



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

# Sociální práce s lidmi s duševní poruchou

Vypracovala: Jaroslava Holečková  
Vedoucí práce: PhDr. Lenka Maňhová

České Budějovice 2014

## Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou sociální práce s lidmi s duševní poruchou a následnou stigmatizací v současné společnosti. Práce je rozdělena do osmi kapitol, a to na současný stav, cíle práce a výzkumné otázky, metodiku a charakteristiku výzkumného vzorku, výsledky, diskusi, závěr, použitou literaturu a přílohy.

V teoretické části se zabývám vysvětlením a popisem duševních poruch a jejich rozdělením do skupin podle MKN - 10. Významnou část této práce tvoří podkapitola stigmatizace, kde se zaměřuji na vysvětlení pojmu „stigma“ a jeho projevy ve společnosti. Stigmatizace tedy je vyloučení lidí ze společnosti na základě jejich duševních poruch. Dalším kapitolou teoretické části je popis práce sociálních pracovníků, přiblížení, jakým způsobem jsou poskytovány sociální služby lidem s duševním onemocněním a jejich charakteristika.

Cílem praktické části je zmapovat specifika sociální práce s lidmi s duševní poruchou v psychiatrické léčebně. První hlavní výzkumná otázka zní: Jaká je role a činnost sociální pracovníce v péči o lidi s duševní poruchou v psychiatrické léčebně? Druhá výzkumná otázka zní: Jsou lidé s duševní poruchou stigmatizováni?

Pro tuto bakalářskou práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Technikou tohoto výzkumu jsou položené rozhovory, jednak se sociální pracovníci a jednak se čtyřmi pacienty psychiatrické léčebny. Sociální pracovníci byly položeny otázky celkem ze sedmi okruhů. Pacientům psychiatrické léčebny byly položeny otázky z pěti oblastí. Pacienti byli pro výzkum vybráni kvótním výběrem. Kritéria pro jejich výběr byla stejná diagnóza a věk v rozpětí 25 – 35 let.

Výzkum probíhal dle následujícího časového harmonogramu:

- podzim 2013 oslovení pacientů psychiatrické léčebny s nabídkou účasti na rozhovorech,
- prosinec 2013 konečný výběr účastníků polostrukturovaného rozhovoru,
- leden a únor 2014 zaznamenání rozhovorů s vybranými jedinci a jejich přepis

z digitální nahrávky do tištěné podoby,  
- březen a duben 2014 zpracování a vyhodnocení získaných informací.

Z rozhovoru se sociální pracovníci vyplynulo, že mezi nejdůležitější aspekty práce sociálních pracovníků v psychiatrických léčebnách patří především navázání kontaktů s pacienty a následně, získání si jejich důvěry, na jejímž základě lze postavit individuální proces pomoci pacientovi. V neposlední řadě důležitou fází je i proces destigmatizace a zpětné zařazení do společnosti. Taktéž důležitým poznatkem je nedostatečná osvěta o stigmatizaci lidí trpících duševními poruchami. Mnohdy se stává, že návrat pacientů z léčeben do normálního života je náročný a složitý. Úkolem sociálního pracovníka je připravit pacienty na to, že tato situace může nastat.

Druhou částí praktického výzkumu byly rozhovory s pacienty v psychiatrické léčebně, které byly zaměřeny hlavně na stigmatizaci těchto osob. Tématem rozhovorů byla jejich duševní porucha a činnost sociálních pracovníků. Otázky byly vytvářeny přímo pro oslovené pacienty a byly zaměřeny na jejich pocity v léčebném zařízení. Výsledkem z rozhovorů s pacienty psychiatrické léčebny je, že všichni čtyři dotázaní si myslí, že jsou stigmatizováni svým okolím. Kromě toho si všichni čtyři dotázaní pacienti myslí, že pobyt v psychiatrické léčebně je pro ně prospěšný a všichni čtyři tvrdí, že se zde zapojují do různých terapií, po jejichž absolvování se cítí mnohem lépe.

Bakalářskou práci bude možno, použít pro účely psychiatrické léčebny. Dále ji budou moci použít sociální pracovníci ve zdravotnictví – v psychiatrické léčebně.

## **Abstract**

This bachelor thesis concerns the issue of social work with persons suffering from mental disorders and resulting stigmatization in present-day society. The thesis is divided into eight chapters, namely current situation, objectives and research questions of the thesis, methodology and characteristics of research sample, results, discussion, literature references and list of annexes.

The theoretical section provides a description of mental disorders and their group categorization according to MKN – 10 (ICD – 10). An essential part of this thesis is the stigmatization sub-chapter, which is aimed at describing the term ‘stigma’ and its effects in society, that is social exclusion of individuals based on their mental disorder. The next sub-chapter of the theoretical section covers a job description of social workers, characterizes social services and the ways they are provided.

The practical section attempts to map the specifics of social work with mentally disordered persons in psychiatric facilities. The primary research question is: What are the role and responsibilities of a social worker in psychiatric hospital? The secondary research question is: Are mentally disordered individuals stigmatized?

Data for this study were obtained through qualitative research. This method utilizes semi-controlled interviews, specifically with one social worker and four psychiatric hospital patients. The social worker was asked questions regarding seven topics. Patients were asked questions about five topics. The patients were selected by quota sampling, using same diagnosis and age from 25 to 35 years as criteria.

The research was conducted following this schedule:

- autumn 2013 psychiatric hospital patients were offered a part in the interviews,
- December 2013 a final selection of participants in semi-controlled interviews,
- January and February 2014 recording of interviews and transcription from digital recording to printed version,
- March and April 2014 processing and evaluation of collected data.

Interviews with the social worker indicate that the most vital part of their work in psychiatric facilities is to establish a contact with patients and subsequently earn their trust, upon which an individual care process can be built. The process of destigmatization and reintegration into society constitute an equally important phase. Another important finding implied by this study shows a lack of public education in stigmatization of persons suffering from mental disorders. The return from psychiatric facility to a normal life is commonly demanding and complicated. Preparing patients for this eventuality is an objective of a social worker.

The second purpose of practical research were interviews with psychiatric hospital patients focused mainly on stigmatization. Their mental disorder and activities of social workers were the themes of these conversations. Questions were individually tailored for the patients addressed and were aimed primarily at their opinions on living in psychiatric institution. On the basis of interviews with psychiatric facilities patients, it can be concluded that all four people questioned feel stigmatized in their neighborhood. In spite of that, all four patients questioned view their stay in psychiatric hospital as beneficial and all claim that they participate in various therapies, which make them feel significantly better.

This thesis hopes to be useful for the needs of psychiatric facility. Furthermore it might prove helpful for social workers in health care – in psychiatric hospitals.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2014

.....

Jaroslava Holečková

### **Poděkování**

Děkuji PhDr. Lence Mařhové za cenné informace, připomínky a odborné vedení bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala svým blízkým za podporu při psaní této bakalářské práce.

# Obsah

<b>1 SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>12</b>
<b>1.1 Duševní poruchy a stigmatizace</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2 MKN – 10</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3 Stigmatizace</b> .....	<b>18</b>
<i>1.3.1 Právní předpisy</i> .....	<i>19</i>
<b>1.4 Sociální práce a služby</b> .....	<b>20</b>
<i>1.4.1 Sociální služby – vymezení cíle</i> .....	<i>20</i>
<i>1.4.2 Kvalita sociální práce</i> .....	<i>22</i>
<i>1.4.3 Sociální pracovník</i> .....	<i>22</i>
<i>1.4.4 Sociální pracovník pečující o duševně nemocné</i> .....	<i>24</i>
<b>1.5 Psychiatrická léčebna</b> .....	<b>25</b>
<i>1.5.1 Léčba a péče poskytovaná v psychiatrických léčebnách</i> .....	<i>28</i>
<b>2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	<b>31</b>
<b>3 METODIKA A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU</b> .....	<b>32</b>
<i>3.1 Charakteristika výzkumného vzorku</i> .....	<i>33</i>
<b>4 VÝSLEDKY</b> .....	<b>34</b>
<i>4.1 Vlastní výzkumné šetření – sociální pracovnice</i> .....	<i>34</i>
<i>4.2 Vlastní výzkumné šetření – pacienti psychiatrické léčebny</i> .....	<i>38</i>
<b>5 DISKUSE</b> .....	<b>50</b>
<b>6 ZÁVĚR</b> .....	<b>53</b>
<b>7 POUŽITÁ LITERATURA</b> .....	<b>55</b>
<b>8 PŘÍLOHY</b> .....	<b>59</b>



## **Seznam použitých zkratk**

MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
WHO	Světová zdravotnická organizace
ALD	Alzheimerova demence
ADL	Activities of Daily Living
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
ČR	Česká republika
ETC	Elektorokonvulzivní terapie
PC	Personal Computer
PL	Psychiatrická léčebna

## Úvod

*„Závažné psychiatrické onemocnění lze chápat jako vážnou biografickou poruchu, která podkopává strukturu obyčejného života. V důsledku měnícího se charakteru symptomů a nejistého průběhu choroby původní názory na život a očekávání do budoucna neposkytují dostatečnou oporu“ (Probstová, V. in Pěč, Probstová, 2009).*

Proč jsem si jako téma mé bakalářské práce vybrala problematiku sociální práce s lidmi trpícími duševní poruchou? V mém okolí žije totiž několik osob, které trpí nějakou duševní poruchou. Jeden mě blízký člověk trpí depresemi a má bývalá spolužačka ze základní školy propadla závislosti na návykových látkách. O tuto problematiku jsem se začala blíže zajímat právě proto, že se jedná o mladé lidi, kteří museli být pro svoji duševní poruchu hospitalizováni v léčebném zařízení. V této práci se budu zaměřovat na pojem stigmatizace, která je veřejnosti, alespoň v mém okolí neznámá.

V bakalářské práci se zaměřím na problematiku lidí trpících duševní poruchou, objasňuji pojmy týkající se této oblasti. Práce je rozdělena do dvou částí – na praktickou a teoretickou.

Cílem teoretické části je popsat jednotlivá duševní onemocnění a sociální práci při péči o osoby trpící duševní poruchou. A jaký dopad má duševní onemocnění na život jedince, ve kterých situacích pociťuje největší míru odcizení od normálních zdravých jedinců a ve kterých oblastech praktického života je nejvíce vystaven odmítnutí a negativním reakcím okolí, tedy zda pociťuje stigmatizaci.

Prvním cílem praktické části je popsat, jaká je role a činnost sociální pracovnice v péči o lidi s duševní poruchou v psychiatrické léčebně. Druhým cílem praktické části je popsat, zda jsou lidé s duševní poruchou stigmatizováni.

Výzkum bude prováděn se sociální pracovníci a pacienty psychiatrické léčebny. Tento výzkum bude uskutečněn na jaře 2014.

Domnívám se, že téma bakalářské práce je aktuální i s ohledem na to, že od roku 2012 usiluje MZ ČR o změnu v psychiatrické péči. Tato reforma vychází jednak ze strategie WHO, která podporuje rozvoj komunitní a semimurální péče, jednak ze Strategie reformy psychiatrické péče, kterou podepsal v prosinci 2012 tehdejší ministr zdravotnictví MUDr. Heger.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Duševní poruchy a stigmatizace

Duševní poruchy jsou natolik specifickými nemocemi, že u mnoha lidí mohou vzbuzovat negativní jednání z důvodu nepochopení chování s nějakou duševní poruchou. Společenské příčiny duševních poruch jsou těžko měřitelné, neboť hranice mezi duševní poruchou (abnormalitou) a duševním zdravím (normalitou) nelze přesně vymežit. Proto také současný společenský trend směřuje k tomu, aby normalita i anormalita byly posuzovány podle *kontinuitního modelu zdraví*. Duševní poruchu popisuje Světová zdravotnická organizace (WHO) jako: „*zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná, jakožto pevně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti nebo sociálního postavení*“ (Bártlová, 2005, s. 57).

Klasifikační systém MKN-10 charakterizuje pojem duševní porucha (dříve duševní nemoc) jako: „*klinicky rozpoznatelný soubor příznaků (symptomů) nebo poruchu chování, které narušují funkci a jsou často spojeny s pocitem tísně*“ (Malá, Pavlovský, 2002, s. 23).

Duševní poruchy jsou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti a diagnostikováním, specifikací, léčbou a prevencí jednotlivých duševních poruch se zabývá vědní obor *psychiatrie*. Duševní poruchy nejsou výsadou dnešní hektické doby, ale jak je možno vypátrat v dobových pramenech, provázejí lidstvo od nepaměti, ačkoliv v předcházejících časových obdobích se nehovořilo o duševních nemocech či poruchách, ale o démonologii nebo šílenství či čarodějnictví a teprve koncem 15. století se lékaři začínají bavit o duševních chorobách a další tři století lidstvu trvá, než začne pro takto nemocné zřizovat první ústavy a začne s nimi zacházet důstojně jako s lidskými bytostmi. Na území České republiky vznikl první ústav v Brně v roce 1784 a v Praze v roce 1790 (Malá, Pavlovský, 2002).

Světová zdravotnická organizace uvedla v roce 2008, že v rámci Evropy tvoří poruchy duševního zdraví druhou největší sociální zátěž (1. místo zaujímá stárnutí populace). Velmi znepokojující je, že duševními poruchami začínají trpět stále mladší

lidé. Odhady z roku 2005 uvádějí, že v evropském regionu je 7 milionů lidí s Alzheimerovou chorobou a 4 miliony trpí schizofrenií. Výše nákladů na zajištění péče dosáhla zhruba 400 miliard euro.

V České republice je trend vývoje počtu duševně nemocných obdobný. Do roku 2001 zaujímal počet částečných a úplných invalidních důchodů 5. místo mezi všemi invalidy. V roce 2007 došlo k nárůstu, duševně nemocní jsou na 3. místě jako částečně invalidní a na 4. místě jako úplně invalidní - 3 382 úplných ID a 2 334 částečných ID (<http://www.mpsv.cz/cs/5591>).

## **1.2 MKN – 10**

Všechny členské státy WHO přijaly Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10, díky níž jsou nemoci, úrazy a příčiny úmrtí stejně tříděny a také vykazovány. MKN-10 vymezuje psychiatrii jako přímý vědecký a zdravotnický obor a duševní poruchy a poruchy chování eviduje pod písmenem F v kombinaci s čísly 00 – 99. Jednotlivé psychiatrické diagnózy jsou následovně rozděleny:

F00 – F29 Organické duševní poruchy včetně symptomatických,

F30 – F39 Afektivní poruchy,

F40 - F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy,

F50 – F59 Syndromy poruch chování,

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých,

F70 – F79 Mentální retardace,

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje,

F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a dospívání,

F99 Neurčená duševní porucha (Juříčková, Ivanová, Filka, 2014, s. 42).

Obdobně rozděluje jednotlivé poruchy Češková (2006), která ale nabízí jemnější diagnostiku ve skupině F00 – F29, takže následující přehled čerpá jednak z jejího diagnostického zpracování a jednak představuje výběr duševních poruch, které jsou známy i laické veřejnosti, či patří k celospolečensky diskutovaným aktuálním poruchám s negativním dopadem na vnější okolí i jedince samotného.

## **1. Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00 – F09)**

Duševní poruchy pod označením F00 – F09 patří k poruchám, u kterých je možné určit, proč vznikly. Základním příznakem je narušení funkce mozku v důsledku nemoci nebo úrazu. Mezi nejzávažnější a mezi laickou veřejností známé jsou **demence** a **Alzheimerova demence (ALD)**. Organické duševní poruchy postihují 5 % osob starších 60 let, přičemž s přibývajícím věkem množství postižených osob vzrůstá. Společensky závažná a nezvratná ALD, při které zanikají neurony a člověk ztrácí schopnost učit se a postupně i paměť, je zatím neléčitelná. Současnými metodami je možné jen zmírnit tempo rozvoje nemoci. ALD představuje 50 % všech demencí. Kritéria diagnostiky pro odlišení ADL a kognitivními změnami typickými v daném věku uvádí příloha č. 1. Léčba probíhá ve dvou úrovních, buď jako farmakoterapie poznávacích funkcí nebo jako léčba nefarmakologická pomocí vhodných terapií a rehabilitací (Češková in Svoboda, 2006).

## **2. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10 – F19)**

Mezi psychoaktivní látky, které mohou vyvolat duševní poruchu, patří alkohol, opioidy, kanabionoidy, sedativa, hypnotika, stimulancia, halucinogeny, tabák a rozpouštědla. Všechny uvedené látky společensky nepřijatelně ovlivňují chování, vědomí a náladu jedince, který jim díky vybudované závislosti podlehně. Dříve než si jedinec vytvoří závislost, projde jednotlivými fázemi - akutní intoxikací, škodlivým užíváním, tolerancí a teprve potom závislostí. Syndrom závislosti provází silná touha po získání potřebné drogy a odvykání je díky tělesným příznakům velmi těžké. Pro záchranu závislého jedince se používá jak farmakologická léčba, tak různé druhy intervencí a terapií (Češková in Svoboda, 2006).

### 3. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20 – F29)

Schizofrenie bývá nesprávně ztotožňována s pojmem psychóza. Psychotická onemocnění se projevují dezintegrací ve vnímání a fungování jedince „já“. Lidé postižení psychózou neumí odlišovat vnitřní zkušenost od percepce vnějších podnětů. To, co zdraví lidé vnímají jako hlavní znak psychózy – halucinace a bludy - je ve skutečnosti druhotným jevem tohoto onemocnění (Probstová, V. in Pěč, Probstová, 2009).

Lidé trpící **schizofrenií** (rozštěp mysli) bývají laickým okolím označováni za šílené, protože tato nemoc zničí normální život jedince narušením sociálních vazeb díky zničenému intelektu, destrukci osobnosti a ztrátě schopnosti pečovat sám o sebe. Různé formy schizofrenie jsou částečně léčitelné podáváním neuroleptik, elektrokonvulzivní terapií, psychoterapií a socioterapií (Malá in Malá, Pavlovský, 2002).

**Tabulka č. 1: Modely nemoci u schizofrenie a způsoby léčby, které se k nim vztahují**

Modely nemoci u schizofrenie a způsoby léčby, které se k nim vztahují	
<b>1. Biomedicínský</b>	„Základem nemoci je organický mozkový proces“
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychofarmakologická léčba</li> <li>• Další somaticky zaměřená léčba</li> </ul>
<b>2. Individuálně psychologický</b>	„Základem nemoci je hluboce zakořeněná porucha osobnostního vývoje“
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuální psychoterapie</li> <li>• Aplikace individuálních psychologických principů v jiných druzích léčby (např. skupinová psychoterapie, rodinná terapie, arteterapie)</li> </ul>
<b>3. Interakční</b>	„Nemoc je součástí narušené sítě interakcí nebo se manifestuje ve formě interakční adaptace“
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systemická rodinná terapie</li> <li>• Dynamicky orientovaná skupinová psychoterapie</li> <li>• Terapeutické komunity</li> </ul>
<b>4. Sociální a ekologický</b>	„Pacientům se má dostat podpory jako členům komunity“
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Služby duševního zdraví zaměřené na prostředí</li> <li>• Rehabilitace</li> </ul>
<b>5. Integrovaný</b>	„Všechny shora uvedené přístupy jsou ospravedlnitelné. Jejich význam stejně jako jejich vzájemný vztah má různou váhu v různých případech.“
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Léčba má být prováděna komplexně a měla by odpovídat potřebám u jednotlivých případů</li> </ul>

Zdroj: (Probstová, V. in Pěč, Probstová, 2009)

#### **4. Behaviorální syndromy spojené fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50 – F59)**

Do této skupiny duševních poruch patří pod označením F50 poruchy příjmu potravy. Tyto obtížně léčitelné poruchy nejvíce postihují dospívající jedince, především dívky, které pod vlivem nevhodně prosazovaných módních trendů a idolů, v čím dál větším počtu odmítají svoje tělesné proporce a touha po štíhlosti je prosazována odporem k jídlu - **mentální anorexie**. Opačným případem je **mentální bulimie**, kdy se jedná o patologické přejídání zakončené vyvolaným zvracením sněženého jídla. Léčba je ústavní, mnohdy na specializovaných metabolických jednotkách, podávají se jednak antidepresiva, jednak se odnaučují získané návyky (Malá in Malá, Pavlovský, 2002).



## **5. Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69)**

Poruchy chování souvisejí s individuálním vývojem každého jedince, kdy vrozený temperament je doplňován charakterovými vlastnostmi, které jedinec získává na základě vlivu prostředí. V případě poruchy osobnosti se jedná o specifické, společensky odlišné chování a jednání v různých osobních i sociálních situacích. Diagnostická kritéria prošla v posledních letech úpravami, ale k základním poruchám osobnosti patří paranoidní osobnost, hypotymní, hypertymní a cyklotymní osobnost, schizoidní osobnost, explozivní osobnost, anankastická osobnost, hysterická osobnost, astenická osobnost, osobnost s projevy převážně sociopatickými nebo asociálními. Léčba pomocí psychoterapie je velmi náročná a psychiatři se začínají více klonit ke kombinaci psychoterapie s farmakologickou léčbou, která dokáže cíleně pozměnit základní temperamentové rysy (Praško a kol., 2009).

## **6. Mentální retardace (F70 – F79)**

Jedinci s mentálním postižením mají své charakteristické osobní chování a jednání, ale zároveň lze definovat projevy, které jsou i přes menší odchylky závislé na rozsahu postižení psychických funkcí pro všechny společné. Mentálně retardovaní mají potíže s navazováním sociálních vztahů, odlišný vývoj rozumových schopností a psychiky v důsledku organického poškození mozku v různých fázích vývoje, je handicapuje. Výše inteligence a rozsah mentálního postižení závisí na fázi, v níž k poškození došlo (Švarcová-Slaninová, 2001). Mezi psychologické zvláštnosti patří například zpomalené chápání, neschopnost vyvozování logických vztahů, špatná pohybová koordinace a impulzivnost (Švarcová-Slaninová, 2001).

Monatová (1996) se domnívá, že existují pouze dvě příčiny mentální retardace – nedostatečný vývoj mozku kvůli patologicko-anatomickým změnám a postižení, která vznikla během normálního vývoje v důsledku závažného onemocnění či úrazu. (Monatová, 1996) Michalík, který se pokusil o souhrn všech dosavadních poznatků o mentální retardaci, se přiklání k dělení příčin na exogenní a endogenní a nejvíce

upřednostňuje dělení podle příčin vzniku v době prenatální, perinatální a postnatální. S mentální retardací souvisí i řada syndromů, z nichž nejtypičtějším a nejznámějším je Downův syndrom související s těžkou mentální retardací (Michalík, 2011).

Dřívější rozdělení mentálních úrovní nalezneme u uznávaného českého odborníka Z. Matějčka. Obecně se dělilo na debilitu, imbecilitu a idiocii, Matějček rozděluje na lehčí formy – lehký intelektový podprůměr, slabomyslnost a debilita a těžší formy – idiocie a imbecilita (Matějček, 1991). Současné dělení podle MKN-10 je:

- a) lehká mentální retardace (IQ 50 – 69),
- b) středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49),
- c) těžká mentální retardace (IQ 20 – 34),
- d) hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20), (Švarcová, 2006, s. 33 – 36).

### 1.3 Stigmatizace

Vzniká u osob s duševní poruchou jednak v důsledku přetrvávajících předsudků ve společnosti, jednak kvůli tomu, že postižený člověk sám o sobě zaujme postoj méněcenné osobnosti (selfstigmatizace). „*Stigmatizace duševně nemocných znamená, že je větší část společnosti vnímá jako víceméně homogenní skupinu, méněcennou a nebezpečnou*“ (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 130).

Stigmatizaci definuje Jandourek jako: „*označení, kterým se nějaká osoba ve své skupině negativně odlišuje od platných standardů, především od psychické, fyzické nebo sociální normality, což ji ohrožuje v její sociální identitě a plném přijetí ze strany druhých*“ (Jandourek in Juříčková, Ivanová, Filka, 2014, s. 39).

Přitom postižení po návratu z léčby potřebují pomoc, aby odvrátili nepřízeň okolí, které je stigmatem ovlivněno. Pomoc je možná ze strany stacionářů, sociálních center nebo klubů. Pomoc je velmi vítaná, protože se prokázalo, že stigma snižuje sebedůvěru nemocných a může způsobit zesílení příznaků duševní poruchy. V prostředí, které duševně nemocní dobře znají a druzí znají je a také v rodině, je míra stigmatizace velmi nízká. Stigma lze zmírnit i adekvátní léčbou a nácvikem dovedností nutných pro běžný každodenní život. Duševně nemocný člověk a jeho specifické jednání a chování

ovlivňuje život i dalších členů rodiny, neboť i ti jsou veřejností vnímáni jako součást sociálního prostředí a i oni se mohou cítit být ohroženi tím, jak je okolí posuzuje, především se mohou obávat reakcí na hospitalizaci nemocného v psychiatrickém zařízení (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Kuzníková (2011) připomíná, že stigmatizace postihuje sice především duševně nemocné, ale nevyhýbá se ani lidem, jejichž sociální status je ohrožen kvůli nemocí narušenému vzhledu (popáleniny v obličeji, nádory). O stigmatizaci kvůli psychosomatickým onemocněním a také nemocem kůže, které nelze skrývat, je možné nalézt i zahraniční literaturu (Machleidt, 2004).

Teorie stigmatu vznikla v psychologii a sociologii deviantního chování a odtud se přenesla i na prostředí psychiatrických léčeb, na duševně nemocné, na něž bezprostřední reakce je výrazně špatná. Společnost zaujímá k takovým lidem v lepším případě přehnaně soucitný postoj v horším případě vyloženě negativní. Navíc tu hrozí, že osoby duševně nemocné díky nálepkování spadnou až na samé dno společnosti, protože jejich život mezi normálními zdravými lidmi není kvůli jejich odlišnému chování reálný. Pokud v nejnižší společenské třídě, ze které není už cesta zpět, vychovávají i děti, jsou i ty ohroženy sociální dědičností (Juříčková, Ivanová, Filka, 2014).

Zmírnit pocity méněcennosti by měla sociální pomoc a práce s nemocnými a jejich rodinami. Díky této speciální pomoci sociálního pracovníka by se měly nalézt cesty k zlepšení mezilidských vztahů, k posílení tělesné a duševní pohody nemocného, ale i ostatních blízkých osob (Kuzníková in Kuzníková a kol., 2011).

### ***1.3.1 Právní předpisy***

Kromě obecně platných zákonů (Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, Ústavní zákon č. 2/1993Sb., Listina základních práv a svobod, Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách) podporují osoby s duševní poruchou další významné zákony, právní dokumenty a doporučení či deklaráce, které již nejsou závazné, ale jsou součástí zdravotní a sociální politiky českého státu. Jedná se např. o:

- Deklarace práv osob s mentální retardací,
- Deklarace oduševním zdraví pro Evropu,
- Standardní pravidla zrovnoprávnění příležitostí osob s postižením,
- doporučení Rady Evropy Výboru ministrů členským státům o ochraně a lidských právech a důstojnosti osob s duševní poruchou,
- Dlouhodobý program o zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století,
- Zelená kniha – Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva: na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii,
- Zdraví 2020 - program WHO, zaměřený na rozvoj komunitní péče a na zlepšení podmínek v ústavech (Juříčková, Ivanová, Filka, 2014).

## **1.4 Sociální práce a služby**

### ***1.4.1 Sociální služby – vymezení a cíle***

Sociální práva českého občana jsou ukotvena v Listině základních práv a svobod, která je akceptovatelná Ústavou České republiky. Sociální politika státu se zaměřuje na poskytování sociální ochrany jak v běžných pracovních a životních podmínkách jedince, tak ve chvíli, kdy člověk vlivem nějaké sociální události nebo nemoci nedokáže zvládat žít bez pomoci. Sociální zabezpečení, které stát v rámci své sociální politiky poskytuje, tvoří instituce, zařízení a zákonná opatření. Využitím sociálního zabezpečení by se měla zmírnit či odstranit sociální událost jedince (Čeledová, Čevela, 2010).

Sociální služba je definována jako služba: „*zajišťující pomoc a podporu osobám, které jsou z důvodu věku, nepříznivého stavu, konfliktu se společností nebo sociálně znevýhodněného prostředí omezeny nebo oslabeny, což jim nedovoluje obnovení nebo zachování původního způsobu života.*“ (Nováková, 2011, s. 190).

Poskytování sociálních služeb upravuje zákon č. 108 / 2006 Sb. Zákon o sociálních službách ([http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z\\_108\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)), podle něhož mohou být sociální služby poskytované:

- a) v terénních podmínkách,
- b) ambulantně,
- c) ve zdravotnických zařízeních ústavní péče,
- d) v pobytových zařízeních sociálních služeb.

O základní rozdělení sociálních služeb se pokusil např. Bednář, který z hlediska jejich funkce přebírá rozlišení jako zákon č. 108/2006 Sb., dále publikuje druhy sociálních služeb.

- sociální poradenství (občanské poradny, poradny pro osoby se zdravotním postižením),
- služby sociální péče (osobní asistence, denní a týdenní stacionáře),
- služby sociální prevence (azylové domy, krizová pomoc po telefonu, nízkoprahová zařízení).

Typologie sociálních služeb není neměnná, rozvíjí se podle potřeb postižených, podle nových lékařských poznatků a také podle vztahu společnosti k handicapovaným spoluobčanům (Bednář in Baštecká, 2009).

Význam sociálně zdravotní pomoci v posledních letech vzrostl, protože se zaměřuje na praktickou pomoc a praktické služby pro občany, kteří kvůli zdravotnímu handicapu nebo snížení soběstačnosti potřebují sociální péči, kterou jim rodinní příslušníci z nějakého důvodu nemohou poskytnout. Sociální péče je komplexní péčí o potřebné osoby, její úspěšnost spočívá ve spolupráci sociálních pracovníků, rehabilitačních pracovníků, pečovatelů a zdravotníků (Čeledová, Čevela, 2010).

Cílem sociálních služeb je:

- a) pomáhat rozvoji nebo udržení soběstačnosti jedince,
- b) rozvíjením schopností jedince zajišťovat možnost kvalitního života,
- c) snížení sociálního i zdravotního rizika (Nováková, 2011).

Zdravotní služba je poskytována podle pravidel ministerstva zdravotnictví, sociální péče je v dikci ministerstva práce a sociálních věcí, přičemž v ústavních zařízeních i těch ambulantních dochází k prolínání. Nárok na poskytnutí komplexních služeb se posuzuje podle kritérií ADL (Activities of Daily Living) a IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Dlouhodobá péče o člověka na základě posouzení podle

předcházejících kritérií je poskytována v zařízeních následné péče (léčebny dlouhodobě nemocných, odborné a rehabilitační léčebné ústavy, psychiatrické léčebny), dále v ambulantních zdravotnických zařízeních a formou domácí péče: agentury domácí péče, home care, Charita (Čeledová, Čevela, 2010).

#### **1.4.2 Kvalita sociální práce**

Kvalitou sociální práce a jejím hodnocením se odborníci zabývají od samého vzniku, jednoduše by se dalo říct, že kvalita je totéž co dobrá sociální práce. Hodnocení je možné provést na základě:

- a) výsledků vyplývajících z povinností poskytovatele sociální služby,
- b) výsledků odvozených od splněných cílů,
- c) výsledků z hlediska zainteresovaných institucí,
- d) z hlediska dlouhodobého efektu pro společnost (Bednář in Matoušek, 2013, s. 518).

V zahraničí byly přijaty pro posuzování kvality standardy klinické sociální práce, v České republice takové standardy definovány nebyly a nejsou. Česká republika respektive MPSV ČR stanovilo v roce 2002 *standardy kvality sociálních služeb*, které se staly později (2007) součástí zákona o sociálních službách (prováděcí vyhláška stanovuje povinnost pro poskytovatele sociální služby dodržovat ony standardy).

Jako nástroj rozvoje kvality sociálních služeb slouží hodnocení (v zahraničí spíše pojem evaluace). Hodnocení se opírá o systematicky ukládané informace o průběhu sociální práce, ty jsou prověřovány a vyhodnocovány a případné nalezené nedostatky jsou včas řešeny a odstraňovány, aby bylo opět dosaženo efektivity sociální práce a služby. Na základě potřeby poskytovatelů sociální služby kontrolovat různé činnosti došlo k tomu, že evaluace probíhá jako formativní, pak jsou posuzovány výsledky jednotlivých programů. Druhou možností je sumativní evaluace, která hodnotí splnění cílů programu a také vzniklé náklady na realizaci (Bednář in Matoušek, 2013).

#### **1.4.3 Sociální pracovník**

Kvalitní sociální služby mohou poskytovat jen dobře připravení sociální pracovníci. Asociace vzdělavatelů v sociální práci během let 1993 – 1999 připravila minimální

standard vzdělávání sociálních pracovníků. Sociální pracovník tak získává vzdělání v oblasti filozofie, teorie a metod sociální práce, sociologické a psychologické teorie, právní teorie a nepostradatelná je i praxe v terénu. Tím, že získává základy mnoha vědních oborů, je schopen pro klienta zajistit přístup k odborníkovi, který dokáže řešit klientovy problémy (Gulová, 2011).

Sociální pracovník nachází uplatnění v mnoha sociálních činnostech, které spadají do sociální práce. Činnosti mohou být směřované do poradenství, prevence, správy nebo do sociální intervence a supervize. Kromě teoretických znalostí a praktických dovedností musí být vysoce empatický, důvěryhodný, cílevědomý, samostatný, nápaditý a motivován pro práci v pomáhající profesi. Činnost sociálního pracovníka je možné rozdělit do pěti fází:

- a) sociální evidence a první kontakt s klientem,
- b) shromažďování informací o klientovi,
- c) navržení postupu řešení problémů,
- d) diagnostika odborných posudků, sociální terapie,
- e) ověření výsledků sociální práce (Gulová, 2011).

Při své práci dodržuje sociální pracovník pravidla daná etickým kodexem. **Etický kodex** sociálních pracovníků ČR vyšel v roce 1995, revidován byl v roce 2006 a ukládá sociálnímu pracovníkovi povinnost vystupovat tak, aby:

- a) podporoval klienty,
- b) chránil jejich lidskou důstojnost a práva,
- c) přistupoval ke všem klientům stejně,
- d) chránil klientovo právo na soukromí,
- e) pomáhal při vyřizování sociálních dávek,
- f) podporoval klientův aktivní přístup k řešení problému.

S etickými pravidly souvisí i etické dilema, tedy výběr toho nejlepšího řešení ze všech špatných, která by si sociální pracovník vůbec nepřál přijmout (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2012).

Sociální pracovník při výkonu svého povolání a v souvislosti s pravidly etického kodexu vystupuje vůči svým klientům jako herec, hrající mnoho rolí, neboť sociální

služby v sobě zahrnují množství pozic a role sociálního pracovníka jsou nejen o tom, jak pracuje, ale hodně o tom, jaký prospěch z jeho činnosti má klient, jak na klienta svým výkonem působí. Podle Řezníčka může sociální pracovník vystupovat v roli:

- a) pečovatele,
- b) zprostředkovatele služeb,
- c) cvičitele sociálních dovedností,
- d) poradce a terapeuta,
- e) případového manažera,
- f) organizátora práce,
- g) personálního manažera,
- h) administrátora,
- ch) činitele sociálních změn – týká se komunit (Řezníček, 2000).

#### ***1.4.4 Sociální pracovník pečující o duševně nemocné***

V České republice jsou duševně nemocní umísťováni do psychiatrických léčeben, psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických domovů důchodců nebo také do ústavů sociální péče pro mentálně postižené, či jiných nespécializovaných zařízení. Sociální pracovník se tak specializuje ve třech možných oblastech:

- a) psychiatrická rehabilitace,
- b) případové vedení,
- c) psychoterapie (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005).

Sociální pracovník v psychiatrické léčebně by měl být absolventem VOŠ sociálně právní nebo vysokoškolského oboru sociální práce. V lůžkovém zařízení sociální pracovník vykonává ty činnosti, které jsou spojeny s charakterem oddělení, a spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu. Mezi základní činnosti patří:

- **anamnestická vyšetření** – sociální pracovník vede pohovory s pacienty ale i s rodinnými příslušníky, napomáhá adaptaci pacienta na nové prostředí,
- uplatňování nároků plynoucích ze sociálního zabezpečení – vystavení průkazu o pracovní neschopnosti, průkazů na nemocenské dávky,



- pomáhá s vyplněním žádostí o umístění do jiných léčeben či ústavů, hlásí nástup do psychiatrické léčebny poštám kvůli vyplácení důchodu,
- **zařízení získání finančních prostředků** – pacienti potřebují mít své finance pro drobné nákupy a také musí pomáhat se zajištěním plateb z konta pacienta,
  - **poskytuje právní pomoc** – účastní se soudních řízení, podává podnět na úpravu způsobilosti k právním úkonům, spolupracuje s opatrovníky,
  - **další péče** – pomoc při nákupech ošacení, zdravotnických pomůcek (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Podmínkou výkonu uvedených činností je souhlas pacienta nebo jeho opatrovníka s prováděním těchto úkonů. Pokud je pacientem dítě či dospívající člověk, přistupuje ještě k činnostem sociálního pracovníka spolupráce s oddělením sociálně právní ochrany dětí a mládeže, s kurátory, školami, diagnostickými ústavy a občas i policií a soudy.

Lidé s psychotickými poruchami bývají sice pacienti psychiatrických léčeben, ale v současnosti je trendem tyto pacienty směřovat do sociálních bytů nebo komunitního bydlení a zajistit jim práci v chráněných dílnách. Pokud k tomu dojde, pak sociální pracovník z psychiatrické léčebny spolupracuje se sociálním pracovníkem, který pomáhá pacientovi vést svůj život v běžné majoritní společnosti (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

## 1.5 Psychiatrická léčebna

V České republice je psychiatrická péče poskytována v různých lůžkových zařízeních. Psychiatrický pacient může být umístěn do:

- a) psychiatrických oddělení nemocnic,
- b) psychiatrických klinik fakultních nemocnic,
- c) psychiatrických léčeben (přibližně 88 % všech pacientů),
- d) gerontopsychiatrických oddělení nemocnic,
- e) sociálních ústavů se specializovanou psychiatrickou péčí,

f) oddělení pro poruchy paměti (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Psychiatrické léčebny jsou zaměřeny na dlouhodobou léčbu a rehabilitaci duševně nemocných jakéhokoliv věku. Hospitalizace může být dobrovolná na základě potřeby klienta řešit svůj zdravotní problém nebo nedobrovolná (upravuje zákon č. 372/2011Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování). Psychiatrické léčebny provádějí kromě dlouhodobé péče o pacienty s duševní poruchou také ústavní ochranné léčení, jsou v nich vyšetřovány osoby v rámci soudně znalecké činnosti a poskytují akutní psychiatrickou pomoc (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Psychiatrické léčebny jsou zřizovány ministerstvem zdravotnictví, jedná se tedy o státní příspěvkové organizace se samostatnou právní subjektivitou. MZ ČR uvádí na svých stránkách přehled psychiatrických léčeben, i když mnohé z nich byly v roce 2013 přejmenovány na psychiatrické nemocnice.

Jenom pro dětské pacienty ve věku 3 – 18 let jsou k dispozici:

- Dětská psychiatrická nemocnice Opařany,
- Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš,
- Dětská psychiatrická léčebna Louny

([http://www.mzcr.cz/dokumenty/organizace-v-prime-pusobnosti-ministerstva-zdravotnictvi\\_7474\\_2902\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/organizace-v-prime-pusobnosti-ministerstva-zdravotnictvi_7474_2902_1.html)).

Pro dospělé osoby jsou k dispozici psychiatrické léčebny a nemocnice po celé České republice, nejedná se o promyšlenou síť a všechny mají určitou spádovou oblast a navíc celorepublikovou působnost:

- **Psychiatrická nemocnice Brno:** všechny druhy psychiatrických poruch, bez věkového omezení, ústavní ochranná léčba,
- **Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice:** všeobecná psychiatrie, specializace – psychoterapie, sexuologie, ústavní ochranná léčba, mentální retardace,
- **Psychiatrická nemocnice Bílá Voda:** klienti od 15 let věku, 5 oddělení většinou specializace na závislé občany (alkohol, drogy, hry),

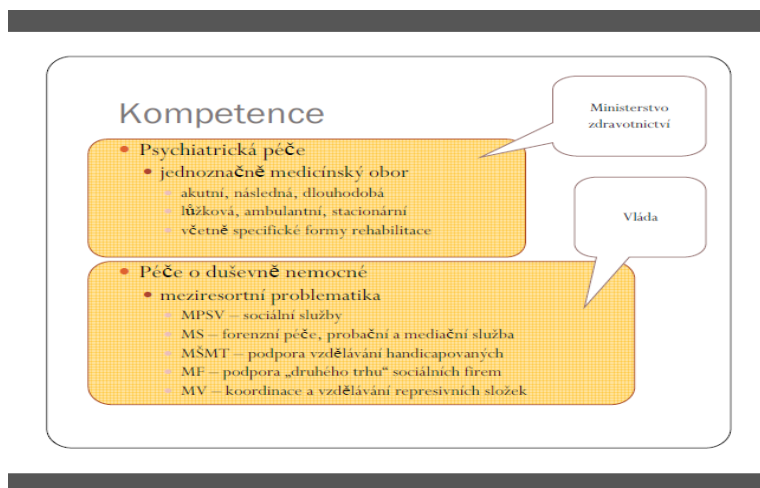
- **Psychiatrická nemocnice Bohnice:** nejstarší psychiatrické zařízení v ČR – ústavní ochranná léčba, následná péče, gerontopsychiatrie, dětská psychiatrie od 7 – 18 let pro odvykání na návykové látky,
- **Psychiatrická léčebna Červený Dvůr:** závislost na návykových látkách a patologické hráčství,
- **Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod:** akutní a následná lůžková psychiatrie, dětské a dorostové oddělení, gerontopsychiatrie, léčba návykových nemocí a sexuologie,
- **Psychiatrická nemocnice Jihlava:** veškerá psychiatrická lůžková péče kromě dětského oddělení,
- **Psychiatrická nemocnice Kosmonosy:** gerontopsychiatrie, intenzivní psychiatrická péče, resocializační péče, léčba závislostí, sexuologie,
- **Psychiatrická léčebna Šternberk:** léčba návykových nemocí, dětská psychiatrie, gerontopsychiatrie, ústavní léčba, léčebná rehabilitace,
- **Psychiatrická nemocnice Dobřany:** léčebná rehabilitace psychicky nemocných všech věkových kategorií, akutní psychiatrická léčba,
- **Psychiatrická nemocnice Kroměříž:** léčba neurologických a lehkých psychických poruch, léčba závislostí, psychoterapie,

**Psychiatrická nemocnice Opava:** komplexní odborná psychiatrická péče, léčba alkoholových a drogových závislostí ([http://www.mzcr.cz/dokumenty/organizace-v-prime-pusobnosti-ministerstva-zdravotnictvi\\_7474\\_2902\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/organizace-v-prime-pusobnosti-ministerstva-zdravotnictvi_7474_2902_1.html)).

Od roku 2012 usiluje MZ ČR o změnu v psychiatrické péči, reforma vychází jednak ze strategie WHO, která podporuje rozvoj komunitní a semimurální péče, jednak ze Strategie reformy psychiatrické péče, kterou podepsal v prosinci 2012 tehdejší ministr zdravotnictví MUDr. Heger, CSc (<http://www.lidemezilidmi.cz/mise-pro-dusevni-zdravi/strategie-reformy-psychiatricke-pece>). Modernizace psychiatrických nemocnic či léčeben je odhadována na 6 miliard korun, přispěje i Evropská unie, proto by mělo od roku 2014 dojít k realizaci reformy chystané již od roku 2012 ([http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceska-psychiatricka-pece-se-docka-zmen-\\_6848\\_2501\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceska-psychiatricka-pece-se-docka-zmen-_6848_2501_1.html)). Na konferenci o reformě a změnách v psychiatrické péči ve své

prezentaci Holly představil, jaké kompetence by měla mít jednotlivá ministerstva v péči o duševně nemocné.

**Obrázek č. 1: Kompetence**



Zdroj: Martin Holly, Prezentace reforma psychiatrie, MZ[http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceska-psychiatricka-pece-se-docka-zmen-\\_6848\\_2501\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceska-psychiatricka-pece-se-docka-zmen-_6848_2501_1.html), s. 6

Na zmíněné konferenci také zaznělo, že v roce 2012 bylo v České republice 20 psychiatrických léčen, s více než 9000 lůžek a 4 psychiatrické léčebny mělo kapacitu vyšší než 1000 lůžek.

### **1.5.1 Léčba a péče poskytovaná v psychiatrických léčebnách**

Současná **léčba** v psychiatrických léčebnách odpovídá vývoji v oboru psychiatrie. Vedle rozšířené **psychofarmakoterapie** (používají se neuroleptika, antidepresiva, thymoprofylaktika, anxiolytika, psychostimulancia, nootropika, kognitiva a hypnotika) je k dispozici ještě **elektrokonvulzivní terapie (ETC) a fototerapie** (Malá in Malá, Pavlovský, 2002, s. 100- 105).

Častým projevem užívání psychofarmak jsou nežádoucí vedlejší účinky, takže je snaha použít i jiné možnosti, mezi něž patří **psychoterapie**. „*Psychoterapie je léčebná metoda, při které se snažíme psychologickými prostředky příznivě ovlivnit chorobný*

*proces jak psychického, tak somatického rázu.*“ (Malá in Malá, Pavlovský, 2002, s. 106). Psychoterapie probíhá individuálně nebo jako skupinová forma. Terapeut ji využívá jako podpůrný prostředek, aby pacient lépe snášel zátěž, jako kognitivně-behaviorální zaměřující se na symptomy psychické poruchy a jejich odstranění, nebo jako rekonstrukční a integrační, jejímž cílem je dlouhodobým působením změnit osobnost pacienta (Malá in Malá, Pavlovský, 2002). Velice obsáhle o psychoterapii píše kolektiv autorů pod vedením J. Vymětala. Kromě obecného vymezení pojmu psychoterapie je k dispozici i přehled jednotlivých psychoterapeutických směrů (Vymětal a kol., 1997).

U pacientů se schizofrenií, schizofrenními poruchami a těžkými fóbickými neurózami se přistupuje k léčbě pomocí socioterapií a rehabilitaci. Tito lidé jsou totiž vyřazeni díky své nemoci z běžného života a již během pobytu v psychiatrické léčebně se musí znovu naučit vytvářet mezilidské kontakty a díky zlepšenému zdravotnímu stavu se pokusit znovu o zapojení do pracovních povinností. Z psychiatrické léčebny je snaha umísťovat tyto nemocné do denních stacionářů, chráněných bydlení a chráněných dílen (Pavlovský in Malá, Pavlovský, 2002).

#### **Péče:**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje v §64 sociální služby, které jsou poskytovány pacientům psychiatrických léčeben, kteří již nepotřebují lůžkovou péči z důvodu nemoci, ale zůstávají v léčebně, protože jejich zdravotní stav jim nedovoluje stoprocentně samostatný život mimo léčebnu. Jedná se o služby **následné péče**. Odstavec (1) §64 říká: *„Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují* ([http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z\\_108\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)).“

Za základní sociální služby, na které mají pacienti nárok podle uvedeného paragrafu odstavce (2) náleží:

- a) sociálně terapeutické činnosti,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Kromě výše uvedeného se pro pacienty zajišťuje strava a bydlení. Reformní snahy směřují k vytváření terapeutických komunit pro pacienty, kteří mají zájem o zapojení do běžného života, viz § 68 zákona 108/2006 Sb. ([http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z\\_108\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)).

## **2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Prvním cílem práce je zmapovat specifika sociální práce s lidmi s duševní poruchou v psychiatrické léčebně. Druhým cílem je zjistit, zda a jakým způsobem jsou lidé s duševní poruchou stigmatizováni.

### **Stanovené výzkumné otázky:**

**HVO 1:** Jaká je role a činnost sociální pracovníce v péči o lidi s duševní poruchou v psychiatrické léčebně?

**HVO 2:** Jsou lidé s duševní poruchou stigmatizováni?

### 3 METODIKA A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Výzkumné šetření má charakter kvalitativního výzkumu. Cílem kvalitativního výzkumu je proniknout do hloubky situace, objevit nové souvislosti, porozumět člověku, jeho pohledu na danou situaci a životním událostem.

V rámci metodologie výzkumu byla zvolena metoda kvalitativního šetření za pomoci techniky polostrukturovaného rozhovoru u pacientů psychiatrické léčebny. Respondenti tak měli možnost volně hovořit a já mohla pokládat i další doplňující otázky. Rozhovory jsem zaznamenávala na digitální záznamník a poté byly přepisovány do písemné podoby. Rozhovor se sociální pracovníci je doslovně přepsán do PC. Výsledky s pacienty jsem se rozhodla kvůli předání pro výzkum relevantních informací zaznamenat do přehledových tabulek, výsledný přepis poskytnutých rozhovorů byl s pacienty konzultován a odsouhlasen.

Rozhovory s respondenty se odehrávaly v pěkně zařízené kanceláři přímo v prostorách psychiatrické léčebny, kam byl za účelem rozhovoru umožněn i přístup vybraných pacientů psychiatrické léčebny. Rozhovor probíhal vždy samostatně s jediným respondentem. V průběhu rozhovoru byl zachováván nedirektivní přístup k dotazovanému, odpovědi na otázky nebyly nijak komentovány ze strany tazatele. Všichni respondenti byli vhodným způsobem informováni o účelu výzkumného šetření a ujištěni, že bude zachována jejich anonymita smyšlenými jmény.

Výzkum probíhal dle následujícího časového harmonogramu:

- podzim 2013 oslovení pacientů psychiatrické léčebny s nabídkou účasti na rozhovorech. Oslovení pacientů proběhlo přes sociální pracovníci,
- prosinec 2013 konečný výběr účastníků polostrukturovaného rozhovoru,
- leden a únor 2014 zaznamenání rozhovorů s respondenty a jejich přepis z digitální nahrávky do tištěné podoby,
- březen a duben 2014 zpracování a vyhodnocení získaných informací.



### 3.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří dva zkoumané soubory (čtyři pacienti a jedna sociální pracovnice) z menší psychiatrické léčebny (70 lůžek). Jedná se o 2 ženy a 2 muže přibližně stejného stáří - všem je kolem třiceti let a v léčebně jsou hospitalizováni kvůli svým depresivním potížím. Výzkumného šetření se také zúčastnila sociální pracovnice, která s nemocnými spolupracuje a pomáhá jim v návratu zpět do běžného života.

Úvodní charakteristika jednotlivých respondentů – pacienti psychiatrické léčebny:

**ROMAN** 35 let, muž, ženatý, s manželkou a 1 dítětem žije ve vlastním rodinném domě, vysokoškolák,

**JAROSLAV** 28 let, muž, svobodný, bezdětný, žije v bytě s rodiči, vyučen,

**MARTINA** 30 let, žena, svobodná, bezdětná, žije v pronajatém malém bytě, vyučena,

**ILONA** 29 let, žena, rozvedená, 1 vážně nemocné dítě, otec ztratil o rodinu zájem, žije ve vlastním bytě v rodinném domě svých rodičů, středoškolačka

---

**LUCIE (sociální pracovnice)** 32 let, žena, vysokoškolačka, své profesi se věnuje 7 let

Zdroj: Vlastní výzkum

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 *Vlastní výzkumné šetření – sociální pracovnice*

Otázky připravené pro polostrukturovaný rozhovor se sociální pracovníci:

1. Jakým způsobem probíhá Vaše každodenní činnost?
2. Jakým způsobem se před Vámi pacienti chovají?
3. Jakou činnost v sociální práci vykonáváte?
4. Jaké při své práci zastáváte role?
5. Setkáváte se s projevy stigmatizace kvůli Vašemu povolání?
6. Jsou stigmatizovány duševní poruchy a lidé, kteří jimi trpí?
7. Jaké jsou důsledky stigmatizace osob s duševním onemocněním?

**LUCIE** – 32 let, žena, vysokoškolačka, 7 let praxe

#### *1. Jakým způsobem probíhá Vaše každodenní činnost?*

Sociální pracovnice působí na své pozici již sedm let, do psychiatrické léčebny nastoupila, aby poskytovala pacientům v případě, že se sami nedokážou orientovat v sociálně-právních předpisech, potřebnou pomoc. V psychiatrické léčebně ji pacienti kontaktují přes staniční sestru. Sociální pracovnice je v každodenním kontaktu se zdravotnickými pracovníky, ověřuje si a doplňuje s jejich pomocí sociální anamnézy pacientů, kteří ji požádali o pomoc. Své každodenní aktivity by shrnula do následujících bodů:

- poskytování sociálně-právního poradenství,
- sepsání sociální anamnézy,
- navázání kontaktu s rodinou pacienta, snaha získat co nejvíce doplňujících informací, ale mnohdy rodinu také vhodně upozornit s jakými potížemi se jejich rodinný příslušník potýká, a hledat s jejich pomocí optimální řešení,
- kontakt s úřady při vyřizování sociálních dávek pro pacienty,
- pomoc se zajištěním domácí ošetrovatelské péče po propuštění z léčby,

- pomoc se zajištěním pečovatelské služby či s umístěním do ústavu sociální péče,
- pomoc s výběrem vhodné formy následné péče,
- spolupráce se zdravotnickými pracovníky.

## **2. Jakým způsobem se před Vámi pacienti chovají?**

Na tuto otázku nedokázala sociální pracovnice jednoznačně odpovědět. „*Myslím si, že někteří pacienti jsou velice otevření a spolupráce s nimi probíhá v atmosféře naprosté důvěry a oboustranného korektního jednání. Jiní pacienti jsou zdrženlivější, poskytnou jen nejnnutnější informace a přijmou řešení, která pro ně zajistím bez jakéhokoliv komentáře.*“

## **3. Jakou činnost v sociální práci vykonáváte?**

Pokud by měla sociální pracovnice definovat stručně, jakou činnost v sociální práci vykonává, pak by se přiklonila k tvrzení: „*Shromažďuji informace o pacientovi, realizuji a vyhodnocuji poskytované sociální služby.*“

To znamená, že její činnost je směřována k zajištění sociálních potřeb pacientů, ke komunikaci s různými úřady a institucemi (charita, další poskytovatelé sociálních služeb, Policie ČR a orgány příslušné veřejné správy). V rámci osobních pohovorů a konzultací s pacienty získává přehled o jejich sociálním statusu, přitom tyto informace ověřuje a doplňuje dalšími při terapeutických poradách a zajišťuje si spolupráci s pacientem tak, aby nebyl narušen léčebný režim. Provádí doplňující sociální šetření ve vztahu k vývoji onemocnění pacienta a jeho následkům, kdy veškerou svou aktivitu směřuje k napomáhání integrace pacienta do společenského prostředí. Poskytnutí emoční sociální opory a schopnost být efektivně nápomocna při řešení obtížných životních situací pacientů s duševním onemocněním, shledává za nejdůležitější směřování své činnosti, což není možné bez nesmírné dávky empatie.

#### ***4. Jaké při své práci zastáváte role?***

Odpověděla: „*V psychiatrické léčebně podle mého názoru zastávám roli poradce, konzultanta a zprostředkovatele sociálních služeb. Ve vztahu k některým pacientům vystupuji také v roli cvičitele sociální adaptace.*“

Předsudky, které dodnes psychiatrické léčebny a jejich pacienty provázejí, není lehké překonat. Téma závěrečných otázek v rozhovoru se sociální pracovnící tedy směřují k stigmatizaci týkající se jak samotné sociální pracovníce, tak toho, jak ona tento problém ve vztahu k pacientům vnímá.

#### ***5. Setkáváte se s projevy stigmatizace kvůli Vašemu povolání?***

I když žije v malém městě, nemá pocit, že by byla svým zaměstnáním stigmatizována. To samé může říct i o své rodině, je vnímána jako zprostředkovatel a pomocník pro ty, kteří její pomoc potřebují. Vzhledem k tomu, že v psychiatrické léčebně pracuje více lidí z blízkého okolí, není důvod pro to, aby vlastní děti sociální pracovníce trpěly stigmatizací kvůli povolání matky. Sociální pracovníce se domnívá, že k stigmatizaci není důvod také z důvodu, že se nepodílí na léčbě pacientů jako zdravotníci, ale zaměřuje se na získání pomoci ať už hmotné či sociálních služeb při návratu duševně nemocných do běžného života.

Sociální pracovníce nenachází žádný důvod, kvůli kterému by měla uvažovat o změně svého povolání. V možnosti zajistit a úspěšně realizovat následné zapojení léčeného člověka zpět do společnosti zdravých jedinců vidí smysl své práce.

## **6. Jsou stigmatizovány duševní poruchy a lidé, kteří jimi trpí?**

Sociální pracovnice zastává názor, že většinová společnost vnímá osoby s duševním onemocněním negativně. K tomuto se vyjádřila následovně: „*Ve společnosti nadále přetrvávají předsudky typu: blázen zůstane bláznem, nejsou schopni zapojit se do pracovního procesu, neumí o sobě rozhodovat, jsou to mentální retardi, proto patří jen do ústavů mimo běžnou společnost apod. Dalším důvodem je i to, že jen málo lidí má osobní zkušenost ze společného života s takto postiženým jedincem a většinou není ani ochota se přesvědčit o tom, jak lidé s duševní poruchou zvládají každodenní povinnosti a získat informace o tom, že i duševně nemocný člověk může díky neustále se zdokonalující léčbě žít vcelku kvalitní život. Rozhodovat se podle po generace předávaných mýtů a přijmout je za své, je jednodušší.*“

Problém podle sociální pracovnice spočívá také v nedostatečné osvětě. Osvěta týkající se duševních poruch a jejich léčby je velmi malá. Veřejnost není účinně informována o možnostech efektivní léčby, což je možné změnit jen tím, že v masmédiích (televize za podpory informací v tištěných médiích) bude laická veřejnost seznámena s problematikou léčby duševně nemocných. Dalším krokem je účinná propagace samotných psychiatrických léčeben a jejich větší otevření se veřejnosti, aby v podvědomí lidí vymizel názor, že léčebny jsou „institucemi bláznů“.

Pojmem stigmatizace si pracovnice vysvětluje jako negativní hodnocení jedince, u pacientů s duševní poruchou spočívá stigmatizace ve viditelných odlišnostech populace psychiatrických pacientů od běžné populace.

## **7. Jaké jsou důsledky stigmatizace osob s duševním onemocněním?**

Sociální pracovnice odpovídá: „*Důsledky stigmatizace jednak ohrožují utváření sociálních kontaktů a možnost nalézt vhodného životního partnera, jednak znesnadňují zapojení do pracovního procesu a tím snižují existenční podmínky a životní úroveň člověka, který by naopak pomoc a pochopení svého okolí potřeboval.*“ Sociální pracovnice se domnívá, že za svou dobu působení v psychiatrické léčebně, kdy se

setkává s různými problémy, které duševně nemocní musí řešit před jejich návratem do většinové společnosti, by uvedla jako zásadní důsledek problémy v partnerských vztazích a potíže se získáním a udržením zaměstnání. Od těchto dvou asi nejzávažnějších důsledků stigmatizace se pak odvíjí další problémy. Dále sociální pracovnice říká: „*V osobním životě se zvyšuje izolovanost od lidí, což může být řešeno únikem k alkoholu nebo drogám.*“

Potíže se zaměstnáváním a nedostatek finančních prostředků může způsobit problémy s bydlením, v krajním případě i bezdomovectví. Při opakovaných depresivních stavech u některých pacientů klesá důvěra ve zdravotnický personál, v menší míře spolupracují s lékařem a snižuje se jejich ochota léčit.

#### ***4.2 Vlastní výzkumné šetření – pacienti psychiatrické léčebny***

Otázky připravené pro polostrukturovaný rozhovor s pacienty psychiatrické léčebny jsou směřovány do různých oblastí:

**I. Duševní porucha a zdravotní stav**

**II. Léčba a terapie v psychiatrické léčebně**

**III. Stigmatizace**

**IV. Dopad duševního onemocnění na život**

## I. Duševní porucha a zdravotní stav

**Tabulka č. 2: Kdy se objevily první potíže Vašeho onemocnění?**

Roman	První potíže nastaly ve chvíli, kdy si začal uvědomovat, že sice přežil vážnou dopravní nehodu, ale bude muset kvůli trvalému zdravotnímu handicapu (ochrnuté dolní končetiny) změnit dosavadní styl osobního i pracovního života.
Jaroslav	Deprese klienta provázejí od dětství a jsou spojeny s jeho epileptickými záchvaty.
Martina	První příznaky klientka směřuje do doby svého dospívání, kdy neustále bojovala s touhou být tělesně přitažlivá a zároveň se silnou touhou po dobrém jídle.
Ilona	Náznaky deprese se dostavily v době, kdy bylo jasné, že syn vážně onemocněl a ani léčba mu nemusí zachránit život.

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 3: Jaký byl další průběh Vašeho onemocnění?**

Roman	<p>Intenzita depresivních stavů se zvyšovala s tím, jak obtížný byl po léčbě zranění návrat do běžného života. Roman byl do té doby úspěšný, ctižádostivý mladý muž. Dařilo se mu i v podnikání, dostatek finančních prostředků mu dovoľoval vysoký životní standard a dobré zabezpečení vlastní rodiny. Sportoval a měl dost přátel. Zdravotní stav, nutnost zvyknout si na pomoc druhých, naučit se pohybovat na invalidním vozíčku, stavební úpravy v domě, obava, že přestal být pro svou ženu atraktivním partnerem, to vše v něm vyvolávalo čím dál hlubší depresi. Začal docházet na ambulantní psychiatrickou léčbu. Prohlubující se krize ve vztahu s manželkou způsobila, že se začal čím dál více zaobírat myšlenkami na sebevraždu. Rodiče, kterým se se svými úvahami svěřil, neváhali kontaktovat lékaře a ten rozhodl o umístění do psychiatrické léčebny.</p>
Jaroslav	<p>Epileptické záchvaty způsobují panu Jaroslavovi potíže v zapojení do běžného života, má potíže s navazováním sociálních kontaktů, zůstává se stárnoucími rodiči a nenalézá pro sebe vhodnou životní partnerku. Životní situace mu připadá neřešitelná, ztrácí chuť cokoli dělat, s kýmkoliv komunikovat, prohlubují se konflikty s rodiči, kteří očekávají, že se pan Jaroslav rozhodne pro samostatný život. Pocity zoufalství a beznaděje jsou stále častěji nahrazovány hlubší a delší depresí. Ošetřující lékař vzhledem i k dalším zdravotním obtížím rozhodl o umístění do psychiatrické léčebny, aby bylo opět dosaženo přijatelné životní rovnováhy.</p>
Martina	<p>Paní Martina uvádí, že žije v neustálém strachu, aby nepřibrala, čím dál častěji se u ní střídají období diet, užívání projímadel s obdobími, kdy se sice nají, ale trpí depresemi. Její neustálé zabývání se jídlem a tím jak vypadá, ji nedovoluje soustředit se na práci, je velice podrážděná, nepříjemná ve vztahu k ostatním zaměstnancům. Do psychiatrické léčebny nastoupila proto, že její tělo už nedokázalo zvládat poruchy v příjmu potravy a hrozil metabolický rozvrat.</p>



Ilona	Pobyt v nemocnici s nemocným dítětem vyžadoval ohromnou dávku sebezapření a aktivizaci všech sil k tomu, aby dítě bylo ujišťováno, že se určitě uzdraví. Po propuštění do domácího ošetřování bylo jasné, že se musí dítěti věnovat 24 hodin denně. Opuštění zaměstnání, ztráta kontaktu s lidmi, na které byla zvyklá, a vysoké psychické vyčerpání způsobilo, že začala propadat občasným depresím. Po rozvodu a odchodu otce dítěte se k depresím přidala nespavost, nechutenství, poruchy soustředění a myšlení, které již nebyly řešitelné ambulantní léčbou. Po dohodě s rodiči, kteří byli ochotni spolu se setrou paní Ilony pečovat o jejího syna, nastoupila léčbu v psychiatrické léčebně.
-------	---

Zdroj: Vlastní výzkum

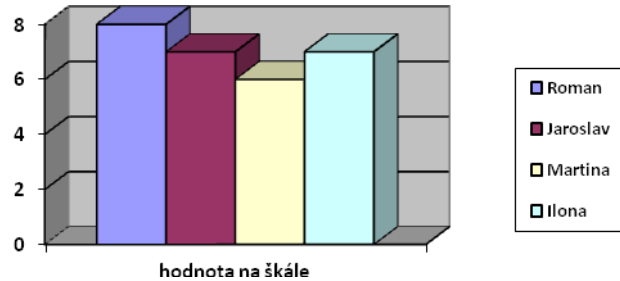
**Tabulka č. 4: Co podle Vašeho mínění způsobilo duševní onemocnění?**

Roman	Neschopnost vyrovnat se s novou životní situací.
Jaroslav	Epilepsie, kvůli které nemohu žít jako zdraví lidé.
Martina	Strach, že nebudu dostatečně přitažlivá, pokud budu mít silnější postavu.
Ilona	Stres vyvolaný vážnou nemocí dítěte a odchodem partnera.

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 5: Jak se nyní cítíte po psychické stránce?**

jména	hodnota na škále
Roman	8
Jaroslav	7
Martina	6
Ilona	7

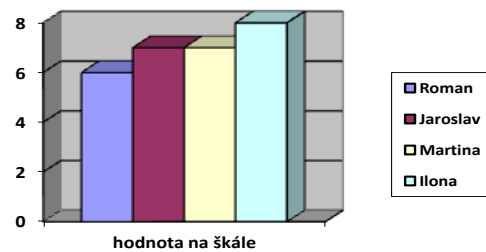


Zdroj: Vlastní výzkum

Škála 10 – 9 ---- 1, kde 10 = nejlépe a 1 = nejhůře

**Tabulka č. 6: Jak se nyní cítíte po fyzické stránce?**

jména	hodnota na škále
Roman	6
Jaroslav	7
Martina	7
Ilona	8



Zdroj: Vlastní výzkum

Škála 10 – 9 ---- 1, kde 10 = nejlépe a 1 = nejhůře

**Tabulka č. 7: Co Vám pomáhá zvládat Vaše onemocnění a krizové období?**

Roman	V běžném životě oceňuje kontakt s přáteli a jejich snahu zapojovat ho různých aktivit, činnosti, které může dělat se svou dcerou (pomoc s přípravou do školy, doprovod do kroužků apod.). V léčbě oceňuje přístup zdravotnického personálu a individuální terapie, což mu přináší pocit celkového zklidnění. V krizi je to rozhodně podpora a povzbuzování ze strany rodičů a přátel.
Jaroslav	Mimo léčbu mu pomáhá práce na zahradě, přítulnost psího kamaráda, klidné rodinné prostředí. V léčbě si cení kontaktu s ostatními pacienty a možnost tvořivých aktivit v pracovních dílnách na oddělení. Krizová období nastávají po častěji opakovaných záchvatech, zlepšení fyzické kondice a léky na nějakou dobu pomohou.
Martina	V každodenním životě je odkázána sama na sebe, vědomí, že za ni nikdo nic neudělá, ji nakonec donutí k tomu, aby „sebrala“. Pevný režim a kontrola ze strany zdravotnického personálu, kontakt s ostatními pacienty, arteterapie a pracovní terapie v léčbě ji hodně pomáhají. Nedokáže přesně říct, co jí pomáhá z krize.
Ilona	Zvládnout depresivní stavy je pro ni velice těžké, pomáhá jí i náznak zlepšení zdravotního stavu dítěte, pomoc rodičů a sestry, kteří jsou ochotni na sebe převzít její povinnosti v péči a pomohou i finančně. V krizovém období má pocit, že jí pomáhají relaxační masáže a změna prostředí, i když má výčitky, že utíká od problému.

Zdroj: Vlastní výzkum

## II. Léčba a terapie v psychiatrické léčebně

**Tabulka č. 8: Jak dlouho jste nyní v PL?**

Roman	3 týdny
Jaroslav	5 měsíců
Martina	3 měsíce
Ilona	4 týdny

Zdroj: Vlastní výzkum

### Jste zde hospitalizován/a poprvé?

Pan Roman a obě ženy jsou v psychiatrické léčebně hospitalizováni poprvé, pan Jaroslav uvádí, že je v léčebně již podruhé, ale první hospitalizace byla v jiném zařízení.

### Tabulka č. 9: Jak probíhá Vaše léčba v PL, kterou terapii považujete za nejúčinnější?

Roman	Léčba probíhá pomocí psychofarmak a dále se účastní individuální terapie, době, kdy probíhal rozhovor, poprvé navštívil lekci individuální arteterapie, která v něm zanechala velmi dobrý pocit uvolnění a duševního zklidnění.
Jaroslav	Kromě pravidelného užívání léků se účastní skupinové terapie, podílí se i na tvořivých dílnách na oddělení. Sport oblíbený nemá, líbí se mu procházky po areálu léčebny. Historická budova a krásné přírodní okolí mu vyhovují.
Martina	Také paní Martina má předepsané léky a stanovený přesný režim dne, účastní se arteterapie, kterou má v oblibě a skupinových terapií. Přístup k internetu a do tělocvičny považuje za vhodné zpestření léčby.
Ilna	Užívání psychofarmak je u respondentky doplněno individuální i skupinovou terapií, z rehabilitačních aktivit si zvolila možnost zahrát si volejbal a chodí na skupinovou arteterapii. Podle jejího mínění jí nejvíce pomáhá skupinová terapie a kontakt s druhými pacienty.

Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka č. 10: Jste v kontaktu se sociální pracovníci?**

Roman	Ne
Jaroslav	Ano, pan Jaroslav by rád získal možnost samostatného chráněného bydlení, takže požádal sociální pracovníci o pomoc při vyřizování nutných náležitostí žádosti.
Martina	Ne
Ilona	Ano, spolu se sociální pracovníci řeší, na jaké sociální dávky a finanční pomoc má nárok nejen vzhledem ke svým potížím, ale také v souvislosti s onemocněním syna.

Zdroj: Vlastní výzkum

### **III. Stigmatizace**

Rozhovory zaměřené na zjištění názoru respondentů na stigmatizaci probíhaly na základě připravených otázek. Záměrem bylo zdokumentovat nejen názor vůči osobě respondenta, ale také vůči jeho rodinným příslušníkům. Otázky použité v této části rozhovoru by se daly shrnout takto:

1. Myslíte si, že ve společnosti existují nějaké předsudky ohledně duševních poruch?
2. Jak Vaše onemocnění přijala Vaše rodina a změnilo se nějak jejich chování po té, co se dozvěděli, že máte duševní poruchu?
3. Jak Vaše onemocnění přijalo Vaše okolí (sousedé, kolegové v práci) a změnilo se nějak jejich chování po té, co se dozvěděli, že máte duševní poruchu?
4. Cítíte se být díky svému onemocnění nějakým způsobem vyloučen/a či jinak diskriminován/a ve společnosti?
5. Myslíte si, že díky Vašemu onemocnění jsou nějakým způsobem vyloučeni ze společnosti Vaši blízcí?

**Tabulka č. 11: Stigmatizace**

Roman	<p>Pan Roman se k otázkám stigmatizace lidí s duševní poruchou vyjadřuje opatrně. Domnívá se, že ve společnosti přetrvávají i negativní názory a reakce na osoby s duševním onemocněním, ale nemyslí si, že by to platilo ve všech společenských vrstvách. Do akutního depresivního stavu se dostal vlivem nezvládnutí životních funkcí po úrazu a vlivem ztráty smyslu dalšího života. V rodině se s onemocněním nevyrovnala manželka a její postoj je rozhodně odmítavý a ze strany respondenta je skutečně očekáván rozvod. Oproti tomu přístup rodičů, sousedů, kamarádů a také zaměstnanců jej překvapil. Rozhodně odmítá možnost, že by byli rodinní příslušníci diskriminováni kvůli jeho depresivním stavům. Ve společnosti lidí, kteří znají jeho příběh, se necítí být vyloučen, oceňuje snahu všech zapojit ho do zajímavých aktivit i přes jeho špatné nálady a potíže kvůli pohybu na vozíčku. Určitou diskriminaci pociťuje v prostředí, které je pro něj nové, kde musí čelit pro něj nepříjemným pohledům, přehnané lítosti, potížím nezdolávání terénu, což v něm následně vyvolává nechuť vydávat se mezi lidi, uzavírá se v domě a nekomunikuje.</p>
Martina	<p>Paní Martina souhlasí s tím, že lidé s duševní poruchou jsou ve společnosti posuzováni jako méněcenné bytosti, které působí jen potíže a jen málokdo je neodsuzuje. Protože se svou duševní nemocí se potýká více než deset let, užila si podle svých slov diskriminace až dost, nechápe ji ani vlastní rodina a v zaměstnání kvůli svým opakovaným pracovním neschopnostem také dlouho nevydrží. Přiznává, že samotu a pocity zoufalství a beznaděje řeší v určitých obdobích také nadměrnou konzumací alkoholu. Se sousedy se nestýká, bojí se, že by ji odsuzovali. Stejně tak je tomu i v zaměstnání, spolupracovníci jí nedůvěřují, pro její časté absence za ni musí vykonávat její povinnosti, a tudíž neskrývají svoje antipatie. S rodiči nežije, proto si myslí, že nemohou pociťovat nějakou diskriminaci.</p>
Ilona	<p>Poslední z dotazovaných přiznává, že nejen ve společnosti, ale také ona sama trpěla předsudky vůči duševně nemocným lidem a jejich léčbě. Dlouho se</p>

	bránila návštěvě psychiatra, až úplné vyčerpání a nezvládnutí péče o dítě ji donutilo souhlasit s umístěním v psychiatrické léčebně. Má obavy, z návratu domů, z toho, že ztratí důvěru okolí, že bude pomlouvána za neschopnost péče o nemocné dítě. Nepřipouští si, že by ji kromě rodičů a sestry mohl také chápat. Ve chvíli, kdy rodině bylo jasné, jak moc se propadá do deprese, se ještě více vystupňovala jejich pomoc v ošetřování dítěte. Bývalí kolegové a kolegyně ji nenavštěvují, i když zpočátku občas přišli na návštěvu. Paní Ilona se domnívá, že je sama odradila svým chováním. Ani ona si nemyslí, že by byli její blízcí nějak diskriminováni kvůli její nemoci, spíše se přiklání k názoru, že okolí rodinu lituje a chápe důvody Ilonina onemocnění.
--	---

Zdroj: Vlastní výzkum

#### **IV. Dopad duševního onemocnění na život**

##### **Jak ovlivnila duševní porucha Váš život, jaké konkrétní potíže byste uvedl/a?**

Všichni respondenti se shodují, že duševní porucha snížila kvalitu jejich života a ovlivnila ho výrazně negativně. Mezi nejčastěji uváděné potíže patří:

- problémy v partnerském životě,
- problémy se získáním a udržením zaměstnání a z toho plynoucí existenční nejistota,
- ztráta stálých sociálních vazeb, omezená možnost komunikace, izolovanost od zdravých jedinců.



**Tabulka č. 12: Jaký dopad má duševní porucha na Vás osobně?**

	<b>Roman</b>	<b>Jaroslav</b>	<b>Martina</b>	<b>Ilona</b>
mám snížené sebevědomí	ano	ano	ano	ano
jsem ve stresu	ano	ne	spíše ano	ano
cítím strach	ano	ne	ne	ano
cítím se zranitelný/á	ano	ano	ano	ano
omezují sociální kontakty	ano	ne	spíše ne	ano
vyhledávám kontakt s lidmi se stejným onemocněním	ano	spíše ne	spíše ne	ne
bojím se hovořit o svých problémech	spíše ne	ne	ano	ano
bojím se hovořit o svých pocitech	ano	ano	spíše ano	ano
cítím se ostraněný společností	spíše ne	ano	ano	ano

Zdroj: Vlastní výzkum

## 5 DISKUSE

Pro výzkumnou část týkající se náplně práce sociálního pracovníka v psychiatrické léčebně byla stanovena první výzkumná otázka - **HVO 1**: Jaká je role a činnost sociální pracovnice v péči o lidi s duševní poruchou v psychiatrické léčebně?

Ukázalo se, že na otázku, jaké role v psychiatrické léčebně zastává, bylo pro sociální pracovníci obtížné odpovědět. Nakonec uvedla roli poradce, konzultanta, zprostředkovatele sociálních služeb a cvičitele sociální adaptace. Její částečná bezradnost nad stanovením rolí koresponduje s tím, jak málo informací o roli sociálního pracovníka v psychiatrické léčebně uvádí odborná literatura.

Matoušek (2013, s. 426) uvádí: „*sociální pracovník v psychiatrické léčebně provádí u nově přijatých šetření, často poskytuje sociálně právní – poradenství pacientům, případně jejich rodinám pomáhá řešit problémy v oblasti bydlení, finančního zajištění, zaměstnání, zprostředkovává kontakty s úřady a na návazné sociální služby apod.*“ Můj rozhovor se sociální pracovníci pracující v menší psychiatrické léčebně poskytl ucelený obraz o činnostech, které pracovnice v rámci své stanovené náplně práce vykonává a potvrdil předcházející Matoušková (2013) tvrzení. Vedení psychiatrické léčebny pro ni jasně stanovilo, že se bude zabývat sociálně-právním poradenstvím, zprostředkováním pomoci pro pacienty, kteří se vrací po ukončení léčby do běžných životních podmínek a očekávají v důsledku svého onemocnění nějaké komplikace. Informace o činnostech, které každý den uskutečňuje, odpovídají danému vymezení její činnosti. To znamená, že vede anamnestická vyšetření, evidenci pacientů, kteří potřebují pomoc v sociálně-právních otázkách, pomáhá jim požádat o dávky sociálního zabezpečení a zajistit i nutnou následnou péči. Její činnosti odpovídají tomu, co bylo uvedeno již v teoretické části v kapitole 2.2 a 2.3, kdy jsem čerpala například z knih *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním* nebo *Psychiatrická ošetrovatelská péče*.

Výzkum přinesl uspokojivou odpověď na část výzkumné otázky, o činnostech sociálního pracovníka bylo získáno dostatečné množství informací. Dotazování se na role a jejich vymezení se ukázalo být zpočátku problémem. Dotazovaná se dlouze

zamýšlela, jaké role by sobě přisoudila a je zcela jisté, že sociální pracovník, který není omezen pracovní smlouvou a podílí se také na terapeutických aktivitách, zaujímá další škálu rolí a také jeho činnosti jsou rozmanitější a i pro pracovníka možná zajímavější než směřování aktivit do spíše úřednické činnosti.

Jistě by bylo zajímavé v jiné studii porovnat činnosti, role a také pocit uspokojení z práce sociálního pracovníka zaměřeného administrativně a terapeuticky.

Výzkumná otázka **HVO 2**: Jsou lidé s duševní poruchou stigmatizováni? je společná jak pro sociální pracovníci, tak pro pacienty. Sociální pracovnice jednoznačně říká: „ Ano, lidé s duševními poruchami jsou i v dnešní době stigmatizováni.“ A potvrzuje ze své praxe, že i nadále přetrvávají předsudky vztahující se k hospitalizovaným pacientům. Příčiny vidí v nedostatečné osvětě, informace si předávají rodiny duševně nemocných sice i na internetu, ale tyto webové stránky si vyhledají až ti, kteří hledají radu, hledají inspiraci a pomoc.

Podle zdokumentovaných výpovědí panuje také ve skupině respondentů – pacientů psychiatrické léčebny názor, že lidé s duševní poruchou jsou stigmatizováni. Respondenti pociťují stigmatizaci vůči své osobě, ale ve vztahu k rodinným příslušníkům se domnívají, že ti nijak stigmatizováni jejich duševní poruchou nejsou. Trochu hlouběji uvažoval o stigmatizaci pan Roman, který spíše zastává názor, že stigmatizace je otázkou znalostí a povědomí o duševních poruchách, tedy že ne všechny společenské vrstvy jsou sklonem ke stigmatizaci zasaženy.

V teoretické části bylo citováno i ze zahraniční literatury, což ukazuje, že nejen v České republice je upřednostňována farmakoterapeutická léčba a nevědomost o nových možnostech léčby a dalších terapeutických aktivitách. V souvislosti s tím, jak vysoké procento populace trpí duševními poruchami, jak vysoké a stresující nároky dnešní hektický životní styl přináší, by jistě nebylo na škodu spustit osvětovou kampaň o nových možnostech léčby v psychiatrických léčebnách a pokusit se zvrátit vysoké počty těch zdravých jedinců, kteří jsou pořád ještě ovlivněni předsudky.

Výzkum ukázal, že dotazovaní pacienti jsou stigmatizováni. Pacienti uváděli, jak moc duševní porucha ovlivnila kvalitu jejich života v záporném smyslu (zhoršení

partnerských vztahů, pracovní a existenční potíže, jejich pocit strachu, sníženého sebevědomí atd.). Podle mého názoru by se měla zvýšit informovanost veřejnosti o nových možnostech léčby duševních chorob a laikům by se měl zprostředkovat náhled do procesu léčby pacientů v psychiatrické léčebně, tím by se zabránilo stigmatizaci osob s duševním onemocněním.

Domnívám se, že situace ohledně stigmatizace u pacientů je i nadále neměnná a že psychiatricky nemocní pacienti i nadále pocítují předsudky ze strany společnosti a naráží na bariéry při uplatnění zaměstnání. Mahrová, Venglářová (2008) tvrdí, že pacienti se vracejí do domácího prostředí, které jim není příliš nakloněno a díky stigmatizaci je také vnímá nepříznivě.

## 6 ZÁVĚR

Touto bakalářskou prací jsem měla popsat, jaké činnosti a role zastává sociální pracovníce v psychiatrické léčebně a zda si sociální pracovníce a pacienti myslí, že je společnost stigmatizuje. V práci jsou nejprve v teoretické části předloženy ve třech kapitolách poznatky o duševních poruchách, sociální práci a psychiatrických léčebnách. Ve všech kapitolách byly využity tištěné sekundární zdroje a aktuální novinky v této oblasti prezentované na webových stránkách v různých článcích ministerstva zdravotnictví nebo článcích publikovaných občanskými organizacemi, které vznikly na podporu duševně nemocných a jejich rodinných příslušníků. Ze studia sekundární literatury pak vyplynuly informace pro hledání odpovědí na výzkumné otázky, které byly rozpracovány v praktické části. Jednalo se o tyto výzkumné otázky:

**HVO 1:** Jaká je role a činnost sociální pracovníce v péči o lidi s duševní poruchou v psychiatrické léčebně?

**HVO 2:** Jsou lidé s duševní poruchou stigmatizováni?

Praktická část se orientuje na práci s respondenty – pacienty s duševní poruchou při léčbě v psychiatrické léčebně a na práci sociální pracovníce v takové léčebně. Zvolená metoda polostrukturovaného rozhovoru poskytla dostatek kvalitních podkladů pro vyhodnocení odpovědí na výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1 byla určena pouze pro sociální pracovníci. Sociální pracovníce odpověděla, že zastává tyto činnosti: zajištění sociálních potřeb pacientů, ke komunikaci s různými úřady a institucemi (charita, další poskytovatelé sociálních služeb, Policie ČR a orgány příslušné veřejné správy). V rámci osobních pohovorů a konzultací s pacienty získává přehled o jejich sociálním statusu, přitom tyto informace ověřuje a doplňuje dalšími při terapeutických poradách a zajišťuje si spolupráci s pacientem tak, aby nebyl narušen léčebný režim. Provádí doplňující sociální šetření ve vztahu k vývoji onemocnění pacienta a jeho následkům, kdy veškerou svou aktivitu směřuje k napomáhání integrace pacienta do společenského prostředí. Poskytnutí emoční sociální opory a schopnost být efektivně nápomocna při řešení obtížných životních situací pacientů s duševním onemocněním. Role se příliš popsat nezdařilo.

Druhá výzkumná otázka směřovala pro všechny zúčastněné bez výjimky a všichni se shodli, že lidé s duševní poruchou jsou v české společnosti stigmatizováni. Zajímavým zjištěním bylo, že stigmatizaci vůči rodinným příslušníkům dotazovaní nepocíťovali.

Výsledky praktické části korelují s informacemi v sekundárních zdrojích a potvrzují jejich pravdivost.

Na základě zjištěných skutečností se nabízejí následující doporučení:

- věnovat více pozornosti roli sociální pracovníce v péči o pacienty v psychiatrické léčebně,
- kvalitní kampaní poskytnout široké veřejnosti informace o nových možnostech léčby duševních chorob,
- zprostředkovat laické veřejnosti náhled do procesu léčby pacientů v psychiatrických léčebnách a zabránit tak šíření zakořeněných stigmat.

Odpovědi pacientů ukázaly nejenom obavy ze stigmatizace, ale také jak moc duševní porucha zasahuje do sociální oblasti, kdy nemocní mají problémy s partnery a navázáním sociálních vazeb s okolím, obávají se nezaměstnanosti a těžko se vyrovnávají s izolací od většinové společnosti.

## 7 POUŽITÁ LITERATURA

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 978-80-247-1197-3.

BAŠTECKÁ, B. (ed.) *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova k zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

GULOVÁ, L. *Sociální práce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.

JUŘÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., FILKA, J. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4786-6.

KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-7874-7.

KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

MACHLEIDT, W. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 7. aktual. Ausgabe, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2004. ISBN 978313495078.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1151-5.

MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. 1. vyd. Praha: SPN, 1991. ISBN 80-04-24526-9.

MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.) *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. 2. dotisk, Brno: Masarykova Univerzita, 1996. ISBN 80-210-1006-6.

NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3709-6.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.) *Psychózy*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-558-5.



ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. 1. vyd. dot. Praha: SLON, 2000. ISBN 80-85850-00-1.

SVOBODA, M. (ed.) *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

ŠVARCOVÁ – SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-506-7.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. aktualizované a přepracované vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické vydavatelství, 1997. ISBN 80-86123-02-2.

### **Internetové zdroje**

*Deprese*. [online]. ©2009-2014 symptomy.cz [cit. 2014-04-22]. Dostupný z:  
<http://www.symptomy.cz/priznaky/depese>

Lidé mezi lidmi. *Strategie reformy psychiatrické péče*. [online]. 17. 01. 2013, [cit. 2014-04-06]. Dostupný z: <http://www.lidemezilidmi.cz/mise-pro-dusevni-zdravi/strategie-reformy-psychiatricke-pece>

MPSV, Zvoníková, A. *Duševní poruchy jsou stále častější příčinou invalidity*. [online]. 23. 07. 2008, [cit. 2014-04-04]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/5591>>

MZ ČR, *Organizace v přímé působnosti MZ*. [online]. ©2012, [cit. 2014-04-06]. Dostupný z: <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/organizace-v-prime-pusobnosti-ministerstva-zdravotnictvi\\_7474\\_2902\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/organizace-v-prime-pusobnosti-ministerstva-zdravotnictvi_7474_2902_1.html)>

NOVÁK, T. *Léčba deprese – nutnost pro obnovení kvality života i jeho záchranu.* [online]. ©1. 3. 2010, [cit. 2014-04-22]. Dostupný z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/lecba-deprese-nutnost-pro-obnoveni-kvality-zivota-i-jeho-zachranu/>>

Zákon 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách.[online]. 14. 03. 2006, [cit. 2014-03-29]. Dostupný z: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z\\_108\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)>

Zákon č. 372/2011Sb., zákon o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování. [online]. ©AIONCS 2010-2014, [cit. 2014-04-06]. Dostupný z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>>

Ženíšek, M. *Česká psychiatrická péče se dočká změn.* [online]. 4. 10. 2012, [cit. 2014-04-06]. Dostupný z: <[http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceska-psychiatricka-pecce-se-docka-zmen-\\_6848\\_2501\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ceska-psychiatricka-pecce-se-docka-zmen-_6848_2501_1.html)>

## **8 PŘÍLOHY**

**Záznamový arch pro polořízený rozhovor se sociální pracovnící PL**

- 1. Identifikační otázky**
- 2. Jakým způsobem probíhá vaše každodenní činnost?**
- 3. Jakou činnost v sociální práci vykonáváte?**
- 4. Jaké při své práci zastáváte role?**
- 5. Stigmatizace z povolání**
- 6. Stigmatizace duševních poruch a lidí s duševní poruchou**
- 7. Důsledky stigmatizace osob s duševním onemocněním**

## **Záznamový arch pro položený rozhovor s pacienty PL**

- 1. Identifikační otázky**
- 2. Duševní porucha a zdravotní stav**
- 3. Léčba a terapie v PL**
- 4. Stigmatizace**
- 5. Dopad duševního onemocnění na život**