

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**UCELENÁ REHABILITACE U OSOB S DUŠEVNÍM  
ONEMOCNĚNÍM**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Jméno autora: Lenka Synková**

**Jméno vedoucího práce: Mgr. Václav Šnorek**

**2009**

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou uceleného systému rehabilitace u osob s duševním onemocněním. Ucelený systém rehabilitace je vlastně současné pojetí rehabilitace. Rehabilitace již není chápána výhradně jen jako zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který v sobě zahrnuje složku léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní.

Cílem uceleného systému rehabilitace je umožnit osobám s duševním onemocněním, aby dosáhly či si zachovaly optimální úroveň všech funkcí. Poskytnout jim prostředky k dosažení vyšší životní úrovně a prostředky k integraci do aktivního života ve společnosti.

Pro široké spektrum duševních nemocí jsem se v této práci zaměřila na osoby, u nichž byla diagnostikována schizofrenie, obsedantně-kompulzivní porucha a demence Alzheimerova typu. Dále pak v rámci této práce charakterizují pojmy - ucelená rehabilitace, zdraví, duševní zdraví, psychiatrie. Popisují příčiny, charakteristiku, léčbu, terapii a sociální dopad jednotlivých duševních onemocnění. Další kapitoly, které v práci uvádím jsou zaměřeny na ucelený systém rehabilitace s jednotlivými prostředky, právní ukotvení a sociální práci s osobami s duševním onemocněním.

V rámci této práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, který kombinuje postupy kvalitativní a kvantitativní metodologie. Zvolenou technikou je standardizovaný dotazník pro pracovníky v psychiatrických léčebnách a technika obsahové analýzy dat ze zdravotnické dokumentace osob hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách. Výzkumný soubor tvořilo 52 pracovníků v psychiatrických léčebnách a šest osob s vybranými duševními poruchami.

Jako hlavní cíl jsem si stanovila analyzovat situaci v oblasti uceleného systému rehabilitace u osob s duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách. Dále pak popsat, jak probíhají jednotlivé složky uceleného systému rehabilitace a zjistit, jaké poznatky mají respondenti o uceleném systému rehabilitace.

Z výsledků mé práce vyplývá: Rehabilitace u osob s duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách je zaměřena na léčebnou složku rehabilitace. Pracovníci, kteří pečují o osoby s duševním onemocněním v psychiatrických léčebnách, nemají konkrétní představu o uceleném systému rehabilitace.

Věřím, že výsledky uvedené v této bakalářské práci mohou být využity k získání a prohloubení informací pracovníkům, kteří pečují o osoby s duševním onemocněním a že povedou ke zkvalitnění péče o osoby s duševním onemocněním v ústavní péči.

## **Abstract**

This bachelor work deals with problems of an integrated rehabilitation system at the persons with mental diseases. The integrated rehabilitation system is actually a present-day conception of the rehabilitation. The rehabilitation is solely not understood only as a medical activity in the sense of physiotherapy, but as an inter-disciplinary domain containing therapeutic, social, pedagogical and working components.

An aim of the integrated rehabilitation system is to make possible for the people with mental diseases to reach or to keep an optimal level of all functions. To provide them means so they could achieve a higher living standard and means to integrate them into an active life in the society.

For a wide spectrum of the mental diseases I concentrated on persons with the diagnosis of schizophrenia, obsessively compulsive alienation and a dementia of Alzheimer type. In the theoretical part I devote to the characteristics of concepts - the integrated rehabilitation, health, mental health, psychiatry. Further I describe causes, characterization, cure, therapy and social impacts of individual mental diseases. Other chapters I mention in my work are focused on the integrated rehabilitation system with particular means, a legal anchorage and a social work with the mentally ill people.

For an elaboration of the experimental part of the bachelor work I chose a quantitative research combining processes of qualitative and quantitative methodology. The chosen technique is a standardized questionnaire for workers in psychiatric hospitals and a technique of the contentual analysis of data from the medical documentation of persons hospitalized in psychiatric hospitals. The research set was made up by 52 workers in the psychiatric hospitals and 6 people with chosen mental diseases.

As the main aim I determined to analyze a situation in the area of the integrated rehabilitation system at the people with mental diseases in psychiatric hospitals. To describe how individual factors of the integrated rehabilitation system come through

and to find out what kind of knowledge the respondents about the integrated rehabilitation system have.

From the results of my work follows this conclusion: The rehabilitation of the people with mental diseases, hospitalized in mental hospitals, is aimed to a medical factor of the rehabilitation. Workers taking care of the people with mental diseases have not any concrete imagination about the integrated rehabilitation system.

I believe that results mentioned in this bachelor work can be used for getting and deepening of information for workers, who care for the persons with the mental diseases and they will lead to the better-quality devotion to people with mental diseases in the institutional care.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Ucelená rehabilitace u osob s duševním onemocněním* vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích:

.....

Podpis studenta

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Václavu Šnorkovi za cenné připomínky a trpělivý přístup při vedení mé bakalářské práce. Děkuji také za spolupráci všem pracovníkům v psychiatrických léčebnách. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mým rodičům, přátelům a zejména mé rodině za podporu a trpělivost.

## Obsah

Úvod.....	11
<b>1</b> <b>Současný stav</b> .....	<b>12</b>
1.1     Historie psychiatrie.....	12
1.1.1 <i>Starověk</i> .....	12
1.1.2 <i>Středověk</i> .....	13
1.1.3 <i>Renesance</i> .....	13
1.1.4 <i>Absolutismus a osvícenství</i> .....	14
1.1.5 <i>Romantismus</i> .....	14
1.1.6 <i>19. století: Psychiatrie se stává lékařskou vědou</i> .....	14
1.1.7 <i>20. století: Konec medicínské jednostrannosti</i> .....	15
1.1.8 <i>21. století</i> .....	15
1.2     Ochrana práv duševně nemocných z perspektivy WHO .....	16
1.2.1 <i>Situace v ČR</i> .....	16
1.2.2 <i>Dokumenty k duševnímu zdraví</i> .....	17
1.2.3 <i>Stigmatizace duševně nemocných - definice</i> .....	17
1.2.4 <i>Týdny pro duševní zdraví</i> .....	17
1.2.5 <i>Definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace</i> .....	18
1.2.6 <i>Definice duševního zdraví dle Světové federace</i> .....	18
1.2.7 <i>Definice oboru psychiatrie</i> .....	18
1.3     Příčiny duševních poruch .....	18
1.3.1 <i>Bio-psycho-sociální model</i> .....	19
1.3.2 <i>Biologické aspekty duševních poruch</i> .....	19
1.3.3 <i>Psychologické aspekty duševních poruch</i> .....	19
1.3.4 <i>Sociální aspekty duševních poruch</i> .....	20
1.3.5 <i>Klasifikace duševních poruch</i> .....	20
1.3.6 <i>Vybraná duševní onemocnění</i> .....	21
1.4     Neurotické poruchy .....	22
1.4.1 <i>Obsedantně-kompulzivní porucha</i> .....	24



1.4.2	<i>Definice obsedantně- kompulzivní poruchy</i> .....	24
1.4.3	<i>Obsese</i> .....	25
1.4.4	<i>Kompulze</i> .....	25
1.4.5	<i>Terapie a léčba obsedantně- kompulzivní poruchy</i> .....	26
1.4.6	<i>Sociální význam obsedantně-kompulzivní poruchy</i> .....	27
1.5	Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy .....	27
1.5.1	<i>Definice schizofrenie</i> .....	28
1.5.2	<i>Klasifikace</i> .....	38
1.5.3	<i>Pozitivní příznaky</i> .....	29
1.5.4	<i>Negativní příznaky</i> .....	29
1.5.5.	<i>Diagnostika</i> .....	29
1.5.6	<i>Terapie a léčba schizofrenie</i> .....	29
1.5.7	<i>Sociální význam schizofrenie</i> .....	30
1.6	Organické poruchy .....	31
1.6.1	<i>Definice demence</i> .....	31
1.6.2.	<i>Typy demencí</i> .....	31
1.6.3	<i>Definice demence Alzheimerova typu</i> .....	33
1.6.4	<i>Klinická charakteristika onemocnění</i> .....	33
1.6.5	<i>Diagnostika</i> .....	34
1.6.6	<i>Terapie a léčba demence Alzheimerovy typu</i> .....	35
1.6.7	<i>Sociální význam demence</i> .....	35
1.7	Ucelená rehabilitace a její prostředky .....	36
1.7.1	<i>Pojem ucelená rehabilitace</i> .....	36
1.7.2	<i>Přehled dosavadní právní úpravy</i> .....	37
1.7.3	<i>Léčebné prostředky rehabilitace</i> .....	37
1.7.4	<i>Sociální prostředky rehabilitace</i> .....	42
1.7.5	<i>Pedagogické prostředky rehabilitace</i> .....	44
1.7.6	<i>Pracovní prostředky rehabilitace</i> .....	45
1.8	Multidisciplinární tým .....	46
1.8.1	<i>Sociální pracovník</i> .....	47

1.8.2	<i>Sociální práce s osobami s duševním onemocněním</i> .....	48
1.8.3	<i>Vztah a komunikace s klientem</i> .....	48
1.8.4	<i>Vzdělávání a supervize v sociální práci</i> .....	49
<b>2</b>	<b>Cíl práce</b> .....	<b>50</b>
2.1	Hlavní cíl práce .....	50
2.2	Dílčí cíle práce .....	50
<b>3</b>	<b>Metodika</b> .....	<b>51</b>
3.1	Kvalitativní výzkum .....	51
3.2	Použité metody a techniky výzkumu .....	51
3.2.1	<i>Dotazník</i> .....	51
3.2.2	<i>Obsahová analýza dat</i> .....	52
3.3	Zpracování a analýza dat .....	53
3.4	Charakteristika zkoumaného souboru .....	53
3.4.1	<i>Soubor - osoby s duševním onemocněním</i> .....	53
3.4.2	<i>Soubor - pracovníci v psychiatrických léčebnách</i> .....	54
<b>4</b>	<b>Výsledky</b> .....	<b>55</b>
4.1	Dotazník pro pracovníky v psychiatrických léčebnách .....	55
4.2	Kasuistiky .....	75
<b>5</b>	<b>Diskuse</b> .....	<b>95</b>
<b>6</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>105</b>
<b>7</b>	<b>Klíčová slova</b> .....	<b>107</b>
<b>8</b>	<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>108</b>
<b>9</b>	<b>Přílohy</b> .....	<b>114</b>

## Úvod

*„Starajíce se o štěstí jiných, nacházíme své vlastní.“*

*Platón*

V průběhu studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích jsem se seznámila s problematikou uceleného systému rehabilitace. Volbou bakalářské práce s názvem Ucelená rehabilitace u osob s duševním onemocněním jsem se snažila zdůraznit aktuálnost a významnost ucelené rehabilitace, která propojuje všechny své prostředky tak, aby došlo k dosažení či zachování nejvyšší možné úrovně všech funkcí a začlenění těchto osob do aktivního života a do společnosti.

Osoby s duševním onemocněním tvoří nezanedbatelné procento v naší společnosti. Z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky je zřejmé, že počet osob, u kterých byla diagnostikována duševní porucha, stále stoupá. Společenský zájem o léčbu osob s duševním onemocněním stojí spíše na okraji informovanosti. V posledních letech se u nás podařilo péči o osoby s duševním onemocněním jen málo posunout k praxi, která je obvyklá v řadě vyspělých evropských států. Dokládá to i skutečnost, že Česká republika dosud nemá dostatečné právní ukotvení ucelené rehabilitace, jak je tomu ve většině zemí Evropské Unie.

Díky úsilí poskytovatelů sociálních služeb, zejména nestátních neziskových organizací, nestátních zdravotnických zařízení a uživatelských organizací, se začínají rozvíjet komunitní služby.

Dle WHO by bylo vhodné používat název „rehabilitace“ pro tzv. „ucelenou rehabilitaci“. Často se však v praxi setkávám s tím, že termínem rehabilitace se označuje pouze léčebná složka - např. fyzioterapie. Z tohoto důvodu používám v celé mé práci pojem „ucelená rehabilitace“.

## **1 Současný stav**

Do ordinace psychiatrů chodí rok od roku více nových pacientů. V roce 2007 jich bylo 464 836. To je o 1,1 % více než v roce 2006. Od roku 2000 se počet lidí v psychiatrických ordinacích zvýšil o více než třetinu. Vyplyvá to z aktuálních dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (54).

Cestu do ordinací snadněji nacházejí ženy než muži. Ženy tvoří přibližně 60 % pacientů v psychiatrických ambulancích. Muži naopak převládají ve statistikách sebevražd a v léčbě chorob způsobených nadměrným užíváním alkoholu a drog. Ženy navštěvují psychiatra například kvůli problémům s depresemi, neurózami a úzkostnými poruchami (54).

### **1.1 Historie psychiatrie**

Je zřejmé, že sledováním dějin oboru psychiatrie bychom měli vymezit i hranice tohoto oboru. Optimální by bylo charakterizovat psychiatrii v široké, rozsáhlé a volné síti významů: nejen jako jeden z oborů medicíny, ale také jako průsečík přírodovědných a humanitních oborů vědeckého poznání (5).

#### **1.1.1 Starověk**

Dějiny psychiatrie sahají až tam, kam sahá historie lékařství sama. Duševní choroba byla v mytologickém dávnověku pokládána za boží trest, a také proto mohla být odňata zase jen božským zásahem. Léčebné zákroky spočívaly ve vyzývání božstva, v modlitbách. Uzdravení duševně nemocného bylo pak pokládáno za milostivý dar bohů (26).

Historicky doloženou postavou dějin lékařství je Aulus Cornelius Celsus. Ve své práci prosazoval přístup: „Fame, vinculus, plagis coercendus est!“ To znamená tvrdě omezovat duševně nemocného. Léčbu prováděl prostřednictvím purgativ, emetik, podáváním dávidel, makových odvarů, potíráním hlav růžovým olejem, sázením baněk na tělo do různých geometrických obrazců a pouštěním žilou (5).

Ve starověkém Řecku se začíná měnit pohled na duševní poruchy, a to zásluhou Hypokrata, který za původce duševních poruch nepokládal posedlost zlým

duchem, ale mozek. Hypokrates vysvětloval příčiny duševních poruch prostřednictvím čtyřech tělesných šťáv - krve, hlenu, žluté žluče, černé žluče. Duševní porucha vznikla tehdy, zaplavila-li některá z nich mozek. Též termíny: paranoia, melancholia, mania, pocházejí od Hypokrata (5).

### ***1.1.2 Středověk***

Ve střední Evropě spadaly zdravotní a sociální záležitosti do kompetence církve. Mniši a řádové sestry spravovali „špitály“, které byly otevřené všem, kteří se ocitli v nouzi z tělesných, duševních nebo sociálních důvodů (8).

Léčilo se vymítáním ďábla z těla, zaříkáváním, modlitbami, slavnostními obřady, a když se výsledek nedostavil, pak byli duševně nemocní odsouzeni k hrdelním trestům nebo vrháni do podzemních kobek (26).

### ***1.1.3 Renesance***

15. a 16. století je chápáno jako období rozkvětu měst, která mezi sebou soutěží o kapitál a moc nad obchodními cestami. Občané se snaží svá města učinit co nejbohatší, nejčistší a nejbezpečnější. Proto usilují očistit město od žebráků, asociálů, nebezpečných, nečistých a rušivě nápadných lidí - vyhoštěním (8).

V tomto období existovaly další „zaručené“ medikamenty na léčbu. Duševní nemoc byla vykládána jako zahnívání tkání, tělesných tekutin, a jako hnití myšlenek a představ. Na povrchu těla se uměle vytvořily hnisající rány nebo boláky. Povrchové hnisání tak mělo přitáhnout hnisající představy a myšlenky, pravou náplň melancholie. Jakmile jsou takto myšlenky zviditelněny, budou se lépe odstraňovat. Svou roli v léčbě měla i káva a terapie ponořováním do vody (5).

#### ***1.1.4 Absolutismus a osvícenství***

Lékaři začali oživovat prastaré přesvědčení antických mistrů, že pohyb a práce napraví nemocnou duši. Terapeutické myšlenky byly připisovány vlnění moře, procházkám, běhu, tanci, divadlu, čtení a poslechu uklidňující hudby. Domnívali se, že cestování příznivě působí na proud myšlenek a poskytuje nevyčerpatelnou paletu nových dojmů (5).

#### ***1.1.5 Romantismus***

V této době, se společnost rozpomněla na tábory pro převýchovu nerozumných v době osvícenského absolutismu. Myšlenka byla upravena, aby odpovídala tehdejší době. Jen ti, kteří byli podle shora zmíněných kritérií potřební, přešli do továren. Pro ostatní byla podle druhu jejich nerozumu či nepotřebnosti vytvořena speciální zařízení. Tak vznikly základy dodnes platného systému sociálního zabezpečení (8).

V druhé polovině 18. století provedl francouzský lékař Filip Pinel reformu péče o duševně nemocné ve Francii. Zasloužil se o zřizování ústavů, kde bylo humánně zacházeno s duševně nemocnými (29). Zavedl léčbu prací, propracoval farmakoterapii, psychodrama. Pinelovy léčebné metody se rozšířily po celé Evropě i Severní Americe (26).

#### ***1.1.6 19. století: Psychiatrie se stává lékařskou vědou***

Zpočátku bylo nejasné, kam se psychiatrie jako věda se svým pedagogickým a sociologickým podílem zařadí, zda k medicíně nebo k filozofii. Později většina lékařských fakult uznala psychiatrii jako lékařskou disciplínu (8). V druhé polovině 19. století vznikají specializované ústavy v podobě poboček městských nemocnic (např. Dobřany, Opařany) (29).

O rozvoj psychiatrie v Praze se zasloužil Jan Theobald Held, který při ošetřování zdůrazňoval vlídnost, trpělivost a lásku k duševně nemocným. V ústavu pro choromyslné u sv. Kateřiny zřídil čítárnu, knihovnu, hudební místnost, zavedl léčbu prací a tělesná cvičení. Jan Theobald Held je považován za prvního českého psychiatra - klinika (26).

### ***1.1.7 20. století: Konec medicínské jednostrannosti***

20. století bylo rozhodující pro vývoj psychiatrie jako moderního lékařského oboru. Přineslo psychiatrickou klasifikaci, účinné terapeutické metody a prestižní místo po boku neurověd (věd o mozku). V padesátých letech 20. století byla zavedena do psychiatrické praxe neuroleptika (léky zmírňující či odstraňující bludy a halucinace) a o něco později se začaly používat antidepresiva (léky proti chorobně smutné náladě) a anxiolytika (léky proti úzkosti). Později se však ukázalo, že ani tyto léky nejsou všemocné. Lékaři zjistili, že pro úspěšnou terapii je důležité věnovat se nejen pacientovi, ale celé jeho rodině. K usnadnění adaptace propuštěných pacientů na život ve společnosti začala fungovat komunitní péče. Vznikala nejen jako podpůrná záchranná síť, ale umožňovala sociální a pracovní rehabilitaci (37).

Za otce psychiatrie 20. století je považován Emil Kraepelin, který byl zakladatelem mnichovské neuropatologické školy, v níž pracovali Alzheimer a Binswanger, po nichž jsou pojmenována nejčastější onemocnění působící demenci ve stáří (21).

### ***1.1.8 21. století***

Do 21. století psychiatrie vstupuje jako moderní lékařský obor, nedovede však zázraky. Psychoterapie je nezastupitelnou terapeutickou metodou, avšak musí být pacient k práci na sobě motivován, jinak postrádá smysl. V každodenní klinické praxi jsou lékaři odkázáni na rozhovor s pacientem a pozorování jeho chování. Schopnost naslouchat a vcítit se do pocitů pacienta, zůstává základní klinickou dovedností, bez níž se neobejde žádný pracovník v pomáhajících profesích (37).

## **1.2 Ochrana práv duševně nemocných v ČR**

Dle zprávy Světové zdravotnické organizace (WHO), v oblasti péče o zdraví, za rok 2001 více než čtvrtina ze 160 zemí světa nemá specifickou legislativu.

I Česká republika patří mezi tyto země. Ripová uvádí: „Více než 1/5 zákonů je stará více než čtyřicet let a vznikla dávno před tím, než byla vyvinuta řada moderních léčebných metod. Zákon o péči a zdraví lidu, základní právní norma upravující oblast zdravotnictví v ČR, který je z roku 1966, patří mezi ně“ (39).

Problém stigmatizace, porušování práv, problém bydlení a zaměstnávání osob s psychiatrickou diagnózou si také zaslouží zvláštní pozornost. Ripová dále uvádí: „Legislativa v této oblasti by měla obsahovat též požadavek, aby do procesu plánování a rozvoje politiky duševního zdraví a různých programů byly zahrnuty i ty skupiny obyvatel, které jsou zvlášť zranitelné - děti, adolescenti a staří lidé, dále pak národní, etnické menšiny, imigranti a uprchlíci“ (39).

### ***1.2.1 Situace v ČR***

Přestože osoby s duševním onemocněním mají stejná práva jako ostatní občané, nejsou sami schopni je v důsledku svého onemocnění hájit a prosazovat. „Spolu se špatnou či nedostatečnou legislativou pak dochází k tomu, že duševně nemocní jsou ve společnosti diskriminováni v přístupu k veřejným službám. Vedle změny právních norem to v praxi znamená vytváření programů obhajování práv duševně nemocných a mechanismů kontroly nad jejich dodržováním, vzdělávání všech zúčastněných v systému péče o duševně nemocné (včetně veřejnosti)“, jak uvádí Ripová (39).

### ***1.2.2 Dokumenty k duševnímu zdraví***

Koncepce oboru psychiatrie (2001), Zdraví 21 (2003), Pražská koncepce (2003), Akční plán duševního zdraví (2005), Helsinská deklarace (2005), Zelená kniha (2005), Etický kodex České lékařské komory, Etický kodex psychologické společnosti, Etický kodex sester, Etický kodex sociálních pracovníků, Etický kodex práv pacientů, Deklarace práv duševně postižených, Deklarace lidských práv a duševního zdraví, Světová deklarace zdraví, Deklarace o prosazování práv a pacientů v Evropě, Všeobecná deklarace lidských práv, Madridská deklarace atd. (4).



### ***1.2.3 Stigmatizace duševně nemocných - definice***

„Stigmatizace je společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak připisovány záporné vlastnosti nebo je to také výraz pro předem dané záporné ohodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci“ (9).

Negativní předsudky a mýty spojené s duševními poruchami jsou velmi nebezpečné a škodlivé. Stigma postihuje vše co souvisí s duševním onemocněním. Kromě pacientů a jejich léčby, také rodinu, psychiatrické instituce a odborníky. Znamená velkou překážku vedoucí ke zlepšení kvality života. Stigmatizace je základem pro negativní diskriminaci. Důsledkem mohou být potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, izolace atd. (50).

### ***1.2.4 Týdny pro duševní zdraví***

Tato ojedinělá kulturní a humanitární akce se konala poprvé v roce 1990, kdy byla oceněna Cenou ministra zdravotnictví za bourání bariér vůči psychiatrii a lidem s psychiatrickou diagnózou. Program Týdnů pro duševní zdraví se koná každoročně od 10. září do 10. října, tedy dne, který je Světovým dnem pro duševní zdraví. Smyslem týdnů pro duševní zdraví je změna přístupu veřejnosti k lidem s duševní nemocí, odstranění stigmatizace, informování o způsobu péče, prevenci duševních onemocnění i o aktivitách organizací v sociálně zdravotní oblasti, zlepšení systému psychiatrické péče (2).

### ***1.2.5 Definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO)***

V roce 1948 byl termín pojmu „Zdraví“ vymezen jako: „Stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nejen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady.“ V roce 1977 byla tato definice upravena na znění, že: „Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“ (49).

### ***1.2.6 Definice duševního zdraví dle Světové federace pro duševní zdraví (WFMH)***

„Je to pojem, jehož obsah vyjadřuje stav osobní pohody (well-being), v němž může člověk naplnit a uplatnit své individuální schopnosti, dokáže přiměřeně zvládat každodenní životní zátěž a stres, může produktivně a úspěšně pracovat a rozvíjet vzájemně obohacující vztahy s druhými lidmi“ (34).

### ***1.2.7 Definice oboru psychiatrie***

„Předmětem a náplní oboru psychiatrie je prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace osob s duševními poruchami v rozsahu dg. F0-99, jak jsou vymezeny podle kritérií současné Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10), platné v České republice od r. 1994 a rovněž výzkumem etiologie a terapie těchto duševních poruch a rehabilitace osob s těmito poruchami.“ Spolupracuje též s dalšími obory. V prevenci duševních poruch pak usiluje o zlepšení nebo dosažení a zlepšení duševního zdraví. Snahou je pomoc osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách (4).

## **1.3 Příčiny duševních poruch**

Rozvoj lidské psychiky je možné pochopit na základě znalostí mnohočetných rizikových faktorů, mezi něž patří faktory biologické (genetické, vrozené, dané úrazy, nemoci apod.), sociální (vliv kultury, kolektivu, sociálního prostředí), psychologické (charakterové rysy) a environmentální (výchova, vzory, životní události apod.) (37).

### ***1.3.1 Bio-psycho-sociální model***

O bio-psycho-sociálním modelu mluvíme vzhledem k tomu, že biologické, psychologické a sociální faktory se během lidského vývoje neustále ovlivňují a mnohdy je těžké odlišit, které z nich jsou více významné a které méně (37).

### ***1.3.2. Biologické aspekty duševních poruch***

Biologickými vlivy jsou myšleny zejména genetické faktory. U většiny psychických poruch však dědičnost přestává být jedinou příčinou a stává se tak jen vnitřní podmínkou - predispozicí (37).

Kromě genetických vlivů se mohou na křehkosti organismu podílet i jiné vrozené vlivy, jako jsou prodělané infekce matky v době těhotenství, intoxikace, nadměrný stres, užívání některých léků, těžký porod atd. V poporodním období může ke vzniku duševní poruchy přispět řada biologicky působících faktorů, jako jsou avitaminózy, úrazy hlavy, nádory mozku, endokrinní onemocnění atd. Pouze tyto dispozice však ke vzniku choroby většinou nestačí. Kombinací těchto vlivů vzniká zranitelnost, na jejímž podkladě se pak v období zátěže, na který se jedinec nedokáže adaptovat, rozvíjí klinická porucha (37).

### ***1.3.3 Psychologické aspekty duševních poruch***

Duševní porucha může vzniknout i v tom případě, že mozkové struktury a funkce jsou nedotčeny, a že na mozek nepůsobí žádná fyzikální, biologická či chemická škodlivá látka. V oblasti duševního zdraví mohou pak vznikat poruchy spánku, prožitky úzkosti a depresivní stavy. V oblasti tělesného zdraví přetrvávání vysokého krevního tlaku se všemi sekundárními negativními důsledky, poruchy imunitních pochodů atd. (14).

Člověk má potřeby nejen biologické (potřebu kyslíku, vody, potravy, minerálů, vitamínů apod., ale i potřeby psychické (kognitivní i emoční) a potřeby sociální. Člověk má potřebu získávat a poznávat nové informace, potřebu být druhými lidmi akceptován, potřebu komunikovat nejen na úrovni výměn informací, ale i na úrovni výměn emocí. Není-li jedna či více jeho potřeb delší dobu uspokojována, dochází ke strádání - frustraci. Při jak významné a při jak dlouhé situaci neuspokojení potřeb dojde k poruchám duševního zdraví, je individuální a značně variabilní: lidé se od sebe liší co do výše prahu frustrační tolerance (14).

#### ***1.3.4 Sociální aspekty duševních poruch***

Člověk nežije sám, je svým vývojem a podstatou bytostí společenskou, od svého narození až po svou smrt, začleněnou do konkrétních sociálních vztahů, rolí a vazeb. Během dětství a dospívání se socializuje (tj. přijímá za své určité hodnoty, vzorce chování, role a normy užitečné jak pro něho samotného, tak i pro sociální skupinu v níž žije), celý svůj život rozvíjí a udržuje svou sociální adaptabilitu. Sociální adaptabilita a duševní zdraví člověka jsou dvě strany téže mince. Pro zdravý duševní vývoj je nezbytnou podmínkou vztah k druhým lidem a komunikace s nimi **(14)**.

#### ***1.3.5 Klasifikace duševních poruch***

Klasifikací se rozumí uspořádání a roztrídění objektů a jevů do skupin či kategorií podle předem definovaných společných vlastností. Psychiatrické klasifikační systémy, které jsou v současnosti nejvíce používány: americký Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. revize (DSM-IV), a u nás nejrozšířenější Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10). Tyto klasifikace nerozdělují duševní poruchy podle jejich etiologie, ale zařazují je na základě společných znaků do jednotlivých skupin **(37)**.

V roce 1992 byla vydána Světovou zdravotnickou organizací (WHO) 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. U nás vstoupila v platnost v roce 1993. Psychiatrickým diagnózám je v klasifikaci věnována pátá kapitola, která je označena písmenem F.

- F0 - F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10 - F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20 - F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30 - F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40 - F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50 - F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 - F79 Mentální retardace (duševní opožďení)
- F80 - F89 Poruchy psychického vývoje
- F90 - F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci **(38)**.

DSM-IV a MKN-10 jsou systémy víceosé, to znamená že, kromě hlavních diagnóz jsou zaznamenávány další důležité informace o faktorech, které mohou ovlivnit vznik a průběh psychického onemocnění a komplexně posoudit míru postižení **(37)**.

### ***1.3.6 Vybraná duševní onemocnění***

Duševní onemocnění, o kterých tato práce podrobněji pojednává, lze zařadit podle Mezinárodní klasifikace nemocí do tří kategorií. První kategorií tvoří neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy. Vybraným onemocněním z této kategorie je obsedantně-kompulzivní porucha. V důsledku neustálého konání rituálů velice omezuje člověka ve svém běžném životě. Další kategorie schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. Vybraným onemocněním je schizofrenie, protože se jedná o nejčastější a nejzávažnější onemocnění postihující poměrně mladé jedince. Třetí kategorií jsou organické duševní poruchy včetně symptomatických. Nejčastějším, nejzávažnějším a vybraným onemocněním je demence u Alzheimerovy choroby.

#### 1.4 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Malá uvádí: „Neurotické poruchy jsou funkčními poruchami adaptace jednak vůči prostředí, jednak vůči sobě samému. Maladaptace souvisí s výskytem opakovaných stresujících životních událostí. Při jejich překonávání se může objevit konflikt, který navozuje úzkost. Ve vývoji neurotických poruch jsou kromě opakovaných stresů důležité temperamentové charakteristiky, charakterové vlastnosti a genetický základ osobnosti.“

Z hlediska klinických projevů se rozdělují neurotické poruchy takto:

- **Fobické úzkostné poruchy** – v popředí stojí různé formy strachu, např. strach z uzavřených prostorů, ostrých předmětů, vody, létání, hadů, nemoci, krve. Jedná se o specifické fobie.
- **Agorafobie** - je strach z otevřených prostranství, ale i velkých uzavřených prostorů - metro, obchodní domy, letadlo. Výskyt je dvakrát častější u žen, tak jako specifické fobie, panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha.
- **Sociální fobie** - přehnaný strach z kontaktu s lidmi, ze společenských situací. Je přítomna úzkost, nepříjemné emoční pocity, negativní hodnocení, sociální izolace a velké riziko sebevražedných pokusů.

#### Jiné úzkostné poruchy

- **Panická porucha** - typickým prvkem je opakující se, náhle vznikající masivní úzkost spojená s nesnesitelným strachem.
- **Generalizovaná úzkostná porucha** - zahrnuje trvalé obavy úzkosti, zlé předtuchy obecného charakteru z každodenních životních událostí (29).

**Obsedantně-kompulzivní porucha** - vyznačuje se neodbytnými vtírajícími se myšlenkami, představami (obsesemi) nebo akty, rituály (kompulzemi) (29).

**Reakce na závažný stres a porucha přizpůsobení** - dříve byly popisovány jako adaptační poruchy. Reakce na stres může být akutní nebo dlouhodobá.

- **Akutní reakce na stres** - závažná duševní porucha, která poměrně rychle odezní. Bývá přítomna beznaděj, zoufalství nebo agresivita a zloba.
- **Posttraumatická stresová porucha** - opožděná reakce na traumatickou situaci.
- **Poruchy přizpůsobení** - vznikají v období zvládnání významné životní změny jako následek působení nepříznivých životních událostí (29).

**Disociativní (konverzní) poruchy** - dříve byly označovány jako hysterické. Konverze - přelití afektu do somatických příznaků (ochrnutí, poruchy vidění). Disociace - částečná nebo úplná ztráta souvislosti mezi pocity, vzpomínkami atd.

- **Disociativní amnézie** - jedná se o náhlou ztrátu paměti .
- **Disociativní fuga** - jde o náhlé útky s přijetím nové identity.
- **Disociativní stupor, stavy posedlosti, poruchy motoriky, citlivosti, křeče a senzorické poruchy** - jedná se o částečnou nebo úplnou ztrátu celistvosti a kontinuity osobnosti, ztráta vzpomínek na minulost (29).

**Somatoformní poruchy** - symptomy připomínají somatické onemocnění.

- **Somatizační porucha** - nemocný vyžaduje léčbu, nadužívání léků.
- **Hypochondrická porucha** - nadměrná, nepřiměřená obava o své zdraví.
- **Somatoformní vegetativní dysfunkce** - subjektivní příznaky nemocného se vztahují k jednomu systému (kardiovaskulární, urogenitální apod.) (29).

**Jiné neurotické poruchy**

- **Neurastenie** - pocit zvýšené únavy, snížení výkonu, nesoustředěnost, poruchy spánku, vyčerpání.
- **Depersonalizační a derealizační syndrom** - jedná se o zvláštní změnu v prožívání a vnímání sebe samého (29).

#### ***1.4.1 Obsedantně-kompulzivní porucha***

Obsedantně-kompulzivní porucha (dále OCD, obsessive-compulsive disorder) byla dříve považována za poměrně vzácné onemocnění, ale výzkumy z poslední doby ukázaly, že jde o velmi častou psychickou poruchu, která postihuje 2 - 3 % celkové populace. Na celém světě je diagnostikována přibližně u 100 miliónů lidí. Toto onemocnění bylo popsáno již před 4000 lety v Mezopotámii. Literárním příkladem tohoto onemocnění je Shakespearova Lady Macbeth. Známostí osobností s touto poruchou je Charles Darwin (36).

Lidé s OCD mohou mít značné potíže a často se cítí jako bezmocné oběti. I když neurotické poruchy jsou všeobecně pokládány za méně závažné než psychotická onemocnění, těžká obsedantně-kompulzivní porucha může silně omezit lidský život (36). Diagnózu neurózy dostane člověk tehdy, trpí-li tělesnými nebo duševními obtížemi, pro které při lékařském vyšetření nebyl zjištěn organický podklad (24).

Až do 60. let 20. století se zdálo, že OCD je chronické onemocnění, u kterého nepomůže žádná léčba. Podstatný pokrok v porozumění a léčbě OCD se objevil až v posledních 30 letech. Klinické výzkumy ukázaly existenci účinných léků, které vedou k výrazné úlevě. Dále byla rozvinuta velmi účinná forma psychotherapeutické pomoci, jedná se o kognitivně-behaviorální terapii (36).

#### ***1.4.2 Definice obsedantně-kompulzivní poruchy***

„Obsedantně-kompulzivní porucha je charakteristická opakovaným výskytem nežádoucích, vtíravých myšlenek a představ (obsese), resp. nepotlačitelných impulzů k jednání (kompulze), které nejsou přiměřené či přijatelné. Nemocný si uvědomuje jejich neadekvátnost, cítí k nim značný vnitřní odpor, ale nedovede se jich zbavit“ (46).



### **1.4.3 Obsese**

Obsese jsou opakující se, nechtěná a neodbytná myšlenka, impulz nebo představa, která se znovu a znovu ve stereotypní formě vtírá do mysli člověka. Obsese se mohou objevit po celé řadě spouštěcích podnětů např. po podání ruky cizí osobou, uzamčení bytu, pohledu na ostrý předmět apod. Obsese téměř vždy vyvolávají úzkost, tíseň, napětí nebo jiný druh nepříjemného stavu (36).

### **1.4.4 Kompulze**

Při kompulzi jde o nutkavé myšlení, činnost nebo chování, kterou nemocný člověk musí udělat, i když si uvědomuje, že je nepřiměřená nebo nesmyslná. Kompulze (nutkavý akt, rituál) je tedy opakované a zdánlivě účelné chování, které je prováděno znovu a znovu, ve stereotypní podobě nebo ve shodě s určitými pravidly (36).

Pacient se však nedomnívá, že by mu takové nápady vnukoval někdo jiný (což se děje např. u psychóz). Pokud se jim pokouší bránit a snaží se jich zbavit, je jeho snaha neúspěšná, protože obsedantní myšlenky a představy nejsou ovladatelné vůlí. Čím déle se nemocný člověk snaží nutkání odolávat, tím více se zvyšuje jeho pocit napětí. Na určité úrovni se úzkost stane nesnesitelnou, nemocný jejímu tlaku podlehne a rituál realizuje. Odměnou za vykonání rituálu je dočasný pocit uvolnění (47).

Kolem 80 % lidí občas zažívá vnucující se myšlenky, které jsou neodlišitelné od obsesí. Nepřikládají jim však velký význam, nepokoušejí se je nijak neutralizovat, narozdíl od lidí trpících OCD. Nepokládají je za něco, co by je vážně ohrožovalo, proto je nemusí potlačovat, kontrolovat, ani jinak složitě zvládat (36).

Obsedantně-kompulzivní potíže se obvykle projevují těmito uvedenými způsoby:

- **Nutková potřeba opakování očistného rituálu** - mytí, převlékání do čistého prádla před nepřiměřeným strachem z nečistoty atd.
- **Nutková potřeba kontroly** - elektrických spotřebičů, vypínačů, dveří, oken atd.

- **Nutková potřeba pořádku** - projevuje se neustálou úpravou či urovnáváním a tendencí jednat přesně podle konkrétních, v zásadě nesmyslných pravidel.
- **Neodbytné myšlenky nepříjemné povahy** - sexuální nebo agresivní, neustále se opakující. Nemocný člověk se proti nim snaží bránit různými rituály, které vedou jen k dočasné úlevě (46).

#### ***1.4.5 Terapie a léčba obsedantně-kompulzivní poruchy***

Možností léčby je několik. Nejúčinnější jsou dva základní přístupy:

- **Farmakoterapie** - poslední výzkumy ukázaly, že lidé trpící OCD mají změněnou rovnováhu serotoninu na některých nervových zakončeních v mozku (36). Z léků jsou účinné ty, které ovlivňují serotoninový systém (37). Patří sem antidepresiva. Klasickým lékem a standardem pro léčbu OCD, je clomipramin. Pokud se účinek antidepresiv neprojeví do 10 - 12 týdnů, dávka se dále nezvyšuje a doporučuje se s touto medikací přestat. Při pozitivním účinku má udržovací léčba trvat alespoň jeden rok, jinak je riziko nového vzplanutí OCD velmi vysoké (až 90 %). Příležitostně jsou také předepisována antipsychotika (36).
- **Psychoterapie** - Na konci 20. století se ukazuje nejúspěšnější pro tuto léčbu kognitivně-behaviorální psychoterapie (KBT) (29). Londýnský psycholog Victor Meyer začal léčit klienty s kompulzivními rituály tím způsobem, že klienta vystavil situaci, která u něho vyvolává úzkost a spouští jeho nutkání, a pak zabránil, aby své kompulzivní chování provedl. Dnes se tato léčba u OCD považuje za léčbu první volby (36). Při kognitivně-behaviorální terapii je klient vystaven ohrožujícím podnětům (expozice) a následnému zabránění provádění kompulzivního rituálu. Obě tyto léčby se mohou kombinovat (37).

#### **1.4.6 Sociální význam obsedantně-kompulzivní poruchy**

Všechny úzkostné poruchy mají nepříznivé sociální následky. Nemocné zatěžují, omezují jejich výkonnost, limitují sociální kontakty a snižují kvalitu jejich života ve všech oblastech. Nemocný se může stát zcela závislý na své rodině, je odkázán na prostředí svého bytu, není schopen běžných sociálních aktivit a nedokáže se postarat sám o sebe (46).

#### **1.5 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy**

Obecně jsou schizofrenní poruchy charakterizovány poruchami myšlení, vnímání a afektivitou. Osobnost člověka je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají jedinci pocit individuality, jednotnosti a jedinečnosti (28).

Schizoafektivní porucha je vyjádřena jak schizofrenií, tak afektivními příznaky. Schizoafektivní porucha manického typu je psychóza s akutním začátkem. Bývá hrubě narušeno chování a onemocnění má krátkodobý bouřlivý průběh. Porucha depresivního typu je onemocnění s horší prognózou a delším průběhem léčby. Riziko sebevraždy pod vlivem patické depresivní nálady je velmi vysoké. U smíšeného typu se schizofrenní symptomy vyskytují společně se smíšenou bipolární poruchou (29).

Porucha s bludy je onemocnění, které začíná většinou v pozdějším věku. Sám název popisuje hlavní projevy nemoci. Nemocní jsou často přesvědčeni o tom, že je někdo pronásleduje, že jim škodí. Bludy bývají úporné a kvalita života těchto osob je velmi snížena. Halucinace se objevují zřídka (28).

Termín schizofrenie můžeme přeložit jako „rozštěp mysli“. Přibližně 1 % populace je postiženo schizofrenií (29). Incidence je u obou pohlaví stejná, tj. 2 - 4 případy na 10 000 ročně. U žen je pozorován benignější průběh onemocnění, zpravidla onemocnění začíná později (nejčastěji mezi 25. a 30. rokem, u mužů mezi 15. a 25. rokem (6). Z epidemiologických studií vyplynuly tři rizikové vlivy, které se na schizofrenii podílejí: 1. prenatální/perinatální poruchy, 2. genetické vlivy, 3. porod v zimních měsících (22).

### ***1.5.1 Definice schizofrenie***

Schizofrenii můžeme charakterizovat jako duševní onemocnění se zásadní poruchou vnímání a myšlení, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného jednání a chování. Schizofrenie spadá do psychotických onemocnění. V odborné terminologii je psychóza charakterizována halucinacemi, bludy a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímáním reality. Tomu do určité míry odpovídá představa laiků - postižený je přesvědčen o bizarnostech, slyší nebo vidí něco, co ostatní ne, a jeho řeč a chování jsou nepochopitelné a pro mnohé i divné (6).

V roce 1896 toto onemocnění německý psychiatr Kraepelin nazval „dementia praecox“, což znamená v překladu předčasná demence (46). Kraepelin rozděluje tři základní typy demence praecox na: katatonní, hebefrenní a paranoidní. V roce 1911 Bleuler přichází s novým termínem - schizofrenie. Také ke Kraepelinovu dělení přidává 4. typ - schizofrenii simplexní (30).

### ***1.5.2 Klasifikace***

- **Paranoidní schizofrenie** - charakterizovaná převážně bludy a halucinacemi
- **Hebefrenní schizofrenie** - nejčastěji svými projevy připomíná pubertální období
- **Katatonní schizofrenie** - v popředí jsou poruchy hybnosti
- **Nediferencovaná schizofrenie** - nemívá většinou vyhraněnou podobu
- **Reziduální schizofrenie** - jedná se chronický stav po ústupu akutních příznaků
- **Simplexní schizofrenie** - změny chování vyplývající z postupného stažení nemocného do sebe (6).

### ***1.5.3 Pozitivní příznaky***

Příkladem pozitivních příznaků u schizofrenie jsou bludy a halucinace. V průběhu halucinací nemocný člověk slyší, vidí, čichá nebo hmatá jevy, aniž by jeho smyslové systémy dostaly příslušný podnět. Bludy jsou považovány za poruchu myšlení (21).

### ***1.5.4 Negativní příznaky***

Negativní příznaky úzce souvisí s regionálně sníženou dopaminergní aktivitou. Představují ochuzení psychiky, nejvýrazněji ve volní složce a emotivitě. Zahrnují ztrátu motivace, prožitku radosti, apatii, sociální stažení, ochuzení řeči i myšlení (6).

**Kognitivní dysfunkce** - spočívá v narušení poznávacích schopností. Narušena je zvláště paměť, pozornost, exekutivní funkce (schopnost iniciovat, plánovat a řešit úkoly) (6).

### ***1.5.5 Diagnostika***

Diagnostika všech psychických onemocnění se opírá o psychiatrické vyšetření, které zahrnuje psychiatrickou anamnézu a vyšetření psychického stavu. Dále se provádí diferenciální diagnóza, somatické vyšetření (včetně neurologického), psychologické vyšetření, pomocná vyšetření (běžná laboratorní vyšetření), strukturální a funkční zobrazovací metody mozku, elektrofyziologické metody (6).

### ***1.5.6 Terapie a léčba***

Prvním účinným lékem na nejtěžší psychické onemocnění - schizofrenii byl chlorpromazin, který byl uveden do klinické praxe v roce 1952 a užívá se dodnes. Nástup moderní farmakologie na počátku 60. let bývá označován jako psychiatrická revoluce. Psychofarmaka měla nesmírný přínos pro léčbu a vedla k tomu, že psychiatrická zařízení se přiblížila svou atmosférou klasickým nemocničním oddělením. Bylo možno zredukovat různé typy omezovacích prostředků (6).

K léčbě schizofrenie se používají antipsychotika (AP). V současné době je dělíme na starší, klasická, typická - AP I. generace a nová, atypická -

AP II. generace. Dříve byl preferován název neuroleptika, dnes se používá označení antipsychotika **(6)**.

V současné době je uplatňován tzv. bio-psycho-sociální léčebný přístup. Biologickou léčbou se rozumí podávání psychofarmak. Farmakoterapie má rozhodující význam v období akutních příznaků, kdy je naprosto nezastupitelná. Dále v období doléčování i jako prevence relapsu. Po odeznění nejakutnějších potíží jsou k léčbě přidávány i psychosociální metody - podpůrná psychoterapie, rehabilitace, pracovní terapie, psychoedukace apod. Cílem komplexní léčby je pomoci nemocnému k návratu do běžného života **(1)**.

### ***1.5.7 Sociální význam schizofrenie***

Schizofrenie je ze sociálního hlediska výrazně stigmatizujícím onemocněním. Nedostatek znalostí o příčinách této choroby, nejasná etiologie se projevují posílením předsudků. Počáteční fáze má mnohdy různé nespecifické příznaky. Potvrzení diagnózy schizofrenie na rodinu většinou působí jako zátěž, s níž je nutné se vyrovnat **(46)**. Toto onemocnění je spojeno s vysokým rizikem sebevražděného jednání, hlavně v počátcích nemoci. Významně narušuje fungování jedince (méně než 10 % nemocných pracuje na plný úvazek a žije samostatně). Častým jevem je invalidizace. Ta sice umožňuje ekonomické zajištění, avšak velmi často při nedostupnosti psychosociální intervence vede k sociální izolaci **(6)**.

## 1.6 Organické duševní poruchy

Do skupiny organických poruch patří zejména demence u Alzheimerovy choroby, vaskulární demence, demence u chorob klasifikovaných jinde (Pickova choroba, Parkinsonova choroba), deliriózní stavy, duševní poruchy vzniklé somatickým onemocněním nebo organickou poruchou CNS a poruchy osobnosti vyvolané organickou poruchou CNS (29).

Data z řady světových průzkumů se shodují na tom, že ve věku nad 65 let trpí demencí minimálně 5 % obyvatelstva a ve věku nad 80 let již nejméně 20 % osob. Z tohoto počtu je demence Alzheimerova typu zastoupena ve více než 50 %, vaskulární demence se podílí v 10 - 25 %, smíšená forma přibližně v 10 %. Jiné známé příčiny bývají uváděny mezi 10 - 15 % a neznámé příčiny nemoci v 5 - 10 % (13).

### 1.6.1 Definice demence

Definice demence podle MKN-10. revize (mezinárodní klasifikace nemocí) zní: „Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zaostřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociální chování a nebo motivace.“ Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, kde je primárně postižen mozek (27).

### 1.6.2 Typy demencí

Demence se vzhledem k etiologii postižení obvykle dělí do těchto základních skupin:

- **Atroficko-degenerativní demence** - její primární příčinou je degenerativní poškození mozku.
- **Sekundární demence** - vzniká v důsledku jiné primární poruchy, která určitým způsobem poškozuje CNS.

Dále se člení na:

a) Ischemicko-vaskulární demence

b) Ostatní sekundární demence

- **Demence smíšeného typu** - asi 10 % demencí vzniká na smíšeném podkladě, nemocný trpí jak Alzheimerovou chorobou, tak vaskulárním poškozením mozku (46).

Vágnerová dělí pro lepší porozumění demenci do čtyř stádií, pro něž je typická určitá míra postižení jednotlivých složek.

**1. První stadium: lehká demence** - objevují se mírnější poruchy především krátkodobé paměti, potíže při vybavování některých slov, občasné výkyvy v časové a místní orientaci, potíže při porozumění verbálnímu sdělení, při počítání. Uvažování bývá pomalé a těžkopádné. Nemocný potřebuje kontrolu a občasnou pomoc.

**2. Druhé stadium: střední demence** - poruchy paměti jsou již závažnější, projevují se i v oblasti dlouhodobé paměti. Nemocný je dezorientován místem i časem, má problémy s řešením i zcela obvyklých problémů, nechápe běžné souvislosti a vztahy, nerozumí mnoha požadavkům. Nemocný potřebuje dohled a stálou péči.

**3. Třetí stadium: těžká demence** - nemocný je zcela dezorientován, nejen místem, časem, ale i osobou. Ztrácí schopnost myšlení, možnosti komunikace jsou velmi omezené, verbálnímu sdělení nerozumí a není ani schopen se vyjádřit. Není schopen vykonávat ani nejjednodušší sebeobslužné úkony. Nemocný je plně odkázán na péči okolí, pomoc rodiny je nezbytná.

**4. Čtvrté stadium: terminální** - nemocný je upoután na lůžko, nekomunikuje, nerozumí, ztrácí schopnost jakékoliv aktivity, je zcela závislý na ošetrovatelské péči (46).



### ***1.6.3 Definice demence Alzheimerova typu***

Vágnerová uvádí že: „Alzheimerova choroba je progresivním neurodegenerativním onemocněním, které se projevuje atrofií mozkové kůry i subkortikálních oblastí. Dochází k úbytku neuronů i jejich synaptických spojení. V mozkové kůře se vytvářejí ložiska bílkoviny, která poškozují nervové buňky. Dochází k poruše neurotransmiterů“ (46). V průmyslově vyspělých zemích je Alzheimerova choroba nejčastějším typem demence, s prodlužujícím se věkem a rostoucím podílem starších osob v populaci se její výskyt trvale zvyšuje (35).

V roce 1907 Alois Alzheimer, mnichovský neuropatolog, popsal histologický nález v mozku paní Auguste, která zemřela s diagnózou těžké demence po čtyřletém průběhu nemoci ve věku 51 roků. Alzheimerovi spolupracovníci považovali tento nález natolik odlišný od „běžné“ senilní demence, že prosadili pojem Alzheimerovy nemoci (20).

### ***1.6.4 Klinická charakteristika onemocnění***

Alzheimerova choroba se dělí podle doby manifestace prvních klinických příznaků na formu s časným začátkem (presenilní) a na formu s pozdním začátkem (senilní). O poněkud vzácnější familiární formě Alzheimerovy choroby se hovoří tehdy, jestliže se toto onemocnění vyskytuje u více členů pokrevního příbuzenstva a jsou zde také zjištěny genetické faktory choroby. Tato forma nemoci se objevuje častěji v mladším věku. Většina případů nemoci nemá zjištěné genetické podmínění, tehdy se jedná o sporadické formě nemoci (43).

- **Alzheimerova demence s časným začátkem** - začíná před 65. rokem věku. Průběh je relativně rychlý. Zpočátku se projevuje poruchou řeči (expresivní afázie) a poruchami praxe. Zhoršuje se schopnost rozumět řeči, i když je zachována schopnost mluvit. Začíná se rozvíjet agrafie (neschopnost vyjadřovat se písmem), alexie (neschopnost číst), akalkulie (neschopnost počítat) a apraxie (ztráta schopnosti vykonávat složité pohyby a výkony). V terminálním stadiu pacienti přestanou dbát na osobní hygienu, objevuje se svalová ztuhlost, někdy i

epileptické záchvaty. Vše končí upoutáním na lůžko, nezachováváním čistoty a plnou odkázaností na péči druhých osob **(29)**.

- **Alzheimerova demence s pozdním začátkem** - začíná po 65. roce věku. Dříve se používal název senilní demence. Hlavním znakem sou poruchy paměti a progrese je pomalá. Vyvíjí se zpravidla plíživě a postihuje všechny složky intelektu, později dochází k dezintegraci osobnosti, která se projevuje ztrátou zájmů a často i euforickou náladou. Nemocný si svůj stav neuvědomuje, zanedbává hygienu, toulá se po ulicích. Postupně dochází k neschopnosti sebeobsluhy a odkázáním na péči druhých osob **(29)**.

### ***1.6.5 Diagnostika***

Pro stanovení diagnózy se vyžaduje, aby se v době vyšetření a diagnostiky nevyskytoval zmatený stav (delirium) u pacienta. Platná Mezinárodní klasifikace nemocí dále požaduje, aby stav nemoci trval alespoň 6 měsíců, což má zamezit záměně s přechodnými stavy imitujícími demenci **(13)**.

V první etapě je diagnostikována demence jako taková a to především na základě klinického obrazu (poruchy řeči, paměti, orientace, chování, osobnosti, nálady) a objektivních údajů od blízké osoby (začátek onemocnění, vývoj poruchy atd.). Diagnosticky se musí odlišit delirium, deprese, mírná kognitivní porucha, mentální retardace, normální stárnutí atd. **(16)**.

V druhé etapě se diagnostikuje typ demence. Jedná se o běžná vyšetření (EKG, RTG plic, laboratorní vyšetření, EEG), často se indikuje zobrazovací vyšetření mozku - počítačová tomografie (CT) či magnetická rezonance (MR). K rozlišení jednotlivých typů demence může být také nápomocné vyšetření perfuze mozku pomocí počítačové tomografie (SPECT) **(16)**.

Ve třetí etapě je určován stupeň demence, který se stanovuje na základě klinického obrazu a výsledků posuzovacích škál. Nejčastěji se používá kombinace škály Mini-Mental State Examination (MMSE) a Testu hodin **(16)**. Dalším testem je Disability Assessment in Dementi (DAD), který slouží k ohodnocení schopností provádět běžné aktivity denního života **(15)**. Koukolík uvádí: „Definitivní diagnóza

Alzheimerovy nemoci je pouze histologická, z biopsie nebo autopsie. Je nutno mít na mysli, že tato choroba je proces, který se vyvíjí“ (19).

#### ***1.6.6. Terapie a léčba demence Alzheimerova typu***

Při léčbě Alzheimerovy demence je důležitá podpůrná léčba se snahou o udržení sociálních vazeb, kontaktu nemocného s okolím, poskytování informací nemocnému. Využívá se také orientační tabule se základními údaji (telefonní čísla, jména, data), přehledné hodiny, kalendář (37). Z farmakoterapie jsou neúčinnější kognitiva (ovlivňující acetylcholinový systém). Dále se podávají nootropní látky, vazodilatancia, vitamíny E a C, skupiny látek blokující kalciové kanály, neuroleptika, antidepressiva, sedativa (29).

#### ***1.6.7 Sociální význam demence***

Demence vede ke ztrátě sociálních rolí, ke změně pozice nemocného nejen v jeho rodině, ale i ve společnosti. Pro rodinu je postupná ztráta kompetencí i úpadek osobnosti člena rodiny značnou zátěží. Tato zátěž se skládá ze dvou složek:

- ***Náročnost péče o takto postiženého člověka.*** Nelze vždy respektovat jeho přání, protože bývají často nesmyslné a mohly by ohrožovat jeho i okolí. Pro příbuzné je tato nemožnost domluvy emočně vyčerpávající, vyvolává pocit bezmocnosti. V pokročilejších stádiích nemoci je tento člověk již zcela závislý na ostatních lidech. Celodenní péče je značně psychicky i fyzicky vyčerpávající, protože je komplexní, nepřetržitá a mnohdy i spojená s pocitem marnosti.
- ***Přijetí proměny osobnosti nemocného.*** Po potvrzení diagnózy a seznámení s pravděpodobnou prognózou mohou příbuzní k člověku trpící demencí pociťovat nejen lítost, ale i negativní emoce, za něž se cítí vinni. Důležitým mezníkem je ztráta schopnosti rozeznat blízké lidi, což je pro příbuzné značně frustrující. Mohou ztrácet smysl věnovat se této péči, když je z hlediska nemocného lhostejné, kdo ji bude vykonávat (46).

## **1.7 Ucelená rehabilitace a její složky**

Novolatinský pojem „rehabilitace“ se začal používat v 19. století. Původně znamenal léčebné postupy vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti (habilis = schopný). Byl navržen český tomu odpovídající výraz - návratná péče, který dobře vystihuje podstatu rehabilitace, ale neujal se **(48)**.

Rehabilitace je dle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1969: „Včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“ **(48)**.

### ***1.7.1 Pojem ucelená rehabilitace***

Pojem ucelená rehabilitace - jedná se o současné pojetí rehabilitace, která již není chápána natolik striktně a stavovsky, tedy jako výhradně zdravotnická aktivita, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní a pedagogicko psychologickou **(18)**.

Pojem ucelená rehabilitace (UR) je překladem termínu z anglického jazyka comprehensive rehabilitation. O ucelené rehabilitaci hovoříme tehdy, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav je trvalý či dlouhodobý, tedy nemoc či postižení není možné léčbou plně odstranit **(48)**.

Ucelenost v rehabilitaci znamená především včasnost, návaznost, komplexnost jednotlivých složek rehabilitace (léčebné, sociální, pedagogické a pracovní) na sebe. Ucelené provádění rehabilitace je důležité nejen pro osobu se zdravotním postižením, ale je ve svém důsledku efektivní i pro celou společnost a stát **(17)**.

### ***1.7.2 Přehled dosavadní právní úpravy***

V právním řádu České republiky není systém komplexní rehabilitace dosud zakotven. Existují však jednotlivé právní úpravy některých složek. Ačkoli se činnosti spadající do rehabilitace osob se zdravotním postižením provádějí v České republice ve všech jejích oblastech, nenalezneme v právních předpisech pro jejich komplexní poskytování dostatečnou oporu **(33)**.

Léčebná rehabilitace se považuje za součást zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, bližší podmínky poskytování léčebné rehabilitace upravují právní předpisy vydané v působnosti resortu Ministerstva zdravotnictví. Oblast sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením upravuje jeden z druhů sociálních služeb zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení atd. Právní předpisy upravující oblast vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením neznají sice pojem „pedagogická rehabilitace“, avšak tato oblast je upravena velmi podrobně. Oblast pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením upravuje zejména zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti **(33)**.

### ***1.7.3 Léčebné prostředky rehabilitace***

Léčebné prostředky rehabilitace, jsou podle Jesenského zaměřeny jednak na odstranění postižení a funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení. Podle Pfeiffera a Votavy se léčebná rehabilitace rozděluje na vertikální, která vede k obnovení původního stavu organismu, a horizontální, která je dlouhodobá a řeší problematiku poškození mající závažný a chronický charakter. Léčebná rehabilitace se propojuje či prolíná s vlastním léčením, a proto mezi nimi nelze stanovit přesné hranice **(17, 18)**.

Léčebná rehabilitace je nedílnou součástí zdravotní péče a zahrnuje soubor rehabilitačních, terapeutických, diagnostických a organizačních opatření směřující k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení. Léčebná rehabilitace je zajišťována v rámci ambulantní (včetně stacionární) a lůžkové péče. Měla by být zahajována již v období poskytování akutní péče na všech odděleních klinických oborů, i na oddělení ARO **(33)**.

### **a) fyzikální terapie**

Metodami fyzikální terapie jsou např. různé druhy masáže (klasická, reflexní, podvodní), elektroléčba (nízkofrekvenčními, středně frekvenčními a vysoko frekvenčními proudy, tedy diatermie). Dalšími metodami jsou léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem (infračervené a ultrafialové záření), laserové záření, léčba teplem (termoterapie) a vodoléčba (rehabilitační bazén, perličková lázeň, vířivá lázeň). Nelze opomenout ani léčbu přírodními léčivými prostředky (balneoterapie) (17, 18).

### **b) léčebná tělesná výchova LTV**

Patří sem fyzioterapie, která se zabývá pohybovým ústrojím. Základní formou je tělesné cvičení. Může být realizována individuálně i skupinově (18).

### **c) ergoterapie**

Je chápána jako léčba smysluplnou činností, tedy léčba prací. Kubínková a Křížová rozlišují v ergoterapii 4 hlavní oblasti, které se navzájem doplňují a prolínají. Jedná se o kondiční ergoterapii (usiluje především o psychickou rovnováhu nemocného), ergoterapii cílenou na postiženou oblast, ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti a ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění (17, 18).

Cílem ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, sociálním a pracovním prostředí, a tím zvýšení kvality jejich života. Prostřednictvím cílených, vhodně zvolených a pro osobu smysluplných aktivit či zaměstnání, se ergoterapeut snaží dosáhnout maximální úrovně fungování v aktivitách denního života, v pracovních činnostech i v aktivitách volného času (48). Významnými propagátory ergoterapie jsou u nás Pfeiffer a Votava.

#### **d) animoterapie (hipoterapie a canisterapie)**

**Hipoterapie** je komplexní rehabilitační metoda, která vychází z neurofyziologických základů a k léčebným účelům využívá koně. Využívá působení prvků nesespecifických (vliv tepla zvířete, podněty, reakce, reflexy) a specifických prvků, které jsou podmíněny působením koně a jeho kroku, který je vlastně jedinečný a nenahraditelný. Rehabilitace pomocí koně propojuje oblast medicínskou, sportovní a oblast pedagogicko-psychologickou. Bývá označována jako hiporehabilitace a dělí se na tři složky - hipoterapie, léčebně pedagogické ježdění a sportovní a rekreační ježdění (17, 18).

Díky hiporehabilitaci dochází ke zmírnění či odstranění handicapu pomocí práce s koněm a jízdou na koni. Při pedagogicko-psychologických jízdách dochází k pozitivním změnám v myšlení, chování a prožívání. Sportovní a rekreační ježdění, patří k volnočasovým aktivitám směřující k seberealizaci. Rozvíjí se správné sebehodnocení a pocit samostatnosti. Pravidelnou péčí o koně se u klientů také pěstuje pocit zodpovědnosti a užitečnosti. Podporují se jejich snahy vytvářet si cíle a překonávat překážky (11).

**Canisterapie** je také léčba pomocí kontaktu se zvířetem, tentokrát se psem (17, 18). Canisterapie působí pozitivní změny v oblastech prožívání, navazování vztahů, motorických funkcí, verbálních i neverbálních komunikačních funkcí. Mezi nejužívanější formy patří hra se psem, mazlení se psem a výcvik psa (45).

#### **e) další specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie)**

**Arteterapie** je léčba pomocí výtvarných prostředků. Patří sem např. kresba, malba, ale také výtvarná práce s jinými materiály, zejména pak s keramickou hlínou. Také je možné využít dřevo, kámen, kov a případně i plasty (17, 18). Arteterapie má vliv na rozvoj jemné motoriky. Eliminuje pocity méněcennosti, mobilizuje kreativitu a fantazii. Je to také inspirace pro smysluplné využití volného času, pomáhá objevovat vlastní schopnosti a rozšiřuje dovednosti.

Velmi důležité je zvýšení sebevědomí a pocit uspokojení z vytvořeného díla, zážitek úspěšnosti je zde prioritou (41).

**Muzikoterapie** je léčba pomocí hudby, respektive pomocí aktivit spojených s hudbou a zpěvem. Pracuje s neverbálními i verbálními prostředky. Využívá hudby, rytmu, nejrůznějších tónů, zvuků i zpěvu. Zpěv i dechové aktivity mají velký vliv na tělesné a psychické procesy. Hudba může mít nejen relaxační účinky, ale má též stimulační efekt. Stává se významným prostředkem nejen komunikace, ale také při vyjadřování vnitřních pocitů. Hudbě lze nejen naslouchat, nechat ji na sebe působit, vnímat ji, ale také ji tvořit či kreativně přetvářet (17).

**Psychoterapie** - jedná se o léčebné působení psychologickými prostředky. Využívání těchto prostředků je plánovité a záměrné. K psychologickým prostředkům patří např. slova, rozhovor, neverbální chování, učení, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, vztahy a interakce ve skupině. Psychoterapie je léčebné působení na nemoc, poruchu či anomálii. Je to cílevědomé působení na duševní procesy, funkce a stavy. Psychoterapie je působením, které má odstranit nebo zmírnit potíže či dokonce příčiny nemocí (25).

V současné době nemá psychoterapie jednotnou, obecně přijímanou teorii. Zahrnuje přibližně 10 základních uznávaných přístupů či systémů, z nichž každý má svou ucelenou teorii osobnosti, etiopatogenezi poruch, obsah terapie a terapeutického procesu i propracované techniky a metody léčby a výcvikové programy. K provádění odborné a systematické psychoterapie je navíc vyžadován speciální výcvik (25).

Terapeuti mohou mít různé cíle. Podle toho se dělí psychoterapie na různé typy:

- **Podpůrná terapie** - pomáhá pacientům překonávat období stresu, zastávat všechny své funkce (rodičovské, pracovní, sportovní, manželské aj.). Nejčastěji je používána v rodinné terapii.
- **Terapie zaměřená na symptomy** - základním principem je udělat vše pro to, aby vymizely symptomy psychické poruchy. Používá se nejčastěji v kognitivně behaviorální terapii (KBT) a v krizové intervenci.



- **Terapie rekonstrukční a integrační** - jedná se o dlouhodobé působení, které vede ke změně celé osobnosti, je cílem dynamické terapie (25).

#### **f) farmakoterapie**

Léčení duševních poruch spočívá v působení na symptomy. Jsou vyráběny různé druhy psychofarmak, která přes neurotransmitery (např. acetylcholin, adrenalin, dopamin, kyselinu gamaaminomáselnou, noradrenalin) ovlivňují příznaky duševních onemocnění (29).

Mezi psychofarmaka řadíme: neuroleptika, antidepresiva, anxiolytika, psychostimulancia, nootropika, kognitiva, hypnotika, antiepileptika atd.

Neuroleptika snižují „nadbytek“ dopaminu a tím dochází k vymizení tzv. pozitivních příznaků. Mizí halucinace a bludy, agrese a paranoidita. Antidepresiva pozitivně ovlivňují patickou náladu. Anxiolytika působí proti úzkosti, stresu, fobiím, agresivitě. Navozují relaxaci a uvolnění. Psychostimulancia jsou látky, které mají aktivizující účinky, riziko návyku je však velmi vysoké. Nootropika zlepšují kognitivní procesy a metabolismus mozkových buněk. Kognitiva se používají při léčbě demencí. Hypnotika jsou látky navozující spánek (29).

#### **g) elektrokonvulzní terapie (ECT)**

Aplikace elektrického proudu se provádí v krátké celkové anestézii, obvykle 2 – 3krát týdně, zpravidla celkem desetkrát. Po aplikaci ECT se mohou vyskytnout drobné poruchy paměti, které spontánně vymizí. Uvádí se, že výsledky této terapie jsou velmi dobré (29). ECT se provádí se souhlasem nemocného, pouze v případech, kdy je bezprostředně ohroženo zdraví či jeho život a neexistuje jiná alternativní léčebná metoda ji lze použít i bez souhlasu pacienta. To vše za dodržení náležitostí, které stanovují příslušné právní předpisy (12).

## **h) fototerapie**

Jedná se o léčbu umělým světlem o vysoké intenzitě, aplikovanou po dobu 1 - 2 hodin ráno u depresivních pacientů. Nejlepších výsledků se dosahuje u tzv. sezónních depresivních epizod **(29)**.

### ***1.7.4 Sociální prostředky rehabilitace***

Každá společnost s sebou přináší jinou sociální problematiku. Ve čtyřicátých a padesátých letech se pod tímto označením skrývalo vše, co mělo vztah k nedostatku, bídě a odstraňování následků války. Dnes má tato problematika jiné, také důležité aspekty. Je to především péče o nejzranitelnější skupiny obyvatel (děti, staré lidi a osoby s postižením) **(48)**.

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti, soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných činností. Sociální rehabilitace se poskytuje formou ambulantních, pobytových a terénních služeb **(33)**.

Sociální prostředky rehabilitace řeší problémy, které platí jednak obecně pro všechny skupiny osob se zdravotním postižením, ale také specifické problémy podle stupně a druhu postižení. Jankovský uvádí: „Uplatňuje metodu reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením).“ Děje se tak v různých institucích, ve zdravotnických zařízeních, v zařízeních sociální péče, při práci, v rodině, v rámci nestátních neziskových organizací (občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti aj.) Lze zde uvést tzv. chráněné, resp. podporované bydlení osob se zdravotním postižením **(18)**.

Kvalita života lidí se zdravotním postižením souvisí rovněž s jejich uspokojováním potřeb v rodině. Stabilita rodiny, jejíž člen je zdravotně znevýhodněný, je považována za závažný test zralosti osobností partnerů, či ostatních členů rodiny **(31)**.

V posledních deseti letech došlo v České republice k výraznému rozvoji sociální rehabilitace. Přispěly k tomu zejména nestátní neziskové organizace. Výrazné zlepšení právního stavu v oblasti sociální rehabilitace představuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, účinný od 1. ledna 2007. Je zde, jako jeden z druhů sociálních služeb upravena i sociální rehabilitace **(33)**.

Tento zákon upravuje základní činnosti, které je poskytovatel sociální rehabilitace povinen zajistit a jejichž obsah je v podobě jednotlivých úkonů uveden v prováděcím předpise. Mezi základní činnosti sociální rehabilitace patří:

- nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu
- nácvik soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- výchovně vzdělávací a aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- základní sociální poradenství **(33)**.

Zákon přináší i zlepšení situace v oblasti informovanosti o sociální rehabilitaci, protože všichni poskytovatelé sociálních služeb jsou evidováni v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Spolupráci, výměnu informací a zajištění koordinované péče mezi poskytovateli rehabilitace léčebné, sociální, pedagogické a pracovní zákon sice neuvádí explicitně. Tyto zásady rehabilitace jsou však samozřejmým principem sociální práce a sociálních služeb a jsou zahrnuty v obsahu standardů kvality sociálních služeb, které má každý poskytovatel povinnost plnit a jejichž konkrétní obsah provádí prováděcí předpis **(33)**.

Součástí sociálních prostředků rehabilitace je také vytváření ekonomických a dalších materiálních podmínek pro samostatný život. Patří sem přiznání invalidního důchodu (částečného i plného) a další finanční příspěvky dle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, příspěvky poskytované dle vyhlášky 182/1999 Sb. Tato vyhláška stanovuje zdravotní indikace pro přiznání mimořádných výhod I. - III. stupně.

Další zákony vztahující se k sociální rehabilitaci: zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi. V neposlední řadě spadá do sociální oblasti rehabilitace služby osobní asistence **(18)**.

Sociální rehabilitace je hrazena především z dotací MPSV a krajských úřadů poskytovaných nestátním subjektům, na základě „Zásad vlády ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu České republiky nestátním neziskovým organizacím ústředními orgány státní správy“ **(33)**.

### ***1.7.5 Pedagogické prostředky rehabilitace***

Pedagogické prostředky rehabilitace představují jednu ze čtyř základních složek ucelené rehabilitace. Pedagogické prostředky rehabilitace se navzájem prolínají s prostředky rehabilitace léčebné, sociální i pracovní. Je tedy nesporné, že ucelenou rehabilitaci je nutno chápat jako pedagogický jev. Při socializaci člověka hraje výchova (edukace) významnou roli a nelze ji rozhodně vnímat jen jako aktivitu, která patří pouze do dětství či dospívání **(17, 18)**.

Jesenský rozlišuje působení pedagogické rehabilitace u osob se získaným postižením a u lidí se zdravotním postižením od narození. U osob se získaným postižením je úsilí zaměřeno na návrat k původní linii a rozvoji osobnosti. Člověk se zdravotním postižením od narození může zaostávat v dílčích nebo celkových schopnostech za populací. V obou případech znamená tedy pedagogická rehabilitace záměrné působení pedagogicko psychologickými prostředky ve smyslu reedukace, tedy v duchu úsilí o obnovení normálního stavu **(17, 18)**.

Cílem pedagogické rehabilitace je dosáhnout u osob se zdravotním postižením (při respektování jejich individuálních potřeb a společné situace) co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace. Dále pak podpořit jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit života ve společnosti. Za součást pedagogické rehabilitace je pokládána i pomoc, kterou osoba se zdravotním postižením potřebuje k tomu, aby dosáhla běžných forem vzdělání **(48)**.

Pedagogická rehabilitace zahrnuje jak složku vzdělávací, tak i složku výchovnou. Proto je tato oblast někdy označována jako rehabilitace pedagogicko-výchovná (48).

### ***1.7.6 Pracovní prostředky rehabilitace***

Jankovský uvádí: „Hovoříme-li o pracovních prostředcích rehabilitace (pracovní rehabilitace), pak nemáme na mysli pouze pracovní přípravu (tedy získávání vědomostí, dovedností a návyků čili kvalifikace), ale mnohem širší proces, který v sobě zahrnuje soustavnou péči věnovanou lidem se zdravotním postižením, a to tak, aby se mohli uplatnit v pracovní činnosti“ (17, 18).

Pracovní rehabilitaci upravuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osob se zdravotním postižením, kterou zabezpečují úřady práce. Pracovní rehabilitace je opatřením aktivní politiky zaměstnanosti, k vyrovnání příležitostí osoby se zdravotním postižením na trhu práce a součástí komplexu opatření a činností vedoucích k její plné integraci (33).

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti uvádí: „Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje úřad práce ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky. Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání“ (53).

Příležitost k dobrovolné práci mohou poskytovat denní centra či klubová zařízení, kde klienti sami zabezpečují chod center a klubů (kavárny, jídelny, prádelny). Dále pak v rehabilitačních chráněných dílnách, kde tyto osoby pracují pod vedením pracovních terapeutů a za svou práci dostávají motivační finanční odměnu. Členové rehabilitačního týmu sestavují s klienty rehabilitační plán. Cílem je tak snaha o obnovení a získání pracovních návyků (pravidelnost docházky, odpovědnost, zátěž). Přechodné zaměstnávání je forma krátkodobé pracovní rehabilitace v přirozeném

prostředí klienta. Dále pak podporované zaměstnání, kde je klient je zařazen na běžné pracovní míst (31).

### 1.8 Multidisciplinární tým v rámci péče o osoby s duševním onemocněním

V péči o osoby s duševním onemocněním má rozhodující význam ucelený systém rehabilitace, který propojuje prostředky léčebné, sociální, pracovní a pedagogické. Důležité je vytvoření multidisciplinárního týmu, v němž má každý odborník své postavení a svou funkci. Do týmu, který se podílí na rehabilitaci osob s duševním onemocněním patří odborní lékaři, kliničtí psychologové, zdravotní sestry, ergoterapeuti, zdravotně-sociální pracovníci, logopedi ošetřovatelé atd.

Podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních se zdravotničtí pracovníci definují takto:

- **Všeobecná sestra** - poskytuje ošetrovatelskou péči. Zdravotní sestra se ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, diagnostické, neodkladné nebo dispenzární péči.
- **Ergoterapeut** - vykonává preventivní, diagnostickou, léčebnou a rehabilitační péči v oboru ergoterapie.
- **Zdravotně-sociální pracovník** - provádí činnost v rámci preventivní, rehabilitační, diagnostické péče, ošetrovatelskou péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.
- **Psycholog ve zdravotnictví** - vykonává preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, neodkladnou a dispenzární činnost v oboru klinická psychologie prováděnou bez indikace lékaře.
- **Klinický psycholog** - provádí preventivní, diagnostickou, rehabilitační léčebnou, neodkladnou, dispenzární činnost. Dále pak činnost posudkovou a revizní.
- **Klinický logoped** - poskytuje preventivní, diagnostickou, rehabilitační, léčebnou, posudkovou a dispenzární péči v oboru klinická logopedie.
- **Ošetřovatel**- vykonává ošetrovatelskou péči pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání

bez odborného dohledu v oboru ošetrovatelství. Ve spolupráci s lékařem se podílí na léčebné, rehabilitační, neodkladné a diagnostické péči (51).

### ***1.8.1 Sociální pracovník***

Sociální pracovník je v zákonu č.108/2006 Sb., o sociálních službách definován takto: „Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace. Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona“ (52).

Sociální pracovník by měl umět klientovi poskytnout dostatek informací a kontaktů v souvislosti s aktuální situací, měl by umět vysvětlit systém zdravotní a sociální péče (pod čímž se skrývají informace o finančních možnostech a postupech spojených se stavem klienta - nemocenské dávky, invalidní důchod, jeho druhy a výše, procedura získání a následného přezkoumávání důchodů, zaměstnávání a rehabilitace duševně nemocných). Patří sem i informace o možnostech péče (kontakty a informace o zařízení, institucích, rehabilitaci, domácí péči, rekvalifikaci, právní pomoci atd. (28).

### ***1.8.2 Sociální práce s osobami s duševním onemocněním***

Cílem sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám i celým komunitám. Cílem těchto služeb je pomoc klientům vyrovnat se s problémy, omezit nebo odstranit situace, které lze vyřešit a přispět tak ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních problémů (40).

Sociální práce v sobě nese rysy jedinečnosti v rámci specifického přístupu ke každému klientovi a současně rysy komplexnosti v přístupu k řešení sociální situace z hlediska zdravotního, psychologického, sociologického, ekonomického, právního a

pedagogického (28). Sociální práce vede dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách, a tím, co chce klient. Cílem je rozvíjet tento dialog ke vzájemné spolupráci (44).

### ***1.8.3 Vztah a komunikace s klientem***

S postupným vývojem pomáhajících profesí nastává otázka, co je účinné při práci s klientem. Práce s klientem v této oblasti je založena na vztahu. Klienti, kteří vyhledají pomoc, jsou zpravidla ve velmi těžké situaci, profesionální vztah je pro ně motivující, dává klientovi pozitivní zkušenost. Nástrojem pro vytváření vztahu je komunikace, která musí být vedena s dostatečným respektem ke klientovi. Komunikace by měla být přizpůsobena aktuální situaci, ve které se klient nachází. Důležité je též užití srozumitelného jazyka pro klienta (28).

Hartl uvádí Desatero účinné komunikace takto: „1. umění naslouchat, 2. tvůrčí konflikt, 3. zprostředkování komunikace, 4. vyjednávání, 5. představa budoucnosti, 6. veřejná rozprava o problémech, 7. veřejné shromáždění, 8. uznání a ocenění, 9. zhodnocení, 10. přenos“ (9).

### ***1.8.4. Vzdělávání a supervize v sociální práci***

Vzdělávání pracovníků v sociální práci prošlo po roce 1989 převratným vývojem. Po politickém převratu se jevila, jako jedna z priorit oboru, obnova vzdělávání sociálních pracovníků na vysokoškolské úrovni a reforma dosavadního vzdělávání na úrovni středoškolské. V popřevratové době se obnovila výuka sociální práce na Karlově univerzitě v Praze a na Masarykově univerzitě v Brně. V následujících letech se formovala podobná pracoviště i na univerzitách v Ostravě, Olomouci, Českých Budějovicích, Plzni, Ústí nad Labem, Hradci Králové (32).

Počátkem devadesátých let byl vypracován minimální standard pro vzdělávání v oblasti sociální práce. V něm je uvedeno, že absolvent studia musí mít takové teoretické znalosti ze sociologie, psychologie, práva, sociální politiky, teorie a metod sociální práce, metodologie výzkumu a zároveň takové komunikační a



psychosociálně terapeutické dovednosti a organizační schopnosti, aby byl způsobilý k výkonu individuální nebo skupinové práce s klientem, aby ve svém regionu dokázal provádět komunitní sociální práci a aby se mohl věnovat výzkumné činnosti **(28)**.

Supervize je v oblasti sociální práce již poměrně běžnou metodou profesního rozvoje pracovníků a řešení složitých situací v práci s klienty. Podporuje také spolupráci v týmu. Je velmi významná pro prevenci syndromu vyhoření. Supervize bývá sjednávána vedením organizace. Nejčastěji se v zařízeních sociální péče provádí týmová supervize, které se účastní všichni členové týmu. Dále pak skupinová supervize, při které jde o setkání pracovníků určené k hovoru o práci a klientech. Cílem je profesionální rozvoj, získání nových dovedností a poznatků. Při individuální supervizi, se jedná o strukturovaný rozhovor mezi jedním pracovníkem a supervizorem **(28)**.

## **2 Cíl práce**

### **2.1 Hlavní cíl práce**

Cílem mé práce bylo analyzovat situaci v oblasti uceleného systému rehabilitace u osob s duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách.

### **2.2 Dílčí cíle práce**

- Popsat, jak probíhají jednotlivé složky uceleného systému rehabilitace u osob s duševním onemocněním v ústavní péči
- Zjistit, jaké poznatky mají respondenti o uceleném systému rehabilitace

Vzhledem k tomu, že výzkum je explorační, neověřuje hypotézy, ale zjišťuje nové poznatky v této oblasti, nejsou hypotézy stanoveny. Hypotézy tedy uvádím až v závěru své práce.

### **3 Metodika**

#### **3.1 Kvalitativní výzkum**

V rámci mé bakalářské práce s názvem Ucelená rehabilitace u osob s duševním onemocněním je použit kvalitativní výzkum. Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procesů nebo jiných způsobů kvantifikace (42). Dle Dismana je cílem kvalitativního výzkumu vytváření nových hypotéz, nové porozumění problému, vytváření teorie či odкрыtí významu sdělovaných informací (7).

Dle Hendla je kvalitativní výzkum proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích, zkoumání daného lidského nebo sociálního problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, provádí zkoumání v přirozených podmínkách a informuje o názorech účastníků výzkumu (10).

#### **3.2 Použité metody a techniky výzkumu**

Výzkum kombinuje postupy kvalitativní a kvantitativní metodologie. Zvolenou technikou je standardizovaný dotazník a technika obsahové analýzy dat.

##### **3.2.1 Dotazník**

Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Jde relativně o nejpoblárnější a nejrozšířenější techniku sociologického výzkumu (3). Dle Dismana je dotazník vysoce efektivní technika sběru dat, protože můžeme relativně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v krátkém časovém úseku, s poměrně malým nákladem. Anonymita je přesvědčivá. Dotazník však klade vysoké nároky na ochotu dotazovaných, je snadné vynechat otázky nebo neodpovědět vůbec. U dotazníku je také možné, že otázky byly zodpovězeny jiným respondentem či celým týmem. Návratnost bývá nízká (7).

Dotazník byl speciálně vytvořen jako podklad pro tuto bakalářskou práci (viz. Příloha č. 1). V úvodu dotazníku bylo uvedeno, komu je dotazník určen a k jakému účelu slouží. Nechybí ani ujištění, že je zcela anonymní. Dále vysvětluje, jak mají respondenti postupovat při jeho vyplňování. Samozřejmostí je i poděkování za čas, který dotazovaní věnovali vyplňování dotazníku.

Dotazník obsahoval 26 otázek, z toho bylo 20 otázek uzavřených, 3 otevřené a 3 polootevřené otázky. Otázky byly seřazeny do jednotlivých bloků. Identifikační otázky č. 1 – 6 zjišťovaly pohlaví, věk a pracovní pozici respondentů. Otázky č. 7 - 10 se zajímaly o jednotlivá duševní onemocnění, socioterapeutické činnosti a pohled na komunitní péči. Otázky č. 11 - 19 směřovaly k profesnímu vzdělávání a zejména pak k ucelenému systému rehabilitace. Otázky č. 20 - 26 zjišťovaly informovanost, možnost pacientů vyjádření k léčbě, vzdělávání osob s duševním onemocněním. Dále pak práci s rehabilitačními plány a možnost využití profesionální supervize.

Techniku sběru dat formou standardizovaného dotazníku jsem si zvolila především z časových důvodů, protože sběr dat probíhal současně ve třech psychiatrických léčebnách. Upřednostnila jsem tedy dotazník před rozhovory.

### **3.2.2 Obsahová analýza dat**

Technika obsahové analýzy dat je definována jako objektivní analýza sdělení jakéhokoliv druhu, může se zabývat jak obsahem sdělení, tak jeho formou, adresátem i autorem tohoto sdělení (7). Dokumentem je chápán jakýkoliv způsob zachycení informace na hmotném médiu. Dokumenty můžeme dělit na tištěné nebo psané, dokumenty na magnetofonových páscích, na videozáznamech či fotografiích (23).

Ve výzkumu byla použita metoda obsahové analýzy dokumentů pro zjištění informací ze zdravotnické dokumentace (vstupní a propouštěcí zpráva, záznam o průběhu hospitalizace). Jednalo se o zdravotní dokumentaci psychiatrické léčebny Dobřany, psychiatrické léčebny Dobřany – pobočka „U Honzíčka“ Písek a psychiatrické léčebny Lnáře. Prostřednictvím šesti kasuistik byla analyzována situace

v oblasti uceleného systému rehabilitace. Kasuistiky sloužily jako prostředek k dosažení výzkumného cíle.

### **3.3 Zpracování a analýza dat**

Všechny informace získané výše uvedenými metodami byly zpracovány a přepsány do programu Microsoft Word. Pro výstupy ve formě tabulek a grafů jsem použila počítačový program Microsoft Excel. Celý výzkum byl anonymní. Pracovala jsem v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Identifikační údaje a jména participantů jsou záměrně vynechána.

### **3.4 Charakteristika zkoumaného souboru**

#### ***3.4.1 Soubor - osoby s duševním onemocněním v ústavní péči***

Základní soubor tvořily osoby s vybraným duševním onemocněním. Pro výzkumný soubor bylo náhodně vybráno šest osob s duševním onemocněním, hospitalizovaných v psychiatrické léčebně Dobřany, psychiatrické léčebně Dobřany - pobočka „U Honzíčka“ Písek a psychiatrické léčebně Lnáře. Konkrétně se jednalo o dva klienty s diagnózou schizofrenie, dvě osoby s diagnózou obsedantně-kompulzivní porucha a s diagnózou demence u Alzheimerovy nemoci také dva klienti. Výzkumná skupina se skládala z 2 žen a 4 mužů. Výzkum jsem prováděla analýzou zdravotnické dokumentace (příjmová zpráva, propouštěcí zpráva, záznam o průběhu hospitalizace) v období od října 2008 do března 2009.

Tyto diagnózy jsem si vybrala, protože schizofrenie je z psychotických onemocnění velmi závažné a časté onemocnění, jehož začátky propuknou již v mladém věku. Demence u Alzheimerovy nemoci je také velmi časté a závažné onemocnění. Obsedantně-kompulzivní poruchu jsem zvolila z toho důvodu, že velmi klienta omezuje ve všech oblastech.

Šlo tedy o malý soubor, proto jsem zvolila kvalitativní formu práce.

### **3.4.2 Soubor - pracovníci v psychiatrických léčebnách**

Základní soubor tvořili pracovníci v psychiatrických léčebnách. Výzkumného souboru se zúčastnilo 52 pracovníků z psychiatrické léčebny Dobřany, psychiatrické léčebny Dobřany - pobočka „U Honzíčka“ Písek a psychiatrické léčebny Lnáře. Konkrétně výzkumný soubor tvořilo 7 odborných lékařů-psihiatrů, 4 psychologové, 4 terapeuti, 23 zdravotních sester, 11 osob pracujících jako nižší zdravotní personál.

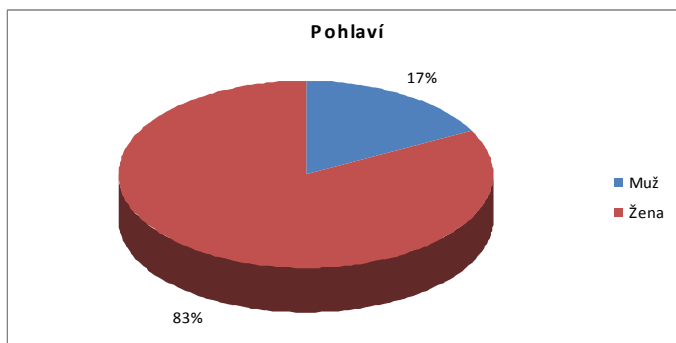
Dotazníky byly určeny pro pracovníky v psychiatrických léčebnách. V únoru 2009 bylo celkem rozdáno 90 dotazníků a 52 se jich vrátilo nazpátek. Návratnost byla tedy 58 %.

## 4 Výsledky

### 4.1 Dotazník pro pracovníky v psychiatrických léčebnách

#### Otázka č. 1 - Jaké je Vaše pohlaví?

Graf 1

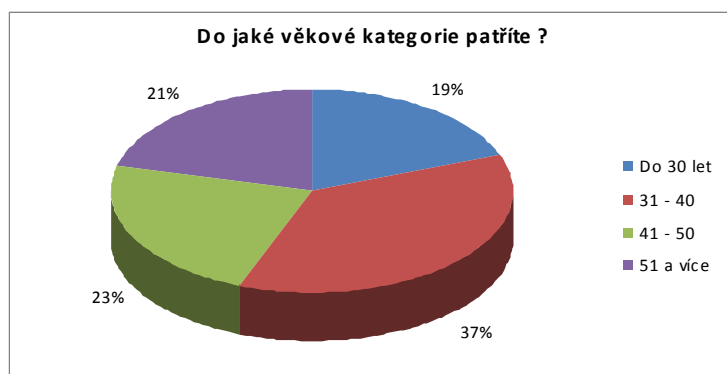


**Zdroj: vlastní výzkum**

Osobní údaje o respondentech zjišťovaly první 3 otázky. Na otázku č. 1 odpovědělo všech 52 respondentů. Z toho bylo 43 (83 %) žen a 9 (17 %) mužů.

#### Otázka č. 2 - Do jaké věkové kategorie patříte?

Graf 2

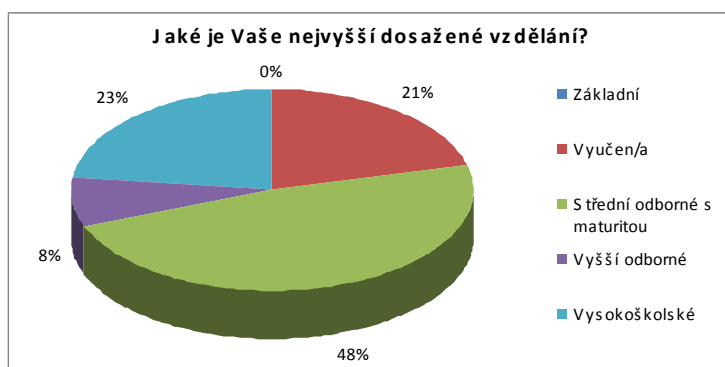


**Zdroj: vlastní výzkum**

Věkové rozmezí 31 - 40 let tvořilo 19 (37 %) osob. Respondentů ve věku 41 - 50 let bylo 12 (23 %). Věková kategorie 51 a více let byla zastoupena 11 (21 %) dotazovanými. Nejméně dotazovaných dosahovalo věku do 30 let, uvedlo to 10 (19 %) respondentů.

### Otázka č. 3 - Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf 3

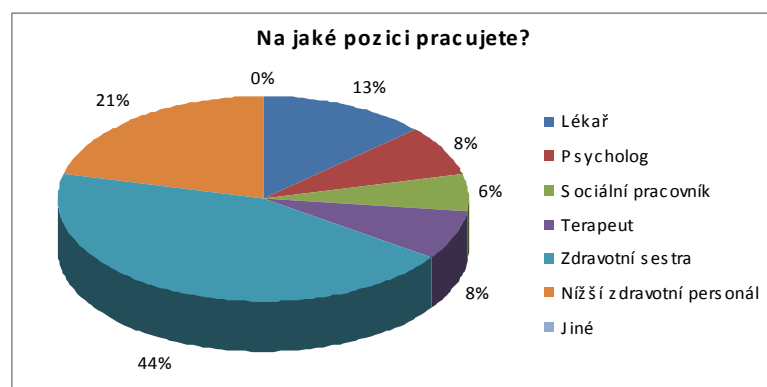


**Zdroj: vlastní výzkum**

Nejvíce respondentů dosahovalo středoškolského vzdělání s maturitou, uvedlo to 25 (48 %) osob. Vysokoškolské vzdělání bylo zastoupeno 12 (23 %) respondenty. 11 (21 %) dotazovaných bylo vyučeno, 4 (8 %) respondenti dosáhli vyššího odborného vzdělání a základní vzdělání neuvedl nikdo.

### Otázka č. 4 - Na jaké pozici pracujete?

Graf 4

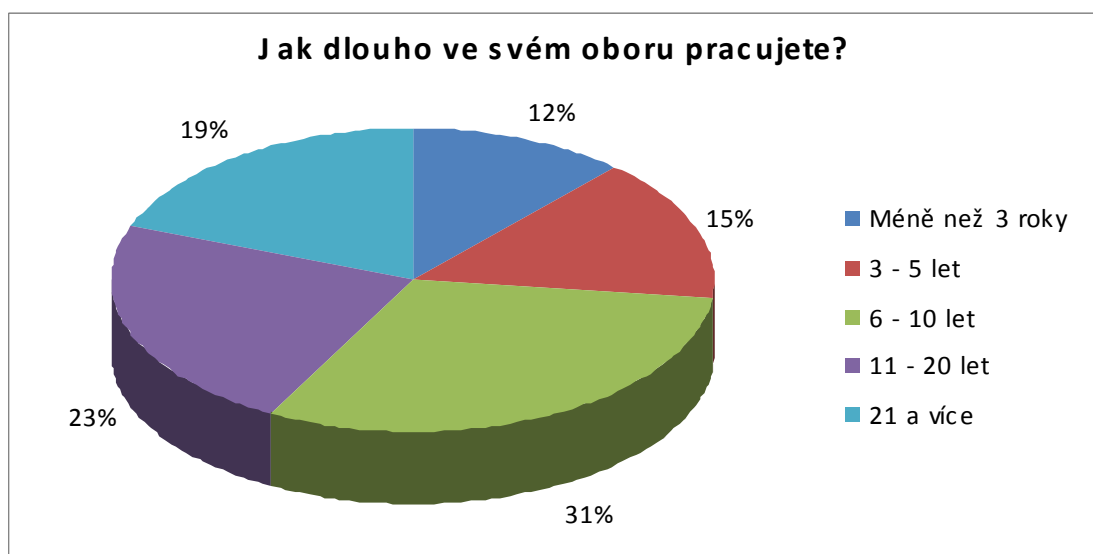


**Zdroj: vlastní výzkum**

Největší skupinu respondentů tvořilo 23 (44 %) zdravotních sester, 11 (21 %) dotazovaných pracuje jako nižší zdravotní personál, 7 (13 %) respondentů označilo pozici lékaře. Psychologové a terapeuti byli zastoupeni 4 (8 %) dotazovanými a 3 (6 %) respondenti uvedli, že pracují jako sociální pracovníci. Jinou pozici neuvedl nikdo.



### Otázka č. 5 - Jak dlouho ve svém oboru pracujete?



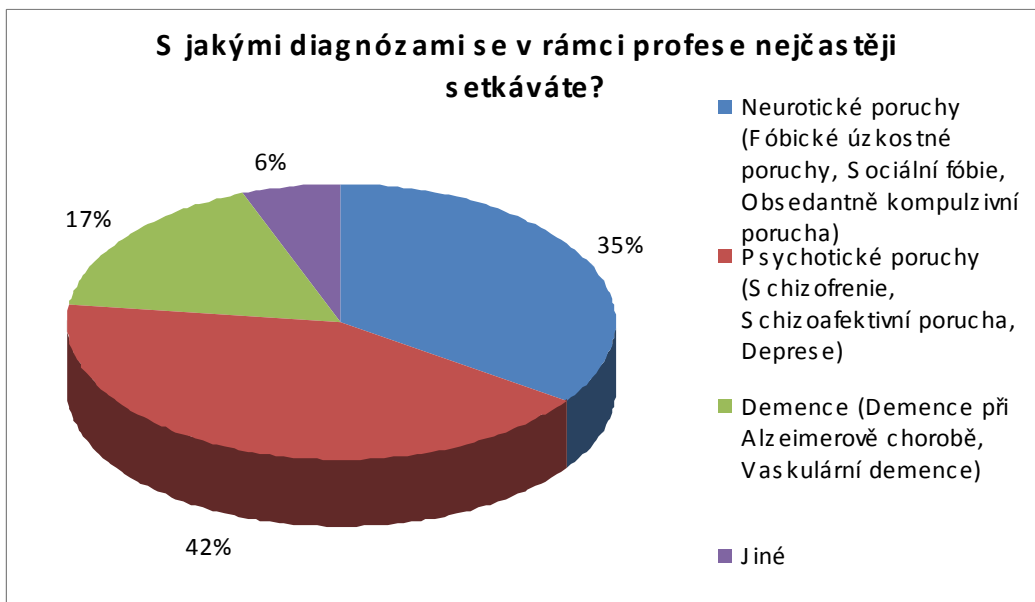
**Graf č. 5**

**Zdroj: vlastní výzkum**

Z grafu č. 5 vyplývá, že nejvíce respondentů pracuje ve svém oboru 6 - 10 let, a sice 16 (31 %) dotazovaných. Za nimi následuje 12 (23 %) respondentů pracujících ve svém oboru 11 - 20 let. 10 (19 %) dotazovaných uvedlo délku pracovní činnosti 21 a více let. Skupina 3 - 5 let byla zastoupena 8 (15 %) respondenty a nejméně, 6 (12 %) respondentů pracuje ve svém oboru méně než 3 roky.

## Otázka č. 6 - S jakými diagnózami se v rámci profese nejčastěji setkáváte?

Graf 6

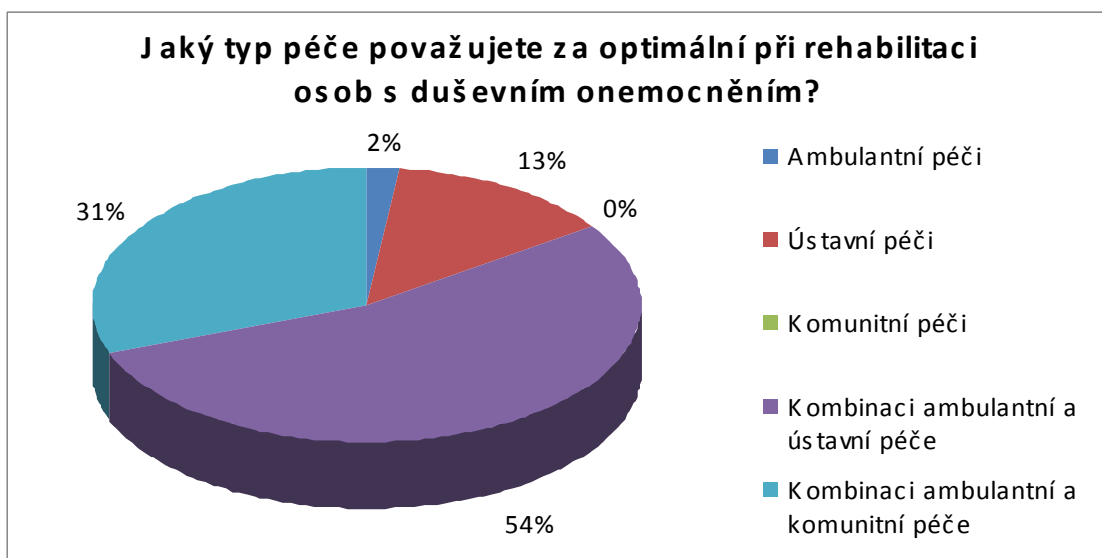


**Zdroj: vlastní výzkum**

S psychotickými poruchami (schizofrenie, schizoafektivní porucha, deprese) se nejčastěji setkává 22 (42 %) respondentů, neurotické poruchy (fobické úzkostné poruchy, sociální fobie, obsedantně-kompulzivní porucha) uvedlo 18 (35 %) dotazovaných a 9 (17 %) respondentů označilo diagnózu demence při Alzheimerově chorobě, vaskulární demenci. Respondenti mohli vypsát i jiná onemocnění, využili toho 3 (6 %) dotazovaní, kteří uvedli různé typy závislostí (osoby závislé na omamných a psychotropních látkách, alkoholu, patologické hráčství).

**Otázka č. 7 - Jaký typ péče považujete za optimální při rehabilitaci osob s duševním onemocněním?**

**Graf 7**



**Zdroj: vlastní výzkum**

U této otázky 28 (54 %) respondentů považuje za optimální kombinaci ambulantní a ústavní péče, 16 (31 %) dotazovaných uvedlo kombinaci ambulantní a komunitní péče, pouze ústavní péči považuje 7 (13 %) respondentů za optimální a 1 (2 %) respondent uvedl ambulantní péči. Pouze komunitní péči nevedl žádný dotazovaný.

**Otázka č. 8 - Domníváte se, že v Jihočeském kraji je dostatek zařízení, které poskytují komunitní (mimoústavní) péči?**

**Graf 8**

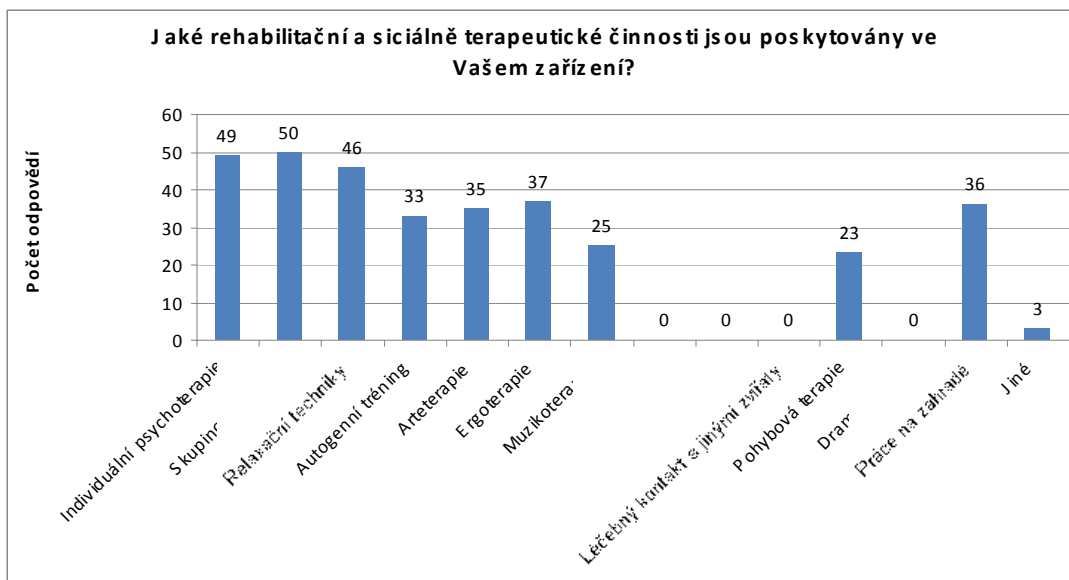


**Zdroj: vlastní výzkum**

Většina, a sice 34 (66 %) respondentů je přesvědčeno, že v Jihočeském kraji není dostatek zařízení poskytující komunitní péči, 11 (21 %) dotazovaných označilo možnost nevím a pouze 7 (13 %) respondentů si myslí, že je dostatek zařízení poskytující komunitní péči v Jihočeském kraji.

**Otázka č. 9 - Jaké rehabilitační a sociálně terapeutické činnosti jsou poskytovány ve Vašem zařízení?**

**Graf 9**



**Zdroj: vlastní výzkum**

V otázce č. 9 mohli respondenti označit více možností. Nejčastější odpovědí byla skupinová psychoterapie - označilo ji 50 dotazovaných, 49 respondentů uvedlo individuální psychoterapii, relaxační techniky - 46 dotazovaných. Ergoterapie byla uvedena 37x, arteterapii označilo 36 dotazovaných stejný počet měla i práce na zahradě. Autogenní trénink byl zastoupen 33x, muzikoterapii zaškrtnulo 25 respondentů, pohybovou terapii 23 dotazovaných. Nikdo neuvedl canisterapii, hipoterapii, léčebný kontakt s jiným zvířetem a dramaterapii. Do kolonky jiné uvedli 3 respondenti jógu.

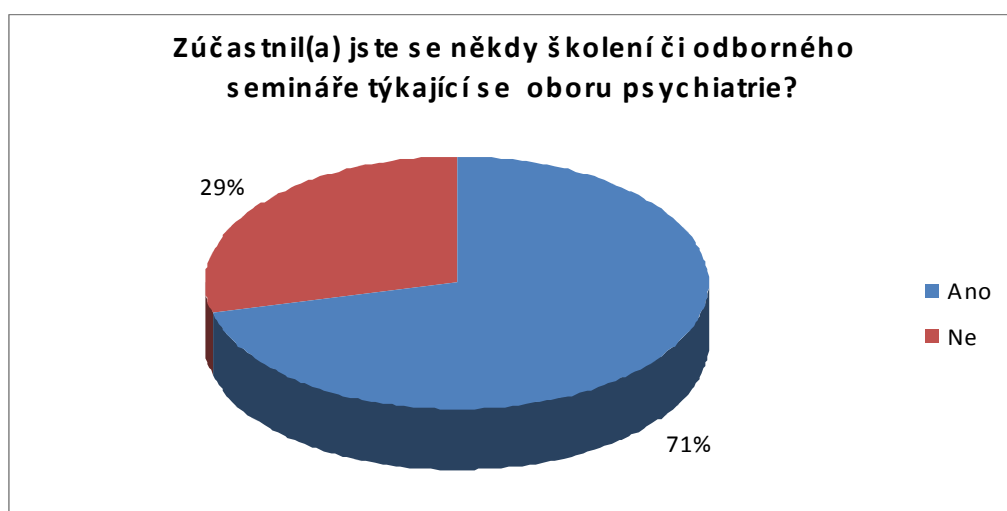
**Otázka č. 10 - Zúčastnil(a) jste se někdy školení či odborného semináře týkající se oboru psychiatrie?**

**Tab. č. 1**

Respondenti	Ano	Ne	Celkem
Lékaři	7	0	7
Psychologové	4	0	4
Soc. pracovníci	2	1	3
Terapeuti	3	1	4
Zdravotní sestry	21	2	23
Nižší zdrav. personál	0	11	11
<b>Celkem</b>	<b>37</b>	<b>15</b>	<b>52</b>

**Zdroj: vlastní výzkum**

**Graf 10**



**Zdroj: vlastní výzkum**

Školení či odborného semináře týkající se oboru psychiatrie se zúčastnilo 37 (71 %) respondentů, 15 (29 %) dotazovaných odpovědělo záporně. Rozpis odpovědí jednotlivých zaměstnanců viz. Tab. č. 1.

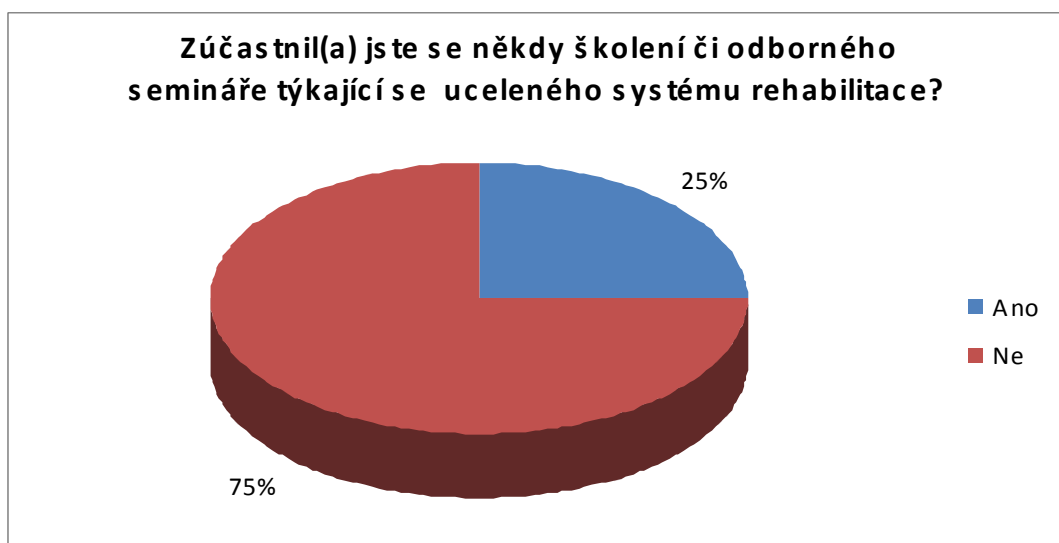
**Otázka č. 11 - Zúčastnil(a) jste se někdy školení či odborného semináře týkající se uceleného (komplexního) systému rehabilitace?**

**Tab. č. 2**

Respondenti	Ano	Ne	Celkem
Lékaři	4	3	7
Psychologové	1	3	4
Soc. pracovníci	1	2	3
Terapeuti	2	2	4
Zdravotní sestry	5	18	23
Nižší zdrav. personál	0	11	11
Celkem	13	39	52

**Zdroj: vlastní výzkum**

**Graf 11**



**Zdroj: vlastní výzkum**

Školení či odborného semináře týkající se uceleného (komplexního) systému rehabilitace se zúčastnilo 13 (25 %) respondentů, 39 (75 %) dotazovaných odpovědělo záporně. Rozpis odpovědí jednotlivých zaměstnanců viz. Tab. č. 2.

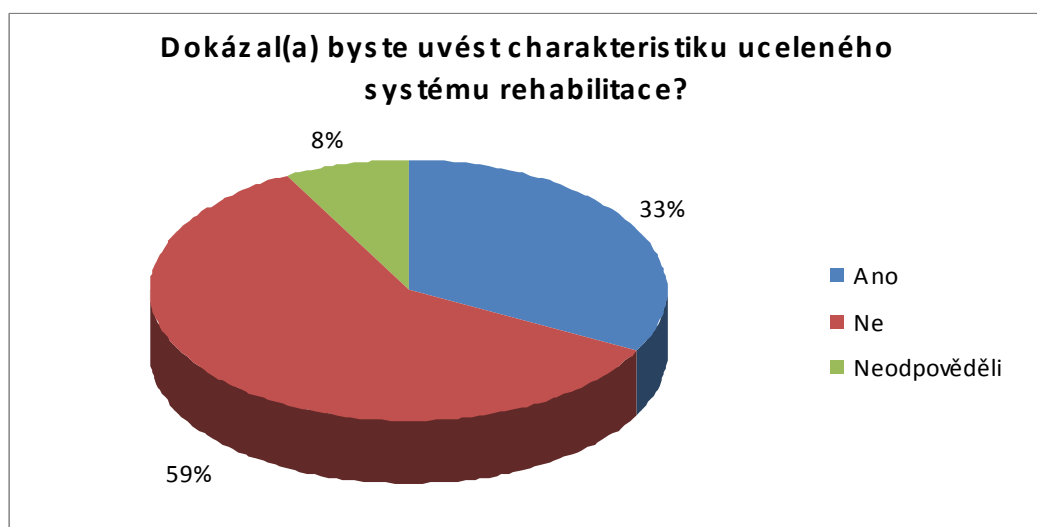
**Otázka č. 12 - Dokázal(a) byste uvést charakteristiku uceleného (komplexního) systému rehabilitace?**

**Tab. č. 3**

Respondenti	Ano	Ne	Neodpověděli	Celkem
Lékaři	5	2		7
Psychologové	2	2		4
Soc. pracovníci	1	2		3
Terapeuti	2	2		4
Zdravotní sestry	7	13	3	23
Nižší zdrav. personál	0	10	1	11
<b>Celkem</b>	<b>17</b>	<b>31</b>	<b>4</b>	<b>52</b>

**Zdroj: vlastní výzkum**

**Graf 12**



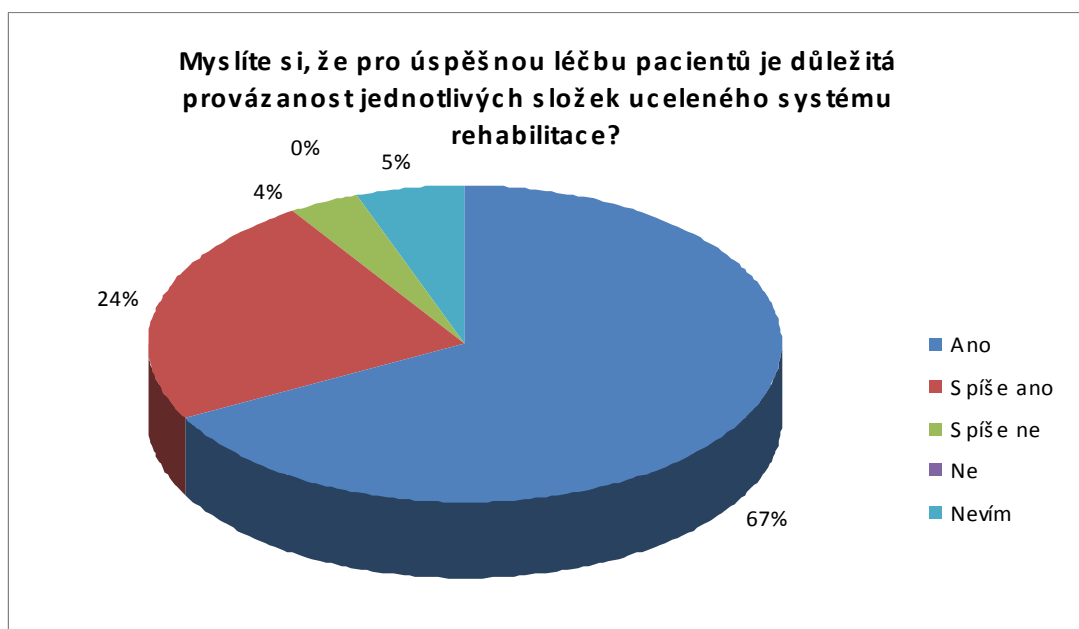
**Zdroj: vlastní výzkum**

Charakterizovat ucelený systém rehabilitace dokázalo 17 (33 %) respondentů. Uvedli jednotlivé složky se stručnou charakteristikou. 31 (59 %) dotazovaných odpovědělo záporně na tuto otázku a 4 (8 %) respondenti neodpověděli.



**Otázka č. 13 - Myslíte si, že pro úspěšnou léčbu pacientů s psychiatrickou diagnózou je důležitá provázanost jednotlivých složek uceleného (komplexního) systému rehabilitace?**

**Graf 13**

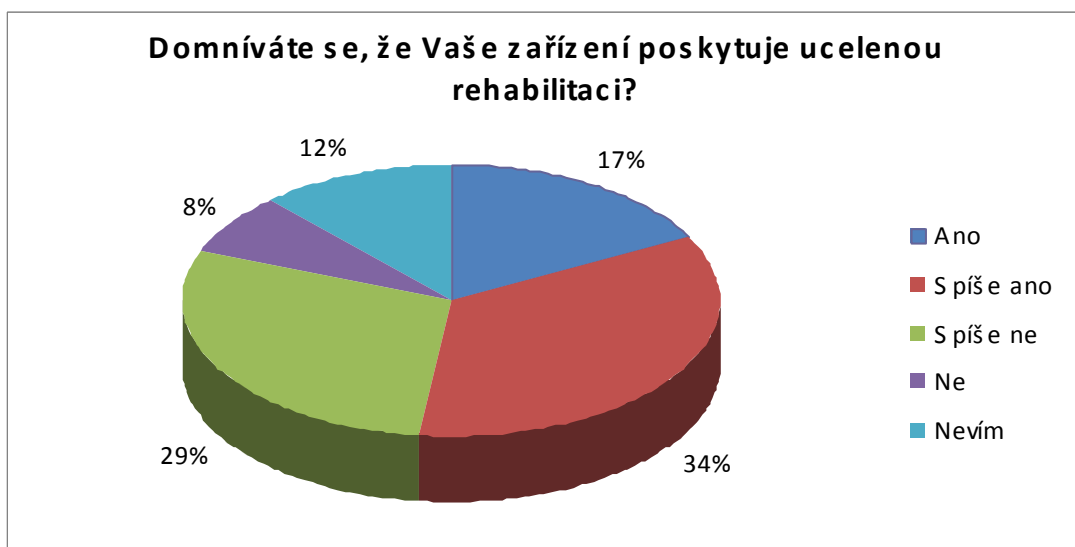


**Zdroj: vlastní výzkum**

Důležitost provázanosti jednotlivých složek uceleného systému rehabilitace potvrdilo 37 (71 %) respondentů, spíše ano uvedlo 10 (24 %) dotazovaných. Pouze 2 (4 %) respondenti uvedli možnost spíše ne, 3 (5 %) respondenti odpověděli nevím a žádný dotazovaný nevedl možnost ne.

**Otázka č. 14 - Domníváte se, že Vaše zařízení poskytuje ucelenou (komplexní) rehabilitaci?**

**Graf 14**

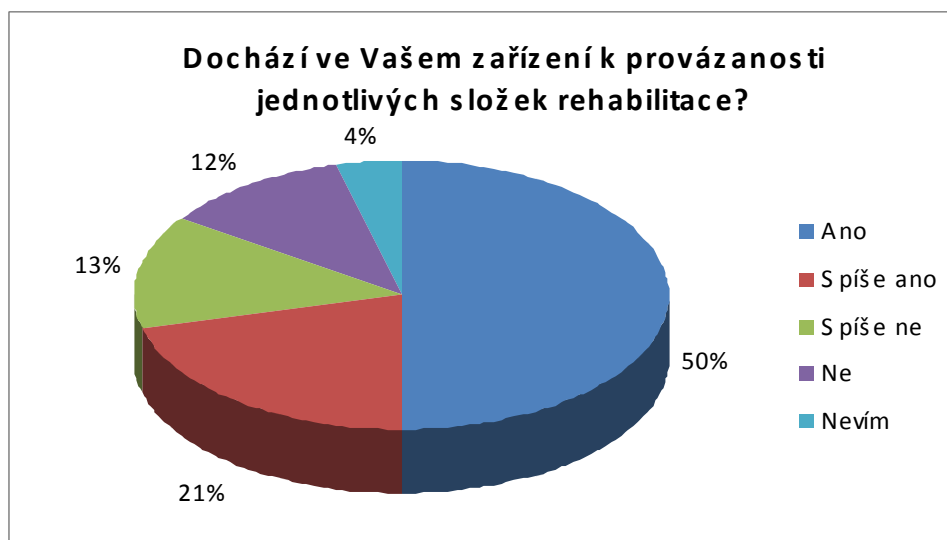


**Zdroj: vlastní výzkum**

Nejčastější odpověď byla spíše ano, odpovědělo tak 18 (34 %) respondentů. Spíše ne uvedlo 15 (29 %) dotazovaných. Pouze 9 (17 %) respondentů si myslí, že jejich zařízení poskytuje ucelenou rehabilitaci, záporně odpověděli 4 (8 %) dotazovaní. Odpověď nevím označilo 6 (12 %) respondentů.

**Otázka č. 15 - Dochází ve Vašem zařízení k provázanosti (úzké spolupráci) jednotlivých složek uceleného systému rehabilitace?**

**Graf 15**

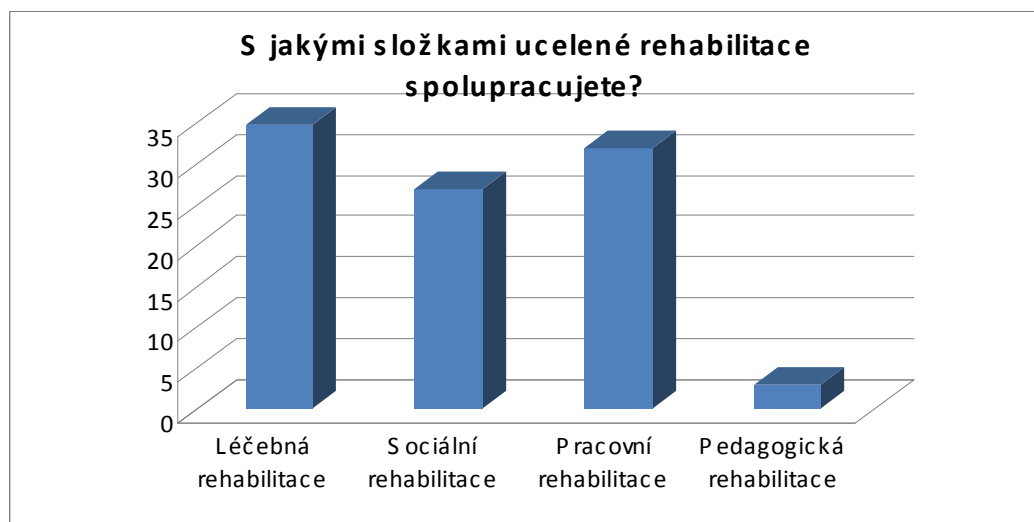


**Zdroj: vlastní výzkum**

U této otázky nejvíce respondentů odpovědělo kladně, a sice 26 (50 %) dotazovaných. Možnost spíše ano uvedlo 11 (21 %) zaměstnanců, 7 respondentů (13 %) označilo spíše ne, záporně odpovědělo 6 (12 %) dotazovaných. Odpověď nevím uvedli 2 (4 %) dotazovaní.

**Otázka č. 16 - S jakými složkami uceleného (komplexního) systému rehabilitace spolupracujete?**

**Graf 16**

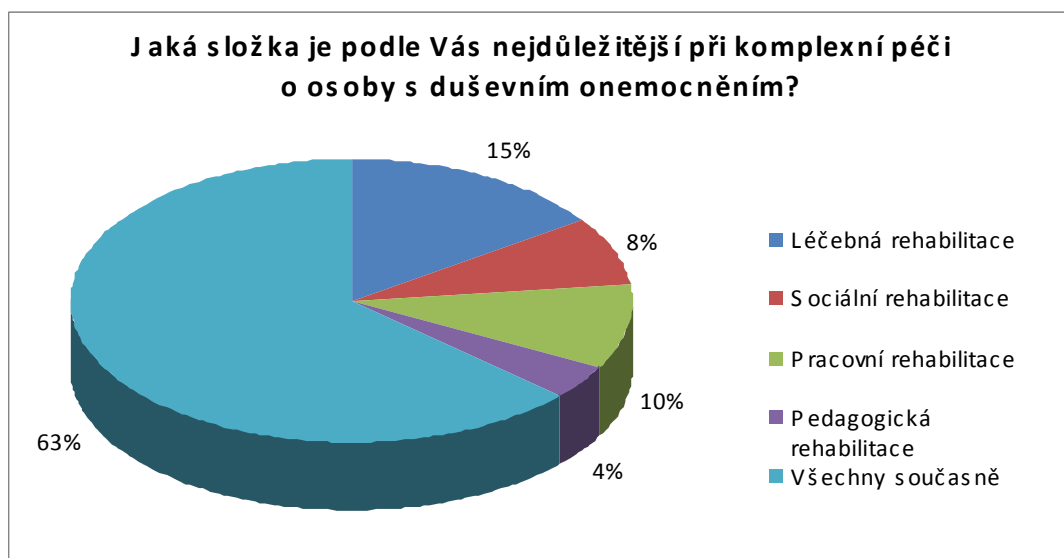


**Zdroj: vlastní výzkum**

U otázky č. 16 respondenti měli možnost uvést více odpovědí. Nejvíce spolupracují s léčebnou složkou rehabilitace, myslí si to 35 respondentů, 32x se objevila odpověď pracovní složka rehabilitace. Sociální složku uvedlo 27 dotazovaných a pouze 3 respondenti označili pedagogickou rehabilitaci.

**Otázka č. 17 - Jaká složka je podle Vás nejdůležitější při komplexní péči o osoby s duševním onemocněním?**

**Graf 17**

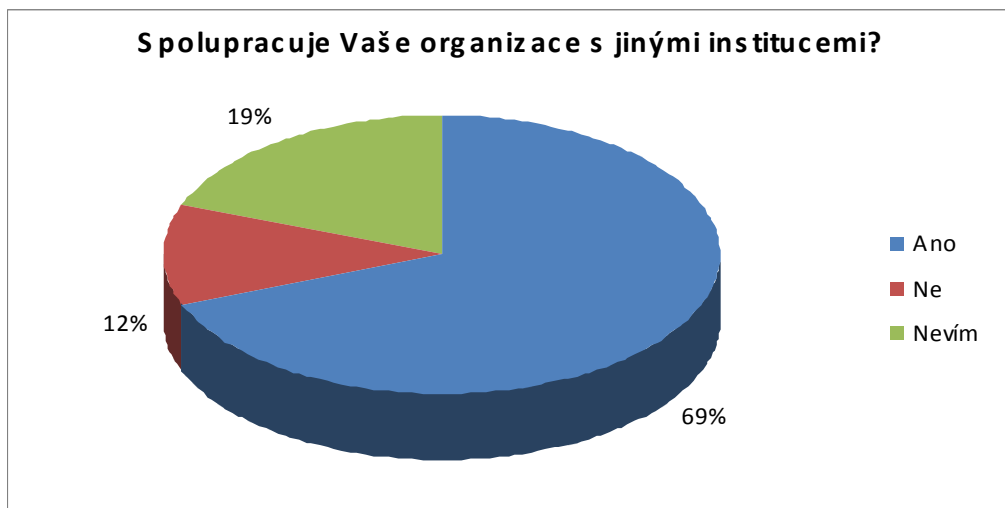


**Zdroj: vlastní výzkum**

Většina respondentů, a sice 33 (63 %) uvedla, že při komplexní péči jsou všechny složky uceleného systému důležité. Léčebnou složku označilo 8 (15 %) respondentů, sociální složku 4 (8 %). Pracovní složku uceleného systému rehabilitace uvedlo 5 (10 %) respondentů a pouze 2 (4 %) označilo složku pedagogickou složku rehabilitace.

### Otázka č. 18 - Spolupracuje Vaše organizace s jinými institucemi?

Graf 18



#### Zdroj: vlastní výzkum

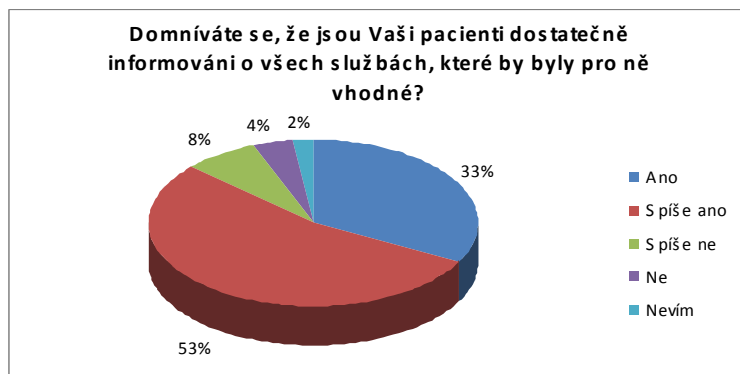
Spolupráci s dalšími organizacemi uvedlo 36 (69 %) respondentů. 6 (12 %) dotazovaných označilo zápornou odpověď a 10 (19 %) respondentů neví o spolupráci s jinými institucemi.

### Otázka č. 19 - Pokud ano, napište prosím s kterými organizacemi spolupracujete?

Jednalo se o otevřenou otázku, kde respondenti vypisovali s jakými dalšími institucemi spolupracují. Nejčastější odpovědí byl Fokus Písek (28x), dále Arkáda Písek (21x), Polydon Strakonice ( občanské sdružení Podpora lidí s duševním onemocněním - 18x), jiné psychiatrické léčebny (14x), domov pro seniory (12x), domov pro osoby se zdravotním postižením (11x), terapeutické komunity (9x), psychiatrické ambulance (8x), INKANO Písek (informační kancelář neziskových organizací - 7x), privátní psychoterapeuti (4x), nestátní neziskové organizace (3x), městský úřad (3x), OSSZ (3x).

**Otázka č. 20 - Domníváte se, že jsou Vaši pacienti dostatečně informováni o všech službách, které by byli pro ně vhodné?**

**Graf 20**

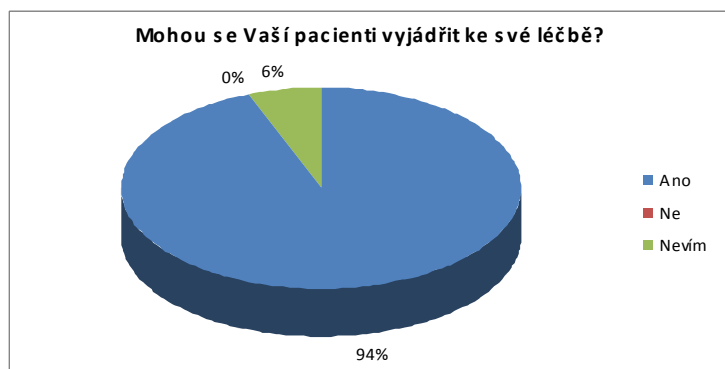


**Zdroj: vlastní výzkum**

Nejvíce, tedy 28 (53 %) respondentů, uvedlo odpověď spíše ano, možnost ano označilo 17 (33 %) dotazovaných. Možnost spíše ne uvedli 4 (8 %) respondenti, zápornou odpověď označili 2 (4 %) a 1 (2 %) dotazovaný nezná odpověď na tuto otázku.

**Otázka č. 21 - Mohou se Vaši pacienti vyjádřit ke své léčbě?**

**Graf 21**



**Zdroj: vlastní výzkum**

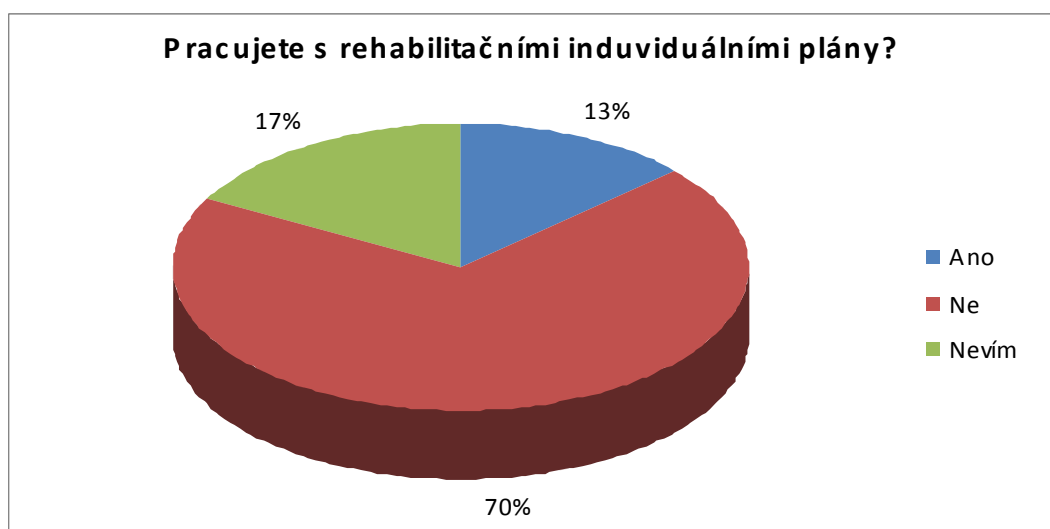
O možnostech pacientů vyjádření se ke své léčbě je přesvědčeno 49 (94 %) respondentů, odpověď nevím uvedli 3 (6 %) dotazovaní a možnost ne nevedl nikdo.

### Otázka č. 22- Pokud ano, uveďte prosím, jakým způsobem se mohou vyjádřit

Tato otázka byla otevřená a poskytovala možnost vypsát způsoby, jak se mohou pacienti vyjádřit ke své léčbě. Nejčastější odpovědi byly pohovory s lékařem či psychologem (34x), dále při terapeutických skupinách (21x), formou anonymního dotazníku (18x), při každodenních vizitách (16x), formou deníku (6x), vhození připomínek do schránky (5x).

### Otázka č. 23 - Pracujete s rehabilitačními individuálními plány?

Graf 23



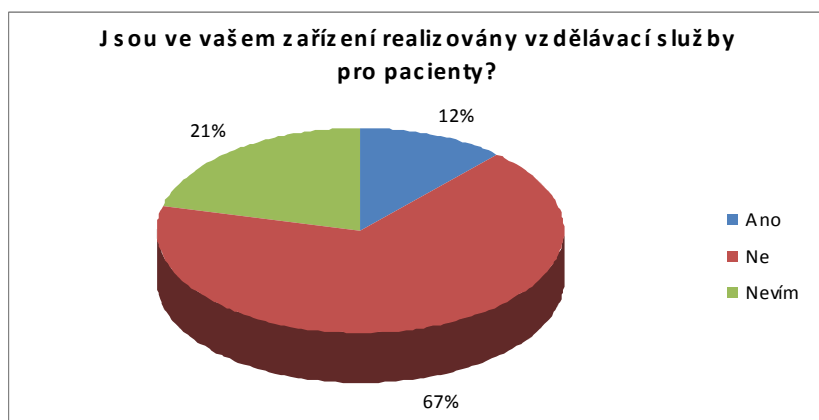
#### Zdroj: vlastní výzkum

Většina respondentů, a sice 36 (70 %) uvedla, že nepracují s individuálními rehabilitačními plány. Kladnou možnost označilo 7 (13 %) dotazovaných a 9 (17 %) respondentů nezná odpověď na tuto otázku.



**Otázka č. 24 - Jsou ve Vašem zařízení realizovány vzdělávací služby pro pacienty?**

**Graf 24**

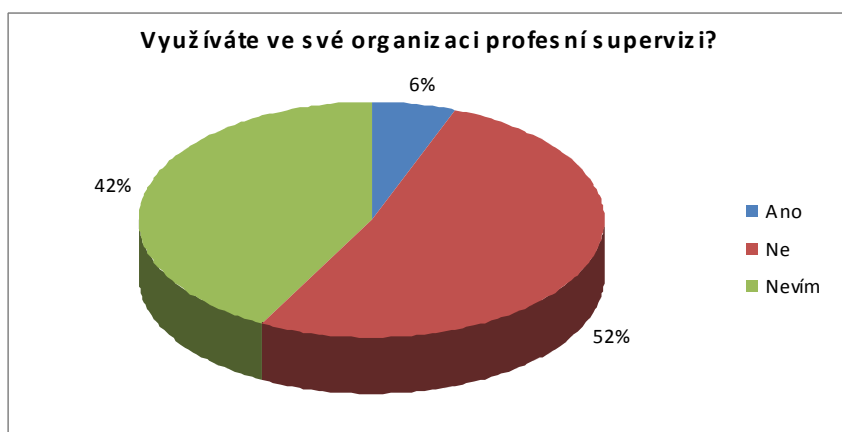


**Zdroj: vlastní výzkum**

Většina dotazovaných odpověděla, že v jejich organizace neposkytuje vzdělávací služby, bylo to 35 (67 %) respondentů, možnost nevím uvedlo 11 (21 %) dotazovaných. Poskytování vzdělávacích služeb pro pacienty označilo pouze 6 (12 %) respondentů.

**Otázka č. 25 - Využíváte ve své organizaci profesní supervizi?**

**Graf 25**



**Zdroj: vlastní výzkum**

Profesní supervizi nevyužívá 27 (52 %) respondentů, využití supervize potvrdili pouze 3 (6 %) dotazovaní a 22 (42 %) označilo možnost nevím.

**Otázka č. 26 - Myslíte si, že právní ukotvení uceleného (komplexního) systému rehabilitace je dostačující?**

**Graf 26**



**Zdroj: vlastní výzkum**

Většina respondentů, a sice 39 (75 %) uvedla, že neví jaké je právní ukotvení uceleného systému rehabilitace. Nedostačující právní ukotvení uvedlo 10 (19 %) dotazovaných a pouze 3 (6 %) respondenti uvedli kladnou odpověď.

## **4.2 Kasuistiky**

### **Kasuistika č.1**

Muž, narozen 1944

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie F20.0

Další onemocnění: Diabetes mellitus I. stupně, Esenciální hypertenze, Hyperlipidémie  
Předchozí hospitalizace: psychiatrická léčebna Lnáře (2003, 2004 - 2x, 2005, 2006),  
psychiatrická léčebna Dobřany (2006, 2007, 2008).

Hospitalizace 24.9-29.10 2008

#### **Z dokumentace předchozí hospitalizace**

Nemocný s anamnézou paranoidní schizofrenie přivezen manželkou v dekompenzovaném stavu. Na začátku pobytu téměř nekomunikuje, často leží na zemi. Později přiznává optické halucinace, je zřejmá depresivita. Nasazena medikace: kombinace léků Risperidon a Haloperidol. Stav se výrazně zlepšuje, začíná komunikovat, je aktivnější, zapojen do pracovní terapie. Přibližně po měsíci velmi často a téměř všude salutuje (během vizity a parku, na terapii). Od dcery se dozvídáme, že jí otec říkal, že jsou vedle něj všude přítomni vojenští hodnostáři a on je na vojně. Má opět nepřítomný pohled, halucinace, přičemž vše popírá. Změna medikace na kombinaci Ziprasidon a Haloperidol, nastává zlepšení.

#### **Osobní anamnéza**

Těhotenství a porod bez komplikací, v dětství prodělal běžné dětské nemoci. Později časté angíny a virózy. V 2,5 letech fraktura klíční kosti. Nyní léčen pro hypertenzi a diabetes mellitus - inzulinem.

#### **Abúzus**

Alkohol: 1 - 2 lahve piva/měsíc, problémy s alkoholem nikdy neměl, 20 cig./den, drogy 0.

### **Rodinná anamnéza**

Matka byla zaměstnaná v zemědělství a zemřela v 73 letech po operaci žlučníku na karcinom žaludku. Otec pracoval jako administrativní pracovník, léčen pro diabetes mellitus inzulinem, zemřel v 67 letech při operaci prostaty. Měl dva sourozence. První zemřel v 6 letech tragicky při autonehodě, druhý zemřel ve věku 49 let na karcinom kostí. Děti - 1 dcera, 37 let. Profesí zdravotní sestra, z důvodu onemocnění páteře toto povolání nevykonává, má jedno dítě. Rodina bez neuropsychiatrické zátěže.

### **Sociální anamnéza**

Zpočátku žil společně s rodinou. V současné době je 13 let rozvedený, žije sám v garsonce. Občas v kontaktu s bývalou manželkou, která mu trochu pomáhá s domácností. Hobby: četba, pasivně sport, TV

.

### **Pracovní anamnéza**

Na základní škole se učil na trojky a čtyřky, třídu neopakoval. Vyučil se jako zámečník, v tomto oboru pracoval 25 let. Později byl zaměstnán jako pomocník strojvedoucího.

### **Průběh hospitalizace**

Pacient emočně oploštělý, vychudlý bez zájmů. Přítomnost halucinací je zřejmá, ale vše popírá. Většinu času tráví v lůžku. Pracovní terapie se zúčastnil během pobytu 4x. Spánek během pobytu slušný. Zjištěna kolísavá glykémie, upraven inzulin, nadále glykémie stabilní. Pacientovi nabízíme elektrokonvulzní terapii (ECT). Zpočátku odmítá, následně s pomocí dcery souhlasí. ECT s velmi dobrým efektem, kompletní odeznění psychotických příznaků až na lehkou tupou euforii. Do domácího prostředí propuštěn nepsychotický, nesuicidální. Seznámen

s vhodnou psychoterapeutickou léčbou, předán edukační materiál ohledně komunitní péče Fokus Písek.

### **Krátkodobý ošetrovatelský plán**

Příjmové formality, měření fyzických funkcí, psychologické vyšetření, stabilizace glykémie, seznámení s chodem oddělení.

### **Dlouhodobý ošetrovatelský plán**

Úprava psychického stavu, elektrokonvulzní terapie, nastavení medikace, psychoterapie, zapojení do pracovní terapie, resocializace.

### **Léčebná složka rehabilitace**

Farmakoterapie (úprava psychotických příznaků, úprava glykémie), elektrokonvulzní terapie (ECT), individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, práce na zahrádce, organizovaná vycházka, doporučena psychoterapeutická léčba.

### **Sociální složka rehabilitace**

Seznámení s chodem oddělení, seznámení s ostatními pacienty na pokoji, spolupráce s dcerou ohledně elektrokonvulzní terapie, spolupráce s bývalou manželkou, doporučeno občanské sdružení Fokus Písek k využití volnočasových aktivit pro nehospitalizované pacienty ambulantní formou.

### **Pracovní složka rehabilitace**

Doporučeno občanské sdružení Fokus Písek.

### **Pedagogická složka rehabilitace**

Edukace ohledně diagnózy schizofrenie, edukace ohledně elektrokonvulzní terapie, ohledně psychoterapeutické léčby, předán edukační materiál Fokus Písek.

## **Kasuistika č.2**

Muž, narozen 1981

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie, stav po atace vyprovokované abúzem psychoaktivních látek F20.0

Předchozí hospitalizace: psychiatrické oddělení České Budějovice (2004, 2006, 2007), psychiatrická léčebna Dobřany (2008), poté přeložen k hospitalizaci na detašované pracoviště PL Písek k doléčení.

Hospitalizace od 5.10 2008- 28.11. 2008

### **Z dokumentace předchozí hospitalizace**

Jedná se o 1. pobyt v PL Dobřany, předtím opakovaně na psychiatrickém oddělení nemocnice v Českých Budějovicích pro toxickou psychózu, posléze paranoidní schizofrenii. Medikaci (Zyprexa) vysadil. Přivezen sanitou z psychiatrické ambulance nemocnice v ČB, kde byl vyšetřen pro dekompenzované schizofrenní onemocnění. Přítomny sluchové i zrakové halucinace, hlasitě komentuje své prožitky. Motoricky neklidný s tendencí k agresivitě. Přišel pořezán na levé horní končetině. Udává, že na sebe vysypal popelnicí a pořezal se o sklo. Rána chirurgicky ošetřena.

### **Osobní anamnéza**

Narozen předčasně v 36. týdnu. V dětství prodělal běžné dětské onemocnění. V předškolním věku často léčen pro dušnost.

**Alergie:** pyl, kakao, jižní ovoce, mléko.

### **Abúzus**

Alkohol 2x týdně: cca 8 piv, 3 cig./den, nyní nekouří, 5 let pervitin i.v., lysohlávky v minulosti 30/týden, marihuana pravidelně, hašiš.

### **Rodinná anamnéza**

Otec ve věku 60 let, zaměstnán jako učitel na ZŠ. Má zdravotní potíže s pohybovým aparátem. Matka ve věku 52 let. Vystudovala střední ekonomickou školu, pracuje v oboru. Uvádí pouze mírné gynekologické potíže u matky, jinak zdravá. 2 sourozenci - zdraví. Děti nemá.

### **Sociální anamnéza**

Svobodný, bydlí s rodiči. Má starší sestru a bratra. Sestra žije s rodinou v severních Čechách, nestýkají se. Bratr studuje VŠ, přes týden je na koleji. Přijíždí pouze občas na víkendy, nemají dobré vztahy.

### **Pracovní anamnéza**

Na ZŠ prospíval s vyznamenáním, kázeňské problémy neměl. Vystudoval SPŠ stavební. Po maturitě pracoval jako člen zeměměřičské party, nyní dostal výpověď, registrován na ÚP. Trestně nebyl stíhán. Vojenskou službu neabsolvoval ze zdravotních důvodů. Svobodný, bydlí s rodiči. Záliby: V poslední době ho nic nezajímá, toulá se s partou kamarádů, alkohol, automaty, restaurace.

### **Průběh hospitalizace**

Během hospitalizace klidný, samotářský, uzavřený, patrná emoční zploštělost a jen částečný náhled na onemocnění. Edukovan ohledně dg. F 20.0, předán edukační materiál. Navržen pobyt v terapeutické komunitě, kterou pacient odmítl. Provedeno psychologické vyšetření, které neprokázalo defekt osobnosti. Postupně redukována dávka Olanzapinu, ponechána jen ve večerní dávce, přidána antidepressiva, po nichž zlepšení hlavně v oblasti emoční, pacient živější, v lepší náladě, schopen plánů do budoucna. Vyplněn a odeslán návrh na plný invalidní důchod. Propuštěn v pracovní neschopnosti.

### **Krátkodobý ošetřovatelský plán**

Příjmové formality, měření fyzických funkcí, laboratorní vyšetření, psychologické vyšetření, seznámení s chodem oddělení, prohlídka osobních věcí, observace.

### **Dlouhodobý ošetrovatelský plán**

Edukace ohledně diagnózy F 20.0, úprava psychického stavu, nastavení medikace, psychoterapie, zapojení do pracovní terapie, terapeutická komunita, plný invalidní důchod.

### **Léčebná složka rehabilitace**

Farmakoterapie, individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, práce na zahradě, tělesné cvičení, relaxační techniky, organizované vycházky do okolí.

### **Sociální složka rehabilitace**

Spolupráce s rodiči, navržena terapeutická komunita Mýto u Rokycan.

### **Pracovní složka rehabilitace**

Vyplněn a odeslán návrh na plný invalidní důchod.

### **Pedagogická složka rehabilitace**

Edukace ohledně diagnózy schizofrenie, terapeutické komunity, předán edukační materiál.

### **Kasuistika č. 3**

Žena, narozena 1983

Diagnóza: Obsedantně-kompulzivní porucha F42.0



Další onemocnění: Somatizační porucha s propagací do GIT

Předchozí hospitalizace: Psychiatrické centrum Praha (2005), psychiatrická léčebna Kroměříž (2008).

Hospitalizace: 7.1. 2009- 28.2 2009

### **Z dokumentace předchozí hospitalizace**

Pacientka přijata k hospitalizace s diagnózou F42.0 (Obsedantně-kompulzivní porucha) s propagací do zažívacího traktu. Pacientka má chorobný strach o žaludek, rozvinula se obsedantně-kompulzivní porucha vázaná na potravu. Nerozeznala však u sebe pocit hladu, začaly se vracet obsedantní myšlenky. Bojovala s tím malými porcemi jídla. V reakci na to se objevily myšlenky, že začne trpět žaludečními vředy, když jí málo. Na problémy se žaludkem myslí pořád. Opakovaně absolvuje gastroenterologická vyšetření s negativním nálezem. Obavy přerostly až v panický strach o žaludek, neustále má v hlavě ulpínavé myšlenky na žaludek, na jeho fyziologickou funkci. Je si vědoma nesmyslnosti svých myšlenek. Fyzická bolest trvající deset měsíců ji táhne ke dnu, nedokáže se z ničeho radovat, každé jídlo je pro ni utrpení. Bojí se nejistoty, je úzkostná, situace jí připadá beznadějná, v poslední době začíná mít dojem, že kdyby měla trpět takovou bolestí, sáhne si na život. Vytvářela si sebevražedný plán, ale sebevražedný pokus nepodnikla. Drží jí zázemí v rodině a přítel.

### **Osobní anamnéza**

Porod bez komplikací, v dětství běžné dětské nemoci. Ve 14-ti letech prodělala infekční mononukleosu. V 16-ti letech – fraktura humeru pravé horní končetiny. Opakovaně vyšetřována pro bolesti žaludku. Psychické problémy začaly v 18-ti letech. Cítila nenávist sama k sobě, neustále se srovnávala se spolužáky. Všichni jí připadali lepší než ona, ačkoli ve škole vynikala. Úspěchy bagatelizovala, připadala si jako hadr na podlahu. Rozhodla se, že bude ideální alespoň vzhledem, začala hubnout. Za 3 měsíce zhubla 11 kg (z 63 kg na 52 kg

při výšce 176 cm). Poté byla hospitalizována v nemocnici, kde začala přibírat, ale podráždila si trávicí trakt. Zde dostala informace o úpravě stravování. Patologicky dodržovala instrukce např. ohřívala si jogurty, aby je nejedla studené. Začala sledovat porce, dobu stravování, teplotu pokrmů, počet žvýkání apod. Pokud neprovedla kompulzi, přepadla jí silná úzkost. OCD se rozvíjela až do roku 2005, kdy jí matka domluvila hospitalizaci v Psychiatrickém centru Praha.

### **Gynekologická anamnéza**

Menstruace ve 12-ti letech, 6 měsíců užívá hormonální antikoncepci. Při hmotnosti pod 60 kg, menstruace nepravidelná. Porody - 0, potraty - 0.

### **Abúzus**

Alkohol - 0, cigarety - 0, drogy - 0

### **Rodinná anamnéza**

Otec léčen 10 let pro hypertenzi, zemřel na cévní mozkovou příhodu (CMP) ve 42 letech. Matka pracovala jako zdravotní sestra. Od svých 28 let pobírá plný invalidní důchod pro postupnou ztrátu zraku a sluchu.

### **Sociální anamnéza**

Pacientka udává, že dětství bylo moc špatné, otec byl zlý. Matku týral fyzicky, děti spíše psychicky. Ponižoval je, dával jim najevo, že nic neumí, že jsou nešikovné. Loni v létě se seznámila se svým přítelem, medikem 6. ročníku LF v Brně. Seznámili se, když byla hospitalizována v psychiatrické léčebně, kde on byl na stáži. Ve vztahu je spokojená, přítel ji podporuje. Jde o její první vážný vztah.

### **Pracovní anamnéza**

Pacientka absolvovala ZŠ a Gymnázium, poté pokračovala ve studiu Pedagogické fakulty, které letos ukončila. V současné době studuje Filozofickou fakultu - obor historie.

### **Průběh hospitalizace**

K přijímacímu rozhovoru přistupuje ochotně, je sdílná, má kultivované vystupování. Pacientka se na oddělení brzy adaptovala, byla milá a dobře spolupracovala. Většinu dne pasivní v lůžku, bolest žaludku a myšlenky týkající se žaludku jí zaměstnávaly a nedovolily jí věnovat se jakékoliv činnosti. Byla vděčná za péči, naději na zlepšení vkládala především do medikace, o kterou se živě zajímala. Sama nebyla příliš otevřená psychoterapeutickým intervencím. Stála jen o KBT (kognitivně-behaviorální terapie), kterou u nás nikdo neprovádí. Stav se spíše vlivem změny prostředí postupně mírně zlepšil. Z jedné dovolenky se však vrátila „úplně na dně“ a sdělovala, že celý víkend probřečela. Reagovali jsme podáním infuzí. Po několika dnech došlo k výraznému zlepšení- schopna samostatných činností. Nálada se výrazně projasnila, bolest žaludku v menší intenzitě. Vzhledem k okolnostem (přítel ukončil studium, plánují společné zařizování bytu) a náhlému přívalu energie pacientka velmi stála o propuštění jen po několikadenním zlepšení. Remise je však zatím velmi křehká. Doporučení: kontroly u obvodního lékaře a v psychiatrické ambulanci. Je objednána do Psychiatrického centra v Praze.

### **Krátkodobý ošetřovatelský plán**

Příjmové formality, měření fyzických funkcí, laboratorní vyšetření, UZ žaludku, psychologické vyšetření, seznámení s chodem oddělení, prohlídka osobních věcí.

### **Dlouhodobý ošetřovatelský plán**

Edukace ohledně diagnózy F42.0, úprava psychického i somatického stavu, nastavení medikace, psychoterapie, edukace a zapojení do pracovní terapie, edukace ohledně Psychiatrického centra v Praze.

**Léčebná složka rehabilitace**

Farmakoterapie, UZ žaludku, omezeně individuální a skupinová psychoterapie, ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, autogenní trénink, relaxační cvičení, jóga, organizované vycházky do okolí. Doporučena kontrola u obvodního lékaře a v psychiatrické ambulanci.

**Sociální složka rehabilitace**

Spolupráce s matkou a přítelem, objednána do Psychiatrického centra v Praze.

**Pracovní složka rehabilitace**

Pacientka je studentkou.

**Pedagogická rehabilitace**

Edukace ohledně diagnózy obsedantně-kompulzivní porucha. Edukace ohledně psychoterapeutické léčby, ohledně léčby a sociálně terapeutických programů Psychiatrického centra v Praze.

#### **Kasuistika č. 4**

Muž, narozen 1969

Diagnóza: Obsedantně-kompulzivní porucha F42.0

Další onemocnění: onemocnění jater v anamnéze

Hospitalizace od 2.11. 2008- 9. 11. 2008

#### **Při příjmu**

Pacient přijat ke své první hospitalizaci na doporučení lékaře po včerejším akutním psychiatrickém vyšetření pro Obsedantně-kompulzivní poruchu s masivní úzkostí. Pacient se dostavil sám taxíkem z domova a žádá o přijetí k hospitalizaci. Vzhledem k tomu, že v PL není jediné volné lůžko, domluvili jsme se stabilizovaným pacientem, že pro nedostatek lůžek bude propuštěn již dříve než bylo původně plánováno. Sděluje, že potíže trvají 8 měsíců. Vše začalo po rozvodu, měl stavy úzkosti, vtíravé myšlenky. Zpočátku přemýšlel pouze o rozvodu, nyní o dalších tématech. Uvádí sevření na hrudi, pálení u srdce, nevydrží v uzavřených prostorách. Při spaní ho ruší vtíravé myšlenky, Hlasy ani vidiny neměl. Často musí kontrolovat elektrické spotřebiče, zámky, jak je zavěšen ručník. Kontroly mu zabírají většinu času. Do psychiatrické ambulance dochází 1x týdně.

#### **Osobní anamnéza**

Porod bez komplikací. Prodělal běžné dětské nemoci. V 7 letech fraktura klíční kosti. Prodělal údajně infekční onemocnění jater při práci sanitáře v nemocnici. Byl půl roku hospitalizován na infekčním oddělení. Podle zprávy obvodního lékaře se jednalo o toxickou hepatitidu alkoholového původu.

#### **Abúzus**

Cigarety - 0, alkohol nyní nepije. V minulosti pil přibližně 5 let více než 9 piv denně.

Drogy - 0

### **Rodinná anamnéza**

Rodina bez psychiatrické zátěže. Otec zemřel v 48 letech na karcinom mozku. Matce nyní 70 let - diabetes mellitus, hypertenze. Má o 4 roky staršího bratra, který žije mimo republiku.

### **Sociální anamnéza**

Uvádí, že dětství neměl moc pěkné. Otce v jeho 12 letech zavřeli jako politického vězně. Po propuštění z vězení otec zemřel. Nesl těžce jeho odchod. Na vojně si prožil peklo. Jako syn politického vězně byl šikanován profesionálními vojáky. Pod tlakem se pokusil o sebevraždu. Ženil se ve 20 letech, s manželkou se znali jen velmi krátce. V manželství se narodila dcera. Manželství skončilo po 5 letech. Ztroskotalo na jeho impulzivitu a agresivitu. Dceru ani manželku nebil. S bývalou manželkou se stýkají kvůli dceři. Konec manželství si vyčítá, chtěl by se vrátit. Další vztah trval 6 let. Skončil opět kvůli jeho impulzivitu. Nyní má měsíc přítelkyni, seznámili se na inzerát. Je hodná, snaží se mu pomáhat, ale zamilovaný není.

### **Pracovní anamnéza**

Na základní škole prospíval s vyznamenáním. Jako syn politického vězně nemohl studovat průmyslovou školu dopravní, i když si to moc přál. Vyučil se soustružníkem a pracoval ve výrobě. Později pracoval jako řidič TIR. Udělal si sanitářský kurs a pracoval v nemocnici. Práce s lidmi ho velmi bavila. Ze zdravotnictví odešel pro prodělání hepatitidy. Od roku 1992 OSVČ, vede bezpečnostní agenturu. Nyní je v pracovní neschopnosti, chtěl by však dále pracovat.

### **Průběh hospitalizace**

Pacient přijat dle dohody. Depresivní, úzkostný, opocený, ale vděčný za hospitalizaci. Uvádí, že se mu pořád honí hlavou jestli zamknul, jak má pověšený ručník apod. Pořád se k tomu vrací, všechno po sobě kontroluje, nemůže se na nic soustředit. Poruchy paměti si nevšiml. Má strach z lidí, dříve mu komunikace s lidmi

nedělala potíže. Když se s někým zapovídá, na chvíli vtíravé myšlenky přestanou, ale jakmile zůstane sám, vrátí se ve stejné intenzitě. V posledních třech dnech se myšlenky objevovaly po celý den, musel jezdit na injekce, které mu stejně nepomáhaly, nemohl vůbec spát. Dále uvádí, že má pořád špatnou náladu, ani si nevzpomíná, kdy měl z něčeho radost. Má strach z invalidního důchodu. Na oddělení se velice špatně adaptuje, nezvládá uzavřené prostory. Jeho matka telefonuje po týdnu hospitalizace, že nezvládá péči o jeho dva bojové psy, bojí se jich. Proto se rozhodl, že se nechá propustit, chtěl by ale chodit na programy, pohovory. Odchází po vzájemné domluvě klidnější, počítá s další léčbou ambulantní a vyšetřením pro známky poruchy glukózové tolerance. Pacient bývá opoceny, z dechu je cítit aceton, mívá třes horních končetin. Doporučena psychoterapeutická léčba a Fokus Písek.

#### **Krátkodobý ošetrovatelský plán**

Příjmové formality, měření fyzických funkcí, laboratorní vyšetření pro známky glukózové tolerance, psychologické vyšetření, úprava spánkové hygieny, seznámení s chodem oddělení.

#### **Dlouhodobý ošetrovatelský plán**

Edukace ohledně diagnózy F42.0, úprava psychického stavu, nastavení medikace, psychoterapie, zapojení do pracovní terapie, edukace ohledně služeb Fokus Písek, návrat do zaměstnání.

#### **Léčebná složka rehabilitace**

Farmakoterapie, vyšetření pro známky poruchy glukózové tolerance, vyšetření jater, individuální psychoterapie, skupinová psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie, relaxační cvičení, jóga, autogenní trénink, doporučena ambulantní psychoterapeutická léčba.

#### **Sociální složka rehabilitace**

Doporučeny sociálně terapeutické programy Fokus Písek.

**Pracovní složka rehabilitace**

Pacient zůstává nadále v pracovní neschopnosti. Jelikož vlastní bezpečnostní agenturu, je silně motivován k návratu do zaměstnání. Má strach z dlouhodobé pracovní neschopnosti a možného invalidního důchodu.

**Pedagogická složka rehabilitace**

Edukace ohledně diagnózy F42.0 Obsedantně-kompulzivní porucha, edukace ohledně psychoterapeutické léčby a sociálně terapeutických programů Fokus Písek.



## **Kasuistika č. 5**

Žena, narozena 1928

Diagnóza: Alzheimerova demence s pozdním začátkem F00.1

Další onemocnění: Organická porucha osobnosti, Hypertenze, Sideropenická anémie, Osteoporosa

Hospitalizace od: 20.10 2008- 15.3. 2009

### **Při příjmu**

K příjmu přijata drobná, štíhlá, upravená stará dáma kultivovaného vystupování se zjevnými projevy demence. Neustále opakuje informace. Dobrovolný vstup podepsala, význam schopna pochopit. Dle snachy: pozoruje postupnou progresi demence, pacientka je již prakticky nesoběstačná, neuvaří si, jen ohřívá co jí snacha přiveze. Nedodrží spolehlivě hygienu, domácnost také nezvládá. Je tam cítit zápach, nezatopí si. Není možné nechat pacientku samotnou a snacha nemůže jezdit každý den. Pacientka je také dosti nesnášenlivá, nekritická ke své situaci. Zamyká se, bojí se, že ji někdo vykrade, neodchází z domu, nebloudí. Snacha již zažádala o umístění do Domova pro seniory na dvou místech. Pacientka souhlasí s hospitalizací, ale záhy si nepamatuje, že s něčím souhlasila.

Psychologické vyšetření: pacientka orientovaná pouze osobou, částečně místem a situací. Je spolupracující, hovorná, nekritická ke své situaci a k výpadkům paměti. Opakuje informace, konfabuluje. Postupný úbytek mnestických a kognitivních funkcí, během několika let. Patrná paranoidita vůči snaše a její rodině. Spí dobře, chuť k jídlu v normě. MMSE 19 bodů.

### **Osobní anamnéza**

Roku 1987 - onemocnění oční rohovky levého oka, roku 1992 - onemocnění štítné žlázy (struma), od roku 1994 - hypertenze, roku 2000 operace šedého zákalu (katarakta) levého oka, roku 2004 - fraktura pravé horní končetiny, od roku 2005 - arytmie, 2006 - operace žlučových kamenů.

### **Gynekologická anamnéza**

Porod - 1, bez gynekologických potíží

**Abúzus** - 0

### **Rodinná anamnéza**

Bezvýznamná, oba rodiče zemřeli ve vysokém věku, sourozence nemá.

### **Sociální anamnéza**

Celý život prožila s manželem v Praze. Manžel byl hudební skladatel, zemřel před třemi lety. Syn zemřel na krvácení do mozku v roce 2005.

### **Pracovní anamnéza**

Vystudovala reálné gymnázium. Pracovala jako úřednice.

### **Průběh hospitalizace**

Pacientka přijata pro poruchy chování při Alzheimerově demenci. Po celou dobu hospitalizace desorientována časem, místem, orientována pouze osobou a hrubě situací. Pacientka bez tlumivé medikace, bez poruch chování na oddělení. Postupně se adaptovala na chod oddělení. Pro pocit nepravidelnosti srdeční akce opakovaně EKG - bez průkazu arytmiie. Pro hypertenzní hodnoty tlaku zahájena terapie antihypertenzivy (doma je neužívala), poté hypertenze uspokojivě kompenzována.. Laboratorně přechodně sideropenická anémie, po substituci Fe úprava sledovaných parametrů. Pacientce vyřízen pobyt v Domově pro seniory.

### **Krátkodobý ošetrovatelský plán**

Příjmové formality, měření fyzických funkcí, laboratorní vyšetření, EKG, psychologické vyšetření, MMSE, seznámení s chodem oddělení, observace.

### **Dlouhodobý ošetrovatelský plán**

Úprava psychického stavu, nastavení medikace, zapojení do pracovní terapie, paměťová cvičení, organizované vycházky, umístění v Domově pro seniory.

### **Léčebná složka rehabilitace**

Farmakoterapie, vyšetření EKG, úprava hodnot krevního tlaku antihypertenzivy, zjištěna sideropenická anémie - úprava po substituci Fe, ergoterapeutické programy, paměťová cvičení, organizované vycházky do okolí.

### **Sociální složka rehabilitace**

Snachou podána žádost o umístění do Domova pro seniory. Na tomto podkladě pacientce vyřízen pobyt v Domově pro seniory.

### **Pracovní složka rehabilitace**

Pacientka pobírá starobní důchod a příspěvek na péči I. stupně.

### **Pedagogická složka rehabilitace**

Edukace ohledně diagnózy Demence u Alzheimerovy nemoci, paměťová cvičení, nácvik sebeobsluhy.

## **Kasuistika č. 6**

Muž, narozen 1932

Diagnóza: Demence u Alzheimerovy nemoci F 00.0

Další onemocnění: Organická porucha nálady, Hypertenze

Předchozí hospitalizace: Psychiatrická léčebna Dobřany (2007), psychiatrická léčebna Dobřany - pobočka „U Honzíčka“ Písek (2008, 2009).

Hospitalizace od 15.11 2008- 20.3.2009

### **Při příjmu**

Pacient přijat pro poruchy orientace a nálady. Přiveden v doprovodu dcery. Dcera uvádí, že by chtěla, aby zde přišel na lepší myšlenky. U pacienta při příjmu patrný závažné poruchy orientace a paměti. Hygienické návyky dle dcery udržuje, zapomíná své věci, hledá je, nemůže je najít, je roztěkaný.

Psychologické vyšetření: Patrný poruchy orientace, paměti, výbavnosti, vstřípivosti. Hodiny určí správně, ale nekreslí čísla ani čas. Obrazec zhruba překreslí, čte a píše. Časově neorientován, místem nepřesně, situací a osobou orientován dobře. Kontakt navazuje spontánně, ale je spíše povrchnější. Působí až euforicky, aktuálně bez úzkosti. Některé informace bagatelizuje. Myšlení a emoce oploštělé. Výraznější mnestický deficit - paměť na čísla, vstřípivost a výbavnost. MMSE 15 bodů.

### **Osobní anamnéza (orientačně pouze s pacientem)**

Léčí se pro hypertenzi, jinak zdrav. Alergie - 0

### **Rodinná anamnéza**

Otec zemřel na CMP (cévní mozková příhoda). Matka zemřela na plicní embolii. Měl bratra (dvojče), také zemřel. Má dvě dcery, neví jejich věk. Uvádí jednu vnučku.

### **Sociální anamnéza**

Pacient bydlí v domečku sám. Manželka zemřela asi na IM (infarkt myokardu), neví kdy, asi před třemi lety. Přítele našel v sousedovi, chodí k němu na návštěvy. Sám si dojde nakoupit, uvaří si více jídla a pak si ho ohřívá, sám si topí. Nyní byl asi jeden týden v Praze u dcery.

### **Pracovní anamnéza**

Vyučen jako automechanik. Celý život pracoval v oboru.

### **Průběh hospitalizace**

Pacient přijat pro poruchy orientace a nálady při Alzheimerově demenci. Při přijetí dezorientován, snížena soběstačnost, k nemoci je pouze částečně kritický. Na oddělení se rychle adaptoval, zapojil se s chutí do ergoterapeutických programů. Těží ze změny prostředí a společnosti pacientů. Dochází k projasnění nálady a mírnému zlepšení kognitivních funkcí. V závěru hospitalizace udělán kontrolní test MMSE 20 bodů. Pouze před plánovanými vyšetřeními se objevují úzkosti a tenze, které po vyšetření odeznívají. Po celou dobu hospitalizace bez psychotické produkce. Přeléčena uroinfekce. V závěru hospitalizace upravena medikace hypertenze. Doporučeny pravidelné kontroly u obvodního lékaře a v psychiatrické ambulanci.

### **Krátkodobý ošetřovatelský plán**

Příjmové formality, měření fyzických funkcí, laboratorní vyšetření, psychologické vyšetření, MMSE, EKG, seznámení s chodem oddělení, observace.

### **Dlouhodobý ošetřovatelský plán**

Úprava psychického stavu, nastavení medikace, zapojení do pracovní terapie, paměťová cvičení, organizované vycházky.

**Léčebná složka rehabilitace**

Farmakoterapie, přeléčena uroinfekce, upravena medikace při hypertenzi, ergoterapeutické programy, paměťová cvičení, organizovaná vycházka.

**Sociální složka rehabilitace**

Adaptace na oddělení, projasnění nálady ve společnosti pacientů, vycházky do okolí, spolupráce se snachou.

**Pracovní složka rehabilitace**

Pacient pobírá starobní důchod.

**Pedagogická složka rehabilitace**

Edukace ohledně diagnózy Demence při Alzheimerovy nemoci, paměťová cvičení, nácvik sebeobsluhy.

.

## 5. Diskuse

Za hlavní cíl mé bakalářské práce s názvem Ucelená rehabilitace u osob s duševním onemocněním jsem si stanovila analyzovat situaci v oblasti uceleného systému rehabilitace u osob s duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách. Dílčím cílem bylo pak popsat jednotlivé prostředky uceleného systému rehabilitace a zjistit jaké poznatky mají respondenti o problematice uceleného systému rehabilitace. Analýzu situace v oblasti uceleného systému rehabilitace jsem provedla pomocí dotazníků, které byly určeny pracovníkům v psychiatrických léčebnách a dále pak pomocí analýzy dokumentů.

U otázky č. 1 bylo zjištěno, že mezi respondenty převažují ženy (83 %) oproti mužům (17 %). V pomáhajících profesích je tento stav většinou pravidlem. I v poskytování péče o osoby s duševním onemocněním je tomu tak. Shoduje se to tedy s tvrzením, které uvádí Votava: „Názvy odborných profesí v sociální práci se převážně vyskytují v ženském rodě, protože ženy představují významnou část této profese“ (48).

Z otázky č. 2 vyplývá, že nejvíce dotazovaných bylo ve věku 31 - 40 let (37 %), nejméně respondentů dosahovalo věku do 30 let (19 %). Souvisí to s otázkou č. 5, kdy doba po kterou většina respondentů pracuje ve svém oboru se pohybuje v rozmezí 6 - 10 let (31 %) a nejméně dotazovaných (12 %) pracuje v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním méně než 3 roky (12 %). Domnívám se, že tato skutečnost je dána několika hledisky - psychicky vyčerpávající a náročné zaměstnání, které ne vždy vede k pozitivním výsledkům, nároky na odbornou způsobilost při přijetí do zaměstnání a neposlední řadě i nezajímavé platové podmínky v oblasti zdravotnictví.

Nejvíce dotazovaných dosahovalo středoškolského vzdělání s maturitou (48 %), vyplývá to z otázky č. 3. Tento stav však odpovídá požadavkům na vzdělání minulých let. V současné době jsou požadavky na pracovníky v pomáhajících profesích vyšší. Dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních je celoživotní vzdělávání povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky. Plnění povinnosti celoživotního vzdělávání se

prokazuje na základě kreditního systému (51). Odborná způsobilost sociálního pracovníka dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je dána vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním (52).

U otázky č. 4 nejvíce respondentů odpovědělo, že pracuje na pozici zdravotní sestry (44 %), další skupinu tvořili pracovníci na pozici nižšího zdravotního personálu (21 %), dále lékaři (13 %), psychologové i terapeuti měli shodné zastoupení (8 %) a nejmenší skupina dotazovaných pracuje na pozici sociální pracovník (6 %). Toto profesní rozložení koresponduje s běžným rozložením pracovníků v ústavní péči o osoby s duševním onemocněním.

Pro komplexní péči osob s duševním onemocněním je důležité vytvoření multidisciplinárního týmu, kde má každý odborník svou nezastupitelnou pozici. Dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ošetrovatelskou péči vykonává sestra pro psychiatrii a všeobecná sestra. Dále pak ošetrovatel - pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka. Psychoterapii provádí psycholog ve zdravotnictví či klinický psycholog. V péči o osoby s duševním onemocněním se uplatňuje zdravotně-sociální pracovník, který provádí rehabilitační a psychosociální péči. Sociální pracovník dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se uplatňuje především v komunitních zařízeních pro osoby s duševním onemocněním.

Otázka č. 6 zjišťovala s jakými diagnózami se dotazovaní nejvíce setkávají. Nejvíce respondentů - 42 %, se v rámci své profese setkává s osobami s psychotickými poruchami (schizofrenie, schizoafektivní poruchy, deprese). Dále respondenti uvedli neurotické poruchy (fobické úzkostné poruchy, sociální fobie, obsedantně-kompulzivní porucha), a sice 35 % dotazovaných, s organickými poruchami (demence při Alzheimerově chorobě, vaskulární demence) se setkává 17 % dotazovaných. V rámci této práce jsem se zaměřila prostřednictvím kasuistik na onemocnění z okruhu psychotických poruch, neurotických poruch a organických poruch.

Při zjišťování, jaký typ péče považují respondenti za optimální při rehabilitaci osob s duševním onemocněním (otázka č. 7), se 54 % dotazovaných shodlo na kombinaci ambulantní a ústavní péče, pouze komunitní péči neuvedl žádný dotazovaný. Tyto odpovědi se shodují s tvrzením Ripové. Uvádí, že až 80 % osob



s duševním onemocněním se léčí v psychiatrických léčebnách, neboť existuje jen velmi málo zařízení, které poskytují komunitní péči (39). Myslí si to i 66 % respondentů, kteří jsou přesvědčeni o nedostatku zařízení poskytující komunitní péči pro osoby s duševním onemocněním v Jihočeském kraji (otázka č. 8).

Otázka č. 9 se vztahovala k rehabilitačním a sociálně terapeutickým činnostem, které jsou poskytovány osobám s duševním onemocněním. Dotazovaní nejčastěji uváděli skupinovou a individuální psychoterapii, relaxační techniky a ergoterapii. Cílem ergoterapie je dosažení soběstačnosti a nezávislosti klientů prostřednictvím vhodně zvolených a smysluplných aktivit a tím i zvýšení kvality jejich života. Významnými propagátory ergoterapie jsou u nás Pfeiffer a Votava (48). Ukázky prací klientů viz. Příloha č. 6, 7, 8.

Otázka č. 10 a otázka č. 11 souvisela se vzděláváním pracovníků prostřednictvím odborných seminářů či školení týkající se oboru psychiatrie a uceleného systému rehabilitace. Školení nebo odborného semináře vztahující se k oboru psychiatrie se zúčastnilo 71 % respondentů, 29 % dotazovaných odpovědělo na tuto otázku záporně. Neúčast potvrdili především pracovníci pracující na pozici nižšího zdravotního personálu, dvě zdravotní sestry, jeden sociální pracovník a jeden terapeut. Myslím si, že vzhledem ke zvyšování nároků na vzdělávání a nároků na pracovní kompetence, by se odborného semináře či školení se základními znalostmi (např. jednotlivá duševní onemocnění, rehabilitační a sociálně terapeutické aktivity, komunikace, sociální práce s osobami s duševním onemocněním) měli zúčastnit všichni zaměstnanci, kteří pracují v této oblasti. Matoušek uvádí, že odbornost v sociální práci se vyznačuje tím, že pracovník je schopen základů znalostí ze sociologie, psychologie, zdravotvědy, práva a sociální politiky a má být schopen diagnostikovat individuální potřeby člověka a navrhnout řešení s odkazem klienta na další odborníky (31).

Zcela opačné odpovědi jsou patrné z otázky č. 11, kde 75 % respondentů se nezúčastnilo školení či odborného semináře týkající se uceleného systému rehabilitace. Záporně odpověděli tři lékaři, tři psychologové, dva sociální pracovníci, dva terapeuti, osmnáct zdravotních sester a jedenáct pracovníků

na pozici nižšího zdravotního personálu. Zde si pokládám otázku, co je příčinou tak velké neúčasti. Zda mají pracovníci v této oblasti možnost či zájem se dále vzdělávat, zda jsou vůbec nějakým způsobem motivováni a jaká je podpora dalšího vzdělávání ze strany zaměstnavatele.

Domnívám se, že díky 75 % neúčasti respondentů na odborném školení či semináři ohledně uceleného systému rehabilitace dokázalo pouze 33 % dotazovaných charakterizovat ucelený systém rehabilitace. Stručně označili charakteristiku a jednotlivé prostředky ucelené rehabilitace ( otázka č. 12).

Otázka č. 13 byla zaměřena na postoj respondentů k provázanosti jednotlivých složek rehabilitace při léčbě osob s duševním onemocněním. Důležitost provázanosti jednotlivých složek uceleného systému rehabilitace potvrdilo 71 % respondentů a 24 % dotazovaných uvedlo možnost spíše ano. Potěšující je, že žádný dotazovaný neuvedl, že pro úspěšnou léčbu není provázanost důležitá. Tyto výsledky se shodují s tvrzením Pfeiffera a Švestkové, kteří uvádí, že ucelenost v rehabilitaci znamená především komplexnost, včasnost, návaznost jednotlivých složek na sebe (17).

Otázka č. 14 zjišťovala, zda zařízení, ve kterém respondenti pracují, poskytuje ucelenou rehabilitaci. Pouze 17 % dotazovaných si myslí, že jejich zařízení poskytuje ucelenou rehabilitaci, možnost spíše ano označila většina, tedy 34 % respondentů. Záporně odpovědělo 8 % dotazovaných. Také u otázky č. 15, zda dochází v daném zařízení k provázanosti jednotlivých složek, 50 % dotazovaných označilo možnost ano. Možnost spíše ano označilo 21 % zaměstnanců, možnost spíše ne označilo 13 % a 12 % odpovědělo, že v jejich zařízení nedochází k provázanosti jednotlivých složek. Z výsledků je tedy zřejmé, že v daných zařízeních dochází k provázanosti jednotlivých složek uceleného systému rehabilitace.

Předmětem otázky č. 16 je spolupráce dílčích složek uceleného systému rehabilitace v daných zařízeních. Respondenti měli možnost označit více odpovědí. Nejčastěji dochází ke spolupráci s léčebnou rehabilitací, uvedlo to 35 dotazovaných. Dále s pracovní rehabilitací - 32 respondentů, 27 pracovníků označilo sociální rehabilitaci a pedagogickou rehabilitaci uvedli pouze 3

dotazovaní. Domnívám se, že tak nízké číslo u pedagogické rehabilitace vychází z faktu, že respondenti pracují s dospělými osobami. Jankovský připouští, že pedagogická rehabilitace je nejvýznamnější v období dětství a dospívání, ale také uvádí, že při socializaci člověka hraje výchova významnou roli, jde tedy o celoživotní proces (18).

Z otázky č. 17 je zřejmé, že 63 % respondentů se domnívá, že při komplexní péči jsou všechny složky uceleného systému rehabilitace důležité. Pouze léčebnou rehabilitaci označilo 15 % respondentů, sociální rehabilitaci 8 %, pracovní rehabilitaci označilo 10 % a pouze 4 % dotazovaných označilo pedagogickou rehabilitaci. Tyto výsledky se shodují s charakteristikou ucelené rehabilitace. Jankovský uvádí, že se jedná o současné pojetí rehabilitace. Jde o interdisciplinární obor, který zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale také sociálně právní a pedagogicko-psychologickou (18).

Cílem uceleného systému rehabilitace je umožnit osobám s duševním onemocněním, aby dosáhly či si zachovaly optimální úroveň všech funkcí. Poskytnout jim prostředky k dosažení vyšší životní úrovně a prostředky k integraci do aktivního života ve společnosti. Domnívám se, že k naplnění tohoto cíle je nutné, v rámci péče o osoby s duševním onemocněním, využívat všechny prostředky (léčebné, sociální, pedagogické a pracovní) uceleného systému rehabilitace. Jankovský uvádí, že osobnost člověka se skládá z několika dimenzí, přesto tvoří integrální jednotu. Člověk je tedy vnímán jako „bio-psycho-socio-spirituální bytost“. Frankl vnímá člověka jako „tělesně-duševně-duchovní totalitu“. Je tedy žádoucí vnímat rehabilitaci opravdu uceleně, tak jako osobnost každého člověka, aby byly uceleně naplněny všechny potřeby člověka.

Otázka č. 18 zjišťovala spolupráci s jinými institucemi, souvisí tedy také s ucelenou rehabilitací. Spolupráci s jinými institucemi potvrdilo 69 % respondentů, 12 % uvedlo, že nespolupracují s dalšími institucemi a 19 % dotazovaných nezná odpověď na tuto otázku. Konkrétně se jednalo o tyto instituce: Fokus Písek, Arkáda Písek, Polydon Strakonice, jiné psychiatrické léčebny, Domov pro seniory, Domov pro osoby se zdravotním postižením, terapeutické

komunity, INKANO Písek, psychiatrické ambulance. Sociální pracovníci ještě uváděli nestátní neziskové organizace, obecní úřady, OSSZ.

Otázka č. 20 byla zaměřena na dostatečnou informovanost o všech službách, které by byly vhodné pro osoby s duševním onemocněním. Většina - 53 % respondentů se domnívá, že pacienti jsou spíše informováni. O dostatečné informovanosti je přesvědčeno 33 % dotazovaných, možnost spíše ne uvedlo 8 % respondentů a 4 % dotazovaných připouští nedostatečnou informovanost pacientů.

V otázce č. 21 je 94 % respondentů přesvědčeno o možnosti pacientů vyjádřit se ke své léčbě, 6 % dotazovaných označilo možnost nevím. Potěšujícím faktem je, že žádný respondent si nemyslí, že by se pacienti nemohli vyjádřit ke své léčbě. Domnívám se, že kladně na tuto otázku odpovědělo velké procento dotazovaných z toho důvodu, že při příjmových formalitách pacient nebo jeho zákonný zástupce stvrzuje svým podpisem, že od ošetřujícího lékaře osobně obdržel vysvětlení a informace ohledně jeho léčby, kterým porozuměl. Dále podepisuje, že měl možnost klást ošetřujícímu lékaři doplňující otázky, na které mu bylo řádně odpovězeno a kdykoliv může s lékařem konzultovat a žádat vysvětlení týkající se jeho léčby. Pacient nebo jeho zákonný zástupce má možnost se svobodně rozhodnout o dalším navrženém postupu při poskytování zdravotní péče, s výjimkou zákroků k záchraně života nebo jeho zdraví.

Otevřená otázka č. 22 poskytovala možnost vypsát způsoby, jak se mohou pacienti vyjádřit ke své léčbě. Nejčastější odpovědi byly pohovory s lékařem či psychologem, dále při terapeutických skupinách, při každodenních vizitách, formou anonymního dotazníku, formou deníku a vhozením připomínek do schránky k tomuto účelu zřízené. Myslím si, že pro úspěšnost léčby je velice důležitá zpětná vazba pacientů. Jenom tak jsou jasně definovány dotazy, připomínky či problémy a může se začít pracovat na jejich odstranění. Také se domnívám, že je důležité, aby se pacienti mohli vyjádřit ke své léčbě, protože vyjádření jejich individuálních potřeb vede k lepším výsledkům.

V otázce č. 23 většina respondentů (70 %) uvádí, že nepracují s individuálními rehabilitačními plány. Kladnou odpověď označilo pouze

13 % dotazovaných a 17 % respondentů nezná odpověď na tuto otázku. Tyto výsledky nemusí však znamenat, že rehabilitace osob s duševním onemocněním je poskytována nekvalitně. Cíle a potřeby mohou být zaznamenávány jiným způsobem. Domnívám se však, že individuální rehabilitační plán patří k určité profesionalitě při péči o osoby s duševním onemocněním. Péče dostává určitou formu, která pomáhá k zachycení všeho podstatného. Zpravidla se individuální rehabilitační plán tvoří v písemné podobě. Mezi nejdůležitější část plánu patří stanovení krátkodobého a dlouhodobého cíle. Dále dílčí cíle, kroky a úkoly, které vedou k dosažení stanovených cílů a hodnocení. Také si myslím, že cíle, které si pacient stanoví sám, vedou k větší motivaci a k větší úspěšnosti při jejich dosažení.

Otázka č. 24 se týkala realizace vzdělávacích služeb pro pacienty. 67 % dotazovaných odpovědělo, že jejich organizace neposkytuje vzdělávací služby. Kladně na tuto otázku odpovědělo pouze 12 % respondentů a 21 % dotazovaných zvolilo možnost nevím. Protože dotazníky byly určeny pro pracovníky v ústavní péči o osoby s duševním onemocněním, je zřejmé malé procento poskytování vzdělávacích služeb. Z otázky č. 18 vyplývá, že pacientům jsou doporučovány organizace, které poskytují komunitní péči např. Fokus Písek, Polydon Strakonice a ty vzdělávací služby poskytují. Nicméně se domnívám, že získat dovednosti v oblasti práce s počítačem či internetem, kurzy vztahující se k získání zaměstnání, by mohly být realizovány i v ústavní péči.

Předmětem otázky č. 25 bylo zjištění, zda respondenti využívají profesní supervizi. 52 % dotazovaných odpovědělo záporně, 6 % respondentů využívá v rámci své profese supervizi a 42 % nezná odpověď na tuto otázku. Tyto výsledky se však rozcházejí s tvrzením Venglářové a Mahrové, které uvádějí, že supervize je již poměrně běžnou metodou profesního rozvoje pracovníků při řešení náročných situací v práci s klienty (28). Domnívám se, že supervize v pomáhajících profesích je smysluplná a nezbytná. O práci v psychiatrických léčebnách to platí dvojnásob, neboť tato povolání jsou psychicky velice náročná a vyčerpávající. Díky supervizi se utváří týmové vztahy, zlepšuje se

komunikace v týmu, rozvíjí se osobnost každého zúčastněného a v neposlední řadě je supervize prevencí proti syndromu vyhoření.

Pokládám si otázku, proč tak velký počet respondentů ( 52 %) nevyužívá supervizi. Nemají možnost, neboť se v jejich zařízeních neprovádí, nemají sami zájem či nejsou motivováni ze strany zaměstnavatelů. Překvapil mě i velký počet dotazovaných (42 %), kteří označili možnost nevím. Myslím si, že termín supervize se ještě běžně nepoužívá a není tak ve zdravotně sociální oblasti ještě dostatečně zakotven. Z toho plyne tak velký počet respondentů, kteří neznají odpověď na tuto otázku. Sama však z praxe v psychiatrických léčebnách vím, že se rehabilitační tým (lékaři, psychologové, zdravotní sestry, terapeuti, sociální pracovníci) pravidelně schází a společně rozebírají jednotlivé klientské případy a plánují další postupy rehabilitace.

Otázka č. 26 se vztahovala k právnímu ukotvení uceleného systému rehabilitace. Pouze 6 % respondentů je přesvědčeno o dostačujícím právním ukotvení uceleného systému rehabilitace. Naopak většina, tedy 52 % dotazovaných, uvedla nedostačující právní ukotvení uceleného systému rehabilitace a 42 % respondentů nezná odpověď na tuto otázku. Návrh zákona o ucelené rehabilitaci (viz. Příloha č. 2) uvádí toto: V právním řádu České republiky není systém komplexní rehabilitace dosud zakotven. Existují však jednotlivé právní úpravy některých složek. Ačkoli se činnosti spadající do rehabilitace osob se zdravotním postižením provádějí v České republice ve všech jejích oblastech, nenalezneme v právních předpisech pro jejich komplexní poskytování dostatečnou oporu **(33)**.

Prostřednictvím šesti kasuistik byla analyzována situace v oblasti uceleného systému rehabilitace. Kasuistiky sloužily jako prostředek k dosažení výzkumného cíle. V rámci této práce byla použita technika obsahové analýzy dokumentů. Jednalo se o příjmovou zprávu, záznam o průběhu hospitalizace a informace z propouštěcí zprávy osob s vybraným duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách.

I když se jedná o kasuistiky osob s různou diagnózou, odlišnou věkovou strukturou, jinou sociální situací, je možno najít společné znaky u všech kasuistik. Ve

zdravotnické dokumentaci jsem u uvedených kasuistik našla nejvíce informací, týkající se léčebných prostředků rehabilitace. Je to zřejmé i z krátkodobého a dlouhodobého ošetrovatelského plánu, který je zaměřen výhradně na léčebné prostředky rehabilitace. Domnívám se, že ošetrovatelský plán by se měl zabývat klientem komplexně. I v otázce č. 16 většina respondentů připustila, že nejvíce spolupracují s léčebnou složkou rehabilitace.

V dlouhodobém ošetrovatelském plánu je zmínka o resocializaci pacienta. Chybí zde však popsané jednotlivé kroky a postupy, jak osoby s duševním onemocněním navrátit zpátky do aktivního života ve společnosti. Myslím si, že tyto jednotlivé kroky by měly být zaznamenány v individuálních rehabilitačních plánech, 70 % respondentů v otázce č. 23 však uvedlo, že s individuálními rehabilitačními plány nepracují. Zajímavé je zjištění, že příspěvek na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách pobírá pouze jedna klientka z šesti uvedených kasuistik. Toto zjištění se shoduje s článkem Bajera a Pěče, který vyšel v roce 2008 v časopisu Sociální práce: „Situaci v poskytování sociálních služeb lidem s duševními poruchami bohužel neulehčil ani nový zákon o sociálních službách, nyní již druhým rokem v platnosti. Lidé s duševními poruchami často nedosahují kritérií pro přiznání příspěvků na péči, které jsou předpokladem pro financování řady služeb“ (2).

Z výsledků mé práce lze vyvodit následující hypotézy:

**H1: Rehabilitace u osob s duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách je zaměřena na léčebnou složku rehabilitace.**

**H2: Pracovníci, kteří pečují o osoby s duševním onemocněním v psychiatrických léčebnách, nemají konkrétní představu o uceleném systému rehabilitace.**

Věřím, že poznatky uvedené v mé bakalářské práci mohou být využity k získání a prohloubení informací o ucelené rehabilitaci u osob s duševním onemocněním. Doufám, že výsledky mé práce povedou ke zkvalitnění péče o osoby s duševním onemocněním v psychiatrických léčebnách.



## 6 Závěr

Cílem mé práce bylo především analyzovat situaci v oblasti uceleného systému rehabilitace u osob s duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách. Dílčí cíle byly zaměřeny na popsání jednotlivých složek uceleného systému rehabilitace a zjištění informovanosti respondentů o uceleném systému rehabilitace.

Cílem uceleného systému rehabilitace je umožnit osobám s duševním onemocněním, aby dosáhly či si zachovaly optimální úroveň všech funkcí, dále pak poskytnutí prostředků k dosažení vyšší životní úrovně, integrace do aktivního života a společnosti.

V bakalářské práci se zabývám shrnutím obecných poznatků o uceleném systému rehabilitace a vybraných duševních onemocněních. Pomocí techniky standardizovaného dotazníku a obsahové analýzy dat jsem analyzovala situaci v oblasti uceleného systému rehabilitace u osob s duševním onemocněním.

Výsledky mé práce ukazují na to, že je v této oblasti stále co zlepšovat. Ukazuje se, že v oblasti znalosti uceleného systému rehabilitace existují u pracovníků v psychiatrických léčebnách určité rezervy. Myslím si, že změna je nutná i v oblasti právního ukotvení uceleného systému rehabilitace. Česká republika je jedna z mála zemí, která nemá zákon o rehabilitaci.

Z kasuistik je zřejmé, že rehabilitace osob s duševním onemocněním je zaměřena na léčebnou složku rehabilitace. Ve zdravotnické dokumentaci jsou záznamy týkající se zejména léčebné rehabilitace, pouze okrajově jsou zmíněny ostatní prostředky uceleného systému rehabilitace. Chtěla bych zde zmínit i individuální rehabilitační plány, které ještě nejsou běžnou součástí léčby.

Cílem mé bakalářské práce není zobecňování zjištěných výsledků na okruh osob s duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách. Zaměřila jsem se na konkrétní klienty a pracovníky pracující v psychiatrických léčebnách. Ze zjištěných výsledků jsem vytvořila hypotézy, které by se daly v případném dalším výzkumu potvrdit či vyvrátit.

## **7 Klíčová slova**

Demence u Alzheimerovy choroby

Duševní poruchy

Obsedantně-kompulzivní porucha

Psychiatrie

Schizofrenie

Ucelená rehabilitace

## 8 Seznam použitých zdrojů

1. ANDERS, M. *Schizofrenie- Ordinace* [online]. 08. 06. 2004. [cit. 2008-12-22]. Dostupné z:<<http://www.ordinace.cz/clanek/schizofrenie>.
2. BAJER, P.- PĚČ, O. Sociální práce s lidmi s duševní nemocí. *Sociální práce- Sociálna práca*, 2008, č. 1, s. 1-3. ISSN 1213-6204.
3. BÁRTOVÁ, S.- HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
4. ČAPZ. Česká asociace pro psychické zdraví. *Dokumenty k duševnímu zdraví*. [online]. [cit. 2008-12-02]. Dostupné z:<<http://www.capz.cz>
5. ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin: pojednání pro inteligentní čtenáře*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. 236 s. ISBN 80-7169-086-4.
6. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. 2. vyd. Maxdorf- MUDr. Jan Hugo, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7345-114-1.
7. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
8. DÖRNER, K. - PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 353 s. ISBN 80-246-0139-7.
9. HARTL, P.- HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 7776 s. ISBN 80-7178-303-X.

10. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
11. HOLLÝ, K.- HORNÁČEK, K. *Hipoterapie*. Ostrava: Montanex, 2005. 293 s. ISBN 80-7225-190-2.
12. HORČIČKO, J. Elektrokonvulzní terapie- ECT [online]. [cit. 2009-02-05]. Dostupné z: <<http://vasinasi.webnode.cz/o-nas/elektrokonvulzni-terapie-ect/>>.
13. HRDLIČKA, M.- HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada. 1999. 53 s. ISBN 80-7169-797-4.
14. CHODURA, V. *Psychiatrie*. 2. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 1999. 80 s. ISBN 80-7040-365-9.
15. Informace o zdraví, nemoci a vyšetření. *Alzheimerova choroba*. [online]. 08.06.2006. [cit. 2009-01-03]. Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/alzheimerova-choroba/gerontologie>>.
16. Informace pro lékaře: *O Alzheimerově chorobě* [online]. [cit. 2009-01-03]. Dostupné z: <<http://www.gwrontologie.cz/showdoc>>.
17. JANKOVSKÝ, J.- PFEIFFER, J.- ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
18. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Ssomatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

19. KOUKOLÍK, F.- JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1.vyd. Praha: Grada, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-6153.
20. KOUKOLÍK, F.- JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 161 s. ISBN 80-7169-716-8.
21. KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše*. 3.vyd. Praha: Galén, 2005 263 s. ISBN 978-80-7262-314-3.
22. KOUKOLÍK, F. *O vztahu lidského mozku a chování: Strukturální a funkční podklady některých neuropsychiatrických chorob*.1.vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-276-1.
23. KOZLOVÁ, L. *Výzkumné přístupy* [online]. [cit. 2009-03-17]. Dostupné z: <<http://www.eamos.cz/amos/kbs/externi/ks/s-305/2.htm>>.
24. KRATOCHVÍL, S. *Jak žít s neurózou*. 4. vyd. Triton, 2006. 216 s. ISBN 80-7254-553-1.
25. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2002. 392 s. ISBN 80-7178-657-8.
26. KROUŽKOVÁ, P. *Psychiatrická sekce Čas- Odborné texty: Historie psychiatrie*. [online]. 7.12.2007 [cit. 2008-11-05]. Dostupné z: <http://www.psychiatrikasekcecas.estranky.cz/clanky-odborne-texty-historie-psychiatrie/svetovedejiny-psychiatrie-a-pedopsychiatrie>.
27. KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

28. MAHROVÁ, G.- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
29. MALÁ, E. - PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
30. MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 196 s. ISBN 80-247-0737-3.
31. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
32. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
33. Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a o změně a doplnění některých a dalších zákonů [online]. [cit. 2008-01-04]. Dostupné z: <http://www.spdn-cr.org/media/soubory/zakony/kraceno-vzz-o-rehabilitaci-ozp.doc>
34. NICM- mezinárodní informační centrum pro mládež. *Psychické zdraví: Světový den duševního zdraví* [online]. [cit. 2008-12-15]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/taxonomy-menu/4/13>.
35. PFIZER, *Alzheimerova nemoc v rodině: Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. 1. vyd. Maxdorf, 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.
36. PRAŠKO, J. a kol. *Obsedantně kompulzivní porucha a jak se jí bránit*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 120 s. ISBN 80-7178-810-4.

37. PRAŠKO, J. *Psychiatrie pro střední zdravotnické školy*. 1.vyd. Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4.
38. RABOCH, J.- ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
39. RIPOVÁ, L. *Ochrana práv duševně nemocných v České republice z perspektivy Světové zdravotnické organizace*. [online]. [cit. 2009-02-14]. Dostupné z: <http://http://vida.ppzdravi.cz/Userdata/Medial/Original/VIDA/deklarace 5.pdf>.
40. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. 1. vyd. Sociologické nakladatelství (SLON), 2000. 80 s. ISBN 80-85850-00-1.
41. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
42. STRAUSS, A.- CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky, metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Albert, 1999. 228 s. ISBN 80-85834-60-X.
43. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
44. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. 182 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
45. VALENTA, M.- MÜLLER, O. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. 378 s. ISBN 978-80-7320-099-2.

46. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
47. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
48. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
49. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
50. WENIGOVÁ, B. *Stigma duševně nemocných v České republice* [online]. [cit. 2009-02-15]. Dostupné z: <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/index.php>>.
51. Zákon číslo 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. [online]. [cit. 2009-05-15]. Dostupné z: <<http://www.nconzo.cz/download/sbirky/2008/962004>>.
52. Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Úplné znění. Ostrava- Hrabůvka: Sagit, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7208-658-0.
53. Zákon číslo 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením, pracovní rehabilitace [online]. [cit. 2009-02-09]. Dostupné z: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost>>.



54. Zprávy- tn.cz. *Českým psychiatrům loni přibylo půl miliónu pacientů* [online].  
28. 07. 2008 [cit. 2008-11-15]. Dostupné z: <<http://www.tn.nova.cz/zpravy/>>.

## **9 Přílohy**

Příloha č. 1: Dotazník pro pracovníky v psychiatrických léčebnách

Příloha č. 2: Návrh zákona o rehabilitaci

Příloha č. 3: Psychiatrická léčebna Lnáře

Příloha č. 4: Psychiatrická léčebna – pobočka Dobřany „U Honzíčka“ Písek

Příloha č. 5: Psychiatrická léčebna – pobočka Dobřany „U Honzíčka“ Písek,  
pracovní terapie

Příloha č. 6: Mandala klienta s diagnózou schizofrenie

Příloha č. 7: Výrobky klientky s diagnózou obsedantně-kompulzivní porucha

Příloha č. 8: Výrobky klientky s diagnózou demence Alzheimerova typu

Příloha č. 1: Dotazník pro pracovníky v psychiatrických léčebnách

## **DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Synková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který bude sloužit jako podkladový materiál pro mou bakalářskou práci na téma **Ucelená rehabilitace u osob s duševním onemocněním**.

Prosím zaškrtněte jednu Vámi zvolenou odpověď, případně ji vypište. Ujišťuji Vás, že tento dotazník je zcela **anonymní**. Děkuji Vám za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Lenka Synková

tel: 603 143 397

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- Do 30 let
- 31- 40 let
- 41- 50 let
- 51 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní
- Vyučen/a
- Střední odborné s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

4. Na jaké pozici pracujete?

- Lékař
- Psycholog
- Sociální pracovník
- Terapeut
- Zdravotní sestra
- Nižší zdravotní personál
- Jiné

5. Jak dlouho ve svém oboru pracujete?

- Méně než 3 roky
- 3- 5 let
- 6- 10 let
- 11- 20
- 21 a více

6. S jakými diagnózami se v rámci své profese nejčastěji setkáváte?

- Neurotické poruchy (fobické úzkostné poruchy, sociální fobie, obsedantně kompulzivní porucha)
- Psychotické poruchy (schizofrenie, schizoafektivní porucha, deprese)
- Demence ( demence při Alzheimerově chorobě, vaskulární demence)
- jiné \_\_\_\_\_

7. Jaký typ péče považujete za optimální při rehabilitaci duševně nemocných?

- ambulantní péče
- ústavní péče
- komunitní péče
- kombinaci ambulantní a ústavní péče
- kombinaci ambulantní a komunitní péče

8. Domníváte se že, v Jihočeském kraji je dostatek zařízení, které poskytují komunitní (mimoústavní péči)?

- Ano
- Ne

9. Jaké rehabilitační a sociálně terapeutické činnosti jsou poskytovány ve Vašem zařízení? (možno označit více možností)

- individuální psychoterapie
- skupinová psychoterapie
- relaxační techniky
- autogenní trénink
- arteterapie
- ergoterapie
- muzikoterapie
- hipoterapie
- canisterapie
- léčebný kontakt s jinými zvířaty
- pohybová terapie

jiné \_\_\_\_\_

10. Zúčastnil/a jste se v někdy školení či odborného semináře týkající se oboru psychiatrie?

- Ano
- Ne

11. Zúčastnil/a jste se někdy školení či odborného semináře týkajícího se uceleného (komplexního) systému rehabilitace?

- Ano
- Ne

12. Dokázal/a byste uvést definici nebo charakteristiku uceleného systému rehabilitace?

- Ano (prosím vypište)
- 

- Ne

13. Myslíte si, že pro úspěšnou léčbu pacientů s psychiatrickou diagnózou je důležitá provázanost jednotlivých složek uceleného systému rehabilitace?

- Ano
- Ne
- Nevím

14. Domníváte se, že Vaše zařízení poskytuje ucelenou (komplexní) rehabilitaci?

- Ano
- Ne
- Nevím

15. Dochází ve Vašem zařízení k provázanosti (úzké spolupráci) jednotlivých složek rehabilitace?

- Ano
- Ne
- Nevím

16. S jakými složkami uceleného (komplexního) systému rehabilitace spolupracujete?  
(možno označit více možností)

- Léčebná rehabilitace
- Sociální rehabilitace
- Pracovní rehabilitace
- Pedagogická rehabilitace

17. Jaká složka uceleného (komplexního) systému rehabilitace je podle Vás nejdůležitější při komplexní péči o osoby s duševním onemocněním?

- Léčebná rehabilitace
- Sociální rehabilitace
- Pracovní rehabilitace
- Pedagogická rehabilitace
- Všechny současně

18. Spolupracuje Vaše organizace s jinými institucemi?

- Ano
- Ne
- Nevím

19. Pokud ano, napište prosím, s kterými organizacemi spolupracujete?

---

---

20. Domníváte se, že jsou Vaši pacienti dostatečně informováni o všech službách, které by byli pro ně vhodné?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

21. Mohou se Vaši pacienti vyjádřit ke své léčbě?

- Ano
- Ne
- Nevím

22. Pokud ano, uveďte prosím, jakým způsobem se mohou vyjádřit.

---

---

---

23. Pracujete s rehabilitačními individuálními plány?

- Ano
- Ne
- Nevím

24. Jsou ve Vašem zařízení realizovány vzdělávací služby pro pacienty?

- Ano
- Ne
- Nevím



25. Využíváte ve své organizaci profesní supervizi?

- Ano
- Ne
- Nevím

26. Myslíte si, že právní ukotvení uceleného (komplexního) systému rehabilitace je dostačující?

- Ano
- Ne
- Nevím

**Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci  
osob se zdravotním postižením  
a o změně a doplnění některých dalších zákonů**

## **1. Léčebná rehabilitace**

### **1.1. Popis současného stavu**

Léčebná rehabilitace je nedílnou součástí zdravotní péče a zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení.

Léčebná rehabilitace je zajišťována v rámci ambulantní (včetně stacionární) a lůžkové péče (nemocnice, odborné léčebné ústavy, včetně lázeňských). Měla by být zahajována již v období poskytování akutní zdravotní péče na všech odděleních klinických oborů, a to včetně zahájení možných a potřebných rehabilitačních opatření i na oddělení ARO.

Je-li léčebná rehabilitace zahájena a poskytnuta včas, až jedna třetina osob po těžkém úrazu nebo těžkém onemocnění se vrací zpět do původního prostředí a zaměstnání, tedy do původní kvality života.

Tvoří-li, ato s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu jedince, rehabilitační postupy převážnou část poskytované zdravotní péče, je pacient v nemocnicích akutní péče, kde je lůžkové oddělení včasné léčebné rehabilitace, přeložen na lůžko tohoto oddělení. Lůžkové oddělení včasné léčebné rehabilitace umožňuje hospitalizovaným pacientům absolvovat další potřebnou terapii, kterou jim původní oddělení nemůže poskytnout, tj. léčebnou rehabilitaci s vazbou na další složky rehabilitace. Rehabilitaci a její výstupy (krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán) zde za ideálních podmínek zabezpečuje tým zaměstnanců - rehabilitační lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeutové, ergoterapeutové, psycholog, speciální pedagog, ale i logoped a sociální pracovník. Počet lůžek včasné léčebné rehabilitace v nemocnicích akutní péče byl k 31. prosinci 2005 celkem 1487 (45 rehabilitačních oddělení), avšak jejich skutečná potřeba je podle požadavků praxe a zahraničních doporučení nejméně cca 3000 lůžek. Lze konstatovat, že počet tzv. lůžek následné péče je v České republice v nepoměru k nedostatku lůžek včasné léčebné rehabilitace v nemocnicích (k tomu viz výše).

Následná lůžková léčebná rehabilitace je v současné době poskytována pro stejné indikace jak v odborných léčebných ústavech a odborných lázeňských léčebných ústavech, tak i v některých léčebnách dlouhodobě nemocných.

V roce 2005 zajišťovalo rehabilitaci (ambulantní i ústavní) cca 525 lékařů, 232 ergoterapeutů, 586 všeobecných sester a 5 tisíc fyzioterapeutů. Celkem bylo provedeno

47 214 716 výkonů (3 252 754 vyšetření). Na jednoho lékaře připadalo cca 4 499 pacientů a na jednoho fyzioterapeuta cca 463 pacientů.

V průměru se v České republice na rehabilitaci léčilo 2 306 pacientů na 10 000 obyvatel. Nejvíce pacientů na 10 000 obyvatel se léčilo v hl. m. Praze (2 915), nejméně pak v Olomouckém kraji (1 793). Většina pacientů (81 %) byla léčena ambulantně.

Podle údajů ÚZIS bylo k 31. prosinci 2005 v nemocnicích v České republice celkem 58 000 akutních lůžek a 6 700 lůžek tzv. následné péče (péče ošetrovatelská a léčebně rehabilitační). V odborných léčebných ústavech bylo celkem 48 000 lůžek (z toho 7 000 v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, 9 500 v psychiatrických léčebnách, 1 000 v léčebnách TBC a respiračních nemocí, 1 000 v rehabilitačních ústavech a 24 000 v lázeňských léčebnách). Na všech těchto typech lůžek je též poskytována léčebná rehabilitace, avšak ne v plném rozsahu a pouze asi na polovině jejich počtu.

Většina výkonů potřebných v léčebné rehabilitaci je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Cílem je hradit rehabilitaci podle funkčních vyšetřovacích metod, a to tak dlouho, dokud se pacient v objektivních funkčních hodnoceních bude zlepšovat.

Kvalifikovaným odhadem lze konstatovat, že v letech 2003/2004 bylo na zdravotní péči související s léčebnou rehabilitací osob se ZP, hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, vynaloženo celkem 10,3/10,7 miliardy Kč, z toho 6,1/6,25 miliardy Kč přímo na poskytování zdravotní péče (z nich pouze 4,5 % na lůžka včasné léčebné rehabilitace v nemocnicích akutní zdravotní péče) a 4,2/4,45 miliardy Kč na prostředky zdravotnické techniky předepisované na poukaz (z toho skoro 1 miliarda Kč na pomůcky při inkontinenci).

## **1.2. Nedostatky**

V oblasti léčebné rehabilitace se vyskytují následující nedostatky, které je třeba řešit:

- často úzké zaměření (přetrvávající zaměření především na fyziatrii),
- při stejné indikaci je poskytována rozdílná úroveň léčebné rehabilitace - je nutné definovat obecné standardy, a to jak pro samotnou léčebnou rehabilitaci, tak i pro personální vybavení a věcné a technické zabezpečení provádění této rehabilitace,
- v návaznosti na vypracování standardů je třeba dosáhnout i odpovídajícího ekonomického ohodnocení této činnosti,
- mnohdy nedostatečné zajištění rozsahu léčebné rehabilitace, stejně jako provázanosti jejích nedílných součástí (včasná lůžková léčebná rehabilitace je tak velmi často zahajována pozdě a z důvodu nedostatku lůžkových oddělení včasné léčebné rehabilitace je prováděna většinou pouze fyzioterapie na akutních lůžkách klinických oborů, bez stanovení dlouhodobého rehabilitačního plánu multidisciplinárním týmem),
- nedostatečná koordinace poskytování rehabilitačních postupů, a to již od počátku rehabilitace, není dostatečně zajištěno, aby byla pacientovi

poskytnuta navazující péče po skončení hospitalizace na akutním lůžku, vážne také kontinuální poskytování léčebné rehabilitace, a to jak ambulantní, tak ústavní (lůžka následné péče),

- nejsou k dispozici kompletní statistické údaje, ale pouze dílčí statistiky o nákladech souvisejících s léčebnou rehabilitací,
- přes částečný úspěch s ustavením spinálních jednotek ještě stále chybí statut a podmínky dalších potřebných specializovaných center, zejména pro pacienty s poškozením mozku,
- neexistuje právní vymezení povinnosti ošetřujícího lékaře informovat osoby se ZP o možnostech nejen léčebné, ale komplexní rehabilitace (předpokládá se zařazení do připravovaného zákona o zdravotních službách).

## **2. Sociální rehabilitace**

### **2.1. Popis současného stavu**

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

V posledních deseti letech došlo v České republice k výraznému rozvoji sociální rehabilitace. Přispěly k tomu zejména nestátní neziskové organizace, a to především občanská sdružení osob se ZP, některá zdravotnická zařízení (odborné léčebné ústavy), nadace aj., které začaly provozovat střediska, kde mají osoby se ZP možnost naučit se základním dovednostem v oblasti sebeobsluhy, soběstačnosti, nácviku orientace apod.

Výrazné zlepšení právního stavu v oblasti sociální rehabilitace představuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, účinný od 1. ledna 2007, ve kterém je jako jeden z druhů sociálních služeb upravena i sociální rehabilitace.

Zákon upravuje základní činnosti, které je poskytovatel sociální rehabilitace povinen zajistit a jejichž obsah je v podobě úkonů uveden v prováděcím předpise. Mezi základní činnosti sociální rehabilitace patří:

- nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu,
- nácvik soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- základní sociální poradenství,

- v centrech sociálně rehabilitačních služeb je navíc poskytováno ubytování, strava a osobní hygiena.

Zákon přináší i zlepšení situace v oblasti informovanosti o sociální rehabilitaci, neboť všichni poskytovatelé sociálních služeb, tedy i ti, kteří mezi svou nabídku služeb zahrnou sociální rehabilitaci, jsou evidováni v částečně veřejném Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Rovněž spolupráce poskytovatelů jednotlivých složek rehabilitace by se měla zlepšit, neboť jedním ze standardů kvality sociálních služeb je i zajištění návaznosti služeb podle potřeb a osobního cíle uživatele. Spolupráci, výměnu informací a zajištění koordinované péče mezi poskytovateli rehabilitace léčebné, sociální, pedagogické a pracovní zákon sice neuvádí explicitně, nicméně tyto zásady rehabilitace jsou samozřejmým principem sociální práce a sociálních služeb a jsou zahrnuty v obsahu standardů kvality sociálních služeb, které má každý poskytovatel povinnost plnit a jejichž konkrétní obsah uvádí prováděcí předpis.

V neposlední řadě zákon přispěje i k aktivní účasti osob na zajištění sociálních služeb a ke zohledňování nejen jejich zdravotního stavu, ale i sociální situace a míry jejich závislosti na pomoci druhé osoby při rozhodování o zajištění služby vedoucí k jejich sociálnímu začlenění nebo prevenci před sociálním vyloučením.

Sociální rehabilitace je hrazena především z dotací MPSV a krajských úřadů poskytovaných nestátním subjektům, a to na základě „Zásad vlády ČR pro poskytování dotací ze státního rozpočtu České republiky nestátním neziskovým organizacím ústředními orgány státní správy“.

## **2.2. Nedostatky**

V oblasti sociální rehabilitace se vyskytují následující nedostatky, které je třeba řešit:

- osoby se ZP nemají právo na poskytování sociální rehabilitace (nicméně mají právo na poskytování některých dalších složek rehabilitace – právo na pracovní rehabilitaci, právo na vzdělání),
- není zajištěna provázanost a včasná návaznost na léčebnou rehabilitaci,

- chybí provázanost a koordinovanost s ostatními složkami rehabilitace,
- poskytování sociální rehabilitace není komplexní (poskytovatelé si sami své klienty vyhledávají a jejich činnost je často zaměřena jen na konkrétní, velmi úzce vymezenou činnost),
- nedostačující je předávání informací mezi jednotlivými poskytovateli sociálních služeb, poskytovateli ostatních složek rehabilitace a jejich klienty – osobami se ZP,
- chybí souhrnné statistické údaje dokládající stav v oblasti poskytování sociální rehabilitace.

### **3. Vzdělávání**

#### **3.1. Popis současného stavu**

Stávající právní úpravou jsou vytvořeny podmínky pro uspokojování vzdělávacích potřeb dětí předškolního věku, žáků ve věku plnění povinné školní docházky, žáků středních škol a studentů vyšších odborných škol se zdravotním postižením, resp. se speciálními vzdělávacími potřebami. Nové pojetí kurikulárních dokumentů umožňuje diferencovat a individualizovat proces vzdělávání s ohledem na vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením.

Do procesu institucionalizovaného vzdělávání v rámci působnosti resortu školství zpravidla vstupují děti nejdříve ve věku 3 let.

System vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením (dále jen „žáků“) doplňuje vytvořený systém poradenských zařízení, který poskytuje nezbytnou odbornou pomoc školám při zajišťování podmínek pro vzdělávání žáků, zejména při jejich vzdělávání formou individuální integrace v hlavním proudu vzdělávání.

Možnost zabezpečování rehabilitace ve školství upravují právní předpisy:

- vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů – podle § 11 odst. 4 „Ředitel speciální školy (legislativní zkratka pro označení školy samostatně zřízené pro děti, žáky nebo studenty se zdravotním postižením) může pro žáky se zdravotním postižením zajistit léčebně preventivní a rehabilitační péči.“

V praxi to znamená, že ředitel příslušné školy má možnost ve prospěch svých žáků vytvářet podmínky pro činnost poskytovatelů jiných složek rehabilitace, která je prováděna na základě konkrétní zjištěné indikace a podmínek stanovených příslušnými právními předpisy pro danou složku rehabilitace.

- zákon č. 306/1999 Sb., o dotacích soukromým školám, předškolním a školským zařízením, ve znění pozdějších předpisů - § 1 odst. 2 – „Dotace se poskytuje k financování neinvestičních výdajů souvisejících s výchovou a vzděláváním ve školách a se službami a vzděláváním, které doplňují nebo podporují vzdělávání ve školách nebo s ním přímo souvisí, nebo zajišťováním ústavní nebo ochranné výchovy nebo preventivně výchovné péče ve školských zařízeních (dále jen „školské služby“) a s běžným provozem školy nebo školského zařízení s výjimkou nájemného ... a u právnických osob, které poskytují vzdělávání a školské služby pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením i s rehabilitací.

### **3.2. Nedostatky**

V oblasti vzdělávání se v zajištění rehabilitace vyskytují následující nedostatky, které je třeba řešit:

- chybí systémová koordinace provádění rehabilitace v indikovaných oblastech,
- chybí právní opora pro koordinované zabezpečování rehabilitace,
- není systémově vyřešen způsob předávání informací mezi poskytovateli jednotlivých složek rehabilitace,
- není vyřešeno poskytování informací o poskytovatelích jednotlivých složek rehabilitace pro osoby se ZP, popř. pro jejich rodiče (zákonné zástupce),
- značným problémem je pracovní uplatnění zdravotně postižených absolventů škol a aktivace osob, které jsou z důvodu těžkého zdravotního postižení po absolvování školy obtížně uplatnitelné nejen na otevřeném trhu práce, ale i v chráněných dílnách či pracovištích.

## **4. Pracovní rehabilitace**

### **4.1. Popis současného stavu**

Pracovní rehabilitaci upravuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se ZP, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce. Pracovní rehabilitace je opatřením aktivní politiky zaměstnanosti, k vyrovnání příležitostí osoby se ZP na trhu práce a součástí komplexu činností a opatření vedoucích k její plné integraci.

**Zařazení osoby se ZP do procesu pracovní rehabilitace vychází z posouzení jejího zdravotního stavu, její pracovní způsobilosti, jí dosaženého vzdělání a získaných dovedností a situace na trhu práce.**

Pracovní rehabilitaci úřad práce poskytuje osobě se ZP, která vyplní Žádost o pracovní rehabilitaci, předloží doklad osvědčující skutečnost, že je osobou se ZP a splňuje podmínky stanovené v § 67 cit. zákona. Přitom není rozhodující, zda je žadatel o pracovní rehabilitaci veden v evidenci úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání. Osobě se ZP, která nepobírá dávky nemocenského pojištění, starobní důchod nebo mzdu (plat) nebo náhradu mzdy (platu), náleží po dobu přípravy k práci a konání specializovaných rekvalifikačních kurzů na základě rozhodnutí úřadu práce podpora při rekvalifikaci.

Na každém úřadu práce je ustanovena odborná pracovní skupina (§ 7 odst. 5 zákona č. 435/2004 Sb.), která na základě doloženého zdravotního stavu zájemce, zachovaných schopností pracovat, doporučení např. z ergodiagnostického vyšetření atd. posoudí a navrhne vhodné formy pracovní rehabilitace. Se zájemcem o pracovní rehabilitaci je uzavřena Žádost o pracovní rehabilitaci a dále je s ním sestaven Individuální plán pracovní rehabilitace, který je ve své podstatě harmonogramem naplňování dohodnutého postupu vedoucího k pracovnímu uplatnění.

V odborné skupině nejsou pouze zaměstnanci úřadu práce, ale také např. lékař, zástupce sociálních agentur, zástupce neziskových organizací zabývajících se problematikou osob se ZP, zástupce zaměstnavatelů, zaměstnávajících osoby se ZP.

Formy pracovní rehabilitace, které odborná skupina pro konkrétního zájemce stanoví, je úřad práce povinen plně uhradit, a to především z prostředků na aktivní politiku zaměstnanosti. Přesné údaje o druzích nákladů hrazených úřadem práce a způsobu jejich úhrady stanoví vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004, a to v ust. § 2 – 5. V roce 2005 byly roční náklady úřadů práce na poskytování pracovní rehabilitace všem osobám se ZP pouze 53 000 Kč. Za rok 2006 nejsou žádné údaje k dispozici vzhledem k tomu, že tyto výdaje již nejsou samostatně sledovány.

Formy pracovní rehabilitace jsou:

- poradenská činnost (bilanční diagnostika, pracovní diagnostika, ergodiagnostika poradenství pro volbu povolání, poradenství pro volbu a změnu zaměstnání, poradenství pro volbu rekvalifikace, poradenství pro volbu přípravy k práci, poradenství při výběru vhodných nástrojů APZ),
- příprava na budoucí povolání (nástup na soustavnou přípravu na povolání - návrat do školské soustavy),
- příprava k práci (příprava k práci na pracovištích zaměstnavatele osoby se ZP, příprava k práci prováděná u právnické nebo fyzické osoby),
- specializované rekvalifikační kurzy (profesní rekvalifikace - pro D a THP, rozšíření kvalifikace, příprava k podnikání),
- zprostředkování zaměstnání (poradenství pro zprostředkování vhodného zaměstnání, poradenství k jiné výdělečné činnosti - SVČ, agenturní zprostředkování zaměstnání),



- udržení a změna zaměstnání, změna povolání (aktivizační a motivační programy),
- vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání (asistované zaměstnání, příspěvek zaměstnavateli na vytvoření chráněného pracoviště pro osobu se ZP),
- vytváření vhodných podmínek pro výkon jiné výdělečné činnosti – SVČ (příspěvek osobě se ZP na zřízení SÚPM za účelem výkonu SVČ).

V rámci pracovní rehabilitace mohou úřady práce poskytovat rovněž služby, a to poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti a dále teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a mohou pomoci vytvářet vhodné podmínky pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

U zaměstnavatele, u něhož lze přizpůsobit pracovní místo pro potřeby osoby se ZP, může v rámci pracovní rehabilitace úřad práce pro zájemce smluvně zajistit „přípravu k práci osoby se ZP.“

Pracovní rehabilitaci lze z hlediska právní úpravy považovat za nejuceleněji propracovanou oblast rehabilitace. Všechny potřebné dokumenty a smlouvy sloužící k zajištění pracovní rehabilitace jsou v jednotné podobě k dispozici všem úřadům práce v OK systému.

V roce 2007 se opět obnovila diskuse o zřízení tzv. „rehabilitačního fondu“, ve kterém by byly shromažďovány finanční prostředky získané formou odvodů do státního rozpočtu od zaměstnavatelů s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru, kteří nezaměstnávají osoby se ZP a ani nevyužívají náhradního plnění. Takto získané prostředky by byly využity na vzdělávání a rekvalifikaci osob se ZP a na podporu jejich pracovní rehabilitace. Rehabilitační fond by byl transparentním zdrojem financování pracovní rehabilitace, jeho zřízení však nezávisí pouze na MPSV, ale především na MF.

Vzhledem k značně rozdílným regionálním možnostem jednotlivých úřadů práce pro poskytování pracovní rehabilitace nebyla statisticky zjišťována fakta o poskytování (množstevním i forem) pracovní rehabilitace nad rámec běžně prováděné statistiky o počtu osob se ZP v evidenci úřadů práce. Nebyla by objektivní a neposkytovala by skutečný stav činnosti úřadů práce s osobami se ZP.

## 4.2. Nedostatky

V oblasti pracovní rehabilitace se vyskytují následující nedostatky, které je třeba řešit:

- zákon o zaměstnanosti zaručuje poskytování pracovní rehabilitace osobám se ZP bez jakýchkoliv vazeb a respektování ostatních oblastí rehabilitace a také bez možnosti různé druhy rehabilitace propojit (chybějící provázanost jednotlivých oblastí rehabilitace),

- u některých skupin osob se ZP (osoby plně a částečně invalidní – tzv. automatický okruh) nemají úřady práce k dispozici údaje o pozitivní pracovní rekomandaci, byť obecné, ve věcech zdravotní způsobilosti k práci,
- síť rehabilitačních center, v nichž by mohlo dojít k ověření zachovaného pracovního potenciálu osoby se ZP, je nedostatečná,
- není právně zakotvena povinnost objektivního vyhodnocení zachovaných pracovních schopností osoby se ZP. Je pouze na zvážení úřadu práce, zda požádá o toto vyhodnocení nebo vyjde z posudku (bez ohledu na časový odstup) orgánů sociálního zabezpečení,
- administrativně i časově (v řadě případů i finančně) je zajištění a uskutečnění pracovní rehabilitace náročné, úřad práce proto raději (a pokud je to možné) volí zařazení osoby se ZP do běžných rekvalifikačních kurzů, vytvořením chráněného pracovního místa nebo zařazením do chráněné pracovní dílny, eventuálně finančními dotacemi na samostatně výdělečnou činnost osoby se ZP,
- není dořešen postih osoby se ZP zařazené do pracovní rehabilitace v případě její velké nebo absolutní nespolupráce při jednání s úřadem práce a neplnění navržené formy pracovní rehabilitace,
- problémem je také postupné zavádění pracovní rehabilitace osob se ZP jako nového nástroje aktivní politiky zaměstnanosti (zaměstnanci služeb zaměstnanosti získávají první zkušenosti, což se projevuje mj. ve velmi nízkém počtu osob se ZP, kterým byla pracovní rehabilitace poskytnuta),
- z výsledků výzkumu „Analýza příčin nízké zaměstnanosti zdravotně postižených žen“ vyplývá, že situace zdravotně postižených žen na trhu práce je horší než zdravotně postižených mužů.



Příloha č. 3 – Psychiatrická léčebna Lnáře



Příloha č. 4 – Psychiatrická léčebna „U Honzíčka“ Písek



Příloha č. 5 – Psychiatrická léčebna – pobočka Dobřany „U Honzíčka“  
Písek, pracovní terapie



Příloha č. 6 – Mandala klienta s diagnózou schizofrenie



Příloha č. 7 – Výrobky klientky s diagnózou obsedantně – kompulzivní porucha



Příloha č. 8 – Výrobky klientky s diagnózou demence Alzheimerova typu

