

Zařazení psychicky nemocných do společnosti a jejich uplatnění v běžném životě

Bc. Tereza Priegerová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza PRIEGEROVÁ**
Osobní číslo: **H118248**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Zařazení psychicky nemocných do společnosti
a jejich uplatnění v běžném životě**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu **IMS Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách (IMS 2009)**. Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

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

- na uplatnění psychicky nemocných ve společnosti,
- na způsoby jednání s duševně nemocnými,
- na vztah mezi psychicky nemocnými a společností.

Praktická část bude zaměřena na výzkum zjišťující uplatnění a možnosti zařazení psychicky nemocných do běžného života z pohledu lidí, kteří s těmito lidmi přichází do kontaktu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DORNER, K. Osvobozující rozhovor: psychicky nemocný v rodině. Praha: Grada, 1999. 132 s.

DUŠEK, K. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. 632 s. ISBN 978-8024-716-20-6.

GROSS, J. Doléčování duševně nemocných. Praha: Avicenum, 1971. 202 s.

HAUSNER, M. Duševně nemocný mezi námi. Praha: Avicenum, 1981. 126 s.

JANÍK, A. Veřejnost a duševně nemocný. Praha: Avicenum, 1987. 190 s.

HOUDEK, L. Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče. Praha: Galén, 1999. 181 s.

RABOCH, J. Duševní poruchy a kvalita péče. Brno: Tribun EU, 2010. 331 s. ISBN 978-8073-999-58-2.

RABOCH, J. Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II. Praha: Infopharm, 2006. 204 s.

RABOCH, J. Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III. Brno: Tribun EU, 2010. 268 s. ISBN 978-8073-999-84-1.

STYX, P. O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 978-8072-268-28-3.

SYŘIŠŤOVÁ, E. Člověk v kritických životních situacích. Praha: Karolinum, 1994.

SYŘIŠŤOVÁ, E. Speciální otázky zdravotnické psychologie: psychoterapie schizofrenie: teoretická východiska, praktické zásady. Praha: SPN, 1964. 131 s.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Renata Oralová

Institut mezioborových studií


Datum zadání bakalářské práce:

11. listopadu 2013

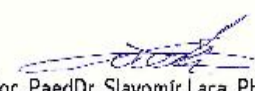
Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2014

V Brně dne 11. listopadu 2013


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




doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby^{1/};
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3^{2/};
- podle § 60^{3/} odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60^{3/} odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

.....
Bc. TEREZA PRIEGELKOVÁ
.....
Imča, příjemce studenta

V Brně 12.4.2014.....

.....
Priegelková
.....
Podpis

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

(1) Vysoká škola neovládnutě zveřejňuje diplomové, disertační, bakalářské a rigorózní práce, o kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze akademických prací, kterou spravuje. Z těchto zveřejněných prací smí studenti předpis vysoké školy:

(2) Inzerční, diplomové, bakalářské a rigorózní práce sdělovacího charakteru k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeného vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Nemá-li osoba, u které je práce poskytnuta na své náklady výpis, opis nebo rozmnožování.

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za výjimečných podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (čl. 33 odst. 1). Uplatní-li autor školního díla nárok na odměnu bez výjimky důvodu, mohou se tyto osoby domáhat namizení či jiné účinné právní ochrany vůči a soudu. Usazení § 33 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Může-li předáno jiné, může autor školního díla své dílo i bez poskytnutí právní licenze, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení pro oprávněnou potřebu požadovat, aby jim autor školního díla z výjimky jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licenze podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží ke věci výjimky dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Práce je zaměřena zejména na začleňování a přijetí psychicky nemocných osob zdravou populací. Jedná se zejména o psychicky nemocné osoby, které se vrátili z dlouhodobého pobytu v psychiatrické léčebně nebo z psychiatrického oddělení nemocnice. V práci jsou zmíněna také omezení psychicky nemocných osob, ale i jejich možnosti v rámci resocializace a resocializačních zařízení a v neposlední řadě i komunikace rodiny s psychicky nemocným. Práce obsahuje také výzkum prováděný z velké části mezi osobami, které s psychicky nemocnými jedinci pracují a mají s nimi zkušenosti.

Klíčová slova: psychicky nemocný jedinec, resocializační zařízení, komunitní pracovník, chráněné pracovní místo, socializace, integrace

ABSTRACT

This work is focused on integration of mentally ill people to the society. These are especially people, who return from long-term visit in mental hospital or psychiatric department of hospital. In this work are mentioned limitations of mental ill people, but their possibilities within the resocialization, that have in resocialization equipment. There is written about communication between mental ill person and his family, too. This work contain research, that has been done mainly between people, who work with mental ill people and they have with them some experiences.

Keywords: mental ill person, resocialization equipment, community worker, protected job, socialization, integration

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná v IS/STAG jsou totožné. Ráda bych tímto poděkovala paní Mgr. Renatě Oralové za odborné vedení při psaní této bakalářské práce, její věcné připomínky a vstřícný přístup.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 POJMOVÉ VYMEZENÍ A ÚVOD DO PROBLEMATIKY	10
1.1 POJEM PSYCHICKY NEMOCNÝ, PŮVOD A PRŮBĚH NEMOCI.....	10
1.2 KLASIFIKACE PSYCHICKÝCH NEMOCÍ.....	12
2 PŘECHOD Z LÉČENÍ DO PSYCHOTERAPEUTICKÉ KOMUNITY NEBO DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA	13
2.1 DRUHY KOMUNITNÍ PÉČE.....	13
2.2 KOMUNIKACE RODINY A BLÍZKÝCH OSOB S PSYCHICKY NEMOCNÝM.....	23
2.3 PSYCHOEDUKACE.....	26
2.4 PROCES ZOTAVENÍ.....	27
2.5 ZAMĚSTNÁVÁNÍ PSYCHICKY NEMOCNÝCH OSOB.....	28
2.6 KOMUNITNÍ PRACOVNÍK A PSYCHICKY NEMOCNÝ.....	29
3 OMEZENÍ PSYCHICKY NEMOCNÝCH V ZAMĚSTNÁNÍ	34
3.1 ŘIDIČSKÉ OPRÁVNĚNÍ.....	34
3.2 PRÁCE VE VÝŠKÁCH.....	35
3.3 DRŽENÍ STŘELNÉ ZBRANĚ.....	35
3.4 PRÁCE VE TRŽÍ - SMĚNNÉM PROVOZU.....	35
4 OMEZENÍ PSYCHICKY NEMOCNÝCH VE SPOLEČNOSTI	37
4.1 NADVÁHA.....	37
4.2 POŽÍVÁNÍ ALKOHOLU.....	37
4.3 OMEZENÍ A ZBAVENÍ ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM ÚKONŮM.....	37
4.4 VLASTNÍ NÁZOR.....	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
5 PŘIJETÍ PSYCHICKY NEMOCNÝCH DO SPOLEČNOSTI BĚŽNOU POPULACÍ	42
5.1 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	42
5.2 RESPONDENTI.....	42
5.3 ANALYTICKÁ ČÁST.....	43
5.4 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	47
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52

Úvod

Úvodem je nutné uvést, že problematika zařazení a následné uplatňování psychicky nemocných jedinců ve společnosti je stále aktuální téma, jelikož duševně nemocných lidí ve společnosti přibývá a více lidí tedy potřebuje vyhledat odbornou pomoc, ať už u ambulantního psychiatra či psychologa, nebo přímo v krizovém centru, či na psychiatrickém oddělení. Zejména lidé vracející se z dlouhodobého pobytu v psychiatrické léčbě nebo na psychiatrickém oddělení nemocnice se potřebují začlenit do společnosti, a to proto, že jsou jejími plnohodnotnými členy společnosti, i přesto, že jsou psychicky nemocní. Přijetí společností by jim jistě velmi pomohlo, také proto, že mají snížené sebevědomí.

Téma zařazení a uplatnění psychicky nemocných jedinců do společnosti jsem si vybrala proto, že se v mém okolí vyskytují lidé s psychickým onemocněním, kteří mají problémy se zařazením do společnosti. Po dlouhodobé hospitalizaci tito lidé v mém okolí mají komplikace s nalezením zaměstnání, mají také problém v tom směru, že lidé kolem nich nejsou ochotni je přijmout a chovat se k nim, tak jako před vypuknutím nemoci. Tato bakalářská práce je tedy určena široké veřejnosti, protože každý člověk se může v průběhu života setkat s duševně nemocnými, a to i ve svém blízkém okolí.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zmapovat, jak společnost přijímá psychicky nemocné jedince, jaké mají šance na přijetí do zaměstnání a celkové uplatnění ve společnosti. Dílčím cílem je zaměřeni na omezení, která duševně nemocné provázejí a která mohou být problémem nejen pro zaměstnavatele, ale i pro celou společnost. Dalším dílčím cílem je seznámení čtenářů s resocializačními druhy zařízení a v neposlední řadě také, jak komunikovat s člověkem, který je členem rodiny, a zároveň trpí psychickou poruchou nebo onemocněl psychickou nemocí. Posledním dílčím cílem je seznámit čtenáře s pojmem psychické nemoci a uvést některé druhy psychických nemocí a poruch.

Problematika zařazení duševně nemocných lidí do společnosti a jejich uplatnění v běžném životě je blízce provázána se sociální pedagogikou, a to v tom směru, že sociální pedagogika se zabývá zařazením znevýhodněných lidí do společnosti. Přičemž psychicky nemocní lidé, myšleno zejména lidé, kteří se vrátili ze zařízení pro léčbu psychiatrických nemocí a poruch bezesporu patří k lidem, které běžná populace vyřazuje ze společnosti, tudíž potřebují pomoc.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 POJMOVÉ VYMEZENÍ A UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY

Psychicky nemocného jedince dnes již nemusíme na první pohled poznat, může se chovat běžným způsobem, ale také může mít určité indispozice, jako příklad uveďme zpomalené pohyby, nervozita, ospalost nebo naopak agresivita, útočnost a podobně. Psychické nemoci a poruchy **nejsou jen nemocí nervového systému**, ale celého organismu. Nejde jen o porušení biologické rovnováhy, ale také o **porušení sociální rovnováhy**. Jde tedy o to, že duševně nemocní jedinci špatně navazují kontakty, vytváří si svůj vlastní svět, málo komunikují s lidmi, jsou odtažití a nejsou schopni vnímat skutečnosti, takové jaké opravdu jsou. Také reagují nepřiměřeně dané situaci, to znamená, že reagují nereálně.¹ Díky těmto příznakům netrpí jen nemocný, ale také rodina nemocného, která může a nemusí tyto problémy pochopit a akceptovat. Právě zde nastává problém, protože rodina a přátelé, ale i lidé, kteří nemají tak blízký vztah k nemocnému s psychickou chorobou, často nedokáží pochopit, co se vlastně s jejich milovaným člověkem děje, a v tomto místě dochází k nepochopení. Chování psychicky nemocného jedince je pro ně nepochopitelné a většinou mu nerozumí, a právě lidé, kteří nemají příliš blízký vztah k nemocnému o něm často začnou pochybovat a přijde jim divné jeho chování, a tak s ním raději přestanou komunikovat a stýkat se s ním, čímž ho dotyčný vyloučí ze společnosti.

1.1 Pojem psychicky nemocný, původ a průběh nemoci

Pokud pracujeme s psychicky nemocným jedincem, setkáváme se většinou s osobou, která prožívá **úzkost z omezení nebo ztráty smyslu života**, z ohrožení dosavadních jistot, a která naléhavě hledá východisko z bezvýchodné situace. S jistotou můžeme říci, že dochází k zásadní změně v prožívání lidí a že nemocného opouští zažitá návyky a zvyklosti, se kterými doposud žil. I vnímání a prožívání času se u psychicky nemocných výrazně mění. Zde je důležité **být s druhým člověkem** a nést s ním alespoň po určitou dobu jeho osud. Jistě nemocnému pomůže, když budeme s ním v jeho zápasu s bolestí.²

Pokud se zabýváme psychickou nemocí, měli bychom se podívat i na původce této choroby, jehož nelze jednoznačně označit, jelikož vznik a vývoj psychické nemoci určuje více činitelů, kterými jsou, jak vnitřní (endogenní), tak vnější (exogenní) činitelé. Tito

¹ Srov. HAUSNER, M. *Duševně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1981. s. 17. ISBN 08-068-82.

² Srov. SYŘIŠŤOVÁ, E. *Člověk v kritických životních situacích*. Praha: Karolinum, 1994. s. 7-8. ISBN 382-99-94.

činitelé se vzájemně ovlivňují. U **určování původu psychické nemoci** je důležitý, jak **vrozený základ**, tak také **vývoj jedince, prostředí**, ve kterém žije, životní peripetie daného člověka, které musel prožít a aktuální tělesný stav. Určitou roli zde hraje i dědičnost, ovšem nikoliv ve velké míře. Obvykle se dědí pouze určitá odolnost, vlohy, dispozice, ale nikoliv samotná nemoc. Na duševní nemoc má zajisté vliv i rané dětství, kdy se formovaly vztahy jedince k ostatním lidem, osvojování si postojů ke skutečnostem a událostem a v neposlední řadě také vztah k povinnostem. V tomto období si jedinec upevňuje určité zvyky a návyky, které ho mohou provázet po celý život. Psychiatrie tedy není jen o určování diagnóz, ale také o seznámení se s osobností pacienta.³

Průběh psychické nemoci může být podobný u několika diagnóz, ale většinou bývá odlišný. Proto zde bude ve zkrácené podobě uveden jako příklad průběh nemoci, o které má mnoho lidí předsudky a má mylné představy o tom, co tato nemoc obnáší, a tou nemocí je schizofrenie. Velké množství lidí se domnívá, že schizofrenie je nemoc, která má za následek rozdvojení osobnosti, což je ovšem mylná domněnka. U schizofrenie dochází ze začátku k tomu, že dotyčný se stahuje či spíše uzavírá do sebe. Přestává komunikovat s rodiči a se svými přáteli a utíká do vlastního světa. Je zde také možnost, že zpočátku může jedinec, u kterého se začíná projevovat schizofrenie, mechanicky přejímat vnější podněty, kapituluje a je možné, že se nemocný jedinec začne chovat jako robot. U jedince se může začít projevovat i neklid, protest, vzdor, ale i rezignace a apatie. Toto chování nazýváme katatonii. Stažení nebo uzavření do sebe způsobuje snížení kvality sociálních vazeb. Toto stažení do sebe sice může mít obrannou funkci, ovšem na úkor špatných sociálních vazeb a vztahů. Je nutné zmínit se i o tom, že vznik schizofrenie může mít původ v raném dětství, ať už díky špatnému vztahu matky s dítětem nebo i díky celkově špatným vztahům v rodině.⁴

Jako další příklad uvedme deprese, jejich průběh je provázen těžkou pesimistickou náladou, úzkostí, nezájmem a plačtivostí. Nemocnému se obvykle do ničeho nechce a nemá chuť k jídlu. Těžká deprese může nečekaně jedince srazit bez vnější i vnitřní příčiny a dosahuje různé hloubky. Alarmujícím znakem deprese jsou myšlenky na sebevraždu a sebepoškozování, obzvláště má-li už nemocný jedinec nějaký plán či suicidní tendence nebo nějaký nevydařený pokus o sebevraždu již vykonal. Ač je pravdou, že některé plány na sebevraždu nejsou myšleny vážně a některé **sebevražedné pokusy** jsou

³ Srov. HAUSNER, M. *Duševně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1981. s. 17-18. ISBN 08-068-82.

⁴ Srov. STYX, P. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými*. Brno: Computer Press, 2003. s. 95-97. ISBN 80-7226-828-7.

demonstrativní, musíme věnovat **pozornost i těmto plánům a pokusům**, jelikož nikdy nevíme, zda se nemůže jednat o vážný případ a zda nemocný jedinec skutečně sebevraždu nespáchá. Deprese trvá různě dlouho a relaps se může objevit po několika měsících, ale i po několika letech. U deprese musíme rozlišovat, zda se jedná o depresi, kterou občasně prožije zřejmě každý jedinec, od deprese klinické, u které je nutná léčba, a která se už skutečně považuje za psychickou nemoc, což bývá v některých případech obtížné rozeznat. K depresi mohou být přidruženy i jiné nemoci či poruchy, jako například schizoafektivní porucha, bipolární porucha, těžká porucha osobnosti neboli hraniční porucha osobnosti anebo závislost na návykových látkách (obzvláště to bývá závislost na alkoholu, a to zejména proto, že alkohol snižuje zábrany). Výše zmíněné znaky můžeme nazvat jako symptomy depresivních stavů, ovšem **všichni depresivní pacienti nemusí mít sebepoškozující sklony a sebevražedné myšlenky.**⁵

1.2 Klasifikace psychických nemocí

Pro celkový přehled je dle mého názoru vhodné uvést klasifikaci psychických nemocí dle 10. decenální revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10). „*Přípravu Mezinárodní klasifikace nemocí prováděla Světová zdravotnická organizace (WHO) a podílela se na ní řada odborníků a komisí, mimo jiné i z České republiky. V České republice platí tato Mezinárodní klasifikace psychických nemocí od roku 1994 a prošla již aktualizací, a to mezi lety 2004 – 2013. V České republice vstoupila v platnost tato aktualizace 1.ledna 2013.*“⁶

Pro úplnost je třeba uvést nejznámější druhy psychických nemocí a rozdělit je do kategorií. První kategorií jsou psychotické poruchy, sem patří, například schizofrenie, schizoafektivní porucha a jiné. Dále to jsou poruchy osobnosti, sem zařadíme, například úzkostnou poruchu, anankastickou poruchu, emočně nestabilní poruchu osobnosti apod.

⁵ Srov. GAY, CH. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. s. 108-109. ISBN 978-80-7367-668-1.

⁶ *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. s. 36. ISBN 80-85121-64-6.

2 PŘECHOD Z LÉČENÍ DO PSYCHOTERAPEUTICKÉ KOMUNITY NEBO DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA

Přechod z psychiatrické léčebny nebo psychiatrického oddělení nemocnice bývá často problematický, a to zejména, pokud je psychicky nemocný dlouhodobě hospitalizován. Po dlouhodobé hospitalizaci je sice duševně nemocný vyléčen z ataky své choroby, ale nadále je omezen ve výkonu některých činností a i jeho chování může být stále problematické, a proto ho nemusí společnost ihned po návratu z léčebného zařízení přijmout, což může znamenat nezařazení do společnosti a běžného života, který před vypuknutím choroby a následnou hospitalizací vedl. Proto existují **psychoterapeutické komunity** a jim podobná zařízení, která umožňují lepší **vstup do běžného života**. Tyto zařízení pomáhají nejen s pracovním zařazením do společnosti, ale také s resocializací jedince, která většinou bývá po příchodu z léčebného zařízení silně oslabena. V některých případech se také může stát, že pacient je v léčebném zařízení již tak dlouhou dobu, že může mít problém z tohoto zařízení odejít. Což znamená ztrátu socializace, absenci plánů do budoucna a podobně.

2.1 Druhy komunitní péče

V komunitní péči se dbá zejména na to, aby psychicky nemocní lidé, kteří jsou propuštěni z léčebného zařízení, byli **podpořeni při zvládnutí svého handicapu** a jeho psychických důsledků, dále se dbá na to, aby se psychicky nemocní zotavili – uspořádali si myšlenky, zejména z minulosti, našli životní plány, získali sebedůvěru a postarali se sami o sebe. V komunitní péči by dále mělo docházet k budování a udržování vztahů a sociálních kontaktů (včetně intimních a sexuálních). Duševně nemocní by měli získat pocit začlenění, měli by být akceptováni a postupně integrováni do běžného života. Komunitní péče by měla také napomáhat při dodržování denního režimu a programu, dále napomáhat hledat a udržovat si vzdělání a práci. Pracovní vztah v komunitní péči by měl obsahovat, jak okamžiky přítomnosti, což je například autentický, otevřený zájem o osobu v jejím vlastním světě, tak intervenci.⁷ **Komunitní péče by měla být spojena s deinstitucionalizací** nebo-li redukcí velkých psychiatrických nemocnic a následně náhradou komunitní péče. Přesun péče z velkých psychiatrických institucí na komunitní péči je trendem Evropského společenství a je vyjádřen v dokumentech, ke kterým se Česká

⁷ Srov. PĚČ, O. – PROBSTOVÁ, V. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. s. 17. ISBN 978-80-7387-253-3.

republika připojila. Jsou to Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu a Zelená kniha Komise evropských společenství, všechny tyto dokumenty pochází z roku 2005. **V České republice jsou však složky komunitní péče málo propojeny** a velmi obtížně se daří poskytovat pacientům koordinovanou a ucelenou péči.⁸

Pokud se zmiňujeme o komunitní péči, je nutné zde uvést, jaké jsou požadavky správné komunitní péče. Je to dobré pracovní spojení neboli working aliance mezi klientem a poskytovatelem pomoci, přičemž ke klientovi se přistupuje jako ke kompetentní osobě s vlastními volbami, zkušenostmi a znalostmi. Dalším požadavkem je efektivní intervence zaměřená na posílení (empowerment) a společenskou participaci klientů. Tato intervence musí být poskytována řádně vyškolenými poskytovateli pomoci. Další podmínkou je široká nabídka péče, která je přístupná klientům, rodině, ale i širší veřejnosti a posledním, avšak neméně důležitým požadavkem je důraz na rodinu a její podpora, případně důraz na další neformální poskytovatele péče klientovi.⁹

Intermediární péče

Intermediární služby jsou na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí a spadají do resortu **zdravotnictví**.

Denní stacionáře (sanatoria) a centra

Nyní k historii denních stacionářů a center. „Tyto jsou používány již více než půl století. Prvním předchůdcem denních stacionářů a center byla psychiatrická nemocnice bez lůžek otevřená v Moskvě roku 1932 Džagarovem. V roce 1935 byl zřízen Adamsův dům v Bostonu, který měl podobný charakter. Ve Velké Británii bylo zařízení tohoto typu založeno v roce 1938. Biere v roce 1946 založil v Londýně tradici psychosociální péče ve formě psychoterapeutické komunity nezávislé na nemocniční bázi.“¹⁰ V současné době denní stacionáře a centra mohou fungovat jako **alternativa ústavní péče** v rámci nemocničních psychiatrických oddělení nebo jako externí forma ústavní péče, ale také jako intenzivnější varianta ambulantní péče či jako dlouhodobá rehabilitace pacientů s chronickou závažnou duševní chorobou. Stále je ovšem nedořešeno financování těchto zařízení, a proto může v České republice pouze 20 % – 40 % pacientů, kteří potřebují

⁸ Srov. PĚČ, O. *Komunitní péče pro duševně nemocné. Návrh novelizace textu Koncepce oboru psychiatrie*[online]. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <<http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/006-komunitni-pece.pdf>>.

⁹ Srov. PĚČ, O. – PROBSTOVÁ, V. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 19. ISBN 978-80-7387-253-3.

¹⁰ SVOBODA, M. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. s. 80. ISBN 80-7367-154-9.

akutní ústavní péči, využívat tato zařízení. V České republice jsou tradičně denní stacionáře a centra zřizovány pro poskytování psychoterapie pacientům, kteří mají neurotické potíže a pro rehabilitaci dlouhodobě psychicky nemocných.¹¹

Denní stacionáře v současné době fungují jako **spojovací články mezi ambulanti péčí a hospitalizací**. Existují dva druhy stacionářů, první typ se nazývá „svázaný“ a je administrativně připojen k psychiatrickému zařízení, prostory má však vlastní, druhý typ se nazývá „volný“ a pracuje samostatně a odděleně od psychiatrického zařízení. Čas strávený ve stacionáři by měl být pro psychicky nemocného přínosný, ale zároveň natolik zajímavý, aby se do něj pravidelně a rád vracel.

Nejdůležitější funkcí denních stacionářů je rozšíření nebo alternativa ambulanti péče, dlouhodobá rehabilitace, rozšíření či alternativa hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a resocializace chronicky psychicky nemocných. Základním programem je **psychoterapeutický program vedený vysokoškolsky vzdělanými zdravotnickými pracovníky s psychoterapeutickou kvalifikací** (například lékař, klinický psycholog či zdravotní sestra). Vedle doplnění ambulanti léčby a psychoterapie denní stacionáře poskytují také možnost **ergoterapie** či chceme – li pracovní terapie a **nácvik sociálních dovedností**. Psychoterapeutické programy mohou být denní nebo frakcionované. Denní program trvá alespoň 6 hodin v jednom dni a je určen pro uživatele, kteří dochází do denního stacionáře každodenně. Frakcionovaný psychoterapeutický program je určen uživatelům, kteří nevyžadují plný denní program. Uživatelé dochází vícekrát týdně a psychoterapeutický program trvá 3 hodiny v jednom dni, frakcionovaný program slouží rovněž jako forma následné doléčovací psychoterapie. Program denního stacionáře realizuje odborný tým, který je veden vysokoškolskými a středoškolskými zdravotníky a je veden odborným vedoucím denního stacionáře. Odbornost vedoucího je založena na kvalifikaci v psychoterapii, tedy úplným psychoterapeutickým vzděláním. Odborná práce týmu je pravidelně supervidována, a to, jak vlastním týmem, a to pravidelně jednou týdně, tak i nezávislým odborníkem mimo tým, a to dvakrát ročně.¹²

Výzkumy uvádějí, že v některých případech jsou léčebné výsledky srovnatelné s léčebnými výsledky hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Služba denních stacionářů však **není vhodná pro všechny psychicky nemocné osoby**, je vhodná pro zhruba 23-37%

¹¹ Srov. SVOBODA, M. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. s. 80-81. ISBN 80-7367-154-9.

¹² Srov. PĚČ, O. – KOBLIC, K. *O denních stacionářích*[online]. [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <<http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1731>>.

duševně nemocných.¹³ V současné době funguje v České republice 35 denních stacionářů, které vznikly v 90. letech 20. století, v **posledních deseti letech žádné denní stacionáře nevznikají**. Denní stacionáře obvykle vznikají ve velkých městech, a tak lidé z menších obcí mají k těmto stacionářům horší přístup, což vyžaduje dojíždění, které může být pro některé uživatele služeb problémem.¹⁴

Komunitní psychiatrické sestry

Komunitní psychiatrické sestry poskytují péči, jak na specializovaných pracovištích, tak zejména v přirozeném prostředí pacientů, což bývá obvykle domácí prostředí. Poskytují individuální rehabilitaci, krizovou intervenci a případová vedení psychiatrických pacientů. Jejich úkolem je také posouzení stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí, sestavení krizového a rehabilitačního plánu, pravidelné revize tohoto plánu, týmové konzultace případu, podpoření v užívání perorální medikace, podpora při zvládnání stresu nebo krize, procvičování komunikačních dovedností, pomoc při zvládnání běžných situací, péče o somatický stav pacienta a psychoedukace pacienta a jeho blízkých. Komunitní psychiatrická sestra koordinuje služby pro pacienta, a tím **usnadňuje komunikaci mezi ambulantními, lůžkovými, intermediárními a meziresortními službami**. Komunitní psychiatrická sestra také často komunikuje s psychiatrem, kterým je pravidelně vyhodnocována. Služba komunitních psychiatrických sester může být zřízena samostatně nebo může být součástí nějakého ambulantního či intermediárního zařízení.

Krizová centra

Krizová centra poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči. Tyto centra poskytují své služby pomocí krizové intervence, neodkladného psychiatrického vyšetření, emergentní psychoterapie, krátkodobé individuální, rodinné či skupinové psychoterapie, farmakoterapie a v neposlední řadě také pobytu na lůžku. Jednotlivé služby jsou v závislosti na pacientově zdravotním stavu a urgentnosti krizové situaci kombinovány v komplexní léčebný program, který je realizován týmem krizového centra složeném z psychiatra, psychologa a zdravotní sestry. Služby krizového centra jsou indikovány zejména u neodkladných psychických krizí, jako je například suicidální

¹³ Srov. HEJZLAR, P. *Na cestě ke komunitní psychiatrii--: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakladatelstvím Theo, 2010, s. 65. ISBN 978-80-904009-6-2.

¹⁴ Více viz HEJZLAR, Petr. *Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách*[online]. ©2009, [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: < <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/07.pdf> > .

problematika, reakce na náhlý stres, poruchy přizpůsobení, akutní psychotické stavy, akutní stavy u neurotických poruch, akutní dekompenzace osobnosti, akutní dekompenzace chronických psychických poruch, vývojové, vztahové a rodinné krize. Cílem této pomoci a těchto služeb je **vyhnout se pobytu v lůžkovém psychiatrickém zařízení** či alespoň snížit jejich počet. Pro doplnění je potřeba uvést, že krizové centrum poskytuje pomoc pacientům nepřetržitě, tzn. **24 hodin denně, 7 dní v týdnu**, je zde také nepřetržitá dostupnost lékaře – psychiatra. S krizovým centrem je také možnost nepřetržitého telefonického spojení a samozřejmě možnost nepřetržitého osobního kontaktu. Součástí krizového centra může být několik lůžek, ale v žádném případě nemá krizové centrum plně nahrazovat lůžkové psychiatrické zařízení. Krizové centrum může být specializováno na děti a dorost, nebývá to však pravidlem. V České republice existují celkem 3 krizová centra s nepřetržitou dostupností psychiatra.

Mobilní krizový tým

Mobilní krizový tým může být součástí krizového centra nebo může být zřízen jako samostatná služba. Odborný tým, který je složen z psychiatra, klinického psychologa a psychiatrické zdravotní sestry poskytuje přímo v místě rozvoje krizové situace krizovou intervencí, neodkladné psychiatrické či psychologické vyšetření, emergentní psychoterapii a farmakoterapii.

Meziresortní péče

Meziresortní služby jsou obvykle poskytovány neziskovými organizacemi a formálně spadají do **sociálních služeb**, charakter služeb je však zdravotně sociální. Meziresortní služby lze rozdělit podle oblasti podpory, a to na **podporu v oblasti práce a zaměstnání, podporu v oblasti bydlení a na podporu v oblasti volného času a sociálních kontaktů**.

Cílem zařízení pro podporu práce a zaměstnání je obnovení, udržení a zlepšení pracovních dovedností, návyků a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny. Pracovní činností lze dosáhnout zlepšení výkonnosti, zvýšení sebedůvěry a zlepšení psychického stavu. Z hlediska pacienta je pracovní rehabilitace nebo chceme – li činnost podporou k výběru, získání a udržení vhodného zaměstnání. Služby zařízení pro podporu práce a zaměstnání jsou samozřejmě přizpůsobeny potřebám psychicky nemocných, kteří vyžadují podporu.

Cílem zařízení pro podporu v oblasti bydlení je **dát šanci psychicky nemocným lidem**, i přes jejich individuální omezení a překážky, samostatně a nezávisle bydlet, dále udržet,

získat a zlepšit dovednosti a sebedůvěru, které jsou potřebné pro kvalitní život v běžném prostředí. Dalším cílem těchto zařízení je pomoci vytvořit stálý domov, ať už je nový či stávající, také umožnit separaci od primární rodiny. Cílem je i vytvořit alternativu k dlouhodobým hospitalizacím v lůžkových psychiatrických zařízeních nebo alespoň snížit jejich počet a také umožnit využívat veřejné služby, které jsou určené zdravým jedincům. Existuje mnoho různých zařízení, která podporují psychicky nemocného v oblasti bydlení nebo přímo poskytují psychicky nemocným bydlení, mohou to být, například zařízení s 24-hodinovým dohledem nebo bydlení v samostatném bytě s minimálním dohledem. Je zde i možnost zvláštní formy chráněného bydlení, a tou je terapeutická komunita pro osoby závislé na drogách a rehabilitační zařízení pro dlouhodobý pobyt chronicky psychicky nemocných.

Zařízení pro podporu práce a zaměstnání

a) Rehabilitační a chráněná dílna

Rehabilitační a chráněné dílny jsou pracoviště pro 5-15 psychicky nemocných osob s vhodným výrobním programem. Pracovní doba v těchto dílnách je zkrácena a díky prostředí je zde **nízký tlak na pracovní výkon**. Dílny jsou určeny psychicky nemocným, kteří se hůře, popřípadě vůbec **nemohou uplatnit na trhu práce**. Psychicky nemocným tyto dílny poskytují pracovní a společenské uplatnění formou pracovní činnosti. Je potřeba, aby v dílnách bylo přátelské prostředí a pravidelná supervize. Do této skupiny patří také tréninkové resocializační kavárny a obchody. Tyto kavárny a obchody spojují pracovní rehabilitaci s kontaktem s běžnou populací, tréninkem komunikace a antistigmatizačním působením.

b) Sociální firmy a sociální družstva

Sociální firmy jsou samostatné provozy či podniky představující specifická pracoviště pro osoby s psychickou nemocí. Provoz sociálních firem je **podporován státními institucemi** do běžného tržního prostředí, obvykle ve sféře služeb. Psychicky nemocný může v sociální firmě či sociálním družstvu pracovat **neomezeně**, není dán časový úsek, po který může psychicky nemocný v sociální firmě či v sociálním družstvu pracovat.

c) Přechodné zaměstnávání

Přechodné zaměstnávání znamená, že osoby, které pracovně rehabilitují, jsou zařazována na vybraná pracovní místa v **běžných pracovních podmínkách mimo vlastní organizaci**, obvykle to jsou činnosti, jako například úklid, administrativní činnosti a podobně. Psychicky nemocní jsou takto zaměstnáváni na **časově omezenou dobu**, která je nejčastěji šest měsíců na krácený pracovní úvazek. Rehabilitace probíhá tak, že každý pacient má individuální podporu a pomoc ve formě sociálního pracovníka či sociálního terapeuta. Psychicky nemocní jsou za práci odměňováni podle počtu odpracovaných hodin. Nemocní mohou docházet na více přechodných pracovních míst. Při výpadku či selhání pacienta to funguje tak, že za pacienta zastoupí jiný pacient, v některých případech i sociální terapeut nebo sociální pracovník.

d) Podporované zaměstnání

Podporované zaměstnání podporuje osoby s psychickým onemocněním, kteří si chtějí vybrat, získat a udržet placené zaměstnání v běžných podmínkách. Tato práce probíhá jako **běžná placená práce v běžných pracovních podmínkách za stálé podpory pracovního konzultanta**. Pracovní konzultant pomáhá uživateli služby s výběrem a hledáním vhodného typu práce, při kontaktování zaměstnavatele a při udržení pracovního místa. Míra potřeby a doba, kterou je služba poskytována je závislá na potřebách jednotlivých uživatelů služeb.

e) Podpůrné edukativní programy při pracovní rehabilitaci (Job club)

Program Job klubu naučí psychicky nemocné, **jak a kde najít zaměstnání** a seznamuje psychicky nemocné s **právy a povinnostmi**, jak v pozici uchazeče o zaměstnání, tak v pozici zaměstnance. Také dává konkrétní praktické rady, jak uspět v konkrétních situacích souvisejících s hledáním zaměstnání, například pomáhá se sepsáním životopisu, s hledáním či vytvořením inzerátu, s pohovorem, prvním dnem v zaměstnání a podobně.

Zařízení pro podporu v oblasti bydlení

a) Komunitní (skupinové) bydlení

Je to zvláštní forma **kolektivního bydlení s intenzivní podporou**. Většinou se jedná o alternativu dlouhodobé institucionální péče. Možnost komunitního bydlení je, jak ve zvláštních bytech či domech v blízkosti léčeben, tak i v běžné zástavbě. Podpora je

zaměřena na pomoc v každodenním životě a je poskytována podle individuálních potřeb klienta. Nezbytností je také zajištění psychiatrické a ošetrovatelské péče.

b) Chráněné bydlení

Chráněné bydlení představuje pro psychicky nemocného **přechodný nebo trvalý domov**. Této služby využívají psychicky nemocní, kteří mají dočasné nebo trvalé omezení schopnosti využívat jiné služby, například ambulantní či terénní služby nebo i pomoc rodiny. Chráněné bydlení je vhodné také pro ty, kteří by samostatný život v běžném bytě nezvládli. Byt, který poskytuje službu chráněného bydlení je v běžné zástavbě a navenek se jeví jako běžný byt. Chráněné bydlení by mělo psychicky nemocnému jedinci **připomínat běžné bydlení zdravého jedince**. Existuje různá škála intenzity sociální podpory v chráněném bydlení, jako například kolektivní bydlení s 24-hodinovým dohledem, až po bydlení v samostatném bytu s minimální podporou a občasným dohledem. Chráněné bydlení se poskytuje na dobu neurčitou, tzn. že zde není žádné časové omezení.¹⁵ Jako příklad chráněného bydlení můžeme uvést chráněné jednotlivé byty, bytová družstva, což jsou společenství, kde je nutný podíl na vedení domácnosti, přechodné byty, tyto mají strukturovaný režim a jsou časově omezené, dále to jsou chráněné domovy, skupiny bytů a jiné.¹⁶

c) Domy a byty na půl cesty

Jedná se o střednědobé bydlení, které je určeno lidem, kteří **opouštějí ústavní zařízení nebo institucionální léčbu**, případně rodinu. Schopnosti těchto osob v oblasti péče o domácnost, prosazování práv a nároků a v dalších důležitých sférách psychosociálních dovedností, jsou snižované. Dům na půli cesty je speciální ubytovací zařízení, které je částečně režimové, ale nemá nahrazovat domov. Cílem Domu na půli cesty je se, co nejvíce přiblížit běžnému bydlení, uplatňuje se zde princip **samostatnosti**, nácviku sociálních dovedností a sociálního učení. Doba poskytování této služby je půl roku až dva roky s možností individuálního posouzení situace daného klienta s možností prodloužení pobytu.

¹⁵ Srov. Pěč, O. *Komunitní péče pro duševně nemocné. Návrh novelizace textu Konceptce oboru psychiatrie*[online]. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: < <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/006-komunitni-pece.pdf>>.

¹⁶ Srov. SVOBODA, M. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. s. 79. ISBN 80-7367-154-9.

d) Podporované bydlení

Podporované bydlení je služba, která je zaměřená na podporu a trénink dovedností potřebných pro samostatné bydlení, která je poskytována **ve vlastním bytě uživatele služby**. Podporované bydlení je jednou z forem residenční péče, která nejvíce umožňuje život mezi zdravou populací.

Zařízení pro podporu v oblasti volného času a sociálních kontaktů

a) Centra denních aktivit a sociálních služeb

Jedná se o zařízení, kam psychicky nemocné osoby **volně docházejí**. Tyto centra mohou být mnohdy místem prvního kontaktu se službami tohoto typu, ale také místem vstupu do dalších služeb. Je zde možné **trávit volný čas a navazovat společenské vztahy**. Centra také poskytují emoční podporu a pomáhají při trénování praktických, pracovních a sociálních dovedností. Uživatelé služeb mohou v centrech získávat i právní informace. Centra mohou organizovat osvětové, informační a rekreační programy. Zvláštní formou jsou protidrogová kontaktní centra, která jsou určena pro osoby se závislostí a poskytují všestrannou pomoc včetně aktivit, které snižují riziko komplikací užívání drog (tzv. harm reduction).

b) Psychosociální centra

Psychosociální centra, která jsou dalším typem komunitní péče, nabízí psychicky nemocným jedincům v rámci doléčování psychiatrické, psychologické a sociální služby, jako například poradenství. Poskytují nejen možnost scházet se k denním aktivitám, ale také možnost rozvíjet osobnost jedince díky **speciálním aktivitám** jakými jsou, například literární kroužek, výuka angličtiny nebo kroužek nácviku sociálních dovedností a jiné.¹⁷

c) Socioterapeutické kluby

Jiným typem jsou socioterapeutické kluby, které umožňují, aby se scházeli nemocní jedinci, ale také bývalí pacienti, kteří ještě nejsou zcela doléčeni **v neformálním prostředí k trávení volného času**. **Program setkávání si nemocní organizují sami**, někdy za přispění odborníků z centra. Navštěvují například sportovní nebo kulturní akce, podnikají společné výlety a snaží se navzájem vést ke společenskému vyžití. Tímto společenským

¹⁷ Více viz. BOUČEK, Jaroslav. *Rehabilitace v psychiatrii* [online]. ©2004, [cit. 2013-09-28]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1907>.

vyžitím významně přispívají ke zvýšení své sociability, snížení sociální izolace, zlepšení stability a tím také ke zvýšení kvality jejich života.

d) Svépomocné skupiny

Ve svépomocných skupinách nemocných a jim příbuzným skupinám nemocní **řeší podobné problémy, což je spojuje** a podporují tím soudržnost podobně nemocných jedinců, zabývají se spoluprací s rodinami pacientů, starají se také o kontakty se zdravotnickými zařízeními, kde byli nemocní hospitalizováni. Do činnosti těchto svépomocných skupin spadá také organizování volnočasových aktivit, dále edukační akce pro rodinné příslušníky, setkávání se zajímavými lidmi, poskytování informací a v neposlední řadě také obhajování a prosazování práv pacientů.

Všechno, co se děje v zařízeních, o kterých je pojednáno výše, se dá nazvat **sociální terapií**. Do sociální terapie patří kromě výše zmíněného také chráněné dílny, pracovní – tréninková centra a chráněná místa. **Cílem všech těchto zařízení je ponechat pacienty v přirozeném a původním prostředí**, naučit je strukturovat čas, podnítit v nich pocit samostatnosti a odpovědnosti, navázat a rozšířit jejich sociální kontakty a vazby a také podporovat jejich zájem, snažení a iniciativu. Kromě těchto cílů mají tyto zařízení také jiné cíle, kterými jsou, například naučit nemocné jedince pravidelnosti v docházce do pracovního zařízení a vypěstovat v nich pracovní návyky. **Pravidelný kontakt s lidmi, kteří mají podobné problémy pomáhá pacientům snižovat riziko sociální izolace**. V neposlední řadě jde v těchto zařízeních i o zvyšování sebeúcty a sebedůvěry jedince ve vlastní schopnosti a tímto i zvyšování sebevědomí. Je třeba, aby tyto zařízení respektovaly úsilí pacienta zvládat svou nemoc a zároveň, aby braly v potaz osobnost pacienta. Také by měly reflektovat potřeby nemocných jedinců.

Další služby

a) Case management

V této oblasti se v poslední době objevuje **nový druh sociální a zdravotní pomoci**. Jde o tzv. „Case management“ neboli případové vedení. Je známý také pod názvem asertivní komunitní léčba. Jde o **spolupráci mezi pacientem a zástupcem nějaké profesní skupiny**, například jde o zdravotní sestru, která spolupracuje s psychiatrem, sociální pracovníci, klinického psychologa a podobně. Podstatou této pomoci je, že tento „case manager“ poskytuje individuální dlouhodobou pomoc pacientům, kteří nejsou schopni se

postarat o své záležitosti. Pacientovi je stanoven individuální plán, přičemž „case manager“ se podílí na jeho realizaci a kontrole. V mnoha případech také pomáhá zprostředkovat nemocnému kontakt se sociálními nebo zdravotnickými zařízeními a v případě, že je to potřeba, tak „case manager“ přebere za pacienta i částečnou odpovědnost.¹⁸ Jelikož je „Case management“ poněkud **novinkou v oblasti péče o psychicky nemocné**, proniká k nám pomaleji, a to především z toho důvodu, že „case manageri“ u nás obvykle nemají zdravotnickou způsobilost a zatím nelze zajistit nepřetržitý provoz této služby. Možnost zapojení zdravotních sester do terénní práce na sociální rehabilitaci psychicky nemocných otevírá **nové možnosti psychiatrické domácí péče**. Jako první u nás vznikla psychiatrická domácí péče v Praze, a to na klinice ESET.¹⁹ Službu případového vedení zřizují obvykle nestátní neziskové organizace jako samostatnou službu nebo ji mohou poskytovat komunitní psychiatrické sestry.

Poradenství

Služba poradenství poskytuje informace o službách, léčebných a rehabilitačních programech, dále informuje o sociální problematice, sociálním zabezpečení a v neposlední řadě poskytuje také právní poradenství.

2.2 Komunikace rodiny a blízkých osob s psychicky nemocným

Na úvod je důležité zmínit se o tom, že postihne-li některého člena rodiny psychická nemoc, je to vždy velký zásah do rodiny a pro rodinu je velmi bolestné, průběh dané nemoci sledovat. **Každý, kdo neprošel psychickou nemocí si myslí, že každý člověk v jakémkoliv období svého života dovede své emoce a sebe celkově ovládat, což ovšem už není tolik pravda u psychických nemocí.** Samozřejmě, že i u psychických nemocí, stejně jako i u jiných patologických případů je nutná nebo alespoň vhodná pomoc rodiny, ale také přátel a blízkého okolí. Rodina by se měla snažit nemocného člena své rodiny pochopit, podporovat ho a dodávat mu odvalu, což ovšem bývá hodně těžké. Pro blízké nemocného je důležité získat informace o nemoci, aby mu mohli přiměřeně pomáhat. Důležité je také to, aby blízcí příliš nezasahovali do pacientova života a aby se nestylizovali do role psychiatra nebo psychologa. Často bývá těžké najít si místo mezi

¹⁸ Více viz. BOUČEK, Jaroslav. *Rehabilitace v psychiatrii* [online]. ©2004, [cit. 2013-09-28]. Dostupné z:<
http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1907>.

¹⁹ Srov. HEJZLAR, Petr. *Na cestě ke komunitní psychiatrii--: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakladatelstvím Theo, c2010, s. 126. ISBN 978-80-904009-6-2.

pacientem, lékařem, ostatními příbuznými a přáteli, ale vyžaduje to rozum i cit, aby se to povedlo. To vše záleží na pacientově osobnosti, frekvenci nemoci, ale také na tom, jak úporně se projevují příznaky psychické nemoci. Členové rodiny ovšem většinou neví, jak se chovat k psychicky nemocnému, proto je potřeba je informovat a poučit.²⁰

Jak jsem se již zmínila výše, proto, aby členové rodiny vhodně přistupovali k nemocnému, je třeba, aby byli **řádně informováni**, a to jednak o nemoci – o její diagnóze, o důsledcích diagnózy, o prognóze, o příčinách nemoci a podobně. Rodina musí být také informována o léčbě – o její nezbytnosti, o alternativách, o případných vedlejších účincích a podobně, a v neposlední řadě musí být rodinní příslušníci či příslušník informován také o ošetřování, to znamená, co bude ošetřováno, kdo bude ošetření provádět, jak bude rodina zahrnuta do uzdravovacího procesu a na koho se mají obrátit v případě dotazů či nejasností. **Co se týče možných příčin vzniku psychického onemocnění, tak na to často může mít vliv i rodina, což ovšem nerada slyší a často si to nechce připustit.** Důležitou poznámkou je i to, že, pokud je nemocný hospitalizován, tak uvádí do Souhlasu s hospitalizací jméno člověka, kterému mohou být podávány informace o jeho zdravotním stavu, většinou na toto místo píše pacienti rodinného příslušníka či příslušníky, ale stává se i to, že pacient do této kolonky nenapíše nikoho, jelikož v atace nemoci si může přát, aby o něm nikdo nic nevěděl.

Jakmile se rodina dozví nebo zjistí, že jejich člen je psychicky nemocný, často je to zlomí. V tomto případě je velmi důležité, aby se rodina soustředila na **silné stránky rodiny** a aby prokázala, že její struktura je plně funkční. Mělo by se ukázat, že všichni členové, ač je to těžké, fungují, jak nejlépe umí a jak jsou v dané situaci schopni, a to se všemi jejich rozpory a povinnostmi, které s sebou přináší soužití s duševně nemocným členem rodiny.

Důležitou součástí procesu pochopení nemocného rodinou je i to, že se věnuje dostatečné množství času emocionální zátěži, kterou rodina prožívá. Což může být trvat i několik let. Mělo by tímto docházet ke snižování kritických a negativních reakcí v rodině. Emoce rodiny nemocného často vypadají tak, že truchlí nad skutečností, že se jejich člen rodiny v důsledku choroby natolik změnil a že se možná nikdy neuzdraví. Nezbytné je, aby si členové rodiny srovnali a ujasnili svá očekávání.

²⁰ Více viz. BOUČEK, Jaroslav. *Rehabilitace v psychiatrii* [online]. ©2004, [cit. 2013-09-28]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1907>.

Jasná a důsledná komunikace mezi členy rodiny je potřebná z hlediska zvládnání psychiatrické nemoci, stejně jako schopnost dělit se o své pocity, akceptovat je, ale také smát se a předcházet vzájemným sebeobviňováním. Toto ovšem neplatí jen při zvládnání psychické nemoci člena rodiny, ale při jakékoliv krizi, nemoci či nepřízně. Podstatné je snižovat kritické a negativní poznámky na konto psychicky nemocného člena rodiny.

Důležitým faktorem pro členy rodiny je **chránit si své hranice**. Zejména pro děti je důležité, aby se nestali odpovědnými za potíže, které zažívají jejich rodiče, u manželských párů nebo partnerských vztahů je potřeba, aby si ten z páru, který pečuje o druhého partnera, nastavil i své vlastní hranice, u rodičů je zase důležité vrátit se ke svým vlastním životům, ke společnému soužití a k dětem. To stejné platí i pro sourozence. Zde je potřeba dát pozor na nadměrnou angažovanost, která může způsobit zklamání.

Soužití rodiny, ve které žije psychiatrický pacient, klade vysoké požadavky na **schopnosti rodiny řešit problémy**. Efektivní řešení problémů sestává z několika fází. Tou první je identifikování problému, po ní následuje prodiskutování problému s těmi správnými osobami, dále nalezení řešení, poté výběr řešení, kontrola, zda je řešení uskutečnitelné a na závěr zhodnocení. Pro některé rodiny představuje splnění všech těchto fází velký problém. Některé rodiny zase postupují v několika fázích dobře, ale jejich problémem je komunikace a také zhodnocení, zda jejich vybrané řešení mělo žádoucí účinek. Potřebné je také to, aby problémy byly řešeny krok za krokem. Řešení menších a definovatelnějších problémů je vždy snazší než řešení velkých, významných a komplikovaných problémů.

Význam má také **prolomení mlčení** a utajování o chorobě, ale i obnovení kontaktů v rámci rodiny, mezi přáteli a blízkými lidmi. Důležitými pilíři jsou i důvěrní přátelé. Toto platí obzvláště pro děti kdy je jedním z tlumičů právě důvěrně známá osoba nebo přítomnost prarodičů.

Častým jevem je to, že rodiče očekávají od zdravotníků, se kterými jednají, příliš mnoho, a v důsledku toho pak s nimi mají negativní zkušenosti. Je však jen ku prospěchu rodiny, pokud jsou její členové schopni s profesionálními zdravotníky vytvořit vztah spolupráce. Samozřejmě, že existují zdravotníci, kteří by mohli změnit přístup k rodinám pacientů, ale s tím rodina pacienta bohužel nic nenadělá.²¹

Komunikaci s psychicky nemocnými mohou ovlivnit také některé faktory, které jsou spojeny s průběhem nemoci. Může to být, například snížená bdělost, kam patří snížená

²¹ Srov. GAY, CH. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. s. 101-102. ISBN 978-80-7367-668-1.

reaktivita na změny prostředí, ale i redukce bolesti. Dále sem může patřit slabá koncentrace, což znamená neschopnost soustředit se na určitý předmět nebo soustředit se na určitý cíl přiměřeně dlouhou dobu. Dále sem patří zpomalené myšlení. To znamená přetrvávající latenci myšlenek. Jakkoliv se pacient může snažit, rychlost anebo obsah myšlenek se nedostavuje. V horších případech může být psychicky nemocný dezorientovaný, ale většinou se této dezorientace zbaví v léčebném zařízení a do domácího prostředí přijde již jako orientovaný. I přesto však mohou zbytky dezorientace u některých klientů přetrvávat. Dezorientace může být místem, časem, vlastní osobou anebo situací. Dezorientace znamená neschopnost rozlišovat nebo správně vyhodnocovat skutečnost.²²

2.3 Psychoedukace

Je třeba se zde zmínit také o psychoedukaci a psychoedukačních přístupech v psychiatrii, poněvadž těmito přístupy se řídí a jednají podle nich psychiatři, psychologové a psychoterapeuté. Cílem tohoto terapeutického vzdělávání dle Světové zdravotnické organizace (WHO) by měla být: „*Pomoc pacientovi a jeho blízké rodině porozumět nemoci a její léčbě, spolupráce se zdravotníky, dále pokud možno, co nejzdravější život a také udržování nebo zlepšování kvality života.*“²³ Tato psychoedukace by měla vést pacienta k dosažení zdrojů, které by mu pomohly optimálně zvládnout život s nemocí. Ve své vlastní podstatě jde o **teoretické i praktické vzdělávání** nebo chceme-li **výchovu či formování pacienta**, které je zaměřeno na porozumění potížím a způsobům léčby s cílem začlenit pacienta, co nejlépe, do společnosti. Psychoedukační přístupy spočívají ve čtyřech hlavních úkolech neboli cílech. Jsou jimi:

1. výběr, co možná nejlepší kombinace léků v prováděné léčbě
2. předcházení relapsům a opakovaným a dlouhodobým hospitalizacím
3. **zlepšení kvality života pacienta**, a to jak v osobním, tak například i v rodinném životě
4. udržování spolupráce s psychiatrem nebo s psychologem v rámci terapeutické péče

Těchto cílů můžeme dosáhnout při splnění následujících kroků, které jsou čtyři. Jsou to:

1. Podpora přijetí nemoci nemocného, není tím myšlena rezignace na nemoc, ale přiznání její existence a boj proti stigmatizaci. Proto je třeba, aby byli nemocní a blízká rodina

²² Srov. GAY, CH. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. s. 101-102. ISBN 978-80-7367-668-1.

²³ ŠVEJDOVÁ, M. a kol. *Psychoedukace u schizofrenie*[online]. [cit.2014-01-14]. Dostupné z : <<http://www.rpkk.cz/download/Sbornik/files/009.pdf>>.

dobře informováni, protože špatná informovanost způsobuje intoleranci, pocity studu, viny, diskriminaci a odmítání.

2. Zlepšení úrovně terapeutického sledování pacienta a snaha předejít závislosti na návykových látkách.
3. Usnadnění pacientovi v rozpoznání příznaků recidivy, umožnění kontroly nad stresovými situacemi a vedení k pravidelnému životnímu režimu.
4. Vedení pacienta během kritických období ke zlepšení jeho mezilidských vztahů a zařazení do společnosti.

Psychoedukační přístup je jednou z důležitých součástí péče o pacienty s psychickou nemocí, nemůže ovšem nahradit medikamentózní léčbu. Psychoedukace je založena především na **správném nácviku techniky chování**. Může být buď skupinová nebo individuální psychoedukace. Dává se však přednost individuální terapii před terapií skupinovou, protože je potřeba brát v úvahu pacientovy osobnostní znaky a vývojové rysy jeho nemoci. Skupinová terapie musí být založena na vzájemném respektu a důvěře, ale také dochvilnosti a pravidelné docházce. Samozřejmostí je, že existují sezení jak pro pacienty, tak také pro blízkou rodinu.²⁴

Psychoedukace může být systematická, strukturovaná nebo didaktická. **Psychoedukace učí dovednostem ke zvládnání nemoci a usnadňuje adaptaci na nemoc**. Rodinná psychoedukace snižuje riziko relapsu až o 20%. Riziko relapsu je 74% a riziko vzniku relapsu s medikací při perorálním podávání léků je 42% a při depotní medikaci 27%. Z toho nám vychází, že když se spojí psychoedukace s podáváním léků, vyjde nám nižší procento relapsu a můžeme se dostat až na 91%, což už je poměrně pozitivní vyhlídka pro psychicky nemocné jedince. Většinou se provádí edukace o povaze onemocnění, o významu edukace, o stresu, o drogách a o zdravém životním stylu. Rodinná psychoedukace pomáhá v zapojení pracovní rehabilitace, zaměstnanosti, ve zlepšení symptomech, v sociální adaptaci, v nemocnosti a péče členů rodiny, nákladů na péči, relapsů a celkové kvality života rodiny.²⁵

2.4 Proces zotavení

Nyní je zde třeba uvést čtyři fáze procesu zotavení. Je to „**přemožení**“ **nemoci**, což znamená, že psychicky nemocný je zmatený a destabilizovaný symptomy, které ho

²⁴ Srov. PĚČ, O. – PROBSTOVÁ, V. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. s. 204-206. ISBN 978-80-7387-253-3.

²⁵ Srov. PĚČ, O. – PROBSTOVÁ, V. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. s. 204-206. ISBN 978-80-7387-253-3.

přemáhají. Zaměřuje se především na **tělesné a mentální přežití**. Tuto fázi charakterizuje bezmoc, beznaděj a pocity izolace. Další fází je **zápas s nemocí**. Zde vyvstává otázka, jak s nemocí žít. Duševně nemocný hledá způsoby, jak se aktivně vyrovnat se symptomy a nalézt znovu sama sebe. Zápasí především s nedostatkem důvěry a adekvátními reakcemi na nemoc. Stále se obává, že ho znovu zaplaví daná choroba. Další fází je **život s nemocí**. V této fázi se zmenšuje strach, protože roste důvěra, že s nemocí lze žít. Psychicky nemocný vytváří nové „já“ a učí se znát svá omezení a silné stránky. Duševně nemocný obnovuje vztahy s nejbližšími osobami. Znovu se obnovují staré role a nové se vytvářejí. Nemocný stále pocítuje omezení, ale má možnost někam se uchýlit. Poslední fáze se nazývá **život mimo nemoc**. V této fázi se choroba dostává více do pozadí. Psychicky nemocný se cítí spojen s ostatními a je opět schopen plnit požadované role. V různých oblastech se odkrývá nadání a možnosti duševně nemocného. **Nemocný má prostor pro nové cíle v životě**. Samozřejmě, že ve skutečnosti neprobíhá zotavování tak lineárně, jak je zde popsáno. U každého jednotlivce totiž probíhá jinak. **Zotavování je dlouhý proces, který se neobejde bez občasných zvrátů, krizí a momentů regrese**. Zotavování je něco, co musí udělat sami lidé s psychickým onemocněním, nikdo jiný to za ně neudělá. Ostatní lidé je však v tomto procesu mohou podpořit. Podporu při zotavování mohou poskytovat různí lidé, a to nejen odborníci v oblasti psychiatrie. Zásadami v procesu zotavování jsou pro profesionály v oblasti psychiatrie profesionální zdrženlivost, vnímání přítomnosti a schopnost vyprávět psychicky nemocným svůj vlastní příběh, samozřejmě v omezené míře, což znamená tak, aby duševně nemocný nevěděl vše o člověku, který mu pomáhá, ale na druhou stranu je dobré, když se odborník klientovi s částí svého životního příběhu svěří, protože ho to může podpořit.²⁶

2.5 Zaměstnávání psychicky nemocných osob

Psychicky nemocným osobám (bude zde psáno o psychicky nemocných, ale je to platné pro všechny osoby zdravotně postižené) se poskytuje **zvýšená ochrana na trhu práce**. Existují čtyři druhy pracovního zařazení psychicky nemocných, a těmi jsou **pracovní rehabilitace, příprava k práci, specializované rekvalifikační kurzy a chráněné pracovní místo**.

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost, která se zaměřuje na získání, ale také na udržení vhodného zaměstnání psychicky nemocné osoby, kterou na základě žádosti

²⁶ Srov. PĚČ, O. – PROBSTOVÁ, V. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. s. 17. ISBN 978-80-7387-253-3.

psychicky nemocného zabezpečují **krajské pobočky Úřadu práce České republiky** a hradí náklady spojené s pracovní rehabilitací. Poté krajská pobočka Úřadu práce v kooperaci s psychicky nemocným sestaví individuální plán pracovní rehabilitace.

Příprava k práci je zapracování psychicky nemocné osoby na vhodné pracovní místo na základě písemné dohody s Úřadem práce České republiky. Psychicky nemocnému může být v průběhu Přípravy k práci nápomocen asistent. Příprava k práci nesmí trvat déle než 24 měsíců.

Specializované rekvalifikační kurzy jsou realizovány stejným způsobem jako rekvalifikace.

Chráněné pracovní místo zřizuje zaměstnavatel pro psychicky nemocnou osobu (nebo osobu s jiným zdravotním handicapem) na základě písemné dohody s Úřadem práce České republiky. **Na zřízení chráněného pracovního místa poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek.** Podmínkou Úřadu práce je, že místo, které bylo zřízeno pro psychicky nemocnou osobu, musí být obsazeno po dobu 3 let. Dohoda se tedy uzavírá na dobu 3 let.

Nyní k příspěvkům, které dostává od Úřadu práce zaměstnavatel. Úřad práce může poskytnout zaměstnavateli, se kterým na základě dohody zřídili pracovní místo, příspěvek nejen na zřízení tohoto pracovního místa, ale i na částečnou úhradu provozních nákladů pracovního místa. Zaměstnavateli, který provádí na svém pracovišti Přípravu k práci psychicky nemocných osob, může být poskytnut příspěvek na náklady na Přípravu k práci těchto osob. Zaměstnavatel, který zaměstnává více než 50% psychicky nemocných osob z celkového počtu zaměstnanců, se poskytuje **příspěvek na podporu zaměstnávání** těchto osob. Tento příspěvek je poskytnut na vynaložené prostředky na mzdy či platy ve výši 75%. Příspěvek však může dosáhnout na jednu osobu nejvýše sumy 8 000 Kč.²⁷

2.6 Komunitní pracovník a psychicky nemocný

V této kapitole bude pojednáno o tom, jak může komunitní pracovník pomoci uživateli služeb komunitního typu, jakožto psychicky nemocnému, který má určité zdravotně – sociální potřeby, ale zároveň žije svůj individuální reálný život. **Komunitní pracovník by měl mít určité dovednosti, aby mohl psychicky nemocnému pomoci**, proto zde bude o některých dovednostech pojednáno. Dovednosti budou rozčleněny do několika velkých skupin, které obsahují menší podskupiny, ve kterých bude informováno o dovednostech

²⁷ Více viz. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*[online]. [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/8>>.

komunitního pracovníka, které by měl v určité situaci ovládat, a tím tak pomoci psychicky nemocnému.

Účast na vstupním vyšetření

Zde je důležitá schopnost **efektivní komunikace a dovednost pozorování**, jakožto součást vstupního vyšetření. Kvalitní komunitní pracovník by měl při vstupním vyšetření a nejen při něm používat podpurné interpersonální dovednosti, kterými jsou například naslouchání, empatie, povzbuzení, shrnutí a podobně. Dále by měli komunitní pracovníci používat jazyk a komunikační styl, který je pro psychicky nemocného nejvíce srozumitelný. **Komunitní pracovník by měl umět rozpoznat silné stránky a dovednosti psychicky nemocného a podporovat je v nich.** Posledním důležitým úkolem, který by měl ve vstupním vyšetření komunitní pracovník vykonávat, je ukazovat, že si je **vědom odlišnosti**, tzn. rozmanitosti či různorodosti psychicky nemocného uživatele služeb.

Další dovedností komunitního pracovníka by mělo být jasně a zřetelně formulovat výsledky vstupního, ale i jiného vyšetření. Je důležité, aby komunitní pracovník uměl hovořit o výsledcích vyšetření, jak s uživatelem služby, tak i s jeho příbuznými, případně s kolegy či personálem. Dále je potřeba, aby komunitní pracovník uměl shrnout hlavní body výsledků vstupního, či jiného vyšetření a poskytnout je, ať už přímo psychicky nemocnému, nebo jeho rodině.

Rozpoznání krize

Dovednost zjišťování možností nemocného je další klíčovou dovedností, z které může být patrné, že se blíží krize či relaps. Komunitní pracovník by měl komunikovat s psychicky nemocnými, kteří navštěvují dané zařízení a měl by dokázat zjistit současné zdravotní a sociální potřeby psychicky nemocného. **Komunitní pracovník by měl také rozeznat stávající možnosti**, nejen psychicky nemocného, ale i jeho rodiny a případně navrhnout další možnosti, z kterých by mohli, jak nemocný, tak rodina čerpat. Dále je vhodné, aby komunitní pracovník zjistil, jaké možnosti, z těch, které má nebo by chtěl mít psychicky nemocný, jsou pro něj ty nejdůležitější.

Další důležitou dovedností je schopnost uvědomit si a identifikovat symptomy a projevy chování, které vyplývají z individuálního prožívání psychických problémů. Komunitní pracovník by měl zkoumat, jaké symptomy psychicky nemocný prožívá a míru, do jaké je jimi ovlivněn. Je potřeba být si vědom aktuálního psychického stavu jedince a **brát v úvahu názor psychicky nemocné osoby.**

Dovednost **odhalit známky krize či relapsu** by měla patřit k další klíčové dovednosti, kterou by měl komunitní pracovník ovládat. Měl by využít svých znalostí o psychických problémech a své znalosti o psychicky nemocných, které užívají komunitní služby, aby jim pomohl rozpoznat riziko relapsu. Kvalitní komunitní pracovník by měl s každým uživatelem popsat známky relapsu a určit i vhodnou strategii prevence relapsu. Poté je vhodné popsat s nemocným strategii zvládnání dané situace. Dalším úkolem je prokázání pružnosti v přístupu a efektivní komunikace komunitního pracovníka s psychicky nemocným. Poté komunitní pracovník shromáždí základní osobní informace, například osobní historii nemocného, jeho rodinné pozadí a podobně, a pomůže najít nemocnému souvislosti mezi těmito formacemi a výskytem krizí, relapsů a celkovým fungováním. Nakonec se zjistí, jak posbírané informace vidí psychicky nemocný a co vnímá jako důležité.

Důležitou dovedností, která by zde neměla být opomenuta, je **řešení každého chování, které představuje pro pacienty a pracovníky riziko**. Důležité je rozpoznat riziko, které hrozí přímo komunitnímu pracovníkovi, a které hrozí druhé osobě. Poté je důležité udělat všechna potřebná opatření, včetně bezpečnostního, například u sebepoškozujícího chování, u uživatelů drog a alkoholu, u rizika zneužití jinou osobou, u agresivních jedinců a podobně. Při rizikovém chování jedince je třeba spolupracovat i s ostatními členy týmu. **Komunitní pracovník by měl zacházet s pacientem tak, aby mu, co nejvíce pomohl, ale nikoliv omezujícím způsobem**. Je třeba vzít v úvahu i to, jak se pacient choval v minulosti a v neposlední řadě by měl komunitní pracovník dbát právního řádu a důsledků opatření, které dělá. U komunitního pracovníka by mělo být samozřejmostí, aby uměl základy první pomoci, a pokud dojde k rizikovému chování u psychicky nemocného jedince, tak je vhodné zapojit i rodinu. Pokud už dojde ke krizi či relapsu měl by komunitní pracovník umět rozlišit mezi nebezpečným a zvláštním chováním, dále dát najevo svůj názor či postoj, mít na paměti etické otázky a morální dilemata a podstupovat supervizi pro dobré zvládnání situace a jako metodu prevence.

Budování vztahů s uživateli služeb a jejich rodinami

Komunitní pracovník by měl **akceptovat uživatele služeb a jejich rodiny jako experty v jejich vlastní situaci**. Komunitní pracovníci by měli dávat najevo, že chápou zásadní význam vztahů pro sociální a psychologickou pohodu. Dále je třeba dbát na to, aby dospělé osoby s psychickými problémy a jejich rodiny, popřípadě pečovatelé, byli považováni komunitními pracovníky za **jedince se svou vlastní důstojností**. Kromě toho

je vhodné oceňovat silné stránky, zkušenosti a vše, čím mohou psychicky nemocní, jejich rodina a pečovatelé přispět ostatním uživatelům služeb a pracovníkům.

Dodržování a podpora lidských a občanských práv uživatelů služeb, jejich rodinných příslušníků, případně jejich pečovatelů by měl mít taktéž na paměti každý komunitní pracovník. Komunitní pracovník by měl projevovat znalost právních otázek, stejně jako lidských a občanských práv, které se týkají uživatelů služeb a jejich rodinných příslušníků, případně pečovatelů v konkrétní situaci. Komunitní pracovník by se měl ujistit, že uživatelé služeb, jejich rodina a pečovatelé mají dostatečné informace k rozhodování o léčbě, o finančních a jiných službách. **Uplatňovat zásadu rovných příležitostí pro všechny uživatele služeb bez ohledu na věk, rasu, pohlaví, kulturu či etnický původ** je rovněž velmi důležité dodržovat. Vhodné je i uživatele služeb povzbuzovat, aby o sobě rozhodovali samostatně. Komunitní pracovník by měl vědět, že zájmy uživatele služeb a jeho rodiny mohou být odlišné.

Je vhodné, aby komunitní pracovník **uměl adekvátně reagovat na pocity a emoce uživatele služeb**. Ve vztahu k uživatelům služeb by měl komunitní pracovník vždy zachovávat respektující, nehodnotící a empatický přístup, dále by měl účinně komunikovat s uživateli služeb a jeho rodinou a měl by umět s nimi vyjednávat o rozdílných názorech. Také by měl pozorovat svůj vztah k uživateli služeb a připustit si složitosti, které se objevují při používání empatie. Je dobré všimnout si nepohodlných pocitů, které vznikají v pracovním vztahu a případně se jimi zabývat.

Podpora self – managementu (sebeřízení)

Jako první dovednost uvedme **zaujímání aktivní role v budování partnerství mezi uživateli a komunitními pracovníky**, tedy poskytovateli služeb, a to tak, že komunitní pracovníci by měli usilovat o spolupráci tak, aby poskytovatelé služeb, uživatelé služeb a jejich rodina společně pracovali, například na identifikaci problémů, určování priorit, stanovení cílů, tvorbě terapeutických či podpůrných plánů a jiné. Je důležité si uvědomit, že jak uživatelé služeb, tak i pracovníci přináší do situací svoji zkušenost a pracovníci také odbornost.

Vyjadřování důvěry a podpory uživateli služeb ve zvládání emocí je další důležitou dovedností komunitního pracovníka, který by si měl uvědomovat, že řada sociálních dovedností se lze naučit, jako příklad uvedme vyjadřování pozitivních a negativních pocitů, schopnost vyjednávat, schopnost řešit problémy a podobně. Komunitní pracovník

by měl být nápomocen při zvládnání silných emocí a také by měl podporovat uživatele, aby rozpoznal citlivé emoce.

Je třeba, aby komunitní pracovník **povzbuzoval uživatele služeb k samostatnosti** díky jeho podpoře v každodenních dovednostech. Jelikož je hospodaření s penězi jednou ze základních životních dovedností, kterou lidé potřebují, měl by komunitní pracovník podporovat uživatele služby, aby se učili a zlepšovali své dovednosti v zacházení s vlastním rozpočtem. S tímto souvisí také podpora komunitního pracovníka v oblasti péče o bydlení a péče o vlastní osobu uživatele služeb.

Podpora sociálního začleňování a integrace do komunity

Do tohoto typu podpory bychom mohli zařadit i **pomoc v dosahování cílů a naplňování přání uživatelů prostřednictvím partnerského přístupu**. Patří sem, například znalost komunitního pracovníka v oblasti sociálního zabezpečení, jiných nárokovatelných možnostech, jako například bydlení a podobně. Komunitní pracovník by měl ve své práci uplatnit znalost právních záležitostí a lidských práv, která jsou významná pro klientovu životní situaci. Podpora využívání možnosti smysluplných aktivit, jako například vzdělávání, zaměstnání, oddychové aktivity a jiné, rovněž patří do skupiny činností, které by měl komunitní pracovník ovládat, protože **aktivita hraje důležitou roli v zotavení**.²⁸

²⁸ Srov. HEJZLAR, Petr. *Na cestě ke komunitní psychiatrii--: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakladatelstvím Theo, 2010, s. 78-86. ISBN 978-80-904009-6-2.

3 OMEZENÍ PSYCHICKY NEMOCNÝCH V ZAMĚSTNÁNÍ

Psychicky nemocný jedinec, v případě stabilizace jeho stavu, se může stát potenciálním uchazečem o zaměstnání, má však mnohá omezení. Tato omezení nemusí být nutně problémem při zisku zaměstnání, ale na některých pracovištích se vyžaduje i to, co by psychicky nemocný vykonávat neměl.

3.1 Řidičské oprávnění

Prvním příkladem je řidičské oprávnění, které psychicky nemocný jedinec **nesmí využívat**, pokud užívá léky na psychické obtíže, ale i pokud je neužívá a lékař nazná, že by neměl tuto činnost vykonávat, neměl by řidičské oprávnění psychicky nemocný využívat, a to řidičské oprávnění jakéhokoliv typu (jestli jde o autobus, automobil nebo motocykl v tomto případě nezáleží). Jde o to, že jedinec, který je pod vlivem léků má sníženou pozornost a zpomalené reakce, tudíž **nedokáže rychle reagovat v situacích, kterým je řidič vystaven na vozovce**. Léky, které psychicky nemocní jedinci užívají, často způsobují nejen zpomalené reakce, ale i útlum a ospalost. Mohlo by se tedy stát i to, že řidič – psychicky nemocný jedinec by mohl za volantem automobilu či jiného dopravního prostředku usnout a mohl by způsobit dopravní nehodu. Pokud psychicky nemocný jedinec neužívá léky na svoji nemoc a lékař mu nedoporučil řízení motorových vozidel, což lékaři nedoporučují většinou všem psychicky nemocným a nemocný jedinec by přesto řídil motorové vozidlo, mohlo by se stát, že nemocný jedinec by mohl sebe, spolucestující, případně i jiné kolemjdoucí či kolemjdoucí občany zranit či zabít, ať už jako sebevrah, člověk který chce zranit nebo zabít člověka či více lidí v afektu anebo neúmyslně. **Je tedy velmi nebezpečné, aby psychicky nemocný řídil jakékoliv vozidlo**. To platí i pro jízdní kolo. Jako cyklista by sice nemusel způsobit takové komplikace jako automobilový řidič, je to však stále velké riziko. Kontraindikací pro řízení motorových vozidel jsou zejména tyto psychické nemoci:

1. schizofrenie
2. maniodepresivní psychóza
3. poruchy osobnosti
4. psychické problémy, jejichž původem je somatické onemocnění
5. chronické psychické problémy
6. alkoholismus a jiné toxikománie²⁹

²⁹ Srov. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1996. s. 160. ISBN 80-85824-45-0.

3.2 Práce ve výškách

Další činností, kterou by psychicky nemocní lidé neměli vykonávat je práce ve výškách. Je to z toho důvodu, že léky, které užívají, často způsobují **závratě**, což znamená, že ve výškách by se nemocným mohla zatočit hlava nebo by mohli ztratit rovnováhu a mohli by spadnout a ublížit si, v tom horším případě by se mohli i zabít. Práci ve výškách není myšlena jen, například práce na jeřábu nebo na pojízdné plošině, práce na lešení, ale i práce na obyčejném žebříku, například při doplňování zboží a podobně.

3.3 Držení střelné zbraně

Dalším omezením pro psychicky nemocné je zákaz držení střelné zbraně. Je to z toho důvodu, že psychicky nemocní, například trpící depresemi a sebevražednými myšlenkami by se mohli zastřelit. Například schizofrenici nebo jinak psychicky nemocní jedinci by mohli **v afektu zranit či přímo zabít jiného člověka**. Proto nemohou vykonávat taková povolání, jako například policista, voják a podobně. Psychicky nemocní by však neměli držet zbraň ani pro soukromé účely. Hrozí zde ještě větší nebezpečí než při držení zbraně pro pracovní účely. Lidé s psychickou nemocí by neměli vlastnit ani zbrojní průkaz, i přesto, jestliže nemají v držení žádnou zbraň. Psychicky nemocní bývají často nevyzpytatelní, a proto držení střelné zbraně nebo vlastnictví zbrojního průkazu pro ně může být velmi nebezpečné.

3.4 Práce ve tří – směnném provozu

Mezi činnostmi, které by neměly vykonávat psychicky nemocní jedinci, lze zařadit i práci ve tří – směnném provozu. Tří – směnný provoz vyžaduje i **noční služby**, které vyžadují **zvýšenou bdělost v noci a sníženou potřebu spánku**. Což je v některých případech problém i pro zdravého jedince, jelikož je to psychická i fyzická zátěž. Psychicky nemocní jedinci ve většině případů užívají nebo by měli užívat léky pro stabilizaci jejich stavu, tyto léky, které užívají často i večer, mívají uklidňující účinek. Psychicky nemocný je tedy zhruba do jedné hodiny unavený, spavý, je zjevné, že potřebuje spánek. Je tedy nemožné, aby vykonával noční služby. Psychicky nemocné osoby by měli **dodržovat jakýsi denní režim**, který spočívá i v užívání léků a dodržování spánku. I střídání dopoledních a odpoledních směn pro ně může znamenat změnu v režimu a může to být problém. Někteří psychicky nemocní jedinci totiž lpí na svém denním režimu, a když ho nemají

nebo se jim najednou změní, tak mohou mít pocit, že přišli o oporu, právě v podobě denního režimu.

4 OMEZENÍ PSYCHICKY NEMOCNÝCH VE SPOLEČNOSTI

Nejen v zaměstnání mají psychicky nemocní kvůli svému onemocnění omezené možnosti. Ale také ve společnosti běžné populace jim jejich nemoc nedovoluje to, co zdravému člověku. Sice se většinou psychicky nemocní jedinci s těmito omezeními naučí žít, ale zejména zpočátku mohou být vystaveni nemístným výrokům či posměškům, díky kterým se jejich psychické zdraví nezlepší.

4.1 Nadváha

Jiným problémem u psychicky nemocných jedinců může být nadváha či přímo obezita, jelikož některé **léky, většinou antidepresiva, ji mohou způsobovat**. V praxi to znamená možnou **diskriminaci na trhu práce**, například u práce asistentky nebo sekretářky ředitele nebo případně i modelky. Samozřejmě, že by se diskriminace tohoto typu neměla vyskytovat, ale v praxi je tomu často jinak. Zaměstnavatelé často uvádí, že hledají dívku či ženu s reprezentativním vzhledem, za čímž se může skrývat i nutnost štíhlé postavy.

4.2 Požívání alkoholu

Vzhledem ke společnosti, kde většina jedinců alkohol požívá, většinou v přiměřené míře, se může stát, že psychicky nemocný jedinec, který nepožívá alkohol a ostatní ve společnosti neví, že daný jedinec je psychicky nemocný, může narazit na **kritiku, posměch či ironii**. Což u některých jedinců nemusí přispět k jejich celkové psychické rovnováze a klidu, protože si mohou říci, že se něčím odlišují, přičemž si přejí, aby je společnost přijala, a aby zapadli do společnosti, a někteří si dokonce mohou myslet, že když jsou ve společnosti, kde se pije alkohol a oni nepijí alkohol, že nemohou dost dobře zapadnout do společnosti, a že je ta společnost nepřijímá a už může nastat problém. Mohou přijít deprese, případně sebevražedné úmysly či sebepoškozování nebo i alkoholismus. Daný jedinec může začít pít alkohol, i přesto, že ho nesmí, právě proto, že ho nesmí, aby ho společnost přijala a jelikož je psychicky nemocný, nemusí odhadnout svou míru

4.3 Omezení a zbavení způsobilosti k právním úkonům

Skutečnost, že člověk trpí duševním onemocněním automaticky neznamená, že není schopen se rozhodovat. Způsobilost rozhodovat se není závislá jenom na přítomnosti duševní poruchy, ale je determinována množstvím dalších faktorů. Způsobilost rozhodovat se není dichotomická, tzn. že nemůžeme říci, že způsobilost rozhodovat se člověk má nebo

nemá. Z toho důvodu je velmi důležitý proces posuzování způsobilosti, který je vybudován na znaleckém dokazování a v konečném důsledku na soudním rozhodování. Faktory jako kvalita právního zastoupení a účast člověka, jehož způsobilost je posuzována, mají na řízení zásadní dopad. Rozlišujeme několik kontextů přisuzování nezpůsobilosti osobám s psychickým onemocněním. Jde o tzv. testy způsobilosti, přičemž se rozlišuje:

1. statusový test
2. test podle výsledku
3. funkční test

Omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům psychicky nemocného **omezuje nejen v oblasti pracovního uplatnění, ale také v oblasti společenské integrace.** Způsobilost k právním úkonům se projevuje, například ve volebním právu, ve výkonu rodičovských práv, v nutnosti nastoupit na léčení, v nutnosti podstoupit lékařský zákrok, který odsouhlasil opatrovník a podobně.

Co se týká volebního práva, tak toto právo nemají občané zbaveni nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům. Je to výslovně uvedeno ve všech volebních zákonech v České republice. O možnosti psychicky nemocného hospitalizovaného v psychiatrickém zařízení volit, rozhoduje podle aktuálního stavu ošetřující lékař nemocného podle vžité praxe.³⁰

Rodičovská práva a povinnosti nenáleží těm, kteří jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům, u omezení způsobilosti k právním úkonům toto však neplatí. U osvojení nemůže být osvojitel ten, co nemá způsobilost k právním úkonům. Co se týká manželství, tak to nesmí být uzavřeno mezi psychicky nemocnými zbavených způsobilosti k právním úkonům, jestliže se jedná o psychicky nemocné s částečnou způsobilostí k právním úkonům, tak o možnosti sňatku rozhoduje soud.³¹

Nástup do psychiatrického zařízení je dvojitý, buď se jedná o dobrovolný vstup nebo o nedobrovolnou hospitalizaci. Převzetí a držení psychicky nemocného jedince ve zdravotnickém zařízení je upraveno ve třech právních normách, a to v **Listině základních práv a svobod, dále v Občanském soudním řádu a v Zákonu o péči o zdraví lidu.** Nicméně nedobrovolná hospitalizace je předmětem sporu, kdy jde o to, k jakým zákrokům je ošetřující lékař oprávněn, například použití omezujících prostředků nebo aplikace léků

³⁰ Srov. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1996. s. 175. ISBN 80-85824-45-0.

³¹ Srov. MAREČKOVÁ, J. – MATIAČKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010. s. 65. ISBN 978-80-7201-801-7.

proti vůli nemocného je možná pouze v případě, kdy nemocný během hospitalizace zjevně a aktuálně ohrožuje sebe nebo své okolí.³²

Hospitalizace se souhlasem nemocného je analogická jako hospitalizace na kterémkoliv lůžkovém oddělení nemocnice. Realizuje se obvykle formou tzv. **otevřeného oddělení**. Chce-li se léčit občan dobrovolně, vyžádá si od svého psychiatra nebo praktického lékaře doporučení. **Hospitalizovaný nemocný se pak musí podrobit domácímu řádu oddělení**. Má však právo kdykoliv hospitalizaci ukončit, tomuto aktu se říká, tzv. **negativní revers**. Pokud je však tento krok neuvážený a předčasný, ošetřující lékař se samozřejmě snaží pacienta přesvědčit k tomu, aby se v psychiatrickém zařízení doléčil.

Kromě nedobrovolné a dobrovolné hospitalizace existuje ještě **protialkoholní a toxikomanické léčení, přičemž povinnost tuto léčbu nastoupit určuje soud**. Také je třeba se pouze okrajově zmínit o ochranném léčení, které spadá do tzv. **ochranných opatření nebo také ochranná výchova**, ta je ovšem zřízena výhradně pro mladistvé. Ochranné léčení může být psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické nebo kombinované. Ochranné léčení může být uloženo vedle trestu nebo při upuštění od potrestání. **Ochranné léčení také určuje, jestli a jak se začleníme do společnosti**. Ve většině případů je však ve společnosti určité stigma, a to, že lidé, kteří odejdou z těchto zařízení mají problém s následným přijetím do společnosti, jelikož mají určitý status, kterého se potom obtížně zbavují.³³

Problémem u nedobrovolné hospitalizace může být provádění lékařských zákroků, od těch málo závažných až po ty nejzávažnější nevratné zákroky, jakými jsou například sterilizace nebo kastrace, ke kterým může dát souhlas jedině opatrovník psychické nemocné osoby, i přesto když s tím psychicky nemocný nesouhlasí.³⁴

Existuje několik druhů rozhodování psychicky nemocných, kterými jsou **autonomní, náhradní a podporované rozhodování**. Autonomní rozhodování znamená, že psychicky nemocný rozhoduje samostatně, nese důsledky svých rozhodnutí sám a sám je také zodpovědný za svá rozhodnutí. Náhradní rozhodování znamená, že někdo jiný rozhoduje namísto psychicky nemocného, typicky soudem ustanovený opatrovník. Přičemž opatrovník rozhoduje sám a psychicky nemocný je z rozhodování úplně vyňat. Podporované rozhodování vychází z předpokladu, že každý člověk se rozhoduje na základě

³² Srov. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1996. s. 178-179. ISBN 80-85824-45-0.

³³ Srov. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1996. s. 99-116. ISBN 80-85824-45-0.

³⁴ Srov. MAREČKOVÁ, J. – MATIAČKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010. s. 101-102. ISBN 978-80-7201-801-7.

své rodiny, přátel a známých. Konečné rozhodnutí je však na člověku samotném. Na závěr je nutné uvést, že člověk zbavený nebo omezený ve způsobilosti k právním úkonům je stále způsobilý mít práva, jelikož nikoho nelze zbavit právní subjektivity.³⁵

4.4 Vlastní názor

Z teoretické části je patrné, že je v České republice rozšířena síť resocializačních zařízení, otázkou ovšem zůstává, zda jsou tato zařízení plně využívána. Dle mého názoru nezanedbatelné množství psychicky nemocných **nechce být spojováno s psychickou nemocí**, a proto se těmto zařízením vyhýbá, často mají strach, že je, například uvidí soused, když jde daný psychicky nemocný do takového zařízení a jiné. Když například psychicky nemocný uvidí, že lidé v těchto zařízeních jim chtějí pomoci a nikoliv uškodit a také když nemocný uvidí, že pracovníci těchto zařízení nemají zájem o rozhlášení toho, že mají určité zdravotní znevýhodnění, do okolí, možná by jim to mohlo pomoci. **Jisté je, že se právě o pomoc pracovníci resocializačních zařízení snaží, psychicky nemocní tomu ale nevěří.** Podle mého názoru mnoho záleží i na **médiích**, jak k tomuto tématu přistupují. Co je ale nejdůležitější, je přístup běžné populace k těmto nemocným lidem. Je patrné, že je v České republice snaha o zlepšení podmínek pro psychicky nemocné a o rozšíření pomoci těmto lidem. **Možná by tato problematika mohla být více medializována nebo by mohlo být více různých akcí s těmito lidmi a podobně.** Ale v běžné populaci stále přetrvává cosi, co jim říká: „Jděme od těchto lidí dále“. Přitom to jsou stejní lidé jako my, jen **nemají, například zlomenou ruku, ale žijí s psychickou nemocí.**

³⁵ MATIAŠKO, M. *Způsobilost k právním úkonům: právní ochrana lidí se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2014-01-16]. Dostupné z: <
http://www.spmpr.cz/uploaded/Konference_40vyroci/MDAC_Zpusobilost_pravnim_ukonum.pdf>.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PŘIJETÍ PSYCHICKY NEMOCNÝCH DO SPOLEČNOSTI BĚŽNOU POPULACÍ

Hlavním cílem praktické části je zmapovat, zda je **běžná populace ochotná přijímat osoby s psychickým onemocněním**, tak aby pro psychicky nemocné bylo snazší zařadit se do společnosti, což může pro takto nemocné znamenat **žít přirozeným způsobem bez studu a strachu vedle zdravých jedinců**. Dílčím cílem je zjistit, zda jsou zaměstnavatelé ochotní zaměstnat psychicky nemocné a také zda jsou **zaměstnanci ochotní je přijmout do pracovního kolektivu** a za jakých podmínek, tento problém je pro psychicky nemocné taktéž důležitý, neboť zisk zaměstnání a příjemné pracovní prostředí pro ně znamená z velké části začlenění do společnosti. Posledním bodem dílčího cíle je zjistit, **zda lidé mají vůči psychicky nemocným jedincům předsudky** a v jaké míře, zda jsou ochotní psychicky nemocné jedince tolerovat a respektovat při procesu začleňování mezi běžnou populací bez projevů nadřazenosti, nepochopení a arogance či diskriminace.

5.1 Metodologie výzkumu

V této bakalářské práci bude prováděn **kvalitativní výzkum**, který bude probíhat formou **rozhovorů**. Tato forma výzkumu byla zvolena proto, že metoda rozhovorů může vést v konečném výsledku k zisku většího množství informací, než kdyby byl výzkum prováděn jinou metodou, a také proto, že metoda rozhovorů je osobnější a je možné při této metodě případně pozorovat reakce respondentů. Rozhovory budou prováděny pomocí výzkumných otázek, kterých bude celkem šest. Rozhovory budou **strukturované**, ovšem dá se předpokládat, že může nastat i diskuze. Respondentům budou pokládány výzkumné **otázky, jak otevřeného typu, tak i uzavřeného typu**, a to tak, že bude položena nejdříve uzavřená otázka, kterou má nadále rozvést otevřená otázka.

5.2 Respondenti

Ve svém výzkumu se zaměřuji na **osoby, které přicházejí do kontaktu s psychicky nemocnými z profesionálního hlediska**, což znamená, že v některých případech s nimi mají terapeutický vztah, jedná se tedy o odbornou veřejnost. V jednom případě však jde o **osobu, která je z široké veřejnosti** a s psychicky nemocnými téměř nepřichází do kontaktu. První dotazovaný je **sociální pracovnice z léčebného zařízení pro psychicky nemocné**. Druhý dotazovaný je **zdravotní sestra pracující v léčebném zařízení pro psychicky nemocné**. Dalším dotazovaným je **studentka**, která má pár psychicky

nemocných přátel, ale jinak s nimi do kontaktu nepřichází, dalo by se tedy říci, že zastupuje v tomto výzkumu širokou veřejnost. Čtvrtým dotazovaným je **ambulantní lékař – psychiatr**. Posledním dotazovaným je **zdravotní sestra u ambulantního lékaře – psychiatra**. Celkově jsem se tedy v mém výzkumu dotazovala pěti osob. Věková hranice dotazovaných překročila na straně jedné 20 let a na straně druhé 50 let. Všechny tyto osoby žijí ve městě Brně. Kvalitativní výzkum byl tedy prováděn pouze na území města Brna.

Výzkumné otázky pro rozhovory:

1. Myslíte si, že existují psychické nemoci a poruchy, z kterých mají lidé strach? Pokud ano, které to jsou?
2. Dělá společnost rozdíly mezi psychickými nemocemi? Která skupina psychických nemocí a poruch, případně která konkrétní nemoc či porucha, je pro společnost nejvíce akceptovatelná?
3. Jsou v současnosti zaměstnavatelé ochotni a připraveni zaměstnávat psychicky nemocné jedince? Jaké je odhadem procento těchto zaměstnavatelů?
4. Je v současnosti ochotná zdravá populace spolupracovat v zaměstnání s psychicky nemocnými jedinci? Pokud ano, máte nějakou zkušenost, zda lidé, kteří spolupracují s psychicky nemocnými, mají stále vůči nim předsudky, i když se rozhodnou s nimi pracovat?
5. Komunikuje běžná populace s psychicky nemocnými stejně jako se zdravými jedinci nebo na ně bere ohledy? Pokud na ně bere ohledy, je to spíše v pozitivním nebo v negativním smyslu?
6. Myslíte si, že zdravá populace přijímá psychicky nemocné? Máte nějakou zkušenost s přijetím nebo naopak s nepřijetím psychicky nemocného do společnosti? Kolik procent české populace je podle Vás ochotné přijmout psychicky nemocné?

5.3 Analytická část

V analytické části se podíváme na jednotlivé odpovědi respondentů, se kterými byly vedeny rozhovory, v pořadí, které je uvedeno výše, v kapitole Metodologie výzkumu.

První respondentkou je sociální pracovnice z léčebného zařízení pro psychicky nemocné, která odpověděla následovně:

Na **první otázku**, zda existují psychické nemoci a poruchy, z kterých mají lidé strach, a pokud ano, které to jsou, odpověděla dotyčná, že jimi jsou schizofrenici a sexuální devianti.

Na **druhou otázku**, zda existují nějaké skupiny psychických poruch či nemocí nebo konkrétní porucha či nemoc, která pro společnost nejvíce akceptovatelná, dotazovaná odpověděla, že jimi jsou neurotické poruchy, depresivní úzkostné poruchy, adaptační poruchy a fobie.

Na **třetí otázku**, zda jsou v současnosti zaměstnavatelé ochotni a připraveni zaměstnávat psychicky nemocné jedince, a jaké je odhadem procento těchto zaměstnavatelů, dotyčná odpověděla, že při současné míře nezaměstnanosti je problém získat zaměstnání i pro zdravé lidi, proto zaměstnavatelé upřednostňují zdravé jedince a odhadem 2% zaměstnavatelů zaměstnávají i psychicky nemocné.

Na **čtvrtou otázku**, zda je v současnosti ochotná zdravá populace spolupracovat v zaměstnání s psychicky nemocnými jedinci a pokud ano, zda má dotazovaná nějaké zkušenosti s tím, zda lidé, kteří spolupracují s psychicky nemocnými, mají stále vůči nim předsudky, i když se rozhodnou s nimi pracovat, respondentka odpověděla, že z jejích zkušeností vyplývá, že pokud se psychicky nemocný řádně léčí, nemá problém se spolupracovníky. Pokud je však nemocný opakovaně hospitalizovaný, dochází z důvodu nemoci ke konfliktům na pracovišti, následuje velmi často rozvázání pracovního poměru po ukončení pracovní neschopnosti. Proto jsou vhodnější chráněné dílny, chráněná pracoviště, podporované zaměstnání, kde nejsou vůči psychicky nemocným předsudky.

Zda komunikuje běžná populace s psychicky nemocnými stejně jako se zdravými jedinci nebo na ně bere ohledy a pokud na ně bere ohledy, zda je to spíše v pozitivním nebo v negativním smyslu je **pátou otázkou**, na niž dotazovaná odpověděla, že populace většinou komunikuje s psychicky nemocnými stejně.

Poslední, **šestá otázka** zněla, zda si dotazovaná myslí, zda zdravá populace přijímá psychicky nemocné, zda má nějakou zkušenost s přijetím nebo naopak s nepřijetím psychicky nemocného do společnosti a kolik procent české populace je podle ní ochotné přijmout psychicky nemocné, respondentka odpověděla, že duševně nemocní jsou neustále stigmatizováni (nejčastěji v médiích). Společnost má zkreslené údaje o duševních onemocněních. Je malá informovanost. U duševně nemocných je vyšší společenská kontrola, izolace. Chybí návazná péče, která by následovala po hospitalizaci. V rámci fungující sítě následné péče by se běžná populace více přiblížila k nemocným, například při výstavbě chráněného bydlení pro psychicky nemocné nemá běžná populace nic proti

výstavbě v blízkém okolí. Před schválením výstavby si okolí zjišťovalo, zda nepůjde o alkoholiky nebo drogově závislé. Proti psychicky nemocným nic nenamítali. Odhadem asi 30% společnosti je ochotno přijmout psychicky nemocné.

Druhou respondentkou je zdravotní sestra v léčebném zařízení pro psychicky nemocné, která odpovídala následovně.

Na **první otázku** odpověděla, že lidé mají většinou strach ze schizofreniků, protože jsou nečitelní, trpí samomluvou, mohou nosit výrazné oblečení a podobně. Dále odpověděla, že lidé mívají strach většinou také z psychopatických osobností, jako jsou například vrazi, narkomani, skini, žháři, fanatici, pedofilové a podobně.

Na **druhou otázku** dotazovaná odpověděla, že společnost rozpozná, tedy dělá rozdíl mezi depresivním člověkem a podivínem a také dementní osoby. Dále, že společnost preferuje ty nemoci, které ji neohrožují nebo je dané osoby příliš neprojevují navenek, to jsou například podle dotazované depresivní nemoci.

Na **třetí otázku** respondentka odpověděla, že si myslí, že malé procento zaměstnavatelů je ochotno a připraveno zaměstnat psychicky nemocné, a to v případě, pokud z toho mají nějaké výhody, jako například daňové úlevy, dotazovaná odhaduje, že asi 1% je připraveno a ochotno zaměstnat psychicky nemocné jedince.

Odpověď na **čtvrtou otázku** zněla, že za určitých podmínek je ochotná zdravá populace pracovat s psychicky nemocnými, například při nižším pracovním úvazku, a to často pokud jsou spolupracovníci nebo zaměstnavatel tolerantní nebo informovaní o duševních nemocech.

Na **pátou otázku** respondentka odpověděla, že často komunikujeme s ostatními jedinci, aniž bychom věděli, že mají nějakou diagnózu či berou nějaké léky. Když se to zdravý jedinec dozví, že komunikuje s psychicky nemocným jedincem, tak bývá opatrnější v jednání s ním.

Na poslední, **šestou otázku** odpověděla dotyčná následovně. Myslí si, že v posledních 10 letech je společnost více vzdělaná, více tolerantní a tedy i více přijímá mezi sebe psychicky nemocné. Existují i různé festivaly pro psychicky nemocné, například festival Mezi ploty a podobně. Dotazovaná uvádí, že asi 20% populace je ochotná přijmout psychicky nemocné občany.

Třetí respondentkou je studentka vysoké školy, jakožto zástupce široké veřejnosti. K **první otázce** respondentka uvádí, že lidé mají strach z poruch typu nekrofilie, zoofilie, pedofilie a podobně, a také ze schizofrenie.

K **druhé otázce** dotazovaná uvádí, že dle jejího názoru společnost mezi psychickými nemocemi rozdíly dělá a preferuje spíše psychické nemoci a poruchy, které ji neobtěžují. Mezi tyto obtěžující prvky mohou patřit, například výrazné odchylky v chování, nedodržování hygieny a podobně. Psychické nemoci a poruchy, které společnost dobře snáší jsou pak lehké až středně těžké deprese a úzkosti.

Na **třetí otázku** dotyčná odpověděla, že v drtivé většině nejsou ochotni zaměstnavatelé zaměstnávat psychicky nemocné a pokud ano, tak to jsou většinou náboženské organizace nebo projevy psychicky nemocného nemají zásadní vliv na výkon v práci. Odhadem je dle dotazované 5% z celkového počtu zaměstnavatelů schopno a ochotno zaměstnat psychicky nemocné.

Na **čtvrtou otázku** dotazovaná nedokázala odpovědět, neboť dle jejích slov, nemá s tímto žádné zkušenosti.

Pátá otázka byla zodpovězena následovně: dotyčná se domnívá, že vždy záleží na konkrétním vztahu zdravého a nemocného jedince, myslí si však, že se komunikace běžné populace s psychicky nemocnými nachází mezi dvěma póly. Část lidí bere na psychicky nemocné ohled, část lidí se jim vyhýbá a část lidí je přímo či nepřímo degraduje. Podle názoru dotazované jen malá část populace jedná s psychicky nemocnými jako se zdravými lidmi.

Na poslední, **šestou otázku** reagovala respondentka takto: myslí si, že většina běžné populace psychicky nemocné akceptuje a jen malá část populace je přijímá. Konkrétně má dotazovaná zkušenost ze střední školy, kde měli ve třídě dva psychicky nemocné spolužáky. Dotyčná si myslí, že celá třída v čele s třídním učitelem tyto dva přijala a snažila se jim pomoci. Jednalo se však o křesťanskou školu, takže se respondentka domnívá, že tato zkušenost není průměrná. Myslí si totiž, že křesťané mají větší sklon k solidaritě. Také si myslí, že pokud se objeví psychicky nemocný člověk v rodině, je téměř každý člověk ochotný tohoto nemocného člověka přijmout. Jaký je postoj české populace k psychicky nemocným všeobecně si však dotazovaná netroufá odhadnout.

Čtvrtým respondentem je ambulantní lékař – psychiatr.

Na **první otázku** dotazovaný odpověděl, že společnost může mít strach z takových psychických nemocí, jako jsou psychopatie (poruchy osobnosti), sexuální deviace a některé typy schizofrenie (paranoidní, hebefrenní).

Na **druhou otázku** dotyčný odpověděl, že přijatelní pro běžnou populaci jsou depresivní a úzkostní pacienti (pacienti s panickou poruchou, s agorafobií a se sociální fobií).

Odpověď na **třetí otázku** zněla tak, že zaměstnavatelé jsou ochotní a připravení zaměstnávat psychicky nemocné jedince, a to ze 70%.

Na **čtvrtou otázku** dotyčný odpověděl následovně, dle jeho názoru předsudky závisí jednak na zkušenosti „zdravých“ jedinců a jednak na generační příslušnosti, neboť starší jedinci mají dle jeho zkušeností více předsudků.

Pátá otázka byla zodpovězena takto: dotazovaný si myslí, že společnost psychicky nemocné příliš nebere.

Na **šestou**, tedy poslední **otázku** dotazovaný odpověděl, že má zkušenost i s přijetím i s nepřijetím psychicky nemocných. Procento přijetí psychicky nemocných českou populací si netroufá odhadnout.

Poslední, **pátou respondentkou** je zdravotní sestra u ambulantního lékaře – psychiatra.

Na **první otázku** odpověděla respondentka, že lidé se bojí nejčastěji nemocných s psychotickými onemocněními, tedy se schizofrenií a s psychopatickými diagnózami.

Na **druhou otázku** dotyčná odpověděla, že společnost lépe přijímá nemocné s neurotickými poruchami, úzkostmi, depresemi a sociálními fobiemi.

Na **třetí otázku** odpověděla dotazovaná, že málo zaměstnavatelů je ochotno a připraveno zaměstnat psychicky nemocné, dotyčná odhaduje, že procentuálně to může být zhruba 25%.

Odpověď na **čtvrtou otázku** zněla, že zdraví jedinci jsou ochotni spolupracovat v zaměstnání s psychicky nemocnými jedinci, ale postupem času, že nastávají různé problémy.

Na **pátou otázku** bylo odpovězeno, že běžná populace nekomunikuje s psychicky nemocnými, tak jak by bylo potřeba a že na psychicky nemocné příliš ohledy nebere.

Na **šestou otázku** dotazovaná odpověděla, že je velice málo lidí ochotných přijmout psychicky nemocné, neuvědomují si závažnost psychických onemocnění a nemají nadhled. Dotyčná uvádí, že zkušenost s nepřijetím psychicky nemocných je asi 80% a s přijetím zhruba 10%. Zbylých 10% do kontaktu s psychicky nemocnými nepřišlo.

5.4 Závěr praktické části

Výzkumné otázky byly položeny napříč odbornou veřejností, v jednom případě i širokou veřejností tak, abychom mohli odpovědět na to, co bylo cílem praktické části. Domnívám se, že hlavní cíl praktické části byl naplněn, jelikož byl zmapován názor odborníků, ale i laika na to, zda je běžná populace ochotná přijímat psychicky nemocné

osoby. Většina odborné veřejnosti, která byla dotazována si myslí, že **většinová společnost není ochotna přijímat psychicky nemocné jedince**. Podle výzkumu, který jsem prováděla jsou hlavním problémem nepřijímání psychicky nemocných osob běžnou populací zejména **média, jelikož stigmatizují psychicky nemocné a běžná populace si poté neuvědomuje závažnost psychických onemocnění**. Dle zkušeností dotazovaných však část běžné populace je ochotná přijímat psychicky nemocné, ale **problém** mají s lidmi **závislími na alkoholu a drogově závislími osobami**. Procento lidí, kteří jsou ochotni přijímat psychicky nemocné podle dotazovaných je 20% - 30% z celkové populace.

Dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou zaměstnavatelé ochotní zaměstnávat psychicky nemocné a zda jsou zaměstnanci ochotní s nimi spolupracovat. Z výzkumu vyplývá, že dotazovaní se domnívají, že je velmi **malé procento zaměstnavatelů, kteří jsou ochotní a připraveni zaměstnávat psychicky nemocné, jejich odhad činí do 5%**. Respondentka, kterou je sociální pracovnice si myslí, že není dostatek pracovních míst pro zdravé jedince, proto je zaměstnavatelé upřednostňují před psychicky nemocnými jedinci. Respondentka – zdravotní sestra v léčebném zařízení pro psychicky nemocné si zase myslí, že zaměstnavatelé zaměstnávají psychicky nemocné pouze z toho důvodu, že za vytvoření pracovního místa pro psychicky nemocné, dostanou výhody, typu daňových úlev a podobně. Výjimkou v tomto názoru je pouze ambulantní lékař – psychiatr, který se domnívá, že zaměstnavatelé jsou připraveni a ochotni zaměstnat psychicky nemocné ze 70%. Co se týká ochoty zaměstnanců spolupracovat s psychicky nemocnými, tak dle mínění respondentů, je většina z nich **ochotna s psychicky nemocnými spolupracovat, ale časem mohou nastat problémy**, a to, například díky tomu, že se psychicky nemocný neléčí a dělá na pracovišti problémy nebo pokud je opakovaně hospitalizovaný a v důsledku nemoci díky němu nastávají na pracovišti konflikty a podobně.

Posledním bodem dílčího cíle bylo zjistit, zda má běžná populace vůči psychicky nemocným předsudky. Na to, zda komunikuje společnost s psychicky nemocnými stejně jako se zdravými jedinci, většina respondentů odpověděla, že **společnost nekomunikuje stejně s nemocnými jako se zdravými jedinci**, v tom směru, že společnost na psychicky nemocné osoby ohledy příliš nebere a v jednání s nimi je společnost **opatrnější**. Pouze respondentka – sociální pracovnice si toto nemyslí. Domnívá se, že společnost komunikuje s psychicky nemocnými stejně jako se zdravou populací. Co se týká nemocí, ze kterých má společnost strach, toho, zda jsou nějaké nemoci, které společnost preferuje, když by měla přijít s psychicky nemocnými do kontaktu a zda mezi nimi **dělá společnost rozdíly**. Respondenti se shodli na tom, že nemocí, ze kterých má společnost strach, jsou následující:

psychopatie, za všechny jmenujme například pedofilii, dále z psychotických onemocnění je to schizofrenie a dále to jsou sexuální deviace. Pokud bychom měli jmenovat některé psychické nemoci, které by společnost preferovala, tak dle respondentů, jsou to tyto: deprese, úzkostné poruchy, fobie a podobně. Podle dotazovaných **společnost preferuje psychicky nemocné osoby, které nikoho neobtěžují**, přičemž obtěžujícími prvky mohou být například výrazné odchylky v chování, nedodržování hygieny a jiné., dále společnost preferuje ty, co nikoho neohrožují a příliš se navenek neprojevují. Z čehož vyplývá, že společnost dělá mezi psychickými nemocemi rozdíly, a nejen mezi psychickými nemocemi, ale i mezi psychicky nemocnými a zdravými lidmi.

ZÁVĚR

Hlavní cíl této bakalářské práce, kterým bylo zmapovat, jak přijímá běžná populace psychicky nemocné, jaké mají psychicky nemocní jedinci šance na trhu práce a jaké je jejich celkové uplatnění ve společnosti, byl naplněn. V teoretické části bylo zjištěno, že psychicky nemocní mají možnosti postupného začleňování se do společnosti pomocí různých forem komunitní péče, které navazují nebo nahrazují institucionální péči. V České republice sice některé služby teprve začínají fungovat a zejména v obcích je horší dostupnost pro tyto služby, ale možnosti, jak se postupně začlenit je mnoho. Co se týká možnosti zaměstnávání, tak Ministerstvo práce a sociálních věcí poskytuje dotaci zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají zdravotně znevýhodněné občany, což pro zaměstnavatele může být motivací zaměstnat psychicky nemocného občana.

V praktické části bylo zjištěno, že společnost psychicky nemocné přijímá spíše hůře. Jak bylo zjištěno v teoretické části, možnosti pro psychicky nemocné zde jsou, ale (jak bylo zjištěno v praktické části) běžná populace, která se nezabývá nebo nemá ve svém okolí psychicky nemocného, například nekomunikuje stejně s psychicky nemocným jedincem, jako se zdravým člověkem. Dále společnost preferuje určité typy psychických nemocí při kontaktu s psychicky nemocnými lidmi, média stigmatizují psychicky nemocné jedince a podobně. Zejména starší generace má tendenci k předsudkům. Dle výzkumu jen malé procento zaměstnavatelů je připraveno a ochotno zaměstnat psychicky nemocné jedince, i přesto, že by od Ministerstva práce a sociálních věcí dostali zaměstnavatelé na vytvoření pracovního místa pro zdravotně znevýhodněné osoby různé příspěvky.

Dílčí cíle byly taktéž naplněny, jelikož je v práci pojednáno, jak o omezeních, která psychicky nemocné v životě provází, tak o resocializačních zařízeních, která mohou psychicky nemocní jedinci využívat, jakožto i o pojmu psychické nemoci a o vybraných druzích psychických nemocí.

Propojení tématu a sociální pedagogiky lze shledat zejména v práci sociálních pracovníků v resocializačních zařízeních, jakož i v léčebných zařízeních pro psychicky nemocné. Resocializační zařízení jsou však místa, kde má sociální pracovník největší uplatnění. Právě zde se totiž může uplatnit sociální pedagogika, a to v práci s psychicky nemocným, která není jen vyšetření psychiatra či psychologa, ale i následná péče s nemocným, kterou provádí sociální pracovník, který může nemocnému pomoci, poradit mu, vést s ním rozhovor, umožnit mu nový vstup do společnosti a jiné.

Tato bakalářská práce byla pro mne přínosem, a to v tom směru, že mi bylo umožněno podívat se hlouběji na tuto problematiku a alespoň na chvíli si uvědomit, jak to mají psychicky nemocní lidé v této společnosti těžké.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1] BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén, 1996. 218 s. ISBN 80-85824-45-0.
- [2] GAY, CH. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. s. 135 s. ISBN 978-80-7367-668-1.
- [3] HAUSNER, M. *Duševně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1981. 142 s. ISBN 08-068-82.
- [4] HEJZLAR, P. *Na cestě ke komunitní psychiatrii--: sborník k 15 letům duševní občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o zdraví ve spolupráci s nakladatelstvím Theo, 2010, s. 65. ISBN 978-80-904009-6-2.
- [5] MAREČKOVÁ, J. – MATIAČKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7201-801-7.
- [6] *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 179 s. ISBN 80-85121-64-6.
- [7] PĚČ, O. – PROBSTOVÁ, V. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [8] STYX, P. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými*. Brno: Computer Press, 2003. s. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
- [9] SVOBODA, M. a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- [10] SYŘIŠŤOVÁ, E. *Člověk v kritických životních situacích*. Praha: Karolinum, 1994. 183 s. ISBN 382-99-94.

Elektronické zdroje

- [1] BOUČEK, Jaroslav. *Rehabilitace v psychiatrii* [online]. ©2004, [cit. 2013-09-28].
Dostupné z: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1907>.
- [2] HEJZLAR, Petr. *Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách* [online]. ©2009, [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/07.pdf>> .
- [3] MATIAŠKO, M. *Způsobilost k právním úkonům: právní ochrana lidí se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2014-01-16]. Dostupné z: <http://www.spmpr.cz/uploaded/Konference_40vyroci/MDAC_Zpusobilost_pra_vnim_ukonum.pdf>.
- [4] PĚČ, O. *Komunitní péče pro duševně nemocné. Návrh novelizace textu Koncepce oboru psychiatrie* [online]. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <<http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/006-komunitni-pece.pdf>>.
- [5] PĚČ, O. – KOBLIC, K. *O denních stacionářích* [online]. [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: <<http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1731>>.
- [6] ŠVEJDOVÁ, M. a kol. *Psychoedukace u schizofrenie* [online]. [cit. 2014-01-14]. Dostupné z: <<http://www.rpkk.cz/download/Sbornik/files/009.pdf>>.
- [7] *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/8>>.