

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální pracovník

**DOSAŽITELNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY
S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V KRAJI VYSOČINA**

Bakalářská práce

Autor práce: Darina Hrabalová

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Darína Hrabalová
Studijní program:	Zdravotně sociální péče
Obor:	Zdravotně sociální pracovník
Garant studijního oboru:	Mgr. Jana Gabrielová, PhD.
Název práce:	Dosažitelnost sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina
Vedoucí práce:	PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.
Cíl práce:	Cílem bakalářské práce je zjistit pohled osob s duševním onemocněním na dosažitelnost služeb pro osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina.

Abstrakt

Cílem práce je zjistit pohled osob s duševním onemocněním na dosažitelnost služeb pro osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Teoretická část práce je zaměřena na vymezení základních pojmů souvisejících s duševním onemocněním, druhy diagnóz dle MKN-10, dále na statistické údaje poukazující na současný stav počtu duševně nemocných v ČR, další kapitola bude zaměřena na sociální práci s osobami s duševním onemocněním a závěrečná kapitola bude zaměřena na služby pro osoby s duševním onemocněním včetně jejich kvality.

Praktická část zkoumá na základě kvalitativního výzkumu pohled osob s duševním onemocněním jako klientů na to, jak jsou služby dostupné v Kraji Vysočina. Tato práce může být přínosem pro poskytovatele sociálních služeb, sociální pracovníky nebo pro studenty a studentky oborů se sociálním zaměřením.

Klíčová slova

Sociální služby; osoba s duševním onemocněním; Kraj Vysočina

Abstract

The aim of the work is to find out the opinion of people with mental health problems on availability of social services for people with mental health problems in the Vysočina Region. The theoretical part of the thesis is focused on the definition of basic concepts related to mental illness, types of diagnoses according to ICD-10, and statistical data pointing to the current state of the number of mentally ill people in the Czech Republic, the next chapter will focus on social work with people with mental illness and the final chapters will be focused on services for people with mental illness, including their quality.

Based on qualitative research, the practical part examines the perspective of people with mental health problems as clients on how services are available in the Vysočina Region. This work can be of benefit to social service providers, social workers or students of fields with a social focus.

Keywords

Social services; person with mental health problems; Highlands region

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 19. července 2024

.....

Podpis studenta/ky

1. Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Vlastě Řezníkové, Ph.D. za odborné vedení, čas a trpělivost věnovaný mé práci, cenné rady a konzultace, které mi poskytla během psaní této práce. Také bych chtěla poděkovat celé mé rodině a přátelům za podporu během celé doby mého studia.

Obsah

Seznam obrázků.....	7
Seznam tabulek	8
Seznam zkratk.....	9
Úvod	10
1 Teoretická část	11
1.1 Klasifikace a typy duševních onemocnění	11
1.2 Statistické údaje týkající se osob s duševním onemocněním	21
1.3 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním	24
1.4 Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním	26
1.5 Kritéria kvality sociálních služeb	28
2 Výzkumná část	29
2.1 Cíl výzkumu	29
2.2 Metoda sběru dat	29
2.3 Výzkumná skupina	30
2.4 Etická dimenze výzkumu.....	30
2.5 Limity výzkumu	31
3 Výsledky výzkumu	32
3.1 Dostupnost	32
3.2 Informovanost	34
3.3 Naplňování potřeb uživatelů	35
4 Diskuse	37
Závěr	39
Seznam použité literatury	41
Přílohy.....	43

Seznam obrázků

Graf 1: Počet duševně nemocných osob v ČR v průběhu let ...	Chyba! Zázločka není definována.	0
Graf 2: Nejčastěji nově diagnostikované psychiatrické onemocnění pro rok 2020.....		21
Graf 3: Počet nově diagnostikovaných pacientů s depresí dle věkových skupin.....		22

Seznam tabulek

Tab. 1: „Trsy" poruch osobnosti dle DSM-IV.....	18
Tab. 2: Nejčastěji diagnostikované poruchy v roce 2020.....	21

Seznam zkratek

MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
CNS	Centrální nervová soustava
WHO	Světová zdravotnická organizace
BAP	Bipolární afektivní porucha
OCD	Obsedantně kompulzivní porucha
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
NZIP	Národní zdravotnický informační portál

Úvod

„Lidská psychika a její vliv na každodenní život je základním kamenem studia pro budoucí pracovníky v pomáhajících profesích. Každý lidský příběh je jedinečný, každý lidský osud si zaslouží naši pozornost“ (Kopecká, 2015, s. 9).

Celé mé dětství a dospívání jsem se zajímala o témata spojující tenké rozhraní mezi duševním zdravím a potencionálním duševním onemocněním. Ale až studiem na vysoké škole jsem dokázala dané problematice více porozumět a rozšířily se mi tak obzory. Rozhodla jsem se bakalářskou práci zpracovat na toto téma. Pojem duševní zdraví nyní dostává více pozornosti, než tomu bylo dříve, za to duševní onemocnění je stále do jisté míry stigmatizující výraz. Ráda bych touto prací pomohla porozumět více do hloubky dané problematice a pomoci tak s destigmatizací. Cílem této bakalářské práce je zjistit dosažitelnost sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina.

Podle analytické zprávy UZIS (2021) se prevalence duševních onemocnění zvyšuje. Oproti roku 2010 počet pacientů vzrostl o 21,5 %. Globálně se zvyšuje i výskyt psychotických onemocnění vážného charakteru. Počet osob s psychotickým onemocněním se zvýšil v posledních 10 letech o 16,6 %. Nárůst lze pozorovat převážně u obsedantně kompulzivních poruch, depresí a bipolárně afektivních poruch. Jedná se tedy o globální problém a velmi závažné téma, kterému je třeba věnovat dostatek pozornosti.

Duševní onemocnění je velkým tématem, které má biodromální charakter. Prostupuje do různých sfér života jedince. Ovlivňuje tak nejen jedince samotného, ale také jeho okolí. Tato bakalářská práce by mohlo pomoci lépe porozumět dané problematice jak osobám, kterých se duševní onemocnění týká, tak i jejich blízkým.

Zároveň by měla bakalářská práce dát prostor lidem, kteří využívají sociální služby na podporu duševního zdraví. Tato bakalářská práce se opírá o humanistický a existencionální přístup, který prosazuje myšlenku, že uživatel/klient je největším odborníkem na svůj život. Uživateli sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním jsou osoby, jejichž diagnóza spadá do MKN-11, dříve do MKN-10.

1 Teoretická část

Teoretická část této bakalářské práce je rozdělena do několika kapitol. První kapitola obsahuje základní rozdělení a charakteristiku jednotlivých duševních onemocnění. Druhá kapitola popisuje pomocí grafického znázornění četnost a nejčastěji diagnostikovaná duševní onemocnění, třetí kapitola se věnuje charakteristice sociální práce s osobami s duševním onemocněním. Předposlední kapitola dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách prezentuje jednotlivé sociální služby, které může osoba s duševním onemocněním využít. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na posouzení kritérií kvality sociálních služeb.

1.1 Klasifikace a typy duševních onemocnění

Psychiatrie patří mezi základní obory lékařského zaměření, které se zabývají duševními poruchami a také poruchami chování, diagnostikou těchto poruch, poté léčbou a v poslední řadě i prevencí. Z této definice je možné přihlídnout k faktu, že nemoc sama je základním atributem celé psychiatrie (Mahrová, 2008).

Höschl (1996) se ve své publikaci zmínil jaký dopad má duševní onemocnění na sociální fungování člověka. Podle něj jsou překážkou všeobecně akceptované normy sociokulturního prostředí, podle kterých člověk v období svého onemocnění není schopen fungovat.

V péči o duševní zdraví spolu spolupracuje mnoho oborů. Jedince bychom v pomáhajících profesích měli vnímat jako bytost biopsychosociální. V sociální práci je hlavním cílem sociálního pracovníka podpořit klienta a pomoci mu v dosažení sociálního fungování. Avšak u lidí s psychiatrickou diagnózou je nutné vzít v potaz nemoc samotnou, a to se všemi jejími projevy (Mahrová, 2008).

V podkapitolách níže jsou jednotlivými kódy rozděleny určité duševní poruchy a poruchy chování dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2008). Světová zdravotnická organizace (WHO) vytvořila 11. revizi. Tato revize byla schválena v květnu 2019 a vstoupila v platnost 1. ledna 2022 (UZIS). Ve své bakalářské práci však budu pracovat s 10. revizí, jelikož svou pozornost chci věnovat statistikám, které byly zpracovány převážně 10. revizí. Výrazné obsahové změny v MKN-11 se týkají převážně nemocí krve a krvetvorných orgánů, nemocí imunitního systému, poruch spánku, stavů souvisejících se sexuálním zdravím a oblasti tradiční medicíny. Tyto klasifikační systémy mají v psychiatrii za cíl mezinárodní standardizaci psychických poruch. Slouží k efektivní komunikaci mezi jednotlivými odborníky a také ke stanovení diagnózy.

Cílem mé práce není kompletní popsání všech duševních poruch a poruch chování, vybrala jsem si jen určité, na které se budu moci odkazovat v kapitole Statistické údaje týkající se osob s duševním onemocněním.

1.1.1 Organické duševní poruchy (F00-F09)

V praxi se jedná o velice rozsáhlou skupinu duševních poruch. Příčina nemoci je dobře známá nebo v jiných případech vysoce pravděpodobná. (Pavlovský a kol., 2009).

Organické duševní poruchy jsou specifické hlavně tím, že mají evidentní organický základ (Mahrová, 2008).

Může jít například o přímé postižení mozku, a to zejména po úrazech nebo při nádoru na mozku, dále může mít podobu zánětlivého onemocnění, typické pro encefalitidu, abscesy atd. Nebo primární atroficko-degenerativní proces CNS. Projevuje se nejčastěji v podobě Alzheimerovy nebo Pickovy choroby (Pavlovský a kol., 2009).

Nebo se může jednat o projevy celkového onemocnění, mezi jehož hlavními příznaky jsou připojeny i projevy psychopatologické. Například vaskulární onemocnění CNS při celkové ateroskleróze nebo při infekčních onemocněních přicházejí stavy zmatenosti, srdečního selhání atd. U psychických poruch metabolického původu se jedná nejčastěji o diabetes mellitus, kdy dochází k poruchám funkcí ledvin nebo jater. U psychických poruch hormonálního původu mluvíme zejména o poruše funkce štítné žlázy, pohlavních žláz aj. (Pavlovský a kol., 2009).

Do organických duševních poruch spadá primárně demence nebo deliria. Výjimkou nejsou ale ani deprese, poruchy osobnosti atd. (Mahrová, 2008).

Syndrom demence

Syndrom demence je souhrnné označení pro závažnou získanou poruchu paměti a intelektu, popřípadě dalších psychických kvalit. Nejčastěji se s demencí setkáme u osob vyšších věkových skupin. Avšak díky traumatickému či jinému poškození mozku je možné demenci určit již během začátku třetího roku života (Pavlovský a kol., 2009).

Demenci rozděluje do tří fází:

- Lehká demence
- Středně těžká demence
- Těžká demence

Pro lehkou demenci je charakteristický pokles paměti, ale zatím v mírné formě. Dále je uváděno výrazné zhoršení v oblasti učení se novým věcem. Jedinci mají problém s vybavováním si nových informací, což má za následek výskyt překážek v běžném životě (Pavlovský a kol., 2009).

Středně těžká demence je charakteristická téměř úplnou neschopností vtisknout si do paměti nové znalosti a vědomosti. Jedinec má problém v oblasti orientace, a to místní i časové, pro jedince je těžké vybavit si jména osob atd. (Pavlovský a kol., 2009).

Těžká demence představuje úplnou neschopnost vtisknout si do paměti nové znalosti a vědomosti. Jedinec si z minulých let odnáší jen určité fragmenty a není schopen se sám o sebe postarat, proto je nutná pomoc a péče druhých osob (Pavlovský a kol., 2009).

Alzheimerova choroba (F00), patří mezi nejčastější typy demencí. Na této chorobě se podílí mnoho vlivů, které mohou mít povahu zakódovanou již v genetice jedince. Sekundárními vlivy podílejícími se na Alzheimerově chorobě může být také účinek toxických látek (Pavlovský a kol., 2009).

Vaskulární demence (F01), tato forma demence není sice tak častá, jako Alzheimerova choroba, ale za to je to závažnější typ demence. Typická je pro tuto formu demence snížená výkonnost jedince, koncentrovanost a porucha vstřípivosti paměti. Co se týče změn na emoční úrovni, tak jedinec bývá často afektovaný a labilní. Je nutno počítat s úzkostí a pláčem. Nemocný jedinec snadno podléhá vlivům okolí a může být vztahovačný. Nemocný může být lehce paranoidní (Pavlovský a kol., 2009).

1.1.2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19)

Zde můžeme zařadit poruchy, které vznikly v důsledku abúzu na alkoholu (F10), dále požíváním opioidů (F11), kanabinoidů (F12), užíváním sedativ či hypnotik (F13), požíváním kokainu (F14) a jiných stimulantů včetně kofeinu (F15), halucinogenů (F16), tabáku (F17) a organických rozpouštědel (F18) a v poslední řadě poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek (F19) (Mahrová, 2008).

Tyto duševní poruchy souvisí s depresivními pocity a emocemi a vlastní identitou. Jedinec se snaží zjistit, kam patří, jaké místo ve společnosti zastává, a jak moc dokáže být nezávislý. Požíváním psychoaktivních látek brání sebe samého před úzkostí (Mahrová, 2008). Paradoxem ale je, že po odeznění účinků psychoaktivní látky a vyplavením serotoninu a dopaminu z těla ven, se jedinci vrací úzkosti mnohdy doprovázené společně s depresí ještě ve větším měřítku.

Akutní intoxikace

Jedná se o stav, který je přechodný. Tento stav je navozen po požití alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky, která vede ke změnám a poruchám vědomí, vnímání, poznávání, chování a emotivity. Projevy se odvíjí od velikosti dávky, typu dané látky, aktuálních okolnostech, a hlavně na osobnosti intoxikovaného člověka (Höschl, 1996).

Mnohdy je cílem uživatelů psychotropních látek dosáhnout určité úrovně intoxikace. Závisí na místních a kulturních tradicích. Například u nás alkoholová euforie, v některých jihoamerických nebo asijských státech účinek opia nebo koky. Jestliže při akutní intoxikace nedojde k vážným problémům, které by trvale poškodily organismus uživatele, intoxikace po nějaké době odezní. Avšak akutní intoxikace s sebou nese určitá zdravotní rizika, například křeče, delirium nebo dokonce kóma (Pavlovský a kol., 2009).

Škodlivé užívání

Mluvíme o tzv. vzorci užívání. Jedná se o způsob užívání psychoaktivních látek, který nenávratně poškozuje zdraví uživatele. Poškození rozdělujeme na poškození na somatické bázi a poškození na duševní bázi. Pokud mluvíme o poškození somatickým, jedná se nejčastěji o hepatitidu, ke které dochází v důsledku intravenózní aplikace psychotropních látek. Škodlivé užívání se odráží také na psychice uživatele. Objevují se zejména depresivní poruchy (Mahrová, 2008).

Syndrom závislosti

Syndrom závislosti je charakteristický silnou touhou po určité látce, která přetrvává soustavně minimálně jeden měsíc nebo je rozdělena do kratších intervalů během posledního roku. Specifická je pro syndrom závislosti zhoršená kontrola užívání látky, kdy se jedinec neúspěšně snaží látku vysadit úplně nebo alespoň snížit její dávky (Pavlovský a kol., 2009).

Při snaze vysadit látku se dostavují odvykací příznaky, které jsou buď na somatické nebo na psychické bázi. Každá látka může přivodit odlišnou formu abúzu. S rozvíjející se tolerancí, kterou si uživatel buduje pravidelným užíváním látky, je pro uživatele nutné zvyšovat dávky, aby efekt byl obdobný a dosáhlo se požadovaných účinků, ke kterým dříve stačila nižší dávka dané látky (Mahrová, 2008).

Odvykací stav

Průběh odvykacího stavu závisí na několika faktorech. Záleží na tom, jakou psychoaktivní látku osoba užívá a jaké množství jí užívá. Odvykací stav je typický u osob, které dlouhodobě a intenzivně požívají alkohol (Raboch, Pavlovský, 2013). Odlišný průběh odvykání je při abúzu na alkoholu, kde člověka při abstinenci doprovází tyto somatické obtíže: Tremor, pocení, insomnie, delirium. Při abúzu na opiátech bude jedinec pociťovat silné bolesti břicha doprovázené křečemi a silným napětím. Přičemž odvykací stav může být ztížen křečovými záchvaty (Raboch, Zvolský 2001).

Psychotická porucha

Tato porucha vzniká v důsledku užívání psychoaktivní látky, objevuje se buď během užití nebo těsně po požití látky. Tuto poruchu doprovázejí smyslové halucinace, nejčastěji sluchové. Osoba, u které je přítomna psychotická porucha je často paranoidní a taktéž jsou přítomny psychomotorické poruchy. Často se psychotická porucha zaměňuje se schizofrenií, neboť příznaky jsou velmi podobné. Na rozdíl od schizofrenie psychotická porucha postupem času odezní a není trvalá. Pacientovi se nastaví medikace, nejčastěji v podobě antipsychotik, které zmírňují psychotické projevy. Je třeba dodržovat abstinenci, aby se psychotická porucha nevrátila (Mahrová, 2008).

1.1.3 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29)

Schizofrenie (F20)

Autorem pojmu schizofrenie je švýcarský psychiatr Eugen Bleuler, poprvé toto slovo použil v roce 1908. Toto slovo vzniklo ze dvou řeckých slov, *schizo*, které vyjadřuje štěpení a *phern*, označení pro rozum nebo mysl. Celý pojem tedy označuje tzv. „rozštěpení mysli“. Znamená to, že vůle a emoce a myšlení nemocného člověka nejsou jednotné, jsou na sobě nezávislé a nevytvářejí spolu dohromady jeden celek (Vacek, 1996).

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Jde o multisystémové poškození mozkových funkcí, z nichž vyplývají uvedené psychické projevy“ (Vágnerová, 2008 in Mahrová, s. 333).

Mezi hlavní příznaky podle Smolíka (2002) patří primárně poruchy kognitivních funkcí jako je myšlení a vnímání, emotivity, jednání a osobnosti člověka.

Prevalence tohoto onemocnění se pohybuje okolo 0,5 - 1,0 %. Začíná se projevovat již v mladším věku, není ale vyloučeno, že toto onemocnění může propuknout i později (Pavlovský a kol., 2009).

Až jedna třetina pacientů prožije více opakujících se epizod, které narušují a poškozují fungování jedince a vedou tak k degradaci psychických i sociálních funkcí (Malá, Pavlovský, 2010).

Schizofrenie se dále dělí na:

- Paranoidní schizofrenii (F20)
- Hebefrenní schizofrenii (F20.1)
- Katatonní schizofrenii (F20.2)
- Nediferencovanou schizofrenii (F20.3)
- Postschizofrenní epresi (F20.4)
- Reziduální schizofrenii (F20.5)
- Simplexní schizofrenii (F20.6)
- Jinou schizofrenii (F20.8)

Každé jednotlivé typy schizofrenie mají svá přesná diagnostická kritéria, která jsou podrobně popsána např. v publikaci *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research* (WHO, 1993).

1.1.4 Afektivní poruchy

Mezi hlavní příznaky afektivní poruchy patří viditelné kolísání nálad. Jedinec pociťuje apatické stavy, které samovolně přechází do stavů euforie a viditelně dobré nálady. Tato nezdravě zvýšená nálada může mít podobu hypomanie (malé mánie) nebo mánie (Pavlovský a kol., 2002).

Depresivní epizoda

Je charakteristická melancholickou náladou. Jedinec ztrácí zájem a potěšení z běžných aktivit. Dalším příznakem depresivní epizody je ztráta apetitu a libida, poruchy spánku, pocity bezcennosti či viny, suicidální myšlenky apod (Höschl, 1996).

„Freud (1917a) byl první autor, který porovnal a odlišil depresivní („melancholické“) stavy a normální truchlení. Všiml si, že významný rozdíl mezi těmito dvěma stavy je v tom, že při běžném zármutku je prožíván jako nějakým důležitým způsobem omezený, zmenšený vnější svět (například při ztrátě hodnotné osoby), zatímco u deprese je to, co se zdá ztracené nebo poškozené část já“ (McWilliams, 2015, s. 242).

Hypomanická epizoda

Jedinec je v euforické náladě, přítomno může být i podráždění a tento stav trvá nejméně 4 po sobě jdoucí dny. Je nutné, aby byly přítomny minimálně tři z následujících znaků, které určitým způsobem narušují každodenní život jedince: Zvýšená aktivita nebo tělesný neklid, zvýšená

hovornost, narušená koncentrace, snížená potřeba spánku, zvýšené libido, nadměrné utrácení peněz, zvýšená sociabilita (Doubek a kol., 2011).

Manická epizoda

V manické epizodě převládá euforická, expanzivní nálada a někdy podrážděná nálada. Jedinec má pocit, že je neporazitelný a že vše zvládne. Pro manickou epizodu je typická snížená potřeba spánku, zvýšené sebevědomí, jedinec má v mánii rychlý tok myšlenek, proto je jeho mluva rychlá a hlasitá. Dalšími příznaky mánie je hypersexualita, nadměrné utrácení peněz, nadměrná konzumace návykových látek. Mnohdy v manické epizodě není jedinec schopen odhadnout své schopnosti a možnosti a jedná nepřiměřeně. Z tohoto důvodu může být vystaven nepříznivým situacím (Höschl, 1996).

Bipolární afektivní porucha (F31)

Jedná se o závažné duševní onemocnění, které je biologicky podmíněno. Sice se BAP dá léčit různými psychofarmaky, ale zásadně ovlivňuje kvalitu života jedince a jeho blízkých. Původní název byl maniodepresivní psychóza nebo maniodeprese (Doubek a kol., 2011).

Pro BAP jsou charakteristické velké výkyvy nálad v podobě manických a depresivních epizod. Depresivní epizoda trvá nejméně 2 týdny. Deprese se rozděluje na mírnou, středně těžkou a těžkou (Pavlovský a kol., 2009).

1.1.5 Neurotické poruchy (F40-F47)

Neurotické poruchy jsou velmi časté. Neuróza je označení pro onemocnění, které vzniká na základě psychosociálních vlivů. Neurotické symptomy občas prožívá každý z nás. Jedná se především o strach, obavy, úzkost nebo smutek. Neurózy dělíme na strukturální a akutní. Strukturální neurózy vznikají na základě dlouhodobých a komplexních poruch v mezilidských vztazích a akutní neurózy jsou zpravidla přítomny po prožití traumatu psychického rázu (Höschl, 1996).

U neurotických poruch se nevyskytují halucinace ani bludy. Hlavními symptomy jsou porucha emotivity, labilita, úzkostné nálady, které mohou vést až k sebevraždě (Pavel Pavlovský a kol., 2009).

Úzkostné poruchy (F41)

Do této kategorie spadá panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha. Panická porucha je charakteristická pro své pravidelné záchvaty paniky. Tyto záchvaty se projevují spontánně. Stav trvá několik minut a je možno pozorovat stejné vegetativní, tělesné a psychické symptomy jako u fobických poruch. Jsou-li přítomné alespoň čtyři panické ataky v období čtyř týdnů, jedná se o středně těžkou panickou poruchu. U těžké panické poruchy se výskyt panických záchvatů zvětšuje, a to až na čtyři panické ataky během jednoho týdne po dobu minimálně čtyř týdnů (Pavlovský a kol., 2009).

Při panické atace jedinec může pociťovat změnu vegetativních projevů. Například bušení srdce, obtíže s dýcháním, zvýšená hydróza, zvýšení krevního tlaku nebo svalový tonus. Stav panické ataky po určité době odezní, ale může se kdykoliv vrátit bez zjevné příčiny (Kopecká, 2015).

Pro generalizovanou úzkostnou poruchu je typické dlouhodobé napětí úzkostného charakteru, kdy převažují obavy a zlé předtuchy nad racionálními myšlenkami. Jedinci uvádějí tyto příznaky: Svalové napětí, bolesti, neklid, problémy s usínáním a podobně jako u fobických a panických stavů přítomnost vegetativních, tělesných a psychických příznaků (Pavlovský a kol., 2009).

Obsedantně kompulzivní porucha (F42)

Do neurotického okruhu řadíme i obsedantně kompulzivní poruchu (OCD). Hlavním rysem této poruchy jsou nutkavé myšlenky (obsese), které se jedinci neustále vtírají do jeho mysli a zhoršují mu kvalitu života. Jedinec pociťuje značnou nepohodu, kterou se snaží redukovat. Nejčastěji si jedinec vytváří ke vlastnímu uspokojení různé rituály (Praško a kol., 2019).

Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení (F43)

Do této kategorie spadá posttraumatická stresová porucha (PTSD). PTSD vzniká po prožití stresující a traumatické události. Mezi hlavní diagnostická kritéria patří dokola se vracějící vzpomínky na tyto traumatické události a snaha jedince se vyhýbat jakékoli podobné situaci. Hlavním znakem u této poruchy bývá neschopnost si vybavit celou traumatickou situaci, jedinec si pamatuje pouze útržky, někdy si nepamatuje nic. Na jedné straně je jedinec velmi sensitivní, například má nepřiměřenou reakci na úlek a na druhé straně se u jedince setkáváme s emočním otupěním, straněním se lidí atd. Důležité je časové kritérium – pro poruchu je charakteristické, že musí vzniknout nejpozději do šesti měsíců od traumatizující události. Ve vážných případech, pokud nedojde k uzdravení může dojít k trvalé změně osobnosti (Pavlovský a kol., 2009).

1.1.6 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69)

Specifické poruchy osobnosti (F60)

Zastaralý název pro Specifické poruchy osobnosti je termín psychopatie. V západních zemích byl primárně tento termín spojován s jedinci s disociálními rysy. Specifické pro tuto poruchu je, že vlastnosti a chování jedince neomezují jen jeho samotného, ale do velké míry ovlivňují i okolí jedince. Poruchy osobnosti mají svou dynamiku v souvislosti s dospíváním, zralostí a stárnutím jedince, během této doby dochází k určitým nuancím, avšak poruchy osobnosti jsou trvalé. Právě během stárnutí jedince může docházet ke zjemnění některých povahových nápadností například agresivita a disociální projevy, naopak egocentrismus a vztahovačnost se může s přibývajícím věkem zvětšovat (Pavlovský a kol., 2009).

Lidé s touto specifickou poruchou mají problém v oblasti přijímání odměn, ponaučení se z trestů a náročné je pro ně i tvorba a řízení dlouhodobých životních plánů. Hlubší emoční prožitky a pevné mezilidské stavy jsou hlavním aspektem, kterého nejsou schopni ve svém životě dosáhnout. Další obtíží lidí s poruchou osobnosti jsou například autority. Jedinec není schopen uznávat autority. Autoritářský přístup tedy není vhodný pro práci s touto skupinou lidí (Höschl, 1996).

Porucha osobnosti má zpravidla počátek v dětství. Začíná se projevovat v pozdním dětství, ale spolehlivá diagnostika lze provést až po dozrání osobnosti (Pavel Pavlovský a kol., 2009).

Poruchy osobnosti jsou v dnešní době stále častěji diagnostikovány (Venglářová, 2008, in Mahrová).

Zde jsou obecná diagnostická kritéria (Pavel Pavlovský a kol., 2009):

- Viditelná disharmonie v postojích a chování jedince (afektivita, myšlení, vnímání)
- Abnormální chování je trvalé
- Abnormální chování je viditelné již v dětství nebo dospívání, plynule pokračuje do dospělého věku
- Jedinec má díky abnormálnímu chování narušen pracovní výkonost
- S abnormálním chováním souvisí subjektivní obtíže

Pro zorientování zde uvádím tzv. definici „trů“ poruch osobnosti dle DSM-IV (Höschl, Libiger, Švestka, 2004).

Tabulka č. 1: „Trsy“ poruch osobnosti dle DSM-IV

Trs A - podivní, excentrici	Trs B - afektovaní, emotivní, dramatizující	Trs C - úzkostní, uhýbavý, ustrašení
Paranoidní porucha osobnosti	Disociální porucha osobnosti	Anankastická porucha osobnosti
Schizoidní porucha osobnosti	Emočně nestabilní porucha osobnosti - hraniční typ a impulzivní typ	Anxiózní porucha osobnosti
Schizotypální porucha osobnosti	Histriónská porucha osobnosti	Závislá porucha osobnosti

Zdroj: vlastní zpracování dle Höschl, Libiger, Švestka (2004)

MKN-10 uvádí tyto klinické obrazy:

Paranoidní porucha osobnosti (F60.0)

Charakteristické je pro tuto poruchu nepřátelství, jedinec není schopen odpouštět domnělé křivdy, jedinec je podezřívavý a je přesvědčen o vlastní pravdě. Jednání ostatních bere jako útok proti vlastní osobě. Má tendenci k vyvolávání konfliktů s blízkými a okolím (Pavlovský a kol., 2009).

Schizoidní porucha osobnosti (F60.1)

Projevuje se nejčastěji emočním chladem, jedinec obtížně dosahuje potěšení a postrádá schopnost vyjadřovat náklonost a vřelost k ostatním lidem (Pavlovský a kol., 2009).

Jedinec se vyhýbá sociálním kontaktům, je citlivý. Takové chování se často vyskytuje u schizofrenie (Mahrová, 2008).

Disociální porucha osobnosti (F60.2)

Tato porucha je charakteristická lhostejností jedince k citům ostatních, opět je zde viditelné nerespektování norem a absolutně chybí jedinci ochota podřizování se autoritám. Taktéž má jedinec problém v oblasti budování vztahů a vytrvání v nich a v uznání vlastního chybování (Pavlovský a kol., 2009).

Vzniklá disociální porucha osobnosti má ve většině případech kořeny již v raném dětství, kdy se dítěti nedostávalo dostatek citového vztahu od pečujících osob. U dětí se může projevovat tato porucha šikanou slabších, agresí a záškoláctvím a může to gradovat až k ublížení na zdraví osobám či zvířatům, v čemž shledává jedinec zálibu (Pavlovský a kol., 2009).

Emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3)

Emočně nestabilní porucha osobnosti se dělí na dva typy. Impulzivní typ, kdy jedinec jedná nepředvídatelně a neuváženě. Impulzivní typ se projevuje zejména velkými výbuchy zlosti, které mohou přecházet i do násilného chování a kolísavou náladou. Hraniční typ je typický pro nejasné představy o sobě samém, hlavním znakem je sebepoškozování. Jedinec má velkou obavu z opuštění. Jeho chování značně ovlivňuje vztahové vazby. Vztahy jsou nestálé a velmi intenzivní (Pavlovský a kol., 2009).

Histriónská porucha osobnosti (F60.4)

Tato porucha osobnosti vychází z latinského slova „histrion“, herec. Jedinec má tendenci zveličovat a dramatizovat situace v jeho životě. Jeho emoční projevy nesou znaky lability. Táhne po uznání a má manipulativní tendence (Pavlovský a kol., 2009).

Tato porucha postihuje častěji ženy. Ženy jsou často zaměřené na tělesnou přitažlivost a touží po ocenění druhými. Jednají za pomoci intrik a manipulace. Dříve se užíval název hysterická. Tento termín byl odvozem od dělohy (Mahrová, 2008).

Anankastická porucha osobnosti (F60.5)

Jedinec s touto poruchou osobnosti klade velký důraz na perfekcionismus. Drží se daných zásad a lpí na sociálních konvencích (Pavlovský a kol., 2009).

Pro jedince je důležité zabývání se detaily a pravidly, což značně ovlivňuje kvalitu jeho života (Mahrová, 2008).

Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti (F60.6)

U jedince převládá trvalá obava a napětí a má pocity méněcennosti, těžko se mu navazují sociální kontakty. Tato porucha se projevuje hypersensitivitou (Pavlovský a kol., 2009).

Závislá porucha osobnosti (F60.7)

Osoba se podřizuje ostatním na úkor svých vlastních potřeb, opět se zde vyskytuje nadměrná obava z opuštění a osoba má problém v oblasti samostatného rozhodování (Pavlovský a kol., 2009).

1.2 Statistické údaje týkající se osob s duševním onemocněním

V této kapitole se zaměřím na celkový počet duševně nemocných v průběhu let, statistické údaje jsou v jedné podkapitole již od roku 2010, v jiných v rozmezí let 2020 a 2022, proto využívám údaje dle MKN-10. Tato kapitola slouží pro stručný přehled o četnosti duševních onemocnění a poukazuje na jejich nárůst. Níže jsou zaznamenány nejčastěji diagnostikované duševní onemocnění.

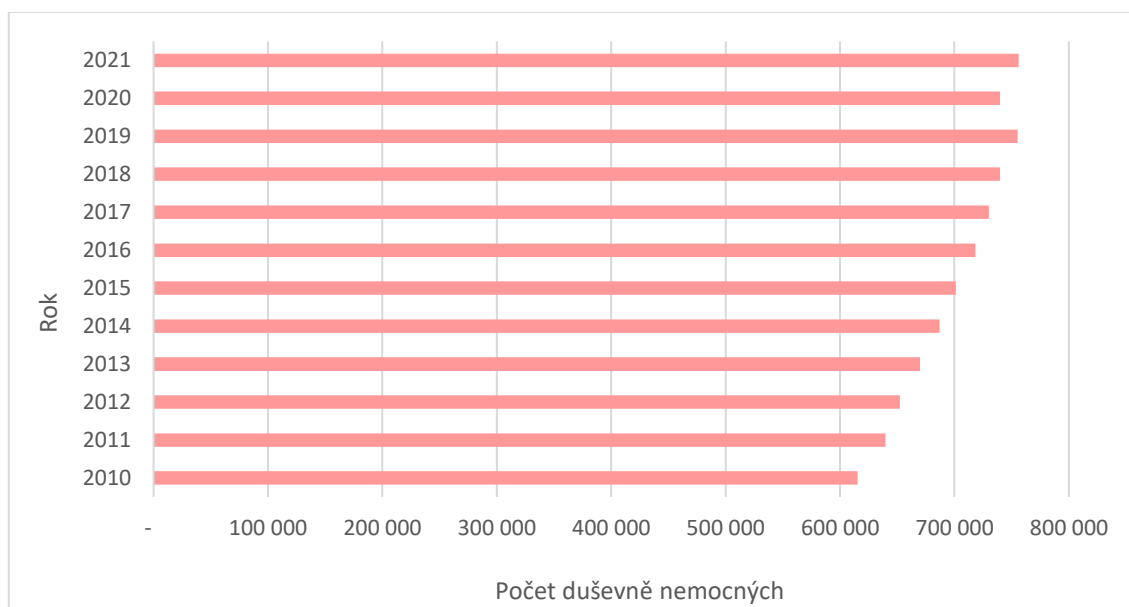
Statistické údaje čerpám z Národního zdravotnického informačního portálu (NZIP) a všechna použitá data vycházejí z otevřených datových sad Ministerstva zdravotnictví. Další statistické údaje čerpám z oficiálních internetových stránek Světové zdravotnické organizace (WHO), oficiálních internetových stránek Evropské unie.

Dle WHO se v roce 2019 potýkalo s duševním onemocněním celosvětově 970 milionů lidí. Nejvíce s depresí a úzkostnou poruchou. Lidé s těžkým duševním onemocněním umírají o 10 až 20 let dříve než běžná populace. A duševní onemocnění zvyšuje riziko sebevraždy.

Do jisté míry měla pandemie Covidu vliv na duševní zdraví. Podle WHO se zvýšil počet osob s depresemi a úzkostmi během prvního roku pandemie o 25 %.

1.2.1 Počet duševně nemocných osob v České republice

Dle NZIP má téměř 10 % Čechů zkušenost s duševním onemocněním. Ze statistických údajů je možné pozorovat značný nárůst duševně nemocných osob v jednotlivých letech. V roce 2010 v ČR bylo zjištěno 615 396 osob, během pěti let se tento počet zvýšil o 85 739. Počet duševně nemocných každým rokem roste. V roce 2021 bylo zjištěno 756 115 osob s duševním onemocněním.



Graf č. 1: Počet duševně nemocných osob v ČR v průběhu let

Zdroj: vlastní zpracování dle NZIP

1.2.2 Nejčastěji diagnostikované poruchy v roce 2020

V roce 2020 byly nejčastěji diagnostikované tyto poruchy (NZIP). První místo zaujímají poruchy nálady, kam spadá například deprese, smíšená úzkostlivě depresivní choroba, depresivní epizody a další). Na druhém místě je Alzheimerova nemoc. Kategorie vážných psychických poruch je na třetím místě. Do této kategorie spadá mimo jiné i schizofrenie. Následkem infarktů je Vaskulární demence, která je na čtvrtém místě.

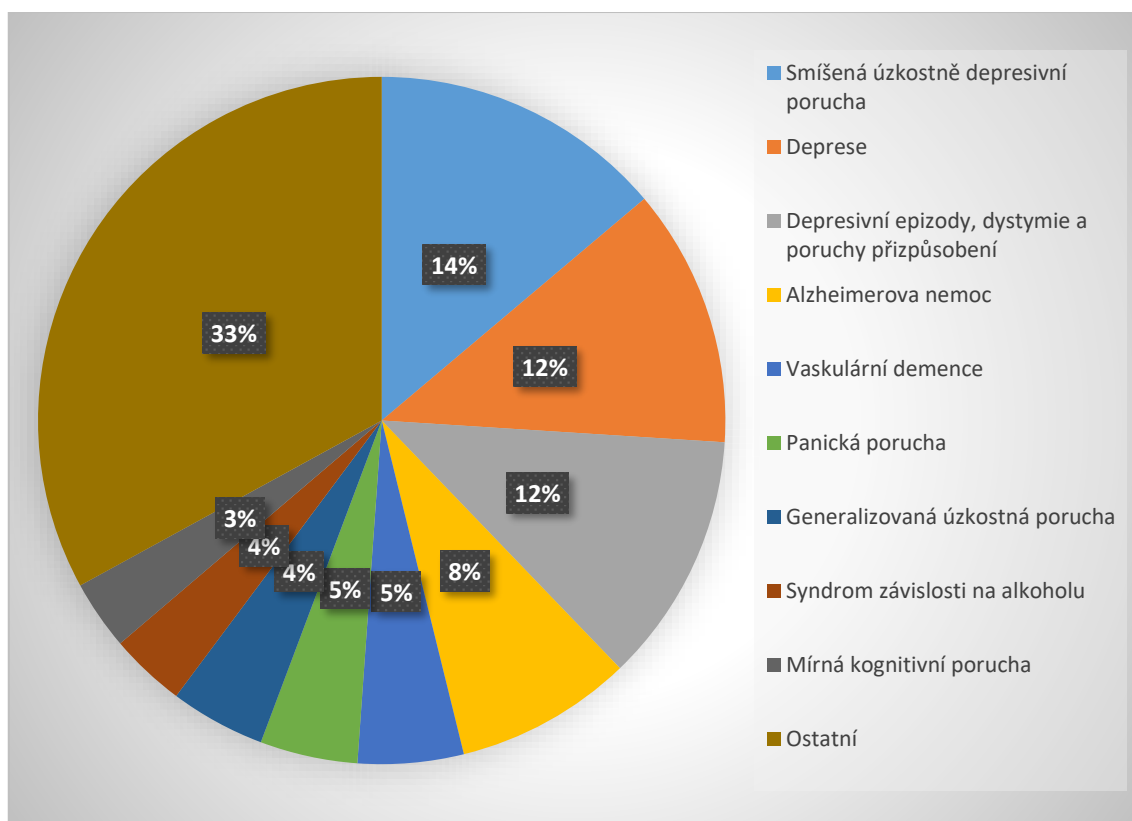
Tabulka č. 2: Nejčastěji diagnostikované poruchy v roce 2020

1.	Poruchy nálady
2.	Alzheimerova nemoc
3.	Vážné psychické onemocnění
4.	Vaskulární demence

Zdroj: vlastní zpracování dle NZIP

1.2.3 Nejčastěji nově diagnostikovaná psychiatrická onemocnění (data pro rok 2020)

V následujícím grafu jsou zaznamenány nejčastěji nově diagnostikovaná psychiatrická onemocnění pro rok 2020 (NZIP).



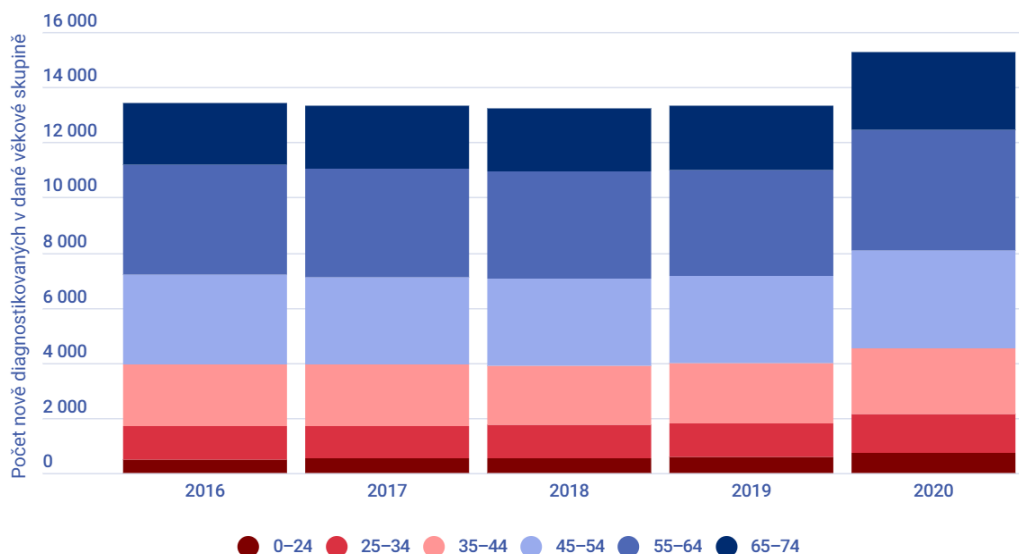
Graf č. 2: Nejčastěji nově diagnostikovaná psychiatrická onemocnění pro rok 2020

Zdroj: vlastní zpracování dle NZIP

1.2.4 Počet nově diagnostikovaných pacientů s depresí

Zde je názorná ukázka počtu nově diagnostikovaných pacientů s depresí dle věkových skupin.

Lze pozorovat že v letech 2016-2020 je nejpočetnější skupinou s nově diagnostikovou depresí je věková skupina v rozmezí 35-44 let. Deprese patří mezi nejčastější duševní onemocnění, a to z důvodu, že deprese je buď samostatné duševní onemocnění nebo může být sekundárním příznakem u jiného onemocnění, například u Parkinsonovi nemoci. Dle MKN-10 deprese trvá v průměru kolem 6 měsíců, u mladších osob a adolescentů zřídka déle než 1 rok, avšak průběh, délka i dynamika onemocnění je individuální u každého jedince.



Graf č. 3: Počet nově diagnostikovaných pacientů s depresí dle věkových skupin

Zdroj: NZIP

1.3 Sociální práce s osobami s duševním onemocněním

1.3.1 Sociální práce

Sociální práce se odráží jak ve společenskovedních disciplínách, tak i v oblastech praktické činnosti. Sociální práce má za úkol odhalování, zjemnění a primárně řešení problémů vzniklých v sociální oblasti jedince, rodiny, skupiny nebo komunity. Typické sociální problémy jsou chudoba, nezaměstnanost, zanedbání výchovy dětí nebo třeba diskriminaci menšinových skupin (Matoušek a kol., 2001).

Velké množství společností sociální práci provádí, ale nepojmenovávají ji jako sociální práci (Matoušek a kol., 2008).

1.3.2 Sociální pracovník

„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“ (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Kompetence sociálního pracovníka spočívá ve schopnosti získávat informace o klientovi a jeho okolí pomocí sociálního šetření, tyto informace zpracovávat a hodnotit. Pomocí nich pak vytvořit a následně realizovat plán intervencí. Důležité je, aby sociální pracovník uměl spolupráci s klientem vhodně ukončit. Sociální pracovník by měl empaticky naslouchat klientovi, vnímat klientovi verbální i neverbální projevy. Sociální pracovník má dále za úkol komunikovat i s dalšími odborníky a institucemi, ať už verbálně nebo písemně. Řídit by se měl dle etiky své práce (Matoušek a kol., 2005).

Sociální pracovník v péči o uživatele s duševním onemocněním

Úkolem sociálního pracovníka, jehož cílová skupina jsou lidé s duševním onemocněním je primárně založit důvěrný a respektující vztah s pacientem. Sociální pracovník by si měl být vědom při práci s touto cílovou skupinou, že pacienta neovlivňuje pouze stav jeho duševního zdraví a stanovená diagnóza, ale také prostředí a zázemí, ve kterém se nachází. Dále pak vzdělání, hodnoty, cíle a zkušenosti v životě pacienta (Matoušek, 2005).

„Sociální pracovník chápe a podporuje koncept údravy (nejen vyléčení) – u dlouhodobě duševně nemocných údravou rozumíme readaptaci, tedy přijetí sebe, významu smyslu života, který přesahuje limity dané onemocněním, zvládání nemoci a adaptaci sebe sama na onemocnění“ (Matoušek, 2008, str. 136).

Dalším úkolem sociálního pracovníka, jak uvádí Matoušek (2005) je podporovat sociální integraci. Sociální pracovník může svým jednáním ovlivnit postoje společnosti, která může mít obavy z osob označených jako duševně nemocní. Dále pak postoje odborníků. Mnohdy profesionálové zaujímají nadměrně ochranný postoj vůči nemocným, to může mít za následek u klienta pocit méněcennosti a nezpůsobilosti.

Sociální pracovníci pracují s klienty různými způsoby. Buď pomocí sociální rehabilitace, kde pomáhají klientovi v oblastech týkající se bydlení a práce nebo skrze případové vedení – case management a v neposlední řadě je také důležitá psychoterapie (Matoušek 2005).

1.3.3 Sociální práce s duševně nemocnými

V sociální práci, kde je problematikou duševní zdraví, je důležité navázat na intervenci. Intervence může mít různý rozsah a cíle. Například rodinou nebo krizovou intervenci, která může být využívána ke znovuoživení mentální rovnováhy. Mnohdy sociální pracovníci pracují s lidmi, kteří se dlouhodobě léčí. Sociální faktory do velké míry ovlivňují průběh duševního onemocnění. Jedinci se závažnou duševní poruchou bývají často objekty stigmatizace (Matoušek a kol., 2005).

Sociální pracovník by měl umět poskytnout osobě s duševním onemocněním cílenou pomoc formou sociálního poradenství, která zahrnuje informace v oblasti sociálního zabezpečení. Základní informace týkající se občanského, pracovního a rodinného práva (Matoušek a kol., 2005).

„Vývoj systému péče by měl podporovat deinstitucionalizaci čili přesunovat těžiště péče z institucí do přirozených společenství využívajících podporu celostátních, případně regionálních zdravotních a sociálních systémů. Souběžně s tím by měl být snižován počet tradičních institucionálních zařízení a měla by se rozvíjet mimoústavní – tj. komunitní – zařízení“ (Matoušek a kol., 2005, s. 134).

Sociální pracovník pracuje s duševně nemocnými lidmi buď v institucích (psychiatrická léčebna, psychiatrický domov důchodců atd.), v léčebných komunitách a komunitních zařízeních (centra denních aktivit, krizová centra). Sociální pracovník by měl pečlivě dbát na vytvoření pevného vztahu, který je založen na důvěře, měl by tvořit prostředníka mezi duševně nemocným člověkem a komunitou (obcí) za účelem sociální integrace klienta (Matoušek a kol., 2005).

Hlavním předpokladem k práci s touto cílovou skupinou je porozumění a základní odborná znalost psychiatrických onemocnění, jejich symptomatika, vlivy medikace atd. Dále by měl sociální pracovník ovládat své znalosti v oblasti standardů zdravotní a sociální péče a řádu příslušného zařízení, v kterém vykonává práci sociálního pracovníka (Matoušek a kol., 2005).

1.4 Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou níže vypsány služby, které může využít osoba s duševním onemocněním.

1.4.1 Služby sociální péče

§ 45 Centra denních služeb

Jedná se o ambulantní typ služby. Poskytují pomoc lidem, kteří potřebují pomoc další osoby v důsledku jejich zdravotního stavu nebo vlivem stáří.

§ 46 Denní stacionáře

Opět se jedná o ambulantní typ služby pro seniory, chronicky duševně nemocné a osoby se zdravotním postižením. Zprostředkovává stejné služby jako výše uvedená služba.

§ 47 Týdenní stacionáře

Poskytují stejnou pomoc jako denní stacionáře, navíc ale poskytují i ubytování.

§ 50 Domovy se zvláštním režimem

Jedná se o pobytový typ služby pro chronicky duševně nemocné klienty, dále pro osoby s různými typy demencí. Klientům tato služba poskytuje ubytování, stravu, sociální terapeutické činnosti dále zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím a napomáhají klientovi v uplatňování jejich práv, oprávněných zájmů, taktéž pomáhají klientovi při obstarávání osobních záležitostí.

§ 51 Chráněné bydlení

Opět se jedná o pobytový typ služby. Nabízí skupinové bydlení, ale lze sjednat i individuální bydlení. Služby poskytované v chráněném bydlení jsou opět obdobné jako u shora zmíněných.

1.4.2 Služby sociální prevence

§ 55 Telefonická krizová pomoc

Tento druh služby slouží osobám, které se nacházejí v těžké životní situaci, někdy dokonce v života ohrožující situaci a nejsou schopni vlastními silami tuto situaci ustát. Cílem služby je poskytnout kvalitní telefonickou krizovou intervenci a pomoc při uplatňování práv a zájmů jedince.

§ 64 Služby následné péče

Služby následné péče nabízí jak ambulantní, tak i pobytový typ služeb. Tato služba pracuje s osobami se závislostí na návykových látkách nebo s lidmi s duševním onemocněním. Podmínkou služby je stoprocentní abstinence nebo dokončená lůžková/ambulantní léčba. Tato služba poskytuje primárně sociálně terapeutické činnosti, zajištění styku se společenským prostředím a samozřejmě i pomoc v oblasti uplatňování práv klienta.

§ 67 Sociálně terapeutické dílny

Jedná se o ambulantní typ služby. Služba se snaží v klientech podporovat zdokonalování pracovních návyků skrz sociálně pracovní terapie.

§ 68 Terapeutické komunity

Jde o pobytový typ služby, který slouží klientům se závislostí na návykových látkách nebo osobám s duševním onemocněním. Podmínkou je snaha se zapojit do běžného života.

§ 70 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitací se rozumí soubor specifických činností vedoucích k dosažení samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti osob. Služba poskytována terénní, ambulantní formou i pobytovou formou.

Cíl sociálních služeb

Základním cílem sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním je vést klienta ke zotavení, dále sociální služby pro lidi s duševním onemocněním představují jistou prevenci před hospitalizací nebo alespoň její zkracování a následně pomáhají klientovi začlenit se zpět do společnosti po dlouhodobých hospitalizacích.

1.4.3 Dostupné sociální služby pro lidi s duševním onemocněním v Kraji Vysočina

V Kraji Vysočina ze služeb sociální rehabilitace můžeme vybrat například FOKUS Vysočina, z.ú., který poskytuje služby terénní i ambulantní formou. Věková kategorie klientů je od 16 do 80 let. Terénní služba je poskytována uživatelům v okrese Pelhřimov, pokud je klient hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Jihlava, tak i v tomto zařízení. Další pobočky jsou například v okrese Chrudim a Havlíčkův Brod (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2024).

V Třebíči funguje Paprsek naděje – Centrum služeb pro podporu duševního zdraví. Poskytovatelem je Diecézní charita Brno. Tato služba funguje již od roku 2009 a je poskytována osobám starších 18 let až do 70 let věku. Služba je poskytována uživatelům terénní i ambulantní formou. Počet klientů u ambulantní formy je 20 klientů. U terénní formy jsou to 4 klienti (Registr poskytovatelů služeb, 2024).

Klub v 9 je centrum služeb pro podporu duševního zdraví. Poskytovatelem je Diecézní charita Brno a zařízení má pobočky ve Žďáře nad Sázavou, Bystřici nad Pernštejnem a ve Velkém Meziříčí. Služba je poskytována osobám starších 16 let do 70 let věku. Je poskytována terénní i ambulantní formou. U ambulantní formy je počet klientů 36 – Žďár nad Sázavou 16 uživatelů, Bystřice nad Pernštejnem 10 uživatelů, Velké Meziříčí 10 uživatelů. U terénní formy je počet klientů 6 (Registr poskytovatelů služeb, 2024).

V Jihlavě funguje již od roku 2009 VOR Jihlava, z.ú. Služba je poskytována osobám starším 16 let do 80 let věku. Pobočku má i v Telči. Služba je poskytována terénní i ambulantní formou. U ambulantní formy je okamžitá kapacita 3 klienti. U terénní formy je okamžitá kapacita 2 klienti. Terénní služba je poskytována uživatelům v dojezdové vzdálenosti do 35 km od města Jihlava (Registr poskytovatelů služeb, 2024).

1.5 Kritéria kvality sociálních služeb

„Vývoj sociální práce byl vždy do určité míry ovlivňován poznatky z jiných společensko-vědních disciplín“ (Holasová, 2014, s. 78).

Navrátil a Matoušek (2013) sdílejí myšlenku, že v oblasti sociální práce bude konstantně docházet k přebírání konceptů z odlišných oborů. Tímto způsobem se termínem kvalita začala zabírat i oblast sociální práce.

V organizacích zajišťující sociální práci je kvalita pojímána skrze určité aspekty. Tyto aspekty jsou charakterizovány jako lidskost, profesionalita, spolupráce, autonomie, organizační fungování a hospodárnost (Mülhausen, 2004).

Aby se jednalo o kvalitní službu, je třeba, aby byla vykonávána pracovníky s odpovídající kvalifikací. Důležité je také, aby služba byla poskytovaná s přiměřeným technickým vybavením. Kvalitu služba zajišťuje i tím, že je poskytovaná přiměřeně aktuálnímu stavu klienta a měla by na tento stav mít pozitivní dopad. Cílit by služba měla na zlepšení kvality života klienta. Služba by měla být řádně zdokumentovaná a zdůvodnitelná (Karařfová, 2004 in Mátl, Jabůrková, 2007).

Dle SERVQUAL přístupu lze rozlišit pět dimenzí kvality služeb:

- 1) Prostředí – To znamená především vzhled místa poskytování služeb, ale také vzhled nebo vystupování pracovníků služby
- 2) Spolehlivost – Spolehlivost je dána schopností poskytovatele služby naplnit sjednané služby (např. vypovídající schopnost poradenského rozhovoru).
- 3) Vstřícnost – Znamená schopnost poskytovatele porozumět potřebám klientů a dokázat tyto potřeby naplnit.
- 4) Způsobilost – Jedná se o kompetence poskytovatele, např. důvěryhodnost, odborné vědomosti atd.
- 5) Empatie – Představuje schopnost se vcítit do pocitů jednotlivých klientů, např. jednání při krizových situacích (Karařfová, 2004 in Mátl, Jabůrková, 2007).

2 Výzkumná část

Výzkumná část této práce je zaměřena na to, jak jsou služby pro lidi s duševním onemocněním dle MKN-10, nyní od roku 2022 MKN-11 dosažitelné v Kraji Vysočina, a to z perspektivy uživatelů daných služeb. Výzkum byl realizován v březnu a dubnu 2024 ve městech Jihlava, Třebíč, Pelhřimov.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem této bakalářské práce je zjistit pohled vybraných uživatelů služeb v Kraji Vysočina na dosažitelnost sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním. Dosažitelnost je ve výzkumu vnímána primárně podmínkami místními a časovými, informovaností a pokrytí potřeb uživatelů službou.

Na základě stanoveného cíle byla zformulována hlavní výzkumná otázka a tři dílčí výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

Jak vnímají osoby s duševním onemocněním dosažitelnost služby?

Dílčí výzkumné otázky:

Jak vnímají uživatelé dostupnost služby? (místní, časová)

Jak proběhl první kontakt se službou?

Jak poskytované sociální služby naplňují potřeby uživatelů?

2.2 Metoda sběru dat

Vzhledem k tématice celé bakalářské práce a formulaci výzkumných otázek byla zvolena kvalitativní metoda.

Kvalitativní výzkum je prováděn na základě intenzivního a delšího kontaktu, a to buď s terénem, konkrétní situací nebo konkrétní osobou či skupinou (Hendl, 2005).

Disman (2002) popisuje kvalitativní výzkum jako určité poslání, kdy díky výzkumu dochází k propojení mezi výzkumníkem a participanty, které vede k lepšímu pochopení jejich sociální situace.

V kvalitativním výzkumu se sbírají data především díky přepisů poznámek z rozhovorů, dále pomocí fotografií, videozáznamů a audiozáznamů. Tyto získaná data nám přibližují život zkoumaných lidí (Hendl, 2005).

Pro tento výzkum byla zvolena metoda strukturovaného rozhovoru, viz. příloha č. 2. Bedrnová a Nový (2007) uvádí jako výhodu strukturovaného rozhovoru právě možnost získat hlubší a kvalitnější informace, protože rozhovor, který má tazatel pod kontrolou bývá zajímavější.

O další výhodě hovoří například Disman (2011), který poukazuje na jistotu, že na otázky nám odpovídá opravdu ta osoba, pro kterou jsou určeny.

Rozhovor, tedy kvalitativní výzkum může mít i jisté nevýhody oproti kvantitativnímu výzkumu – dotazníkům. Disman (2011) uvádí například problém s anonymitou respondenta, kdy respondent, který musí být fyzicky přítomný u rozhovoru může určité informace zkreslit.

Rozhovory byly provedeny v přirozeném prostředí uživatelů sociálních služeb, konkrétně vždy ve službě, do které uživatel pravidelně dochází. Rozhovory byly nahrány na diktafon a s doslovným přepisem zaznamenány. Analýza byla zpracována pomocí techniky kódování.

Kódování je jednou ze sociologických technik, která se využívá v kvantitativním výzkumu. K jednotlivým kvalitativním údajům, který výzkumník získal během výzkumu, se přiřazují kódy. Ty mohou mít číselnou podobu. V kvalitativní analýze mají tyto kódy nejčastěji podobu slov či slovních spojení (Maříková, Petrusek, Vodáková, 1996).

Postup při kódování je v symbióze s tím, jak výzkumník pročítá text. Výzkumník text selektuje do částí a na jednotlivé části přiřazuje dané kódy (Švaříček, Šedová, 2007)

Kódování lze rozlišit na tři způsoby, otevřené, axiální a selektivní (Hendl, 2016).

Pro tuto práci byl zvolen způsob otevřeného kódování. Pro otevřené kódování je charakteristické, že výzkumník volí kódy takovým způsobem, aby zahrnuly faktické jevy v textu do univerzálních konceptů např. zalévání květin může být zakódováno jako pracovní činnost. Otevřeným kódováním se skrz jednotlivé kategorie a koncepty docílí přehledu o daných tématech v textu (Hendl, 2016).

2.3 Výzkumná skupina

Výzkumnou skupinu tvoří zúčastnění participant, jejichž duševní onemocnění podložené diagnózou spadá do MKN-10, nově od roku 2022 MKN-11.

Primární podmínkou pro účast na výzkumu byla ochota participantů se výzkumu zúčastnit a sekundární podmínkou bylo využívat aktivně služby podporující duševní zdraví. Během výzkumu bylo osloveno několik organizací na podporu duševního zdraví, a to napříč krajem Vysočina. Bylo osloveno desítky participantů v organizacích Paprsek naděje – Centrum služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč, CDZ Havlíčkův Brod, Fokus Pelhřimov, KLUB v 9, VIDA Jemnice, CDZ Jihlava a VOR Jihlava. Spolupráce se mi povedla uskutečnit se 3 organizacemi – Paprsek naděje – Centrum služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč, Fokus Pelhřimov a VOR Jihlava. Celkem spolupráce proběhla se 7 participanty z výše uvedených organizací.

Kvalitativní výzkum formou rozhovoru proběhl v přirozeném prostředí participantů, tj. v dané službě v provozní době. Časové rozhraní rozhovoru se pohybovalo od 30 do 60 minut. A výzkum proběhl v měsíci březnu a dubnu roku 2024.

Participant odpovídali na předem připravené otázky. Rozhovor měl formu strukturovaného rozhovoru.

2.4 Etická dimenze výzkumu

Z etického hlediska budu po celou dobu výzkumu dodržovat anonymitu participant, aby nemohlo dojít k identifikaci zúčastněných výzkumu. V celé práci budou označení participant

daným číselným kódem. Číslo bude každému participantovi přiděleno podle toho, v jakém pořadí daný rozhovor probíhal.

Každý rozhovor probíhal na základě informovaného souhlasu participanta, viz. příloha č. 1. Zúčastněným byly poskytnuty informace o délce rozhovoru, na jaký účel budou data použita a každý participant souhlasil se zaznamenáním rozhovoru na nahrávací zařízení – diktafon.

Zprostředkování výsledku participantům bylo oznámeno vždy úvodem rozhovoru.

2.5 Limity výzkumu

Limity výzkumu pro tuto bakalářskou práci jsou vnímány hlavně z hlediska cílové skupiny. Osoby, které mají diagnostikovanou například depresi, generalizovanou úzkostnou poruchu nebo sociální úzkost nemají jednoduché navázat kontakt s cizí osobou pro účely výzkumu. Na základě tohoto faktu se nepodařilo pro tuto bakalářskou práci získat více jak 7 participantů.

Do jisté míry i aktuální duševní stav participanta může ovlivnit výsledky výzkumu. Prostředí může být dalším limitem ve výzkumu. Rozhovory se uskutečnily vždy v dané službě a u některé osoby požadovali u rozhovoru přítomnost jejich klíčového sociálního pracovníka.

Určitým limitem mohla být i znalost výzkumnice v daném prostředí a situací s duševním onemocněním spojených. Mohlo tak dojít k podsouvání vlastního názoru.

3 Výsledky výzkumu

V této kapitole je podrobný popis získaných dat od klientů jednotlivých sociálních služeb. Práce je vytvořena s cílem zjistit dosažitelnost sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Výzkum je selektován do podkapitol, které navazují na dílčí výzkumné otázky. Dílčí otázky zodpovídají hlavní výzkumnou otázku.

3.1 Dostupnost

Tato dílčí otázka se zabývá místními a časovými aspekty, které ovlivňují klientovu dostupnost k dané službě. A také formou poskytované služby, tedy pokud služba poskytuje ambulantní nebo terénní formu služby nebo je služba poskytovaná duálně. Dílčí otázka se zabývá taktéž zaměstnáním klienta, což může ovlivňovat právě časový aspekt.

3.1.1 Místní a časové aspekty

Někteří z participantů mají invalidní důchod, studují nebo pracují na zkrácený úvazek. 6 ze 7 vybraných participantů uvedlo, že místní a časové podmínky služby, kterou využívají jim vyhovují. Například participant č. 2 uvádí: *Já nedojíždím, jsem z /název města/, jak jsem říkal, jsem na azylovém domě. Jdu do města, tam sednu na pětku na autobus a jedu sem. Tak funguje to tady od 8:00 do 16:00, takže já ráno vstanu, vezmu si prášky, píchnu si inzulin. No a pak jdu na autobus a jedu sem, no. A jsem tady tak do těch 11:30, no a potom jedu zase na barák, no. Protože musím tam na ten oběd. Jinak bych tu byl klidně déle.* Stejně tak participant č. 6 říká: *„Já jsem jako původně od /název města/, tam mám trvalý pobyt, ale bydlím tady v /název města/. Máme pravidelné schůzky s /název služby/. Jsem zaměstnaný, jsem invalidní důchodce třetího stupně. Nemůžu vlastně dělat noční směny, pracuji na zkrácený úvazek, mám tak 10 směn za měsíc, víc ne. Dělá od pondělí do pátku a víkendy mám volné. Jsem už tady rok a čtyři měsíce. Sem do /název služby/ docházím jednou týdně. A při nějaké atace duševní nemoci, tak se dá spojit aspoň po telefonu a byla by mi podaná pomocná ruka, takže jsem spokojený.“*

O problému s časovým rozsahem služby se vyjadřuje participantka č. 7: *„Ano, já využívám /název služby/ a jsem z /název města/. Všude dojedu MHD. A /název služby/ mám dokonce blízko bydliště. Jediné co, tak musím dojíždět za svojí psychiatrickou do jiného města, protože v /název města/ je těžké najít psychiatra, který nemá plnou kapacitu. Časově mi vychází vstříc, jsem studentka, takže podle rozvrhu a volných dnů mohu docházet na individuální sezení. Akorát ty skupinové sezení mi nevyhovují časově. Navštěvovala bych /název služby/ určitě častěji, kdybych měla více času, ale docházím ještě na brigádu, takže toho volna moc nemám. Možná bych uvítala, kdyby /název služby/ byl přístupný více hodin v týdnu.“*

3.1.2 Forma poskytované služby

2 ze 7 vybraných participantů využívají službu pouze ambulantní formou. 1 participant ji využívá z největší části terénní, ale potvrdil, že občas do služby fyzicky dochází. 4 Participantů využívají obě formy služby. Terénní forma služby pomáhá klientům řešit jejich sociální situaci. Převážně terénní službu využívají z důvodu doprovodů na úřady a komunikaci s nimi nebo jim pomáhá tato forma služby v oblasti bydlení a vede klienty k větší samostatnosti.

Participantka č. 1, která využívá obě formy služby uvádí: „Využívám i terénní službu, sociální pracovnice jezdí ke mně, když potřebuji třeba s něčím pomoci teďka s rekonstrukcí domu, no, takže to spolu řešíme.“ Participant č. 2 se vyjádřil: „Já chodím jak sem, tak mě vlastně i klíčová pracovnice doprovází. A vyhovuje mi to, je to lepší, protože mně se blbě komunikuje, když mám něco vysvětlovat nebo tak. Ona to za mě řekne a je to takový lepší. Taky tam lépe trefím, když to někde neznám, tak tam radši nejedu, abych se tam někde neztratil.“

Naopak participant č. 4 potvrdil, že mu stačí využívat pouze ambulantní formu služby. Vyjádřil se v rozhovoru takto: „Ne, ne vůbec nemám nic takového, to já nemám. Já, když potřebuji, tak si dojdu sem, máme to naplánované dvakrát týdně. Buď v pátek nebo když mám psycholožku, tak se ten jeden týden vynechá, tam je psycholožka. Takže terénní nevyužívám, to já zvládám vše sám, akorát tady že chodím na tu skupinu, a to je taky dobrý, tady si povídáme.“ Participantka č. 7 taktéž využívá službu pouze ambulantní formou. V rozhovoru uvádí: „Já využívám službu zatím pouze ambulantně, ale věřím, že kdyby se mi zhoršil psychický stav, že by moje klíčová pracovnice přišla za mnou domů, ale nevím, jestli bych byla schopná to využít. Když na mě přijdou těžké deprese, tak se většinou uzavřu a s /název služby/ vůbec nekomunikuji.“

Participantka č. 5 využívá, jako většina dotázaných jak ambulantní formu, tak terénní. Participantka uvádí: „To je tak půl na půl. Podle toho, čeho se to týká. Když se to týká třeba provozních věcí, jako praní, nájem nebo pomoc s nákupem, tak to se sejdeme tady. Nebo bývá jednou za měsíc schůze, to bude ve čtvrtek, že se sejdou všichni terapeuti s mojí paní tlumočnicí, já jsem sluchově postižená. Paní N. sem přijde, popovídáme si a jinak třeba paní P. za mnou zajde že se třeba učíme vařit. Tak za mnou to zajde na bydliště, anebo třeba mají tady jednou týdně ve čtvrtek zdravotní sestřičku. A ta třeba nejdřív chodila ke mně, protože mi třeba srovnávala léky, jak jich mám hodně. Abych je neměla proslé, abych se v nich vyznala a abych věděla, co kolik беру a tak. A teďka se zase sestřičkou se scházím. Jsme se zase začali scházet tady, protože mám bezlepkovou a diabetickou dietu, tak ona mi vždy vybere nějaký zajímavý recept. Já si nakoupím podle toho a potom to s paní P. na bytě uvaříme.“

Oproti tomu participant č. 6 uvádí, že využívá z největší části službu terénní a vyjadřuje se takto: „Já sem moc nechodím, oni chodí za mnou. Takže spíš terénní. Já si s nimi domluví schůzku tady nebo na chráněném bydlení. Takže jsme měli schůzku třeba venku, v terénu, podle počasí. Sem do /název služby/ chodím ale rád. Chodím si sem vyprat prádlo, protože tam není pračka, v tom chráněném bydlení. Pomáhají mi udržet hladinu té stability. Protože abstinovat se v mém případě asi musí.“

3.1.3 Zaměstnání

V oblasti zaměstnání, které souvisí s časovými možnostmi klientů navštěvovat danou službu 4 ze 7 vybraných participantů uvedlo, že pobírají invalidní důchod. Například Participant č. 2 uvádí takto: „No byl jsem zaměstnaný, teď už ne. Teď už jsem v důchodu invalidním. Takže mě to neomezuje na čas, jak sem můžu docházet. Protože já jsem na tom Azylovém domě. Já se ráno probudím, vezmu si prášky a potom mám volno, no. Akorát kdyby byl nějaký úklid nebo něco, tak to uklidím, až přijdu odsud. Nejsem vázaný tak, že tam musím být na tom azyláku.“

2 participantů jsou zaměstnaní a 1 participantka studuje, a přitom si občasně přivydělává pomocí brigády. 6 ze 7 participantů tedy neuvedlo žádné časové omezení, kvůli kterému by nemohli službu plně využívat. Vybraná participantka č. 3, která je zaměstnaná se vyjadřuje takto: „Já jsem

dřív chodila na brigády, protože jsem ještě jako nemohla najít pořádnou práci, která by mi i kvůli zdravotním a psychickým problémům nějak vyhovovala. Takže většinou jsem byla domluvená odpoledne prostě nějaký čas. Předtím jsem mohla poměrně často, že to nevadilo. Jsem si napsala směny tak, aby mi to tady vyhovovalo a já jsem věděla že třeba jednou za 14 dní je ta svépomocná skupina a jednou za týden jsme měli tu individuální. Že prostě jsem si upravovala ty směny podle toho. Myslím si, že ono se to nějak jako dá vždycky udělat, že i na těch individuálních i na té skupinové se prostě řeklo, jo tak jestli většina z vás může tenhle datum, tak to radši přesuneme. Nyní jsem zaměstnaná a práce mě nijak neomezuje.“

Participantka č. 7, která je stále studentkou, v rozhovoru uvádí určité časové problémy, díky kterým není schopna využívat službu v takových intervalech, jak by si přála. V rozhovoru uvádí: *„No, tak já většinou navštěvuji službu jednou týdně, jednou za 14 dní. Zaměstnaná nejsem, jak jsem říkala, tak studuji a mám jen brigádu, ale i tak mi to bere hodně času. Ale ráda bych někde uvolnila ten čas, abych mohla navštěvovat službu častěji, protože je to hodně rozmanité. Někdy je období, kdy chodím každý týden a někdy je zase období, že jdu do /název služby/ třeba až po 3 týdnech.“*

3.2 Informovanost

Tato druhá dílčí otázka je zaměřena na další z primárních aspektů, které do jisté míry ovlivňují dosažitelnost služeb pro osoby s duševním onemocněním. Dílčí otázka se v první podkapitole zabývá prvotním kontaktem uživatele se službou a druhá podkapitola shrnuje názor uživatelů služby na propagaci a informovanost o službách, která je poskytovaná veřejnosti.

3.2.1 Prvotní kontakt se službou

Během výzkumu bylo zjištěno, že 3 ze 7 vybraných participantů se o službě podporující duševní zdraví, která jim může pomoci se sociální rehabilitací a celkově snazším začlením zpátky do běžného života dozvěděli až během hospitalizace. Například participantka č. 7 se v rozhovoru vyjadřuje: *„Tak já jsem matně měla nějaké povědomí o té službě už dřív, ale opravdu jen jako název... O službě jsem se dozvěděla bohužel až při hospitalizaci v PN. Říkám bohužel, protože kdyby mě na tu službu třeba odkázal psychiatr nebo tak, tak bych si tam mohla chodit povídat bezplatně, protože dřív jsem měla problém s tím jako studentka utáhnout terapeuta. A tím pádem bych nemusela skončit na uzavřeném oddělení. Bohužel to byla hodně tragická událost, ale naštěstí, musím zaklepat, to dopadlo dobře a můžu tady teď s vámi sedět a taky konečně už využívat i /název služby/.“*

Naopak participant č. 2 byl o službě informován ještě před hospitalizací a uvádí toto: *„Byl jsem informovaný přes Azylový dům tady v /název města/. Tam mi dali vlastně informaci o /název služby/. Prý mě kontaktoval /název služby/ i v nemocnici při hospitalizaci, ale to si nepamatuji, je to už delší doba.“*

3.2.2 Informovanost o službách poskytovaná veřejnosti

V této podkapitole byla participantům kladena otázka, jestli se domnívají, že se o službách poskytujících duševní zdraví dostatečně mluví nebo zda se jedná stále o určité stigma. 6 ze 7 vybraných participantů se vyjádřilo, že by se o službách podporujících duševní zdraví mělo více

mluvit, pouze 1 participantka uvedla: „Myslím si, že jo. Oni pořádají třeba, když je akce na náměstí neziskových organizací, tak tam mají stánek. Třeba letos jsme měli v dubnu běh pro Mozek. To byl tady v sadech takový okruh trvalo to 2 hodiny, asi 5 km. Tak to bylo zajímavý. Vyplňovali jsme takový papíry s otázkami. Různé hádanky a doplňovali jsme písmenka a měla jsem to dobře. Takže /název služby/ pořádá takové akce, aby lidi o něm věděli. V /název města/ se o tom určitě ví.“

Naopak participant č. 6 si myslí, že větší propagace služeb by pomohla jak se stigmatem společnosti, tak i lidem, kteří s duševním onemocněním tiše bojují a neví, na koho se obrátit. Participant se v rozhovoru vyjadřuje takto: „Do televize, a tak to nejde. Není to dost viditelný, je to spíš tak, že v té léčebně mají nejvíc kontakty na tyhle služby. Je to málo zviditelněný ty služby. Protože lidi, co jsou nemocní a trpí, tak by potřebovali o tom víc vědět no. U psychiatra jsem žádný třeba letáček neviděl. Za mnou z /název služby/ nikdo nebyl, když jsem byl hospitalizovaný. Z /název služby/ dřív taky ne, ale z /název služby/ ano, tam jsem taky chodil. Protože si asi dřív mysleli, že mám problémy hlavně s tím alkoholem.“

Participantka č. 7, která je studentkou a jednou z nejmladších dotazovaných uvádí: „No, takhle. Jak se to vezme. Z mého pohledu jako mladé dívky to určitě mezery pořád má. V té naší sféře mladých lidí a dospívajících se o tom mluví určitě více, myslím si, že je to i díky sociálním sítím, kde se dostávají duševní nemoci konečně do popředí. Ale třeba u starších generací si myslím, že je to stále tabu. Protože si pamatuji, že když jsem onemocněla já svou nemocí, tak to bylo bráno hodně s nadsázkou a nikdo tomu nechtěl věřit a vůbec neexistovalo udělat před rodinnými známými nějaký „coming out“ s tím, s čím se léčím. Kdežto moji vrstevníci a vrstevnice to vzali naprosto v pohodě. Myslím si tedy, že v některých aspektech se o duševním zdraví mluví dost, ale nesprávně. Všimla jsem si, jako téměř každý mladý člověk používající sociální sítě, že na různých platformách jsou dokonce duševní onemocnění idealizovány a spousta lidí si udělá takovou autodiagnózu. Takže si myslím, že celkový koncept duševního zdraví je podsouván lidem skrz sociální média dost jednobarevně. Rozhodně není in být nemocný. Takže ano, myslím si, že obecně se o tom mluví dost, ale klade se na to nesprávný důraz. Jinak určitě by se dalo dělat více, místo reklamních letáků na nějaké spotřebiče by určitě v obchodech, ve školách, na zájmových kroužcích nebo u doktorů mohly být letáčky s odkazem na služby podporující duševní zdraví nebo s číslem na linku bezpečí.“

3.3 Naplňování potřeb uživatelů

Tato třetí dílčí otázka se zabývá pokrytím potřeb uživatelů dané sociální služby. Otázky v rozhovoru byly zaměřeny s cílem zjistit subjektivně kvalitu poskytované služby z pohledu uživatele. Ve výzkumu se zjišťovalo, v čem služba pomáhá uživateli zvládnout běžný život bez nutnosti hospitalizace, čím je služba pro uživatele přínosná, popřípadě jestli je něco, co ve službě chybí nebo zda by se mělo něco změnit. 7 ze 7 dotázaných participantů uvedlo, že služba jim pomáhá. Hlavně se socializací a participanti uvedli službu jako hlavní útočiště, kam si mohou přijít bezplatně popovídat a požádat o pomoc s řešením osobních problémů. 4 ze 7 participantů uvedli, že by ve službě uvítali drobné změny, a to především ve formě canisterapie.

Například participant č. 2 říká: „Jo, je to dobrý. Protože se odreaguju tady. Já tady mám aktivity, v úterý mám komunitu a v pátek mám tvoření. A je to lepší, než ležet tam na azyláku a koukat se na televizi. Přijedu sem a jsem tady. Ještě teda klíčová pracovnice mi pomáhá s doktorem a

s bydlením. Tam je Domov se zvláštním režimem, protože na tom azyláku bych už potom nemohl být, tam je to asi jenom na rok. A domeček, kde jsem žil je zbouraný. To řeším teda teď s klíčovou pracovnící.“

Participantka č. 1 uvádí: „Tady mě to prostě tak nakoplo, že jsem získala nové kamarády, chodíme na výlety, do cukrárny. Já jsem se jako dřív stranila lidí a nechtěla komunikovat, a to mě teda tady hodně pomohlo. Máme ty tvůrčí dílny, to mě chytla hrozně keramika, do toho jsem se úplně zažrala a drátkování. To mě tak nakoplo, mám z toho hroznou radost, když si udělám nějaký výrobek pro sebe nebo někomu to daruji a setkávám se díky tomu tady jakoby s lidmi. Ale měla bych zájem třeba o canisterapii. Akorát chybí chráněné bydlení tady.“

Taktéž participant č. 4 v rozhovoru hovoří o velké emocionální podpoře, která se mu ve službě dostává, v rozhovoru se vyjadřuje: „Můžu se vymluvit, že jakoby mluvím a takový a že mi říkají, že se to lepší a takový. Že mi poradí, co mám dělat, kdyby náhodou to na mě přišlo nebo to, že třeba mám zaměstnat hlavu a takový a že se zlepšuji, že to je vidět. V tom vidím, že mi to dodává prostě ten impulz do dalšího cíle, abych to mohl zvládnout, taková podpora. No musím říct jako, že ještě že tyhle služby jsou nebo tady ta co mám zrovna, že jako je výborná. Musím to pochválit jsem úplně nadšen prostě. Pomáhají mi hodně jako hlavně já za psycholožkou chodím jednou za měsíc možná jednou za měsíců půl a tady chodím každý týden a prostě se vypovídám a tím se mi tohle zlepšuje a je mi líp prostě. Je mi dobře když odcházím, takže já jsem spokojený.“

Participantka č. 5 se během rozhovoru zmínila, že má ráda zvířata a uvítala by ve službě canisterapii: „Canisterapie by nebyla vůbec špatná. Přivítala bych to. Se psem nebo kočkou se pomazlit. Já mám doma morčata, ale ty jsou mazlivý jen někdy. Někáký pejsek, co se mazlí furt, to by se mi líbilo. Není to nutnost, ale uvítala bych to.“

Participant č. 6 by rád změnil to, aby se služba mohla více prezentovat na veřejnosti: „Tady funguje takový klub, já tam chodím občas. Víc třeba bych do toho zapojit ostatní lidi. Udělat nějakou velkou akci třeba na náměstí k výročí vzniku služby. Že by tam byl třeba nějaký zpěvák, něco by se prodávalo. Nebo by ti klienti něco vytvářeli. Já bych si tam mohl kovat na kováččině. Že by ta služba byla jako víc vidět. Ti lidi by se více zviditelili v očích toho diváka. To znamená, že by tam klienti vytvářeli svoje výrobky. Tady lidi umí dobře s keramikou, já třeba s tím železem, někdo se dřevem. Aby tam byly jako ukázky takový lidí, co mají nějakou diagnózu a ty lidi by nás viděli, co všechno dokážeme i s tím duševním onemocněním.“

Participantka č. 7 uvádí: „No, tak musím říct, že /název služby/ mi pomáhá aktuálně jak se školou, tak samozřejmě i v otázce duševního zdraví. Mně osobně moc pomáhá, když se můžu vypovídat a opravdu tady je místo, kde dokážu být otevřená jako nikde. Vzhledem k tomu, že z brigád moc peněz nemám, tak je pro mě opravdu náročné si zajistit individuální terapie s terapeutem. Takže to, že mám svoji klíčovou pracovníci a mohu si s ní povídat. Opravdu pro člověka s depresí je tohle to nejvíc. Že ho někdo poslouchá a má o něj zájem. kdybych si mohla vybrat, tak já hrozně miluji zvířata, a i během hospitalizace mně vlastně pomohlo, že tam byli v areálu nemocnice koně. Takže bych klidně uvítala nějakého terapeutického psa nebo kočku, která by byla ve službě a klienti by se mohli pomazlit. Kdyby bylo více personálu, potom by bylo třeba fajn uvažovat provozní době i o víkendu, alespoň na pár hodin. Já třeba potřebuji osobní kontakt a nedokážu s někým volat přes telefon jako je třeba krizová linka, tak kdyby se ta služba dala využívat více hodin nebo třeba ty víkendy, když by měl klient nějakou krizi. Ale zase chápu, že k tomu by bylo potřeba více sociálních pracovníků a pracovníc. A respektuji jejich osobní volno.“

4 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit dosažitelnost sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Při analýze výsledků výzkumu bakalářská práce došla k závěrům, které splňují její cíl. Ke splnění cíle byla použita jedna hlavní výzkumná otázka a tři dílčí výzkumné otázky.

První dílčí výzkumná otázka byla zaměřena na místní a časovou dostupnost sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním. Z výzkumu vyplývá, že většina vybraných participantů je spokojená s místní i časovou dostupností služeb, které využívají. Výsledek může být zkreslený tím, že nikdo z participantů nemusí do služby dojíždět, protože se nachází ve stejném městě jako jejich bydliště. Jediná participantka uvádí, že by uvítala rozšíření provozní doby služby z důvodu její časové vytíženosti. Ohledně formy služby jsou mezi participanty zastoupeni jak ti, kteří využívají ambulantní formu služby, stejně tak ti, kteří využívají terénní formu. 4 participanti využívají obě formy služby. S ambulantní i terénní formou služby jsou spokojeni. Nejvíce oceňují doprovod sociální pracovníce při vyřizování úředních záležitostí. Jeden z participantů by raději využíval jenom terénní službu. Nikdo z participantů neuvádí kolizi pracovní doby jejich zaměstnání a provozní doby služby, což může být ovlivněno skutečností, že ze 7 participantů jsou jenom 2 zaměstnaní, a to na částečný úvazek a 1 participantka pracuje brigádně podle svých možností.

Druhá dílčí výzkumná otázka zkoumala informovanost osob s duševním onemocněním a veřejnosti o sociálních službách, které mohou osoby s duševním onemocněním využívat. První kontakt se službou získalo 3 ze 7 participantů během první hospitalizace, 2 byli nakontaktováni přes jinou sociální službu, kterou využívali. 1 participantka získala kontakt na službu při návštěvě psychologa. 1 participant získal informace v rodinném kruhu. Ohledně informovanosti veřejnosti 6 ze 7 participantů uvádí, že je nedostatečná. Nemluví jen o informovanosti o službách, ale celkově i o duševním zdraví. Například 1 z participantů si myslí, že větší propagace by pomohla se zmírněním stigmatizace duševních onemocnění a zároveň by mohla pomoci lidem s duševním onemocněním snadněji vyhledat pomoc. 1 participantka vnímá změnu pohledu na duševní onemocnění v mladé generaci, a to zejména za pomoci sociálních sítí, kde duševní nemoc již není tabu. U střední a starší generace ale tento posun nevnímá. Jediná participantka z celé výzkumné skupiny vnímá informovanost veřejnosti jako dostatečnou, zmiňuje například akce pro veřejnost.

Třetí dílčí výzkumná otázka se zaměřuje na naplnění potřeb participantů s tím, že konkrétní potřeby nebyly specifikovány z důvodu, aby každý participant mohl uvést přesně ty svoje. Všichni participanti udávají spokojenost se službami, jako hlavní všichni zmiňují socializaci. Službu vnímají jako útočiště, jak uvádí jedna z participantek, je to místo, kde můžu být otevřená. Dále zmiňují možnost řešení osobních problémů, místo, kde se mohou věnovat volnočasovým aktivitám, kde lze nalézt emocionální podporu, pomoc se školou, s hledáním zaměstnání, bydlení. Všichni participanti uvádí, že zásadní je poskytování služby zdarma. Mezi nenaplněnými potřebami se objevila absence chráněného bydlení, chybějící canisterapie, kterou zmiňují 4 ze 7 respondentů a nepřítomnost jakéhokoliv jiného terapeutického zvířete.

Právě hospitalizace může narušit sociální vazby jedince, zkomplikovat pracovní příležitosti a problémy tak mohou nastat i v oblasti bydlení. Dle Stuchlíka (2001), je třeba osobě s duševním

onemocněním pomoci vybrat co nejvhodnější formu azylu, která nebude mít stigmatizující dopad, tou může být právě zmiňované chráněné bydlení. *„Chráněné bydlení má za cíl resocializovat zejména dlouhodobě léčené pacienty a připravit je pro soběstačný a samostatný život“* (Marková, Venglářová, Babiaková 2006, s. 46).

Jak uvádí Tichá (2007), pokud je canisterapie vedena profesionálně, má vliv na množství psychologických složek osobnosti daného jedince. Napomáhá člověku stabilizovat vnitřní rovnováhu, a to skrz pocity, které zvíře vyvolává a přenáší zpět na člověka. Například během canisterapie pes vyvolává pocit bezpečí a redukuje pocit samoty. Povzbuzuje v jedinci pocit důvěry.

Navzdory očekávání z výzkumu vyplývá, že všichni vybraní participanté vnímají sociální služby poskytované osobám s duševním onemocněním jako dostačující (místně i časově). Informovanost o službách považuje většina participantů za nedostatečnou. V naplňování potřeb uvádí participanté spokojenost, až na několik výjimek.

Doporučení pro praxi: Rozšíření provozní doby sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním nebo pohotovostní služby o víkendech, v noci, ve svátek. Doplnění služeb o další činnosti například terapie se zvířaty a více volnočasových aktivit. Samostatnou otázkou zůstává chráněné bydlení, které by mohlo vyřešit otázku bydlení pro osoby, které si ho vzhledem ke svému duševnímu onemocnění nejsou schopni zajistit či udržet.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit dosažitelnost sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Dosažitelnost služeb byla rozdělena do tří segmentů – dostupnost, informovanost a naplňování potřeb.

V teoretické části tato bakalářská práce popisuje základní rozdělení a charakteristiku jednotlivých duševních onemocnění, dále se snaží čtenářům přiblížit závažnost duševního onemocnění skrze grafy popisující četnost výskytu duševního onemocnění a jeho nejčastějších forem, a nakonec teoretická část zahrnuje charakteristiku sociálních služeb, sociální práce samotné a poukazuje na předpoklady, které vedou ke zkvalitnění sociálních služeb.

Kvalitativní výzkum byl realizován v březnu a dubnu 2024 v přirozeném prostředí participantů, konkrétně v dané službě, do které dochází a s kterou spolupracují. Pro participanty známé prostředí vedlo k navození větší důvěry a pohodlí.

U první dílčí výzkumné otázky týkající se dostupnosti bylo zjištěno: Většina vybraných participantů uvedla, že místní a časové aspekty nijak výrazně neovlivňují dostupnost konkrétní sociální služby, naopak participantům služba vždy vyšla vstříc. 1 participantka však během rozhovoru uvádí, že by uvítala rozšíření pracovní doby, a to zejména o víkendech a ve svátky, kdy se nemá na koho obrátit, pokud udeří ataka nemoci. Vybraní participanti uvedli, že jsou spokojeni nejen s ambulantní formou služby, ale také s terénní. Díky terénní formě se tak na službu mohou uživatelé obrátit i v případě, že potřebují doprovod při řešení úředních záležitostí. Jeden participant uvedl, že využívá službu primárně terénně a 1 participantka potvrdila, že jí vyhovuje naopak do služby docházet pouze ambulantně.

Druhá dílčí výzkumná otázka se zabývá prvotním kontaktem participanta s danou službou. Bylo zjištěno, že 3 ze 7 participantů bylo o službě informováno až během hospitalizace. Což poukazuje na nedostatečnou prevenci v oblasti informovanosti veřejnosti a psychiatrických pacientů. To ve výzkumu potvrdilo i tvrzení participantů, kdy se 6 ze 7 participantů nezávisle na sobě shodlo na tom, že o službách podporující duševní zdraví se málo mluví a málo se propagují.

Poslední dílčí otázka je zaměřena na naplňování potřeb uživatelů sociálních služeb. Všichni dotazovaní participanti uvádí spokojenost v oblasti naplňování osobních potřeb. Nejvíce participanti zmiňovali emocionální podporu, která se jim dostává od sociálních pracovníků právě ve službách podporující duševní zdraví. Právě bezplatná emocionální podpora je participanty vnímána jako jeden z hlavních důvodů, který je prevencí před hospitalizací. 4 ze 7 participantů uvedlo, že přítomnost terapeutického zvířete by napomohlo ke zlepšení jejich duševního stavu. 1 z participantů v rozhovoru uvedl, že by uvítal realizaci akce pro veřejnost, kde by osoby s duševním onemocněním měli možnost prezentovat své dovednosti a ukázat, že duševní nemoc není překážka v seberealizaci, zároveň by to mohlo motivovat ostatní osoby, kterým duševní onemocnění ovlivňuje život.

Po vyhodnocení tří dílčích výzkumných otázek byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka: Jak vnímají osoby s duševním onemocněním dosažitelnost služby. Cíl bakalářské práce byl tímto naplněn.

Dosažené výsledky této bakalářské práce mohou najít využití v oblasti sociální práce s osobami s duševním onemocněním, mohou sloužit jako zpětná vazba pro poskytovatele sociálních služeb,

pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Dále mohou být přínosem pro studenty a studentky oborů se zdravotně sociálním zaměřením nebo oborů příbuzných. Tato bakalářská práce poskytuje náhled do problematiky duševního onemocnění a obsahuje informace a názory o sociálních službách pro osoby s duševním onemocněním přímo od uživatelů služby. V případě realizace nového výzkumu, který by se zabýval totožným tématem by výzkum byl proveden z pohledu sociálních pracovníků, kteří pracují s osobami s duševním onemocněním a finální výsledky obou výzkumů by se porovnaly.

Seznam použité literatury

- BEDRNOVÁ E., NOVÝ I. a kol.** 2007. *Psychologie a sociologie řízení*. 3 vyd. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-169-0
- ČESKO.** 2006. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky, s. 1257-1289
- DISMAN, M.** 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0139-7
- DISMAN, M.** 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8
- DOUBEK, P. a kol.** 2011. *Průvodce bipolární poruchou*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-265-0
- HENDL, J.** 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 9788073670405
- HENDL, J.** 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9
- HOLASOVÁ, E.** 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8
- HÖSCHL, C.** 1996. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. vyd. H&H Jinočany. ISBN 80-85787-96-2
- HÖSCHL, C. Libiger, J., ŠVESTKA, J.** 2004. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigris, s. 548-555. ISBN 80-900130-7-4
- KOPECKÁ, I.** 2015. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3877-2
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol.** 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2138-5
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P.** 2010. *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-723-7
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M.** 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6
- MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A.** 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-311-3
- MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M.** 2007. *Kvalita péče o seniory, řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7262-499-7
- MATOUŠEK, O. a kol.** 2001. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7
- MATOUŠEK, O. a kol.** 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X
- MATOUŠEK, O. a kol.** 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8

MCWILLIAMS, N. 2015. *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktury osobnosti v klinickém procesu*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0943-0

MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ. 20008. Praha: Bomton Agency. ISBN 978-80-904259-0-3

MÜLHAUSEN, S. 2004. *Qualität in der Sozialen Arbeit*. Marburg: Tectum Verlag. ISBN 978-3-8288-8638-4

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL. 2024. *Duševní onemocnění v Česku*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [17.07.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/infografika-dusevni-onemocneni-v-cesku>

NAVRÁTIL, P., MATOUŠEK, O. 2013. *Sociální práce v době současné*. In Matoušek, O. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7

PAVLOVSKÝ, P. a kol. 2009. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2618-2

PRAŠKO, J. a kol. 2019. *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0495-6

RABOCH, JIŘÍ., ZVOLSKÝ PETR. 2001. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 8072621408

RABOCH, JIŘÍ, a PAVEL, PAVLOVSKÝ. 2013. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. s. 468. ISBN 9788024619859.

REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. 2024. *Sociální rehabilitace*. [online]. Praha: MPSV. [17. 07. 2024]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>

SMOLÍK, P. 2002. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika* 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-18-X

STUHLÍK, J. 2001. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0

TICHÁ, V. 2007. *Formy canisterapie*. In *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vydání. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6.

VACEK, JAROSLAV. 1996. *O nemocech duše: Kapitoly z psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-0535-6

VÁGNEROVÁ, MARIE. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1993. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research*. [online] Geneva: WHO. [17. 07. 2024]. Dostupné z <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37108/9241544554.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Přílohy

Příloha A – informovaný souhlas s provedením rozhovoru

Vážení,

Dovoluji si Vás požádat o spolupráci. Jmenuji se Darina Hrabalová a jsem ve 3. ročníku studijního programu Zdravotně sociální pracovník na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Zpracovávám bakalářskou práci na téma Dosažitelnost sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním v Kraji Vysočina.

Cílem mé závěrečné práce je zjistit pohled klientů na návaznost a dosažitelnost sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina ať už po návratu z hospitalizace nebo preventivně. Ráda bych s těmi, kdo by měl zájem udělala rozhovor. Rozhovoru by se zúčastnil pouze klient a já. Trval by přibližně 40-60 min. Stěžejními otázkami bude dosažitelnost služeb v ohledech místních a časových, informovaností a spokojeností klientů s kvalitou služby.

Otázky budou kladeny s citlivostí a s ochranou osobní roviny, budou tedy velmi obecné a klient se nemusí obávat, že bych se ho ptala na citlivé věci. Celý rozhovor bude nahráván na diktafon nebo jiné zařízení. Zaručuji naprostou anonymitu každého klienta a nahraný zvuk nebude nikde použit, slouží jen pro přepis do mé práce a následné vyhodnocení. Pokud si budete přát, budou Vám poskytnuty výsledky tohoto výzkumu.

Podmínkou pro rozhovor je ochota klienta odpovídat na mé otázky. Oblast duševního zdraví je pro mě velmi cenná a je mé osobě blízká, proto jsem si vybrala právě Vás.

Souhlasíte s provedením rozhovoru, jeho nahráním a účastí na tomto výzkumu?

Příloha B – rozhovorové otázky

Dostupnost:

Je služba dostupná v místě bydliště (místo, čas)?

Jakým způsobem využíváte službu (terénně – ambulantně)?

Jste zaměstnaný/á, jak často můžete službu navštěvovat?

Informovanost:

Jakým způsobem a kdy jste se o službě dozvěděl/a?

Máte pocit, že se o službách podporující duševní zdraví dostatečně mluví?

Naplňování potřeb:

V čem vám služba pomáhá zvládnout běžný život bez nutnosti hospitalizace?

V čem je pro vás služba nejvíce přínosná?

Je něco, co vám ve službě chybí?

Mělo by se ve službě něco změnit, pokud ano, co?