

Sociální služby a jejich využití při resocializaci osob s bipolární poruchou

Michaela Mikulčíková, DiS.

Bakalářská práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela Mikulčíková, DiS.**
Osobní číslo: **H17949**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Sociální služby a jejich využití při resocializaci osob s bipolární poruchou**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie z oblasti duševních poruch, stigmatizace nemocných a sociálních služeb.
Příprava metodiky empirické části, zpracování výzkumného projektu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

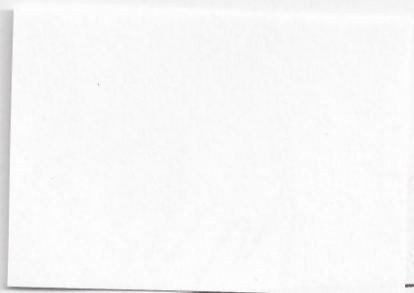
Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

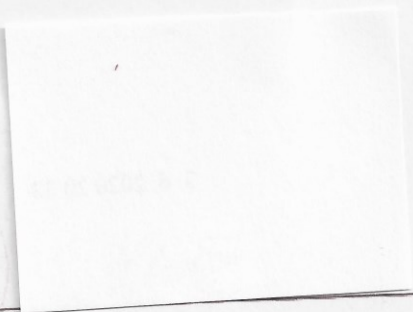
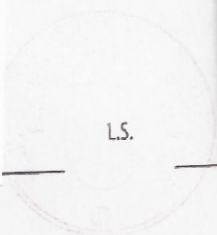
CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu* Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
OCISKOVÁ Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.
PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portal, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-282-0714-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Hana Včelařová**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: 4. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 30. dubna 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 22. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou 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 bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

24.5.2020

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje oblasti sociálních služeb, osobám s bipolární poruchou a také jejich stigmatizaci. Teoretická část je zaměřena na sociální služby, vhodné pro osoby s duševním onemocněním, bipolární poruchou a také na stigmatizaci psychicky nemocných. Praktická část je zaměřena na sociální služby a jejich využití při resocializaci osob s bipolární poruchou. Cílem výzkumu je zjistit, zda jedinci s bipolární poruchou mají o tyto služby zájem a v jakém ohledu by jim sociální služby mohly pomoci při znovuzачlenění do společnosti.

Klíčová slova: Sociální služby, metody práce, bipolární porucha, mánie, deprese, stigmatizace, destigmatizace

ABSTRACT

The bachelor thesis describe the field of social services, people with bipolar disorder and their stigmatization. The theoretical part is focused on social services, suitable for people with mental illness, bipolar disorder and also on the stigmatization of the mentally ill. The practical part is focused on social services and their use in the resocialization of people with bipolar disorder. The aim of the research is to find out whether individuals with bipolar disorder are interested in these services and in what regard social services could help them to reintegrate into society.

Key words: Social services, work methods, bipolar disorder, mania, depression, stigmatization, destigmatization

Chtěla bych velmi poděkovat své vedoucí práce paní PhDr. Haně Včelařové, která mi poskytla odborné vedení a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat rodině a spolupracovníkům, kteří mě v průběhu studia podporovali.

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	11
1.1 HISTORIE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	12
1.2 TRANSFORMACE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V ČR	12
1.3 POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	13
1.4 RESOCIALIZACE PSYCHICKY NEMOCNÉHO DO SPOLEČNOSTI	15
1.5 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE	17
1.5.1 Individuální sociální práce	17
1.5.2 Komunitní sociální práce	18
1.6 SOCIÁLNÍ SLUŽBY VHODNÉ PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	19
2 BIPOLÁRNÍ PORUCHA	23
2.1 MANICKÉ PORUCHY	24
2.1.1 Základy přístupu k lidem s manickými poruchami	25
2.2 DEPRESIVNÍ PORUCHY	25
2.2.1 Základy přístupu k lidem s depresivní poruchou	27
2.3 LÉČBA BIPOLÁRNÍ PORUCHY	28
3 STIGMATIZACE PSYCHICKY NEMOCNÝCH	29
3.1 VYMEZENÍ POJMU	29
3.2 STIGMATIZACE JAKO PROBLÉM REINTEGRACE	30
4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	34
5.2 PILOTNÍ VÝZKUM	34
5.3 VÝBĚR RESPONDENTŮ	34
5.4 DÍLČÍ CÍLE VÝZKUMU	35
6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ	36
7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUZE	45
7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	49
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	51
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	53
SEZNAM TABULEK	54
SEZNAM PŘÍLOH	55

ÚVOD

Systém sociálních služeb by měl zahrnovat co největší pestrost nabízených služeb, které jsou cíleně mířeny na skupiny klientů. Tyto služby by měly být vzájemně propojeny a měly by navazovat jedna na druhou. Velmi důležité je, aby tyto služby vyhovovaly potřebám klienta, ale také společnosti. Jedná se především o provázání resortu zdravotnictví, sociálních věcí a školství, ale také se prolínají státní a nestátní organizace. Správně vytvořený systém sociálních služeb by měl působit ve všech sférách prevence a také by měl přispět ke kvalitě života klientů.

Lidé s duševním onemocněním většinou často vyhledávají službu sami. Rodina, blízcí a přátelé nechtějí vidět problémy nebo je z části nebo zcela popírají. Základní vlastností sociálních služeb, poskytovanou osobám s duševním onemocněním, by mělo být aktivní vyhledávání a oslovování případných uživatelů služeb.

Bipolární porucha je druh onemocnění, u kterého se střídají manické a depresivní epizody. Při tomto onemocnění dochází k hlubokému narušení nálady a úrovně činností. Tato porucha spočívá ve střídání fáze zvýšené energie a aktivity (mánie) s fází skleslé nálady a nedostatku energie (deprese). Mezi těmito fázemi bývá období remise, kdy se neprojevují příznaky nemoci. Manická fáze přichází náhle a může trvat od dvou týdnů až po 4-5 měsíců. Deprese mají delší trvání, průměrná délka je kolem 6 měsíců. Oba druhy epizod mohou přijít po stresové životní situaci nebo jiném duševním traumatu.

Téma práce jsem si vybrala především z profesního důvodu, protože pracuji v oblasti sociálních služeb a mou náplní práce je pomáhat lidem s duševním onemocněním, kam patří i osoby s bipolární poruchou. Klientům pomáháme především se začleněním do společnosti. V teoretické části práce se budu věnovat vymezení pojmů, důležitých pro toto téma a bližší pochopení práce.

Praktická část bude věnována analýze sociálních služeb. Mým primárním úkolem bude zjistit, jak mohou klienti a jejich blízcí využít sociálních služeb při resocializaci osob s bipolární poruchou.

Tímto výzkumem bych ráda zjistila, zda lidé s bipolární poruchou mají dostatečné informace o sociálních službách, které mohou využít a také jakým způsobem je využívají.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby jsou zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon upravuje nejen podmínky pro poskytování sociální pomoci, ale také předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka.

Sociální služby mohou být obecně definované jako činnost nebo souhrn činností, které poskytují pomoc a podporu při reintegraci jedince. Při poskytování služeb by měla být zachována lidská důstojnost, proto pracovní náplň sociální služby vychází z individuálních potřeb jedince. Cílem sociální služby je motivace a podpora při aktivizaci a rozvoji samostatnosti uživatele sociální služby.

Sociální služby jsou určeny pro kohokoliv, kdo potřebuje pomoc či podporu při sociálním začlenění.

Termín sociální služby charakterizovala Mahrová ve své publikaci jako „*specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci.*“ (Mahrová, 2008, s. 41)

Matoušek udává, že „*sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, s cílem zlepšit jejich kvalitu života.*“ (Matoušek, 2007, s. 9)

Tyto definice sociálních služeb se od sebe mírně liší, ale mají společný cíl, a to je pomoc znevýhodněným osobám nebo osobám, kterým hrozí sociální vyloučení.

Poskytnutím sociálních služeb podporujeme jedince v aktivním řešení nepříznivé situace. Tímto poskytnutím však nemůžeme přebrat odpovědnost za jeho životní styl. Mohou nastat situace, kdy je člověk pro jeho vyšší věk nebo zdravotní komplikace více závislý na pomoci jiných. I přes tuto skutečnost je třeba, aby sociální služby maximálně podporovaly samostatnost klienta.

Sociální začlenění je pojem, který se objevuje v rámci sociální politiky ve všech členských státech EU. Hlavním cílem je posílení osobních kompetencí, ale také dovedností jedince. V rámci sociálního začlenění pak může využívat běžných společenských zdrojů.

Sociální vyloučení je taková situace, kdy nastanou překážky nebo komplikace, které jedinci zabraňují nebo přímo zamezují běžný způsob života ve společnosti. (Mahrová, 2008)

1.1 Historie sociálních služeb

Historie sociálních služeb sahá až do starého Řecka, kde byla snaha pomoci chudobným. Starověcí Římané začali řešit chudobu ve chvíli, kdy přerostla určitou mez a ohrožovala celou společnost. V této době se sociální služby orientovaly na chudé, kterým poskytly stravu a společenský kontakt. Do této chvíle byl tento způsob života poskytován pouze vyšším vrstvám. Počátky sociálních služeb však nemohou být spojovány s touto situací. Byla to spíše jistá forma prevence, aby nedošlo k nepokojům.

V raném středověku byly sociální služby spojovány s křesťanstvím, které bylo považováno za náboženství celého národa. Křesťanství přikazovalo pomoci chudým a konání milosrdných skutků. První církevní sociální služby byly vedeny pod farnostmi nebo kláštery. Šlechtici podporovali sociální služby spíše výjimečně. V tomto období poskytovaly sociální služby především přístřeší, základní stravu a nezbytné zdravotní péče. V rámci katolické církve taktéž začaly vznikat řády, které pomáhaly chudobným a nemocným. Nejvýznamnějším byl řád svatého Františka. Vznikl ve 13. století a byl to jeden z prvních, ale také nejvýznamnějších řádů. Na přelomu starověku a novověku začaly zakládat charitativní organizace také protestantské církve. Farnosti se později staly prvními subjekty v péči o chudé nebo nemocné, proto jsou také považovány za první instituce, které dlouhodobě poskytovaly pomoc v podobě ubytování, stravy a zdravotní péče.

V současnosti mají sociální služby v České republice (dále jen ČR) široké pole působnosti, proto je zřizuje hned několik ministerstev.

1.2 Transformace v sociálních službách v ČR

Sociální služby byly v období socialismu ovlivněné řízením státu a také institucionálním modelem. Chybělo vymezení širší zájmové skupiny a byla také potlačována nebo úplně degradována role neziskového sektoru. Čámský institucionální povahu sociálních služeb popisuje jako „ústavní model, jež stavěl obyvatele ústavů do role svěřenců, o něž je třeba pečovat a na které je nutné působit prostřednictvím výchovných, vzdělávacích, pracovních či jiných programů.“ (Čámský, 2011, s. 11). Život obyvatel ústavů se nacházel v rozporu se demokratickými státy. Do roku 1989 bylo běžné v těchto ústavech nosit stejnokroje a jejich režim vyžadoval přísné plnění pracovních úkolů. Model řízení státu popíral existenci kohokoliv, kdo měl sociální problémy nebo jakýkoliv druh postižení. Společnost považovala za jediné možné řešení umístit jedince do ústavu. Proces transformace se spustil skoro ihned po roce 1989, čímž byla zahájena také demokratizace společnosti.

Na začátku transformace byly zjištěny velké komplikace, především když management pobytových služeb řešil především kvalitu ubytování, místo toho, aby se zaměřil na kvalitu poskytovaných služeb. Další překážkou byl fakt, že potřeby zaměstnanců byly důležitější než potřeby uživatelů služeb (např. svoboda volby nebo střet zájmů). Poskytované služby nepodporovaly klienta v návratu do jeho přirozeného sociálního prostředí.

Z tohoto důvodu došlo k deinstitucionalizaci, která byla ovlivněna zejména aplikací principů lidských práv a také vznikem právních standardů kvality.

Termín deinstitucionalizace se v sociálních službách užívá k vymezení období, kdy sociální služby upouští od poskytování pobytových sociálních služeb a podporují uživatele k bydlení v jeho přirozeném sociálním prostředí, kde mu také sociální služby poskytují.

Během **transformace** prošly sociální služby změnou v oblasti řízení, financování, vzdělávání, ale také místem a formou poskytovaných služeb. Cílem transformace bylo odlehčení institucionální péči a podpora služeb komunitního typu. Všeobecným cílem transformace je zajistit komplexní systém, který bude transformaci podporovat. Podstatné pro efektivní transformaci je především spolupráce všech zúčastněných subjektů procesu transformace, podpora při zkvalitňování životních podmínek v pobytových zařízeních a také podpora naplnění lidských práv uživatelů pobytových zařízení.

Podpora transformace vyžaduje především úzkou spolupráci mezi jednotlivými aktéry procesu a pracovníky sociálních, majetkových a investičních odborů. Procesu transformace se věnuje Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV). V rámci transformace došlo také k legislativním změnám, které započaly v roce 1994, a v roce 1997 byl vládou schválený záměr o sociální pomoci. Konečný systém sociální pomoci byl schválen a vstoupil v platnost až v roce 2006. (Čámský, 2011)

1.3 Poskytování sociálních služeb

Zřizovateli sociálních služeb mohou být v ČR obce, kraje nebo MPSV.

Sociální služby mohou být poskytovány formou pobytovou, ambulantní nebo terénní. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (např. domov pro osoby se zvláštním režimem). Ambulantní služby mají své sídlo, uživatel za službami dochází nebo je doprovázen. Ubytovaní není součástí poskytované služby. Terénní služby jsou uživatelům poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Systém sociálních služeb upravuje tři základní oblasti:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Sociální poradenství je dále rozděleno na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství podává osobám potřebné informace, které napomáhají řešit jejich nepříznivou sociální situaci. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni základní sociální poradenství zabezpečit. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin (např. manželské poradny, poradny v zařízení hospicového typu, poradny pro zdravotně postižené). Odborné sociální poradenství poskytuje: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a také pomáhá při uplatnění práv, oprávněných zájmů a vyřizování osobních záležitostí.

Služby sociální péče jsou dle zákona definované jako služby, které napomáhají zajistit fyzickou či psychickou soběstačnost jedince s cílem umožnit mu začlenění do běžného života společnosti.

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou touto situací ohroženi. Důvodem pro sociální vyloučení může být krizová sociální situace, životní styl a sociálně nevyhovující prostředí. Cílem služeb sociální prevence je pomoci osobám s překonáním nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a rozšířením nepříznivých společenských jevů. Služby sociální prevence nabízejí celkem 17 druhů. (Mahrová, 2008)

Zájemce může požádat o sociální služby poskytovatele sociálních služeb, popřípadě obec, ve které má trvalé bydliště. Zástupce obce pak sjedná poskytování sociálních služeb nebo zprostředkuje kontakt s poskytovatelem.

1.4 Resocializace psychicky nemocného do společnosti

Jandourek ve své publikaci uvádí, že resocializace je „*snaha znovu zapojit do života jedince, který už kdysi socializačním procesem prošel a z nějakého důvodu byl z daného společenství vyřazen.*“ (Jandourek, 2001, s. 204).

Dle Giddense „*může u dospělých jedinců za určitých okolností docházet k resocializaci, která je charakterizována rozpadem dosud přijímaných hodnot a vzorců chování, po němž následuje přijetí nových a odlišných vzorců chování.*“ (Giddens, 1999, s. 58).

Resocializace obnáší navrácení do společnosti z důvodů vstupu do nové životní fáze, nového zaměstnání, tělesného nebo duševního postižení, po propuštění z výkonu trestu nebo výchovného zařízení. Jedinec s resocializací buď souhlasí a přijímá pravidla a normy společnosti nebo s resocializací nesouhlasí, což může být dáno otevřeností nového prostředí nebo vazbami ke starému prostředí. V případě zájmu může jedinec nebo jeho rodina využít sociálních služeb a jejich programů.

Dle Praška (2011) by měla „*rehabilitace a resocializace začít již v průběhu léčby akutní poruchy, aby se zamezilo sociálním ztrátám a k rozvoji chronicity.*“ (Praško, 2011, s. 374)

V průběhu hospitalizace je velmi důležité udržovat kvalitu života pacienta, a to v rozsahu, který umožní psychická porucha pacienta. Při zlepšení stavu se může pacient začlenit do pracovní terapie, ale také do kulturního a tělovýchovného programu. Účast na aktivitách je dobrovolná, proto klienta do nich nenutíme, a to zejména v případě, že jsou aktivity nad klientovy síly. Při správném zaléčení je vhodné převedení uživatele do denního stacionáře. Toto zařízení je přechodné mezi hospitalizací a pobytem mimo lůžkové zařízení. Do zařízení klient přichází ráno, během dne se účastní terapeutických aktivit a odpoledne opět odchází domů.

Velmi důležitou součástí resocializace je sociální podpora. Pomáhá zmírnit stres a také zabraňuje vzniku úzkosti a deprese. Sociální síť umožňuje jedinci hovořit o svých problémech, najít zázemí, které mu pomůže vyrovnat se s nepříznivou sociální situací. Sociální síť v tomto případě zahrnuje partnerský vztah, blízkou rodinu, přátele, ale také neformální kontakty se sousedy a širším okolím. Pro jedince je při budování sociální sítě důležité navázat kontakt s lidmi, které znal již před nemocí. V důsledku nedostatečné sociální podpory zůstává jedinec se svými problémy sám. Sociální izolace je pak jedním z nejčastějších spouštěčů depresivní poruchy.

Pozitivní význam sociální sítě:

- Možnost podělit se o své pocity
- Přemýšlíme také o něčem jiném, než pouze o svých problémech
- Pomáhá při strukturování časového plánu
- Zmírňuje pocit izolace a osamělosti
- Dochází k aktivnímu naplnění času
- Pomáhá při hledání smysluplných aktivit
- Po stabilizaci stavu zamezuje rozvoji deprese (Praško, 2003)

Prostředkem rehabilitace v psychiatrii je zejména socioterapie.

K resocializaci lze využít profesionálních metod jako je **ergoterapie**. Ergoterapie společně s pracovní terapií patří k nejstarším terapeutickým metodám. V rámci pracovní terapie si klient osvojuje řád, pracovní návyky a dochází k aktivizaci jedince. Zlepšuje se také koncentrace klienta, komunikace a sebedůvěra. Dochází k integraci klienta do společnosti. Během pracovní terapie může klient využít své kreativity a vyjádřit se bez vnějších tlaků. Cílem pracovní terapie je pomoc při přechodu od pracovní terapie do pracovního procesu nebo socializace po dlouhodobé izolaci klienta.

Chráněné dílny

Tento typ zařízení navazuje na ergoterapii, která se odehrává v lůžkových zařízeních.

Chráněné dílny jsou velmi vhodné pro duševně nemocné, kteří mají přidružené další postižení a potřebují rehabilitovat pracovní dovednosti. Přechodem do invalidního důchodu může dojít k sociální izolaci, která může negativně ovlivnit vývoj poruchy.

Pro úspěšné zapojení do pracovního procesu je důležité dbát na zájmy a schopnosti nemocného, ale také aby práce odpovídala stupni psychických změn. Pracovní doba v chráněných dílnách bývá zkrácená, a to 4 až 6 hodin denně.

Chráněné bydlení

Tento typ zařízení pomáhá při integraci nemocného do nejvhodnějších poměrů bydlení, ale také plnohodnotného života. Služba je poskytována na přechodnou dobu. Pacienti mohou tuto službu využít po ukončení léčby na lůžkovém oddělení. Zajišťují si přípravu stravy, pečují o domácnost a také dochází do chráněných dílen nebo chráněné práce. Během pobytu má jedinec možnost naučit se vlastní zodpovědnosti a získat ztracené sociální kompetence. (Praško, 2003)

1.5 Metody sociální práce

Jak uvádí Mahrová ve své publikaci „*posláním sociální práce je poskytnutí sociálních služeb jednotlivcům, rodinám nebo skupinám.*“ (Mahrová, 2008, s. 9). Sociální práce je založena na jedinečnosti, a to díky specifickému přístupu ke klientovi. Současně je důležité, abychom nepříznivou situaci klienta řešili komplexně, tzn. v oblasti ekonomické, psychologické, zdravotní, právní a pedagogické. Mimo jiné se sociální práce zabývá také lidskými vztahy, a to v souvislosti s vykonáváním sociálních rolí.

Sociální práce může být definována jako profesionální aktivita, která jedincům, skupinám nebo komunitám pomáhá zvýšit či obnovit schopnost sociálního fungování. Cílem sociální práce je pomoci získat hmotnou službu, popřípadě poskytovat poradenství. Tato profese se také snaží poskytnout pomoc komunitám, a to především při získávání nebo zlepšování sociálních a zdravotních služeb (Mahrová, 2008).

V ČR, ale také v zahraničí jsou uváděny jako metody sociální práce: individuální sociální práce, skupinová sociální práce a komunitní sociální práce.

1.5.1 Individuální sociální práce

Tento typ sociální práce vznikl v 19. století ve Spojených státech amerických (dále jen USA). Za zakladatelku individuální sociální práce je považovaná Mary Richmondová. Ve své teorii kladla důraz na sociální vztahy. Také se snažila prozkoumat sociální prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Důraz kladla na rozvoj pevného vztahu se sociálním pracovníkem, jenž bezprostředně vede klienta k aktivitám a rozhodnutí. Vznikl medicínský model individuální sociální práce, ve kterém je sociální pracovník považován za experta.

Vývoj ovlivnil také Freudův **diagnostický** přístup, který sociální práci zaměřil více na zkoumání klientovy minulosti. Představitelkou tohoto směru byla Hamiltonová, která upřednostnila jedinečnost klienta a právo osvobodit se z manipulace. Tento přístup je nejdůležitější a dodnes platný (Mahrová, 2008). V rámci tohoto přístupu se může klient rozhodnout, jaký způsob života zvolí. Odpovědnost za svoji volbu je však na něm samotném.

Psychosociální přístup také významně ovlivnil individuální sociální práci. Kladl důraz především na jedince a jeho okolí, které se navzájem ovlivňují. Respektovány jsou faktory, které se na vzniku problémů podílejí. Za vzniklé problémy nemůže pouze klient, ale také situace, ve které se nachází. (Mahrová, 2008)

Dle Navrátila (2001) je však psychosociální přístup založen na stanovení diagnózy, ale také na vztahu klienta a sociálního pracovníka. Při intervenci v rámci psychosociálního přístupu se řeší současně klientovi problémy a také se posiluje jeho vnitřní rovnováhu. Tento model předpokládá spolupráci klienta se sociálním pracovníkem na sestavení intervenčního plánu.

V Německu se individuální sociální práce začala rozvíjet po 2. světové válce. Vycházela z amerických základů, ale autoři se snažili poukázat na jiné tradice a společenské podmínky. Německé představitelky kladly důraz na větší význam pedagogického působení.

Charvátová (in Mahrová, 2008, s. 20) definovala individuální sociální práci jako „*snahu, aby sociální klient změnil své vadné životní postoje a byl schopen samostatně řešit své problémy.*“

Skupinová sociální práce

Skupinová sociální terapie se začala rozvíjet v Anglii v období průmyslové revoluce. Byla ovlivněna především sociálními změnami během této revoluce. Lidé se stěhovali za prací do měst, kde však nenašli vyhovující sociální podmínky. Během tohoto období stoupala kriminalita a delikvence. Koncem 19. století začali dobrovolníci v chudinských čtvrtích nabízet pomoc ve formě městských center tzv. *settlementy*. Postupně se tato centra začala objevovat i v USA. Centra nabízela možnost vzdělávání, kulturního vyžití a také programy pro volný čas. Skupinová práce v USA se odvolávala na německou reformní pedagogiku a na teorii skupinové dynamiky. Reformní pedagogika poukazovala na výchovný potenciál, který vedl k odpovědnosti.

Při skupinové sociální práci se můžeme setkat s různými termíny. Sociální práce se skupinami (zaměřená na skupinu, nebo jednotlivce a skupinu současně) nebo sociální skupinová práce (zaměřená především na skupinu, druhotný je klient využívající služby). Společným znakem, charakteristickým pro tento typ práce, je skupinová zkušenost členů, která se stává nejdůležitějším bodem pro změnu. Tato zkušenost pomáhá předcházet sociálním problémům, celá skupina může podpořit jednotlivce v návratu do běžného života.

1.5.2 Komunitní sociální práce

Komunitní práce je orientovaná na místní společenství, které vyvolává nebo podporuje změny v rámci společenství. Základem komunit je společný základ sdílených hodnot. Komunita si sama vytváří vlastní identitu, ale také vnitřní a vnější vazby. Dále

je pro komunitu typická vzájemná péče, důvěra, týmová práce efektivní vnitřní komunikace. V rámci komunitní práce se můžeme setkat s těmito druhy:

- občanská komunita
- výcviková komunita
- terapeutická komunita
- spirituální komunita

Komunitní sociální práce navazovala na settlementy, které kromě skupinové práce usilovaly o zlepšení života v komunitách. Snažily se především o zkvalitnění zdravotních služeb a bydlení. Důležitou součástí práce byla snaha zakázat zaměstnávání dětí.

V moderní komunitní terapii je uživatelům nabízena kontinuální léčba. Tato léčba spočívá především v poskytnutí ubytování, stravy, zaměstnání a sociální podpory. Při této metodě sociální pracovník pomáhá obnovit sociální role lidem s duševním onemocněním. (Mahrová, 2008)

1.6 Sociální služby vhodné pro osoby s duševním onemocněním

Sociální služby jsou obecně poskytované třemi druhy, a to v rámci sociálního poradenství, sociální péče nebo sociální prevence.

Domovy se zvláštním režimem

Tento typ služby je vhodný pro osoby, které jsou z důvodu snížené soběstačnosti ovlivněné chronickým duševním onemocněním nebo závislostí na návykových látkách odkázáni na pomoc jiné fyzické osoby. Poskytují se v rámci pobytové služby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostech (www.zakonyprolidi.cz, 2020)

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (www.zakonyprolidi.cz, 2020)

Ze služeb sociální prevence jsou pro duševně nemocné vhodné tyto:

Azylové domy

O tuto službu může požádat osoba, která je z důvodu ztráty bydlení v nepříznivé sociální situaci

Základní činnosti azylových domů:

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (www.zakonyprolidi.cz, 2020)

Sociální rehabilitace

Toto zařízení pomáhá jedinci nebo celé skupině k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Rozvíjí jejich schopnosti a dovednosti potřebné pro běžný život, posiluje návyky a nácviky činností, které dále upevňuje. Dále také dochází k podpoře potenciálů a kompetencí jedince. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Tento typ služby je bezplatný.

Základními činnostmi sociální rehabilitace poskytované ambulantní a terénní formou jsou: nácvik dovedností pro zvládnutí 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.

Sociální rehabilitace poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností také:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.
(www.zakonyprolidi.cz, 2020)

Centrum duševního zdraví

Tento typ zařízení je poskytován v rámci reformy psychiatrické péče a nabízí zdravotně sociální služby osobám s duševním onemocněním. Služby poskytuje multidisciplinární tým, který se skládá z psychiatra, psychologa, sestry pro péči v psychiatrii, sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. Toto zařízení poskytuje pomoc a podporu ambulantní nebo terénní formou. Služby jsou vhodné pro osoby s duševním onemocněním, které se nacházejí v akutní fázi nemoci. Multidisciplinární tým pomáhá jedincům při integraci do společnosti a také do jejich přirozeného prostředí. Pomáhá také při zlepšení vztahů mezi nemocným, rodinou a jeho okolím. Zdravotní sestry jsou nápomocné při přípravě medikace. (www.cdz-brno.cz, 2018)

2 BIPOLÁRNÍ PORUCHA

Jak uvádí Mahrová ve své publikaci „*bipolární afektivní porucha je charakterizována střídáním manických a depresivních epizod.*“ (Mahrová, 2008, s. 79) V minulosti bylo toto onemocnění známé pod pojmem maniodepresivní psychóza.

Diagnostice bipolární poruchy se věnoval také Dušek, který se ve své publikaci věnoval především diagnostice a terapii duševních poruch (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010).

Bipolární porucha (F31) je uvedena v MKN-10. Toto onemocnění je velmi ovlivněno dědičností, minulostí pacienta, životním stylem, ale také jeho prostředím. Jedná se o velmi těžké duševní onemocnění, během kterého se střídají manické a depresivní fáze. Během života však jedinec zažívá fázi těžké deprese nebo hypománie, což je lehčí stupeň poruchy nálady. V průběhu tohoto onemocnění může dojít k rychlému střídání depresivních a manických prvků. Příčiny vzniku onemocnění nejsou známy. Předpokládá se, že je nemoc multifaktoriálně podmíněna. Na vznik bipolární afektivní poruchy mohou mít vliv tyto faktory: genetika, buněčná degenerace, stres nebo psychodynamické faktory. Důležitým krokem k úspěšné léčbě je pravidelné užívání předepsaných léků, jakákoliv metoda psychoterapie je pouze doplňková. Pro úspěšnou léčbu je podstatné, aby pacient přijal svou diagnózu, pochopil podstatu, průběh a léčbu onemocnění. Prevencí před relapsem je především včasná identifikace varovných signálů. Dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO, 2019) bipolární porucha postihuje 45 milionů celkové populace. Velmi důležitá je účinná léčba akutní fáze, ale také prevence recidivy. WHO (2019) udává, že bipolární porucha patří mezi jednu z finančně nejnáročnějších onemocnění. Její důsledky jsou nejzávažnější.

U populace s touto poruchou je vyšší riziko sebevražedných sklonů, a to především u neléčených pacientů. Onemocnění se nevztahuje jen na nemocné, ale také na jejich blízké okolí. Včasnou diagnózou a léčbou předcházíme rizikovému chování, recidivě, ale také ulehčíme resocializaci jedince nebo zabráníme jeho vyloučení ze společnosti. (Látalová, 2010)

Spouštěče deprese a mánie:

Spouštěčem může být situace, která je spojená s emocemi, nebo narušuje denní rytmus. Některé spouštěče ovlivňují většinu lidí (noční život, alkohol, drogy), některé jsou spojeny se specifickou skupinou (konfliktní vztahy v rodině).

Pro jednotlivce je vhodné nevystavovat se těmto situacím, posilovat schopnost zvládnání stresu. Pokud nastane situace neočekávaná, je podstatné udělat preventivní opatření a předejít tak nejhoršímu průběhu situace. (Novák, 2008)

Bipolární porucha může mít dle své intenzity několik podskupin.

- Bipolární porucha I – diagnóza tohoto typu se určuje v manické fázi. Tento typ je provázen manickým záchvatem, které se střídají s depresivními fázemi. Tento druh může být doprovázen halucinacemi a blouznivými interpretacemi, které udržují nemocného v chodu.
- Bipolární porucha II – u tohoto typu dříve přichází deprese. Manické fáze jsou méně patrné, a proto jsou hůře rozpoznatelné. V případě méně patrné manické fáze můžeme hovořit o hypománii. (Gay, 2010)
- Bipolární porucha III – střídají se depresivní fáze s manickými. Tyto epizody se mohou objevit před samotným onemocněním.

Léčbě bipolární poruchy se věnoval také Raboch (2001), který se mimo jiné zabýval také profylaktickou léčbou.

2.1 Manické poruchy

Výskyt pouze manické poruchy je ojedinělý. Ve většině případů se tak jedná o fázi bipolární afektivní poruchy.

V období mánie je nemocný v euforii, nadměrně aktivní, má zvýšené sebevědomí a sníženou potřebu spánku. (Mahrová, 2008). Vlivem snížené potřeby spánku dochází k horší pozornosti jedince. Může ale také pociťovat úzkost, bezmoc a nejistotu. Nemocný své pocity nepřiznává a snaží se je popřít. Jedinec s bipolární poruchou se snaží poukázat na slabé stránky druhých, aby odpoutal pozornost od sebe samého. Pod maskou veselosti a sebevědomí se však skrývá deprese. (Probsotová, Pěč, 2014)

V této fázi jedinec nedokáže odhadnout své schopnosti a jedná tak bez vědomí svých následků. Nadnesená nálada bývá nepřírozená. Myšlenky pacienta mohou být ovlivněny euforií a projev pacienta se stává nesrozumitelným. Jejich povznesená nálada může vést k nekontrolovanému vzrušení, v krajních případech i k agresii. (Látalová, 2010)

2.1.1 Základy přístupu k lidem s manickými poruchami

Pracovník, který je v kontaktu s osobou s manickou poruchou, si nejprve musí uvědomit, že jde o vážný problém, i když podle klienta je vše zcela v pořádku. Pracovník by se neměl zaměřit pouze na problémy klienta, ale také jeho okolí. To může chováním nemocného strádat, proto je důležité pracovat s klientem, ale také s jeho sociální sítí. Pro sociálního pracovníka je důležité nasměrovat nebo přesvědčit klienta, aby navštívil odborného lékaře. Ne vždy se mu to podaří hned na začátku. Pro další práci je velmi důležité zabránit odchodu či zmizení klienta. Po odeznění příznaků je vhodné nadále spolupracovat s klientem, jeho rodinou a okolím, aby došlo k úspěšnému návratu do běžného života.

Probstová, Pěč (2014) uvádí zásady komunikace ve své publikaci takto:

- Aktivně pomáháme udržet hranice
- Nesnažíme se přizpůsobovat tempu klienta, vytváříme klidné přijímací prostředí, které zmírní napětí, úzkost a umožní klientovi alespoň na chvíli se „zachytit“ (dochází ke zklidnění a reflektování stavu klienta)
- Když je to nezbytné, v rozhovoru pojmenováváme a konfrontujeme s dopady popření vnější a vnitřní reality.
- Pokud je člověk natolik manický, že překračuje osobní hranice, klidným, konfrontaci nevyvolávajícím způsobem a respektujícím způsobem říkáme jasné „ne“
- Nepodléháme svodu de facto hrát „hru“ na veselost, nechat se zavléci do iluze světa bez problémů. Nepřecházíme do odlehčeného vtipkování, či dokonce laškování.
- Trpělivost: nepřekřikujeme se s klientem navzájem. Když manický člověk skočí do řeči, necháme ho domluvit a pak se přihlásíme o slovo. (Probstová, Pěč, 2014, s. 75)

2.2 Depresivní poruchy

Mezi duševními poruchami se nejčastěji vyskytuje právě depresivní porucha. Depresivní prožívání však není spojováno pouze se smutkem. U jedinců s depresivní poruchou může jít o velkou tenzi, která je znehybňuje, unavuje, nebo dokonce zabraňuje i několik dní vstát z postele. Tito jedinci jsou tak vysílení, že nejsou schopni dodržovat základní hygienické návyky.

Depresivní příznaky se mohou objevit u většiny duševních onemocnění. Kromě duševního onemocnění však ovlivňuje i tělesné onemocnění, organické změny v mozku a další onemocnění. Pro depresivní syndrom je charakteristický pocit prázdnoty, osamělosti a uvědomování zlosti a agrese.

Dle Corcorana a Walshe (2010) trpí depresivními syndromy 2x více žen než mužů. Bipolární forma se objevuje dříve než ostatní formy onemocnění. (in Probstová, Pěč. 2014)

S depresivní epizodou se pojí tři druhy příznaků:

- Smutek spolu se ztrátou zájmu o jakoukoli činnost, sebevražedné sklony
- Zpomalené myšlení
- Zpomalená motorika, včetně tělesných obtíží (Gay, 2010, s. 38)

U depresivních poruch všeobecně platí, že jedinci nemají do ničeho chuť, cítí se beznadějně. I ty nejmenší podněty mohou nemocného podráždit, což se projevuje v zuřivých výstupech nebo frustraci.

Depresivní porucha může být charakteristická:

- **Ztrátou zájmu a schopnosti radovat se** – jedinec obviňuje sám sebe z vlastní neschopnosti a nedokáže přemýšlet o vlastní budoucnosti. Záchvaty úzkosti mohou vést až k pomýšlení na sebevraždu.
- **Zhoršením duševních funkcí** – pacientovo sebepodceňování je velmi často ovlivněno zpomaleným myšlením a také zhoršením kognitivních funkcí. Pacient je tímto stavem velmi ovlivněn, a proto se mu hůře komunikuje s jinými lidmi.
- Dalším poznávacím znakem charakterizujícím depresi je **motorická a motivační složka** – mimika a pohyby pacienta jsou velmi omezené. Stěžuje si na krajní vyčerpání a není schopen jakkoli o sebe pečovat. S velkým vypětím je schopen se obléct nebo umýt. Může se ale stát, že nezvládá ani tyto běžné činnosti.

K těmto charakteristickým znakům deprese se však mohou přidat i somatické poruchy jako jsou ztráta chuti, úbytek na váze, potíže spojené se spánkem. Tyto poruchy mohou negativně ovlivnit příznaky deprese.

U depresivní poruchy jsou však hlavním rizikem sebevražedné sklony. Jak uvádí Gay ve své literatuře „*většina klinických lékařů považuje návaly deprese za nejhorší zátěž bipolární poruchy.*“ (Gay, 2010, s. 39)

Proto je velmi důležité pacientovy potíže nebagatelizovat a poskytnout mu psychiatrickou pomoc.

Depresivní poruchy mohou mít tyto klinické formy:

- Melancholická forma – tento typ onemocnění je velmi závažný, a to především kvůli zvýšenému riziku sebevraždy. Závislost na alkoholu či drogách, poruchy osobnosti, traumatické zážitky nebo sebevražedné projevy v rodině či u jedince samotného patří mezi faktory, které riziko sebevraždy zvyšují. Kromě charakteristických syndromů se můžeme u pacienta setkat s blouznivými myšlenkami (sebeobvinění, sebepodcenění, sebezatracení). Tyto znaky může doprovázet zmatenost nebo dokonce i halucinace.
- Úzkostná deprese – příznaky ukazující na tento typ deprese jsou úzkost nebo rozrušení.
- Deprese maskovaná - převažují tělesné symptomy, jejichž vysvětlení nepodpořily lékařské nálezy
- Zpomalená deprese – tento typ vede k celkovému zhroucení motivačních schopností jedince.

2.2.1 Základy přístupu k lidem s depresivní poruchou

Posláním sociálního pracovníka je rozpoznat depresivní příznaky, zhodnotit situaci a její závažnost, podle které pak zprostředkuje intervenci nebo kontakt s odborníkem. Pro další spolupráci je velmi důležité navázat a udržet kontakt.

Probstová, Pěč (2014) uvádí tyto zásady komunikace:

- Trpělivost a dostatek času – dáváme najevo podporu a zájem o rozhovor
- Větší aktivita – je vhodné být při rozhovoru aktivní a k aktivitě přimět i klienta
- Srozumitelnost – při rozhovoru mluvíme srozumitelně. Dotazem si můžeme ověřit, zda klient všemu rozumí
- Podpora pochopením – nevyvracíme stížnosti na potíže, snažíme se vyjádřit pochopení, ale také zacílení se na řešení situace.
- Stejná vzdálenost od agrese i idealizace – idealizací bychom podpořili snížené sebevědomí klienta

- Přijetí zpomaleného vnímání času

2.3 Léčba bipolární poruchy

Při léčbě bipolární poruchy je velmi důležité zaměřit se na její komplexnost. Léčba spočívá ve spolupráci farmakoterapie a speciální formy psychoterapie. Jedná se především o Kognitivně behaviorální terapii (dále jen KBT). Možnost recidivy manických stavů je velmi vysoká. Tuto skutečnost můžeme snížit poskytnutím kvalitního psychoterapeutického vedení. V rámci ambulantní léčby je velmi důležité sžít se s nemocí, dlouhodobé léčení a zvládnutí následků nemoci vůči sobě samému a rodině.

Lam (2002) zdůraznil zejména 3 oblasti zaměření psychoterapeutické intervence:

- Vyjadřování emocí u rodinných příslušníků
- Monitorování
- Narušení sociálních zvyklostí

KBT přístup u bipolární poruchy

V rámci akutní léčby bipolární poruchy se KBT zaměřuje především na pacienty s depresivními stavy, hypománií a na pacienty s reziduálními příznaky. Tento přístup je však velmi důležitý také pro pacienty v remisi, kteří se učí zvládat svou nemoc a snížit zranitelnost vůči riziku dalších recidiv. V rámci optimálního průběhu KBT je důležité nejprve zformulovat individuální problémy ovlivněné nemocí. Napomáhá snížit celkový stres uspořádáním denního režimu, který pomáhá zabránit přepracování a narušení sociálních rytmů. (Praško, Možný, Šlepecký, 2007)

3 STIGMATIZACE PSYCHICKY NEMOCNÝCH

3.1 Vymezení pojmu

Stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace svého nositele. Vymezení pojmu stigma se věnovalo více autorů, a proto se mohli ve svém výkladu lišit. Například Goffman (1986) pojem stigma definoval velmi široce. Goffmanova definice zahrnovala kmenové stigma (náboženství, rasa, etnika), fyzickou deformitu (malomocenství, slepota), ale také vady charakteru jako jsou homosexualita, závislost nebo duševní onemocnění. (Goffman, 1986).

Ocisková tento termín ve své publikaci vymezuje takto: „Stigma poukazuje na tělesné znaky, které jsou neobvyklé, nedostatečné nebo z morálního hlediska špatné.“ (Ocisková, Praško, 2015, str. 11).

Matoušek pojem stigma definoval jako „předsudek, že duševně nemocní jsou skupina nežádoucí a je třeba se jich bát nebo se jim vyhýbat“

Stigmatizace osob s duševním onemocněním se netýká pouze jednotlivců, ale také vztahů místní komunity, popřípadě celé společnosti vůči duševně nemocným

Duševně nemocní, jejich rodiny nebo také profesionálové se mohou stát subjekty stigmatizace, ale také jejich objekty. Osoby s duševním onemocněním se snaží vypořádat se stigmaty sami, a to tak, že se izolují od společnosti nebo při komunikaci s okolím jednají agresivně.

Praško (2011) poukazuje na těžký osud jedince s psychotickým onemocněním. Příznaky a narušené psychické funkce mohou být velmi vytrvalé. Sociální újmy mohou mít stejný účinek jako onemocnění samotné a tím vést k dalšímu narušení psychických funkcí. Předsudky vůči psychicky nemocným mohou výrazně zasahovat do diagnostiky i léčby, zejména však do další adaptace a reintegrace nemocného. Lidé s duševním onemocněním jsou ohroženi především nepochopením a vyloučením. Čím více pacient a jeho rodina cítí psychiatrickou diagnózu jako stigma, tím častěji se setkávají se stigmatizací u zdravotního personálu. V případě, že psychicky nemocný očekává odmítnutí i ze strany spolupracovníků nebo přátel, zahájení léčby se stává obtížnější. (Praško, 2011)

3.2 Stigmatizace jako problém reintegrace

Duševní onemocnění je v některých případech chápáno jako selhání, které může jedince vyřadit ze společenského života. Výzkum, který byl provedený v ČR, zjistil převládající postoj k osobám s duševním onemocněním. Tento postoj je charakteristický nezájmem, soucitným konstatováním (jsou to chudáci), ale může také vyvrcholit odsuzujícím pojmenováním (např. jsou to magoři). Obecná informovanost o projevech duševních onemocnění je velmi nízká.

Pro rodiny je velmi těžké překonat skutečnost, že jeden z jejích členů trpí psychickou poruchou. Proto odrazují jedince od léčby, nebo za něj řeší životní problémy, čímž zakrývají skutečné potíže. Jakmile si však rodina tyto potíže uvědomí, projevuje úsilí o harmonizaci chování člena rodiny a také o jeho reintegraci do skupiny (Ocisková, Praško, 2015).

Po ukončení hospitalizace se často jedinec setkává s osobami, které mohou být ovlivněny společností a jejím pohledem na psychicky nemocného. Stigmatizace je často podporována mediálními prostředky, kde jsou lidé s duševní poruchou často popisováni jako nebezpeční pro společnost nebo dokonce směšní.

Se stigmatizací se můžeme setkat bohužel také v udržovací léčbě, dokonce i u psychiatrů nebo praktických lékařů. V některých případech se můžeme setkat s přesvědčením, že psychiatričtí pacienti užívají zbytečně mnoho psychofarmak. Toto přesvědčení mohou aplikovat na osoby s neurotickými potížemi, protože příznaky nemoci se prokazují velmi těžce. Neurotické potíže bagatelizují a pacienta vnímají negativně. V případě, že si klient přestane na potíže stěžovat, doporučí mu ukončit léčbu psychofarmaky. Na tento problém bychom mohli nahlížet z více úhlů. První možností je snaha snižovat náklady na léčbu. Další možností je přesvědčení, které je ovlivněno laickou představou o chronické intoxikaci organismu léky a následnou závislostí na všechna psychofarmaka. Toto přesvědčení může být ale mylné a předčasné vysazení medikace často vede k opětovnému výskytu příznaků (Ocisková, Praško, 2015).

Stigmatizací osob s duševním onemocněním často dochází ke zhoršení péče o fyzické a duševní zdraví, dále zhoršení ekonomické situace a uplatnění na trhu práce. Pro duševně nemocného je stigmatizace důvodem pro nevyhledání odborné péče. Nevyhledání odborné péče má za následek zhoršení psychického stavu.

Vyléčení pacienti se musí často potýkat s reakcemi okolí. Depresivní pacient může být společností přijímán příznivěji, jak pacient s vyléčenou manickou epizodou. Ti mohou být naopak odsuzováni. Stigma je pak častým důvodem k sociální izolaci, neschopnosti začít pracovat, nadměrnému požívání alkoholu, bezdomovectví a časté hospitalizace v psychiatrických klinikách. Tyto důvody však snižují reálné šance na vyléčení. (Doubek, Herman, Praško, Hons, 2011)

3.3 Destigmatizace

O destigmatizaci duševně nemocných usiluje iniciativa NA ROVINU.

Také se snaží o snížení diskriminace a zlepšení přístupu k lidem s duševním onemocněním. Tato iniciativa je realizovaná v rámci projektu Destigmatizace. Ten je součástí reformy psychiatrické péče v ČR a je finančně podporován Evropskou unií, Evropským sociálním fondem a Operačním programem Zaměstnanost. Cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním, jejich příbuzní, zdravotníci, komunity, veřejná správa a také poskytovatelé sociálních služeb. Jedná se tak o komplexní přístup. V životě uživatele s duševním onemocněním hraje velmi důležitá rodina a přátelé. Nemocného mohou podporovat při uzdravování, ale také mohou negativně ovlivnit rozvoj jeho schopností a dovedností, které by vedly k samostatnosti. (www.narovinu.net, 2017)

4 SHR MUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

V teoretické části jsem se věnovala vymezení tří oblastí, které jsou hlavními tématy mé bakalářské práce. První kapitola pojednává o sociálních službách, jejich historii, transformaci sociálních služeb a metodách sociální práce. V této kapitole se také věnuji sociálním službám, které pomáhají lidem s bipolární poruchou v rámci jejich resocializace.

Tématem druhé kapitoly je bipolární porucha. V této části jsme se věnovali charakteristice nemoci, vymezení základních pojmů, komunikaci s klienty a také léčbě bipolární poruchy.

Ve třetí kapitole se věnuji stigmatům a také destigmatizaci.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části se budeme věnovat výzkumu zaměřenému na sociální služby, které pomáhají lidem s bipolární poruchou při začlenění do společnosti. Nejprve definuji výzkumnou metodu, pilotní výzkum, výběr respondentů, dílčí cíle a výzkumné otázky. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak sociální služby pomáhají při resocializaci osob s bipolární poruchou, zda respondenti navštěvují sociální služby a také, zda znají stigmata, která by mohla jejich začlenění do společnosti ohrozit.

5.1 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu jsem vybrala dotazníkové šetření. Zvolila jsem jej především pro anonymitu dotazníku a také pro snadný sběr dat. Dotazníky jsou určené pro osoby s bipolární poruchou od věku 35 let. Pro sběr dat jsem zvolila formu online dotazníku. Na dotazník odpovědělo celkem 90 respondentů. Respondenty byly osoby trpící bipolární poruchou, kterou mají potvrzenou od odborného lékaře.

5.2 Pilotní výzkum

Před zahájením výzkumu jsem provedla pilotní výzkum, který byl realizován v prosinci 2019. Na dotazník zodpovědělo 20 respondentů. Pilotní výzkum napomohl k upravení otázek, aby byly pro respondenty více pochopitelné a srozumitelné. Z pilotního výzkumu vyplynulo, že více respondentů bylo ženského pohlaví. Větší část dotázaných má dostatečné informace o poskytování sociálních služeb a jejich využití, zbytek respondentů o sociálních službách neví, nebo se o ně nezajímá. Z 20 dotázaných 5 respondentů nedokáže vysvětlit, co znamená pojem stigma, zbytek respondentů tento pojem popsal správně. 12 respondentů se cítí být ohroženo stigmaty a snaží se proti nim bojovat, zbytek dotázaných ohrožení nepocítuje.

5.3 Výběr respondentů

Výzkum byl určen pro osoby s bipolární poruchou. Respondenty pro výzkum jsem vybírala náhodně. Dotazník byl uložen na serveru a pro respondenty byl volně přístupný. Dotazovaní pochází ze širokého okolí. Na dotazník odpovídaly všechny zvolené věkové kategorie, které jsem předem určila. Respondenty jsem rozdělila do tří věkových kategorií: 35–39, 40–49, 50 a více. Dále jsem zjišťovala poměr žen a mužů ze všech dotazovaných.

5.4 Dílčí cíle výzkumu

1. Zjistit, zda jsou respondenti dostatečně informovaní o sociálních službách.
2. Zjistit, jaký druh sociálních služeb respondenti využívají.
3. Zjistit, jak často do zařízení dochází.
4. Zjistit, v jakém ohledu sociální služby svým klientům pomáhají.
5. Zjistit, zda jsou respondenti informovaní o stigmatěch.

Na základě zvolených cílů jsem si určila tyto **výzkumné otázky**:

1. Do jaké míry jsou respondenti informovaní o využití sociální služeb?
2. Jaký druh sociálních služeb využívají?
3. Do jaké míry uživatelé sociální služby navštěvují?
4. Do jaké míry mohou sociální služby pomoci uživatelům při začlenění?
5. Do jaké míry znají osoby s bipolární poruchou stigmata, která by je mohla při resocializaci ohrozit?

6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Hlavní výzkum byl realizován během února a března 2020. Data získaná výzkumem jsem zpracovala do tabulek. Tento výsledek označujeme jako četnost tzv. absolutní četnost. Tabulky jsem doplnila o tzv. relativní četnost. Relativní četnost fi , je podíl četnosti absolutní ni a celkové četnosti n . Relativní četnost nám říká, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu, Získané výsledky jsem zpracovala, popsala, uspořádala přehledně do tabulek pomocí tabulkového programu Microsoft Excel.

Otázka č. 1: Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Vyjádření v %
Muž	28	31,1
Žena	62	68,9
Suma	90	100

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Z výsledků vyplývá, že z dotazovaných 90 respondentů je více žen (68,9 %) než mužů (31,1 %).

Otázka č. 2: Věk

Věk	Absolutní četnost	Vyjádření v %
35–39	35	38,9
40–49	33	36,7
50 a více	22	24,4
Suma	90	100

Tabulka 2 Věk respondentů

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce dotazovaných (38,9 %) je ve věku 35–39, (36,7 %) je ve věku 40–49 a nejméně je respondentů nad 50 let (24,4 %).

Otázka č. 3: Znáte sociální služby, které by Vám mohly pomoci při začlenění do společnosti?

Znalost sociálních služeb	Absolutní četnost	Vyjádření v %
Ano	69	76,7
Ne	21	23,3
Suma	90	100

Tabulka 3 Znalost služeb

Výzkumem jsme zjistili, že 76,7 % respondentů je informováno o sociálních službách, které by jim mohly pomoci se začleněním do společnosti. Zbýlých 23,3 % dotazovaných o tomto druhu sociálních služeb neví.

Otázka č. 4: Jak jste se o těchto službách dozvěděl/a?

	Absolutní četnost	Vyjádření v %
Lékař	21	23,3
Rodina	22	24,4
Přátelé	19	21,1
Jinde	11	12,2
Nedozvěděla	17	18,9
Suma	90	99,9

Tabulka 4 Jak jste se o těchto službách dozvěděli

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce respondentů se o sociálních službách a možnosti jejich využití dozvědělo od rodiny (24,4 %), lékaře (23,3 %), přátel (21,1 %) a 11 respondentů (12,2 %) se o sociálních službách dozvědělo jinde. 17 dotazovaných (18,9 %) se o těchto službách nedozvědělo vůbec.

Otázka č. 5: Jaký druh sociálních služeb využíváte? Vyberte jednu nebo více odpovědí

Druh sociálních služeb	Absolutní četnost	Vyjádření v %
Sociální poradenství	14	15,6
Sociální péče	21	23,3
Sociální prevence	32	35,6
Žádný	34	37,8
Suma	101	112,3

Tabulka 5 Druh sociálních služeb

Z výsledků vyplývá, že velký počet respondentů (37,8 %) nevyužívá žádné sociální služby. Dále jsme zjistili, že 32 dotazovaných (35,6 %) využívá služby sociální prevence, 21 uživatelů (23,3 %) navštěvuje služby sociální péče a 14 respondentů (15,6 %) vyhledává pomoc v službách sociální prevence.

Otázka č. 6: Jaké služby sociální péče využíváte? Prosím vyberte jednu nebo více možností

Služby sociální péče	Absolutní četnost	Vyjádření v %
Chráněné bydlení	3	3,3
Denní stacionář	7	7,8
Domov se zvláštním režimem	10	11,1
Jiné	7	7,8
Žádné	64	71,1
Suma	91	101,1

Tabulka 6 Využívání služeb sociální péče

Výzkumem jsme zjistili, že 64 osob (71,1 %) nevyužívá žádnou službu sociální péče, 10 respondentů (11,1 %) využívá služeb Domova se zvláštním režimem, 7 osob (7,8 %) je uživateli denního stacionáře, 7 klientů (7,8 %) využívá jiné služby sociální péče a 3 lidé (3,3 %) jsou uživateli chráněného bydlení.

Otázka č. 7: Kterou službu ze sociální prevence používáte?

Služba sociální prevence	Absolutní četnost	Vyjádření v %
Azylové domy	7	7,8
Sociální rehabilitace	24	26,7
Sociálně terapeutické dílny	8	8,9
Jiná zdravotně sociální služba	10	11,1
Žádné	46	51,1
Suma	95	105,6

Tabulka 7 Služby sociální prevence

Z výsledků vyplývá, že nejvíce dotazovaných (51,1%) nevyužívá žádné služby, Dále 24 respondentů (26,7%) využívá služby sociální rehabilitace, 10 osob (11,1%), využívá jiné zdravotně sociální služby, 8 osob (8,9%) je klienty sociálně terapeutických dílen a 7 respondentů (7,8%) využívá sociálních služeb azylových domů.

Otázka č. 8: Jakou formou jsou Vám tyto služby poskytované?

Forma služeb	Absolutní četnost	Vyjádření v %
Pobytová	17	18,9
Ambulantní	37	41,1
Terénní	17	18,9
Žádná	30	33,3
Suma	101	112,2

Tabulka 8 Forma poskytovaných služeb

Výzkum nám ukazuje, že největší část služeb (41,1 %) je poskytována ambulantní formou, sociální služby poskytované pobytovou a terénní formou jsou využívány stejnou měrou (18,9 %). 30 respondentů (33,3 %) nevyhledává žádné sociální služby.

Otázka č. 9: Navštěvujete takové zařízení?

Navštěvování sociálních služeb	Absolutní četnost	Vyjádření v %
Ano	51	56,7
Ne	39	43,3
Suma	90	100

Tabulka 9 Navštěvování sociálních služeb

Z výsledků vyplývá, že 51 respondentů (56,7 %) navštěvuje sociální služby a 39 respondentů (43,3 %) takové zařízení nenavštěvuje.

Otázka č. 10: Jak často je navštěvujete?

Četnost návštěv	Absolutní četnost	Vyjádření v %
Denně	20	22,2
Více jak 2x týdně	22	24,4
Méně jak 2x týdně	18	20,1
Nikdy	30	33,3
Suma	90	100

Tabulka 10 Jak často zařízení navštěvujete

Získanými daty jsme zjistili, že 22 respondentů (24,4 %) navštěvují sociální služby více jak 2x týdně, 20 dotazovaných (22,2 %) využívá sociální služby denně a 18 klientů (20,1 %) dochází do zařízení méně jak 2x týdně. 30 osob (33,3 %) sociální služby nenavštěvuje vůbec.

Otázka č. 11: Název sociálních služeb, které navštěvujete?

Služby sociálního poradenství navštěvují pouze 2 lidé, a to poradnu a Občanskou poradnu Charity Zlín. Zbylých 12 klientů již tyto služby nenavštěvuje.

Z těchto služeb jsou využívány chráněné bydlení Práh, chráněné bydlení Ovečka a chráněné bydlení Morkovice. Dále respondenti navštěvují denní stacionáře: Fénix, Naděje Zlín a jeden nepojmenovaný. Dotázaní využívají také domov se zvláštním režimem Podané ruce a domov se zvláštním režimem Kvasice. Jeden respondent využívá služeb domova pro seniory.

Ze služeb sociální prevence jsou využívány: azylový dům pro ženy, azylový dům Astras. Sociální rehabilitace je poskytována v zařízení Horizont Kroměříž, CSP Zlín a sociální rehabilitace Zahrada. Z dalších služeb jsou využívány sociálně terapeutické dílny Ergo Zlín, a jiné sociálně terapeutické dílny. Jako jiné zdravotně sociální služby jsou využívány Centra duševního zdraví.

Otázka č. 12: V jakém ohledu Vám sociální služby pomáhají?

Oblast	Absolutní četnost	Vyjádření v %
Finance	9	10
Bydlení	23	25,6
Zaměstnání	12	13,3
Jiné	27	30
Žádná	30	33,3
Suma	101	112,2

Tabulka 11V jakém ohledu Vám sociální služby pomáhají

Výzkum ukázal, že 30 respondentů (33,3 %) sociální služby nevyužívá, 23 klientům (25,6 %) sociální služby pomáhají v oblasti bydlení, 12 osobám (13,3 %) pomáhají sociální služby v oblasti zaměstnání a 9 respondentům (10 %) pomáhají sociální služby s finančním hospodařením. 27 dotazovaných využívá sociální služby v jiných oblastech, kterými jsou: společenský kontakt, doplnění vzdělání, nácvik kognitivních funkcí, péče o sebe samotného, aktivizace, chystání léků, lepší kontakt a komunikace s lidmi, zdravotní stav, doprovod a komunikace s úřady, navrácení do běžného života, komunikace s kamarády a pracovní terapie.

Otázka č. 13: Máte mezi uživateli tohoto zařízení přátele?

Přátelé	Absolutní četnost	Vyjádření v %
Ano	48	53,3
Ne	42	46,7
Suma	90	100

Tabulka 12 Máte mezi uživateli zařízení přátele

Výzkum nám ukázal, že 48 uživatelů (53,3 %) má v zařízení sociálních služeb přátele a dalších 42 uživatelů přátele nevyhledává.

Otázka č. 14: Jak by Vám mohly sociální služby pomoci s návratem do společnosti?

Ze všech dotazovaných jeden respondent na tuto otázku neodpověděl, 17 dotazovaných žádné služby nenavštěvuje a 7 respondentů se domnívá, že jim sociální služby nepomáhají. 14 dotázaným by mohly sociální služby pomoci se začleněním a společenským kontaktem. 10 respondentů se domnívá, že jim sociální služby mohou pomoci s hledáním vhodného zaměstnání a také udržení takového pracovního místa. 7 osob využívá těchto služeb pro poradenství. 6 dotázaných se s pomocí sociálních služeb snaží osamostatnit. 4 klienti využívají podpory ze strany sociálních služeb ke zlepšení komunikace a u 4 uživatelů za pomoci sociálních služeb může dojít ke zlepšení zdravotního stavu. 3 osobám pomáhají sociální služby řešit jejich finanční situaci. 1 z respondentů se pomocí sociálních služeb specializuje, kdyby je v budoucnu potřeboval využít. 18 dotázaných si není jisto, jakým způsobem by jim mohly sociální služby pomoci.

Otázka č. 15: Víte co jsou stigmata?

U této položky jsme zjišťovali, zda respondenti mají dostatek informací o tom, co jsou stigmata. Na tuto otázku 5 dotázaných neodpovědělo, 22 respondentů na stejnou otázku odpovědělo ne a dalších 9 dotazovaných neví, co stigmata jsou a dva respondenti nad touto otázkou nepřemýšlí. 10 respondentů na tuto otázku odpovědělo ano, dalších 9 respondentů za stigma považuje negativní reakce, 9 dotázaných pod tímto pojmem vidí nálepkování, 9 respondentů se domnívá, že stigmata jsou předsudky. 8 osob považuje za stigma odsouzení, další 4 respondenti se domnívají, že stigma je boží utrpení, 2 dotázaní pod pojmem stigma vidí nepochopení a jeden respondent má stigma za vyloučení.

Otázka č. 16: Setkali jste se s nějakými předsudky vůči Vašemu onemocnění?

Předsudky	Absolutní četnost	Vyjádřeno v %
Ano	52	57,8
Ne	26	28,9
Nevzpomínám si	12	13,3
Suma	90	100

Tabulka 13 Setkali jste se již s nějakými předsudky

Z výsledků vyplývá, že 52 respondentů (57,8 %) se s předsudky již setkalo, 26 respondentů (28,9 %) se s předsudky nesetkalo a 12 respondentů (13,3 %) si nevzpomíná.

Otázka č. 17: Kde jste se s předsudky setkali?

Oblast	Absolutní četnost	Vyjádřeno v %
Rodina	7	7,8
Přátelé	6	6,7
Zaměstnání	15	16,7
Veřejnost	26	28,9
Neohrožují mne, nesetkal/a jsem se s předsudky	36	40
Suma	90	100

Tabulka 14 Kde jste se s předsudky setkali

Získaná data nám sdělují, že 26 dotazovaných (28,9 %) se s předsudky setkalo ze strany veřejnosti, 15 respondentů (16,7 %) se s předsudky setkalo v rámci zaměstnání, 7 dotazovaných (7,8 %) se s předsudky setkalo v rodině a 6 respondentů (6,7 %) se s předsudky setkalo mezi přáteli. 36 osob (40 %) se s předsudky nikdy nesetkalo.

Otázka č. 18: Ohrožují některé z předsudků Vaše začlenění do společnosti?

Touto otázkou jsme zjišťovali, zda stigmata ohrožují jedince v začlenění do společnosti. Na tuto otázku jeden dotázaný neodpověděl a dalších, 35 respondentů předsudky neohrožují, jeden respondent se s předsudky nesetkal a 7 dotazovaných neví,

zda ho předsudky ohrožují. 11 respondentů vyhodnotilo, že je předsudky ohrožují. 10 dotázaných pociťuje ohrožení v oblasti zaměstnání. Dalších 6 osob se domnívá, že předsudky mají za následek jejich zhoršení v komunikaci. 6 respondentů se kvůli předsudkům sociálně izoluje a 5 respondentů se uzavře do sebe. 3 dotázaní spatřují předsudky v oblasti nepochopení ze strany okolí. 2 respondentům předsudky ovlivňují společenský kontakt. Jeden dotázaný pociťuje předsudky v oblasti negativní reakce, jeden dotázaný se cítí ohrožený ve zhoršení fyzického stavu a 1 osobu ohrožují předsudky v oblasti financí.

Otázka č. 19: Jakým způsobem proti těmto předsudkům bojujete?

Touto otázkou jsme zjišťovali, jakým způsobem respondenti proti stigmatu bojují. Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl. Z výzkumu vyplývá, že 40 respondentů proti stigmatu nebojují. Dalších 10 respondentů proti stigmatu bojují vysvětlováním svých pocitů a nemoci. 7 respondentů se snaží poctivě plnit pracovní povinnosti a také si práci udržet. Dalších 7 z dotázaných osob bojuje proti předsudkům kontaktem s přáteli. 6 respondentů tyto předsudky ignoruje. Dalších 5 dotázaných bojuje proti stigmatu pomocí hovorů o svých pocitech. 3 respondenti bojují proti předsudkům tak, že se osamostatní. Další dva respondenti bojují proti stigmatu díky podpoře ze strany rodiny nebo přátel. 1 člověk proti předsudkům bojuje pravidelným užíváním léků, 1 respondent se sociálně izoluje a 1 respondent nemluví o své nemoci. 6 dotázaných neví, jak proti předsudkům bojovat.

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala sociálními službami, informovaností o těchto službách, mírou jejich využití, Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak sociální služby pomáhají při resocializaci osob bipolární poruchou, zda respondenti navštěvují sociální služby a také, zda znají stigmata, která by mohla jejich začlenění do společnosti ohrozit. Pro svoji práci jsem si zvolila čtyři cíle, které jsem svým výzkumem ověřovala.

Během zpracování dat jsem zjistila, že z celkového počtu respondentů je 62 žen a 28 mužů. V následující části se budeme zabývat interpretací dílčích cílů a výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č. 1: Do jaké míry jsou respondenti informovaní o využití sociálních služeb?

Z výzkumu vyplynulo, že 76,7% respondentů je informováno o možnosti využití sociálních služeb a zbylých 23,3% osob nezná sociální služby, které by jim pomohly při začlenění do společnosti. 22 respondentů se o využití sociálních služeb dozvědělo ze strany rodiny, 21 dotazovaných se o těchto službách informovalo u lékaře, 19 osob získalo informace o službách od přátel, 7 respondentů se o sociálních službách dozvědělo jinou možností. Zbylých 21 respondentů se o poskytování služeb nedozvědělo. Výzkum ukázal, že informovanost o sociálních službách je poměrně vysoká. O využívání sociálních služeb jsou osoby s bipolární poruchou nejlépe informovaní ze strany rodiny (22 respondentů) a lékaře (21 respondentů). Stejný počet respondentů se o sociálních službách nedověděl a nemohl je tak navštěvovat.

Výzkumná otázka č. 2: Jaký druh sociálních služeb respondenti využívají?

Data získaná z výzkumu ukazují, že 14 respondentů využívá služby sociálního poradenství, 21 dotazovaných vyhledává pomoc ze strany služeb sociální péče a 32 uživatelům pomáhají služby sociální prevence při řešení aktuální situace uživatelů. Zbylých 34 respondentů nevyužívá žádný druh sociálních služeb.

Sociální poradenství v současné době využívají pouze dva lidé, zbylí respondenti již tyto služby nevyužívají. Sociální poradenství klienti s bipolární poruchou využívají nejčastěji kvůli finančním problémům. Tyto služby jim pomáhají finanční potíže vyřešit, nebo jim poskytují bezplatné finanční poradenství. (Tabulka č. 5, strana 38)

10 respondentů využívá ze služeb sociální péče především Domovy se zvláštním režimem, 7 dotázaných navštěvuje denní stacionáře, 7 uživatelů navštěvuje jiné služby sociální péče

a 3 respondenti vyhledali pomoc formou chráněného bydlení. U této otázky měli respondenti vybrat jednu nebo více možností odpovědi, proto se liší od dříve získaných dat. Vyhodnocení dat ukázalo, že největším přínosem pro osoby s bipolární poruchou jsou sociální služby, které svým klientům pomáhají v oblasti bydlení, péče o sebe samotného a také je podporují v jejich samostatnosti.

Ze služeb sociální prevence jsou využívány 24 respondenty služby sociální rehabilitace, 10 respondentů využívá jinou sociálně zdravotní službu, 8 dotázaných navštěvuje sociálně terapeutické dílny a 7 osob vyhledalo pomoc formou azylových domů. Nejvíce respondentů využívá ze služeb sociální prevence sociální rehabilitaci, a to především pro jejich komplexnost a širokou nabídku využití. Pomáhá také klientům se začleněním. V rámci programů se uživatelé učí soužití v kolektivu a také procvičují kognitivní funkce.

17 lidem jsou sociální služby poskytovány pobytovou formou, 37 lidem jsou sociální služby poskytnuté formou ambulantní a 17 lidem jsou sociální služby nabízené terénní formou. Zbylých 30 osob ze všech dotázaných nevyužívá žádné sociální služby. Terénní služby jsou uživatelům poskytovány v jejich přirozeném prostředí, kde zdokonalují své schopnosti. Důvodem vysokého navštěvování ambulantních sociálních služeb je především společenský kontakt, nácvik obsluhy běžných spotřebičů a také procvičení kognitivních funkcí nebo upevnění schopností.

Výzkumná otázka č. 3: Do jaké míry uživatelé sociální služby navštěvují?

Z výzkumu vyplývá, že z 90 respondentů 51 osob využívá sociálních služeb a zbylých 39 sociální služby nevyužívá a nevyhledává je. Dle mého názoru je velmi dobře, že více jak polovina respondentů využívá sociální služby, protože jim mohou pomoci při řešení jejich aktuálních problémů. Důvodů, proč klienti sociální služby nevyužívají je více. Nejčastějším důvodem je však neochota klienta řešit svou aktuální situaci, nepřipuštění si problému nebo nemají důvěru v systém sociálních služeb.

Na otázku, jak často uživatelé sociální služby navštěvují, odpovědělo 20 respondentů, že sociální služby navštěvují každý den, 22 respondentů dochází do zařízení více jak 2x týdně, 18 dotázaných vyhledává sociální služby méně jak 2x týdně a zbylých 30 osob sociální služby nenavštěvuje. Výzkum ukázal, že větší část respondentů navštěvujících sociální služby, dochází do zařízení poměrně často. Pro jejich začlenění je pravidelná a častá docházka velmi vhodná, protože dochází ke společenskému kontaktu, nácviku

komunikace. Další výhodou docházení do zařízení tohoto typu je možná podpora ze strany ostatních klientů.

Výzkumná otázka č. 4: V jakých oblastech mohou sociální služby pomoci uživatelům při začlenění?

Z 90 dotazovaných odpovědělo 30 respondentů, že sociální služby nevyužívá. 23 respondentů považuje za největší pomoc sociálních služeb podporu při hledání nebo poskytnutí bydlení, 12 dotázaných shledalo největší přínos sociálních služeb v oblasti zaměstnání, 9 osob uvítalo podporu při řešení finančních záležitostí. 27 dotázaných spatřilo pomoc sociálních služeb v jiných oblastech, kterými jsou společenský kontakt, doplnění vzdělání, nácvik kognitivních funkcí, péče o sebe samotného, aktivizace, chystání léků, lepší kontakt a komunikace s lidmi, zdravotní stav, doprovod a komunikace s úřady, navrácení do běžného života, komunikace s kamarády a pracovní terapie.

Na otázku, zda mají respondenti mezi uživateli zařízení kamarády, odpovědělo 48 osob, že mezi uživateli našli i kamarády a zbylých 42 osob mezi uživateli kamarády nemá. Touto otázkou jsem zjišťovala, zda osoby s bipolární poruchou vyhledávají přátelství, a také jakým způsobem by jim mohli přátelé pomoci při začlenění do společnosti.

Z výzkumu vyplynulo, že 14 dotázaných vidí velký přínos sociálních služeb se začleněním do společnosti a také zprostředkováním společenského kontaktu, 10 respondentů ochotně přijalo pomoc ze strany sociálních služeb při hledání vhodného zaměstnání a udržení pracovního místa, 7 osobám poskytují sociální služby pomoc formou poradenství, 6 respondentů se za pomoci služeb dokázalo osamostatnit, 4 osobám pomohly sociální služby zlepšit komunikaci, 4 osobám pomohly sociální služby ke zlepšení zdravotního stavu, 3 respondenti vyhledali sociální služby kvůli pomoci vyřešit jejich finanční situaci, jeden dotázaný využil sociálních služeb, aby se specializoval a připravil na budoucnost, kdyby tyto služby potřeboval. 13 respondentů se domnívá, že jim sociální služby nemohou pomoci, ale se sociálními službami spolupracují, 12 osob předpokládá, že jim sociální služby nepomáhají a pomoci nemohou, 17 dotazovaných žádné služby nenavštěvuje

a jeden respondent na tuto otázku neodpověděl.

Výzkumná otázka č. 5: Do jaké míry znají osoby s bipolární poruchou stigmata, která by je mohla při resocializaci ohrozit?

Ve výzkumu jsme zkoumali, zda jsou respondenti dostatečně informovaní o stigmatěch, které by mohly jejich resocializaci ohrozit. Na tuto otázku 5 respondentů neodpovědělo,

31 respondentů neznají stigmata a 2 osoby nad touto otázkou nepřemýšleli. 10 respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně, dalších 9 dotázaných považuje za předsudky negativní reakce. 9 respondentů tento pojem spojuje s nálepkováním, 9 osob pod stigmaty vidí předsudky, 8 osob popsalo stigma jako odsouzení, 4 respondenti tvrdí, že předsudky jsou spojené s božím utrpením, 2 dotázaní stigma považují za nepochopení a jeden respondent stigma spojil s vyloučením.

Velkou nevýhodou pro sociální služby je situace, kdy klient nezná nebo neumí popsat pojem stigma, a proto také neumí vyhodnotit, jak se v tomto ohledu zachovat. Pro sociální služby bych doporučovala, aby do svého programu zařadily svépomocnou skupinu, kde mohou jednotlivci říci svůj názor na toto téma a pod odborným vedením s ním dále pracovat.

Z výzkumu vyplynulo, že 52 respondentů se již osobně setkalo s předsudky, 26 respondentů se s předsudky nesetkalo a zbylých 12 respondentů si nevzpomíná, zda se s předsudky setkalo. Výzkum nám ukázal, že stigmatizace je poměrně velká, proto je vhodné zaměřit se na destigmatizaci.

Výsledky výzkumu nám ukazují, že 26 respondentů se s předsudky setkalo ze strany veřejnosti, 15 respondentů se s předsudky setkalo ve věcech souvisejících se zaměstnáním, 7 dotázaných se s předsudky setkalo přímo v rodině a 6 respondentů se s předsudky setkalo v okolí přátel. 36 dotázaných se s předsudky nesetkalo, nebo je neohrožují.

Na otázku, zda předsudky ohrožují začlenění jedince do společnosti, odpovědělo 35 respondentů, že je předsudky neohrožují, jeden respondent do výzkumu uvedl, že se s předsudky nesetkal a 5 dotázaných neví, jak by předsudky mohly jejich začlenění ovlivnit. Dalších 11 osob uvedlo, že je předsudky ohrožují, ale již neodpovědělo, v jakém ohledu je jejich začlenění ohroženo. 10 respondentů se domnívá, že jejich začlenění je nejvíce ohroženo v oblasti zaměstnání. 6 osob předsudky spojuje s jejich zhoršenou komunikací v rámci společenského kontaktu, 6 respondentů se následkem předsudků sociálně izoluje, a 5 respondentů se více uzavírá do sebe. 3 osoby popisují komplikaci začlenění jako nepochopení ze strany společnosti. 2 respondenti ve spojitosti s předsudky hůře navazují společenský kontakt. Jeden dotázaný se cítí ohrožený ve formě negativních reakcí ze strany společnosti. Jedna osoba se cítí být ohrožena zhoršením fyzického stavu

a jednoho respondenta ohrožují předsudky v oblasti financí. Jeden dotázaný na tuto otázku vůbec neodpověděl. Otázkou předsudků a stigmat jsem se zabývala pouze okrajově, abych zjistila, jak toto téma ovlivňuje docházení do sociálních zařízení.

Závěrečnou otázkou jsem zjišťovala, jakým způsobem respondenti bojují proti předsudkům. Jeden uživatel na tuto otázku vůbec neodpověděl. Větší polovina respondentů s předsudky nebojuje. 10 respondentů se snaží proti předsudkům bojovat vysvětlováním svých pocitů a emocí. 7 respondentů pečlivě plní své pracovní povinnosti a chovají se tak, aby si práci udrželi. Stejný počet respondentů se snaží udržet si pravidelný kontakt s přáteli. 6 respondentů stigma ignorují. 5 dotázaných často hovoří o svých pocitech. 3 osoby se osamostatnily, aby nepodlehly stigmatu. Další 3 respondenti odolávají stigmatu díky podpoře ze strany rodiny. 1 člověk předchází stigmatům pravidelným užíváním léků. Jeden respondent podlehl stigmatu a sociálně se izoluje a jeden respondent nemluví o své nemoci. 6 dotázaných si není jisto, jak proti předsudkům bojovat. Dle mého názoru je velmi důležité proti stigmatu bojovat, aby se předešlo sociální izolaci klientů nebo sociálnímu vyloučení. Vhodnou formou boje proti stigmatu je docházení do zařízení, kde se s těmito tématy pracuje a klientovi může být vysvětlen pohled společnosti a také důvod odsouzení osob s touto nemocí.

7.1 Doporučení pro praxi

- Prezentace sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních
- Přednášky na téma stigmat a jak proti nim bojovat
- Zlepšení spolupráce mezi sociálními službami a lékaři, aby nedocházelo ke stigmatizaci osob ze strany lékařů.
- Zlepšení spolupráce mezi sociálními službami a správními orgány, zejména mezi sociálními službami a sociálními úřady. Vhodným propojením je osobní nebo telefonický kontakt. Dle mého názoru je velmi důležité, aby obě strany byly obeznámeny s kladnými, ale také negativními vlastnostmi klienta.

ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo zaměřením se na sociální služby, které pomáhají osobám s bipolární poruchou při jejich resocializaci. Výzkum ukázal, že větší část respondentů je o těchto službách dostatečně informovaná a navštěvuje je v různé míře. Tématu stigma jsem se věnovala jen okrajově, a to především z toho důvodu, abych zjistila, jak mohou stigmata ovlivnit spolupráci klienta se sociálními službami. Další výzkum ohledně stigmat, by se mohl hlouběji věnovat stigmatům, která ovlivňují běžný život klienta, jeho zapojení do pracovního procesu a společenského života a také podrobné zkoumání, jak proti stigmatu účinně bojovat. Vhodnou formou proti stigmatu by mohly být svépomocné skupiny nebo komunitní sociální práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literatura

1. DOUBEK, Pavel, Erik HERMAN, Ján PRAŠKO a Jaromír HONS. Průvodce bipolární poruchou: pro pacienty, rodinné příslušníky a blízké. 2. vydání. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-368-8.
2. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
3. GIDDENS, Anthony. Sociologie. Praha: Blackwell, 1997. ISBN 80-7203-124-4.
4. GOFFMAN, Erving. Stigma: notes on the management of spoiled identity. New York: Simon & Schuster, 1986. ISBN 0-671-62244-7.
5. CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
6. JANDOUREK, Jan. Sociologický slovník. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
7. LÁTALOVÁ, Klára. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024731254.
8. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
9. MATOUŠEK, Oldřich a kol. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
10. MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 2. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
11. MATOUŠEK, Oldřich a kol. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
12. NAVRÁTIL, Pavel. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
13. NOVÁK, Tomáš. Jak úspěšně plout mezi mánií a depresí. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-152-3.

14. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.
15. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
16. PRAŠKO, Ján a kolektiv. Obecná psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.
17. PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ a Miloš ŠLEPECKÝ. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007. ISBN 9788072548651.
18. PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071788090.
19. PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
20. RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

Internetové zdroje

21. WHO: Mentaldisorder [online]. 28.11.2019 [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
22. Na rovinu: Projekt destigmatizace [online]. Praha: Národní ústav duševního zdraví, 2017 [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://narovinu.net/>
23. Zákon pro lidi [online]. Zlín: AION CS, 2020 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/clanek/kontakty.htm>
24. Centrum duševního zdraví [online]. Brno: Martin Winkler, 2018 [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: <https://www.cdz-brno.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR – Česká republika

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

Tzn. – to znamená

USA – Spojené státy americké

WHO – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů.....	36
Tabulka 2 Věk respondentů	36
Tabulka 3 Znalost služeb	37
Tabulka 4 Jak jste se o těchto službách dozvěděli	37
Tabulka 5 Druh sociálních služeb	38
Tabulka 6 Využívání služeb sociální péče.....	38
Tabulka 7 Služby sociální prevence.....	39
Tabulka 8 Forma poskytovaných služeb	39
Tabulka 9 Navštěvování sociálních služeb	40
Tabulka 10 Jak často zařízení navštěvujete	40
Tabulka 11 V jakém ohledu Vám sociální služby pomáhají	41
Tabulka 12 Máte mezi uživateli zařízení přátele	42
Tabulka 13 Setkali jste se již s nějakými předsudky.....	43
Tabulka 14 Kde jste se s předsudky setkali	43

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Michaela Mikulčíková, jsem studentkou 3. ročníku Baťovy univerzity kombinované formy s oborem Sociální pedagogika. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní a poslouží pouze k výzkumným účelům. Za vyplnění předem děkuji.

1. Pohlaví
 - a) Muž
 - b) Žena
2. Věk
 - a) 35 – 40
 - b) 40 – 50
 - c) 50 a více
3. Znáte sociální služby, které by Vám mohly pomoci při začlenění do společnosti?
 - a) Ano
 - b) Ne
4. Jak jste se o těchto službách dozvěděla?
 - a) Lékař
 - b) Rodina
 - c) Přátelé
 - d) Jinde
 - e) Nedoověděla
5. Jaký druh sociálních služeb využíváte?
 - a) Sociální poradenství
 - b) Sociální péče
 - c) Sociální prevence
 - d) Žádný
6. Jaké služby sociální péče využíváte?
 - a) Chráněné bydlení
 - b) Denní stacionář
 - c) Domov se zvláštním režimem

- d) Jiné
 - e) Žádný
7. Kterou službu ze sociální prevence využíváte?
- a) Azylové domy
 - b) Sociální rehabilitace
 - c) Sociálně terapeutické dílny
 - d) Jiná zdravotně sociální služba
 - e) Žádný
8. Jakou formou jsou Vám služby poskytované?
- a) Pobytovou
 - b) Ambulantní
 - c) Terénní
9. Navštěvujete takové zařízení?
- a) Ano
 - b) Ne
10. Jak často jej navštěvujete?
- a) Denně
 - b) Více jak 2x týdně
 - c) Méně jak 2x týdně
 - d) Nikdy
11. Název sociálních služeb, které navštěvujete?
- a)
12. V jakém ohledu Vám sociální služby pomáhají?
- a) Finance
 - b) Bydlení
 - c) Zaměstnání
 - d) jiná
 - e) žádná
13. Máte mezi uživateli tohoto zařízení přátele?
- a) Ano
 - b) Ne
14. Jak by Vám mohly sociální služby pomoci se začleněním do společnosti?
-

15. Víte, co jsou stigmata?

.....

16. Setkali jste se s nějakými předsudky vůči Vašemu onemocnění?

a) Ano

b) Ne

17. Kde jste se s předsudky setkali?

a) Rodina

b) Přátelé

c) Zaměstnání

d) Veřejnost

e) Neohrožují mne, nesetkal/a jsem se s předsudky

18. Ohrožují některé z předsudků, se kterými jste se setkali, Vaše začlenění do společnosti?

.....

19. Jakým způsobem proti těmto předsudkům bojujete?

.....

