

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Omezená svéprávnost osob s onemocněním schizofrenního okruhu a role sociální práce v jejich podpoře

Jana Stárková

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Praha 2018

Prague College of Psychosocial Studies



Limited Legal Capacity of People with Mental Diseases of the Schizophrenic Group and the Role of Social Work in Their Support

Jana Stárková

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Prague 2018

Anotace:

V teoretické části diplomová práce osvětluje nové koncepty podpory osob s duševním onemocněním dle občanského zákoníku. Zmiňuje se o sociálních službách zaměřených na podporu osob s duševním onemocněním a seznamuje se specifiky schizofrenního onemocnění.

Praktická část si klade za cíl přiblížit spolupráci opatrovance s opatrovníkem v rozboru rozhovorů s osobami s duševním onemocněním, kteří mají ustanoveného opatrovníka.

Klíčová slova: duševní onemocnění, opatrovnictví, sociální služby

Abstract:

The theoretical part of this diploma thesis explains new concepts of support of people with mental illness according to the Civil Code. It mentions social services focusing on supporting people with mental illness and introduces specifics of schizophrenia.

The practical part aims to describe the cooperation between the client and legal guardian in analysis of interviews with people with mental illness who have their legal guardian appointed.

Key words: mental illness, legal guardianship, social services

Prohlášení:

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze dne 6.4. 2018

Jana Stárková

Poděkování:

Ráda bych velmi poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Kateřině Šámalové, PhD. za laskavé a inspirativní vedení a podporu při zpracovávání diplomové práce.

Obsah

ÚVOD.....	9
1 HISTORICKÝ VÝVOJ.....	11
1.1 Pojem duševní choroby v kontextu dějin	11
1.2 Právní úprava opatrovnictví.....	14
2 ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENNÍHO OKRUHU	16
2.1 Schizofrenie	17
2.1.1 Paranoidní schizofrenie	18
2.1.2 Hebefrenní schizofrenie.....	19
2.1.3 Katatonní schizofrenie	19
2.1.4 Simplexní schizofrenie	20
2.1.5 Další formy schizofrenie	20
2.2 Schizotypní porucha	21
2.3 Trvalé duševní poruchy s bludy.....	21
2.4 Akutní a přechodné psychotické poruchy	22
2.5 Indukovaná porucha s bludy.....	22
2.6 Schizoafektivní poruchy	22
2.7 Jiné neorganické psychotické poruchy a nespecifikovaná neorganická psychóza....	23
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	24
3.1 Specifika vztahu sociálního pracovníka k osobě s onemocněním schizofrenního okruhu.....	24
3.2 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním	26
3.2.1 Pobytové služby.....	27
3.2.2 Ambulantní služby.....	28
3.2.3 Terénní programy	29
3.2.4 Chráněné zaměstnávání	30
4 NÁSTROJE PRÁVNÍ OCHRANY OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM BEZ OMEZENÍ SVÉPRÁVNOSTI	31

4.1	Zákonná ochrana duševně nemocných v České republice	31
4.2	Svéprávnost jako právní pojem	33
4.3	Nástroje právní ochrany bez omezení svéprávnosti	35
4.3.1	Předběžné prohlášení	35
4.3.2	Nápomoc při rozhodování	36
4.3.3	Zastoupení členem domácnosti	37
4.3.4	Institut prostého opatrovníka	38
5	NÁSTROJE PRÁVNÍ OCHRANY OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM VE STAVU OMEZENÉ SVÉPRÁVNOSTI.....	39
5.1	Zahájení řízení o omezení svéprávnosti	39
5.2	Průběh řízení.....	40
5.2.1	Sociální pracovník v průběhu řízení o omezení svéprávnosti	41
5.2.2	Rozhodnutí	42
5.3	Oblasti omezení ve svéprávnosti	43
5.4	Opatrovnictví osoby omezené ve svéprávnosti	44
5.5	Osoba opatrovníka	45
5.5.1	Fyzická osoba jako opatrovník	45
5.5.2	Veřejný opatrovník	46
5.6	Opatrovnická rada.....	47
5.7	Výkon opatrovnictví	48
6	PRAKTICKÁ ČÁST	50
6.1	Předporozumění problematice	50
6.2	Cíl výzkumu	50
6.3	Metoda získávání dat	51
6.3.1	Scénář rozhovoru	52
6.4	Výběr vzorku respondentů.....	53
6.5	Způsob zpracování dat.....	54
6.6	Etické aspekty výzkumu.....	54

7	ANALÝZA ROZHOVORŮ.....	55
7.1	Představení respondentů.....	55
7.1.1	Pavel.....	55
7.1.2	Karolína.....	56
7.1.3	Lukáš.....	57
7.1.4	Marek.....	59
7.1.5	Dušan.....	60
7.1.6	Petra.....	61
7.1.7	Honza.....	63
7.2	Analýza odpovědí v rámci výzkumných okruhů.....	64
7.2.1	Oblast základních identifikačních informací.....	64
7.2.2	Oblast setkávání a komunikace.....	65
7.2.3	Oblast pomoci od opatrovníka.....	68
7.2.4	Oblast hodnocení spolupráce.....	72
7.3	Závěrečné shrnutí analýzy.....	76
7.4	Diskuze.....	79
	ZÁVĚR.....	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	83
	Literatura.....	83
	Časopisy.....	85
	Přednášky a kurzy.....	86
	Internetové odkazy.....	86
I.	PŘÍLOHY.....	I
I.I	Zkratky užívané v rozhovorech.....	I
I.II	Rozhovor s Pavlem.....	I
I.III	Rozhovor s Dušanem.....	V
I.IV	Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem.....	XII
I.V	Souhlas etické komise Psychiatrické nemocnice Bohnice s provedením výzkumu.....	XIII

ÚVOD

Téma své diplomové práce jsem si vybrala na základě několikaleté zkušenosti s prací v terapeutické komunitě pro osoby s duševním onemocněním v Mýtě u Rokycan. Po jejím zániku jsem nastoupila do Psychiatrické nemocnice Bohnice, kde pracuji dodnes.

Ačkoli povědomí o duševních nemocech ve společnosti pomalu narůstá, přesto je to stále tabuizované téma. Mnoho lidí nerozumí specifiku duševního onemocnění, které je v médiích velmi často spojováno s agresivitou a sociální nepřizpůsobivostí osob s onemocněním schizofrenního okruhu. Sociální služby se snaží tento postoj změnit zejména edukací veřejnosti a začleňováním osob s onemocněním do běžného života.

Opatrovnictví je velmi citlivé téma pro osoby s duševním onemocněním. Často s omezením svéprávnosti nesouhlasí, jelikož jej berou jako velký zásah do své integrity. Opatrovníka poté často vnímají jako někoho, kdo nad nimi má moc a bude je omezovat v samostatnosti a možnosti se rozhodovat dle svých přání.

V teoretické části diplomové práce nastiňuji vývoj pohledu na duševní nemoc a též historický vývoj zákonné úpravy týkající se opatrovnictví osob až do nynější podoby. V další kapitole se zabývám onemocněním schizofrenního okruhu. Snažím se nastínit specifika jednotlivých diagnóz z hlediska změny chování a prožívání.

Následující kapitolu věnuji sociální práci s lidmi s duševním onemocněním zaměřenou na nynější stav v České republice a možnosti čerpání sociálních služeb jak z finančního hlediska, tak s ohledem na individuální potřeby jednotlivce.

V závěru teoretické části práce se pak zaměřuji na možnosti právní podpory osob s duševním onemocněním ustanovené v občanském zákoníku. Svoji pozornost zaměřuji jak na možnosti podpory bez omezení svéprávnosti, které jsou nově ustanovené v občanském zákoníku a v praxi se postupně zavádějí, tak na proces omezení svéprávnosti a opatrovnictví.

Předmětem empirické části práce je především vztah mezi opatrovníkem a opatrovancem, který se snažím popsat prostřednictvím informací získaných v rámci rozhovorů s osobami s duševním onemocněním, které mají ustanoveného opatrovníka.

Zaměřuji se na spolupráci opatrovníka s opatrovancem a zajímají mě zejména oblasti, kde vztah funguje a co pomáhá dobré spolupráci tak, aby mohl být institut opatrovnictví plně využit k ochraně a podpoře osob, jimž duševní onemocnění komplikuje zařazení do společnosti.

1 HISTORICKÝ VÝVOJ

V této kapitole se stručně zaměřím na vývoj pohledu na duševní nemoc a zároveň na vývoj důležitých zákonů a smluv, které se týkají podpory osob s duševním onemocněním.

1.1 Pojem duševní choroby v kontextu dějin

Nelze nezmínit vývoj pohledu na duševní onemocnění z pohledu medicíny, později specializované psychiatrie. Jak se měnilo pochopení duševního onemocnění, jeho příčiny a průběh, měnil se i přístup laické veřejnosti k nemocným. Postupná změna postoje měla za následek zapracování ochrany práv duševně nemocných do zákonných systémů.

V nejstarších dobách byla často duševní onemocnění vysvětlována jako působení nadpřirozených sil. Duševně nemocní byli považováni za posedlé démony, zlými duchy či stížení Božím trestem. Staří Babyloňané a Sumerové věřili, že duševní nemoci byly způsobeny posedlostí duchy zemřelých a démony, v řecké mytologii vidíme popis duševní nemoci jako trest bohů. I ve Starém zákoně je příčina duševní nemoci popisována jako Boží trest, např. trest krále Saula za to, že se odvrátil od Hospodina. Léčení je založeno buď na magických prostředcích či somatickém lékařství – jako je pouštění žilou, projímadla apod.

Ve středověku se začal pomalu vyvíjet systematický zájem o duševní nemoci. V té době byla jediným intelektuálním prvkem církev a lékařství bylo pevně v jejím područí. Psychiatrie na křesťanském západě prožívala nejčernější období svých dějin. Arabové považovali duševní nemoc za Boží milost, stavěli nemocným útulky a pečovali o ně, zde na západě byli duševně nemocní považováni za hříšníky a nemoc jako trest Boží. Duševně nemocní byli často považováni za nebezpečné, byli zavíráni do vězení, do kobek, často byli také drženi v klecích a za poplatek předváděni veřejnosti. Péče o duševně nemocné přibližně do konce 18. století nebyla takřka žádná, jen klidní duševně nemocní mohli být přijati do klášterních nebo světských špitálů. Neklidní byli zavíráni do kobek, často byli spoutáni řetězy a žili ve velmi bídných hygienických podmínkách. Zákony týkající se

duševně nemocných se omezovaly pouze na jejich majetek. Kolem roku 1320 byl vydán edikt „De Prerogativa Regis“ anglického krále Edvarda II, který vyhlásil, že veškerý majetek idiotů, bláznů či šilenců propadne královské koruně. Duševně nemocnými, kteří nic nevlastnili, se právo nezabývalo. I v této době se ale začaly objevovat osobnosti, které se začaly zabývat duševním onemocněním již z pohledu medicíny, a nejen jako na Boží trest. Felix Plater (1536–1614) položil základy klasifikace psychiatrických onemocnění, Johann Weyer (1515–1588) silně kritizoval nelidské zacházení s duševně nemocnými. V 17. století byla v Paříži založena Všeobecná nemocnice, která měla oddělení pro choromyslné, což byl na tuto dobu veliký pokrok. Důležitou osobou byl francouzský lékař Phillipe Pinel (1745-1826), který je považován za zakladatele psychiatrie. Odstranil duševně nemocným řetězy, začal se starat o lepší hygienu a podmínky. Tvrdil, že duševně choří nejsou viníky, je pro ně potřeba vlídného zacházení, které přispěje ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Jeho hlas byl vyslyšen po celé Evropě a tím začal éru nového pohledu na duševně nemocné.

Ústavy pro duševně choré se začaly objevovat až na začátku 18. století, začaly se oddělovat ústavy pro duševně choré od vězení. Počátek systematictější péče v Čechách lze zasadit do roku 1783, kdy při nemocnici u Milosrdných bratří v Praze bylo zřízeno i oddělení pro duševně choré kněze. První samostatný ústav byl zřízen v roce 1790 a spadl pod pražskou Všeobecnou nemocnici. Roku 1826 byl počet lůžek pro nemocné rozšířen zřízením ústavu u sv. Kateřiny, kde se od roku 1841 začaly konat přednášky o psychiatrii pro studenty lékařství. Přednášky zahájil doktor Joseph Gottfried Riedel (1803-1870), který byl zastáncem humánní péče o nemocné. V té době byla nemocnice u sv. Kateřiny průkopníkem nové péče o duševně nemocné, jelikož primář prof. Karel Damián Schroff (1829-1832) byl zastáncem terapeutických směrů, zejména léčby prací, ale též v nemocnici zřídil i čítárny a místa pro zábavu a odpočinek.

19. století znamenalo pokrok v rozvoji psychiatrie. Zejména Francie se stala centrem světové psychiatrie zásluhou Phillipa Pinela a jeho žáků. V Německu proti sobě stály dva směry: směr psychiků, kteří považovali duševní onemocnění jako nemoc duše a směr somatiků. Zástupcem somatiků se stal psychiatr Wilhelm Griesinger (1817-1868), který se zasloužil o povýšení psychiatrie na uznávaný univerzitní obor. Jako zastáncem somatiků tvrdil, že duševní nemoc je onemocnění mozku a lze na ní tudíž i zemřít. Za jednoho ze zakladatelů moderní psychiatrie je považován Emil Kraepelin (1865-1926), který patřil též

mezi somatiky. Definoval první nemoc: dementia praecox (v překladu „předčasně zblblnutí“). Tento termín byl později nahrazen termínem schizofrenie. Druhou definovanou nemocí byla maniodepresivní psychóza. V Čechách byla důležitá postava doktora Františka Köstela (1812-1883), který byl roku 1864 jmenován profesorem psychiatrie na univerzitě v Praze. Byl vůbec prvním profesorem psychiatrie na této univerzitě a u nás prvním bojovníkem za vědeckou psychiatrii. Autorem pojmu „psychiatrie“ byl Johann Christian Reil (1759-1813), který patřil ke směru psychiků. Jako základní prostředky k léčbě považoval psychologické metody.

20. století přineslo rozvoj psychiatrie jako vědy zejména objevem prvního neuroleptika. Před jejich objevem byla zavedena do psychiatrie léčba elektrickými šoky dvěma italskými lékaři. Ugo Cerletti (1877-1963) a Lucio Bini (1908-1964) následovali teorii, že při uměle vyvolaném epileptickém záchvatu by měla být prolomena psychotická produkce. Rok 1952 byl pro léčbu schizofrenie velkým milníkem, jelikož došlo k objevu prvních psychofarmak. Francouzští lékaři Jean Delay (1907-1957) a Pierre Deniker (1917-1998) nasadili u psychotických pacientů chlorpromazin. Ten začal tlumit agresivní chování i bludy a začal být prvním léčebným prostředkem v psychiatrii. Do té doby se používaly pouze zklidňující léky jako například opium, které měly jen tlumivý účinek, ale projevy bludů a halucinací nijak neovlivňovaly. Název „neuroleptika“, který se používá dodnes, navrhl v roce 1955 Jean Delay. Ve 20. století byla také psychiatrie rozšířena o sociální dimenzi, a to vznikem „sociální psychiatrie“. Termín byl poprvé použit roku 1917 v Bostonu, ale její rozkvět byl až po vydání knihy „Úvod do sociální psychiatrie“ roku 1965 vídeňským psychiatrem Hansem Stotzkem (1917-1994). Kniha zkoumá význam sociálních faktorů pro duševní zdraví. V té době nebylo totalitní Československo nakloněno sociální psychiatrii a psychiatrické nemocnice sloužily spíše jako odkladiště nepřizpůsobivých pacientů. Rozkvět sociální psychiatrie u nás započal až po roce 1989 a pokračuje doposud. (Černoušek, 1994; Schott, 1994; Šedivec, 2008; Venclovský, 1957)

1.2 Právní úprava opatrovnictví

První zmínky o poručnictví a opatrovnictví jsou již v „Zákoníku 12 desek“ (nejstarší kodifikace římského práva z poloviny 5. století př. n. l.). Instituce opatrovnictví v Římě vyrůstají ze zkušenosti, že leckdy lidé svéprávní, nikomu nepodřízení, nejsou schopni řádně spravovat své záležitosti a potřebují proto pomoc (pro svůj věk, nějakou nemoc či tělesnou vadu, pro „slabost“ pohlaví, lehkomyšlnost, či „šílenství“). Podpora těchto lidí byla založena na dvou institutech: tutela = poručenství (spíše soukromoprávní záležitosti) a cura = opatrovnictví (spíše veřejnoprávní). (Kincl, 1990)

České právo převzalo institut poručnictví z práva římského, první zmínka se objevuje již v Rožmberské knize, což je nejstarší právní kniha psaná česky pocházející z 1. poloviny 14. století.

Patentem císaře Františka I. byl 1. června 1811 vyhlášen Všeobecný občanský zákoník platný pro všechny země Rakouského císařství, vyjímající země Koruny uherské. Tento zákoník má již jasně ustanovená pravidla pro poručnictví a opatrovnictví v hlavě čtvrté – o poručenství a opatrovnictví, kdy poručník je pro osoby nezletilé, opatrovník pro osoby z jiného důvodu nezpůsobilé: „Tento případ nastane: u nezletilců, kteří drží nemovitě jmění v jiné provincii (§ 225); nebo, kteří v některém zvláštním případě nemohou býti zastupováni otcem nebo poručníkem; u zletilých, kteří upadnou v šílenost nebo blbost; u osob za marnotratníky prohlášených; u nenarozených; někdy také u hluchoněmých; u nepřítomných a u trestanců.“ (Obecný zákoník občanský, Hlava IV, § 270) Dále je vymezeno, jakým způsobem se zjišťuje stav osob, u kterých soud rozhoduje o opatrovnictví: „Za šíleného nebo blbého může býti pokládán jen ten, kdo byl zaň soudem prohlášen po zevrubném vyšetření jeho chování a po slyšení lékařů soudem k tomu ustanovených.“ (Obecný zákoník občanský, Hlava IV., § 273) Proces o zbavení či částečném zbavení svéprávnosti je popsán v Císařském nařízení 207/1916 ř.z. ze dne 28.6.1916 v Řádu o zbavení svéprávnosti.

Všeobecný občanský zákoník byl nahrazen roku 1950 Středním občanským zákoníkem – zákonem č. 141/1950 Sb. Tento zákoník se věnuje svéprávnosti, kterou vymezuje jako „Způsobilost vlastními úkony nabývat práv a zavazovat se (svéprávnost)

vzniká v plném rozsahu dosažením zletilosti“ (Střední občanský zákoník, Hlava I., § 9). Soud může člověka zbavit svéprávnosti buď úplně či částečně, a to pro duševní poruchu, která není přechodná či pro závislost na alkoholu či omamných látkách a jedy.

V roce 1963 byla přijata nová právní úprava občanského zákoníku, která platila až do roku 2013. Upravovala zejména české hmotné soukromé právo. Institut opatrovnictví zůstal zachován, termín svéprávnost ale nahradil termín způsobilost k právním úkonům. Soud může člověka buď úplně zbavit způsobilosti k právním úkonům či jen omezeně pro některé právní úkony. Zbavit způsobilosti k právním úkonům lze jen člověka s duševní poruchou, omezit pak člověka s duševní poruchou či někoho, kdo nadměrně požívá alkohol, omamné látky či jedy. (Knapp, 1974)

V této době platí občanský zákoník z roku 2012, který nabyl účinnosti 1.1. 2014, jež zahrnul i rodinné, spolkové, pojišťovací právo a další právní oblasti, navíc v sobě sjednotil závazkové právo.

2 ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENNÍHO OKRUHU

Onemocnění schizofrenního okruhu patří mezi duševní onemocnění. Pojem duševní onemocnění je velmi rozsáhlý, navíc není vždy patrné, kdy můžeme člověka považovat za duševně zdravého. Duševní zdraví můžeme vymezit buď negativně, tedy jako nepřítomnost nemoci, či pozitivně, tedy se soustředíme na kvalitu života jedince. Zde je důležité nezkoumat pouze spokojenost jedince. Pokud člověk žije v náročných podmínkách, může být jeho pocit spokojenosti sporný (např. dlouhodobě hospitalizovaní v psychiatrických nemocnicích, kteří nemají sociální zázemí, do kterého se mohou vrátit a jsou spokojeni, že nemusí zůstat na ulici). Duševně nemocný se na své cestě k návratu do normálního života potkává s podporou z více stran. Je nutné znát základní rozdělení onemocnění a možné příznaky nemoci pro všechny podporující osoby – nejen lékaře, ale i sociální pracovníky, opatrovníky a blízké osoby (rodina, přátelé). (Coppock, 2010; Syřišťová, 1972)

„Mezinárodní klasifikace nemocí spojuje do jedné skupiny onemocnění, která sdílejí společnou významnou charakteristiku: psychózu – hluboké narušení vztahu člověka ke skutečnosti. Odcizená skutečnost je nahrazena bludy nebo halucinacemi a pacient se obvykle projevuje podivným, nesrozumitelným chováním“. (Hosák, 2015, s. 181) Do této skupiny onemocnění spadá schizofrenie, schizotypní porucha, trvalé duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukovaná porucha s bludy, schizoafektivní poruchy, jiné neorganické psychotické poruchy a nespecifikovaná neorganická psychóza.

Ačkoli existuje mnoho definic pojmu „psychotický“, můžeme si pro představu uvést nejčastější kritéria, která slouží při diagnostice těchto onemocnění. Onemocnění se projevují přítomností bludů (poruchy myšlení) a halucinací (poruchy vnímání), přičemž člověk nemá náhled na jejich patologický původ. Vyskytují se i další příznaky, jako je dezorganizované myšlení a řeč, dezorganizované chování či hrubé postižení při kontrole reality. Důležitým kritériem je závažnost funkčního postižení, tedy zda porucha narušuje kapacitu schopností vyrovnat se s požadavky normálního života. (Smolík, 1996)

2.1 Schizofrenie

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje narušením vnímání, myšlení, emotivity a osobnostní integrity. Mění vztah nemocného k realitě i k sobě samému, narušuje jeho schopnost přiměřeně jednat.“ (Vágnerová, 2014, s. 319) „Průběh schizofrenie může být kontinuální nebo epizodický, nebo je charakterizován jednou nebo více epizodami s úplnými remisemi“. (Smolík, 1996, s. 152)

Pojem „schizofrenie“ poprvé použil v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler. Název pochází z řeckého slova „schizo“ = štěpím a „fren“ = mysl – v překladu to znamená „rozštěpení mysli“. (Dušek, 2015)

„Schizofrenie postihuje přibližně 1 % populace bez ohledu na zeměpisnou lokalizaci, rasovou příslušnost, pohlaví či sociokulturní vlivy“. (Vágnerová, 2014, s. 320) Jasná příčina vzniku schizofrenie zatím není známa. Na vzniku onemocnění se podílí více faktorů a jejich kombinace. Jsou to zejména faktory biologické (dědičnost) a faktory psychosociální (výchova, prostředí, životní události). (Skopová, 2016) Důležité je, že se nedědí onemocnění, pouze vložka k onemocnění. To, zda se nemoc rozvine, poté závisí na stresové zátěži člověka, osobnostních faktorech a zejména na životních událostech. (Praško, 2005)

„V současné době není žádný laboratorní test nebo výsledek pomocné vyšetřovací metody, který by byl pro schizofrenní onemocnění specifický. Diagnóza stále vychází z pozorování nemocného a z analýzy jím sdělených prožitků“. (Raboch, 2001, s. 230)

„U mužů je začátek nejčastější v pozdní adolescenci, u žen začíná v průměru o několik let později. Ženy mívají také mírnější formu onemocnění, lépe reagují na léčbu, jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují než muži. Za toto zřejmě vděčí vlivu estrogenů na dopaminergní systém“. (Svoboda, 2015, s. 182)

Onemocnění většinou začíná v adolescenci či mladší dospělosti tzv. prodromálními příznaky. Ty se často podobají příznakům dospívání, jako jsou poruchy spánku, sociální staženost, nedodržování povinností, poruchy vůle (často zaměňovány s leností) apod. Skoro vždy onemocnění začíná plíživě, okolí si často všimne až po propuknutí první ataky nemoci. (Praško, 2005)

Pro porozumění onemocnění je důležité znát pozitivní a negativní příznaky schizofrenie. Pozitivní příznak neznamena, že by byl kladný či přínosný pro daného jedince, ale znamená „nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí“. (Smolík, 1996, s. 152) Mezi pozitivní příznaky řadíme bludy, halucinace, formální poruchy myšlení, nápadnosti v chování či poruchy emotivity (deprese, mánie). Negativní příznaky znamenají „oslabení nebo ztrátu normálních funkcí“. (Smolík, 1996, s. 152) Mezi tyto příznaky řadíme emoční otupělost až vyhaslost, ochuzené myšlení, apatie, přerušování sociálních kontaktů, citové vyhasnutí, ztráta zájmů, zhoršení kognitivních funkcí, snížení až vymizení motivace a další.

Pozitivní příznaky se dají v určité míře ovlivnit medikací. Léky většinou patří do skupiny neuroleptik, antidepresiv, anxiolytik, antiepileptik či stabilizátorů nálad. Pro tyto skupiny je typické velké množství vedlejších účinků, díky kterým mají nemocní často ambivalentní postoj k lékům. Negativní příznaky ale přetrvávají i po nastavení medikace lékařem a zde je velmi potřebná podpora sociálních služeb, psychoterapeutů a opatrovníků, kteří by měli pomoci nemocnému navrátit se zpět do normálního života.

Známe čtyři základní typy schizofrenie, ale „rozdělení je spíše teoretické, v praxi se mohou překrývat či jedna forma přechází do jiné, jde spíše o skupiny příznaků“. (Vágnerová, 2014, s. 334) Typy schizofrenie jsou paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie a simplexní schizofrenie. Kromě základních typů existují ještě tři formy onemocnění, které nejsou zařaditelné do žádného z výše uvedených forem, jsou to nediferencovaná schizofrenie, postschizofrenní deprese a reziduální schizofrenie.

2.1.1 Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je častou formou onemocnění, charakteristické pro ni jsou paranoidní bludy. Člověk je vůči svému okolí paranoidní, vztahovačný a podezřívavý. Časté jsou halucinace, které se nejčastěji objevují formou hlasů, které nemocného nabádají k nedůvěřivosti k okolí, urážejí ho, komentují jeho chování. „S výjimkou pocitů ohrožení a podezřívavosti bývají tyto lidé emočně spíše otupělí či alespoň nenápadní. Mívají také

poruchu vůle, bývají hypobuličtí, nedovedou se přinutit k potřebné aktivitě (s výjimkou činností, které souvisí s jejich paranoidními bludy a halucinacemi).“ (Vágnerová, 2014, s. 334) Během atak onemocnění se také mohou objevit agresivní projevy vůči lidem či věcem. Tato agresivita je výsledkem pocitu ohrožení a je zaměřená vůči domnělým nepřátelům. (Raboch, 2006)

2.1.2 Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie je opět častou formou onemocnění, začíná obvykle již v adolescenci či časně dospělosti. „Hebefrenní forma schizofrenie se laikovi může zdát jako prohloubená a protrahovaná puberta s podivným způsobem uvažování, nápadným šaškováním a klackovitým chováním neodpovídajícím věku nemocného. Nemocní mívají sklon k pseudofilosofickému uvažování o obecných, náboženských, metafyzických či filosofických otázkách, které nejsou založeny na potřebných znalostech a neberou v úvahu racionální argumenty“. (Vágnerová, 2014, s. 336) „Nálada je oploštělá a nepřiměřená, myšlení narušené a řeč inkoherentní. Je zřejmá tendence k sociální izolaci. Prognóza je spíše špatná pro rychlý rozvoj negativních příznaků“. (Smolík, 1996, s. 157)

2.1.3 Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie se dnes objevuje velmi vzácně. Je to „schizofrenní porucha, při níž jsou v popředí zřetelné a rušivé psychomotorické příznaky, které mohou střídavě měnit svou podobu mezi extrémy, jako jsou hyperkineze a stupor. Po dlouhá období se mohou udržovat strnulé postoje a pózování. Kritické mohou být epizody zuřivého neklidu“. (Smolík, 1996, s. 158)

2.1.4 Simplexní schizofrenie

Simplexní schizofrenie je také poměrně málo častá forma onemocnění. „Na počátku se může jevit jako porucha osobnosti s nápadnou leností, sociální odtažitostí a nepřizpůsobivostí“ (Vágnerová, 2014, s. 339) „Tato forma se vyvíjí plíživě bez pozitivních příznaků, dominuje prohlubující se autismus, alogie, emoční otupělost, hypobulie“. (Raboch, 2006, s. 77) Při této formě poruchy „dochází k postupujícímu rozvoji podivínského chování, neschopnosti plnit požadavky příslušného společenství a k poklesu celkového výkonu“. (Smolík, 1996, s. 161)

2.1.5 Další formy schizofrenie

2.1.5.1 Nediferencovaná schizofrenie

Nediferencovaná schizofrenie je diagnostikována tehdy, pokud se u člověka objeví „stavy, které splňují obecná kritéria pro schizofrenii, ale buďto je není možné zařadit k žádnému ze specifických subtypů, nebo obsahují rysy z více než jednoho z nich“. (Smolík, 1996, s. 159)

2.1.5.2 Postschizofrenní deprese

Postschizofrenní deprese se někdy objevuje po prodělané atace schizofrenie, kdy ještě přetrvávají příznaky ataky, zároveň byly alespoň po dva týdny patrné depresivní příznaky. (Raboch, 2006)

2.1.5.3 Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie je diagnóza, která „označuje chronický průběh schizofrenie, u níž po zvolnění nebo vymizení pozitivních příznaků přetrvávají převážně negativní příznaky“. (Raboch, 2006, s. 77) Dochází ke „zpomalení psychomotorického tempa, hypoaktivity, oploštění emotivity, pasivity a ztráty iniciativy, chudosti, množství nebo obsahu řeči a slabé neverbální komunikace, zhoršené péče o sebe a zhoršené sociální výkonnosti“. (Smolík, 1996, s. 160) Tato diagnóza se většinou nedává během prvních atak nemoci, naopak se projevuje časem.

2.2 Schizotypní porucha

Dříve byla tato porucha v kategorii poruch osobnosti. „Schizotypní porucha se vyznačuje excentrickým chováním a anomáliemi myšlení a emotivity, které připomínají schizofrenii, ale není přítomen žádný ucelený a charakteristický schizofrenní příznakový okruh“. (Smolík, 1996, s. 173) „Pacienti se schizotypní poruchou popisují derealizační a depersonalizační prožitky, jsou sociálně stažení a pohroužení do sebe, takže působí chladně a povzneseně. Jsou nejistí, stále ve střehu a podezřívaví. Příznaky mají kolísavou intenzitu a občas se u nemocných objeví krátké epizody psychózy s intenzivními bludy a sluchovými halucinacemi“. (Raboch, 2001, s. 252)

2.3 Trvalé duševní poruchy s bludy

Trvalé duševní poruchy s bludy jsou „poruchy, u kterých jedinou nebo nejnápadnější charakteristikou jsou dlouhodobé bludy a které nemohou být klasifikovány jako organické, schizofrenní nebo afektivní“. (Smolík, 1996, s. 175) U lidí s touto diagnózou se neobjevují poruchy myšlení, emotivita není oploštělá a osobnost jedince nebývá postižena. Blud či více bludů ale může velmi ovlivnit jednání člověka, jelikož se promítá do každodenního života a postižený jedinec se urputně snaží dokázat tuto myšlenku okolí. Někdy lze odhalit

silnou spojitost bludu s životní situací jedince, není to ale ve všech případech. (Raboch, 2001)

2.4 Akutní a přechodné psychotické poruchy

„Akutní psychotické poruchy, při nichž zřetelné halucinace, bludy nebo poruchy vnímání jsou značně měnlivé ze dne na den nebo z hodiny na hodinu. Tyto poruchy trvají krátce a mohou být spojeny s akutním stresem“. (Smolík, 1996, s. 182) „Léčba se opírá o znovunastavení kontroly pacienta nad situací, odstranění zátěže, použití antipsychotik, pokud možno v nízkých dávkách a většinou jen po dobu nutnou k obnovení kontroly nad situací“. (Raboch, 2001, s. 250)

2.5 Indukovaná porucha s bludy

Tato porucha je poměrně vzácná. Je to „porucha s bludy, u níž jsou bludy sdíleny dvěma nebo více osobami, které jsou vzájemně úzce emočně svázané. Pouze jedna z nich trpí skutečnou psychotickou poruchou; bludy jsou indukovány druhé osobě (dalším osobám) a obvykle zmizí, když jsou tyto osoby od sebe odděleny“. (Smolík, 1996, s. 189) „Pro tuto poruchu se také používá francouzské označení, obvykle podle počtu zainteresovaných osob („folie à deux, trois““). (Svoboda, 2015, s. 187)

2.6 Schizoafektivní poruchy

„Epizodické poruchy, u nichž jsou v popředí jak afektivní, tak schizofrenní příznaky, takže epizodu onemocnění nelze oprávněně diagnostikovat ani jako schizofrenii, ani jako depresivní epizodu nebo manickou epizodu. Podle převládajících rysů afektivní složky je možné rozlišovat manický, depresivní a smíšený typ“. (Smolík, 1996, s. 191)

2.7 Jiné neorganické psychotické poruchy a nespecifikovaná neorganická psychóza

Do těchto kategorií jsou zařazovány ty poruchy a nemoci, která nesplňují diagnostická kritéria předchozích poruch či onemocnění. „Může sem být zařazena také kombinace příznaků, která neodpovídá žádné z předcházejících kategorií, jako jsou bludy jiné než vyjmenované jako typicky schizofrenní společně s katatonii“. (Smolík, 1996, s. 195)

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Definice sociální práce dle Mezinárodní federace sociálních pracovníků zní: „Sociální práce podporuje změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení, osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Klíčové jsou pro ni principy lidských práv a princip společenské spravedlnosti.“ (Sociální revue, 2005)

Lidé s duševním onemocněním se většinou neobejdou bez určité podpory sociálních služeb. V této kapitole se soustředím na podporu osob s duševním onemocněním v rámci sociálních služeb dostupných na území České republiky.

Sociální služby se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. „Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb ...“. (Zákon č. 108/2006 Sb., Úvodní ustanovení, § 1, část 1)

3.1 Specifika vztahu sociálního pracovníka k osobě s onemocněním schizofrenního okruhu

Abychom mohli člověku pomoci, je důležitá důvěra. Pro produktivní spolupráci je zapotřebí motivace klienta. Na sociálního pracovníka jsou tedy kladeny nejen dovednosti profesionální, ale také lidské. Sociální pracovník by měl být schopen naslouchání, trpělivosti, empatie a měl by znát specifika onemocnění, kterým klient trpí.

Osoby s duševním onemocněním jsou zranitelnější v určitých polohách spolupráce. Při práci s touto cílovou skupinou je třeba se soustředit zejména na jasné vymezení, kdo dostane informace o spolupráci a jak bude sociální pracovník zacházet s informacemi, které mu klient sdělí.

Při sociální práci s osobou s paranoidní schizofrenií je důležité navázat důvěru, což není jednoduchý proces díky paranoidním příznakům onemocnění. Sociální pracovník

musí rozumět, proč jedinec nechce spolupracovat a přistupovat k němu s respektem. Každé rozhodnutí je potřeba vysvětlit srozumitelně jazykem, kterému nemocný rozumí (vzít v potaz sociální prostředí, ve kterém jedinec vyrostl), popsat mu jeho sociální situaci a informovat o všech změnách po celou dobu spolupráce.

U klienta trpícího hebefrenní schizofrenií je důležité mít na paměti, že klackovité chování je projevem onemocnění, a nikoli nedostatkem respektu k osobě sociálního pracovníka. Někdy je obtížné nespádnout do role vychovávajícího rodiče. Sociální pracovník musí projevit velkou dávku trpělivosti a snažit se klienta motivovat k zodpovědnosti.

Při sociální práci s osobou trpící katatonní schizofrenií je důležité rozumět příznakům. Jedinci trpící tímto onemocněním mohou změnit tempo řeči i pohybů bez jakéhokoli vnějšího podnětu (např. vyskočit ze židle, utéci z místnosti, zastavit se na přechodu pro chodce apod.). Sociální pracovník tak může být nejistý v kontaktu se svým klientem, proto je důležité se nejprve poznávat v prostředí, kde se sociální pracovník cítí bezpečně, nejlépe ze začátku v přítomnosti osoby, která klienta zná. Je zde potřeba jasně vyvažovat tlak na změnu a posun klienta, ačkoli klient projevuje emoce málo, stresová odolnost bývá u lidí s katatonní schizofrenií velmi nízká.

Při sociální práci s osobou trpící simplexní schizofrenií je důležitá aktivizace, hledání jakékoli činnosti, která by jedince zaujala. Sociální pracovník by měl s klientem probírat sociální situaci stručně, srozumitelně, využívat silné stránky jedince (např. situaci nakreslit, pokud ho baví kreslit, převyprávět s příběhem, pokud rád čte, použít grafy a výpočty, pokud rád počítá apod.). Zároveň je potřeba si neustále uvědomovat, že klient není líný a bez zájmu z důvodu, že nechce spolupracovat, ale protože je nemocný.

Při sociální práci s člověkem trpícím nediferencovanou schizofrenií je nejdůležitější zmapování oblastí, kde je zapotřebí podpora pracovníka a na těch pracovat.

V případě onemocnění s postschizofrenní depresí většinou již spolupráce se sociálním pracovníkem byla navázána během propuknutí onemocnění. Je důležité, abychom klienty znali, jelikož postschizofrenní deprese si často všimne právě člověk blízký nemocného. Sociální pracovník by měl podpořit klienta ke kontaktu s lékařem.

Takřka nezbytná je sociální práce s osobou s reziduální schizofrenií a měla by být intenzivní. Negativní příznaky schizofrenie se dají jen minimálně ovlivnit medikací, je potřeba resocializace, aktivizace a opětovného učení sociálních dovedností. Lidé s tímto onemocněním většinou potřebují pomoc celého týmu pracovníků, nejlépe v nějaké pobytové sociální službě. Praxe ukázala, že je potřeba propojenosti všech pracovníků a týmové spolupráce, která zahrnuje i opatrovníka nemocného.

Sociální práce s lidmi se schizoafektivní poruchou se zaměřuje zejména na náhled na onemocnění a na to, aby jedinec uměl rozpoznat první příznaky afektivních epizod. Institut opatrovnictví je zde důležitý zejména jako ochrana jedinců. Kognitivní deficit většinou nebývá přítomen, opatrovníků je ale potřeba u jedinců, kteří v manické fázi inklinují k zadlužování sebe a blízkých. (Kaucký, 2012; Kopřiva, 1997; Netočná, 2014)

3.2 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním

Většina osob s duševním onemocněním jsou v kontaktu minimálně s jednou sociální službou, často ale využívají vícera služeb. V této kapitole se budu zaměřovat na sociální služby specifické pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním, i když osoby s duševním onemocněním využívají i ostatní služby, jako jsou azylové domy, noclehárny, pečovatelské služby, telefonické linky pomoci a další.

Pro správný výběr služby je důležité, s jakými záležitostmi a potřebami se na sociální službu osoba obrací. Při výběru služby je důležité zjistit nejen s čím se osoba potýká nyní, ale též jaké má životní zkušenosti a jak dlouho nedokáže obtíže sama vyřešit. Dalším důležitým faktorem při výběru služby je rodina a zázemí duševně nemocného a v neposlední řadě i motivace ke spolupráci. (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2018)

3.2.1 Pobytové služby

Nejintenzivnější formou spolupráce jsou pobytové služby. Patří mezi ně terapeutické komunity a chráněná bydlení. Tato služba se doporučuje zejména osobám, které mají za sebou několik hospitalizací či dlouhodobě selhávaly v nechráněném prostředí.

Terapeutické komunity jsou pobytové služby, kde existuje neustálá podpora klienta některým z pracovníků. Program se skládá z nácviku každodenního života (úklid, vaření), z terapeutických skupin, edukace, individuální spolupráce a volnočasových aktivit. Program komunit je zaměřen na postupné osamostatňování se klienta od počátku, kdy komunita zajišťuje veškeré zázemí, až do konce programu, kdy jsou klienti naopak podporováni k aktivitám mimo komunitu a také k podpoře nových členů. Tato forma služby vyžaduje intenzivní spolupráci s rodinnými příslušníky klienta a pokud je příjemce služby omezen ve svéprávnosti, tak také s jeho opatrovníkem. Služba jako taková se neplatí, je nutné platit ubytování a stravu. V České republice fungují terapeutické komunity zejména pro osoby s duální diagnózou, tedy duševním onemocněním a závislostí. Jsou to například terapeutická komunita Sejřek, Magdaléna či kratší dvouměsíční komunita Tao.

Chráněná bydlení se dělí na bydlení komunitního typu a podporovaná bydlení. Bydlení komunitního typu je s větší podporou, terapeut je přítomen většinu času a klienti se společně podílejí na vaření a úklidu. V samostatném bydlení má klient v nájmu pokoj, popřípadě žije ve formě spolubydlení a terapeut za klientem dochází na pravidelné schůzky minimálně jednou týdně. Toto bydlení se doporučuje pro klienty, kteří dokáží docházet například do chráněné práce či stacionáře. Terapeut též spolupracuje s rodinnými příslušníky klienta, a pokud má klient opatrovníka, tak rovněž s ním. Služba může či nemusí být placená, vždy ale klient musí platit nájem a v případě komunitního bydlení i stravu. V Praze jsou bydlení komunitního typu poskytována například organizacemi Fokus a Bona, které nabízejí též bydlení samostatné. Mezi další organizace v Praze patří Esethelp, Baobab či Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov.

3.2.2 Ambulantní služby

Ambulantní služby jsou sociální služby, kam docházejí klienti z domova. Jsou určeny pro osoby, které mají bydlení, ale ještě potřebují rehabilitaci, než začnou pracovat nebo již pracují třeba na zkrácený úvazek, ale potřebují naplnit volný čas. Patří mezi ně denní stacionáře, centra denních služeb a nízkoprahové kluby.

Denní stacionáře nabízejí program jen na část dne. Jsou pro klienty, kteří potřebují naplnit jak volný čas, tak více porozumět svému onemocnění a naučit se s ním pracovat. Jsou většinou na 3–6 měsíců a program se skládá z terapeutických skupin, edukací, nácviku komunikace a trávení volného času. Jsou bezplatné. Většinou se pracuje skupinově, spolupracuje se také s ostatními organizacemi, které klient navštěvuje. Spolupráce s opatrovníkem není častá, jelikož služba je zdarma a je zaměřena na osamostatnění se klienta. Organizace v Praze, které nabízejí denní stacionáře jsou například Esethelp, Denní sanatorium Ondřejov, Psychiatrická nemocnice Bohnice či Národní ústav duševního zdraví.

Centra denních služeb pomáhají méně samostatným klientům, kteří ale zvládají bydlet doma. Klienti se zde učí nácviku domácích činností, hygieně, nácviku správného užívání léků, vaří si a vyrábějí rukodělné výrobky. Služby jsou částečně placené, klienti platí za stravu a službu. Existuje zde větší spolupráce s rodinou klienta, aby bylo zřejmé, na co se u jednotlivce zaměřit. Také je potřeba kontakt s opatrovníkem, pokud ho klient má, zejména kvůli financování služby. Jelikož v Praze je mnoho sociálních služeb, centra denních služeb vznikají spíše v jiných oblastech, například Camphill na soutoku v Terezíně, Fokus Turnov, Denní centrum Maják ve Frýdku-Místku či Charitní dům sv. Alžběty v Ostravě.

Nízkoprahové kluby jsou služby, které nabízejí volnočasové aktivity, poradenství či jen trávení volného času. Není potřeba spolupráce s blízkými klienta, každý může přijít a zapojit se. V Praze jsou to například Mosty od Fokusu, Klubovna Bona či Dům u Libuše.

V neposlední řadě neziskové organizace nabízejí díky dobrovolníkům i kroužky za nižší cenu, kde osoby s duševním onemocněním mohou naplňovat své zájmy. Jsou to kroužky například na výuku jazyků, počítačů či cvičení.

3.2.3 Terénní programy

Terénní programy jsou služby, v jejichž rámci sociální pracovníci vyjíždějí do terénu za svými klienty. Jsou bezplatné a pracují s klienty v jakémkoli stavu a snaží se podpořit klienty v udržení nezávislosti nebo k navrácení do života či k léčbě. Mezi terénní programy patří case management, krizové týmy a streetwork.

Case management či podpora samostatného bydlení je služba, v rámci které má klient přiděleného jednoho pracovníka – klíčového pracovníka. Tato služba je založena na dobrém vztahu, důvěře, a hlavně dlouhodobé spolupráci, při které by klíčový pracovník měl sloužit jako průvodce. Pomáhá klientovi s čímkoli, co klient prožívá. Znamená to, že může klienta učit vařit, hledat s ním práci či bydlení, uklízet, zajít na kávu, doprovázet na úřady a cokoli, co klient v tu chvíli potřebuje. Spolupráce může přetrvávat roky a je tak intenzivní, jak je potřeba. Klíčový pracovník musí být zastupitelný, tedy case manager vždy pracuje v týmu a klient zná více pracovníků z týmu. Klíčový pracovník se snaží poznávat i sociální vztahy klienta, jeho rodinu a též opatrovníka, pokud ho klient má zejména z důvodu, aby mohli plánovat kroky do budoucna v souladu s sny a přáními klienta, tak i s jeho reálnými možnostmi. Týmy case managementu disponují například organizace Fokus v celé České republice, poté v Praze dále Esethelp či Baobab.

Krizové týmy jsou týmy, které pomáhají zejména v náročných situacích, kdy dochází ke zhoršení stavu a klient odmítá spolupracovat. Často intervnují v rámci prvních kontaktů s rodinou, která neví, jak postupovat dále. Krizový tým začne pomalu navazovat kontakt s klientem, ze začátku jemně, například jen kontaktem přes uzavřené dveře. Cílem je postupné navázání důvěry a podpora klienta v léčbě. Služba je bezplatná, ve chvíli, kdy je klient buď hospitalizovaný či v lepším stavu, předávají ho do dalších služeb jako je case management, stacionáře či chráněná bydlení dle potřeb klienta. Spolupráce s okolím klienta je zejména v začátcích spolupráce velmi důležitá. Krizové týmy mají například organizace Fokus či Denní sanatorium Ondřejov.

Streetwork je již dle názvu služba, která pomáhá lidem v debaklových situacích, zejména uživatelům návykových látek. Jejich cílová skupina jsou lidé bez přístřeší. Mnoho osob s duševním onemocněním však v důsledku nemoci končí bez přístřeší a užívají návykové látky, proto je často prvním kontaktem právě pracovník ze služby streetwork.

Zde málokdy nastává spolupráce s rodinou, cílem je zejména podpora zdravotního stavu, zajištění jídla a pomoci nalézt přístřeší.

3.2.4 Chráněné zaměstnávání

Mnoho osob s duševním onemocněním má potíže zvládnout zaměstnání. Obtíže se vyskytují v oblastech jako je komunikace, denní režim, náročnost práce a zejména v proměnlivosti zdravotního stavu. Proto pomáhají chráněné práce, kde s klienty postupně pracují na obnovení pracovních schopností a připravují je na otevřený pracovní trh. Chráněná pracovní místa jsou v různých stupních obtížnosti.

Placené chráněné zaměstnání provozují většinou neziskové organizace a jsou to zejména kavárny, restaurace či zahradnické práce. Smyslem je, aby se klient naučil pracovat s odpovědností, režimem, komunikací a postupně i s náročností zaměstnání. Klient si postupně může navyšovat úvazek či směny, pokud se ale zhorší jeho zdravotní stav, má stále podporu sociálního pracovníka a práci neztrácí. Smyslem je spíše osamostatnění klienta, proto se zde nepracuje společně s rodinou. Neodmyslitelnou součástí je ale spolupráce s opatrovníkem, pokud ho klient má zejména proto, že je nutné podepsat pracovní smlouvu a ve spolupráci s opatrovníkem též učit klienta, jak zacházet s výplatou v rámci finančního plánování. Organizace, která se zabývá zaměstnáváním osob s duševním onemocněním a funguje v Praze je zejména Greendoors, která kromě několika kaváren a restaurací pomáhá klientům nalézt i práci na otevřeném pracovním trhu. Mezi další organizace patří Fokus či Bona.

4 NÁSTROJE PRÁVNÍ OCHRANY OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM BEZ OMEZENÍ SVÉPRÁVNOSTI

Nový občanský zákoník, zákon č. 89/2012 Sb., vrací zpět nejen pojem svéprávnost, ale také nabízí více možností podpory lidem s duševním onemocněním než jen omezení svéprávnosti. Lidé s duševním onemocněním mají možnost zvolit si podporu, kterou potřebují, a to prostřednictvím zejména tzv. předběžného prohlášení, nápomocí či zastoupením člena domácnosti. Pokud jejich onemocnění vyžaduje podporu opatrovníka, mohou navrhnout osobu, která by tuto funkci vykonávala. (Ryšávková, 2014)

Podpora a ochrana osob s duševním onemocněním není ustanovena pouze v občanském zákoníku, ale i v dalších zákonech. V následující podkapitole zmíním další zákony, které ustanovují ochranu osob s duševním onemocněním.

4.1 Zákonná ochrana duševně nemocných v České republice

Osoby s duševním onemocněním se často potýkají s velkými obtížemi, jak se zařadit do společnosti. Průběh duševního onemocnění se pojí s častými absencemi z pracovního a sociálního života díky relapsům onemocnění a hospitalizacím. Obtíže nastávají také v důsledku negativní symptomatiky onemocnění, jako je narušení kognitivních funkcí či oslabení vůle. Osoby s duševním onemocněním často selhávají ve školách, v práci, v sociálních vztazích. Jsou také zneužitelné například k nabídkám půjček a následnému rozvoji dluhů či k nevýhodným pracovním podmínkám – 16 hodinové směny, práce bez smlouvy a podobně. Proto se zákony v ČR snaží ochránit jejich zájmy, práva a umožnit osobám s duševním onemocněním žít naplněný život.

Zákonů, které se dotýkají různých práv osob s duševním onemocněním, je mnoho, v České republice je ochrana osob a jejich práv zakotvena v ústavě. Ústava je „listina, na jejímž základě se ustavuje stát a definují jeho cíle, forma a jeho vztah k občanům“. (David, 2001, s. 12) Ústava je zákon nejvyšší právní síly České republiky a byl přijat jako ústavní zákon Českou národní radou 16. prosince 1992 a publikován v české Sbírce zákonů pod

č. 1/1993 Sb. Pro účel této práce je důležitý Článek 3, ve kterém je stanoveno, že součástí ústavy je i Listina základních práv a svobod. Ta byla přijata jako ústavní zákon shromáždění ČSFR č. 23/1991 Sb. dne 9.1. 1991. Při vzniku samostatného českého státu se stala usnesením předsednictva České národní rady součástí ústavního pořádku České republiky dne 16.12. 1992 pod č. 2/1993 Sb.

Článek 1 ústavy české republiky říká, že „Česká republika je svrchovaný, jednotný a demokratický právní stát založený na úctě k právům a svobodám člověka a občana“. Článek obsahuje princip právní jistoty a důvěru člověka ke státu. To, že bude stát ochraňovat práva a svobody člověka je potvrzeno ve článku 4, který ustanovuje, že „základní práva a svobody jsou pod ochranou soudní moci“. Článek chrání osoby před možným porušením jejich práv. Míjí tím práva obsažená v Listině i v mezinárodních smlouvách, k nimž se Česká republika hlásí. (Zákon č. 1/1993 Sb., 2001)

Psychiatricky nemocní lidé mohou být vnímáni také jako osoby se zdravotním postižením, proto nelze nezmínit Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Úmluva byla přijata v New Yorku 13.12. 2006 a jménem České republiky byla tamtéž podepsána 30.3. 2007. S úmluvou vyjádřil souhlas parlament České republiky a prezident jí ratifikoval. Úmluva vstoupila v platnost pro Českou republiku dne 28.10. 2009 a 23.12. 2010 ji ratifikovala i Evropská unie. Úmluva se zavazuje podporovat a chránit osoby se zdravotním postižením tak, aby mohly využívat všechna lidská práva a základní svobody. Jsou to osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které jim brání zapojit se do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními. Úmluva zakazuje jakékoli jednání, které by bylo v rozporu s touto úmluvou, s úmluvou musí jednat v souladu i veřejné orgány a instituce. Článek 12 odstavec 2 uvádí, že „státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají, že osoby se zdravotním postižením mají, na rovnoprávném základě s ostatními, právní způsobilost ve všech oblastech života“. Dále článek 12 odstavec 4 uvádí, že státy musí zajistit, aby jakákoli opatření týkající se právní způsobilosti respektovala práva, vůli a preference dané osoby, byla přiměřená a vždy na co nejkratší možnou dobu. Zároveň je nutné, aby tato opatření byla kontrolována nezávislou třetí stranou, a to soudem nebo nestranným orgánem. K úmluvě byl přijat Opční protokol, který má 18 článků. Je to dokument, který zaručuje možnost zdravotně postižené osobě podat stížnost, pokud stát nedodrží závazky dané Úmluvou. (Sbírka mezinárodních smluv č. 10/2010, 2011)

Podporu osob s duševním onemocněním v každodenním životě ustanovuje zákon č. 89/2012 Sb., tedy občanský zákoník. Zde se ustanovuje podpora jak bez omezení svéprávnosti, tak s omezením svéprávnosti. Toto téma rozeberu více v kapitolách 4. a 5.

Při vážném relapsu duševního onemocnění může někdy docházet k tomu, že osoba ohrožuje buď život svůj život či životy ostatních. V takovém případě je namístě nedobrovolná hospitalizace. Aby nedocházelo ke zneužití moci, podmínky nedobrovolné hospitalizace upravuje zákon č. 372/2011 Sb., tedy zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich používání. Důležitý je zejména § 38, který upravuje, za jakých podmínek může k nedobrovolné hospitalizaci dojít, § 39, který upravuje možnosti použití omezovacích prostředků a § 40, který stanovuje povinnost oznámit soudu zprávu o nedobrovolné hospitalizaci.

Právní řád tedy nedobrovolnou hospitalizaci povoluje, ale jen pokud budou dodrženy podmínky soudního řízení upravené dle zákona č. 292/2013 Sb., tedy zákona o zvláštních řízeních soudních. Podmínky soudního řízení jsou ustanoveny v Hlavě druhé, Oddílu 2 v Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí a dalším držení ve zdravotním ústavu. (Macková, 2016)

Další významný zákon, ve kterém se některá ustanovení týkají ochrany duševně nemocných, je zákon č. 108/2006 Sb., tedy zákon o sociálních službách. „Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“ (Zákon č. 108/2016 Sb., část první – úvodní ustanovení, § 1 číslo 1)

4.2 Svěprávnost jako právní pojem

Svěprávnost znamená mít vlastní práva a také dle nich jednat, a to takovým způsobem, abychom svým jednáním neškodili druhým. V nynější době tento pojem upravuje občanský zákoník, dle něhož „má každý právo brát se o vlastní štěstí a štěstí jeho rodiny nebo lidí jemu blízkých takovým způsobem, jenž nepůsobí bezdůvodně újmu

druhým. Tím je vyjádřena lidská svoboda, která končí tam, kde začíná svoboda někoho jiného.“ (Ryšávková, 2014, s. 35)

Abychom mohli dobře porozumět, co znamená svéprávnost, je potřeba vysvětlit další pojem, a to pojem „právní osobnost“. Výraz právní osobnost nahrazuje dřívější pojem právní subjektivita. Změna nastala, jelikož pojem právní osobnost je více srozumitelný pro veřejnost. Platí, že každý člověk je právní osobností od svého narození (resp. i nenarozené dítě je právní osobností za předpokladu, že to vyhovuje jeho zájmům a že se narodí živé, což je důležité např. v dědických řízeních, stejně tak platí, že právní osobností je i člověk s omezenou svéprávností). „Právní osobnost je způsobilost mít v mezích právního řádu práva a povinnosti“. (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 15 číslo 1)

„Svéprávnost je způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem (právně jednat).“ (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 15 číslo 2) Plné svéprávnosti nabývá člověk zletilostí, tedy dosažením 18 let věku. Nově může člověk zažádat o přiznání svéprávnosti od 16. roku. Svěprávnost znamená, že člověk za sebe může jednat v majetkoprávních vztazích, uzavírat smlouvy či podnikat. (Bezouška, 2013)

§ 4 první části občanského zákoníku uvádí, že se „má za to, že každá svéprávná osoba má rozum průměrného člověka i schopnost užívat jej s běžnou péčí a opatrností a že to každý od ní může v právním styku důvodně očekávat.“ (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 4 číslo 1) K častým projevům onemocnění schizofrenního okruhu patří i narušení kognitivních funkcí, lidé s duševním onemocněním často nedokáží samostatně posoudit závažnost a následky svých rozhodnutí. Léčba schizofrenního onemocnění se neopírá pouze o farmakologickou léčbu, je zde důležitá i sociální a pracovní rehabilitace. Nemoc většinou propukne v mladém věku, kdy člověk studuje či zažívá první pracovní příležitosti a tvoří si sociální zázemí. Toto vše je díky nemoci narušeno, lidé s duševním onemocněním mívají sníženou stresovou odolnost, vyznačují se jistou křehkostí v mezilidských vztazích a důvěřivostí v rámci uzavírání smluv a výhodným nabídkám. (Bezdiček, 2015; Mahrová, 2008; Podhajská, 2011; Ryšávková, 2014; Skopová, 2016)

4.3 Nástroje právní ochrany bez omezení svéprávnosti

Vzhledem k výše zmíněným příznakům onemocnění potřebují lidé s duševním onemocněním podporu zejména při nakládání s financemi, uzavírání smluv (ať již kupních, pracovních či smluv o službách). Do roku 2014 byla jediná možnost podpory omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům, díky novému občanskému zákoníku mají osoby potřebující podporu více možností, aniž by osoba musela být omezena ve svéprávnosti.

4.3.1 Předběžné prohlášení

Předběžné prohlášení nabízí novou možnost, jak se připravit na budoucnost. Ustanovuje jej § 38 občanského zákoníku: „v očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat může člověk projevit vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem.“ (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 38)

Pokud člověk ví či předpokládá, že jeho stav se bude časem horšit, může sepsat předběžné prohlášení, kde sepíše, jak jednat v případě, že nebude schopen sám se postarat o své záležitosti. Podobá se krizovému plánu, který sestavují pracovníci v sociálních službách se svými klienty. Je potřeba sepsat nejen jak by člověk rád, aby bylo s jeho majetkem nakládáno (např. s nemovitostmi), ale i která osoba by to měla být.

Toto předběžné prohlášení musí mít formu, která se podobá formě testamentu. Tedy buď je to veřejná listina (sepsaná v přítomnosti advokáta či notáře) nebo soukromá listina, která musí mít podpis dvou nezaujatých svědků. I pokud by ale forma nebyla dodržena, soud přihlédně k vůli jedince, jelikož nový občanský zákoník je zaměřen na vlastní vůli a zvýšenou ochranu osobních práv každého jednotlivce. (Bezouška, 2013; Ryšávková, 2014)

4.3.2 Nápomoc při rozhodování

Nápomoc při rozhodování je další nová možnost podpory začleněná do platného občanského zákoníku. V této době není nikdo z nás schopen existovat bez podpory. Pokud si kupujeme dům, auto či počítač, či se snažíme co nejvýhodněji se pojistit, většina lidí se minimálně zeptá známých či si nechá odborně poradit. Pro duševně nemocného člověka, jehož sociální síť mohla být v důsledku onemocnění narušena, není jednoduché vždy vyhledat pomoc. Smlouvu u nápomoci může sepsat i člověk, který je omezen ve svéprávnosti, přičemž není nutný souhlas opatrovníka. Platí ale, že člověk uzavírající smlouvu o nápomoci musí rozumět, co je obsahem takové smlouvy a jejím účelem. Smlouva o nápomoci je zákonem cílená pouze pro osoby s duševním onemocněním, touto smlouvou nelze podpořit člověka, jemuž právní jednání činí obtíže z jiného důvodu než následkem duševního onemocnění.

Osoba, se kterou duševně nemocný sepíše smlouvu o nápomoci, se nazývá podpůrce. Řízení k sepsání smlouvy o nápomoci lze zahájit jen na návrh podporovaného nebo podpůrce, a to u okresního soudu dle bydliště podporovaného dle zákona o zvláštních řízeních soudních č. 292/2013 Sb. § 3. Soud rozhoduje usnesením (zákon č. 292/2013 Sb., § 25, odst. 1), proti kterému je přípustné odvolání. Výhoda spočívá v tom, že člověk je stále svéprávný, konečné rozhodnutí je na něm, ale jelikož tato smlouva je soudně schválená, má podpůrce právo být přítomen na všech jednáních, pokud si to podporovaný přeje. Není tedy možné, aby byl podpůrce z jednání vyloučen organizací (bankou, realitní kanceláří apod.) či úřadem. Podpůrce musí být svéprávný a musí jednat v zájmu podporovaného. Podpůrců může být více, přičemž ve smlouvě o nápomoci se sepíše, ve kterých oblastech je potřeba podpora. (Bezouška, 2013; Ryšávková, 2014; Svoboda, 2013)

„Potřebuje-li člověk nápomoc při rozhodování, protože mu v tom duševní porucha působí obtíže, třebaže nemusí být omezen ve svéprávnosti, může si s podpůrcem ujednat poskytování podpory; podpůrců může být i více.“ (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 45)

4.3.2.1 Sociální pracovník v roli podpůrce

Člověk s duševním onemocněním často nemá vybudovanou sociální síť, má narušené vztahy či nezná nikoho, kdo by mohl roli podpůrce naplnit. Proto v této situaci může být podpůrcem i jeho sociální pracovník. Tímto rozumějme spíše klíčového pracovníka, se kterým udržuje dlouhodobý podpůrný vztah. Sociální pracovníci zejména z neziskových organizací provázejí své klienty léta během všech událostí včetně návštěv v nemocnicích během hospitalizací či společných schůzek s rodinou klienta. Znají situaci klienta, a to jak finanční, tak i jeho zázemí. Důležité je, že mezi ním a klientem je vytvořena důvěra, která je pro možnost nápomoci při rozhodování nezbytná. (Čebišová, 2017)

4.3.3 Zastoupení členem domácnosti

Zastoupení členem domácnosti bychom mohli přirovnat k nápomoci při rozhodování. Rozdílné je to, že zastoupení nevzniká uzavřením smlouvy, ale volbou duševně nemocného. Ten si zvolí svého zástupce z řad členů domácnosti. Jeho volbu poté schválí soud.

„Brání-li duševní porucha zletilému, který nemá jiného zástupce, samostatně právně jednat, může ho zastupovat jeho potomek, předek, sourozenec, manžel nebo partner, nebo osoba, která se zastoupeným žila před vznikem zastoupení ve společné domácnosti alespoň tři roky.“ (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 49 číslo 1)

Zastoupení slouží pro ochranu duševně nemocných, kdy je nutno brát v potaz, že osoba blízká dle § 49 je také osoba, která podporuje nejlepší zájmy nemocného člověka. Tato možnost je tedy pouze pro případ, že si ji přeje i sám nemocný, může kdykoli odmítnout a k tomu postačí ústní vyjádření nesouhlasu či schopnost projevit přání. Zároveň platí, že osoba blízká nemůže manipulovat s majetkem na účtu vyšším, než je životní minimum člověka, dále pomáhá jen v obstarávání obvyklých záležitostí (např. vyzvednutí peněz na poště, zaslání potvrzení úřadům apod.). Často se toto opatření ustanovuje v době, kdy probíhá jednání o omezení svéprávnosti, člověk ještě nemá ustanoveného opatrovníka,

ale potřebuje si stále vyřizovat běžné záležitosti. (Benešová, 2014; Bezouška, 2013; Ryšávková, 2014)

4.3.4 Institut prostého opatrovníka

Institut prostého opatrovníka je další možnost podpory osobám zdravotně postiženým, aniž by bylo zasahováno do integrity jejich lidských práv omezením svéprávnosti. Tento institut je využíván v souladu s § 469 občanského zákoníku, který stanovuje, že „člověku, jemuž působí zdravotní stav při správě jeho jmění nebo při hájení jeho práv obtíže, jmenuje soud na jeho návrh opatrovníka a ve shodě s takovým návrhem určí opatrovníkovi rozsah působnosti. Na návrh opatrovance soud opatrovníka také odvolá“. (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 469 číslo 1)

Opatrovník pak jedná společně s člověkem, pokud jedná bez něj, pak vždy ve shodě s přáním a vůlí opatrovance. Tento institut je výhodné použít, pokud v životě člověka chybí osoba, která by mohla býtí podpůrcem. Zastoupení členem rodiny také někdy nepřichází v úvahu díky tomu, že buď nikdo takový není či tato podpora nestačí, jelikož zástupce z řad rodiny má jen omezené oprávnění a může jednat pouze v každodenních záležitostech člověka. Prostý opatrovník ale může být i veřejný opatrovník, tedy tento institut může pomoci lidem, kteří kolem sebe nemají nikoho, kdo by mohl podpůrce, zastoupení či opatrovnictví vykonávat.

Prosté opatrovnictví je ideální podporou pro osoby zdravotně postižené, které nemohou vůbec, nebo jen minimálně právně jednat, které jsou ve svém jednání spíše pasivní, zároveň zde není hrozba, že by byly zneužity třetí osobou např. k podepsání nevýhodné smlouvy. (Hrubá, 2016)

5 NÁSTROJE PRÁVNÍ OCHRANY OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM VE STAVU OMEZENÉ SVÉPRÁVNOSTI

„V případech, kdy dlouhodobá duševní porucha významným způsobem omezí schopnost právně jednat, přichází ke slovu omezení svéprávnosti. Podle nového občanského zákoníku už nejde člověka zbavit svéprávnosti úplně, ale nanejvýš ho ve svéprávnosti omezit, a to pouze když by mu hrozila újma a nebylo by možné mu pomoci jinak“. (Ryšávková, 2014, s. 46)

Tato možnost přichází v úvahu pouze tehdy, pokud není možnost použití některého z podpůrných prostředků popsaných v předchozích kapitolách. Omezení svéprávnosti je podstatným zásahem do práv člověka a je svěřeno výhradně do pravomoci soudu, přičemž dle občanského zákoníku lze svéprávnost omezit pouze dočasně. Při omezené svéprávnosti nelze již sepsat předběžné prohlášení či mítí prostého opatrovníka. K uzavření smlouvy o nápomoci a zastoupení členem domácnosti je ovšem oprávněna i osoba s omezenou svéprávností, souhlas opatrovníka k tomu není nutný. Je ale nutné to, aby osoba uzavírající smlouvu o nápomoci si byla vědomá toho, co je obsahem a účelem smlouvy, musí tedy projevit vůli k jejímu uzavření. Zároveň nová koncepce občanského zákoníku změnila pohled na neplatnost právního jednání. Je tedy potřeba zdůraznit, že i člověk omezený ve svéprávnosti, pokud jedná ve svůj prospěch, je jeho jednání považováno za právní. Opatrovník může vyslovit svůj souhlas zpětně. Pokud naopak právní jednání opatrovance není v jeho zájmu, opatrovník může smlouvu zneplatnit. Přesto má opatrovanec povinnost uhradit veškeré služby, které do té doby čerpal (např. doplatit již utracené peníze z půjčky, kterou uzavřel apod.). Je také potřeba zdůraznit, že nelze zbavit člověka trestní odpovědnosti. (Benešová, 2014; Svoboda, 2013)

5.1 Zahájení řízení o omezení svéprávnosti

Podpůrná opatření či omezení svéprávnosti upravuje zákon o zvláštních řízeních soudních č. 292/2013 Sb., účinný od 1.1. 2014. K zahájení řízení o omezení svéprávnosti

člověka je potřeba podat buď návrh nebo podnět na omezení svéprávnosti. Návrh je potřeba podat k místně příslušnému soudu. Místně příslušný soud je ten, kde má osoba, o jejíž svéprávnosti se rozhoduje, trvalé bydliště. Je-li však osoba ve zdravotnickém zařízení, podává se návrh k soudu v obvodu tohoto zařízení. „Z návrhu musí vyplývat, z jakých skutkových a právních důvodů považuje navrhovatel návrh za důvodný a že užití mírnějších a méně omezujících opatření není možné. Nepodal-li návrh na zahájení řízení státní orgán nebo zdravotní ústav, může soud uložit navrhovateli, aby do přiměřené lhůty předložil lékařskou zprávu o duševním stavu osoby, o jejíž svéprávnost se jedná (dále jen „posuzovaný“); není-li v této lhůtě lékařská zpráva předložena, soud zastaví řízení“. (zákon č. 292/2013 Sb., část 2, § 35, odstavec 2)

Podnět se od návrhu liší formálností, může ho podat kdokoli, soud ovšem po přezkoumání podnětu nemusí zahájit řízení. Osoba, která podává návrh, se stává účastníkem soudního řízení, naopak při podání podnětu se tato osoba účastníkem řízení nestává. Platí, že podnět či návrh může dát sama osoba, která opatrovníka žádá. (Juříčková, 2014; Macková, 2016; Marečková, 2009)

5.2 Průběh řízení

„K omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, jehož se to týká, po jeho zhlédnutí a s plným uznáváním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti. Přitom musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti“. (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 55 číslo 1)

Velká změna nastává právě ve výrazu „po zhlédnutí“, tedy nelze již člověka omezit ve svéprávnosti, aniž by ho soud neviděl. Zároveň soud ověřuje, že nelze použít mírnější podpůrný prostředek. Nově je v občanském zákoníku dáno, že soud respektuje přání a volbu člověka, který si sám může zvolit opatrovníka ze svého okolí. Soud také uznává, když člověk odmítne navrženého opatrovníka z řad rodiny např. díky nejistým vztahům. „V rozhodnutí o omezení svéprávnosti jmenuje soud člověku opatrovníka. Při výběru opatrovníka přihlédne soud k přáním opatrovance, k jeho potřebě i k podnětům osob opatrovanci blízkých, sledují-li jeho prospěch, a dbá, aby výběrem opatrovníka nezaložil

nedůvěru opatrovance k opatrovníkovi.“ (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 62)

Během soudního řízení má člověk právo být zastupován, a to buď někým, koho si zvolí či soudem navrženého advokáta, který je povinen hájit práva svého klienta. Zároveň je vyžadován znalecký posudek odborníka, v tomto případě psychiatra. Omezení svéprávnosti se také stanoví na dobu maximálně 3 roky, přičemž po uplynutí tří let musí soud do jednoho roku přehodnotit, zda omezení svéprávnosti je stále zapotřebí. Výsledkem soudního řízení je rozsudek, který musí dostat do rukou i člověk, o jehož svéprávnosti se jedná.

I v novém občanském zákoníku stále platí právo člověka na odvolání, právo na podání návrhu na obnovení plné svéprávnosti, právo na poučení o dalších svých právech, právo na předložení důkazů (ať již písemných, vyslechnutí svědků apod.).

Platí, že rozhodnutí o omezení svéprávnosti neomezuje člověka v každodenním jednání jako je třeba cestování veřejnými dopravními prostředky, zařizování běžných záležitostí. Pokud člověk učiní právní rozhodnutí během doby, kdy je omezen ve svéprávnosti, je jeho jednání prohlášeno za neplatné jen pokud mu působí újmu. Tedy pokud podepíše např. výhodnou pracovní smlouvu, nabídku k pronájmu či vstup do sociální služby, toto jednání je platné. (Bezouška, 2013; Juříčková, 2014; Marečková, 2009)

5.2.1 Sociální pracovník v průběhu řízení o omezení svéprávnosti

Díky novému občanskému zákoníku ustupuje znalecký posudek do pozadí. Není již nejdůležitější lékařská diagnóza, ale schopnost jedince postarat se o své záležitosti. Sociální pracovník může proto hrát důležitou roli při řízení a pomoci ustanovit takovou podporu, která je pro člověka potřeba. Jak je již psáno v kapitole 2.2.2.1, duševně nemocný člověk má častokrát dlouhodobý vztah se sociálním pracovníkem ze služby, kterou využívá, jako jsou chráněná bydlení, case management či terénní sociální práce. Tento pracovník je pro duševně nemocného velmi důležitý, jelikož spolu již mají navázaný vztah a důvěru. Zároveň má pracovník již zmapované oblasti, ve kterých jeho klient potřebuje

pomoc a podporu. Do spolupráce s tímto pracovníkem například patří finanční situace klienta, hospodaření s penězi, užívání medikace, oblast bydlení, práce, vztahů apod., proto může v řízení o omezení svéprávnosti zastávat určitou roli. Tato role může být pasivní či aktivní.

Pokud je sociální pracovník v řízení v pasivní roli, není účastníkem řízení. Může být buď v roli svědka či podat odborné vyjádření. Svědků či odborných vyjádření může být více, jelikož člověk s duševním onemocněním často využívá více služeb – např. sociálního pracovníka z chráněného bydlení společně se službou case managementu. Jako svědek poskytuje svědectví, tedy vypovídá o tom, co sám viděl, slyšel či zažil a odpovídá na otázky. Není však oprávněn činit návrhy či prohlášení. Odborné vyjádření je pak zpráva z pohledu profesionálního poskytovatele sociální služby.

V aktivní roli je sociální pracovník buď jako zmocněnec či navrhovatel. Dle § 37 Zákona o zvláštních řízeních soudních sice soud jmenuje pro řízení posuzovanému opatrovníka (myslí se tím opatrovník pro řízení), posuzovaný si ale sám může zvolit zmocněnce. Toho si může zvolit i bez souhlasu opatrovníka. Pokud je rozpor v úkonech opatrovníka a zmocněnce, rozhoduje soud, a to vždy s ohledem na zájem posuzovaného. Sociální pracovník jako zmocněnec jedná jménem účastníka a reprezentuje jeho vůli a zájem. Zmocněnec není účastníkem řízení. Sociální pracovník též může být sám navrhovatel, v tomto případě má veškerá procesní práva a vystupuje svým vlastním jménem. Má možnost ovlivňovat průběh řízení a sleduje svůj zájem, jak on vnímá, co by nejlépe klientovi pomohlo. (Čebišová, 2017; Macková, 2016)

5.2.2 Rozhodnutí

O omezení svéprávnosti rozhoduje soud rozsudkem. „V rozsudku, jímž se omezuje svéprávnost, vymezí soud rozsah, v jakém způsobilost posuzovaného samostatně právně jednat omezil, a popřípadě dobu, po kterou účinky omezení trvají“. (Zákon č. 292/2013 Sb., část druhá – zvláštní část, § 40)

Již v rozsudku tedy musí být jasně vymezena oblast, ve které je posuzovaný omezený ve svéprávnosti, nikdy však nemůže být omezen jednat v každodenních běžných

záležitostech. Také musí být jasně určena dočasnost rozsudku, který lze uložit na maximálně 3 roky, rozsudek ale i tak může být poté prodloužen opětovným rozhodnutím soudu.

Rozhodnutí je vždy doručeno účastníkům řízení, posuzovanému člověku musí soud zajistit nejen doručení, ale i možnost posuzovaného vhodnou formou se s rozsudkem seznámit. (Čebišová, 2017; Macková, 2016)

5.3 Oblasti omezení ve svéprávnosti

Jak bylo uvedeno v kapitole 2.3.3, v rozsudku soud vymezí „rozsah, v jakém způsobilost posuzovaného samostatně právně jednat omezil“. Rozsah omezení se liší u každého jednotlivce a vymezuje oblasti, ve kterých osoba z důvodu onemocnění neumí sama rozhodovat. Oblasti, ve kterých nejčastěji dochází omezení svéprávnosti uvedu v této kapitole:

- Omezení svéprávnosti v oblasti hospodaření s penězi
 - Tato oblast je využívána velmi často, zejména v případě omezení svéprávnosti osob s onemocněním schizofrenního okruhu. V rozsudku musí tato oblast být vymezena negativně. Soud musí uvést, s jakou částkou již osoba není způsobilá hospodařit. Je také nezbytné uvádět, na jaké časové období osoba částku použije.
- Omezení na právo uzavřít sňatek
 - Dle § 673 občanského zákoníku platí, že „manželství nemůže uzavřít osoba, jejíž svéprávnost byla v této oblasti omezena“. U lidí s duševním onemocněním stále toto omezení přetrvává. Základní problém této skutečnosti je, že porušuje Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. „Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou účinná a odpovídající opatření ..., s cílem zajistit uznání práva všech osob se zdravotním postižením, které dosáhnou věku pro uzavření manželství, uzavřít sňatek a založit rodinu na základě svobodného a plného souhlasu budoucích manželů“. (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Opční protokol, článek 23, část 1 a)

- Omezení v oblasti rodičovské zodpovědnosti
 - V zákonu není ustanoveno, že omezení v oblasti rodičovské zodpovědnosti musí být patrné v rozsudku o omezení svéprávnosti. Přesto v některých rozsudcích stále je, a to i přesto, že dotyčná osoba nemá děti, ani, v případě ženy, není těhotná.
- Omezení v procesní způsobilosti
 - Mnoho osob s duševním onemocněním se potýkají s nedostatkem financí, zároveň nemají přehled o dávkách, na které mají nárok. Omezení v procesní způsobilosti má zajistit ochranu opatrovance, aby mu opatrovník dopomohl k zajištění alespoň minimálního příjmu.
- Omezení ve svéprávnosti a poskytování sociálních služeb
 - Stále ještě se setkáváme s výrokem v rozsudku, že opatrovanec není schopen rozpoznat potřebu uzavírat smlouvy o poskytování sociálních služeb. Z mé zkušenosti v práci v sociálních službách nevidím nutnost tohoto omezení. Sociální služby na uzavření smlouvy vždy potřebují opatrovníka. Zároveň jsou dobrovolné, tedy nelze nikoho do sociální služby zapsat či dát bez jeho vědomí.

Zde nejsou vyjmenované všechny možnosti v omezení svéprávnosti. Je důležité, aby rozsudky byly individualizované a obsahovaly pouze body, ve kterých dotyčná osoba opravdu potřebuje podporu. (Rittichová, 2015, (1) a (2))

5.4 Opatrovnictví osoby omezené ve svéprávnosti

Opatrovníka jmenuje soud. Osoba, které byl opatrovník jmenován, se stává opatrovanec. Opatrovník je povinen být v kontaktu se svým opatrovancem. Pověření jiné osoby je možné pouze se souhlasem opatrovance, za tuto osobu nese odpovědnost opatrovník. Opatrovník je také povinen projevovat o opatrovance zájem a dbát o naplnění jeho práv a je povinen opatrovanci vhodným způsobem jeho postup vysvětlit.

Opatrovník nemůže požadovat za opatrovnictví odměnu, pokud se ale jedná o správu movitého majetku, může mu odměnu určit soud. Soud zároveň určí rozsah práv a povinností opatrovníka. Soud může opatrovníka odvolat, pokud ten o to požádá, stejně tak

pokud o to zažádá opatrovanec či pokud opatrovník nejedná v zájmu opatrovance, odvolá soud opatrovníka bez návrhu jiné strany.

Pokud soud nenalezne vhodného opatrovníka mezi blízkými opatrovance, stává se veřejným opatrovníkem obec, ve které má opatrovanec bydliště (nemusí být trvalé bydliště, jde o místo, kde se opatrovanec zdržuje, např. chráněné bydlení, komunita apod.) či právnická osoba zřízená k tomuto účelu příslušnou obcí.

Bez souhlasu soudu nemůže opatrovník nakládat s částkou převyšující pětisetnásobek životního minima ani nakládat s majetkem převyšující polovinu opatrovanceva majetku, pokud to není zanedbatelná částka (např. opatrovanec pobírající pouze dávky hmotné nouze) a dále nesmí opatrovance zavázat zápůjčkou převyšující hodnotu majetku popsanou v tomto odstavci. (Benešová, 2014; Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 457 - § 471)

5.5 Osoba opatrovníka

„Soud jmenuje opatrovníkem osobu, kterou navrhl opatrovanec. Není-li to možné, jmenuje soud opatrovníkem zpravidla příbuzného nebo jinou osobu opatrovanci blízkou, která osvědčí o opatrovance dlouhodobý a vážný zájem a schopnost projevat jej i do budoucna. Není-li možné ani to, jmenuje soud opatrovníkem jinou osobu, která splňuje podmínky pro to, aby se stala opatrovníkem nebo veřejného opatrovníka podle jiného zákona.“ (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 471, část 2)

5.5.1 Fyzická osoba jako opatrovník

Pokud má opatrovanec ve svém okolí blízkou osobu, ke které cítí důvěru a má s ní blízké vztahy, zároveň tato osoba vysloví přání stát se opatrovníkem, pak soud zvolí tuto osobu.

Předpoklad pro to, aby se tato osoba stala opatrovníkem je to, že musí být dospělá a trestně bezúhonná. Je vhodné, aby měla dobré finanční zázemí, tedy neměla mnoho úvěrů, nebyla v insolvenci či na ní nebyly podány exekuční příkazy. Dalším velmi důležitým faktorem je vztah k opatrovanci. Je důležitá důvěra mezi opatrovancem a opatrovníkem. Opatrovník by měl znát přání opatrovance a jednat v jeho prospěch, měl by to být někdo, kdo opatrovanci pomůže plnit jeho přání (týkající se bydlení, práce, volného času) v rámci jeho možností.

Důležitý je kontakt mezi opatrovníkem a opatrovancem, proto je nutná i fyzická dostupnost, tedy pokud opatrovanec např. bydlí v chráněném bydlení v Praze, pak není rozumné volit opatrovníka např. z Ostravy. Opatrovník by měl také motivovat člověka a pomoci mu naučit se samostatnosti a odpovědnosti za své rozhodnutí. Důležitá je i spolupráce opatrovníka s dalšími blízkými osobami v životě opatrovance, např. pracovníky sociální služby, lékaři apod. (Instand, 2015)

5.5.2 Veřejný opatrovník

Veřejným opatrovnictvím je ustanovena obec, ve které má opatrovanec bydliště. Nemíní se tím trvalé bydliště, ale aktuální obec, kde se opatrovanec zdržuje. Veřejný opatrovník je ustanoven v případech, kdy opatrovanec nemá ve svém okolí osobu blízkou, která by opatrovnictví mohla vykonávat. Obec zastupuje starosta obce, opatrovnictví poté vykonává osoba jím pověřená. V obcích I. stupně vykonává opatrovnictví přímo starosta obce.

Veřejný opatrovník je většinou zaměstnanec obce k tomu pověřený a měl by mít stejné předpoklady jako fyzický opatrovník, není tam ale zapotřebí blízký vztah s opatrovancem. Vztah s opatrovancem by měl být profesionální a veřejný opatrovník by měl respektovat přání opatrovance a též jeho osobnost. I zde platí, že veřejný opatrovník by měl též být v kontaktu s osobami blízkými opatrovanci (rodinou, sociálními pracovníky, popř. lékaři). (Instand, 2015)

5.6 Opatrovnická rada

Zřízení opatrovnické rady je právo, ale nikoli povinnost opatrovance. Opatrovnická rada má dvě hlavní funkce. Je to jakýsi kontrolor činnosti opatrovníka, zároveň informuje soud o průběhu spolupráce opatrovníka a opatrovance. „Je-li jmenován opatrovník, může opatrovanec nebo každá osoba opatrovanci blízká žádat o ustavení opatrovnické rady, ...“ (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 472 číslo 1)

O zřízení opatrovnické rady může požádat opatrovanec či jakákoli osoba blízká opatrovanci. Žádost je podána opatrovníkovi, který jí musí do 30 dnů svolat. Na schůzi ke zřízení rady se může dostavit jakýkoli rodinný příslušník opatrovance i jeho přátelé, každá osoba má jeden hlas. Musí se sejít alespoň pět osob, aby mohla být rada zvolena. Osoby pak volí členy opatrovnické rady. Opatrovnická rada musí mít alespoň 3 členy, pokud jsou ale jen 3, vyžaduje se vždy přítomnost všech. Zápisy z rad se vždy doručí opatrovníkovi, opatrovanci a příslušnému soudu.

Člen rady je volen na dobu neurčitou, může kdykoli zažádáním k soudu svou činnost ukončit. Rada zasedá vždy minimálně jednou za rok, přizývá se na ní jak opatrovanec, tak opatrovník. Zápis z rady se doručí i soudu. Na radě se probírá zpráva o činnosti opatrovníka, dále opatrovník vždy vypracuje i soupis jmění opatrovance. Může se také usnést na odměně opatrovníkovi za jeho činnost.

Bez souhlasu rady nesmí opatrovník rozhodnout o změně opatrovanceva bydliště, umístění do uzavřeného ústavu, ani jakkoli zasáhnout do integrity opatrovance, pokud se nejedná o vážný stav. Dále opatrovník nesmí naložit bez souhlasu rady s majetkem opatrovance převyšujícím částku stonásobku životního minima, nabýt či prodat majetek převyšující třetinu opatrovanceva majetku či zavázat opatrovance zápůjčkou převyšující hodnotu majetku v tomto odstavci.

Pokud se v životě opatrovance nevyskytuje dosti osob ochotných vykonávat funkci v opatrovnické radě, vykonává tuto funkci soud. (Ryšávková, 2014; Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 472 - § 485)

5.7 Výkon opatrovnictví

Opatrovník vždy musí jednat osobně. Zastoupení může být pouze po dohodě s opatrovancem, opatrovník ale za vybraného zástupce odpovídá. Opatrovník vždy musí jednat v zájmu opatrovaného a chránit jeho práva. Aby funkci mohl vykonávat, je tedy nutné, aby opatrovance znal a byl s ním v pravidelném kontaktu. Je též povinen srozumitelnou formou vysvětlit opatrovanci všechny své kroky a rozhodnutí, které v jeho zájmu činí.

Z občanského zákoníku, § 480 vyplývá, že opatrovník nesmí bez souhlasu opatrovnické rady změnit bydliště opatrovance, umístit ho do uzavřeného ústavu (pokud to nevyžaduje jeho zdraví) ani zasahovat do jeho integrity. Co se týče majetku, nesmí bez souhlasu opatrovnické rady nakládat s majetkem převyšujícím stonásobek životního minima či třetiny opatrovanceva majetku (pokud to není zanedbatelná částka), stejně tak nesmí odsouhlasit půjčku ve výši těchto hodnot. Pokud není opatrovnická rada zřízena, její funkci přebírá soud. (Zákon č. 89/2012 Sb., část první – obecná část, § 480 – § 482)

Nově ustanovený opatrovník je povinen do dvou měsíců od svého jmenování soudem vypracovat soupis majetku opatrovance. Každý rok pravidelně dodá soudu, opatrovanci i opatrovnické radě vyúčtování.

Důležitý je vztah mezi opatrovníkem a opatrovancem. Proto se opatrovník musí dobře seznámit nejen se situací opatrovance, ale i s ním samotným. Každý z nás má jiný způsob komunikace, vyjadřování svých přání, a naopak projevení nesouhlasu. Opatrovník by měl umět poznat, jak komunikuje jeho opatrovanec. Je potřeba, aby opatrovanec znal postupy a důvody rozhodnutí opatrovníka, např. jak vypočítává částku, kterou má opatrovanec na své potřeby, jakou má finanční situaci a zda má také nějaké úspory. Opatrovník by také měl alespoň zhruba znát příznaky onemocnění, aby mohl porozumět třeba nepřiměřenému či zmatenému jednání opatrovance.

V dnešní době je více možností, které opatrovník může využít, pokud si není jistý postupem či se mu nedaří navázat důvěryhodný vztah se svým opatrovancem. Je možná spolupráce se sociální službou, kterou opatrovanec užívá, svolání případové konference či

využití supervize, aby mohl co nejvíce využít zdroje a pomoci opatrovanci žít co nejplnější život. (Benešová, 2014; Instand, 2015)

6 PRAKTICKÁ ČÁST

6.1 Předporozumění problematice

Problematika opatrovnictví se mě profesně i osobně velmi dotýká. V rámci své dlouholeté práce s osobami s duševním onemocněním jsem měla možnost spolupracovat s mnoha klienty, kteří měli opatrovníka, a též s jejich opatrovníky. Měla jsem možnost vidět příklady výborné spolupráce a také ty, kde spolupráce tolik nefungovala. Proto jsem se před tvořením otázek zamyslela a musela si uspořádat myšlenky tak, aby otázky nebyly zavádějící a já mohla být při rozhovorech ten, kdo se více nechává nést zkušeností participantů, a nikoli tou svojí.

Pomohla mi k tomu sebereflexe, kterou jsem získala nejen v rámci studia oboru a v dlouholeté praxi v neziskovém sektoru s pravidelnými supervizemi, ale také ukončená sebezkušnostní část psychoterapeutického výcviku.

Uvědomila jsem si, že opatrovnictví je velmi potřebné nejen teď, ale i do budoucna, jelikož nejsme nijak blízko k metodě plného zotavení osob s duševním onemocněním schizofrenního okruhu, podporu tedy budou potřebovat i nadále. Je důležité mít k dispozici podpůrné nástroje využitelné u člověka bez omezení svéprávnosti. V některých případech bude ale vždy stále potřeba opatrovník, jelikož vztah a důvěra se tvoří pomalu a osoby s duševním onemocněním jsou často náchylné uvěřit výhodným nabídkám prodejců či nabídkám půjček. V rozhovorech jsem se tedy snažila zaměřit na to, co pomůže spolupráci a co jí ještě obohatí.

6.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu je otázka, zda je pohledem opatrovance naplňován smysl opatrovnictví, tedy zda vztah mezi opatrovníkem a opatrovancem splňuje svůj zákonný účel.

Jak by měl vypadat kontakt mezi opatrovníkem a opatrovancem ustanovuje § 466 a § 477 občanského zákoníku. Definují, že opatrovník by měl udržovat kontakt se svým opatrovancem, vědět, jaká je jeho či její životní i zdravotní situace a zároveň znát opatrovancovy názory.

Jak jsem se již zmínila v teoretické části, vztah mezi opatrovníkem a opatrovancem je velmi důležitý pro vzájemnou spolupráci. Opatrovnictví je velmi křehký vztah, což je dáno zejména tím, že se dotýká práv opatrovance, a tím zasahuje do jeho integrity. Účelem opatrovnictví je podpora osob, které jsou díky onemocnění znevýhodněny v běžné společnosti ať již v důsledku kognitivního deficitu, nízkého vzdělání, úzkostem či jiných příznaků onemocnění. Mým záměrem ve výzkumné části bylo zaměřit se na to, co spolupráci podporuje a pomáhá tomu, aby opatrovnictví mohlo fungovat jako podpora.

Vedlejšími cíli výzkumu bylo zjistit, s jakými aspekty, které opatrovanci potřebují řešit, se nejčastěji na opatrovníka obrací. Dalším účelem výzkumu bylo též zjistit, jak participanti vnímají své opatrovníky na lidské úrovni, jako někoho, s kým spolupracují.

Dalším dílčím cílem výzkumu bylo poukázat na specifika v jednání s osobami s duševním onemocněním, ukázat jejich jedinečnost a nutnost přístup měnit tak, jak který opatrovanec potřebuje. Osoby s duševním onemocněním se s opatrovníky nesetkávají v akutním stavu, to ale neznamená, že onemocnění je pryč a není nutné se jím zabývat. Cílem je tedy i v rozhovorech ukázat specifickou vyjadřování, přemýšlení a emoční mapu jedince. Tyto aspekty života osob s duševním onemocněním bývají často ovlivněny nemocí a při nerespektování těchto aspektů je spolupráce mnohem obtížnější.

6.3 Metoda získávání dat

K získání dat jsem použila polostrukturovaný rozhovor ve fenomenologicky orientovaném výzkumu. Pro rozhovory byly předem připraveny otázky k výzkumným okruhům. Otázky jsem nepokládala vždy ve stejném pořadí, u rozhovorů jsem se snažila zachytit, který z daných okruhů má pro respondenta největší náboj a kde cítí potřebu více se věnovat určitému tématu. Rozhovory byly naplánovány na 10 minut, trvaly od 7 do 30 minut dle schopnosti respondentů věnovat se cíleně jednomu tématu.

Rozhovory se odehrávaly v Psychiatrické nemocnici Bohnice v samostatné kanceláři vždy po mé pracovní době a v osobním volnu respondentů. Pokud respondent svolil, rozhovory jsem nahrávala na diktafon a poté přepsala. Pokud pro respondenta bylo nahrávání nepříjemné zejména v důsledku příznaků onemocnění, byla přítomna kolegyně, také zaměstnankyně Psychiatrické nemocnice Bohnice, a rozhovory zapisovala, aby byla zachována přirozená plynulost rozhovoru mezi mnou a respondentem.

Výzkumné rozhovory proběhly se sedmi respondenty, kteří mají omezenou svéprávnost a již ustanoveného opatrovníka, se kterým spolupracují minimálně jeden rok až na jednu respondentku, kde na konci roku 2017 proběhla změna opatrovníka.

6.3.1 Scénář rozhovoru

Výzkumné okruhy se zaměřily na následující oblasti. V jejich rámci byly respondentům kladeny uvedené otázky (označeny arabskými číslicemi):

- I. Oblast základních identifikačních informací
 1. Kdo je váš opatrovník? Myslím tím, zda je to veřejný opatrovník či někdo z vašich blízkých.
 2. Jak dlouho máte opatrovníka?
 3. Jaký byl důvod k získání opatrovníka?
- II. Oblast setkávání a komunikace
 1. Jak si s opatrovníkem domlouváte setkání a na čí podnět?
 2. Kde se s opatrovníkem setkáváte a přibližně na jak dlouho?
 3. Jak probíhá setkání? Rozumíte všemu, co s vámi opatrovník domlouvá?
 4. Jak často se setkáváte?
- III. Oblast pomoci od opatrovníka
 1. S čím se na opatrovníka obracíte?
 2. S čím se na vás obrací opatrovník?
 3. Jak probíhá řešení záležitostí, na kterých jste se s opatrovníkem domluvili?
 4. Na jakých plánech do budoucna spolupracujete s opatrovníkem?

IV. Oblast hodnocení spolupráce

1. Jaké oblasti, ve kterých by vám ještě opatrovník mohl pomoci, vás napadají?
2. Jak by vypadalo ideální setkání s opatrovníkem?
3. Jak byste mi vašeho opatrovníka popsal/a?
4. Co si na opatrovníkovi ceníte a na čem by mohl ještě zapracovat?

6.4 Výběr vzorku respondentů

Při výběru vzorku respondentů byla aplikována především tato kritéria:

- Respondent musí mít diagnostikované onemocnění schizofrenního okruhu
- Respondent musí být dospělou osobou – tedy starší 18 let
- Respondent musí být omezený ve svéprávnosti
- Respondent musí mít ustanoveného opatrovníka a jejich spolupráce musí již probíhat

Dalším důležitým kritériem výběru byla nutnost předchozí spolupráce buď se mnou, či s některou z kolegyně z pavilonu č. 4 Psychiatrické nemocnice Bohnice, kde sídlí Centrum psychosociální podpory. Toto centrum slouží pro celou nemocnici a kdokoli z pacientů z kteréhokoli pavilonu, může s týmem z pavilonu č. 4 navázat spolupráci. Tuto variantu jsem zvolila z důvodu, že u osob s duševním onemocněním je nutné nejprve navázat kontakt a důvěru. Během pobytu v nemocnici potkávají hospitalizovaní pacienti mnoho personálu, musí často znovu a znovu odpovídat na stejné dotazy, a to navázání vztahu a autentičnosti projevu často nenapomáhá. Z předchozích zkušeností vím, že během prvních několika rozhovorů jsou informace od osob s duševním onemocněním méně relevantní a velmi okleštěné jen na základní data. Pacienti jsou často nejistí, jaké nastanou důsledky z rozhovoru s personálem, časté obavy mají ze zvýšení medikace, překlady na jiné oddělení, zákazu propustek apod. Jelikož můj výzkum byl zaměřený na vztahovou rovinu, bylo zapotřebí, aby mě již respondent znal a nevnímal rozhovor se mnou jako ohrožující.

Všichni respondenti byli v době rozhovorů hospitalizováni v Psychiatrické nemocnici Bohnice, jejich stav byl ale již stabilizovaný a byli schopni porozumět úkolu a rozhodnout se, zda se chtějí či nechtějí zúčastnit.

Celkem se rozhovorů zúčastnilo 7 respondentů, z toho 5 mužů a 2 ženy, z nichž 5 respondentů mělo ustanoveného veřejného opatrovníka a 2 respondenti osobu blízkou.

6.5 Způsob zpracování dat

Rozhovory jsem prováděla v únoru a březnu 2018. Výsledná data jsem následně doslova přepsala včetně nespisovné mluvy, opakování se, ulpívání na jednom tématu. Doslovný přepis dvou rozhovorů je součástí příloh I.II a I.III.

Při analýze dat jsem se zaměřila na zkušenosti respondentů, na jejich prožívání a postoji k danému tématu. Každý rozhovor jsem si několikrát poslechla a pročítala a snažila se porozumět, kde je nejdůležitější prožitek respondenta, co je dle něj nejdůležitější. Následně jsem se zaměřila na oblasti, které se shodují u více respondentů a snažila se najít společné rysy několika jedinců. (Hendl, 2016)

6.6 Etické aspekty výzkumu

Všem respondentům bylo nejprve vysvětleno nejen o čem rozhovor bude, ale zejména k čemu budou jejich data použita a kde budou zveřejněna. Poté měli minimálně den na rozmyšlenou. Neuvádím v této práci žádná autentická jména – křestní jména respondentů jsou smyšlená, zároveň neuvádím ani jména jejich opatrovníků a ostatní informace jsou upraveny tak, aby nebylo možno respondenta identifikovat.

Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas, jehož vzor lze nalézt v příloze. Dále jsem před započítím výzkumu podala žádost etické komisi Psychiatrické nemocnice Bohnice, od níž mám oficiální souhlas k provedení svého výzkumu – kopii taktéž přikládám v příloze.

7 ANALÝZA ROZHOVORŮ

7.1 Představení respondentů

V následujících kapitolách jsou krátce představeni respondenti, kteří se rozhovorů zúčastnili.

7.1.1 Pavel

Pavlovi je 55 let, léčí se s paranoidní schizofrenií. Je rozvedený, má dvě dospělé děti. S Pavlem jsem spolupracovala při jeho posledních dvou hospitalizacích, toto bylo 5. léčení v Psychiatrické nemocnici Bohnice, ale byl již mnohokrát hospitalizován i v jiných nemocnicích. Poslední hospitalizace trvala přes 3 měsíce, zejména kvůli snaze o nasazení depotní medikace, která by mu dlouhodobě mohla pomoci. Často totiž přestává brát léky, jelikož zapomíná. Depotní medikace se ale bohužel musela vysadit, jelikož měl nepříjemné vedlejší účinky projevující se ztuhnutím končetin.

V kontaktu s Pavlem lze vnímat emoční oploštělost, je klidný, kontakt sám o sobě nevyhledává. Když kontakt naváže já, v rozhovoru je vstřícný. Miluje přírodu, proto již několik desítek let žije na osamělém místě ve vesničce, kde bydlí v maringotce. Nemá tam vodu, pro tu si musí chodit do 1,5 km vzdálené studny, elektřinu tam ve spolupráci se svou opatrovnicí zavedli až teď. Drogy ani alkohol neužívá, občas si dopřeje pivo, ale závislý není.

Pobírá invalidní důchod 3. stupně a má výkyvy v zacházení s financemi, ačkoli nekouří. Jeho snem je cestovat. V minulosti se již stalo, že odjel do ciziny, v poslední době do jižní Ameriky, kde mu došli peníze a opatrovnice musela řešit situaci, jak ho dostat zpět. Ačkoli při každé hospitalizaci je plánem chráněné bydlení, Pavel tam nechce. Svoji louku miluje, v zimě je to ale náročné, proto je většina hospitalizací v zimě, kdy se tam nedá přečkat.

Kontakt s dětmi vyhledává sporadicky. Lidi má rád, ale jen na chvíli, poté se uzavírá do samoty. Při poslední hospitalizaci bylo zajištěno chráněné bydlení, již tam měl nastupovat, odjel z nemocnice přímo tam, ale máme zprávy od opatrovnice, že je zpět ve své maringotce, do bydlení ani nedojel. Ačkoli se k nám do nemocnice rád vrací, nikdy se nepodařilo navázat vztah důvěry, kdy by byl jasně schopný vyjádřit, co opravdu chce. Souhlasí se všemi plány a aktivně na nich spolupracuje, poté se ale rozhoduje jinak. Během hospitalizace si zařídil půjčku 50 000,-, ačkoli je omezený ve svéprávnosti. Peníze utratil za nový počítač a mobilní telefon. Opatrovnice tuto situaci řeší soudně, jelikož banka věděla předem, že je Pavel omezený v nakládání s financemi a pochybila.

7.1.2 Karolína

Karolíně je 29 let, je romského původu a léčí se s paranoidní schizofrenií. Toto byla její 53. hospitalizace v nemocnici. Zpět se vrátila z domova se zvláštním režimem, kde pobyt nezvládala. Byla silně paranoidní, demolovala zařízení domova, byla agresivní vůči personálu a projevovala automutilační a suicidální tendence. Má praktickou školu, pracovala asi jen měsíc, ale práci nezvládala. Poslední hospitalizace trvala přes rok.

Karolína je v projevu velmi dětská, vyžaduje pozornost a často skáče do řeči. Na druhou stranu je velmi přátelská a vstřícná k ostatním, usměvavá a snaží se pomoci, když je někdo nejistý. Často si ale neumí udržet hranice, což se projevuje půjčováním peněz ostatním, ačkoli její jediný příjem je nízký invalidní důchod 3. stupně.

Během pobytu měla Karolínu na prvních 9 měsících na starosti má kolegyně, teprve poté přešla do mé péče. Prvních 9 měsících byla ve spolupráci často náladová, někdy nespolupracující a hodně vyhýbavá. Díky intenzivní podpoře ale prošla nácvikem vaření, poté nácvikem v nízkoprahové pracovní rehabilitaci v miniprádelně nemocnice a poté zvládla pracovat v kavárně V. kolona. Naučila se přijímat kritiku, více rozumět svým emocím. Velmi dobře reagovala na jakoukoli pochvalu. Během pobytu došlo k navázání na sociální službu a spolupráci s case managerem. Z hospitalizace přecházela do chráněného bydlení.

Karolína neměla ušetřeno dostatek peněz na chráněné bydlení a hospitalizace se protáhla. Spolupracovali jsme na tomto problému s opatrovníci, sociální pracovníci nemocnice a s case managerem. V nemocnici jsme zvládli krátké zhoršení psychického stavu, kdy si Karolína neuměla představit mít méně peněz. S podporou to ale dopadlo dobře, Karolínu začalo bavit šetřit si a plánovat, sama sdělila, že si přijde dospěle. Dokázala si našetřit na nájem a méně půjčovat ostatním peníze. Téma financí ale samozřejmě bude stále v řešení při pobytu v chráněném bydlení.

Těžko vnímá, když má pocit, že se o ní ostatní domlouvají bez ní. Musím přiznat, že její jednoduchostí a povahou toto chování svádí i ostatní. Já jsem se musela postupně naučit probírat s ní i vážné věci. Překvapilo mě, že již nereaguje výbuchy vzteku, ale naopak jí to motivuje k větší zodpovědnosti. Tu se ale musela na počátku učit, ukažme si to na konkrétním příkladu: místo na směnu do kavárny V. kolona si odešla vyzvednout opravené brýle a nedala o tom do práce vědět. Místo, aby dostala zákaz propustek jsme vedly dlouhý pohovor o odpovědnosti, jak vypadá a co to znamená. Mluvily jsme o tom, kdy musela být v životě odpovědná a jak to zvládala. Líbila se jí představa, že je důležitá – když nepřijde kuchař, lidé se nenají. Od té doby neměla v práci jediný problém a zvládala vše dobře. Karolína je díky velmi častým pobytům v nemocnici navázaná na pracovníky jak zdravotních, tak sociálních služeb a považuje je trochu za svou rodinu. Ke konci pobytu ale zvládla obnovit vztahy s bratry a sestrami.

7.1.3 Lukáš

Lukášovi je 34 let a léčí se s poruchou s trvalými bludy podobnou schizofrenií. Léčí se též se závislostí na psychoaktivních látkách, v posledních letech je to již jen THC. Je to jeho 4. hospitalizace a v nemocnici je již 6 let. Lukáše jsem potkala pouze na rozhovoru, jinak spolupracuje s mojí kolegyní. Má narušenou motoriku, ale nepotřebuje pomůcky. Pouze u chůze po schodech se musí přidržovat zábradlí. Též má poruchu řeči, špatně artikuluje, ale po dlouhodobé spolupráci s logoterapeutkou je jeho řeč výrazně srozumitelnější.

Lukáš je v komunikaci velmi vstřícný, usměvavý, někdy až žoviální. Jako s jediným z respondentů nebyl rozhovor veden v kanceláři, ale venku na lavičce, jelikož poprosil, že potřebuje kouřit. Byl také smutný, že neuvedu jeho jméno ani jiná jména.

Spolupráce s Lukášem je někdy ztížená tím, že zapomíná. O diagnóze a o léčbě mluvil jak s lékařkou, tak i s terapeutkou mnohokrát, ale i tím, že je pro něj obtížné onemocnění přijmout, nerozumí tomu, proč musí být v nemocnici: „*Když jsem se ptal naposled doktorky, jakou mám diagnózu, tak mi na to nebyla odpovězena.*“ Práce na náhledu na onemocnění a porozumění stavů je u Lukáše potíž. Mnohokrát s ním byla probírána fakta léčby nejen s lékařkou, ale i psychologkou a mojí kolegyní. Potíž nespočívá pouze v Lukášově zapomětlivosti, ale i v tom, že je pro něj obtížné přiznat si, že některé věci nezvládá. Díky častému užívání návykových látek a pohybování se na okraji společnosti, kde byl sice samostatný, ale nemohl si vytvořit pevné sociální vazby, má sklon rebelovat vůči autoritě a dělat si věci po svém. Těžko přijímá názory ostatních a nedůvěřuje.

Další překážkou jsou léky, které odmítá. Je bohužel farmakorezistentní, což znamená, že léky tolik nezabírají na pozitivní příznaky a často se u něj projevují vedlejší účinky léků, které nepomáhají jeho narušené motorice. Často řeší, zda jeho matka již je po smrti nebo ne (pozn. matka zemřela před 4 lety), když je ve fázi, kdy tomu nevěří, reaguje velmi podrážděně na sdělení, že zemřela.

Lukáš nemá náhled na nemoc, a tedy jeho představa, co zvládne a co již ne, je zkreslená. „*Oni mě furt chtěou strčit někam do chráněného bydlení. A já nepotřebuju chránit. Já prostě jen chci normálně žít. Mně je třicet čtyři let. Já jsem tady už skoro šest let.*“ Dokáže být velmi naléhavý na pomoc se sehnáním bydlení a nerozumí, proč to nejde.

Lukáš se též potýká s dluhy, které vznikly ještě za života matky. Má uznanou invaliditu 3. stupně, ale nemá nárok na výplatu invalidního důchodu, jelikož nemá odpracováno dostatek let a neplatil si sociální pojištění. To je bohužel velmi časté u pacientů se schizofrenním onemocněním. Pobírá tedy dávky hmotné nouze a s financemi hospodařit neumí. Přesto má s kolegyní vztah pěkný, na setkání s ní chodí celkem pravidelně a dochází i na aktivity v rámci nemocnice. Velmi dobře reaguje, když je do všeho zapojen, naopak našťavaně reaguje na případy, kdy se něco o něm dohodlo bez něj.

Po ukončení rozhovoru ještě dodává, že je svému opatrovníkovi vlastně ukradený, a to ho štve. Kolegyně poté vysvětluje, že tím zakrývá velkou nejistotu, kterou maskuje žoviálností a veselostí. Při dlouhodobé spolupráci s její kolegyní již na pohovorech otevřeně mluví o strachu z finanční situace, osamělosti a velkého strachu z budoucnosti.

7.1.4 Marek

Markovi je 46 let a léčí se s paranoidní schizofrenií. V minulosti často velmi pil alkohol, ale v posledních letech již nepije. Měl ochrannou léčbu ústavní, jelikož masturboval na veřejnosti, byl pod vlivem onemocnění, sexuální deviace u něj nebyla shledána. Je to tichý, velmi vstřícný pán, který působí křehkým dojmem. Potkala jsem ho též pouze při rozhovoru, pracuje s kolegyní. Momentálně u něj převažuje spíše negativní symptomatika, což znamená emoční oploštělost, kognitivní deficit a ztráta vůle. *„Mě toho moc teď nebaví. Hledám, hledám něco. Začaly mě bavit knížky, tak chodím do knihovny. To je paní primárce málo a já toho zatím nic víc nezvládám, hm.“*

Toto je Markova 3. hospitalizace, která zatím trvá přibližně 3 roky. Před tím ale zvládl být 10 let v domácím prostředí, kde žil s matkou. K matce se ale vrátit nechce, i když vztahy se postupně narovnaly a jsou spolu v kontaktu.

Jeho opatrovníkem je bratr, který za ním jezdí každý týden na návštěvu. *„Povídáme si, on mi přiveze něco k jídlu a kafe a pak mu dám špinavý prádlo, protože mi pere maminka. Já to tady neperu.“* Marek nemá potíže s nadměrným utrácením, mezi ním a bratrem nejsou žádné neshody.

Poslední ataka onemocnění ale byla pro rodinu náročná, Marek byl pod vlivem psychózy agresivní vůči věcem v bytě a slovně agresivní vůči matce. Marek ale své nemoci rozumí a když se jeho stav zlepšil, hodně si vyčítal, co provedl. Nejtěžší bylo pro něj vidět bratra, když mu nebylo dobře, protože se styděl. *„Chodil za mnou. Nejdřív maminka a pak on. Já jsem nejdřív nechtěl, aby mě neviděl v tom stavu a pak už chodil i přesto.“*

Do budoucna má obavy z toho, že si ještě nepřijde připravený odejít z nemocnice. Je zažádáno o domov se zvláštním režimem, ale zde jsou čekací doby léta. „Mně navrhli ústav [jméno DZR] a nějak se k tomu nedochází, asi je tam hodně zájemců, a tak nevím, no, kam, co bude do budoucna. Byl sem ve špatném stavu a pak se to trošku stabilizovalo, a ještě to není v pořádku.“

Na bratrovi si cení, že „Že se o mě stará, všude chodí. Já jsem nikam nedošel, když jsem sem nastoupil a teď dojedu na propustku, aspoň to.“ Z rozhovoru je patrná náklonnost k bratrovi, jelikož když o něm mluví, umí se i přes emoční ploštělost pousmát.

7.1.5 Dušan

Dušanovi je 45 let a léčí se s paranoidní schizofrenií. V nemocnici je již 3 roky a je to jeho 3. léčení. Do nemocnice byl přijat pro bizarní chování a agresivitu vůči sestře. Neužíval léky a byl dlouhodobě floridně psychotický (to znamená, že měl intenzivní pozitivní příznaky). Žil ve velkém domě, který byl ve velmi špatném technickém stavu. Snažil se ho opravit, ale v rámci onemocnění nebyl schopen reálně jednat: například bylo potřeba vymalovat – použil vodovky, odstříhli elektřinu – pověsil drát, který našel, na strom a podobně. V domě žil se sestrou, která je zdravá. Snažila se mu pomoci, ale byl velmi paranoidní a měl strach, že mu chce ublížit, proto na ní byl verbálně agresivní, musela zavolat sanitku.

Předchozí hospitalizace byla cca před deseti lety a Dušan poté takřka k ambulantnímu psychiatrovi nechodil, léky neužíval a jeho stav byl dlouhodobě velmi špatný. Selhával v základních životních oblastech a díky obavám z otravy někdy přestával jíst a výrazně zhubl. Během pobytu v nemocnici někdy opět zparanoidní a je potřeba sledovat, zda přijímá dostatečně živin – tedy zda jí.

Dušan často chodí po areálu, zahloubaný do sebe a ve svém světě, kontakt málokdy navazuje. Negativní příznaky onemocnění jsou u něj velmi silné a nedaří se nasadit medikaci, která by výrazně zabírala. Má velmi malý náhled na onemocnění a dlouho se chtěl vrátit zpět do domu. Dušan ale bohužel sám žít nemůže, má problémy se sebepéčí, neumí si vyprat a je tam nutná kontrola na užívání léků, jelikož při atace je v ohrožení

vyhladovění. Díky malému náhledu je silně odmítavý k jakýmkoli nácvikům a aktivitám (například nácvik vaření, finanční gramotnost, skupiny a podobně). Je též často odmítavý k sociálním službám zejména z důvodu, že Dušan nerozumí, proč by je potřeboval a je přesvědčen, že on vše zvládá.

Já jsem s Dušanem spolupracovala před přibližně dvěma lety, poté si ho převzala kolegyně, jelikož jsem změnila oddělení v rámci nemocnice. Dušan měl období, kdy přišel, poté období, kdy se neukázal a vlastně to trvá dodnes. Věří tomu, že mu já i kolegyně chceme pomoci získat bydlení, ale často to vypadá, že stále opakujeme úvodní konzultace a točíme se v kruhu. Je to patrné na rozhovoru, kdy Dušan začíná úvahou o chráněném bydlení, vrací se ke garsonce, dále Bílý kruh bezpečí (který ani není správnou službou na jeho situaci), poté k možnosti půjčky a financí a zpět ke chráněnému bydlení. Mysl Dušana je stále velmi zahlcená a pořád se točí v kruhu a snaží se najít správné řešení, když ho ovšem nalezne (má období, kdy spolupráce funguje, začne chodit na nácviky a na exkurze do CHB) a zkusí, ihned se v nejistotě vrací zpět na začátek a nedůvěře k tomu, zda je to dobře, a přece jen není jiný způsob. V té době začíná spolupráce s kolegyní znovu, jelikož Dušan vše odvolá a začíná vše nanovo.

Sestra uvažuje o vzdání se opatrovnictví, jelikož je to pro ni náročné. Spolupráce s Dušanem vyžaduje hodně trpělivosti, umí být velmi zahlcující a někdy podrážděný a nechce spolupracovat. Agresivita se ale již u něj neprojevuje, spíše je velmi znejistěný a nerozumí tomu, proč do světa venku „za branou nemocnice“ nemůže.

7.1.6 Petra

Petře je 63 let a léčí se s poruchou s bludy podobnou schizofrenií. Je to její 4. léčení a hospitalizace trvá 8 měsíců. Do nemocnice byla přijata pro suicidální tendence, kdy se intoxikovala léky v kombinaci s alkoholem. Měla potíže v sociální oblasti, zejména se zanesením bytu věcmi a intenzivními sluchovými halucinacemi. Majitel bytu jí dal výpověď a neměla kde bydlet, situaci dále nezvládala.

Během pobytu si často stěžovala na somatické obtíže, které byly spíše psychotického charakteru. Je velmi naléhavá na užívání potravinových doplňků a hlídá si svoji váhu, která je na její výšku a věk v mezích normálu.

S Petrou spolupracovala moje kolegyně. Při spolupráci bylo velmi důležité Petru hraničit v rozhovorech, jelikož je velmi zahlcující a nedokáže udržet téma. Petra je velmi úzkostná, velmi těžko se smíruje s jakoukoli kritikou či neúspěchem a těžko je prožívá. Tyto situace si pamatuje velmi dlouho a pak je z toho smutná.

Petra je také velmi lehce manipulovatelná, což si ale sama uvědomuje. Během rozhovoru byla v náročné situaci, kdy opatrovník a dcera nesouhlasili s nástupem do chráněného bydlení, jelikož měli obavy, že tam selže. Moc si přáli, aby Petra v nemocnici počkala na přijetí do domova se zvláštním režimem. Tato situace vyvolala konflikt mezi opatrovníkem a ošetřujícím lékařem, který podporoval nástup do chráněného bydlení s tím, že se Petra s podporou ještě zvládne zapojit do normálního života. Situace nakonec dopadla tak, že Petra dala na názor ošetřujícího lékaře a opatrovník se nakonec rozhodl, že to zkusí a momentálně je Petra již v chráněném bydlení, žádosti do domovů se zvláštním režimem má ale také podané.

V kontaktu je Petra velmi vstřícná, zároveň přehnaně důležitá. Je jediná z participantů, která mě při rozhovoru viděla poprvé a dříve jsme se nesetkaly. Přesto mi v rozhovoru podává mnoho intimních informací nejen o rodině, ale i o své finanční situaci. Díky této důvěřivosti má rodina obavy, jak bude Petra fungovat dále a je nutné, aby měla kolem sebe podporu sociálních služeb, kde se naučí chránit si své hranice a chránit informace, které sděluje. Informace mi totiž začala sdělovat ještě, než jsem se stihla představit a z minulých informací o Petře vím, že informace by poskytla komukoli, kdo by byl na Petru vlídný.

Z rozhovoru je patrný kognitivní deficit, který zůstává z poslední ataky, dále též roztržité myšlení, kde Petra rozvíjí myšlenku a postupně se dostává na jiná témata a nedokáže se soustředit na jednu věc. Přesto je Petra samostatná v sebeképi a je vidět, že základní činnosti jako vaření, úklid a starání se o sebe v minulosti zvládala a tyto dovednosti neztratila, proto také ošetřující lékař trval na chráněném bydlení, kde se díky aktivnímu životu nebude prohlubovat kognitivní deficit.

7.1.7 Honza

Honzovi je 43 let a léčí se s paranoidní schizofrenií a závislostí na alkoholu. Kromě schizofrenního onemocnění je veden ještě s disociálními rysy, impulzivitou a sklony ke gamblingu. V minulosti byl ve výkonu trestu za napadení veřejného činitele, časté rvačky a agresivní chování. Nyní je to jeho 15. léčení, dříve podstoupil i ochrannou léčbu ústavní. V nemocnici je momentálně 8 měsíců, přišel sám, zanedbaný, bez domova, opilý, halucinace v tu chvíli neměl.

S Honzou jsem spolupracovala během jeho minulé hospitalizace, momentálně s ním spolupracuje kolegyně. Honza při spolupráci potřebuje jasně vymezit problém a též o čem s kým bude spolupracovat. V minulosti dlouhodobě navštěvoval psycholožku, proto při naší spolupráci trval na zaměření se pouze na praktické věci – bydlení, práci. Momentálně ale nespolupracuje s nikým mimo nemocnici, jelikož jak sám říká v rozhovoru: *„Už nespolupracuji, tam byl tedy tehdy průšvih. Já jsem tam něco řekl.“*

Honza též trpí onemocněním očí, kdy v minulosti dokonce bylo uvažováno o chirurgickém vyjmutí oka. Toto je teď pod kontrolou, ale ztěžuje oční kontakt. O vztahy Honza zájem má, zároveň díky životnímu stylu na ulici, ubytovnách či ve vězení je extrémně nedůvěřivý a nerad si pouští lidi k tělu. K novým lidem přistupuje nepřátelsky a nedůvěřivě. S rozhovorem souhlasil hned, ale pouze díky tomu, že jsme se znali a při minulé hospitalizaci jsem mu pomohla sehnat ubytování, kde to několik měsíců zvládal dobře.

Při rozhovoru mluví jasně, je vidět, že na opatrovnici je momentálně naštvaný. Zároveň ze spolupráce s ním vím, že má velké obtíže s empatií k ostatním lidem, pokud neumí vyřešit hned vše k jeho spokojenosti, považuje je za slabé a ztrácí k nim respekt. Při atakách onemocnění se ale do hloubky projevuje spíše úzkostnost, kterou mezi atakami nahrazuje nepřátelstvím a udržením si „drsného“ postoje.

Na Honzovi není patrný kognitivní deficit, mluví jasně a pamatuje si, o čem jsme mluvili. Z dlouhodobé psychoterapie celkem rozumí, co se s ním děje. Proto se mi také s Honzou spolupracovalo příjemně, protože ve chvíli, kdy získá důvěru, byly rozhovory

plodné. Jakmile jsme se na něčem domluvili, plán samostatně splnil a bylo na něj spolehnutí.

Mimo nemocnici ale velmi často selhává zejména díky společnosti, kde se pohybuje. Nedokáže poté udržet na uzdě svoji impulzivitu, poté je naštvaný na celý svět, že to opět nejde, začíná pít, přestává užívat léky a vrací se opět do nemocnice.

Má invalidní důchod 3. stupně v nízké výši a zároveň se potýká s velkými dluhy z půjček, pokut a gamblingu. Nerad si přiznává chybu, proto často za svoji debaklovou situaci viní ostatní – opatrovníci, péči, systém.

7.2 Analýza odpovědí v rámci výzkumných okruhů

7.2.1 Oblast základních identifikačních informací

Z rozhovorů vyplývá, že všichni respondenti svého opatrovníka znají a ví, kdo to je. Přestože respondenti v důsledku onemocnění trpí více či méně kognitivním deficitem a hůře si pamatují, dokázali správně uvést dobu, po kterou mají omezenou svéprávnost (ověřeno v jejich zdravotní dokumentaci).

Všichni respondenti uvádí jistou nedůvěru až naštvanost vůči opatrovnictví. Honza, Lukáš a Karolína uvádějí, že to bylo spíše za jejich zády, bez jejich vědomí. Všichni tři se v minulosti i teď potýkají s brojením vůči autoritě a těžko ustupují ze svého postoje. Je pro ně obtížné více porozumět svému onemocnění a zejména přijmout důsledky oslabení, které přináší. Honza by raději měl za opatrovníka svého bratra, ale ten odmítl. Stejně tak opatrovnictví odmítl i starosta města jeho původního trvalého bydliště, což Honzu naštvalo, jelikož dle zákona by to neměli odmítnout a tím, že se tak stalo, to přispělo k jeho nedůvěře v autoritu. Karolína se momentálně hodně zlepšila a naučila se spolupracovat, proto i teď vnímá, že opatrovnice může zůstat, ale ona, Lukáš i Honza vnímají ustanovení opatrovníka jako akt, který s nimi nebyl probrán a se kterým v té době naprosto nesouhlasili.

Pavel a Marek jsou typově spíše introvertně založení, k autoritě se chovají s respektem a nemají potřebu boje, i když Pavel si nakonec vše udělá po svém, přesto lékaře a personál kolem sebe přijímá kladně. Vnímají, že opatrovnictví jím prostě bylo určeno soudem – autoritou, se kterou se nediskutuje. Přesto pro oba bylo těžké, když byli odmítnuti veřejným opatrovníkem, kterého určil soud. Pavlova opatrovnice se navíc silně odvolávala na to, že není zkušená, toto je její první případ a „*dělá starostku obce a že při tom chodí do práce a že by to na ní bylo moc nebo tohle, ale soud jí stejně řek, že to je bez diskuze, že to dělat musí, že jo, že.*“ Marek smutně říká, že z města mu opatrovníka dělat odmítli, tak má bratra.

Dušan a Petra oba trpí negativní symptomatikou onemocnění a jejich myšlení je často zabíhavé a roztříštěné. Dušan má díky tomu k opatrovnictví sestry ambivalentní pocity. Pro něj je to jediný člověk, kterého má, rodiče zemřeli. Je ale někdy paranoidní k tomu, že sestra spravuje jeho finance. Důvodem vnímá, že je sestry povinnost, aby mu zajistila bydlení. Petra má veřejného opatrovníka a také si není jistá. Ona sama o sobě ví, že má tendenci nechat se zmanipulovat a potřebuje podporu, zároveň jak uvádí, je velmi nedůvěřivá k cizím lidem a opatrovník se jí teď měnil. Změna trvala dlouho (cca rok) a ten rok měla opatrovníka pro potřeby řízení. Je to tedy již třetí člověk, se kterým spolupracuje.

Petra není jediná, která zažila změnu opatrovníka. Pavel má již třetí opatrovnici (z dokumentace zjištěno, že to bylo díky změně trvalého bydliště) a stejně je na tom Lukáš, kterému se vystřídal opatrovník a on neví proč (z dokumentace zjištěno, že opatrovnice odešla na mateřskou dovolenou). Nelze zjistit, zda to Lukášovi před třemi lety někdo sdělil a Lukáš zapomněl anebo se tak nestalo.

7.2.2 Oblast setkávání a komunikace

V této oblasti je na první pohled patrný rozdíl v setkávání u dvou respondentů, kteří mají opatrovníka svého sourozence a u ostatních, kteří mají opatrovníka veřejného. Tuto informaci ale vnímám jako srozumitelnou, oba respondenti mají se sourozenci dlouhodobý blízký vztah a neočekávala jsem ani jiný výstup.

Marek a Dušan mají opatrovníky sourozence. Oba vidí své sourozence často, chodí je navštěvovat do nemocnice. Marek má s bratrem bližší vztah, bratr ho navštěvuje každý týden. Marek nic moc nepotřebuje, rád tráví s bratrem čas. Už dokáže jezdit i na propustky domů. Setkání s bratrem nemá úřední charakter, naopak si povídají a chodí spolu do kavárny V. kolona, která je v areálu. Ze začátku hospitalizace to ale takto nebylo, Marek se styděl za věci, co dělal v období psychózy a na začátku pobytu v nemocnici.

Dušan se se sestrou také setkává často. Jezdí za ním každých 14 dní do nemocnice. Dušan ale moc o povídání se sestrou zájem nemá: „*No, ona sem chodí ráda, ale já s ní nikam nechodím, protože o to nemám zájem (smích).*“ Sestra je naopak hodně aktivní a také se hodně angažuje ve společných setkáních, Dušan v rozhovoru uvádí, že měli společné setkání jak s lékařkou, tak i s její kolegyní. Nevyjadřuje ale žádné výstupy a je velmi upnutý pouze na bydlení. Těžce nesl, když sestra prodala dům, ve kterém bydleli a z rozhovoru je patrné, že to ještě úplně nevstříbal.

Kontakt s veřejným opatrovníkem má jiná specifika u každého participanta zvláště. Pouze Pavel je v kontaktu se svou opatrovnící pravidelně, když mu vozí jednou za 14 dní peníze domů. Pavel je její jediný opatrovanec a ona jeho nemoci nerozumí. Sama přiznává, že neví, jak se situací naložit. Velmi se ale snaží Pavlovi pomoci a s nemocnicí komunikuje aktivně, nerozumí ale jeho chování, často je smutná a frustrovaná, že se zase vrátil do maringotky. Pavel by chtěl být svéprávný, ačkoli toto v rozhovoru neuvádí. Svěřil se mi v kontaktu v nemocnici, že mu vadí, že mu opatrovnice zakazuje cestovat. Toto je ale zároveň také důvod, proč opatrovnici potřebuje. Pavel několikrát odjel bez peněz za hranice a nevěděl pak, jak se vrátit a opatrovnice ho musela velmi těžce hledat a dostávat zpět do Čech. Opatrovnice také reaguje pravidelně na jeho prozvonění. Pavel sám popisuje, že z jedné strany je mu to příjemné, protože vše, co potřebuje, hned vyřeší: „*Cením si to, že většinou vyřídí to, co potřebuju, tak to vyřídí hned.*“, na druhou stranu by rád více samostatnosti, kterou měl s předchozí opatrovnící: „*No, tak s tou sem se domluvil tak, že mi posílala peníze na účet a tadleta mi, a ta druhá a ta třetí mi všechny vozí peníze v hotovosti.*“ Po vypnutí nahrávání přiznal, že by potřeboval více osobnější kontakt, více aktivity z její strany. Uvědomila jsem si, že takto vypadala i naše spolupráce. Každý den říkal, že nic nepotřebuje a je v pořádku, na pohovory jsem si ho zvala já. Na pohovoru již ale měl spoustu témat a mluvili jsme dlouho, v kontaktu po půl hodině začínal projevovat

emoce jako radost, zájem o něco, mluvil, jak co prožívá, ale byla potřeba výrazná aktivita z mé strany na počátku každého pohovoru.

Karolína svou opatrovnici viděla jednou v životě, ačkoli jí má již od 18 let. Její opatrovnice je velmi nezkušená. Je to opět pracovnice malého města a Karolína je její jediná opatrovanka. Opatrovnice je velmi vstřícná a ze začátku si neuměla poradit s Karolíninými výbuchy vzteku při potřebě šetřit. Nedostatek kontaktu možná vyplývá z toho, že většinu svého života Karolína strávila v nemocnici či ústavu a opatrovnice se domlouvala pouze s pracovníky, na druhou stranu její opatrovnice nerozumí jejímu onemocnění a je si nejistá v kontaktu s ní. Nevnímám ale nezájem, protože setkání s case managerem proběhlo v pořádku a spolupráce sice nastavena byla, jen však spíše se službami než přímo s Karolínou: „*Jenom pan case manager se s ní setkává*“. Karolína na svou opatrovnici telefon má, ale sama ani neví, proč by jí volala, když vše funguje, jak má. Tím, že Karolína je hodně dětská, ještě není připravena přijmout odpovědnost plně za sebe, nechává svého case managera řešit celkovou finanční situaci a zvládne zatím hospodařit s rozpočtem na několik dnů.

Určitou podobnost vnímám i v případech Lukáše a Honzy. Oba mají momentálně s opatrovníkem komplikovaný vztah, kdy mají oba pocit, že opatrovník pro ně nedělá dostatek. Opatrovníci Lukáše a Honzy jsou ale zkušení, mají opatrovnictví jako náplň své práce a mají mnoho opatrovanců. Nemají moc prostoru na dlouhé individuální setkávání a jednájí spíše úřední cestou a soustředí se na praktické aspekty života obou pánů. To se odráží i na setkávání, kdy Lukáš opatrovníka viděl naposledy u soudu a opatrovník mu nebere telefony: „*No většinou jako, ne že já ho kontaktuji, protože já, když volám, tak mu nebo mu, většinou ta spojovatelka, ta sekretářka říká, že on tam není, že zrovna něco má.*“ Na druhou stranu tím, že je Lukáš impulzivní, se v minulosti stávalo, že na opatrovníka v telefonu křičel. Honza více rozumí situaci i tomu, co se mezi ním a jeho opatrovníci děje. Správně rozumí, proč je momentálně potřeba třetí osoby, a to sociální pracovnice psychiatrické nemocnice, a to zejména při pomoci v komunikaci. Během pobytu v nemocnici dokáže Honza díky medikaci svou impulzivitu dobře udržet, s opatrovníci i přes rozkol dokáže poslední dobou komunikovat i sám a není vůči ní agresivní. Jejich vztah se pomalu upravuje k určité toleranci mezi nimi.

Petra, u níž je potřeba udržet hranice ve vztahu, zároveň ale nemá potíže v komunikaci, si umí opatrovníkovi zavolat, když potřebuje. Co není z rozhovoru úplně patrné, je, že opatrovník je k dispozici často, ale díky konfliktu mezi ním a nemocnicí byly vyhrocené vztahy, které Petra těžce nesla. Zejména nedorozumění ohledně telefonního čísla jí bylo nepříjemné: „*Já jsem mu volala a nevěděla jsem, já jsem dala sociální pracovníci na něho kontakt, jako soukromý telefon, a to jsem nevěděla že se ho to dotkne, že prostě to bude brát jako že mu nějak, ale já nevím, jak se ta naše sociální pracovnice jmenuje, tak on říkal, že mu tam něco tvrdila, že to není pravda.*“ Petry opatrovník má též mnoho opatrovanců a snaží se držet si odstup. Petra dokáže být velmi zahlcující a je potřeba držet jí hranice a směřovat k řešení. Tím, že jako Petry opatrovník funguje teprve krátce, zatím setkání s ní velmi zkrátil pouze na přebrání si důležitých dokumentů. Během setkání nabyl dojmu, že Petra není dostatečně připravená na život v chráněném bydlení a díky konfliktu s lékařem a sociální pracovníci za Petrou poté už do nemocnice nepřijel.

7.2.3 Oblast pomoci od opatrovníka

Z rozhovorů lze usoudit, že jsou dvě základní oblasti, se kterými se respondenti na opatrovníka obracejí, a to jsou finance a bydlení. Je zde také patrný rozdíl mezi respondenty, kteří mají za opatrovníka osobu blízkou a mezi ostatními, kteří mají veřejného.

Dušan i Marek mají se sourozenci vztah, kdy si i povídají o tom, jak jim zrovna je, ačkoli Dušan je stále upnutý na sehnání bydlení. Oba sourozenci samozřejmě znají jak zbylou rodinu, tak i přátele obou. Jelikož ani Dušan a ani Marek se nepotýkají s dluhy, téma financí není tolik aktuální a naléhavé. Marek se momentálně potýká s postschizofrenní depresí, proto se zatím bojí propuštění. Bratr za něj šel i k soudu o přezkoumání stavu ohledně svéprávnosti. Přesto je Marek informovaný o žádosti do domova se zvláštním režimem. Z odpovědi si nejsem jistá, zda je to něco, co si přeje, či by se rád vrátil zpět domů, protože na dotaz, zda mu ve vztahu s opatrovníkem něco chybí odpovídá: „*Ne, on mě nemůže vzít k sobě, má dvě děti a ... já bych musel k mamince zase, no.*“ Odpověď je posmutnělá a vnímám, že Marek si uvědomuje, že maminka již péči o něj nezvládá a je nutné hledat jiné řešení. Z rozhovoru je ale patrné, že je na maminku velmi

fixovaný, i když se sám k ní vrátit nechce, jinde to ale nezná a bojí se. Snaží se tedy soustředit na pěkné věci ohledně domova se zvláštní režimem, jako je například to, že je to v přírodě a v klidné lokalitě.

Dušan je naopak velmi naléhavý na nalezení bydlení a z jeho rozhovoru je patrné, že nemá zpracované pocity k sestře, která bydlí mimo nemocnici a on je stále hospitalizovaný. V rozhovoru uvádí, že se sestrou se byli podívat v chráněných bydleních, sestra navrhuje i exkurze do domovů se zvláštním režimem, naráží ale na Dušanovu nerozhodnost a neustále se měnící pocity mezi snahou opravdu se léčit a frustrací z toho, že nemůže bydlet sám, což je jeho sen. Sestra spolupracuje opravdu aktivně, snaží se motivovat Dušana na chráněné bydlení, bere ho na exkurze do bydlení, ale Dušan je neoblomný. Často vyjadřuje nespokojenost s prostředím, vadí mu maličkosti. Za tím ale je velká touha vrátit se domů. Byl to polorozpadlý dům, není to o pohodlí. Lidé s duševním onemocněním si velmi těžce zvykají na nové věci a Dušan je v tomto ohledu velmi upnutý k věcem, které zná. Nedokáže si představit bydlet jinde, proto vymýšlí další a další důvody, proč odmítat jiné možnosti.

Ambivalence zní i v použití výrazu „umístit“, který často používají lékaři a Dušan ho v rozhovoru používá ve chvílích, kdy se cítí v emočním napětí ze strachu, že bydlení se nesežene a poddává se vůli lékařů. Za chvíli ale hned Dušan říká se silným emočním nábojem, že by chtěl bydlet samostatně tak jako dříve a je v neustálé nejistotě, zda přijmout onemocnění a to, že není tak samostatný. Na dotaz, s čím se obrací Dušan na sestru odpovídá: *„No, očekávám, že opravdu zajistí to bydlení a nejméně, teda nejvíce, které by mi vyhovovalo teda, jo.“* Všechny informace, které je potřeba vědět k pobytu v chráněném bydlení, má, přesto je nedokáže díky své nerozhodnosti zpracovat a rozhodnout se pro řešení.

Zároveň je pro něj důležitá otázka peněz, kde je vidět kolísání paranoidity a důvěry vůči sestře v tom, co udělala s penězi z prodeje domu a zda mu jeho finance stačí. Opět probleskuje rozčílení nad tím, že sestra se stará o jeho finance. Uvádí, že pro něj není problém koupit si oblečení z kapesného. Realita je ale taková, že Dušan minimálně vychází za bránu nemocnice a nosí neustále stejné oblečení, na péči o něj musí dohlížet personál nemocnice.

Z rozhovorů je patrné, že pro veřejné opatrovníky je jednodušší nastavit si hranice ve vztahu, pokud je opatrovanec naléhavý na řešení. Lze to vidět na případě Lukáše, který též nemá náhled na své onemocnění a je naléhavý na to, aby mu opatrovník našel ubytování venku: „*Já bych chtěl prostě mezi, mezi lidmi, normálně se dostat ven.*“ Na druhou stranu je patrné, že vztah opatrovníka a opatrovance je úřední a ne přátelský, což způsobuje, že Lukáš nevnímá radu od opatrovníka jako pomoc, ale jako úkol. Velmi se zlobí, že opatrovník chce, aby šel do chráněného bydlení a z rozhovoru je patrné, že díky tomu je v opozici a ani si nechce vyslechnout, co znamená chráněné bydlení. Lze usoudit, že v tomto stavu k dohodě nedojde, opatrovník navrhl jediné ultimátum, ale Lukáš na to nechce slyšet. Jinak však reaguje na mou kolegyni, kterou respektuje, ale díky boji s autoritou opatrovníka chráněné bydlení odmítá někdy jen proto, aby opatrovník z jeho pohledu nevyhrál. Opatrovník nikoho z Lukášových blízkých nezná a zatím ani neproběhla společná schůzka s lékařem. V tuto chvíli s opatrovníkem tedy řešili pouze soudy kvůli dluhům a přestupkům, které Lukáš má.

Jak jsem již zmínila, Honza naopak s opatrovníci dospěl k jisté toleranci toho druhého. To je ale zatím velmi křehký vztah na to, aby přijal zakázku opatrovnice na pracovní rehabilitaci. Honza má svoji hlavu a pokud se rozhodne, jde si za svým. Pokud se mu nelíbí návrh opatrovnice, neudělá to. Na druhou stranu s opatrovníci spolupracuje již 5 let, a i přes svoji výbušnost a někdy násilnou povahu jsou spolu teď alespoň v telefonickém kontaktu. Navíc Honza sice ví, že je nemocný, ale umí svoji nemoc používat spíše jako výmluvu, proč něco selhalo. K pracovní rehabilitaci má odpor, jelikož za to nedostává peníze. O tomto ale mluví otevřeně. Pro Honzu je velmi těžké přiznat svou chybu, proto z jeho pohledu není trénink potřeba. Je přesvědčen, že selhává díky chybám ostatních, kteří pijí alkohol a provokují ho, nerespektují tím jeho onemocnění. Sám uvádí, že opatrovnice mu první ubytovnu sehnala. Lze usoudit, že v tuto dobu je již frustrovaná, jelikož Honza opakuje stejné kolečko – nemocnice, ubytovna, selhání, nemocnice a odmítá zkusit jiné řešení.

Karolína s opatrovníci vůbec v kontaktu není, ale i když to z rozhovoru nevyplývá, opatrovnice jí pomáhá. Společně s case managerem a sociální pracovníci psychiatrické nemocnice Bohnice dokázali našetřit Karolíně dostatek peněz na chráněné bydlení a zajistili doplatek na bydlení, jen šli tyto věci spíše mimo Karolínu. Ze spolupráce s Karolínou ale vím, že dlouhá léta byla velmi pasivní a odmítavá k jakémukoli kontaktu,

často i nepřátelská. Teď má důvěru ve svého case managera a opatrovnice funguje. Jak jsem již zmínila, sama Karolína není připravená převzít zodpovědnost za své peníze. Z jediné společné schůzky s opatrovnící a case managerem udává, že si nic nepamatuje. Ze spolupráce s Karolínou ale vím, že spíše nerozuměla, o čem se domlouvají. Na schůzce byla projednávána smlouva o sociální službě. Karolína díky sníženému intelektu potřebuje smlouvy vysvětlit v jednoduchém jazyce, pomalu a v prostředí, kdy není ohrožená, že by měla pocit, že je hloupá. Ve chvíli, kdy je použito slovo, kterému Karolína nerozumí, přestává dávat pozor.

Pavel naopak odmítá kontakt s jakoukoli službou, ačkoli jsme se snažili tento navázat během pobytů v nemocnici. Opatrovnice tak je vlastně jediným sociálním kontaktem v dobách, kdy žije osaměle ve své maringotce. I Pavel, ačkoli si stále přeje být svéprávný, vlastně oceňuje nasazení opatrovnice: „*Jo, probíhá to dobře, no, vždycky se nějak domluvíme. Vždycky se nějak domluvíme, že to je k mé spokojenosti.*“ Obrací se na ní celkem často ohledně potřeb spojenými s financemi, opravami oblečení a podobně. Na druhou stranu ze spolupráce s Pavlem vím, že opatrovnice mu mnohokrát sehnala jiné ubytování, stejně jako my v nemocnici, Pavel ale vždy odmítne. Proto i sděluje, že s opatrovnící o jeho plánech do budoucna nemluví. Situace je ale jiná. Opatrovnice žije ve strachu, že Pavel stárne a sám si v maringotce dlouho nedokáže obstarat vše potřebné, nabízí mu mnoho řešení. Pavel ale chce v maringotce zůstat. Používá podobný styl jako Dušan. Souhlasí s každým navrhovaným řešením (chráněné bydlení, domov s pečovatelskou službou) a dokonce sám s řešením někdy přijde. Nejsmutnější na tom je, že na chvíli uvěří, že by to tak chtěl. Na řešení totiž spolupracuje velmi aktivně, chodí na schůzky, na které se i těší, jezdí se podívat na možnosti a reálně o nich uvažuje. Když ale přijde okamžik přestěhování, v poslední chvíli couvne a vrátí se zpět do maringotky. Důsledek je v tuto chvíli smutný, jelikož mnoho služeb si domluvil a nenastoupil na poslední chvíli a jeho možností kam jít ubývá.

Petra je s opatrovníkem v kontaktu, zároveň vnímám, že opatrovník se snaží udržet si hranice, proto nereaguje vždy, když se Petra ozývá. Petra dokáže být opravdu velmi zahlcující, mluví velmi rychle a je těžké jí přerušit. Pro ukázkou její odpověď na dotaz, zda probírala s opatrovníkem, co by chtěla v budoucnu: „*Ne ne ne, neprobírali. Já jsem akorát řekla, jelikož dceři se to nepodařilo, v tom říjnu nebo 27. listopadu jí uměle oplodňovali a ona, já jsem říkala [jméno dcery], ty nemůžeš jít do práce, ty musíš aspoň 14 dní nebo 3*

neděle být doma. Já jsem měla také to první těhotenství rizikové, že jsem se otvírala. Byla jsem otevřená na 5 čísel, ale ona bohužel má zabýčenou povahu od mého exmanžela, takže ona tím, že je panna a hlavně inženýrka, já nevím, kolik škol má, a to se ale do toho nepletu. Ale ji nedokážete přesvědčit, panna. [informace vedoucí k identifikaci dcery], dostala za to odměnu. Nevím teď, jak velkou. Ona má všechno na starosti, tak vlastně dostala odměnu snad že to otevřeli včas, že zprovoznili přízemí i první patro, asi 400 tisíc nebo kolik... (pokračuje dále o dceři).“ Pro opatrovníka je těžké získat z Petry relevantní a jasnou informaci, proto si vyžádal všechny dokumenty k prostudování, což Petra těžce nese. Zároveň ale uvádí, že když potřebovala od opatrovníka pomoci, věnoval se jí. Pomohl jí vyplnit dotazníky do domovů se zvláštním režimem. První věc, kterou opatrovník Petře pomohl byla, že domluvil s lékařkou návštěvu u očního lékaře. Petra si poté koupila brýle za 12 000,- Kč a ten den je nedopatřením rozbila. Brýle si koupila tak drahé proto, že jí je prodavačka nabídla. Opatrovník jí proto zablokoval kartu a Petra z toho byla nešťastná. Vnímá svoji manipulovatelnost, ale nedokáže se smířit s tím, že dříve vše zvládala, proto vypráví tolik o minulosti, kdy dokázala vychovat děti. Opatrovník mluvil s Petřinou dcerou, potíží byla v tom, že oba nechtěli, aby Petra šla do chráněného bydlení. Dcera má spíše o matku strach, protože se nechá zmanipulovat kýmkoli, a hlavně všem povídá i intimní věci, které jsou zabarvené paranoiou a působí často zmateně. Dcera je úspěšná a má strach, že matka bude zneužívána a dcera na to doplatí.

7.2.4 Oblast hodnocení spolupráce

Oblast hodnocení a spolupráce je hodně rozvětvená, a navíc se v ní respondenti rozhovořili nejvíce, z čehož lze soudit, že to pro ně byly nejzajímavější otázky, v rámci kterých chtěli sdílet. Proto také analýzu rozdělují do dvou podkapitol.

7.2.4.1 Popis opatrovníka

U této otázky se často respondenti zamysleli, byla vidět jiná reakce u Dušana a Marka, kteří mají za opatrovníky sourozence než u ostatních, kteří mají opatrovníka

veřejného. Na druhou stranu ale stejná reakce s pousmáním i vlídností se objevila i u Pavla, který, i když si to nerad připouští, přece jen považuje opatrovnici za blízkou osobu a je to vlastně jediný člověk, který je v jeho životě konzistentní a vždy ví, co se s ním děje a kde je.

Marek popisuje bratra jako hodně zaměstnaného, rozvedeného. Ví ale, že ho baví jeho práce a stavba domu. Je vidět, že bratra vnímá jako člověka a přítele a hned popisuje vlastnosti, a ne jak vypadá. Vnímám tam ale i lítost z toho, že nemůže bydlet s ním a z rozhovoru je patrné, že si bratra váží. Když na tom byl špatně, ani nechtěl, aby za ním chodil bratr, styděl se před ním, naopak před matkou ne. Dušan se při zamyšlení nad sestrou usmívá. Je pro něj důležitý vzhled, zároveň jí vnímá jako sympatickou a starostlivou. Sestru jsem potkala dříve a popis odpovídá. Je vidět, že sestru vnímá jako rodinu a též jako blízkého člověka. Pavel vidí svoji opatrovnici jako správnou paní. Je pro něj důležitá vlídnost, se kterou k němu přistupuje a též starostlivost. Lze též usoudit, že si jí váží pro pomoc se zařizováním úředních věcí. Pavel je v tomto hodně ztracený, i když kognitivně je na tom dobře. Není si ale jistý například jakou firmu objednat a opatrovnice mu pomohla zařídit zavedení elektřiny do maringotky, čehož si na ní váží. Z rozhovoru je vnímat respekt, který k ní má, který není daný její pozicí, ale skutky, které vykonala.

Karolína tím, že si žádný vztah nevytvořili, podává popis postavy bez jakékoli emoční reakce. Při doptání ale uvádí, že paní byla příjemná. Lukáš, také jako velký chlap, popisuje nejprve pocit, že by si možná mohli rozumět, když jsou oba velký chlapi a poté zklamání, když má pocit, že opatrovník ho nechává v Bohnicích a nepomáhá mu jako ostatním.

Petra těžce nese rozkol mezi opatrovníkem a nemocnicí ohledně bydlení, což je na druhou stranu velmi srozumitelné. V době, když jsem dělala rozhovor, byla nakloněna chráněnému bydlení a na straně nemocnice, proto opatrovníka popisuje s lehkou paranoiditou: *„Nevím, takový jednoduchý. Sice tvrdí, že bude všechno v můj prospěch, já jsem ale říkala, že ať se nezlobí, že nevěřím lidem, že mám obrovskou nedůvěru, protože každý, jak vycítí, jaké jsem povahy, tak se mnou začne manipulovat.“*

Honza otázku vnímal jinak, lidé ho moc nezajímají, jak vypadají, ale jak se chovají, proto mi popsal opatrovnici tak, jak se vyvíjel vztah a ventiloval frustraci z dalšího pobytu v nemocnici. Je zde vidět vývoj vztahu, kdy na začátku měl pocit, že opatrovnice funguje

dobře a pomáhá mu a teď již ne. Vnímám, že to vyplývá spíše z důvodu Honzovo častých rehospitalizací a potíží venku, které se opakují dokola. Honza často utrácí, má potíže s gamblingem, rvačkami, opatrovnice již nechce opakovat stejné kolečko a Honza z toho má pocit, že je opatrovnice málo aktivní v sehnání bydlení a práce.

7.2.4.2 *Jaký bych chtěl vztah*

V rozhovorech je často slyšet touha po porozumění, po tom, aby respondenty opatrovník znal, více se zajímal, aby opatrovník znal opatrovance jako člověka a ne svěřence. Honza by měl nejraději jako opatrovníka svého bratra, který opatrovnictví odmítl. Vnímá, že kdyby ho opatrovník znal, rozuměl, jak reaguje a na jaké podněty, byla by spolupráce příjemnější. Byl by rád, kdyby se do něj opatrovník uměl vcítit. Velmi jasně si pamatuje okamžik, kdy se s opatrovnici zasmál. Opatrovnice přiznala, že se špatně vyspala a on jí řekl, že on též. V tu chvíli vnímal, že úřední hranice zmizela a oba byli dva lidé, kteří se špatně vyspali a společně se tomu zasmáli. Sám říká, že poté vlastně bylo jednání úplně v klidu a oba se domluvili. Bylo pro něj důležité vidět opatrovnici jako obyčejného člověka.

Pavel je osamělý ve svém životě, neumí k sobě lidi pustit a neví jak. Byl by rád, kdyby opatrovnice projevila více iniciativy poznat ho, poznat, jak žije každodenní život ve své maringotce. Vnímá velké osamění, které si vybral sám, ale chtěl by, aby o něm někdo věděl, někdo sdílel, jak jeho život vypadá. Z rozhovoru vyplývá, že by chtěl, aby opatrovnice znala, kam jezdí prát, co všechno si musí zařizovat. Nechce, aby to opatrovnice měnila, protože styl života nechce měnit, ale je to jeho takřka jediný kontakt se světem a chce si povídat. Sám rozhovor ale navázat neumí, proto touží po lidském zájmu od opatrovnice.

Petra zase díky své nejistotě potřebuje vřelost. Hodně vypráví všem o těžkém dětství, o svých dětech, hledá důvody, proč je nemocná – zda tím, že její matka byla pravděpodobně duševně nemocná, proto se to děje. Potřebuje v kontaktu ujistit, že toho hodně dokázala v životě a potřebuje vstřícnost. Největší strach má z vlastního selhání. Velmi pěkně reaguje na prostý úsměv, z vážných lidí má obavy. Ačkoli je v rozhovoru s ní

nutné držet hranice, díky jejímu onemocnění je toto potřeba vyjadřovat jemně a s pochopením. Navíc jí spolupacientky před tímto opatrovníkem varovali, že to bude těžké, ale jí potěšilo, že má stejné jméno jako měla ona za svobodna, což ji k němu přibližuje.

Podobně reaguje i Dušan ke své sestře, který by moc rád došel k tomu, aby sestra porozuměla, po čem opravdu touží. Oba se sestrou v minulosti nezvládali finančně vyjít a teď vidí, jak si sestra dobře vede. Tím, že sestra prodala dům, který je finančně vyčerpával dokázala sestra nalézt v životě stabilitu. Dušan díky svému onemocnění nerozumí, proč on to také nemůže mít. Chtěl by bydlet jako sestra, zároveň přiznává, že v minulosti to úplně nezvládal a nebral medikaci. Neví, jak ostatním dokázat, že se změnil. Nedokáže ale porozumět tomu, že právě nácviky a aktivity v nemocnici jsou to, co je tou cestou. Urputně se drží představy, že to vše může dokázat až po odchodu z nemocnice. Zároveň vnímám, že toto musí být pro sestru těžká situace, jelikož ví, že by Dušan opět selhal a díky jejich vztahu se o něj bojí. Proto také uvažuje o vzdání se opatrovnictví a doufá, že tím alespoň zachrání vztah s bratrem. Dušan tím, že v sestře vidí osobu, která mu má zajistit bydlení, není schopen se sestrou mluvit takřka o ničem jiném než o bydlení a jinak s ní trávit čas nechce.

Karolínu napadá, že by se s opatrovnici možná ráda setkávala 2krát do měsíce a popovídaly by si, zároveň by dostala peníze na oblečení. Jelikož ale Karolína vnímá opatrovnici jako sociální pracovníci, ani si s ní vztah nedovede představit a navíc tím, že vztahově je teď dobře nasycená (case manager, rodina), tak nemá pocit, že by strádala.

Lukáš žije pořád ve svém naštvání, že není pochopen a je nucen být v nemocnici. Vůči opatrovníkovi je v silné opozici a když už ho tedy má, myslí si, že by se o něj měl pořádně starat, a ne odložit ho do nemocnice, aby od něj byl klid. Zároveň dále uvádí, že o tomto opatrovníkovi slyšel, že pomohl již hodně lidem. Z rozhovoru je vidět zklamání, že mu opatrovník nepomáhá, na druhou stranu je vidět malý náhled na své možnosti jak finanční, tak schopnosti samostatného bydlení. V tuto chvíli vidí opatrovníka jako nepřítel, který pomáhá ostatním, jen jemu ne.

Marek se otázce víceméně vyhnul, na dotaz, s čím by mohl ještě bratr pomoci odpovídá, že on ho k sobě nemůže vzít. Lze z toho usuzovat, že by k bratrovi šel bydlet rád, ale zároveň ví, že to buď není možné či se bojí zeptat se ho na tuto možnost. Vztah kromě tohoto ale funguje pěkně, bratr Marka podporuje ve čtení a v komunikaci a v tuto

chvíli je potřeba pomalá rehabilitace a léčba, než se Marek vzpamatuje z postschizofrenní deprese, která často po atace nastupuje.

7.3 Závěrečné shrnutí analýzy

Dlouhodobá práce s osobami s duševním onemocněním mě naučila, že vztah je ve spolupráci velmi důležitým faktorem. V důsledku onemocnění mají osoby s duševním onemocněním často narušené vztahy, potýkají se s nedůvěřivostí vůči okolí, nízkým vzděláním i nízkými příjmy, zároveň v důsledku negativní symptomatiky onemocnění působí na okolí zvláště.

Z rozhovorů vyplývá, že mají stejná přání jako většina populace. Největším přáním je bydlet v pěkném prostředí, kde se budou cítit bezpečně. Většina z nich by také ráda pracovala, ale v práci, kde by si mohli nejen vydělat peníze, ale mělo by být respektováno i jejich onemocnění. Touží též po respektu a porozumění jejich myšlení.

Z praxe vím, že opatrovníci se často opravdu svým opatrovancům snaží pomoci, zároveň, protože nejsou zdravotně vzdělání, nerozumí specifikům onemocnění. Díky tomu, že není zavedená supervize na úradech, prožívají často velkou frustraci, když se jejich opatrovanec stále vrací do nemocnice a selhává venku, když na ně opatrovanec tlačí a není schopen pochopit realitu (například své finanční možnosti), těžko navazují vztah s někým, kdo je emočně oploštěný, introvertní, nerozumí, proč je jejich opatrovanec jeden den v pořádku a druhý den je vůči nim velmi paranoidní.

Je zřejmé, jak z mé praxe, tak z rozhovorů, že optimální jsou situace, kdy na podporu opatrovance není opatrovník sám, ale spojí se dohromady více lidí, z nichž každý opatrovance zná z jiného úhlu. V rozhovorech bylo často uvedeno, že proběhla schůzka s lékařem, terapeutem, exkurze do chráněných bydlení či schůzka s case managerem. Z takovéto spolupráce často vzejdou nové nápady, opatrovanec tam má i někoho, kdo rozumí jeho onemocnění a kdo (v případě terapeuta či case managera) zná opatrovance jako člověka, který má sny a zájmy. Z mé praxe již vím, že podobných schůzek přibývá čím dál více a lze konstatovat, že toto je možná cesta k větší spokojenosti opatrovanců. Zároveň je to zřejmá cesta k podpoře opatrovníků, kteří nemají takový přehled o

možnostech sociálních služeb, k podpoře lékařů, kteří se dozví více o svém pacientovi i k podpoře terapeutů, kteří se od klientů často nedozví relevantní informace, jako jsou výše dluhů, příjmů a dalších důležitých faktorů.

Před započítáním rozhovorů jsem usuzovala, že budu mít dva typy opatrovníků. Jedni, kteří jsou osobou blízkou a veřejné opatrovníky. Z rozhovorů ale vzešlo, že skupiny jsou tři - opatrovník jako osoba blízká, veřejný opatrovník z malého města či vesnice s jediným opatrovancem a veřejný opatrovník, která má opatrovnictví jako plný úvazek a opatrovanců má mnoho (často kolem padesáti). Vztahy v těchto třech skupinách se velmi liší.

Dva respondenti měli za opatrovníka sourozence. Oba je znají celý život a mají jiný vztah. Prožívali s nimi nablízko jak ataky, tak hospitalizace. To může vztah velmi prohloubit a napomoci k tomu, aby opatrovník přesně znal sny a možnosti opatrovance. Na druhou stranu je velmi těžké udržet odstup v dobách, kdy si opatrovanec přeje něco, co není v jeho možnostech a nerozumí, proč to nejde. Opatrovníci pak těžce prožívají propady, konflikty a selhání opatrovanců, svých sourozenců. Do vztahu zasahuje lítost, strach o své blízké, zároveň pocit viny, kdy nelze svého sourozence vzít domů, jelikož péči nemohou zajistit v domácím prostředí. Marek je zatím ve velmi křehkém stavu a nedává najevo naléhavě své touhy, ale z rozhovorů je patrné, že by si více přál vrátit se do domácího prostředí než jít do domova se zvláštním režimem. Dušan naopak velmi naléhá na bydlení a vztah se sestrou je ohrožen. Předchozí hospitalizace obou byla před dlouhým časem, Marek ale domácí prostředí zvládal lépe, bral medikaci a měl možnost více s rodinou vztahy utužovat. Předpokládám, že jakmile mu bude lépe, bratr ho vezme podívat se do navrhovaného domova a jakmile to pro Marka nebude cizí prostředí, může to dopadnout ke spokojenosti všech. U Dušana je patrná silná negativní symptomatika, dlouhodobě nebral léky ani nespolupracoval se službou, jeho osobnost je velmi poškozená. Neměl možnost se sestrou udržovat v dlouhé a vleklé atace vztah a teď mezi nimi stojí překážka v podobě tvoření náhledu na Dušanova možnosti. V tuto chvíli Dušan více přijímá rady a názory od někoho, koho považuje i v rámci paranoidity za objektivního, jako je lékař či sociální pracovník ať již nemocnice, či jiné služby. Lze usoudit, že pro tuto chvíli by byl vhodnější opatrovník veřejný, který by jasněji ustanovil hranice vztahu a nebyl zapojen do Dušanova případu s tak velkým emočním nasazením.

Karolína a Pavel jsou jedinými opatrovanci starostů malých měst. Oba opatrovníci mají malé zkušenosti v opatrovnictví a prakticky žádné s lidmi s duševním onemocněním. Karolínina opatrovnice poprvé spolupracovala se službami až během poslední hospitalizace Karolíny. V minulosti neuměla s Karolínou jednat díky Karolínině impulsivnosti, sníženému intelektu a agresivitě. Plně se spolehla na zdravotní a sociální služby. Potíž byla v tom, že neuměla Karolíně nastavit hranice ve financích. Dala pozor, že Karolína nemá žádné dluhy, ale posílala jí veškerý invalidní důchod. Karolína se tedy nenaučila šetřit a vznikl problém s možností jít do chráněného bydlení. Velkým přínosem bylo, že opatrovnice přijala podporu sociálních služeb. Karolínina opatrovnice si v úkolu opatrovnictví připadala velmi osamělá a nezkušená, nevěděla ani kam se obrátit. Zvolila tedy přístup dávání pozor na životní standard Karolíny, nikoliv na snahu pomoci Karolíně dospět či ji navázat na službu. Pavlova opatrovnice má stejné obtíže, s Pavlem je ale méně náročná komunikace, jelikož nemá agresivní projevy. Opatrovnice u něj funguje velmi aktivně zejména v zařízení všeho okolo praktického života. Přebírá za něj určitou mateřskou roli, kdy hlídá účty, řeší větší i drobné opravy, jezdí za ním každých 14 dní, ačkoli by Pavel byl velmi schopný přebrat si peníze na malé poště složenkou tak, jak to fungovalo dříve. Přes její obavy, jak Pavel dopadne, nezbývá moc prostoru na obyčejné povídání, na které Pavel dobře reaguje. V tuto chvíli vnímám potíž v nedostatku pokrytí vesnic sociálními službami, které by velmi dobře nahradily Pavlovu potřebu osamostatnění se na rozdíl osamocení, které vnímá teď. Opatrovnice je velmi aktivní a vstřícná k podpoře, dovedu si proto představit, že spolupráce by byla velmi plodná.

Lukáš, Petra a Honza mají opatrovníky velkých měst. Každý z jejich opatrovníků má minimálně 30 opatrovanců, většinou však více. Opatrovníci jsou velmi zkušení v oblasti starání se o finance a dluhy, vyznají se v nabídkách sociálních služeb a mají určitou zkušenost v jednání s osobami s duševním onemocněním. Zároveň ale v takovém počtu opatrovanců je takřka nemožné navázat s každým vztah a poznat opatrovance jako člověka. Všichni tři respondenti zmiňují potřebu lidského kontaktu, potřebu pocitu, že nejde jen o úřední vztah. Díky tomu vlastně moc nefunguje spolupráce ani jednoho. Lukáš je prostě v opozici a opatrovníka vnímá jako nepřítele, Petry opatrovník nesouhlasil s chráněným bydlením a Petra se musela rozhodnout proti jeho vůli a Honzova opatrovnice je frustrovaná z jeho neustálých selhání. Paradoxně ale nejlépe funguje spolupráce Honzy a jeho opatrovnice, kdy za ta léta přece jen dokáží lidsky tolerovat jeden druhého. Ačkoli

Honza popisuje neshody, popisuje i pěkné okamžiky a z jeho rozhovoru lze vnímat určité přijetí opatrovnice jako sice nevídanou osobu, ale přece jen součást jeho života.

Ačkoli analýza sedmi individuálních rozhovorů zahrnuje pouze zlomek aspektu opatrovnictví, vnímám, že vyplynulo zajímavé téma ohledně vztahu opatrovníka a opatrovance. Vztah s opatrovníkem by měl dle mých respondentů obsahovat vřelost a měl by být založen na spolupráci dvou dospělých lidí, ne na úředním vztahu. Zároveň je důležité pro opatrovníka udržet hranice a vyvažovat emocionální podporu. Dalším aspektem je trpělivost opatrovníka a určitý předpoklad, že i když je vše dobře zařízeno, může nastat další ataka a vše začne znovu. Důležité je udržet si důvěru v opatrovance a nebrat jeho selhání jako akt vzpoury vůči systému či osobě opatrovníka. V neposlední řadě je důležitá propojenost opatrovníka s lékaři, rodinou a sociálními službami v okolí klienta.

7.4 Diskuze

Praktická část mé diplomové práce zahrnuje rozbor sedmi rozhovorů s osobami s onemocněním schizofrenního okruhu, kteří mají ustanoveného opatrovníka. K tomuto tématu jsem se rozhodla zejména z důvodu mé práce v terapeutické komunitě pro lidi s duševním onemocněním. Často jsem se setkávala s klienty i jejich opatrovníky a měla možnost zblízka vidět jejich spolupráci. Práce v komunitě zároveň byla velmi intenzivní a s klienty jsme byli velmi nablízko, jelikož je to pobytová služba na jeden rok. Měla jsem možnost vidět, jak spolupráce může výborně fungovat s tím, že klient měl se svým veřejným opatrovníkem velmi přínosný, důvěryhodný stav, zároveň byly ale ve vztahu přesně udrženy hranice. Na druhou stranu jsem měla možnost vidět i náročnou spolupráci plnou nedorozumění, kdy bylo jasné, že ani opatrovník a ani opatrovanec spolu být nechtějí.

Problém v práci je, že 7 respondentů je malý zlomek a výzkum nelze zobecnit na celou skupinu osob s duševním onemocněním spolupracujících s opatrovníky. Přesto si myslím, že i z tohoto výzkumu lze výtěžit několik nápadů, jak vztah zlepšit, například spolupráce opatrovníka se službami klienta a lékaři, více osobnější přístup a nastudování poznatků o onemocnění ze strany opatrovníků.

Další možné zkreslení výzkumu mohlo nastat ve výběru respondentů. Všechny kromě Petry jsem znala ze spolupráce s nimi, kdy jsme již měli vytvořený pozitivní vztah, který samozřejmě vznikl tím, že jsem s nimi trávila čas a povídali jsme si. Přiznávám, že mi bylo líto, že to nefunguje vždy, jak by mělo. Například u Lukáše, kde by bylo záhodno nejprve se poznávat a tvořit vztah důvěry a respektu než hned něco řešit. Díky jeho malému náhledu onemocnění není ani jiný postup možný. Též se mě dotkl spor Petry opatrovníka s lékařem, kterým Petra věří. Respektive nedotkl se mě spor, ale to, že Petra byla jak mezi mlýnskými kameny a byla do tohoto sporu aktivně zapojená. Toto mohlo zkreslit moji objektivitu v analýze.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá tématem osob s duševním onemocněním schizofrenního okruhu. Zaměřuje se na důležitá témata ve spojení s tímto onemocněním, jako jsou sociální služby a institut opatrovnictví. V teoretické části též mapuje historický vývoj zákonů na ochranu duševně nemocných a vývoj přístupu k osobám s duševním onemocněním.

Teoretická část předkládá základní rozdělení schizofrenie. Zabývá se zejména negativní symptomatikou onemocnění a sociálními důsledky, které symptomy onemocnění přinášejí. V další části se práce zaměřuje na sociální práci s osobami s různými typy schizofrenních onemocnění a nabízí postupy na jaké aspekty se nejvíce zaměřit. Také popisuje jednotlivé typy sociálních služeb zaměřených právě na práci s osobami s duševním onemocněním. Teoretická část se v neposlední řadě věnuje tématu svéprávnosti a institutu opatrovnictví. Institut opatrovnictví doznal podstatných změn přijetím občanského zákoníku v roce 2012, který nabyl účinnosti 1.1. 2014. Práce vysvětluje nové možnosti podpory osob s duševním onemocněním bez omezení svéprávnosti, jako je předběžné prohlášení, smlouva o nápomoci, zastoupení členem domácnosti či institut prostého opatrovníka. Pokud není možné použít žádnou z výše jmenovaných možností, je osoba s duševním onemocněním omezena ve svéprávnosti. Procesu omezení svéprávnosti až k ustanovení opatrovníka se věnuje následující kapitola teoretické části.

Empirická část se zaměřuje na otázku, zda je pohledem opatrovance naplňován smysl opatrovnictví. Smysl opatrovnictví zkoumá na vztahu opatrovníka a opatrovance z pohledu sedmi opatrovanců, kteří mají ustanoveného opatrovníka. Výzkumná sonda se uskutečnila pomocí polostrukturovaných rozhovorů a poté byla data zpracována fenomenologickou metodou. Pro dokreslení, jak rozhovory probíhaly, jsou v závěru práce předloženy dva doslovné přepisy rozhovorů.

Jako podstatné ke spolupráci opatrovníka s opatrovancem se jeví poznání opatrovance jako člověka, opatrovník by se neměl zaměřovat pouze na úřední aspekty. Zároveň je důležité umět pracovat jak se svými emocemi, tak umět nastavit i jasné hranice a každého opatrovance brát jako individuální osobu. Z práce též vyplývá důležitost znát

pracovníky sociálních služeb, se kterými opatrovanec spolupracuje, v případě hospitalizace pak i ošetřujícího psychiatra.

Z analýzy vyplývá, že u mých respondentů smysl opatrovnictví naplňován je. Opatrovníci vyjadřují zájem, vědí, s čím se jejich opatrovanec léčí, většina z nich se snaží naplnit sny svých opatrovanců. Na druhou stranu vnímám, že by se na spolupráci dalo mnoho věcí zlepšit. U veřejných opatrovníků by bylo lepší strávit více času se svými opatrovanci a poznat je, znát jejich touhy i možnosti nejen ze zdravotní dokumentace, ale i z častější komunikace s opatrovancem samým. Přijde mi až nadlidský úkol, když se jeden opatrovník stará o 50 opatrovanců, naplnit smysl opatrovnictví tak, jak je v občanském zákoníku ustanoveno.

Získané poznatky by mohly sloužit jako jeden z výchozích podkladů pro zpracování metodiky opatrovnictví osob s duševním onemocněním.

Také vnímám, že do budoucna by byl přínosný výzkum zaměřený na klienty, kteří využili možností podpory bez omezení svéprávnosti a jak jednotlivé možnosti, které občanský zákoník ustanovil, jako jsou předběžné prohlášení, smlouva o nápomoci, zastoupení členem domácnosti či institut prostého opatrovníka, fungují v reálném životě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

Literatura

BEZOUŠKA, P. a PIECHOWICZOVÁ, L. *Nový občanský zákoník: nejdůležitější změny*. Olomouc: Anag, 2013. ISBN 978-80-7263-819-2

COPPOCK, V. a DUNN, B. *Understanding social work practice in mental health*. London: SAGE Publications Ltd, 2010. ISBN 978-1-4129-3504-3

ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-086-4

ČESKÁ REPUBLIKA. Sbíрка mezinárodních smluv č. 10/2010. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Opční protokol*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2011. ISBN 978-80-7421-037-2

ČESKO. Zákon č. 1/1993 Sb., *Ústava České republiky. Listina základních práv a svobod*. Vydání 3., Olomouc: Olomouc, 2001. ISBN 80-7182-109-8

ČESKO. Zákon č. 89/2012 Sb., *Občanský zákoník*. In *Občanský zákoník*. Vydání 3., Praha: Anag, 2014. ISBN 978-80-7263-855-0

DAVID, R. *Ústava České republiky. Listina základních práv a svobod*. Vydání 3., přepracované vydání, Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2001. ISBN 80-7182-109-8

DUŠEK, K. a VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vydání 2., přepracované vydání, Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Vydání 4., přepracované a rozšířené vydání, Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-2620982-9

HOSÁK, L., HRDLIČKA, M. a LIBIGER, J. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8

INSTAND z. u., institut pro podporu vzdělávání a rozvoj kvality ve veřejných službách. *Metodika výkonu opatrovnictví*. Karlovy Vary, 2015

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

KINCL, J. a URFUS, V. *Římské právo*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-134-5

KNAPP, V., LUBY, Š. a kol. *Československé občanské právo*. Vydání 2., přepracované a doplněné vydání, Praha: Orbis, 1974

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Vydání sedmé. Praha: Portál, s.r.o., 2013. ISBN 978-80-262-0528-9

MACKOVÁ, A., MUZIKÁŘ, L. a kol. *Zákon o zvláštních řízení soudních. Komentář s důvodovou zprávou a judikaturou*. Praha: Leges, s.r.o., 2016. ISBN 978-80-7502-122-9

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

MAREČKOVÁ, J. a MATIAŠKO, M. *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům*. Brno: Liga lidských práv, 2009. ISBN 978-80-903473-6-6

PODHAJSKÁ, J., ČERNÁ, P., TOMÁŠOVÁ, B., SUKOVÁ, M. a PĚČ, O. *Aktivní začleňování osob s duševní poruchou prostřednictvím multidisciplinárních týmů*. Praha: Eset Help, 2011. ISBN 978-80-254-9680-0

PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J. a kol. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. a JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vydání 4., Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1

RABOCH, J. a ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8

RYŠÁVKOVÁ, V., BENÁTČANOVÁ, P., PRUDÍKOVÁ, D. a KORBEL, F. *Nový občanský zákoník úplně pro všechny*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5157-3

SCHOTT, H. *Kronika medicíny*. Přeložili Bureš, Z, Drábek, P. a kol. Praha: Fortuna Print, 1994. ISBN 80-85873-16-8

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996. ISBN 80-85800-33-0

SKOPOVÁ, J. *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-232-9

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E. a KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Vydání 3., Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8

SYŘIŠŤOVÁ, E. a kol. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, 1972.

ŠEDIVEC, V. *Přehled dějin psychiatrie*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2008. ISBN 978-80-87142-00-4

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5

VENCOVSKÝ, E. *Počátky české psychiatrie XVIII. a XIX. století*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1957.

Časopisy

BENEŠOVÁ, E. Řízení o svéprávnosti s ohledem na práva a povinnosti s ohledem opatrovance a opatrovníka. *Právo a rodina*. 2014, roč. 16, č. 9, s. 13. ISSN 1212-866X

BEZDÍČEK, O., NIKOLAI, T., MICHALEC, J. a kol. Komplexní posouzení kognitivních funkcí u nemocných schizofrenií – česká verze standardizovaného nástroje Matrics. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2015, roč. 111, č. 2, s. 79. ISSN 1212-0383

HRUBÁ, E. Využití institutu prostého opatrovníka bez omezení svéprávnosti člověka. *Právo a rodina*. 2016, roč. 18, č. 6, s. 5. ISSN 1212-866X

RITTICHOVÁ, B. a MATIAŠKO, M. Svěprávnost, quo vadis? (1). *Právo a rodina*. 2015, roč. 17, č.10, s. 1. ISSN 1212-866X

RITTICHOVÁ, B. a MATIAŠKO, M. Svěprávnost, quo vadis? (2). *Právo a rodina*. 2015, roč. 17, č.11, s. 5. ISSN 1212-866X

SVOBODA, K. Podstata smlouvy o nápomoci a její perspektivy. *Právo a rodina*. 2013, roč. 15, č.12, s.1. ISSN 1212-866X

Přednášky a kurzy

ČEBIŠOVÁ, R. a STRNAD, J. *Sociální pracovník v soudní síni*. Akreditovaný osmihodinový kurz. Praha: Quip, 25.4. 2017

KAUCKÝ, D. a HUŠEK, P. *Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách se zaměřením na oblast duševního zdraví*. Akreditovaný kurz, rozsah 208 hodin. Praha: Fokus Praha o.s., 16.4. – 20.7. 2012

NETOČNÁ, Z. a MÁROVÁ, J. *Případová práce s klientem a prevence závislosti na sociální službě*. Akreditované odborné školení, rozsah 16 hodin. Praha: Profíma effective, s.r.o., 17. – 18.7. 2014

Internetové odkazy

Definice sociální práce. In: *Sociální revue* [online]. WordPress Theme by MH Themes, naposledy editováno 11.3. 2005

Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace>

Obecný zákoník občanský. In: *Wikizdroje* [online]. Creative commons, naposledy editováno 14.3. 2012

Dostupné z:

https://cs.wikisource.org/wiki/Obecn%C3%BD_z%C3%A1kon%C3%ADk_ob%C4%8Dansk%C3%BD

Registr poskytovatelů sociálních služeb. In: OKSystem, s.r.o.

Dostupné z:

http://registr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1516125331329_2

Střední občanský zákoník. In: *Wikizdroje* [online]. Creative commons, naposledy editováno 10.9. 2013

Dostupné z:

https://cs.wikisource.org/wiki/St%C5%99edn%C3%AD_ob%C4%8Dansk%C3%BD_z%C3%A1kon%C3%ADk#Hlava_prv.C3.A1._Osoby.

Zákon o zvláštních řízení soudních. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. Aion cs, s.r.o., vloženo 17.10. 2016

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-292>

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich používání. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. Aion cs, s.r.o., vloženo 1.11. 2017

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. Aion cs, s.r.o., vloženo 1.10. 2017

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

I. PŘÍLOHY

I.I Zkratky užívané v rozhovorech

✚ Podtržený text	emoční náboj, důležitost pro účastníka
✚ ... tři tečky	účastníkovi poklesl hlas, chvíli přemýšlí
✚ () kulaté závorky	můj popis situace jako skočení do řeči, smích
✚ [] hranaté závorky	změna textu, účastník uvedl informaci, která by mohla vést k jeho identifikaci – jsou to často jména bydliště, pracovníků apod.
✚ CHB	chráněné bydlení
✚ DZR	domov se zvláštním režimem
✚ PNB	Psychiatrická nemocnice Bohnice
✚ V. kolona	chráněná kavárna v areálu Psychiatrické nemocnice Bohnice provozovaná sociální službou Greendoors

I.II Rozhovor s Pavlem

J: Dobrý den.

P: Dobrý den.

J: Mohu se zeptat, zda opatrovník je veřejný anebo fyzická osoba?

P: (ticho)

J: Je to někdo z úřadu či někdo z vašich blízkých?

P: Z úřadu.

J: A jak dlouho máte opatrovníka?

P: Tak asi, já nevím přesně, možná tak 3 roky.

J: Tři roky. A jak vnímáte, proč byl opatrovník potřeba? Jaký byl důvod?

P: Protože to nařídil soud.

J: Když se chcete setkat se svým opatrovníkem, jak se domlouváte?

P: Musím mu zatelefonovat, prozvonit. On mi zavolá zpátky.

J: A jak často?

P: No, já většinou když jsem v těch [vesnice], když jsem v té maringotce, tak tam mi paní opatrovnice vozí jednou za 14 dní peníze, takže minimálně jednou za 14 dní něco potřebuju, že jo.

J: Jasně, to znamená, že jí vždy prozvoníte a ona vám zavolá?

P: Jo, ona mi zavolá zpátky.

J: A stane se někdy, že vás naopak kontaktuje ona z nějakého důvodu?

P: Taky, když něco potřebuje ona.

J: A setkáváte se s ní kde? Buď doma, to jste říkal anebo ještě někde jinde?

P: Jedině takhle doma nebo u ní na úradě, když mě třeba zavolá.

J: Jak dlouho takové setkání trvá? Třeba na hodinu?

P: Jo, tak to ne, to je deset, patnáct minut.

J: A domlouváte něco spolu? Ptám se na to, či je to o předání peněz, či mluvíte i třeba o tom, jak se vám vede?

P: No, jenom to předání peněz a pak když něco potřebuju. Tak teď jsem potřeboval třeba, aby mě zaplatila fakturu za elektřinu, tak jsem jí kontaktoval, aby, protože mě tam zavádí elektřinu jako do toho místa bydliště, tak jsem jí dal kontaktní telefon na toho pána elektrikáře a ona mu volala a on jí posílal fakturu.

J: Takže s čím se v průběhu těch tří let tak na opatrovnici obracíte?

P: Peníze, (dlouhá pauza), tady zase to byla faktura, pak když jsem potřeboval něco koupit třeba. Potřeboval jsem, měl jsem spravit, nechával jsem si spravit bundu, tak mě platila to spravení tý bundy. Takže takovýhle věci, asi.

J: A když naopak ona vás kontaktuje, s čím se na vás ona obrací?

P: No tak, ... nó, takový ty věci jako že mi třeba zaplatila tu fakturu a jinak nic, jinak jediné co potřebuju já, tak s tím se obrací ona.

J: Jak probíhá tedy řešení nějaké záležitosti, kterou navrhnete, jak dlouho to třeba trvá?

P: Jo, probíhá to dobře, no, vždycky se nějak domluvíme. Vždycky se nějak domluvíme, že to je k mé spokojenosti.

J: A pracujete na nějakých plánech do budoucna?

P: Ani ne. (dlouhé ticho)

J: Nemluvili jste o tom, co bude třeba za rok, za dva.

P: Ne, to ne.

J: Je ještě nějaká oblast, kde by vám mohl opatrovník pomoci? Cokoli, co vás napadá.

P: No, to občas je, většinou se to točí kolem těch peněz hlavně. Většinou se to točí kolem těch peněz a jinak nevím, co by.

J: A když si zkusíte představit, jak by vypadalo úplně ideální setkání s opatrovníkem?

P: Setkání? No, jak myslíte? Jako že mi přiveze peníze a?

J: Třeba, jestli byste třeba změnil místo, či o čem byste jednali, nebo zda takhle je to úplně vyhovující?

P: Mě to takhle vyhovuje.

J: A jak já paní opatrovnici neznám, jak byste mi jí popsal?

P: Je to taková správná paní, která se vyzná v tom papírování, protože dělá starostku na obci, a tak v tom papírování se vyzná, a tak nějak mě vyhovuje, no.

J: Co si na ní ceníte?

P: Cením si to, že většinou vyřídí to, co potřebuju, tak to vyřídí hned. Když třeba jí volám, ještě jsem zapomněl že jí třeba volám taky kvůli tomu, aby mi poslala sem do Bohnic peníze na účet, tak je taky pošle třeba ten den večer.

J: A kdybyste naopak mohl na ní něco změnit, co by to bylo?

P: No, to jako bych řekl, že by to bylo, že jsem si představoval, že se ten opatrovník, že ten opatrovník se víc stará o toho opatrovance, že se víc zajímá, jestli něco nepotřebuju nebo že sám něco nabídne, jestli něco nepotřebuju, jo? Protože já taky všechno nevím, já nejsem vševědoucí, abych všechno věděl. Ale jestli taky třeba, že by ten opatrovník, ta opatrovnice podle mě taky se víc zajímat o to, jestli něco nepotřebuju já jako. Sama od sebe, ne že pořád jenom já budu volat že něco potřebuju a že by se taky měla zajímat o něco, o to, co by, jaký jsou možnosti, protože ona to ví, jaký jsou možnosti, jaký ty možnosti jsou, i když to dělá asi poprvé. Vona to dělá poprvé, vona má jako mě, jenom asi a dělá to poprvé. No, a u toho soudu, když byl ten soud, tak vona se tam vodvolávala, že to dělat nechce, že dělá starostku obce a že při tom chodí do práce a že by to na ní bylo moc nebo tohle, ale soud jí stejně řekl, že to je bez diskuze, že to dělat musí, že jo, že.

J: Znamená to, hm, o co by se třeba mohla zajímat, mě například napadá oblast volného času, práce, bydlení, nějakých příspěvků, příplatků nebo to, zda jste jen tak spokojený?

P: No, měla by se spíš zajímat o to, jaké já mám náplň toho svého času a třeba kam jezdím, kam si jezdím třeba prát, že si jezdím třeba prát do prádelny a jestli by mě třeba nemohla něco nabídnout sama od sebe, protože já si většinou všechno musím zařídit sám.

J: To pěkné, jak víte, co byste potřeboval. Když to shrneme, zůstal byste raději s opatrovnici nebo bez ní?

P: Mě to jako, mě nák nevádí, to já bych s ní klidně jako zůstal rád, no, s opatrovníkem, mě to nevádí, já vím, že to takhle musí bejt a tak podle toho se dycky nějak domlouváme, no. Ale co sem čet, když jsem dostal to opatrovnictví jako tak jsem si čet v knihovně, tady v Městské knihovně v Praze jsem si našel zákony, co se týče opatrovnictví, tak tam je napsáno, že ten opatrovník má jako vyslyšet přání toho klienta, jo? No, a to se spíš neděje, tady všickí ti opatrovníci žijou v domění, že hlídají peníze, aby ten opatrovník, tedy opatrovanec moc neutrácel atd., jo? A tam v tom zákoně to je úplně jinak, to nikdo asi nečte z nich, tohleto ví soudci a právníci, ale tydlety opatrovníci, ty to moc asi nečtou, ty žijou v domění, že budou hlídat peníze, každou korunku, aby opatrovanec si támhle v hospodě nedal náhodou pivo a tak dále, no.

J: Tedy rozumím tomu tak, že byste rád, aby se vás více ptala, co jsou vůbec vaše přání?

P: No, tohle no. No no no no no. Todleto mi jako schází, že sama od sebe není ta opatrovnice schopná zavolat a zeptat se jenom tak mezi řečí se zeptat, jak se vám daří, co děláte nebo nepotřebujete něco nadstandardně nebo něco takovýdleho nebo jak jste vyřídil támdleto nebo todleto a takovýho, jako takovej zájem, to moc cítit není, no.

J: Aha, tak to, chápu.

P: Já tu opatrovnici mám třetí, já sem měl dvě pani z úřadu ve Strakonících a pak tady tu pani z obce, takže mám už třetí opatrovnici.

J: A která z nich byla nejlepší?

P: Asi ta první, no.

J: Ta se i zajímala okolo?

P: No, tak s tou sem se domluvil tak, že mi posílala peníze na účet a tadleto mi, a ta druhá a ta třetí mi všechny vozí peníze v hotovosti, což je takový komplikovaný, že je musím otravovat. Jeden den je musím otravovat, ona řekne buď přijede dneska nebo zejtra. Dycky to je, že musím čekat na telefon a tak dále, že je to takový komplikovaný.

J: Tak to jo. Moc děkuji za sdílení.

I.III Rozhovor s Dušanem

J: Dobrý den. Mohu se vás zeptat, kdo je váš opatrovník? Je to někdo z úřadu nebo blízká osoba?

D: Je to blízká osoba, je to sestra.

J: A jak dlouho máte opatrovníka?

D: No, minimálně dva roky už.

J: Měl jste vždy jen sestru jako opatrovníka?

D: Právě jenom tu sestru mám. Takže jedná i s mými financemi, má k nim teda přístup. Je to teda na kontě, spravuje to teda ona, ten účet.

J: A jaký byl tehdy důvod, že jste potřeboval opatrovníka?

D: Je to důvod toho, ohledně toho bydlení.

J: Aha. Jste se sestrou v kontaktu?

D: Jsem, každých 14 dní sem jezdí. Měla i několik pohovorů s paní doktorkou [uvádí jméno], jeřda (smích)

J: Nemusíte se bát, jména neuvedu do práce.

D: Pak teda, i s paní z poradny. A ještě jsem tady mluvil s někým, ale to už nevím. Byli za mnou teda z [název DZR], ze [jméno jiného DZR], z těch pavilonů taky, v [DZR] jsou krásný pavilony, jsem si přečetl na internetu, asi 12 budov je tam nebo co, nevím přesně, ale ty [DZR], to je tady kousek a je to nějaký dům. Byli se podívat za mnou, no.

J: Oni za vámi. Byl jste se tam někdy podívat u nich?

D: Nebyl, a je to návrh sestry prostě taky.

J: Že byste se tam jeli podívat?

D: No né, že objednala prostě to bydlení, jako přístup jako k těm jako [DZR], já nevím, jak se to tam jmenuje to místo.

J: Dobře. Sestra sem tedy jednou za 14 dní jezdí...

D: Jezdí, je velmi těžce zaměstnaná teda, má dost problémy teda, proto řeší ještě tohleto, ten můj případ takovej, takže, no... (pauza)

J: A co dalšího s vámi řeší?

D: No, byli jsme na exkurzích spolu taky. A viděl jsem tu sestru teda, že je spokojená jak s tím [CHB], tak s tím [další CHB].

J: A tam jste se byl podívat s ní?

D: No, byl.

J: A vy jste s tím byl spokojený?

D: No nebyl samozřejmě. Já jsem viděl ten [CHB], až potom jsem si mohl vybrat a je tam přístup teda. Takhle je to topení třeba např., nové okno, nové žaluzie, no a je to problém

s tím, že to je jen jeden pokoj, no a je v tom postel prostě v jídelně, v šatně. Je tam postel prostě, přes celý pokoj prostě.

J: Aha, takže je tam hlavně postel.

D: No, je tam hlavně postel, no, tak bych tam přebyl, nějak přebýval, takže... Měl bych to teda zkusit, ale, jak říkám, je tam další návrh, ten domov v [jméno města]. Prostě tohle je myslím naděje pro tu mojí sestru teda že mě tam teda umístí prostě bez řeči a péče bude pokračovat dál. Lékařská jako, i sociální i to, terapeutická, nevím. Já bych jí to rád vysvětlil, protože to potřebuji, takovýhle bydlení například, v tom domově, tak co má dělat, když budu mít peníze a nebudu je moc vůbec využít. Tam bych byl teda zapsán teda že jsem klient. Ty peníze nevím, jestli se budou utrácet všechny za to, takže já nic nevím vlastně.

J: A zkoušel jste se setry na to ptát, když přijde?

D: Já to nějak řeším, ať si sestra promyslí teda, co chce teda zajistit, ... No, to je tak asi všechno.

J: A vy znáte svůj příjem?

D: Mám invalidní důchod.

J: Co zkusit se zeptat, kolik se platí nájem?

D: My jsme to řešili, ale já už si to nepamatuju, teda. Teďko tam byli, je to v rámci teda mých možností, to zjistila, teda to všechno zjistila moje sestra, teda s ředitelkou teda. A ještě navíc s tou ředitelkou se spojili, teda, se sestrou mojí, jo? No, a je teda že mě přijali, no, takhle to dopadlo.

J: Tak to je pěkné. Kontaktuje vás sestra i jinak, třeba po telefonu?

D: No my si jenom zavoláme, tak jednou za 14 dní, já teda jí přece nebudu pořád psát SMSku ať se má dobře, takhle něco. To jsem teda dělal, ale už to nedělám, takže...

J: A sestra sem ale i jezdí, že jak jste říkal.

D: Jezdí sem samozřejmě.

J: Vy někdy také potřebujete s něčím pomoc od sestry i když tu není?

D: No, očekávám, že opravdu zajistí to bydlení a nejméně, teda nejvíce, které by mi vyhovovalo teda, jo. Já jsem pro ten [CHB – to s postelí přes pokoj]. To už teda nebudu vůbec nic teda riskovat, jako nějak něco většího zatím, takhle nějak větší, jako lepší byt, protože ten [CHB] by stačil, je to prostě takové to jako topení, no, žádné radiátory teda a vůbec taky jako ten práh, takže by to šlo, no. Já to zkusím ještě se dohodnout teda, že bych skutečně řek ten [CHB], ale s nima jsem jednal a já tam budu muset zavolat, protože jsme se nedohodli a řek jsem vlastně že to nechci, protože byla podmínka tam vyrábět nějaké práce nebo činnosti, a to původně nevím, protože já jsem pořád sám a dostávám strohé informace, takže, ... já, když to vezmu ten [CHB], tak tam budu muset čekat rok stejně, než se tam dostanu.

J: Ano, ale zároveň můžete být v čekací listině v jednom chráněném bydlení a zkoušet i něco jiného.

D: No, něco jiného, ale co?

J: Co byste vy rád?

D: Já zavolám tu poradnu, prostě, Bílý kruh a prostě se jich zeptám, kam by mě mohli umístit oni například. Moc doufám, že mi nějak poradí, teda. Když se nějak domluvíme, zítra tam chci volat v poledne. No, chci prostě najít kde je pro mě možné být, no. Někde v [název města] zkusit bydlení teda. Já z té [název města] nechci pryč.

J: Jste tady zvyklý, že?

D: Jo, to prostě jo. Já nejsem [obyvatel toho města], ale [název města] již nějak částečně znám a nehodlám odtud odejít jenom kvůli tomu, že nemám byt, no. Já bych se rád domluvil teda, teda které místo bude pro mě nejvhodnější, no. Čekám nějaký jiný eště názor té Vidy, že mi skutečně pomůžou vybrat nějaký byt, no. Je k tomu potřeba teda finance, teda no. Sestra prostě, no ... já nevím. Nechce prostě dát peníze mě. Skutečně ona si dovolila, ta sestra, zajišťovat všechno podle sebe. No, chce teda to lepší, ale ... aby se neutratily peníze moc a tak, že budou potřeba ještě, protože... Já teda hodlám volat tu poradnu, teda, a uvidím teda kam se dovolám, no a nějak bych se chtěl s nima domluvit teda na možném ubytování, v budoucnu teda například, takže ...(přemýšlí)

J: A sestra, když sem přijde, jdete se spolu někam projít? Myslím kromě těch exkurzí.

D: No, ona sem chodí ráda, ale já s ní nikam nechodím, protože o to nemám zájem (smích). Ona jako, taky respektuju své soukromí, její soukromí, abych jí někde tahal ještě zbytečně. Byli jsme spolu tedy vyřídít občanský průkaz, to byla teda síla, to nemám rád. Takže mám i jinou občanku teda a jsem hlášen u úřadu [jméno]. U úřadu teda, ne u bytu bývalého, protože my jsme to prodali, teda, protože kvůli té sestře to bylo takový, protože neměla finance. Neudržela ani té pozůstalosti, toho původního domu teda. No, takže si získala finance, teda, bydlí teďko už, no a já čekám to samé. Proč se omezovat, když je možnost si to sehnat za finance teda, ale tam je prostě ta podmínka, že ty peníze musejí stačit napořád, nějaké prostě. Prostě nějaké mít, abyste platila nájem, a tak podobně, nějaké potřeby svoje. No, ale já zjišťuju, že ta [název města] je tak nedostupná, je to drahý no. Já jsem se naposledy díval na ty [název města], volné byty teda levné, je to pět celé devět miliónů. Od, no (povzdech).

J: Máte pravdu, byty jsou hodně drahé, ale pořád je možnost pronájmu či chráněné bydlení.

D: Ten [CHB] že zkusíme, že. Když to nevyjde prostě, no poradím se znova ještě s tím [CHB], že to musím vzít, jinak teda nevím. Rád bych to vzal, teda rád, ale musím, protože, ... to je možnost teda kde bych mohl být. Pokoj jsem viděl, takže...

J: Když to shrnu, sestra vám tedy pomáhá se sehnáním bydlení, a i s financemi...

D: (skáče mi do řeči) No, drží je u sebe, no, takže mám je, ale mám je u ní, no.

J: A tady, když něco potřebujete? Kontaktujete jí?

D: No, tady, tady je to omezené, tady mám pětistovku na týden a nemůžu si říct o víc, ale já nepotřebuju, já, kdybych chtěl, tak nemůžu stejně.

J: A když potřebujete například boty či oblečení?

D: To mám peníze, to mám. To už jsem tady sháněl už pokolikáté, na to docela ta pětistovka stačí, ale říkám, chybí tam nákupy jako těch běžných věcí jako trička. Já si sice koupím taky něco, ale to tričko je drahé, ono taky tričko za pět set. Časem se to doplňuje teda ty oděvy, budu potřebovat zase nové, no... (přemýšlí) Já bych to neřešil. Já s tím budu souhlasit, protože ta pětistovka, to je dost peněz, není potřeba mít tři tisíce každéj tejden, no.

J: Jak by vypadala ideální spolupráce se sestrou, tak jak byste si to přál vy?

D: Jak bych si to přál, no. Tak: sestro, podívej se, chtěl bych bydlet jako bydlíte vy, no (přemýšlí), třeba i sám, já bych si vystačil, když to bude teda umožněný teda finančně, že nebudu muset utrácet celý důchod například měsíčně. No (přemýšlí), že bych se o sebe staral taky sám, nějaké nákupy, těch potravin například, teda no. Samozřejmě kadeřník je taky na místě, mám o to zájem taky, no (smích). Já prostě bych rád bydlel jako normální člověk, být prostě v bytě, mít vlastní byt jako každý a mě prostě dají prostě někam (posmutnělý), nevím kam, no. Ten domov teda s péčí, no. To se angažovala doktorka [jméno], protože jak říkám, nemám úplně čistou minulost, no. Jak mám teďko vysvětlit, že jsem k něčemu dospěl, k nějakému závěru nebo něco v jednání, a bylo mi sděleno, že nemůžu sehnat žádný byt, že nemám prostě finance, půjčka je namísto, takže, nevím. Jak to bude s tou půjčkou teda, jestli nabízíte i vy nějaké ty poradny nebo pomoc s půjčkami?

J: S půjčkami nepomáhám, navíc přemýšlím, zda půjčka je dobrý nápad k řešení vaší situace. Nemáte dluhy, na nájem v chráněném bydlení máte. Vy nemáte tendence k velkému utrácení a možná by nebylo dobré se zadlužit. Jak to vnímáte?

D: No, nemám tendence k utrácení. Dřív jsem dával peníze za pití, pivo nealkoholický nebo já nakupuju ty limonády. My jsme měli doma hroznou potíž sehnat si na zimu peníze a bylo to kvůli tomu, že se teda kupovalo měsíčně řekněme za, já nevím, řekněme za tisíc korun koka kola jo, na měsíc prostě. Takže já jsem to přestal kupovat a hned byly peníze, jo. To je právě tohle, když prostě já nevím, je to takovej šplouch ta kola, prostě stojí peníze, ale nejde jí pít pořád dokola, takže je i závislá, teda, pokud to pijete, tak si na to zvyknete a potřebujete se prostě napít tý koly a podobně je na tom i jiný pití. Navíc jsem utrácel za to kolem tisíc korun měsíčně nebo pět set, to je skoro to samé. Takže asi víte, jak jsem vyšel doma, s těma financema a snažil se ušetřit dost peněz, stejně potom byly peníze na poplatek na popelnice, kontejneru a tak, takže kasa navíc ještě do společného toho jídla i v prosinci prostě i plynu, to je až pět tisíc prostě, to bylo tenkrát. To jsem vyřešil tak, že nebudu brát ty koly, prostě vona stála jedna třicet korun a bra jsem šest lahví, takže šestkrát třicet, no. Je to přibližně jeden barel po šesti lahvích na týden, no, ale i víc se vypije prostě. Je to prostě co jsme dělali, protože já jsem to pil téměř jako vodu, no, a nevím proč, skutečně. Skutečně, to je prostě oblbovačka, radši to nekupovat, tyhle ty koly velké prostě, protože hlavně peníze to žere. A bylo to teda hrozný, protože jsme byli ubytovaný tři lidi a každý se toho napil, takže toho bylo potřeba. Já to už dlouhou dobu řeším pitím vody, teda.

Nemá vůbec žádný význam brát to do bytu, protože jsou to peníze navíc, které utratíte za to, no.

J: A ještě mohu se zeptat, já vlastně sestru neznám, jak byste mi jí popsal jako člověka?

D: Jako člověka? (zasměje se) No tak, má dobrou image teda podle mě, kadeřníka teda pravidelně, no (přemýšlí), je sympatická, starostlivá taky trochu, že jo. No, nevím. Myslím že taky nesportuje taky jako, že jo. Ta figura tam není.

J: Ale zase vnímám, že máte dobrý vztah se sestrou.

D: To mám, já bych nerad přišel na nějaké to vyrozumění jako, ... či porozumění. No a jako něco jinýho je teda lékařská péče v rámci léčebny a něco jiného je bydlení, no. Já jsem teda bydlel dříve a léky jsem teda užíval, i když bylo tam pár teda krachů pro mě, ale to se nedá nic dělat, to už je dávno za mnou a já vám teda ještě můžu říct teda že jsem bral takové léky, které nebyly pro mě orientačně, což teď není jako možné, protože to je z různé literatury a nerozuměl jsem vůbec co se v té literatuře píše, jestli například třeba, ... (zaráží se)

J: Že jste se špatně soustředil?

D: No, já jsem nerozuměl tomu výkladu, no. Ty prášky prostě některé nejsou vhodné na tu četbu teda, no mě bylo dvacet let, takže čtete vlastně fantasmagorii prostě no. Sci-fi USA třeba Spielberg nebo někoho ještě dalšího, tak prostě je to takové, nevím teda co to bylo za knihu, byl to soubor povídek a byly to prostě nesmysly, já nevím prostě (směje se)

J: A teď už je to soustředění lepší?

D: No je, protože já už si dám pozor, já už poznám i předem věci, které si kupuju a co můžou způsobit, to vím poměrně dobře, já se držím té hudby hlavně jako, protože teda tomu nerozumím, ale ještě vím, že anglický jazyk je melodický jak hudebně, tak i textově (odmlčuje se)

J: Já vám moc děkuji za rozhovor.

I.IV Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Souhlasím s poskytnutím rozhovorů Mgr. Janě Stárkové, studentce oboru Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii na Pražské vysoké škole psychosociálních studií v rámci výzkumu pro její diplomovou práci. Byl/a jsem informován/a, že účelem této práce je snaha o zmapování vztahu opatrovance s opatrovníkem.

Souhlasím s tím, že v práci budou uvedena některá má citlivá data, ale nebude uvedené mé pravé jméno nebo nebudou uvedeny skutečnosti, které by mohly vést k identifikaci mé osoby.

Vím, že mohu rozhovor z jakýchkoliv důvodů přerušit a svůj souhlas s rozhovorem vzít zpět. Byla mi nabídnuta možnost získat přepsaný rozhovor k autorizaci a výsledný text v elektronické podobě ke komentáři. S těmito podmínkami dobrovolně a bez nátlaku souhlasím.

Jméno:

Podpis:

Datum:

Pokud budete mít jakékoli další dotazy ohledně tohoto výzkumu či rozhovoru, kontaktujte prosím Janu Stárkovou na uvedené adrese.

Jana Stárková

Email: jana1.starkova@seznam.cz

Tel.: +420 608 861 750

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Hekrova 805/25

149 00 Praha 4 – Háje

I.V Souhlas etické komise Psychiatrické nemocnice Bohnice s provedením výzkumu



Etická komise
ekomise@bohnice.cz

Jana Stárková
Ulčova 740/2a
184 00 Praha 8
či na pavilonu 30
e-mail: jana1.starkova@seznam.cz,
či jana.starkova@bohnice.cz
tel.: 608 861 750

Naše značka:

Vyřizuje/linka: **420284016141**

V Praze dne 21.2.2018

Věc: vyslovení souhlasu k výzkumnému šetření v PNB

Etická komise Psychiatrické nemocnice Bohnice posoudila žádost a vyslovila souhlas k výzkumnému šetření v PNB v rámci diplomové práce na téma: "Omezená svéprávnost osob s onemocněním schizofrenního okruhu a role sociální práce v jejich podpoře" na Pražské vysoké škole psychosociálních studií - sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii.

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomtykacz v.z.
tajemník etické komise

Psychiatrická nemocnice Bohnice
lékárna
Ústavní 91
181 02 Praha 8 - Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice_Ústavní 91_181 02 Praha 8

Tel.: +420 284 016 111_Fax: +420 284 016 595_www.bohnice.cz

Bankovní spojení: Česká národní banka_16434081/0710_IČ: 00064220_DIČ: CZ00064220

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE:

Jméno a příjmení autora:	Jana Stárková
Studijní program:	Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce:	Omezená svéprávnost osob s onemocněním schizofrenního okruhu a role sociální práce v jejich podpoře
Počet stran bez příloh:	87
Celkový počet stran příloh:	13
Počet titulů literatury a kurzů:	40
Počet internetových odkazů:	7
Vedoucí diplomové práce:	PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.
Rok dokončení diplomové práce:	2018

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **STÁRKOVÁ** Jana

Obor studia: sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: **Omezená svéprávnost osob s onemocněním schizofrenního okruhu a role sociální práce v jejich podpoře**

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 87

Počet stránek příloh: 13

Počet titulů v seznamu literatury: 47

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Nechávám prostor pro otázky oponenta.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Hlavním tématem předložené diplomové práce je problematika osob s duševním onemocněním, jejichž svéprávnost je omezena a role sociální práce jako nástroje řešení jejich nepříznivé sociální situace. Zaměření práce hodnotím jako bytostně spjaté se studovaným oborem diplomantky. Současně řešení této otázky vnímám jako velmi významné a aktuální. Jakákoli omezení, která jsou aplikována na projevy svobodné vůle člověka a naplňování jeho přirozených lidských práv, musí být totiž podrobovány bedlivému sledování a průběžně vyhodnocovány s cílem zjistit, jak je náhradní způsob jejich zajišťování funkční a kvalitní.

Diplomová práce je tradičně dělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je vystavěna na pěti hlavních kapitolách, ve kterých se autorka z různých aspektů snaží přiblížit hlavnímu tématu práce. Těžištěm této části práce je kapitola tři, čtyři a pět, ve kterých diplomantka pojednává o samotné roli sociální práce a nástrojích právní ochrany ve stavu omezené svéprávnosti a se zachovanou svéprávností.

Struktura této části práce je jasná, přehledná, nepostrádá potřebnou dynamiku, postupuje od obecného ke konkrétnímu. Autorka využívá odborný věcný jazyk, a přestože má s dotčenou oblastí vlastní bohatou profesní zkušenost, nestaví svá sdělení na subjektivizovaných soudech. Pracuje s odbornou literaturou a také platnými legislativními zdroji.

Výzkumnou část práce tvoří šetření, pro které studentka volí kvalitativní design. Studentka se rozhodla na výzkumném vzorku sedmi klientů – osob s duševním onemocněním s omezenou svéprávností zjistit, zda je jejich očima naplňován smysl opatrovnictví, tedy zda vztah mezi opatrovníkem a opatrovancem splňuje svůj zákonný účel. Pro dosažení tohoto výzkumného cíle si diplomantka definovala několik klíčových oblastí – výzkumných předmětů. Data pak sbírala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů.

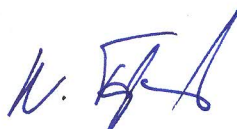
Sebrané odpovědi autorka přepsala, analyzovala a následně poskytla výsledky svého šetření. Ty s dostatečnou mírou citlivosti a přehledně podle jednotlivých oblastí interpretovala. V závěru práce nechybí potřebná diskuse zjištěných poznatků s aktuálním stavem vědění a praxe a autorčinými vlastními profesními zkušenostmi.

V průběhu zpracovávání práce prokazovala diplomantka nesmírnou zaujatost tématem, pracovala po dlouhou dobu, pečlivě a vytrvale, diskutovala a dbala připomínek vedoucí práce.

Výsledkem je, že předložená diplomová práce splňuje veškeré nároky kladené na tento typ kvalifikační práce a jednoznačně ji doporučuji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně



Datum, podpis: V Praze 11. května 2018

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Mgr. Jana Starková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Omezená svéprávnost osob s onemocněním schizofrenního okruhu a role sociální práce v jejich podpoře

Oponent práce: Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 87

Počet stránek příloh: 13

Počet titulů v seznamu literatury: 47

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost

výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě: Jaký by navrhla autorka další kvantitativní výzkum pro oporu svých zjištění?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na magisterskou práci.

Charakteristika práce: Autorka rozdělila práci na teoretickou a empirickou část. V prvních kapitolách popisuje vývoj pohledu na duševní nemoc, vývoj zákonné úpravy týkající se opatrovnictví osob, specifika onemocnění schizofrenního okruhu u jednotlivých diagnóz z hlediska změny chování a prožívání. V dalších kapitolách se věnuje sociální práci s lidmi s duševním onemocněním zaměřenou na nynější stav v České republice a možnosti čerpání sociálních služeb jak z finančního hlediska, tak s ohledem na individuální potřeby jednotlivce. V závěru teoretické části práce se zaměřuje na možnosti právní podpory osob s duševním onemocněním ustanovené v občanském zákoníku. V empirické části práce se věnuje vztahu mezi opatrovníkem a opatrovancem, který se snaží popsat prostřednictvím informací získaných v rámci rozhovorů s osobami s duševním onemocněním, které mají ustanoveného opatrovníka. Zkoumala spolupráci opatrovníka s opatrovancem. Pro výzkum položila otázku: Zda je pohledem opatrovance naplňován smysl opatrovnictví, tedy zda vztah mezi opatrovníkem a opatrovancem splňuje svůj zákonný účel?

Celkové hodnocení práce:

Kolegyně v teoretické části prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. V empirické části pro svůj kvalitativní výzkum využila rozhovory se 7 klienty trpících onemocněním schizofrenního okruhu. Autorka je stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje skoro všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce, prokazuje schopnost použít kvalitativní výzkumnou metodologii, formulovat cíle výzkumu, sbírat data pomocí rozhovorů, analyzovat data a srozumitelně interpretovat výsledky.

Připomínky:

Formální: Z gramatického a stylistického hlediska **neshledávám závažnější formální nedostatky**. V empirické části práce bych očekával větší interpretační odvahu autorky, vzhledem ke skutečnosti, že v dané oblasti pracuje a dobře se v ní orientuje.

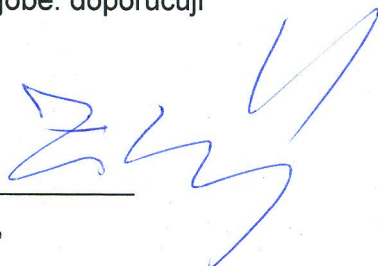
Obsahové: Získané poznatky by mohly sloužit jako ilustrativní případové studie pro zpracování metodiky opatrovnictví osob s duševním onemocněním. Bylo by však dobré doplnit je i o kvantitativní data viz. Otázka k obhajobě

Celkově: Práci hodnotím jako výbornou

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Doporučení k obhajobě: doporučuji*

Datum, podpis:



*

nehodící se, škrtněte