

Resocializace duševně nemocných s psychotickými příznaky

Iva Prchalová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Iva Prchalová**
Osobní číslo: **H128371**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Resocializace duševně nemocných s psychotickými příznaky**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů.

Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- spolupráce s rodinou;
- zvládnutí běžných denních aktivit;
- úskalí návratu do zaměstnání po přiznání ID;
- narušení vztahů u duševně nemocných.

Součástí práce bude empirické šetření event. realizovaný výzkum (kvantitativní, kvalitativní, smíšený) zaměřený na dané téma.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DOUBEK, Pavel. Psychóza v životě – život v psychóze: informace, rady a doporučení. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2010, 57 s. ISBN 978-80-7345-231-5.

DOUBEK, Pavel. Psychóza v životě – život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny. Praha: Maxdorf, c2008, 63 s. ISBN 978-80-7345-156-1.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-x.

RABOCH, Jiří. Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2010, 268 s. ISBN 978-80-7399-984-1.

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Juraj Tkáč

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

15. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 15. prosince 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

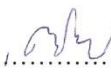
Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 15.4. 2015

IVA PRCHALOVÁ 
.....
Jméno, příjmení a podpis diplomanta

ABSTRAKT

Téma mé bakalářské práce je „Resocializace duševně nemocných s psychotickými příznaky“.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části popisují druhy psychotických poruch, jejich etiologii, příznaky, léčbu a diagnostiku a především negativní dopad onemocnění na fungování v životě.

Dále se zaměřuji na proces resocializace. Co nabízí denní stacionáře a komunitní péče pro duševně nemocné pro zkvalitnění jejich života.

Základní problematikou mé bakalářské práce je, jak vnímají resocializaci duševně nemocní a jak může být sociální pedagog v jejich resocializaci nápomocen. Přispět ke zkvalitnění jejich života.

Klíčová slova: schizofrenie, psychotické příznaky, typy psychóz, léčba, resocializace

ABSTRACT

The topic of my bachelor's dissertation is „The resocialisation mentally ill people with psychotic symptoms“.

The dissertation is divided into theoretical and practical parts. In the theoretical part I am describing the different kinds of disorders, their etiology, symptoms, treatments and diagnostics, but first of all the negative impact on functioning in life.

Then I focus on the process of the resocialisation, offers of the day's Care Centres and community cares for mentally ill people to make their life better.

The basic issue of my dissertation is the feeling mentally ill people of resocialisation. How can the social educator be helpful in their resocialisation and how to contribute to the improvement of the quality of life.

Key words: schizophrenia, psychotic symptoms, types of psychosis, treatment, resocialisation

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce, panu MUDr. Juraji Tkáčovi za odborné vedení, cenné rady a metodickou pomoc, kterou mi poskytoval při psaní Bakalářské práce.

Také bych ráda poděkovala mému manželovi a dcerám, že mě po celou dobu podporovali a vytvářeli podmínky pro studium, čehož si nesmírně vážím.

Motto: „ Psychóza není ani trest, ani pomsta, je to jen jiná cesta...“

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 CHARAKTERISTIKA PSYCHOTICKÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	11
1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	11
1.2 DRUHY PSYCHOTICKÝCH PORUCH	11
1.3 ETIOLOGIE, PŘÍZNAKY, DIAGNOSTIKA A LÉČBA	14
2 DŮSLEDEK PSYCHOTICKÉHO ONEMOCNĚNÍ NA FUNGOVÁNÍ V ŽIVOTĚ.....	21
2.1 NARUŠENÍ VNÍMÁNÍ REALITY	21
2.2 RODINNÉ PROBLÉMY	21
2.3 ZAJIŠTĚNÍ BYDLENÍ	22
2.4 NÁVRAT DO PRACOVNÍHO PROCESU	22
2.5 ZVLÁDÁNÍ BĚŽNÝCH DENNÍCH AKTIVIT.....	23
3 RESOCIALIZACE PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ.....	24
3.1 OBJASNĚNÍ POJMU RESOCIALIZACE	24
3.2 PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE - DENNÍ STACIONÁŘ	25
3.3 KOMUNITNÍ PÉČE	26
3.4 CENTRUM SLUŽEB PRO PODPORU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
4 CÍL VÝZKUMU.....	29
4.1 VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	29
5 METODIKA VÝZKUMU	30
5.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	31
5.2 METODA STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ	31
6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ	32
6.1 VYHODNOCENÍ STANOVENÝCH HYPOTÉZ	39
7 DISKUZE	41
8 ZÁVĚR.....	43
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	44
SEZNAM GRAFŮ	46

ÚVOD

Jako téma své Bakalářské práce jsem si vybrala Resocializaci duševně nemocných s psychotickými příznaky.

Jedná se o onemocnění, která často narušují vnímání reality a často znemožňují začlenění zpět do společnosti. Mezi nejčastější problémy, které se v rámci resocializace vyskytnou, patří především návrat zpět do pracovního procesu. Dále problémy, které se vyskytují ve vztahu mezi partnery. Často dochází k narušení partnerského a rodinného soužití.

Základní problematikou mé práce je, jak vnímají resocializaci duševně nemocní po odeznění příznaků nemoci.

Zajímá mě především jejich návrat do práce, dále zda mají fungující rodinu a někoho, na koho se mohou obrátit, při zhoršení nemoci a zda využívají sociálních služeb.

A samozřejmě, jak může být sociální pedagog v jejich resocializaci nápomocen. Přispět ke zkvalitnění jejich života.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části popisují druhy psychotických poruch, jejich etiologii, příznaky, léčbu a diagnostiku a především negativní dopad na fungování v životě. Dále se zaměřuji na proces resocializace. Co nabízí denní stacionáře a komunitní péče pro duševně nemocné pro zkvalitnění jejich života.

V praktické části se věnuji výzkumu.

Stanovila jsem si tři výzkumné hypotézy.

H1: Nemoc znemožňuje zařazení do pracovního procesu.

Předpokládám, že duševně nemocní lidé, mají problém se vrátit do pracovního procesu.

H2: Nemoc narušuje partnerské soužití.

Předpokládám, že duševně nemocní lidé mají velké problémy v partnerském soužití.

H3: Nemocní vyhledávají psycho-sociálních služby.

Předpokládám, že pokud nemoc narušuje soužití v rodině, nemocný vyhledává pomoc psychosociálních služeb.

Poté výsledky výzkumu byly analyzovány a zpracovány pomocí grafů. A bylo provedeno závěrečné shrnutí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA PSYCHOTICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

Psychotická onemocnění, které obecně nazýváme psychózy, jsou dále rozděleny na psychózy maniodepresivní, schizoafektivní, paranoidní a schizofrenie.

Jako psychózy jsou označovány stavy, kdy dochází k poruše kontaktu s realitou. Znamená to, že jinak myslíme, prožíváme a vnímáme.

Psychotický pohled na svět je dost odlišný od pohledu běžného. Není to jeden stav nebo jedna nemoc, ale jde o celou řadu rozdílných prožitků, jako jsou rozdílné prožitky každého z nás.

Psychózy jsou závažná onemocnění, která vedou k velkému utrpení v životě nemocných i jejich rodin. Moderní léčba je založena především na spolupráci nemocného, jeho rodiny a dalších blízkých lidí s odborníky na duševní zdraví. (Rahn, 2000, s.172)

1.1 Vymezení základních pojmů

Schizofrenie: jedná se o soubor příbuzných syndromů a onemocnění, které je rozšířené po celém světě. Etiologie není dosud zcela jasná, na vzniku se zřejmě podílí celá řada faktorů biologických, sociálních a psychologických. (Raboch, 2006, s.73)

Resocializace: zaměřuje se na odstraňování problémů v mezilidských vztazích, na osvojení způsobů komunikace a zvládnání různých rolí. (Vágnerová, 2004, s.543)

1.2 Druhy psychotických poruch

Pod pojem psychózy, patří více různých duševních nemocí. Rozdělují se na tzv. symptomatické psychózy, které jsou způsobeny známými příčinami a narušují činnost mozku. Patří sem psychózy, které jsou způsobeny otravou některými jedy nebo chronickým nadužíváním alkoholu či drog. Říkáme jim toxické psychózy.

Dalším druhem jsou tzv. involuční psychózy, které jsou způsobeny degenerativními změnami mozku ve stáří. (Mahrová, 2008, s.75)

Dalším druhem jsou funkční nebo-li endogenní psychózy. Jejich příčiny vzniku dosud přesně neznáme. Dostupnými vyšetřovacími metodami není možné zjistit žádné poškození mozku, i když jeho funkce je výrazně narušena. (Rboch, 2006, s.76)

Klasifikace funkčních psychóz je dosud prozatímní a stále se vyvíjí. Jsou rozděleny do čtyř hlavních typů:

- Schizofrenie
- Maniodepresivní psychóza
- Schizoafektivní psychóza
- Paranoidní psychóza

Schizofrenie

V současné době převládá názor, že se pod tímto pojmem skrývá více typů duševních poruch, které však neumíme spolehlivě rozlišit.

Podle současné klasifikace rozlišujeme čtyři základní typy schizofrenie. Nejčastější je paranoidní schizofrenie. U ní jsou nejvýraznějším příznakem poruchy myšlení, tzv. bludy a poruchy vnímání, tzv. halucinace, které jsou převážně sluchové.

Méně často se vyskytuje simplexní schizofrenie. Nemocný ztrácí zájem o věci kolem sebe, začne se uzavírat do sebe, přestává o sebe dbát a mluví velice málo nebo vůbec.

Dalším typem je hebefrenní schizofrenie. Často se objevuje mezi patnáctým a dvacátým rokem. Opět nemocný ztrácí zájem o svět kolem sebe, chová se nevhodně, necitlivě vůči druhým lidem, jeho nálada je nepřiměřená situaci a jeho řeč je často nelogická a nesrozumitelná.

Čtvrtý typ schizofrenie se vyskytuje velmi vzácně. Nazývá se katatonní schizofrenie. Postižený zaujímá zvláštní, velmi bizarní polohy a v nich je schopen setrvat mnoho hodin, aniž by s nimi bylo možné navázat kontakt. (Rboch, 2006, s.76)

Maniodepresivní psychóza

Mezi hlavní příznaky patří změna nálady, která se nedá vysvětlit tím, co nemocný prožil. Častěji se objeví změna nálady ve smyslu deprese. Nemocný nemá z ničeho radost, je stále smutný, často se obviňuje kvůli maličkostem, trpí pocity beznaděje a pocitem, že život pro něj ztratil smysl. Velmi často se objeví sebevražedné myšlenky, někdy i sebevražedné jednání. Dalšími příznaky jsou ztráta chuti k jídlu a dřívější probouzení.

Méně častou poruchou nálady je mánie. Projevuje se tak, že nemocný je přehnaně optimistický, veselý a činorodý. Přeceňuje své schopnosti, do všeho se pouští, ale obvykle u ničeho nevydrží. Je velmi hovorný, málo spí, často velmi nerozumně utrácí peníze a jen málo kdy se s ním dá domluvit. U mnoha nemocných se objevují stavy deprese i stavy mánie. Proto oba tyto příznaky zahrnujeme pod jednu nemoc.

Schizoafektivní psychóza

Někteří nemocní trpí současně příznaky schizofrenie, tedy poruchami myšlení a halucinacemi, tak poruchou nálady, tedy depresí nebo mánií.

Jedná se o tzv. schizoafektivní psychózu. Na počátku se většinou objevují stavy neklidu a zmatenosti.

Paranoidní psychóza

Bývá charakteristická především porucha myšlení. Nemocný bývá nevyvratně přesvědčen o něčem nereálném. Třeba, že druzí lidé jsou proti němu bezdůvodně nepřátelsky zaměřeni, že ho okrádají nebo ho pomlouvají. Tomuto nevyvratnému mylnému přesvědčení se říká blud. Přitom nejsou přítomny poruchy vnímání, např. sluchové halucinace. Mimo svoje bludné přesvědčení je nemocný schopen myslet a jednat zcela logicky. (Raboch, 2006, s.77)

1.3 Etiologie, příznaky, diagnostika a léčba

V tomto směru má medicína ještě velké mezery ve znalostech co je vlastně etiologií - příčinou toho, že určitý člověk v určitém věku onemocní psychózou. I přesto, že se ví více než před dvaceti nebo třiceti lety.

Je to pravděpodobně tím, že jediná příčina všech schizofrenií neexistuje, protože u každého nemocného může být jiná. (Vágnerová, 2002, s.334)

Podle současných výzkumů není psychóza způsobena pouze jedinou příčinou, ale více příčinami. Některé z nich jsou vrozené, zděděné, jiné jsou způsobeny vlivy prostředí, ve kterém se člověk vyrůstá a událostmi, které ho v životě potkají.

Podle současných teorií jsou příznaky psychózy způsobeny narušením určitých chemických pochodů v některých částech mozku. Jedna z teorií říká, že v některých částech mozku je nadbytek látky zvané dopamin. Je to látka, která slouží k přenosu informací mezi jednotlivými nervovými buňkami. A v důsledku nadbytku dopaminu v mozku je přenášeno současně hodně velké množství informací a mozková kůra je nedokáže správně zpracovat. Nedokáže rozlišit důležité zprávy od méně důležitých, ani rozlišit informace přicházející z jiných částí mozku od informací, které přicházejí z venku. Proto nemocný neokáže odlišit vlastní myšlenky od toho co slyší. Nedokáže se vyznat v sobě ani v okolním světě. (Vágnerová, 2002, s.335)

Tato teorie je dnes pokládána za příliš zjednodušující a novější teorie popisují poruchu funkce i dalších látek v mozku, tzv. serotoninu.

Nedostatek serotoninu a noradrenalinu vede k nedostatku aktivity a pocitům smutku, které jsou příznakem deprese. Naopak při mánii se předpokládá nadbytek noradrenalinu v mozku.

Tyto teorie a poznatky jsou dosud velmi obecné. Neví se, které chemické pochody a ve kterých částech mozku jsou při psychózách narušeny.

Základní otázkou však zůstává, co je vlastní příčinou vzniku poruch těchto chemických pochodů v mozku. Současná teorie předpokládá, že k propuknutí psychózy dochází, když jsou lidé, kteří mají vrozený sklon k psychotickému onemocnění, vystaveni nadměrné zátěži z okolního prostředí.

Je prokázáno, že určitá predispozice k onemocnění se dědí. Pokud mají schizofrenii oba rodiče, tak je riziko, že jejich děti také onemocní 40-50%. Proto poloviční váhu při vzniku schizofrenie má dědičný základ. I přesto se dědí náchylnost k nemoci - vloha, nikoli nemoc samotná.

Druhá polovina příčiny, která způsobují, jestli nemoc propukne a kdy. Je jich více, např. události, jako těžký průběh porodu, závažné onemocnění v průběhu dětství, nedostatečné rodinné podmínky v dětství a špatná výživa. Vše co může nějakým způsobem narušit přirozený vývoj mozku. V žádném případě však nelze říci, že člověk poté onemocní schizofrenií či maniodepresivní psychózou. Psychózou totiž mohou onemocnět i lidé, kteří během dětství vyrůstali ve zcela bezproblémovém prostředí.

Bylo zjištěno, že častým faktorem, který vede ke vzniku akutní ataky psychózy, je nějaká psychická zátěž, např. stres. Totiž lidé s vrozenou náchylností ke vzniku psychózy jsou oproti ostatním mnohem méně odolní vůči stresu. Mezi stresové situace patří úmrtí v rodině, ztráta zaměstnání, studijní zátěž, rozvod, těhotenství a porod u žen nebo období dospívání, osamostatnění se od původní rodiny a založení rodiny vlastní.

Dále nepřispívá prostředí, kde panují hádky a napětí, když rodiče spíše kritizují a nikdy nepochválí svoje děti. Nebo dělají všechno za něj a neberou zřetel na jeho názory, nerespektují jeho potřebu soukromí a samostatnosti. (Vágnerová, 2002, s. 336)

Příznaky psychóz

Můžeme je rozdělit podle několika kritérií. Jedním způsobem dělení je rozlišení na příznaky negativní a příznaky pozitivní.

Do pozitivních příznaků patří halucinace, bludy, pocity ovládnutí. U zdravého člověka se nevyskytují, jsou něčím navíc.

Negativní příznaky se projevují tím, že nemocnému chybí, to co zdravý člověk má. Např. vůli něco udělat, schopnost projevit cit, zájem o lidi kolem sebe.

Dále příznaky rozdělujeme, podle toho, kterou složku psychiky narušují. Rozlišujeme tak poruchu nálady, chování, myšlení, vůle, vnímání, pozornosti a další. (Rahn, 2000, s.171)

Poruchy nálady

Nálada se může změnit v depresi. Nemocný bývá bez nějaké příčiny stále smutný. Zdá se mu, že jeho život nemá smysl a že ho nic pěkného nečeká. Nedokáže se radovat, obviňuje se a často mívá sebevražedné myšlenky. Nejhuře se většinou cítí brzy ráno.

Opačnou poruchou nálady je mánie, která se projevuje zvýšenou aktivitou a stálou veselostí. Nemocný většinou přeceňuje své schopnosti, dělá si velké plány a nepřipouští si, že by se mu něco nepodařilo. Málo spí, mluví rychle a nahlas, bývá zvýšeně podrážděný a snadno se tak dostává do konfliktu. Zrychleně se pohybuje, dělá mnoho věcí najednou, ale žádnou nedokončí a nedá si to vymluvit. V mánii se nemocný cítí velice zdravý a spokojený, proto léčení většinou odmítá. Rodina na tyto změny většinou upozorní a chce navštívit odborníka.

Oproti tomu v depresi je zachován pocit nemoci, a pokud nemocný odmítá léčbu, je to proto, že si myslí, že mu není pomoci.

Poruchy chování

Bývá většinou tím prvním, čeho si nejbližší na nemocném všimnou. Nejdříve se nemocný může více uzavírat do sebe, na otázky odpovídá málo nebo vůbec ne. Odpovědi nejsou moc pochopitelné. Někdy se začne vyhýbat druhým lidem, vydrží dlouhou dobu sedět a nic nedělat. Přestane dbát o svou čistotu a pořádek.

Někdy se nemocný chová zvláště pod vlivem bludů, odmítá chodit ven, protože si myslí, že jej lidé sledují. Jindy je necitlivý vůči okolí, bez zjevné příčiny se směje, nebo se náhle rozčílí, někdy pláče. Také se může stát, že přestane projevovat vůči ostatním city. Zdá se, že mu je všechno lhostejné. Agresivní bývají jen velmi vzácně a to pokud nemají možnost odejít za situace, kdy se cítí nepříjemně nebo pod vlivem bludu, kdy se cítí ohroženi.

Poruchy myšlení

Nemocný má pocit, že se mu myšlenky pletou a že nedokáže myslet jasně a uspořádaně. Občas je přesvědčen, že se mu do hlavy dostávají cizí myšlenky, které nejsou jeho.

Někdy nemocný slyší své myšlenky nahlas, jakoby je někdo vyslovoval vedle něj a je přesvědčený, že je slyší i ostatní lidé. Někdy má nemocný pocit, že má v hlavě úplně prázdno a vysvětluje si to tak, že mu někdy cizí myšlenky z hlavy odebírá.

Dalším druhem poruch myšlení jsou tzv. bludy. Nemocný je přesvědčen o něčem, co je zjevně nesmyslné, ale nedá si to vymluvit. Běžným událostem připisuje zvláštní význam. Někdy má pocit zavinění nějakého neštěstí a zasluhuje potrestání. Bludné přesvědčení může mít řadu forem a nemocný podle něj často jedná.

Po odeznění akutní ataky psychózy si nemocný často uvědomí nesmyslnost svého přesvědčení a občas má pocit, jako by se probudil ze zlého snu. (Vágnerová, 2008, s.337)

Poruchy vůle

Nemocný má někdy dojem, že jeho vlastní vůle je někdy nahrazena cizí vůlí. Má pocit, že to co dělá, nedělá on sám, ale že se to děje nezávisle na jeho vůli. Někdy si proto myslí, že je posedlý zlým duchem nebo že je vlastně někdo jiný.

Jindy se naopak dochází ke ztrátě vůle. Dochází k neschopnosti se k něčemu rozhodnout, něco naplánovat nebo něco udělat. Ztrácí zájem o to, co ho dříve bavilo, uzavírá se do sebe, nezajímá se o druhé. Nedokáže jim projevit své city, chce být více sám.

Poruchy vnímání

Nemocný může slyšet, vidět a cítit věci, které ve skutečnosti neexistují. Jedná se o halucinace.

Nejčastější jsou sluchové halucinace. Buď slyší určité zvuky, nebo tzv. hlasy. Nemocnému napovídají, kritizují ho nebo mu vyhrožují. Někdy jim nemocný odpovídá, proto se ostatním zdá, že si povídá sám pro sebe.

Méně časté jsou halucinace zrakové, čichové, chuťové nebo taktilní. (Vágnerová, 2008, s.337)

Poruchy pozornosti

Nemocný, který trpí psychózou, velmi často ztrácí schopnost soustředění. Velmi často ho ruší ostatní podněty, proto špatně vnímá, co mu říkají ostatní lidé. To na co se snaží myslet a soustředit, je často narušeno myšlenkami, které nedokáže kontrolovat.

Tím, že se v nich nedokáže orientovat a kontrolovat je v něm vyvolává úzkost a zmatek.

Nemocný se projevuje zvláštním chováním, zmatenou řečí a velmi často se stáhne do ústraní. To vše je důsledkem neschopností ovládat myšlení a vlastní pozornost.

Diagnostika

V dnešní době nemáme k dispozici žádné objektivní vyšetření, které by sloužilo k jednoznačnému stanovení diagnózy.

Diagnózu lze stanovit na základě psychiatrického vyšetření, které se skládá z pohovoru s nemocným a velmi důležitý je i rozhovor s nejbližšími (s rodinou nebo lidmi, kteří nemocného velmi dobře znají a mohou popsat, co se změnilo v poslední době v jeho chování). Během vyšetření lékař pozoruje nemocného a klade mu otázky. Dále se provádějí dle potřeby speciální psychologické testy.

Stanovit diagnózu psychózy není vůbec jednoduché a může to trvat poměrně dlouho. Ani po úspěšném vyléčení první ataky psychózy nemusí lékař dospět k jednoznačnému závěru, o jaký druh psychózy se jedná. Teprve další průběh nemoci může napomoci k upřesnění diagnózy. (Seifertová, 2004, s.48)

Léčba

Jelikož je předpoklad, že psychózy jsou způsobeny současně více příčinami, proto i jejich léčení probíhá více způsoby.

Léčba probíhá převážně léky, psychoeducací a psychoterapií, elektrokonvulzivní terapií, rehabilitační a pracovní terapií. (Rahn, 2000. s.199)

Léky

Dnes se většině případů léčení psychóz podávají léky. Ty upravují narušené chemické pochody v mozku. (Seifertová, 2004, s.50)

Podle jejich účinku je rozdělujeme do několika skupin:

- Neuroleptika
- Antidepresiva
- Lihtium a Biston
- Léky, které odstraňují nežádoucí účinky neuroleptik

Doplňující léky:

- Anxiolytika
- Hypnotika

Elektrokonvulzivní terapie

Jedná se o velmi účinnou metodu léčby hlavně u deprese. Její účinek se projevuje už po několika dnech. I u těch nemocných, jejichž stav se po antidepresivech delší dobu nelepší.

Velký význam má u těžce depresivních, u kterých je vysoké riziko sebevražd.

U léčby schizofrenie je účinek této terapie nižší. Velmi často však dojde k vymizení nezájmu a uzavření se do vlastního světa.

Elektrokonvulzivní terapie je pro nemocného nebolestivý výkon. Mezi jediný nežádoucí účinek patří dočasný výpadek paměti. Který do několika dnů vymizí. (Seifertová, 2004, s.60)

Psychoedukace a psychoterapie

Patří mezi léčebné metody, které se používají k léčbě psychóz. Jelikož psychóza většinou propuká pod vlivem zátěžové situace, díky problémům v rodině, nebo v práci. Proto je důležité, že čím dříve se začne akutní fáze psychózy léčit, tím dříve a snadněji se ji podaří zvládnout.

Je důležité, aby nemocný co nejlépe svým potížím porozuměl. Když si totiž uvědomí, jak se jeho nemoc projevuje, sám rozpozná, kdy je jeho stav horší a ihned vyhledá odbornou pomoc. (Seifertová, 2004, s.61)

Rehabilitační a pracovní terapie

Pravidelný denní režim je důležitý při léčení psychóz. Nezbytný je dostatečný spánek v pravidelnou dobu, podávání léků a dodržování pitného režimu a pravidelné stravy. Tím se upravuje biorytmus organismu, který bývá často narušen.

Pozitivní úlohu také má klidná a pohodová atmosféra na oddělení, kde nemocný nemyslí na povinnosti a starosti běžných dnů.

Další součástí je, aby se nemocný věnoval činnostem, které odvádí pozornost od chorobných myšlenek a představ. Lépe se pak soustředí a udržuje ho to v kontaktu s druhými lidmi.

K těmto účelům slouží pracovní terapie. Nemocní se zaměstnávají nenáročnou prací (vyšívání, pletení, zhotovování výrobků, práce na zahradě, kreslení). Tím se postupně a nenásilně zapojí do běžných činností, spolupracuje s ostatními a zajímá se o svět kolem sebe. (Seifertová, 2004, s.61)

2 DŮSLEDEK PSYCHOTICKÉHO ONEMOCNĚNÍ NA FUNGOVÁNÍ V ŽIVOTĚ

2.1 Narušení vnímání reality

„Vnější svět může být i pro zdravého člověka neutěšenou realitou, před níž uniká do snění a k fantazii. Odmítání reálného světa je v nestejně míře v povaze každého duševně nemocného“. (Styx, 2003, s.94). Zdravý člověk je schopen rozlišovat mezi realitou a sněním.

Duševně nemocný však přerušuje vazby k reálnému světu ve velké míře. Což znemožňuje, aby fungoval v sociálním prostředí.

„Psychóza mění způsob, jak člověk prožívá svět, druhé lidi a sám sebe. Reálný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií, ve kterých je člověk uzavřen“. (Styx, 2003, s.94)

2.2 Rodinné problémy

Průběh duševní nemoci a celkový psychický stav nemocného závisejí do značné míry na tom, v jakém prostředí nemocný žije.

Neprokázalo se, že by rodinné prostředí bylo příčinou vzniku psychotického onemocnění.

Je však prokázáno, že rodinné prostředí má významný vliv na průběh onemocnění. Rodina může člověku, který prodělal psychózu, hodně pomoci. K tomu je ovšem potřeba, aby členové rodiny věděli, jak se k nemocnému chovat. Měli by vědět, jak reagovat na chování nemocného, které je způsobeno jeho nemocí. Aby nedocházelo k hádkám a napětí. To by neprospívalo ani nemocnému, ani ostatním členům rodiny. (Chromý, 1990, s.62)

Onemocnění jedince téměř vždy naruší rovnováhu celé rodiny a občas vyjdou najevo neřešené či skryté problémy, které v rodině jsou. A krize, které nemoc vyvolala, zasáhne všechny členy rodiny.

Domov, který by měl být klidným zázemím, svůj klid ztrácí, protože nemocný zde působí rušivě. Většinou jeho chování rodina vnímá jako obtěžující nebo ohrožující.

Běžné situace nemocný hodnotí jinak, dává jim jiný význam. Ten je z pohledu rodiny nesmyslný. (Vágnerová, 2008, s. 358).

„Zátěž této situace dost často vede k narušení či rozkladu dosud fungujících pravidel a zvyklostí rodinného soužití. Nemocný je pro rodinu nepřijatelný, dochází k vytvoření odstavu od nemocného, k jeho izolaci“. (Vágnerová, 2008, s.358)

2.3 Zajištění bydlení

Každý člověk i duševně nemocný, má právo na své soukromí a zázemí. Mít střechu nad hlavou, mít domov, to jsou jistoty, které rozhodně patří k nejdůležitějším prvkům spokojeného života. Ve svém bytě člověk realizuje sám sebe. Je to místo, které mu dodává sílu a motivaci. Celkovou hodnotu vlastního bydlení poznáme, jako i u jiných základních potřeb, až když jej ztratíme.

Pouze malá část jedinců s duševním onemocněním je odkázána na život v psychiatrických léčebnách. Většina z nich je schopna úspěšně fungovat ve více či méně chráněných podmínkách bydlení. Nejideálnější samozřejmě je, pokud může člověk s psychotickým onemocněním žít ve svém vlastním bytě a popřípadě využívat osobní asistence, kdy pracovníci těchto služeb za nemocným docházejí přímo k němu domů v různých časových intervalech. Člověk s duševní poruchou se tak učí samostatně fungovat v domácnosti s dopomocí sociálních pracovníků (Kříčka, 2006, s.164)

2.4 Návrat do pracovního procesu

Pokud nemocný nastoupí zpět do zaměstnání, je potřeba počítat s tím, že se bude vracet unavený a bude mít tendenci polehávat a stahovat se do samoty.

Často je též nutné změnit i dlouhodobé životní plány, jako je studium, narození dítěte. Všechny tyto problémy je vhodnější odsunout na pozdější dobu, kdy už se nemocný bude cítit silnější a schopnější je zvládnout. (Kalina, 1987, s.222)

Pokud dojde u nemocného ke ztrátě zaměstnání, je to zátěžová situace pro celou rodinu.

Dochází k určitým změnám:

- u nemocného se ztrácí jeho sociální status
- dochází ke změně ve vztazích mezi rodinnými příslušníky
- k narušení stereotypu v rodině
- ke změně zvyklostí z důvodu nedostatku financí
- k izolaci s ostatními lidmi
- vede to k vynucené změně životního stylu (Vágnerová, 2008, s.746)

2.5 Zvládání běžných denních aktivit

Duševně nemocní pacienti potřebují jasně plánované dny. Nemají rádi velké změny, ale naopak klid a opakující se situace. Stereotyp je pro ně uklidňující, protože jejich nemoc dělá jejich život neklidný a nepředvídatelný, což je pro ně znepokojující.

Jelikož mají narušené vnímání reality, proto je užitečné s nemocným vytvořit denní plán s ohledem na denní dobu a den v týdnu.

Někdy je to velmi těžké, ale vždy je dobré se o to pokusit.

Nemocný většinou není schopen dokončit úkol nebo ho udělá špatně. Není dobré mu to nějak vyčítat. Užitečné je rozdělit práci na několik menších úkolů a proložit je přestávkami. Tím vznikne naděje na úspěch a vytvoření pocitu užitečnosti u nemocného.

3 RESOCIALIZACE PSYCHOTICKÝCH PACIENTŮ

„Resocializace je zaměřena na aktivizaci nemocných a na podporu rozvoje různých praktických činností“. (Vágnerová, 2008, s. 366). Mezi důležité cíle patří především sociální adaptace a sociální integrace do zaměstnání a v oblasti bydlení.

3.1 Objasnění pojmu resocializace

Resocializaci chápeme, jako nedílnou součást léčby, směřující k minimalizaci sociálních dopadů a zvýšení kvality života. Je s ní úzce spjata rodina psychotického pacienta.

Toto onemocnění představuje nesporně velkou zátěž a je velmi těžké se s ní vyrovnat. (Vágnerová, 2008, s.355)

Léčba i resocializace ve většině případů trvá velmi dlouhou dobu a během ní může dojít ke komplikacím (střídání atak a remisí).

Práce s lidmi s psychotickým onemocněním je komplikovaná a využívá více způsobů léčby. Aby došlo ke snadnější resocializaci, je potřeba pacienta zbavit psychotických příznaků. Psychóza lze udržet pod kontrolou, ale je důležité, aby nemocný dodržoval léčbu a užívat léky, které mu předepíše lékař.

Prvním krokem je tedy léčba, popřípadě hospitalizace, kterou nařídí lékař.

Druhým krokem je pomoc a podpora nemocného hned po stabilizaci jeho nemoci. V dnešní době je péče především nakloněna mimoústavní péči.

Po hospitalizaci nemocného je potřeba zajistit přechod do ambulantní péče a především spolupráce s rodinou, která se o nemocného stará. Člověk s psychotickým onemocněním nemůže žít jen s myšlenkami na svoji nemoc, ale je velmi důležité, aby se od svých problémů odpoutal. (Kalina, 2001)

Prvním impulsem směřujícím k resocializaci je věnovat se životním aktivitám, které s obtížemi nesouvisí a dát se cestou malých životních změn v jiných oblastech. Je důležité, aby člověk s psychotickým onemocněním došel k přesvědčení, že nemoc, která na chvíli zastavila jeho životní dráhu, není v žádném případě konečná. (Kalina, 2001)

Kde se léčba poskytuje?

- Psychiatrické ambulance – jsou důležité z hlediska prevence relapsů onemocnění
- Psychiatrické léčebny – hospitalizace je důležitá ke zvládnutí akutní fáze onemocnění
- Denní stacionář – poskytuje péči ve stabilizační fázi onemocnění, zajišťuje návaznost a plynulý přechod péče mezi hospitalizací a ambulantní péčí
- Komunitní služby – jedná se o vhodné prostředí (chráněné) a dlouhodobou psychiatrickou rehabilitaci (Bankovská Motlová, 2011, s.88)

3.2 Psychiatrická rehabilitace - Denní stacionář

Jedná se o optimální formu péče pro psychiatrickou rehabilitaci. Součástí jsou intervence odstraňující stresory a intervence posilující odolnost vůči stresu.

Nejdůležitější součástí je klinické vedení. Dochází k vysvětlení povahy onemocnění, nácvik rozpoznání časných varovných příznaků a důležitost užívání medikace.

Mezi další prvky rehabilitace patří rodinná psychoedukace, nácvik sociálních dovedností, program podpory zdravého životního stylu, arteterapie, tělesná cvičení, ergoterapie a rehabilitace v podobě her a psychogymnastiky (Bankovská Motlová, 2011, s.83)

Denní stacionář vede psychiatr a psychiatrická sestra vyškolená v oblasti psychiatrické rehabilitace. Další specializované programy mají na starost vyškolení odborníci.

Důležitost je kladena na práci ve skupině. Většinou se jedná o uzavřenou skupinu. Což znamená stejní lidé, kteří absolvují šestinedělní program.

Hlavně se dozvědí podstatné informace o své nemoci. Proč je důležité užívat léky. Mohou získat ztracenou sebedůvěru, obnovit důvěru v lidech kolem sebe, zbaví se trémy a poradí si v sociálních situacích. Naučí se hledat práci nebo jak obstát při pracovním pohovoru.

Myslím si, že je hodně důležité, že tito lidé nesedí nečinně doma, ale snaží se zapojit zpět do běžného života. Což samozřejmě není vůbec jednoduché.

3.3 Komunitní péče

Jedná se o zajištění optimálního „chráněného“ prostředí. Vychází z principu zachování kontinuity psychiatrické a lékařské péče a sociálních služeb.

Cílem je umožnit pacientům život v jejich vlastním prostředí, mimo psychiatrická lůžková zařízení. (Bankovská Motlová, 2011, s.87)

System komunitní péče je optimální pro poskytování psychiatrické rehabilitace. Zahrnuje různé typy intervencí a různé postupy.

Důležitým krokem je určení rehabilitačního cíle pacienta. Optimální je to již během programu denního stacionáře, kde se pacient stabilizuje. Mezi oblasti, které vyžadují rehabilitaci patří:

- pracovní rehabilitace – podpora v zaměstnání, příprava na práci, nácvik sociálních dovedností, chráněná dílna
- podporované bydlení
- podporované vzdělávání
- rehabilitace sociálních kontaktů
- rehabilitace volného času

3.4 Centrum služeb pro podporu duševního zdraví

Nachází se ve Žďáru nad Sázavou a spadá pod Diecézní charitu Brno. Další pobočka se nachází v Bystřici nad Pernštejnem, kde zajišťují terénní služby.

Poslání Klubu v 9

- pomoc lidem při osamostatnění a seberealizaci
- nácvik a rozvoj schopností a dovedností vedoucích k začlenění do jeho přirozeného prostředí

Základní činnosti

- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- fakultativní služba (duchovní poradenství)

Cíle

- podporovat u uživatele dosažení schopnosti aktivně plánovat a využívat svůj volný čas
- podporovat uživatele při zvládnutí obstarávání běžných záležitostí
- podporovat uživatele v dosažení samostatnosti a soběstačnosti ve vykonávaných činnostech
- motivovat při objevení a rozvoji vlastních zájmů
- podporovat při zvládnutí navázání kontaktů a komunikace s ostatními
- pomáhat zvládnout pravidla společenského chování
- posilovat uživatele ve schopnosti řešit problémy
- naučit uživatele předcházet rizikům spojených s duševním onemocněním

|

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL VÝZKUMU

Předmětem zájmu mého výzkumu jsou duševně nemocní lidé po odeznění psychotických příznaků. Díky svému onemocnění u nich dochází k narušení vztahů v rodině a partnerství. A v neposlední řadě jim jejich nemoc většinou znemožňuje zařazení zpět do pracovního procesu a do společenského života.

Jako my všichni i oni chtějí mít své místo ve společnosti a cítit, že je má někdo rád. Myslím, že nejhorší je pocit nejistoty a samoty. Zdraví lidé si o pomoc většinou umí říci, ale duševně nemocní mají problém s komunikací a ani často neví, kam se obrátit, když potřebují pomoc.

Cílem mého výzkumu je zjistit, jak může být sociální pedagog těmto lidem nápomocen. A hlavně zjistit, co je v životě nejvíce trápí. Zda mají fungující rodinu, partnerský vztah, zda jsou schopni se vrátit zpět do pracovního procesu.

Dále mě zajímá, jestli využívají psychosociálních služeb.

4.1 Výzkumné hypotézy

H1: Nemoc znemožňuje zařazení do pracovního procesu.

Předpokládám, že duševně nemocní lidé, mají problém se vrátit do pracovního procesu.

H2: Nemoc narušuje partnerské soužití.

Předpokládám, že duševně nemocní lidé mají velké problémy v partnerském soužití.

H3: Nemocní vyhledávají psycho-sociálních služby.

Předpokládám, že pokud nemoc narušuje soužití v rodině, nemocný vyhledává pomoc psychosociálních služeb.

5 METODIKA VÝZKUMU

K výzkumu jsem použila kvantitativní výzkumnou strategii, která je vhodná k testování vztahu mezi proměnnými. Výhodou kvantitativního výzkumu je, že umožňuje získávat a zpracovávat velké množství dat od respondentů. Je vysoká reliabilita, která umožňuje opakování výzkumu. Vyžaduje však vysokou standardizaci u níž dochází k velké redukci dat. (Gavora, 2010)

Jako výzkumný nástroj jsem použila vlastní dotazník, který obsahoval polouzavřené otázky. Skládal z dvanácti otázek.

První tři otázky se vztahovaly k demografickým údajům a vzdělání respondentů.

Otázky číslo 7, 8, 9 se vztahovaly k první hypotéze.

Ke druhé hypotéze se vztahovaly otázky číslo 6,10,11 a ke třetí hypotéze se vztahovaly otázky číslo 4, 5 a 12.

Otázky byly formulovány, tak aby se na ně dalo co nejjednodušeji vybrat odpověď.

5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Základní soubor tvoří duševně nemocní lidé po odeznění psychotických příznaků, kteří v současné době navštěvují dvě Psychiatrické ambulance na poliklinice ve Žďáru nad Sázavou.

Dotazníky byly v období od prosince 2014 až do března 2015 postupně rozdávány mezi tuto skupinu respondentů. Celkem bylo rozdáno 75 dotazníků. Šest jich, z důvodu nedostatečného vyplnění, nebylo zařazeno do výzkumu.

Výběrový soubor se skládal ze 69 respondentů. Z toho 30 mužů a 39 žen.

5.2 Metoda statistického zpracování

Sebraná data byla zpracovaná pomocí programu Microsoft Excel 2013 s využitím popisné statistiky.

Výsledky byly zpracovány do pomocných grafů, které jsou uvedeny v bakalářské práci.

6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Výběrový soubor zahrnoval celkem 69 respondentů – 30 mužů a 39 žen.

Věk respondentů: nejmladšímu respondentovi bylo 18 let, nejstaršímu 72 let. Nejpočetnější zastoupená skupina je ve věku 41-50 let u mužů a 51-60 let u žen.

Věkové zastoupení mužů vyjádřené v procentech:

- 0-20 let žádný muž
- 21-30 let 3 muži (11%)
- 31-40 let 4 muži (13%)
- 41-50let 10 mužů (33%)
- 51-60 let 6 mužů (20%)
- nad 60 let 7 mužů (23%)

Věkové zastoupení žen vyjádřené v procentech:

- 0-20 let 1 žena (3%)
- 21-30 let 3 ženy (8%)
- 31-40 let 5 žen (13%)
- 41-50 let 8 žen (21%)
- 51-60 let 12 žen (30%)
- nad 60 let 10 žen (25%).

Co se týká vzdělání respondentů:

Muži

- 47 % vyučeno
- 37 % středoškolské vzdělání
- 7% základní vzdělání
- 7% vysokoškolské vzdělání
- 2% vyšší odborné vzdělání.

Ženy

- 44% středoškolské vzdělání
- 33% vyučeno
- 13% základní vzdělání
- 8% vysokoškolské vzdělání
- 2% vyšší odborné vzdělání.

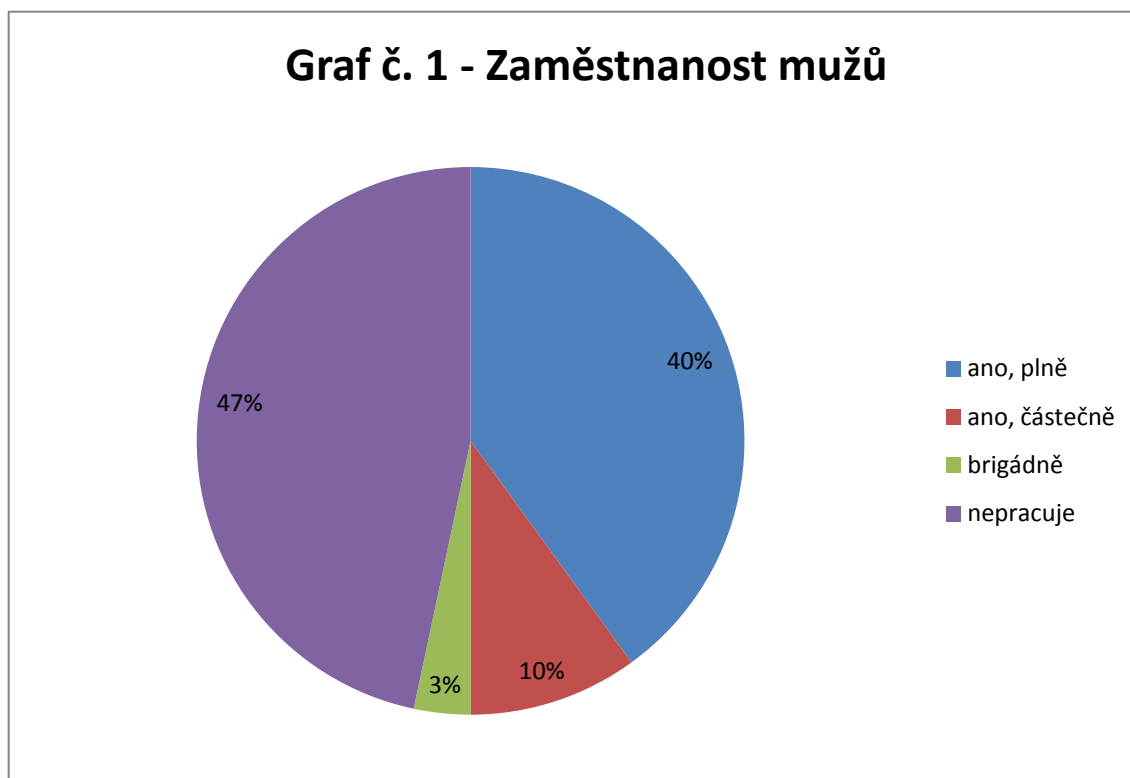
Analýza hypotézy H1: Nemoc znemožňuje zařazení do pracovního procesu.

K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 7, 8, 9.

Bylo zjištěno, že 40% je plně zaměstnáno, 47% je nezaměstnaných a 13% pracuje částečně nebo občas brigádně.

Z počtu 47% nezaměstnaných je 50% mužů v invalidním důchodu.

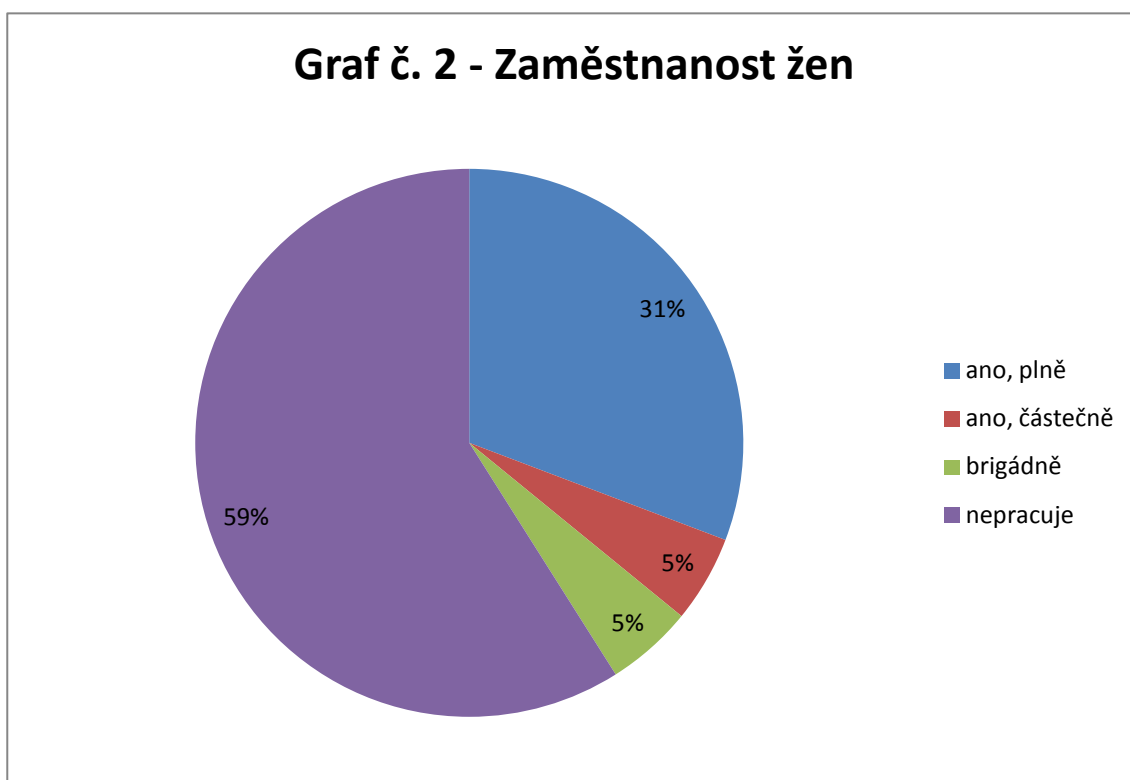
Graf č. 1:



U žen bylo zjištěno, že 31% je plně zaměstnaných, 59% nezaměstnaných, 5% pracuje částečně a 5% brigádně.

Z počtu 59% nezaměstnaných je 22% žen v invalidním důchodu.

Graf č. 2:



Dále bylo zjištěno, že ze 40% zaměstnaných mužů u více jak poloviny došlo ke změně pracovní pozice nebo snížení úvazku.

U žen, které jsou zaměstnané, také stejně jako u mužů došlo ke změně pracovní pozice nebo snížení úvazku.

Analýza hypotézy H2: Nemoc narušuje partnerské soužití.

K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 6, 10, 11.

Bylo zjištěno, že 67% mužů má vztah a 35% z toho si myslí, že jejich onemocnění má vliv na jejich vztah.

Dále 20% mužů vztah nyní nemají, ale v minulosti měli a z důvodu nemoci ho ukončili sami nebo jejich partnerka (manželka). A 13% mužů vztah nikdy neměli.

Ženy: 72% má vztah a 35% z toho si myslí, že jejich onemocnění má vliv na jejich vztah.

Dále 26% žen vztah nyní nemají, ale v minulosti měly a z důvodu nemoci ho ukončily sami nebo jejich partner (manžel). A pouze 2% žen vztah nikdy neměly.

S kým nejčastěji muži řeší nesnáze v životě?

- 60% s partnerkou (manželkou)
- 30% s rodiči
- 10% s dětmi a sourozenci
- 5% s kamarády
- 5% nemá nikoho

S kým nejčastěji muži řeší problémy v nemoci?

- 60% partnerka (manželka)
- 23% s rodiči
- 10% s dětmi a sourozenci
- 4% s kamarády
- 3% nikoho nemá

S kým nejčastěji ženy řeší nesnáze v životě?

- 44% s partnerem (manželem)
- 28% s dětmi
- 20% s rodiči a sourozenci
- 5% s kamarády
- 3% nemá nikoho

S kým nejčastěji ženy řeší problémy v nemoci?

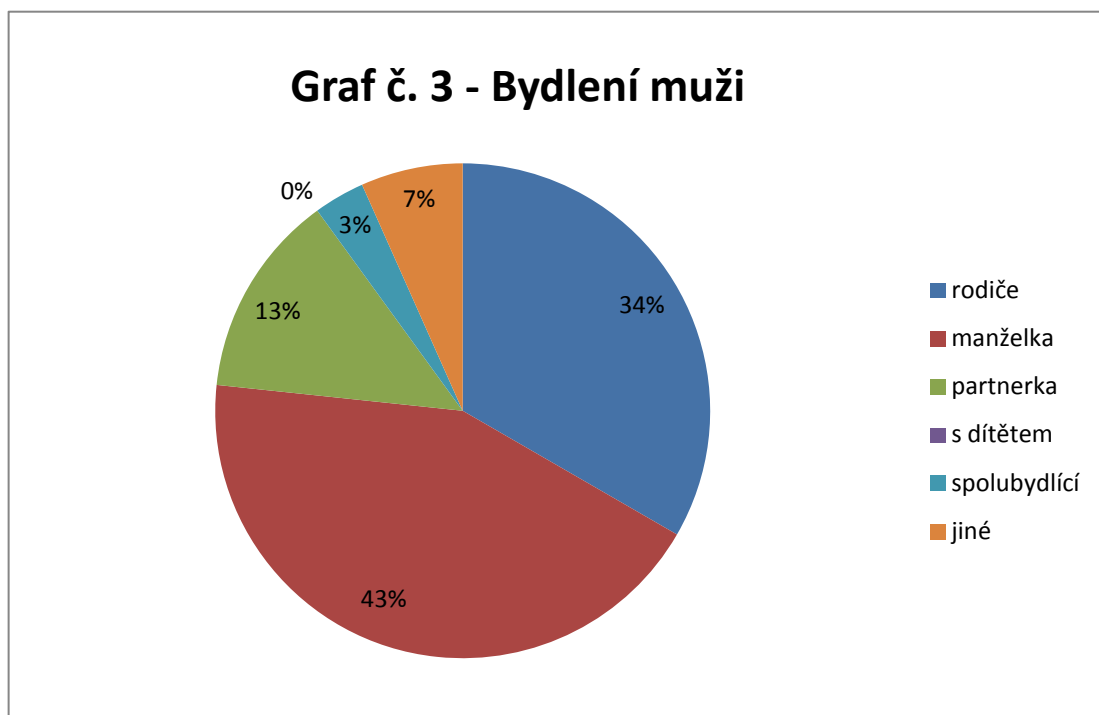
- 54% s partnerem (manželem)
- 33% s dětmi
- 8% s rodiči
- 3% s kamarády
- 2% nemá nikoho

Analýza hypotézy H3: Nemocní vyhledávají psycho-sociální služby.

K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 4, 5 a 12.

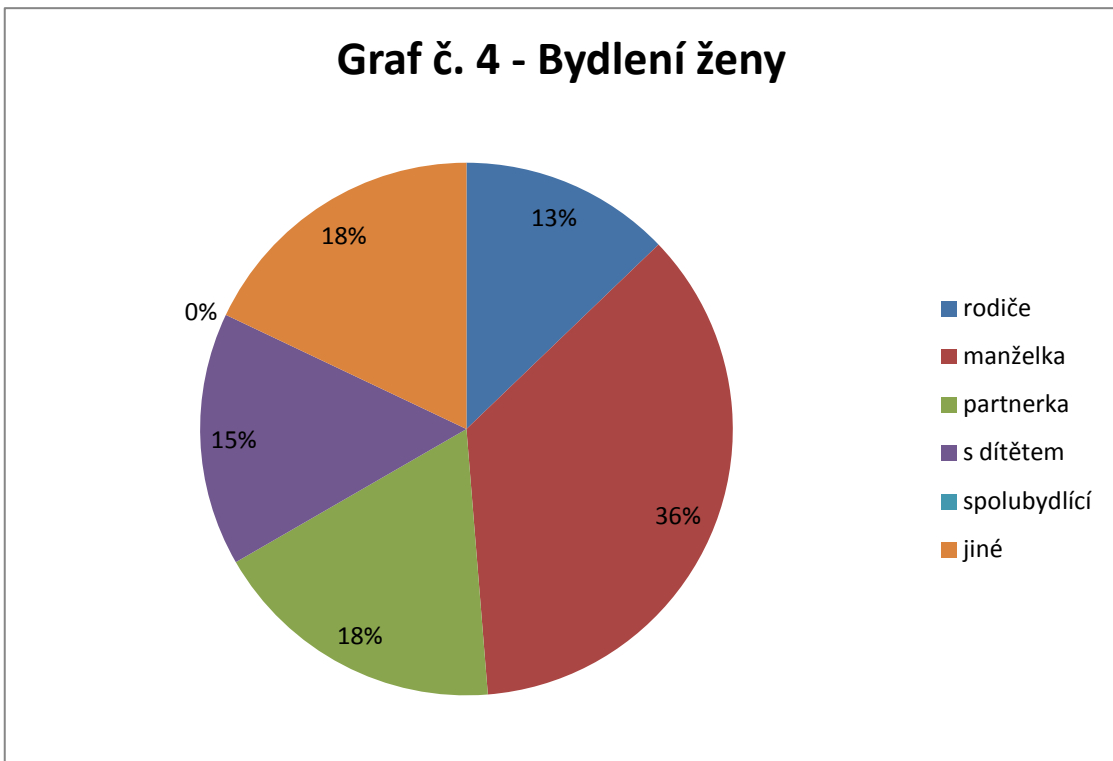
Bylo zjištěno, že 43% mužů žije s manželkou, 13% s partnerkou, 34% s rodiči, 7% jiná možnost a 3% se spolubydlícím.

Graf č. 3:



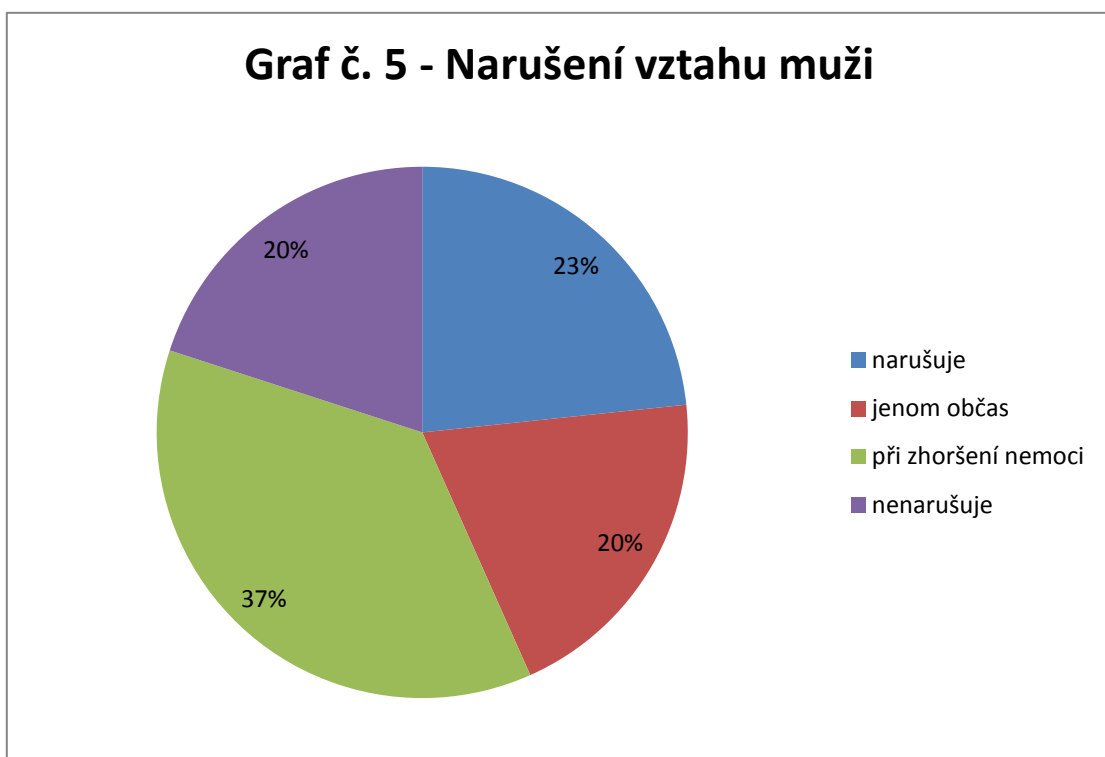
36% žen s manželem, 18% partner, 18% jiné, 15% s dětmi a 13% s rodiči

Graf č. 4:



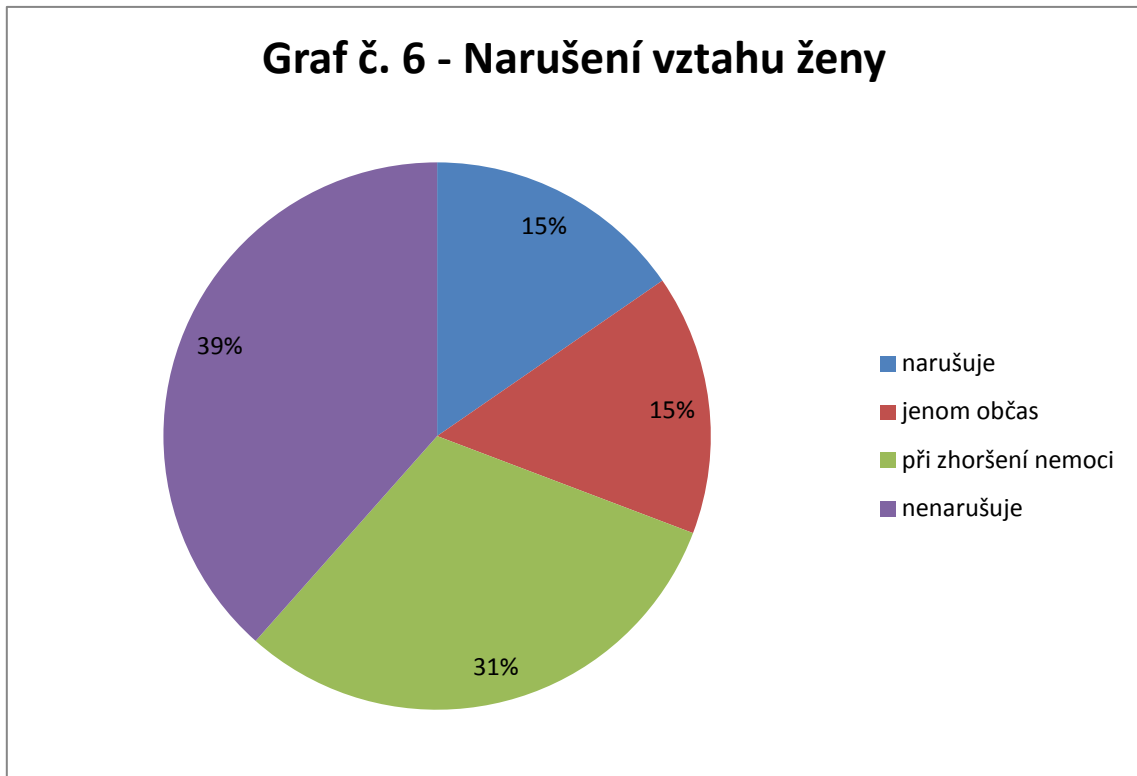
37% mužů si myslí, že jejich nemoc narušuje soužití v rodině, jen při zhoršení nemoci, 23% si myslí, že narušuje vždy, 20% si myslí, že jenom občas a 20% mužů si myslí, že jejich nemoc nenarušuje soužití v rodině.

Graf č. 5:



39% žen si myslí, že nemoc nenarušuje soužití v rodině, 31%, že narušuje pouze při zhoršení nemoci, 15%, že narušuje a zbylých 15%, že narušuje jenom občas.

Graf č. 6:



Otázka číslo 12, která se vztahovala k tomu, zda dotazovaní využívají sociálních služeb a analýza této otázky je:

Muži:

- 76% žádné služby nevyužívá
- 13% služby využívají (soc. poradenství, denní služby, chráněné bydlení)
- 11% neví, že takové služby jsou

Ženy:

- 72% žádné služby nevyužívá
- 15% služby využívají (soc. poradenství, denní služby, chráněné bydlení)
- 13% neví, že takové služby jsou

6.1 Vyhodnocení stanovených hypotéz

H1: Nemoc znemožňuje zařazení do pracovního procesu.

Předpokládám, že duševně nemocní lidé, mají problém se vrátit do pracovního procesu.

Hypotéza H1 byla potvrzena.

Z celkového počtu je 47% mužů a 59% žen nezaměstnaných. 50% mužů je v invalidním důchodu. U žen je 22% žen v invalidním důchodu.

H2: Nemoc narušuje partnerské soužití.

Předpokládám, že duševně nemocní lidé mají velké problémy v partnerském soužití.

Hypotéza H2 byla vyvrácena.

Z celkového počtu mužů 67% uvedlo, že má vztah a 65% mužů si myslí, že jejich nemoc na něj nemá vliv.

V nesnázích v životě mužům pomáhá především jejich manželka (partnerka) a na druhém místě rodiče.

Pomoc při zhoršení nemoci dotazovaní muži vyhledávají podporu opět u manželky a na druhém místě u rodičů.

A z celkového počtu 72% žen má vztah a z toho 64% žen má pocit, že jejich nemoc vztah nenarušuje.

V nesnázích v životě ženám pomáhá především jejich manžel (partner). A na druhém místě jejich děti.

Při zhoršení nemoci ženy vyhledávají pomoc opět u manžela (partnera), nebo u dětí.

H3: Nemocní vyhledávají psycho-sociálních služby.

Předpokládám, že pokud nemoc narušuje soužití v rodině, nemocný vyhledává pomoc psychosociálních služeb.

Hypotéza H3 byla vyvrácena.

56% mužů žije s manželkou a většina mužů si myslí, že jejich nemoc narušuje soužití v rodině. Pouze 20% mužů si myslí, že jejich nemoc vztah nenarušuje.

54% žen žije s manželem a stejně jako muži si většina žen myslí, že jejich nemoc vztah narušuje. Pouze 38% žen si myslí, že ho nenarušuje.

76% mužů uvedlo, že nevyužívá psycho-sociálních služeb a 72% žen taktéž psycho-sociálních služeb nevyužívá.

Pouze 14% mužů využívá psycho-sociální služby a 10% mužů neví, že takové služby existují. U žen je podobný výsledek 18% žen služeb využívá a 10% žen neví, že existují.

7 DISKUZE

Tématem Bakalářské práce byla Resocializace duševně nemocných s psychotickými příznaky. Ve výzkumu jsem zjišťovala, co tuto skupinu lidí nejvíce trápí. Zda mají partnerský vztah a fungující rodinu. Jestli mohou vykonávat práci, nebo zda jim to jejich nemoc znemožňuje. Zda využívají psychosociálních služeb. A hlavně jaké má toto zjištění význam pro sociální pedagogiku.

V praktické části byly stanoveny výzkumné otázky a z nich vyvozeny tři hypotézy. Dvě z těchto hypotéz byly vyvráceny a jedna potvrzena.

Hypotézy H1, která se týkala zařazení zpět do pracovního procesu, byla potvrzena.

Předpokládala jsem, že duševně nemocní lidé, mají problém se vrátit do pracovního procesu. Toto tvrzení se potvrdilo.

47% mužů bylo nezaměstnaných a z toho 50% v invalidním důchodu.

U žen výsledky byly ještě zajímavější. 59% žen bylo nezaměstnaných a z toho 22% v invalidním důchodu.

A je důležité zmínit, že 7 mužů ze 30 a 10 žen ze 39 je již ve starobním důchodu. Což je více jak 20% dotazovaných.

Vyvrácena byla hypotéza H2. Předpokládala jsem, že duševně nemocní lidé mají velké problémy v partnerském soužití.

Výzkum ukázal, že 67% mužů a 72% žen má vztah a více jak polovina si myslí, že jejich nemoc nezpůsobuje problémy v partnerském soužití.

Došlo i k zajímavému zjištění, že 60% mužů řeší nesnáze v životě s partnerkou (manželkou) a na druhém místě s rodiči.

Ženy jsou na tom podobně. 44% žen řeší nesnáze v životě a partnerem (manželem) a na druhém místě s dětmi.

I pomoc v nemoci vyhledávají v největším procentu u svých protějšků.

Vyvrácena byla i hypotéza H3. Předpokládám, že pokud nemoc narušuje soužití v rodině, nemocný vyhledává pomoc psychosociálních služeb.

56% mužů uvedlo, že žijí s rodinou, tak pouze 20% si myslí, že jejich nemoc nepřináší problémy v rodině.

U žen byl výsledek podobný. 54% uvedlo, že žijí s rodinou, ale pouze 39% si myslí, že jejich nemoc nepřináší problémy v rodině.

Důležitým přínosem bylo zjištění, ve vztahu s otázkou č. 12, že 76% mužů a 72% žen žádné sociální služby nevyužívá. Tato procenta korespondují se zjištěním, kolik procent mužů a kolik procent žen má vztah. U žen se toto číslo zcela shoduje a u mužů je pouze nepatrný rozdíl.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda nemocní po odeznění psychotických příznaků se mohou opět vrátit do pracovního procesu.

Zda nemoc výrazně narušuje partnerské soužití a jestli nemocní vyhledávají psycho-sociálních služeb.

Jelikož pracuji, jako zdravotní sestra již pátým rokem na psychiatrické ambulanci v praxi se setkávám s tím, že většina těchto lidí, přišla v důsledku své nemoci o práci. Dále zmiňují problémy v partnerství.

Zajímalo mě, kolik procent těchto lidí využívá psych-sociálních služeb.

Z uvedených výsledků vyplynulo, že 47% mužů a 56% žen je nezaměstnaných nebo u nich došlo v důsledku nemoci ke snížení pracovního výsledku nebo poklesu výkonnosti.

Dále vyšlo, že více jak polovina mužů i žen mají vztah a muži i ženy si myslí, že jejich nemoc na něj nemá vliv.

Důležitým přínosem bylo zjištění, že 76% mužů a 72% žen nevyužívá psychosociálních služeb. Domnívám se, že je to dáno tím, že jelikož většina dotazovaných má fungující vztah, proto nemají potřebu vyhledávat psychosociálních služeb.

Toto zjištění má přínos pro sociální pedagogiku. Je důležité se více zaměřit na nejbližší rodinu psychicky nemocných pacientů.

8 ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byly problémy, které jsou spojeny s resocializací duševně nemocných s psychotickými příznaky po stabilizaci jejich nemoci.

Cílem práce bylo zjistit, co tuto skupinu lidí nejvíce trápí a jak jim může být sociální pedagog být nápomocen.

Myslím, že cíl práce byl naplněn a došlo k zajímavému zjištění.

Převážná většina respondentů uvedla, že žije ve vztahu a jelikož pocítují podporu u nejbližší rodiny. Myslím si, že z toho důvodu nevyhledávají psycho-sociálních služeb.

Jelikož vím, že u většiny, je často narušeno vnímání reality. Je dobře, že mají někoho blízkého, na koho se mohou v nesnázích obrátit.

Důležitým zjištěním z pohledu sociální pedagogiky, je zaměřit se především na rodinu nebo na nejbližší členy rodiny.

Překvapivé nebylo zjištění ohledně návratu do pracovního procesu. Většina dotazovaných buď, díky své nemoci přišlo o práci úplně nebo došlo ke snížení úvazku.

Myslím, že sociální pedagog může být především nápomocen ohledně informací, jaké sociální služby je možné využívat a kam se v případě zájmu obrátit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, terapie pro 21. století*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 110 s. ISBN 978-80-204-2494-5.

BEDNÁŘOVÁ, Markéta a Libuše HORKÁ. *Ve stínech za zrcadlem, aneb, O životě s psychózou*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2013, 179 s. ISBN 978-80-7387-663-0.

DOUBEK, Pavel. *Psychóza v životě - život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, c2008, 63 s. ISBN 978-80-7345-156-1.

DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 353 s. ISBN 80-7169-628-5.

GAVORA, Peter. *Výskumné metody v pedagogice*. Dotl. 1. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 1997, 198 s. ISBN 80-223-1173-1.

CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc: sociologický a sociálně-psychologický pohled*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 82 s. ISBN 80-201-0050-4.

JANÍK, Alojz. *Veřejnost a duševně nemocný*. 1. vyd. Brno: ÚDVSZP [Ústav pro další vzdělávání stř. zdravot. pracovníků], 1981, 120 s.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou?*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987, 254 s.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 151 s. ISBN 978-80-247-4315-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, 138 s. ISBN 80-85850-08-7.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

PĚČ, Ondřej a Volker RODER. *Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT)*. Praha: Triton, 1993, 175 s. ISBN 80-901521-3-9.

PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 527 s. ISBN 978-80-244-2570-2.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 2. Praha: Triton, 2001, 207 s. ISBN 80-7254-156-0.

RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000, 466 s. ISBN 80-7169-964-0.

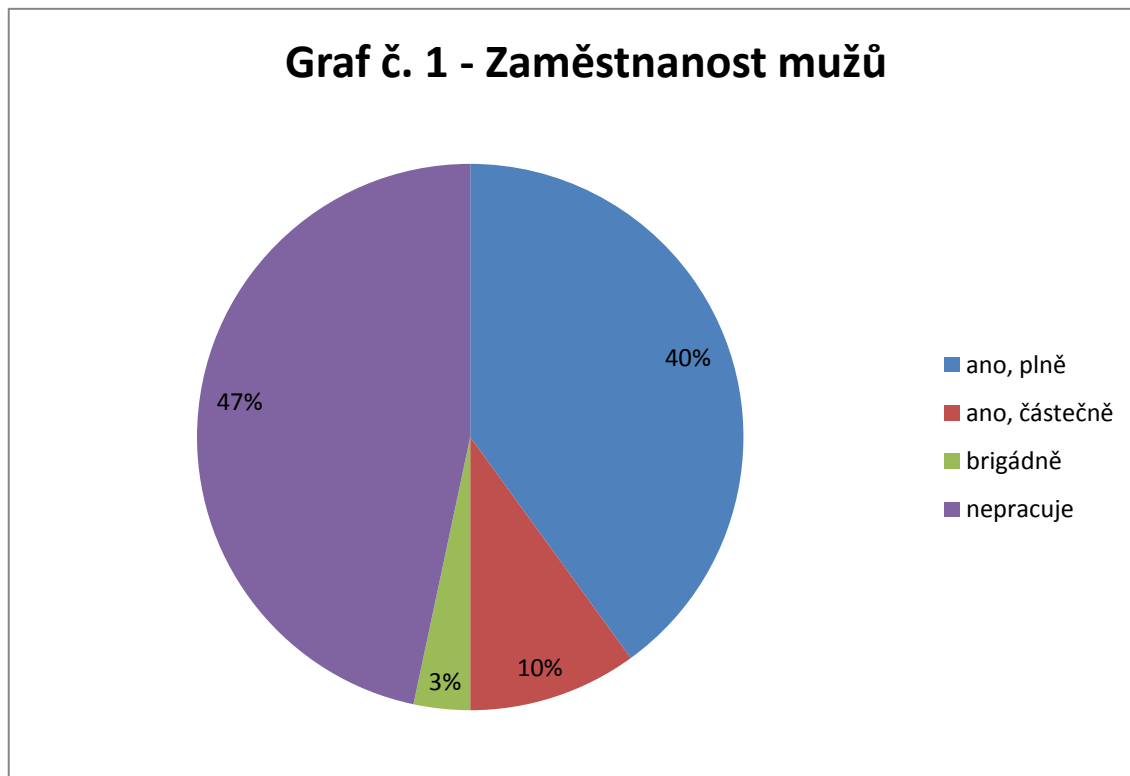
SEIFERTOVÁ, Dagmar, Ján PRAŠKO a Cyril HÖSCHL. *Postupy v léčbě psychických poruch: výstup projektu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy LN00B I 22*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis ve spolupráci s Centrem neuropsychiatrických studií, 2004, xxiii, 479 s. ISBN 80-86694-06-2.

STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 80-7226-828-7.

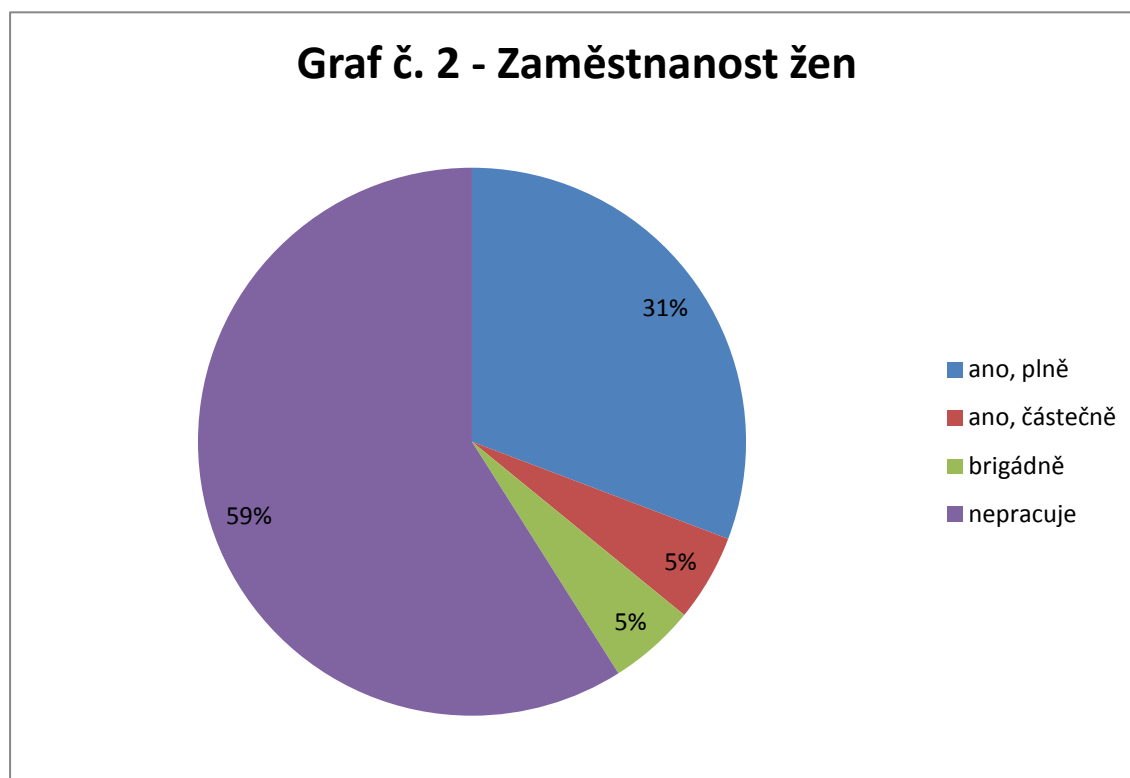
VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

SEZNAM GRAFŮ

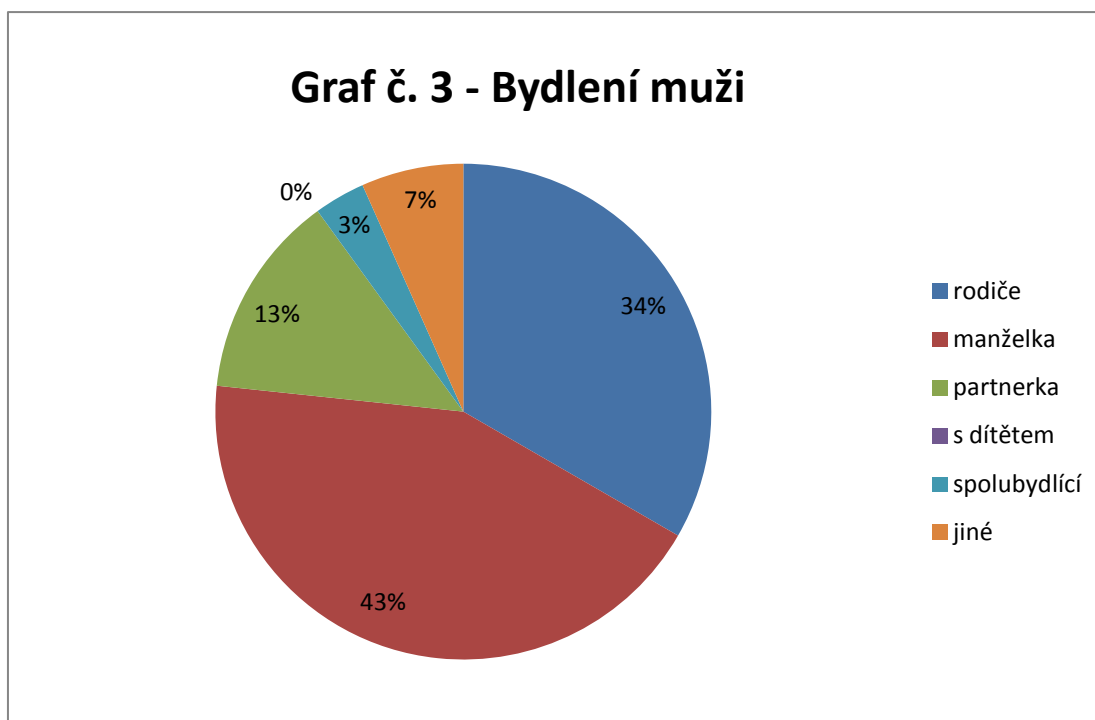
Graf č. 1:



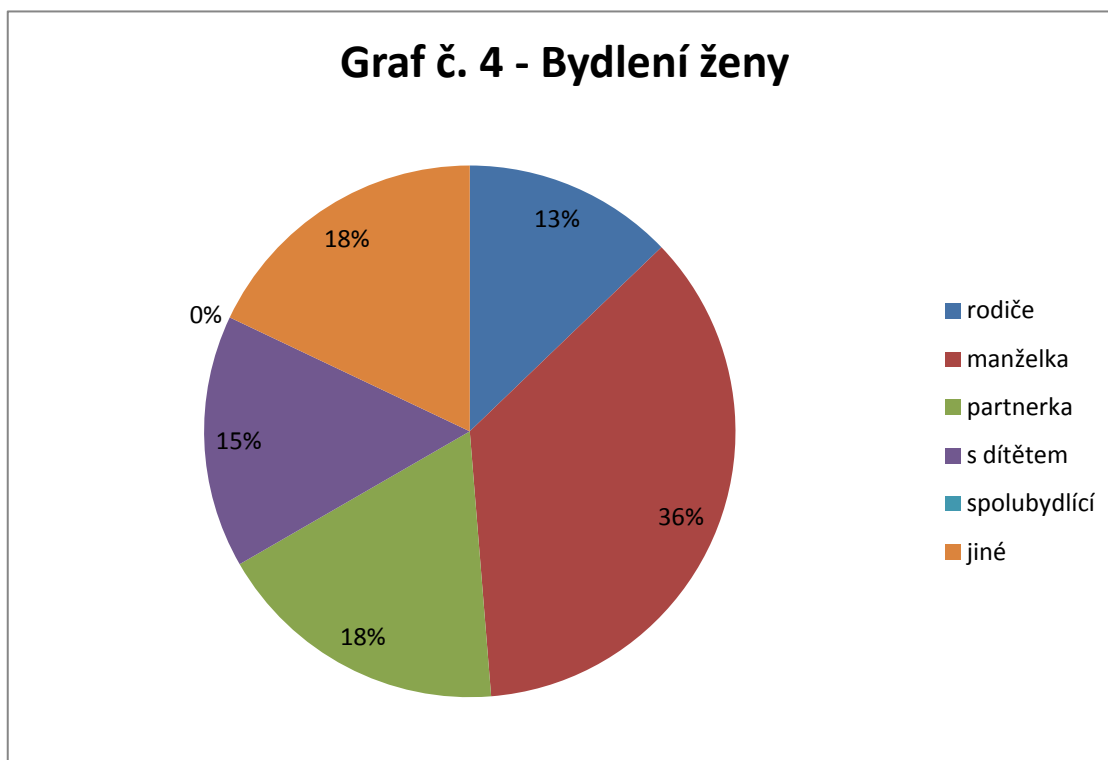
Graf č. 2:



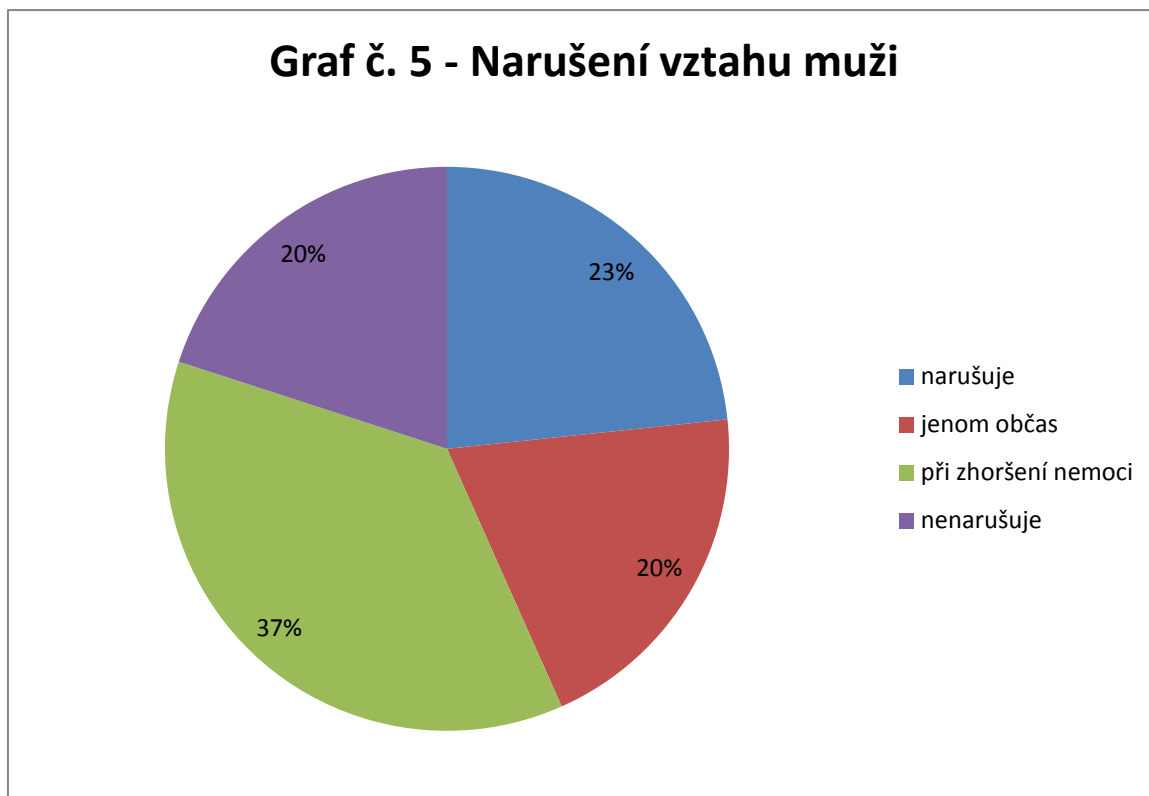
Graf č. 3:



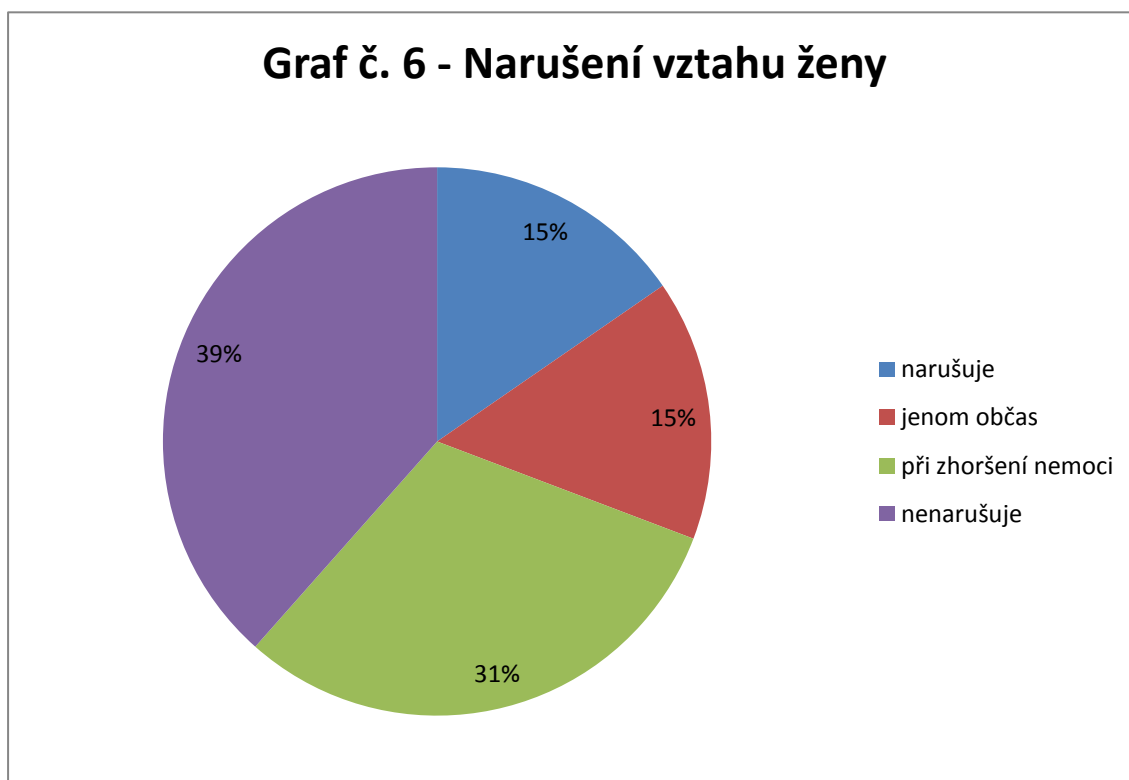
Graf č. 4



Graf č. 5:



Graf č. 6:



Seznam Příloh

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane

ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé Bakalářské práce. Zajímá mě Vaše vyjádření k uvedeným otázkám.

Vyplňte prosím dotazník, tak jak to cítíte, je zcela anonymní.

Děkuji za Vaši spolupráci Iva Prchalová,
studentka sociální pedagogiky, IMS Brno.

1. Kolik Vám je let? (prosím vypište)

2. Jste?

- a) muž
- b) žena

3. Vzdělání?

- a) základní
- b) vyučen
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. S kým bydlíte?

- a) rodiče
- b) manžel/-ka
- c) partner/-ka
- d) s dítětem
- e) se spolubydlícím v chráněném bydlení
- f) jiná možnost (prosím vyplňte)

5. Narušuje nemoc soužití v rodině?

- a) narušuje
- b) narušuje jenom občas
- c) narušuje jen při zhoršení nemoci
- d) nenarušuje

6. Ovlivnila nemoc Váš partnerský vztah?

- a) nemám partnera/-ku a partnerský vztah jsem dosud neměl
- b) nemám partnera/-ku a partnerský vztah jsem v minulosti měl/-la
- c) nemám partnera/-ku a partnerský vztah jsem kvůli nemoci ukončil
- d) nemám partnera/-ku a partnerský vztah kvůli nemoci ukončil partner/-ka
- e) mám partnera/-ku a nemoc má vliv na vztah
- f) mám partnera/-ku a nemoc nemá vliv na vztah

7. Jste zaměstnaný?

- a) ano, na plný úvazek
- b) ano, na částečný úvazek
- c) jenom brigádně
- d) ne

8. Pokud jste zaměstnaný, ovlivnila Vás vaše nemoc v zaměstnání?

- a) ano, změnil/-la jsem pracovní pozici
- b) ano, pociťuji pokles výkonnosti
- c) ano, nemoc vedla ke snížení úvazku
- d) ano, kvůli nemoci mám špatné vztahy s kolegy
- e) ne, nemoc neměla vliv na práci

9. Pokud nepracujete, jste?

- a) dále v pracovní neschopnosti
- b) v zahájeném řízení o invalidní důchod
- c) nezaměstnaný na Úřadu práce
- d) sháním práci

10. Máte někoho, kdo Vám pomáhá v nesnázích v životě?

- a) partner/-ka
- b) děti
- c) rodiče
- d) sourozenci
- e) kamarád/-ka
- f) sousedi
- g) nikoho nemám

11. Máte někoho, kdo Vám pomáhá v nemoci?

- a) partner/-ka
- b) děti
- c) rodiče
- d) sourozenci
- e) kamarád/-ka
- f) sousedi
- g) nikoho nemám

12. Využíváte pomoc sociálních služeb a jakých?

- a) odborné sociální poradenství
- b) sociální rehabilitace
- c) centrum denních služeb
- d) chráněné bydlení
- e) podporované samostatné bydlení
- f) sociálně terapeutické dílny
- g) podpora zaměstnávání
- h) volno-časová aktivity

i) NE, nevyužívám

j) NEVÍM, že jsou takové služby

Moc Vám chci poděkovat za vyplnění tohoto dotazníku!