů mluví mezi sebou. (Motlová, 2007; Malá, Pavlovský, 2002)

Při čichových halucinacích může nemocný cítit např., že se něco pálí nebo uniká plyn. Dotekové halucinace způsobují, že nemocný cítí, jak se ho někdo dotýká, a chuťové halucinace zapříčiňují rozpor mezi reálnou chutí pokrmu a tím, jakou chuť cítí nemocný.

Dezorganizovaná řeč a chování se projevuje „mluvením z cesty“ a „klackovitými projevy“. Nemocný ztrácí kontrolu nad skutečností a ztrácí náhled. Jeho myšlení je nesouvislé a roztržité. (Pěč, Probstová, 2009) Negativními příznaky jsou: *ztráta energie a schopnosti radovat se, apatie*, (Motlová, 2007, s. 22) *otupení a oploštění emocí; úpadek vůle, iniciativy a spontánnosti, chudost řeči, ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a výrazná sociální izolace*. (Malá, Pavlovský; 2002, s. 59). Negativní symptomy jsou hůře rozpoznatelné a často jsou mylně vykládány jako lenost či neochota přizpůsobit se. (Motlová, 2007)

Průběh schizofrenie nelze s určitostí předpovídat. Je léčitelná a vyléčitelná! V souvislosti se s psychózami se můžeme setkat s pojmy ataka, což je akutní fáze onemocnění, většinou nutná hospitalizace; remise je obdobím bez příznaků a relaps je opětovný návrat příznaků. Uvádí se, že třetina nemocných prodělá jednu ataku za život, u další třetiny nastoupí po atace např. deset let remise a u zbývajících třetiny pacientů je průběh nemoci chronický a ataky se neustále vracejí. (Motlová, 2007)

Úspěšnost léčby závisí především na spolupráci a ochotě pacienta. I neúčinnější psychofarmaka nemohou zajistit dobré výsledky, pokud pacient nespolupracuje a není k léčbě motivován. Důležitou součástí léčby je psychoterapie. Pomáhá nemocnému zvládat nemoc, porozumět si a zlepšit sociální dovednosti. Další formou terapie je socioterapie, která se snaží přispět k integraci nemocného do společnosti a pomáhá mu při sociální adaptaci. Každá terapie musí být individuální a musí plně respektovat stav a odolnost pacienta vůči zátěži. (Vágnerová, 2004)

#### 2.3.4 Afektivní poruchy osobnosti

Afektivní poruchy se projevují kolísáním nálad bez konkrétní příčiny. Je narušeno emoční prožívání, důsledkem je neschopnost přizpůsobit se a selhání ve společnosti. Emoce jsou velmi vyhraněné, pacient trpí buď depresemi, nebo manickými stavy. (Vágnerová, 2004)

Člověk v depresi bývá velmi smutný, bez zájmu o aktivity, které ho dříve bavily, nekomunikativní, pesimistický se suicidalními sklony. (Malá, Pavlovský, 2002) Vzhled odpovídá pocitům nemocného. Ochablé držení těla, ve tváři úzkost, snížena motorická a mimická aktivita, může vést až ke stuporu. (Zvolský a kol., 1994) Depresivní poruchy mohou být ovlivněny i klimatickými změnami, obecně se tvrdí, že v severských státech trpí více lidí depresemi především díky většímu chladu a malému množství světla. (Vágnerová, 2004)

Při manickém stavu má člověk přemíru energie, vysoké sebevědomí, euforickou náladu, je velmi aktivní, téměř vůbec nepotřebuje spánek. Rizikem je absence zábrán ve všech oblastech, i sexuální. To může vést k nezodpovědnému a nepřiměřenému chování. (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002) „*Chování je dotěrné a naléhavé. Nemocní navazují nekontrolované kontakty s cizími lidmi, telefonují známým v noci, rozdávají nahodile své věci i peníze, šíří různé víry a myšlenky, mívají zvýšenou sexuální apetenci [...] Manická řeč je hlasitá, rychlá, plná vtipů, hraní se slovy, téměř se nedá přerušit.*“ (Höschl, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 78) Mánie se vyskytuje izolovaně zřídka, spíše se střídá s depresivními stavy. Jedná se o tzv. bipolární afektivní poruchu (dříve název maniodepresivní psychóza). Deprese a mánie se obvykle nestřídají pravidelně, četnější jsou deprese (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002) Doba, během které neprobíhá ani jeden z těchto stavů, se nazývá remise. Mánie či deprese mohou být vyvolány stresovou situací nebo psychickou zátěží. Manické fáze trvají zpravidla v rozmezí čtyř až pěti měsíců, deprese až půl roku, v některých případech i déle. (Raboch, Zvolský, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Úryvek z deníku pacienta: „*Mánie je pestrý cirkusový stan postavený nad jámou deprese.*“ (Kalina, 2001, s. 41)

Pro léčbu depresí i manických stavů je nejlepším řešením komplexní terapie. Psychofarmaky (především antidepresivy) v kombinaci s vhodnou terapií lze docílit nejlepších výsledků. Při depresích se léčba liší podle aktuální situace na akutní, stabilizační a udržovací. V případě suicidálních tendencí je možné uvažovat o hospitalizaci v psychiatrickém zařízení. U manických stavů jsou používána také psychofarmaka, lékař určí jaká na základě aktuálního stavu pacienta. V nejtěžších případech je použita elektrokonvulzivní terapie (elektrošoky). Velký terapeutický význam má psychoterapie. Důležitá je spolupráce pacienta i jeho rodiny. (Malá; In Malá, Pavlovský, 2002)

### 2.3.5 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Poruchy, „[...] které zásadní, způsobem nemění pacientovu schopnost vnímat realitu (s výjimkou disociačních poruch). U všech neuróz se dá najít zvýšená míra úzkosti, která je často kombinovaná s depresivní náladou, ale také s agresivitou.“ (Matoušek, 2008, s. 115)

Hlavním znakem fobických úzkostných poruch je strach z konkrétních situací, prostor, zvířat, z lidí, předmětů, živlů apod.

Agorafobií se označuje skupina fobií z otevřených prostranství, pocitu nesnadného úniku na bezpečné místo, davů. Člověk takto postižený má strach vejít do obchodu, opustit do-

mov, připojit se k davu, cestovat sám hromadnými dopravními prostředky. Do této kategorie patří i strach z uzavřených prostor – klaustrofobie. Tento okruh úzkostných poruch je velmi omezující, může se stát, že má člověk strach vycházet z domu. (Höschl, 1996)

Sociální fobie je dalším samostatným okruhem fobických úzkostí. Je to strach z kontaktu s lidmi, ze ztrapnění se před lidmi provázený fyzickými projevy jako je zčervenání, pocení, stažení hrdla, třes, apod. Tato fobie vede k vyhýbání se kontaktu s lidmi až k sociální izolaci či sebevraždě. (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002)

Jiné úzkostné poruchy: panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha. Panická porucha je charakterizována náhlým strachem bez příčiny. Strach přetrvává několik minut a doprovází ho obavy ze ztráty kontroly či smrti. Podobnými symptomy se vyznačuje i generalizovaná úzkostná porucha. Rozdíl spočívá v délce. Na rozdíl od panické poruchy, pocity úzkosti a strachu z událostí jsou trvalé. (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002)

Pro obsedantně-kompulzivní poruchu jsou typické vtíravé a neodbytné myšlenky (obsese) či akta (kompulze). Člověk je na základě představy nucen něco učinit. Např. obsese ze špíny, následná kompulze: opakované mytí rukou. Kompulze snižují úzkost, kterou vyvolávají obsese. Někdy dokonce člověk provádí několik úkonů, celý rituál, aby zabránil neštěstí, aby ochránil sebe či blízké. Věří, že kdyby tak neučinil, stalo by se něco zlého. Nemocný ví, že jeho chování je nesmyslné, přesto si nemůže pomoci a je nucen provádět kompulze, aby se zbavil, alespoň nakrátko obsese. Léčení úzkostných a obsedantně-kompulzivních poruch probíhá psychoterapeuticky v kombinaci s vhodnou farmakoterapií. Je využívána i kognitivně-behaviorální terapie, relaxace a hypnóza. (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002)

Porucha, u které známe příčinu vzniku, se nazývá: reakce na závažný stres a porucha přizpůsobivosti. Reakce na stres je buď akutní, nebo chronická, ta má za následek poruchu přizpůsobení. Spouštěčem akutní reakce na stres bývá zážitek, který stres vyvolá. Může se jednat o situaci ohrožující život. Opožděnou reakcí na tento zážitek může být posttraumatická stresová porucha. V situacích, kdy je člověk stresu vystaven dlouhodobě, jedná se např. o rozvod či emigraci, může dojít k tzv. poruše přizpůsobivosti. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Typickým projevem somatiformních poruch jsou stížnosti na tělesné symptomy a pacient opakovaně požaduje lékařské vyšetření, přestože výsledky byly vždy negativní. Symptomy neodpovídají lékařským výsledkům a pacient si nepřipouští, že by jeho potíže mohly být

způsobeny jako následek nepříjemné události či konfliktu. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Do této skupiny patří somatizací porucha, hypochondrická porucha, somatoformní vegetativní dysfunkce a somatoformní bolestivá porucha a jiné neurotické porucha (neurasenie, depersonalizace). (Malá, Pavlovský, 2002).

### **2.3.6 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**

Do této skupiny poruch patří poruchy příjmu potravy a sexuální poruchy. Poruchy příjmu potravy jsou způsobeny zkreslenými představami o svém těle. V případě mentální anorexie mají nejčastěji dospívající dívky (někdy i chlapci nebo ženy) pocit, že je jejich tělesná hmotnost příliš vysoká. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Základními příznaky je odmítání jídla a chorobný strach ze ztloustnutí. (Faltus, In Zvolský a kol., 1996) Proto se snaží snižovat tělesnou hmotnost, někdy až drastickými metodami neslučujícími se se životem. Drží diety nebo nejí vůbec, užívají projímadla nebo si vyvolávají zvracení. Jsou známy také případy, kdy dívky polykaly rozstříhaný tampón nebo vatou, aby získaly pocit plného žaludku. Přestože tyto dívky váží kolem 25-40 kg stále si připadají „tlusté“.

Lidé trpící mentální bulimií mají stejný cíl jako u mentální anorexie, a sice zhubnout. Volí však jiné metody. Typické je přejídání během krátkého časového intervalu, tzv. „binge eating“, užívají diuretika, laxativa, anorektika,<sup>7</sup> několik dní hladoví, poté se opět přejí a vyvolávají zvracení. Mentální bulimie může být posledním stadiem mentální anorexie. (Faltus, In Zvolský a kol., 1996)

Poruchy příjmu potravy vznikají v souvislosti se sociokulturními podmínkami. Fenomén „vychrtlosti“ spolu s fenoménem odsuzujícím a diskriminujícím obezitu tvoří kombinaci, jejíž následky mohou vést až poruchám příjmu potravy. Léčba těchto poruch probíhá v psychiatrických zařízeních. (Malá, Pavlovský, 2002)

Sexuální poruchy můžeme rozdělit do tří skupin: sexuální dysfunkce, poruchy pohlavní identity, poruchy sexuální preference. U žen mezi sexuální poruchy patří poruchy touhy, sexuálního vzrušení, bolestivé sexuální poruchy. U mužů se mluví v souvislosti se sexuál-

---

<sup>7</sup> Diuretika - léky zvyšující tvorbu a vylučování moči

Laxativa – projímadla, Anorektika – látky potlačující chuť k jídlu

ními poruchami o poruchách erekce, ejakulace a sexuální apetence. Příčiny mohou být organické nebo psychické. (Venglářová, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Mezi poruchy identity patří transsexualismus. Porucha, při které se cítí být členem opačného pohlaví. Např. muž se cítí jako žena a připadá si jako žena uvězněna v těle muže. Léčba probíhá operativně změnou pohlaví nebo hormonálně. (Matoušek, 2008) Transvestitismus je obdobné onemocnění. Rozdílná je pouze doba trvání potřeby příslušnosti k opačnému pohlaví, v tomto případě se jedná o dočasný stav bez trvalé potřeby změny pohlaví. (Höschl, Libiger, Švestka, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Při poruchách sexuální preference se předmětem touhy stávají odlišné objekty nebo realizace neobvyklých sexuálních praktik. V malé míře mohou tyto poruchy vést až k delikventnímu chování, ve většině případů se lidé s touto poruchou vyrovnají, jejich sexuální touha je realizována pouze v představách. Při léčbě mohou být podávány léky, které tlumí sexuální pud. Terapie je zaměřena na sebekontrolu a sebeovládání. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

### 2.3.7 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Osobnost člověka je jedinečná, liší se mimo jiné prožíváním, chováním a uvažováním. Tím je ovlivněno reagování jedince na různé podněty či situace. Některé rysy osobnosti se mohou výrazně lišit od normativních předpokladů. Nejvíce se to projevuje ve vztazích mezi lidmi. Lidé s poruchou osobnosti se vyznačují maladaptací, nejsou ochotni se přizpůsobit. (Vágnerová, 2004) Původní označení poruch osobnosti bylo psychopatie. Pokud člověk s touto diagnostikou udělá chybu, není schopen se z ní poučit; obviňuje okolí a je pro něj téměř nereálné vytvořit si a udržet mezilidské vztahy. (Höschl, 1996) „*Porucha osobnosti je definována jako určitý, trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy.*“ (Vágnerová, 2004, s. 513) Je narušena osobní pohoda jedince ve vztahu k sobě samému a sociální adaptace ve vztahu k jiným lidem. Člověk trpící poruchou osobnosti se díky své narušené adaptaci může chovat až hrubě, díky tomu se často tyto jedinci dostávají do konfliktů. Nemají náhled na své chování, proto jej nedokáží posoudit a vyhodnotit. Při zátěži reagují neadekvátně. (Vágnerová, 2004) Existují různé druhy poruchy osobnosti, Venglářová (In Mahrová, Venglářová a kol., 2008) mluví o „trsech“ poruch osobnosti. V tabulce č. 1 jsou poruchy osobnosti rozděleny do tří oblastí:

Tabulka 2 Definice „trců“ poruch osobnosti podle DSM - IV

Trs A – podivní, excentrici	Trs B – afektovaní, emotivní, dramaturgizující	Trs C – úzkostní, uhybaví, ustrašení
Paranoidní porucha osobnosti Schizoidní porucha osobnosti Schizotypální porucha osobnosti	Disociální porucha osobnosti Emočně nestabilní porucha osobnosti – hraniční typ, impulzivní typ Histrionská porucha osobnosti	Anankastická porucha osobnosti Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti Závislá porucha osobnosti

Zdroj: Höschl, Libiger, Švestka; In Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 85.

Poruchy se liší v závislosti na složce osobnosti, která je narušena. Vznik je zapříčiněn více faktory, které na sebe působí. Některá složka (dědičné dispozice, vývojově podmíněné výkyvy a sociální zátěž) může být tak silná, že zapříčiní vznik poruchy osobnosti. Udává se, že biologické faktory zapříčiňují vznik asociální, schizoidní či hraniční poruchy. Naproti tomu prostředí (zejména rodinné) ovlivňuje vznik anankastické, závislé a narcistické poruchy. (Halgin, Whitbourne; In Vágnerová, 2004) Léčba poruch osobnosti je velice komplikovaná. První impulzy k ní pochází většinou od rodinných příslušníků, protože jedinec trpící touto poruchou není schopen posoudit, že ji potřebují, dokonce ji někdy považuje za zbytečnou nebo škodlivou. Tato skutečnost může narušit vztah mezi terapeutem a člověkem s poruchou osobnosti. Léčba bývá dlouhodobá, komplexní (farmakologie, psychoterapie, resocializace) a musí být brána v úvahu osobnostní specifika jedince. (Kafka a kol., Rahn a Mahnkopf; In Vágnerová, 2004)

### 2.3.8 Mentální retardace

Mentální retardace je trvalé a vrozené duševní opoždění. Charakteristickými rysy je podprůměrná hodnota inteligenčního kvocientu (IQ 70 a méně), *narušené adaptační chování v komunikaci, sebeobsluze, sociálních a školních dovednostech, bezpečnosti, práci i zábavě*. (Höschl, 1996, s. 280)

Výše dosaženého IQ je určován stupeň mentální retardace: lehká, středně těžká, těžká a hluboká. Při lehké mentální retardaci se IQ pohybuje v rozmezí 50-69. Zpomalen rozvoj sociálních dovedností již od dětství. Jedinec je asi na úrovni dvanáctiletého dítěte. Většinou je schopen navštěvovat zvláštní školu a dokonce si najít jednoduché zaměstnání. Velký význam má rodinné prostředí a výchova. (Janotová, In Zvolský a kol., 1996)

Při středně těžké mentální retardaci lze naměřit IQ mezi 35 – 49. Jedinci s touto diagnózou jsou vzděláváni ve speciálních ústavech. Jsou schopni se naučit přechít, napsat pár slov a počítat na prstech. Základní hygienické a sociální návyky si středně těžce mentálně retar-



dovaný jedinec může osvojit dostatečným opakováním. (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002) Při těžké mentální retardaci se IQ pohybuje od 20 do 34. Dalo by se říci, že stav je obdobný jako u středně těžké mentální retardace. Liší se v úrovni poškození a výraznosti poruchy. U těžké mentální retardace je poškození vyšší a porucha výraznější. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Osoby s hlubokou mentální retardací mají IQ nižší než 20. Nejsou schopni samostatnosti při žádném úkonu. Jejich stav vyžaduje ústavní péči. (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002) Péče je nutná i při nejzákladnějších úkonech, komunikace možná pouze nonverbálně. (Janotová, In Zvolský a kol., 1996)

Mentální retardace je neléčitelná, léčit však lze její sekundární projevy (neklid, agresivita, sebepoškozování, atp.). Je zapotřebí, do procesu práce s mentálně retardovaným, více odborníků ze zdravotní i sociálních oblastí. Záleží na psychickém stavu pacienta. (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002)

### **2.3.9 Poruchy psychického vývoje**

*„Jde o poruchy, které souvisejí s opožděným a nerovnoměrným biologickým zráním CNS.“* (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002, s. 88) Důsledkem je opožděný vývoj jedince. Poruchy psychického vývoje dělíme podle toho, která oblast CNS je narušena. Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, školních dovedností, motorických funkcí, pervazivní vývojové poruchy a dětský autismus. (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002)

### **2.3.10 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání**

Když není jedinec schopen podřídit se normám chování odpovídajícím jeho věku a jeho kognitivním schopnostem, mluvíme o poruchách chování. Dítě by od určitého věku mělo umět rozlišit co je správné a chovat se podle toho. O poruchu chování se jedná pouze, když jedinec společenské normy chápe, ale neřídí se jimi a nepřímá je. Poruchy chování se mohou projevit tak, že dítě neumí navázat a udržet si sociální vztahy. Když poruší normu, nepocituje vinu, práva druhých jsou pro něj nevýznamná. Porucha chování může být přechodná, nicméně často bývá předpokladem pro jiné poruchy nebo trvalejší problematické chování. Vznik poruch chování je podmíněn více faktory v oblasti biologické i sociální. (Quay, In Vágnerová, 2004)

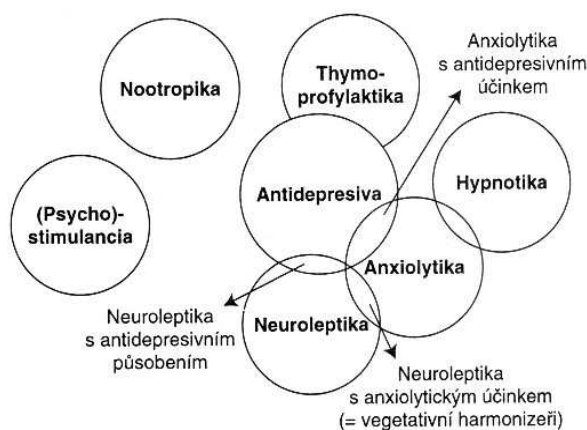
## 2.4 Léčba duševních poruch

V současnosti mají zásadní roli v oblasti léčby duševních nemocí psychofarmaka. Jejich rozvoj v polovině minulého století přinesl pro lidi s duševním onemocněním možnost kvalitnějšího života. Další významnou metodou je psychoterapie, dále socioterapie, rehabilitace ad. (Malá, Pavlovský, 2008) Jednotlivým metodám léčby se budu věnovat v této kapitole.

### 2.4.1 Psychofarmakoterapie

Léčba duševních poruch psychofarmaky je zaměřena na ovlivnění příznaků nemocí, nikoliv jejich etiologii. Přehled psychofarmak uveden na obrázku 3.

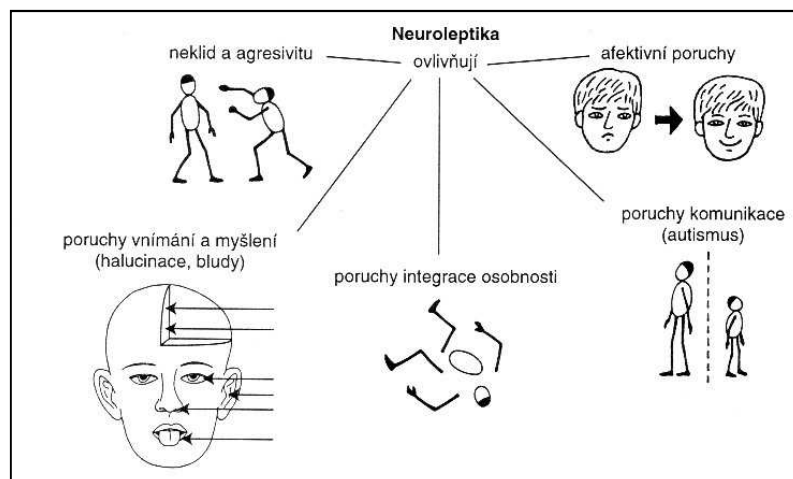
Obr. 3 Přehled psychofarmak



Zdroj: Malá, Pavlovský, 2002, s. 101.

Neuroleptika snižují a regulují množství dopaminu v limbickém systému v mozku a díky tomu se ztrácí pozitivní příznaky nemoci (halucinace, bludy, agrese, paranoidita), daří se postupná integrace. Jiný název pro neuroleptika jsou antipsychotika. Tento druh léčiv výrazně zvyšuje kvalitu života. Názvy některých antipsychotik: Solian, Leponex, Zeldox, Zoleptil, Zyprexa, Seroquel, aj. (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002)

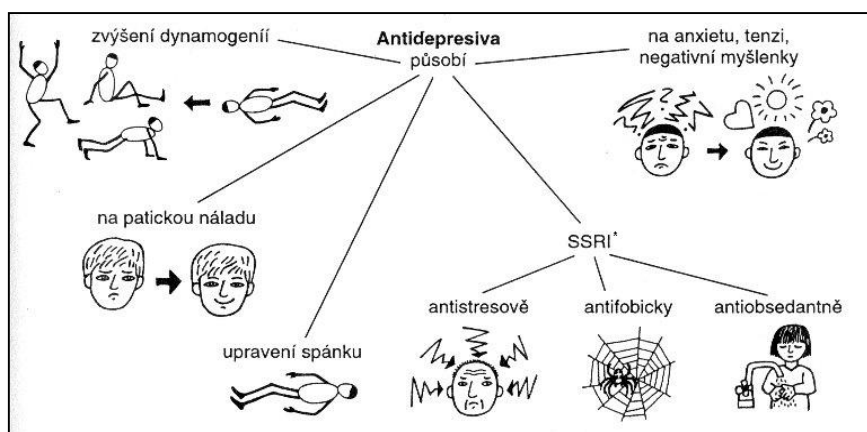
Obr. 4 Přehled projevů duševní nemoci, které neuroleptika ovlivňují



Zdroj: Malá, Pavlovský, 2008, s. 102.

Antidepresiva jsou používána při léčbě úzkostných stavů (anxieta), pocitů napětí (tenze), zvyšují schopnost vyvíjet energii (dynamogenie). Prodlužují účinek serotoninu, který se podílí mimo jiné i na vzniku nálady (forie). Nebezpečí sebevraždy je vysoké, pacient má špatnou náladu, ale díky těmto lékům je schopen ji fyzicky vykonat. Příklady antidepresiv: Deprex, Citalec, Zoloft. (Malá, Pavlovský, 2002)

Obr. 5 Přehled projevů duševní nemoci, které antidepresiva ovlivňují

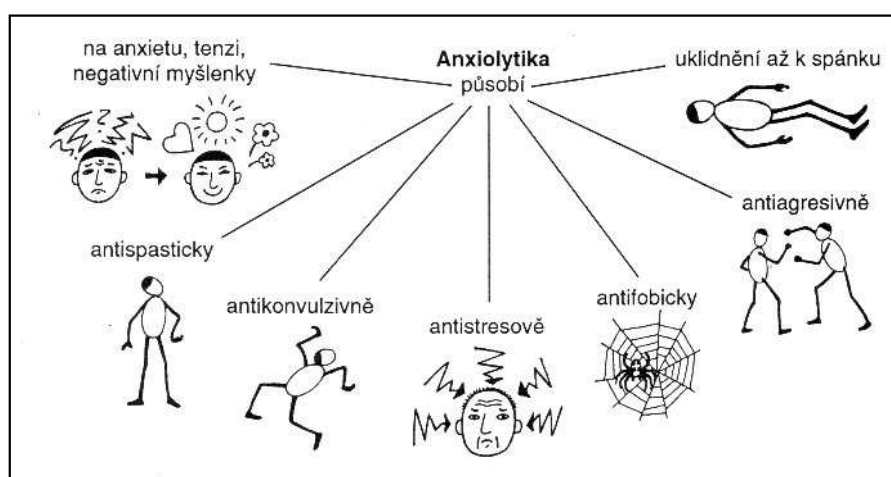


\* SSRI – angl. zkr. antidepresiva III. generace; prodlužují účinek serotoninu na synapsích v mozku

Zdroj: Malá, Pavlovský, 2008, s. 103.

Anxyolitika mají antikonvulzivní<sup>8</sup> účinky, to je důvod proč se mimo jiné používají při epileptických záchvatech. Podávají se při potřebě zklidnit pacienta, při stavech úzkosti, fobiích, agresivním jednání. Působí relaxačně a jejich účinky obvykle přicházejí do půl hodiny po požití. Jsou používána krátkodobě, protože může vzniknout závislost a zneužívání zejména diazepinových anxyolitik. Patří sem Diazepam, Defobin, Lexaurin, ad. (Malá, Pavlovský, 2008)

Obr. 6 Přehled projevů duševní nemoci, které anxyolitika ovlivňují



Zdroj: Malá, Pavlovský 2008, s. 104

Psychofarmaka, u kterých je největší riziko vytvoření závislosti největší, se nazývají Psychostimulancia. Aktivizují a dynamizují pacienta, mohou vyvolávat i euforii. Nootropika přispívají ke zlepšení kognitivních funkcí, např. Geratam, Nootropil, Enerbol. Léky používané zejména při léčbě demence jsou Kognitiva. Nitrazepam a Rohypnol jsou léky patřící do hypnotik. Dříve způsobovala nežádoucí stavy v podobě ranní „kocoviny“. Používají se

<sup>8</sup> Antikonvulzivní - protikřečový

při potřebě navození spánku. Přestože jsou tato psychofarmaka moderní, vyskytují se nežádoucí účinky při jejich užívání, buď psychické, nebo somatické. (Malá, Pavlovský, 2008) Psychofarmaka předepisuje psychiatr, ostatní pracovníci by měli pacientovi pomoci překonat možné obtíže při užívání léků. (Mahrová, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

#### **2.4.2 Elektrokonvulzivní terapie a fototerapie**

Fototerapie je léčba „[...] umělým světlem o vysoké intenzitě po dobu 1-2 hodiny ráno u depresivních pacientů. Nejlepší efekty jsou u tzv. sezonních depresivních epizod.“ (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002, s. 105)

Mezi biologickou léčbu duševních chorob se řadí i ECT - elektrokonvulzivní terapie neboli léčba šoky. Tato léčba byla používána ve 30. letech minulého století, poté ustoupila do pozadí a nyní je zase používána při léčbě duševních poruch. Tato léčba přináší velmi dobré výsledky a téměř žádné nežádoucí účinky (pouze přechodné bolesti hlavy). Přesto jsou někteří v jejím používání skeptičtí, protože zatím na to, jak účinkuje. Někteří se bojí zneužití této metody k ovlivnění chování, jak tomu bylo např. během Druhé světové války nebo jak tomu bylo ukázáno ve Formanově filmu *Přelet nad kukaččím hnízdem*. (Horčíčko, 2010)

Před provedením ECT pacientovi je provedena celková anestezie. Elektrický puls je vpraven do mozku, a tím je vyvolán umělý epileptický záchvat. V případě potřeby mohou být podána myorelaxancia, která působí na uvolnění křečí a příčně pruhovaného svalstva. ECT je používáno při potřebě náhlého a zásadního zlepšení zdravotního stavu, aby se tak předešlo metabolickým poruchám. V případě, že si to pacient sám přeje, jeho léčba tímto způsobem se již osvědčila nebo pokud je riziko menší než při podání psychofarmak, u těhotných žen. (Elektrokonvulzivní terapie, 2011)

Tato metoda se používá při těžkých depresích, při manických stavech, u schizoafektivní psychózy, schizofrenie, těžké obsedantně-kompulzivní poruchy a některých neurotických poruch. ECT je doporučována také u duševně nemocných, jejichž kontraindikací je tělesné onemocnění, jsou vysokého věku, nereagují na psychofarmaka nebo při jejich užívání trpí značnými nežádoucími účinky. Léčba je bezbolestná a účinná. (Horčíčko, 2010)

#### **2.4.3 Psychoterapie**

Úkolem psychoterapie je ovlivnění chorobného procesu pomocí psychologických prostředků (slovy, mimikou, emočními vztahy, mlčením, aj.). Je to metoda interpersonální.

Existuje celá řada psychoterapeutických přístupů a škol, společný mají cíl: odstranit nebo zmírnit chorobné příznaky a dosáhnout pozitivních změn v osobnosti pacienta. (Malá, In Malá, Pavlovský, 2002) Psychoterapeutické školy Malá (In Malá, Pavlovský, 2002) rozděluje podle způsobu, jakým tohoto cíle chtějí dosáhnout, na tři skupiny: školy „proč“ se zaměřují na to, co pacient dělá a proč to dělá, a proč se chová a cítí právě tímto způsobem. Školy „co a jak“ se zabývají změnami v chování a snaží se tyto změny vysvětlit. Školy „pocitů“ zajímají pocity pacienta a jeho osobní zkušenost. Jednotlivé přístupy mohou být ve vzájemné interakci a ovlivňovat se. Psychoterapie probíhají buď individuálně nebo skupinově, podle toho, jak chce terapeut na člověka působit.

Terapeutem je psychiatr, psychoterapeut nebo psycholog, který prošel příslušným vzděláváním v některé z terapeutických škol. Po výcviku může psychoterapie provádět i sociální pracovník. V současnosti je používán přístup, který si na každém směru vybírá to užitečné a přínosné a snaží se o jejich integraci. (Mahrová, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Tento přístup se nazývá eklekticko-integrativní a zastává jej i Norcross (In Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 94), který definuje psychoterapii jako „*odbornou a záměrnou aplikaci klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.*“ Mezi psychoterapeutické přístupy patří kognitivně-behaviorální přístup, hlubinná psychoterapie, gestalt terapie, racionální, individuální a skupinová psychoterapie, rogersovský přístup, existenciální terapie, ad. (Kratochvíl, 1997)

#### 2.4.4 Socioterapie

Při socioterapii má být klient vystaven přirozeným podmínkám, se kterými se může setkat v běžném životě. Zaměřuje se na konkrétní situace např. na poště, v bance, v zaměstnání. Snaží se, aby kvůli nemoci nebyl vyčleňován ze společnosti, naopak aby byl do ní opět integrován. Měl by také díky socioterapii zjistit v jakých oblastech života je pro něj nemoc překážkou a v jakých ho nemusí vůbec omezit. Socioterapie se může klientovi pokusit pomoci se situacemi, s nimiž se vinou nemoci neumí poradit sám. (Mahrová, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

#### 2.4.5 Režimová terapie

„Režimová terapie zdůrazňuje nutnost jasně strukturovaného uspořádání, které nabízí bezpečí a jistotu. Je to organizace zdravého prostředí, které umožňuje dělat chyby, napravovat

je s rostoucí mírou odpovědnosti.“ (Mahrová, In Mahrová, Venglářová a kol. 2008, s. 94) Klienti dodržují časový harmonogram a stanovená pravidla při denním programu. Je důležité, aby si klienti osvojili určitý systém a řád. Díky režimu si opět navyknou na dodržování pravidel a režimu. Denní program by měl odrážet realitu běžného dne, ale zároveň respektovat potřeby a zájmy členů. Cílem je vytvoření vlastního denního režimu a jeho dodržování. Klient by si měl umět naplánovat čas tak, aby se činnost střídala s odpočinkem. Měl by být také schopen své plány podle potřeby změnit či upravit a vyhodnotit úspěchy a chyby. (Mahrová, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

### 3 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Systém péče pro lidi s duševním onemocněním je zajišťován zdravotními i sociálními službami. Se vznikem zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb. je kladen důraz zejména na kvalitu poskytování sociálních služeb. Tento zákon vznikl, aby mohla být poskytnuta náležitá pomoc lidem, kteří ji potřebují, protože nejsou schopni postarat se o sebe sami. Poskytování sociálních služeb by mělo sloužit lidem, kteří se dostali do obtížné životní situace a nemohou se o sebe postarat sami, aby v těchto případech nezůstali v sociální izolaci, příp. aby byli resocializováni. V těchto případech nabízí tento zákon možnosti pomoci nebo podpory prostřednictvím poskytování sociálních služeb. (Vondrka, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 3 definuje sociální službu jako činnost nebo činnosti, díky nimž je zajišťována pomoc či podpora osobám začlenit se do společnosti, popřípadě vyloučit jejich vyloučení ze společnosti.

Tento zákon uvádí v § 32 tři základní skupiny poskytování sociálních služeb: sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence. V jednotlivých skupinách upravuje cílové skupiny, podmínky a možnosti využívání těchto sociálních služeb. Ve své diplomové práci se zaměřím na poskytování sociálních služeb pro cílovou skupinu: dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním. (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Podle Vondrky (2008) by měla být péče o duševně nemocné komplexní a systém služeb na sebe navazovat. V nejobecnější rovině spadá do tohoto systému i rodina duševně nemocného a jeho okolí. Nejčastěji je zapotřebí kontaktovat odbornou pomoc, kterou tvoří pomáhající pracovníci, specialisté, zařízení a organizace. Tato problematika není jednoduchá, duševně nemocný často neví, že nemocí trpí nebo si to nechce připustit on ani jeho okolí.



Obr. 7 Schéma systému sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním



Zdroj: Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 47.

Vondrka (2008) uvádí, že první kontakt by měla zajistit nízkoprahová zařízení, která vyhledá buď nemocný sám, popř. rodina či přátelé. Dalším krokem může být doporučení ambulantních nebo kontaktních center. Pokud tato péče nestačí a duševně nemocný člověk potřebuje zdravotní dohled v případě zhoršení psychického stavu je možné využít rezidenční péči. Zajišťují ji psychiatrické léčebny, domovy se zdravotním postižením, psychiatrické kliniky, psychiatrická oddělení nemocnic. V případě, že po propuštění není duševně nemocný schopen vrátit se k předchozímu způsobu života je pro takové situace zřízena doléčovací péče. Existuje v různých podobách: návrat do ambulantní péče, specializovaná doléčovací zařízení, domácí péče, chráněná bydlení, chráněná zaměstnání. Výsledkem této péče by v ideálním případě měla být resocializace uživatele.

Ne vždy probíhá sociální péče tímto způsobem a ne vždy je úspěšná. V současnosti pracuji v zařízení Horizont Kroměříž, které poskytuje služby sociální rehabilitace osobám s chronickým duševním onemocněním, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Často se zde setkáváme s uživateli, kteří o své nemoci nevěděli do doby, než se jejich psychický stav zhoršil natolik, že museli být hospitalizováni do psychiatrické léčebny. Tato situace se někdy může opakovat v určitých intervalech. Někteří uživatelé již na sobě poznají příznaky „ataky“ a sami vyhledají psychiatrickou pomoc. Hospitalizace je individuální, ale doba přelčení bývá zpravidla 3-6 měsíců. Po návratu domů uživatel dále pravidelně navštěvuje svého psychiatra. Naše zařízení navštěvují buď lidé, kteří jsou v současnosti hospitalizová-

ni v psychiatrické léčebně v Kroměříži a dochází k nám, aby bylo pro ně snazší vrátit se do běžného života. Nebo lidé, kteří bydlí, doma a přesto se cítí izolováni, chtějí se setkat s lidmi s podobným onemocněním, chtějí využívat některou z nabízených služeb. Cílem poskytování této služby je integrace a resocializace uživatele do té míry, že je schopen samostatně fungovat a není třeba, aby službu nadále využíval. S uživateli propuštěnými z psychiatrické léčebny majícími trvalé bydliště mimo Zlínský kraj většinou ztrácíme kontakt. Ještě před tím však doporučíme uživateli, aby navštěvoval zařízení podobného typu v okolí svého bydliště, popřípadě pomáháme s hledáním ubytování, pokud se uživatel nemá kam vrátit. Nemálo uživatelů hospitalizovaných v psychiatrické léčebně čeká na umístění do některého z domovů se zvláštním režimem.

### **3.1 Formy a druhy poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním**

Sociální služby jsou rozděleny podle zákona o sociálních službách, 108/2006 Sb., na formy a druhy poskytování. Formy poskytování sociálních služeb jsou rozděleny podle potřeby využívání těchto služeb. Zákon 108/2006 Sb. rozlišuje ambulantní, terénní a pobytovou formu sociálních služeb. Druhy sociálních služeb jsou rozděleny podle péče, která je poskytována v konkrétních zařízeních.

#### **3.1.1 Formy poskytování sociálních služeb**

Formy poskytování sociálních služeb rozlišujeme na ambulantní, terénní a pobytové. Ambulantní sociální služby jsou určeny osobám, které do zařízení poskytujícího sociální službu docházejí sami nebo jsou dopravováni či doprovázeni. Není zde poskytováno ubytování. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí uživatele. (§33, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) Jsou také poskytovány, když pracovník zařízení doprovází uživatele na úřad, k lékaři, do obchodu, aj. V případech, že uživatel není orientován a hrozí, že by zabloudil nebo pokud potřebuje podporu či pomoc od pracovníka zařízení. V některých zařízeních poskytujících sociální služby je poskytována forma sociálních služeb ambulantní i terénní. Pobytové služby využívají zejména osoby, které nejsou schopny samostatnosti v péči o vlastní osobu, sociální služby jsou jim poskytovány celodenně včetně zajištění ubytování.

### 3.1.2 Druhy poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním

Existují tři základní druhy sociálních služeb. Jedná se o sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. V § 37-80 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, je definováno jaké konkrétní sociální služby jsou v jednotlivých druzích zahrnuty, komu a jaké činnosti jsou v rámci těchto sociálních služeb poskytovány.

Ne každá sociální služba je určena pro všechny cílové skupiny, proto se budu věnovat pouze poskytování sociálních služeb, jejichž využívání je vhodné pro lidi s duševním onemocněním.

#### 3.1.2.1 Služby sociálního poradenství

Služby sociálního poradenství se dělí na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Prvně jmenované jsou povinni zajistit všichni poskytovatelé sociálních služeb. Úkolem odborného sociálního poradenství je zajistit pomoc v nepříznivé sociální situaci. Děje se tak ve specializovaných poradnách rozlišených podle cílové skupiny nebo jevu. (Vondrka, In Mahrová, Venglářová, 2008)

#### 3.1.2.2 Služby sociální péče

Služby sociální péče zahrnují podle Zákona o sociálních službách 14 sociálních služeb, jejichž cílem je zajistit zapojení do běžného života, popřípadě důstojné zacházení a prostředí.

Osobní asistence je sociální služba, která zajišťuje pomoc druhé osobě v případě snížené soběstačnosti. Podle § 39 Zákona o sociálních službách, může být v klientově přirozeném prostředí, v případě potřeby neomezeně poskytována „pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Velmi podobnou sociální službou je pečovatelská služba. Na rozdíl od osobní asistence je poskytována ambulantně či terénně, pouze v omezeném čase v domácnosti nebo zařízeních sociálních služeb. Kromě výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí jsou poskytovány stejné služby jako v případě osobní asistence. (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Tísňovou péčí mohou využít lidé, kteří se ocitli v bezprostředním ohrožení života nebo v případě zhoršení zdravotního stavu. Průvodcovské a předčitatelské služby jsou určeny zejména pro osoby se smyslovým postižením. Pro duševně nemocné v případě, že se jedná o kombinované postižení. Podpora samostatného bydlení je terénní služba určena mimo jiné i osobám s duševním onemocněním se sníženou schopností soběstačnosti. Především pro ty, kteří pečují o osobu se sníženou soběstačností, byly zavedeny odlehčovací služby. Prostřednictvím poskytování této služby je jim umožněn nezbytný odpočinek. Služby probíhají formou ambulantní, terénní či pobytovou. Programy denních a týdenních stacionářů kombinují sociálně-terapeutické a výchovné činnosti. Liší se pouze v době trvání služby: denní poskytované celodenně, týdenní poskytované pět pracovních dní v týdnu. Domovy pro osoby se zdravotním postižením zajišťují pro své klienty celoroční komplexní péči. V domovech se zvláštním režimem je poskytována pobytová specifická péče přizpůsobena potřebám osob zde ubytovaných. Jedná se o službu, jež mohou využít lidé s chronickým duševním onemocněním, osoby se všemi typy demence, podmínkou je snížená soběstačnost. Chráněné bydlení je opět určeno osobám se sníženou soběstačností. Cílem je podpora při znovuzачlenění do společnosti. Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou určeny lidem, kteří se neobejdou bez odborné péče a potřebují lékařský dohled. (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

### **3.1.2.3 Služby sociální prevence**

Služby sociální prevence jsou určeny osobám, kterým hrozí sociální vyloučení ne však ze zdravotních důvodů či z důvodu věku. Většina služeb sociální prevence není určena pro lidi s duševním onemocněním. Osoby s duševním onemocněním mohou využít např. telefonickou krizovou pomoc. Často ji využívají lidé s psychickými problémy a suicidálními sklony. Výhodou této pomoci je anonymita volajícího. Cílem služeb následné péče je chronicky duševně nemocného ochránit před relapsem onemocnění a pokusit se jej resocializovat. V sociálně terapeutických dílnách probíhají dlouhodobě sociálně pracovní terapie, díky nimž si má uživatel zdokonalovat pracovní návyky a dovednosti. Služba sociální rehabilitace by prostřednictvím poskytovaných činností, měla směřovat k samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti duševně nemocných. (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách; Vondrka, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

### 3.2 Složky systému sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním

Duševní onemocnění je velmi specifické tím, že na lidech s tímto onemocněním nemusí jít na první pohled vidět žádné příznaky. Rodina či lidé v okolí pak často nemocnému nevěří nebo nedokáží pochopit, v jaké situaci se ocitl. Pro duševně nemocného i pro jeho rodinu je těžké porozumět tomu, co se děje a proč se to děje. Proto by měl existovat tým odborníků, systém sociálních služeb, systém zdravotnických i nezdravotnických zařízení, které by duševně nemocnému i rodině ulehčili pochopení vzniklé situace a pomohli zvážit možná řešení. (Styx, 2003)

Čadková-Svejkovská (In Mahrová, Venglářová a kol., 2008) nazývá tento tým multidisciplinární. Popisuje zde, s jakými odborníky se v průběhu nemoci duševně nemocný obvykle setkává. Prvním by měl být praktický lékař, který by si měl všimnout příznaků či změn chování. Se svým pacientem by měl mít vztah založen na důvěře, pacient by neměl mít strach svěřit se lékaři s tím, co ho trápí. Úkolem praktického lékaře posoudit stav a doporučit pacientovi odborníka, který se na tuto problematiku specializuje.

Je také možné, jak uvádí Čadková-Svejkovská (In Mahrová, Venglářová, 2008), že prvním odborníkem, s nímž se duševně nemocný setká, je psycholog. Stává se to v případě, že pacient pozoruje na sobě nějaké změny, se kterými si neví rady a potřebuje si o nich promluvit.

Praktický lékař i psycholog by měl pacienta dále přeměřovat k psychiatrovi. Ten zpravidla předepisuje medikamenty, diagnostikuje a navrhuje další postup léčby. Někteří psychiatři jsou schopni poskytnutí i odborné psychoterapie. Psychiatr je důležitou součástí týmu. Je to on, kdo musí pacientovi srozumitelně vysvětlit problematiku duševního onemocnění, reagovat přiměřeně v emočně vypjatých situacích, které samozřejmě mohou nastat. Musí si umět získat důvěru pacienta i jeho rodiny, ale zároveň musí být schopen udržet si hranice ve vztahu mezi pacientem a psychiatrem.

Dalším prvkem multidisciplinárního týmu jsou i zdravotní sestry. Musíme je do výčtu zahrnout také, protože jsou součástí každé zdravotní péče a jsou s pacienty ve styku při každé návštěvě u lékaře či v jiném zdravotnickém zařízení. (Čadková-Svejkovská, In Mahrová, Venglářová, 2008) Tráví s pacienty téměř celou pracovní dobu. Měla by být empatická a orientovat se v oblasti duševních poruch, znala psychoterapeutického přístupu a využívat jej při práci s klienty. Zdravotní sestra musí za každé situace jednat přiměřeně a klidně,

měla by umět jednat i v případech zvýšené agresivity pacienta, úzkostných stavů apod. Je zodpovědná i za správné podávání psychofarmak. V případě nutnosti také za jejich nitrožilní aplikaci. (Pavlovský, In Malá, Pavlovský, 2002)

Velmi často se stává, že duševní nemoc nelze léčit pouze ambulantně, v těchto případech nemocný podstupuje léčbu ve specializovaných zařízeních. Zde je péče poskytována komplexně. V případě, že hospitalizace není nutná, může docházet duševně nemocný do denních center. V těchto zařízeních působí terapeuti nabízející jiný pohled na nemoc prostřednictvím malby (arteterapeut), hudby (muzikoterapeut), divadelního ztvárnění (dramaterapeut), pracovních činností (ergoterapeut). Tyto terapie nabízejí jiné možnosti pohledu na nemoc a umožňují získat náhled, nebo uvolnění emocí, pocitů. Mohou být realizovány individuálně či skupinově. (Čadková-Svejkovská, In Mahrová, Venglářová, 2008)

Během dlouhodobé léčby se duševně nemocný setká také se sociální pracovníci. Měla by být nápomocna při orientaci ve zdravotnických i jiných zařízeních poskytující sociální služby osobám s duševním onemocněním. Podle toho, ve jakém typu zařízení pracuje pomáhá klientům s vyřizováním sociálně-právních záležitostí, informuje o možnostech využívání sociálních dávek, žádosti o invalidní důchod, zaměstnávání, aj. V případě nutnosti tyto záležitosti vyřizuje či doprovází klienta na příslušný úřad, podle aktuálního stavu klienta. (Čadková-Svejkovská, In Mahrová, Venglářová, 2008)

Podpůrná skupina, cíleně zaměřena na zvládnutí určitých obtíží. Ve skupině se setkávají lidé s podobnými problémy, už to může mít terapeutický vliv. Je důležité, aby si člověk uvědomil, že existuje více lidí s podobnými problémy. (Čadková-Svejkovská, In Mahrová, Venglářová a kol., 2008). Příkladem podpůrné skupiny může být setkání, při kterém se schází duševně nemocní trpící psychózou, jejich rodina či blízcí se nazývá PREDUKA - Preventivně edukační program proti relapsu psychózy. Osobně jsem měla možnost zúčastnit se preventivně edukačního programu, který probíhal v Psychiatrické léčebně v Kroměříži. Pro lepší představu uvádím strukturu tohoto typu programu v příloze (viz PI).

Dalšími odborníky, se kterými se duševně setká, mohou být pracovníci chráněných dílen, rekvalifikačních kurzů, terapeuti a zaměstnanci job klubů. Poslední, v žádném případě nejméně důležitou skupinou je rodina a blízcí. Nepatří mezi profesionály, ale jejich místo v multidisciplinárním týmu péče o duševně nemocné je nezastupitelné. Měli by poskytovat podporu a pomoc, zajímat se o problematiku duševních nemocí, v žádném případě neodsuzovat sebe ani duševně nemocného, snažit se být oporou. Tyto úkoly jsou velmi nesnadné, proto by i členové rodiny měli spolupracovat s odborníky, kteří jim pomohou na cestě za

uzdravením rodinného příslušníka nebo blízkého. (Čadková-Svejkovská, In Mahrová, 2008)

Všechny složky péče o duševně nemocný musejí být provázány a vzájemně spolupracovat, jen tak může být poskytnuta komplexní péče, kterou duševně nemocný (pacient, klient, uživatel) i jeho rodinní příslušníci potřebují.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST



## 4 ZMAPOVÁNÍ SITUACE POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE ZLÍNSKÉM KRAJI

V současnosti je ve Zlínském kraji zaregistrováno 31 sociálních služeb poskytující sociální služby (dále SS) lidem s chronickým duševním onemocněním. (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2011) Ještě před dvěma měsíci bylo na Registru poskytovatelů registrováno 33 těchto služeb. Změny se dějí na tomto serveru neflexibilně. V případě, že poskytovatel požádá o zrušení služby z tohoto registru, může to trvat až půl roku. Sociální služba již nefunguje, neustále je uváděna v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Od nového roku 2011 tři sociální služby zanikly: Domov Jitka ve Vsetíně poskytující odlehčovací služby; Chráněné bydlení HVĚZDA ve Zlíně a Denní stacionář Letokruhy ve Vsetíně. Naproti tomu přibyla Dílna U šikovných oveček poskytující sociálně-terapeutické dílny ve Vsetíně.

Celorepublikově se Zlínský kraj umístil na 11. místě se 31 poskytovanými sociálními službami pro osoby s duševním onemocněním. Průměrný počet je 55, tzn., že Zlínský kraj se nachází pod průměrem. Samozřejmě, že počet poskytovaných služeb se odvíjí v závislosti na počtu obyvatel, ale není to pravidlem. Na prvním místě s vysokým nadprůměrem poskytovaných služeb (112) je Moravskoslezský kraj, který je v počtu obyvatel až za Středočeským krajem a Prahou. Nejméně poskytovaných sociálních služeb osobám s chronickým duševním onemocněním poskytuje Karlovarský kraj, je nutné podotknout, že co do počtu obyvatel je také nejmenší. Kraj Zlínský má jedenkrát více obyvatel, odpovídá tomu i počet služeb. (Karlovarský 15 – Zlínský 31).

Graf 1 Grafické znázornění počtu sociálních služeb v krajích ČR



Zdroj: Sestaveno autorkou, data z Registru poskytovatelů sociálních služeb, 2011.

Tabulka 3 Poskytování sociálních služeb dle krajů ČR

Název kraje	Počet SS*	Umístění v ČR podle počtu SS	Počet obyvatel**
Moravskoslezský	112	1.	1 243 220
Ústecký	97	2.	836 045
Středočeský	91	3.	1 264 978
Praha	83	4.	1 257 158
Jihomoravský	79	5.	1 154 654
Jihočeský	53	6.	638 706
Královéhradecký	43	7.	554 803
Vysočina	42	8.	514 569
Pardubický	35	9.	517 164
Liberecký	34	10.	439 942
Zlínský	31	11.	590 361
Plzeňský	28	12.	572 045
Olomoucký	27	13.	641 681
Karlovarský	15	14.	307 444

\*počet sociálních služeb, cílová skupina osoby s chronickým duševním onemocněním

\*\* počet obyvatel ke dni 31. 12. 2010.

Zdroj: Sestaveno autorkou; Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2011; Český statistický úřad, 2011.

#### 4.1 Sociální služby poskytované osobám s duševním onemocněním podle okresů Zlínského kraje

Zlínský kraj je rozdělen na čtyři okresní územně právní celky: Zlín, Kroměříž, Uherské Hradiště a Vsetín. V Okrese Vsetín je nejvíce poskytovaných služeb (14) z celého kraje. V rámci okresu je poskytováno 8 ambulantních, 8 terénních a 3 pobytové sociální služby osobám s duševním onemocněním. Naopak nejméně (3) sociální služby jsou poskytovány

v okrese uherské Hradiště, z toho ani jedna sociální služba pobytová. Nejvíce pobytových služeb můžeme zaznamenat v okrese Zlín (6). Některá zařízení poskytují zároveň služby ambulantní i terénní, zejména zařízení poskytující sociální rehabilitaci osobám s duševním onemocněním viz tabulka 3.

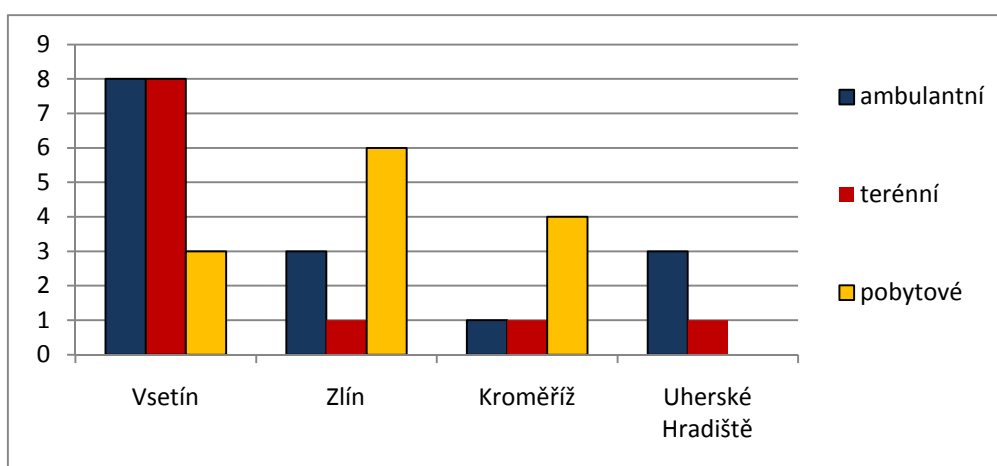
Tabulka 4 Poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním dle formy poskytování a jednotlivých okresů

Název okresu	Počet SS*	ambulantní	terénní	pobytové
Vsetín	14	8	8	3
Zlín	9	3	1	6
Kroměříž	5	1	1	4
Uherské Hradiště	3	3	1	0

\*počet sociálních služeb, cílová skupina osoby s chronickým duševním onemocněním

Zdroj: Tabulka sestavena autorkou, data z Registru poskytovatelů sociálních služeb, 2011.

Graf 2 Poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním dle formy poskytování a jednotlivých okresů



Zdroj: Graf sestaven autorkou, data z Registru poskytovatelů sociálních služeb, 2011.

Ve Zlínském kraji převládá zastoupení domovů se zvláštním režimem. Jsou určeny především seniorům trpícím chronickým duševním onemocněním či nějakým typem demence. Z důvodu snížené soběstačnosti je zapotřebí celodenní péče, jedná se tedy o sociální službu

pobytovou. Spíše než na integraci (samozřejmě je součástí cílů služby) je tato sociální služba zaměřena na rozvíjení soběstačnosti v péči o vlastní osobu, samoobsluhy, procvičování kognitivních funkcí, snaha o aktivizaci uživatele. Velkým cílem domovů se zvláštním režimem je vytvoření zázemí a zajistit potřebnou individuální péči pro každého uživatele. Pro pracovníky je velmi obtížné tyto cíle naplnit, protože uživatelé trpící Alzheimerovou či jinou formou demence mohou mít velmi narušeny kognitivní funkce, často nekomunikují, nepamatují si osoby ani situace ze svého života. Myslím, že zřizování těchto zařízení je potřebné, vzhledem k tomu, že obyvatelstvo stárne, lékařská věda se posouvá stále dopředu a roste i střední délka života. Vše nasvědčuje tomu, že zřizování dalších zařízení, zejména pobytových, pro seniory bude v nejbližší budoucnosti nezbytné.

Téměř o polovinu méně, celkem šest zařízení, poskytuje služby sociální rehabilitace. Z toho tři se nachází v okrese Vsetín. Horizont Zlín funguje již více než 7 let. Zařízení Labyrint v Uherském Hradišti vzniklo v roce 2009 a Horizont Kroměříž začal fungovat na začátku roku 2010. Cílem těchto zařízení je umožnit návrat do společnosti nebo zamezit případné sociální izolaci uživatele. Využívání služeb by mělo přispět k aktivizaci uživatele a pomoci mu naučit se žít nejčastěji s psychotickým onemocněním.

Velkým problémem bývá u lidí s duševním onemocněním z okruhu psychóz nedůvěra vůči lidem, neschopnost zapojit se do pracovního procesu. Vlivem užívání medikamentů také únava, zhoršení paměti, utlumenost. Je obtížné uživatele za těchto podmínek aktivizovat a motivovat je ke spolupráci. Zvláště, když se jejich psychický stav může změnit ze dne na den. Podle mého názoru by mělo zařízení poskytující sociální rehabilitaci být zřízeno, v ideálním případě, alespoň v každém větším městě. Když uvážíme všechny výše uvedené faktory, pro lidi s duševním onemocněním je velmi obtížné dojíždět do zařízení např. veřejnou dopravou. Určitou roli zde hrají samozřejmě finance. Většina uživatelů těchto zařízení jsou příjemci invalidního důchodu a nemohou si dovolit utrácet své peníze za zbytečné výdaje. Dalším faktorem může být sama cesta dopravním prostředkem. Co se nám může zdát běžné, člověku trpícímu např. paranoidní schizofrenií se taková cesta autobusem může proměnit v nepřekonatelnou překážku.

Pečovatelská služba je opět zaměřena spíše na seniory s duševním onemocněním. Sociální služby jsou však v tomto případě poskytovány terénní formou. Pracovníci zařízení navštěvují uživatele přímo u něj, v jeho přirozeném prostředí. Uživatelé mají obvykle sníženou schopnost samostatnosti a sebeobsluhy, ale nepotřebují celodenní péči. Pečovatelské služ-

by s cílovou skupinou mimo jiné i pro lidi s chronickým duševním onemocněním, jsou poskytovány pouze v okrese Vsetín. Ve zbývajících okresech tato služba zaregistrována není.

Odlehčovací sociální služby poskytují dvě zařízení, v okrese Vsetín a v okrese Kroměříž. Zde jsou služby poskytovány pobytovou formou, naproti tomu ve Vsetíně jsou poskytovány ambulantně či terénně. Služba je určena seniorům či osobám, které z důvodu zhoršených kognitivních funkcí a paměti mají sníženou schopnost péče o vlastní osobu. Služby jsou ulehčením, odtud název „odlehčovací služby“, také rodinným příslušníkům, kteří se starají o svého blízkého, ale chodí do zaměstnání, chtějí si něco zařídit či si potřebují na pár hodin odpočinout. Uživatelům je poskytnuta pomoc při zajištění běžných úkonů týkajících se péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, aktivizace uživatele, zajištění kontaktu se společenským prostředím, posilování kognitivních funkcí.

Podobným typem sociální služby jako odlehčovací služby jsou denní stacionáře. Rozdíl je v tom, že pracovník ráno přiveze uživatele do zařízení, ti zde tráví den a odpoledne je pracovníci opět zavezou do domácího prostředí. Služba je určena osobám se syndromy demence a poruchami paměti. Jejich stav nevyžaduje hospitalizaci v ústavním zařízení, ale díky špatné orientaci a kognitivním funkcím nejsou schopni samostatně fungovat v domácím prostředí po celý den. Ve Zlínském kraji jsou poskytovány dvě tyto sociální služby, v okrese Zlín a Vsetín.

Odborné sociální poradenství poskytuje podporu mimo jiné lidem s chronickým duševním onemocněním, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci. Pomáhá udržet a zvýšit samostatnost a nezávislost zejména v oblasti sociálně právní i pracovně právní. Pracovníci svým klientům pomáhají v záležitostech týkajících se sociálních dávek, invalidních důchodů, žádostí, odvolání, bytové problematiky, aj. Ve Zlínském kraji se odborné sociální poradenství nachází ve Vsetíně a Uherském Hradišti.

Cílem sociálně-terapeutických dílen je především smysluplně vyplnit volný čas, uvolnit se, procvičit jemnou motoriku rukou, koncentraci, setkání s lidmi s podobnými problémy a snaha o jejich integrace do společnosti. Ve Vsetíně a Zlíně jsou tyto cíle naplňovány výtvarnými a kreativními činnostmi, které si mají klienti možnost vyzkoušet a věnovat se jim.

V Uhersko-Brodském zařízení Luisa jsou poskytovány služby následné péče pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Podporují své klienti v samostatnosti a soběstač-

nosti, posilují je při zvládání zátěže, snaží se obnovit pracovní návyky a dovednosti, pomoci řešit osobní i sociální konflikty, přijmout svou nemoc a naučit se s ní žít.

Domov na Dubíčku, příspěvková organizace představuje jediného zástupce domova pro osoby se zdravotním postižením. Jedná se o pobytovou službu, v níž osoby s duševním onemocněním či lehkým mentálním postižením mohou najít veškerou péči potřebnou pro zajištění bezpečného a klidného „domova“.

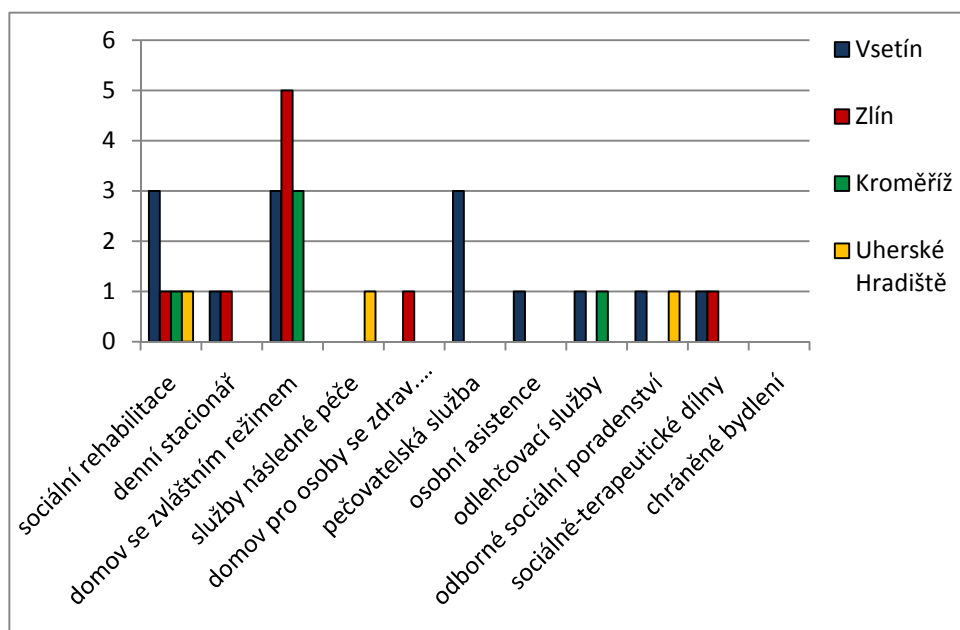
Sociální služba osobní asistence se nachází ve Valašském Meziříčí. Je určena seniorům s duševním onemocněním, kteří z důvodu nemoci nejsou zcela samostatní a potřebují podporu či pomoc jak v domácím prostředí, tak mimo něj. Sociální službou, která v současnosti ve Zlínském kraji zcela absentuje, je chráněné bydlení. Je to sociální služba podporující osoby s duševním onemocněním v samostatnosti zejména v oblasti bydlení. Uživatel má možnost za pomoci pracovníků zařízení vyzkoušet si samostatné bydlení. Bohužel žádné zařízení poskytující tuto sociální službu se ve Zlínském kraji nenachází.

Tabulka 5 Poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním dle druhu poskytování a jednotlivých okresů

Sociální služby/ <i>Okres</i>	Vsetín	Zlín	Kroměříž	Uherské Hradiště	celkem
sociální rehabilitace	3	1	1	1	6
denní stacionář	1	1	0	0	2
domov se zvláštním režimem	3	5	3	0	11
služby následné péče	0	0	0	1	1
domov pro osoby se zdrav. postižením	0	1	0	0	1
pečovatelská služba	3	0	0	0	3
osobní asistence	1	0	0	0	1
odlehčovací služby	1	0	1	0	2
odborné sociální poradenství	1	0	0	1	2
sociálně-terapeutické dílny	1	1	0	0	2
chráněné bydlení	0	0	0	0	0

Zdroj: Tabulka sestavena autorkou, data z Registru poskytovatelů sociálních služeb, 2011.

Graf 3 Poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním dle druhu poskytování a jednotlivých okresů



Zdroj: Tabulka sestavena autorkou, data z Registru poskytovatelů sociálních služeb, 2011.

#### 4.1.1 Okres Vsetín

Nejvíce poskytovaných sociálních služeb je v okrese Vsetín. Z celkového počtu 31 ve Zlínském kraji, tvoří sociální služby v okrese Vsetín téměř polovinu. Celkem je zde poskytováno 14 sociálních služeb osobám s duševním onemocněním, z toho tři ve formě pobytové a shodně osm ambulantních i terénních (některá zařízení poskytují sociální službu terénní i ambulantní).

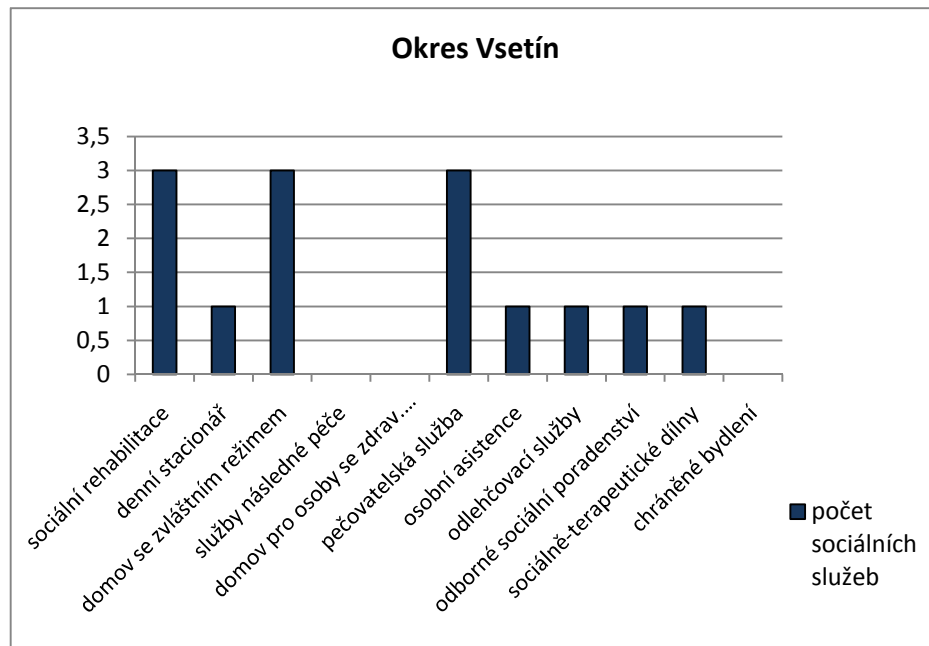
V okrese Vsetín je pestré zastoupení sociálních služeb. Ze 14 poskytovaných služeb jsou tři zařízení, která nabízí sociální rehabilitace: Centrum AMIKA ve Valašském Meziříčí, Sociální centrum denních aktivit Iskérka a Camino centrum sociální rehabilitace ve Vsetíně.

Tři domovy se zvláštním režimem Domov pro seniory Podlesí ve Valašském Meziříčí, Domov JABLOŇOVÁ ve Vsetíně a Domov se zvláštním režimem Pržno.

Pečovatelské služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním jsou v okrese Vsetín tři: Diakonie ČCE – středisko ve Valašském Meziříčí, Domácí péče ve Vsetíně a Zdislava Vsetín o. p. s.

Dále je zde poskytováno odborné sociální poradenství ve Vzdělávacím a komunitním centru Integra Vsetín o. p. s., Denní stacionář ZAHRADA, odlehčovací služby Letokruhy o. s., sociálně-terapeutické dílny Dílna U šikovných oveček, a sociální služby osobní asistence Diakonie ČCE – středisko ve Valašském Meziříčí.

Graf 4 Přehled sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v okrese Vsetín



Zdroj: Sestaveno autorkou, Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2011.



Obr 8 Mapa poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním, okres Vsetín



Zdroj: Sestaveno autorkou dle předlohy Mapa sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, Zlínský kraj; 2009

Tabulka 6 Přehled názvů zařízení poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, okres Vsetín

Vsetín		Druh sociální služby	
	Camino centrum sociální rehabilitace		sociální rehabilitace
	Domov JABLOŇOVÁ		denní stacionář
	Domácí péče		domov se zvláštním režimem
	Denní stacionář ZAHRAHA		sociálně-terapeutické dílny
	Letokruhy o. s.		domov pro osoby se zdrav. postižením
	Dílna U šikovných oveček		odlehčovací služby
	Domov se zvláštním režimem Pržno		osobní asistence
	Sociální centrum denních aktivit Iskérka		pečovatelská služba
	Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín o. p. s.		odborné sociální poradenství
	Zdislava Vsetín o. p. s.		služby následné péče

Zdroj Sestaveno autorkou, Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2011.

#### 4.1.2 Okres Zlín

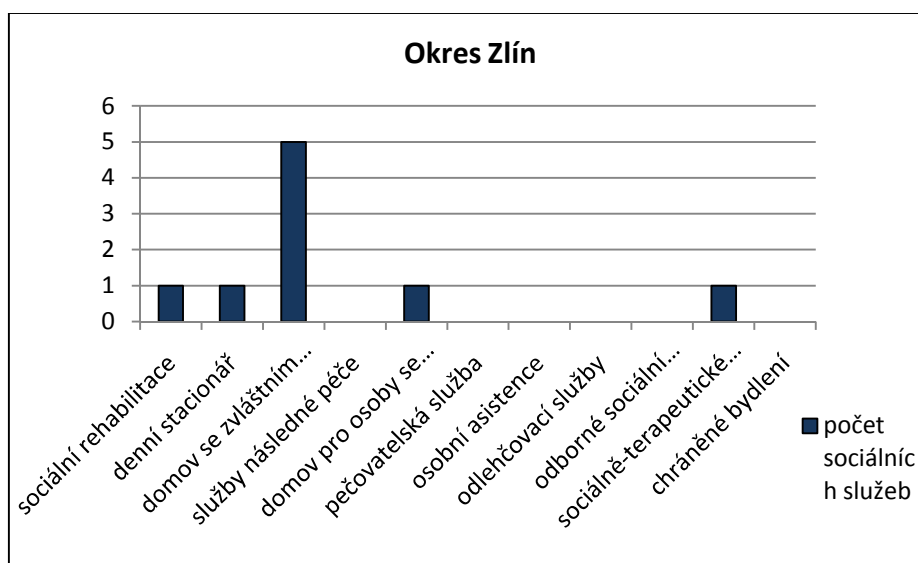
V okrese Zlín je poskytováno celkem 9 sociálních služeb osobám s chronickým duševním onemocněním. Šest z nich řadíme mezi sociální služby pobytové, pět tvoří domovy se zvláštním režimem: Dům pokojného stáří Zlín, Domov seniorů, Domov pro seniory Lukov, příspěvková organizace, Dům sociálních služeb Návojná, příspěvková organizace a Dům pokojného stáří Nedašov.

Další pobytovou službou je domov pro osoby se zdravotním postižením: Domov na Dubičku, příspěvková organizace.

V Horizontu Zlín je poskytována sociální rehabilitace v terénní i ambulantní formě. Zařízení HVĚZDA nabízí využití sociálních služeb

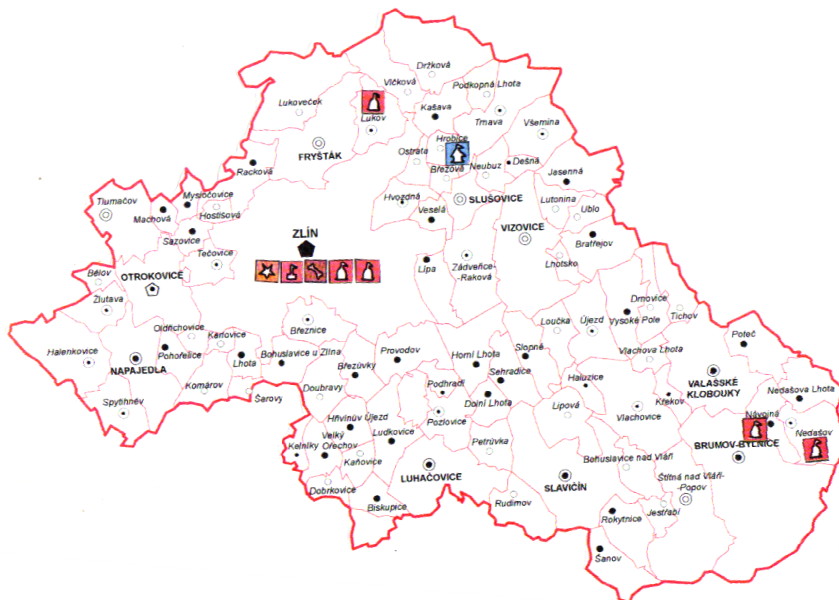
Denního stacionáře a Sociálně-terapeutických dílen pro klienty s mentálním postižením a duševním onemocněním.

Graf 5 Přehled sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v okrese Zlín












Zdroj: Sestaveno autorkou, Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2011.

Obr 9 Mapa poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním, okres Zlín



Zdroj: Sestaveno autorkou dle předlohy Mapa sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, Zlínský kraj; 2009

Tabulka 7 Přehled názvů zařízení poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, okres Zlín

Zlín	
	Horizont Zlín
	Denní stacionář pro klienty s ment. postižením a duš. onemocněním
	Domov seniorů
	Sociálně-terapeutické dílny pro klienty s ment. postižením a duš. onemocněním
	Dům pokojného stáří Zlín
	Domov na Dubičku, příspěvková organizace
	Domov pro seniory Lukov, příspěvková organizace
	Dům sociálních služeb Návojná, příspěvková organizace
	Dům pokojného stáří Nedašov

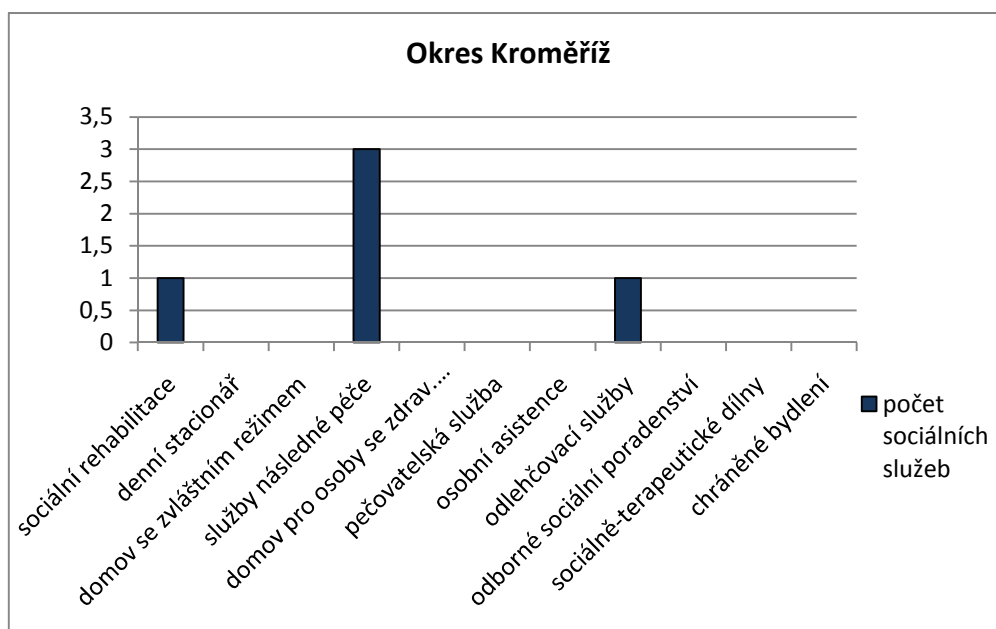
sociální služby
sociální rehabilitace
denní stacionář
domov se zvláštním režimem
sociálně-terapeutické dílny
domov pro osoby se zdrav. postižením
odlehčovací služby
osobní asistence
pečovatelská služba
odborné sociální poradenství
služby následné péče

Zdroj Sestaveno autorkou, Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2011.

### 4.1.3 Okres Kroměříž

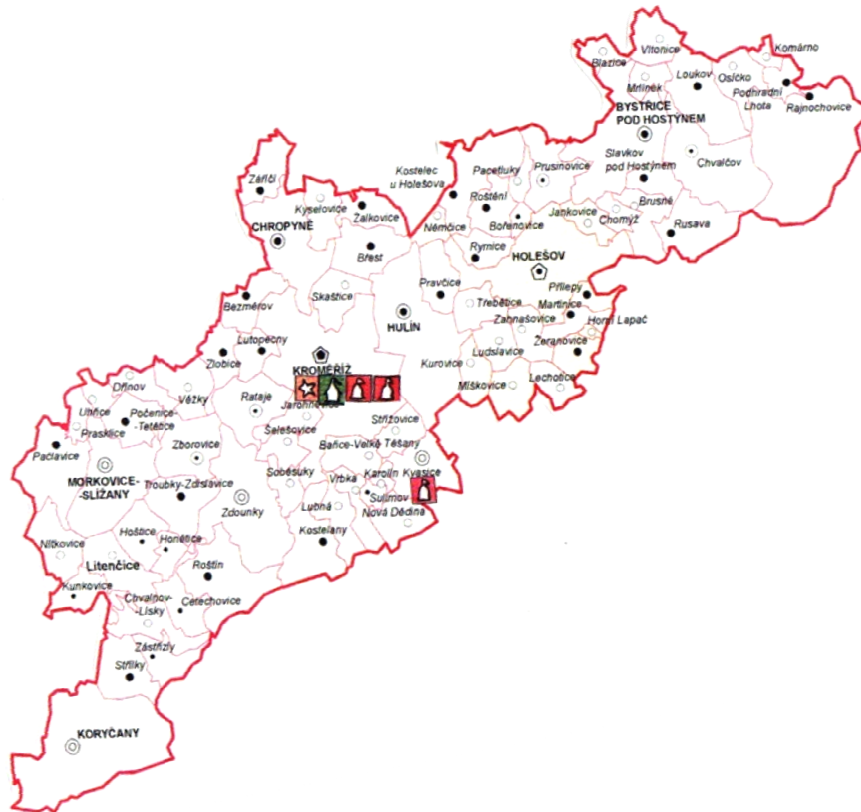
V okrese Kroměříž je nabízeno osobám s duševním onemocněním pouze pět sociálních služeb, z nichž tři jsou domovy se zvláštním režimem Charitní dům pokojného stáří, Oblastní charita Kroměříž; Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace a Domov se zvláštním režimem Kvasice. Spolu s Charitním domem pokojného stáří, Oblastní charita Kroměříž poskytujícím uživatelům odlehčovací služby, jsou všechny čtyři sociální služby poskytovány v pobytové formě. Pouze v Horizontu Kroměříž mohou uživatelé využívat ambulantních a terénních služeb sociální rehabilitace.

Graf 6 Přehled sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v okrese Kroměříž








Zdroj: Sestaveno autorkou, Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2011.











Obr 10 Mapa poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním, okres Kroměříž



Zdroj: Sestaveno autorkou dle předlohy Mapa sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, Zlínský kraj; 2009

Tabulka 8 Přehled názvů zařízení poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, okres Kroměříž

Kroměříž	
	Horizont Kroměříž
	Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace
	Charitní dům pokojného stáří, Oblastní charita Kroměříž
	Charitní dům pokojného stáří, Oblastní charita Kroměříž
	Domov se zvláštním režimem Kvasice

ih sociální služby
 sociální rehabilitace
 denní stacionář
 domov se zvláštním režimem
 sociálně-terapeutické dílny
 domov pro osoby se zdrav. postižením
 odlehčovací služby
 osobní asistence
 pečovatelská služba
 odborné sociální poradenství
 služby následné péče

Zdroj Sestaveno autorkou, Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2011.

#### 4.1.4 Okres Uherské Hradiště

Uherské Hradiště se může pochlubit pouze jednou sociální službou v zařízení Labyrint, jež nabízí sociální rehabilitaci osobám s duševním onemocněním. Nicméně do tohoto okresu patří i Uherský Brod, ve kterém má sídlo Luisa - středisko komplexní péče pro rodinu, školu a duševní zdraví. Jsou zde poskytovány ambulantně služby následné péče a odborné sociální poradenství.

Graf 7 Přehled sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v okrese Uherské Hradiště



Zdroj: Sestaveno autorkou, Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2011.
















Obr 11 Mapa poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním, okres Uherské Hradiště



Zdroj: Sestaveno autorkou dle předlohy Mapa sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, Zlínský kraj; 2009

Tabulka 9 Přehled názvů zařízení poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, okres Uherské Hradiště

Uherské Hradiště		Druh sociální služby	
	Labyrint	 sociální rehabilitace	
		 denní stacionář	
		 domov se zvláštním režimem	
		 sociálně-terapeutické dílny	
		 domov pro osoby se zdrav. postižením	
		 odlehčovací služby	
		 osobní asistence	
		 pečovatelská služba	
		 odborné sociální poradenství	
		 služby následné péče	
Uherský Brod			
	Luisa – středisko komplexní péče pro rodinu, školu a duševní zdraví		
	Luisa – středisko komplexní péče pro rodinu, školu a duševní zdraví		

Zdroj Sestaveno autorkou, Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2011.

## 5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V metodologické části diplomové práce je uveden výzkumný cíl a výzkumný problém, jenž byl dále specifikován jako vztahový. Seznamujeme čtenáře s výzkumnými otázkami a hypotézami, pomocí nichž jsme se snažili vyjádřit vztahy mezi proměnnými. (Gavora, 2000) Následuje upřesnění vybraných výzkumných strategií a metod použitých při výzkumu.

V kapitole 6 jsou uvedeny výsledky výzkumného šetření a následně interpretovány.

### 5.1 Cíl výzkumu a výzkumný problém

Cílem výzkumu bylo zjistit názory zainteresovaných skupin osob na poskytování sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji. Stanovili jsme si dílčí cíl, který spočíval v identifikaci chybějících a málo zastoupených sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

Z těchto cílů vychází i výzkumný problém vztahový: Jaké jsou rozdíly v názorech uživatelů, poskytovatelů a odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie na poskytování sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji?

V rámci výzkumu jsme vymezili proměnné:

Závisle proměnné:

- Názory na informovanost o poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním.
- Názory na míru zastoupení sociálních služeb poskytovaných osobám s duševním onemocněním.
- Názory na potřebnost zřízení sociálních služeb poskytovaných osobám s duševním onemocněním.
- Názory na kvalitu sociálních služeb poskytovaných osobám s duševním onemocněním.

Nezávisle proměnné:

- uživatelé,
- poskytovatelé,



- odborníci.

## 5.2 Výzkumné otázky a hypotézy

Z výzkumného problému vychází výzkumné otázky:

- Jak hodnotí zainteresované skupiny osob (poskytovatelé, odborníci) zastoupení sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji?
- Jak hodnotí zainteresované skupiny osob (poskytovatelé, odborníci) potřebnost zřizování absentujících či málo zastoupených sociálních služeb osobám s duševním onemocněním?
- Jak hodnotí zainteresované skupiny osob (poskytovatelé, odborníci a uživatelé) informovanost duševně nemocných osob a zařízení, které by mohli využívat ve Zlínském kraji?
- Jak hodnotí zainteresované skupiny osob (poskytovatelé, odborníci a uživatelé) úroveň a kvalitu nabízených sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji?
- Jak hodnotí zainteresované skupiny osob (poskytovatelé, odborníci a uživatelé) sociální těžkosti, se kterými se mohou duševně nemocné osoby potýkat?

V rámci výzkumu byly stanoveny čtyři hypotézy. Ke každé z hypotéz byla určena hypotéza nulová  $H(0)$  a hypotéza alternativní  $H(A)$ . Nulové hypotézy byly testovány pomocí statistické metody chí-kvadrát, na jejímž základě byla zjištěna významnost rozdílů mezi proměnnými. (Gavora, 2000)

H1: Poskytovatelé sociálních služeb lidem s duševním onemocněním jsou ve vyšší míře přesvědčeni o nedostatečnosti zastoupení sociálních služeb pro uvedenou skupinu ve Zlínském kraji než odborníci z oblasti psychiatrie či psychologie.

H1(0): Neexistují statisticky významné rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním a odborníků z oblasti psychiatrie či psychologie na zastoupení sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

H1 (A): Existují statisticky významné rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním a odborníků z oblasti psychiatrie či psychologie na zastoupení sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

H2: Poskytovatelé sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním jsou ve vyšší míře přesvědčeni o potřebnosti zřizování chybějících či málo zastoupených sociálních služeb pro uvedenou skupinu než odborníci z oblasti psychiatrie či psychologie.

H2 (0): Neexistují statisticky významné rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb a odborníků z oblasti psychiatrie či psychologie na potřebnost zřizování chybějících či málo zastoupených sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním.

H2 (A): Existují statisticky významné rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb a odborníků z oblasti psychiatrie či psychologie na potřebnost zřizování chybějících či málo zastoupených sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním.

H3: Uživatelé sociálních služeb jsou ve vyšší míře přesvědčeni o kvalitě a úrovni poskytovaných sociálních služeb lidem s duševním onemocněním ve Zlínském kraji než poskytovatelé sociálních služeb pro uvedenou skupinu.

H3(0): Neexistují statisticky významné rozdíly v názorech uživatelů sociálních služeb a poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním na požadovanou úroveň a kvalitu poskytování sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

H3 (A): Existují statisticky významné rozdíly v názorech uživatelů sociálních služeb a poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním na požadovanou úroveň a kvalitu poskytování sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

H4: Poskytovatelé sociálních služeb lidem s duševním onemocněním a odborníci z oblasti psychiatrie či psychologie jsou ve vyšší míře přesvědčeni o dostatečné informovanosti lidí s duševním onemocněním o poskytování sociálních služeb pro uvedenou skupinu ve Zlínském kraji než uživatelé těchto služeb.

H4(0): Neexistují statisticky významné rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním, odborníků z oblasti psychiatrie či psychologie a uživatelů sociálních služeb na dostatečnou informovanost lidí s duševním onemocněním o poskytování sociálních služeb pro tuto skupinu ve Zlínském kraji.

H4 (A): Existují statisticky významné rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním, odborníků z oblasti psychiatrie či psychologie a uživatelů sociálních služeb na dostatečnou informovanost lidí s duševním onemocněním o poskytování sociálních služeb pro tuto skupinu ve Zlínském kraji.

### 5.3 Volba výzkumné strategie a metod

Výzkum jsme koncipovali jako kvantitativní. Na závěr jsme jej obohatili ještě o jeden rozhovor, který reagoval na výsledky výzkumu a doplnil je. Hlavní metodou byl dotazník, díky němuž je možné hromadně získat potřebné údaje. Doplnkovou metodou byl rozhovor. Konkrétně šlo o strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami.

#### 5.3.1 Výběr vzorku

Základní soubor tvořily tři skupiny respondentů. Byly určeny dané znaky základního souboru a na jejich základě jsme výběr prováděli, jedná se tedy o záměrný výběr. První skupinou respondentů byli poskytovatelé. Pracovníci zařízení poskytující sociální služby osobám s duševním onemocněním (dále jen poskytovatelé). Osloveni byli všichni poskytovatelé ze Zlínského kraje zapsáni v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Kritériem výběru byl kraj: Zlínský a cílová skupina pro poskytování sociálních služeb: osoby s chronickým duševním onemocněním. Další skupinu tvořili uživatelé těchto zařízení, kritérium výběru bylo využívání sociálních služeb v zařízení poskytující tyto služby lidem s duševním onemocněním (dále jen uživatelé). Dotazníkové šetření s potencionálními respondenty ze skupiny uživatelů v některých zařízeních nemohlo být provedeno. Nedovoloval to zdravotní stav uživatelů (demence, psychotické poruchy s paranoidními představami, atp.). Třetí skupinou respondentů byli odborníci z oblasti psychiatrie a psychologie působící ve Zlínském kraji (dále jen odborníci). Osloveni byli odborníci registrovaní na internetových stránkách Ústavu Zdravotnických informací a Statistiky ČR (2011). Výběrová kritéria byla dvě: Zlínský kraj a obor (psychiatrie či psychologie).

Účast ve výzkumu a vyplnění dotazníku byla zcela dobrovolná a anonymní. Počet respondentů z jednotlivých skupin je následující: poskytovatelé 45, odborníci 22 a uživatelé 31, celkem se tedy výzkumu zúčastnilo 98 respondentů. Uvědomujeme si, že dotazníkové šetření probíhá obvykle s velkým počtem respondentů. Počet respondentů ovlivnila skutečnost, že dotazníkové šetření bylo územně specifikováno, týkalo se pouze Zlínského kraje a proto i skupiny respondentů byly omezeny.

### 5.3.2 Výběr technik sběru dat

Pro účely výzkumu jsme vytvořili tři druhy dotazníku. Každý byl určen jinou skupinu respondentů, tzn. Dotazník pro poskytovatele, viz Přílohy PII, Dotazník pro odborníky viz Přílohy PIII a Dotazník pro uživatele viz Přílohy PIV. Každá skupina respondentů byla zcela odlišná (především skupina respondentů – uživatelů). Proto nebylo možné vytvořit jeden dotazník, který by byl vhodný pro všechny tři skupiny. Dotazníky byly koncipovány do dvou částí, demografické a specifické. Otázky v dotaznících vychází z výzkumných otázek kap. 5.2. Všechny tři druhy dotazníků měly totožné tyto demografické údaje: věk, pohlaví a okres, ve kterém respondent pracuje, v případě respondentů uživatelů bydlí. Uživatelé měli navíc v demografické části uvést název zařízení, které navštěvují. Specifická část dotazníku uživatelů byla složena z dvanácti otázek, z čehož se 4 zcela shodovaly s otázkami ve zbylých dvou dotaznících, jedna otázka se shodovala s malou modifikací a sedm otázek bylo zcela odlišných. Dotazníky pro poskytovatele a odborníky byly téměř totožné. Lišily se pouze v demografických údajích. Přičemž dotazníky odborníky obsahovaly o dvě otázky více (dvanáct) než dotazníky poskytovatelů.

Doplňující metodou byl polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami (přepis viz Příloha PVI). Při sestavování struktury rozhovoru jsme vycházeli z výzkumných otázek, dat získaných vyhodnocením dotazníkového šetření a předvýzkumu viz kap. 6.1.

## 6 REALIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal v měsících únoru a březnu 2011. Bylo nutné mít k dispozici co nejaktuálnější údaje z Registru poskytovatelů sociálních služeb a Ústavu Zdravotnických Informací a Statistiky ČR, abychom oslovili poskytovatele zařízení, která stále fungují. Od měsíce prosince 2010 tři zařízení zanikla a jedno naopak vzniklo.

Respondenti (poskytovatelé a odborníci) byli osloveni e-mailovou či telefonickou formou v závislosti na dostupných kontaktních údajích. Byly jim nabídnuty tři možnosti vyplnění dotazníku: prostřednictvím e-mailu, zasláním poštou či osobním setkáním. Respondenti (uživatelé) byli oslovováni osobně buď autorkou či pracovníky zařízení poskytující sociální služby osobám s duševním onemocněním. Uživatelé těmto pracovníkům důvěřují, a proto byl větší pravděpodobnost jejich spolupráce při vyplnění dotazníku.

Podoba dotazníku byla při jeho sestavování několikrát upravována, zejména po konzultacích s vedoucí práce. Především dotazník pro uživatele měl být sestaven tak, aby byl srozumitelný lidem nepohybujícím se v oblasti sociálních služeb, ale abychom získali potřebné informace.

Rozhovor se uskutečnil v měsíci dubnu po vyhodnocení výsledků z dotazníkového šetření. Rozhovor mi přislíbil Ing. et Mgr. Milan Antoš, ředitel organizace Centrum služeb postiženým Zlín, o. p. s. při osobní domluvě jsme nastínili přibližné časové rozvržení a termín setkání. Rozhovor probíhal v zařízení Horizont Kroměříž. Seznámili jsme informanta blíže s tematickým rozvržením rozhovoru. Při rozhovoru jsme si vedli poznámky a celý rozhovor byl zaznamenáván na diktafon se souhlasem informanta. Následně byl přepsán do PC.

### 6.1 Předvýzkum

Předvýzkum byl proveden před zahájením samotného dotazníkového šetření v zařízení Horizont Kroměříž. Na základě tohoto předvýzkumu byly modifikovány tři otázky v dotazníku. Demografický údaj týkající se města a okresu, ve kterém respondent pracuje či žije, byl zúžen pouze na okres. Z předvýzkumu vyplynulo, že specifikace města není podstatná a výzkum tímto nebude ovlivněn. V otázce č. 2 u poskytovatelů a č. 4 u odborníků bylo změněno pořadí možností, ze kterých mohli respondenti vybírat. Ve 2. otázce poskytovatelů a 5. odborníků byla modifikována formulace otázky, aby její obsah plně korespondoval s předchozí otázkou, které spolu souvisí a její znění nebylo pro respondenta matoucí.

## 6.2 Způsob zpracování dat

Data, která byla v dotazníkovém šetření zjištěna, byla zanesena do tabulek. Vzhledem ke skutečnosti, že jednotlivé skupiny respondentů se lišily v počtu navrácených dotazníků, bylo nutné data vyjádřit nejen absolutními četnostmi, ale i procentuelně relativními četnostmi.

Data byla zpracována v programu Excel. Pro přehlednější znázornění vyjádřena prostřednictvím grafů. K datovému vyhodnocení byla použita popisná statistika, konkrétně test nezávislosti pro kontingenční tabulku větší než 2x2 viz Příloha PIII. Na základě zpracování vícepolní kontingenční tabulky, vypočteme  $\chi^2$  a porovnáme s tabulkovou hodnotou. Testujeme nulové hypotézy a zjistíme, zda existuje závislost mezi dvěma jevy. (Reiterová, 2004)

Pro potřeby vyhodnocení otázky jsme možnosti poskytování SS označené v dotazníku jako naprosto nedostačující, částečně nedostačující, částečně dostačující a naprosto dostačující sloučili pro větší přehlednost pouze do dvou kategorií: SS nezastoupené a zastoupené. Podobně jsme postupovali při vyhodnocování dalších dvou otázek, kdy měli respondenti hodnotit, zda jsou nabízené SS poskytovány na požadované úrovni a kvalitě. Možnosti rozhodně ano, spíše ano, spíše ne a rozhodně ne jsme při vyhodnocení redukovali na dvě možnosti ano, ne. Stejný postup vyhodnocení se týká i otázky zabývající se informovaností o poskytování SS.

## 7 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této kapitole představujeme a porovnáváme výsledky dosažené v dotazníkovém šetření, rozhovoru a zmapované situaci v oblasti poskytovaných SS osobám s duševním onemocněním ve Zlínském kraji. Výsledky jsou následně interpretovány.

Dotazníkové šetření se zúčastnilo celkem 98 respondentů, z toho poskytovatelů 45, odborníků 22 a 31 uživatelů. Z hlediska pohlaví převažovaly ženy (69,4%). Tento demografický údaj však nebyl pro náš výzkum stěžejní. Věkový průměr respondentů činil 39,6 let. Demografický údaj týkající se okresů, ve kterém respondent pracuje, popř. bydlí, se lišil dle skupiny respondentů. U poskytovatelů převažovaly okresy Vsetín, Zlín a Kroměříž. U odborníků Zlín a Kroměříž a taktéž u uživatelů. Převážná část respondentů-uživatelů navštěvuje zařízení Horizont Kroměříž či Horizont Zlín. Tato zařízení poskytují služby sociální rehabilitace zejména lidem s psychotickým onemocněním. Některá zařízení vzhledem k psychickému stavu klientů spolupráci odmítla. Toto stanovisko jsme samozřejmě přijali, protože respektujeme především zájmy klientů.

Průměrná délka praxe odborníků byla 12,6 let. Druh zařízení, ve kterém pracují účastníci výzkumu z řad poskytovatelů, činil 44,4% domov se zvláštním režimem, 31,2% sociální rehabilitace, 13,4% pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionář, sociálně-terapeutické dílny a služby následné péče se podíleli na výzkumu zanedbatelnými procenty.

Z těchto výsledků vyplývá, že nejvíce zastoupena byla pobytová forma SS, terénní a ambulantní. Demografické údaje byly použity k bližšímu popisu souboru. Získaná data výzkum neovlivnila, ale mohla by sloužit jako podklad k dalšímu výzkumu, např. při porovnání jednotlivých okresů, které respondenti uváděli v dotaznících.

81,8% odborníků uvedlo, že se zařízeními poskytujícími SS osobám s duševním onemocněním spolupracují. Důvody záporných odpovědí souvisely zejména s prací s jinou cílovou skupinou, nedostatkem informací o těchto zařízeních či pochybování o přínosu spolupráce. Jistě jsou výsledky o spolupráci mezi odborníky a zařízeními pozitivní. Je nezbytné, aby všechny složky péče o duševně nemocné fungovaly komplexně a byly vzájemně propojeny. viz kap. 3.

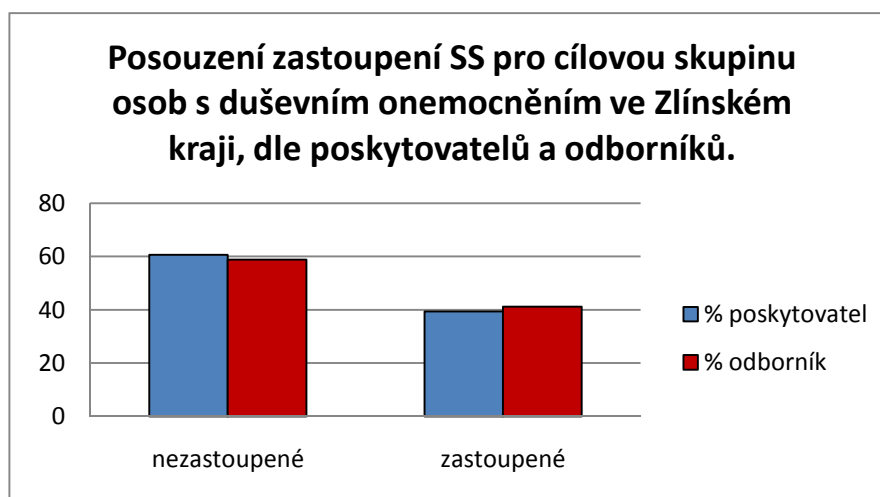
Jako nejpotřebnější formu SS volili poskytovatelé ambulantní, poté pobytové, pobytové typu chráněného bydlení a terénní viz Příloha PV Graf 8. Zajímavé je, že v otázce na zří-

zení konkrétních SS uváděli v nejvyšší míře domovy se zvláštním režimem, jedná se o SS pobytovou, a chráněné bydlení. Odborníci se přiklínili k pobytovým SS, pobytovým typu chráněného bydlení a ambulantním. V názorech na zřízení konkrétní SS se v 50% shodli na chráněném bydlení, dále osobní asistenci, sociální rehabilitaci a odlehčovacích službách viz Příloha PV Graf 9. Výsledky obou otázek spolu příliš nekorespondují. V případě osobní asistence a odlehčovacích SS se jedná o služby terénní, ti odborníci jako potřebné neuvodili vůbec. Sociální rehabilitace je SS ambulantní, může být poskytována i terénním formou. Vysvětlením může být neznalost forem v souvislosti s konkrétní SS. U poskytovatelů by byla tato skutečnost zarážející, protože se v oblasti poskytování SS pohybují a měli by mít přehled o jednotlivých formách.

H1(0) se přijímá: Neexistují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb a odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie na zastoupení sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

Poskytovatelé i odborníci se shodli v nezastoupení poskytovaných služeb. Výsledky se lišily o necelá dvě procenta, poskytovatelé hodnotili SS jako nezastoupené v 60,6% a odborníci 58,8% viz Graf 10.

Graf 10 Posouzení zastoupení SS pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním ve Zlínském kraji, dle poskytovatelů a odborníků



V názorech na nejvíce zastoupenou SS se poskytovatelé a odborníci příliš nelišili. Poskytovatelé volili nejčastěji pečovatelské služby, odborné sociální poradenství, které nejčastěji uváděli odborníci. Ti pak jako další zastoupené SS uváděli služby následné péče a sociální rehabilitace viz Příloha PV Graf 11. Je zajímavé, že domovy se zvláštním režimem, kte-

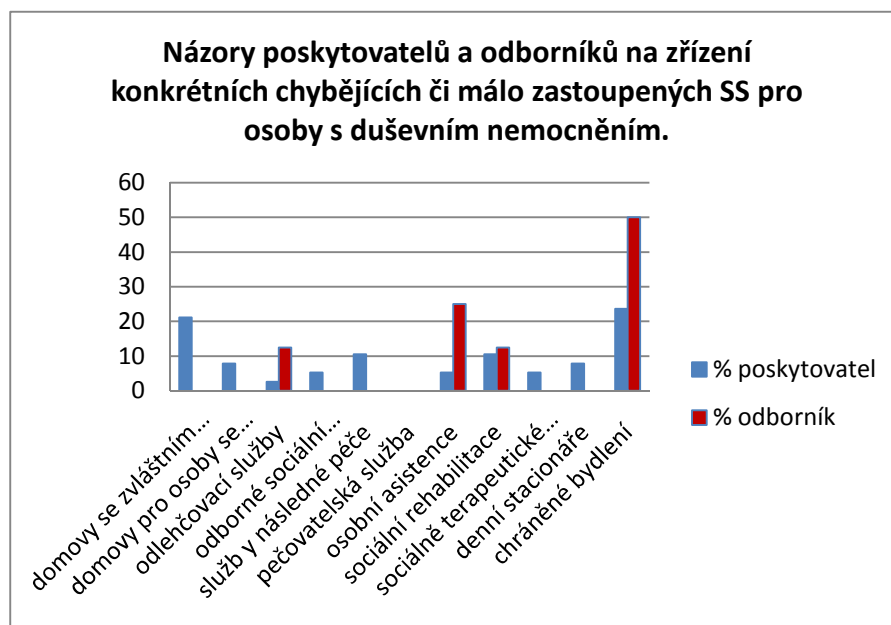


rých je ve Zlínském kraji nejvíce, uváděli poskytovatelé jako SS vůbec nejméně zastoupené ze všech nabízených SS. Podobně tomu bylo i u odborníků. Ti jako nejméně zastoupenou SS volili chráněné bydlení, což naprosto koresponduje s reálnou situací, v současnosti na území Zlínského kraje není tato SS poskytována.

H2 (0) se přijímá: Neexistují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb a odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie na potřebnost zřizování chybějících či málo zastoupených SS pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

Stejně jako u H1 (0) se i zde nepotvrdily rozdíly v názorech na potřebnost zřizování absentujících či SS málo zastoupených. Poskytovatelé i odborníci jsou přesvědčeni ze 67,2%, že je třeba zřídit všechny SS, které uvedli jako nezastoupené. Zbývajících 32,8% respondentů z řad poskytovatelů a odborníků se domnívá, že je třeba zřídit pouze některé viz Příloha PV Graf 12. U odborníků v naprosté většině opět převládlo chráněné bydlení. Nejvíce procent získalo u i poskytovatelů, v těsném závěsu však následovala potřeba zřízení domovů se zvláštním režimem viz Graf 13, když jak bylo uvedeno, tyto SS zaujímají 35,5% ze všech poskytovaných SS osobám s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

Graf 13 Názory poskytovatelů a odborníků na zřízení konkrétních chybějících či málo zastoupených SS pro osoby s duševním onemocněním



Tato skutečnost může být ovlivněna tím, že 44,4% respondentů poskytovatelů jako druh SS, které poskytuje zařízení, v němž pracují, uvedlo domov se zvláštním režimem. Je možné, že pracovníci vidí největší smysl a potřebnost v poskytování právě té SS, ve které

sami pracují. Na druhém místě bylo opět chráněné bydlení. V zastoupení SS a potřebě jejich zřízení se v rozhovoru shodoval i Antoš: „[...]sociální služby pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním ve Zlínském kraji nejsou plně pokryty. Nepokrývají potřeby a co si myslím a nebo i v podstatě v tom jednáme s městem Zlín a do určité míry začínáme komunikovat i s Kroměříží. Tak je to především chráněné bydlení nebo vůbec nějaká forma bydlení pro tuto cílovou skupinu.“ Naráží také na problém, který zmiňujeme v kap. 3, kdy pacienti v psychiatrické lebečně zůstávají několik let, protože nemají kam jít. Přestože medicínskou péči již nepotřebují, setrvávají zde. Psychiatrická léčebna pak v těchto případech plní i funkci sociální, aby se po jejich propuštění nestali pacienti sociálně vyloučenými a nestali se z nich bezdomovci.

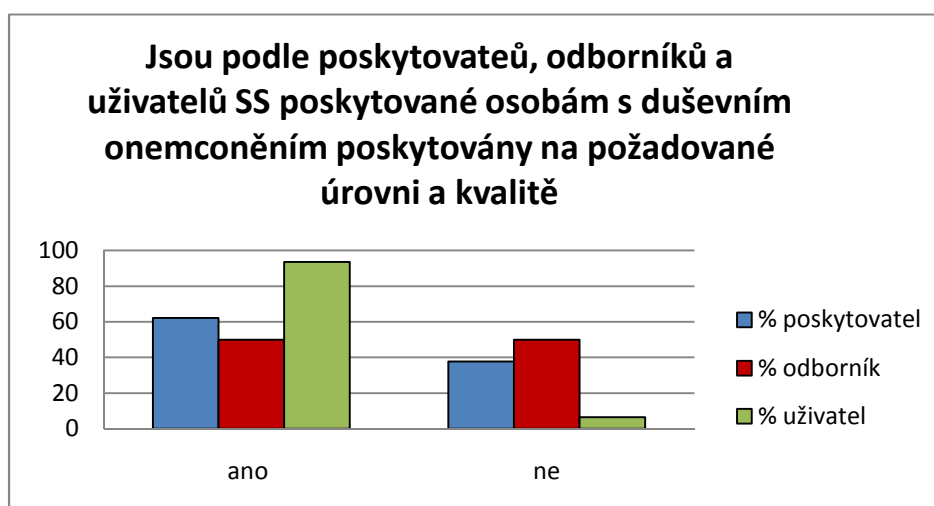
Sami uživatelé na otázku, které služby by chtěli využívat v nejvyšší míře (20%) odpovídali poskytnutí ubytování a podporu vytváření pracovních návyků a dovedností viz Příloha PV Graf 14. Tyto výsledky souvisí s uživateli, se kterými bylo šetření prováděno. Jednalo se především o duševně nemocné z okruhu psychóz navštěvující služby sociální rehabilitace. Oblast duševních poruch je velmi široká a nelze paušalizovat. Jinou péči potřebují psychotici (spíše aktivizace uživatele) a např. osoby s demencí, zde je větší důraz kladen na zdravotní péči a snahu o zachování největší možné míry samoobsluhy. Toho se dotýká v rozhovoru i Antoš: „[...] vyplývá to od toho individuálního stavu každého toho uživatele či člověka s duševním onemocněním, který využívá sociálních služeb, potencionálně by využíval sociálních služeb. Někdo potřebuje podporované bydlení, někdo potřebuje, a nebo by mu stačilo úplně, nějaké to chráněné bydlení. Podporované může být ve vlastním bytě, záleží od toho jednotlivce, ale samozřejmě pokud by to měla organizovat nějaká organizace, nese to s sebou finance, a v tom si myslím, že to je jeden ze zásadních problémů ve Zlínském kraji.“ Otázka financí je bezesporu ve zřízení SS zásadní, jde o to, jaká cílová skupina má být podporována a jaké SS zřídit.

V střednědobém plánování, kterého se ve Zlíně i Kroměříži, informant účastní lze vidět potřeby cílové skupiny. Nicméně se jedná pouze o plán a k jeho realizaci je zapotřebí finanční zajištění a prostory. Antoš při jednání s městem Zlín předeslal, že by mohlo být chráněné bydlení pro duševně nemocné realizováno v prostorách organizace Centrum služeb postiženým Zlín, o. p. s. Zatím je však celá věc ve fázi jednání. Otázkou zůstává, zda budou k dispozici finanční prostředky, které by realizaci záměru umožnily.

H3(0) se zamítá: Existují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb, odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie a uživatelů na požadovanou kvalitu a úroveň poskytovaných SS pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

V tomto případě je H3 (0) zamítnuta. Uživatelé ve více než 90% hodnotili poskytované SS jako kvalitní. Tento rozdíl v názorech zainteresovaných skupin může být zapříčiněn faktem, že uživatelé hodnotili pouze SS, kterou sami využívají. Nikoliv SS ve Zlínském kraji obecně. Naopak nejhůře posoudili kvalitu odborníci. Poskytovatelé se v 62,2% přiklonili k pozitivnímu hodnocení viz Graf 15. Z rozhovoru vyplývá, že poskytovatelé i odborníci širší možnosti SS, jak by mohly fungovat atd. Problém je opět v zajištění dostatku finančních prostředků.

Graf 15 Hodnocení kvality a úrovně poskytovaných SS osobám s duševním onemocněním podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů



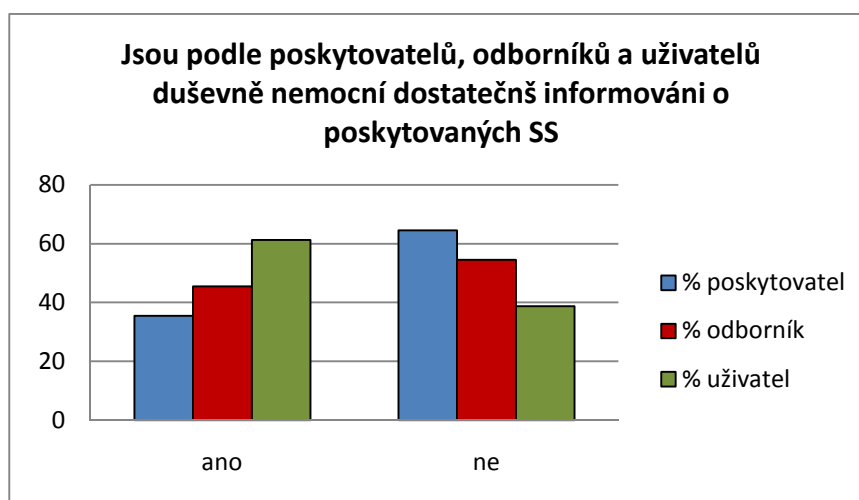
Antoš odlišuje kvalitu z hlediska inspektorů, kteří mají za úkol kontrolovat především byrokratickou část SS. A kvalitu z hlediska uživatelů, na nichž můžeme pozorovat „*jak prospívají a co nám ta naše služba dává*“. Podle druhého kritéria vidí Antoš SS jako kvalitní, nicméně to souvisí s rozsahem služeb a potažmo finančními prostředky zařízení či organizace.

Liší se názory týkající se faktorů, které by mohly přispět ke zlepšení kvality poskytovaných SS. Podle poskytovatelů by ke zlepšení kvality přispěla nejvíce návaznost na ostatní SS (24%), zřízení nových či stávajících SS (19,8%) a zvýšení odbornosti pracovníků (18,8%) viz Příloha PV Graf 16. Podle Antoše by ke zkvalitnění přispěly zejména finanční

prostředky, ty pak mohou ovlivnit rozsah služeb, možnosti, vybavenost zařízení i kvalitu personálu.

H4(0) se zamítá: Existují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb, odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie a uživatelů na dostatečnou informovanost lidí s duševním onemocněním o poskytování SS pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji viz Graf 17.

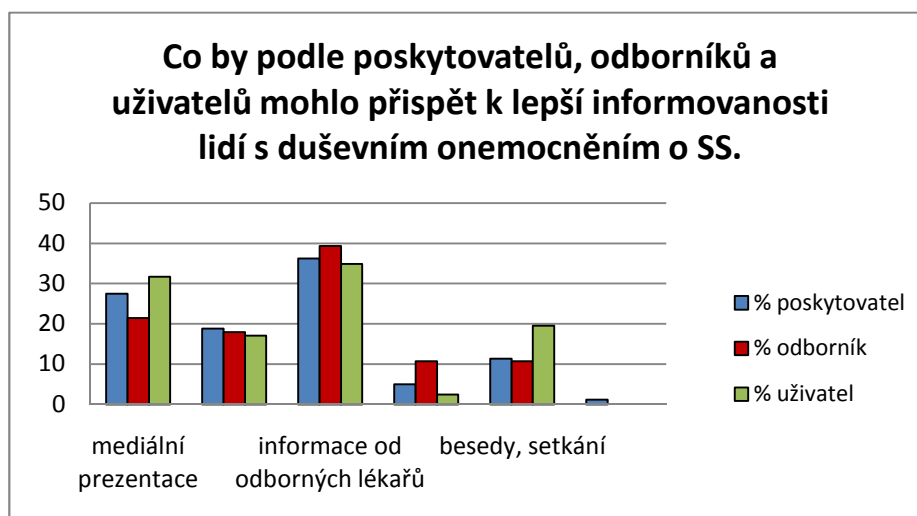
Graf 17 Hodnocení informovanosti osob s duševním onemocněním o poskytovaných SS podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů



Domnívám se, že poskytovatelé a odborníci mají větší nároky na informovanost duševně nemocných než uživatelé těchto služeb. Je možné, že poskytovatelé a odborníci hodnotili informovanost o těchto zařízeních spíše obecně. Uživatelé, podle mého názoru, posuzovali informovanost duševně nemocných subjektivně, z hlediska informovanosti o zařízení, které sami navštěvují. Podle Antoše je informovanost veřejnosti a příslušníků cílové skupiny dostatečná. Lidé mají mnoho zdrojů, ale spíše jde o to, že pokud se jich přímo problém netýká, informace nepotřebují vyhledávat. S informovaností souvisí i četnost zařízení. Ve srovnání se zařízeními pro mentálně postižené, kterých je podstatně více.

Podle všech skupin respondentů by nejvíce ke zvýšení informovanosti duševně nemocných o poskytovaných SS přispělo informování od odborných lékařů. Nejvíce (39,3%) jsou o tom přesvědčeni odborníci viz Graf 18.

Graf 18 Faktory, které by podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů mohly přispět ke zvýšení informovanosti o poskytovaných SS



Myslím, že to je velmi pozitivní zjištění, že si odborníci uvědomují důležitost spolupráce samotných odborných pracovníků se zařízeními poskytujícími SS osobám duševně nemocným. Motivační efekt je vyšší, protože mají uživatelé pocit, že se jim dostávají odbornějších informací. Roli zde může hrát i autorita a prestiž spojená s lékařskou profesí. Překvapivé není, že stejný názor mají i poskytovatelé (36,2%), i já jako pracovník zařízení poskytujícího SS osobám s duševním onemocněním vnímám jako nejdůležitější spolupráci s odbornými pracovníky a jejich angažovanost v podávání informací o zařízeních poskytujících SS.

Mediální prezentace byla u všech tří zainteresovaných skupin na druhém místě. Uživatelé tuto možnost volili v 31,7%, poskytovatelů 27,5% a odborníků 21,4% viz Příloha PV Graf 18. Je zřejmé, že všichni respondenti jaký vliv mají v současnosti média, a proto s tímto názorem souhlasím. Jsou to podle mého názoru právě média, která přispívají ke stigmatizaci duševně nemocných osob. Dále Antoš upozorňuje na skutečnost, že na rozdíl od lidí duševně nemocných, mentálně postiženým lidem medializace nevadí. Duševně nemocné osoby jsou podle jeho názoru skupina málo marketingově zajímavá. „Když se podíváme na to, třeba vrah v Budějovicích byl schizofrenik, zabil nevlastní rodiče a do jaké míry vlastně bylo prezentováno že byl duševně nemocný a že to byl schizofrenik a to bylo v každé zprávě informací vlastně jakoby upřednostňováno, že to byl jakoby člověk v uvozovkách blázen, ale zase když dáme do porovnání kolik lidí, ne schizofreniků zabije, zavraždí a podobně, tak z koho by vlastně ta veřejnost měla mít větší strach, jestli z těch schizofreniků venku jo a nebo ze zdravých lidí a sami ze sebe a tak dále.“

Důležitou shledali respondenti i prezentaci zařízení, jež by mohla přispět k lepší informovanosti o sociálních službách pro duševně nemocné. Zajímavý je názor uživatelů, kteří 19,5% preferují informování prostřednictvím besed a setkání. Taková setkání probíhají v Psychiatrické léčebně v Kroměříži viz Příloha PI. Myslím, že tato forma informování je vhodná nejen pro uživatele, ale i rodinné příslušníky, kteří mají příležitost dozvědět se o duševních nemocech zajímavé informace.

Oblast týkající se sociálních těžkostí osob s duševním onemocněním hodnotily skupiny respondentů rozdílně. Poskytovatelé (24,6%) i odborníci (33,3%) se shodly v názoru, že mezi sociální těžkosti, se kterými se duševně nemocní nejčastěji potýkají a jsou pro ně i nejhůře zvladatelné, patří sociální izolovanost. Uživatelé však nejčastěji uváděli problémy s trávením volného času (27,3%) a potíže s bydlením (18,2%) viz Graf 19.

Graf 19 Nejčastější a nejhůře zvladatelné sociální těžkosti, se kterými se podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů potýkají lidé s duševním onemocněním



V těchto výsledcích se odráží, podle mého názoru, fakt, že výzkum byl prováděn zejména s uživateli využívající SS sociální rehabilitace. Často se stává, že tito uživatelé pobírají invalidní důchody různého stupně, tráví svůj čas doma, protože nemají příležitosti k trávení volného času a mají strach zapojit se do aktivit nabízených v běžném životě. Tím se ještě více prohlubují obavy z kontaktu s lidmi. Potíže s bydlením mohou být zapříčiněny nedostatkem financí. Často tyto obtíže souvisí s nemocí. Duševně nemocný není schopen postarat se o sebe a zaopatřit náležitosti související s péčí o vlastní osobu či byt. Tito lidé většinou žijí se svou rodinou, v případě, že se ocitnou sami a nevyhledají příslušnou pomoc mohou skončit v psychiatrické léčebně či na ulici.

Poskytovatelé velmi vysoce hodnotili i těžkosti ve finanční sféře (21,9%) a vztahy s rodinou (21,9%). Všechny tyto problémy spolu úzce souvisí, často se uživatel ocitne v začarovaném kruhu, ze kterého se nemůže dostat. Nemoc mu nedovoluje pracovat, stává se nezaměstnaným, je mu přiznán nízký či žádný invalidní důchod, nemůže sehnat zaměstnání ani na částečný úvazek a nemá dostatek financí na živobytí. Tato situace působí ještě nepříznivěji na psychický stav. Často se stává, že se zadluží a problémy se tak navyšují.

Povzbuzující je, že 45,2% uživatelů uvedlo, že své problémy již začíná řešit. 25,8% respondentů problémy řeší, ale zatím to podle nich nikam nevede viz Příloha PV Graf 20. Správným krokem k řešení problémů je podle mě již fakt, že navštěvují zařízení, které jim může v jejich situaci pomoci.

Otázky pro uživatele byly zaměřeny na využívání konkrétní služby. zajímalo nás, jak se o dané sociální službě dozvěděli, jak často zařízení využívají a zda existuje sociální služba, kterou by uživatelé chtěli využívat, ale z jakéhokoliv důvodu nemohou.

Nadpoloviční většinou (58,1%) odpovídali uživatelé, že jim o zařízení, které navštěvují podal informace odborný pracovník viz Příloha PV Graf 21. V zařízení Horizont Kroměříž se snažíme apelovat na ambulantní psychiatry a psychology, podávat informace o naší činnosti, aby je mohli dále předat pacientům, potažmo uživatelům. Snažíme s psychiatry či psychology úzce spolupracovat, aby se člověk mohl stát našim uživatelem potřebuje k tomu potvrzení právě od psychiatra, že spadá do cílové skupiny duševních onemocnění.

Jak jsme již zmínili, dotazníkové šetření bylo provedeno zejména s uživateli sociální rehabilitace, proto není překvapivé, že uživatelé zařízení navštěvují nejčastěji několikrát do týdne viz Příloha PV Graf 22.

Celkem 80,6% uživatelů uvedlo, že neexistuje sociální služba, kterou by chtěli využívat viz viz Příloha PV Graf 23. Podle mého názoru výsledek opět souvisí se skupinou respondentů, s níž byl výzkum proveden. Lidé s duševním onemocněním jsou mnohdy nedůvěřiví a nemají rádi změny. Často je stojí mnoho úsilí a odvahy přijít do zařízení poprvé mezi neznámé lidi, kde neví co je čeká. Jejich nemoc může přinášet různá úskalí a oni si nejsou jisti, zda zvládnou kontakt s jinými lidmi, určité dodržování pravidel a návyků.

Těm, kteří uvedli, že by chtěli využívat další službu brání zdravotní stav, dopravní komplikace či nedostatek financí viz Příloha PV Graf 24.

V nejdůležitějším cíli při poskytování sociálních služeb se respondenti s drobnými modifikacemi shodli. Objevovaly se odpovědi jako: zlepšení kvality života, začlenění do běžného života, podpora soběstačnosti, zabezpečení životních potřeb, podpora a udržení současných schopností a dovedností, individuální přístup ke klientovi, podpora aktivizace a motivace. Zajímavý byl názor poskytovatele, podle nějž by mělo být hlavním cílem „aby se mohli cítiti jako lidé“.

Tyto názory se opět podle mého názoru odvíjí od sociálních služeb, které uživatelé navštěvují. Nicméně integrace uživatele by měla být základním cílem ve všech službách, nejen cílové skupiny lidí s duševním onemocněním.

## 7.1 Shrnutí výsledků výzkumu

Výzkum byl zaměřen na porovnání názorů poskytovatelů, odborníků a uživatelů na zastoupení, příp. zřízení sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji. Byl prováděn dotazníkovým šetřením a doplněn o rozhovor poskytovatele. Jelikož byl počet respondentů z každé skupiny jiný, data byla převedena do relativních četností.

Poskytovatelé i odborníci se shodli v názorech na zastoupení nebo spíše nezastoupení sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji. Jako nejméně zastoupené hodnotili poskytovatelé domovy se zvláštním režimem, navzdory tomu, že zaujímají více než třetinu nabízených SS celkem. Odborníci zastávají názor, že nejméně zastoupené je chráněné bydlení, tento názor je zcela oprávněný, ve Zlínském kraji se tato SS nenachází. Stejný závěr vyplynul i z rozhovoru. Otázky zřízení chráněného bydlení informant vnímá jako zásadní, zatím však pouze ve fázi jednání. Nicméně toto stanovisko vychází podle něj z potřeb zájemců o službu.

Na zřízení nezastoupených SS se respondenti opět shodli nadpoloviční většinou. V potřebě zřízení některých nezastoupených SS se opět nejčastěji objevovalo chráněné bydlení a domovy se zvláštním režimem. Uživatelé by podle výsledků chtěli využívat především možnosti ubytování v zařízeních SS a dále podporu při vytváření pracovních návyků a dovedností.

V názorech na požadovanou úroveň a kvalitu nabízených SS se odlišují poskytovatelé, odborníci a uživatelé. Na rozdíl od poskytovatelů a odborníků hodnotili uživatelé kvalitu a



úroveň velmi kladně. Rozdíl může být ovlivněn úhlem pohledu hodnocení respondenta. Zatímco uživatelé hodnotili kvalitu, podle mého názoru, spíše subjektivně. Poskytovatelé a odborníci hodnotili spíše možnosti versus reálný stav.

Rozdílnost názorů byla zřejmá i v otázce informovanosti duševně nemocných o SS. Vysvětlujeme si je podobně jako v případě poskytované kvality.

Dílním cílem bylo zmapování situace v oblasti poskytování SS ve Zlínském kraji. Na tomto území v současnosti funguje 31 SS. Celorepublikově se Zlínský kraj umístil na 11. místě. Domovy se zvláštním režimem mají největší zastoupení. Je zde poskytováno 11 těchto služeb. Naopak chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním není v současnosti ve Zlínském kraji poskytováno vůbec. Zastoupení jednotlivých SS se liší v rámci okresů.

Nejvíce poskytovaných SS je v okrese Vsetín, téměř polovina (14) z celkového počtu (31) ve Zlínském kraji. Kromě tří SS (služby následné péče, domov pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení) jsou zde zastoupeny všechny SS pro duševně nemocné osoby.

V krajském městě, kterým je Zlín, je poskytováno osobám s duševním onemocněním 9 SS. Z toho 5 domovů se zvláštním režimem. V okrese Zlín je zastoupeno pouze 5 druhů SS pro osoby s duševním onemocněním.

Podobná situace je i v okrese Kroměříž, kdy většinu poskytovaných SS (3) tvoří domovy se zvláštním režimem. Zbývajících SS jsou sociální rehabilitace a odlehčovací služby. Celkem se v okrese Kroměříž nachází 5 SS pro osoby s duševním onemocněním.

Nejméně SS nalezneme v okrese Uherské Hradiště. Z celkových 3 SS jsou dvě (odborné sociální poradenství a služby následné péče) v Uherském Brodu a pouze 1 SS v Uherském Hradišti (sociální rehabilitace) pro osoby s duševním onemocněním.

Celkově hodnotíme poskytování SS ve Zlínském kraji jako málo zastoupené. Větším problémem ovšem shledáváme, že ve všech okresech nejsou zastoupeny všechny SS, ale spíše druhově monotónně. Záleží na tom, zda tato situace pokrývá potřeby zájemců o službu. Z výsledků výzkumů vyplývá, že nikoliv. Je však také nutné přihlídnout ke skupině respondentů z řad uživatelů, kteří se výzkumu účastnili. Byli to převážně uživatelé navštěvující SS sociální rehabilitace, tedy osoby s duševním onemocněním z okruhu psychóz. Tito lidé potřebují SS, které by jim pomohli integrovat se do společnosti, žít samostatně, umět plně pokrýt zejména sociální potřeby. Naproti tomu, kdyby se výzkumu účastnili duševně

nemocní např. z domovů se zvláštním režimem, výsledky by nejspíše směřovaly ke službám pobytovým, které mají zabezpečit ubytování, stravování či soběstačnost v péči o vlastní osobu.

## ZÁVĚR

Problematika duševně nemocných, je podle mého názoru, obecně velmi opomíjenou možná až tabuizovanou. Tato situace vyplývá ze stigmatizace duševně nemocných, mylné prezentace v médiích, ale i samotné povahy cílové skupiny, která je velmi komplikovaná.

V období dějin se měnil pohled na duševně nemocné. Dalo by se říci, že až v posledních desetiletích se alespoň v odborných kruzích došlo k názoru, že duševně nemocní potřebují péči, stejně jako každá jiná skupina obyvatel. V zahraničí se již začíná ustupovat od zavírání duševně nemocných do psychiatrických zařízení, protože se v současnosti odborníci přiklánějí k názoru, že prostředí psychiatrických léčeben může mít negativní vliv na zdravotní stav pacienta. Náhradními řešení je vznik chráněných či podporovaných bydlení. U nás se k tomuto kroku zatím nepřistoupilo. Chráněná bydlení jsou na některých místech zřízena, nicméně absolutně nepokrývají potřeby zájemců. Jedná se o sociální službu vyžadující, ostatně jako zřízení každé služby, zajištění nemalých finančních prostředků.

Tím jsme se dostali k tématu mé diplomové práce, jímž je poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním ve Zlínském kraji. Téma jsme zvolili především ze dvou důvodů: pracuji v zařízení poskytující služby sociální rehabilitace osobám s duševním onemocněním, tudíž se o tuto oblast zajímám a chtěla jsem, aby má diplomová práce vycházela z praxe. Přestože pracuji s duševně nemocnými teprve rok a půl, zjišťuji, že nedostatečné zastoupení některých SS vede až k vyloučení duševně nemocných ze společnosti. Jedná se především o zařízení poskytující ubytování duševně nemocným. Pociťujeme absenci chráněných bydlení. Uživatelé propuštění z psychiatrických léčeben často řeší otázku bydlení v azylových domech. Někdy však nejsou schopni samostatně fungovat, ať už finančně či psycho-sociálně. Často se pak vracejí znovu do léčebny. Jsou zde případy, které tráví v léčebnách až několik let. Sice neskončí na ulici, ale příliš si zvyknou na pohodlný život v léčebně, kde jim v podstatě nic nechybí a chtějí tam setrvat, když již nespádají do cílové skupiny a nepotřebují zdravotnickou pomoc. Tím tak nechtěně léčebny přispívají k jejich sociálnímu vyloučení. Pacienti ztrácí motivaci k osamostatnění se. Proč by měnili pohodlný bezstarostný život za život „venku“, kde by se museli o sebe starat, shánět si ubytování a stravování. Samozřejmě, že tyto případy jsou ojedinělé, nicméně se vyskytují.

Je nutné, aby SS na sebe navazovaly a zahrnovaly komplexní péči osobám s duševním onemocněním. Otázkou je jak, a zda vůbec, se tato situace dá řešit. Jak jsme již zmínili

skupina duševně nemocných je velmi komplikovaná. Je proto těžké ji medializovat či jinak pozitivně zapsat do povědomí, aby se tak stala cílovou skupinou, vedle seniorů a mentálně postižených, kterou je třeba podporovat a zřizovat SS. Podle mě je tato skupina jedna z nejméně podporovaných, protože občany nijak neohrožuje (není třeba akutně řešit), nevyvolávají u lidí pocity empatie (neznají problematiku duševně nemocných), naopak spíše lhostejnost (nezajímají se o duševně nemocné). Lidé často nerozlišují skupinu mentálně a duševně postižených a nevidí v nich rozdíl, což můžu potvrdit ze své praxe.

Snažili jsme se tímto výzkumem přiblížit oblast duševních poruch a především potřebu jejich komplexní péče. V případě, že nebude poskytnuta, mohou se duševně nemocní ocitnout sociálně izolovaní. Tato skupina není z těch, kteří by si o pomoc sami řekli. Často svou nemoc vnímají negativně a stojí je mnohé úsilí smířit se s ní, či se s ní jen naučit žít. Duševní nemoci ovlivňují člověka komplexně v bio-psycho-sociální podobě, většinou chronicky. Málo kdo si uvědomuje, že duševní porucha může postihnout kohokoliv, proto bychom neměli být k této problematice lhostejní, protože se může stát, že jednou budeme sami potřebovat pomoc, ale bohužel nám ji nikdo neposkytne. Uvědomujeme si, že tato práce překračuje zadaný rozsah, nicméně jsme pokládali za důležité uvést všechny uvedené informace.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BRANT, Sebastian. *Lod' bláznů*. Praha: Academia, 2007. 163 s. ISBN 978-80-200-1514-3.
- [2] ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, Michaela. Multidisciplinární tým In Mahrová, Venglářová a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. s 60 - 66. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [3] ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 236 s. ISBN 80-7169-086-4.
- [4] DUINOVÁ, Nancy; SUTCLIFFOVÁ, Jenny. *Historie medicíny. Od pravěku do roku 2020*. Praha: Slovart, 1997. 256 s. ISBN 80-85871-04-1.
- [5] GAVORA, Peter. *Úvod pedagogického výzkumu*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- [6] HÖSCHL, Cyril. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: Nakladatelství H&H, 1996, 424 s. ISBN 80-85787-96-2.
- [7] CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálně psychologický pohled*. 1. Vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., 1990. 82 s. ISBN 80-201-0050-4.
- [8] JUNAS, Ján. *Průkopníci medicíny*. Praha: Avicenum, 1977. 263 s.
- [9] KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou?* Praha: Portál, 2001. 247 s. ISBN 80-7178-563-6.
- [10] Katalog sociálních služeb Zlínského kraje. Sociální služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Zlín: Zlínský kraj, 2009.
- [11] MAHROVÁ, Gabriela; VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [12] MAHROVÁ, Gabriela. Možnosti terapie duševních nemocí In Mahrová, Venglářová a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. s 92 – 97. ISBN 978-80-247-2138-5.

- [13] MAHROVÁ, Gabriela. Psychiatrické minimum In Mahrová, Venglářová a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. s 69 - 82. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [14] MALÁ, Eva. PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
- [15] MAREČEK, Pavel In Zvolský, Petr a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. 45-67 s. ISBN 80-7184-666-X.
- [16] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 287 str. ISBN 80-7178-549-0.
- [17] MOTLOVÁ, Lucie a kol. *PREDUKA. Preventivně edukační program proti relapsu psychózy*. EVYAN spol. s. r. o., 2007.
- [18] PĚČ, Ondřej; PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [39] REITEROVÁ, Eva. *Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie. Studijní texty pro distanční studium*. Olomouc, Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0967-4.
- [20] ROTTERDAMSKÝ, Desiderius, Erasmus. *Chvála bláznivosti*. 2. vyd., Praha: Mladá fronta, 1986. 149 s.
- [21] RŮŽIČKA, Radomír. *Medicína dávných civilizací*. Olomouc: Poznání, 2004. 346 s. ISBN 80-86606-18-X.
- [22] STYX, Petr. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.
- [23] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. roz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [24] VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie dávných věků*. Praha: KAROLINUM, 1996. 222 s. ISBN 80-7184-226-5.
- [25] VENGLÁŘOVÁ, Martina. Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. In Mahrová, Venglářová a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. s 82 - 84. ISBN 978-80-247-2138-5.

- [26] VENGLÁŘOVÁ, Martina. Poruchy osobnosti In Mahrová, Venglářová a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. s 84 - 87. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [27] VONDRKA, Josef. Zákonná úprava systému sociálních služeb In Mahrová a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. s 40 - 47. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [28] Zákon ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů*. 2006, částka 39, s. 25-130. V aktuálním znění.
- [29] ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1994. 192 s. ISBN 80-7184-681-3.

### Internetové zdroje

- [1] Český statistický úřad. [online]. [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/home>
- [2] Dějiny ošetrovatelství/Starověk. In *Wikiskripta* [online]. Praha : MEFANET, stránka naposledy změněna 10. 3. 2011 [cit. 2011-03-23]. Dostupné z WWW: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/D%C4%9Bjiny\\_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD/Starov%C4%9Bk](http://www.wikiskripta.eu/index.php/D%C4%9Bjiny_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD/Starov%C4%9Bk)
- [3] Elektrokonvulzivní terapie. In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, [cit. 2011-02-25]. Dostupné z WWW: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Elektrokonvulzivn%C3%AD\\_terapie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Elektrokonvulzivn%C3%AD_terapie)>.
- [4] FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství*. Praha: NLN, s. r. o., nakladatelství Lidové noviny, 1993. 186 s. Dostupné z WWW: <http://atheneum.zde.cz>
- [5] Historie a vše o poruchách nálady. In *Klikni na zdraví.cz : Vaše zdraví on-line* [online]. [s.l.] : [s.n.], 2011 [cit. 2011-03-23]. Dostupné z WWW: <http://klinikazdravi.cz/style=print/clanky/historie-a-vse-o-poruchach-nalady/>
- [6] HORČIČKO, Jan. Elektrokonvulzivní terapie – ECT. [online]. [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <http://vasinasi.webnode.cz/o-nas/elektrokonvulzivni-terapie-ect/>

- [7] HRDLIČKA, Michal: Historie psychiatrie. *Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů: Portál 2. Lékařské fakulty* [online] 13.9.2009, poslední aktualizace 7.6.2010 [cit. 2011-03-06] Dostupný z WWW: <http://mefanet-motol.cuni.cz/clanky.php?aid=191>
- [8] KROUŽKOVÁ, Petra. Světové dějiny psychiatrie a pedopsychiatrie. In *Světové dějiny psychiatrie a pedopsychiatrie* [online]. Opařany: [s.n.], 2007 [cit. 2011-03-23]. Dostupné z WWW: [http://www.psychiatrickaseccas.estranky.cz/clanky/odborne-texty\\_-historie-psychiatrie/svetove-dejiny-psychiatrie-a-pedopsychiatrie.html](http://www.psychiatrickaseccas.estranky.cz/clanky/odborne-texty_-historie-psychiatrie/svetove-dejiny-psychiatrie-a-pedopsychiatrie.html).
- [9] Loď bláznů. In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, [cit. 2011-03-25]. Dostupné z WWW: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Lo%C4%8F\\_bl%C3%A1zn%C5%AF](http://cs.wikipedia.org/wiki/Lo%C4%8F_bl%C3%A1zn%C5%AF).
- [10] Meet Dr. Nancy Andersen. [online]. [cit. 2011-03-23]. Dostupné z WWW: <http://nancyandreasen.com/>
- [11] PRAŠKO, Ján. Příčiny a prevence duševních poruch. [online]. [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <http://sestrylf3.unas.cz/obsahpschr.html>
- [12] Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/rozsirene\\_hledani\\_sluzby.fw.do?SUBSESSION\\_ID=1301345106156\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/rozsirene_hledani_sluzby.fw.do?SUBSESSION_ID=1301345106156_1)
- [13] ŠEDIVEC, Václav. Duševní nemoci. česká a slovenská psychiatrie: Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS [online]. 2008, 104, 3, [cit. 2011-01-26]. Dostupný z WWW: <http://www.cspsychiatr.cz/>. ISSN 1212-0383.
- [14] ŠPANIEL. *Léčení duševních poruch*. [online]. [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <http://sestrylf3.unas.cz/obsahpschr.html>
- [15] ŠPANIEL. *Koncepce a organizace psychiatrické péče*. [online]. [cit. 2011-02-23]. Dostupné z WWW: <http://sestrylf3.unas.cz/obsahpschr.html>
- [16] Trepanace. In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, , last modified on 31. 10. 2010 [cit. 2011-03-23]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Trepanace>



- [17] Ústav Zdravotnických informací a Statistiky. Registr zdravotnických zařízení. [online]. [cit. 2011-03-10]. Dostupné z WWW: <https://snzr.uzis.cz/viewzz/rzz.htm>
- [18] VANĚČEK, Miloš. Vývoj psychiatrie v dějinách V. *Bulletin Národní protidrogové centrály* [online]. 2002, 1, [cit. 2011-03-24]. Dostupný z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/policie/npdc/bulletin/2002/0201.pdf> ISSN 1211-8834

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ČR	Česká republika.
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí.
Kap.	Kapitola.
MKN 10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá verze.
Obr.	Obrázek.
SS	Sociální služba.
WHO	Světová zdravotnická organizace.

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1	Znázornění bio-psycho-sociálního modelu psychické poruchy .....	34
Obr. 2	Příklad vnímání schizofrenního pacienta .....	38
Obr. 3	Přehled psychofarmak .....	46
Obr. 4	Přehled projevů duševní nemoci, které neuroleptika ovlivňují.....	46
Obr. 5	Přehled projevů duševní nemoci, které antidepresiva ovlivňují .....	47
Obr. 6	Přehled projevů duševní nemoci, které anxyolitika ovlivňují.....	48
Obr. 7	Schéma systému sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním .....	53
Obr. 8	Mapa poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním, okres Vsetín.....	69
Obr. 9	Mapa poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním, okres Zlín .....	71
Obr.10	Mapa poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním, okres Kroměříž.....	73
Obr.11	Mapa poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním, okres Uherské Hradiště . .....	75

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1	Historický přehled psychiatrie .....	15
Tabulka 2	Definice „trů“ poruch osobnosti podle DSM – IV .....	43
Tabulka 3	Poskytování sociálních služeb dle krajů ČR .....	62
Tabulka 4	Poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním dle formy poskytování a jednotlivých okresů .....	63
Tabulka 5	Poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním dle druhu poskytování a jednotlivých okresů .....	66
Tabulka 6	Přehled názvů zařízení poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, okres Vsetín .....	69
Tabulka 7	Přehled názvů zařízení poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, okres Zlín .....	71
Tabulka 8	Přehled názvů zařízení poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, okres Kroměříž .....	73
Tabulka 9	Přehled názvů zařízení poskytujících sociální služby osobám s duševním onemocněním, okres Uherské Hradiště .....	75

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1	Grafické znázornění počtu sociálních služeb v krajích ČR .....	61
Graf 2	Poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním dle formy poskytování a jednotlivých okresů.....	63
Graf 3	Poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním dle druhu poskytování a jednotlivých okresů.....	67
Graf 4	Přehled sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v okrese Vsetín .....	68
Graf 5	Přehled sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v okrese Zlín .....	70
Graf 6	Přehled sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v okrese Kroměříž .....	72
Graf 7	Přehled sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v okrese Uherské Hradiště.....	74
Graf 10	Posouzení zastoupení SS pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním ve Zlínském kraji, dle poskytovatelů a odborníků.....	84
Graf 13	Názory poskytovatelů a odborníků na zřízení konkrétních chybějících či málo zastoupených SS pro osoby s duševním onemocněním.....	85
Graf 15	Hodnocení kvality a úrovně poskytovaných SS osobám s duševním onemocněním podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů.....	87
Graf 17	Faktory, které by podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů mohly přispět ke zvýšení informovanosti o poskytovaných SS.....	88
Graf 18	Co by podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů mohlo přispět k lepší informovanosti lidí s duševním onemocněním o SS.....	89
Graf 19	Nejčastější a nejhůře zvladatelné sociální těžkosti. se kterými se podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů potýkají lidé s duševním onemocněním .....	90

## SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha PI: Popis průběhu preventivně edukačního programu v psychiatrické léčebně v Kroměříži.
- Příloha PII: Dotazníky.
- Příloha P III: Testování nulových hypotéz.
- Příloha P IV: Tabulky výpočtů absolutních a relativních četností z dotazníkového šetření.
- Příloha P V: Grafy výsledků dotazníkového šetření.
- Příloha PVI: Rozhovor s Ing. et Mgr. Milanem Antošem, ředitelem organizace Centrum služeb postiženým Zlín, o.p.s.

## **PŘÍLOHA P I: POPIS PRŮBĚHU PREVENTIVNĚ EDUKAČNÍHO PROGRAMU V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ V KROMĚŘÍŽI**

PREDUKA – Preventivně edukační program pro lidi s psychotickým onemocněním a rodinné příslušníky

Jako pracovník v sociálních službách působící v zařízení Horizont Kroměříž, jež poskytuje sociální rehabilitaci lidem s duševním onemocněním, jsem měla příležitost účastnit se tohoto programu. Poslední setkání se uskutečnilo na podzim. V současnosti tato setkávání neprobíhají, protože na ně nebyly poskytnuty finanční zdroje. Psychiatrická léčebna v Kroměříži se je snaží obnovit, a program by měl být realizován na konci dubna 2011, ovšem bez materiálů, které dříve byly k dispozici, pouze formou přednášky.

Myslím, že tento program je velmi přínosný nejen pro duševně nemocné, ale zejména pro rodinné příslušníky, kteří se měli možnost dozvědět něco o nemoci blízkého, případně se zeptat na to, co je zajímavé. Teoretická přednáška se týkala příznaků, příčin, průběhu a léčby psychóz. Praktická část byla zaměřena na medikaci při onemocnění psychotickým onemocněním, relaps a možné příznaky a zodpovídání dotazů.

Po této části měli duševně nemocní i blízcí možnost zapojit se do diskuze. Otec jednoho pacienta přiznal, že o nemoci syna nevěděl, myslel si, že je líný a drzý, že se mu nechce pracovat. U duševně nemocných se často vyskytuje „klackovité“ jednání, které je zaměřováno s leností. Na některých rodinných příslušnících, kteří mluvili o své situaci, bylo vidět zoufalství. Necháпали, proč zrovna jejich potomek se stal duševně nemocný, a obviňovali se ze špatné výchovy. Po diskuzi byli přítomní rozděleni na dvě skupiny duševně nemocní a rodinní příslušníci, aby měli prostor mluvit o svých problémech bez jakýchkoliv zábrán. Na závěr byly předány informace s možnostmi využití zařízení poskytujícími duševně nemocným péči, která by měla pokrýt všechny jejich potřeby. Podle mého názoru tato setkání mají smysl a jsou prospěšná a velmi užitečná. Mohou pomoci pochopit rodičům, co prožívají jejich děti. Duševně nemocným se alespoň trochu ulevilo, že někdo vysvětlil blízkým i jim samotným, co sami necháпали. Velkým přínosem bezpochyby je možnost otevřeně se vyjádřit. Obě odborné pracovnice ochotně zodpovídaly všechny dotazy a reagovaly na názory rodičů i duševně nemocných. Byl to velmi příjemně strávený den, který měl pomoci porozumět, vyrovnat se se svou situací a nabídnout možnosti léčby.

## **PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍKY**

- a) Dotazník určený pro poskytovatele sociálních služeb lidem s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

*Vážená paní, vážený pane,*

*vzhledem k tomu, že se ve své diplomové práci zabývám problematikou sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji, chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a data budou využita výhradně jako podklad pro mou diplomovou práci.*

*Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas,*

*Bc. Pavla Doleželová, studentka studijního oboru sociální pedagogika*

*na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně*

---

### **Pokyny pro vyplnění**

*Velmi Vás prosím o podrobné pročtení a zodpovězení všech otázek. Pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte vždy jednu odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru.*

---

### **Demografické údaje**

**Věk:** .....

**Pohlaví:**

- a) žena
- b) muž

**Okres, ve kterém pracujete:**

okres: .....

**Druh sociálních služeb, které poskytuje zařízení, v němž pracujete:**

- a) sociální rehabilitace
- b) osobní asistence
- c) pečovatelská služba
- d) denní stacionář
- e) domov se zvláštním režimem
- f) odlehčovací služby
- g) domov pro osoby se zdravotním postižením



- h) chráněné bydlení
- i) sociálně terapeutické dílny
- j) odborné sociální poradenství
- k) služby následné péče
- l) jiná možnost (uveďte):

.....

.....

.....

**Forma poskytování sociálních služeb, které nabízí zařízení, v němž pracujete: (V případě potřeby vyberte více možností.)**

- a) ambulantní
- b) pobytová
- c) terénní

### Specifické údaje

**1. Jaká forma sociálních služeb je pro osoby s duševním onemocněním, podle Vás, nejpotřebnější? (V případě potřeby vyberte maximálně 2 možnosti)**

- a) pobytové sociální služby (domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, služby následné péče)
- b) pobytové sociální služby typu chráněné bydlení
- c) ambulantní sociální služby (denní stacionáře, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace, odborné sociální poradenství, služby následné péče, pečovatelská služba)
- d) terénní sociální služby (osobní asistence, pečovatelská služba)

**2. Zkuste odhadnout zastoupení sociálních služeb pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním ve Zlínském kraji? (U každého řádku udělejte křížek v úrovni zastoupení poskytované služby)**

Název služby/zastoupení	Naprosto nedostačující	Částečně nedostačující	Částečně dostačující	Naprosto dostačující
domovy se zvláštním režimem				
domovy pro osoby se zdravotním postižením				

odlehčovací služby				
odborné sociální poradenství				
služby následné péče				
pečovatelská služba				
osobní asistence				
sociální rehabilitace				
sociálně terapeutické dílny				
denní stacionáře				
chráněné bydlení				

*V případě, že jste ve všech řádcích v otázce č. 2 uvedl(a) zastoupení sociálních služeb jako naprosto dostačující nebo částečně dostačující přejděte k otázce č. 4.*

**3. Rozhodněte, zda sociální služby, které jste označil(a) v otázce č. 2 křížkem jako ČÁSTEČNĚ NEDOSTAČUJÍCÍ nebo NAPROSTO NEDOSTAČUJÍCÍ zastoupení, je podle Vás potřeba zřídit pro lidi s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.**

- a) je třeba zřídit všechny takto označené
- b) je třeba zřídit jen některé (uved'te písmeno označující název sociálních služeb, které je podle Vás nutné zřídit)  
.....  
.....
- c) přesto, že chybí nebo nejsou zastoupeny, není třeba je zřizovat

**4. Domníváte se, že jsou existující sociální služby pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji poskytovány na požadované úrovni a v požadované kvalitě?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

**5. Co by podle Vás mohlo přispět ke zvýšení kvality sociálních služeb poskytovaných lidem s duševním onemocněním ve Zlínském kraji? (V případě potřeby vyberte maximálně 3 možnosti.)**

- a) zvýšení odbornosti pracovníků v zařízeních poskytujících sociální služby
- b) zřízení nových nebo rozšíření stávajících sociálních služeb
- c) lepší dostupnost služeb pro uživatele
- d) lepší informovanost o jednotlivých zařízeních pro uživatele i veřejnost
- e) zpoplatnění některých bezplatných služeb
- f) finanční podmínky (především u neziskových organizací potíže se sháněním financí na provoz zařízení)
- g) návaznost na ostatní sociální služby (spolupráce mezi zařízeními poskytující sociální služby, zdravotnickými zařízeními, odbornými pracovníky)
- a) jiné (uved'te):

.....  
.....  
.....

**6. Domníváte se, že lidé s duševním onemocněním jsou dostatečně informováni o poskytování sociálních služeb, které by mohli využívat?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

**7. Co by podle Vás mohlo přispět k lepší informovanosti lidí s duševním onemocněním o stávajících i nově zřizovaných sociálních službách? (V případě potřeby vyberte maximálně 2 možnosti)**

- a) mediální prezentace (noviny, tv, internet)
- b) prezentace zařízení (letáky, brožury)
- c) informace od odborných lékařů
- d) informace ze strany obce
- e) besedy, setkání
- f) jiné (uved'te):

.....

.....  
.....

**8. O využívání jakých služeb by podle Vás, mohli mít lidé s duševním onemocněním největší zájem? (V případě potřeby vyberte maximálně 3 možnosti)**

- a) pomoc při péči o vlastní osobu
- b) zajištění stravování
- c) ubytování
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- e) zdravotní péči
- f) odborné poradenství
- g) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- h) psychoterapie
- i) výchovně-vzdělávací a aktivizační činnosti
- j) podpora v oblasti zaměstnanosti
- k) pomoc/podpora s trávením volného času
- l) jiné (uveďte):

.....  
.....  
.....

**9. Co je podle Vás NEJDŮLEŽITĚJŠÍM cílem při poskytování sociálních služeb lidem s duševním onemocněním? Uveďte:**

.....  
.....  
.....

**10. S jakými sociálními těžkostmi se osoby s duševním onemocněním potýkají podle Vašich zkušeností nejčastěji a zároveň jsou i pro tuto skupinu nejhůře zvladatelné?**

*(V případě potřeby vyberte maximálně 3 možnosti).*

- a) finanční oblast
- b) potíže s bydlením
- c) vztahy s rodinou
- d) vztahy s přáteli
- e) problémy s trávením volného času

- f) těžkosti se sebeobsluhou
- g) sociální izolovanost
- h) nezaměstnanost
- i) jiné (uved'te):

.....

.....

.....

Místo pro Vaše připomínky, názory, náměty:

.....

.....

.....

.....

.....

- b) Dotazník určený pro uživatele navštěvující zařízení poskytující sociální služby lidem s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

*Vážená paní, vážený pane,*

*vzhledem k tomu, že se ve své diplomové práci zabývám problematikou sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji, chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a data budou využita výhradně jako podklad pro mou diplomovou práci.*

*Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas,*

*Bc. Pavla Doleželová, studentka studijního oboru sociální pedagogika*

*na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně*

---

### **Pokyny pro vyplnění**

*Velmi Vás prosím o podrobné přečtení a zodpovězení všech otázek. Pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte vždy jednu odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru.*

---

### **Demografické údaje**

Věk: .....

Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

Okres, ve kterém bydlíte:

okres: .....

Název zařízení, poskytující sociální služby pro lidi s duševním onemocněním, které navštěvujete:

(v případě, že navštěvujete více zařízení, uveďte všechna)

.....  
.....  
.....  
.....

---

### Specifické údaje

**1. Jakým způsobem jste se o zařízení poskytujícím sociální služby, které navštěvujete, dozvěděl(a)?**

- a) od pracovníka zařízení
- b) od odborného pracovníka (praktický lékař, psycholog, psychiatr)
- c) od rodinného příslušníka
- d) od přítele či známého
- e) z webových stránek zařízení
- f) z novin či jiných tiskovin
- g) z letáku či brožury zařízení
- h) jiná možnost (uveďte):

.....  
.....  
.....

**2. Jak často sociální služby tohoto zařízení využíváte?**

- a) nepřetržitě – 24 hodin denně
- b) každý den

- c) několikrát do týdne
- d) nejvýše 1x týdne
- e) několikrát za měsíc
- f) nejvýše 1 x měsíčně
- g) podle potřeby – několikrát za rok

**3. Domníváte se, že jsou existující sociální služby pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji poskytovány na požadované úrovni a v požadované kvalitě?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

**4. Co by podle Vás mohlo přispět ke zvýšení kvality sociálních služeb poskytovaných lidem s duševním onemocněním ve Zlínském kraji? (V případě potřeby zakroužkujte maximálně 3 možnosti.)**

- a) zvýšení odbornosti pracovníků v zařízeních poskytujících sociální služby
- b) zřízení nových nebo rozšíření stávajících sociálních služeb
- c) lepší dostupnost služeb pro uživatele
- d) lepší informovanost o jednotlivých zařízeních pro uživatele i veřejnost
- e) zpoplatnění některých bezplatných služeb
- f) finanční podmínky (především u neziskových organizací potíže se zajištěním financí na provoz zařízení)
- g) návaznost na ostatní sociální služby (spolupráce mezi zařízeními poskytující sociální služby, zdravotnickými zařízeními, odbornými pracovníky)
- b) jiné (uveďte):

.....  
 .....  
 .....

**5. Domníváte se, že lidé s duševním onemocněním jsou dostatečně informováni o poskytování sociálních služeb, které by mohli využívat?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne

d) určitě ne

**6. Co by podle Vás mohlo přispět k lepší informovanosti lidí s duševním onemocněním o stávajících i nově zřizovaných sociálních službách? (V případě potřeby vyberte maximálně 2 možnosti)**

- a) mediální prezentace (noviny, tv, internet)
- b) prezentace zařízení (letáky, brožury)
- c) informace od odborných lékařů
- d) informace ze strany obce
- e) besedy, setkání
- f) jiné (uved'te):

.....  
.....  
.....

**7. Jaké činnosti při návštěvě / pobytu v zařízení poskytujícím sociální služby NEJČASTĚJI využíváte? (V případě potřeby vyberte maximálně 3 možnosti)**

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- b) pomoc při osobní hygieně
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- d) poskytnutí ubytování
- e) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- g) sociální poradenství
- h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- i) sociálně terapeutické činnosti
- j) pomoc při uplatňování práv, zájmů, obstarávání osobních záležitostí
- k) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu a soběstačnosti
- l) podpora vytváření pracovních návyků a dovedností
- m) jiné (uved'te konkrétní činnosti):

.....  
.....  
.....

**8. Jaké další činnosti či služby byste v zařízení, které navštěvujete, uvítal(a)?**



- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- b) pomoc při osobní hygieně
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- d) poskytnutí ubytování
- e) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- g) sociální poradenství
- h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- i) sociálně terapeutické činnosti
- j) pomoc při uplatňování práv, zájmů, obstarávání osobních záležitostí
- k) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu a soběstačnosti
- l) podpora vytváření pracovních návyků a dovedností
- m) jiné (uved'te konkrétní činnosti):

.....

.....

.....

**9. Existuje nějaká sociální služba či zařízení, o které víte a chtěl (a) byste ji využívat?**

- a) ano
- b) ne

*Pokud jste na otázku č.9 vybral/a možnost b) přejděte k otázce č. 11.*

**10. Co vám brání ve využívání služby?**

- a) kapacitní důvody (služba je obsazena)
- b) finanční důvody (jde o placenou službu)
- c) časové důvody (je poskytována v čase, který mi nevyhovuje)
- d) dopravní komplikace (k dané službě se špatně dostává nebo je daleko)
- e) zdravotní stav
- f) jiné (uved'te):

.....

.....

.....

**11. S jakými sociálními těžkostmi se potýkáte nejčastěji a zároveň jsou i pro Vás nejhůře zvladatelné? (Vyberte maximálně 3 možnosti).**

- a) finanční oblast
- b) potíže s bydlením

- c) vztahy s rodinou
- d) vztahy s přáteli
- e) problémy s trávením volného času
- f) těžkosti se sebeobsluhou
- g) sociální izolovanost
- h) nezaměstnanost
- i) jiné (uved'te):

.....  
.....  
.....

**12. Zkoušel(a) jste již vyhledat pomoc při řešení problémů, které jste uvedl(a) v otázce č. 11?**

- a) ano, problémy již začínám řešit
- b) ano, ale zatím to nikam nevede
- c) zatím ne, ale přemýšlím o tom
- d) ne, nevím kam se obrátit
- e) ne, pomoc nepotřebuji

Místo pro Vaše připomínky, názory, náměty:

.....  
.....  
.....  
.....

- c) Dotazník určený pro odborníky z oblasti psychologie a psychiatrie působící ve Zlínském kraji.

*Vážená paní, vážený pane,*

*vzhledem k tomu, že se ve své diplomové práci zabývám problematikou sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji, chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a data budou využita výhradně jako podklad pro mou diplomovou práci.*

*Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas,*

*Bc. Pavla Doleželová, studentka studijního oboru sociální pedagogika*

### **Pokyny pro vyplnění**

*Velmi Vás prosím o podrobné pročtení a zodpovězení všech otázek. Pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte vždy jednu odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru.*

---

### **Demografické údaje**

**Věk:** .....

**Pohlaví:**

- a) žena
- b) muž

**Okres, ve kterém pracujete:**

okres: .....

**Délka praxe v letech:**

.....

---

### **Specifické údaje**

**1. Spolupracujete se zařízením(i), poskytujícím(i) sociální služby lidem s duševním onemocněním?**

rozhodně ano

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

*Pokud jste na otázku č. 1 vybral (a) možnost a) nebo b) přejděte k otázce č. 3.*

**2. Čím je podle Vás způsobeno, že se zařízeními poskytujícími sociální služby lidem s duševním onemocněním spíše nespolupracujete či nespolupracujete vůbec?**

- a) nejsem o těchto zařízeních dostatečně informován(a)
- b) nemám zájem o spolupráci s těmito zařízeními
- c) nevidím v této spolupráci žádný přínos
- d) jiná možnost (uveďte):

.....

.....

.....

**3. Jaká forma sociálních služeb je pro osoby s duševním onemocněním, podle Vás, nejpotřebnější? (V případě potřeby vyberte maximálně 2 možnosti)**

- a) pobytové sociální služby (domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, služby následné péče)
- b) pobytové sociální služby typu chráněné bydlení
- c) ambulantní sociální služby (denní stacionáře, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace, odborné sociální poradenství, služby následné péče, pečovatelská služba)
- d) terénní sociální služby (osobní asistence, pečovatelská služba)

Název služby/zastoupení	Naprosto nedostačující	Částečně nedostačující	Částečně dostačující	Naprosto dostačující
domovy se zvláštním režimem				
domovy pro osoby se zdravotním postižením				
odlehčovací služby				
odborné sociální poradenství				
služby následné péče				
pečovatelská služba				
osobní asistence				
sociální rehabilitace				

sociálně terapeutické dílny				
denní stacionáře				
chráněné bydlení				

**4. Zkuste odhadnout zastoupení sociálních služeb pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním ve Zlínském kraji? (U každého řádku udělejte křížek v úrovni zastoupení poskytované služby)**

*V případě, že jste ve všech řádcích v otázce č. 4 uvedl(a) zastoupení sociálních služeb jako naprosto dostačující nebo částečně dostačující přejděte k otázce č. 6.*

**5. Rozhodněte, zda sociální služby, které jste označil(a) v otázce č. 2 křížkem jako ČÁSTEČNĚ NEDOSTAČUJÍCÍ nebo NAPROSTO NEDOSTAČUJÍCÍ, je podle Vás potřeba zřídit pro lidi s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.**

- a) je třeba zřídit všechny takto označené
- b) je třeba zřídit jen některé (uved'te písmeno označující název sociálních služeb, které je podle Vás nutné zřídit)

.....  
.....  
.....

- c) přesto, že chybí nebo nejsou zastoupeny, není třeba je zřizovat

**6. Domníváte se, že jsou existující sociální služby pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji poskytovány na požadované úrovni a v požadované kvalitě?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne

**7. Co by podle Vás mohlo přispět ke zvýšení kvality sociálních služeb poskytovaných lidem s duševním onemocněním ve Zlínském kraji? (V případě potřeby zakroužkujte maximálně 3 možnosti.)**

- a) zvýšení odbornosti pracovníků v zařízeních poskytujících sociální služby
- b) zřízení nových nebo rozšíření stávajících sociálních služeb
- c) lepší dostupnost služeb pro uživatele
- d) lepší informovanost o jednotlivých zařízeních pro uživatele i veřejnost
- e) zpoplatnění některých bezplatných služeb
- f) finanční podmínky (především u neziskových organizací potíže se sháněním financí na provoz zařízení)
- g) návaznost na ostatní sociální služby (spolupráce mezi zařízeními poskytující sociální služby, zdravotnickými zařízeními, odbornými pracovníky)
- h) jiné (uved'te):  
.....  
.....  
.....

**8. Domníváte se, že lidé s duševním onemocněním jsou dostatečně informováni o poskytování sociálních služeb, které by mohli využívat?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

**9. Co by podle Vás mohlo přispět k lepší informovanosti lidí s duševním onemocněním o stávajících i nově zřizovaných sociálních službách? (V případě potřeby vyberte maximálně 2 možnosti)**

- a) mediální prezentace (noviny, tv, internet)
- b) prezentace zařízení (letáky, brožury)
- c) informace od odborných lékařů
- d) informace ze strany obce
- e) besedy, setkání
- f) jiné (uved'te):  
.....  
.....  
.....

**10. O využívání jakých služeb by podle Vás, mohli mít lidé s duševním onemocněním největší zájem? (Vyberte maximálně 3 možnosti)**

- a) pomoc při péči o vlastní osobu
- b) zajištění stravování
- c) ubytování
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- e) zdravotní péči
- f) odborné poradenství
- g) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- h) psychoterapie
- i) výchovně-vzdělávací a aktivizační činnosti
- j) podpora v oblasti zaměstnanosti
- k) pomoc/podpora s trávením volného času
- l) jiné (uved'te):

.....  
.....  
.....

**11. Co je podle Vás NEJDŮLEŽITĚJŠÍM cílem při poskytování sociálních služeb lidem s duševním onemocněním? Uved'te:**

.....  
.....  
.....  
.....

**12. S jakými sociálními těžkostmi se osoby s duševním onemocněním potýkají podle Vašich zkušeností nejčastěji a zároveň jsou i pro tuto skupinu nejhůře zvladatelné? (Vyberte maximálně 3 možnosti).**

- a) finanční oblast
- b) potíže s bydlením
- c) vztahy s rodinou
- d) vztahy s přáteli
- e) problémy s trávením volného času
- f) těžkosti se sebeobsluhou
- g) sociální izolovanost
- h) nezaměstnanost

i) jiné (uved'te):

.....  
.....

Místo pro Vaše připomínky, názory, náměty:

.....  
.....  
.....  
.....



## PŘÍLOHA P III: TESTOVÁNÍ NULOVÝCH HYPOTÉZ

**Testovaná H1(0):** Neexistují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb a odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie na zastoupení sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

Každá nezávisle proměnná (poskytovatel a odborník) je dělena do tříd: nedostačující a dostačující zastoupení SS.

	nedostačující SS	dostačující SS	$\Sigma$
poskytovatel	301	202	503
odborník	144	101	245
$\Sigma$	445	303	748

Očekávané četnosti vypočítáme z řádkových a sloupcových (tzv. marginálních) součtů.

$$E_i = \frac{\Sigma \text{ řádek} * \Sigma \text{ sloupec}}{n}$$

$O_i$  – reálné četnosti,  $E_i$  – očekávané četnosti,  $n$  – celkový počet naměřených hodnot

$v$  – stupně volnosti

Vytvoříme tabulku s očekávanými četnostmi. Vypočítáme je z okrajových součtů, které přísluší každé reálné četnosti v poli tabulky (Reiterová, 2004)

	$O_i$	$E_i$	$O_i - E_i$	$(O_i - E_i)^2$	$(O_i - E_i)^2/E_i$
poskytovatel	301	299,24	1,76	3,098	0,01
poskytovatel	202	203,76	-1,76	3,098	0,02
odborník	144	145,76	-1,76	3,098	0,02
odborník	101	99,24	1,76	3,098	0,03

$$\chi^2 = 0,08$$

$v=(k-1)*(r-1)$	$\alpha = 0,05$	$3,84 > 0,08$
$v= (2-1)*(2-1)$	$x^2_{\text{tab.}} = 3,84$	$x^2_{\text{tab.}} > x^2$
$v=1$	$x^2 = 0,08$	

Vypočtené testové kritérium  $x^2$  porovnáme s tabulkovými hodnotami při hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a jedním stupněm volnosti. Zjistíme, že tabulková hodnota je vyšší, tzn., že  $H_1(0)$  se přijímá.

$H_1(0)$  se přijímá: Neexistují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb a odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie na zastoupení sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

**Testovaná  $H_2(0)$ :** Neexistují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb a odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie na potřebnost zřizování chybějících či málo zastoupených SS pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

Každá nezávisle proměnná (poskytovatel a odborník) je dělena do tříd: zřídit všechny označené SS, zřídit jen některé SS a nezřizovat žádné SS.

Očekávané četnosti vypočítáme z řádkových a sloupcových (tzv. marginálních) součtů.

	zřídit všechny označené SS	zřídit jen některé SS	nezřizovat žádné SS	$\Sigma$
poskytovatel	29	16	0	45
odborník	16	6	0	22
$\Sigma$	45	22	0	67

$$E_{ij} = \frac{\Sigma \text{ řádek} * \Sigma \text{ sloupec}}{n}$$

$E_{ij}$  –

$O_i$  – reálné četnosti,  $E_i$  – očekávané četnosti,  $n$  – celkový počet naměřených hodnot,

$v$  – počet stupňů volnosti

Vytvoříme tabulku s očekávanými četnostmi. Vypočítáme je z okrajových součtů, které přísluší každé reálné četnosti v poli tabulky (Reiterová, 2004)

	$O_i$	$E_i$	$O_i - E_i$	$(O_i - E_i)^2$	$(O_i - E_i)^2/E_i$
poskytovatel	29	30,22	-1,22	1,49	0,049
poskytovatel	16	14,78	1,22	1,49	0,093
poskytovatel	0	0	0	0	0
odborník	16	14,78	1,22	1,49	0,093
odborník	6	7,22	-1,22	1,49	0,248
odborník	0	0	0	0	0

$$x^2 = 0,483$$

Vypočtené testové kritérium  $x^2$  porovnáme s tabulkovými hodnotami při hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a jedním stupněm volnosti. Zjistíme, že tabulková hodnota je vyšší, tzn., že  $H_2(0)$  se přijímá.

$v=(k-1)*(r-1)$	$\alpha = 0,05$	$5,99 > 0,483$
$v = (2-1)*(3-1)$	$x^2_{\text{tab.}} = 5,99$	$x^2_{\text{tab.}} > x^2$
$v=2$	$x^2 = 0,483$	

$H_2(0)$  se přijímá: Neexistují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb a odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie na potřebnost zřizování chybějících či málo zastoupených SS pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

**Testovaná  $H_3(0)$ :** Existují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb, odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie a uživatelů na požadovanou kvalitu a úroveň poskytovaných SS pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

Každá nezá- pro- ná sky-	spokojenost s úrovní a kvalitou SS	ano	ne	$\Sigma$	dá visle měn- (po- tova- tel + odborník, uživatel) je dělena do tříd: názory na spokojenost s kvalitou a úrovní posky- tovaných SS (ano, ne)
	odborník + poskytovatel	39	28	67	
	uživatel	29	2	31	
	$\Sigma$	68	30	98	

Očekávané četnosti vypočítáme z řádkových a sloupcových (tzv. marginálních) součtů.

$$E_{ij} = \frac{\Sigma \text{ řádek} * \Sigma \text{ sloupec}}{\Sigma}$$

$O_i$  – reálné četnosti,  $E_i$  – očekávané četnosti,  $n$  – celkový počet naměřených hodnot,

$v$  – počet stupňů volnosti

	$O_i$	$E_i$	$O_i - E_i$	$(O_i - E_i)^2$	$(O_i - E_i)^2/E_i$
odborník + poskytovatel	39	46,49	-7,49	56,10	1,21
odborník + poskytovatel	28	20,82	7,18	51,55	2,48
uživatel	29	21,51	7,49	56,10	2,61
uživatel	2	9,49	-7,49	56,10	5,91

$$x^2 = 12,21$$

Vypočtené testové kritérium  $x^2$  porovnáme s tabulkovými hodnotami při hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a dvěma stupni volnosti. Zjistíme, že tabulková hodnota je nižší, tzn., že  $H_0$  se zamítá.

$v=(k-1)*(r-1)$	$\alpha = 0,05$	$3,84 < 12,21$
-----------------	-----------------	----------------

$v = (2-1)*(3-1)$	$\chi^2_{\text{tab.}} = 3,84$	$\chi^2_{\text{tab.}} < \chi^2$
$v=2$	$\chi^2 = 12,21$	

H3(0) se zamítá: Neexistují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb, odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie a uživatelů na požadovanou kvalitu a úroveň poskytovaných SS pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

**Testovaná H4(0):**

ní rozdíly vatelů sociálních z oblasti psychiatrie vatelů na dostateč- lidí s duševním	informovanost	ano	ne	$\Sigma$
	odborník + poskytovatel	26	41	67
	uživatel	19	12	31
	$\Sigma$	45	53	98

Existují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb, odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie a uživatelů na dostatečnou informovanost lidí s duševním onemocněním o

poskytování SS pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji

Každá nezávisle proměnné (poskytovatel + odborník, uživatel) je dělena do tříd: názory na informovanost duševně nemocných o SS (ano, ne).

Očekávané četnosti vypočítáme z řádkových a sloupcových (tzv. marginálních) součtů.

$$\frac{\Sigma \text{ řádek} * \Sigma \text{ sloupec}}{n}$$

$n$ :-

$O_i$  – reálné četnosti,  $E_i$  – očekávané četnosti,  $n$  – celkový počet naměřených hodnot,

$v$  – počet stupňů volnosti

	O <sub>i</sub>	E <sub>i</sub>	O <sub>i</sub> - E <sub>i</sub>	(O <sub>i</sub> - E <sub>i</sub> ) <sup>2</sup>	(O <sub>i</sub> - E <sub>i</sub> ) <sup>2</sup> /E <sub>i</sub>
odborník + poskytovatel	26	30,77	-4,77	22,75	0,74
odborník + poskytovatel	41	36,23	4,77	22,75	0,63
uživatel	19	14,23	4,77	22,75	1,59
uživatel	12	16,77	-4,77	22,75	1,36

$$x^2 = 4,32$$

$v=(k-1)*(r-1)$	$\alpha = 0,05$	$3,84 < 4,32$
$v= (2-1)*(2-1)$	$x^2_{\text{tab.}} = 3,84$	$x^2_{\text{tab.}} < x^2$
$v=1$	$x^2 = 4,32$	

Vypočtené testové kritérium  $x^2$  porovnáme s tabulkovými hodnotami při hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  a jedním stupněm volnosti. Zjistíme, že tabulková hodnota je nižší, tzn., že  $H_4(0)$  se zamítá.

$H_4(0)$  se zamítá: Neexistují signifikantní rozdíly v názorech poskytovatelů sociálních služeb, odborníků z oblasti psychiatrie a psychologie a uživatelů na dostatečnou informovanost lidí s duševním onemocněním o poskytování SS pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji

## PŘÍLOHA PIV: TABULKY VÝPOČTŮ ABSOLUTNÍCH A RELATIVNÍCH ČETNOSTÍ Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.

Tabulka 1 Pohlaví respondentů (absolutní četnosti)

	žena	muž	celkem
poskytovatel	40	5	45
odborník	17	5	22
uživatel	11	20	31
celkem	68	30	98

Tabulka 2 Pohlaví respondentů (relativní četnosti)

%	muž	žena
poskytovatel	11,1	88,9
odborník	22,7	77,3
uživatel	64,5	35,5
celkem	30,6	69,4

Tabulka 3 Hodnocení kvality a úrovně poskytovaných SS osobám s duševním onemocněním podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů (absolutní četnosti)

	rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
poskytovatel	3	25	13	4
odborník	0	11	11	0
uživatel	21	8	2	0
celkem	24	44	26	4

Tabulka 4 Hodnocení kvality a úrovně poskytovaných SS osobám s duševním onemocněním podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů (relativní četnosti)

	rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
odborník	0	50	50	0
uživatel	67,7	25,8	6,5	0
celkem	24,5	44,9	26,5	4,1

Tabulka 5 Hodnocení kvality a úrovně poskytovaných SS osobám s duševním onemocněním podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů (relativní četnosti- redukce možností viz kap 6.2)

%	ano	ne
poskytovatel	62,2	37,8
odborník	50	50
uživatel	93,5	6,5

Tabulka 6 Faktory, které by podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů mohly přispět ke

	zvýšení odbornosti pracovníků	zřízení nových, rozšíření stávajících SS	lepší dostupnost SS	lepší informovanost o zařízeních	zpoplatnění některých SS	finanční podmínky zařízení	návaznost na ostatní SS	jiné	celkem
poskytovatel	20	21	6	12	1	18	25	3	106
odborník	11	3	1	8	0	1	9	0	33
uživatel	2	10	8	8	0	4	2	3	37
celkem	33	34	15	28	1	23	36	6	176

zvýšení kvality a úrovně poskytovaných SS (absolutní četnosti)

Tabulka 7 Faktory, které by podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů mohly přispět ke zvýšení kvality a úrovně poskytovaných SS (relativní četnosti)



%	zvýšení odbornosti pracovníků	řízení nových, rozšíření stávajících SS	lepší dostupnost SS	lepší informovanost o zařízeních	zpoplatnění některých SS	finanční podmínky zařízení	návaznost na ostatní SS	jiné
poskytovatel	18,8	19,8	5,6	11,2	1	17	24	2,7
odborník	33,4	9	3	24,3	0	3	27,3	0
uživatel	5,4	27	21,6	21,6	0	10,9	5,4	8,1
celkem	18,8	19,3	8,4	15,9	0,6	13,1	20,5	3,4

Tabulka 8 Hodnocení informovanosti osob s duševním onemocněním o poskytovaných SS podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů (absolutní četnosti)

	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne	celkem
poskytovatel	4	12	26	3	45
odborník	0	10	12	0	22
uživatel	8	11	6	6	31
celkem	12	33	44	9	98

Tabulka 9 Hodnocení informovanosti osob s duševním onemocněním o poskytovaných SS podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů (relativní četnosti)

%	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
poskytovatel	8,9	26,7	57,7	6,7
odborník	0	45,5	54,5	0
uživatel	25,8	35,4	19,4	19,4

Tabulka 10 Hodnocení informovanosti osob s duševním onemocněním o poskytovaných SS podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů (relativní četnosti - redukce možností viz kap 6.2)

	ano	ne
poskytovatel	35,5	64,5
odborník	45,5	54,5

uživatel	61,3	38,8
----------	------	------

Tabulka 11 Faktory, které by podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů mohly přispět ke zvýšení informovanosti o poskytovaných SS (absolutní četnosti)

	mediální prezentace	prezentace zařízení	informace od odborných lékařů	informace ze strany obce	besedy, setkání	jiné
poskytovatel	22	15	29	4	9	1
odborník	6	5	11	3	3	0
uživatel	13	7	12	1	8	0
celkem	41	27	52	8	20	1

Tabulka 12 Faktory, které by podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů mohly přispět ke zvýšení informovanosti o poskytovaných SS (relativní četnosti)

%	mediální prezentace	prezentace zařízení	informace od odborných lékařů	informace ze strany obce	besedy, setkání	jiné
poskytovatel	27,5	18,8	36,2	5	11,3	1,2
odborník	21,4	17,9	39,3	10,7	10,7	0
uživatel	31,7	17,1	34,9	2,4	19,5	0
celkem	27,5	18,1	34,9	5,4	13,4	0,7

	finanční oblast	potíže s bydlením	vztahy s rodinou	vztahy s přáteli	problémy s trávením volného času	těžkost se sebeobsluhou	sociální izolovanost	nezaměstnanost	jiné
poskytovatel	25	10	25	2	9	7	28	7	1

Ta- ka	odborník	4	7	2	0	0	0	10	7	0	bul- 13
	uživatel	5	8	5	2	12	1	5	5	1	
	celkem	34	25	32	4	21	8	43	19	2	

Nejčastější a nejhůře zvladatelné sociální těžkosti, se kterými se podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů potýkají lidé s duševním onemocněním (absolutní četnosti)

Tabulka 14 Nejčastější a nejhůře zvladatelné sociální těžkosti se kterými se podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů potýkají lidé s duševním onemocněním (relativní četnosti)

	finanční oblast	potíže s bydlením	vztahy s rodinou	vztahy s přáteli	problémy s trávením volného času	těžkosti se sebeobslouhou	sociální izolovanost	nezaměstnanost	jiné
poskytovatel	21,9	8,8	21,9	1,8	7,9	6,1	24,6	6,1	0,9
odborník	13,3	23,3	6,8	0	0	0	33,3	23,3	0
uživatel	11,4	18,2	11,4	4,5	27,3	2,2	11,4	11,4	2,2
celkem	18,1	13,3	17	2,1	11,2	4,3	22,8	10,1	1,1

Tabulka 15 Forma SS nejpotřebnější pro osoby s duševním onemocněním podle názoru poskytovatelů a odborníků (absolutní četnosti)

	pobytové	pobytové typu chráněné bydlení	ambulantní	terénní
poskytovatel	20	11	24	8

odborník	13	5	4	0
celkem	33	16	28	8

Tabulka 16 Forma SS nejpotřebnější pro osoby s duševním onemocněním podle názoru poskytovatelů a odborníků (relativní četnosti)

	pobytové	pobytové typu chráněné bydlení	ambulantní	terénní
poskytovatel	31,7	17,5	38,1	12,7
odborník	59,1	22,7	18,2	0
celkem	38,9	18,8	32,9	9,4

Tabulka 17 SS, o které by podle názoru poskytovatelů a odborníků měli uživatelé zájem (absolutní četnosti)

	pomoc při péči o vlastní osobu	zajištění stravování	ubytování	pomoc při zajištění chodu domácnosti	zdravotní péči	odborné poradenství	zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	psychoterapie	výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti	podpora v oblasti zaměstnanosti	pomoc/podpora s trávením volného času	jiné
poskytovatel	14	5	16	6	8	5	15	8	14	13	11	1
odborník	2	2	6	2	0	0	2	0	6	10	2	0
celkem	16	7	22	8	8	5	17	8	20	23	13	1

Tabulka 18 SS, o které by podle názoru poskytovatelů a odborníků měli uživatelé zájem (relativní četnosti)

	pomoc při péči o vlastní osobu	zajištění stravování	ubytování	pomoc při zajištění chodu domácnosti	zdravotní péči	odborné poradenství	zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	psychoterapie	výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti	podpora v oblasti zaměstnanosti	pomoc/podpora s trávením volného času	jiné
poskytovatel	12,1	4,3	13,8	5,2	6,9	4,3	12,9	6,9	12,1	11,2	9,5	0,8
odborník	6,2	6,2	18,8	6,2	0	0	6,2	0	18,8	31,4	6,2	0
celkem	10,8	4,7	14,9	5,4	5,4	3,3	11,5	5,4	13,5	15,5	8,8	0,8

Tabulka 19 Činnosti, které uživatelé využívají a jaké činnosti by chtěli v zařízení poskytujícím SS využívat (absolutní četnosti)

Tabulka 20 Činnosti, které uživatelé využívají a jaké činnosti by chtěli v zařízení poskytujícím SS využívat (relativní četnosti)

	pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu	pomoc při osobní hygieně	poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy	poskytnutí ubytování	pomoc při zajištění chodu domácnosti	výchovně, vzdělávací a aktivizační činnosti	sociální poradenství	zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	sociálně terapeutické činnosti	pomoc při uplatňování práv, zájmů, obstarávání osobních záležitostí	nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu a soběstačnosti	podpora vytváření pracovních návyků a dovedností	jiné
využívají	6	0	6	0	2	22	6	16	26	2	6	8	0
chtěli by využívat	2,5	2,5	2,5	20	7,5	0	15	0	2,5	7,5	7,5	20	12,5

	pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu	pomoc při osobní hygieně	poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy	poskytnutí ubytování	pomoc při zajištění chodu domácnosti	výchovně, vzdělávací a aktivizační činnosti	sociální poradenství	zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	sociálně terapeutické činnosti	pomoc při uplatňování práv, zájmů, obstarávání osobních záležitostí	nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu a soběstačnosti	podpora vytváření pracovních návyků a dovedností	jiné
využívají	3	0	3	0	1	11	3	8	13	1	3	4	0
chtěli by využívat	1	1	1	8	3	0	6	0	1	3	3	8	5

Tabulka 21 Posouzení zastoupení SS pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním ve Zlínském kraji, dle poskytovatelů a odborníků (absolutní četnosti)

	nezastoupené SS	zastoupené SS
poskytovatel	300	195
odborník	301	202

Tabulka 22 Posouzení zastoupení SS pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním ve Zlínském kraji, dle poskytovatelů a odborníků (relativní četnosti)

	nezastoupené SS	zastoupené SS
poskytovatel	60,6	39,4
odborník	58,8	41,2

Tabulka 23 Názory poskytovatelů a odborníků na zřízení chybějících či málo zastoupených SS pro osoby s duševním onemocněním (absolutní četnosti)

	všechny ab- sentující či málo zastou- pené SS	je třeba zřídit jen některé	není třeba zřízovat žád- né SS	celkem
poskytovatel	29	16	0	45
odborník	16	6	0	22
celkem	45	22	0	67

Tabulka 24 Názory poskytovatelů a odborníků na zřízení chybějících či málo zastoupených SS pro osoby s duševním onemocněním (relativní četnosti)

%	je třeba zřídit všechny absentu- jící či málo zas- toupěné SS	je třeba zřídit jen některé	není třeba zřízovat žádné SS	celkem
poskytovatel	64,4	35,6	0	64,4
odborník	72,7	27,3	0	72,7
celkem	67,2	32,8	0	67,2

Tabulka 25 Názory poskytovatelů a odborníků na zřízení konkrétních chybějících či málo zastoupených SS pro osoby s duševním onemocněním (absolutní četnosti)

	domovy se zvláštním režimem	domovy pro osoby se zdravotním postižením	odlehčovací služby	odborné sociální poradenství	služby následné péče	pečovatelská služba	osobní asistence	sociální rehabilitace	sociálně terapeutické dílny	denní stacionáře	chráněné bydlení	celkem
poskytovatel	8	3	1	2	4	0	2	4	2	3	9	38
odborník	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	4	8
celkem	8	3	2	2	4	0	4	5	2	3	13	46

Tabulka 26 Názory poskytovatelů a odborníků na zřízení konkrétních chybějících či málo zastoupených SS pro osoby s duševním onemocněním (relativní četnosti)

%	domovy se zvláštním režimem	domovy pro osoby se zdravotním postižením	odlehčovací služby	odborné sociální poradenství	služby následné péče	pečovatelská služba	osobní asistence	sociální rehabilitace	sociálně terapeutické dílny	denní stacionáře	chráněné bydlení
poskytovatel	21,1	7,9	2,6	5,3	10,5	0	5,3	10,5	5,3	7,9	23,6
odborník	0	0	12,5	0	0	0	25	12,5	0	0	50
celkem	17,4	6,5	4,3	4,3	8,7	0	8,7	10,9	4,3	6,5	28,4

Tabulka 27 Spolupráce odborníků se zařízeními poskytujícími SS (absolutní četnosti)

	rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
odborník	13	5	4	0

Tabulka 28 Spolupráce odborníků se zařízeními poskytujícími SS (relativní četnosti)

%	rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
odborník	59,1	22,7	18,2	0

Tabulka 29 Spolupráce odborníků se zařízeními poskytujícími SS (relativní četnosti)

%	ano	ne
odborník	81,8	18,2

Tabulka 30 Důvody nespolupráce se zařízeními poskytujícími SS (absolutní četnosti)

	neinformovanost	nezájem o spolupráci	nevidí přínos	jiná možnost	celkem
odborník	1	0	1	2	4

Tabulka 31 Důvody nespolupráce se zařízeními poskytujícími SS (relativní četnosti)

	neinformovanost	nezájem o spolupráci	nevidí přínos	jiná možnost	celkem
odborník	25	0	25	50	100

Tabulka 32 Způsob, jakým se o zařízení poskytující SS, které navštěvují uživatelé dozvěděli (absolutní četnosti)

	od pracovníka zařízení	od odborného pracovníka	od rodinného příslušníka	od přítele či známého	z webových stránek zařízení	z novin či jiných tiskovin	z letáku či brožury zařízení	jiné
uživatel	3	18	2	3	3	0	2	0

Tabulka 33 Způsob, jakým se o zařízení poskytující SS, které navštěvují uživatelé dozvěděli (relativní četnosti)

%	od pracovníka zařízení	od odborného pracovníka	od rodinného příslušníka	od přítele či známého	z webových stránek zařízení	z novin či jiných tiskovin	z letáku či brožury zařízení	jiné
uživatel	9,7	58,1	6,4	9,7	9,7	0	6,4	0

Tabulka 34 Frekvence využívání SS v zařízení, které uživatelé navštěvují (absolutní četnosti)



	nepřetržitě	každý den	několikrát do týdne	nejvýše 1x týdně	několikrát za měsíc	nejvýše 1x měsíčně	podle potřeby - několikrát za rok	celkem
uživatel	0	3	22	4	2	0	0	31

Tabulka 35 Frekvence využívání SS v zařízení, které uživatelé navštěvují (relativní četnosti)

	nepřetržitě	každý den	několikrát do týdne	nejvýše 1x týdně	několikrát za měsíc	nejvýše 1x měsíčně	podle potřeby - několikrát za rok	celkem
uživatel	0	3	22	4	2	0	0	31

Tabulka 36 Existence SS, kterou by uživatelé chtěli využívat kromě stávající SS (absolutní četnosti)

	ano	ne	celkem
uživatel	6	25	31

Tabulka 37 Existence SS, kterou by uživatelé chtěli využívat kromě stávající SS (relativní četnosti)

%	ano	ne
uživatel	19,4	80,6

Tabulka 38 Faktory bránící ve využívání SS (absolutní četnosti)

	kapacitní důvody	finanční důvody	časové důvody	dopravní komplikace	zdravotní stav	jiné (nedostatek financí)

uživatel	0	0	0	2	3	1
----------	---	---	---	---	---	---

Tabulka 39 Faktory bránící ve využívání SS (relativní četnosti)

	kapacitní důvody	finanční důvody	časové důvody	dopravní komplikace	zdravotní stav	jiné (nedostatek financí)
uživatel	0	0	0	33,3	50	16,7

Tabulka 40 Názory uživatelů na stav řešení jejich sociálních těžkostí (absolutní četnosti)

	ano, problémy již začínám řešit	ano, ale zatím to nikam nevede	zatím ne, ale přemýšlím o tom	ne, nevím kam se obrátit	ne, pomoc nepotřebuji	celkem
uživatel	14	8	2	0	7	31

Tabulka 41 Názory uživatelů na stav řešení jejich sociálních těžkostí (relativní četnosti)

%	ano, problémy již začínám řešit	ano, ale zatím to nikam nevede	zatím ne, ale přemýšlím o tom	ne, nevím kam se obrátit	ne, pomoc nepotřebuji	celkem
uživatel	45,2	25,8	6,5	0	22,5	100

Tabulka 42 Druh SS, které nabízí zařízení, v němž poskytovatelé pracují (absolutní

	sociální rehabilitace	osobní asistence	pečovatelská služba	denní stacionář	domov se zvláštním režimem	odlehčovací služby	domov pro osoby se zdravotním postižením	chráněné bydlení	sociálně terapeutické dílny	odborné sociální poradenství	služby následné péče	jiné
poskytovatel	14	1	6	2	20	0	0	0	1	0	1	0

četnosti)

Tabulka 43 Druh SS, které nabízí zařízení, v němž poskytovatelé pracují (relativní četnosti)

	sociální rehabilitace	osobní asistence	pečovatelská služba	denní stacionář	domov se zvláštním režimem	odlehčovací služby	domov pro osoby se zdravotním postižením	chráněné bydlení	sociálně terapeutické dílny	odborné sociální poradenství	služby následné péče	jiné
poskytovatel	14	1	6	2	20	0	0	0	1	0	1	0

Tabulka 44 Forma SS, které nabízí zařízení, v němž respondenti poskytovatelé pracují (absolutní četnosti)

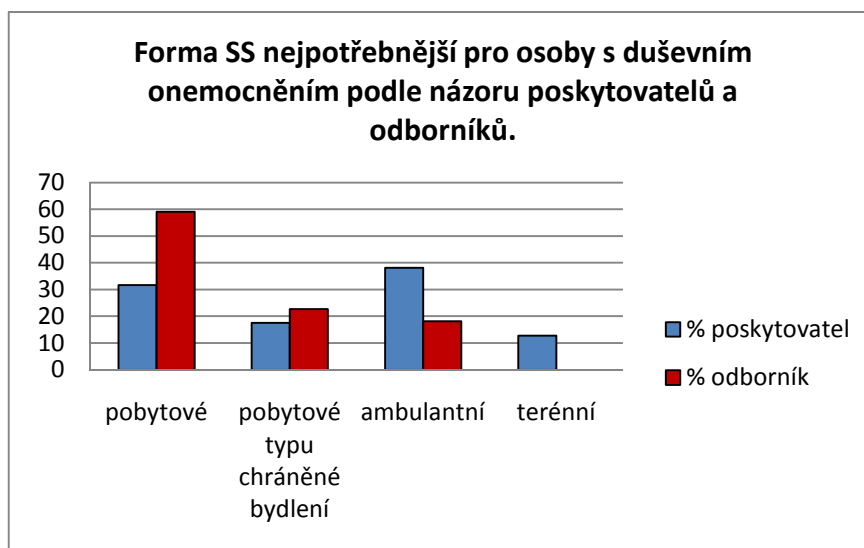
	ambulantní	pobytová	terénní	celkem
poskytovatel	17	24	18	59

Tabulka 45 Forma SS, které nabízí zařízení, v němž respondenti poskytovatelé pracují (relativní četnosti)

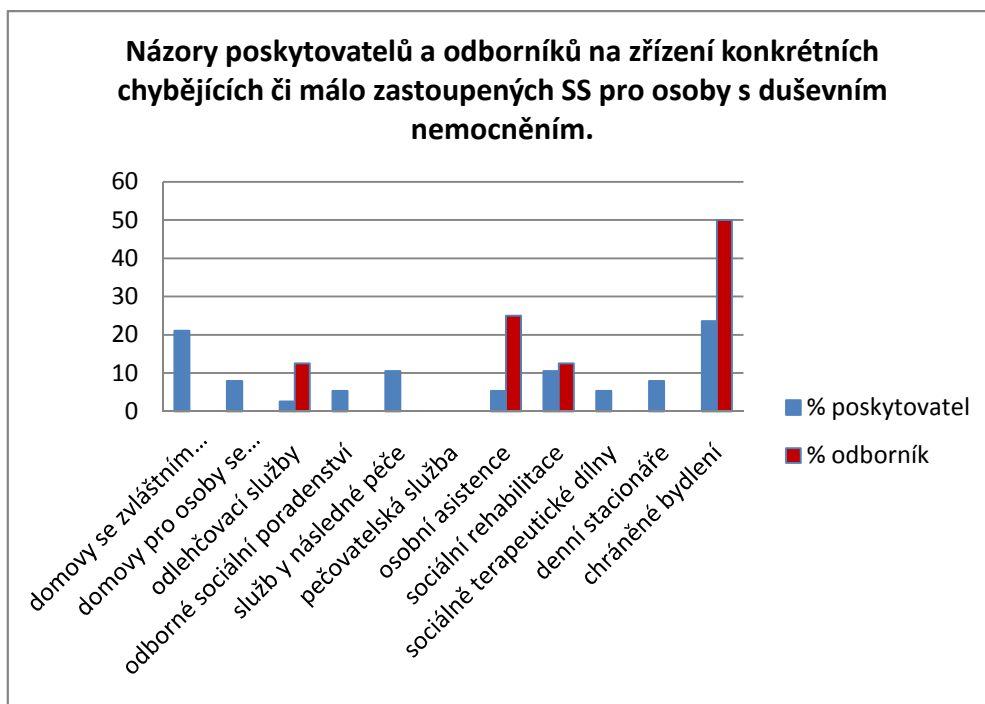
	ambulantní	pobytová	terénní	celkem
poskytovatel	28,8	40,7	30,5	100

## PŘÍLOHA P V: GRAFY VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.

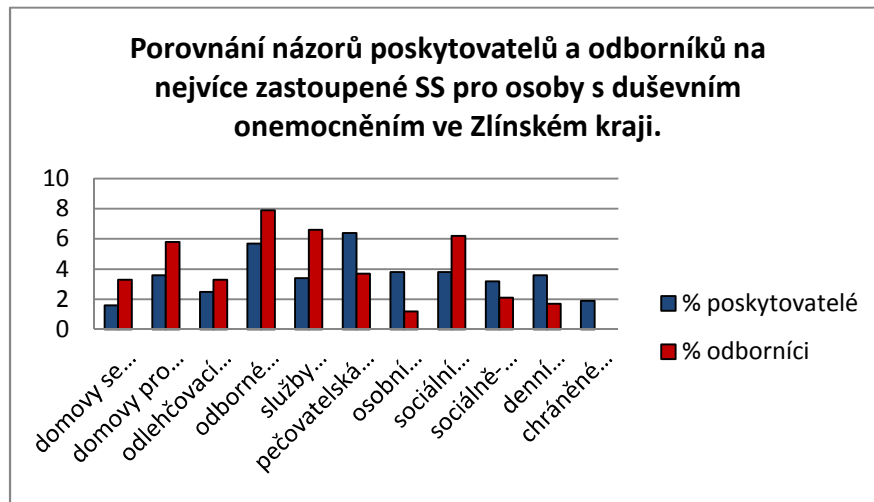
Graf 8 Forma SS nejpotřebnější pro osoby s duševním onemocněním podle názoru poskytovatelů a odborníků.



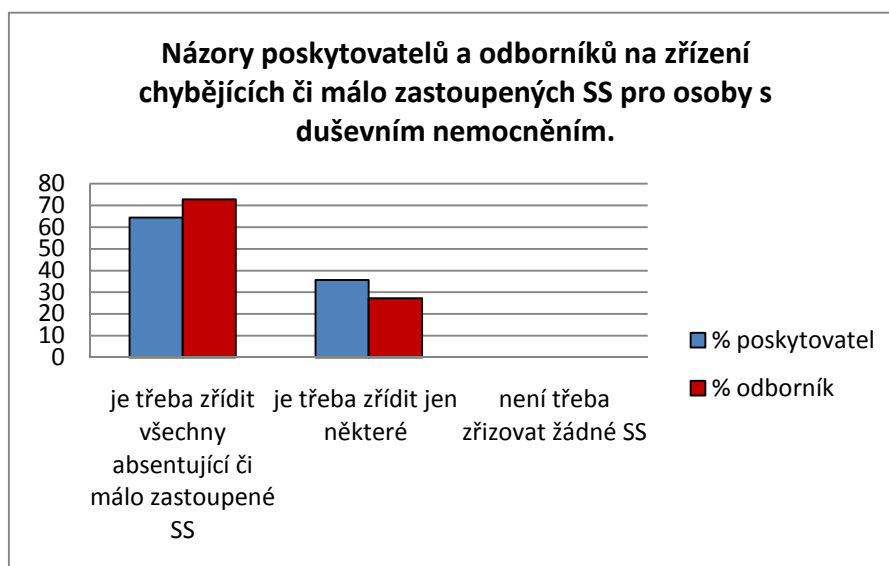
Graf 9 Názory poskytovatelů a odborníků na zřízení konkrétních chybějících či málo zastoupených SS pro osoby s duševním onemocněním.



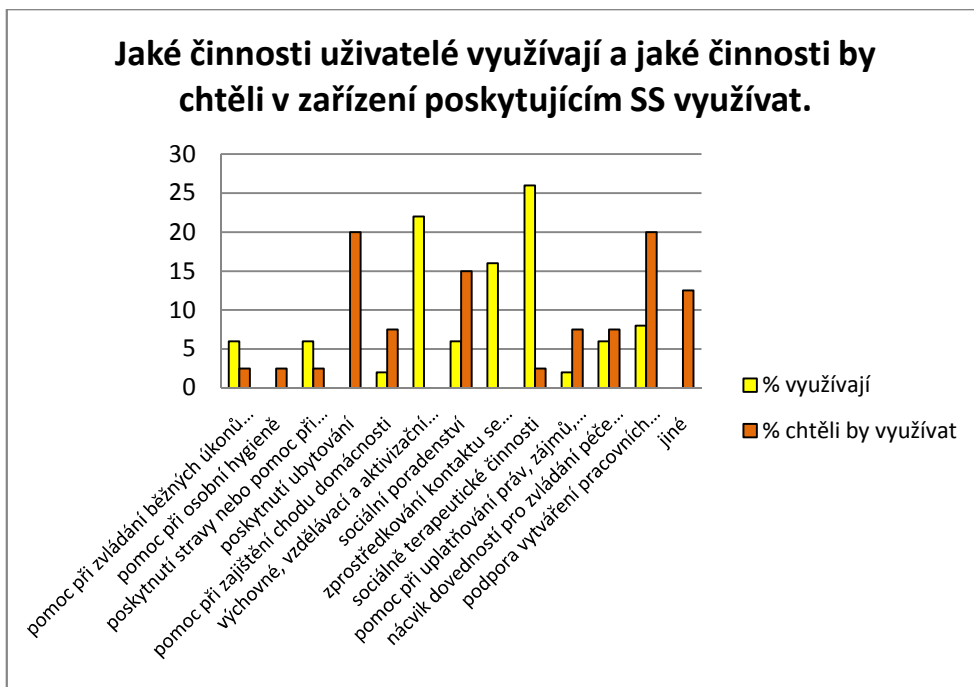
Graf 11 Porovnání názorů poskytovatelů a odborníků na nejvíce zastoupené SS pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.



Graf 12 Názory poskytovatelů a odborníků na zřízení chybějících či málo zastoupených SS pro osoby s duševním onemocněním.



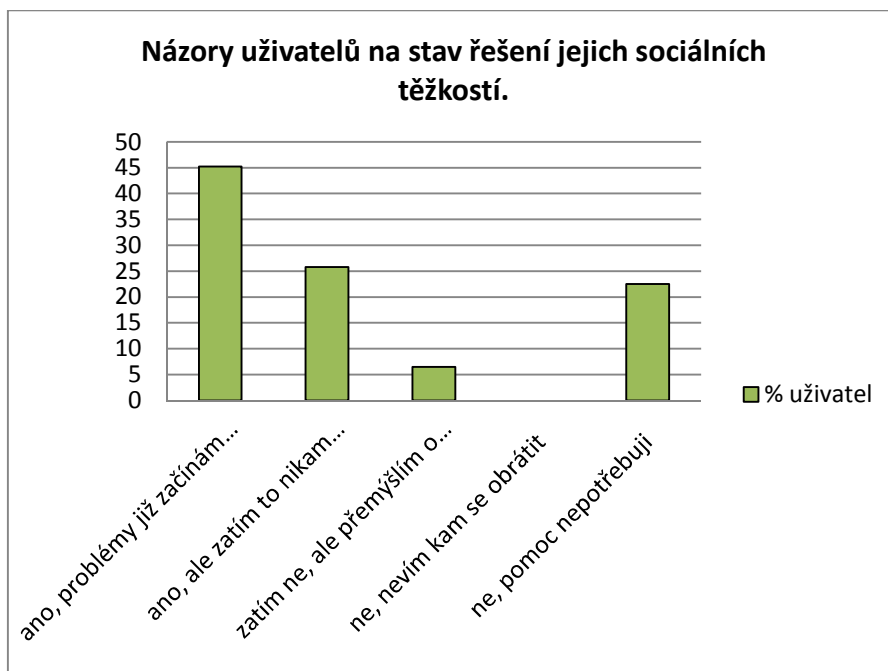
Graf 14 Jaké činnosti uživatelé využívají a jaké činnosti by chtěli v zařízení poskytujícím SS využívat.



Graf 16 S jakými sociálními těžkostmi se podle poskytovatelů, odborníků a uživatelů nejčastěji potýkají lidé s duševním onemocněním.



Graf 20 Názory uživatelů na stav řešení jejich sociálních těžkostí.



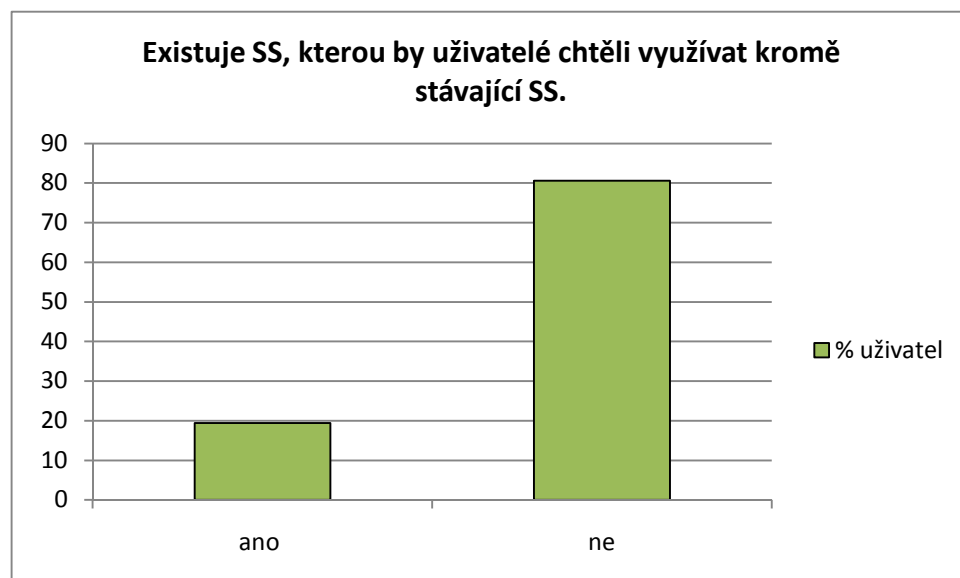
Graf 21 Způsob, jakým se o zařízení poskytující SS, které navštěvují, uživatelé dozvěděli.



Graf 22 Jak často využívají uživatelé SS v zařízení poskytujícím SS, které navštěvují.



Graf 23 Existuje SS, kterou by respondenti uživatelé chtěli využívat kromě stávající SS.





Graf 24 Důvody, které brání uživatelům ve využívání SS.



## **PŘÍLOHA PVI: ROZHOVOR S ING. ET MGR. MILANEM ANTOŠEM, ŘEDITelem ORGANIZACE CENTRUM SLUŽEB POSTIŽENÝM ZLÍN, O.P.S.**

Takže nejdřív se Vás zeptám, na Váš názor na zastoupení sociálních služeb pro duševně nemocné ve Zlínském kraji. Jestli je podle Vás zastoupení dostačující? A týká se to duševně nemocných.

*Tak, to je dost otázka taková, myslím si, že není úplně postačující, protože tahle služba, především tahle cílová skupina je komplikovaná a ne každá organizace je ochotná řešit komplikované věci, které jsou spojené přímo s takovouto cílovou skupinou. Takže v tuhle chvíli si myslím, že sociální služby pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním ve Zlínském kraji nejsou plně pokryty. Nepokrývají potřeby a co si myslím, a nebo i v podstatě v tom jednáme s městem Zlín a do určité míry začínáme komunikovat i s Kroměříží. Tak je to především chráněné bydlení nebo vůbec nějaká forma bydlení pro tuto cílovou skupinu. Kde například je to řešeno i tím ze strany Psychiatrické léčebny, že tam některé ty pacienty, kteří nemají kam jít, i když už v podstatě tu potřebu medicínskou nepotřebují, tak jsou tam spíš z té sociální, dalo by se říci i charitní otázky vlastně držení, aby nespadli vůbec do další oblasti ohrožené sociálním vyloučením, to znamená bezdomovectví a podobně.*

Takže jestli jsem to dobře pochopila, tak to chráněné bydlení ...

*Může to být chráněné bydlení, podporované bydlení, to samozřejmě vyplývá z vlastně od toho individuálního stavu každého toho uživatele či člověka s duševním onemocněním, který využívá sociálních služeb, potencionálně by využíval sociálních služeb. Někdo potřebuje podporované bydlení, někdo potřebuje, a nebo by mu stačilo úplně nějaké to chráněné bydlení. Podporované může být ve vlastním bytě, záleží od toho jednotlivce, ale samozřejmě pokud by to měla organizovat nějaká organizace, nese to s sebou finance, a v tom si myslím, že to je jeden ze zásadních problémů ve Zlínském kraji.*

Takže myslíte, že by bylo reálné nebo spíš nereálné zřízení nějaké sociální služby pro duševně nemocné třeba v rámci komunitního plánování buď tady v Kroměříži, nebo ve Zlíně na to období další?

*Tak to určitě jako v rámci komunitní plánování, když vezmeme, tak je to jenom o plánu, to je, tam se v komunitním plánování a nebo v tom komunitním plánu, který dá se říci, že je totožný a nebo je to podobné jako střednědobé plánování, některá, některé obce, některá města, v podstatě je i u nich tento dokument a ten proces je totožný, tak v podstatě jde jenom o plán, kde jsou vlastně vidět je-*

*nom ty potřeby této cílové skupiny. Samozřejmě, to už jsem uvedl předtím, rozhodující nebo hlavní je, když bychom chtěli tyto a nebo obce, když by chtěly tyto potřeby nějakým způsobem naplnit, tak by měly získat pro takovou sociální službu finance. Takže dneska jako nejdůležitějším nebo největším problémem vidím v penězích. Podobné organizace, jako jsme my v radě dokumentů a dopisů a jednání s obcemi, především se Zlínem, tak jsme proklamovali, že jsme ochotni vlastně sociální službu chráněného bydlení vést, ale potřebovali bychom proto prostory a dotace na zabezpečení a vlastně vedení té služby. No takže je to o penězích a to je ten největší problém, ostatně je potřeba chráněného bydlení, například ve střednědobém plánu sociálních služeb a následných služeb zlínské, města Zlína, tak byla. Samozřejmě teďko, když začíná komunitní plánování opět další kolo, tak v podstatě o tom už jsme si při tom jednání znova řekli a vlastně ho vzpomenuli a jsme někde ve fázi naší organizace se statutárním městem Zlín, kdy v podstatě hovoříme o tom, že bychom to chráněné bydlení pro lidi s duševním onemocněním začali realizovat v objektu nebo na pozemku, kde vlastně naše organizace ve Zlíně má vedení organizace.*

A třeba ve spolupráci s tím městem vnímáte tu skupinu duševně nemocných jako třeba méně prioritní než ostatní skupiny, třeba mentálně postižení nebo senioři nebo je to tak na stejné úrovni?

*Hm, já se vrátím k té první otázce, kde jsem vzpomenu, od toho se to vlastně odvíjí, a to je, že skupina lidí s duševním onemocněním, tak je komplikovanou skupinou, která k tomu, aby se s ní mohlo pracovat, potřebuje pracovníky, kteří jsou na vyšší teoretické i praktické a v podstatě jsou do určité míry odkloní, i některým těm věcem, které vlastně se s stykem s těmito lidmi, vlastně můžou vznikat, že jsou odolní vůči stresu, konfliktům a podobně. Proto vlastně v naší vlastně, teda ve Zlínském kraji je málo, zařízení, které se věnují lidem s duševním onemocněním, a proto i ten nedostatek těch zařízení se odráží i v těch pobytových zařízeních nebo i v podstatě třeba v tom chráněném bydlení. Cílové skupiny s mentálním postižením mají chráněné, mají chráněná bydlení, senioři a tak dál. Tak v podstatě ty základní vlastně služby a domy a pensiony a tak dále existují. Ale ve Zlínském kraji není v tuto chvíli žádná služba v podobě chráněného nebo podporovaného bydlení pro lidi s duševním onemocněním.*

Hm no to bylo ve Hvězdě, ale to už je zrušený to chráněný bydlení.

*No to už je věc té organizace a nejsem si jistý, že to bylo úplně čistě jenom pro lidi s duševním onemocněním, že to tam bylo komplikované, že to tam bylo kombinované s jinými, ale nebylo to čistě pro lidi s duševním onemocněním.*

Když už jsme u toho, myslíte si teda, že duševně nemocní by mohli mít největší zájem o to, o tu sociální službu chráněné bydlení nebo třeba spíše o služby ambulantní?

*No já jako, jak já bych, jestli si myslím jestli by měli nebo neměli, myslím si že tady by to mělo být ta otázka položena trochu jinak a je to otázka vlastně té poptávky na druhé straně, tam bychom, jo to teď bychom měli začít, jestli je poptávka ze strany lidí s duševním onemocněním a po jaké službě je poptávka. Což třeba když jsme se bavili teďkom o tom chráněném bydlení nebo nějaké formě toho zabezpečení bydlení pro lidi této cílové skupiny, tak tady tohle vyplývá z požadavku této cílové skupiny, protože třeba to co my si myslíme, že by bylo dobré, nemusí být ve skutečnosti to dobré pro tu cílovou skupinu a naše představy nemusí být, když bychom něco začínali realizovat, nemuse-li by být jako vůbec naplněny a nebo by byli naplněny částečně, šlo by v podstatě o plýtvání financema, takže tady vlastně ty požadavky, ty plány, střednědobé plány, komunitní plánování a tady to všechno vlastně to je proces, kdy se získávají informace o tom, která služba v té které oblasti a pro kterou tu cílovou skupinu chybí nebo je třeba. Jo takže já bych nepostavil tu otázku, jestli si myslím jo, ale otázka stojí jestli je zájem nebo byl by zájem a nebo jaký zájem a o jakou službu prostě my jsme zjistili vlastně zase z komunikace s lidmi z cílové skupiny, a nebo jaké máme poznatky na základě spolupráce a komunikace s orgány státní správy, místní samosprávy, neziskovými organizacemi, s medicínskými organizacemi a tak dále a tak dále.*

No já jsem se právě tím zabývala v tom minivýzkumu a vyšlo mi, že jako nejčastější sociální těžkosti uváděli uživatelé problémy s trávením volného času, a potom problémy s bydlením, plus potom finanční oblast.

*No já si myslím, jako na základě těch zkušeností je ten výzkum do určité míry odráží ty potřeby těch lidí, jo. Teď zase, možná to nezaznělo nebo se to neříká, ale v podstatě celá věc a to všechno se točí okolo peněz. A když se podívám i na tuhle cílovou skupinu, ona je komplikovaná a málo organizací se jí věnuje, ale je to i spojena do určité míry, k tomu by možná mohl být i nějaký výzkum, třeba někdy v budoucnu, ale je to cítit je to skupina i málo marketingově zajímavá. Jo když se podíváme na to, třeba vrah v Budějovicích byl schizofrenik, zabil nevlastní rodiče a do jaké míry vlastně bylo prezentováno že byl duševně nemocný a že to byl schizofrenik a to bylo v každé zprávě informaci vlastně jakoby upřednostňováno, že to byl jakoby člověk v uvozovkách blázen, ale zase když dáme do porovnání kolik lidí, ne schizofreniků zabije, zavraždí a podobně, tak z koho by vlastně ta veřejnost měla mít větší strach, jestli z toho jednotlivce tak asi 0,03 % těch vrahů a zločinců, kteří jsou nějakým způsobem duševně nemocní a spáchají něco takového ale vesměs vražd, loupeží a všeho možného se dopouštějí lidé zcela zdraví jo, tak z koho bychom měli mít větší strach, jestli z těch schizofreniků venku jo a nebo ze zdravých lidí a sami ze sebe a tak dále.*

Pak další otázka se týká informovanosti sociálních služeb poskytovaných pro tuto cílovou skupinu, myslíte si, že sami duševně nemocní nebo i veřejnost jsou dostatečně informováni o těchto službách, o zařízeních, popřípadě co by mohlo přispět ke zlepšení informovanosti?

*Já si myslím, jakože informace a informovanost, jak samotných řekl bych příslušníků cílové skupiny, tak i veřejnosti je dostatečná. Ale v podstatě zkušenost ukazuje, dokud člověk či rodina vlastně tu službu nepotřebuje a není nějakým způsobem vlastně nějak vázaná, že by někdo třeba pracoval v nějakých podobných zařízeních, a nebo pracoval vůbec v sociálních službách jako takových, tak on se o tady tyhle služby a o tyto informace nezajímá. Pokud to není někomu přímo jakoby koníčkem. Ale v tomhle případě jestli začne mít ten člověk potřebu jo nebo rodinní příslušníci začnou mít potřebu někde svého člena někde usadit podle závažnosti tak si myslím, že ty informace jsou dneska všude přístupné, jak u lékařů ambulantních, tak si myslím i na psychiatrické léčebně a podobně, jo. Ale vrátím se k té možné české, či obecné lidské povaze, je dokud to nepotřebuju a kór z té oblasti sociální, tak zpravidla o tom vím velice málo a když to budu potřebovat, tak si myslím, že dneska těch zdrojů a informací je dostatek. Takže existují různé katalogy, jak Zlínského kraje kde jsou poskytovatelé sociálních služeb tak katalogy poskytovatelů sociálních služeb Zlín, Otrokovice, Kroměříže a v podstatě člověk, který nějakou službu potřebuje je schopen si jí tam vyhledat, popřípadě se doptat.*

Ale když zase srovnám tu skupinu těch mentálně postižených, tak mě přijde, že je to tak nějak víc i tak mediálně propagovaný nebo ty zařízení jsou tak víc v povědomí lidí, i když třeba se o to nějak nezajímají, tak to víc tak na to lidi působí.

*Hm zase vrátím se k tomu prvnímu, jestli ve Zlínském kraji máme, co já vím pět šest zařízení pro lidi s duševním onemocněním, tak pro lidi s mentálním postižením, jenom třeba ve Zlíně třeba jsou čtyři, jo. Takže i vlastně v té informovanosti je třeba vidět i tu četnost těch zařízení jo, na jednu stranu a na druhou stranu je to i od toho, že lidé s mentálním postižením, jim medializace a podobně nějakým způsobem nevadí, jo, rádi se ukazují a v podstatě oni si ten svůj stav do určité míry tak nějak si neuvědomují a jsou spokojení. Jsou veselí, kdežto lidé s duševním onemocněním jsou v mnoha případech středoškoláci i vysokoškoláci, chápou svůj stav a rozhodně se tím nechlubí. A nechlubí se tím ani jejich rodinní příslušníci a podobně. Jo takže jako i z této oblasti bych viděl tu otázku třeba menší jakoby informovanosti a podobně. Jo a je to také do určité míry i organizace od organizace, jak v podstatě se věnuje té oblasti mediální. Jestli jenom na svých webových stránkách a nebo se snaží informovat i prostřednictvím médií.*

A to už jsme vlastně u konce. Otázka, která se týká kvality a úrovně poskytovaných sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním. Kdybyste měl zhodnotit kvalitu.

*No kvalitu, já si myslím, v čem bychom jako tu kvalitu chtěli vidět. Jestli ji chceme vidět v papírech a ve standardech, jak dneska zatím pořád vlastně ministerstvo a inspektoři podle zákona vlastně hodnotí kvalitu zařízení, nemusí jít o zařízení poskytujících sociální služby lidem s duševním onemocněním, myslím obecně v sociálních službách, to znamená, že hodnotí kvalitu podle papírů a ne podle spokojenosti, řekl bych pokroku a růstu vlastně těch lidí, kteří tyto služby využívají. Takže je otázka, jestli to chceme vidět v papírech, tak to ať hodnotí inspektoři, pokud to chceme vidět, tak jak prostě ti lidé k nám přichází, jak prospívají, co jim ta naše služba dává, tak si myslím, že služby jsou kvalitní pro tyto lidi, akorát to už ale tady bylo vzpomenu, jde o rozsah těchto služeb. A možnosti těchto služeb a opět se vracíme k penězům. Jo v naší organizaci si myslím, že ty sociální služby lidem s mentálním postižením jsou poskytovány na dobré úrovni, mají svoji kvalitu, mají hlavně hlavu a patu a myslím si, že ten uživatel když k nám přijde, že si o svoje místo a ten směr toho svého fungování zaprvé a zadruhé té možnosti růst a dostat se třeba s určitou podporou i do toho normálního života, tak prostě ten prostor tady má. Je to v podstatě oboustranný vztah, je to vztah vlastně toho uživatele a na druhé straně toho poskytovatele, potažmo prostřednictvím přímo toho pracovníka, toho klíčového pracovníka, který je nějakým způsobem jeho průvodcem toho uživatele služeb.*

Takže chápu dobře, že kvalitu ovlivňují hlavně jakoby ti samotní pracovníci a pak finanční možnosti třeba konkrétního zařízení.

*Ano především finanční, finanční prostředky, do určité míry především rozsah služeb, možnosti, vybaveností a tak dále a v určité, do určité míry můžou ovlivnit i tu kvalitu toho personálu, popřípadě možnosti a schopnosti vlastně té organizace, pokud je dostatek peněz, tak je zabezpečení odborníků v podobě psychologů či psychiatrů. Jo, ale u nás v organizaci v tuto chvíli oproti, co já vím před dvěma lety, vzhledem k tomu, že jsme v projektech, a že jsme vlastně jako nové vedení začali tvrdě šlapat i po dalších dotacích, snažíme se získávat různé granty a od různých nadací a podobně, tak se to i ta odměna finančního ocenění těch pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků se podstatně zvýšila, ale všechno je to, tady tohle je o penězích. Řada věcí i ta péče o ty lidi se dá dělat do určité míry z entuziasmu, s nadšením, ale časem to nadšení vyprchá, je třeba zakládat rodiny a podobně a v tu chvíli ten mladý člověk se dívá vlastně potom z čeho vlastně tu rodinu bude žít, a když vidí, že vlastně v těch sociálních službách co já vím ty peníze nejsou tak velké, jako třeba někde jinde, tak po čase odchází.*

A vlastně u této otázky u poskytování nebo u úrovně a kvality uživatelé hodnotili přes 90 % jako velmi kvalitní nebo spíše kvalitní, poskytovatelé s odborníky tak kolem 50 % až 60%, jak si to vysvětlujete tento rozdíl?

*Já bych řekl, že ti odborníci a poskytovatelé jako vidí ty možnosti té služby v podstatě daleko širší, co by se dalo poskytovat, jak by to mohlo fungovat, ale myslím si že to opět zase naráží zpět na těch financí a tady na tyhle věci. To si myslím, že to je asi to hlavní, proč řekli, že ty kvality nebo ta služba není až tak kvalitní. Jde o to, že ty představy od toho, co by se všechno dalo dělat, jak by se dalo dělat a tak dále. V podstatě je limitováno financema. Nemyslím si že by kritizovali sami sebe, aspoň moje zkušenosti jsou takové, že v podstatě tady s touto cílovou skupinou opravdu dělají lidé, kteří mají zájem, kteří vlastně jsou i na to připravováni. Ty organizace si práci s touto cílovou skupinou vybírá. I někteří v podstatě dovedou kvalitně pracovat a nebo mají nějak zkušenosti z práce s touto cílovou skupinou. No a co se týká samotných těch uživatelů a zase to vyplývá z toho dalšího, vlastně z toho jejich postoje těch uživatelů, protože chodí rádi tam, kde se jim líbí. Jo nebudou chodit, ta služba je dobrovolná a nebudou chodit tam, kde se jim nelíbí. To si myslím, že právě tohle to, je to naplňuje a splňuje to jejich představy a požadavky a tak dále, proto je tam takovéto hodnocení, jo. Když by se jim nelíbila, tak si myslím, že by se ani tohohle výzkumu nezúčastnili, jo, protože v té organizaci, kde ten výzkum byl prováděn, tak by nebyli.*

A na závěr se zeptám, co je podle Vás cílem sociální služby pro osoby s duševním onemocněním?

*Tak to v podstatě vychází z obecných vlastně zásad a cílů sociálních služeb, jo. Jestli my máme tady u nás registrované služby prevence, to znamená sociální rehabilitaci, tak je to především člověka, který je po atace nějaké duševní choroby a tak dále, tak pokud možno už by měl být stabilizovaný a my bychom s ním měli pokračovat dál, dál ho socializovat a pomoci mu pokud možno maximálně, co nejdříve se vrátit do toho normálního života a možná takovým tím jako bonbónkem je pokud by se vrátili do zaměstnání a těch sociálních služeb nebo těch medicínských zařízení, aby využíval co nejméně nebo spíš vůbec. Jo takže v podstatě je to návrat k normálnímu, plnohodnotnému životu, jo. Když vlastně ta nemoc zpravidla ta schizofrenie je problematická.*

No takže to je ode mě všechno, máte nějaké připomínky nebo něco dalšího?

*Ne, dobrý. Ne, ne, ne.*

Tak to je všechno, děkuju moc.