

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH  
BUDĚJOVICÍCH**

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Bakalářská práce

2007  
Prolová

Michaela

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Program Zdraví 21 s ohledem na duševně nemocné**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Václav Šnorek

Autor práce: Michaela Prolová

14. 5. 2007

## **(ABSTRACT) THE PROGRAMME OF HEALTH 21 REGARDING TO MENTALLY ILL PEOPLE**

The reform of psychiatry builds nowadays a substantial problem of the entire eastern, western and middle Europe. The process of the new defining of the psychiatric care represents a reform in the double sense. It is a substantial change of values of the providing of the medical treatment and care for mental patients and it builds a radical change in the structure and models of the care for the mental health as well.

There was made a quantitative research concerning the “The Programme of Health 21 regarding ill people” using the method of the questioning by one’s own questionnaire. The questionnaire was filled in by two groups of respondents. The students of postgraduate health socials courses of study built the first group. Overall, it was distributed 100 questionnaires and returned 100 questionnaires as well. The return ability was 100%. The professionals from the sphere of the hospital and community care built the second group. It was distributed 90 questionnaires on the whole and returned 51 of them. The return ability was also 57%.

The main aim of my bachelor’s thesis was to map the present forms of the care for mental patients in Czech Republic with regard to their extension, availability and exploitation. The other aim of the thesis was to find out the attitudes of the professionals from the sphere of the hospital care to the single forms of the care for mental patients, to find out the attitudes of the professionals from the sphere of the community care to the forms of the care for the mental patients and to map the attitudes of the students of postgraduate health socials courses of study in this respect.

There were set four hypotheses on the basis of these aims. The first thesis built the assumption that the professionals from the sphere of the hospital and

community care are informed about all the possibilities of the care for mental patients. This hypothesis was confirmed. The second hypothesis supposed that the professionals from the sphere of the hospital psychiatric care consider the community care for the mental patients as less effective than the hospital care. This hypothesis was also confirmed. The third hypothesis supposed that the professional from the sphere of the community care consider the hospital psychiatric care for the mental patients as less effective than the community care. This hypothesis was not confirmed. The fourth hypothesis supposed that the mental patients prefer the combination of the hospital and community psychiatric care. The fourth hypothesis was confirmed as well.

Thanks to this bachelor's thesis, I was forced to study all the required professional literature and I enlarged my knowledge in the sphere of the care for mental patients. It was very difficult for me to choose what is "the most important". All the information I worked with were connected and made a whole. That is why I would like to get on with this theme also in the future as the topic of my diploma thesis.

The executed tests results imply that the cooperation of the psychiatric facilities with the facilities of the community care is constantly getting better. Unfortunately, there is still no legal status in our country, which would enable a noticeable change in the system of the care for mental patients. Professionals from the sphere of the care for mental patients specified as the main difficulties of the community care: the problems with the financing of the community care, furthermore that there is a insufficient net and capacity of community centres and last but not least also the insufficient protection of the surroundings of the client in the case of his or her aggression. Professionals from the sphere of the care for mental patients specified as the main difficulties of the hospital treatment: stigmatisation, institutionalism, hospitalise and the lack of staff in regard to the

capacity of the facility and also insufficient contact with patients as a consequence of the press of time, which is caused among others also by excessive paperwork.

In conclusion, I would like to say that the basic of the change in the attitude to mental patients is the acquaintance, lifelong and especially further postgraduate education of psychiatric, psychological and psychotherapeutic specialists, appropriate legislation, emphasis on the quality of life, better cooperation and sequence of the system of the care for mental patients and the financial support of the state. Only this way can be facilitated the resocialization and integration of mental patients into the society.

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Program Zdraví 21 s ohledem na duševně nemocné vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 14. 05. 2007

.....

### Poděkování

Děkuji panu Mgr. Václavu Šnorkovi za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji panu Mgr. Pavlu Říčanovi za cenné rady při zpracování této bakalářské práce a také za poskytnutou odbornou literaturu. Děkuji všem respondentům za pomoc při realizaci průzkumného šetření, a to zejména Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod, psychiatrickému oddělení Nemocnice s poliklinikou Klatovy, respondentům z Psychiatrické léčebny Bohnice a v neposlední řadě i Psychiatrické léčebně Opařany.



# OBSAH

|   |    |
|---|----|
| ÚVOD.....   | 8  |
| 1. SOUČASNÝ STAV .....  | 10 |
| <b>1.1. Program Zdraví 21 s ohledem na duševně nemocné</b> .....  | 10 |
| 1.1.1. Cíl 6: Zlepšení duševního zdraví .....   | 10 |
| 1.1.1.1. <i>Dílčí úkol 1</i> .....  | 11 |
| 1.1.1.2. <i>Dílčí úkol 2</i> .....  | 13 |
| <b>1. 2. Historie psychiatrie</b> .....   | 14 |
| 1.2.1. Starověk .....   | 15 |
| 1.2.2. Středověk .....  | 16 |
| 1.2.3. Renesance .....  | 17 |
| 1.2.4. Absolutismus a osvícenství.....  | 18 |
| 1.2.5. Industrializace a romantismus .....  | 19 |
| 1.2.6. 19. století.....   | 20 |
| 1.2.7. 20. století.....   | 21 |
| <i>JIPP – jednotky intenzivní psychiatrické péče</i> .....  | 23 |
| <b>1.3. Speciální psychiatrie</b> .....   | 25 |
| 1. 3. 1. Duševní poruchy .....  | 25 |
| 1.3.1.1. <i>Demence</i> .....   | 25 |
| 1.3.1.2. <i>Závislost na alkoholu</i> .....   | 26 |
| 1.3.1.3. <i>Závislost na jiných drogách</i> .....   | 28 |
| 1.3.1.4. <i>Schizofrenie</i> .....  | 29 |
| 1.3.1.5. <i>Poruchy nálady</i> .....  | 30 |
| 1.3.1.6. <i>Neurotické poruchy</i> .....  | 31 |
| 1.3.1.7. <i>Poruchy osobnosti</i> .....   | 32 |
| 1.3.1.8. <i>Poruchy pohlavní identity</i> .....   | 33 |
| 1.3.1.9. <i>Poruchy sexuální preference</i> .....   | 33 |
| 1.3.1.10 <i>Poruchy příjmu potravy</i> .....  | 33 |
| <b>1.4. Vlivy prostředí na vznik psychických chorob</b> .....   | 34 |
| 1.4.1. Vlivy prostředí v prenatálním a postnatálním období .....  | 34 |
| 1.4.1.1. <i>Prenatální vlivy působící na vývoj plodu</i> .....  | 34 |
| 1.4.1.2. <i>Postnatální vlivy, které mohou ovlivnit</i><br><i>a poškodit psychický vývoj dítěte</i> ..... | 35 |
| 1.4.2. Specifičnost působení různých sociálních faktorů.....  | 35 |
| 1.4.2.1. <i>Rodina</i> .....  | 36 |
| 1.4.2.2. <i>Vrstevnická skupina</i> .....   | 36 |
| 1.4.2.3. <i>Škola a pracoviště</i> .....  | 37 |
| 1.4.2.4. <i>Společnost</i> .....  | 38 |

|   |    |
|---|----|
| <b>1.5. Transkulturální psychiatrie</b> .....   | 38 |
| 1.5.1. Svěrázné kulturně podmíněné jednotky .....   | 39 |
| <b>1.6. Psychiatrie na konci tisíciletí</b> .....   | 41 |
| 1.6.1. Péče o kriminální recidivisty s nepsychotickými duševními poruchami.....                 | 41 |
| 1.6.2. Interakce psychiatrie a veřejnosti .....   | 41 |
| 1.6.3. Model psychiatrické reformy.....   | 42 |
| <b>1.7. Sociální psychiatrie</b> .....  | 44 |
| 1.7.1. Ekonomie v psychiatrii, možnosti modelování a populační změny v období transformace..... | 45 |
| 1.7.2. Nový vzdělávací program v psychiatrii .....  | 47 |
| 1.7.3. Odstranění hradeb psychiatrie vůči veřejnosti i ostatním medicínským oborům .....        | 48 |
| 1.7.4. Formy hospitalizace .....  | 49 |
| 1.7.5. Čtyři nejčastější způsoby léčby duševně nemocných .....                                  | 50 |
| 1.7.6. Psychoterapie .....  | 51 |
| 1.7.6.1. <i>Druhy psychoterapie</i> .....   | 52 |
| 1.7.6.2. <i>Cíle psychoterapie</i> .....  | 53 |
| 1.7.7. Služby pro duševně nemocné .....   | 53 |
| 1.7.8. Komunitní vzdělávání.....  | 54 |
| 1.7.8.1. <i>Cíle a způsoby poskytování služeb</i> .....   | 56 |
| 1.7.8.2. <i>Jednání se zájemcem o službu</i> .....  | 56 |
| 1.7.8.3. <i>Personální zajištění a návaznost na další zdroje</i> .....                          | 56 |
| 1.7.8.4. <i>Profesní rozvoj pracovníků a celého týmu</i> .....                                  | 57 |
| 1.7.8.5. <i>Supervize</i> .....   | 57 |
| 1.7.9. Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění.....                                   | 57 |
| 1.7.9.1. <i>Pohyb a psychika</i> .....  | 58 |
| 1.7.9.2. <i>Podstata kinezioterapie</i> .....   | 59 |
| 1.7.9.3. <i>Prostředky kinezioterapie</i> .....   | 59 |
| 1.7.9.4. <i>Formy kinezioterapie v léčbě psychiatrických pacientů</i> .....                     | 59 |
| 1.7.9.5. <i>Kinezioterapie v oblasti prevence</i> .....   | 60 |
| 1.7.10. Program pro dobré zdraví .....  | 61 |
| <b>2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....   | 63 |
| <b>2.1. Výzkumné cíle</b> .....   | 63 |
| <b>2.2. Hypotézy</b> .....  | 63 |
| <b>3. METODIKA</b> .....  | 64 |
| <b>3.2. Charakteristika výzkumného souboru</b> .....  | 64 |

|   |           |
|---|-----------|
| 4. VÝSLEDKY .....   | 65        |
| <b>4.1. Výsledky výzkumu mezi studenty pregraduálních zdravotně-sociálních programů .....</b> | <b>65</b> |
| <b>4.2. Výsledky výzkumu mezi profesionály z oblasti ústavní a komunitní péče ...</b>         | <b>85</b> |
| 5. DISKUSE.....   | 102       |
| 6. ZÁVĚR .....  | 105       |
| 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....  | 107       |
| 8. KLÍČOVÁ SLOVA .....  | 111       |
| 9. PŘÍLOHY .....  | 112       |

**Citát :**

***„Kdo přestal žít iluzemi, ten už nemá srdce, neboť náš cit, ať už jej vyvolalo cokoli, je nemyslitelný bez volnějšího či užšího vztahu k bližnímu. Jak se ale máme pro něco nadchnout, když poznáme, jak je to ubohé a pomíjivé? Člověk ztratí svůj cit, jakmile svět, v němž jediném se srdce může rozpínat, nechá padnout závoj, jakmile člověk přestane věřit v síly duše.“***

***Leopardi Giacomo***

## **ÚVOD**

Téma bakalářské práce jsem si zvolila ze dvou hlavních důvodů. Jednak můj zájem o psychiatrickou péči o duševně nemocné mne provází po celou dobu studia na Zdravotně sociální fakultě, zejména však kvůli vlastní zkušenosti s rodinným příslušníkem. Myslím si, a v této práci chci svou domněnku i sama pro sebe ověřit, že se člena naší rodiny mohlo dostat jiného přístupu při péči a mohla mu být nabídnuta široká škála služeb, kterých mohl využít.

Humánního zacházení se duševně nemocným v historii lidstva mnoho nedostalo. Historie se zmiňuje převážně o útrapách, mučení, upalování, popravách duševně nemocných. Pro psychiatrii se vlastně středověk prodloužil až do 18. století – bezútěšné žaláře, hladomorny, bičování, vyhánění do lesů, veřejné vystavování v kleci, exorcismus, trestání za čarodějnictví.

Účinná psychiatrická terapie prakticky do počátku 20. století neexistovala, proto se pouze sledoval přirozený průběh duševních chorob a čekalo se na spontánní remisi onemocnění. Již tehdy mělo velký význam zaměstnávání. Pro nemocné, neklidné a vzrušené neexistovaly účinné léky a používalo se mechanických zařízení, jako byla například rotační rakev s využitím překrvení nebo odkrvení mozku, dále svěrací kazajky a svěrací rukavice, imobilizační kurtování a izolační pokoje. Vzorem moderního psychiatrického ústavu se stal pražský ústav v Kateřinkách s rozvinutou pracovní terapií a dobrou úrovní

ošetřovatelské péče. Psychiatrie prožila dle Winsladea v uplynulých 130 letech tři charakteristické éry. Období kustoidální (1870 - 1930), období terapeutické (1930-1950) a období systémových teorií (1950 - dosud).

Zájem a odpovědnost státu o zdraví obyvatel jsou vymožeností až 18. století. Dříve bylo zdraví soukromou záležitostí jednotlivce. Výhody zdravého obyvatelstva se staly i výhodami státu, takže vznikla státem organizovaná zdravotní péče. Právo na péči bylo zakotveno do Listiny základních lidských práv a svobod. Péče o zdraví se stává velmi nákladnou, a tak se dostává do oblastí, kde se uplatňuje vzájemná solidarita občanů, zdravých a nemocných, mladých a starých, bohatších a chudších, ve formě nejrůznějších pojišťovacích systémů. Obdobný vývoj přinesl i rozvoj sociálního zabezpečení.

V souvislosti s humanizujícími tendencemi ve společnosti, s rozvojem lékařské vědy, s prosazováním lidských práv a etických zásad se zlepšuje i situace v našich psychiatrických zařízeních. V české republice se vydává na zdravotnictví asi 7 - 8% z hrubého domácího produktu. Na psychiatrickou péči připadají asi jen 1,5 - 2,0% ze všech výdajů na zdravotnictví. Tomu odpovídá zastaralost většiny lůžkových oddělení.

V současnosti se omezuje akutní léčebná činnost psychiatrických léčeben na úkor péče ošetrovací a zavádějí se nové rehabilitační metody. S těmito změnami se mění i postoj veřejnosti k psychicky nemocným osobám, jsou lépe přijímáni, postoje k nim jsou realističtější a humanističtější, jsou méně ovlivňovány předsudky a obavami. Psychiatři už nemají pověst podivínů, kouzelníků nebo trýznitelů. Stále více osob má zkušenosti s ambulantní psychiatrií a i to odstraňuje pověry a záhadnosti psychiatrie a psychických poruch. Proto jsem si jako hlavní cíl své práce vytýčila zmapování dostupnosti a využívání současných forem péče o duševně nemocné.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1. Program Zdraví 21 s ohledem na duševně nemocné

Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších souvislostech. Deklarace byla přijata, aby zdůraznila a podpořila program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny ve 21. století. Význam dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století je v tom, že představuje racionální, dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj, vypracovaný týmy předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. <sup>(27)</sup>

Důležitým cílem ZDRAVÍ 21 je snížit rozdíly ve zdravotním stavu uvnitř států a mezi státy Evropy, protože jsou jedním z prvků sociálních nerovností a faktorem, který může ovlivňovat stabilitu národních společenství a v důsledcích i regionu. ČR z tohoto hlediska nepatří mezi země s kritickou úrovní zdravotního stavu obyvatelstva, není však bez problémů a přes znatelný pokrok dosud nedosáhla parametrů zdraví v nejvyspělejších demokratických průmyslových státech. <sup>(27)</sup>

### 1.1.1. Cíl 6: Zlepšení duševního zdraví

*(Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb.)*

V oblasti péče o duševní zdraví má být věnováno hodně pozornosti snižování stigmatu spojeného s duševním onemocněním, prevenci a podpoře duševního zdraví. Důležitou roli v péči o osoby s duševní poruchou má hrát primární péče. Péče ve velkých psychiatrických zařízeních a léčebnách musí být

nahrazena vyváženou kombinací psychiatrické nemocniční péče a komunitní péče. Zdravotnický personál pečující o nemocné musí být způsobilý a kontinuálně vzděláván tak, aby dokázal identifikovat rizikové faktory, působit na ně a vhodně používat moderní léčebné metody. Pozornost v péči o duševní zdraví je nutno věnovat především rizikovým skupinám obyvatel. <sup>(29)</sup>

#### *1.1.1.1 Dílčí úkol 1*

*Podstatně omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se se stresujícími životními okamžiky.*

V posledních deseti letech v ČR sice probíhá postupná proměna péče o duševně nemocné, ale tato transformace probíhá spíše živelně. Nemá jasnou koncepci, koordinaci, financování na celostátní i regionální úrovni. V ČR je s duševními onemocněními i službami pro ně určenými stále spojeno vysoké stigma. Informovanost široké veřejnosti o problematice duševního zdraví a duševní nemoci je nedostatečná. Existují programy drogové prevence, méně již programy podpory duševního zdraví, prevence stresů, duševních poruch. <sup>(28)</sup>

Primární péče je jen částečně propojena s oblastí péče o duševní zdraví. Pracovníci primární péče nejsou vždy plně informováni o včasné diagnostice a moderních přístupech prevence, terapie a rehabilitace duševních poruch. Uspořádání lůžkové psychiatrické péče je nevyhovující. Je poskytována na 11 400 lůžkách, většina z nich je stále umístěna ve velkých, někdy zanedbaných psychiatrických léčebnách. Kvalita péče je někdy nevyhovující i z hlediska lidských práv pacientů. Jen kolem 20% lůžkové kapacity je umístěno v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic.

Péče mimo nemocniční je poskytována v psychiatrických ambulancích, jejichž kapacita je v řadě míst nedostatečná. Teprve v posledních letech se rozvíjejí komunitní zařízení a služby (krizová centra, denní stacionáře, chráněné

dílňy, chráněné bydlení atd.) jsou ve zcela nedostatečném množství. Nedořešená zůstává otázka kompetencí a spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním resortem zvláště v oblasti péče o osoby s dlouhodobými duševními poruchami.

(29)

Ke splnění dílčího úkolu je třeba:

- § vytvořit komplexní řešení péče o duševní zdraví včetně transformace stávající péče,
- § zajistit racionální využívání stávajících finančních zdrojů tak, aby systém péče o duševně nemocné byl motivován k transformaci a zajištění regulérního financování nově zaváděných služeb,
- § v rámci systému zvyšování kvality péče vytvořit standardy diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv,
- § transformaci systému přesunem většiny akutní psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, domácí péče a systému krizových center,
- § zkvalitnit a restrukturalizovat lůžka následné péče v psychiatrických léčebnách celkovou humanizací psychiatrických léčeben, zvýšit kapacity a kvality socio-rehabilitačních programů, zvýšit návaznost péče v PL na mimonemocniční (komunitní) péči a přesunout část kapacit následné péče do komunitní péče tak, aby celková kapacita následné péče v psychiatrických léčebnách nepřesahovala 5000-6000 lůžek a aby pokud možno žádná z psychiatrických léčeben neměla kapacitu větší než 500 lůžek,
- § zvýšit zapojení služeb komunitní a primární péče do prevence a do péče o duševní zdraví,
- § začlenit nové přístupy a formy péče o duševně nemocné do pregraduálních, postgraduálních a kontinuálních systémů vzdělávání a dle potřeby vytvářet nové programy pro odpovídající poskytovatele péče.

(27)



### 1.1.1.2. Dílčí úkol 2

*Snížit počet sebevražd alespoň o jednu třetinu.*

Sebevraždennost v ČR od roku 1970 pozvolna klesá z 33/100.000 obyvatel na 23/100.000 obyvatel (1999). ČR tak stojí asi v polovině řady 50 evropských států. Je vyšší mezi populací mužskou, což je všeobecný jev. Příčiny poklesu počtu sebevražd u nás nejsou známy. Od roku 1990 je v ČR ve věkové kategorii dospívajících (15 - 19 let) patrný vzestup. Sebevraždennost je ve státech Evropy na 2. (muži), event. 3. (ženy) místě úmrtnosti ve věkové skupině 15 - 34 let. Je ale známo, že dokonané sebevraždy souvisí sice jen částečně, ale zřetelně:

- s věkem – vysoký výskyt v populaci nad 69 let, a to zvláště u mužů. U mladistvých je vysoký počet sebevraždenných pokusů,
- s výskytem duševních poruch (zvláště s depresivní poruchou, se závislostmi na alkoholu, se schizofrenií a s akutními psychickými krizemi),
- s náboženským přesvědčením,
- s dalšími méně významnými faktory – rodinná zátěž, životní ztráty, izolovanost a nedostatek kontaktů s lidmi, rozpad rodiny, povahové vlastnosti....).<sup>(29)</sup>

Naproti tomu není zřejmé, že by sebevraždy souvisely se socioekonomickými změnami ve společnosti. Sebevraždenných pokusů je asi 10 - 20x více než dokonaných sebevražd. V ČR existují dlouhodobé statistiky sebevraždennosti. Evidence a analýza sebevraždenných pokusů byla v roce 1992 zrušena. Speciální evidence a prevence nyní neexistuje.<sup>(27)</sup>

#### Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

- § Systematické školení lékařů primární péče v rozpoznání a léčení deprese, nebezpečí sebevraždy a kultivace vztahu lékař – pacient.
- § Zlepšení a zvýšení efektivity psychiatrických služeb rozšířením sítě krizových center, linek důvěry a psychiatrických oddělení nemocnic,

vybudování sítě protialkoholních poraden a zlepšení dostupnosti inovativních psychofarmak.

§ Snížení stigmatu psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace.

§ Opětovné zavedení evidence sebevražedných pokusů. <sup>(29)</sup>

## 1. 2. Historie psychiatrie

V dávnověku si lidé nebyli schopni vysvětlit nejjednodušší přírodní jevy. Jejich myšlení bylo magické. Proto místo o skutečných příčinách uvažovali o zásahu nadpřirozených mocností a sil. Duševní choroby pak byly vysvětlovány posedlostí zlými duchy. Např. staří Egypťané se domnívali, že bolesti hlavy způsobuje duch Tin, Labartu zapřičiňuje tzv. noční můry a Labasu záchvaty bezvědomí.

Velkým pokrokem byly myšlenky největšího antického lékaře Řecka Hippokrata. Příčiny duševních chorob kladl do mozku. Všechny formy duševních chorob zařazoval pod pojem paranoia. Podle toho, která tělesná šťáva (krev, hlen žluč a černá žluč) zaplavila mozek, vznikla různá psychopatologie. Dále podle Hippokrata existovaly frenitis a parafrenitis, které byly charakterizovány zmateností, zuřivostí a vyskytovaly se v průběhu těžších tělesných chorob. Byly způsobeny zaplavením mozku krví. <sup>(32)</sup>

Nové vidění v psychiatrii je srozumitelné vždy jen ze společenských souvislostí. Určité zařízení umožňuje určitý pohled na nerozum, zabraňuje jiným pohledům (sousedská pomoc, ústav, praxe, denní sanatorium, domov, rodinná terapie vytvářejí různé „skutečnosti“). <sup>(9)</sup>

Instituce psychiatrické léčebny je historickým výsledkem složitého vývoje lékařství a sociální politiky. Tento zamotaný propletenec vývoje si můžeme přiblížit na orientační tabulce:

Antická doba:

- individuální lékařská péče
- asklépia

- rituál vyobcování šílence

Středověk:

- intuitivní péče malé komunity (příbuzenské struktury)
- klášterní péče
- démonologie a exorcismus
- bezcílné putování (lykantropie)

Renesance:

- svoboda projevu šílenství – lod' bláznů
- velké uvěznění
- špitály, věže bláznů, nápravné instituce
- všeobecná nemocnice

Novověk:

- úsvit psychiatrické léčebny

Současnost:

- postupná diferenciacie ústavní péče
- psychoterapie
- extramurální a ambulantní péče
- psychofarmakologie <sup>(8)</sup>

### 1.2.1. Starověk

Určité způsoby jednání dnes vyvolávají dojem psychického onemocnění. Stejně způsoby jednání vyvolávaly v mýtické, přirozeně nábožensko-démonické souvislosti uctívání a nebo zděšení. Na ně mohly být vázány úzkosti a přání epochy. Jimi se zabývali šamani, čarodějové, léčitelé a kněží. Lidé s těmito způsoby jednání se stávali oběťmi magicky-religiózních praktik, a sloužili tak jako důkaz moci těchto ritů a institucí. Přes semitské, pythagorejsko-gnostické, mysticko-křesťanské a romantické tradice v nás žijí takové způsoby vidění ve změněné formě dále. I exorcismus s následnou smrtí a procesy s čarodějnicemi jsou možnostmi 20. století.

Řecká kultura, především HIPPOKRATOVA škola, dávala přednost střízlivému, odmytologizovanému pohledu na psychická onemocnění. Byla to onemocnění jako ostatní, v široce pojatém psychosomatickém rámci humorální patologie rovnováhy tělesných šťáv, která ovlivňovala ještě 18. století. Popisy mánie, deprese, horečnatého deliria, psychózy v šestinedělí a epilepsie jsou dokladem toho, že duševní utrpení jsou v historickém smyslu obecně lidskými možnostmi. Přiměřené zacházení s postiženými již tehdy vyvolávalo spory: tělesné násilí, různá medikace, léčivá moc rozhovoru, přičemž se přísahalo především na filozofy, jimž příslušelo umění dialogu. Pojem psychoterapie pochází až od Platóna. Aristoteles (filozof a lékař) rozvíjel pojem mesotes, pojem dobré prostřednosti, jako životní cíl. Filozofie a medicína tvořily ve starověku jednotu. <sup>(9)</sup>

#### 1.2.2. Středověk

Dědictví Řeků, zvláště Hippokrata a Galéna, se uchovalo především v arabské kultuře (existence zvláštních psychiatrických zařízení v tehdejší arabském Španělsku). Ve střední Evropě se nezřizovala, tam spadaly zdravotní a sociální záležitosti do kompetence církve. Z řádových sester a mnichů se staly dnešní zdravotní sestry a ošetřovatelé. Provozovali a spravovali špitály, které byly otevřené všem, kteří se ocitli v nouzi z duševních, tělesných nebo sociálních důvodů. Péčí byla chápána celistvá vnímavost pro všechny sociální, tělesné a duševní potřeby, včetně role pozdějšího lékaře, sociálního pracovníka i psychologa. <sup>(8)</sup>

Většina psychicky nemocných zůstávala ve vazbě na vlastní rodinu nebo vesnické společenství. V podstatě křesťanskému duchu této doby odpovídal obsáhlý pojem rozumu : všichni lidé, i ti „maličcí“, tedy také „pomatení“, se nevyčleňovali, ale uznávali jako „děti boží“. Proto se u jednotlivých klášterů a poutních míst zakládaly osady bláznů, kde bylo o nemocné postaráno, ale zároveň jim zůstala co největší samostatnost. Něco na způsob solidarity se

ukazuje též při „slavnostech bláznů“, které byly podporovány církví, aby se dopomohlo právu vrozeného lidského bláznovství, „naší druhé přirozenosti“. K ní jako opačná strana mince náležejí klášterní ctnosti jako cudnost, chudoba, příslušnost, odklon od světského, práce, domácí pořádek, které platí částečně dodnes jako pravidla při ošetřování „poblázněných“. <sup>(9)</sup>

Vliv inkvizice, které padlo za obět' mnoho duševně nemocných, se začal objevovat teprve s koncem středověku a přetrval do novověku. Až když církev podlehla v konkurenčním boji o moc se světským státem, vytvořila si v inkvizici stejně ubohý jako neúčinný prostředek, jak demonstrovat svoji moc. Duševně nemocní lidé pak byli poprvé zneužiti a pronásledováni jako obětní beránci. <sup>(9)</sup>

### 1.2.3. Renaissance

15. a 16. století je obdobím rozkvětu měst, která mezi sebou soutěží o moc nad obchodními cestami a o kapitál. V této konkurenci se snaží občané svá města učinit co nejbohatšími, nejkrásnějšími, nejčistšími a nejbezpečnějšími. Usilují proto o očištění města od asociálů, žebráků, vagabundů, nečistých, nebezpečných a rušivě nápadných lidí a snaží se tyto osoby učinit neviditelnými, vyhostit je :

- a) Občané zakládali městské nemocnice, o které projevovalo zájem více lékařů, protože v protikladu k řádovým nemocnicím byly městské nemocnice zdrojem příjmů. A ke všemu lékaři našli mezi nesčetnými chudými pacienty vhodné podmínky pro srovnávací experimentální zkoumání v rámci stále více se prosazujícího přírodovědeckého pohledu. Proto dbali na to, aby v nemocnicích byli spíše tělesně nemocní lidé, zatímco lidé trpící duševní a sociální nouzí již nebyli považováni za správné pacienty.
- b) Mnozí asociální a duševně nemocní lidé byli vykazováni z města nebo prodáváni obchodníkům.
- c) Koho společnost shledala rušivým a nebezpečným, toho zavřela do cel v městských zdech nebo ve věžích, nebo do přenosných klecí.

- d) Někteří byli vykazováni jako nakažliví nemocní, např. do odlehlých domů, které dříve sloužily nemocným s leprou či morem. <sup>(9)</sup>

#### 1.2.4. Absolutismus a osvícenství

Jsme v 17. a 18. století, kdy se za vlády absolutistických monarchů v Evropě vytváří většina moderních států. Občané se snaží osvobodit pod vlajkou osvícenství od všeho iracionálního a osobní život založit racionálně. Protože osvícenství tvrdí, že všichni jsou „rozumní“, vzniká též nárok učinit celou společnost rozumnou beze zbytku. Kdo nechce, musí být vychován. Kdo se i tomu protiví, je učiněn sociálně neviditelným.

K prostředkům dosažení tohoto cíle patřily:

- a) Armáda jako „škola národa“ – obecná povinnost vojenské služby a školní docházky.
- b) Měšťanský morální kodex nabývá převahy nad církevním.
- c) Institut zbavení svéprávnosti – aby byl majetek, který se stal největším statkem, chráněn před rozhýřením.
- d) Medicína, která patřila k policejním nebo státním vědám, je zodpovědná za vnitřní pořádek a bezpečnost, především její první specializace – hygiena, porodnictví, pediatrie a ortopedie.
- e) Velká „odkladiště“ urputných nerozumných, první koncentrační tábory Evropy, ve smyslu táborů převýchovy. V Anglii se nazývaly workhouse, ve Francii hôpital général, v Německu Zucht-, Arbeits-, Korrektions-, Toll-, Versorgungs- nebo Verwahrungshäuser. Představovaly síť donucovacích zařízení. Kdo se zdál měšťanskému pohledu nerozumným, mohl být formou, jež předcházela dnešnímu povinnému ústavnímu léčení, učiněn pro veřejnost neviditelným. Mohli to být žebráci a vagabundi, nemajetní, nezaměstnaní, lidé bez povolání, asociálové, lidé bez morálky, trestanci, nevěstky a luetici, političtí vůdci, bludní náboženští fanatici, poskvrněné dcery, rozhazovační synové a manželky, které upadly v nemilost, a také alkoholici, mentálně postižení, podivíni, blázni

a pomatenci. Demontrace zuřivých bláznů za peněžitou odměnu byly obdobou prohlídky divokých zvířat v zoologických zahradách, které se tehdy začaly objevovat, a sloužily jako pedagogicky významný i odstrašující požitek rozumným měšťanům evropských velkoměst.<sup>(9)</sup>

#### 1.2.5. Industrializace a romantismus

(Vznik psychiatrie)

Tehdy se společnost rozpoměla na tábory pro převýchovu nerozumných v době osvícenského absolutismu. Myšlenku částečně upravila, aby odpovídala tehdejší době. Jen ti, kteří byli podle shora zmíněných kritérií potřební, přešli do továren, stali se proletariátem. Pro ostatní byla vytvořena podle druhu jejich nerozumu či nepotřebnosti speciální zařízení. Tak vznikly základy dodnes platného systému zabezpečení. Tento hluboko zasahující celoevropský reformní čin měl nejdříve smysl osvobození rodiny od členů potřebujících péči. Tak se z velké rodiny stala za účelem racionální služby průmyslovému výrobnímu procesu nukleární rodina. Se škodlivými následky se dodnes profesionálně i osobně potýkáme. Proces této sociální přestavby postupoval ještě systematictěji: pro nepotřebné starce byly zřízeny starobince, pro lidi potřebující péči pečovatelské domy, pro nezaopatřené a rušivé děti sirotčince a jiná zařízení, pro duševně postižené ústavy, pro „zahaleče“ pracovní domy, pro trestance věznice a pro blázny blázince. To je zrození psychiatrie jako instituce, nejdříve v Anglii, potom ve Francii a Německu. Z tohoto hlediska je psychiatrie jedním z produktů tehdejšího řešení sociální otázky.<sup>(9)</sup>

První model pro soběstačnou psychiatrii jako instituci a vědu se rozvíjel v Anglii. William Battie založil v r. 1751 se svými přáteli Špitál sv. Lukáše jako protějšek obludného rezervoáru nerozumu v londýnském Bedlamu. Ve Francii se slavilo osvobození bláznů z řetězů jako akt občanské revoluce a připisovalo se Philippu Pinelovi. Roku 1793 nahradil Pinel řetězy pedagogickým režimem převzatým z Anglie. Duševní nemoci chápal jako formy sebeodcizení (alienation).

Pro roztržštěnou a pomaleji se rozvíjející německy mluvící oblast je obtížnější nalézt první úplný model psychiatrie jako vědy. I v těchto zemích byly od roku 1800 zakládány blázince, často v osiřelých kláštorech a zámcích. Důležitými momenty se staly v r. 1805 založení Léčebného ústavu pro duševně choré v pruském Bayreuthu, sloučení „věže bláznů“ s dalšími zařízeními ve Všeobecnou nemocnici ve Vídni Josefem II. v roce 1784 a založení Charité v Berlíně v r. 1806 E. Hornem.<sup>(9)</sup>

Vývoj psychiatrie ukazuje, že profesionální psychiatrická činnost je společností placena za dva úkoly, které jsou často v rozporu: za kontrolu a osvobození duševně nemocných. Byla by trialogická psychiatrie střední cestou?<sup>(9)</sup>

#### 1.2.6. 19. století

(Psychiatrie se stává lékařskou vědou)

Kam se psychiatrie jako nový obor zařadí, bylo zpočátku ještě otevřené. Vedení ústavů zaměstnávalo vedle lékařů také učitele, lékárníky, duchovní, filozofy, právníky, obchodníky. V ústavech také pracovali propuštění vojáci, odsouzení s podmíněčným trestem, nezaměstnaní nebo zruinovaní sedláci, zemědělci nebo řemeslníci. Základním terapeutickým postojem byl aktivní pedagogický přístup, který se snažil o ovlivnění vnitřních podmínek (pozornost, tužby) a vnějších podmínek (životní návyky). V současných pojmech – pracovně, sociálně a behaviorálně terapeutický přístup. Pacient byl například strčen do vany s živými úhoři, byl přiváděn do bezvědomí v centrifugách, podrobován bolestivé vodoléčbě. Cílem bylo ho za každou cenu dotrýznit k rozumu. Při tomto humanitou nadšeném terapeutickém aktivismu byly léčebné pobyty krátké. Nejasné bylo, náleží-li psychiatrie jako věda se svým pedagogickým, psychologickým a sociologickým podílem k medicíně nebo k filozofii.<sup>(9)</sup>



Od roku 1900 uznala většina lékařských fakult psychiatrii jako lékařskou disciplínu. Od té doby se mohli lékaři nervových chorob osamostatnit jako specialisté a ošetrovatelský personál mohl v ústavech šířit medicínskou atmosféru. Pozornost věnovaná neuropatologii vrcholila v uznání organických psychóz podmíněných infekcí nebo alkoholem.<sup>(9)</sup>

Přizpůsobení psychiatrie somatické medicíně v 19. století přineslo vedle výhod i popsané nevýhody. Tento vývoj nebyl zákonitý, spíše se stal důsledkem okolností, že somatická medicína se v 19. století sama zredukovala na tělesný aspekt. Do roku 1800 se cítila medicína být vázána s filozofickou disciplínou sebereflexe a bylo pro ni samozřejmé u každé nemoci rovnocenně zvažovat tělesné, duševní a sociální příčiny.<sup>(9)</sup>

#### 1.2.7. 20. století

(Konec medicínské jednostrannosti)

Psychiatrie se ve 20. století plně medicinizovala. Došlo k velkému rozvoji poznatků o mozku a jeho funkci. Jsou popsány geny, které podmiňují abnormální chování a myšlení duševně nemocných. Nová psychofarmaka již nejsou nacházena náhodně či produkována jako analogie přírodních látek, ale jsou syntetizovány molekuly, které cíleně ovlivňují některé oblasti CNS. Psychoterapeutické postupy jsou kratší a strukturovanější. Někdy tento vývoj je popisován jako 3. psychiatrická revoluce.<sup>(33)</sup>

Nejdůležitější změnou v psychiatrii ve 20. století byla jistě Freudova psychoanalýza. V podmínkách své privátní praxe rozvinul Freud metodu terapie psychickými prostředky, především pro neurotické poruchy. Ještě důležitější jsou však jeho modely vývoje osobnosti, obranných mechanismů a terapeutického vztahu. Psychosomatickou medicínou překlenula psychoanalýza spojení k somatické medicíně a rozšířila svůj úhel pohledu. Z tohoto hlediska jsou důležitější nové terapeutické metody, jako jsou psychoterapie orientovaná

na klienta (rogerovská psychoterapie) a kognitivně-behaviorální terapie. S nimi přicházejí do psychiatrických zařízení psychologové jako nová profesionální skupina. Od té doby nelze mluvit o jednotném lékařském zaměření v psychiatrii. Současně se vznikem psychoanalýzy jsou také znovuobjeveny sociální aspekty při vzniku duševních onemocnění. Sociální pracovník se stává integrální součástí psychiatrické péče. Ohled na sociální aspekty navazuje znovu na morálně-pedagogické postoje z historických počátků psychiatrie. <sup>(9)</sup>

V Anglii a bývalém Sovětském svazu se rozvíjí rozsáhlá průmyslová výroba a systém chráněných dílen. O pracovní terapii můžeme ale hovořit teprve tam, kde práce přispívá prožitkově významnou situací k seberealizaci člověka. Především po 2. světové válce se objevuje činnostní terapie. Účelem terapie je tvořivější stránka individuálního prožívání při setkání s materiálem. Tím se psychiatrie dále obohacuje o profesionální skupinu pracovních a činnostních terapeutů. Tedy oblast v širokém smyslu pedagogickou. <sup>(9)</sup>

Medicínský směr psychiatrie je ve 20. století mnohem úspěšnější než ve století 19. Tyto úspěchy začaly léčbou progresivní paralýzy maláriovými kúrami, které přinesly Wagner-V. Jaureggovi jedinou Nobelovu cenu za psychiatrii. Ve 30. letech následovala „éra šoků“, první úspěšné terapie psychóz označovaných jako endogenní, které byly do té doby chápány jako fatálně probíhající onemocnění. <sup>(9)</sup>

K dalšímu důležitému vývoji v péči o pacienty došlo koncem 50. let 20. století. Byl objeven chlorpromazin, který se jako první psychofarmakum užíval k léčbě psychotických onemocnění. Možnost farmakologické léčby a zdůrazňování práv pacientů vedlo k otevření mnoha psychiatrických nemocnic. <sup>(5)</sup>

Doba hospitalizace pomalu klesá a to tak, že po uplynutí 6 měsíců je propuštěno 80% pacientů. Ambulantní péče se tak stává dominující složkou péče. Na základě tohoto pokroku může základní biologický výzkum přicházet na výstižnější modely duševního utrpení. I genetika se osvobodila od ideologií a prokázala skutečný význam převážně v prevenci. <sup>(9)</sup>

#### *JIPP – jednotky intenzivní psychiatrické péče*

Začátkem 60. let bylo v nemocnicích Bexley Hospital a Kent uzamčeno pouze několik oddělení, přičemž dvě z těchto oddělení byla určena pro pacienty s chronicky narušeným chováním. Na zmíněných odděleních se také nacházeli pacienti v akutní fázi psychotického onemocnění s poruchou chování dobře zvládnutelnou v krátkém čase. Poté mohli být pacienti přeloženi zase na otevřené oddělení. Právě pro tyto pacienty byly vybudovány jednotky intenzivní psychiatrické péče. Z USA pochází první odborná publikace popisující uzavřenou jednotku intenzivní psychiatrické péče (JIPP). Další jednotky pro pacienty, které nebylo možno léčit na otevřeném oddělení, vznikaly na území Bronxu a v New Yorku. I jinde ve světě vznikaly jednotky intenzivní psychiatrické péče. Např. uzavřené oddělení pro akutně neklidné pacienty v Adelaidě v Austrálii, JIPP pro akutně nemocné pacienty ve všeobecné nemocnici v Edmontonu v Kanadě, šestilůžková JIPP v provinční Torontské psychiatrické nemocnici....První JIPP v Anglii byla otevřena v nemocnici sv. Jamese v Portsmouthu. Ve Velké Británii vznikly JIPP, které poskytovaly služby podle místních potřeb. Jednotky mohly mít různý název : JIPP, oddělení zvláštní intenzivní či speciální péče, uzavřená oddělení, high dependency, oddělení pro pacienty s problémovým chováním apod. <sup>(5)</sup>

Intenzivní psychiatrická péče si jako samostatná specializace svoji podobu teprve buduje. Žádná definice JIPP není všeobecně přijímána. Každá JIPP by měla ale splňovat tři hlavní kritéria :

Prvním kritériem je „intenzivní“ péče vyžadovaná od personálu JIPP. Intenzivní péče se kvalitativně i kvantitativně liší od péče na ostatních odděleních všeobecné psychiatrie. Stěžejním faktorem je stálé sledování agresivních a suicidálních pacientů a pacientů s vysokými dávkami léků a okamžitá reakce personálu na akutní obtíže pacienta. Proto počet ošetřovatelů bude mnohem vyšší než na standardních odděleních. Personál musí být vyškolen ve speciálních dovednostech, např. ve zvládnutí agrese, lékaři musejí ovládat farmakoterapii pro neodkladné a urgentní stavy. Do týmu specialistů na JIPP patří i odborník na terapeutické aktivity a pracovní terapii pacientů, sociální pracovník a psycholog. Pravidelné porady a častější supervize patří k jejímu profilu.

Druhým kritériem je potřeba většího množství celkového vybavení než je obvyklé na standardním oddělení. Zatímco na jednotkách intenzivní péče jiných medicínských oborů jde většinou o vysoce specializované technické přístroje, na JIPP jde spíše o účelně uspořádané a prostornější prostředí pro pacienty s uzavřenou zahradou, tichým koutkem, izolační místností, odpočinkovým prostorem, místností pro volný čas a hry. I psychiatrický pacient vyžaduje uspokojení svých mnoha a komplexních potřeb prostřednictvím specifických zdrojů.

Třetím kritériem je nezbytnost zajištění určitého stupně bezpečnostních opatření známé jako *Department of Health and Home Office*. Tato bezpečnostní opatření mohou být provedena jako vyhrazený uzamykatelný prostor na standardním oddělení, uzamykatelné dveře, samostatné oddělení s elektronickým zabezpečovacím systémem. JIPP mohou být trvale uzavřeny nebo pouze zamykány, nemohou však splňovat požadavky kladené na vězeňská bezpečnostní opatření. Hospitalizace delikventního pacienta by neměla být připuštěna, pokud by při jeho útěku byli ohroženi ostatní pacienti nebo jiné osoby. Intenzivní psychiatrická péče zastává v klinické psychiatrii výsadní postavení, i když jde o nový obor. Pacienti jsou obvykle velmi problematičtí, s vážnými poruchami chování. <sup>(5)</sup>

### 1.3. Speciální psychiatrie

Jak uvádí JIŘÍ JANKOVSKÝ (19) mohu hovořit i o své duši, o psychologickém subjektu či o osobnosti jakožto subjektu ve smyslu Já, schopného rozhodovat se v souladu se svou hodnotovou orientací, zacílením atp. Především je důležité nezaměňovat Já coby subjektivní obraz, jejž má člověk o sobě (nazíraný introspekci), se skutečným Já, tedy určitou psychickou instancí zajišťující nejvyšší regulační a integrační rovinu osobnosti. Jedině v tomto slova smyslu lze pak také hovořit o duši. Vnitřně nazírané, tedy introspektivní Já je jen pouhým obrazem skutečného Já. Chci-li poznat podstatu sebe samého, jsem schopen ji poznat jen zprostředkovaně, nepřímou. Jinými slovy to, že běžně hovoříme ve smyslu: já myslím, já cítím, já si uvědomuji, ještě neznamena, že dokonale poznávám své skutečné Já. Filozoficky řečeno, Já je pro sebe neprůhledné, stejně tak jako člověk nemůže „spatřit“ svou duši.

#### 1. 3. 1. Duševní poruchy

Aspekty duševních poruch: a) biologické  
b) psychologické  
d) sociální. <sup>(2)</sup>

##### 1.3.1.1. Demence

Demenci můžeme označit jako chronický organický psychosyndrom. Má obvykle chronický průběh, se sklonem k progresi. Projevuje se především úbytkem intelektové kapacity, úbytkem pozornosti a kvality vnímání, zhoršením hodnocení vnímaného, zhoršením paměti, ztížením rozhodování, učení, zhoršením řeči a zhoršením kvality jednání. Přidávají se i poruchy emotivity. Poruchy vědomí se objevují jen u některých demencí, většinou jen krátkodobě, přechodně, jako deliria. <sup>(17)</sup>

Hloubku demence dělíme do tří stupňů:

1. Mírná demence – je zřetelně snížena paměť a učení se novému. Klinický psycholog prokáže svými testovými metodami pokles původní intelektové

kapacity o 20%. Život je s tímto postižením obtížnější, ale člověk je ještě v podstatě soběstačný.

2. Středně těžká demence – člověku se vybaví jen hluboce vštípené a často opakované paměťové stopy. Vážnou základní početní úkony, vážne kvalita verbální komunikace. Člověk zvládne už jen jednoduchou práci a potřebuje občas pomoc druhých osob.
3. Těžká demence – vštípivost paměti je zcela zdevastována. Vážne základní orientovanost, je patrná stálá bezradnost. Ke konci dochází ke ztrátě hodnotné komunikace, myšlenky ztrácejí souvislost. Pacient většinou nepoznává ani své blízké a je plně odkázán na péči okolí. <sup>(37)</sup>

#### Příčiny vzniku:

- reversibilní
- ireversibilní

Nejčastější je demence u Alzheimerovy choroby. Tvoří asi 2/3 všech demencí vůbec. Podle věku, kdy nemoc propukne, dělíme Alzheimerovu chorobu na:

- časnou
- pozdní

Terapie demencí je v současnosti možná jen symptomatická. Rozděluje se na:

- farmakogenní léčbu kognitivních funkcí
- nefarmakologickou léčbu kognitivních funkcí
- léčbu dalších příznaků <sup>(37)</sup>

#### *1.3.1.2. Závislost na alkoholu*

Etylalkohol je lidem odedávna známá látka, která vzniká kvašením rostlinných cukrů. Působí na psychiku člověka v závislosti na podané dávce. Požitím alkoholu vniká ebrieta (opilost). Její stupeň je dán tím, zda alkohol požije člověk zvyklý pít (má v pohotovosti enzymové systémy pro odbourávání alkoholu), člověk, který nepije nebo je dán výškou alkoholemie. Alkoholemie je tedy orientační ukazatel: do 0,5 až 1,0 promile jde jen o podnapilost, do 1,5 až 2,0

o lehkou opilost, do 2,5 až 3,0 promile o střední opilost. Alkoholemie nad 3,0 promile znamená těžký stupeň opilosti a hladina alkoholu v krvi nad 3,5 promile ohrožuje nositele bezvědomím až smrtí. U dětí platí stejné příznaky již při daleko nižších dávkách alkoholu v krvi. <sup>(17)</sup>

#### Stupně opilosti:

- Podnapilost – psychomotorické reakční doby se prodlužují. Na sobě subjektivně člověk nic nepozoruje, ale okolí si již může všimnout lehce pozměněného chování.
- Lehký stupeň opilosti – projeví se na psychice i na senzomotorických funkcích. Objevuje se excitace, mnohomluvnost. Dochází k odbourávání zábran, zhoršuje se prostorové vidění a jemná koordinace pohybů.
- Střední stupeň opilosti – nastává už zřetelné zpomalení psychomotorického tempa, řeč se stává smazanou, myšlení ztrácí souvislost. Objevují se i poruchy chůze a rovnováhy.
- Těžký stupeň opilosti – vede k otupělosti, ke ztrátě orientace, k nekoordinovaným pádům až k neschopnosti pohybu vůbec. <sup>(37)</sup>

Vznik závislosti na alkoholu je jako u jiné drogové závislosti předurčen třemi faktory: dostupností a vlastním účinkem drogy, osobností jedince a vlivy jeho okolí.

Léčba závislostí probíhá buď ambulantně nebo se kombinuje pobyt ve specializované psychiatrické léčebně s následnou ambulantní péčí. Léčba je dlouhodobá s cílem dosažení trvalé abstinence. Léčba je nákladná, pracná a vykazující i u obstojně pro ni motivovaných závislých jen asi 50% úspěšnost. Sociální a ekonomické dopady závislosti na alkoholu jsou obrovské. Patří mezi ně častá nemocnost, úrazovost, dopravní nehodovost, ztráta práceschopnosti, brzká invalidizace, rozvraty rodin, vysoká kriminalita. <sup>(37)</sup>

### 1.3.1.3. Závislost na jiných drogách

Existuje řada jiných látek, než je alkohol, které jsou schopné vyvolat psychickou či fyzickou závislost.

Drogy, které jsou v současné době v České republice nejvíce rozšířeny:

- heroin – opioid, který psychomotoriku převážně tlumí. Závislost vzniká rychle, je velmi těžká a je převážně fyzická. Injekční aplikace drogy zvyšuje riziko infekce HIV a hepatitidy. Vysoká cena heroinu vede k prostituci a majetkové kriminalitě.
- Marihuana („tráva“) – kanabinoid, při jehož kouření vzniká euforie. Člověk prožívá změny v plynutí času, má halucinatorní prožitky. Závislost nevzniká často, ale spíše marihuana otevírá cestu k tvrdým a nebezpečnějším drogám. Delší a pravidelný konzum marihuany může být komplikován deliriem.
- Anxiolityka a hypnotika – dříve barbituráty, dnes zejména benzodiazepiny. Závislost je hlavně psychická.
- Kokain – vyvolává především euforii. Rychlostí a závažností návyku je srovnatelný s heroinem. Z USA se k nám dostala i moderní krystalická purifikovaná forma kokainu pod názvem „crack“.
- Psychostimulancia - mají budivý účinek na psychiku. Rychle vyvolávají silnou závislost a jsou někdy komplikovány deliriem či paranoidně halucinatorními psychózami. Patřil k nim dříve amfetamin a fenmetrazin, dnes hlavně známý metamfetamin (pervitin). Kromě euforizujícího účinku také nezřídka způsobují vybavení agresivních vzorců chování.
- Tabák – zvláštní forma závislosti (nikotinismus). Z počátku jde o závislost sociální, po dvou a více letech vzniká závislost fyzická. Alkaloid tabáku nikotin způsobuje pocity uklidnění. Abstinenční příznaky jsou nesoustředěnost, zvýšená chuť k jídlu a mučivá touha po cigaretě.

Prevencí závislostí je kvalitní citová výchova v rodině, poučení rizikových skupin o škodlivých důsledcích pro tělesné i duševní zdraví, dostatečný prostor pro seberealizaci v dospívání.<sup>(17)</sup>



#### 1.3.1.4. Schizofrenie

Jedná se o těžkou duševní poruchu, která patří do skupiny psychóz. Závažným způsobem narušuje schopnost člověka pracovně a sociálně se adaptovat a narušuje samotnou strukturu osobnosti. Zasahuje především do oblastí myšlení a vnímání, vědomí a inteligence zůstávají obvykle nedotčeny.

Příznaky schizofrenie jsou pestré, proměnlivé v čase a různě se kombinují:

- příznaky pozitivní
- příznaky negativní
- příznaky kognitivní
- příznaky afektivní

Příčina, která vede ke vzniku onemocnění, není ještě známa, ale předpokládá se, že velkou roli zde hraje dědičnost, chemické faktory, povahové vlastnosti a výchova. <sup>(37)</sup>

Formy schizofrenie:

1. Paranoidní schizofrenie – vyskytuje se nejčastěji a projevuje se bludným myšlením a vztahovačností. Nemocný je přesvědčen o tom, že je někým sledován, ovlivňován. Objevují se halucinace, především sluchové, které na nemocného útočí, pacient slyší hlasy, které potvrzují jeho blud. Halucinace mohou být chuťové nebo taktilní, kdy pacient např. cítí jed v potravě nebo je ozařován paprsky údajných nepřátel. Z tohoto důvodu často dochází ke slovnímu nebo fyzickému napadnutí „domnělého“ nepřítele, který o nemoci útočníka nemá ani tušení.
2. Simplexní forma schizofrenie – mívá vleklý průběh. Postižený se nezajímá o své dřívější aktivity, vyhledává samotu a projevují se u něj známky podivínství. Bohužel tyto pacienti vyhledávají pomoc, až když jsou známky nemoci v pokročilém stádiu. Postižený trpí bludy, tvrdošijností, neovlivnitelnou lhostejností, depresemi nebo poruchami v oblasti vyšších citů.
3. Hebefrenní forma schizofrenie – je podobná formě simplexní a objevuje se u dospívajících. Časté je klackovité chování, odbržděnost, drzost, nejasné

žertování a vtípkování. Těžko se odlišuje od projevů puberty, a proto se nemocný dostane k lékaři, až když jsou příznaky nemoci rozvinuté.

4. Katatonní forma schizofrenie – v současnosti velmi vzácná. V popředí stojí poruchy motoriky. <sup>(21)</sup>

Léčba je dlouhodobá a spočívá v podávání antipsychotik, která potlačují halucinace. Teprve díky působení antipsychotik je umožněno cílené psychoterapeutické ovlivnění schizofrenních pacientů. Bohužel léky mají řadu vedlejších účinků. Po farmakoterapii následuje psychosociální a pracovní rehabilitace. <sup>(37)</sup>

#### *1.3.1.5. Poruchy nálady*

Jde o poměrně časté onemocnění, kde v popředí stojí buď depresivní nebo manická nálada. U někoho se projevuje buď jen fáze deprese, nebo se mánie a deprese střídají. Po odeznění chorobného stavu se cítí pacient dobře. <sup>(37)</sup>

#### Deprese

Dělíme ji do dvou kategorií:

- a) Endogenní deprese – má původ ve vnitřních vlivech a chemických reakcích CNS. Nemá psychologické vysvětlení, tedy na okolí působí jako bezdůvodný smutek. Nemocní pociťují sklíčenost hlavně ráno, brzy se budí, poměrně dobře usínají, nemají chuť k jídlu, ani do života, trápí se, jsou unavení. Nedá se rozmluvit žádným psychologickým přístupem a vyžaduje léčbu antidepresivy.
- b) Psychogenní deprese – rozvíjí se na podkladě nějaké traumatické události. Maximum deprese se objevuje po únavě, hlavně však večer. Nemocní hůře usínají, ale dobře spí, ráno se cítí svěžeji. Mají sklony k plačtivosti. Náladu lze odklonit, to znamená, že je možné nemocného zaujmout nějakou činností, aby přišel „na jiné myšlenky“.

Příznaky deprese – smutek, útlum duševní a fyzické aktivity, pocity viny a méněcennosti, nezájem o dřívější záliby, ztráta energie, únava, chybí motivace k jakékoli činnosti, porucha soustředění, úzkost, poruchy spánku, bezvýhodnost situace, somatické potíže různého druhu, myšlenky na sebevraždu. <sup>(21)</sup>

Péče u depresivních poruch – antidepressivy, která dnes již mají nízkou míru nežádoucích účinků, psychoterapeutické techniky, aplikace thymopofylaktik a opět své místo nachází i elektrokonvulzivní terapie. Nejnovější metodou je transkraniální magnetická stimulace, která umožňuje stimulovat jen cílené oblasti mozku. <sup>(37)</sup>

### Mánie

Není tak častá jako deprese a projevuje se přesně opačnou náladou.

Příznaky mánie – dobrá a povznesená nálada, zvýšená hovornost, podnikavost, sexuální aktivita, snížená potřeba spánku, neomalená žoviálnost a familiární odbržděnost, ztráta běžných sociálních zábran až ztráta studu.

Péče u mánie – manická fáze vyžaduje léčbu. Pokud není možná v běžných domácích podmínkách, je nutný převoz nemocného do psychiatrického zařízení. U některých pacientů bývá převoz problematický pro jejich nadměrnou agitovanost, jindy naopak snadný pro jejich tendenci k poznání něčeho nového. <sup>(21)</sup>

#### *1.3.1.6. Neurotické poruchy*

Jsou nejrozšířenější skupinou poruch duševního zdraví. <sup>(37)</sup> Jsou výsledkem dlouhodobého neurotizujícího vývoje a vlivů, často vystopovatelných už od dětských let.

Příčiny – předpoklady osobnosti, špatné zážitky z rodinného prostředí ( rodič alkoholik, násilník), psychická traumata, nepřiměřené nároky a tresty, sexuální zneužívání apod.

Příznaky – závisí na druhu neurózy; chronická úzkost, slabé (strhané) nervy, napětí, třes, pocení, tíha na prsou, deprese, strach (až fobie) z určité situace nebo předmětu, vtíravé myšlenky (obsese), nutkavé jednání (kompulze).<sup>(21)</sup>

Druhy neuróz:

- úzkostná (anxiózní) neuróza
- depresivní neuróza
- fobická (strachová) neuróza
- nutkavá neuróza

Léčba neuróz – u lehké formy není potřebná hospitalizace v psychiatrickém zařízení ani pracovní neschopnost. Léčba probíhá kombinací psychoterapie a užíváním léků.<sup>(21)</sup>

#### *1.3.1.7. Poruchy osobnosti*

Dříve se označovaly jako psychopatie. Projevují se abnormálně utvářenými vlastnostmi charakteru, nápadnými povahovými vlastnostmi, podivínským nebo protispolečenským chováním. Pacienti s poruchami osobnosti jsou problémem nejen psychiatrickým, ale často také společenským. Obvykle se jedná o poruchy trvalé, k jejich zlepšení dochází pouze vzácně.

Druhy poruch osobnosti:

- paranoidní porucha osobnosti
- schizoidní porucha osobnosti
- disociální porucha osobnosti
- hystriónská porucha osobnosti
- anankastická porucha osobnosti
- emočně instabilní porucha
- úzkostná (vyhýbavá) porucha
- závislá porucha osobnosti
- narcistická porucha osobnosti

Léčba – prakticky se jedná o vlastnosti osobnosti, které jsou prakticky neměnné a léčbou neovlivnitelné. Přístup k jedincům s poruchami osobnosti musí být individuální. <sup>(21)</sup>

#### *1.3.1.8. Poruchy pohlavní identity*

Jedná se o dvě poruchy související s narušením vývoje normálního prožívání ženství nebo mužství:

1. Transsexualismus – muž touží být ženou a naopak. Tito lidé nejsou spokojeni se svým pohlavím, z tohoto důvodu se dožadují chirurgických zákroků, aby jejich pohlaví odpovídalo tomu, které v sobě cítí.
2. Transvestitismus – projevuje se zálibou v převlékání se do šatů opačného pohlaví. Jedinec netouží po změně pohlaví. <sup>(21)</sup>

#### *1.3.1.9. Poruchy sexuální preference*

Bývají častější u mužů a u žen spočívají v sexuální touze a neobvyklosti zájmu o sexuální objekt.

Druhy:

- fetišismus
- exhibicionismus
- voajérství
- pedofilie
- sadomasochismus <sup>(21)</sup>

#### *1.3.1.10 Poruchy příjmu potravy*

Poruchy příjmu potravy jsou dnes řazeny do skupiny behaviorálních poruch, blízkých neurózám. Druhá polovina 20. století je dobou epidemického rozšíření těchto poruch. Rozeznáváme dva typy poruch příjmu potravy:

1. Mentální anorexie – jedná se úmyslnou extrémní redukcí tělesné hmotnosti. Většinou jde o kruté diety až hladovění, nadměrné cvičení, vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel k vyvolání průjmů,

užívání anorektik a diuretik. Rychle dochází k poruše vnímání tělesného schématu, extrémně kachektický člověk může sám sebe stále vnímat jako obézního. Postihuje nejčastěji adolescentní dívky. V naší populaci postihuje více než 1% všech lidí. Komplikace: deprese, hormonální poruchy, amenorea, poruchy imunity. Léčba je svízelná. Je nutná motivace. V popředí léčby stojí psychoterapie.

2. Mentální bulimie – záchvatovitá období přejídání se a dočasný vzestup hmotnosti. Následně dochází ke zvracení, užívání projímadel, výsledný stav se tedy od mentální anorexie neliší. Přejedení se a následné zvracení bývá doprovázeno pocitem libého uvolnění psychického napětí. Výskyt je častější než u anorexie. Vzniká opět nejčastěji u dospívajících dívek a mladých žen. V léčbě opět dominuje psychoterapie. <sup>(37)</sup>

#### **1.4. Vlivy prostředí na vznik psychických chorob**

Rozvoj dědičných předpokladů závisí na působení komplexu vnějších vlivů. Interakce vrozených dispozic a vnějších vlivů je vždy individuálně variabilní. Z toho vyplývá, že vývoj nikdy není úplně stejný, dokonce ani v případě jednovaječných dvojčat, která nemusí být stimulována zcela totožně. <sup>(39)</sup>

##### **1.4.1. Vlivy prostředí v prenatálním a postnatálním období**

Podněty určité kvality i četnosti jsou pro správný psychický vývoj každého jedince nezbytné. Pokud potřebnou kvalitu nemají nebo nepůsobí v přiměřené míře, mohou tento vývoj narušovat. Vlivy prostředí lze diferencovat podle jejich kvantity a kvality, ale i z časového hlediska, podle období, kdy vývoj určitého jedince ovlivnily, nebo poškodily a narušily. Jejich vliv v prenatálním a postnatálním období bývá různý. <sup>(39)</sup>

##### ***1.4.1.1. Prenatální vlivy působící na vývoj plodu***

V prenatálním období jsou veškeré vnější vlivy zprostředkovány organismem matky, který představuje primární prostředí plodu. Toto prostředí

může být určitým způsobem změněné, a proto může plod stimulovat způsobem, který jej poškozuje. To se děje například tehdy, když je matka nemocná a trpí např. diabetem, hormonální poruchou, užívá-li nevhodné léky, drogy nebo pije-li alkohol. K poškození plodu může dojít i fyzikálním způsobem (úrazem, zářením). Různé, vývoj plodu ohrožující faktory jsou souhrnně označovány jako teratogenní. Genotyp embrya určuje jeho individuální vnímavost k různým potenciálně škodlivým vlivům již v počátcích jeho vývoje a ovlivňuje i jeho schopnost toto poškození do jisté míry kompenzovat. To znamená, že může dojít ke kumulaci znevýhodnění, primárně postižený plod má omezenější schopnost zvládat různé zátěže. <sup>(39)</sup>

#### *1.4.1.2. Postnatální vlivy, které mohou ovlivnit a poškodit psychický vývoj dítěte*

V postnatálním období na dítě působí velké množství faktorů různého druhu, které lze shrnout do komplexu biopsychosociálních vlivů. Tyto faktory mohou působit na psychický vývoj jedince, např. prostřednictvím somatického onemocnění. <sup>(39)</sup>

#### 1.4.2. Specifičnost působení různých sociálních faktorů

Jednotlivé složky prostředí, zejména sociálního, mohou psychický vývoj dítěte ovlivnit v nestejně míře, protože působí v jednotlivých vývojových fázích odlišným způsobem. Z tohoto hlediska lze rozdělovat vliv určitých sociálních skupin i celkového společenského kontextu. <sup>(39)</sup>

Malé sociální skupiny mohou mít na jedince velký vliv, protože působí přímo, prostřednictvím mezilidských kontaktů a vztahů. Mohou být zdrojem zátěžových i protektivních vlivů. Člověka chrání vědomí, že někam patří, že se tam cítí bezpečně, že je respektovaný a milovaný, a naopak se může cítit ohrožen, pokud je zde negativně hodnocen a odmítán. Význam rodiny je v dětském věku větší než v dospělosti, protože v tomto období je omezena možnost volby prostředí, v němž jedinec žije. Dítě nemůže nevyhovující rodinu opustit.

Ve vztahu k vrstevníkům šance na vlastní volbu je, ale ta platí jen v rámci určitého vymezení, např. školní třídy, mimoškolních aktivit a místa bydliště. <sup>(39)</sup>

#### *1.4.2.1. Rodina*

Rodina je z hlediska rozvoje dětské osobnosti nejvýznamnější sociální skupinou. Dítě zde prostřednictvím určitého dospělého, obvykle matky, získává první informace o okolním světě. Matka, respektive později celá rodina je pro dítě nejen zdrojem jistoty a bezpečí, ale i zdrojem informací o něm samém. Rodina dítě vychovává a tím je určitým způsobem stimuluje, rozvíjí jeho schopnosti a dovednosti, prezentuje mu určitý hodnotový systém. Dítě tyto informace v prvních deseti letech nekriticky přijímá, protože rodiče pro něj představují osobně významnou autoritu. Akceptuje jejich výklad světa i jejich názory a hodnocení. <sup>(39)</sup>

Jednotliví členové rodiny a vztahy mezi nimi slouží jako model, který dítě napodobuje, popřípadě se s ním identifikuje. Pokud jsou vztahy mezi členy rodiny disharmonické, zkreslují jeho představu o realitě. Pro dítě je rodina důležitým zdrojem informací, které zobecňuje a očekává, že stejným způsobem se budou chovat všichni lidé. Uspořádání rodinného systému a pozice, jakou v něm dítě zaujímá, také ovlivní jeho další vývoj a adaptaci na jiné sociální prostředí. Rodina dítěti poskytuje mnoho podnětů, které mohou působit pozitivně i negativně. Všechny jsou důležité, protože vytvářejí primární zkušenost, na níž závisí interpretace i prožívání všech dalších sociálních podnětů. Proto má i z hlediska rozvoje různých psychických poruch největší význam. Partnerský vztah, respektive celé rodinné zázemí ovlivňuje psychickou pohodu i v dospělosti. <sup>(39)</sup>

#### *1.4.2.2. Vrstevnická skupina*

Vrstevnická skupina získává během dětství čím dál tím větší vliv. Nárůst jejího významu souvisí s celkovým psychickým vývojem dítěte, jeho osamostatňováním a odpoutáváním z vázanosti na rodinu. Již v předškolním věku



a na začátku školní docházky představují vrstevníci důležitou skupinu, jež slouží k rozvoji určitých schopností a dovedností a ke sdílení společných zážitků. V této skupině dítě nemá své postavení jisté, musí se umět prosadit, ale zároveň musí umět ostatní získat, aby jej byli ochotni akceptovat. Dítě, které je znevýhodněné, může být vrstevnickou skupinou odmítáno a negativně hodnoceno, může zde získat špatnou pozici, a to ovlivní jeho sebehodnocení i sebeúctu. Nenaučí se s vrstevníky přijatelným způsobem jednat a může si tyto nefunkční způsoby chování zafixovat. V období dospívání se jedinec odpoutává z vázanosti na rodinu a nahrazuje ji vazbou na vrstevnickou skupinu. V této době se mění charakter členů skupiny, vytvářejí si vlastní charakter a normy. Protože se zároveň zvyšuje potřeba přijetí touto skupinou, mohou se pod jejím vlivem někteří dospívající začít chovat rizikovým nebo sociálně nepřijatelným způsobem. V dospělosti jsou vztahy s vrstevníky rovněž velmi důležité, jde o komplex sociálních vazeb na úrovni pracoviště, zájmových aktivit, v sousedství apod. Tyto vztahy vytvářejí určitou sociální síť, která může sloužit jako zázemí i jako zdroj pomoci a opory v situaci nouze. Pokud jsou tyto vazby z nějakého důvodu redukovány nebo jsou nežádoucím způsobem změněny, může snadněji dojít k rozvoji psychické poruchy či onemocnění. <sup>(39)</sup>

#### *1.4.2.3. Škola a pracoviště*

Škola a pracoviště jsou společenské instituce, které mají svá pravidla, specifickou hierarchii rolí a jasné vymezení jejich obsahu. Škola je prostředím, které dítě stimuluje a rozvíjí. Má své požadavky a očekávání, které mohou být pro některé žáky těžko splnitelné. Hodnocení jejich výkonu i chování představuje specifickou zpětnou vazbu, jež může ovlivnit sebehodnocení dítěte. Důležité jsou i vztahy mezi učiteli a žáky, které mohou být oboustranně stresující. Pracoviště je prostředím, kde dospělý člověk zaujímá určité postavení, které má sociální prestiž. Z profese vyplývají rovněž různé požadavky a očekávání, které by měl zaměstnanec plnit. I ty mohou být subjektivně neuspokojivé nebo nadměrné, mohou se stát zdrojem stresu. Rovněž kvalita vztahů mezi nadřízeným

a podřízeným, mezi spolupracovníky je různá, může sloužit jako opora, ale i jako zátěž. <sup>(39)</sup>

#### *1.4.2.4. Společnost*

Zdrojem zkušenosti je také aktuální sociální kontext, společnost, sociální vrstva, k níž člověk patří. Zahrnuje vliv společnosti i konkrétní lokality, kde žije. Společnost se v průběhu času mění, může procházet fázemi zásadních změn, které vytvářejí tzv. kohortovou zkušenost. Každý jedinec je ovlivněn charakterem období, v němž prožil své dětství. Aktuální společenské hodnoty a postoje prezentují média. Spoluvytvářejí určitý styl života lidí z této společnosti i jejich názory. Významný vliv má sociální vrstva, k níž patří, protože se může vymezovat jinými hodnotami, normami a s tím souvisejícím stylem života. Nižší sociální vrstva nepovažuje vzdělání za důležité, váží si jiných schopností. <sup>(39)</sup>

Veškeré sociální vlivy působí na jedince tak, jak jejich podnětům a požadavkům rozumí, jak si je vysvětluje a jak je prožívá. Důležitým faktorem je proto aktuální vývojová úroveň a jeho předchozí zkušenosti. Psychický vývoj, standardní i patologický, závisí na kumulaci mnoha různých zkušeností, to znamená na učení. Každý jedinec již od svého dětství získává pozitivní i negativní zkušenosti. Musí se naučit, jak se s různými překážkami vyrovnávat a jak je překonávat. Tyto podněty mohou být užitečné, protože podněcují aktivitu jedince a tím i jeho rozvoj. Jestliže se subjektivní míra zátěže zvyšuje natolik, že se s ní nedokáže vyrovnat, může působit jako zdroj psychických potíží. V závislosti na dispozicích mohou zátěže diferencovat určité rizikové skupiny, které se nedovedou vyrovnat ani s běžnými požadavky. <sup>(39)</sup>

### **1.5. Transkulturní psychiatrie**

Transkulturní psychiatrie (TP) spadá do širokého rámce sociální psychiatrie. Jako zvláštní obor se začala vytvářet v polovině 20. století, i když první transkulturní práce pocházejí ze začátku 20. století. Za průkopníka (TP) je

považován norský psychiatr Odergaard, který sledoval výskyt duševních nemocí ve skupině norských přistěhovalců do USA a v populaci žijící v Norsku.<sup>(32)</sup>

TP zkoumá výskyt, incidenci a rozložení duševních nemocí v odlišných částech světa, jejich klinický obraz ve vztahu k sociálně kulturním faktorům, formy léčení v různých prostředích a postoje společnosti k duševně nemocným jedincům. Zabývá se místními zvyklostmi ve vztahu k úmrtí, postavením ženy ve společnosti, otázkami národnostních menšin, zvláštnostmi spojenými s otázkami víry a mnohými dalšími tématy. Při TP je nezbytná spolupráce se sociology, antropology, etnografy a transkulturně zaměřenými psychology.<sup>(32)</sup>

#### 1.5.1. Svérázné kulturně podmíněné jednotky

- Koro – vyskytuje se v jihovýchodní Asii a Číně. Projevuje se silnou úzkostí a přesvědčením, že se penis zanořuje do dutiny břišní, a že při jeho úplném zmizení dojde ke smrti. Ojediněle se tento strach ze ztráty zevních genitálií objevuje i u žen. Onemocnění začíná náhlým děsem, spazmy v břiše a akrocyanózou. Stav trvá dny i týdny. Většinou jde o příznaky úzkostné neurózy, někdy i schizofrenie. V psychoanalytickém pojetí jde o projev kastrální úzkosti. Léčba spočívá v tom, že manželka nebo nejbližší příbuzní pevně svírají pacientův penis nebo kolem něj uvazují provázek, aby zabránili jeho zmizení.
- Brain Fag syndrom – nazývaný též Ode-Ori syndrom; byl popsán u nigerijských převážně duševně pracujících osob, které si intenzivním studiem zvyšovali úroveň svých znalostí. Stěžovali si na nepříjemné pálivé pocity v hlavě, někdy pocit, jako by prolézal celým tělem nějaký parazit, syčení a hučení v uších, neschopnost se koncentrovat a velkou únavu.
- Dhat syndrom - se vyskytuje převážně v Indii. Slovo pochází ze sanskrtu a znamená elixír, z něhož sestává tělo. Označuje intenzivní obavu ze ztráty semene, ať už k ní dochází polucemi, masturbací, souloží nebo unikáním semene do moči. Klinicky se projevuje stížnostmi na celkovou slabost,

ztrátou chuti k jídlu, úzkostí a pocitu viny v důsledku morálně nepřijatelných sexuálních aktivit. V Číně se tento syndrom nazývá Shenkui syndrom.

- Latah – vyskytuje se hlavně v Malajsii u žen středního a vyššího věku. Jde z pravidla o ženy v podřízeném postavení. Porucha se projevuje echopraxií, koprolálií a fugami, jež bývají předmětem posměchu okolí.
- Whitico (windigo) – je psychotická porucha popisovaná u Inuitů z oblasti Hudsonova zálivu. Projevuje se nutkáním jíst lidské maso, úzkostí a přesvědčením, že postižený jedinec je očarován příšerou z ledu a kostí, která žere lidi. Jsou přítomny četné vegetativní příznaky (nauzea, zvracení, průjemy).
- Pibloktoq (arktická hysterie) – začíná únavou, depresivní náladou, někdy zmateností s následnou agitovaností, odhazováním nebo trháním oděvu, válením se ve sněhu, echolálií, echopraxií, někdy koprofagií. Na proběhlý stav je amnézie. Porucha vzniká zřejmě jako reakce na stresovou situaci.
- Amok – vyskytuje se převážně v jihovýchodní Asii a v Africe. Příčina je multifaktoriální, zpravidla jde o komplikaci somatického onemocnění, např. malárie. Podílí se na vzniku i hladovění, horko, dehydratace, psychogenní vlivy a celkové vyčerpání. Počáteční stádium amoku trvá i několik týdnů a je charakterizováno neurastenickými příznaky a meditováním. Poté propuká pohybová bouře a agrese vůči sobě nebo okolí. Neskoučí-li stav sebevraždou, následuje zpravidla delší spánek s amnézií na chorobný stav.
- Stavy posedlosti – hojně se vyskytovaly ve středověku; např. lykantropie = posedlost vlkem. Docházelo i k epidemickému výskytu. Postižení jedinci (vlkodlaci, Werwolfové) vyli a štěkali, vrhali se na lidi, které usmrcovali, vysávali jim krev a jedli jejich maso. Do okruhu stavů posedlosti patří i kult voodoo, který je založen na magickém manipulování s předměty. <sup>(32)</sup>

## 1.6. Psychiatrie na konci tisíciletí

(Model pro psychiatrickou reformu)

Psychiatrie je oficiálně odvětvím klinické medicíny, zabývající se léčením, prevencí a výzkumem duševních poruch. Praxe nám ukazuje, že přítomnost duševní poruchy ani její intenzita nejsou vždy rozhodujícím činitelem pro zahájení psychiatrické léčby ani pro rozhodnutí o její reformě. <sup>(20)</sup>

### 1.6.1. Péče o kriminální recidivisty s nepsychotickými duševními poruchami

Jde o jedince nejen duševně nemocného, ale i o zločince, kterým je za okolností vymezených zákonem ukládána ochranná léčba ústavní formou. V České republice jsou tito jedinci hospitalizováni v lůžkových psychiatrických zařízeních, kde však narušují léčebný režim, terorizují psychotické pacienty a jsou prakticky nezvládnutelní psychiatrickými prostředky. Za současné personální situace v českých psychiatrických lůžkových zařízeních je problémem též bezpečnost ostatních psychiatrických pacientů i zaměstnanců. Systémové pojetí a praktické zkušenosti nasvědčují tomu, že detence těchto jedinců v ústavech provozovaných na vyšší úrovni než zdravotnické (př. justiční) může poskytnout péči o ně na odpovídající úrovni, nemluvě o lepší možnosti ochrany společnosti. <sup>(20)</sup>

### 1.6.2. Interakce psychiatrie a veřejnosti

V posledních desetiletích jsme byli svědky účinků interakce psychiatrie a veřejnosti na několika odlišných případech. Jako první je antipsychiatrické hnutí, které svou destruktivou a nekritičností k její produktivitě nepřispělo. Dále sem patří případ politického zneužívání psychiatrie ve smyslu nedobrovolné psychiatrické hospitalizace politických oponentů bez duševní poruchy. To sice také k produktivitě interakce psychiatrie versus veřejnost nepřispělo, ukázalo však na význam správně fungujícího práva pro prevenci zneužívání a na význam adaptace na malou skupinu, spojovanou osobními emočními vazbami,

v porovnání s adaptací na makrostruktury pro diagnostikování duševní poruchy.  
(20)

Jako příklad produktivnější interakce psychiatrie s veřejností lze uvést změnu názorů na homosexuální chování. Ta vedla ke změně pohledu na homosexuální orientaci od poruchy k variantě. Vzrůstá také pozornost o duchovní dimenzi člověka, která také zasáhla psychiatrii. Duchovní základ evropské civilizace představuje křesťanství, které apeluje na duchovní úrovni na altruistické, konstruktivní aspekty lidské osobnosti. Do třetího tisíciletí můžeme tedy vyslovit přání, aby se na jedné straně dostalo psychiatrii maximum podpory v jejích snahách po dosažení psychické integrace svých pacientů ze strany veřejnosti a na druhé straně přát veřejnosti, aby se altruistické chování neomezilo jen na rámec psychiatrické léčebny.<sup>(20)</sup>

### 1.6.3. Model psychiatrické reformy

Reforma psychiatrie je nyní podstatným společným problémem celé západní, střední a východní Evropy. Proces nového definování psychiatrické péče je reformou ve dvojitým smyslu. Jedná se o zásadní změnu v hodnotách, podle kterých by mělo být poskytováno ošetření a lékařská péče lidem trpícím duševními chorobami, a představuje také radikální změnu ve struktuře a modelech péče o duševní zdraví.<sup>(36)</sup>

Základním předpokladem užitečnosti modelu je jeho jednoduchost. Proto byl vytvořen model pouze dvojrozměrný a byl nazván „maticový model“. Jeho posláním je pomoci stanovit silné a slabé stránky péče v dané oblasti a formulovat jasný postup pro její zlepšení. Konceptní rámec, který je nazýván maticovým modelem, má dva rozměry: geografický a časový. *Geografický* rozměr udává tři geografické úrovně: zemi, místo a pacienta. Druhý, *časový*, rozměr se vztahuje ke třem časovým fázím: vstupní, průběhové a výstupní. Pomocí těchto dvou

rozměrů se vytvoří matice 3x3, která umožní se zaměřit na podstatné problémy péče o duševní zdraví. <sup>(36)</sup>

Při popisu maticového modelu si klademe čtyři cíle:

1. poskytnout rámec, který zjednodušuje popis psychiatrických služeb,
2. nabídnout způsob uspořádání komplexních jevů, ke kterým dochází jak v různých časových horizontech, tak souběžně,
3. přispět k pochopení těchto jevů,
4. pomoci najít slabá místa služeb a upřednostnit opatření, která povedou k jejich zlepšení.

Při úvahách o aplikaci maticového modelu vycházíme ze situace pro celou Evropu:

- Středem zájmu se stává potřeba uplatnit zásady a metody experimentální medicíny. Abychom dosáhli tohoto cíle, je nezbytný určitý stupeň vzájemného porozumění mezi čtyřmi odlišnými sférami: světem vědeckého výzkumu, těmi, kteří zpracovávají a recenzují základní odbornou literaturu, pracovníky, kteří vypracovávají místní směrnice v oblasti péče a zdravotnické záznamy, a vlastními klinickými pracovníky.
- Otázka, kam až by mělo dojít snížení počtu lůžek pro pacienty psychiatrických zařízení, je stále podstatnější a svědčí o tom, že mnoho rozvinutých zemí již snížilo počet lůžkových zařízení na přijatelnou nebo dokonce až za přijatelnou úroveň.
- Péče o mládež, chronické a závažně postižené pacienty je na mnoha místech nedostačující, obzvláště pak u psychotických pacientů současně konzumujících návykové látky.
- Hranice a vzájemné vztahy mezi zdravotní a sociální péčí jsou málokdy uspokojivě řešeny.
- Všudypřítomným paradoxem péče o duševní zdraví v mnoha oblastech je kapacita omezená na pomoc asi 2% populace, zatímco každý rok trpí

duševními poruchami zhruba desetinásobek. Otázkou je, kterých 10% z celkového počtu osob s duševními potížemi by měli odborníci léčit, kdo by měl diagnostikovat a léčit těch zbývajících 90%? Odpověď na tuto otázku vyžaduje spolupráci s ostatními službami, především účinnou spolupráci s primární péčí. <sup>(36)</sup>

### **1.7. Sociální psychiatrie**

Sociální psychiatrie se zaměřuje na sociální faktory spolupůsobící při vzniku, průběhu, léčení a rehabilitaci psychických poruch. Termín sociální psychiatrie poprvé použil v r. 1917 E. Southard ve své monografii *Mental Hygiene*. Náplň oboru byla nejasná, název se příliš neujal a k vlastnímu rozvoji došlo až později. <sup>(32)</sup>

Právě na přelomu 19. a 20. století byl poprvé použit pojem sociální psychiatrie v USA v souvislosti s tehdejším zjištěním užitečnosti a nutnosti účasti sociálních pracovníků v péči o jedince s duševní poruchou. Pojem později nabyl širší význam, obor kladl důraz na účast sociálních faktorů při vzniku, průběhu, léčení a rehabilitaci duševních poruch a snažil se odpovídající poznatky aplikovat v běžné klinické praxi. Vliv sociální psychiatrie u nás vrcholil v 60. - 70. letech a přinesl řadu změn do různých úseků oboru, v USA je stále aktuální, „komunitní psychiatrie“, což je orientace velmi příbuzná. <sup>(16)</sup>

Sociální psychiatrie zdůrazňuje interdisciplinární multikauzální přístup k problematice duševního zdraví a duševních poruch, zabývá se zkoumáním sociálních a kulturních faktorů v jejich etiopatogenezi. Do oblasti sociální psychiatrie se zařazuje psychiatrická epidemiologie. Dlouhodobé mezioborové studium jednotlivce ve vzájemných vztazích s prostředím, koncepce péče o osoby s psychickými poruchami včetně realizace jak v části preventivní – duševní hygiena, tak v části léčebné a rehabilitační a studium sociologických a kulturních vlivů na duševní poruchy. V koncepci sociální psychiatrie se lze rovněž setkat



s organizací center duševního zdraví, psychosociálních služeb a celého systému komunitní psychiatrické péče. V tomto pojetí pak je nezbytná účast celé společnosti a přijetí veřejné odpovědnosti za úroveň zdravotně sociální péče o všechny osoby s psychickými poruchami. Praktická upotřebitelnost systému psychiatrické péče je dána zajištěním léčby i rehabilitace akutních, děletrvajících a chronických psychických poruch, a to jak z pohledu medicínského, tak sociálního. <sup>(32)</sup>

Jednotlivé složky psychiatrické péče jsou:

- stacionární,
- ambulantní
- komplementární. <sup>(32)</sup>

1.7.1. Ekonomie v psychiatrii, možnosti modelování a populační změny v období transformace.

Začátek transformace zdravotnictví byl spojen s potřebou zlepšit ekonomickou situaci ve zdravotnictví a s vytvořením dostatku prostředků pro celkové zlepšení zdravotnictví. Skutečnost, že výsledkem transformace není příliš zlepšená ekonomie zdravotnictví, že existuje mnoho nespokojených, kteří si představovali výsledky jinak, že existuje mnoho problémů před námi, to vše ukazuje na to, že při transformaci nebyly dostatečně zohledněny všechny souvislosti, a to nejen ekonomické. <sup>(35)</sup>

Model „ošetření v rámci dne“

Pro praktické práce při rozvoji soustavy psychiatrických pracovišť je užitečné vyvíjet model, pomocí kterého by bylo možné ověřovat různé varianty rozvoje a jejich důsledky.

Model v psychiatrii:

Pacienty psychiatrických léčeb je možné pro tyto účely považovat za proměnnou, charakterizující potřebu psychiatrických služeb. Pokud budeme

předpokládat, že počet hospitalizovaných či počet ošetrovacích dnů na těchto pacientech není ovlivněn indukovanou spotřebou lékařské péče, pak víme, že v r. 1995 platil vztah:

$36\,859 \text{ pacientů} = 403 \text{ lékařů} \times \text{průměrná kapacita } 91,461 \text{ pac./lékaře}$

a obdobně

$3\,270\,315 \text{ ošetrovacích dnů} = 403 \text{ lékařů} \times \text{kapacita } 8115 \text{ ošetř.dnů/lékaře.}$

Z tohoto je zřejmé, že bude-li kapacita lékařů větší, pak je možné stejnou potřebu zabezpečit méně lékaři. Bude-li lékařů méně, budou pro zabezpečení stejné potřeby muset pracovat s větší kapacitou, bude tedy třeba vyšší motivace k vyššímu výkonu. Bude-li vyšší potřeba krátkodobě, nemá smysl zvýšit počet lékařů. <sup>(35)</sup>

#### Populační změny

- Přestal růst počet obyvatel. Již od konce 70. let stagnuje počet obyvatel ČR mezi 10,320 až 10,360 miliony obyvatel. Tento vývoj byl ovlivněn klesajícími přírůstky živě narozených ve srovnání s počtem zemřelých obyvatel.
- Mění se věková struktura obyvatelstva, dochází k masovému stárnutí populace.
- Roste střední délka života. Po roce 1990 začala vzrůstat až na 70 let u mužů a na 77 let u žen.

Protože základním zdrojem tvorby příjmů pro sociální důchody je ekonomicky aktivní obyvatelstvo, je zapotřebí průběžně přepočítávat a korigovat aproximační funkce této veličiny a jejích složek. Tyto skutečnosti mají zásadní význam pro plánování rozvoje zdravotnictví. Nejen že dojde ke snižování počtu obyvatel, ale také ke změně struktury obyvatelstva z hlediska jeho stáří a i z hlediska struktury onemocnění. Změní se proto i váha psychiatrie jako oboru.

<sup>(35)</sup>

### 1.7.2. Nový vzdělávací program v psychiatrii

Příprava psychiatrů na atestace se u nás po mnoho desítek let řídila obměňovanými náplněmi oboru, což byl výčet povinných znalostí a odborných dovedností budoucího odborníka. Před několika lety vyvstala nutnost přepracování, které spočívalo nejen v obvyklé aktualizaci, ale především v přizpůsobení požadavkům EU. <sup>(18)</sup>

Vzdělávací program v oboru psychiatrie je výsledkem jednání tří institucí – Institutu postgraduálního vzdělávání lékařů a farmaceutů, zejména jeho Katedry psychiatrie, dále výboru Psychiatrické společnosti ČSL JEP a konečně České lékařské komory. Směrnice EU načrtly širokou praxi i rozsah teoretických znalostí, které lékař po promoci může vstřebat nejdříve během pěti let. Výbor Psychiatrické společnosti zrušil povinnost praxe na poli sexuologie, to znamená na pracovištích zabývajících se kvalifikovaně sexuálními dysfunkcemi, poruchami pohlavní identity a preference. Jak bude vypadat péče o jedince s poruchou sexuální preference ukáže čas. Třeba si s touto částí klasifikace poradí jiné obory lépe než psychiatrii. Ve svém celku představují nové programy nejen předpoklady pro dobré uplatnění našich psychiatrů na zahraničních pracovištích, ale obecně příznivý krok při formování budoucího odborníka. <sup>(18)</sup>

Podle výkladu Evropského soudního dvora v Lucemburku z 25. 2. 1999 se požaduje, aby další vzdělávání, které vede ke kvalifikaci lékaře, splňovalo zejména podmínku jeho průběhu na plný úvazek. Předpokládá se účast kandidáta na všech lékařských činnostech, včetně pohotovostní služby. Takže lékař účastnící se postgraduálního výcviku věnuje všechnu svou profesní činnost praktickému a teoretickému vzdělávání po celou dobu pracovního týdne a po celý rok s přiměřenou odměnou za výkon. <sup>(38)</sup>

V oboru psychiatrie byla v EU přijata v r. 2000 Charta postgraduální přípravy v oboru psychiatrie. Vznikla po několikaleté diskusi v Sekci psychiatrie

Unie evropských medicínských specialistů, které se prostřednictvím delegátů (38) účastnila i Psychiatrická společnost ČLS JEP. V souladu s chartou byl připraven Záznam o vzdělávacích aktivitách (logbook). Logbook je podrobný záznam o teoretické a praktické přípravě. Zaznamenávají jsou i počty nemocných jednotlivých diagnostických skupin, které lékař ve specializační přípravě ošetřoval. Podrobný záznam postgraduálního výcviku by měl umožňovat kontrolu naplnění požadavků na kvalifikační přípravu. (38)

### 1.7.3. Odstranění hradeb psychiatrie vůči veřejnosti i ostatním medicínským oborům

#### Vůči veřejnosti

Na rozdíl od minulosti se nyní věnuje lidským a občanským právům pacientů, obzvláště psychiatrickým, velký zájem a také i legislativní, administrativní a skutečná aktivita. Přesto jsou psychiatričtí nemocní, zvláště psychotici, mentálně retardovaní, gerontopsychiatrici, stále vystavováni situacím, kdy lze jen sotva hovořit o rovnoprávnosti, důstojnosti, chránění zájmů a práv. Nerovnoprávný přístup k nim existuje a jako příklady nám mohou posloužit zjevné a někdy i dosti skryté diskriminační praktiky: obtíže při přijímání do zaměstnání, odlišná pravidla pojišťoven, zanedbávání diagnostiky psychických poruch zdravotníky vůbec, nedostatečná nebo neexistující terapie duševních poruch ve všeobecném zdravotnictví, omezené finanční prostředky určené psychiatrickým zařízením, primitivně vybavená psychiatrická lůžková zařízení, porušování hygienických a stavebních norem v psychiatrických léčebnách a v zařízeních sociální péče, předsudky a mýty veřejnosti, nedostatek vědomostí o duševních poruchách, odpor místních obyvatel i zdravotníků při zakládání psychiatrických zařízení apod. (3)

Vždy existovaly a existují stigmatizující choroby: malomocenství, TBC, syfilis, AIDS a z duševních poruch zvláště psychózy. Po objevu antibiotik se u řady nemocí stigma podstatně zmírnilo. Osoby s duševními chorobami patří nepochybně mezi menšinové rizikové skupiny. Minulost i současnost je řadila

a řadí více mezi kategorie ponižované, potlačované, diskriminované než mezi skupiny privilegované. A proto jejich obrana a ochrana patří k humánním povinnostem občanů, zdravotníků i politiků. <sup>(3)</sup>

#### Vůči ostatním medicínským oborům

Psychiatrie je mimořádný lékařský obor. Pacienti mají z duševní nemoci mnohdy větší strach než z nemocí tělesných. Bojí se změny, kterou je nemoc ohrožuje, narušení duševních schopností a dlouhého pobytu v léčebně. Lékaři jiných medicínských oborů hledí na psychiatrii se směsicí úcty a podezření. Trochu se jí bojí a trochu jí opovrhují. Řada psychiatrů chce své porozumění nemoci doplnit psychologickým poznáním a porozuměním přírodovědnému i filozofickému problému vztahu duše a těla. Povoláním psychiatra jsou také často přitahováni lidé, kteří cítí naléhavou potřebu řešit své osobní problémy a najít přítom oporu ve své profesi. <sup>(4)</sup>

Zprostředkovat ocenění dovedností a nových možností oboru kolegům z ostatních oborů znamená vykročit z jakéhosi odborného ghetta, do kterého byla psychiatrie svou výjimečností zahrnuta. Do takového prostoru chráněného pomyslnými hradbami patří budovy starých klášterů a zámků obklopené rozsáhlými komplexy velkokapacitních kolektivních ubytoven v léčebnách na krajích měst či v odlehlých venkovských oblastech. Váže se k němu stigma duševní nemoci i psychiatrů, zdráhavost přijmout skutečnost, že psychiatr potřebuje ke své práci moderní vyšetřovací komplement neurozobrazovacích, elektrofyziologických a biochemických metod stejně naléhavě jako jiný specialista. Za překonání tohoto stavu mají zodpovědnost především psychiatři sami. Otvírat brány nebo ještě lépe, bořit hradby je jejich úkolem. <sup>(4)</sup>

#### 1.7.4. Formy hospitalizace

Z hlediska délky péče můžeme rozdělit hospitalizaci na akutní krizovou (krátkodobá hospitalizace 3 - 5 dní v rámci krizových center), akutní péči

hospitalizační na uzavřených nebo otevřených odděleních klinik, nemocnic a léčeben (4 - 6 týdnů) a následnou péči dlouhodobou většinou v psychiatrických léčebnách. Nedílnou součástí moderní psychiatrické léčby by měly být jednotky intenzivní psychiatrické péče zaměřené na závažné stavy, jež jsou na rozhraní psychiatrickém a somatickém. Tyto JIPP by měly být součástí velkých fakultních nemocnic vzhledem k návaznosti péče somatických oborů.

- Krátkodobá hospitalizace – v rámci krizové intervence je někdy nezbytná pro zajištění včasné intenzivní a komplexní péče i diagnostiky, protože některé z klientů je nutné přeložit k další psychiatrické hospitalizaci.
- Akutní lůžková péče – jde především o diferenciatně diagnostické posouzení stavu s návrhem intenzivní léčby, ochranu pacientů před sebepoškozením, ochranu před poškozením ostatních a to vše v oblastech sociálního fungování. <sup>(15)</sup>

#### 1.7.5. Čtyři nejčastější způsoby léčby duševně nemocných

##### 1. Psychofarmakoterapie

Psychofarmaka jsou léky ovlivňující především centrální nervový systém a tím i psychické funkce člověka. K rozvoji psychofarmakoterapie, dnes naprosto stěžejního pilíře biologické léčby duševních a behaviorálních poruch, dochází exponenciálním způsobem zhruba od poloviny minulého století, kdy byly objeveny psychotropní účinky chlorpromazinu a reserpinu a proběhly první úspěšné pokusy o lithioterapii. Léčba psychofarmaky je v současné době integrální součástí psychiatrie a profiluje obor s přesvědčivou dominancí. Je důležité si uvědomit, že přes veškerý pokrok a prudký rozvoj výzkumu v oblasti neurověd, zůstává psychofarmakoterapie zatím i nadále empiricky založeným přístupem, nikoli léčbou kauzální. <sup>(11)</sup>

##### 2. Psychoterapie

##### 3. Kinezioterapie

#### 4. Kombinovaná terapie

Kombinovanou terapií v léčbě duševních a behaviorálních poruch nazýváme takový přístup, kdy pacient konzumuje zároveň psychofarmakoterapii i psychoterapii. Uskutečňuje se v zásadě dvěma způsoby: jako terapie integrovaná, v rámci které poskytuje psychoterapii i farmakoterapii jeden poskytovatel - psychiatr, a jako terapie oddělená (v angl. literatuře "split"), kterou zajišťují poskytovatelé dva - psychiatr a psychoterapeut, v našich podmínkách nejčastěji klinický psycholog s psychoterapeutickou erudicí. Je prakticky nezbytné, aby od sebe obě modalitty nebyly oddělené, nýbrž aby jejich nositelé skutečně spolupracovali, byli v otevřeném recipročním kontaktu a poskytovali si vzájemně kromě důležitých informací i ještě důležitější důvěru a respekt. Proto mi přijde vhodnější používat pro tento způsob terapie název "paralelní".<sup>(11)</sup>

#### 1.7.6. Psychoterapie

Psychoterapie je obor, vědní disciplína, empirická aplikovaná věda. Je to obor interdisciplinární, protože zasahuje do různých oblastí medicíny a psychologie. Má svou obecnou a speciální část. Do obecné části patří teorie, metody a výzkumná data, do speciální části aplikace na jednotlivé druhy poruch.<sup>(25)</sup>

V současné době nemá psychoterapie jednotnou teorii, ale zahrnuje přibližně deset základních uznávaných přístupů či systémů, z nichž každý má svou vlastní ucelenou teorii osobnosti, etiopatogeneze poruch, obsahu terapie a terapeutického procesu i propracované metody a techniky léčby a výcvikové programy, které z příslušné teorie vycházejí.<sup>(25)</sup>

Pojem psychoterapie se častým a obecným způsobem rozměňuje. Jako léčba patří psychoterapie do oblasti sekundární prevence. Pokud psychoterapií nazýváme působení primárně preventivní nebo rehabilitační snahy terciální prevence, podporujeme medicinizaci. Pojem psychoterapie je potřebný. Metodou

nebo technikou psychoterapii vymezit nelze. Každá technika může být psychotherapeutická, pokud je použita v psychotherapeutickém kontextu, a naopak z každé psychotherapeutické techniky se může stát v nepsychotherapeutických souvislostech společenská hra. <sup>(1)</sup>

#### *1.7.6.1. Druhy psychoterapie*

Psychotherapii lze rozdělit z více hledisek:

- Direktivní – terapeut působí na pacienta přímým usměrňováním jeho myšlení, postojů a chování.
- Symptomatická – zaměřuje se na chorobný příznak.
- Kauzální – snaží se zjistit a odstranit příčinu.
- Podpůrná – nesnaží se měnit osobnost, ale poskytuje porozumění, podporu a pomoc.
- Rekonstrukční – usiluje o přestavbu osobnosti, a to jak hlubší analýzou jejího utváření, tak závažnějšími zásahy do postojů, motivací a hodnotového systému.
- Odkrývací - = hlubinná analýza, která vynáší na povrch informace z nevědomí.
- Zakrývací – k ní patří všechny ostatní formy psychotherapie, které jsou považovány za méně hodnotné.
- Náhledová – podporuje objasnění a porozumění.
- Akční – podporuje přímé zvládnání problémů a nácvik potřebných dovedností. <sup>(25)</sup>

Další dělení psychotherapie:

- Individuální – je zaměřena na jednotlivce.
- Hromadná – terapeut působí vhodně upravenými metodami individuální psychotherapie na více pacientů současně.
- Skupinová – využívá k terapeutickým účelům dynamiky vztahů vznikajících mezi členy plánovitě vytvořené terapeutické skupiny.



- Dynamická – věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže.
- Kognitivně-behaviorální – učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení
- Humanistická – zabývá se sebeuskutečňováním, rozvojem vnitřního prožívání a vlastních možností, naplňováním životního smyslu. <sup>(31)</sup>

Z hlediska požadavků na kvalifikaci psychoterapeuta se rozdělují psychoterapeutické výkony na tři stupně:

- Podpůrná psychoterapie – může ji vykazovat každý lékař a psycholog.
- Odborná – k jejímu vykazování je potřebná u psychologů závěrečná zkouška z postgraduální specializační průpravy pro práci ve zdravotnictví.
- Systematická – vyžaduje speciální vzdělání, výcvik a supervizi se stanovenými počty hodin a absolvování kvalifikační zkoušky před komisí. <sup>(31)</sup>

#### 1.7.6.2. Cíle psychoterapie

Existují dvě odlišné formulace cílů psychoterapie:

- a) cílem psychoterapie je odstranění chorobných příznaků,
- b) cílem psychoterapie je reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj či integrace pacientovy osobnosti. <sup>(25)</sup>

#### 1.7.7. Služby pro duševně nemocné

Poskytované sociální služby a sociální péče se rozlišují podle toho, zda souvisí s umístěním klientů v zařízení s pobytem, nebo zda jde o podporu jeho schopností žít co nejdéle v přirozeném prostředí.

##### 1. Zařízení s pobytem

- Ústavy sociální péče
- Chráněné bydlení
- Chráněné dílny

- Týdenní stacionáře
- Domovy se zvláštním režimem
- Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny) <sup>(26)</sup>

## 2. Služby podporující život v přirozeném prostředí

- Ambulantní péče (všeobecný lékař, ambulance psychiatrů, klinických psychologů)
- Krizová centra
- Osobní asistence
- Tísňová péče
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Odlehčovací služby, také se mohou nazývat sdílené či respitní služby
- Centra denních služeb se doposud nazývala například "domovinky"
- Denní stacionáře
- Komunitní sociorehabilitační zařízení <sup>(24)</sup>

### 1.7.8. Komunitní vzdělávání

Za počátek rozvoje komunitní péče v západní Evropě a Spojených státech se obvykle považují padesátá léta 20. století. Dva nejsilnější faktory, které vedly k rozvoji komunitního principu v péči o duševně nemocné, byly pravděpodobně poznatek, že dlouhodobý pobyt v uzavřené instituci je sám o sobě škodlivý, a skutečnost, že se objevily nové léky (antipsychotika). Dalším faktorem, který umožnil rozvoj komunitní péče v Evropě, je poválečný vzestup sociálního (welfare) státu. <sup>(34)</sup>

Komunitní vzdělávání (KV) je přístup vytvářející prostřednictvím specifických činností a postupů prostor k tomu, aby se příslušníci komunity stali

partnery při uspokojování svých vlastních potřeb (vzdělávacích, kulturních, sociálních apod.).

Komunitní vzdělávání je založeno na třech základních principech:

- celoživotní učení,
- aktivní zapojení komunity,
- efektivní využívání zdrojů.

Komunitní vzdělávání vytváří formální i neformální příležitosti ke vzdělávání, které podle nejmodernějších trendů trvá celý život. KV posiluje občanskou společnost, zvyšuje odpovědnost každého člena komunity za vlastní životní úroveň.<sup>(30)</sup>

Komunitním centrem se může stát jakýkoli subjekt, který spatřuje v dlouhodobém rozvoji místní komunity své poslání. Nejdůležitějším předpokladem fungování komunitního centra je existence koordinátora KV. Koordinátor navrhuje strategii a plán rozvoje KV na základě potřeb komunity. Je zodpovědný za vedení, organizaci a rozvoj samotného centra, komunikuje s partnery, zajišťuje finanční a lidské zdroje, spolupracuje s dobrovolníky, hodnotí činnost spolupracovníků, celé organizace apod.<sup>(30)</sup>

Komunitní vzdělávání probíhá nejlépe v komunitních centrech, kde najdeme sociální službu jako jednu z činností vedle vzdělávacích, kulturních, rekreačních a dalších služeb. To, co je určeno v činnostech KV navíc – nad sociální službu, je právě zaměření na potřeby komunity.<sup>(30)</sup>

Komunitní centra zažívají v našich zeměpisných šířkách velký rozvoj. Existuje mnoho druhů místních iniciativ, které si říkají komunitní centrum. Jejich činnost je velmi rozmanitá a zdaleka se nevěnují ještě všem činnostem, pro které mají předpoklady. Jednou z takových činností mohou být sociální služby. Standardizace na úrovni komunitních center zatím neexistuje.<sup>(30)</sup>

#### *1.7.8.1. Cíle a způsoby poskytování služeb*

Potřeba znát cílové skupiny a jasně definovat vlastní poslání je životně důležitým faktorem při založení a fungování každého komunitního centra. Od poslání a cílů se odvíjí celá činnost komunitního centra, musí tedy být srozumitelná jak poskytovatelům, tak klientům. Formulaci poslání zařízení je třeba věnovat hodně pozornosti, času i prostoru k diskusi. Formulace poslání má být srozumitelná, stručná a nestigmatizující.

Cíle – jsou způsoby, jak dosáhnout poslání. Cílová skupina – je skupina uživatelů nacházejících se v konkrétní nepříznivé životní situaci, jejímž základem je konkrétní postižení nebo ohrožení. Uživatelé komunitních center musejí mít zaručenou ochranu svých práv. <sup>(30)</sup>

#### *1.7.8.2. Jednání se zájemcem o službu*

Komunitní centrum má stanoveny vnitřní postupy jak informovat o vlastních službách. Důležitou součástí práce koordinátora komunitního vzdělávání je public relations. Musí správně ovládat základní komunikační prostředky, detailně znát své cílové skupiny, umět volit mezi přímými a nepřímými komunikačními prostředky apod. <sup>(30)</sup>

#### *1.7.8.3. Personální zajištění a návaznost na další zdroje*

Práce v sociálních službách je náročná jak na odbornou, tak na psychickou stránku pracovníka. Základním úkolem koordinátora KV je zajištění odpovídajícího počtu pracovníků s potřebným vzděláním a zkušenostmi.

Komunitní centra by se měla zajímat o poskytované služby v okolí, aby mohla spolupracovat a odkazovat klienty v případě potřeby na odborné instituce. Tzv. networking, neboli zasíťování, považujeme za velmi užitečnou činnost vedoucí k eliminaci nežádoucích konfliktů mezi poskytovateli sociálních služeb v rámci jedné komunity. <sup>(30)</sup>

#### 1.7.8.4. Profesionální rozvoj pracovníků a celého týmu

Vedoucí pracovník musí v rámci pečování o mentální hygienu svých spolupracovníků tvořit a sledovat tzv. osobní plán. Jeho obsahem je takový rozvoj pracovníka, který vede ke zkvalitňování pracovních výkonů a zlepšování osobního uspokojení pracovníka z vykonané práce. V případě zhoršené komunikace, nebo náznaku konfliktů v týmu, je dobré takové otázky řešit na pravidelné supervizi s externím odborníkem. <sup>(30)</sup>

#### 1.7.8.5. Supervize

Supervize je druh poradenství, které má pomoci zvyšovat profesionální kompetenci pracovníků a tím prospívat jim i klientům. Supervize není povinná. Záleží na charakteru služby, kterou poskytujeme a na uvážení vedoucích pracovníků komunitního centra. Provádějí ji vedoucí pracovníci, psychologové, terapeuti apod. Podle MUDr. Smékalové se dělí supervize na:

- skupinovou,
- týmovou,
- individuální.

Každý z těchto typů se dá dále rozdělit podle povahy na rozvojovou a případovou. Cílem rozvojové supervize je rozvíjet tým, skupinu nebo samotného pracovníka v jeho pracovních schopnostech. Případová supervize řeší konkrétní problémy s klientem a dává pomocnou ruku pracovníkovi, který řeší obtížné případy. <sup>(30)</sup>

#### 1.7.9. Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění

Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychické a chirurgické terapie. K dosažení léčebných výsledků využívá prostředků aktivně prováděného pohybu mimopracovní povahy. Je oborem interdisciplinárním. <sup>(33)</sup>

### *1.7.9.1. Pohyb a psychika*

Pohyb je široký pojem, který je posuzován z mnoha úhlů. Obecně je definován jako způsob existence hmoty. Je základní vlastností vesmíru. Živé organismy se vyznačují vlastní pohybovou aktivitou. Historicky je pohybová činnost pokládána za přirozenou vlastnost živých organismů.<sup>(13)</sup>

Pedagogika uvažuje o pohybu jako o základním fenoménu rozvoje člověka. Již Komenský zdůraznil formativní význam pohybu nejen ve smyslu tělesném, ale i duchovním. Prokázán je vliv pohybu na intelektový rozvoj v raném dětství, rozvoj dovedností a utváření osobnosti v dospívání. Podstatný je význam pohybu při uspokojování vlastních potřeb i při vzájemném dorozumívání.<sup>(13)</sup>

Pohyb je nutný k udržení života, je symptomem změny, aktivity. Vnější podmínky prostředí nutily naše předky k pohybu nutností zajistit základní životní podmínky, přežít. Pohybové hry a tance původně sloužily k přípravě dětí a dospívajících na pozdější životní situace.<sup>(13)</sup>

Dnešní podmínky života člověka k pohybu přímo nenutí. Již nyní pozorujeme příznaky biodegradace. Je nezbytné, aby dnešní člověk projevil určitou míru sebepřinucení nutnou k zachování somatopsychické rovnováhy. Člověk posuzuje smysl pohybu z hlediska svých potřeb a přání. V popředí stojí potřeba zažít něco příjemného, neobvyklého. V minulosti nabízel všední život řadu přirozených rizik. S pohybem jsou spojeny kladné, příjemné prožitky – uvolnění, radost i negativní prožitky, usilujeme-li o nadměrný výkon – únava, bolest, frustrace. Nejen příjemné, ale i nepříjemné prožitky spojené s pohybem, mají pro člověka svůj význam. Překonáváním zátěže stoupá odolnost jedince.<sup>(13)</sup>

#### *1.7.9.2. Podstata kinezioterapie*

Kinezioterapie je somatoterapeutická aktivita, která používá modelované cíleně zaměřené pohybové programy. Při jejich provádění vyžaduje aktivní přístup pacienta. Pracuje nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy. Zabývá se podpůrnou formou léčby a prevence psychosomatických a psychických poruch a chorob.<sup>(14)</sup>

#### *1.7.9.3. Prostředky kinezioterapie*

- Prostřednictvím aktivně prováděných cíleně modelovaných pohybových programů působí záměrně na psychiku, na vytvoření terapeutického vztahu, na neverbální formy chování, učení, podněcování emocí a interakci ve skupině.
- Cíleně působí na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy, osobnost a její vztahy prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu používajícího prvky tělesných cvičení, sportů a pohybových her.
- Působí na zmírnění, odstranění, schopnost ovlivňování psychických a psychosomatických obtíží nebo jejich příčin.
- Ovlivňuje změnu prožívání a chování nemocného a prostřednictvím získávání nového náhledu na prožívaný problém vědomí možností vyrovnávání se s ním.<sup>(12)</sup>

#### *1.7.9.4. Formy kinezioterapie v léčbě psychiatrických pacientů*

- Integrativně zaměřená kinezioterapie – pracuje se zdravými částmi osobnosti tak, aby se podařilo, vlivem procítění vlastního tělesného schéma jako nedělitelné jednoty, dosáhnout zakotvení vlastního Já ve vnějším světě. Používá jednoduchých gymnastických pohybů a poloh. Vyžaduje aktivní spolupráci pacienta.
- Koncentrativně zaměřená kinezioterapie – vede k vědomému sledování prováděného pohybu a jeho účinku, reguluje dýchání, svalový tonus,

vychází z poznatků o existenci vzájemných vztahů mezi psychikou a motorickou aktivitou a možností vzájemného ovlivňování. Používá gymnastických cvičení, relaxačních a dechových cvičení a prvků hathajógy. Vyžaduje aktivní spolupráci pacienta.

- Kinezioterapeutické aktivně relaxující programy – zaměřují se na iniciaci kognitivních a emocionálních procesů. Programy používají gymnastická cvičení, taneční a výrazové sekvence a prvky sportů. Cílem je navození pozitivního prožívání sebe sama, dochází k uvolňování napětí.
- Kinezioterapeutické aktivující programy – zaměřují se na iniciaci kognitivních procesů a motorických dovedností. Používají manipulační cvičení, prvky sportů a taneční prvky, které obnovují a rozvíjejí pohybové možnosti pacientů.
- Kinezioterapeutické programy zvyšující sebedůvěru a důvěru v druhé – soustředí se na iniciaci kognitivních a volných procesů. Využívají prvky sportů a her. U pacienta dochází k ověřování vlastních schopností a možností. Náročnost se postupně zvyšuje.
- Kinezioterapeutické komunikativní programy – vycházejí z předpokladu snadnějšího navázání kontaktu pomocí neverbální komunikace. Zaměřují se na sociální dimenzi, vnímání spoluúčasti a spolupráce, na iniciaci kognitivních a komunikativních procesů. Používají prvky her a pobytu v přírodě.
- Terapeutické užití sportovních cvičení – sportovně zaměřená cvičení využívají pravidel pohybových cvičení, která je nutno při jejich provádění dodržovat. U mužů se doporučuje sportovní výkonově motivovaná činnost, u žen cvičení s hudbou, taneční formy a sportovní výkonově motivované činnosti. <sup>(13)</sup>

#### *1.7.9.5. Kinezioterapie v oblasti prevence*

V prevenci je kinezioterapie využívána jako příprava na zvládnání situací, které hraničí s nadměrnou zátěží. Jedná se o náročné řešení prožívaných konfliktů.



Jde o situace, kdy jedinec má nedostatek vlastních sil ke zvládnutí situace. Cílem je pomoci odhalit vlastní možnosti k řešení a zvládnutí konfliktu prostřednictvím sebepoznání. <sup>(14)</sup>

#### 1.7.10. Program pro dobré zdraví

Základní body a struktura programu byly převzaty ze zahraničí (Irsko, Velká Británie), kde se úspěšně a dlouhodobě provádí a svými absolventy je pozitivně hodnocen. Program byl přizpůsoben podmínkám v ČR, přičemž iniciátorem a sponzorem je farmaceutická firma Eli Lilly. <sup>(23)</sup>

Program byl tedy uveden v ČR do praxe v lednu r. 2005 ve spolupráci lékařů z Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VNF, Psychiatrického centra Praha a farmaceutické firmy Eli Lilly. Důvodem pro vytvoření programu byla snaha o zlepšení celkového tělesného zdraví pacientů trpících schizofrenií, poskytnutí informací o zdravém životním stylu s cílem udržení si zdravé váhy a zlepšení sociálního fungování pacientů.

Jedná se o skupinový edukační program, který mimo zásady zdravého životního stylu nabízí možnost společného setkávání pacientů a sdílení jejich problémů. Nemocní mohou získat informace o významu medikace při dlouhodobé terapii i informace o časných varovných příznacích, k nimž u mnohých patří změny stravovacích návyků. Program také přispívá ke zvýšení sebedůvěry a zlepšení sociální adaptace nemocných. <sup>(22)</sup>

Zatím program probíhá ve 13 centrech v Čechách a na Moravě a v 8 centrech na Slovensku. Každé centrum vedou dva speciálně vyškolení instruktoři, nejčastěji zdravotní sestry, kteří absolvovali školení zaměřené jednak na obecné zásady psychoedukace a jednak na základní příčiny obezity a jejího vztahu k antipsychotické medikaci. Obsahem školení jsou také praktické návody a rady, jak jednoduše pacienty motivovat ke změně životního stylu. Pacienti se

do programu přihlašují přes ambulantní psychiatry, kteří jsou o programu informováni a pacientovi ho nabídnou.<sup>(22)</sup>

Program sestává celkem z 10 skupinových sezení, prvních 8 týdnů vždy jednou týdně, následně dvakrát za sebou vždy s odstupem měsíce opakovací hodina. Setkání trvá obvykle 60 - 90 minut, účastníků je 8 - 12. Obsahově je program rozdělen do dvou částí. První část je zaměřena na výživu, dobré zdraví a zdravý životní styl. Druhá část se týká udržování kondice a tělesného cvičení.<sup>(23)</sup>

Program je pacienti velmi oblíbený a pozitivně přijímaný. Na hodiny se všichni těší, chodí pravidelně, často se sami scházejí i mimo plánovaný program a mají zájem v programu pokračovat i po jeho skončení. S čím se instruktoři potýkají prakticky v celém programu a ve všech centrech je nedostatek informací ze strany pacientů o užívané farmakoterapii. Častá je naprostá neznalost samotného názvu léku, pravidelně je diskutovaná otázka nepřerušovaného užívání antipsychotik ve vztahu k časným varovným příznakům, relapsu onemocnění a jeho rizikům. Obvyklým argumentem pacientů je přesvědčení, že pokud medikaci vysadí, tak zhubnou.<sup>(22)</sup>

V neposlední řadě má program preventivní funkci. Zachycuje rizikové tělesné faktory (arteriální hypertenzi, tachykardii) a podporuje obecné zásady zdravého životního stylu, které jsou často opomíjeny a podceňovány.<sup>(22)</sup>

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1. Výzkumné cíle**

Vzhledem k výzkumnému problému byl stanoven následující hlavní cíl:

- Zmapovat současné formy péče o duševně nemocné v ČR s ohledem na jejich rozšíření, dostupnost a využívání.

Vzhledem k hlavnímu cíli byly stanoveny následující dílčí cíle:

- Zjistit, jaké postoje zaujímají vůči jednotlivým formám péče o duševně nemocné profesionálové z oblasti ústavní péče.
- Zjistit, jaké postoje zaujímají vůči formám péče o duševně nemocné profesionálové z oblasti komunitní péče.
- Zjistit jaké postoje zaujímají v tomto směru studenti pregraduálních zdravotně-sociálních studijních programů.

### **2.2. Hypotézy**

V rámci řešení výzkumného problému a realizace výzkumných cílů byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Profesionálové z oblasti ústavní a komunitní péče jsou informováni o všech možnostech péče o duševně nemocné.

H2: Profesionálové z oblasti ústavní psychiatrické péče považují komunitní péči o duševně nemocné za méně efektivní než ústavní.

H3: Profesionálové z oblasti komunitní péče o duševně nemocné považují ústavní psychiatrickou péči za méně efektivní než komunitní.

H4: Duševně nemocní preferují kombinaci ústavní a komunitní psychiatrické péče.

### **3. METODIKA**

#### **3.1. Použitá metoda**

K tématu „Program Zdraví 21 s ohledem na duševně nemocné“ byl proveden kvantitativně - kvalitativní výzkum za použití metody dotazování technikou vlastního dotazníku.

#### **3.2. Charakteristika výzkumného souboru**

Dotazník pro profesionály z oblasti ústavní a komunitní péče obsahoval 25 otázek ve formě 21 uzavřených otázek s možností výběru, 3 otevřené otázky a jednu polootevřenou s možností uvedení vlastního názoru. Dotazník pro studenty pregraduálních zdravotně-sociálních studijních programů obsahoval 15 otázek ve formě uzavřených otázek s možností výběru, 3 otevřené otázky a jednu polootevřenou otázku s možností uvedení vlastního názoru. Některé otázky umožňovaly odpovědět zvolením více možností, u ostatních bylo třeba označit jen jednu odpověď.

Respondenti byli v úvodu dotazníku o způsobu vyplnění poučeni, dále byli seznámeni s výzkumným problémem a ujištěni o anonymitě. Znění dotazníků je uvedeno v přílohách č. 1 a 2.

Celkem bylo rozdáno profesionálům z oblasti ústavní a komunitní péče 90 dotazníků a studentům pregraduálních zdravotně-sociálních studijních programů 100 dotazníků během měsíců března a dubna roku 2007. Návratnost u profesionálů z oblasti ústavní a komunitní péče odpovídá 57%. Návratnost u studentů pregraduálního zdravotně-sociálního studijního programu odpovídá 100%.

Pro vyhodnocování jsem použila tabulek, sloupcových a výsečových grafů. Podle počtu jednotlivých odpovědí na otázky je stanoven procentuální podíl z počtu respondentů. V případech, kdy otázka umožňovala odpověď výběrem více možností, jsem vycházela z procentuálního zastoupení jednotlivých odpovědí na danou otázku.

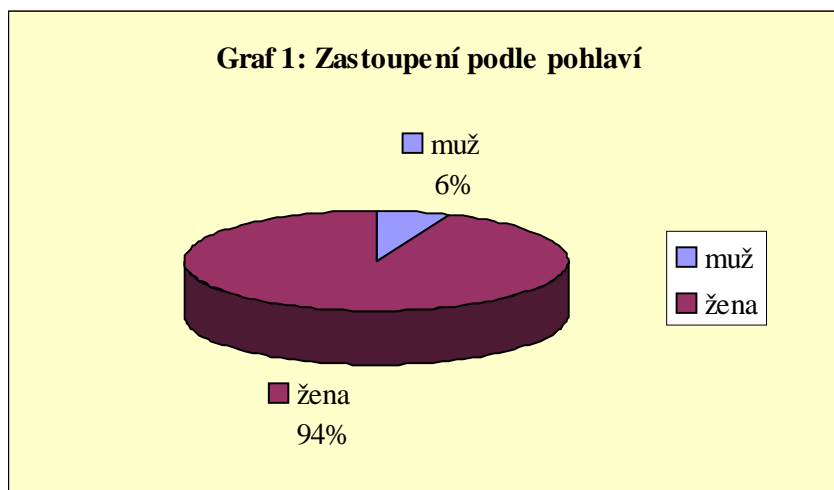
Dotazníky u obou výzkumných souborů obsahovaly všeobecné dotazy na věk, vzdělání, pohlaví. Další otázky byly zaměřeny na úskalí komunitní a psychiatrické péče, na poskytování služeb těmito zařízeními, na to, jak klienti využívají nabízené služby apod.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1. Výsledky výzkumu mezi studenty pregraduálních zdravotně-sociálních programů

Tabulka 1:

| Pohlaví | Počet |
|---------|-------|
| muž     | 6     |
| žena    | 94    |
| Celkem  | 100   |

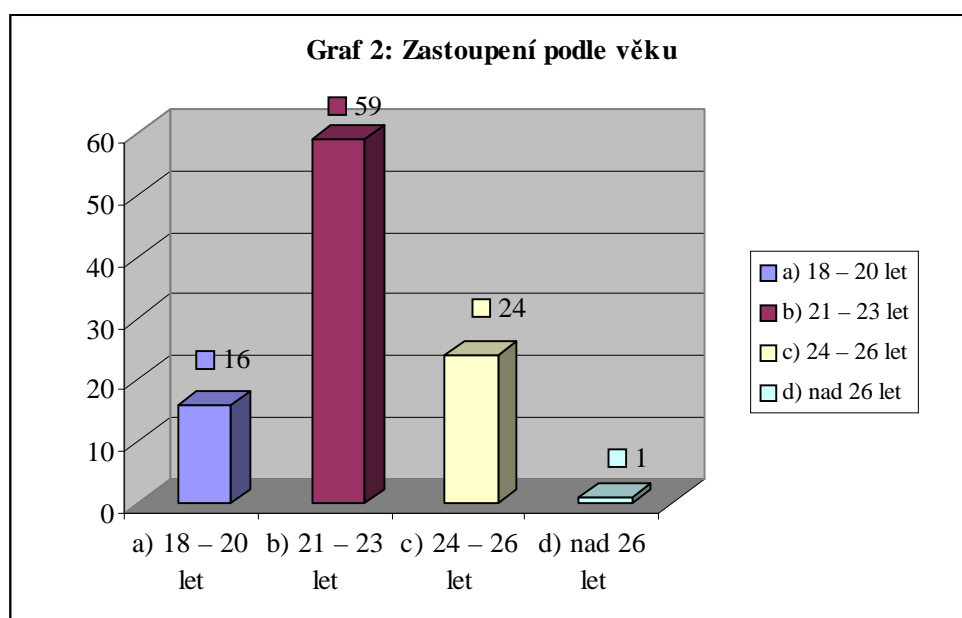


Zdroj: Vlastní výzkum

První otázka v dotazníku se týkala určení pohlaví respondenta. Muži byli zastoupeni 6 %, ženy 94%. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 2:**

| Věk            | Počet      |
|----------------|------------|
| a) 18 – 20 let | 16         |
| b) 21 – 23 let | 59         |
| c) 24 – 26 let | 24         |
| d) nad 26 let  | 1          |
| <b>Celkem</b>  | <b>100</b> |



Zdroj: Vlastní výzkum

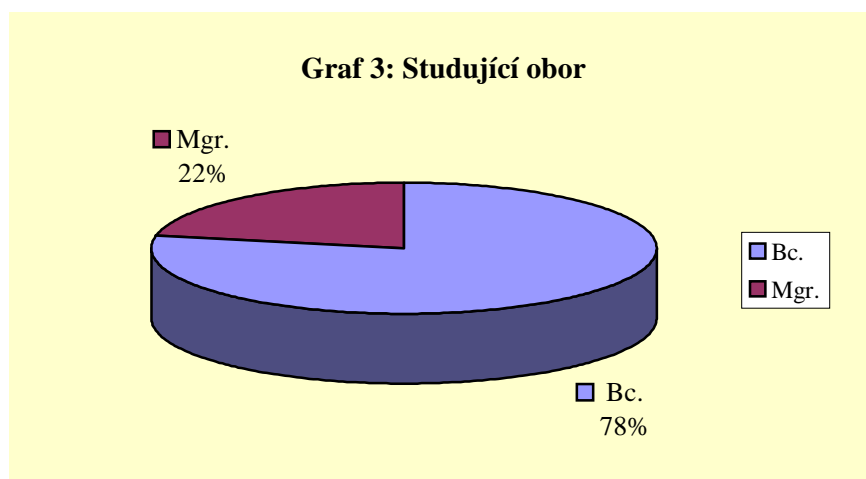
Druhá otázka charakterizovala respondenty podle věku. Ve věku 18 - 20 let odpovědělo 16 studentů, ve věku 21 - 23 let 59 studentů, 24 - 26 let 24 studentů a nad 26 let 1 student. Celkem odpovědělo 100% studentů.

Třetí otázka se týkala profesního zařazení, neboli dokončeného dosaženého vzdělání. Odpovědi byly rozmanité. Nejpočetněji zastoupena zde byla maturita, kterou uvedlo 67 studentů ze 100. Obory s maturitou byly zastoupeny takto: Veřejnoprávní činnost 1 student, Soukromá ekonomická škola se sportovním

zaměřením 1 student, Sociální pracovník 1 student, Všeobecná sestra 36 studentů, Střední pedagogická škola 1 student, Sportovní a rekondiční masér 1 student, Střední ekonomická škola 1 student, Gymnázium 25 studentů. Jako další pomaturitní vzdělání uváděli respondenti: Sociální pracovník (Bc.) uvedlo 22 studentů. Zdravotnický záchranář (VOŠ) 3 studenti, Specialista na mezinárodní obchod (Dis) 1 student, Zdravotní sestra pro ARIP (VOŠ) 2 studenti, Dětská sestra (Dis) 1 student, Fyzioterapeut (Bc.) 1 student, Dietní sestra (VOŠ) 1 student, Všeobecná sestra (Bc.) 2 studenti. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 3:**

| Studující obor | Počet      |
|----------------|------------|
| Bc.            | 78         |
| Mgr.           | 22         |
| <b>Celkem</b>  | <b>100</b> |

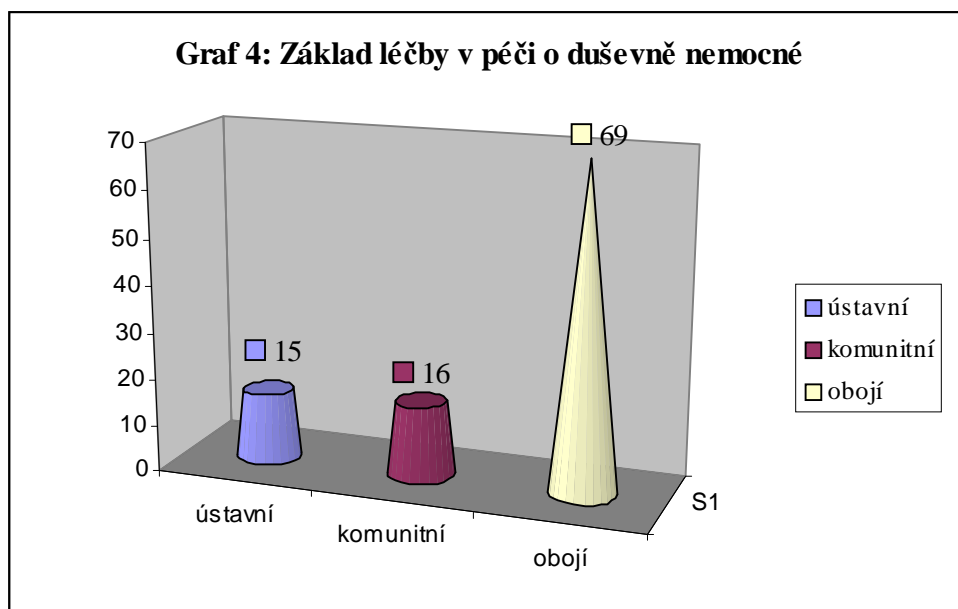


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka čtvrtá se tázala na studující obor. Obor Bc. odpovědělo 78% studentů a obor Mgr. 22% studentů. Odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 4:**

| Typ léčby     | Počet      |
|---------------|------------|
| ústavní       | 15         |
| komunitní     | 16         |
| obojí         | 69         |
| <b>Celkem</b> | <b>100</b> |

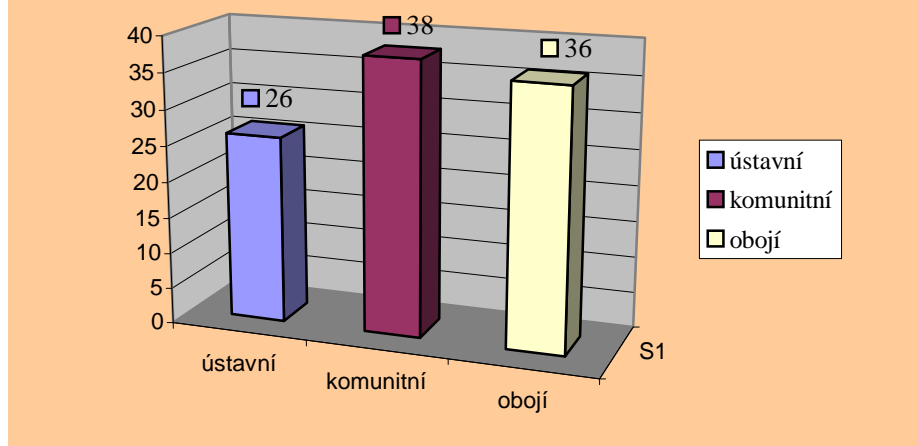


Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce páté jsem se ptala respondentů na to, zda-li oni sami spatřují základ léčby o duševně nemocné v péči ústavní, komunitní či v obojí péči. Možnost v ústavní péči uvedlo 15 studentů, možnost ústavní péči 16 studentů a základ léčby v obojí péči spatřuje 69 studentů ze sta. Celkem odpovědělo 100% respondentů.



**Graf 5: Ze zkušeností studentů dávají klienti (duševně nemocní) přednost péči**

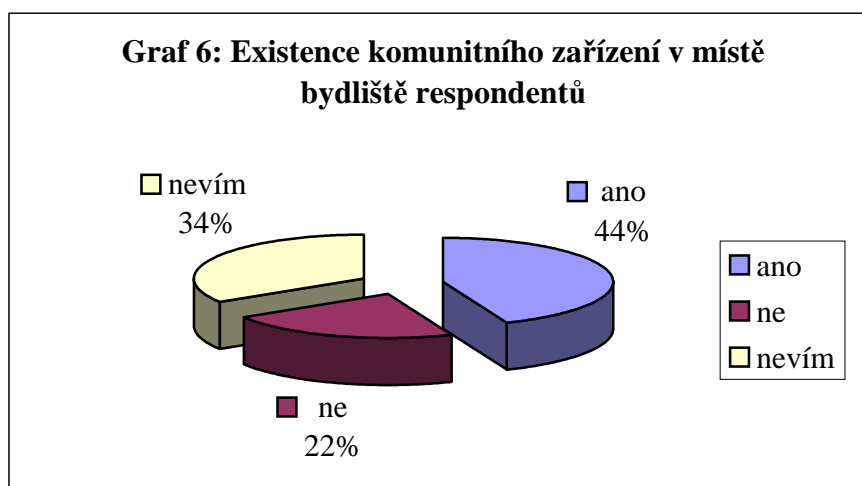


Zdroj: Vlastní výzkum

V šesté otázce odpovídali respondenti ze svých zkušeností, jaké péči dávají klienti (duševně nemocní) přednost. Klienti (duševně nemocní) preferují ústavní péči odpovědělo 26 studentů, klienti preferují komunitní péči 38 studentů a možnost obojí uvedlo 36 studentů ze sta. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 5:**

| Varianty odpovědí | Počet      |
|-------------------|------------|
| ano               | 44         |
| ne                | 22         |
| nevím             | 34         |
| <b>Celkem</b>     | <b>100</b> |

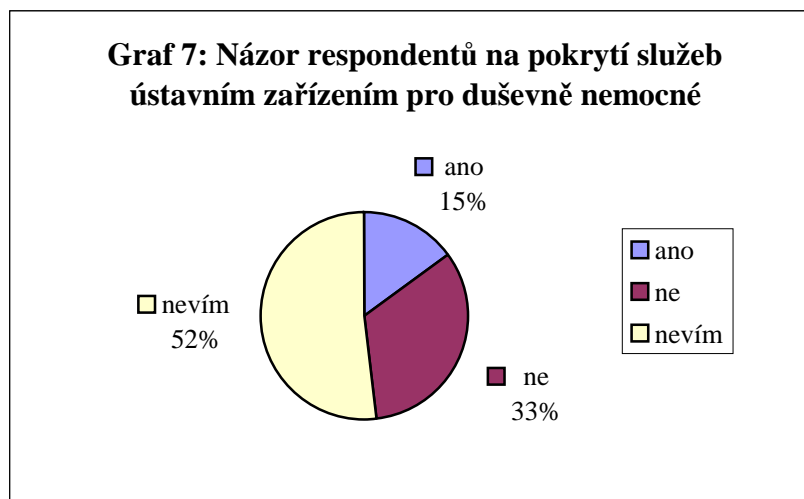


Zdroj: Vlastní výzkum

V sedmé otázce odpovídali respondenti na to, zda se v místě jejich bydliště nachází komunitní zařízení. Ano zakroužkovalo 44% studentů, ne 22% studentů a nevím 34% studentů. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 6:**

| Varianty odpovědí | Počet      |
|-------------------|------------|
| ano               | 15         |
| ne                | 33         |
| nevím             | 52         |
| <b>Celkem</b>     | <b>100</b> |

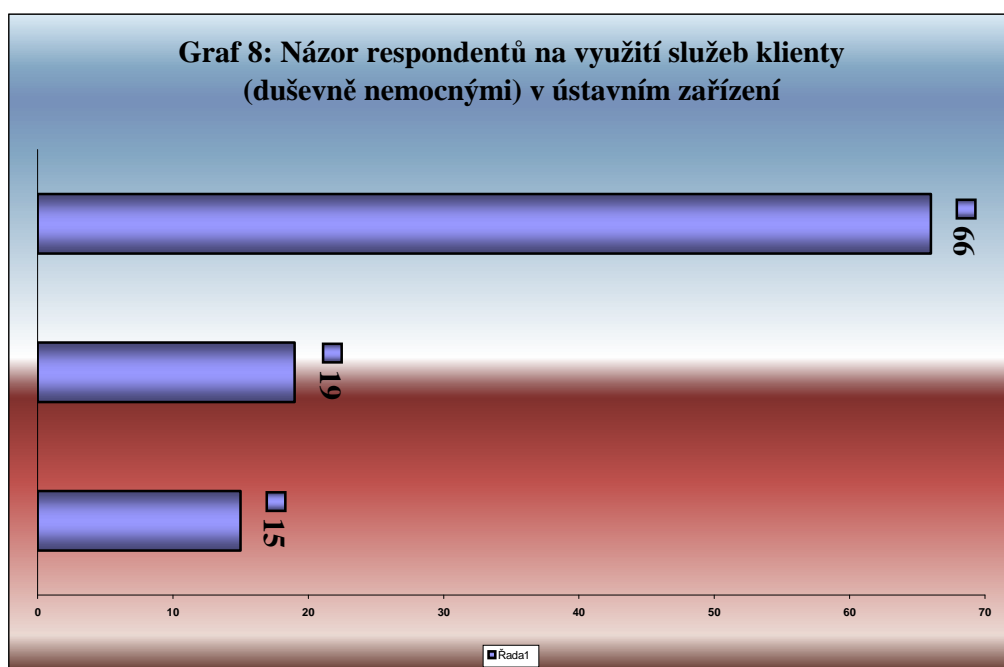


Zdroj: Vlastní výzkum

V osmé otázce vyjádřili respondenti názor, dle svých zkušeností na to, zda ústavní zařízení v místě jejich bydliště (okolí) pokryje poptávku služeb, kterou si klienti (duševně nemocní) žádají. Ano uvedlo 15% studentů, ne 33% studentů a nevím 52% studentů. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 7:**

| Varianty odpovědí | Počet      |
|-------------------|------------|
| ano               | 15         |
| ne                | 19         |
| nevím             | 66         |
| <b>Celkem</b>     | <b>100</b> |

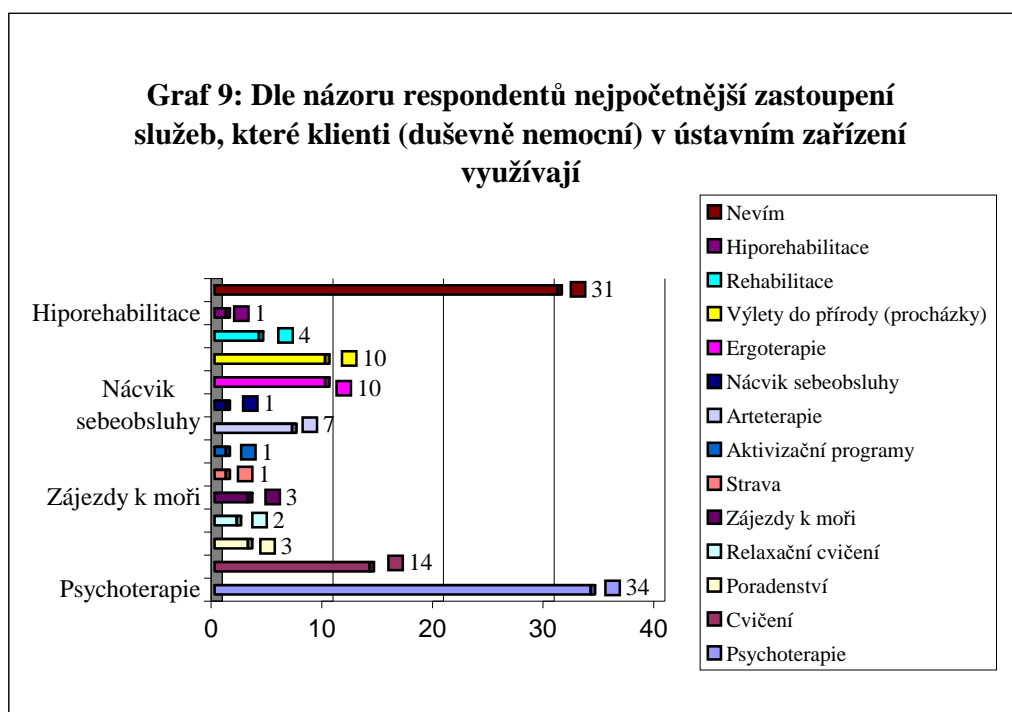


Zdroj: Vlastní výzkum

Devátá otázka mapuje názor respondentů na to, zda klienti (duševně nemocní) využívají všechny služby, které ústavní zařízení v místě bydliště (okolí) studenta nabízí. Ano odpovědělo 15 studentů, ne 19 studentů a nevím 66 studentů ze sta. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 8:**

| Služby                        | Počet |
|-------------------------------|-------|
| Psychoterapie                 | 34    |
| Cvičení                       | 14    |
| Poradenství                   | 3     |
| Relaxační cvičení             | 2     |
| Zájezdy k moři                | 3     |
| Strava                        | 1     |
| Aktivizační programy          | 1     |
| Arteterapie                   | 7     |
| Nácvik sebeobsluhy            | 1     |
| Ergoterapie                   | 10    |
| Výlety do přírody (procházky) | 10    |
| Rehabilitace                  | 4     |
| Hiporehabilitace              | 1     |
| Nevím                         | 31    |



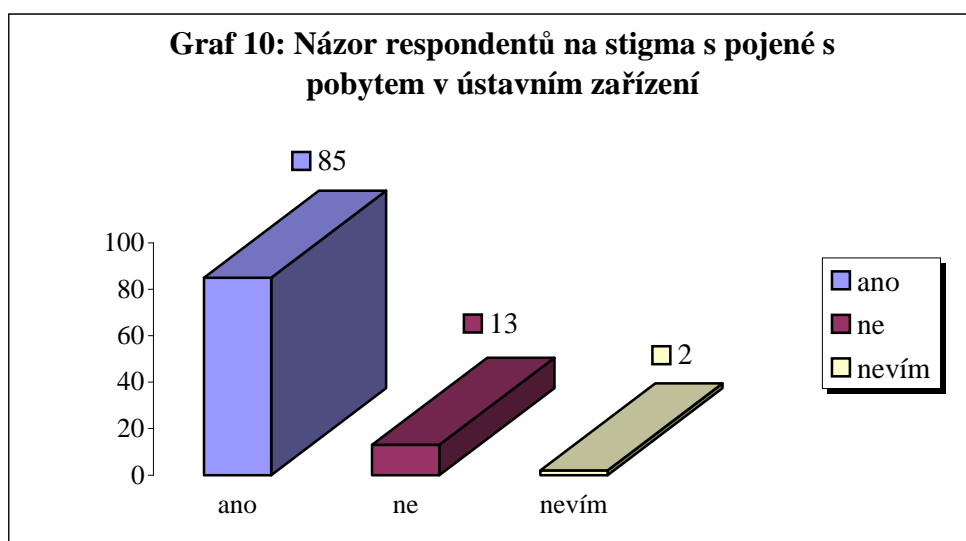
Zdroj: Vlastní výzkum

Desátá otázka byla otázkou otevřenou a respondenti odpovídali, jaká je podle jejich zkušeností nejvíce využívaná služba klienty (duševně nemocnými) v ústavním zařízení. Nejpočetněji byla zastoupena odpověď psychoterapie, uvedlo ji 34 studentů, následovala ji odpověď nevím 31 studentů, cvičení 14 studentů atd.

Nejnižší počet bodů získala odpověď strava, hiporehabilitace a nácvik sebeobsluhy. Všechny tři možnosti byly zastoupeny odpovědí 1 studenta. Celkem odpovědělo 100 % respondentů.

**Tabulka 9:**

| Varianty odpovědí | Počet      |
|-------------------|------------|
| ano               | 85         |
| ne                | 13         |
| nevím             | 2          |
| <b>Celkem</b>     | <b>100</b> |

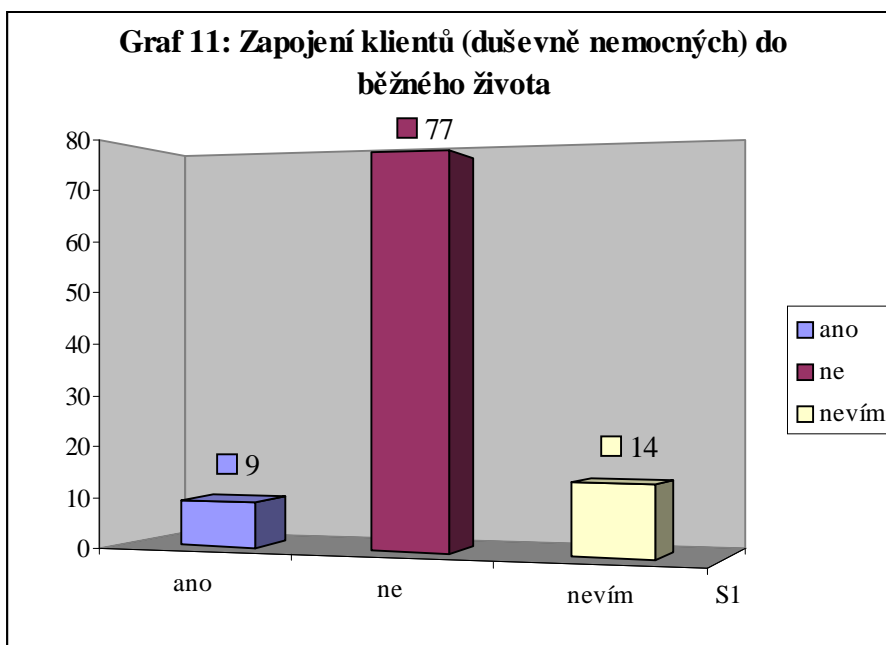


Zdroj: Vlastní výzkum

Jedenáctá otázka poukazuje na to, zda-li si respondenti myslí, že pobyt klienta (duševně nemocného) v komunitním centru (fokusu) je pro něj méně stigmatizující než pobyt v psychiatrické léčebně. Ano zahrlo 85 studentů, ne 13 studentů a nevím 2 studenti ze sta. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 10:**

| Varianty odpovědí | Počet      |
|-------------------|------------|
| ano               | 9          |
| ne                | 77         |
| nevím             | 14         |
| <b>Celkem</b>     | <b>100</b> |

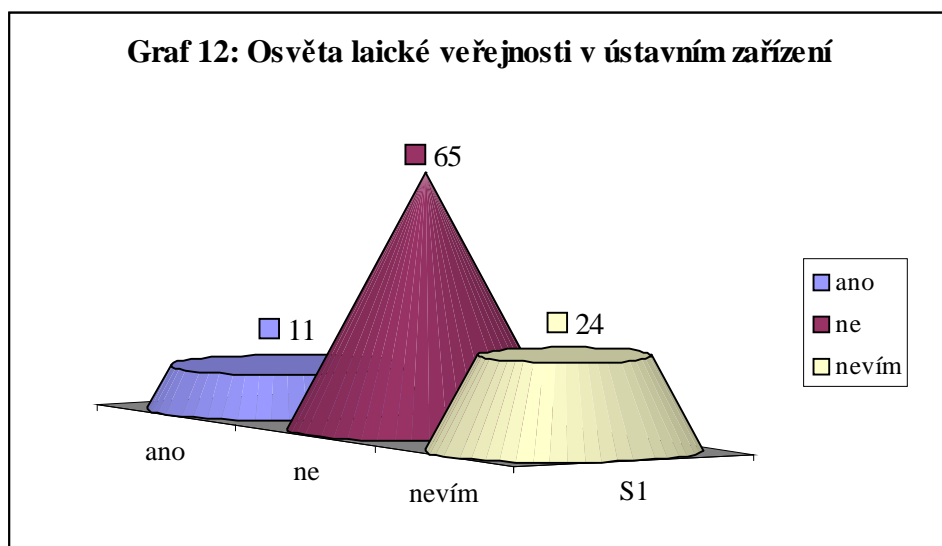


Zdroj: Vlastní výzkum

Dvanáctá otázka sleduje názor respondentů na odchod klientů z ústavního zařízení. Přesněji řečeno, zda-li je klient (duševně nemocný) po odchodu z ústavního zařízení schopen se zapojit do běžného života. To znamená, je-li schopen sebeobsluhy, komunikace s úřady, rodinného života, návratu do pracovního prostředí apod. Ano uvedlo 9 studentů, ne 77 studentů a nevím 14 studentů ze sta. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 11:**

| Varianty odpovědí | Počet      |
|-------------------|------------|
| ano               | 11         |
| ne                | 65         |
| nevím             | 24         |
| <b>Celkem</b>     | <b>100</b> |



Zdroj: Vlastní výzkum

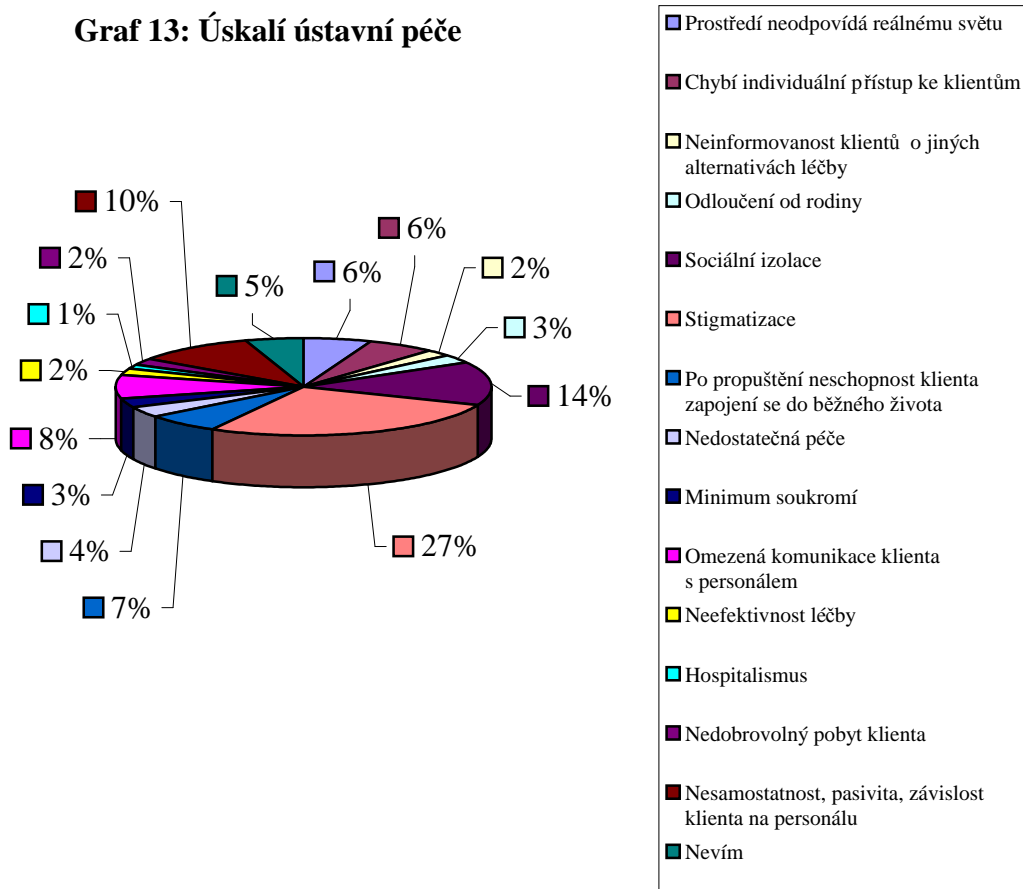
Třináctá otázka se dotazuje respondentů, je-li součástí nabídky služeb ústavního zařízení osvěta laické veřejnosti. Ano odpovědělo 11 studentů, ne 65 studentů a nevím 24 studentů ze sta. Celkem odpovědělo 100% studentů.



**Tabulka 12:**

| Úskalí ústavní péče   | Počet |
|---|-------|
| Prostředí neodpovídá reálnému světu                             | 8     |
| Chybí individuální přístup ke klientům                          | 8     |
| Neinformovanost klientů o jiných alternativách léčby            | 3     |
| Odloučení od rodiny   | 4     |
| Sociální izolace  | 20    |
| Stigmatizace  | 37    |
| Po propuštění neschopnost klienta zapojení se do běžného života | 9     |
| Nedostatečná péče   | 5     |
| Minimum soukromí  | 4     |
| Omezená komunikace klienta s personálem                         | 11    |
| Neefektivnost léčby   | 3     |
| Hospitalismus   | 2     |
| Nedobrovolný pobyt klienta                                      | 3     |
| Nesamostatnost, pasivita, závislost klienta na personálu        | 14    |
| Nevím   | 7     |

**Graf 13: Úskalí ústavní péče**

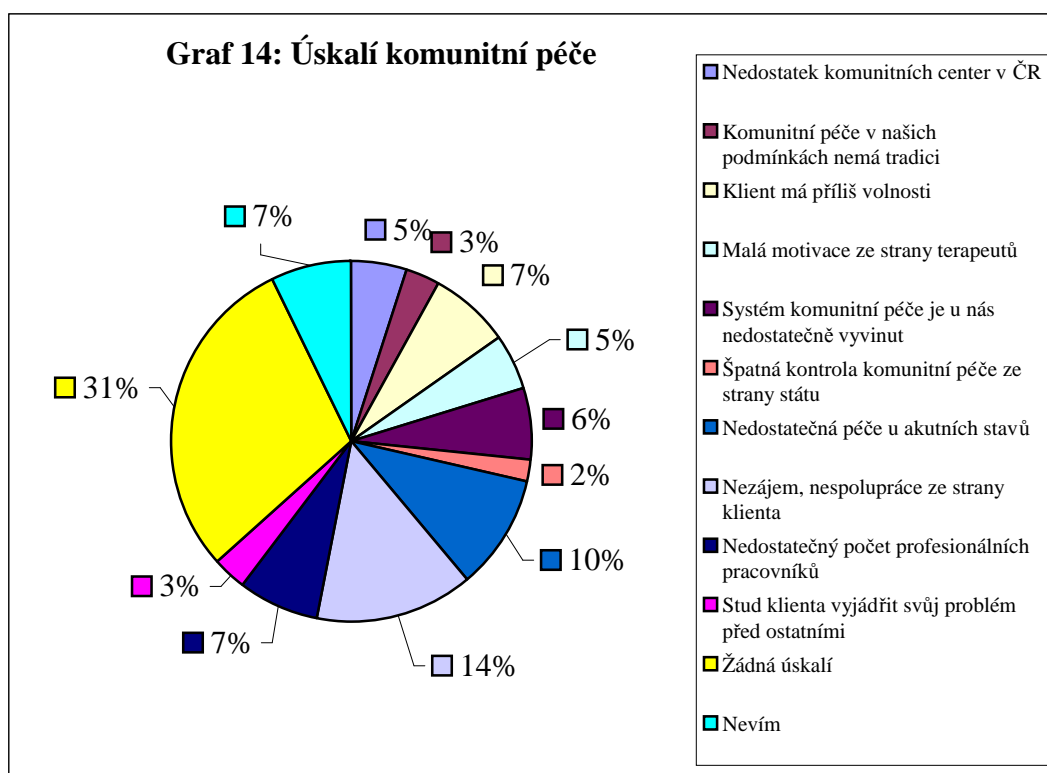


Zdroj: Vlastní výzkum

Ve čtrnácté otázce se táži respondentů, jaká úskalí spatřují v ústavní péči. Nejpočetněji byla zastoupena odpověď **stigmatizace** 27% studentů, druhou nejpočetnější byla odpověď **sociální izolace** 14% studentů. Nejméně uváděnou byla odpověď **hospitalismus** 1% studentů. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 13:**

| Úskalí komunitní péče                               | Počet |
|---|-------|
| Nedostatek komunitních center v ČR                  | 5     |
| Komunitní péče v našich podmínkách nemá tradici     | 3     |
| Klient má příliš volnosti                           | 7     |
| Malá motivace ze strany terapeutů                   | 5     |
| System komunitní péče je u nás nedostatečně vyvinut | 6     |
| Špatná kontrola komunitní péče ze strany státu      | 2     |
| Nedostatečná péče u akutních stavů                  | 10    |
| Nezájem, nespolupráce ze strany klienta             | 14    |
| Nedostatečný počet profesionálních pracovníků       | 7     |
| Stud klienta vyjádřit svůj problém před ostatními   | 3     |
| Žádná úskalí  | 29    |
| Nevím   | 7     |

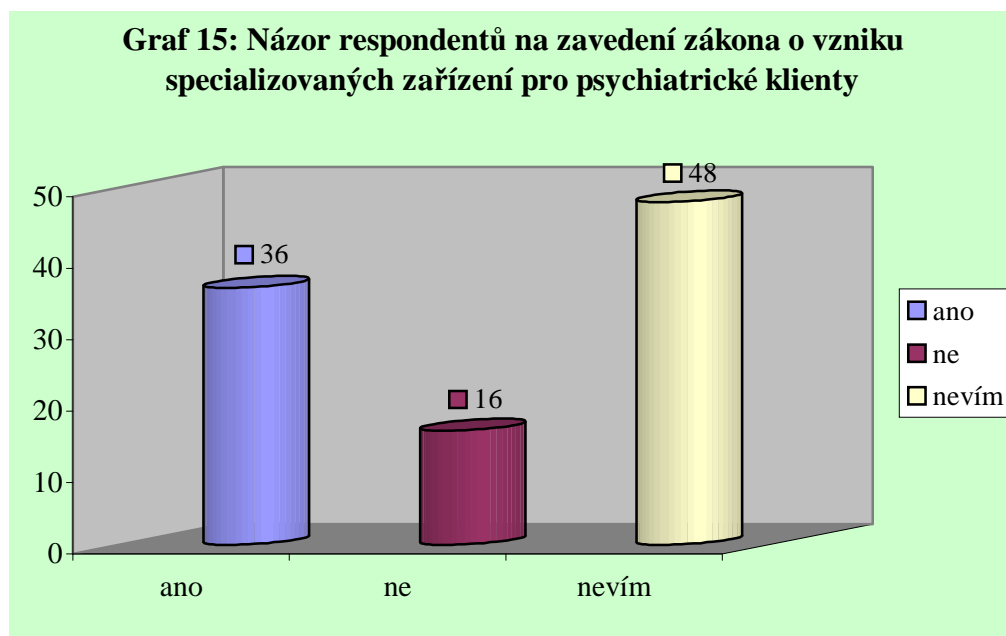


Zdroj: Vlastní výzkum

V patnácté otázce odpovídají respondenti, jaká úskalí spatřují v komunitní péči. Nejpočetněji je zastoupena odpověď žádná úskalí 31% studentů, druhou nejčastěji zastoupenou odpovědí je nezájem, nespolupráce ze strany klienta 14% studentů a nejméně uváděnou odpovědí je špatná kontrola komunitní péče ze strany státu 2% studentů. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 14:**

| Varianty odpovědí | Počet      |
|-------------------|------------|
| ano               | 36         |
| ne                | 16         |
| nevím             | 48         |
| <b>Celkem</b>     | <b>100</b> |



Zdroj: Vlastní výzkum

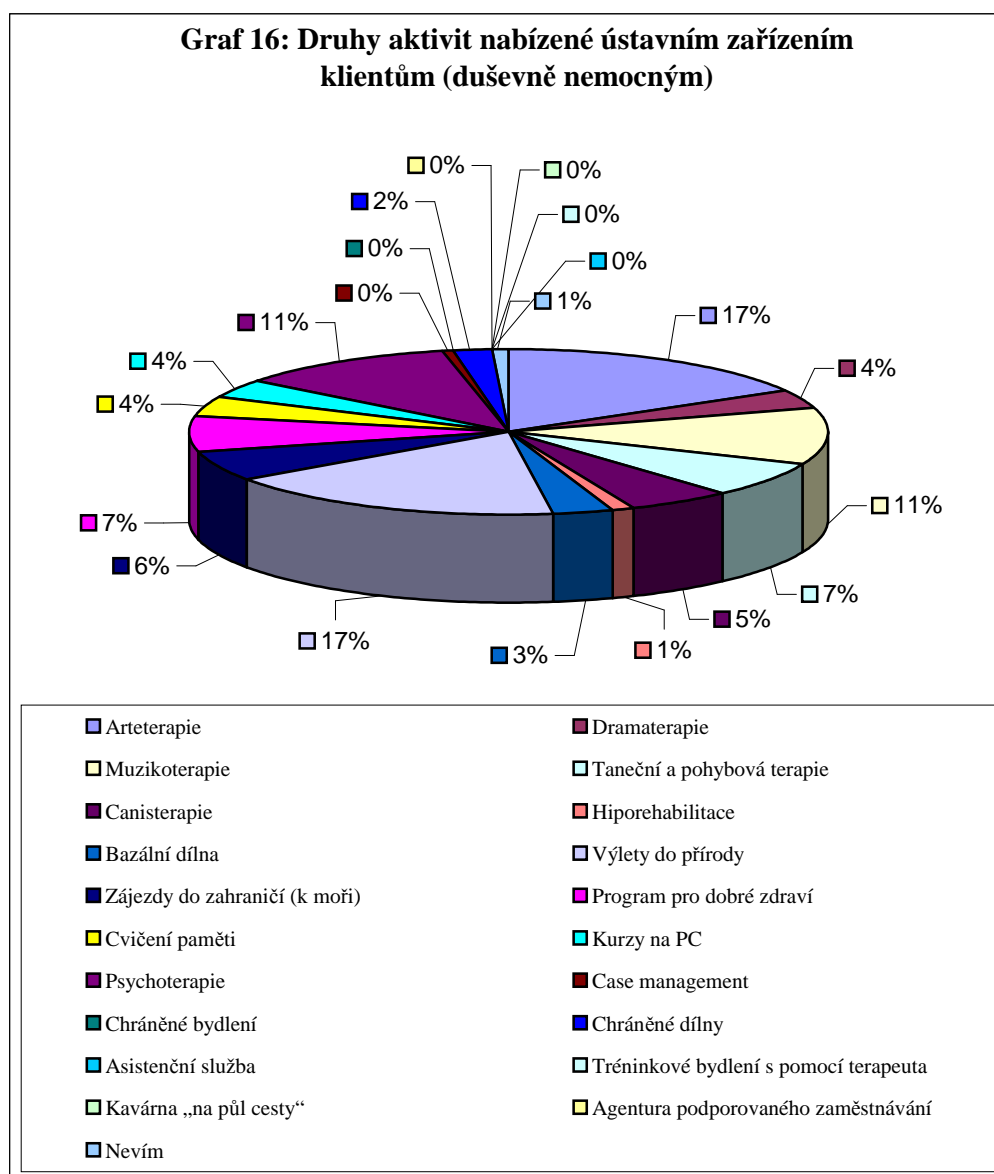
Šestnáctá otázka se týká zavedení nového zákona o vzniku dvou specializovaných (bezpečnostních) zařízení v ČR pro problémové a nezvladatelné psychiatrické klienty. Respondenti odpovídali na otázku, zda souhlasí se zavedením tohoto zákona. Ano uvedlo 36 studentů, ne 16 studentů a nevím 48 studentů ze sta. Šestnáctá otázka byla otázkou polootevřenou. Respondent v případě, že na otázku odpověděl ano, mohl uvést důvod své odpovědi. Respondenti napsali tyto důvody: větší bezpečnost veřejnosti i personálu 16 studentů, nový způsob léčby 3 studenti, individuální přístup 6 studentů, nutná izolace nebezpečných klientů 4 studenti, více času a pozornosti pro ostatní klienty v ústavním zařízení pro duševně nemocné 4 studenti a dalším důvodem, proč zavést tento zákon je, že kriminalita

se v ústavních zařízeních stupňuje 3 studenti ze 36. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 15:**

| <b>Druhy aktivit</b>                  | <b>Počet</b> |
|---------------------------------------|--------------|
| Arteterapie                           | 52           |
| Dramaterapie                          | 11           |
| Muzikoterapie                         | 35           |
| Taneční a pohybová terapie            | 21           |
| Canisterapie                          | 17           |
| Hiporehabilitace                      | 3            |
| Bazální dílna                         | 10           |
| Výlety do přírody                     | 54           |
| Zájezdy do zahraničí (k moři)         | 18           |
| Program pro dobré zdraví              | 22           |
| Cvičení paměti                        | 12           |
| Kurzy na PC                           | 11           |
| Psychoterapie                         | 35           |
| Case management                       | 1            |
| Chráněné bydlení                      | 0            |
| Chráněné dílny                        | 6            |
| Asistenční služba                     | 0            |
| Tréninkové bydlení s pomocí terapeuta | 0            |
| Kavárna „na půl cesty“                | 0            |
| Agentura podporovaného zaměstnávání   | 0            |
| Nevím                                 | 3            |

**Graf 16: Druhy aktivit nabízené ústavním zařízením klientům (duševně nemocným)**

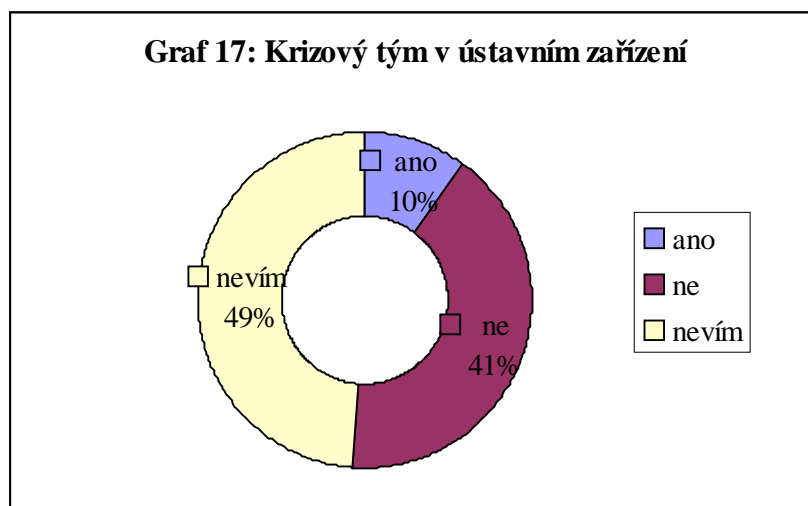


Zdroj: Vlastní výzkum

V sedmnácté otázce se táži respondentů, jaké druhy aktivit nabízí ústavní zařízení svým klientům (duševně nemocným) v místě bydliště (okolí) respondenta. Nejčastěji byly zastoupeny odpovědi arteterapie a výlety do přírody 17% studentů, následovaly psychoterapie a muzikoterapie 11% studentů. Možnosti chráněné bydlení, asistenční služba, tréninkové bydlení s pomocí terapeuta, kavárna „na půl cesty“, agentura podporovaného zaměstnávání nevedl žádný student ze sta. Celkem odpovědělo 100% respondentů.

**Tabulka 16:**

| Varianty odpovědí | Počet      |
|-------------------|------------|
| ano               | 10         |
| ne                | 41         |
| nevím             | 49         |
| <b>Celkem</b>     | <b>100</b> |

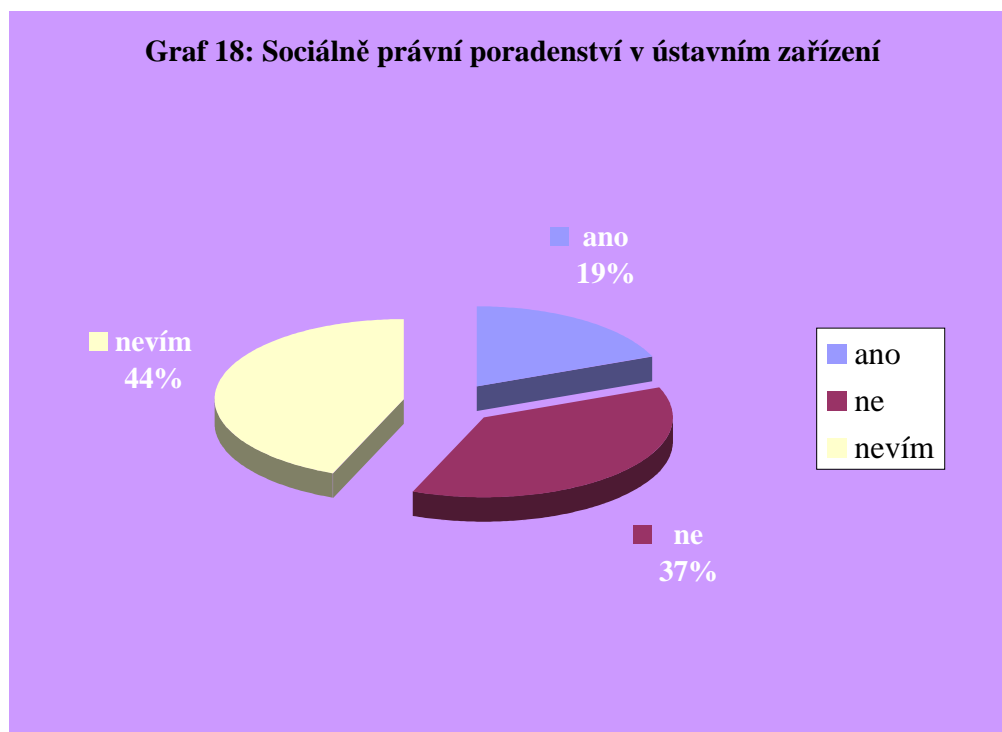


Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce 18 odpovídali respondenti na to, zda je součástí ústavního zařízení v jejich bydlišti (okolí) Krizový tým. Ano uvedlo 10% studentů, ne 41% studentů a nevím 49% studentů. Celkem odpovědělo 100% studentů.

**Tabulka 17:**

| Varianty odpovědí | Počet      |
|-------------------|------------|
| ano               | 19         |
| ne                | 37         |
| nevím             | 44         |
| <b>Celkem</b>     | <b>100</b> |

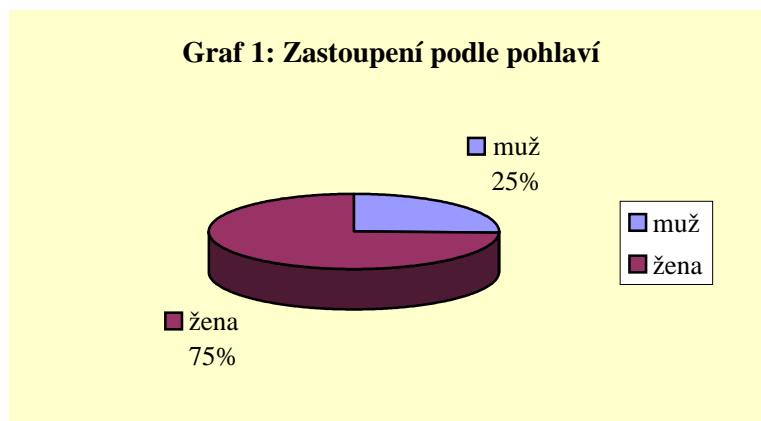


Zdroj: Vlastní výzkum

Poslední devatenáctá otázka mapuje poskytování sociálně právního poradenství v ústavních zařízeních pro duševně nemocné. Respondenti byli tázáni opět s ohledem na své dosavadní zkušenosti z ústavního zařízení pro duševně nemocné v místě svého bydliště (okolí). Zda-li poskytuje ústavní zařízení sociálně právní poradenství v místě bydliště (okolí) respondenta, odpověděli respondenti takto: ano uvedlo 19% studentů, ne 37% studentů a nevím 44% studentů. Celkem odpovědělo 100% studentů.

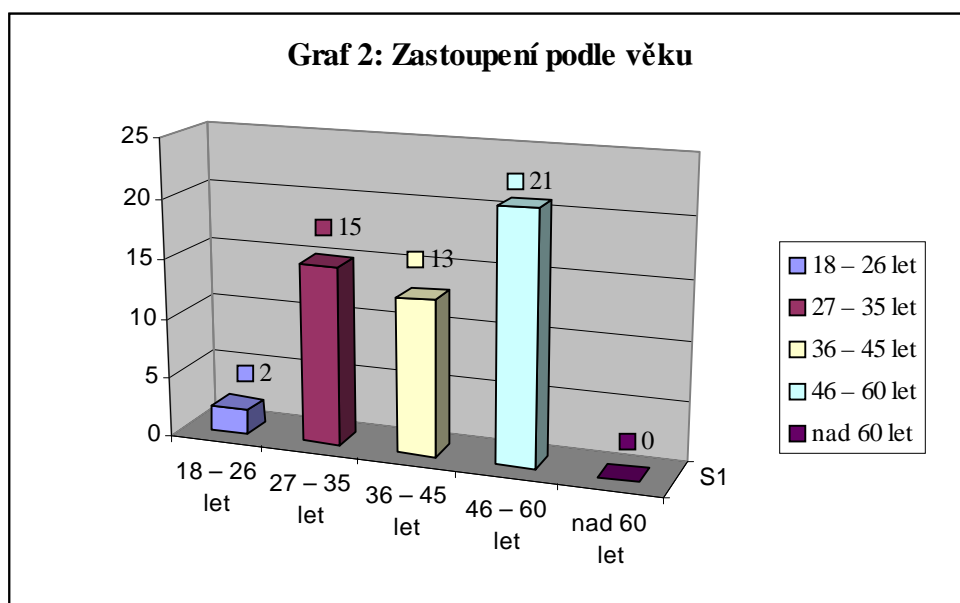


#### 4.2. Výsledky výzkumu mezi profesionály z oblasti ústavní a komunitní péče



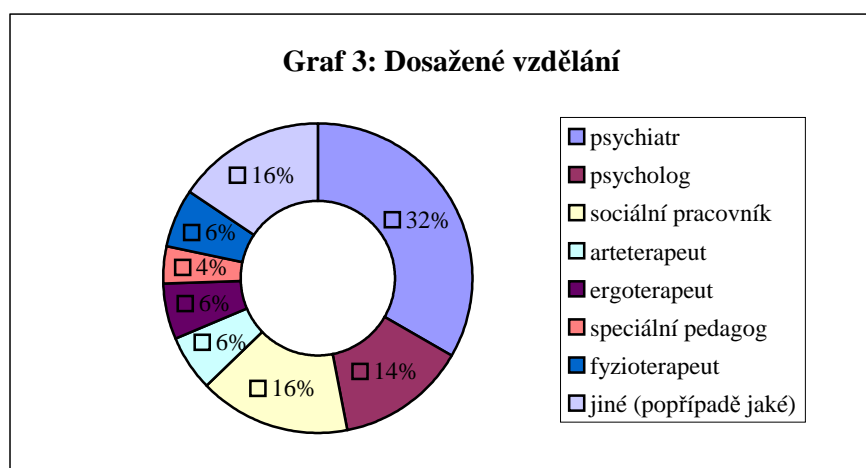
Zdroj: Vlastní výzkum

První otázka v dotazníku se týkala určení pohlaví respondenta. Muži byli zastoupeni 25%, ženy 75%. Celkem odpovědělo 57% respondentů.



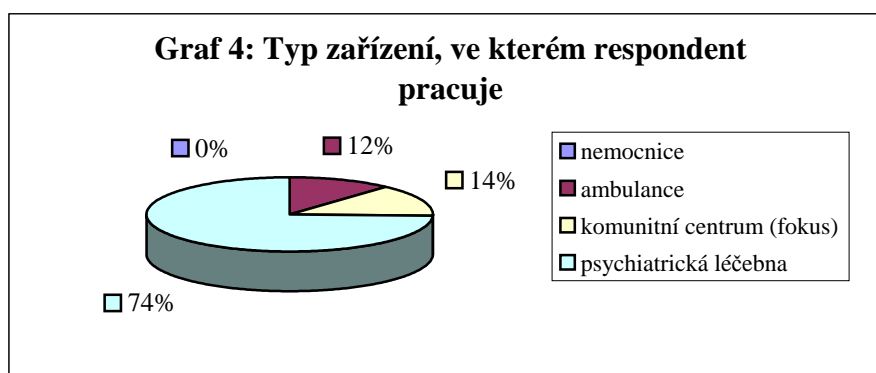
Zdroj: Vlastní výzkum

Druhá otázka charakterizovala respondenty podle věku. Ve věku 18 - 26 let odpověděli 2 respondenti, ve věku 27 - 35 let 15 respondentů, 36 - 45 let 13 respondentů, ve věku 46 - 60 let 21 respondentů a nad 60 let žádný. Celkem odpovědělo 57% respondentů.



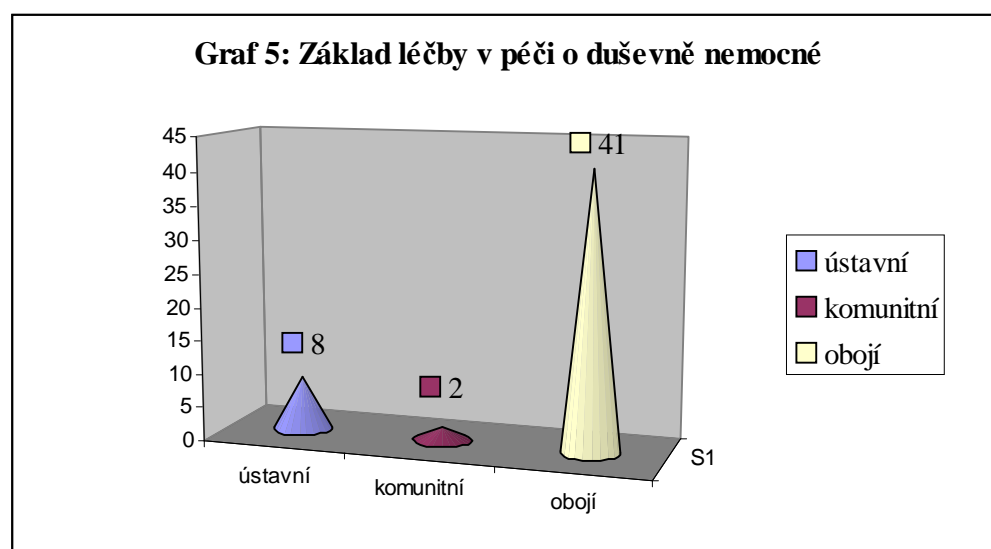
Zdroj: Vlastní výzkum

Třetí otázka se týkala dosaženého vzdělání. Psychiatr uvedlo 32% respondentů, psycholog 14%, sociální pracovník 16%, arteterapeut uvedlo 6% respondentů, ergoterapeut 6%, speciální pedagog 4%, fyzioterapeut 6% a jiné uvedlo 16% respondentů. Mezi možnostmi jiné byla zastoupena tato povolání: pedagog volného času 1 respondent, zdravotní sestra 7 respondentů, z toho 2 sestry staniční, 3 sestry všeobecné a jedna sestra dětská.



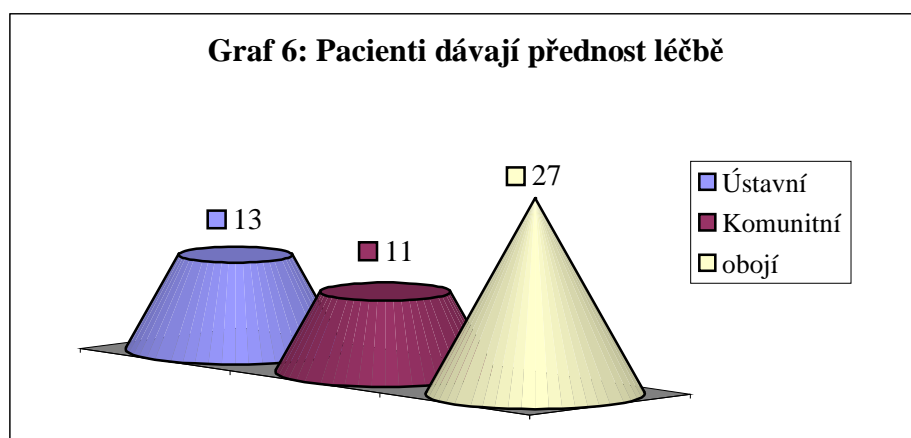
Zdroj: Vlastní výzkum

Ve čtvrté otázce odpovídali respondenti na to, ve kterém zařízení pracují. V nemocnici neodpověděl žádný respondent, v ambulanci 12% respondentů, v komunitním centru (fokuse) 14% respondentů a v psychiatrické léčebně 74% respondentů. Celkem odpovědělo 57% respondentů.



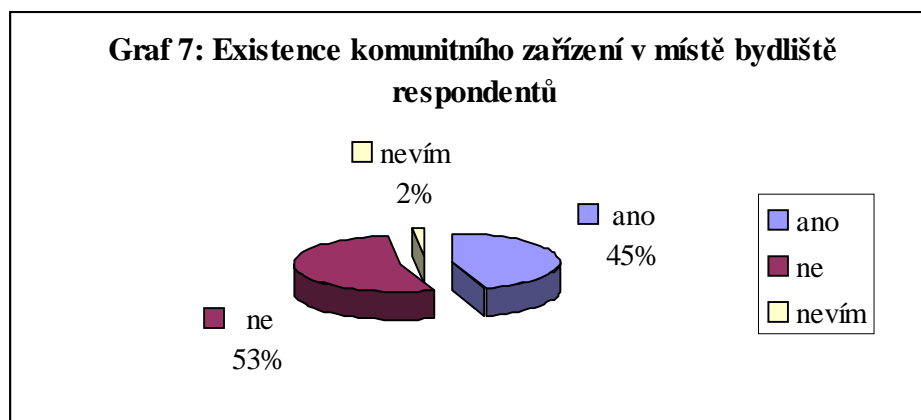
Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce páté jsem se ptala respondentů na to, zda-li oni sami spatřují základ léčby o duševně nemocné v péči ústavní, komunitní či v obojí péči. Možnost v ústavní péči uvedlo 8 respondentů, možnost komunitní 2 a základ léčby v obojí péči spatřuje 41 respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.



Zdroj: Vlastní výzkum

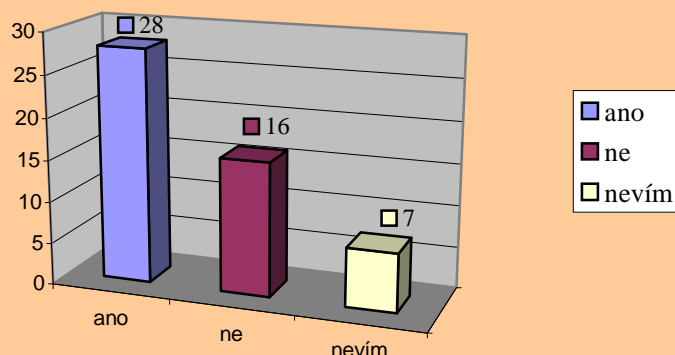
V šesté otázce odpovídali respondenti na to, jaké péči dávají klienti (duševně nemocní) přednost. Pacienti preferují ústavní péči odpovědělo 13 respondentů, pacienti preferují komunitní péči 11 respondentů a možnost obojí uvedlo 27 respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.



Zdroj: Vlastní výzkum

V sedmé otázce odpovídali respondenti na to, zda se v místě jejich bydliště nachází komunitní zařízení. Ano zakroužkovalo 45% respondentů, ne 53% respondentů a nevím 2% respondentů. Celkem odpovědělo 57 % respondentů.

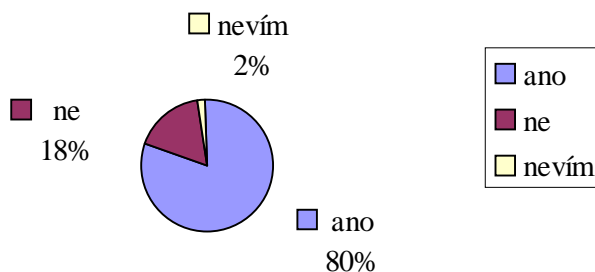
**Graf 8: Pokrytí poptávky služeb pro klienty v zařízení, ve kterém respondent pracuje**



Zdroj: Vlastní výzkum

Osmá otázka se zaměřuje na pokrytí poptávky služeb, kterou si klienti (duševně nemocní) žádají v zařízení, které je pracovištěm respondenta. Naše zařízení poptávku služeb pro duševně nemocné pokryje odpovědělo 28 respondentů, naše zařízení poptávku služeb pro klienty nepokryje odpovědělo 16 respondentů a odpověď 'nevím' uvedlo 7 respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

**Graf 9: Využití služeb klienty (duševně nemocnými) v zařízení, které je pracovištěm respondenta**



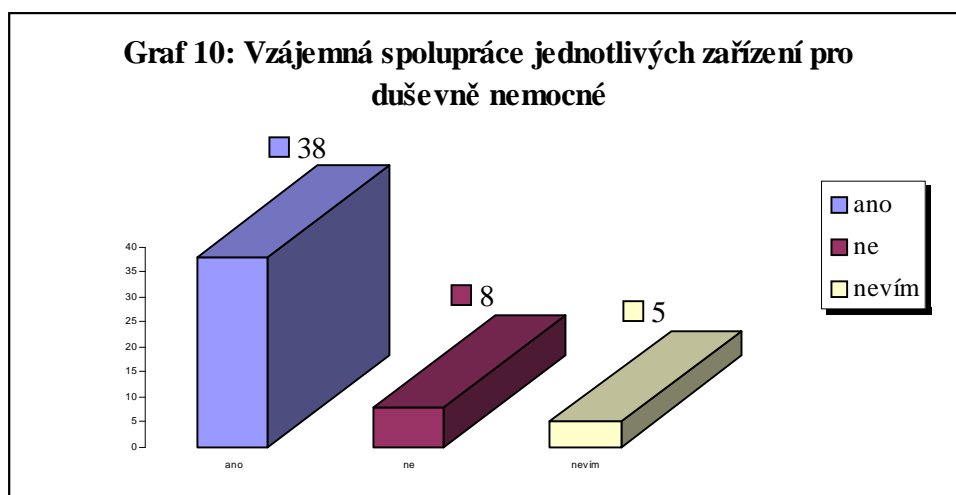
Zdroj: Vlastní výzkum

Devátá otázka souvisí s využitím služeb klienty (duševně nemocnými) v zařízení, ve kterém respondent pracuje. Klienti využívají všechny služby našeho zařízení odpovědělo 80% respondentů, klienti nevyužívají všechny naše služby uvedlo 18% respondentů a možnost nevím zakroužkovaly 2% respondentů. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

Otázka číslo deset zkoumá, která služba je klienty (duševně nemocnými) nejvíce využívána. Opět je místem výzkumu myšleno zařízení, ve kterém respondent pracuje. Odpovědi od profesionálů z psychiatrických léčeben: nejčastěji zastoupena byla odpověď ergoterapie - 20 respondentů, druhou nejvyužívanější službou klienty byla psychoterapie – 14 respondentů, mezi dalšími odpověďmi byly sociální rehabilitace – 11 respondentů, volnočasové aktivity ( čajovna, hřiště, bazén...) – 8 respondentů, arteterapie – 8 respondentů, podporované zaměstnávání – 4 respondenti, chráněné bydlení - 3 respondenti, relaxační techniky – 3 respondenti, komunitní bydlení – 2 respondenti, rehabilitačně resocializační centrum – 2 respondenti a fyzikální terapie uvedli 2 respondenti. Celkem odpovědělo 74% respondentů z 51, to znamená 100% respondentů z psychiatrických léčeben.

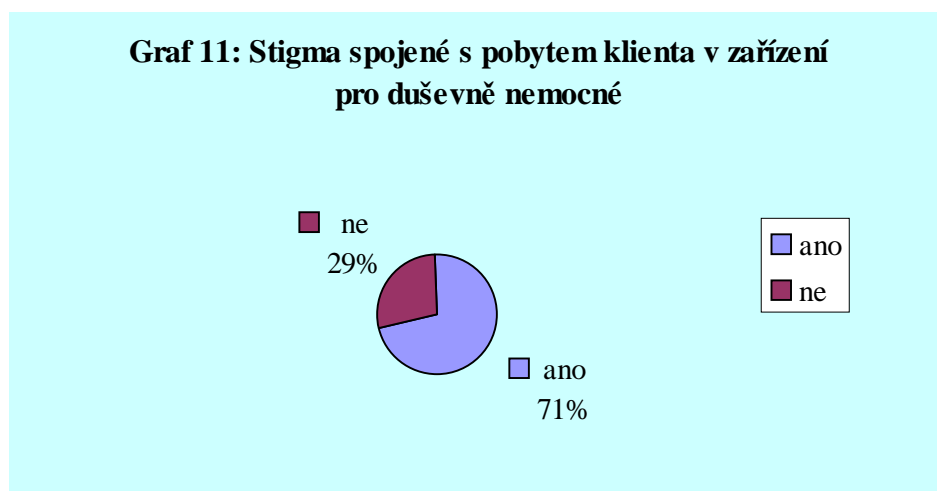
Odpovědi od profesionálů z komunitních center (fokusů): nejvíce zastoupena byla odpověď ergoterapie – 7 respondentů, druhou nejvyužívanější službou klienty v komunitním centru je chráněné bydlení – 3 respondenti, dále arteterapie – 2 respondenti, Centrum denních služeb – 2 respondenti a asistenční službu uvedli 2 respondenti. Celkem odpovědělo 14% respondentů z 51, to znamená 100% respondentů z komunitních center (fokusů).

Odpovědi od profesionálů z ambulantních zařízení pro duševně nemocné: zde byly uvedeny pouze dvě odpovědi. Nejčastěji využívanými službami klienty v ambulanci jsou holotropní terapie – 1 respondent a pozitivní psychodynamická terapie – 1 respondent. Odpověď nevím uvedli 4 respondenti. Celkem odpovědělo 12% z 51, to znamená 100 % respondentů z ambulantních zařízení.



Zdroj: Vlastní výzkum

Jedenáctá otázka doslova zněla: „Spolupracujete se zařízením komunitní péče?“ V případě komunitního centra (fokusu) byla myšlena spolupráce s jiným zařízením pro duševně nemocné (léčebna, ambulance,...). Variantu ano uvedlo 38 respondentů, variantu ne 8 respondentů a odpověď nevím 5 respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů

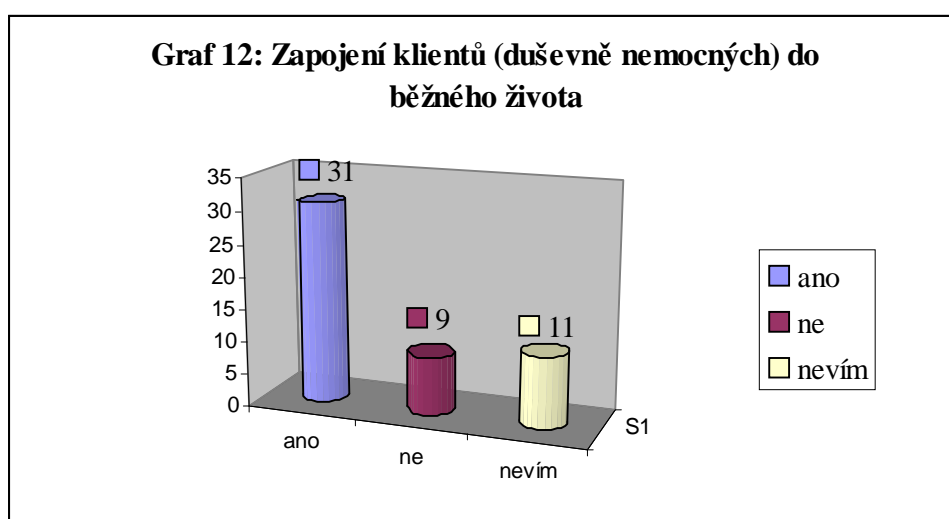


Zdroj: Vlastní výzkum

Ve dvanácté otázce odpovídali respondenti na to, zda si myslí, že pobyt klienta v komunitním centru je pro něj méně stigmatizující než pobyt v psychiatrické

léčebně. Ano uvedlo 71% respondentů, ne odpovědělo 29% respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

S ohledem na rozdělení odpovědí podle typu zařízení byly výsledky takové: psychiatrické léčebny – ano 23 respondentů, ne 15 respondentů, komunitní centra (fokusy) - odpověď ano 7 respondentů, ne žádný respondent, ambulantní zařízení – odpověď ano uvedlo 5 respondentů, ne 1 respondent.



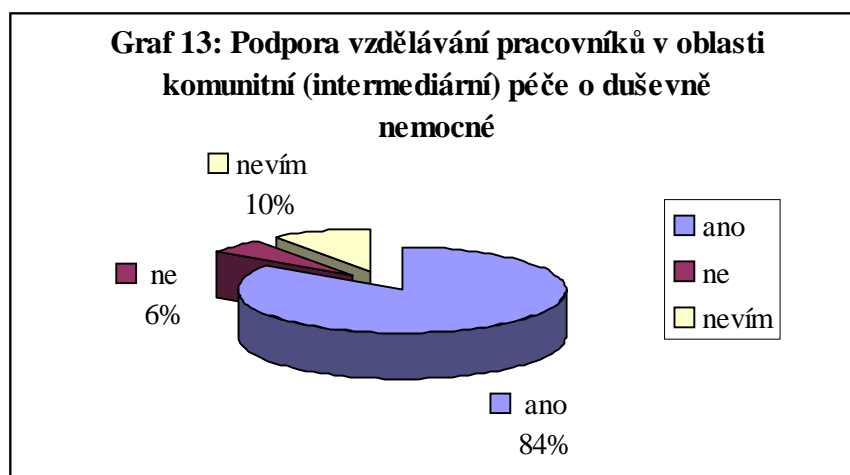
Zdroj: Vlastní výzkum

Třináctá otázka mapuje, zda jsou klienti (duševně nemocní) schopni se zapojit po odchodu ze zařízení do běžného života (pracovní prostředí, rodina, sebeobsluha, komunikace s úřady...). Typem zařízení je opět myšleno pracoviště respondenta. Odpověď ano uvedlo 31 respondentů, ne 9 respondentů a nevím 11 respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

S ohledem na rozdělení odpovědí podle typu zařízení byly výsledky takové: psychiatrické léčebny – ano 20 respondentů, ne 11 respondentů, nevím 7 respondentů, komunitní centra (fokusy) – ano 7 respondentů, ne neodpověděl žádný respondent a nevím také nevedl žádný respondent, ambulantní zařízení



– ano 4 respondenti, odpověď ne nevedl žádný respondent a nevím odpověděli 2 respondenti.

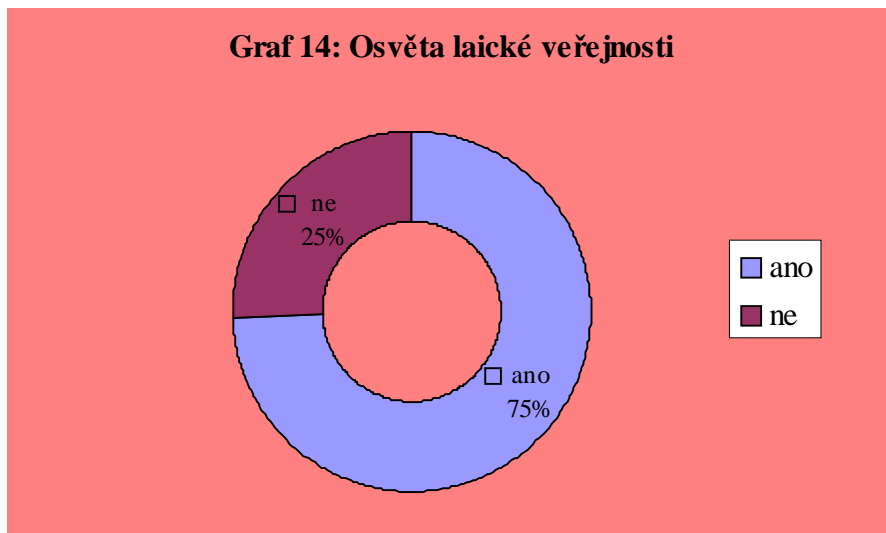


Zdroj: Vlastní výzkum

Ve čtrnácté otázce jsem se ptala profesionálů z oblasti ústavní, komunitní a ambulantní péče, jestli jejich zařízení pro duševně nemocné podporuje další vzdělávání pracovníků v oblasti komunitní (intermediární) péče. Ano odpovědělo 84% respondentů, ne 6% a nevím 10% respondentů. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

S ohledem na rozdělení odpovědí podle typu zařízení byly výsledky takové: psychiatrické léčebny – ano 31 respondentů, ne 3 respondenti a nevím 4 respondenti, komunitní centra (fokusy) – ano 7 respondentů, odpověď ne a nevím nevedl žádný respondent, ambulantní zařízení – ano 5 respondentů, ne nevedl žádný respondent a nevím odpověděl 1 respondent.

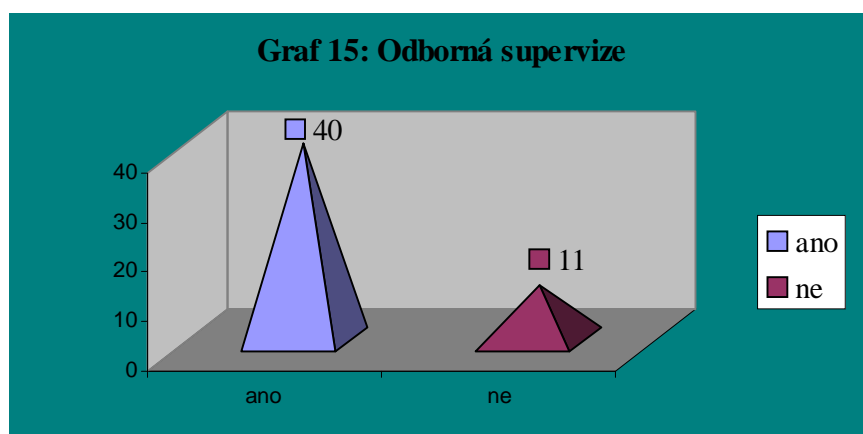
**Graf 14: Osvěta laické veřejnosti**



Zdroj: Vlastní výzkum

Patnáctá otázka sleduje, zda-li je součástí nabídky služeb zařízení, ve kterém respondent pracuje, osvěta laické veřejnosti. Ano uvedlo 75% respondentů, ne 25% respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

S ohledem na rozdělení odpovědí podle typu zařízení byly odpovědi takové: psychiatrické léčebny – ano 26 respondentů, ne 12 respondentů, komunitní centra (fokusy) - ano uvedlo 7 respondentů, ne neuvedl žádný respondent, ambulance – ano 5 respondentů a ne uvedl jeden respondent.



Zdroj: Vlastní výzkum

Šestnáctá otázka poukazuje na to, zda-li pracují zaměstnanci pod odbornou supervizí. Myslí se tím opět zaměstnanci v zařízení pro duševně nemocné, kde respondenti pracují. Ano uvedlo 40 respondentů, ne 11 respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

S ohledem na rozdělení odpovědí podle typu zařízení byly odpovědi takové: psychiatrické léčebny – ano 33 respondentů, ne 5 respondentů, komunitní centra (fokusy) - ano uvedlo 6 respondentů, ne 1 respondent, ambulance – ano respondent a ne uvedlo 5 respondentů.

Otázka sedmnáct se ptá respondentů, jaká spatřují úskalí v ústavní péči. Odpovědi byly rozmanité, proto je raději uvedu v textu, jelikož graf by byl nepřehledný.

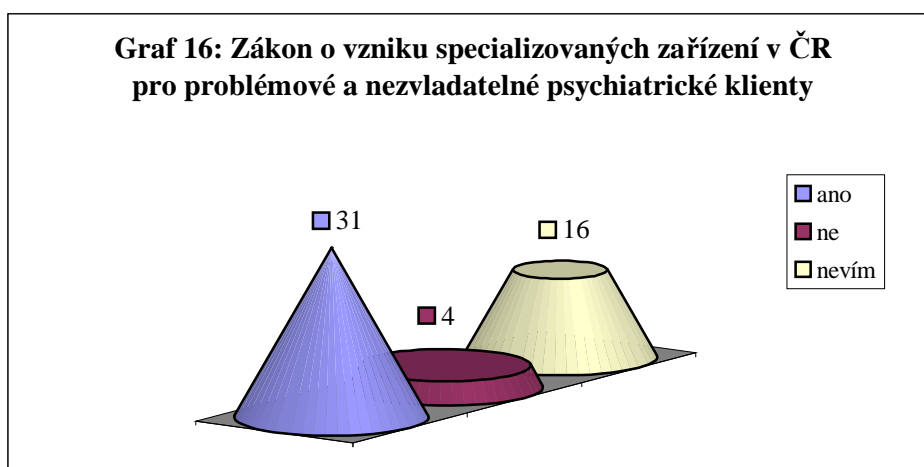
Nejčastěji zastoupenou odpovědí byla stigmatizace – 11 respondentů, druhou nejčastěji uváděnou odpovědí bylo odloučení od rodiny - 10 respondentů, následovaly odpovědi vytržení z přirozeného prostředí pacienta – 9 respondentů, sterilní prostředí léčebny neodráží nároky běžného života – 9 respondentů, žádná úskalí spatřuje 9 respondentů, chybí následná péče – 6 respondentů, hospitalismus – 6 respondentů, institucionalismus – 5 respondentů, omezení pravomocí pacienta – 4 respondenti, neví – 4 respondenti, chybí motivace klientů k léčbě

– 3 respondenti, vítězí teorie nad praxí – 3 respondenti, pacient nenese za sebe zodpovědnost – 3 respondenti, neodbornost personálu – 2 respondenti, nedostatek financí – 2 respondenti a nedostatek personálu vzhledem ke kapacitě zařízení uvedl 1 respondent. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

V osmnácté otázce odpovídali respondenti na to, jaká úskalí spatřují pro změnu v komunitní péči. Odpovědi byly opět různorodé, proto je raději uvádím také v textu.

Nejčastěji zastoupenou odpovědí byla odpověď nevím – 16 respondentů, druhou nejčastěji uváděnou odpovědí byla nevhodná forma péče pro akutní stavy – 11 respondentů, následovaly odpovědi problémy s financováním komunitní péče v ČR – 9 respondentů, žádná úskalí v komunitní péči uvedlo 9 respondentů, nedostatečná síť komunitních center v ČR – 7 respondentů, nespolupráce klienta – 6 respondentů, neznalost problematiky duševních nemocí ze strany komunitních pracovníků – 4 respondenti, nízký plat zaměstnanců komunitních center v ČR – 4 respondenti, nespolupráce komunitních center s ostatními složkami péče o duševně nemocné – 3 respondenti, nedostatečný počet komunitních pracovníků v ČR – 3 respondenti, v případě nutnosti léčby duševně nemocných dětí nelze aplikovat komunitní péči – 3 respondenti, nedostatečné ochranné prostředky klienta i jeho okolí v případě agresivity klienta z důvodu jeho duševní nemoci – 3 respondenti a nedostatečná kapacita komunitních center v ČR uvedli 2 respondenti. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

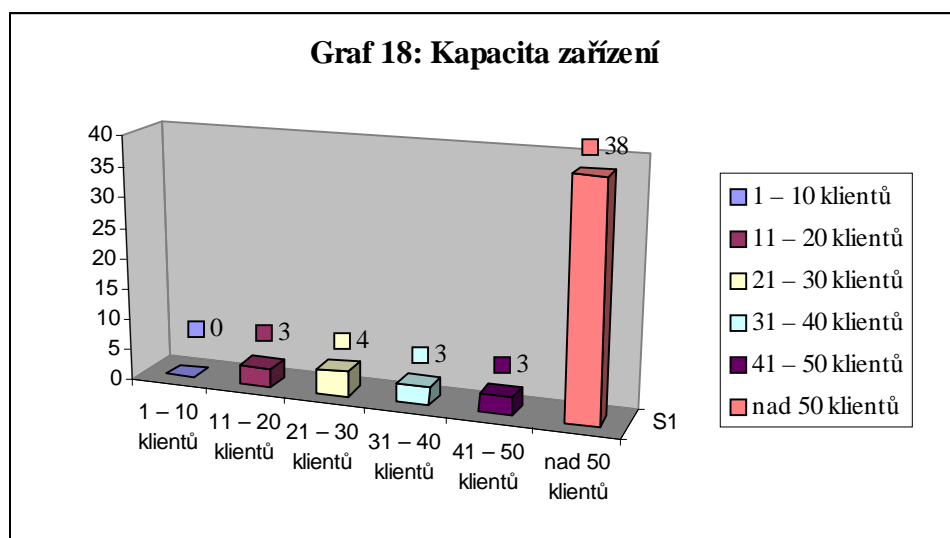
**Graf 16: Zákon o vzniku specializovaných zařízení v ČR pro problémové a nezvladatelné psychiatrické klienty**



Zdroj: Vlastní výzkum

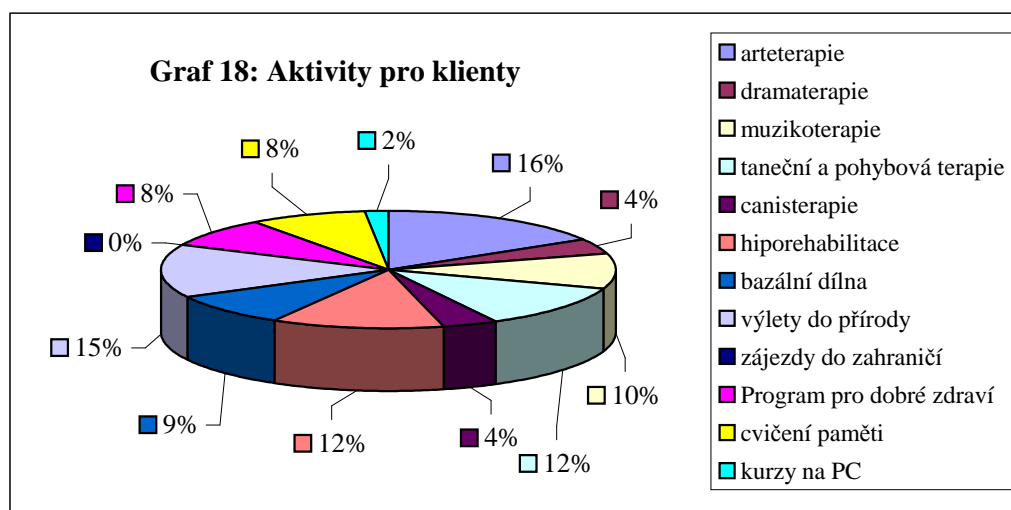
Devatenáctá otázka je otázkou polootevřenou. Sleduje názor respondentů na zavedení zákona o vzniku dvou specializovaných (bezpečnostních) zařízení v ČR pro problémové a nezvladatelné psychiatrické klienty. V případě uvedení odpovědi „ano“ měli respondenti za úkol napsat, proč tento názor zastávají. Ano odpovědělo 31 respondentů, ne 4 respondenti a alternativu nevím uvedlo 16 respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

Odpovědi respondentů, kteří uvedli jako svou odpověď „ano“: nejčastěji zastoupenou odpovědí, proč zavést tato specializovaná zařízení, byla ochrana společnosti – 15 respondentů, dále problémoví pacienti narušují léčebný režim neproblémových klientů – 11 respondentů, klienti ze zařízení utíkají – 2 respondenti, v psychiatrických léčebnách chybí ostraha – 2 respondenti, klienti potřebují specifický režim – 2 respondenti, diferenciaci péče – 2 respondenti a není jiná možnost, kam problémové a nezvladatelné klienty umístit – uvedl 1 respondent.



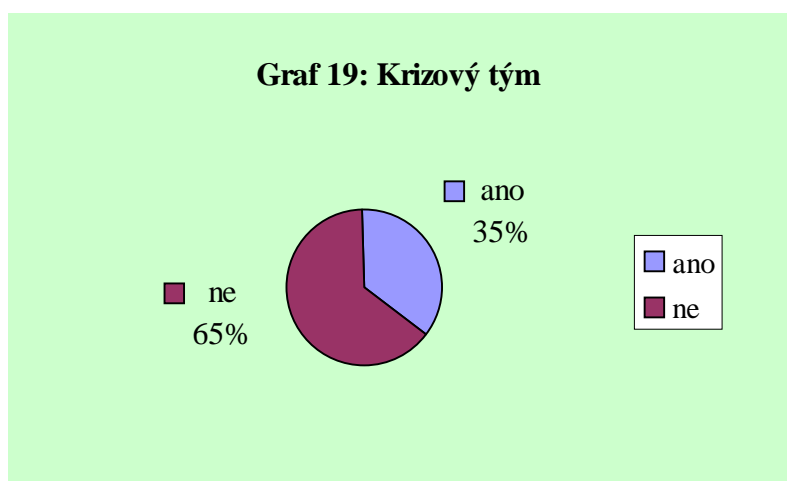
Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce dvacáté odpovídají respondenti na kapacitu svého zařízení, ve kterém pracují. Kapacita zařízení 1 – 10 klientů neodpověděl žádný respondent, kapacita 11 – 20 klientů odpověděli 3 respondenti, kapacita 21 – 30 klientů 4 respondenti, 31 – 40 klientů uvedli 3 respondenti, 41 – 50 klientů 3 respondenti a nad 50 klientů uvedlo 38 respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.



Zdroj: Vlastní výzkum

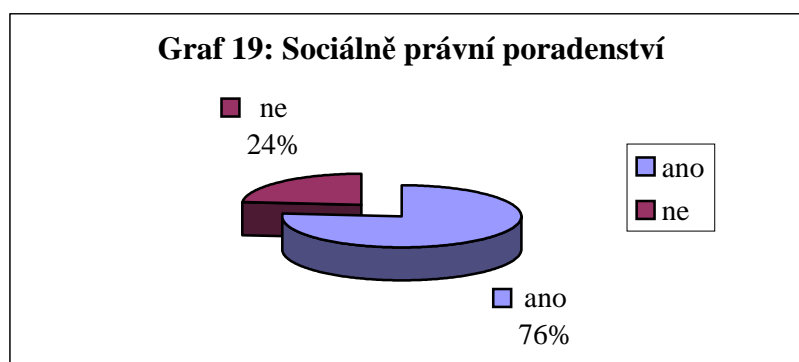
V jednadvacáté otázce měli za úkol respondenti zakroužkovat všechny aktivity, které nabízí zařízení, ve kterém pracují. Nejčastěji zastoupena byla odpověď arteterapie – 31 respondentů, druhou nejčastější byl výlet do přírody – 28 respondentů, následovaly hiporehabilitace – 23 respondentů, taneční a pohybová terapie – 23 respondentů, muzikoterapie – 18 respondentů, bazální dílna – 17 respondentů, cvičení paměti – 16 respondentů, Program pro dobré zdraví – 15 respondentů, dramaterapie – 8 respondentů, canisterapie – 7 respondentů, kurzy na PC – 3 respondenti a zájezdy do zahraničí nevedl žádný respondent. Celkem odpovědělo 57% respondentů.



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka dvaadvacátá mapuje, zda je součástí zařízení, které je zároveň pracovištěm respondenta, Krizový tým. Alternativu ano uvedlo 35% respondentů, ne 65% respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

S ohledem na rozdělení odpovědí podle typu zařízení byly odpovědi takové: psychiatrické léčebny – ano 15 respondentů, ne 23 respondentů, komunitní centra (fokusy) - ano uvedlo 2 respondenti, ne 5 respondentů, ambulance – ano 1 respondent a ne uvedlo 5 respondentů.



Zdroj: Vlastní výzkum

Dvacátá třetí otázka zkoumá, zda-li zařízení pro duševně nemocné, ve kterém respondent pracuje, poskytuje klientům sociálně právní poradenství. Ano uvedlo 76% respondentů, ne 24% respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

S ohledem na rozdělení odpovědí podle typu zařízení byly odpovědi takové: psychiatrické léčebny – ano 29 respondentů, ne 9 respondentů, komunitní centra (fokusy) - ano uvedlo 6 respondentů, ne 1 respondent, ambulance – ano 4 respondenti a ne uvedli 2 respondenti.



Zdroj: Vlastní výzkum



Čtyřicetá otázka sleduje, zda zařízení, které je pracovištěm respondenta, spolupracuje s agenturou podporovaného zaměstnávání. Ano uvedlo 25% respondentů, ne 75% respondentů z 51. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

S ohledem na rozdělení odpovědí podle typu zařízení byly odpovědi takové: psychiatrické léčebny – ano 7 respondentů, ne 31 respondentů, komunitní centra (fokusy) - ano uvedlo 6 respondentů, ne 1 respondent, ambulance – ano neuvedl žádný respondent a ne 6 respondentů.

Dvacátá pátá otázka zjišťovala, jaké služby nabízí zařízení, ve kterém respondent pracuje. Opět bylo možné zakroužkovat více odpovědí, proto pro přehlednost uvádím výsledky v textu.

S ohledem na rozdělení odpovědí podle typu zařízení byly odpovědi takové: psychiatrické léčebny – chráněné dílny 8 respondentů, chráněné bydlení 4 respondenti, kavárna „na půl cesty“ 3 respondenti, Case management 2 respondenti, asistenční služba 2 respondenti, tréninkové bydlení s pomocí terapeuta 2 respondenti, agentura podporovaného zaměstnávání uvedli 2 respondenti, žádné z těchto služeb nenabízí 17 respondentů, komunitní centra (fokusy) – chráněné dílny odpovědělo 6 respondentů, agentura podporovaného zaměstnávání 5 respondentů, chráněné bydlení 4 respondenti, asistenční služba 4 respondenti, tréninkové bydlení s pomocí terapeuta 4 respondenti, Case management 3 respondenti a kavárna „na půl cesty“ uvedli 3 respondenti, ambulantní zařízení – nenabízí žádné z uvedených služeb. Celkem odpovědělo 57% respondentů.

Pro zajímavost uvádím názor jednoho respondenta pracujícího v psychiatrické léčebně: „Case management je bioiluze!“

## 5. DISKUSE

O psychických problémech a duševně nemocných lidech toho bylo napsáno již mnoho a to jak na úrovni odborné, tak i na úrovni populární. Psychiatrie je stále vyhledávaným společenským terčem, kdy veřejnost vidí psychiatry jako postavy z filmu, které stříkají vodu z hadice na zcela normálního člověka. Čili už ve filmu je obsažena obava ze zneužití psychiatrie.

Je zřejmé, že psychiatrie je závislá na všeobecné a existující ochotě akceptovat odlišného člověka. Člověk je sociální bytost, která je při uspokojování svých potřeb spjata s ostatními lidmi, prožívá se a uvědomuje si sám sebe ve společnosti, očima společnosti se hodnotí, pozoruje a při neplnění norem prožívá pocit ohrožení, biologickou, psychickou i sociální úzkost.

Obecně v přístupu k pacientům, nejen duševně nemocným, převládá „servisní model“. To znamená, že nemocná osoba bude prohlédnuta, diagnostikována, vyspravena, vyzkoušena a předána zpět do života. Faktem současné psychiatrie je, že stále existuje rozdíl mezi tím, co si myslíme, že děláme, a mezi tím, co děláme doopravdy.

Téma bakalářské práce se vztahuje k Programu zdraví 21 a k péči o duševně nemocné. Pro zmapování současné formy péče o duševně nemocné v ČR, s ohledem na její rozšíření, dostupnost a využívání, jsem zvolila kvantitativně – kvalitativní výzkum za použití metody dotazování technikou vlastního dotazníku.

V první hypotéze jsme předpokládali, že profesionálové z oblasti ústavní a komunitní péče jsou informováni o všech možnostech péče o duševně nemocné. Tato hypotéza se potvrdila. Většina respondentů spatřuje základ léčby o duševně nemocné ve spojení ústavní i komunitní péče. Zejména pak profesionálové,

z oblasti ústavní a komunitní péče o duševně nemocné, hodnotí spojení těchto dvou forem léčby, ve vzájemné návaznosti, jako nezbytné. Jak uvádí v „Psychiatrii 1“ J. Pfeiffer (15), služby pro duševní zdraví musejí být komplexní a musí zajišťovat kontinuum péče. V tréninku profesionálů má být prioritou vzdělávání v moderních technikách péče, jako je case management, rehabilitace a týmová práce.

Druhá hypotéza předpokládá, že profesionálové z oblasti ústavní psychiatrické péče považují komunitní péči o duševně nemocné za méně efektivní než ústavní. Tato hypotéza se nám také potvrdila. Nejčastější odpovědí na otázku, jaká úskalí spatřují profesionálové z oblasti ústavní péče o duševně nemocné v péči komunitní, byla, že komunitní péče je nevhodnou formou péče pro akutní stavy (11 respondentů), dále, že není vyřešeno financování komunitní péče v ČR (9 respondentů) a je zde nedostatečná síť komunitních center (7) respondentů z 51. Problém vidí také v případné agresivitě klienta a nedostatečných ochranných prostředcích personálu, spolupacientů a samotného klienta v komunitních centrech. Jíří Raboch (32) charakterizuje ve své knize ústavní léčbu jako léčbu základní, sloužící k somatické a psychické stabilizaci pacienta, která umožní přechod do následné péče.

Třetí hypotéza předpokládá, že profesionálové z oblasti komunitní péče o duševně nemocné považují ústavní psychiatrickou péči za méně efektivní než komunitní. Hypotéza potvrzena nebyla. V odpovědích na otázku, jaká spatřují profesionálové z oblasti komunitní péče úskalí v péči ústavní, byla nejčastěji zastoupena odpověď stigmatizace (11 respondentů), vytžení z přirozeného prostředí pacienta (9 respondentů), hospitalismus (6 respondentů) apod. Z čehož vyplývá, že přímo nekritizují ústavní péči jako takovou, ale spíše prostředí, které je pro léčbu duševně nemocných nevhodné, strohé, ještě více deprimující, nepodněcující jeho samostatnost, tvorbu sociálních návyků a vylučuje ho z běžného života a odcizuje od rodiny.

Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je uspořádán tak, aby byl schopen pomoci lidem i s vážnějším psychickým postižením žít co nejuspokojivějším způsobem. Pod pojmem komunitní péče není tedy míněna nová technologie stojící vedle „klasické“ nemocniční péče. Pojmem komunitní péče je označováno nové paradigma psychiatrického systému. <sup>(16)</sup>

Čtvrtá hypotéza vypovídá o tom, že duševně nemocní preferují kombinaci ústavní a komunitní psychiatrické péče. I čtvrtá hypotéza byla potvrzena. K tomuto názoru dospěli zejména profesionálové z oblasti ústavní a komunitní péče, kteří na otázku, jaké péči (ústavní, komunitní, obojí) dávají duševně nemocní přednost, uvedli možnost obojí (27 respondentů z 51). Studenti pregraduálních zdravotně-sociálních programů uvedli, že z jejich zkušeností dávají duševně nemocní přednost ústavní péči (38 respondentů ze 100), možnost komunitní odpovědělo 36 respondentů ze 100. Závěrem tedy můžeme říci, že převedeme-li celkový výsledek z obou výzkumů na procenta, docházíme k již zmíněnému závěru, že duševně nemocní preferují kombinaci jak ústavní tak komunitní péče.

## 6. ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat současné formy péče o duševně nemocné v ČR s ohledem na jejich rozšíření, dostupnost a využívání. Dále zjistit, jaké postoje zaujímají vůči jednotlivým formám péče o duševně nemocné profesionálové z oblasti ústavní péče, zjistit, jaké postoje zaujímají vůči formám péče o duševně nemocné profesionálové z oblasti komunitní péče, a zmapovat, jaké postoje zaujímají v tomto směru studenti pregraduálních zdravotně-sociálních studijních programů.

Rozpor, ve kterém se duševně nemocní nacházejí, přetrvává. Jejich nemoc zkrsluje vnímání vlastních práv a povinností. Proto by měl patřit nácvik tohoto vnímání do každé instituce, která se zabývá duševně nemocnými. Ve všech psychiatrických institucích se mohou organizovat komunity s účastí všech pacientů i personálu. Ukazuje se, že tato společenská vazba je pro vnímání ekosystému a životních podmínek velmi důležitá. Také musí být, podobně jako při vývoji dítěte v rodině nebo školáků ve škole, rozvíjena fáze společné zodpovědnosti a společného jednání. Jinak zůstává vztah pacient – terapeut nedotčený.

V této společnosti, kterou chápeme jako ekosystém, krajinu našeho života, se lze pohybovat pouze tehdy, když instituce, ve kterých se tomuto pohybu učíme, neslouží jako odkládací prostor, ale jsou kritickými místy a součástí celku. Musíme být ochotni nejen vnímat smysl a nesmyslnost některých povinností, norem, pravidel, nejen si na ně stěžovat, ale musíme také: udržet smysluplné, a změnit to nesmyslné v takové míře, nakolik je to možné.

Cílem by měla být tvorba humánnějšího a demokratičtějšího prostředí. Sociální rovnost je to jediné, čeho můžeme na pozadí biologické a psychické

nerovnosti skutečně dosáhnout. To se také míní, když se říká, že lidé jsou si rovni. Psychická a biologická rovnost nejsou dosažitelné a ani žádoucí.

V naší společnosti existuje velké nebezpečí, když je princip rovnosti nechápán pouze politicky, právně, ekonomicky a sociálně. Z nutnosti, vlastní živým bytostem, se stává přísný požadavek společnosti, požadavek začlenění se. Osoby pracující v péči o duševně nemocné by měly napomáhat obhajobě základních práv plynoucích z ústavy, kterou je nutno chápat jako obranu proti vylučování a politickým zásahům.

Záleží na nás, jak pochopíme změny postojů, které vedou sociální skupinu k odmítnutí a vyloučení všeho, co neodpovídá normám společnosti. V současnosti bláznovství, šílenství a pošetilost jsou důkladně odstraněny z obrazu všedního dne. Proto bychom měli vyjít vstříc a naslouchat duševně nemocným právě teď, kdy dnešní krize dělby práce skýtá velkou příležitost ke změnám.

Tato práce by mohla posloužit jako edukační materiál pro pracovníky v ústavních i komunitních zařízeních, ale i pro veřejnost, která má o tuto problematiku zájem. Zejména by mohla být určena samotným pacientům s duševní poruchou a v neposlední řadě i jejich rodinným příslušníkům, kteří bohužel mnohdy bývají o této problematice informováni nejméně.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
2. BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 218 s. ISBN 80-85824-45-0.
3. BAUDIŠ, Pavel. Diskriminuje společnost psychicky nemocné? *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: 2002, roč. 98, č. 3, s.127. ISSN 1212-0383.
4. LIBIGER, Jan. Psychiatrie a ostatní lékařské obory: odstraňme hradby. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: 2002, roč. 98, č. 4, s. 195. ISSN 1212-0383.
5. BEER, D., PEREIRA, S.M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Přel. M. Holý, K. Šoltysová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 296 s. Přel. z: Psychiatric Intensive Care. ISBN 80-247-0363-7.
6. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002. [05.12.2007] Dostupné z <<http://boldis.cz/citace1.pdf>>.
7. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002. [05.12.2007] Dostupné z <<http://boldis.cz/citace1.pdf>>.
8. ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 236 s. ISBN 80-7169-086-4.
9. DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Přel. J. Lorenc. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5.

10. DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Validizace české verze. In: DRAGOMIRECKÁ, E., PALČOVÁ, A., PAPEŽOVÁ, H. *Sociální psychiatrie v čase změn*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, s. 257-261. ISBN 80-85121-08-5.
11. Fürst, Aleš. Psychofarmakoterapie, psychoterapie a jejich kombinace. (online) Platný <http://volny.cz/augmentin/TxtFur1b.htm>, březen 28, 2007.
12. HÁTLOVÁ, Běla. Tělesná cvičení a kinezioterapie. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: 2002, roč. 98, č. 2. s. 106-107.
13. HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie v léčbě psychiatrických onemocnění*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 120 s. ISBN 80-246-0420-5.
14. HÁTLOVÁ, B. *Kinesiotherapy - movement therapy in psychiatric treatment*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 149 s. ISBN 80-246-0787-5.
15. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
16. HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.
17. CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. 1. vyd. 2000. 54 s. ISBN 80-70-40-409-4.
18. CHROMÝ, Karel. Nový vzdělávací program v oboru psychiatrie. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: 2005, roč. 101, č. 6, s. 297. ISSN 1212-0383.
19. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223s. ISBN 80-7254-329-6
20. KALVACH, Z. Problémy psychiatrie na konci tisíciletí. In: DRAGOMIRECKÁ, E., PALČOVÁ, A., PAPEŽOVÁ, H. *Sociální psychiatrie v čase změn*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, s. 257-261. ISBN 80-85121-08-5.
21. KAŠPARŮ, M. BENDA, R. *Základy psychiatrie pro posluchače sanitářského kurzu – první pomoc v psychiatrii*. 1. vyd. Nemocnice Pelhřimov: přednášky 2005. 26 s.



22. KITZLEROVÁ, Eva, MOTLOVÁ, Lenka. Program pro dobré zdraví – ohlédnutí za prvním rokem. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: 2006, roč. 102, č. 2, s. 92-93. ISSN 1212-0383.
23. KITZLEROVÁ, Eva, MOTLOVÁ, Lenka. Program pro dobré zdraví – první zkušenosti a výsledky v ČR. *Psychiatrie pro praxi*. Praha: 2005, roč. 2005, č. 6, s. 292-293. ISSN 1213-0508.
24. K novému zákonu o sociálních službách. (online) Platný <http://www.infoposel.cz/?idm=clanky&idr=12&idc=1171971318>, březen 28, 2007.
25. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 384. ISBN 80-7178-657-8.
26. Lidé s duševní poruchou.  
(online) Platný [http://www.brno.cz/toCP1250/download/osp/socialni\\_pomoc\\_fss/zdravotne\\_postizeni/zd3.htm](http://www.brno.cz/toCP1250/download/osp/socialni_pomoc_fss/zdravotne_postizeni/zd3.htm), březen 28, 2007.
27. Městský úřad Litoměřice. Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století.  
(online) Platný <http://radnice.litomerice.cz/dokument-193500.html>, březen 28, 2007.
28. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Cíl 6: zlepšení duševního zdraví.  
(online) Platný [http://www.mzcr.cz/data/c2388/lib/Cil\\_6.pdf](http://www.mzcr.cz/data/c2388/lib/Cil_6.pdf), březen 28, 2007.
29. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Zdraví 21 – dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: 2003. 124 s. ISBN 80-85047-99-3.
30. NOVÁK, T., SMÉKALOVÁ, E., LAUERMANN, M. *Standardy kvality sociálních služeb v komunitních centrech*. 1. vyd. Praha: Nová škola, 2005. s. 64. ISBN 80-903631-2-1.
31. Praško, Ján, Horáček, J., Škrdlantová, L. Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz.  
(online) Platný <http://mail.tigis.cz/PSYCHIAT/psych403/06.htm>, březen 28, 2007.
32. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. s. 622. ISBN 80-7262-140-8.

33. RABOCH, Jiří. Duševní poruchy, diskriminace a Světová zdravotnická organizace. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: 2002, roč. 98, č. 2, s. 71. ISSN 1212-0383.
34. Říčan, Pavel. Úvod do komunitní péče o duševně nemocné.  
(online) Platný e-mail: [ProlovaMichaela@seznam](mailto:ProlovaMichaela@seznam) od [pavel.rican@fokusvysocina.cz](mailto:pavel.rican@fokusvysocina.cz), březen 26, 2007.
35. ŠKODA, C., „et al“. *Kvantifikace důsledků transformace zdravotnictví na poskytování psychiatrické péče v ČR. Ekonomické aspekty*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998. 190 s. ISBN 80-85121-30-1.
36. THORNICROFT, G., TANSELLA, M. Model pro psychiatrickou reformu. In: DRAGOMIRECKÁ, E., PALČOVÁ, A., PAPEŽOVÁ, H. *Sociální psychiatrie v čase změn*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2000, s. 257-261. ISBN 80-85121-08-5.
37. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*. 3. vyd. Jihočeská univerzita v ČB, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 89 s. ISBN 80-7040-786-7.
38. TŮMA, Ivan. Postgraduální výcvik v psychiatrii – evropské perspektivy. *Česká a slovenská psychiatrie*. Praha: 2002, roč. 98, č. 1, s. 3. ISSN 1212-0383.
39. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Program Zdraví 21

Speciální psychiatrie

Transkulturní psychiatrie

Sociální psychiatrie

Psychoterapie

Komunitní vzdělávání

Kinezioterapie

Program pro dobré zdraví

## **9. PŘÍLOHY**

Příloha 1: Dotazník pro profesionály z oblasti ústavní a komunitní péče

Příloha 2: Dotazník pro studenty pregraduálních zdravotně-sociálních programů

Příloha 3: Práva pacientů

Příloha 4: Deklarace práv duševně postižených lidí

Příloha 1: Dotazník pro profesionály z oblasti ústavní a komunitní péče

## **Dotazník monitorující srovnání ústavní a komunitní péče v ČR**

Dobrý den, jmenuji se Michaela Prolová, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Studuji obor **Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby**. Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který mi poslouží jako podklad pro kvalitní zpracování mé bakalářské práce. Získané údaje jsou zcela **anonymní** a budou použity pouze v rámci práce.

**Prosím kroužkem označte odpověď, která Vám nejvíce vyhovuje  
(možné i více odpovědí), případně doplňte požadované údaje.**

---

1. Pohlaví: a) muž  
b) žena
  
2. Věk: a) 18 – 26  
b) 27 – 35  
c) 36 – 45  
d) 46 – 60  
e) nad 60 let
  
3. Dosažené vzdělání: a) psychiatr  
b) psycholog  
c) sociální pracovník  
d) arteterapeut  
e) ergoterapeut  
f) speciální pedagog  
g) fyzioterapeut  
h) jiné (popřípadě jaké). . . . .
  
4. Typ zařízení, ve kterém pracujete: a) nemocnice  
b) ambulance  
c) komunitní centrum (fokus)  
d) psychiatrická léčebna
  
5. Spatřujete základ léčby v péči?: a) ústavní  
b) komunitní  
c) obojí

6. Domníváte se, že Vaši pacienti dávají přednost péči?: a) ústavní  
b) komunitní  
c) obojí

(Ústavní péče – hospitalizace v psychiatrické léčebně, či na specializovaném samostatném oddělení; rovněž vlastní odvykací léčba za pobytu v léčebném zařízení.

- § krátkodobá  
§ dlouhodobá).

(Komunitní péče – organizace center duševního zdraví, psychosociálních služeb; organizace léčby, v níž personál i pacienti vědomým úsilím vytvářejí otevřenými informacemi propojenou a koordinovanou skupinu se společným terapeutickým cílem; pacienti se stávají aktivními účastníky v terapii vlastní i v terapii spolupacientů, přenáší se na ně část zodpovědnosti za chod komunity i za léčebný proces).

7. Existuje ve Vašem městě zařízení komunitní péče?: a) ano  
b) ne  
c) nevím

8. Pokryje Vaše zařízení poptávku služeb, které si klienti žádají?: a) ano  
b) ne  
c) nevím

9. Využívají klienti všechny služby, které v zařízení poskytujete?: a) ano  
b) ne  
c) nevím

10. Která služba je klienty ve Vašem zařízení nejvíce využívána? : . . . . .  
. . . . .

11. Spolupracujete se zařízením komunitní péče? (V případě komunitního centra – fokusu je myšlena spolupráce s jiným psychiatrickým zařízením – léčebna, ambulance . . . . .):  
a) ano  
b) ne  
c) nevím

12. Myslíte si, že pobyt klienta v komunitním centru (fokusu) je pro něj méně stigmatizující

než pobyt v psychiatrické léčebně?:

- a) ano
- b) ne

13. Jsou klienti po odchodu z Vašeho zařízení připraveni se zapojit do běžného života (pracovní

prostředí, rodina, sebeobsluha, komunikace s úřady. . . . .):

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Podporujete další vzdělávání Vašich pracovníků v oblasti komunitní (intermediární) péče o duševně nemocné? :

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Je součástí nabídky služeb Vašeho zařízení osvěta laické veřejnosti?:

- a) ano
- b) ne

16. Pracují Vaši zaměstnanci pod odbornou supervizí?:

- a) ano
- b) ne

17. Jaká spatřujete úskalí v ústavní péči?:

.....  
.....  
.....

18. Jaká úskalí spatřujete v komunitní péči?:

.....  
.....  
.....

19. Jste pro zavedení nového zákona o vzniku dvou bezpečnostních zařízení v ČR pro problémové a nezvladatelné psychiatrické klienty?:

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud ano, proč? .....

20. Jaká je kapacita Vašeho zařízení?: a) 1 – 10 klientů

- b) 11 – 20 klientů
- c) 21 – 30 klientů
- d) 31 – 40 klientů
- e) 41 – 50 klientů
- f) více než 50 klientů

21. Jaké druhy aktivit svým klientům nabízíte?:

- a) arteterapie
- b) dramaterapie
- c) muzikoterapie
- d) taneční a pohybová terapie
- e) canisterapie
- f) hiporehabilitace
- g) bazální dílna
- h) výlety do přírody
- i) zájezdy do zahraničí (k moři)
- j) Program pro dobré zdraví – zlepšení zdravotního stavu a životosprávy
- k) cvičení paměti
- l) kurzy na PC

22. Je součástí Vašeho zařízení Krizový tým?: a) ano

b) ne

(Krizový tým - je včasný zásah u akutních psychických potíží včetně podání léků  
- prevence hospitalizace, případně její usnadnění a zkrácení  
- zvládnutí krize ambulantní formou, v domácím prostředí  
- naplánování další návazné péče  
- poskytnutí podpory jak samotnému člověku v krizi, tak i jeho okolí -  
rodině, příbuzným a dalším pečovatelům).



23. Poskytuje Vaše zařízení klientům sociálně právní poradenství?: a) ano  
b) ne

24. Spolupracuje Vaše zařízení s agenturou pro podporované zaměstnávání?: a) ano  
b) ne

25. Nabízí Vaše zařízení následující služby? (Pokud ano, prosím příslušnou službu zakroužkujte.):

- a) Case management
- b) chráněné bydlení
- c) chráněné dílny
- d) asistenční služba
- e) tréninkové bydlení s pomocí terapeuta
- f) kavárna na půl cesty
- g) agentura podporovaného zaměstnávání

( Case management - vznikl jako metoda či nástroj komplexní péče o duševně nemocné, seminář je tedy určen především pracovníkům v této oblasti v přímé práci s klienty popř. vedoucím týmů, které chtějí metodu zavádět. CM však obsahuje i principy využitelné v péči o jinak dlouhodobě nemocné či handicapované klienty a je tedy použitelný i pro tuto širší oblast.

- CM směřuje k zlepšení organizace služeb s ohledem na individuální potřeb klienta a jeho blízkých, přenáší vyšší díl zodpovědnosti na pracovníky přímo poskytující péči, zlevňuje a v zájmu klienta i organizace zefektivňuje služby.

---

***Velice děkuji za Vaši spolupráci!***

Příloha 2: Dotazník pro studenty pregraduálních zdravotně-sociálních programů

## **Dotazník monitorující srovnání ústavní a komunitní péče v ČR**

Dobrý den, jmenuji se Michaela Prolová, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Studuji obor **Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby**. Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který mi poslouží jako podklad pro kvalitní zpracování mé bakalářské práce. Získané údaje jsou zcela **anonymní** a budou použity pouze v rámci práce.

**Prosím kroužkem označte odpověď, která Vám nejvíce vyhovuje  
(možné i více odpovědí), případně doplňte požadované údaje.**

---

1. Pohlaví: a) muž  
b) žena

2. Věk: a) 18 – 20  
b) 21 – 23  
c) 24 – 26  
d) nad 26 let

3. Profesionální zařazení: a) psychiatr  
b) psycholog  
c) sociální pracovník  
d) arteterapeut  
e) ergoterapeut  
f) speciální pedagog  
g) fyzioterapeut  
h) jiné (popřípadě jaké). . . . .  
i) maturita (uveďte obor)

4. Student studující na zdravotně sociální fakultě obor:  
a) Bc.  
b) Mgr.

5. Spatřujete základ léčby o duševně nemocné v péči?: a) ústavní  
b) komunitní  
c) obojí

(Ústavní péče – hospitalizace v psychiatrické léčebně, či na specializovaném samostatném oddělení; rovněž vlastní odvykací léčba za pobytu v léčebném zařízení.  
Krátkodobá a dlouhodobá).

(Komunitní péče – organizace center duševního zdraví, psychosociálních služeb; organizace léčby, v níž personál i pacienti vědomým úsilím vytvářejí otevřenými informacemi propojenou a koordinovanou skupinu se společným terapeutickým cílem; pacienti se stávají aktivními účastníky v terapii vlastní i v terapii spolupacientů, přenáší se na ně část zodpovědnosti za chod komunity i za léčebný proces).

6. Z Vašich zkušeností dávají klienti (duševně nemocní) přednost péči?: a) ústavní  
b) komunitní  
c) obojí

7. Existuje ve Vašem bydlišti zařízení komunitní péče?: a) ano  
b) ne  
c) nevím

8. Pokryje dle Vašeho názoru ústavní zařízení v místě Vašeho bydliště (okolí) poptávku služeb, kterou si klienti žádají?: a) ano  
b) ne  
c) nevím

9. Myslíte si, že klienti (duševně nemocní) využívají všechny služby, které ústavní zařízení poskytuje?: a) ano  
b) ne  
c) nevím

10. Která služba je podle Vás klienty (duševně nemocnými) v ústavním zařízení nejvíce využívána?: .....

11. Myslíte si, že pobyt klienta v komunitním centru (fokusu) je pro něj méně stigmatizující než pobyt v psychiatrické léčebně?:  
a) ano  
b) ne

12. Myslíte si, že jsou klienti (duševně nemocní) po odchodu z ústavního zařízení připraveni se zapojit do běžného života ( pracovní prostředí, rodina, sebeobsluha, komunikace s úřady..)?:  
a) ano  
b) ne  
c) nevím

13. Je součástí nabídky služeb ústavního zařízení ve Vašem bydlišti (okolí) osvěta laické veřejnosti?:  
a) ano  
b) ne  
c) nevím

14. Jaká spatřujete úskalí v ústavní péči?:  
.....  
.....  
.....

15. Jaká úskalí spatřujete v komunitní péči?:  
.....  
.....  
.....

16. Jste pro zavedení nového zákona o vzniku dvou specializovaných (bezpečnostních) zařízení v ČR pro problémové a nezvladatelné psychiatrické klienty?:  
a) ano  
b) ne  
c) nevím  
Pokud ano, proč? .....

17. Jaké druhy aktivit svým klientům nabízí ústavní zařízení ve vašem bydlišti (okolí)?:

- a) arteterapie
- b) dramaterapie
- c) muzikoterapie
- d) taneční a pohybová terapie
- e) canisterapie
- f) hiporehabilitace
- g) bazální dílna
- h) výlety do přírody
- i) zájezdy do zahraničí ( k moři )
- j) Program pro dobré zdraví – zlepšení zdravotního stavu a životosprávy
- k) cvičení paměti
- l) kurzy na PC
- m) psychoterapie
- n) Case management
- o) chráněné bydlení
- p) chráněné dílny
- q) asistenční služba
- r) tréninkové bydlení s pomocí terapeuta
- s) kavárna na půl cesty
- t) agentura podporovaného zaměstnávání

18. Je součástí ústavního zařízení ve vašem bydlišti (okolí) Krizový tým?: a) ano  
b) ne  
c) nevím

19. Poskytuje ústavní zařízení ve Vašem bydlišti (okolí) klientům (duševně nemocným) sociálně právní poradenství?:  
a) ano  
b) ne  
c) nevím

---

***Velice děkuji za Vaši spolupráci!***

Příloha 3:

### **Práva pacientů**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu.

Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25.února 1992

Příloha 4:

### **Deklarace práv duševně postižených lidí**

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měli přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení .
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. prosince 1971



## **Etický kodex ČMPS 1998**

### **1. Preambule**

Tento kodex je soubor pravidel, kterými by se měli od doby uvedení v platnost, t.j. od r. 1999, řídit ČMPS a všichni její členové a členky. Vročení 1998 signalizuje v první řadě historické okolnosti, za kterých tento kodex vznikl. Je to doba nejen konce 2. A přechodu do 3. Tisíciletí po Kristu, ale i doba, která byla označena jako konec novověku a jako první globální revoluce. Vyznačuje se zvláště pluralitou hodnocení, postojů a názorů. Aby bylo možno dosáhnout konsensu potřebného pro demokratické přijetí a schválení tohoto kodexu, bylo třeba jej koncipovat a formulovat střídavě, avšak tak, aby umožnil přijetí ČMPS, jejích členů a členek do příslušných evropských struktur.

## **Etický kodex psychologické činnosti**

Psycholog vykonává své povolání ve prospěch jednotlivce a společnosti, v duchu úcty k osobnosti člověka, k životu a zdraví. Své profesní činnosti chápe jako službu.

Psycholog má být nestranný, respektuje klienty a ve své činnosti dodržuje etické zásady. Je povinen chránit svou profesní nezávislost a profesionální objektivitu. Ve své činnosti má jako nejvyšší hodnotu mít na zřeteli zdraví a blaho klientů.

### **1. Způsobilost, zodpovědnost**

Psycholog se musí snažit zajistit, udržet a rozvíjet svou profesionální kompetenci, která obsahuje supervizi, uvědomovat si a zachovávat hranice vlastních kompetencí.

1.1. Má působit pouze v té oblasti svého oboru, pro který absolvoval příslušnou přípravu a získal kvalifikaci.

1.2. Má zachovávat takové postupy, které by neumožňovaly zavádějící interpretace jak jeho kvalifikace a dovedností, tak i postojů.

1.3. Pokud je požádán o psychologické služby, které neodpovídají jeho odborné kompetenci, odkáže na služby jiného kvalifikovaného pracovníka.

1.4. Musí zabezpečit, aby ti, kteří pracují pod jeho přímým vedením, dodržovali tytéž zásady-především aby rozpoznávali hranice své kompetence.

### **2.**

2.1 Psycholog dodržuje zásadu práce s klienty za jejich souhlasu, pokud zákon výslovně nestanoví jinak, nebo s výjimkou neodkladných situací vyžadující řešení v zájmu klienta.

2.2 profesní činnosti, vztahy a důsledky musí být vyjádřeny v jasné formě (dohodě, kontraktu, včetně dohody o případné odměně), z které musí být patrné, že uživatel profesních služeb s nimi souhlasí.

2.3 Při poskytování služby (pomoci, podpory) osobám, které nejsou schopny souhlasu, si vyžádá souhlas zákonného zástupce.

2.4 Psycholog nepoužije nepřiměřených, nerealistických, nadhodnocených příslibů své činnosti nebo jejích výsledků ani směrem ke klientovi, ani v rámci reklamy.

3.

Psycholog musí (v souladu s právními normami a předpisy) zajistit ochranu všech informací, které získal v souvislosti s profesní činností.

3.1 Zachovává v souladu se zákonem povinnou mlčenlivost o věcech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání.

3.2 Jakékoli informace o klientovi smí poskytnout jiným odborníkům - včetně psychologů-pouze se souhlasem klienta.

3.3 Pokud použije získané informace (např. ke studijním, vědeckým aj.) účelům, vždy garantuje anonymitu osobních údajů.

3.4 Psycholog dbá na to, aby jím vedení podřízení kolegové respektovali potřebu důvěrnosti ve vztahu k získaným informacím.

4.

Psycholog se chová a vystupuje tak, aby nepoškodil zájmy svých klientů a nenarušil důvěru veřejnosti k psychologické profesi.

4.1. Nevykonává odbornou činnost, pokud jeho fyzický či psychický stav může negativně ovlivnit jeho schopnosti profesionálního přístupu.

4.2. Nesmí zneužít vztahu důvěry nebo závislosti, který může vzniknout v psychologické profesionální praxi.

4.3. Nesmí vyžít profesního vztahu k dalším osobním, náboženským, politickým či jiným ideologickým zájmům.

4.4. Je povinen zajistit psychologické testy, psychodiagnostické pomůcky a záznamy z vyšetření tak, aby k nim neměl přístup nikdo bez příslušného vzdělání a nemohl je používat.

4.5 Nesmí připustit ovlivnění své profesionální odpovědnosti a standardů praxe jak ve vztahu k sobě, tak i klientovi z důvodů rasy, věku, rodu, národnosti, politické příslušnosti, náboženství, postavení a jiných vnějších faktorů.

4.6 K ostatním psychologům přistupuje v duchu zásad stavovské a profesionální koležiality, s důvěrou a ochotou ke spolupráci. Neznevažuje jejich profesionální způsobilost.

4.7 Jestliže má psycholog odůvodněné podezření na neprofesionální přístup některého kolegy, je povinen jej na toto vhodným způsobem upozornit. Nedojde-li k nápravě, informuje radu ČMPS. Porušení Etického kodexu projednává etická komise.

5. Závaznost Etického kodexu psychologické činnosti

Jak uvedeno výše, je daný kodex závazný pro ČMPS, členové jsou povinni, aby se s kodexem neprodleně seznámili a podpisem se zavázali jej dodržovat.

## Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů

APA, Washington, prosinec 1992

Koncept před definitivním vydáním.

Přeložil:

Doc. MUDr. Miloš Vojtěchovský, DrSc.

PhDr. J. Florian

### 1. PREAMBULE

Je v zájmu každého státu, aby všichni jeho občané měli přístup k ústavnímu psychiatrickému léčení, které je na nejvyšší úrovni a zcela oproštěno od všech forem možného zneužití.

Základem pro jakoukoliv listinu práv psychiatrických pacientů umístěných v ústavech je především právo na léčbu podle dobré a na úrovni jsoucí klinické praxe, jež poskytuje všechny možnosti plné a soustavné spolupráce ze strany pacientů.

Tento princip musí být reflektován v každé dílčí položce této listiny. Hodnota každé položky předkládaného dokumentu by měla být posuzována ve světle tohoto principu.

Je zřejmé, že jednotný výklad každé položky této Listiny práv není možný vzhledem k velké rozdílnosti kulturních, společenských, právních a ekonomických podmínek v různých společnostech a národech. Očekává se však, že tato Listina práv poslouží jako prototyp, jenž bude místně přizpůsoben s cílem vytvořit standardy pro léčbu duševně nemocných na celém světě.

### 2. PRÁVA DENNÍHO ŽIVOTA

#### a) Důstojnost bez předsudků

Máte právo být léčen jako jedinec, s nímž je zacházeno důstojně, s úctou a bez jakékoliv diskriminace, ať již rasové, věkové, podle pohlaví, náboženského vyznání, etnické příslušnosti, politických názorů, sexuální preference, životního stylu nebo osobního handicapu.

#### b) Občanská práva

V průběhu hospitalizace máte právo dožadovat se veškerých svých civilních občanských práv, až na ta, která jsou specifickým způsobem omezena, buď proto,

1. aby vás či jiné osoby ochraňovala od tělesného poškození,
2. proto, že jste byl(a) omezena(a) ve své právní způsobilosti

#### c) Prostředí

Máte právo na bezpečné, zdravotně nezávadné a humánní prostředí. Máte právo na přiměřenou stravu, která je připravena v souladu s vašimi zavedenými zdravotními potřebami a náboženskými předpisy.

#### d) Minimum omezujících opatření

Máte právo být léčen psychiatrickými prostředky, které jsou ordinovány tak a za takových podmínek, že omezují vaši osobní svobodu pouze tehdy, pokud to nezbytně vyžaduje potřeba vaší léčby.

e) Svoboda pohybu

Vaše právo pohybovat se volně v kterékoliv oblasti běžně přístupné pacientům může být omezeno jedině specifickými limity, vyplývajícími z vaší léčby. Toto právo zahrnuje možnost pravidelných přístupů do prostorů mimo oddělení a pravidelné setkávání se s jinými pacienty. Toto právo může být omezeno jedině z důvodu vaší vlastní bezpečnosti nebo bezpečnosti ostatních, avšak i v těchto případech pouze podle zavedených pravidel.

f) Vlastní majetek

Máte právo ponechat si a používat své osobní věci, včetně šatstva. Toto právo může být omezeno jedině z důvodů bezpečnosti vaší a ostatních osob, a to i v těchto případech pouze podle zavedených pravidel. Jsou-li vaše osobní věci prohlíženy, máte právo být při tom a důvod prohlídky vám musí být řádně vysvětlen.

Máte právo na přiměřený prostor pro uložení vašich soukromých věcí, které užíváte. Do těchto prostorů vám musí být umožněn pravidelný přístup.

Máte právo ponechat si a utrácet přiměřené množství peněz. Co se rozumí pod pojmem přiměřený, musí být upřesněno ve vašem léčebném plánu. Jakékoliv omezení musí být řádně dokumentováno.

g) Komunikace

Máte právo volného přístupu k telefonu a můžete jej využívat pro své soukromé potřeby. Máte právo psát dopisy a kupovat si poštovní známky. Máte právo odesílat a přijímat poštovní zásilky neotevřené, bez jakékoli cenzury. Máte právo číst noviny, časopisy a knihy dle své vlastní volby, poslouchat rozhlas a dívat se na televizi. Toto právo je možné omezit pouze z hlediska ohrožení vaší bezpečnosti nebo bezpečnosti vašeho okolí, a to i v tomto případě pouze podle ustanovených pravidel.

h) Návštěvy

Máte právo přijímat návštěvy v pravidelně vymezených návštěvních hodinách dle daného řádu ústavu, které musejí být dodržovány. Návštěvy lze omezit pouze na příkaz lékaře, a i pak pouze ze podmínek zdůvodnění a zdokumentování v chorobopisu.

### 3. PRÁVO NA INFORMACE

a) Informace o právech a délce pobytu

Máte právo být informován bezprostředně po přijetí, a to ústně i písemně, v jazyku a v terminologii, kterým rozumíte, o svých právech, která máte jakožto hospitalizovaný pacient, a o plánech souvisejících s vaším umístěním na oddělení, včetně toho, co se na něm od vás očekává.

b) Informace o léčebných možnostech

Máte právo být informován o různých možnostech léčby na vašem oddělení, jak tuto léčbu přijmout či za jakých okolností ji eventuálně odmítnout. Máte právo být informován o finančních nákladech jakýchkoliv léčebných metod a o eventuálních finančních omezeních léčebných nákladů.

c) Informace o právním postavení

Máte právo být informován o svém právním statutu v psychiatrickém zařízení, včetně důvodů vašeho přijetí. Rovněž máte právo být informován o nezbytných procedurách, které byste měl dodržovat, pokud si přejete být propuštěn.

d) Informace o osobách, které o vás budou pečovat

Máte právo být informován o jménech a titulech všech lékařů, kteří vás budou léčit nebo se na vaší léčbě podílet.

e) Informace o léčebných postupech

Máte právo na pravidelné informace o stavu léčby a o svém pokroku v ní a na případné vyžádání si informací o plánech a cílech vaší léčby.

f) Informace o převozu a přesunech

Máte právo být předem informován o svých eventuálních přesunech nebo převozech uvnitř či mimo psychiatrické zařízení. Přesuny vám musí být řádně zdůvodněny.

#### 4. PRÁVA TÝKAJÍCÍ SE POSTAVENÍ PACIENTA

a) Souhlas

Máte právo být informován o důvodech a povaze jakékoliv navrhované léčby, o jejích rizicích, přednostech a také o alternativách, než s ní vyslovíte souhlas. Svůj souhlas s léčbou máte právo kdykoliv odvolat. Máte právo odmítnout jakoukoliv léčbu, včetně farmak, až na výjimky stanovené zákonem, které mohou za určitých okolností dovolit psychiatrickému zařízení, aby pokračovalo ve vaší léčbě i přes vaše námitky. Vaše právo na souhlas s léčením v sobě zahrnuje právo na informaci o názvu léku, účelu jeho podávání, o eventuálních vedlejších účincích a o častosti podávání jakýchkoli léků, které máte užívat.

b) Důvěrnost

Máte právo na to, aby váš chorobopis zůstal nanejvýš důvěrným spisem, který by se neměl dostat do rukou jiným osobám než vašim současným nebo potenciálním lékařům a ošetrovatelskému personálu. Pokud se tak stane, pak jedině s vaším písemným souhlasem.

Výjimky lze připustit jen při mimořádných nouzových stavech, ohrožujících život, nebo na soudní příkaz. Máte právo odmítnout fotografování, natáčení na video či snímání otisků vašich prstů. Výjimkou je pouze identifikační fotografie jako příloha k vašemu chorobopisu.

c) Soukromí

Máte právo na maximální možné soukromí, které je v souladu s účinností a bezpečností léčby vám poskytované.

d) Zneužívání

Máte právo ne být tělesně ani duševně zneužíván(a) nebo opomíjen(a) ošetřujícím týmem na oddělení. Máte rovněž právo ne být pohlavně zneužíván(a) jinými pacienty. Jakýkoli sexuální vztah s ošetřovatelem (ošetřovatelkou) nebo lékařem (lékařkou) lze chápat jako pohlavní zneužívání, a je proto protiprávní.

e) Izolace a omezení

Máte právo ne být tělesně ani chemicky omezován a ne být nedobrovolně izolován od ostatních pacientů. Výjimku tvoří nouzové případy na příkaz lékaře, aby se

předešlo poškození vás samotných nebo ostatních pacientů ve vašem bezprostředním okolí, ale i to jedině tehdy a ne déle, dokud nebudou po ruce méně omezující a stejně účinná opatření.

f) Experimenty

Máte právo odmítnout účast na jakémkoliv výzkumném projektu nebo léčebném experimentu. Toto vaše odmítnutí přitom nesmí nepříznivě ovlivnit služby či léčbu, která je vám poskytována.

g) Mimořádná léčba

Máte právo na speciální klinické konzilium, jste-li žádán abyste souhlasil s psychochirurgickým zákrokem, s averzivní léčbou či jinými léčebnými programy, které by vám mohly způsobit jakoukoliv formu tělesné bolesti, sterilizaci, nebo jiné neobvyklé poškození.

h) Stížnosti

Máte právo si kdykoliv stěžovat a právo na to, aby vaše stížnost byla vlídně vyslyšena a promptně přijata. Máte právo podat stížnost, aniž byste se musel(a) obávat jakýchkoli následných postihů.

i) Právní zastoupení

Máte právo mít svého právního zástupce nebo advokáta, nebo získat právníka na náklady státu, pokud nemáte krytí na finanční výdaje, aby vás zastupovat při soudním řízení, týkajícím se vašeho přijetí či propuštění z psychiatrického léčebného zařízení.

j) Omezení na svobodě

Máte právo si stěžovat u soudu a vyžádat si přezkoumání oprávněnosti vašeho omezování na svobodě.

k) Odměna za práci

Máte právo na finanční odměnu v souladu s běžnými mzdami a vaší pracovní produktivitou za jakoukoliv práci, kterou jste případně vykonal ve prospěch nemocnice (či jiného léčebného zařízení). Nemůžete však být přinucen k žádné činnosti v nemocnici, která by přesahovala udržování pořádku ve vašich osobních prostorách v rámci oddělení, na němž jste hospitalizován.

## 5. PRÁVA TÝKAJÍCÍ SE PSYCHIATRICKÉ A JINÉ LÉČBY

a) Léčba

Máte právo na to, aby vám byla poskytována jakákoliv potřebná, časově limitovaná a řádně zdůvodnitelná léčba, přiměřená vašemu zdravotnímu stavu a vykonávaná kvalifikovaným a erudovaným personálem, ať už psychiatrickým, obecně lékařským, či zubařským. To zahrnuje včasné psychiatrické, interní a případně rovněž stomatologické ošetření.

b) Individuální léčebný plán

Máte právo na vlastní individuální léčebný plán, formulovaný a sepsaný za vaší účasti. Tento plán může být průběžně podle potřeby přehodnocován jak vámi, tak i ošetřujícím týmem v pravidelných a předem stanovených termínech.

c) Názor jiných lékařů

Máte právo konzultovat svůj případ s kterýmikoliv specialisty, které si sám vyberete, a to podle předem stanovených a dohodnutých pravidel.

d) Termín propuštění

Máte právo podílet se na plánování svého propuštění.

### **Světová deklarace zdraví**

(World Health Declaration)

Světová deklarace zdraví (World Health Declaration) přijatá světovou zdravotnickou komunitou na 51. Světovém zdravotnickém shromáždění (World Health Assembly) v květnu 1998:

I. My, členské státy Světové zdravotnické organizace (WHO) potvrzujeme věrnost principům deklarovaným v její Ústavě a k tomu, že výsada nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví je jedním ze základních lidských práv každého lidského jedince, aby toto bylo dosaženo, přiznáváme každému člověku důstojnost, jeho hodnotu a stejná práva a povinnosti a společnou zodpovědnost za zdraví.

II. Víme, že zlepšení zdraví a duševní pohody lidí je hlavním cílem sociálního a ekonomického vývoje. Jsme přesvědčeni o etických principech spravedlnosti, solidarity a sociálního práva a zakomponování obecné perspektivy do našich strategií. Zdůrazňujeme důležitost odstraňování sociálních a ekonomických nespravedlností pro zlepšování zdraví celé populace. Proto zdůrazňujeme potřebu věnovat největší pozornost nejpotřebnějším, zdravotně postiženým, těm, kteří dostávají neadekvátní zdravotní služby nebo ovlivněným chudobou. Bereme na vědomí, že změny ve zdraví celosvětové populace vyžadují, abychom realizovali „Politiku Zdraví pro všechny do 21. století“, prostřednictvím odpovídajících regionálních a národních strategií a politiky.

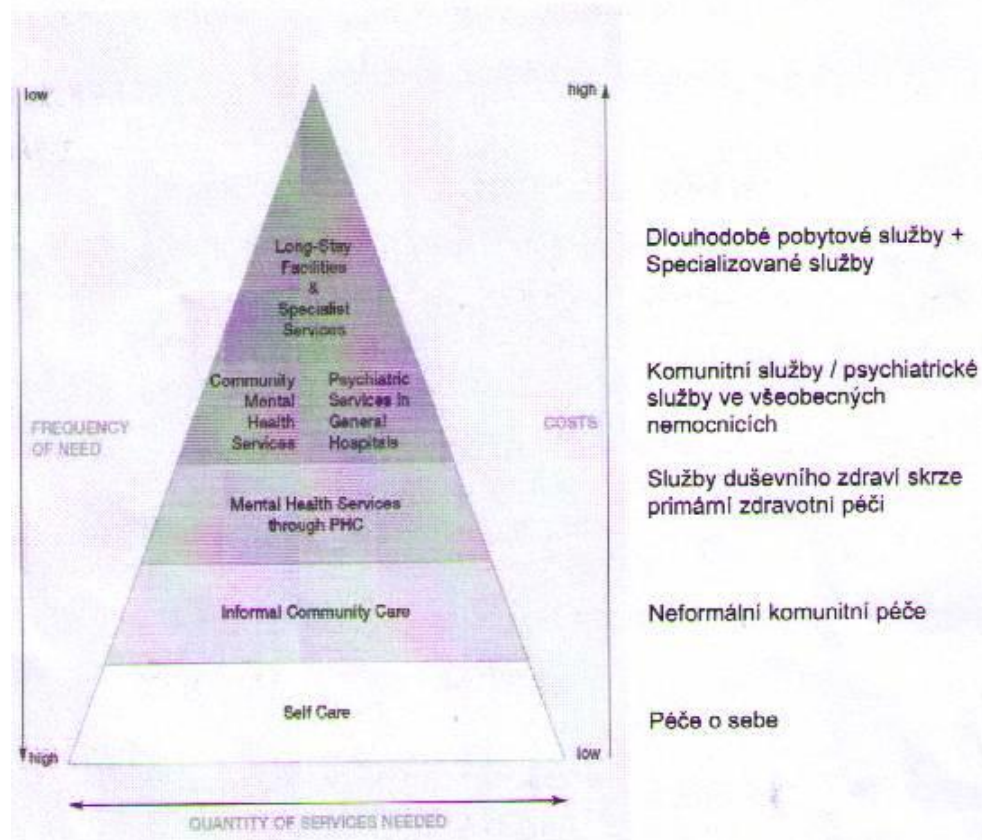
III. Znovu se zavazujeme k potřebnému posílení, přizpůsobení a změnám našich zdravotních systémů, včetně základních funkcí a služeb veřejného zdravotnictví tak, aby byl zajištěn všeobecný přístup ke zdravotním službám, založeným na současných vědeckých poznatcích a dobré kvalitě, a zavazujeme se udržet tyto změny i do budoucna. Zamýšlíme se nad zajištěním dostupnosti základní primární péče podle definice v Deklaraci z Alma-Aty (přijaté na mezinárodní konferenci O primární zdravotní péči - International Conference on Primary Health care - v Alma-Atě 6. - 12. Zář 1978 a schválené na 33. Světovém zdravotnickém shromáždění rezolucí WHA 32.30 v květnu 1979) a na zajištění rozvoje nové zdravotní politiky. Budeme pokračovat ve vývoji zdravotních systémů, které odpovídají současným a předpokládaným zdravotním podmínkám, socioekonomickým okolnostem a potřebám lidí, komunit a států zapojených prostřednictvím vhodně řízených veřejných a soukromých akcí a investic do zdraví.

IV. Víme, že práce k uplatnění zdraví pro všechny, všechny národy, komunity, rodiny a jedince je vzájemně propojená. Jako společenství národů budeme pracovat společně abychom omezily obecná zdravotní rizika a prosadily všeobecné zdraví.

V. My, členské státy Světové zdravotnické organizace, se tímto zavazujeme prosazovat a podporovat práva a principy, úkoly a odpovědnost vyhlášené v této deklaraci prostřednictvím společného úsilí, úplné participace a partnerství a vyzýváme všechny jednotlivce a instituce, aby sdíleli představu Zdraví pro všechny do 21. století a aby společně usilovali o její prosazování.



### 3 Optimální mix služeb duševního zdraví



zovni překlad PR

oj: *Organization of services for mental health (Mental Health Policy and Service Guidance Package)*, WHO 2003

#### roje:

ms, T., Priebe, S. (2004): The survival of mental health services: a pressing research agenda? *British Journal of Psychiatry*, 185, 189-190

ring, P. J. (1995): Foundation for a new approach. In: Weeghel, J. (2002): *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness*. GIP, Hilversum, Utrecht.

ring, P. J. (1995): Promoting social integration, In: : Weeghel, J. (2002): *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness*. GIP, Hilversum, Utrecht.

een Paper Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health in the European Union, 2006

ental Health Atlas, [www.who.int/globalatlas/](http://www.who.int/globalatlas/)

Když hovoříme o komunitní péči, je potřeba se zastavit u slavné Carlingovy typologie přístupů v péči o duševně nemocné.

Carling (1995) popsal tři základní modely péče:

- **Medicinský model** - do 50. let 20. století. To je éra institucionalismu, kdy dochází k izolaci duševně nemocných od komunity. Duševně nemocným je přisouzena pasivní role *pacientů*, u nichž se neočekává zlepšení jejich stavu.
- **Rehabilitační model** 50. léta – současnost (devadesátá léta). V tomto období dochází k podstatným změnám v péči o duševně nemocné, rozvíjí se systémy komunitních služeb, diferencují se profesionální poskytovatelé. Pacienti se stávají *klienty*. I v tomto modelu však zůstávají duševně nemocní především příjemci péče. Programy se snaží o zajištění kontinua služeb a s klienty se pracuje „v jejich nejlepším zájmu“. Lze pozorovat snahu o přípravu na život v komunitě. Jako příklad tohoto modelu uvádí Carling *Komunitní podpůrný systém* (Community support system), což je americký model organizace služeb z roku 1987. Viz obr. 1.

Obr. 1 Komunitní podpůrný systém



podle NIMH 1987

- **Integrační model** se objevuje v 80-tých letech v Kanadě pod názvem *Rámec pro podporu* (Framework for support), viz obr. 2. Jedná se o koncept, ve kterém se důraz přesouvá na neformální pečovatele. Podle Carlinga jsou profesionální služby sice důležité, ale nejsou tím hlavním, co duševně nemocný potřebuje. Podporu má poskytovat rodina, přátelé, sousedi, běžně dostupné služby a také svépomocné hnutí. Dřívější klient se stává *osobou*. Tento model má důležité důsledky pro organizování péče – pokud má komunita a svépomocné hnutí být nositelem péče (služeb), musí mít zřejmě buď finanční podporu nebo podporu profesionálů.

## Svépomoc a uživatelé

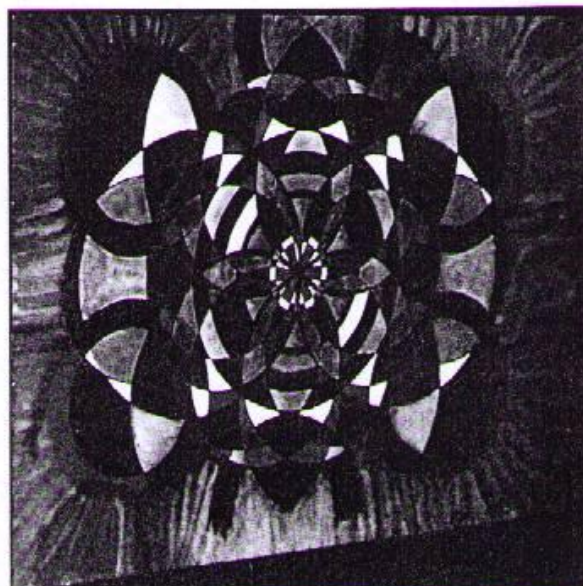
Obecně si pod pojmem svépomoc představujeme několik lidí, kteří se spolu stýkají v malé skupině a sdílejí své problémy. Mnoho těchto aktivit je ale iniciováno jednotlivci s ohledem na ně samé...

Jednou z příčin rostoucí popularity svépomoci, o které často mluví sami uživatelé psychiatrické péče, je i zklamání z profesionálních institucí a z jejich odcizení se lidským potřebám. Pomoc profesionála v sobě většinou nese prvky nadřazenosti a neumožňuje recipocitu vztahu.

Svépomocné skupiny se stávají bezpečným místem, které jim poskytuje jistotu pochopení a akceptování. Členové skupiny si nemusí na nic hrát, nic vysvětlovat. Všichni mají podobné zkušenosti a zážitky, a proto jsou si schopni navzájem porozumět. Přijímání, ale zároveň i poskytování pomoci dodává členům pocit užitečnosti. Tento pocit může napomoci k posílení sebeúcty a sebeocenění, které jsou pro uživatele velmi důležité. Svépomocná skupina tím vlastně napomáhá začlenění jedince do společnosti.

### Role profesionálů

Proč u nás tak těžce vznikají samostatné uživatelské organizace? Proč je nezbytný delší čas jejich podpory ze strany profesionálů? Možnou odpovědí na tyto dvě velmi časté otázky je fakt, že podstatným znakem duševní nemoci je přetrvávající



psychická závislost na rodičích a později právě na profesionálech. Vznikající svépomocné hnutí by mohlo a může svým členům nabídnout vyznění se z těchto závislostí.

Některé svépomocné skupiny s profesionály aktivně spolupracují, jiné pod ně spadají; existují i svépomocné skupiny, které roli profesionála ve skupině naprosto odmítají. Obecně je nejrozšířenější partnerský model spolupráce tzv. uživatel a profesionál, kteří by měli být na stejné úrovni. Role profesionála by měla spočívat v napomáhání skupinám na samém počátku jejich činnosti a v poskytování rad v případě, že se vyskytnou překážky v dalším průběhu aktivity skupiny.

Významným přínosem svépomoci je zejména její léčebný potenciál, organizování vlastních akcí a vytváření více či méně samostatných organizací. Uživatel zde získává na samostatnosti, komunikačních dovednostech a učí se přijímat odpovědnost. Pravidelný kontakt svépomocné organizace s poskytovatelem sociálních a resocializačních služeb je navíc vždy výrazným podnětem pro zlepšení kvality těchto služeb. Naopak, nebezpečí, které je zde potřeba si ohlídat, představuje tzv. falešné vyléčení. To znamená, pokud převezme onen "bílý plášť" některý z členů svépomocného hnutí na sebe a bude ho chtít uplatňovat vůči ostatním, nebo pokud se stáhne svépomocné hnutí příliš samo do sebe a začne žít bez dialogu s ostatními.

Jitka Stybliková, VIDA

Seznam literatury k této problematice najdete na [www.capz.cz](http://www.capz.cz)

### NEJČASTĚJŠÍ TYPY SVĚPOMOCI

#### Anonymní skupiny

Nejznámější jsou Anonymní alkoholici (AA). AA mají jasně specifikované principy svých setkání a pravidla pro své členy. Principy zahrnují např. zaměření na chování, vyzdvižení úlohy skupiny, ocenění znalostí a zkušeností dlouhodobých členů. Tyto skupiny mohou být také zaměřené na změnu chování individua podle akceptovaných sociálních norem. Tzn. AA přebírají morální hodnoty společnosti ve vztahu k pití alkoholu.

#### Skupiny příbuzných a pečujících

Nabízejí nepřímou formou podporu prostřednictvím těch, kteří o někoho pečují. První kontakt se skupinou poskytuje novému členovi ujistění, že se setkává s někým, kdo prošel dříve stejnou nebo velmi podobnou situací. Nový člen dostává také informace vyplývající ze zkušeností ostatních pečujících.

#### Skupiny stigmatizovaných lidí

Mezi tyto skupiny patří především skupiny nemocných AIDS. Vznikaly převážně na obranu proti morálním postojům společnosti. V podstatě zde svépomoc vystupuje proti předsudkům, které převládají nad tolerancí a racionálností.

## KOMUNITNÍ CENTRUM FOKUS PRAHA

Adresa: Meziškolská 2, 169 00 Praha 6–Břevnov, mobil: 0603/52 25 27

e-mail: ds.fokus@worldonline.cz, www.ecn.cz/fokus

Spojení: metro A – Hradčanská + bus 174, 108 - zastávka Břevnovská nebo tramvaj 8, 22 zastávka U Kaštanu.

Rádi bychom vám představili projekt *Komunitního centra* v Meziškolské ulici v Praze 6-Břevnově. V krásném objektu se zahradou, v budově bývalých jeslí, které nyní procházejí přestavbou, zřídíme od letošního podzimu *víceúčelové zařízení se zaměřením na péči o duševní zdraví*. Pod jednou střechou budou sídlit dvě nezávislé instituce - *Preventorium a Fokus*. (Preventorium se věnuje primární protidrogové prevenci a popíše svoji činnost v jiném čísle).

Větší část domu v Meziškolské ulici bude naplňovat Fokus. Toto občanské sdružení se již 11 let věnuje péči o dlouhodobě duševně nemocné v celé Praze i v dalších čtyřech městech České republiky. Svoje zkušenosti s touto prací nyní hodlá Fokus využít k rozdělení některých programů pro oblast Prahy 6. Předběžné šetření ve spolupráci s ambulantními lékaři a Městskou částí Praha 6 totiž ukázalo, že takové služby jsou v Praze 6 zajištěny nedostatečně, nebo zcela scházejí.

### 1. DENNÍ SANATORIUM

Zdravotnická část komunitního centra, která bude poskytovat služby prostřednictvím týmu zkušených psychiatrů a psychologů. V rámci denního sanatoria nabídneme *psychoterapeutické programy pro lidi s duševní nemocí a jejich rodiny, a to ve formě individuální, skupinové a rodinné terapie*.



Jsmo si vědomi toho, že jakékoli dlouhodobé a závažné onemocnění je zátěží nejen pro nemocného, ale i pro jeho nejbližší. Rodina, která pečuje o nemocného člena, je ohrožena vyšší mírou stresu a často i sociální izolací. *Rodinná terapie a související programy (rodičovské kluby, vzdělávací semináře) jsou možností, jak podpořit rodinné příslušníky při zvládnutí těchto nároků. Rodinná terapie je zároven prostorem pro spolupráci členů rodiny na léčbě. V novém pracovišti budeme mít pro rodinnou terapii více prostoru. Chceme využít našich zkušeností a nabídnout tuto službu i rodinám, jejichž člen trpí závažným somatickým onemocněním.*

### 2. CENTRUM PSYCHOSOCIALNÍ REHABILITACE

nabídne ve spolupráci s denním sanatoriem:

- *sociální poradenství,*
- *vedení případů (tzv. case management),*

- *podporu klientů při jednání s úřady apod.,*
- *programy zaměřené na obnovu nebo získání základních pracovních dovedností klientů (např. vaření, práce na zahradě, údržba domu),*
- *skupinové programy zaměřené na aktivní trávení volného času (např. vycházky do města, výlety do přírody, sportovní aktivity, jazykové kurzy),*
- *prostor pro svépomocné aktivity uživatelů psychiatrické péče,*
- *možnost dobrovolné spolupráce jednotlivců i organizací, kteří mají zájem ve svém volném čase pracovat v sociální oblasti,*
- *spolupráci všem poskytovatelům zdravotních a sociálních služeb v Praze 6, zejména pak těm, kteří pracují s psychiatrickými klienty.*

Rádi bychom společně přemýšleli o konkrétních společných klientech, ale i o systému služeb na obvodě a jeho rozvoji.

### 3. OTEVŘENÝ ATELIÉR EXTRAART

V Komunitním centru v Břevnově připravujeme otevřený ateliér, který bude sloužit umění a terapii. *Ateliér by se měl stát místem pro setkání kreativních lidí. Ať už jde o lidi s psychiatrickou zkušeností, či bez ní, a dát těmto lidem možnost být umělecky aktivní. Je to možnost pro handicapované i nehandicapované lidi setkat se, najít společný jazyk, využít kreativitu všech účastníků, a tím vytvářet partnerství mezi oběma skupinami. Je to především práce se smysly a fantazií, s celým spektrem lidského reagování, myšlení a citění. Idea ateliéru staví na pozitivní podpoře, svobodě, rozvoji individualit, a tím na podpoře vývoje celé společnosti. Připravujeme rovněž pravidelné výstavy a aktivity pro lidi všech věkových skupin.*

*Otevřený ateliér bude sloužit:*

- *tvůrčím aktivitám s terapeutickou podporou rizikových skupin (např. dlouhodobě duševně nemocní),*
- *rizikovým skupinám především z obvodu Prahy 6 skrze nabídku kreativních terapeutických programů (např. malování, kreslení, práce s hlinou, grafikou atd.),*
- *k výcvikovým a výukovým programům kreativních terapií především formou večerních a víkendových kurzů (např. arteterapie, drama, taneční terapie, imaginace, relaxace atd.),*
- *pro dlouhodobé výukové stáže v kreativních terapiích.*

Nemůžeme přirozeně naplnit různorodé potřeby všech lidí, kteří se na nás obrátí. Můžeme však vždy nabídnout kontakty na další sociální a zdravotní služby, jejichž síť v Praze mapujeme i spoluvytváříme. Chceme tak zaplnit mezeru v těchto službách v této části města a přispět k větší spokojenosti a klidu handicapovaných i zdravých obyvatele Prahy 6.

## ČESKÁ SPOLEČNOST PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Svépomocné občanské sdružení  
Zvonařova 6, Praha 3, telefon/fax: 02/22 71 71 24,  
www.hyperlink.cz/csdz  
Spojení: metro C - Jiřího z Poděbrad, směr ulice Slavíkova

### PROGRAM - listopad 2001 PRAVIDELNÉ AKCE

Pondělí: **KURZY ASERTIVITY A KOMUNIKACE S LIDMI**

18:00 Bezplatný cyklus vede psycholožka Mgr. Lucie Ripová

Středa: Hrajeme **STOLNÍ TENIS**

19:00 Pálku je možno zapůjčit na místě. Přijít může každý od 10 do 100 let.

Pátek: **PSYCHOSOCIÁLNÍ PORADNA**

8.00-12.00 Vede psycholožka Mgr. Lucie Ripová

Zájemci se mohou objednat na číslech 02/24 80 23 28, 22 71 71 24.

Pátek: **HODINY CITOVÉHO PROŽÍVÁNÍ**

18:00 Hledání tolerantních vztahů, kde občas zazní i hudba či čtené slovo.

Sobota: **HA-THA JÓGA** - propojení vědomí a formy, ducha a hmoty.

17:00 kurz pro začátečníky

18:30 kurz pro pokročilé

Vede lektorka Tereza Skoumalová - tel. 0606/410 130

??? **JEDNODENNÍ VÝLETY** do okolí Prahy.

Informace na tel.: 02/ 22 71 71 24

### JEDNORÁZOVÉ AKCE

Čt 1.11. Výstava kreseb a koláží inspirovaných zážitky z holotropního dýchání. Obrázky Kačky Pechové

Út 6.11. Obraz psychické celosti v křesťanské mystice. Mgr. Petr Bob

Út 13.11. Jungovo kolektivní nevědomí a pamět. doc. ing. Miroslav Král, CSc.

Út 20.11. Kineziologii proti stresu.

Téma: Jak vznikají alergie a co s nimi. Facilitátorka Helena Červinková z kineziologické poradny

Út 27.11. Základy psychoanalýzy PhDr. Jan Zeman

## KRATCE Z UŽIVATELSKÉHO HNUTÍ

→ V rámci projektu LEONARDO se na Jünově statku v Sedlci uskutečnil **seminář pro 16 uživatelů** nazvaný **Kvalita v rovnosti** organizovaný Fokusem Praha. Účastníci se ho (tak napůl) jednak aktivisté - nováčci (především domácí fokusáci), jednak ostřílení zástupci svépomocného hnutí, což vytvořilo na semináři zvláštní atmosféru. **Seminář poskytl návody, jak se stát „pomáhajícím uživatelem“**. **Dalším tématem byla diskriminace**. Lektory byli předseda pražského Fokusu PhDr. Andrej Gjurič a vedoucí Jünova statku Mgr. Lenka Uhlířová. Zahájení a závěru semináře se zúčastnili i zástupci pořádkující organizace Norka Marit a Angličan John. Na srpnovou akci navazuje v říjnu její druhá část.

→ Vzdělávací program vystřídala v Sedlci ve dnech 27. a 28. srpna **osmá konference aktivistů svépomocného hnutí**, jejíž účast byla bohužel nižší než v minulých letech. **Těžištěm konference byla diskuze - i spor - o založení nové organizace „KOS ČR“ a důsledcích jejího vzniku**. Zeela jiné téma měla diskuze poukazující na omezené síly lidí s duševním onemocněním a nutnost dbát na jejich hranice a myslet na své zdraví. Na závěr přijala konference usnesení týkající se organizačních záměrů a programů vzdělávání.

→ **Podzimní kalendář akcí** různého typu, které předpokládají účast uživatelů je poměrně pestrý. Uvádíme chronologický přehled již uskutečněných i plánovaných podzimních akcí.

## DIVADELNÍ KLUB A KAVARNA V. KOLONA

(areál Psychiatrické léčebny Bohnice - Divadlo Za plotem, bus 200 z nádraží Holešovice na zastávku Odra)  
tel.: 02/84 01 65 17, <http://greendoors.webz.cz>, [www.plbohnice.cz](http://www.plbohnice.cz)  
Začátky v 19 hodin, vstupné dobrovolné.

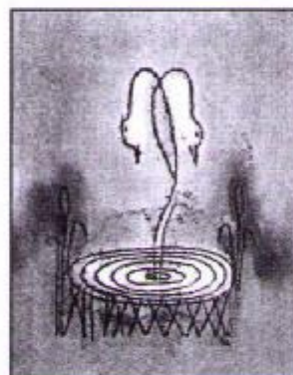
8. 11. Neočekávaný výchýnek (očekávaný skvělý koncert)  
9. 11. Atomie blues band (jazzík)

## KAVARNA "NA PŮL CESTY"

(Centrální park Pankrác, bus 188, směr Kavčí hory)  
tel.: 02/90 05 26 15 (kavárna), 02/90 02 61 38 (kancelář)  
Otevřeno po-ne 11-23 h. <http://greendoors.webz.cz>

Začátek koncertů ve 20 hodin, pokud není uvedeno jinak.

- |         |       |  |
|---------|-------|--|
| 1. 11.  | 20.00 | Karel Vepřek a Lyrika puťka (hospodský folk)     |
| 8. 11.  | 19.30 | Vernisáž O. s. Baobab                            |
|         | 20.00 | Ez BíoóZ (blues)                                 |
| 15. 11. | 20.00 | Balkán Boys - ex Akademici<br>(„balkán music“)   |
| 22. 11. | 20.00 | Skrytý půvab byrokracie („alternativa“)          |
| 29. 11. | 20.00 | Kecás („něco, co jste ještě nikdy neslyšeli...“) |



**Seminář o uživatelských informačních centrech** a setkání s americkým obhájcem práv duševně nemocných Johnem Slackem (21. 9.), **konference uživatelského hnutí** ve slovenských Michalovcích (23. - 30. 9.), **seminář Národní rady zdravotně postižených ČR v Benešově o přechodu na krajské financování** (5. - 7. 10), **druhá část semináře Kvalita v rovnosti a celorepubliková uživatelská konference v Lublani** (16. - 18. 11. 2001).

**Celorepubliková porada České společnosti pro duševní zdraví (ČSDZ) se koná 17. listopadu v Mladé Boleslavi.**

Na prosinec připravuje Fokus Praha **seminář pro uživatele Pílní a potřeby psychiatrických pacientů.**

→ Ve spolupráci ČSDZ a Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví **pokračuje práce na tvorbě sborníku o svépomocných aktivitách v psychiatrii**. Svě texty zaslalo celkem šestnáct svépomocných i profesionálně vedených skupin. Byl osloven grafik, jedná se o sponzorský příspěvek k zajištění povinné finanční spoluúčasti organizace. Tisk se plánuje na listopad.

→ **Nová organizace KOS ČR, která se zamýšlí věnovat hlavně pacientské advokacii, požádala Ministerstvo vnitra ČR o registraci. Ke vzniku formy zbývá už jen krok, budoucnost prokáže obsah.**  
Ing. Martina Příbylová, CRPDZ