

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Eliška Švehláková

Diplomová práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Eliška Švehláková**
Osobní číslo: **H160358**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k práci s lidmi s duševním onemocněním a sociální práci.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu formou kazuistik.

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:

GULOVÁ, Lenka. Sociální práce: pro pedagogické obory. Praha: Grada, 2011, 208 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3379-1.

PAYNE, Malcolm. Modern social work theory. 4th ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2014, xxii, 441 s. ISBN 978-0-230-24960-8.

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

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014, 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

OREL, Miroslav. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016, 338 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5516-8.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Lucia Elsner, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2018**

Ve Zlíně dne 1. prosince 2017



doc. Ing. Aněžka Lengálková, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

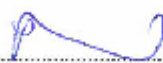
Beru na vědomí, že

- 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 obhajoby¹⁾;
- беру на вѣдомі, że дипломовá práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na maji 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60⁴⁾ 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 20.4.2018



.....

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, Závěrečné závěrečné práce;

²⁾ Typové dílo není účelově určené dílo, diplomová práce není účelově určená práce, a tímž způsobem obdoba, která poskytl oponentů a vědeckou společnost prostřednictvím členů korigovaných prací, která spravuje. Zvlášť zveřejněním studentů, včetně přístupu, způsobů školy.

(2) *Dokladní, výpovědní, balancovní a výroční přílohy účetních výkazů jsou k dispozici pouze při předložení této přílohy osobně nebo prostřednictvím elektronické pošty (e-mail) nebo osobně na úřadu, v místě poskytování veřejných služeb, kde se má konat obchodní schůze. Každý si může za předložení přílohy požádat na své úřední místo, aby byla zveřejněna.*

(3) *Příloha se zveřejňuje pouze u veřejně dostupných podniků, které mají povinnost předkládat účetní závěrečné údaje.*

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 předpisů, § 35 odst. 3*

(4) *Do přílohy účetního účtu nezahrnuje škola nebo školská či vzdělávací zařízení, účelové ústavy ve výjimečných případech nebo nezisková nezabývajících se obchodními případy. K výjimečným případům patří zejména škola nebo záměrem škola nebo záměrem se stává škola nebo záměrem poskytnout vzdělávací služby. Jedná se o školu, která je škola nebo školská či vzdělávací zařízení (škola nebo školská či vzdělávací zařízení).*

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 předpisů, § 35 odst. 3*

(1) *škola nebo školská či vzdělávací zařízení mají za účelové podnikání pouze, na rozdíl od ostatních podniků, v nichž školská či vzdělávací zařízení (§ 35 odst. 3)*

3) *školská či vzdělávací zařízení mají za účelové podnikání pouze, na rozdíl od ostatních podniků, v nichž školská či vzdělávací zařízení (§ 35 odst. 3)*

(2) *školská či vzdělávací zařízení mají za účelové podnikání pouze, na rozdíl od ostatních podniků, v nichž školská či vzdělávací zařízení (§ 35 odst. 3)*

(3) *školská či vzdělávací zařízení mají za účelové podnikání pouze, na rozdíl od ostatních podniků, v nichž školská či vzdělávací zařízení (§ 35 odst. 3)*

ABSTRAKT

Předkládaná diplomová práce se zabývá sociální prací s lidmi s duševním onemocněním. Hlavním cílem práce je pomocí kazuistik zmapovat život vybraných klientů domova se zvláštním režimem. Teoretická část práce se zabývá sociální prací, sociální pedagogikou, legislativním ukotvením v sociální oblasti a duševním onemocněním. Dále popisuje čtyři vybraná pobytová zařízení pro lidi s duševním onemocněním ve Zlínském kraji. V praktické části mapuje život vybraných klientů domova se zvláštním režimem.

Klíčová slova: sociální práce, sociální pedagogika, duševní onemocnění, lidé s duševním onemocněním

ABSTRACT

This thesis deals with social work with people with mental illness. The main aim of the work is to map out the lives of selected clients of a home with a special regime using case reports. The theoretical part deals with social work, social pedagogy, legislative anchoring in the social sphere and mental illness. It also describes four selected residential facilities for people with mental illness in the Zlín Region. In the practical part, the life of selected clients of a home with a special regime is mapped.

Keywords: social work, social pedagogy, mental illness, people with mental illness

Děkuji PhDr. Lucii Elsner, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady a připomínky, za vstřícnost a trpělivost. Dále děkuji všem participantům, kteří se podíleli na výzkumném šetření. Mé poděkování patří také rodině a přátelům za podporu během studia.

„Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele.“

Menandros

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

Eliška Švehláková

OBSAH

ÚVOD	10	
I	TEORETICKÁ ČÁST	12
1	SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA	13
1.1	TEORETICKÉ KONCEPTY SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	14
1.1.1	Psychosociální koncept	14
1.1.2	Systémový koncept	14
1.1.3	Ekologický koncept.....	15
1.1.4	Úkolový koncept	15
1.1.5	Koncept sociálního fungování.....	16
1.2	SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO PROFESE	16
1.3	FORMY SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	17
1.3.1	Individuální sociální práce	17
1.3.2	Skupinová sociální práce.....	18
1.3.3	Komunitní sociální práce	18
1.4	SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA	19
2	LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ V SOCIÁLNÍ OBLASTI	22
2.1	ZÁKON Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	22
2.1.1	Náplň práce sociálního pracovníka	22
2.1.2	Předpoklady pro výkon sociálního pracovníka	23
3	DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	26
3.1	SCHIZOFRENIE A PORUCHY S BLUDY	26
3.1.1	Schizofrenie.....	26
3.1.2	Poruchy s bludy.....	28
3.2	DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK.....	28
3.2.1	Akutní intoxikace alkoholem	28
3.2.2	Odvykací stav	29
3.2.3	Drogová závislost.....	29
3.3	NEUROTICKÉ PORUCHY	30
3.3.1	Sociální fobie	30
3.4	MENTÁLNÍ RETARDACE.....	31
3.5	PORUCHY OSOBNOSTI.....	33
4	VYBRANÁ POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM VE ZLÍNSKÉM KRAJI	35
4.1	DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM LOUČKA	36
4.2	DŮM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NÁVOJNÁ.....	37
4.3	DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM KVASICE	38
4.4	DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM PRŽNO	39
II	PRAKTICKÁ ČÁST	40
5	DESIGN VÝZKUMU	41
5.1	KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	41
5.1.1	Polostrukturovaný rozhovor.....	41

5.2	PŘÍPADOVÁ STUDIE	42
5.3	METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	42
5.4	PRŮBĚH SBĚRU DAT.....	42
5.5	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	43
5.6	HLAVNÍ VÝZKUMNÝ CÍL	44
5.7	DÍLČÍ VÝZKUMNÉ CÍLE	44
	OTÁZKY PRO KLIENTY.....	44
	OTÁZKY PRO KLÍČOVÉ PRACOVNÍKY	45
6	KAZUISTIKY	46
	PANÍ ALŽBĚTA	46
	PANÍ BARBORA	48
	PAN IVO.....	50
	PAN RICHARD	52
	PAN ADAM.....	54
6.1	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ	56
6.2	SHRNUTÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	64
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	71
	SEZNAM PŘÍLOH.....	72

ÚVOD

Duševní onemocnění budí stále u většiny lidí představu neodvratného nepříznivého konce. Tento neodvratný konec může skutečně u některých pacientů nastat. Nastává zejména tehdy, pokud člověk s duševním onemocněním v důsledku několikaměsíční hospitalizace ztratí zájem o okolní dění, přeruší kontakt s blízkými osobami, přijde o poslední zbytky motivace a přibere, protože nikdo nedbá o jeho životní styl. Po propuštění neobstojí v běžném životě, protože je pro něj příliš stresující. Zkušenosti ze zahraničí nám ale ukazují, že lůžko není jediným řešením. Analýza dostupnosti krizových center nebo zařízení poskytujících psychosociální rehabilitaci či domácí péči, která byla provedena ve 33 státech Evropy, odhalila smutnou realitu: ve vyspělých státech Evropy je nabídka těchto služeb široce dostupná, u nás nikoli. Česká republika obsadila místo na chvostu, v blízkosti Gruzie, Ázerbajdžánu a Rumunska. I proto vznikl v roce 2012 na ministerstvu zdravotnictví projektový tým, jehož cílem je zkvalitnění psychiatrické péče v České republice.

Denní kliniky nebo denní stacionáře, terapeutické sestry, které jdou za pacientem, když něco potřebuje, osobní asistenti a síť psychiatrických ambulancí, při nichž fungují docházkové programy, to není nereálný sen, ale systém péče, který je daleko účinnější a respektuje důstojnost pacienta.

V zemích, které mají rozvinutou komunitní péči, získávají sociální pracovníci většinu potřebných znalostí v pregraduálním stupni vzdělání. My máme k tomuto stavu ještě hodně daleko. Sociální pracovníky v oblasti práce s lidmi s duševním onemocněním vzdělává dosud spíše sama praxe, v lepším případě potom kurzy dalšího vzdělání, než že by je k výkonu práce připravilo studium sociální práce.

K výběru tématu diplomové práce mě přivedla praxe na pozici sociální pracovníce v domově se zvláštním režimem. Denně se setkávám s lidmi s duševním onemocněním a jejich rodinnými příslušníky. Ve společnosti všeobecně panují různé názory na lidi s duševním onemocněním. Někdo se těchto lidí bojí, někdo vůbec neví, jak se k nim chovat. Když se s těmito lidmi seznámíte blíže, zjistíte, že jsou to lidé, kteří v životě zažili mnoho bolesti. Jsou to lidé, kteří neměli štěstí a onemocněli. Duševní onemocnění zasáhne člověka v mnoha oblastech. Mým cílem a přáním bylo zachytit průběh života lidí s duševním onemocněním a sepsat kazuistiku těchto lidí, které budou vycházet z více zdrojů.

Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly. V první kapitole se zaměřujeme na východiska sociální práce a sociální pedagogiky, ve druhé kapitole si přiblížíme legislativní

ukotvení v sociální oblasti, třetí kapitola charakterizuje duševní onemocnění, čtvrtá popisuje vybraná pobytová zařízení pro lidi s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

Praktická část popisuje cíle výzkumu, výzkumný vzorek, design výzkumu a předkládá interpretaci získaných dat.

Cílem práce je prostřednictvím kazuistik zmapovat život vybraných klientů domova se zvláštním režimem. Kazuistiky jsou zpracovány na základě polostrukturovaných rozhovorů s vybranými klienty domova se zvláštním režimem, rozhovorů s klíčovými pracovníky vybraných klientů, studia dokumentace a za přispění názoru psycholožky, která do zařízení dochází.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA

Slovník sociální práce definuje sociální práci jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je vysvětlovat, odhalovat, zmírňovat a řešit sociální problémy. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplnění individuálního lidského potenciálu. Sociální práce je hlavní přístup při poskytování sociální pomoci (Matoušek, 2016, s. 200-201).

Dle Matouška (2003) je sociální práce součástí organizovaného a zabezpečovaného systému redistribuce služeb a zboží. Jejím cílem je uspokojování sociálních služeb klientů a zajištění kontroly nad změnami chování, které je považováno za problematické nebo deviantní. Sociální práce má výlučné postavení v tom, že se jejím prostřednictvím dostávají zdroje k závislým lidem (děti, nezaměstnaní, senioři, osoby se zdravotním postižením) (Matoušek, 2003, s. 20).

Posláním sociální práce je poskytnout sociální služby jednotlivcům, rodinám, skupinám a komunitám. Účelem těchto služeb je pomoci klientovi vyrovnat se se sociálními problémy, odstranit či omezit problémy, které lze vyřešit, případně také přispět ke zlepšení situace v případech, kde je možná úprava sociálních poměrů.

Sociální práce také vede dialog mezi tím, co požaduje společnost ve svých normách, a tím, co chce klient. Cílem sociální práce je potom rozvíjení tohoto dialogu ke vzájemné spolupráci (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 9).

Gulová (2011) uvádí, že vychází z altruismu, podstatou sociální práce bylo pomáhat a angažovat se pro potřebné. Její vývoj probíhal v různých částech světa po celá staletí, měla různé podoby. Jednotlivci, skupiny a celé komunity prohlubovali sociální práci v řadě oblastí až do současnosti, kdy se významem a obsahem vyrovnává řadě dalších disciplín, s kterými je již dávno sžitá a ze kterých čerpá jak teorii, tak praxi. Z pohledu teorie je uznávanou vědecky fundovanou disciplínou, která pomocí svých metod zajišťuje na profesionální úrovni péči o potřebné. Praktická aplikace této disciplíny vstupuje do života všech sociálně znevýhodněných skupin v nejrůznějším slova smyslu, ať už v podobě služby, nebo aktivity, která má pomoci klientovi tak, aby si dokázal pomoci sám (Gulová, 2011, s. 14).

1.1 Teoretické koncepty sociální práce

Teoreticky lze sociální práci ukotvit v několika konceptech. Tyto koncepty vycházejí z historického vývoje sociální práce v Německu a USA. Základy sociální práce stojí na těchto konceptech a mnohé koncepty jsou dodnes uplatňovány.

1.1.1 Psychosociální koncept

Z tohoto pohledu je důraz v sociální práci kladen na psychosociální pomoc jednotlivci, který ztroskotal ve svém sociálním přizpůsobení a má zájem o to, aby mu byla poskytnuta pomoc. V tomto pojetí jsou příčiny ztroskotání tři:

- dětské pudy a potřeby, které z dětství přetrvaly do dospělosti. Díky tomu jedinec klade přehnané nároky na okolní svět, nebo vůči němu vyjadřuje nepřátelství.
- člověk se nachází v životní situaci, která na něj vytváří neúměrný tlak.
- nesprávné fungování „ega“ a „superega“.

Psychosociální přístup vychází z teorie osobnosti Sigmunda Freuda, zároveň ale zdůrazňuje důležitost interakce a prostředí, zvláště interakce s rodinou. Jednání sociálního pracovníka je zaměřeno na strukturu osoba – situace. Důraz se klade na porozumění člověku jako jedinci žijícímu v interakcích se svým prostředím. Psychosociální koncept se snaží o rovnováhu mezi porozuměním vnitřnímu psychickému životu jedince a jeho mezilidských vztahů (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 9 – 10).

1.1.2 Systémový koncept

Sociální práce se zabývá také interakcí lidí a jejich prostředí. Klient je součástí systému a řešení jeho problémů je možné pouze v rámci tohoto systému. Dle tohoto konceptu můžeme vymezit následující cíle sociální práce:

- zvýšení schopnosti klientů vyřešit a překonat problémy,
- zapojení lidí do systémů, které jim mohou poskytnout prostředky, služby a příležitosti v řešení jejich problémů,
- podpora a zlepšení působení těchto systémů,
- rozvoj a zlepšování sociální politiky

Systémy, které mohou lidem pomoci, dělíme na neformální, formální a společenské. Za neformální přirozené systémy považujeme rodinu, přátele, sousedy a spolupracovníky.

Formální systémy jsou různé organizace a asociace, které podporují své členy. Do společenských systémů pomoci řadíme školy, nemocnice a programy sociálního zabezpečení.

Sociální pracovník při svém profesním působení využívá systém zprostředkující změnu. Lidé žádající o službu čekají od sociálního pracovníka podporu. Tito lidé tvoří systém klientely. Cílovým systémem jsou tedy lidé, kteří potřebují změnu. Systémové pojetí dává sociálnímu pracovníkovi v praxi schéma, které může být využito ve snaze něco změnit. Pomáhá mu vytyčit si úkoly, které při úsilí o změnu musí být dosaženy (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 10 – 11).

1.1.3 Ekologický koncept

Tento koncept klade důraz na vzájemnou interakci mezi lidmi a jejich fyzickým a sociálním prostředím a procesy adaptace. Zaměřuje se na poruchy a problémy během adaptačního procesu. Důsledkem těchto poruch je stres. Stres vzniká ve třech oblastech, které jsou vzájemně propojeny. Patří sem oblast změny (změna sociálního statusu, vývojové změny či krizové události), dále enviromentální problémy (tlak prostředí) a interpersonální vztahy a komunikace. Takže pole sociální práce získá působením stresů v životě v konkrétním prostředí. Cílem sociálního pracovníka je tedy snaha o úspěšnou adaptaci nebo readaptaci klienta na jeho životní prostor (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 11).

1.1.4 Úkolový koncept

Tento koncept vychází z krátkodobého psychosociálního přístupu a navazuje na pojetí sociální práce jako řešení problému. Sociální pomoc se zaměřuje na problém z pohledu klienta. Je nutné, aby klient uznal daný problém a souhlasil s jeho řešením. Klient se seznámí s cíli a strategií služby a rozhodne o tom, jaké změny chce dosáhnout. Klient je tedy v tomto pojetí považován za zákazníka, který má rozhodovací právo. Klient zde není vnímán jako oběť patologických okolností a faktorů, ale jako člověk s potenciálem k řešení svých problémů. Při spolupráci na řešení může sociální pracovník vycházet z kterékoliv teorie, která odpovídá danému případu. K řešení problémů dochází v důsledku opatření a činností, které podnikne sám klient (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 11 – 12).

Matoušek (2013) popisuje „úkolově orientovaný přístup“, který vznikl na základě empirických výzkumů a praxe sociálních pracovníků. Jádrem tohoto přístupu spočívá v myšlence, že malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a že člověku se lépe plní úkoly, které si sám zvolil. Sociální pracovník klienta „pouze“ doprovází, pomáhá mu zvážit, co chce změnit a jakými

kroky se dobere k žádoucí změně. Předpokládá se, že intervence je legitimní, pokud se klient obrátí na sociálního pracovníka s žádostí o pomoc při dosažení svých nenaplněných potřeb. Důležitý je časový rámec. Bez jeho vymezení by práce s klientem byla neefektivní. Proto má být práce s klientem naplánována na vymezenou dobu (Matoušek, 2013, s. 109).

1.1.5 Koncept sociálního fungování

Sociální fungování je široký pojem. Bere v úvahu to, že lidé a jejich prostředí jsou v neustálé interakci. Prostor klade na jedince určité požadavky, a člověk je nucen na ně reagovat. Mezi požadavky prostředí a jedincem bývá obvykle rovnováha. Problém vznikne tehdy, jestliže člověk požadavky okolí nezvládne, čímž dojde k narušení rovnováhy. Někteří lidé si s problémy poradí sami a rovnováhu znovu nastolí, někteří tuto schopnost nemají. Příčinou problému mohou být jak nedostatečné dovednosti ze strany klienta, tak nepřiměřené požadavky prostředí vůči němu. Předmětem práce sociálního pracovníka je interakce mezi způsobilostí klienta ke zvládnutí požadavků okolí a tím, co okolí od klienta očekává (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 12).

Matoušek (2003) popisuje sociální fungování klienta. V praxi to znamená, že sociální pracovník pohlíží na člověka jako na bytost, která existuje v prostředí a musí zvládat jeho nároky. Úkolem sociálního pracovníka je podpořit sociální fungování klienta, tzn. pomoc při obnově či získání takových informací a dovedností, jež klientovi umožní zvládnout požadavky prostředí nebo naopak ovlivnit ty nároky prostředí, které jsou nepřiměřené nebo jinak problematické.

1.2 Sociální práce jako profese

Sociální práce jako profese si prošla zajímavým vývojem. Od doby, kdy nebyla sociální práce považována za profesi až po současnost, kdy se připravuje profesní zákon o sociálních pracovnících. Tento zákon by mimo jiné měl zvýšit prestiž sociální práce a sociálních pracovníků ve společnosti.

Definice sociální práce dle mezinárodní asociace sociálních pracovníků

Sociální práce je praktická a akademická disciplína, která podporuje sociální změny a rozvoj, sociální soudržnost a svobodu lidí. Pro sociální práci jsou základní principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní odpovědnosti a respektu k rozmanitosti. Sociální práce se jako humanitní společenská věda zabývá lidmi a strukturami, které se zabývají životními problémy a zvyšují spokojenost.

Základní principy sociální práce jsou lidská práva a spravedlnost.

Sociální práce jako profese využívá řadu rozmanitých technik, činností a dovedností, které jsou v souladu s komplexním zaměřením na jedince a jeho prostředí. Interakce sociální práce sahají od psychosociálních procesů až po sociální politiku, plánování a rozvoj.

Sociální práce zahrnuje poradenství, individuální sociální práci, skupinovou sociální práci, práci s rodinou, stejně tak pomáhá lidem získat služby a komunitní zdroje (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 18).

1.3 Formy sociální práce

Jak našimi, tak zahraničními autory jsou uváděny jako formy sociální práce: individuální sociální práce, skupinová sociální práce a komunitní práce. Sociální práce bývá různě definována podle toho, z jakého teoretického základu vychází. Teoretický základ potom ovlivňuje metody sociální práce.

1.3.1 Individuální sociální práce

Individuální sociální práce vznikla v USA. Za zakladatelku je považována Mary Richmondová. V polovině 19. století se předpokládalo, že hlavními příčinami chudoby jsou charakterové nedostatky, Richmondová kladla důraz na sociální vztahy člověka a na potřebu studia klientova sociálního prostředí. Vznikl medicínský model individuální sociální práce. Tento model používá termíny diagnóza, anamnéza a terapie. Sociální pracovník má roli experta.

Ve třicátých letech 20. století ovlivnil sociální práci směr zvaný funkcionalismus, který se orientoval na problematiku sociální práce jako služby a na reakci klienta na tyto služby. Představitelé tohoto směru byli Robinsonová a Taft z Pensylvánské školy sociální práce.

Freudovský (diagnostický) přístup byl základem pro vznik sociální práce zaměřené na zkoumání minulosti klienta.

V šedesátých letech 20. století ovlivnila individuální sociální práci terapie (krátkodobá terapie, rodinná terapie a terapie rozhovorem).

V současné době můžeme definovat individuální sociální práci jako metodu sociální práce s jedincem, který potřebuje podporu kteroukoli formou individuální pomoci. Toto pojetí chápe klienta nikoli jako objekt, ale jako subjekt sociální práce. Cílem interakce je důraz

na dorozumění a na společnou definici klientova problému (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 19 -21).

1.3.2 Skupinová sociální práce

Skupinová sociální práce se začala rozvíjet v Anglii v souvislosti se sociálními změnami, které způsobila průmyslová revoluce. Lidé přicházející do měst za prací nenalezli vyhovující sociální podmínky, vzrostla kriminalita a delikvence. Koncem 19. století se do chudinských čtvrtí stěhovali dobrovolníci, kteří zde nabízeli pomoc v městských centrech zvaných settlementy. Tato myšlenka se později rozšířila i v USA. V settlementech se jednalo především o práci s nezaměstnanými, chudými, emigranty, tělesně postiženými či jinak handicapovanými lidmi. Po druhé světové válce se skupinová sociální práce orientovala terapeuticky. V šedesátých letech minulého století byla vymezena definice skupinové sociální práce.

Individuální sociální práce v Německu vycházela z amerických konceptů. Naproti tomu skupinová sociální práce se odvolává na německé tradice mládežnického hnutí, reformní pedagogiky a na teorii o skupinové dynamice. Hnutí mládeže objevuje skupinu mladých lidí jako prostředek sebevýchovy a socializace. Reformní pedagogika kladla důraz na výchovný potenciál skupiny vedoucí k odpovědnosti.

V Česku definovaly autorky Novotná a Schimmerlingová skupinovou sociální práci jako psychosociální působení na určitou skupinu s nějakým společným znakem a cílem tak, aby se stali celistvou osobností nebo ji znovu objevili a mohli se tak celkově zdravě vyvíjet (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 21 – 25).

1.3.3 Komunitní sociální práce

Komunitu můžeme v sociální práci vymezit ve třech kategoriích. Definujeme ji buď lokalitou (ulice, obec, městská část, sousedství), skupinou lidí, které spojují společné podmínky, nebo ji vnímáme jako společenství lidí, které spojuje společný problém.

Za předchůdce komunitní práce lze považovat dělnické hnutí s centrem ve Velké Británii, které usilovalo o lepší bytové a pracovní podmínky. Historické kořeny můžeme vidět také v hnutí settlementů, které vedle skupinové práce také usilovalo o zlepšení života v komunitě na úrovni bydlení, zdravotních služeb a boje proti zaměstnávání dětí.

U nás komunitní práci definují autorky Schimmerlingová a Novotná jako pomoc lidem v konkrétních životních situacích na určitém územním celku, bez ohledu na to, jestli se jedná o jednotlivce, skupinu nebo celou komunitu.

Komunitní práce se vyznačuje tím, že je uskutečňována ve prospěch většího množství lidí, je k ní potřeba spolupráce s představiteli samosprávy či státní politické moci a angažuje se v ní přímo obyvatelstvo nebo občanskí aktivisté. Sociální pracovníci tady mají úlohu organizátorů a podněcovatelů této činnosti (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 25 – 27).

Dle Matouška (2013) komunitní pracovník podporuje a podněcuje skupiny lidí, které usilují o zlepšení příležitostí a podmínek v místě bydliště. Bezprostřední cíle komunitní práce bývají často dílčí, jejím obecným cílem je posílení dovedností, sebeorganizační kapacity komunity a sebedůvěry, které účastníkům umožní používat a šířit tyto schopnosti poté, co pracovník komunitu opustí. Lze shrnout, že komunitní práce je intervence usilující o řešení problémů přesahujících jednotlivce, přičemž řešení se děje skrze participaci a aktivizaci komunity. Komunita se aktivizací mění a stává se nástrojem při řešení problému (Matoušek, 2013, s. 310).

1.4 Sociální pedagogika

Gulová uvádí, že sociální práce a sociální pedagogika jsou podobné disciplíny, zejména z hlediska některých cílových skupin, jako jsou děti, dospívající, senioři, menšiny a lidé se sociálním znevýhodněním. Sociální pedagogika působí zejména v oblasti prevence a kompenzace a její metody vycházejí z metod pedagogiky volného času. Sociální práce má podle autorky mnohem propracovanější teorii i praxi, což přisuzuje jejímu vývoji. U nás se tyto teorie sice potkávají, ale snaží se udržet si svou svébytnost. V zahraničí (například v Německu) se tyto disciplíny výrazně prolínají. V našich podmínkách sociální práci vnímáme jako intervenci do náročné klientovy situace, často do situací jednotlivců a skupin, které nejsou motivovány ke změnám. Sociální pedagogika pracuje s prostředím, které jedince obklopuje a mluví o aktivizaci jedince zejména v oblasti prevence. Sociální pedagogika si výraznější teoretický základ teprve vytváří, přičemž důraz je kladen na propracování metod a mechanismů, které uplatňuje ke svým cílovým skupinám (Gulová, 2011, s. 70-71).

Ve slovníku sociální práce je sociální pedagogika definován jako odborná disciplína zabývající se rozpoznáním sociálních činitelů, které ohrožují vývoj člověka a uplatňování po-

stupů, které vyvažují jejich nepříznivé působení. Sociální pedagogika se zaměřuje na ovlivňování ohroženého dítěte i na ovlivňování prostředí, v němž se ohrožená osoba pohybuje. V německy mluvících zemích se sociální pedagogika do jisté míry překrývá se sociální prací, v USA a některých jiných západních zemích je pedagogika sociálně hendikepovaných vnímána jako samostatný podobor pedagogiky. Někteří evropští autoři vyhrazují termín sociální pedagogika pro mimoškolní výchovu ohrožených dětí a mládeže s důrazem na prevenci sociálního selhání a termín sociální práce rezervují pro práci s dospělými. V současné době lze v odborné literatuře často číst, že sociální pedagogika a sociální práce vycházejí ze společných historických kořenů a nyní se přibližují k původní jednotě (Matoušek, 2016, s. 199).

Sociální pedagogika vznikla pod vlivem sociologie na přelomu 19. a 20. století. Vznikla jako reakce na přetrvávající biologické a psychologické teorie, které nepřipisovaly žádný význam společnosti a prostředí na utváření osobnosti. Snahou sociální pedagogiky bylo dokázat společenskou podmíněnost výchovy, její místo při vytváření společenských cílů výchovy. Sociální pedagogika také vystupovala proti individualistické výchově. Na vznik sociální pedagogiky měli vliv sociologická pedagogika a sociologie výchovy (Bakošová, 2007, s. 10).

Schilling (in Bakošová, 2007, s. 36) poukazuje na to, že sociální práce má pedagogický charakter. Jako důkazy uvádí:

- klientela sociální práce se změnila. Netvoří ji pouze okrajové skupiny, jako bezdomovci a nemocní. Sociální práce se stává součástí péče o všechny lidi ve společnosti.
- hranice mezi sociálními a vzdělávacími institucemi se stírají. Vzdělávací zařízení jsou doplněné intervencí sociální práce a naopak sociální práce přebírá úkoly, které byly přiděleny vzdělávacím institucím.
- v metodách a postupech jde o vědomou pedagogizaci sociální práce

Pole působení sociální pedagogiky se rozšiřuje. Sociální pedagogové a sociální pracovníci považují podle Kluscheho (in Bakošová, 2007 s. 36) ve své činnosti za nejdůležitější těchto pět funkcí:

- sociální
- výchovná

- náhrada rodiny
- ekonomická
- intervence v krizích

Schilling (in Bakošová, 2007, s. 36) upozorňuje na to, že je potřeba odstranit negativní chápání slova „sociální“, které je spojováno se sociální pedagogikou a sociální prací. Nejde o sociální stát, sociální demokracii, sociální psychózu, ani sociální učení se. Jde o vypracování prestiže pro sociální pedagogiku, protože sociální pedagogika je vždy pozitivní. Nové sociálněpedagogické zařízení může získat teoretické základy pouze na společensky nově postavených výchovných úlohách. Ty nepředstavují jen odstranění patologických jevů, ale nový komplex společenských úkolů pro zařazení se do společnosti.

Kompetence sociálního pedagoga

Edukační kompetence, sebevýchova, sebevzdělání – sociální pedagog rozvíjí a podporuje asertivní jednání, efektivní komunikaci, lidskost, solidaritu, úctu a jiné schopnosti pomáhajícího charakteru. Poradenství – sociální pedagog postupuje profesionálně. To znamená, že je taktní, poslouchá klienta, nebagatelizuje jeho problémy, nechá problém otevřený, aby měl klient možnost vnitřně případ zpracovat. Prevence – prevenci dělíme na univerzální, primární a sekundární, přičemž sociální pedagog může realizovat první a druhý typ prevence. Management – pole působení sociálního pedagoga se otvírá i v samosprávě měst a obcí při řešení sociálních problémů, např. sociálně ohrožených dětí nebo nezaměstnanost. Převýchova – sociální pedagog jako dobrý vychovatel řeší odklon od normy, ať už v oblasti emocionální, sociální či mravní (drogová závislost, kriminální činy) (Bakošová, 2007, s. 192 – 195).

2 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ V SOCIÁLNÍ OBLASTI

V první kapitole jsme si popsali sociální pedagogiku a sociální práci. Naším cílem bylo pomocí odborné literatury najít společné znaky těchto dvou disciplín.

V druhé kapitole diplomové práce se zaměříme na legislativní ukotvení sociální práce, sociálního pracovníka a sociálního pedagoga. Budeme vycházet ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti 1. ledna 2007. S pomocí odborné literatury se zaměříme na další vzdělávání v pomáhajících profesích.

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

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ze dne 14. března 2006 je rozdělen na jedenáct částí, ve kterých upravuje příspěvek na péči, sociální služby, inspekci poskytování sociálních služeb, mlčenlivost, financování sociálních služeb, přestupky, předpoklady pro výkon sociálního pracovníka, předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách, akreditace vzdělávacích zařízení a akreditace vzdělávacích programů, společná, přechodná a závěrečná ustanovení.

Při poskytování pobytové sociální služby pro lidi s duševním onemocněním vycházíme ze zákona o sociálních službách, který vzhledem ke klientům zařízení definuje a upravuje cílovou skupinu, základní činnosti, které zařízení poskytuje, příspěvek na péči a náležitosti smlouvy o poskytování sociální služby. Vzhledem k pracovníkům upravuje vzdělání potřebné pro výkon sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách, inspekci poskytování sociální služby, financování sociálních služeb a mlčenlivost.

2.1.1 Náplň práce sociálního pracovníka

Sociální pracovník je oprávněn vykonávat sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, řeší sociálně právní problémy v zařízeních poskytujících služby sociální péče, součástí práce sociálního pracovníka je dále analytická, koncepční a metodická činnost v sociální oblasti, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci a odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence. Sociální pracovník dále zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb (Sociální zabezpečení, 2012, s. 145).

Sociální pracovník v domově se zvláštním režimem pro lidi s duševním onemocněním vykonává sociální šetření v psychiatrických nemocnicích a v domácnostech žadatelů, vede

evidenci žadatelů, jedná se zájemci o službu, poskytuje sociální poradenství jak zájemcům o službu, tak rodinným příslušníkům a opatrovníkům, zabezpečuje sociální agendu klientů, řeší příjem klienta do zařízení, spolupracuje s rodinnými příslušníky a opatrovníky klientů, pomáhá klientům při vyřizování úředních záležitostí na úřadech – úzce spolupracuje s Úřadem práce při vyřizování příspěvku na péči pro klienty nebo vyřízení dávek pomoci v hmotné nouzi či vyřízení dávek pro osoby se zdravotním postižením, komunikuje s úřady a se soudem (v některých případech zastupuje klienta při soudním jednání), spolupracuje s klíčovými pracovníky na plánu péče, s výchovně nepedagogickými pracovníky na aktivizaci klientů, účastní se kulturních a společenských akcí, spolupracuje s kolegy z jiných zařízení. Sociální pracovník také vytváří nebo se podílí na vytváření nových metodik a postupů, vytváří, zavádí a upravuje standardy kvality poskytování sociální služby. Přijímá a řeší podněty, připomínky a stížnosti klientů (popřípadě rodinných příslušníků nebo opatrovníků).

Sociální pracovník si také upevňuje a prohlubuje svou kvalifikaci prostřednictvím školení, stáží nebo kurzů.

2.1.2 Předpoklady pro výkon sociálního pracovníka

Předpoklady pro výkon sociálního pracovníka jsou vydefinovány v osmé části zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon stanovuje požadavky na vzdělání sociálního pracovníka, přičemž nejnižší stupeň dokončeného vzdělání je vyšší odborné (titul Dis.).

Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je zdravotní způsobilost, bezúhonnost, plná svéprávnost a odborná způsobilost dle zákona.

Odborná způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka:

- a) Vyšší odborné vzdělání získané úspěšným zakončením vzdělávacího programu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální práci, sociálně právní činnost, sociální a humanitární práci, charitní a sociální činnost
- b) Vysokoškolské vzdělání získané úspěšným zakončením bakalářského, magisterského nebo doktorského vzdělávacího programu zaměřeného na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální práci, sociálně právní činnost, sociální a humanitární práci, charitativní a sociální činnost

- c) Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení splňuje také sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který podle zvláštního právního předpisu získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (Sociální zabezpečení, 2012, s. 145).

Další vzdělávání sociálního pracovníka

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dále upravuje další vzdělávání sociálního pracovníka. Podle jmenovaného zákona je zaměstnavatel povinen zajistit sociálnímu pracovníku další vzdělávání pro obnovení, upevnění a doplnění kvalifikace, a to v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Do forem dalšího vzdělávání řadíme: účast na školicích akcích, účast na kurzech s akreditovaným programem, odborné stáže a účast na konferencích. Doklady o absolvování dalšího vzdělávání jsou: osvědčení vydávané vzdělávacím zařízením, potvrzení o stáži vydané zařízením, potvrzení o konferenci (Sociální zabezpečení, 2012, s. 146).

Elichová (2017) uvádí, že „*sociální pracovník by se měl aktivně zapojit do celoživotního vzdělávání, především pro svůj odborný a kvalifikační růst a rozvoj osobnosti.*“ Další vzdělávání však není ve většině případů zaměřeno na specifika jedné cílové skupiny. Pro pomáhajícího pracovníka by měla být samozřejmostí základní znalost legislativy, zákonných opatření, nařízení a předpisů. Sociální práce vyžaduje vysokou odbornou přípravu, řadí se mezi náročné pomáhající profese, k úspěšné realizaci této profese patří umění sebe-reflexe. Pro její náročnost je vzdělání v sociální práci celoživotním procesem, jehož cílem je získávat další poznatky a dovednosti (Elichová, 2017, s. 65; 188).

Z vlastní zkušenosti považujeme za velmi přínosné stáže v zařízeních, zejména v zařízeních se stejnou či podobnou cílovou skupinou. Zatím dvakrát jsme s kolegy měli možnost absolvovat stáž v zařízení z jiného než Zlínského kraje a pokaždé jsme načerpali spoustu zajímavých a užitečných rad a typů, jak pracovat s lidmi s duševním onemocněním. Během stáže si mohou zaměstnanci vyměnit řadu cenných zkušeností a poznatků, protože velmi často řeší podobné či stejné problémy, na které při své práci narážejí. Pracovníci se tak mohou naučit např. pracovní postup, který potom úspěšně aplikují ve svém zařízení. Přínosem stáže je pro nás hlavně skutečnost, že můžeme sdílet zkušenosti ze své práce s lidmi, kteří nám velmi dobře rozumí.

Během tří let praxe na pozici sociální pracovníce, jsme s mými kolegy absolvovali různá školení, která jsou také do praxe přínosná. Je ale škoda, že velmi málo lektorů má přímou zkušenost s lidmi s duševním onemocněním. Několikrát se nám stalo, že lektor měl přehled o práci s lidmi s demencí, ale nedokázal nám odpovědět na otázky ohledně klientů s duševním onemocněním jako je např. schizofrenie. Práce s lidmi s duševním onemocněním je velmi specifická a náročná, proto si myslím, že je potřebné, aby byli pracovníci v tomto odvětví pravidelně kvalitně zaškolení.

3 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Diplomová práce je zaměřena na práci s lidmi s duševním onemocněním, proto se ve třetí kapitole budeme věnovat jednotlivým duševním onemocněním. Podrobněji popíšeme schizofrenii a poruchy s bludy, duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, neurotické poruchy, mentální retardace a poruchy osobnosti.

3.1 Schizofrenie a poruchy s bludy

Na následujících řádcích si pomocí odborné literatury popíšeme schizofrenii a poruchy s bludy.

3.1.1 Schizofrenie

Cohen popisuje schizofrenii jako komplexní poruchu, kterou je nutné rozeznat na základě klinických symptomů. Podle tohoto autora neexistuje žádný diagnostický test, a není jasné, zda se do pojmu „schizofrenie“ zahrnuje jedna nebo více nemocí. Jasné je, že schizofrenie znamená narušení psychických funkcí člověka, a to buď jedné funkce, nebo celé skupiny (Cohen, 2002, s. 157).

Styx ve své knize o psychiatrii uvádí, že vnější svět může i pro zdravého člověka znamenat neutěšenou realitu, od které utíká do fantazie a snění. Zdravý člověk je většinou schopen rozlišovat mezi oběma světy - mezi realitou a sněním. Člověk se schizofrenií však přerušuje vazby na reálný svět ve zneklidňující míře, která znemožňuje jeho fungování v přirozeném sociálním prostředí. Psychóza mění prožívání člověka, to, jak prožívá svět, druhé a sám sebe. Při tomto onemocnění ustupuje reálný svět do pozadí a na jeho místo se dostává svět preludů a fantazií, ve kterých je jedinec uzavřen (Styx, 2003, s. 94).

Diagnóza schizofrenie je založena na výskytu typických příznaků. Mezi ně v první řadě patří ozvučování myšlenek, vysílání myšlenek a vkládání nebo odnímání myšlenek. Další jsou bludy kontrolování, ovládání či ovlivňování, zřetelné pohyby těla a končetin, zvláštní pocity, myšlenky, činnosti a bludné vnímání. Seznam příznaků doplňují halucinace hlasů, které mohou komentovat pacientovo chování nebo mezi sebou hovořit, nebo jiné typy hlasů, přicházející z různých částí těla. Vyskytovat se mohou také neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněny kulturou a jsou nepatřičné, jako politická či náboženská identita, nadlidské schopnosti nebo moc (např. schopnost být ve spojení s lidmi z jiného světa nebo schopnost kontrolovat počasí).

Psychotické příznaky doprovází nespecifické projevy, jako je úzkost a strach, změny chuti k jídlu nebo nespavost. Člověk se schizofrenií postupně ztrácí kontakt se skutečností. Upřednostňuje vlastní psychotické prožitky, podle kterých se chová. Současně si je naprosto jistý tím, že je v pořádku a ztrácí náhled na onemocnění. Absence náhledu je zdroj nedorozumění s blízkými lidmi a příčinou odmítání léčby (Bankovská Motlová, Španiel, 2013, s. 14).

Počátek schizofrenie se objevuje obvykle během dospívání nebo rané dospělosti, kdy si jedinci uvědomují sebe sama, vytváří kontinuální vztahy a začleňují se do společnosti. Schizofrenie má všudypřítomné důsledky na zdraví (včetně fyzického zdraví) a schopnosti fungovat ve společnosti. Většina pacientů s tímto onemocněním není schopna zvládnout samostatný život a udržet si zaměstnání (Hales, Gabbard, Yudofsky, 2011, s. 111).

Rozeznáváme čtyři formy schizofrenie:

- paranoidní schizofrenie – nejčastější forma, v popředí jsou bludy a halucinace
- hebefrenií schizofrenie – zvláštní klackovité chování, nejasné vtípkování, nápadně nesouvislé myšlení a nepřiměřené či nepřiléhavé emoční reakce, prchavé, nestálé bludy a halucinace.
- katatonii schizofrenie – má zcela specifické příznaky: u produktivní formy se jedná o extrémní psychomotorický neklid, u stuporózní formy naopak stupor (naprostá nehybnost), mutismus (úplná nemluvnost), nástavy, tzn. setrvávání v nezvyklých polohách a negativismus (odporování instrukcím).
- simplexní schizofrenie – má plíživý rozvoj, je charakterizována negativními schizofrenními příznaky (zchudlost zájmů, cítění, myšlení a vůle). U této formy obvykle chybí bludy a halucinace (Styx, 2003, s. 95).

Průběh tohoto onemocnění je různý. Schizofrenie začíná v mladém věku, mezi 16. – 35. rokem života. Uvádí se, že jedna třetina nemocných se úplně uzdraví, u dvou třetin se nemoc vrací, dochází tedy k tzv. relapsům. Mezi jednotlivými etapami dochází k období výrazného nebo úplného ústupu všech příznaků, ale pokud jsou relapsy časté, tak také dochází častěji k nedokonalým remisím, nebo může onemocnění přejít do chronického stadia (Musil, 2006, s. 106).

Lidé se schizofrenií mají tendence k násilnému a sebevražednému jednání. Zhruba 10 % schizofreniků skončí svůj život sebevraždou. Nebezpečí sebevražedného jednání je klinic-

ky hůře odhadnutelné než u jiných poruch. K sebevražednému jednání může vést náhlý impuls, jednání pod vlivem halucinací, doprovodný depresivní syndrom nebo přesvědčení o vlastní toxicitě (Probstová, Pěč, 2014, s. 52 – 52).

3.1.2 Poruchy s bludy

Duševní poruchy s bludy jsou charakterizovány rozvojem jednoho nebo více bludů. Rozlišujeme bludy: persekční, emulační, megalomanské a hypochondrické. U tohoto onemocnění chybí typicky schizofrenní příznaky v oblasti citů, myšlení, chování a vůle. Někdy bývají přítomny halucinace (chuťové, čichové, sluchové a tělové). Tyto psychózy mají podobný průběh jako schizofrenie, ale vznikají v pozdějším věku. Typické jsou relapsy, častěji se ale vyskytují neúplné remise s přetrvávajícími bludy při relativně dobré stabilitě (Musil, 2006, s. 106).

3.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Do této kategorie duševních poruch řadíme akutní intoxikaci alkoholem, syndrom závislosti, odvykací stav a drogové závislosti.

3.2.1 Akutní intoxikace alkoholem

Prostá opilost se vyznačuje vztahem mezi množstvím požitého alkoholu, individuální snášenlivostí, akutním somatopsychickým stavem jedince a výrazností psychických poruch. Dominuje postižení somatických funkcí a akcentuje se aktuální psychické rozpoložení – strach, obavy, veselost, smutek, agresivita). Dochází ke ztrátě schopnosti dodržovat společenské normy.

Rozlišujeme tři základní stupně intoxikace alkoholem:

- mírná intoxikace – od 0,5 do 1,5 promile
- střední intoxikace – 1,5 – 2,5 promile
- těžká intoxikace – 2,5 promile a víc

(Dušek, Večeřová – Procházková, 2005, s. 102).

Závislost na alkoholu byla uznána za nemoc teprve v roce 1968. Tímto jí bylo odňato stigma hříchu a pacienti konečně dostali právo na terapii (Lutz, 2017, s. 141).

Škodlivé užívání alkoholu vede v průběhu let k rozvoji aterosklerózy, poruchám pankreatu, jaterní cirhóze, k vředové chorobě a mnoha dalším poškozením. Průměrný život alkoholika je o deset let kratší ve srovnání s ostatní populací. Mezi alkoholiky jsou časté deprese a sebevražedné myšlenky. Jak se rozvíjí závislost, zvyšuje se tolerance alkoholu, takže k dosažení požadovaného výsledku je potřeba zvyšovat dávky. Postupem času se alkoholik povahově mění, lže, hrubne, ztrácí pocity odpovědnosti, vyhledává důvody k pití, chorobně žárlí a narušuje citová pouta. Později dochází k problémům v zaměstnání a k rozvratu rodiny. V posledním stadiu alkoholismu začne prudce klesat tolerance, takže alkoholik se opije už např. po dvou pivech.

Typickým odvykacím syndromem je delirium tremens, což je stav charakterizovaný kvalitativní poruchou vědomí, pocením, třesem, úzkostí, halucinacemi a iluzemi. K trvalým následkům alkoholismu patří povahové změny – žárlivost, lehkomyšlnost a zhrubnutí – a demence (Malá, Pavlovský, 2002, s. 52-53).

3.2.2 Odvykací stav

Odvykací stav se řadí do ukazatelů závislosti na alkoholu. Rozvíjí se po vynechání zneužívané látky. Podle intenzity závislosti se projevuje intenzita odvykacího stavu. Projevy jsou jak z oblasti somatické, tak psychické. Mezi somatické potíže řadíme potíže z oblasti zažívacího traktu, kardiovaskulární potíže apod. Mezi psychické potíže patří neklid, deprese, sklony k agresivitě a nesoustředěnost.

3.2.3 Drogová závislost

Drogy jsou látky, které ovlivňují naše vědomí a vnímání, pak pochopitelně i naše jednání a chování. Některé mají účinek povzbuzující, budivý, stimulující, jiné naopak tlumivý, omamný. Některé drogy jsou lidmi používány od nepaměti – opium, jiné byly vytvořeny moderní chemií – pervitin. Některé jsou nebezpečné a vyvolávají jak společenské, tak zdravotní problémy. Některé jsou méně škodlivé a jsou používány masově – čaj, káva, tabák. Od těchto látek lidé většinou očekávají příjemné prožitky – „euforii“. Po určité době je však nutné pro dosažení stejného účinku zvyšovat dávku, opakovat stále častěji, vzniká psychická závislost. Někdy vzniká i somatická závislost, jejíž příznaky je nutno tlumit dalším přísunem drogy. Při nedostatku drogy nebo jejím odejmutím vznikají abstinenční příznaky, které mohou být jen nepříjemné (nikotin), nebo velmi závažné (heroin). (Musil a kol., 2006, s. 153).

Lidé závislí na ilegálních drogách se jen těžko snášejí s jinými závislými. Především bývají trnem v oku pro ostatní. Mladí lidé závislí na drogách, kteří jsou často bez pracovních zkušeností, žijí jen pro krátký a intenzivní pocit extáze, pro „rauš“. Už jen strach z abstinčních příznaků je žene od jednoho kolapsu ke druhému.

Rozhodující je zde primární prevence. Je nutné zabránit první konzumaci drogy. Přitom je důležité, aby mladí lidé místo pasivního prožitku rauše dokázali život prožívat aktivně a aby vyrůstali v prostředí, kde se nezachází s omamnými látkami lehkovážně (Lutz, 2017, s. 142 - 143).

3.3 Neurotické poruchy

Termín „neuróza“ byl poprvé použit edinburským lékařem W. Cullenem v roce 1780. Tento pojem je v současné době diskutován a kritizován. Mezinárodní klasifikace duševních poruch sice již tradiční členění na neurózy a psychózy nepoužívá, přesto termín neuróza, především v psychiatrické praxi, přetrvává. Chování člověka trpícího neurotickou poruchou bývá nápadné a neobvyklé, ale neporušuje základní sociální normy. U tohoto onemocnění není ani hodnocení reality zásadním způsobem narušeno. Nemocný člověk si většinou odlišnosti svého chování uvědomuje a jsou pro něj i pro jeho okolí obtěžující. Mnoho nemocných trpí více sekundárními, společenskými následky svých neurotických projevů (může to být např. koktavost nebo nutkavé jednání) (Musil, 2006, s. 109).

Neurotické potíže se objevují nejčastěji u lidí mezi 25. a 40. rokem, tedy v době, kdy se člověk vyrovnává s mnoha nároky dospělosti. V této době člověk hledá manželského partnera, zakládá rodinu a buduje si svou profesní roli. Pro některé disponované jedince mohou být nároky příliš velké a mohou vést k neurotickým poruchám. Důsledkem neurotických poruch je omezená radost ze života a snížení výkonnosti a životní energie (Musil, 2006, s. 109).

Do neurotických poruch řadíme fobické úzkostné poruchy, jiné úzkostné poruchy, obsedantně – kompulzivní poruchu, reakci na závažný stres a poruchu přizpůsobení, disociativní poruchy, somatoformní poruchy a jiné neurotické poruchy. Podrobněji se zaměříme na speciálně vydělovanou sociální fobii, která se vyskytuje v populaci velmi často.

3.3.1 Sociální fobie

Výskyt sociální fobie je u mužů i u žen stejný. Jedinec trpící tímto onemocněním má přehnaný strach ze ztrapnění v kontaktech s lidmi a ve společenských situacích (dotyčný má

stažené hrdlo, potí se, zčervená, chvěje se mu hlas a třesou ruce, může mít i jiné vegetativní symptomy – např. časté nucení k močení). Příznaky úzkosti vedou k obavám z pozorování a negativního hodnocení, k nepříjemným emočním pocitům, k vyhýbavému chování obecně. V extrémních případech může dojít až k sebevraždě. U sociální fobie je riziko sebevraždy až šestkrát vyšší než u běžné populace. Přitom pacienti si uvědomují, že jejich chování a obavy jsou nepřiměřené a přehnané (Malá, Pavlovský, 2002, s. 69).

Cohen jmenuje nejčastější předměty fobií: výšky, tma, bouřka, zvířata, uzavřené prostory, močení a defekace na veřejných záchodcích, zubní ošetření, strach z nakažení určitou nemocí, pohled na krev nebo na ránu (Cohen, 2002, s. 175).

Pokud není sociální fobie včas a přiměřeně léčena, může dotyčného vyřadit z fungování v normálním životě. Omezuje jej ve schopnosti vzdělávat se, být úspěšný v profesní kariéře, postihuje i schopnost navázat hodnotný partnerský vztah a celkově má negativní dopad na kvalitu života. Pro většinu nemocných znamená sociální fobie chronické trápení, ekonomické i vztahové ztráty a brání ve využití pracovního, osobního a sociálního potenciálu. Vyhledání odborné péče je však pro lidi se sociální fobií obtížné. Často se za své problémy stydí a obviňují se. Předchozí negativní zkušenosti s lidmi jim brání navštívit zkušeného odborníka. Sociální fobie je přitom spojena se zvýšeným rizikem přidružených psychických poruch, mezi které patří například deprese, úzkostné poruchy nebo závislost na alkoholu (Praško, Holubová, 2017, s. 9 - 10).

3.4 Mentální retardace

Pojem mentální retardace prošel velkými změnami. Na přelomu 19. a 20. století byli lidé s tímto onemocněním nazýváni „idioti“, pak „oligofrenici“ nebo „mentálně subnormální“. Cohen míní, že tyto termíny stigmatizovanou skupinu neskryjí. Je potřeba, aby se změnily postoje lidí, nejen jména (Cohen, 2002, s. 119).

Mentální retardace je buď vrozená, nebo získaná. Způsobují ji chromozomální anomálie, zejména trizomie 21. chromozomu (Downův syndrom), nitroděložní infekce či poškození při porodu.

Downův syndrom lze poznat neobvyklými rysy tváře, které jsou zřejmé po narození dítěte – tzv. mongoloidní rysy. Downův syndrom je spojen s dalšími abnormalitami, hlavně vrozenými srdečními vadami.

Ne každý člověk s mentální retardací zvládne žít samostatně. Je pravdou, že se ví o člověku s Downovým syndromem, který vystudoval vysokou školu, ale to je výjimečné. Mnoho lidí s mentální retardací žije obyčejným životem, druhým lidem se sice zdají hloupí, avšak docela normální. Lidé s mentální retardací potřebují pomoc druhé osoby s věcmi, které ostatní berou jako samozřejmost. Lidé s mírným stupněm mentální retardace mohou žít samostatně a vykonávat manuální práci. Ovšem zvládnutí komplexních sociálních úkolů, např. vyplňovat formuláře, může přesahovat jejich schopnosti. Kvůli rigidnímu myšlení se také těmito lidem nedaří navazovat interpersonální vztahy a mají potíže porozumět stránkám života, které vyžadují informace a vysvětlení, např. aspekty sexuality. Pro tyto lidi je velmi užitečná praktická pomoc, např. jak vyplnit formulář, jak hospodařit s financemi.

Na rozdíl od nich jsou lidé, kteří potřebují neustálou péči v ústavním zařízení. Jsou to nemocní, u kterých se téměř nevyvinula řeč či trpí epilepsií nebo muskuloskeletárními anomáliemi, které vedou k neschopnosti oblékat se, mýt, nebo dokonce samostatně jíst.

Mezi těmito extrémly jsou tací, kteří zvládají základní péči o sebe, ale nejsou schopni se vypořádat s vnějším světem. Mohou mít potíže postarat se o finanční záležitosti a vyřídit si běžné denní úkoly. Hlavním problémem této skupiny je skutečnost, že slabá schopnost mluvit a artikulovat omezuje komunikaci na neverbální projevy. Člověk, který nemá s lidmi s mentální retardací zkušenost, může špatně interpretovat jejich chování jako duševní nemoc, ačkoliv pacient se pouze snaží upozornit na svou nepohodu a není schopen své problémy verbalizovat. Nicméně, začíná se přijímat, že lidé s mentální retardací mohou trpět duševním onemocněním stejně tak, jako lidé bez mentální retardace (Cohen, 2002, s. 119-120).

Osobnost lidí s mentálním postižením se vyznačuje nekritickým, neadekvátním sebehodnocením. Je ovlivňována způsobem jejich uvažování, omezenou možností chápat a reálně zhodnocovat vlastní kompetence. Sebehodnocení lidí s mentálním postižením je utvářeno emocionálním, nikoli racionálním, úsudkem. Jejich názory lze snadno pozitivně i negativně ovlivňovat, proto hrozí velké riziko zneužití těchto osob. Pro vývin osobnosti lidí s mentálním postižením je důležitá potřeba nevyhnutelného množství a variabilita podnětů z vnějšího prostředí, které musí být přizpůsobeny jejich možnostem a z hlediska kvality a délky těchto podnětů. V případě nedostatečné stimulace bude docházet ke zbrzdění jejich vývinu a naopak velký přísun podnětů může být vyčerpávající, až stresující. Důležité je, aby stimulace byla pro člověka s mentálním postižením pochopitelná. Nesrozumitelné informace vyvolávají zátěž a vedou k obranným reakcím.

Lidé s mentálním postižením mají silnou potřebu citové jistoty a bezpečí. Pevný vztah s blízkým člověkem je pro tyto lidi mimořádně důležitý a to především proto, že tento vztah je pramenem rovnováhy, která byla narušena skutečností, že se stále cítí ohroženi okolním světem, který je pro ně často nesrozumitelný.

V některých případech můžeme pozorovat nadměrnou lehkost a povrchnost prožívání závažných životních událostí, rychlou změnu nálad, v jiných se projevuje mimořádná intenzita prožívání, která vzniká na základě méně důležitých důvodů. Nezralost osobnosti se projevuje i ve vlivu egocentrických emocí na hodnocení. Nejvíce hodnotí lidi, kteří jsou příjemní, podobně hodnotí i události. Dobré je to, co je jim příjemné (Oláh, 2016, s. 289 – 290).

3.5 Poruchy osobnosti

Podat definici poruch osobnosti tak, aby vystihovala celou šíři těchto poruch, je obtížné. Jedná se o těžké narušení v charakterové oblasti a tendencích chování člověka. Řadí se mezi poruchy s malou procesuální aktivitou. Podstatou tohoto onemocnění je disharmonicky vyvinutá osobnost. Určité rysy této osobnosti jsou nadměrně výrazné, jiné naopak chabé a potlačené. Tito jedinci se často dostávají do konfliktů se svým okolím, protože jejich chování je podivínské a má asociální nebo antisociální prvky. Definice poruch osobnosti se liší i podle regionálních a etnických oblastí. Hodnocení by mělo vycházet z co nejširšího zdroje informací a amnestických údajů. U poruch osobnosti snáze dochází k dalším poruchám a změnám než u osobnosti nenarušené (Dušek, Večeřová – Procházková, 2005, s. 115 – 116).

Cohen (2002, s. 145) míní, že je porucha osobnosti možná nespornější diagnóza v psychiatrii. Schizofrenik má silně abnormální duševní prožitky, např. slyší hlasy nepřítomných lidí, málokdo by tedy řekl, že duševní funkce jedince nejsou nějakým způsobem vážně narušeny. V případě poruch osobnosti se projevy nemusí jevit abnormální. Společnost uznává, že lidé s touto diagnózou jsou odlišní a mohou potřebovat psychiatrickou pomoc. Jedná se o nemoc? Jasná odpověď neexistuje, a to způsobuje nepřetržitý zmatek. Společnost však odpověď očekává a není ochotná akceptovat to, že odborníci ji neposkytují.

Pokud má pacient velmi rigidní životní styl a brání se změnám, jeho osobnost označujeme jako **obsedantní** nebo **anankastickou**. Pokud je jedinec zvlášť citlivý na kritiku a poznámky druhých, pak ho označujeme jako **paranoidní** osobnost. O **schizoidní** osobnosti

mluvíme v případě, kdy se nám člověk zdá vzdálený, žijící ve svém světě, má velmi omezené kontakty s druhými lidmi (avšak nesplňuje kritéria pro diagnózu schizofrenie). Pokud se u jedince vyskytnou tendence drammatizovat poměrně nezávažné situace a neustále vyhledává ocenění druhých lidí, mluvíme o **histrionické** osobnosti. O **závislé** osobnosti hovoříme u člověka, který má potřebu být závislý na druhých a očekává, že ponесou odpovědnost za jeho činy. Osobnost jedince, který pociťuje silnou úzkost, když má být mezi lidmi, zvláště pokud je riziko, že bude kritizován, je označována jako **vyhýbavá** nebo **úzkostná** (Cohen, 2002, s. 145 – 146).

Ve třetí kapitole jsme si za pomoci odborné literatury přiblížili duševní onemocnění, kterými může člověk onemocnět. Některá duševní onemocnění mají přechodný charakter, některá mají trvalé následky. Duševní onemocnění zasáhne život jak samotného nemocného, tak celé jeho rodiny. V některých případech není možné, aby člověk s duševním onemocněním žil ve svém přirozeném sociálním prostředí. Rodina či opatrovník nemocného potom hledají řešení v podobě sociální služby. Vzhledem k tomu, že součástí práce sociálního pracovníka a sociálního pedagoga je také sociální poradenství, čtvrtá kapitola diplomové práce bude věnována čtyřem pobytovým zařízením ve Zlínském kraji, na která se mohou obrátit duševně nemocní, jejich opatrovníci, rodiny, sociální pracovníci či široká veřejnost v případě, že potřebují najít pobytovou sociální službu pro duševně nemocného člověka.

4 VYBRANÁ POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM VE ZLÍNSKÉM KRAJI

V poslední kapitole teoretické části se budeme věnovat čtyřem pobytovým zařízením ve Zlínském kraji, která poskytují pobytovou sociální službu lidem s duševním onemocněním. Informace v této kapitole jsou čerpány z dostupných internetových stránek jednotlivých zařízení. S pomocí odborné literatury si přiblížíme specifikum poskytování pobytové sociální služby – domova se zvláštním režimem.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se v domovech se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, osobám závislým na návykových látkách a osobám se stařeckou či Alzheimerovou demencí nebo jinými typy demencí, které mají z důvodu těchto onemocnění sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Dle Čiberové, Janečkové a Macha (2016) patří domov se zvláštním režimem do sociálních služeb poskytovaných za úhradu, přičemž úhradu lze v rámci sociálních služeb stanovit za poskytnutí základních činností a všech fakultativních činností, za jejichž poskytování vznikají poskytovateli náklady. Domov se zvláštním režimem patří do sociálních služeb, u kterých je smlouva o poskytování sociální služby uzavřena vždy v písemné podobě. (Janečková, Čiberová, Mach, 2016, 128; s. 276 - 277).

Pro domovy se zvláštním režimem je specifické, že poskytují sociální službu lidem s omezenou svéprávností. Proto si na následujících řádcích přiblížíme náležitosti uzavření smlouvy o poskytování sociální služby u těchto lidí.

Poskytování sociálních služeb osobám s omezenou svéprávností

V případě, že potenciální zájemce o poskytnutí sociální služby je omezen ve svéprávnosti i v oblasti jednání týkajícího se poskytování sociálních služeb a tuto službu potřebuje, smlouvu o poskytování sociální služby uzavírá s poskytovatelem opatrovník. To ale neznamená, že na sjednání sociální služby by se neměl podílet také opatrovaný. Naopak, volba sociální služby a následné uzavření smlouvy o poskytování sociální služby by mělo být společným rozhodnutím opatrovníka a opatrovaného.

Opatrovník je tedy povinen srozumitelně komunikovat s opatrovaným a vysvětlit mu povahu a možné následky rozhodnutí, které přijal. Opatrovník má také dbát přání a představ opatrovaného, nelze-li tomu rozumně odporovat.

Od 1. srpna 2016 existuje právní úprava, která umožňuje opatrovníkovi a obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností uzavření smlouvy o poskytování sociální služby i v případě, kdy klient neprojevil s uzavřením smlouvy souhlas. Pro tento způsob sjednání služby musí být splněny následující podmínky: neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé sociální situace osoby s duševní poruchou by ohrozilo život nebo by jí hrozilo vážné poškození zdraví nebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí. Dále pokud není možné zajistit nezbytnou pomoc a podporu prostřednictvím mírnějšího a méně omezujícího opatření. V praxi mohou nastat i opačné situace, kdy smlouvu o poskytování sociální služby uzavře opatrovaný bez vědomí a souhlasu opatrovníka. To však automaticky neznamená, že je toto právní jednání opatrovaného neplatné. Neplatné by mohlo být pouze v případě, kdyby opatrovanému způsobilo újmu.

Opatrovník má jednat v zájmu opatrovaného. K tomu musí znát jeho potřeby a schopnosti. Opatrovník by se měl zajímat o poměry, ve kterých opatrovaný žije, které má získávat také z pravidelného kontaktu s opatrovaným. Rozsah práv a povinností opatrovníka týkajících se zejména právního jednání stanovuje soud (Sociální služby I., 2016, s. 116 – 117).

V poslední části této kapitoly popíšeme čtyři vybraná pobytová zařízení ve Zlínském kraji, která jsou registrována jako domovy se zvláštním režimem podle § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

4.1 Domov se zvláštním režimem Loučka

Služba je poskytována lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění. Věková skupina je od 25 let. Do vyloučené skupiny tohoto zařízení patří lidé s Alzheimerovou nemocí nebo jinými typy demence, lidé s mentálním postižením, lidé s organickým postižením mozku, lidé se zrakovým, sluchovým nebo kombinovaným postižením. Kapacita domova je čtyřicet sedm klientů.

Domov se zvláštním režimem poskytuje základní činnosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Domov je samostatný bezbariérový objekt, který nabízí klientům ubytování v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Pokoje v přízemí domova jsou uzpůsobené pro imobilní

klienty. Pokoje disponují vlastním sociálním zařízením. Na každém patře je jídelna a společenská místnost, jedna společenská místnost funguje jako knihovna. Klienti mají k dispozici velkou aktivizační místnost („dílnu“), kterou využívají při trávení volného času. Klienti mohou využívat služby lékaře a psychiatra, kteří do zařízení dochází, nebo si mohou zvolit svého lékaře. Do domova dochází také psycholog, klienti jej mohou využít pro individuální konzultaci.

Klientům je zajišťováno celodenní stravování. Na výběr je strava racionální, dietní a diabetická. Strava se klientům připravuje ve vedlejší budově Domova pro seniory a na Domov se zvláštním režimem je převážena. Klienti si také mohou připravit jídlo na kuchyňkách.

Výchovně nepedagogické pracovníce (dříve aktivizační pracovníce) připravují pro klienty pestrou kulturní a zájmovou činnost. Tyto činnosti podporují tvořivost, manuální zručnost, fyzickou i duševní kondici, mezilidské vztahy a sociální začleňování klientů. Klienti se mohou účastnit různých společenských akcí, kulturních událostí v domově i mimo něj, šicí dílny, ruční dílny, společenských her, výletů apod. (Domov pro seniory Loučka, © 2018).

4.2 Dům sociálních služeb Návojná

Posláním Domu sociálních služeb Návojná je poskytovat sociální službu osobám, které vzhledem k nepříznivé životní situaci potřebují pomoc a podporu, která jim nemůže být poskytována ve vlastním prostředí. Zařízení usiluje o zachování a rozvíjení dosavadních schopností klientů a jejich podporu v zapojení do běžného způsobu života.

Cílovou skupinou Domu sociálních služeb Návojná jsou lidé s chronickým duševním onemocněním a lidé závislí nebo ohrožení závislostí na návykových látkách. V zařízení jsou i klienti s kombinovaným postižením a s mentální retardací, tito klienti byli do služby přijímáni ještě před platností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Dům sociálních služeb Návojná je zařízení se zajímavou historií, proto si ji v následujících řádcích přiblížíme.

V 60. letech vznikl v obci Nedašova Lhota domov důchodců. Klienti byli ubytováni v dřevěných domcích, které postupně chátraly. V roce 1993 byl domov důchodců přestěhován do budovy bývalé internátní školy v Návojně. Tato sociální služba postupně změnila cílovou skupinu ze seniorů na psychotiky, psychopaty, osoby s mentálním postižením a alkoholiky. Zařízení se jmenovalo Ústav sociální péče Návojná. V letech 1998 – 2004 prošlo zařízení komplexní rekonstrukcí. Vzniklo 25 jednolůžkových, 18 dvoulůžkových a 3

třílůžkové pokoje včetně sociálního zařízení. Kapacita zařízení se zvýšila ze 40 klientů na 70. V roce 2007 se Ústav sociální péče změnil na Dům sociálních služeb. Služba je registrována jako domov se zvláštním režimem podle § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V současné době má toto zařízení 70 klientů, z toho 28 žen a 42 mužů. Zařízení má 29 jednolůžkových pokojů, 16 dvoulůžkových a 3 třílůžkové pokoje.

Prizemí budovy DSS je uzpůsobeno pro imobilní klienty. V zařízení je velká jídelna, ve které se klienti setkávají u jídla, jednou za měsíc tam mohou klienti navštívit bohoslužbu. V zařízení je také odpočinková místnost, která má prvky snoezelenu. Těto místnosti využívají hlavně klienti s mentálním postižením.

Výchovně nepedagogické pracovnice připravují pro klienty DSS Návojná různé společenské a kulturní akce.

Dům sociálních služeb Návojná organizuje každý rok multidisciplinární setkání pro lidi pracující s lidmi s duševním onemocněním. Tohoto setkání se účastní pracovníci zařízení (pobytové i ambulantní služby), psychiatr, soudní úřednice a veřejní opatrovníci. Toto setkání považujeme za velmi přínosné, protože prostřednictvím diskuze mohou pracovníci získat spoustu nových informací, které v práci s lidmi s duševním onemocněním využijí (Dům sociálních služeb Návojná, © 2017).

4.3 Domov se zvláštním režimem Kvasice

Domov se zvláštním režimem Kvasice spadá pod příspěvkovou organizaci Sociální služby Uherské Hradiště. Zřizovatelem je Zlínský kraj.

Zařízení poskytuje služby osobám, které mají chronické duševní onemocnění: schizofrenie, poruchy nálady a afektivní poruchy nebo neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresem, v jehož důsledku došlo k omezení nebo k úplné ztrátě soběstačnosti, ke snížení schopnosti nebo dovednosti uplatňovat svá práva, a jejich situace vyžaduje pomoc druhé osoby.

Službu nelze poskytnout lidem, u kterých nebyla diagnostikována duševní porucha, lidem závislým na alkoholu či jiných návykových látkách, trpícím Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence, mentálně postiženým, hluchoněmým a nevidomým. Věkovou skupinu tvoří dospělí (50 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let) a starší senioři (nad 80 let). Celková kapacita domova je 69 míst. Domov má jednolůžkové, dvoulůžkové a třílůžkové pokoje.

Domov poskytuje klientům základní činnosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Domov se zvláštním režimem Kvasice se nachází v blízkosti centra obce, přesto však v klidné části. Je vzdálen 3 minuty chůze od autobusového nádraží. Domov sestává ze dvou budov – zámku a hospodářské budovy. Domov je obklopen parkem v anglickém stylu. V průběhu let 2006 – 2008 prošly vnitřní prostory zámku hospodářské budovy rozsáhlými stavebními úpravami. Prostory byly vybaveny novým nábytkem a zařízením, potřebným pro poskytování pobytové sociální služby. Pokoje pro klienty služby se nacházejí v budově zámku. Jsou doplněny potřebným zázemím, které tvoří koupelny, jídelny, WC, klubovna apod. v hospodářské budově se nachází zázemí zaměstnanců domova a technické provozy. Obě budovy jsou upraveny tak, aby klientům umožnily bezbariérový pohyb. Přístup do vyšších podlaží budovy je buď po schodišti, nebo výtahem (Domov se zvláštním režimem Kvasice, © 2015).

4.4 Domov se zvláštním režimem Pržno

Domov se zvláštním režimem Pržno je organizační jednotkou příspěvkové organizace Sociální služby Vsetín. Zřizovatelem je Zlínský kraj.

Posláním domova se zvláštním režimem Pržno je nabízet pro lidi s duševním onemocněním způsobeným alkoholem podporu v důstojném, hodnotném a aktivním životě podle jejich individuálních potřeb a možností. Klienty služby povzbuzuje a motivuje k aktivitám, podporuje jejich nezávislost a vztahy. Domov usiluje o zachování a rozvíjení individuálních dovedností a schopností. Vytváří vlídné a přátelské prostředí, ve kterém jsou respektovány lidská práva a svobody.

Domov se zvláštním režimem Pržno nabízí klientům základní činnosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Cílovou skupinou tohoto zařízení jsou osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách. Služba je určena lidem s duševní poruchou způsobenou alkoholem, kteří mají sníženou soběstačnost a potřebují pomoc jiné fyzické osoby.

Cílovou skupinou z hlediska věku jsou muži a ženy nad 40 let.

Kapacita zařízení je 64 klientů (Sociální služby Vsetín, © 2012 - 2017).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 DESIGN VÝZKUMU

Praktická část diplomové práce navazuje na teoretickou část, ve které jsme si vymezili sociální práci, sociální pedagogiku, duševní onemocnění a přiblížili jsme si čtyři vybraná pobytová zařízení pro lidi s duševním onemocněním ve Zlínském kraji.

V této kapitole popíšeme kvalitativní výzkum, metody a techniky sběru dat a průběh sběru dat. Zaměříme se také na polostrukturovaný rozhovor a případovou studii. Dále popíšeme jednotlivé případové studie pěti vybraných klientů domova se zvláštním režimem.

5.1 Kvalitativní výzkum

Jak uvádí Hendl (2016) někteří metodologové chápou kvalitativní výzkum pouze jako doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií, jiní naopak jako protipól či vyhraněnou výzkumnou pozici ve vztahu k jednotné, na přírodovědných základech postavené vědě. Kvalitativní výzkum si v sociálních vědách postupně získal rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu.

Výhodou kvalitativního výzkumu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na povrchu, provádíme podrobné srovnání případů, sledujeme vývoj těchto případů a zkoumáme příslušné procesy. Velkým přínosem kvalitativní metodologie jsou přístupy, pomocí kterých navrhujeme teorii nějakého sledovaného fenoménu. Přiblížit povahu kvalitativního výzkumu lze popisem určitých výzkumných tradic nebo škol, které jsou tradičně spojovány s kvalitativním výzkumem. Přitom můžeme uvažovat vlivy z oblasti psychologie, antropologie, sociologie, filozofie, lingvistiky a pedagogiky (Hendl, 2016, s. 45 - 47).

5.1.1 Polostrukturovaný rozhovor

Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami je tvořen řadou pečlivě formulovaných otázek, na které mají jednotliví respondenti odpovědět. Pružnost sondování v kontextu situace je tady omezenější než v jiných typech rozhovorů. Tento typ rozhovoru používáme, když potřebujeme minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému. Tím redukuje pravděpodobnost, že se získaná data budou v jednotlivých rozhovorech výrazně strukturně lišit.

Relativní nevýhodou strukturovaného rozhovoru s volnými otázkami je restrikce na předem dané téma. Omezení je také v tom, že různým respondentům klademe stejně naformulované otázky a tím přehlídíme situovanost rozhovoru.

Nakonečný (2009) uvádí, že je při rozhovoru důležité udržovat respondenta při aktivní spolupráci, klást přesně formulované a přiměřené otázky a zaznamenávat i neverbální reakce respondenta. (Nakonečný, 2009, s. 65).

5.2 Případová studie

Kutnohorská (2009) uvádí, že případová studie díky kvalitativním údajům prohlubuje výsledky kvalitativních výzkumů. Případová studie směřuje k otevřenosti a upřímnosti, umožňuje lepší komunikaci a porozumění si s účastníky výzkumu. Podstatné je, že výzkumník se snaží o celkové porozumění případu v prostředí, kde lidé aktuálně žijí – v jejich přirozeném prostředí. Cílem je zachycení interakce mezi zkoumanou osobou a jejím okolím. (Kutnohorská, 2009, s. 76).

Dle Hendla (2005) případová studie zkoumá detailně jeden případ či více případů. V případové studii získáváme velké množství informací od jednoho nebo více jedinců. Výzkumník se snaží zachytit komplikovaný případ, který zahrnuje osobní charakteristiku jedince a komplexní popis vztahů. Hodnota případové studie se odvíjí od toho, jak dobře je zpracována. Důkladným prozkoumáním jedné studie můžeme porozumět shodným případům. Na konci výzkumu se případ zkoumá v širších souvislostech (Hendl, 2005, s. 104).

5.3 Metody a techniky sběru dat

Dle Švaříčka a Šed'ové jsou v kvalitativním výzkumu metody sběru dat specifické postupy při poznávání jevů, které výzkumník využívá s cílem odhalení toho, jak si lidé vysvětlují a utvářejí sociální realitu (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 142).

V rámci výzkumu pro diplomovou práci byla zvolena případová studie (kazuistika). V kazuistikách čerpáme z polostrukturovaných rozhovorů s vybranými klienty domova se zvláštním režimem, ze studia dokumentace o klientech a z rozhovorů s klíčovými pracovníky klientů. Kazuistiky jsou také doplněny o pohled psychologa.

5.4 Průběh sběru dat

Výzkum k diplomové práci byl realizován v období leden až únor 2018 s osobami, které jsme oslovili. Polostrukturované rozhovory byly realizovány v lednu 2018, kdy jsme oslovili ty klienty domova se zvláštním režimem, kteří souhlasili se zpracováním jejich kazuistik. Všichni participanti byli ujištěni o tom, že nikde nebudou figurovat jejich jména a že informace budou použity výhradně pro účely diplomové práce. Pro zachování anonymity

byla jména zkoumaných osob nahrazena fiktivními. Rozhovory s klíčovými pracovníky proběhly v lednu 2018, tyto rozhovory byly zaznamenávány na papír. Při zpracování kazuistik jsme vycházeli také ze studia dokumentace o klientech. Dále jsme požádali psychologku o vyjádření k vybraným klientům.

Na začátku praktické části se zaměříme na konkretizaci výzkumného šetření, které bylo realizováno formou polostrukturovaných rozhovorů. Dále se budeme zaměřovat na hlavní výzkumný cíl, dílčí výzkumné cíle a otázky do rozhovorů. V podkapitole charakteristika výzkumného souboru popíšeme důvody pro výběr participantů.

Rozhovory s participanty byly nahrávány na diktafon. Na začátku každého rozhovoru byl participant upozorněn na to, že rozhovor je nahráván a zeptali jsme se, zda s nahráváním souhlasí.

S participanty jsme prošli všechny otázky rozhovoru. V některých rozhovorech jsme pokládali i jiné otázky, které vyplynuly z konverzace.

Rozhovory s klíčovými pracovníky proběhly v kanceláři. Jejich odpovědi jsme zaznamenávali na papír.

Psycholožku, která do zařízení dochází, jsme požádali o vyjádření k jednotlivým participantům.

Cílem praktické části diplomové práce bylo pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty, rozhovorů s klíčovými pracovníky, s pomocí studia dokumentace a za přispění názoru psychologky zmapovat život vybraných klientů domova se zvláštním režimem Loučka. Výsledkem praktické části jsou kazuistiky pěti vybraných klientů.

5.5 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří pět klientů domova se zvláštním režimem, klíčoví pracovníci klientů a psychologka, která do zařízení dochází. Pro rozhovory s klienty jsme vybrali tři muže a dvě ženy, přičemž všichni participaci jsou svéprávní. Rozhovory byly realizovány v domově se zvláštním režimem Loučka. Rozhovory proběhly v prostředí, které bylo pro klienta příjemné. U klientů, kteří jsou umístěni na jednolůžkovém pokoji, byl rozhovor realizován na pokoji. U klientů, kteří sdílí pokoj se spolubydlícím, byl rozhovor realizován v kanceláři. Všechny participanty jsme oslovili s žádostí o rozhovor a na začátku rozhovoru jsme se opět zeptali, zda participant souhlasí s tím, že rozhovor je nahráván. Bližší informace o jednotlivých participantech budou uvedeny v kazuistikách.

Pro praktickou část jsme si stanovili hlavní výzkumný cíl a tři dílčí výzkumné cíle. Jedním ze zdrojů zpracování kazuistik byly polostrukturované rozhovory s participanty a rozhovory s klíčovými pracovníky.

5.6 Hlavní výzkumný cíl

Hlavním výzkumným cílem je zmapovat život vybraných klientů domova se zvláštním režimem.

Pro účely výzkumu jsme si stanovili tři dílčí výzkumné cíle.

5.7 Dílčí výzkumné cíle

1. Zjistit, jak žil klient před nástupem do domova se zvláštním režimem
2. Zjistit, jaký je život klienta po nástupu do domova se zvláštním režimem
3. Zjistit, jaké má klient přání a touhy do budoucna

Dále si uvedeme jednotlivé otázky rozhovoru s klienty a s klíčovými pracovníky.

Otázky pro klienty

1. Jak dlouho jste v DZR?
2. Kde jste žil/a před nástupem do DZR?
3. Jak jste se do DZR dostal/a?
4. Navštěvuje Vás někdo z rodiny?
5. Jaké máte koníčky/záliby?
6. Jakým aktivitám dáváte přednost?
7. Je něco, co Vám v nabízených aktivitách chybí?
8. Jak spolupracujete s klíčovým pracovníkem?
9. Jaké máte touhy a přání do budoucna?

Otázky pro klíčové pracovníky

1. Jaká je historie klientova života?
2. Jaké aktivity klienta zajímají?
3. Jaký je klient při spolupráci?
4. Co plánujete při spolupráci s klientem do budoucna?

6 KAZUISTIKY

V následující kapitole budeme popisovat kazuistiky klientů domova se zvláštním režimem. Jména a údaje, podle kterých by participantí mohli být identifikováni, byly změněny.

Paní Alžběta

Matka paní Alžběty zemřela při porodu, otec pracoval v zahraničí a nebyl schopen se o dceru postarat, proto byla umístěna v dětském domově. Z dětského domova si ji vzala žena, která nemohla mít své děti a vychovala ji. Paní Alžběta nemá svou nevlastní matku ráda, nestojí o žádný kontakt s ní. Paní Alžběta nikdy nepracovala, kvůli psychickým problémům byla již v období dospívání hospitalizována v psychiatrické nemocnici Brno – Černovice, kde si podle svých slov prošla elektrokonvulzivní terapií, dříve nazvanou „elektrošoky“.

Klientka si našla muže, za kterého se vdala. Později otěhotněla, narodil se jí syn. Paní Alžběta ale žije v přesvědčení, že porodila dvojčata (dvě holčičky), ale ty jí vzali a místo nich podstrčili chlapce. Z tohoto důvodu paní Alžběta svého syna nikdy nepřijala. Dle slov psycholožky je syn klientky také duševně nemocný. O svém synovi mluví klientka jako o vnukovi své nevlastní matky. Klientka také uvádí, že po porodu prodělala operaci – zmenšení prsou, často vzpomíná na utrpení, kterým si díky tomuto zákroku prošla. Dle dostupné dokumentace klientka tento zákrok nikdy nepodstoupila. Od porodu až po umístění do domova se zvláštním režimem byla klientka hospitalizována v psychiatrických nemocnicích, nejdříve v psychiatrické nemocnici Brno – Černovice a potom v psychiatrické nemocnici Kroměříž. Dále byla klientka rok umístěna v sociální rehabilitaci Zahrada, kde si s pomocí pracovníků podala žádosti do domovů se zvláštním režimem.

Paní Alžběta je individualista, v zařízení nemá žádnou kamarádku, s ostatními klienty se moc nebaví. Přítelkyne nechce. Její bývalý manžel byl alkoholik a agresor, proto klientka nevyhledává vztahy s muži. Sama říká, že kamarádku nepotřebuje a ve svém věku už nebude chodit s muži po barech.

Klientka má ráda ruční práce. Během hospitalizace v psychiatrické nemocnici hodně háčkovala, dovezla si uháčkované tašky, šaty, šály a to všechno odevzdala výchovně nepedagogickým pracovníkům, aby to poslaly dětem do dětského domova. Celkově ráda tvoří výrobky v dílně, protože se potom mohou prodat a utržené peníze poslouží dobré věci. Klientka byla v dětském domově, a proto myslí na děti umístěné v tomto zařízení. Když se cítí

dobře, navštěvuje většinu aktivit v zařízení. Sama klientka říká, že chodí na terapie, na toto označení je zvyklá z psychiatrické nemocnice. Dále ráda čte. Pokud se cítí psychicky dobře, dojde si sama do knihovny a půjčí si knihy, pokud se necítí dobře, tak jí knihy vypůjčí a přinese klíčová pracovníce. Klientka také ráda chodí na procházky, píše si deník a pomáhá uklízečkám. Ráda se hezky oblékne a namaluje, když jde na společenskou akci, například ples (pořádaný jiným zařízením) nebo diskotéku, kterou pořádá domov se zvláštním režimem. Paní Alžběta je ráda, že může být aktivní, je za to vděčná panu psychiatrovi, který jí dle jejích slov ubral léky a proto se cítí dobře a může navštěvovat tolik aktivit. Klientka se také zapojila do nácviku divadla a byla členkou pěvecké skupiny, která vyhrála první místo v soutěži. Pravdou je, že se u klientky střídají aktivní fáze, kdy se velmi účastní nabízených aktivit s fázemi útlumu, kdy raději tráví volný čas na pokoji.

Klientka je spokojená s nabídkou aktivit v zařízení. Uvítala by brigádu. Dle svých slov by mohla dělat například uklízečku. Stačila by jí i příležitostná brigáda, aby si finančně zlepšila. Klientka byla zvyklá na větší příjem peněz, protože do zařízení přišla s penězi z prodeje pozemků. Postupem času ale tyto peníze utratila a v současné době je jejím příjmem 15 % z příjmu. Paní Alžběta je spolujitelkou rodinného domu, kde v současné době žije její syn a nevlastní matka. Klientka chtěla svůj podíl domu odprodat, aby měla větší obnos peněz. Bohužel jakékoliv snahy o pomoc v této věci ztroskotaly vždy na tom, že klientka nechce v žádném případě kontaktovat svou rodinu. Bez nich ale nebude možné podniknout určité kroky k právnímu jednání ohledně majetku.

Paní Alžběta je spokojená se svou klíčovou pracovnící. Zmiňuje věkový rozdíl mezi ní a klíčovou pracovnící (klientce je 54 let), ale nemá problém se s ní na čemkoliv domluvit.

Klientka neuvádí žádné přání nebo touhy do budoucna. Připadá jí, že v jejím věku už nelze mít nějaké touhy. Je ráda za to, co je a co má.

Paní Alžběta má jednolůžkový pokoj, rozhovor proběhl u ní na pokoji. Klientka seděla na posteli, byla uvolněná a připravená odpovědět na všechny otázky. Nejdříve řekla, že souhlasí s rozhovorem v případě, že se nebudeme bavit o její minulosti. Později mě vyhledala a sdělila mi, že bude mluvit o všem, protože to mohu pojmout formou životopisu a ona si vždycky chtěla napsat životopis.

Klíčový pracovník uvedl, že s klientkou je komunikace bezproblémová, klientka je aktivní, ráda se účastní společenských akcí jak v zařízení, tak mimo něj. Občas mívá špatnou náladu a to naopak odmítá nabízené aktivity a veškerý svůj volný čas tráví na pokoji. Do bu-

doucna by klíčový pracovník chtěl udržet klientku ve stávajícím stavu tak, aby se účastnila nabízených aktivit a aby jí činily radost.

Dle psychologičky klientka během pobytu v DZR vždy klidná, emočně labilní, orientovaná osobou, místem i časem, kontakt s personálem navazuje ochotně, ráda se účastní aktivit pořádaných DZR, patrný bludy i halucinace (přesvědčena, že v nemocnici ji vyměnili dcery dvojčata a dali jí syna, který není její, povídá si s plyšovým medvědem, chodí si do parku popovídat s ptáky, často jí říkají, aby zase přišla), klientka bez náhledu vůči svému onemocnění. Kolektivní soužití nenarušuje, časté somatické stesky, narušena sociabilita.

Paní Barbora

Paní Barbora vyrostla s rodiči a bratrem. Dětství měla hezké, ráda na něj vzpomíná. Vyučila se prodavačkou, pracovala v obchodě. Později potkala muže a porodila dceru. Otce dítěte si nikdy nevezala, i když se později vdala. Spolu se svým manželem vychovávala paní Barbora svou dceru. Už ve třiceti letech přišla klientka vlivem psychické poruchy o vlasy. Dcera klientky měla velké problémy s drogami, ke kterým se přidalo i gamblerství. Vlivem těchto problémů a nezřízeného způsobu života se dcera klientky velmi zadlužila. Dcera klientky také porodila syna, který byl ihned po porodu dán k adopci. Psychický stav paní Barbory se kvůli dceři neustále zhoršoval. Největší ranou však pro klientku bylo, když našla svoji dceru mrtvou po tom, co se zdrogovala. Po tomto incidentu byla klientka hospitalizována v psychiatrické nemocnici. S manželem se rozvedla.

Paní Barbora je v domově se zvláštním režimem čtyři a půl roku. S umístěním do zařízení jí pomohla pracovnice městského úřadu ve spolupráci se sociální pracovnící domova pro seniory, kde byl v té době umístěn její bývalý manžel. Klientka sama říká, že by nebyla schopná se o sebe postarat, proto je velmi vděčná lidem, kteří jí pomohli s umístěním do zařízení. V zařízení si opět vzala svého bývalého manžela. Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem jsou v těsné blízkosti, proto se manželé často navštěvují. Tento způsob „soužití“ jim naprosto vyhovuje. Jsou rádi, že mohou trávit den spolu a jak říká sama klientka „na noc jsou každý sám“. S manželem se klientka vidí každý den. Bratr, který žije v Luhačovicích, za ní přijede asi dvakrát do roka.

Paní Barbora se zajímá hlavně o duchovní literaturu. Spolu s klíčovou pracovnící si klientka vybírá a objednává knížky z internetu. Někdy si také zajde do knihovny a knihy si vypůjčí. Dále se klientka ráda dívá na televizi, nejraději má dokumenty o přírodě. Klientka

nemá svou televizi na pokoji, chodí se i s manželem dívat do společenské místnosti. Rádio nemá.

Paní Barbora tráví většinu času sledováním televize se svým manželem nebo čtením duchovní literatury. Klientka se neúčastní žádných aktivit, které jsou zaměřené na ruční práci, protože má zdravotní problémy, které jí to znemožňují. Říká, že aktivit je v zařízení moc, ona se jich ale většinou neúčastní. Přesto má ráda i některé skupinové aktivity, například zábavné povídání, kde se dozví zajímavé informace o vědě, technice a přírodě. Ráda se také účastní aktivity, kde se pouští hudba. Klientka nejezdí na žádné výlety. Mimo zařízení se necítí dobře. Má velké obavy z toho, že nebude moct jít na toaletu. Říká, že vzhledem ke svému věku musí chodit často a nebyla by tedy schopná vydržet např. v autobusu.

Klientka si myslí, že aktivit je v zařízení dost, nikomu nic neschází, nikdo nestrádá. Ona sama je v zařízení spokojená.

Se svým klíčovým pracovníkem je paní Barbora spokojená. Říká, že klíčový pracovník jí pomůže se vším, s čím si sama neví rady. Klíčový pracovník jí zprostředkoval nákup nové paruky, za což je klientka velmi vděčná.

Přáním paní Barbory je, aby spolu s manželem žili ještě několik let a aby si to spolu ještě užili.

Dle sdělení sociální pracovnice městského úřadu byl manžel paní Barbory týrán ze strany její dcery. Manželé byli nuceni se kvůli dceři paní Barbory zadlužit a nezbývali jim peníze ani na základní potřeby. Do domova pro seniory přišel manžel klientky jako zlomený, zubožený a podvyživený muž. Kvůli dceři paní Barbory se také později rozvedli. Sociální pracovnice městského úřadu je v kontaktu s rodinou, která si adoptovala vnuka klientky. Náhradní rodina posílá sociální pracovníci fotky, které předává klientce, tyto fotky má klientka vystavené na pokoji spolu s fotkou své dcery.

Paní Barbora má jednolůžkový pokoj, rozhovor tedy proběhl u ní na pokoji. Klientka odpovídala ochotně na všechny otázky. Během rozhovoru několikrát zmínila, že je vděčná pracovníkům za to, že je v zařízení umístěna jak ona, tak její manžel. Na začátku rozhovoru byla klientka mírně nervózní, v průběhu se uvolnila. Nakonec měla pocit, že rozhovor mohl být klidně delší.

Klíčový pracovník klientky uvedl, že spolu s klientkou shání duchovní literaturu, kterou má ráda. Klientka vyhledává spíše aktivity, které nejsou pohybové. Jedná se např. o zábav-

né povídání nebo sledování filmů, klientka má ráda dokumenty. Do budoucna by klíčový pracovník a klientka chtěli zvládnout dojít pěšky na nákup a zpět do zařízení. Velkým přáním klientky bylo zajistit svatbu s jejím bývalým manželem, což se podařilo.

Dle psycholožky během pobytu v DZR klientka vždy klidná, orientována osobou, místem i časem, komunikativní, kontakt navazuje spontánně, odpovědi na otázky adekvátní, bez latencí, nejsou patrné bludy ani halucinace, myšlení koherentní, bez nápadností, kolektivní soužití nenarušuje, psychomotorické tempo v normě, oční kontakt přiměřený, sui. tendence nejuje, spánek dobrý, klientka má zachován náhled na své onemocnění.

Pan Ivo

Pan Ivo vyrůstal po rozvodu rodičů s matkou a dvěma sestrami. Na dětství vzpomíná rád, hrával si s kamarády, chodili na koupaliště, rád trávil čas venku, v přírodě. Po základní škole nastoupil pan Ivo na učiliště a vyučil se zedníkem. Byl na internátě, kde ho ostatní šikanovali. Patnáct let pracoval jako zedník. Pan Ivo nebyl nikdy ženatý, měl spíše krátkodobé známosti. Má jedno dítě, které je umístěno v dětském domově. Psychické problémy se u něj objevily v době, kdy měl dvě práce, byl ve stresu, nemohl spát, což mělo za následek deprese a hlasy. V té době se pan Ivo poprvé ocitl v psychiatrické nemocnici Kroměříž. Žil různě po ubytovnách, v azylovém domě a v sociální rehabilitaci. Pan Ivo byl nejdříve umístěn na uzavřeném oddělení, po zlepšení stavu přešel na oddělení otevřené. Sociální pracovnice psychiatrické nemocnice mu oznámila, že se mu bude vyřizovat invalidní důchod. Pan Ivo nechápal, co je to invalidní důchod, znal pouze starobní důchod.

V domově se zvláštním režimem je pan Ivo čtyři a půl roku. Před nástupem byl rok hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Do domova se zvláštním režimem nastoupil se třemi známými. Uvádí, že před nástupem žil po hotelích, ubytovnách, azylových domech a v zahraničí. Jmenuje Itálii, Francii, Španělsko, Portugalsko, Německo, Maďarsko, Rumunsko, Bulharsko a Asii. V těchto zemích dle svých slov pracoval na sezónní práci. Umístění v domově se zvláštním režimem mu navrhla lékařka a sociální kurátorka. Měl to zkusit, jaké to bude a jak dlouho vydrží.

Klient se pracovníkům domova se zvláštním režimem nikdy nezmínil o tom, že má dítě. Až po tom, co obdržel zásilku od soudu ohledně výživného, přišel s informací, že má dítě, které je umístěno v dětském domově.

Otec pana Iva navštívil jednou, brzo po nástupu do domova se zvláštním režimem. S matkou i se sestrou je klient v telefonickém kontaktu. Matka klientovi volá, jak se má a zda něco nepotřebuje. Pravidelně mu posílá balíky. Klient komunikuje s rodinou také pomocí SMS zpráv.

Pan Ivo tráví volný čas sledováním filmů na DVD, na pokoji má svůj DVD přehrávač. Filmy si půjčuje od jiného klienta, nebo si je sežene s pomocí personálu. Má rád komedie, horory, akční filmy i pohádky. Nabízených aktivit se pan Ivo většinou neúčastní, i když karty si s ostatními klienty zahraje rád. Pan Ivo by uvítal víc peněz, aby si mohl zajet do kina, do divadla nebo do lázní na kyselku a projít se po kolonádě. Klient si ale uvědomuje, že musí spíše šetřit, protože měl v poslední době větší výdaje za elektroniku.

S klíčovým pracovníkem je klient spokojený. Chtěl by po čase, až našetří peníze, odejít z domova se zvláštním režimem do chráněného bydlení.

Největším přáním pana Iva je opustit domov se zvláštním režimem a dostat se do chráněného bydlení. Tuto skutečnost už klient konzultoval se svou kurátorkou. Ta by mu měla pomoci najít odpovídající chráněné bydlení, které by klientovi vyhovovalo. Pan Ivo míní, že k doktorovi by chodil ambulantně, injekce už nepotřebuje, takže by chodil jednou za tři týdny. Nakonec zmiňuje, že by chtěl zase na ubytovnu, jak bydlel před hospitalizací v psychiatrické nemocnici. Dle klíčového pracovníka je pan Ivo schopný změnu sociální služby zrealizovat. Ovšem otázkou je, zda bude schopen zvládat pravidelné kontroly u psychiatra a užívání předepsané medikace. Velkým lákadlem pro klienta bude alkohol, se kterým měl problémy před hospitalizací v psychiatrické nemocnici.

Rozhovor s klientem proběhl v kanceláři, protože je umístěn na dvoulůžkovém pokoji. Klient přišel přesně na čas a na otázky odpovídal ochotně. Působil na mě dojmem, že je rád středem pozornosti. Informace o zahraničních pobytech jsem od něho slyšela poprvé. Pan Ivo sdílel pokoj s klientem, který ukončil smlouvu o poskytování sociální služby a odešel z domova se zvláštním režimem na ubytovnu. Vzhledem k tomu, že je bývalý klient s panem Ivem stále v telefonickém kontaktu, klient touží po volnosti a svobodě na ubytovně. V zařízení mu nejvíce vadí, že musí dodržovat určitá pravidla s ohledem na ostatní klienty. Dále se mu nezamlouvá, že po zaplacení úhrady nemá dostatek peněz na vše, co by si přál. Klient má velmi rád pivo, které mu ale v kombinaci s medikací nedělá dobře. Pokud se napije, zvedne se mu sebevědomí, je odměřený vůči ostatním klientům, vulgární (ostatní

klienty nazývá bláznů, nesvéprávnými blbečky apod.). Klient tedy touží po životě na ubytovně, kde by „byl volnější.“

Klíčový pracovník uvedl, že klient je při spolupráci velmi pohodový. Klient všechno odkývá, se vším souhlasí. Klient např. souhlasil s tím, že bude s podporou a pomocí klíčového pracovníka hubnout. Klíčový pracovník uvedl, že klient byl ochotný dodržovat všechna opatření, která by vedla ke snížení hmotnosti, ovšem pouze slovně, k činům už potom nikdy nedošlo. Do budoucna se klient s klíčovým pracovníkem bude připravovat na pobyt v chráněném bydlení. Budou vést rozhovory na téma svobody a zodpovědnosti a klient se bude také prakticky připravovat na činnosti každodenního života, jakými jsou praní, žehlení a vaření. Edukace bude potřebná také v hospodaření s finančními prostředky.

Dle psycholožky je pan Ivo během pobytu v DZR klidný, orientován osobou, místem i časem, kontakt navazuje spontánně, psychomotorické tempo v normě, oční kontakt přiměřený, odpovědi na otázky adekvátní, bez latencí, emoce oploštělé, nejsou patrné bludy ani halucinace, sui. tendence neguje, klient bez náhledu vůči svému onemocnění, vůči ostatním klientům nadnesený („protože on je zdravý a oni nemocní“). Spolupracuje ochotně, občasně problémy s požíváním alkoholu, které klient bagatelizuje. Kolektivní soužití nenarušuje.

Pan Richard

Pan Richard vyrůstal spolu s rodiči a dvěma sourozenci. Dětství měl hezké, rád na něj vzpomíná. Vyučil se řezníkem, čtyři roky pracoval v uzenářství. Byl dvakrát ženatý, má tři dcery. Po smrti rodičů zůstal doma se svým nemocným bratrem, o kterého se staral. Bratr byl později umístěn do domova pro osoby se zdravotním postižením. Po rozvodu s první ženou měl pan Petr problémy s alkoholem.

V domově se zvláštním režimem je pan Richard dva roky. Před nástupem byl dva roky v psychiatrické nemocnici Kroměříž, kde ho odeslal lékař po tom, co se mu přitížilo. Sociální pracovníce psychiatrické nemocnice pomohla panu Richardovi se žádostí do domova se zvláštním režimem. O umístění měl pan Richard velký zájem. Uvědomoval si, že v případě propuštění z psychiatrické nemocnice se nebude mít kam vrátit. Navíc věděl, že bude mít v domově se zvláštním režimem známé z psychiatrické nemocnice.

Pana Richarda navštěvuje v domově se zvláštním režimem jeho sestra s manželem, přijedou třikrát do roka. Se sestrou je klient také v telefonickém kontaktu. Bratr pana Richarda

zemřel krátce po jeho přijetí do domova se zvláštním režimem. S bývalými manželkami se nestýká, hlavně s první bývalou manželkou se nechce v žádném případě vidět. Dvě starší dcery se k němu neznají, nejmladší slibuje, že přijede na návštěvu spolu se sestrou klienta, zatím se tak ale nestalo.

Pan Richard měl dříve velmi rád sport, hrával fotbal, byl i rozhodčím. Také rád sledoval různá sportovní utkání v televizi. V domově se zvláštním režimem se rád účastní skupinových aktivit, hraje karty, má rád kuželky a pétanque, jezdí na výlety, chodí na kulturní akce. Pan Richard také pomáhá výchovně nepedagogickým pracovnícům v dílně a chodí si tam balit cigarety. V nabízených aktivitách mu nic nechybí.

S klíčovým pracovníkem je pan Richard spokojený. Je rád, že s klíčovým pracovníkem může vařit. V rámci individuálního plánu si nejdříve najdou na internetu recept, klient nakoupí suroviny a společnými silami potom uvaří něco dobrého.

Hlavním přáním pana Richarda je, aby byl zdravý a aby se mu v domově se zvláštním režimem líbilo.

Klíčový pracovník klienta uvedl, že klient je hodný, nemá problém se s ním domluvit. Problémem klienta je ovšem to, že je velmi důvěřivý, čehož využívají jiní klienti, kteří ho obírají o cigarety a manipulují s ním. Pan Richard se dle klíčového pracovníka snaží vyhovět jak pracovníkům, tak klientům. Bohužel ale inklinuje ke klientům, kteří ho zneužívají a přemlouvají ho např. k tomu, aby se neúčastnil společenských akcí. Někteří klienti nabádají pana Richarda k tomu, aby své peníze neutrácel za potraviny na vaření a raději si s nimi zašel na pivo. Klient sám chápe smysl abstinence a snaží se ji dodržovat, avšak pod vlivem některých kamarádů na dobré rady personálu zapomíná. Klíčový pracovník chce s klientem pracovat na tom, aby si uvědomoval důsledky svého jednání, pokud bude pít alkohol a aby se naučil umět říci ne klientům, kteří ho zneužívají nebo nabádají k něčemu, co on sám nechce.

Pár dní po přijetí do zařízení zemřel panu Richardovi bratr, se kterým měl hezký vztah, svého času se o něj staral. Klient vypadal, že se s touto skutečností rychle vyrovnal. Požádal o nákup svíček a jel navštívit hrob svých rodičů a bratra. Když se do zařízení nevrátil, personál domova se zvláštním režimem zavolał policii. Bylo zjištěno, že klient po návštěvě hřbitova skončil v hospodě, kde se opil. Později svého činu litoval, sdělil, že na něj dolehla smrt bratra i rodičů, protože to bylo zrovna v době památky zesnulých („dušiček“). Po tomto incidentu byla klientovi doporučena konzultace s psychologkou, čehož využil.

Rozhovor s klientem proběhl v kanceláři. Klient byl během rozhovoru klidný, až apatický. Na otázky odpovídal krátce, někdy jednoslovně. Do rozhovoru jsem vkládala i doplňující otázky, aby se klient mohl více vyjádřit, odpovědi klienta byly stále krátké. Nechtěl se vyjádřit k důvodu hospitalizace v psychiatrické nemocnici, sdělil, že se mu přitížilo a proto ho pan doktor poslal na hospitalizaci.

Dle psycholožky je pan Richard klidný, orientován osobou, místem i časem, kontakt navazuje na vyzvání, odpovědi na otázky adekvátní, s mírnými latencemi, řeč srozumitelná, nejsou patrné bludy ani halucinace, sui. tendence neguje, v minulosti problémy s alkoholem. Kolektivní soužití nenarušuje.

Pan Adam

Pan Adam vyrůstal s rodiči a jedenácti sourozenci. Bydleli na pasekách, proto neměl moc kamarádů, hrával si hlavně se sourozenci. Na dětství pan Adam rád vzpomíná. Bavil ho hlavně sport, nejráději hrával fotbal. Vyučil se jako podlahář. Jako podlahář se živil deset let, potom pracoval deset let jako dělník ve fabrice. Událostí, která ovlivnila život pana Adama, byla smrt jeho matky, která zemřela na infarkt. Otec klienta se dožil 105 let, zemřel v domově pro seniory. Pan Adam nebyl nikdy ženatý, nemá děti. Klient si neuvědomuje dobu, kdy se u něj projevíly psychické potíže. Vzpomíná si, že jednou nepřišel do práce, protože se necítil dobře, potom skončil na hospitalizaci v psychiatrické nemocnici Kroměříž.

Pan Adam byl sedmnáct let umístěn v domově se zvláštním režimem v Przně, nyní je čtyři a půl roku v domově se zvláštním režimem Loučka. V domově se zvláštním režimem v Loučce si už zvykl, má tu kamarády. Říká, že se baví se všemi klienty. S přestupem z jednoho zařízení do druhého pomáhaly klientovi sociální pracovnice obou zařízení.

Pana Adama navštěvují v domově se zvláštním režimem čtyřikrát do roka sourozenci. Pan Adam jim píše dopisy, ke svátkům pohledy. Mobilní telefon nevlastní, proto je se svými sourozenci v písemném kontaktu. Přes mobil by se klient s rodinou nedomluvil, protože špatně slyší.

Pan Adam se rád setkává se svými kamarády na kafe. V zařízení má také přítelkyni, se kterou měl vztah už v domově se zvláštním režimem v Przně. S přítelkyní si povídají na pokoji a chodí spolu na některé společenské akce.

Mezi záliby pana Adama patří hudba a sport. Rád se dívá na fotbalové a hokejové zápasy v televizi a poslouchá hudbu. Vzpomíná, že v Pržně poslouchali „Šlágr“.

Pan Adam je společenský, rád se účastní společenských a kulturních akcí a to jak v zařízení, tak mimo něj. Rád se účastní společenských akcí v Pržně, kde se setkává s kamarády. Rád si také zahraje karty. Spolu se dvěma kamarády mají partu, setkávají se a hrají různé karetní hry. Sám říká, že se účastní všech zábav v zařízení, protože se rád pobaví.

Pan Adam je s nabídkou aktivit v zařízení spokojený. Neuvádí nic, co by se mohlo do nabídky doplnit.

S klíčovou pracovnící je pan Adam spokojený. V rámci individuálního plánu spolu vaří. Pan Adam je diabetik, ale má rád sladké a tučné věci, proto jej klíčová pracovnice musí edukovat o nutričních hodnotách potravin a o vhodnosti dodržování diety. Výběr pokrmu, který spolu připraví, se odvíjí od přání klienta.

Pan Adam si do budoucna přeje hlavně zdraví. Měl problémy se srdcem, které skončili hospitalizací v nemocnici a následně operativním zákrokem. Proto je rád, že skoro rok a půl už se cítí lépe a přeje si hlavně, aby tomu tak bylo i nadále. Zdraví je pro něj nejdůležitější.

Klíčový pracovník pana Adama uvedl, že spolupráce s ním je bezproblémová. Pan Adam potřebuje připomenout, že má provést hygienu, potřebuje také dohled nad pravidelným užíváním léků. Klíčový pracovník se snaží edukovat klienta o vhodnosti dodržování diabetické diety, protože klient by velmi rád vařil nediетní jídla. Klíčový pracovník mu pomáhá vybrat vhodný společenský oděv např. na ples. V poslední době si ostatní klienti stěžují na to, že pan Adam je velmi hlučný, protože špatně slyší, a to i přes sluchátko, které používá. Proto klíčový pracovník edukuje klienta o vhodném chování s ohledem na ostatní klienty v zařízení. Klient je velmi důvěřivý, podléhá naléhání některých klientů, kterým například půjčí cigaretu a potom se diví, že se mu nevrací. Klíčový pracovník se proto snaží domluvit klientovi, aby své věci nepůjčoval lidem, kteří mu je nikdy nevrátí.

Rozhovor s panem Adamem proběhl u něj na pokoji. Na otázky odpovídal ochotně, byl klidný a uvolněný. Během rozhovoru zavzpomínal na domov se zvláštním režimem Pržno. Před rozhovorem mě upozornil, že špatně slyší a požádal mě, abych kladla otázky dostatečně hlasitě.

Dle psycholožky je pan Adam klidný, orientován osobou, místem i časem, psychomotorické tempo v normě, řeč srozumitelná, nálada mírně nadnesená, velmi kontaktní, při rozhovoru narušuje intimní zónu, má potřebu při hovoru stát velmi blízko druhého člověka, dotýkat se druhého člověka (hladit po ruce, po ramenech), v kontaktu ochotný, bludy a halucinace bez vlivu na chování, bez sui. tendencí. Kolektivní soužití nenarušuje. V předchozím pobytovém zařízení zaznamenány problémy s užíváním léků, které se ale v domově se zvláštním režimem nikdy neprojeví.

6.1 Vyhodnocení výzkumných cílů

V této kapitole se zaměříme na vyhodnocení výzkumných cílů, které jsme si stanovili na začátku výzkumu.

Hlavním výzkumným cílem je zmapovat život vybraných klientů domova se zvláštním režimem.

Pro účely výzkumu jsme si vytyčili tři dílčí výzkumné cíle:

1. Zjistit, jaký byl život klientka před nástupem do domova se zvláštním režimem
2. Zjistit, jaký je život klienta v domově se zvláštním režimem
3. Zjistit, jaké má klient přání do budoucna

První kategorie, kterou se budeme zabývat, je **život klienta před nástupem do domova se zvláštním režimem**

Otázky, které se vztahují k prvnímu dílčímu cíli v rozhovoru s participanty:

- Kde jste žil/a před nástupem do domova se zvláštním režimem?
- Jak jste se do domova se zvláštním režimem dostal/a?

Otázky, které se vztahují k prvnímu dílčímu cíli v rozhovoru s klíčovými pracovníky:

- Jaké je historie klientova života?

Co se dětství týká, podobnost můžeme najít u paní Barbory, pana Richarda a pana Adama, kteří vyrůstali se svými rodiči a sourozenci. Dětství považují za šťastné. Pan Ivo vyrůstal se svou matkou po tom, co se rodiče rozvedli. Odlišnost nacházíme u paní Alžběty, která vyrůstala v dětském domově, protože matka zemřela při porodu a otec nebyl schopen se o dítě postarat. Paní Alžběta vyrůstala po přijetí do náhradní rodinné péče bez sourozenců, paní Barbora má jednoho bratra, pan Ivo dvě sestry, pan Richard sestru a bratra. Pan Adam

vyrůstal s jedenácti sourozenci. Se sourozenci si hráli, kamarády pan Adam v dětství neměl, protože bydleli na pasekách, hrával si nejvíce se svými sourozenci.

U přípravy na budoucí povolání nacházíme shodné odpovědi u čtyř participantů. Paní Barbora, pan Ivo, pan Richard a pan Adam jsou vyučeni. Paní Barbora se vyučila jako prodavačka, pan Ivo je vyučený zedník, pan Richard řezník a pan Adam podlahář. Všichni participanté se alespoň část svého pracovního života živili tím, co vystudovali. Odlišná odpověď se objevila u paní Alžběty, která má pouze základní vzdělání, protože již v dospívání se u ní projevíly psychické problémy a byla hospitalizována v psychiatrické nemocnici.

U pana Iva a pana Adama se psychické problémy objevily právě v době, kdy pracovali. Pan Ivo uvedl: *„měl jsem moc práce, za práci mi ani nezaplatili, nemohl jsem spát, začal jsem mít deprese, pak jsem skončil v Praze na psychiatrii“*. Pan Adam řekl: *„jednou se mi v práci udělalo špatně a odvezli mě do Kroměříže.“* Pan Ivo jako jediný z participantů mluví o práci mimo Českou republiku. K pracovnímu životu uvedl: *„žil jsem v cizině – Itálie, Francie, Španělsko, Portugalsko, Německo, Maďarsko, Rumunsko, Bulharsko, Asie...pracoval jsem tam nárazově, eště s kolegů...“*

Součástí kazuistik jsou i rodinné vazby a vztahy participantů. Z výzkumu bylo zjištěno, že pouze pan Adam zůstal svobodný a bezdětný. V domově se zvláštním režimem Pržno si pan Adam našel přítelkyni, se kterou si rád povídá. Paní Barbora měla jednu dceru. S otcem své dcery nikdy nežila. Později potkala muže, kterého si vzala, a spolu dceru paní Barbory vychovávali. Paní Barbora má jednoho vnoučka, který byl hned po narození dán k adopci. Dcera paní Barbory výrazně přispěla k psychickým problémům své matky. Pan Ivo má jedno dítě, které vyrůstá v dětském domově. O svém dítěti začal pan Ivo mluvit až po tom, co obdržel dopis od soudu ohledně výživného. Pan Richard byl dvakrát ženatý, z manželských svazků má tři dcery. U paní Alžběty se odpověď lišila. Paní Alžběta porodila syna, ale nikdy ho nepřijala. Žije totiž v předsvědčení, že porodila dvě holčičky, ale v porodnici jí podstrčili syna. Syn klientky vyrostl a žije u nevlastní matky paní Alžběty. Paní Alžběta označuje svého syna jako vnuka své nevlastní matky, o které říká: *„byla na chlapy, místo aby se starala, tak naháněla chlapy a byla bezdětná, proto si mě vzala, teď žije v rodinném domě se svým vnukem, své děti nikdy neměla.“*

Společným znakem všech participantů jsou psychické problémy. Někteří participanté mluví o svých psychických problémech otevřeně, někteří se na toto téma nechtějí vyjadřovat. Paní Alžběta popisuje své problémy otevřeně: *„byla jsem na psychiatrii, nejdříve Brno –*

Černovice, potom Kroměříž, léčili mě elektrošoky.“ Paní Barbora nemluví o začátcích svých psychických problémů, ale sděluje, že ke zhoršení jejího psychického stavu došlo kvůli její dceři. Pan Ivo dokáže popsat projevy svého onemocnění: „nemohl jsem spát, měl jsem deprese, hlasy“, pan Richard naopak nepopisuje projevy svého onemocnění, pouze krátce sděluje: „prostě se mi přitížilo a pan doktor mě poslal do Kroměříže.“ Podobně jako pan Ivo odpověděl i pan Adam: „jednou se mi v práci udělalo špatně a odvezli mě do Kroměříže.“ Otázky na začátky psychických problémů nebo na projevy onemocnění jsou velmi citlivé. Přímo položenou otázku na toto téma jsme do rozhovorů nezařadili, odpovědi participantů vyplynuly přirozeně z rozhovorů. Doptali jsme se pouze participantů, kterým nevadí o těchto skutečnostech mluvit.

K prvnímu výzkumnému cíli byla směřována otázka kde žil klient před nástupem do domova se zvláštním režimem. Shodným znakem u všech participantů je pobyt v psychiatrické nemocnici. Pan Ivo a pan Richard přišli do domova se zvláštním režimem z psychiatrické nemocnice. Paní Barbora odpověděla stručně: „před nástupem jsem žila ve Zlíně.“ Paní Alžběta žila před umístěním do domova se zvláštním režimem rok v Sociální rehabilitaci, předtím několik let v psychiatrické nemocnici. Pan Adam byl sedmnáct let umístěn v jiném domově se zvláštním režimem. Vzhledem ke změně cílové skupiny byl „přestěhován“.

V prvním výzkumném cíli jsme nechtěli hledat společné znaky ve výpovědích participantů, protože to nelze generalizovat. Spíše jsme chtěli poukázat na různost nástupu choroby a života v dětství a mládí. Nemůžeme uvést, že některý určitý životní scénář je zaručeně spouštěčem duševního onemocnění.

Dále se budeme věnovat druhému výzkumnému cíli práce. Zaměříme se na to, jak klient žije v domově se zvláštním režimem

Otázky vztahující se k druhému dílčímu cíli v rozhovoru s participanty:

- Navštěvuje Vás někdo z rodiny?
- Jaké máte záliby/koníčky?
- Jakým aktivitám dáváte přednost?
- Je něco, co Vám v nabízených aktivitách chybí?
- Jak spolupracujete s klíčovým pracovníkem?

Otázku vztahující se k druhému dílčímu cíli v rozhovoru s klíčovými pracovníky:

- Jaké aktivity klienta zajímají?
- Jaký je klient při spolupráci?

Do rozhovoru jsme zařadili otázku, zda klienta navštěvuje někdo z rodiny. Čtyři z pěti participantů odpověděli kladně. Paní Barboru navštěvuje jednou až dvakrát do roka její bratr, který žije dvanáct kilometrů od domova se zvláštním režimem. Pana Iva navštívil jednou otec, s matkou je v telefonickém kontaktu, matka mu posílá balíky. Za panem Richardem přijela jednou sestra. Dcera mu slibuje, že ho s jeho sestrou také navštíví, zatím se tak nestalo. Pana Adama navštěvují pravidelně sourozenci, se kterými je v písemném kontaktu: „*na všechny mám adresy, píšu jim pohledy na svátky, na Vánoce, Velikonoce a dopisy.*“ Sourozenci pana Adama by mu rádi koupili mobilní telefon, aby mohli být i v telefonickém kontaktu, to ale pan Adam odmítá, protože špatně slyší.

Výjimkou je odpověď paní Alžběty, kterou v zařízení nikdo nenavštěvuje. Paní Alžběta si výslovně nepřeje, aby ji kontaktoval nebo navštívil kdokoliv z její rodiny. Svou nevlastní matku nemá ráda a syna nepřijala.

Výjimku lze nalézt také v odpovědi paní Barbory. Ta se každý den stýká se svým manželem, který je umístěn v domově pro seniory. Paní Barbora si svého bývalého manžela opět vzala v domově se zvláštním režimem. Paní Barbora říká: „*jsem ráda, že mi to pracovníci pomohli, že to mně a manželovi zařídili. My se vidíme každý den, přes den jsme spolu a na noc každý sám a takhle nám to vyhovuje.*“

Ve vztahu k ostatním klientům zařízení se také objevily shodné odpovědi, a to konkrétně u mužů. Pan Ivo, pan Richard i pan Adam uvedli, že v zařízení mají kamarády. Tito participanté se také setkávají a povídají si. Pan Adam si rád povídá se svou kamarádkou, se kterou se seznámil už při pobytu v domově se zvláštním režimem, kde žil sedmáct let.

U žen byly odpovědi odlišné. Paní Barbora nemá v zařízení žádnou blízkou kamarádku, v rámci běžné komunikace se baví se všemi. Je to způsobeno také tím, že celé dny tráví se svým manželem.

Paní Alžběta k tomuto tématu uvedla: „*já kamarádku nemám a ani nechci, my se tady, na chodbě, když se potkáme, tak se pozdravíme dobrý den, ale jinak jako kamarádku nechci. A chlapa...no, ve svém věku, po barech lítat nebudu...*“

Doteď jsme popsali, s kým tráví klienti domova se zvláštním režimem čas. Následně se zaměříme na to, jak tráví čas v zařízení.

Participantům jsme položili otázku, jaké jsou jejich záliby/koníčky.

Paní Alžběta má ráda ruční práce. Během hospitalizace hodně háčkovala, do domova se zvláštním režimem si přinesla uháčkované tašky, šaty, šály. Ráda tvoří různé výrobky a dekorace v dílně. Dále ráda čte. Pokud se cítí dobře, tak si knížky vypůjčí v knihovně. Pokud jí není dobře, knížky jí vypůjčí a přinese klíčová pracovnice. Paní Alžběta se také ráda účastní společenských akcí, ráda se hezky oblékne, například na ples, ráda si zatančí Má ráda procházky. Chodí na nácvik divadla a byla členkou kapely, která vyhrála první místo v soutěži. Paní Alžběta se účastní většiny akcí, které jsou pořádány mimo domov se zvláštním režimem.

Velkým koníčkem paní Barbory je duchovní literatura, kterou si půjčuje nebo kupuje s pomocí klíčového pracovníka. Paní Barbora nemůže ze zdravotních důvodů tvořit výrobky v dílně, účastní se spíše aktivit, jako je zábavné povídání nebo poslech hudby. Hudba je dalším jejím koníčkem. S manželem se dívají na televizi, nejraději na dokumenty o přírodě a vědě. Paní Barbora nejezdí ze zdravotních důvodů na žádné výlety nebo akce pořádané mimo zařízení.

Pan Ivo nejraději sleduje filmy na svém DVD přehrávači. Filmy si půjčuje od svého kamaráda. Rád se podívá na akční filmy, drama, komedie i pohádky. Ze skupinových aktivit má rád hraní karet v dílně. Společenských akcí v zařízení se v poslední době moc nezúčastňuje, a když se zúčastní, tak pouze na chvíli. Klient by rád jel na výlet, ale omezují ho finance: *„bral bych výlet třeba do Luhačovic, na kyselku, na kolonádu se projít. Ale musím šetřit, měl jsem velké výdaje teď.“* Pan Ivo má rád akce konané mimo zařízení.

Pan Richard má rád pohybové skupinové aktivity. Hrával fotbal, teď se rád podívá na zápas v televizi. Pan Richard má rád kuželky a pétanque. Do dílny si chodí balit cigarety, někdy pomůže výchovně nepedagogickým pracovnícím. Nebaví ho něco vyrábět. Účastní se společenských akcí, hraje divadlo, byl členem pěvecké skupiny, která vyhrála první místo v soutěži.

Hlavními koníčky pana Adama jsou hudba a sport. Rád sleduje fotbal nebo hokej v televizi. Má rád také poslech hudby. Je velmi společenský, má rád zábavy, plesy, kulturní akce. Na společenské akce chodí se svou kamarádkou. Se svými kamarády si rád zahraje karty. Pan Adam se účastní většiny akcí, které se konají mimo zařízení. Obzvláště rád na-

vštvíví domov se zvláštním režimem, kde žil sedmnáct let. Má tam své známé, se kterými si popovídá a zavzpomíná.

Participantů také odpovídali na otázku, zda je něco, co jim v nabízených aktivitách chybí. Paní Alžběta, pan Richard a pan Adam odpověděli, že aktivit je dost a každý si může vybrat, čemu se chce věnovat.

Paní Alžběta je spokojená s nabídkou aktivit, ale uvítala by krátkodobou brigádu. Byla by ráda za možnost si přivydělat.

Každý klient domova se zvláštním režimem má svého klíčového pracovníka, se kterým plánuje průběh poskytování sociální služby. Participantů jsme se tedy zeptali, jak spolupracují s klíčovým pracovníkem.

Žádný z participantů nevedl, že by byl se svým klíčovým pracovníkem nespokojený.

Paní Alžběta poukázala na věkový rozdíl mezi ní a jejím klíčovým pracovníkem, ale uvedla, že nemá problém se s ním na čemkoliv domluvit: *„tak ten věkový rozdíl tam jako je, že, ale jako Alena Novotná je dobrá, je dobrá a já si ji nechám.“*

Paní Barbora uvedla: *„s klíčovým pracovníkem jsem spokojená, Aneta Nováková je hodná, poradí mi se vším, co si sama nevím rady.“*

Pan Ivo sdělil, že s klíčovým pracovníkem je spokojený.

Pan Richard je s klíčovým pracovníkem spokojený. Je rád, že může s klíčovým pracovníkem vařit: *„tak klíčová mi najde na internetu nějaký recept, domluvíme se, co se koupí a vaříme společně, naposledy jsme dělali buček, zelí a knedlík.“*

Pan Adam je také s klíčovým pracovníkem spokojený. Stejně jako pan Richard, i pan Adam společně s klíčovým pracovníkem vaří.

Všichni participantů uvedli jména svých klíčových pracovníků, jména tedy byla nahrazena fiktivními.

Klíčoví pracovníci participantů odpovídali na otázku, jak se jim s participantem pracuje. Dále také uvedli, jaké jsou jejich plány při spolupráci s klientem do budoucna.

Klíčový pracovník paní Alžběty uvedl, že spolupráce s ní je bezproblémová. Má ráda ruční práce, chodí do dílny, kde s pomocí výchovně nepedagogických pracovníků tvoří různé předměty a dekorace. Je společenská, ráda se účastní nabízených aktivit, společenských a

kulturních akcí. Pokud se necítí dobře, tak je naopak uzavřená a všechny nabízené aktivity odmítá.

Klíčový pracovník paní Barbory řekl, že spolu shání duchovní literaturu, kterou má klientka ráda. Paní Barbora se neúčastní aktivit, které jsou pohybové, má ráda poslech hudby a zábavné povídání. „*Chtěli bychom zapracovat na tom, aby si klientka došla na nákup do obchodu.*“

Klíčový pracovník pana Iva řekl, že pan Ivo „*je při spolupráci velmi pohodový. Se vším souhlasí, všechno odkývá.*“ Ze strany klíčového pracovníka byla snaha o motivaci particpanta k dietě. Pan Ivo se vším souhlasil, chtěl se začít zdravěji stravovat a více se hýbat. Klíčový pracovník uvedl, že pan Ivo se vším souhlasil pouze do doby, než měly být kroky naplněny.

Klíčový pracovník pana Richarda zhodnotit jejich spolupráci jako bezproblémovou. S panem Richardem není problém se domluvit na individuálním plánu. Klíčový pracovník pana Richarda motivuje hlavně k tomu, aby nebyl tolik důvěřivý k ostatním klientům, kteří ho zneužívají.

Klíčový pracovník pana Adama si klienta chválí. „*Klient potřebuje edukaci v oblasti stravování, protože má problémy s dodržováním diety. Nejráději by vařil tučná a sladká jídla. Dále potřebuje dohled nad hygienou.*“ Protože je pan Adam společenský a rád se účastní kulturních a společenských akcí, klíčový pracovník mu pomáhá vybrat vhodný oděv pro tyto události.

Ve třetím výzkumném cíli jsme zjišťovali, **jaké má klient přání do budoucna.**

Otázky vztahující se ke třetímu dílčímu cíli v rozhovoru s klienty:

- Jaké jsou Vaše touhy a přání do budoucna?

Otázky vztahující se ke třetímu dílčímu cíli v rozhovoru s klíčovými pracovníky:

- Jaké jsou vaše plány do budoucna při práci s klientem?

Paní Alžběta odpověděla: „*no, su ráda za to, co je a co mám. Takže v padesáti čtyřech touhy to nevim, ale su ráda za to, co je a co mám.*“ Do budoucna by si klíčový pracovník přál, aby se paní Alžběta nadále účastnila aktivit a aby jí činily radost.

Paní Barbora uvedla: „*no, já mám touhy a přání takové, že to není ve vašich možnostech, abyste mi to splnila, protože já bych se ráda dožila ještě pár roků tady s manželem a aby, když Pán Bůh dá, aby jsme si to ještě užili.*“ Velkým přáním paní Barbory byla svatba s jejím bývalým manželem. Participantka je ráda, že se jim její přání s pomocí personálu domova se zvláštním režimem splnilo. Klíčový pracovník by chtěl pracovat s klientkou tak, aby si pěšky došla na nákup.

Pan Ivo na tuto otázku odpověděl: „*chtěl bych po čase, až našetřím dost peněz, odejít z domova se zvláštním režimem do chráněného bydlení, co mi řekla kurátorka.*“ Do budoucna bude pan Ivo s klíčovým pracovníkem spolupracovat na realizaci jeho přání o změně služby. S pomocí klíčového pracovníka se bude participant připravovat na každodenní činnosti, jako je vaření, praní, žehlení a úklid a na hospodaření s financemi.

Pan Richard řekl: „*tak hlavně to zdraví abych měl a aby se mně tady líbilo.*“ Do budoucna bude pan Richard s klíčovým pracovníkem pokračovat ve společném vaření. Dále bude klíčový pracovník edukovat participanta ohledně chování k ostatním klientům tak, aby se nenechal zneužívat a ovlivňovat a také jej bude edukovat o důsledcích požívání alkoholu v kombinaci s léky.

Poslední participant, pan Adam řekl: „*no, paní sociální počkejte, to už...ted' jsem nebyl, už to bude skoro rok a půl, rok a půl už to bude v létě, co jsem nebyl nemocný. Tak si přeju, aby mně to vydržalo, abysem byl zdravý.*“ Do budoucna se bude klíčový pracovník snažit edukovat klienta o vhodnosti dodržování dietních opatření a vhodnosti pohybové aktivity. Klient a klíčový pracovník budou vařit zdravá jídla.

Podobnou odpověď nacházíme u pana Richarda a pana Adama. Oba si shodně přejí, aby byli zdraví. Pan Richard by si navíc přál, aby se mu v domově se zvláštním režimem líbilo, a pan Adam je rád, že už delší dobu nebyl nemocný a přeje si, aby mu to vydrželo. Klíčový pracovník bude pana Adama motivovat k dodržování zdravé životosprávy, jak dietních opatření, tak vhodnosti pohybu.

Paní Alžběta nesdělila žádné přání ani touhy do budoucna, zmiňuje svůj věk: „*v padesáti čtyřech touhy, to nevím.*“

Paní Barbora by se ráda dožila ještě pár let společně s manželem, chce si spolu s ním život užít.

Pan Ivo uvedl přání, které je odlišné od všech ostatních. Chtěl by opustit domov se zvláštním režimem a jít bydlet do chráněného bydlení.

6.2 Shrnutí a doporučení pro praxi

Na závěr výzkumného šetření si na základě zjištěných informací nastíníme doporučení pro praxi.

Z výzkumu vyplývá, že někteří lidé s duševním onemocněním mluví otevřeně o začátcích svých psychických problémů a o projevech svého onemocnění, někteří naopak nechtějí o těchto skutečnostech mluvit a vyjádří se velmi krátce nebo neurčitě. Otázky na počátky, příznaky, či průběh onemocnění jsou pro některé jedince velmi citlivé, proto by měl sociální pracovník pokládat tyto otázky s taktem a citem. Pokud se k nim nechce člověk s duševním onemocněním vyjadřovat, budeme to respektovat.

Z výzkumu dále vyplynulo, že participanti přišli do domova se zvláštním režimem z různých míst. Ať už z domu, z psychiatrické nemocnice nebo jiné sociální služby, člověk s duševním onemocněním přichází do prostředí, kde je pro něj všechno nové. Pracovníci by si to měli uvědomit a pracovat s nově přichozím klientem tak, aby si na nové prostředí a nové lidi zvykl, aby se nebál cokoli pracovníkům sdělit a poprosit o pomoc.

V domově se zvláštním režimem má každý klient svého klíčového pracovníka, se kterým plánuje poskytování sociální služby. Každý klient je individuální, má své oblíbené a neoblíbené aktivity, své zvyklosti. Úkolem klíčového pracovníka je plánovat poskytování sociální služby spolu s klientem, na základě společných rozhovorů. Klíčový pracovník má respektovat individualitu každého jednotlivce.

Z výzkumu dále vyplynulo, že čtyři z pěti participantů navštěvuje v domově se zvláštním režimem někdo z rodiny nebo ze známých. Nejčastěji jsou to sourozenci. Úkolem pracovníků je co nejvíce klienta podporovat v tom, aby udržoval kontakty se svou rodinou nebo kamarády. Dále také pomoci klientovi při zprostředkování kontaktu s rodinou nebo známými – pomoc při psaní dopisu, zprostředkování telefonického kontaktu.

Ve výzkumu jsme se zaměřili také na plány a touhy klientů do budoucna. Klient si může přát udržet si svůj současný stav a být zdravý, nebo může tužit po jiné sociální službě. Úkolem pracovníků je na tato přání reagovat, podporovat klienty tak, aby byly schopni v co největší míře své přání naplnit. Zároveň však nemůžeme opomenout fakt, že je také potřeba najít kompromis mezi tím, co si klient přeje a jaké jsou jeho reálné možnosti.

Z rozhovorů s klíčovými pracovníky jsme zjistili, že k práci s lidmi s duševním onemocněním neodmyslitelně patří edukace klienta, ať už v oblasti hygieny, stravování nebo zdravého životního stylu. Pro klienty, kteří mají sklony k alkoholu, také edukace ohledně nevhodnosti požívání této návykové látky, zvláště v kombinaci s medikací.

Pomocí dílčích výzkumných cílů jsme dosáhli hlavního výzkumného cíle, kterým bylo zmapovat život vybraných klientů domova se zvláštním režimem. Podrobně jsme se zaměřili na to, jak žili vybraní klienti domova se zvláštním režimem před nástupem do zařízení, jak žijí po nástupu do domova se zvláštním režimem a jaké mají přání do budoucna. Všechny tyto informace, které byly získány od klientů domova se zvláštním režimem, klíčových pracovníků, s pomocí studia dokumentace a za přispění psycholožky, jsou zpracovány do kazuistik vybraných klientů domova se zvláštním režimem.

ZÁVĚR

Diplomová práce na téma Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním se zabývá pohledem na sociální práci a sociální pedagogiku a lidi s duševním onemocněním. Zaměřili jsme se na pět vybraných klientů domova se zvláštním režimem.

Hlavním cílem této práce bylo pomocí kvalitativního výzkumu zmapovat život vybraných klientů domova se zvláštním režimem. Klientů jsme se ptali, jak žili před nástupem do domova se zvláštním režimem, jak žijí po nástupu do zařízení a jaké mají plány do budoucna. Klíčových pracovníků jednotlivých klientů jsme se zeptali, jaká je historie klientova života, jaký je klient při spolupráci a jaké mají společné plány do budoucna. Na základě polostrukturovaných rozhovorů s klienty, rozhovorů s klíčovými pracovníky, studia dokumentace a názoru psycholožky jsme sestavili kazuistiky vybraných klientů domova se zvláštním režimem. Pomocí tří dílčích výzkumných cílů jsme dosáhli hlavního výzkumného cíle.

Teoretická část byla zaměřena na sociální práci a sociální pedagogiku, legislativní ukotvení v sociální oblasti, duševní onemocnění a vybraná pobytová zařízení pro lidi s duševním onemocněním ve Zlínském kraji. Pro přiblížení dané problematiky jsme použili odbornou literaturu tuzemských i zahraničních autorů. Při popisu pobytových zařízení pro lidi s duševním onemocněním jsme pracovali také s internetovými zdroji. K základním tématům teoretické části patří východiska sociální práce a sociální pedagogiky a popis duševních onemocnění.

Praktická část byla zaměřena za zmapování života vybraných klientů domova se zvláštním režimem. Výzkum byl realizován prostřednictvím kazuistik, při jejichž zpracování jsme vycházeli z polostrukturovaných rozhovorů s klienty, rozhovorů s klíčovými pracovníky, studia dokumentace jednotlivých klientů a přidali jsme pohled psycholožky, která do zařízení dochází.

Rozhovory s klienty byly realizovány v prostorách domova se zvláštním režimem, a to buď na pokoji klienta, nebo v kanceláři sociální pracovnice. Rozhovory byly se souhlasem klientů nahrávány na diktafon a přepsány. Informace, které jsme výzkumem získali, byly interpretovány v praktické části diplomové práce.

Z informací, které nám klienti poskytli, jsme vyvodili mnoho poznatků, které mohou být přínosem pro zařízení, která pracují s lidmi s duševním onemocněním. Informace mohou posloužit jako zpětná vazba pro domov se zvláštním režimem, kde byl výzkum realizován.

Jako velmi přínosný vnímáme pohled jak klientů domova se zvláštním režimem, tak klíčových pracovníků těchto klientů.

Při zpracování diplomové práce jsme si uvědomili, že lidé s duševním onemocněním se během svého života potýkají s různými problémy a bolestmi. Při práci s nimi je nutné mít toto na vědomí a jednat podle toho. Měli bychom je umět vyslechnout, nezatěžovat je a zbytečně nekritizovat. Tito lidé mají své plány a touhy do budoucna a my máme být těmi, kdo jim pomůže je realizovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAKOŠOVÁ, Z. 2008. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. Bratislava: Filozofická fakulta UK, public promotion, 2008. 251 s. ISBN 978-80-969944-0-3.
- [2] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 110 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.
- [3] COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002, 199 s. ISBN 80-7178-497-4.
- [4] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005, 170 s. Psyché. ISBN 80-247-0197-9.
- [5] ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce: Aktuální otázky*. 1. Pardubice: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.
- [6] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [7] GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011, 208 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3379-1.
- [8] HALES, Robert E., Stuart C. YUDOFSKY a Glen O. GABBARD. *Essentials of psychiatry*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, c2011, xvi, 790 s. ISBN 978-1-58562-933-6.
- [9] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 1. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [10] JANEČKOVÁ, Eva, Hana ČIBEROVÁ a Petr MACH. *Průvodce systémem poskytování sociálních služeb*. 1. Ostrava - Poruba: ANAG, 2016. ISBN 978-80-7554-009-6.
- [11] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [12] LÜTZ, Manfred. *Kdo je tu vlastně blázen?: zábavný úvod do psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Portál, 2017, 207 s. ISBN 978-80-262-1203-4.
- [13] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.

- [14] MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
- [15] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
- [16] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- [17] MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013, 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 3. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
- [19] MUSIL, Jiří V. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 205 s. Učebnice. ISBN 80-244-1153-9.
- [20] NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
- [21] OLÁH, Michal, Ján HUČÍK, Alena HUČÍKOVÁ, et al. *Sociálna práca v praxi: (najčastejšie problémy praktickej sociálnej práce)*. Bratislava: Iris, 2016, 398 s. ISBN 978-80-89726-58-5.
- [22] PRAŠKO, Ján a Michaela HOLUBOVÁ. *Sociální fobie a její léčba*. Praha: Grada Publishing, 2017, 250 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5841-1.
- [23] PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014, 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
- [24] REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- [25] *Sociální služby*. I, Užitečné informace pro manažery. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, 215 s. ISBN 978-80-906320-4-2.
- [26] *Sociální zabezpečení*. In: . Ostrava - Hrabůvka: Sagit, 2012, ročník 2012, číslo 879.
- [27] STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 80-7226-828-7.

[28] ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĎOVÁ, Klára a kol, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

Použité internetové zdroje

[29] Global Definition of Social Work. *Ifsw.org* [online]. Copyright © 2018: International Federation of Social Workers, 2018 [cit. 2018-04-03]. Dostupné z: ifsw.org/policies/definition-of-social-work/

[30] Domov pro seniory Loučka. *Dsloucka.cz* [online]. Loučka: Domov pro seniory Loučka © 2018, 2018 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: www.dsloucka.cz

[31] Dům sociálních služeb Návojná, příspěvková organizace. *Dssnavojna.cz* [online]. Dům sociálních služeb Návojná © 2017 www.dssnavojna.cz, 2017 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: www.dssnavojna.cz

[32] Domov se zvláštním režimem Kvasice. *Domov se zvláštním režimem Kvasice* [online]. Kvasice: © 2015 www.ssluh.cz, 2015 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: www.ssluh.cz/ds-a-dzi/domov-se-zvlastnim-rezimem-kvasice/o-domove.html

[33] O domově. *Sluzbyvsetin.cz* [online]. Vsetín: © 2012 - 2017, 2017 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: www.sluzbyvsetin.cz/cz/domovy/domov-se-zvlastnim-rezimem-przno/o-domove

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DZR Domov se zvláštním režimem

DSS Dům sociálních služeb

Sui. tendence suicidální – sebevražedné tendence

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: ukázka přepisu rozhovoru

PŘÍLOHA P I: UKÁZKA PŘEPISU ROZHOVORU

Participant č. 5 – pan Adam

Já: dobrý den, přišla jsem tady za vámi ohledně rozhovoru, který spolu dneska povedeme. Ráda bych vám připomněla, že tento rozhovor je zcela anonymní a bude také nahrávaný. Souhlasíte s tím, že bude nahrávaný?

Participant: ano, ano, to mně nevadí.

Já: dobře, děkuji. Přejdeme tedy na jednotlivé otázky.

Participant: dobře.

Já: jak dlouho jste v domově se zvláštním režimem?

Participant: paní sociální, sedmnáct roků jsem byl v Pržně jo a teď jsem tady čtyři a půl roku, čtyři a půl roku tady.

Já: ano. Takže patříte mezi ty klienty, kteří přešli z domova se zvláštním režimem v Pržně sem do Loučky?

Participant: ano. Tam byl také v Pržně domov se zvláštním režimem, jo?

Já: ano. Zvykl jste si tady v Loučce?

Participant: no, to víte, za tych čtyři a půl roku, už jsme tady přes čtyři a půl, už jsem si zvyknul.

Já: máte tu nějaké kamarády?

Participant: no, kamarády, já se bavím skoro se všeckými, se všeckými sa bavím jo.

Já: a je tu někdo, kdo s vámi taky přešel z domova se zvláštním režimem v Pržně a doteď se spolu bavíte?

Participant: paní sociální, nás tu přišlo v roce 2013 1. července 21.

Já: ano, dvacet jedna celkem.

Participant: no, dvacet jedna.

Já: je to tak, vy jste byl mezi nimi. Kdo vám pomáhal s tím, když jste šel do domova se zvláštním režimem v Loučce, kdo to s vámi tehdy řešil?

Participant: no jako vedoucí přímé péče z Pržna, nějaký Ivo Koudelka.

Já: ano a tady z Loučky předpokládám asi sociální pracovnice?

Participant: ano, ano.

Já: byly za vámi tehdy se podívat v Pržně?

Participant: byly, byly, byly, ano, aj paní sociální eště, ona sa jmenovala Kolmanová, co má teď už ty dvě děti, byly sa tam podívat aj véenpěčka, Zdenka Odehnalová aj Marie Zlámanlová, psychologka tam byla, no.

Já: ano. Další otázka: navštěvuje vás tady v zařízení někdo z rodiny nebo ze známých?

Participant: navštěvujů, něvštěvujů, teď tu byl sedmadvacátého prosinca vloni bratr z Karlových Varů se švagrovů aj se synovcem aj s manželků a teď sedmého ledna tu byl můj bratr druhý nejstarší z Pardubic s manželků a se synem jo, navštěvujů mňa aj čtyřikrát pětkrát do roka.

Já: ano, a jste za to určitě rád.

Participant: no, já jsem rád, no, baže.

Já: jak jste s nimi v kontaktu?

Participant: no, já tak jim, příležitostně třeba jim pošlu pohled k svátkom nebo k Velikonocám. Ale kdybych něco potřeboval, tak jedině dopis.

Já: ano, píšete dopisy, nemáte mobilní telefon?

Participant: jo. Ale paní sociální já málo strašně slyším, já mobil, já sa s mobilem nedo-mluvím.

Já: ano.

Participant: já, počkajte pan Vrána ...pana Vránu jste znala?

Já: ano.

Participant: no, tak on někdy nám volá z Kroměříža z té garsonky a já mu mosím říct, at' mluví moc nahlas, tak už to slyším. Ale jak mluví normálně, tak já už to neslyším.

Já: ano. Ale pořád máte tu možnost, napsat té rodině dopis, když chcete?

Participant: ano, ano, možu, já mám adresy, na bratry, na sestru, všecko mám, možu jim napsat dopis.

Já: ano. Dále trošku z jiného soudku: jaké máte koničky a záliby, co vás baví?

Participant: no mňa paní sociální zajímá sport, hokej, fotbal, většinu sport no a potom hudba, nějaké pěkné písničky a family barrandov si pūšťám, to mám rád, tam hrajū písničky pěkné, tak to rád poslūchám.

Já: ano, takže rád se díváte na fotbal nebo hokej v televizi?

Participant: no, ano, ano. A potem v Pržně jsme chytali šlágr, tak na to jsem sa moc díval, tam byly pěkné písničky.

Já: ano, takže sport a hudba.

Participant: ale tady to nechytíme ten šlágr.

Já: ano. Jakým aktivitám dáváte přednost? Tady je to myšleno, jestli třeba ten volný čas trávíte raději sám na pokoji nebo u té televize, nebo se účastníte i těch aktivit, které jsou skupinové, s ostatními klienty?

Participant: tak já si paní sociální nekdy sem tam zahraju karty. My hrajem většinu každý, no, karty si zahrajem.

Já: ano, a už máte svoji partu na ty karty, máte s kým hrát?

Participant: no, tak véenpěčka vždycky někoho seženū a zahrajeme si, my hrajeme „prší“ pořád, pořád dokola.

Já: ano, tu hru mám taky ráda. Ale také jezdíváte na akce, které pořádají jiné zařízení, že?

Participant: no byl jsem asi dvakrát na plesy a počkajte, kde jsem eště to byl, no a tadyk jsem byl, jak bylo to Doremi tady v restauraci jsme měli

Já: ano, to jsme pořádali my, naše zařízení.

Participant: no, no, ano, ano, ano.

Já: máte rád takové společné akce, kde se setkáte s ostatními klienty z jiných zařízení?

Participant: no, já vždycky, jak je tady zábava, na každū zábavu jdu tady na déesku, no, šak to je dobré.

Já: vy jste společenský, že?

Participant: prosim?

Já: že jste společenský..

Participant: no, ano. Já sa rád pobavím.

Já: dobře, je něco, co vám chybí v nabízených aktivitách, které můžete využívat?

Participant: no, paní sociální, mně nic nechybí, já jsem spokojený...jo, aj tak toto, mně to stačí.

Já: dobře, tak to nás těší. Jak spolupracujete se svým klíčovým pracovníkem?

Participant: no, paní Prokopová, jinak já s ní nevyházím, vycházím dobře, no ale ona aj kdysi chtěla, že něco mě uvaří a já jsem říkal, že nemám zase tolik peněz, abych kupoval nějaké věci a to no a tož já jsem říkal potom, jsem říkal, že si kdyžtak udělám něco sám, že si koupím vajíčka a udělám si vaječninu, ale ona mně řekla: vy vajíčka nemůžete. Potom jsem říkal paní Prokopová, já bych si udělal čtyři topinky, ale zase mně řekla, že topinky nemožu, tak já nevím proč. Já jsem předtým topinky jed aj smaženicu.

Já: protože máte dietu. Ona myslí na vaše zdraví.

Participant: no.

Já: tak je potřeba ten plán si nastavit trošku jinak.

Participant: no.

Já: já už mám jenom poslední otázku na vás: jaké máte touhy a přání do budoucna?

Participant: no, paní sociální počkejte, to už...teď jsem nebyl, už to bude skoro rok a půl, rok a půl už to bude v létě, co jsem nebyl nemocný. Tak si přeju, aby mně to vydržalo, abysem byl zdravý.

Já: ano, takže zdraví, to je nejdůležitější.

Participant: no, nejdůležitější, ano.

Já. A já vám přeju, abyste opravdu zdravý byl co nejdéle.

Participant: teď jsem byl včera u paní doktorky na interním v Kloboukách, byla hodná, šikovná doktorka, no, hodná.

Já: ano, je potřeba na ty kontroly chodit.

Participant: no, no, co půl roka chodím se srdcem na kontrolu. Aj sestřička, šikovná, hodná, obě dvě sů šikovné a hodné.

Já: přeju vám do budoucna všechno dobré a děkuju vám za rozhovor.

Participant: no, není zač, paní sociální.