

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

**Metody komplexní péče o psychiatrické pacienty
z pohledu zaměstnanců CEDRu Pardubice o.p.s.**

Bakalářská práce

Autor: Michaela Sadková
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent: Mgr. Martin Knytl, MCS.

Hradec Králové

2021



Zadání bakalářské práce

Autor: Michaela Sadková
Studium: P18P0115
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce: **Metody komplexní péče o psychiatrické pacienty**
Název bakalářské práce AJ: Methods of comprehensive care for psychiatric patients

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zaměřuje na možnosti komplexní péče o psychiatrické pacienty. teoretická část práce charakterizuje faktory ovlivňující vývoj psychiatrických nemocí u jedince, mapuje vývoj výskytu duševních onemocnění. Blíže se zabývá novou mezinárodní klasifikací duševních onemocnění, reformou psychiatrické péče a péčí o duševní zdraví, systémem a metodami péče o psychiatrické pacienty. Kvalitativní šetření empirické části práce je realizováno s využitím polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky organizace Cedr Pardubice o.p.s. Mapuje metody, které jsou v rámci komplexní péče o psychiatrické pacienty nejvíce užitečné.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání.* Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Vyd. 1.* Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi. Vyd. 3. dopl.* Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-347-8

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie. Vyd. 6. aktualiz.* Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0302-5

MRKVIČKA, Jiří. *Předpoklady psychoterapie. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví, region Pardubice, 2005.* ISBN 80-239-5451-2

PROCHASKA, James O., NORCROSS, John C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi. Vyd. 4.* Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-766-4

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5?: diagnostický a statistický manuál duševních poruch.* Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5

Garantující pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Oponent: Mgr. Martin Knytl, MCS

Datum zadání závěrečné práce: 20.2.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Michaela Sadková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat zaměstnancům CEDRu z Pardubic, kteří se ochotně podíleli na výzkumu k mé bakalářské práci, mé rodině za trpělivost a mému příteli za podporu.

Anotace

SADKOVÁ, Michaela. *Metody komplexní péče o psychiatrické pacienty z pohledu zaměstnanců CEDR Pardubice o.p.s.* Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 81 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá komplexní péčí o psychiatrické pacienty, snaží se co nejlépe definovat pojem duševní nemoc a krátce se zabývá změnami v přístupu společnosti k duševně nemocným jedincům. Čtyři vybrané duševní nemoci popisuje dle dvou nejznámějších kvalifikačních systémů a poté se soustředí především na jednotlivé metody péče o psychiatrické pacienty. Na metody péče navazuje popis organizace psychiatrické péče v České republice, která je z hlediska efektivní léčby psychiatrických pacientů důležitá. Tyto metody psychiatrické péče byly značně ovlivněné Reformou psychiatrické péče, která se snaží o renovaci a restrukturalizaci celého zastaralého systému v psychiatrii. Na tento dokument odkazuje kvalitativní výzkumné šetření této bakalářské práce, které bylo uskutečněno ve spolupráci se zaměstnanci organizace CEDR Pardubice o.p.s. Toto šetření proběhlo formou polostrukturovaných rozhovorů a hlavním cílem bylo zjistit, zda se vznik Reformy psychiatrické péče promítl do praxe. Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že i přes teoretické uchopení problému nebyly poznatky do praxe příliš aplikovány a že je potřeba dále usilovat o změnu v psychiatrické péči.

Klíčová slova: duševní nemoc, metody péče, psychiatrický pacient, psychiatrická péče

Annotation

SADKOVÁ, Michaela. *Methods of comprehensive care for psychiatric patients from perspective of employees from CEDR Pardubice o.p.s.* Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2021. 81 pp. Bachelor Thesis.

This bachelor thesis is dealing with methods of comprehensive care for psychiatric patients, it strives for the best definition of mental illness and it shortly handles the changes in attitudes of society towards people with mental illness. Four selected mental illnesses are described according to two most known qualification systems and then it mainly focuses on individual methods of comprehensive care for psychiatric patients. The methods of care are followed by description of system of psychiatric care in Czech republic which is important in terms of effective treatment for psychiatric patients. These methods of psychiatric care were greatly affected by the Reform of Psychiatric Care which strives for renovation and restructuring of the whole outdated system in psychiatry. This document is followed by qualitative research which came to fruition in cooperation with employees of organization CEDR Pardubice o.p.s. This research was held by the form of semi-structured interview and the main goal was to find out if the formation of Reform of Psychiatric Care was reflected in every day reality. It was discovered from the results that although there is a theoretical concept of this problem the findings weren't put into practice and that it is needed to aim more to change the system of psychiatric care.

Keywords: mental illness, methods of care, psychiatric patient, psychiatric care

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, disertačními a habilitačními pracemi na UHK)

Datum:.....

Podpis studenta:.....

Obsah

Úvod	9
1 Duševní porucha	11
1.1 Vymezení pojmu duševní porucha	11
1.2 Etiologie duševní poruchy u jedince	13
1.3 Vývoj přístupu společnosti k osobám s duševním onemocněním	14
1.4 Popis vybraných duševních poruch	16
2 Péče o jedince s duševní poruchou	23
2.1 Organizace psychiatrické péče v ČR	23
2.2 Léčba duševně nemocných.....	26
3 Reforma péče o duševní zdraví	36
3.1 Dílčí cíle Strategie reformy psychiatrické péče.....	37
3.2 Jednotlivé pilíře Strategie reformy psychiatrické péče	40
3.3 Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030.....	44
4 Výzkumné šetření	48
4.1 Cíl výzkumného šetření.....	48
4.2 Druh výzkumu a metoda sběru a analýzy dat.....	52
4.3 Výzkumný vzorek.....	54
4.4 Průběh vlastního výzkumného šetření a etika výzkumu	55
4.5 Výsledky analýzy dat	56
4.6 Odpovědi na výzkumné otázky a shrnutí výzkumného šetření	69
Závěr	75
Seznam použitých zdrojů	77
Přílohy	81

Úvod

Duševní zdraví jako takové nabývá na významu a většinová společnost si začíná uvědomovat, že duševní onemocnění není ojedinělou záležitostí, nýbrž jevem, který může postihnout kohokoliv z nás. Dnešní doba, ve které jsme postiženi covidovou pandemií, ovlivňuje všechny jedince bez výjimky a působí i na jejich psychiku, a tak se trendem dnešní doby stalo starat se co nejvíce o své duševní zdraví, ovšem otázkou zůstává, zda je dostatečně pečováno o osoby, které duševní nemoc postihla. Už dávno jsou pryč doby, kdy by duševně nemocní byli považováni za blázny a šílené, ale faktem je, že duševnímu onemocnění se stále nevěnuje dostatečná pozornost a péče a léčba somaticky nemocných je často stavěna do nadřazené pozice vůči léčbě psychicky nemocných.

Téma této bakalářské práce bylo vybráno z důvodu naší osobní zkušenosti s osobami s duševním onemocněním. Během interakcí s těmito osobami bylo jasně zřetelné, že je potřeba, aby jim byla věnována náležitá péče, že se potýkají s problémy, se kterými si neví rady, a že jsou ohroženi sociálním vyloučením. Proto jsme se rozhodli nahlédnout do systému psychiatrické péče a zjistit, jak jeho jednotlivé složky pracují a zda je péče o duševně nemocné potřebně rozvinuta a zaopatřuje své pacienty tak, jak je to potřeba.

Jsme si vědomi, že práce na podobné téma byla nedávno zpracovaná Kristýnou Paulíčkovou. Tato autorka se v práci zabývala především vývojem psychiatrické péče a popisem klasifikačních systémů duševních poruch, programem Zdraví pro všechny v 21. století, ale tématu systému psychiatrické péče v České republice se dotkla jen okrajově. Považujeme za důležité tuto bakalářskou práci více zaměřit právě na onen systém psychiatrické péče, na její organizaci, jednotlivé metody a také na Reformu psychiatrické péče, protože to jsou záležitosti, které se dotýkají psychiatrických pacientů napřímo a jejichž změna má na jedince s duševním onemocněním přímý dopad.

Celkovým cílem naší práce bude tedy zmapovat systém psychiatrické péče v České republice, zaměřit se na jeho aspekty a na probíhající Reformu psychiatrické péče. První kapitola se bude zabývat definicí psychické neboli duševní poruchy a popisovat, jak se vyvíjel přístup k jedincům s duševním onemocněním v průběhu

staletí. Jelikož jednotlivých duševních onemocnění je mnoho, vymezi práce jen čtyři vybrané skupiny duševních poruch.

Ve druhé kapitole se podíváme na systém psychiatrické péče v České republice. Popíšeme jednotlivé složky a aspekty tohoto systému a naše pozornost se také zaměří na organizaci této péče, která nám určuje, v jakých zařízeních a jak je o jedince s duševním onemocněním postaráno.

Třetí kapitola už bude zaměřena přímo na Reformu psychiatrické péče, která si klade za cíl proměnit systém psychiatrické péče v České republice, usiluje o provázanost a spolupráci jednotlivých služeb a hledí na kvalitu péče s ohledem na poskytování co nejefektivnější léčby pro jedince. V této kapitole si popíšeme jednotlivé cíle Strategie reformy psychiatrické péče a pilíře, pomocí kterých se má tento dokument realizovat. Krátce se také zaměříme na Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, který na Strategii reformy psychiatrické péče navazuje a doplňuje ji.

Poslední příspěvek této bakalářské práce bude tvořit naše výzkumné šetření, které bylo uskutečněno v organizaci CEDR Pardubice, o.p.s. Tato organizace se zaměřuje na jedince s duševním onemocněním, tudíž její pracovníci mohou nejlépe posoudit, zda se daří jednotlivé cíle Reformy psychiatrické péče promítnout i do praxe, nebo zda se jedná o dokument, jehož naplňování je prozatím nereálné.

1 Duševní porucha

Dříve, než se budeme zabývat komplexní péčí o psychiatrické pacienty, považují za důležité vyjasnit si pojem duševní porucha. Jedná se o slovní spojení, které vzniklo poměrně nedávno. Dlouhou dobu také trvalo, než se objevily první pokusy tuto choromyslnost léčit a než se změnil pohled společnosti na jedince s duševním onemocněním.

1.1 Vymezení pojmu duševní porucha

Duševní onemocnění je jev, který se může objevit v životě každého z nás. Často vzniká jako reakce organismu na stresující situaci, ale její vznik může být také podmíněn geneticky, nebo ovlivněn organickým poškozením mozku. S pojmem duševní porucha se často spojují pojmy mentální hygiena a duševní zdraví. Můžeme říci, že výskyt duševní poruchy neboli duševního onemocnění je závislý na úrovni **duševního zdraví** jedince. Černoušek ve své knize píše: „Pojem „duševního zdraví“ znamená vedle rovnovážného a harmonického fungování psychiky také možnost, že se snadno vyrovnáme se změnami prostředí a budeme schopni čelit i velkým, avšak ne dlouho trvajícím stresům. Prosté kritérium spočívá ve schopnosti a způsobilosti harmonicky žít v proměnlivém prostředí i v epigenetickém rozvrhu vlastních životních proměn od narození do stáří“ (1990, s. 113).

Duševní zdraví nemůžeme považovat jen za nepřítomnost nemoci, ale stav, ve kterém se člověk cítí dobře po stránce psychické, fyzické i sociální. Pokud bychom se dívali na duševní zdraví jako na protiklad duševní poruchy, znamenalo by to, že duševní porucha se projevuje neschopností čelit stresujícím událostem, neschopností vyrovnávat se se změnami prostředí a nepřizpůsobivostí jedince harmonicky žít v proměnlivém prostředí. Avšak nalézt přesnou definici duševní poruchy je těžké (Černoušek, 1990, s. 112-113).

„Není pravděpodobné, že jakýkoliv soubor zařazujících nebo vylučujících kritérií pro definování duševní poruchy dokáže pokrýt celé spektrum případů nebo vyřešit problém hraničních stavů. Selhala většina pokusů o nalezení smysluplných souvislostí mezi klinickými symptomy, specifickými příčinnými faktory, patogenetickými modely a prognostickými typy. Duševní poruchy jsou, v souvislosti s již uvedenou eklektickou koncepcí medicíny, definovány nejrůznějším způsobem, podle různých hledisek, jako je

pocit subjektivní nepohody, ztráta sebekontroly, zneschopnění pro výkon pracovních a sociálních funkcí, odchylka od statistické normy, etiologie a další“ (Smolík, 1996, s. 26). Takto popisuje problém definice duševní poruchy Smolík v knize Duševní a behaviorální poruchy. Naráží na to, že spektrum duševních poruch je široké a málokterá definice sedí na všechny konkrétní poruchy.

Mezinárodní klasifikace nemocí ve své desáté revizi používá pojem porucha pro „označení existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků nebo chování, který je ve většině případů spojený s pocitem tísně a narušením funkce“ (2000, s. 20). Definici duševní poruchy jako takové ovšem už neuvádí. Můžeme se tedy jen domnívat, že když dále ve knize zmiňují tento pojem, myslí tím takový soubor příznaků a chování, který je spojený s pocitem vnitřní tísně a narušením psychické funkce jedince.

Diagnostický a statistický manuál ve své páté revizi přiznává, že neexistuje definice, která by zvládla pojmout všechny poruchy v manuálu zmíněné, ovšem vzápětí přichází s výčtem prvků, které jsou pro definici duševní poruchy nezbytné: „Duševní porucha je syndrom, který je charakterizován klinicky významným narušením individua v oblasti kognice, regulace emocí nebo chování, které odráží dysfunkci psychických, biologických a vývojových procesů zajišťujících chod duševních funkcí. Duševní poruchy jsou většinou spojovány s klinicky významnou nepohodou nebo funkčním narušením ve společenské, pracovní anebo v jiných důležitých oblastech“ (2015, s. 20). Zároveň manuál poté dodává, že se můžou vyskytnout případy, ve kterých jedincovi problémy nebudou splňovat ani jedno výše uvedené kritérium, ale lékař i přesto může posoudit, že daná osoba vyžaduje odbornou péči. Právo na příslušnou péči je připsáno všem jedincům, u kterých se objeví alespoň jeden příznak, nebo kteří vykazují potřebu péče.

Hartl pak ve své definici duševní poruchy víceméně souhlasí s Diagnostickým a statistickým manuálem. Navíc dodává jen to, že z širšího pohledu se může jednat o změnu psychických procesů, která se projeví v chování, myšlení a pocitech člověka a tím znesnadňují jeho adaptaci a interakci se sociálním okolím (Hartl, 2004, s. 53).

Faktem je, že věda o duševních poruchách se stále vyvíjí, stále jsou definovány nové příznaky a symptomy určité nemoci, ovšem věty, které by se daly použít na obecné popsání pojmu duševní porucha, nalezneme těžko. Při diagnostice psychických onemocnění velice záleží na sociokulturních tradicích, které jsou v dané společnosti

stanoveny – dle toho poznáme normu. Kulturní i společenské souvislosti, ve kterých žijeme, určují, jak na náš stav bude pohlíženo, zda naše chování odpovídá normě, nebo zda už se dá pokládat za patologické a vyžaduje zvláštní pozornost. Chování, které by bylo v určité éře dějin pokládáno za duševní onemocnění, může být dnes ze seznamu vyškrtnuto, jelikož společnost a její myšlení se změnilo. Zároveň jsou stále více lékaři diagnostikovány tzv. civilizační choroby, do kterých psychické poruchy nepochybně spadají a které dnes už neodmyslitelně patří k vývoji moderní společnosti. Čím více se medicína rozvíjí, tím více poruch rozeznáváme, a čím více se rozvíjí moderní svět, tím dvakrát více poruch způsobených stresem z na výkon zaměřené společnosti na seznamu přibývá (DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 2015, s. 14).

V této bakalářské práci se za účelem popisu duševní poruchy přikloníme k definici Hartla, podle něhož se jedná o změnu v duševní činnosti, která znesnadňuje či vůbec neumožňuje jedinci zapojovat se do pracovního procesu a do společenského života a tato změna se dále projevuje ve vnějším chování člověka i v jeho myšlení, což mu ztěžuje sociální interakci s okolím (Hartl, 2004, s. 53).

1.2 Etiologie duševní poruchy u jedince

Vznik duševní poruchy bývá ovlivněn endogenními i exogenními faktory, které na jedince působí a tím vytváří vhodné prostředí pro propuknutí nemoci. **Příčiny vzniku poruchy** mohou být různé, multifaktoriální. Holínková uvádí, že: „V současném pojetí je duševní porucha chápána jako výslednice genetického základu a vlivů prostředí od fyzikálních, toxických, biochemických až po psychologické a sociální“ (2001, s. 39). Nelze tedy s jistotou nikdy určit jedinou příčinu, která by podnítila vznik duševní poruchy u jedince, ale jedná se o směsici různých faktorů, které jedince ovlivňují.

Na vznik duševní poruchy tedy můžeme aplikovat **bio-psycho-sociální přístup**, který zdůrazňuje důležitost faktorů biologických, sociálních i psychologických. Genetická dispozice se u některých poruch projevuje jako klíčová, kdy predispozice k určitým druhům poruch může velice přispět k jejich vzniku. Za důležité můžeme považovat i psychosociální prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal nebo ve kterém se právě nachází. V pozitivně laděné společnosti s příležitostmi k růstu nebude mít jedinec potřebu stahovat se do sebe a je nepravděpodobné, že psychická porucha by se u něj mohla rozvinout z důvodu negativního působení prostředí na osobnost. Důležité je

i momentální zázemí, které jedinec má, kdy úroveň podpory rodiny a blízkých může hrát klíčovou roli v dalším vývoji nemoci (Holínková, 2001, s. 39-43).

Duševní poruchy se často rozvíjí jako reakce na frustraci či konflikt, kdy vystavení jedince dlouhodobému stresoru nijak nepřispívá jeho duševnímu zdraví, ale zároveň se i nastalé akutní stresové situace mohou u jedince projevit rozvojem či atakou nemoci. Porucha působí na osobnost jedince, ale velice záleží na rysech této osobnosti, které určují, jak se jedinec s průběhem poruchy zvládne vyrovnat a jak na ni zareaguje. Vznik onemocnění může být podnícen intoxikací farmaky a návykovými látkami, které přispívají k rozpadu zdravé osobnosti. Jako poslední můžeme uvést biochemické faktory, kdy narušení centrální nervové soustavy vede ke vzniku organických duševních poruch (Holínková, 2001, s. 39-43).

1.3 Vývoj přístupu společnosti k osobám s duševním onemocněním

Předtím, než se věda a lékařství začaly více angažovat v poli jedinců s duševním onemocněním, měla na ně společnost víceméně jasně vyhraněný názor. Ve většině historických ér na ně bylo pohlíženo negativně, objevily se snahy o jejich úplnou izolaci od okolí. Pojem duševní porucha neboli duševní nemoc neexistoval, mluvílo se o **nemocích myslí, šílenství, bláznovství či choromyslnosti**. Široká společnost se těmito šílencům a bláznům často vyhýbala, byli odsunuti na samý okraj společnosti a často byli považováni za nepřítelné.

V **16. století** se mluvílo o tom, že problémy jedinců jsou způsobeny vadami tělních tekutin, posedlostí ďáblem či náklonností dané osoby k čarodějnictví. Věřilo se, že tuto posedlost lze vyléčit různými léčivými bylinami či modlitbami, na **začátku 17. století** se začíná objevovat rituál exorcismu. Zároveň nemůžeme říci, že každý projev šílenství byl považován za jasný symbol hříchu. Už v této době se objevují myšlenky, které navrhují, že zdroj oné choromyslnosti by mohl být i jinde. Černoušek ve své knize píše: „Řada středověkých autorit uznávala „zcela světské příčiny“ duševní choroby: humorální nerovnováhu, alkohol, přemíra jídla, povšechné obžerství a vyčerpání bujarým životem, náhlá a silná zamilovanost, přecházející do lykantropie, kdy člověk jakoby v posedlosti bloudí po nocích, přepracování i zármutek“ (1990, s. 44).

Můžeme tedy říci, že určitá tolerance k šílenství se také objevovala, i když pomálu. Stále více se většinová společnost přiklápěla k inkvizitorům, kteří se nebáli kohokoliv upálit na hranici. Pokud jedince nepostihl tento nešťastný osud, objevila se nejčastěji snaha izolovat ho od společnosti – k tomuto účelu také sloužily tzv. lodě bláznů, které pluly po řekách od města k městu. Šílenci byli na tuto loď buď vykázáni, nebo se na ni dobrovolně uchýlili, aby mohli žít jako poustevníci skryti zrakům odsuzující společnosti (Černoušek, 1990, s. 41).

Od **poloviny 17. století** se postupně začínají objevovat i snahy o určitou sociální péči v této oblasti, a to vznikem internačních zařízení pro chudé, do kterých byli šílenci přijímáni, či fungováním azylů, za pobyt v nichž si ale jedinec musel zaplatit. Všechny tyto instituce byly z velké většiny stále nezdravotnické, popřípadě s úplným minimem lékařského personálu, takže jedincům s duševním onemocněním stále nebyla poskytnuta potřebná a náležitá péče. Většina těchto nápravných zařízení si kladla za cíl jedince úplně izolovat od společnosti a zapojit ho do nucené práce, která by provozu těchto zařízení finančně napomohla (Foucault, 1997, s. 86).

Karel Chromý ve své knize ohledně šílenství za **novověku** píše: „V léčbě šílenství se objevují metody směřující k posílení organismu, očištění a regulaci pohybu. Posilovalo se dodáváním kovu do organismu, vonnými i páchnoucími látkami, očišťovalo se pouštěním žilou, vyvoláváním kožních lézí, podáváním mýdla a dalších látek, hlavně však koupelemi... Pohyb myšlenek i nervových struktur se upravoval chůzí, jízdou po vodě i na koni nebo rotací ve zvláštním přístroji“ (1990, s. 11). Tyto způsoby léčby samozřejmě nebyly medicínsky podložené, jednalo se jen o domněnky vzniklé za předpokladu, že duševní choroba je jakési morální provinění jedince. Bohužel tyto „metody léčby“ nezřídka kdy končily smrtí léčené osoby – jedinec byl při častém podávání kovu otráven, dlouhé sprchování ledovou vodou často končilo selháním srdce pacienta. Pokud se jedinec nedostal do soukromého zařízení určeného šílencům, které poskytovalo tyto radikální metody léčby, mohl se ocitnout ve špitálech v oddělení pro choromyslné, v chudobincích či ve vězení pro nebezpečné (Chromý, 1990, s. 11),

Od **19. století** se více začíná rozvíjet medicína, což pozitivně ovlivňuje i snahu zapojit kvalifikované lékaře do péče o osoby s duševním onemocněním. Po dlouhou dobu byli však lékařské praktiky jen opakováním praktik minulých, kdy se v útulcích

používalo trestů a hrozeb, pomocí kterých měla být osoba vyléčena. Foucault o tomto období dodává: „A právě v tu chvíli přestalo být šílenství chápáno jako globální jev, postihující prostřednictvím imaginace a bludného myšlení současně tělo i ducha. V novém světě ústavů pro choromyslné, ve světě mravnosti, která trestá, se stalo šílenství faktem, týkajícím se bytostně jen lidské duše, jejího pocitu viny a její svobody, napříště chápán v dimenzi niternosti, a tím také poprvé dostává šílenství v západním světě psychologický statut, psychologickou strukturu a význam“ (1997, s. 91).

V této době se tedy začíná rozlišovat rozdělení na čistě organické a čistě psychické, medicína léčí buď tělo, nebo duši. Nově se objevuje pojetí šílenství jakožto duševní nemoci, choromyslným je přiznána větší úcta a respekt a lékařská část společnosti se stále více začínala orientovat na nalezení nových způsobů, jak těmto jedincům pomoci.

1.4 Popis vybraných duševních poruch

Jednotlivých duševních onemocnění je mnoho, proto se v této bakalářské práci zaměříme jen na pár vybraných, které se pokusíme blíže specifikovat. Výzkumné šetření bylo provedeno v organizaci **CEDR Pardubice, o.p.s.**, tudíž níže krátce popíšeme čtyři okruhy poruch, se kterými se pracovníci této organizace nejčastěji setkávají. Pro stanovení definic těchto poruch budeme vycházet ze dvou velkých děl, která se v klinické praxi nejčastěji používají pro diagnostiku jednotlivých onemocnění. Jedná se o **Mezinárodní klasifikaci nemocí v její desáté revizi (MKN)**, která se používá lékaři v České republice a pro srovnání nahlédneme do **Diagnostického a statistického manuálu v revizi páté (DSM)**.

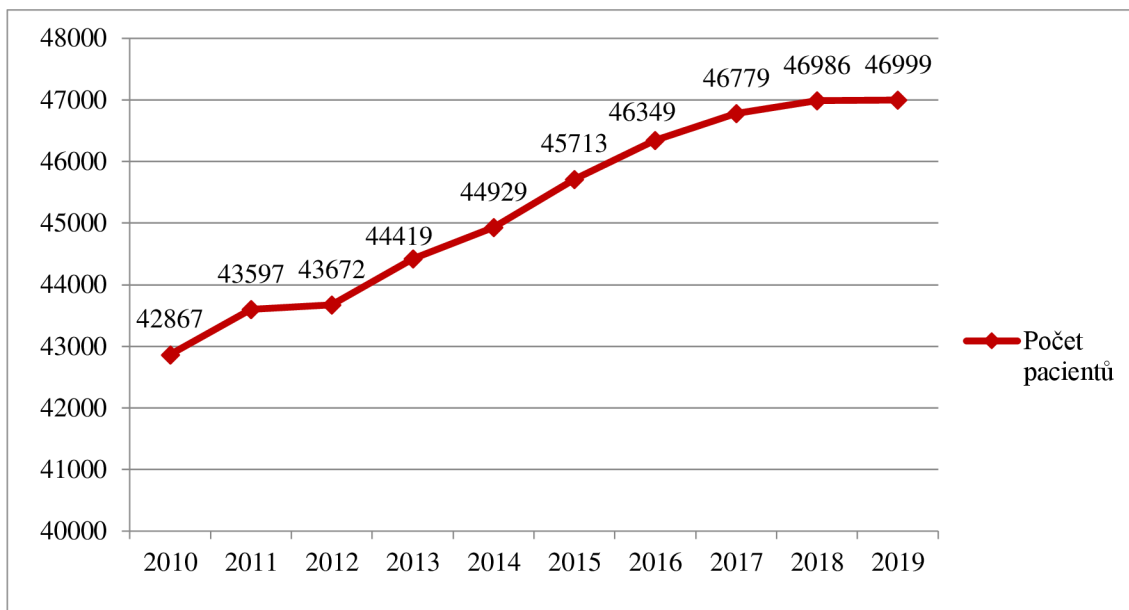
Schizofrenní poruchy

Schizofrenii a schizofrenní poruchy nalezneme v **MKN** pod zařazením **F20-F29**. Schizofrenní poruchy jsou zde označeny jako poruchy myšlení a vnímání s nepřiměřenou nebo oploštělou afektivitou. Za příznaky MKN pokládá výskyt alespoň jednoho z následujících: slyšení vlastních myšlenek, bludné vnímání, halucinatorní hlasy, jiné bludy a halucinace, inkoherece v řeči nebo řeč irelevantní, negativní příznaky jako apatie a nepřiměřenost emočních reakcí, katatonii jednání a výrazné změny v chování jedince. Také definuje, že je narušena osobnost jedince, ztrácí se pocit individuality a autonomie. Postižená osoba může mít pocit, že ostatní lidé vědí o jeho

pocitech a myšlenkách. Její celkové vnímání je narušeno, nejčastěji sluchovými halucinacemi, ale mohou se objevit i halucinace zrakové. Myšlení jedince je nepospolité, útržkovité a tak často může být pro okolí nepochopitelná i jeho řeč (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka, 2006, s. 83).

DSM zařazuje poruchy schizofrenního spektra do jedné kategorie s psychotickými poruchami. Příznaky poruch rozděluje do pěti oblastí. Jako první zmiňuje bludy, u kterých považuje za důležité umět je rozeznat a odlišit od silného přesvědčení jedince – ve většině případů je rozdíl v tom, že bludy si jedinec udržuje, i pokud je mu podán jasný a prokazatelný důkaz o jejich nepravdivosti a nesmyslnosti. Za další oblast příznaků považuje halucinace, které jsou nekontrolovatelné vůlí a u schizofrenních poruch se většinou vyskytují v rámci sluchového vnímání. Dále definuje dezorganizované myšlení, ze kterého většinou vyplývá i dezorganizovaná řeč, která může být pro okolí až nesrozumitelná. Za čtvrtou oblast, ve které se mohou vyskytnout abnormality, pokládá motorické chování. Většinou se objevuje katatonie (u schizofrenie vždy), chování je abnormální nebo dezorganizované. Za poslední příznak, dle kterého je možno rozeznat schizofrenní poruchy, uvádí DSM tzv. negativní příznaky. Do těch zařazuje především oploštěnou emotivitu a nedostatek vůle a motivace (DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 2015, s. 91-92).

Na grafu níže si můžeme povšimnout, že počet pacientů léčících se v psychiatrických ambulancích se schizofrenií, kterou mezi schizofrenní poruchy řadíme, neustále vzrůstá. V roce 2010 se takto léčilo 42 867 jedinců, v roce 2015 toto číslo vzrostlo na 45 713 a v roce 2019 už se jednalo o 46 999 lidí, kteří byli touto nemocí diagnostikováni.



Graf č. 1 – Počet pacientů v psychiatrických ambulancích léčených se schizofrenií v průběhu let 2010-2019 (Melicharová a kol, 2021, online)

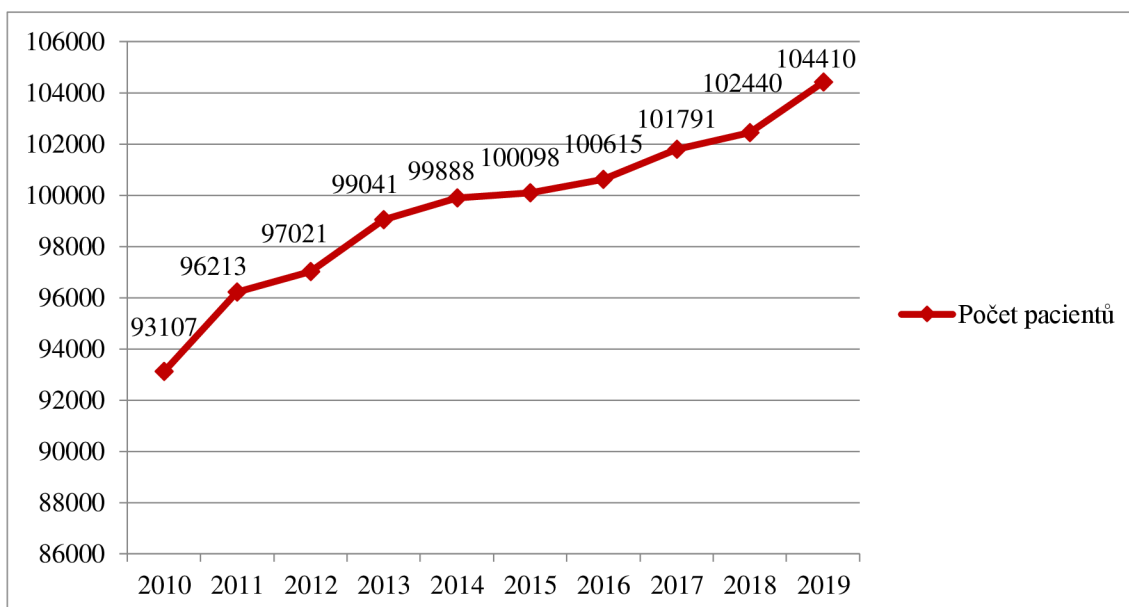
Poruchy nálady

Poruchy nálady neboli afektivní poruchy jsou v **MKN** zařazeny pod klasifikaci **F30-F39**. MKN hned na začátku přiznává, že se o klasifikaci poruch nálady pokusili, i když jim nebyly známy přesné vztahy mezi etiologií, příznaky, biologickými procesy, odpověďmi na léčbu a průběhem nemoci. Definici afektivních poruch nakonec sestavili takto: „Základem těchto poruch je změna nálady nebo efektivity obvykle k depresi (spojené s úzkostí nebo bez ní) nebo k elaci. Tuto změnu nálady obvykle doprovází změna celkové aktivity a většina ostatních příznaků je buď sekundární ke změnám nálady a aktivity, nebo se v souvislosti s těmito změnami snadno pochopí“ (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka, 2006, s. 100). Jednotlivé fáze poruch většinou vznikají jako odpověď na stresující událost a poruchy mají po časech tendenci opakovat se (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka, 2006, s. 100).

DSM nemá kapitolu určenou přímo poruchám nálady, ale poruchy zmíněné v MKN zde nalezneme rozdělené do dvou kapitol: Bipolární a související poruchy a Depresivní poruchy. Toto rozdělení DSM vysvětluje tak, že bipolární poruchy se nacházejí na pomezí poruch schizofrenního spektra a poruch depresivních, tudíž bylo vhodné zařadit je do samostatné kategorie. O obou druzích poruch – depresivních

i bipolárních – uvádí, že se projevují pocitem smutku, prázdnoty nebo přítomnosti podrážděné nálady doprovázené somatickými a kognitivními změnami a toto vše ovlivňuje funkční schopnosti jedince. Další větší podobnosti mezi těmito poruchami ale nerozeznává a spíše poukazuje na rozdíly, i díky kterým jsou oba druhy poruch vymezené v rozlišných kapitolách – rozdílná délka trvání, časový průběh a etiologie (DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 2015, s. 163).

Na grafu č. 2 níže lze vidět, že s poruchami nálady v roce 2010 do psychiatrických ambulancí docházelo 93 107 jedinců. Od té doby křivka nepřetržitě stoupá, tyto poruchy postihují více lidí a zároveň se stále více jedinců nebojí říct si o pomoc, tudíž v roce 2015 už bychom se v psychiatrických ambulancích setkali se 100 098 jedinci a do roku 2019 tento počet znovu narostl na 104 410.



Graf č. 2 – Počet pacientů v psychiatrických ambulancích léčených s poruchami nálady v průběhu let 2010-2019 (Melicharová a kol, 2021, online)

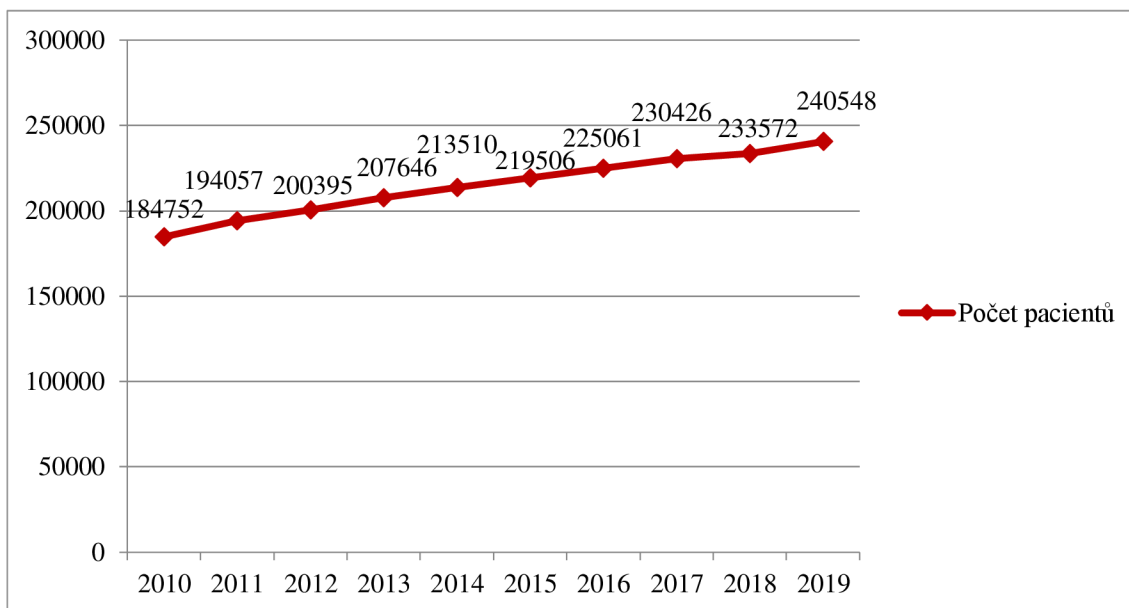
Úzkostné poruchy

V MKN jsou úzkostné poruchy zařazeny do kategorie „Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy“ a dále rozděleny na „Fobické úzkostné poruchy“ pod označením **F40** a „Jiné úzkostné poruchy“ s označením **F41**. Fobické úzkostné poruchy jsou zde definovány jako poruchy, „u nichž je úzkost vyvolána pouze (nebo převážně) určitými dobře definovanými situacemi nebo objekty vně pacienta, které běžně nejsou nebezpečné. Pacient se proto těmito situacím a objektům vyhýbá,

nebo je snáší s pocitem hrůzy“ (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka, 2006, s. 116). Úzkost neodezní, ani když si jedinec uvědomí, že její původ je zcela iracionální. K symptomům patří pocity na omdlení, pocity dušení, strach ze smrti, strach ze ztráty sebekontroly apod. Úzkostné pocity se mohou dostavit, i pokud jedinec jen pomyslí na danou pro něj fobickou situaci. Dle MKN se fobické úzkostné poruchy vyskytují často společně s depresí a jejich vznik je častější u žen než u mužů. Do kategorie Jiných úzkostných poruch pak jsou zařazeny ty poruchy, u kterých je za hlavní projev považována úzkost, ale u kterých nezáleží na okolní situaci. (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka, 2006, s. 116).

Na rozdíl od MKN má **DSM** úzkostným poruchám vyhrazenou celou samostatnou kategorii, na jejímž počátku se soustředí na definice úzkosti a strachu jako takových. Říká, že každá úzkostná porucha se vyznačuje nadměrným strachem nebo úzkostí, jejichž míra je nepřiměřená a neúměrná vzhledem k situaci. Tyto pocity by měly trvat minimálně šest měsíců, aby se dalo mluvit o poruše – jinak můžeme mluvit jen o přechodném strachu, nebo úzkosti, které většinou vyvolává stresující situace. DSM také uvádí, že mnoho poruch vzniká v dětství a při absenci léčby přetrvávají a že častěji jsou postiženi ženy než muži (DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 2015, s. 199).

Data o počtech pacientů s úzkostnou poruchou bohužel neexistují, ovšem v grafu níže můžeme nalézt alespoň počty pacientů diagnostikovaných s jednou ze skupiny neurotických, stresových a somatoformních poruch, mezi které se úzkostná porucha řadí. V roce 2015 zaznamenaly psychiatrické ambulance 184 752 jedinců s jednou z těchto poruch, do roku 2019 tento počet vzrostl na 240 548.



Graf č. 3 – Počet pacientů v psychiatrických ambulancích léčených s neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami v průběhu let 2010-2019 (Melicharová a kol, 2021, online)

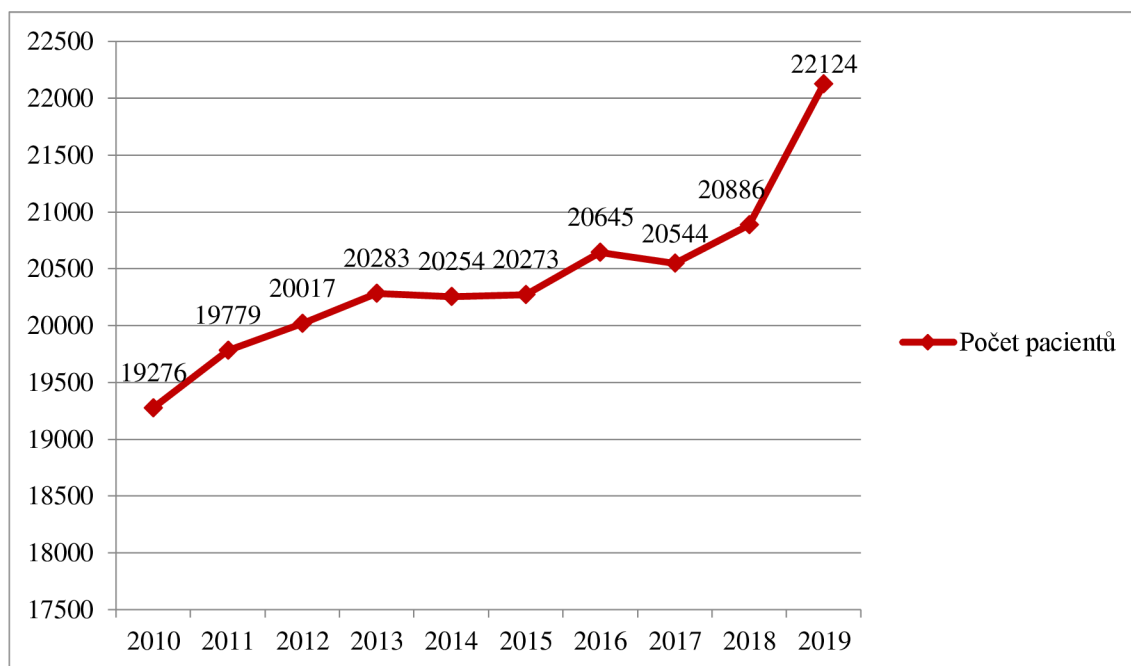
Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti jsou v **MKN** uvedeny v kategorii pod označením **F60-F69** a popsány jakožto typy poruch, které narušují i několik oblastí osobnosti. Mezinárodní klasifikace nemocí je obecně popisuje jakožto „výrazně disharmonické postoje a chování, zahrnující obvykle několik oblastí funkcí, např. efektivitu, vzrušivost, kontrolu impulzivity, způsoby vnímání, myšlení, a styl vztahů k ostatním lidem“ (2006, s. 162). Dále definuje, že nemoc není dělena na epizody, nýbrž má dlouhodobé trvání a negativně ovlivňuje osobní i sociální situace. Obvykle se začne projevovat až v pozdním dětství a adolescenci a pokračuje do dospělosti. Často jsou poruchy spojeny se zhoršujícím se ve výkonem jak v zaměstnání, tak ve společenském životě (Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka, 2006, s. 162).

DSM definuje poruchy osobnosti jako: „Středně těžké nebo těžké narušení funkčních schopností osobnosti jedince jak ve vztahu k sobě samému (self), tak ve vztahu k druhým (interpersonální)“ (2015, s. 801). Rysy osobnosti se projevují patologicky, narušení funkčních schopností jedince je neměnné a stálé v čase. Dále definuje, že projevy poruchy se dají rozpoznat většinou nejdříve v adolescenci nebo

v časné dospělosti a ovlivňují široké spektrum osobních a sociálních situací (DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 2015, s. 801).

Z grafu č. 4 je zřetelné, že od roku 2010 do roku 2013 počty pacientů léčených v psychiatrických ambulancích s poruchami osobnosti vzrostly přibližně o 1000. Poté počty do roku 2015 víceméně zůstaly stejné a od tohoto roku do roku 2019 křivka opět strmě stoupala až na počet 22 124 léčených jedinců.



Graf č. 4 – Počet pacientů v psychiatrických ambulancích léčených s poruchami osobnosti a chování u dospělých v průběhu let 2010-2019 (Melicharová a kol, 2021, online)

2 Péče o jedince s duševní poruchou

Jak zmiňujeme už v první kapitole, péče o jedince s duševním onemocněním prošla velkým vývojem. Od dob, kdy se na postiženého pohlíželo jako na šíleného a byla snaha izolovat ho od zbytku společnosti, do dnešní doby, ve které je těmto jedincům přiznán nárok na náležitou péči. Forem péče je mnoho a je na psychiatrovi, popř. praktickému lékaři, aby uznal, která psychiatrická terapie a forma péče bude pro pacienta nejprínosnější vzhledem k jeho diagnóze.

2.1 Organizace psychiatrické péče v ČR

Dle závažnosti diagnózy a jiných hledisek lze pacientovi poskytnout péči ambulantní, lůžkovou či doplňující. Velmi záleží na druhu psychické poruchy, aktuálním stavu pacienta, jeho ochotě spolupracovat a na stabilitě jeho sociálního zázemí. Samozřejmě prvně stanovený druh péče se může změnit s ohledem na vývoj pacientovi poruchy, takže jedinec v lůžkové péči může po zlepšení příznaků nemoci přejít do péče ambulantní s doporučením k docházení do péči doplňujících zařízení. Bouček ve své knize tyto specializované články psychiatrické péče rozděluje takto:

1. Stacionární péče
2. Ambulantní péče
3. Komplementární péče (Bouček, 2001, s. 162).

Stacionární péče

Stacionární péči dále rozděluje na úplnou a částečnou, přičemž úplnou myslí **hospitalizaci** v psychiatrických léčebnách a v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic. Hospitalizace pacienta nastává v případě, když ambulantní léčba nezabírá, dojde k relapsu nemoci nebo když příznaky poruchy přetrvávají. Pacienti vyžadující dlouhodobou hospitalizaci jsou z všeobecné nemocnice přesunuti do psychiatrické léčebny, kde mohou pobývat dlouhodobě, popř. doživotně. Za problém u léčeben můžeme považovat to, že jich je poměrně málo, a tak je jedinec zasazen do úplně nového sociálního prostředí, často daleko od svého místa bydliště (Bouček, 2001, s. 163).

Poslední roky se projevuje snaha nerozšiřovat počet míst v léčebnách, ale naopak se soustředit na rozvoj odděleních v nemocnicích, aby každý pacient měl šanci na

hospitalizaci co nejbliže místa svého bydliště. Do **částečné stacionární péče** zařazuje Bouček denní kliniky, které jsou vhodné pro jedince, pro které nestačí ambulantní péče a zároveň jejich porucha nevyžaduje úplnou hospitalizaci (Bouček, 2001, s. 163).

Ambulantní péče

Do ambulantní péče pak zahrnuje psychiatrické ambulance a sociálně psychiatrické služby. Za výhodu **psychiatrické ambulantní péče** považuje, že pacient není vytržen z běžného života, jak je tomu u hospitalizace, může udržovat svoje denní rituály, docházet klasicky do práce a jeho sociální vztahy nejsou narušeny (Bouček, 2001, s. 163). Hosák o psychiatrických ambulancích uvádí, že poskytují základní farmakologickou a psychoterapeutickou péči těm osobám, které neohrožují sebe, ani své okolí, při léčbě spolupracují, mají vyhovující sociální zázemí (Hosák, 2007, s. 151).

Ambulantní péče také poskytuje **sociálně psychiatrické služby**, které jsou většinou určeny jedincům po propuštění z hospitalizace a kteří vykazují potřebu další léčebné pomoci. Do okruhu těchto služeb můžeme zařadit posthospitalizační péči, krizovou intervenci, práci s příbuznými pacienta a sociální rehabilitaci (Bouček, 2001, s. 163).

Komplementární péče

Komplementární péči považuje Bouček za okruh s nejširším spektrem služeb. Tyto služby jsou určeny jedincům, kteří zvládají žít mimo psychiatrické léčebny, ale vykazují potřebu podpory. Jako první jsou uvedena **denní centra** a **noční sanatoria**, které ponechávají jedince v jeho původním prostředí a také s tímto prostředím pracují. Tyto sanatoria jsou většinou účelná u pacientů, kteří pobývali v psychiatrické léčebně, a ještě nejsou připraveni vrátit se do svého původního života a plně v něm fungovat bez pomoci (Bouček, 2001, s. 164).

Denní stacionáře mohou být i alternativou až pro 40 % pacientů, kteří by jinak museli nastoupit do ústavní péče. Zároveň poskytují psychoterapii pacientům s neurotickými obtížemi a vykonávají rehabilitaci dlouhodobě duševně nemocných (Češková, 2006, s. 81).

V dalším bodě Bouček zmiňuje **chráněné dílny**, **pracovně tréninková centra** a **chráněná místa v podnicích**, které jsou určeny především jedincům trpícím

poruchami schizofrenního typu. Tyto zařízení si kladou za cíl naučit jedince pravidelnou docházku do práce, pomáhají mu osvojit si pracovní návyky, a protože se jedinec dostává do kolektivu osob s podobnými problémy, snižuje se postupně jeho sociální izolace od okolí. Tyto dílny a tréninková centra se v konečném cíli snaží naučit klienta zvládat sociální situace a pomoci mu zařadit se zpět do běžného a pracovního života (Bouček, 2001, s. 163-166).

Dále uvedená **chráněná bydlení** jsou určena pro jedince, kteří nemají vlastní dům a rodinu, nebo by nezvládali samostatné bydlení. V zařízení jsou případně přítomni i zdravotníci nebo sociální pracovníci, kteří se zapojují dle míry potřeby každého postiženého jedince. **Socioterapeutické kluby** se zaměřují na zvýšení kvality života pacientů, a to prostřednictvím neformálních setkávání s jedinci se stejnými problémy, během kterých navštěvují kulturní akce, podnikají společné výlety, či jinak tráví svůj volný čas, což vede k nesnížení sociální izolace jedince. Jako poslední článek patřící do komplementární péče uvedeme **svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných**, kde mají všichni zmínění možnost probrat společné problémy, řešit účinné léčebné postupy a spolupracovat mezi sebou (Bouček, 2001, s. 163-166).

Ne všichni autoři používají pojem komplementární péče. Např. Hosák mluví o péči extramurální, respektive o **extramurálních psychiatrických zařízeních**, která považuje za vhodnou alternativu k hospitalizaci, poněvadž pacient nemusí být umístěn do léčebny daleko od domova, ale může zůstat v jemu známém sociálním prostředí (Hosák, 2007, s. 152). Češková tyto služby označuje pod pojmem **komunitní psychiatrie**, což podle ní je „systém léčby, pomoci a podpory, umožňující nemocným žít v podmínkách běžného života co nejspokojivějším způsobem“ (Češková, 2006, s. 80).

Nutno dodat, že dnešní vývoj psychiatrické péče směřuje ke snaze omezit hospitalizace až na případy, kdy je to opravdu nutné, a soustředí se spíše na rozšíření služeb komplementární péče tak, aby každý pacient měl možnost navštěvovat nějakou z jimi nabízených forem. Komplementární péče sice čím dál více nabývá na důležitosti v péči o psychiatrické pacienty, ale zařízeních poskytujících tyto služby je stále málo a většinou bychom je našli v nestátním sektoru. Zároveň se stále více zdůrazňuje propojení všech forem péče a týmová spolupráce pro docílení největší užitečnosti pro

klienta, čemuž se budeme věnovat ve třetí kapitole této bakalářské práce, která se bude týkat reformy psychiatrické péče.

2.2 Léčba duševně nemocných

Kromě zvolení typu léčby stacionární nebo ambulantní s doplňkovou komplementární léčbou volí psychiatr, popř. jiný lékař, také druh léčby, který nejlépe pomůže jedinci s danou duševní poruchou. Je nesmírně důležité správné stanovení diagnózy a také to, aby psychiatr či jiný lékař situaci nepodcenil a nic nezanedbal, protože při neléčení duševní poruchy může dojít k výraznému zhoršení psychického stavu jedince. Druhy léčby se mohou kombinovat, například často má pacient od lékaře předepsaná psychofarmaka a k tomu je mu doporučeno docházení na psychoterapii.

Při popisu jednotlivých druhů léčby se budeme řídit rozdělením Češkové (2006, s. 57), která psychiatrické terapie rozděluje takto:

1. biologická léčba
2. psychoterapeutická léčba
3. obecně sociální léčba.

Biologická léčba

V rámci biologické léčby duševních poruch představuje základní používanou metodu **psychofarmakoterapie**. Předepsání psychofarmak je v dnešní době nejčastější metodou léčby, často doplněnou o psychoterapii. Tyto léčiva neodstraňují příčinu nemoci, ale regulují psychické funkce. Pokud začne pacient užívat psychofarmaka, většinou účinky nejsou zřetelné ihned a léčiva se téměř vždy užívají dlouhodobě. Díky těmto medikamentům nemusí být tolik pacientů hospitalizováno, jak by tomu bylo dříve, ale mohou s mírnými, nebo žádnými obtížemi pokračovat ve svém normálním životě za podpory ambulantní léčby. Švestka uvádí, že: „Psychofarmaka jsou léky, které primárně zasahují centrální nervový systém a ovlivňují chorobně narušené psychické funkce... Psychofarmaka se dělí podle toho, jak ovlivňují tři základní psychické funkce: vigilitu vědomí, afektivitu a myšlení (psychické integrace)“ (2001, s. 397). Ve výčtu psychofarmak níže zmíníme jen některé, se kterými se jedinci s duševní poruchou setkávají nejčastěji.

Vědomí a kognitivní funkce pozitivně ovlivňuje braní psychostimulancií, nebo neuroprotektiv. **Psychostimulancia** se v organismu zaměřují na zvýšení bdělosti vědomí prostřednictvím urychlení motoriky i myšlení a potlačením únavy. Pokud pacient užívá tyto léky, pravděpodobně se mu po delším čase užívání bude zvyšovat tolerance na ně, takže jejich dávka musí být lékařem postupně zvyšována. Tyto medikamenty se používají k léčbě narkolepsie a poruch pozornosti s hyperaktivitou (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 395-397).

Neuroprotektiva chrání buňky centrální nervové soustavy před poškozením a zlepšují průtok krve mozkiem. Povzbuzují fungování paměti a učení a zvyšují bdělost vědomí. Mohou být předepsány u pacientů s poruchami vědomí, poruchami paměti a učení, demencí či u jedinců s organickým poškozením mozku (Švestka, 2001, s. 400-403). Janů o neuroprotektivech píše, že: „Vzhledem k indikacím zahajujeme vždy dlouhodobou léčbu. Cílem je maximálně snížit postup dalšího poškozování tkáně mozku při organické duševní poruše a zachovat kognitivní výkon člověka“ (2007, s. 125).

Na efektivitu a emotivitu příznivě působí anxiolytika a antidepresiva. **Anxiolytika** ovlivňují pacientovu úzkost, fobii, strach a trému i s jejich somatickými projevy, tudíž se používají nejčastěji k léčbě úzkostných poruch (Švestka, 2001, s. 409-420). Češková uvádí, že anxiolytika po podání začnou na psychiku jedince působit rychle, proto jsou vhodné pro léčení akutní úzkosti (Češková, 2006, s. 60). Zároveň se vždy k léčbě těchto poruch přidává psychoterapie, protože u dlouhodobějšího podávání anxiolytik si pacient může vypěstovat závislost, tudíž je snaha o zvládnutí akutní ataky a poté včasného vysazení léku, popř. vyměnění za antidepresivum (Janů, 2007, s. 121)

Antidepresiva tvoří samostatnou skupinu, ale jejich účinky jsou také anxiolytické, tudíž se používají jak k léčbě depresivních stavů, tak k léčbě úzkostných poruch. Konkrétně se předepisují při léčbě deprese, panické a fobické poruchy, generalizované úzkostné poruchy, ale i při mentální bulimii, enuréze, poruchách pozornosti s hyperaktivitou (Švestka, 2001, s. 421-425). Nástup účinku antidepresiv je pozvolný, tudíž se nepoužívají při léčbě akutních atak. Pokud je lék podáván dostatečně dlouhou dobu, lze se vyvarovat relapsu poruchy (Janů, 2007, s. 119).

Thymoprofylaktika neboli stabilizátory nálady se také používají k léčbě poruch s výkyvy nálady. Nejčastěji se jedná o poruchy depresivní a bipolární, u kterých je

snaha snížit intenzitu a frekvenci manických a depresivních epizod a dosáhnout stabilní nálady pacienta (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 438).

Myšlení a vnímání může být pozitivně ovlivněno bráním antipsychotik, jejichž podáváním se u pacienta potlačuje většina psychotických příznaků nemoci. **Antipsychotika** se používají při léčbě schizofrenních a afektivních psychóz, kdy potlačují neklid, agresivitu, nepodrobivost, a dále při léčbě organických psychických poruch – nejčastěji u demence, mentální retardace, poruch osobnosti, autismu a motorických poruch (Švestka, 2001, s. 444-445). Tyto léky by měl pacient užívat nejméně jeden až dva roky, aby se docílilo vymizení příznaků nemoci. Ovšem pokud pacient trpěl vícerymi atakami, není neobvyklé, aby lékař stanovil celoživotní léčbu (Janů, 2007, s. 116).

Psychofarmaka nejsou jediným prostředkem pro léčbu duševních poruch, který bychom mohli zařadit do biologických léčebných metod. Zároveň sem můžeme zařadit **biologické nefarmakologické terapie**, z kterých se v dnešní době stále používá elektrokonvulzivní léčba, spánková deprivace, léčba jasným světlem, psychochirurgie a transkraniální magnetická simulace.

Elektrokonvulzivní léčba neboli **ECT** je nejčastěji používanou nefarmakologickou léčbou v oblasti léčení duševních nemocí. V průběhu výkonu je pacient v celkové anestézii, ECT probíhá jakožto elektrická stimulace mozku pomocí elektrod, která pozitivně ovlivňuje některé duševní poruchy. ECT může být zvoleno místo psychofarmak jakožto metoda léčby, pokud je nutno rychle zlepšit příznaky poruchy, nebo je při užívání psychofarmak zjištěno, že příznaky se nelepší a je tedy nutno nasadit jiný styl léčby. Nejčastěji se tato léčba opakuje dvakrát nebo třikrát týdně, celkově se ECT aplikuje cca desetkrát, aby se dosáhlo její efektivity. ECT se používá při léčbě deprese, mánie, katatoní formy schizofrenie a u psychóz (Hrdlička, 2001, s. 462-464).

Léčba spánkovou deprivací už se dnes používá jen ojediněle. Vychází z předpokladu, že pokud pacient s depresí probděl noc a druhý den nejde spát, ten den ráno po probdělé noci u něj dochází ke krátkodobému zlepšení nálady. Největší užitečnost metody se projevila u depresivních pacientů s výraznými změnami nálady, u kterých je zároveň naordinována léčba antidepresivy (Češková, 2006, s. 73). Češková o spánkové deprivaci píše: „Spánková deprivace může být celková, kdy pacient musí

být udržován bdělý po celou noc a částečná, kdy pacient je udržován vzhůru od 24 hodin do rána. Používá se hlavně k urychlení nástupu antidepresiv a posílení jejich antidepresivního účinku“ (2006, s. 73).

U depresivních poruch se také může použít **léčba jasným světlem** neboli **fototerapie**, která vychází z poznatku, že některé deprese mají sezónní charakter, přičemž obtíže pacienti pociťují především v zimním období. U těchto pacientů byla v tomto období zjištěna pozitivní reakce na intenzivní sluneční svit, který posunuje jejich biologické rytmy, což příznivě působí na jejich depresivní stavy, tudíž léčba jasným světlem se snaží o napodobení tohoto slunečního svitu. Pacient léčbu podstupuje vždy ráno po dobu nejméně jedné hodiny a to po celé zimní období, ve kterém běžně pociťuje obtíže (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 586-587).

Od psychochirurgie bylo v jednom období prakticky upuštěno, dnes se pod názvem **stereotaktická chirurgie** či **neurochirurgie** využívá jen výjimečně u poruch, které nelze ovlivnit jiným způsobem. Pozitivně působí na pacienty s obsedantně-kompulzivní poruchou, jejichž průběh nemoci je nepříznivý a nelze ovlivnit psychofarmaky (Hrdlička, 2001, s. 466).

Od devadesátých let se v rámci biologických nefarmakologických terapií začíná používat i léčba **transkraniální magnetickou stimulací** (TMS). Probíhá tím způsobem, že u pacienta v bdělém stavu se aplikuje magnetické pole zacílené na určité oblasti v mozku. Jelikož tento okruh léčby není ještě úplně prozkoumán, obecně se usuzuje, že nejvíce užitečná bude tato metoda při léčbě poruch nálady (Hrdlička, 2001, s. 466). Bouček v knize ze stejného roku o této metodě ale už najisto uvádí několik možností využití a to tyto: „při léčbě depresivní fáze, obsedantně kompulzivních poruch, posttraumatické stresové poruchy, úzkostí ev. i halucinací u schizofrenie“ (2001, s. 112).

Psychoterapie

Další typ léčby duševních poruch představuje psychoterapie, která je v dnešní době často užívaným prostředkem podporující léčby pro pacienta. Kratochvíl popisuje psychoterapii jako: „léčebné působení na poruchy, potíže a problémy psychologickými prostředky“ (1995, s. 11) a dále je podle něj psychoterapie: „léčebná činnost, léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné

ovlivňování, proces sociální interakce“ (2006, s. 13). Dušek a Večeřová-Procházková ve své knize specifikují, že: „Psychoterapie v užším slova smyslu představuje záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta. Psychoterapeuti se starají o lidské záležitosti, jako je život, jeho smysl, naplnění, pravda a vztahy vůbec“ (2015, s. 345).

Psychoterapeut se tedy snaží pomoci jedinci s jakýmkoliv problémem v jeho osobním životě pomocí **psychologických prostředků** a to především pomocí rozhovoru. Kalina jako jednu z definic psychoterapie uvádí tuto: „Psychoterapie je odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky“ (2013, 26).

Jak už jsme zmínili výše, psychoterapie často vystupuje jako doplňující léčba k farmakoterapii - na rozdíl od ní se ale zabývá příčinami duševních poruch, které se snaží rozkrýt a pomoci jedinci je odstranit, popř. se snaží alespoň zmírnit průběh probíhajících obtíží a zvýšit pocit pohody. Mrkvička ohledně obtíží v životě jedince píše: „Některé životní krize lze zvládnout s pomocí blízkých osob. Některé vyžadují odbornou intervenci. A z nich opět některé vyžadují zásah terapeutický...“ (2005, s. 140). Naráží na to, že ne všechny životní krize nutně vyžadují zásah psychoterapeuta, ale v případě vhodně stanoveného přístupu v psychoterapii jedinec ve svém životě ucítí změny. Pokud mluvíme přímo o duševní nemoci, je zapojení psychoterapie do procesu léčby velmi užitečné. Musíme si ovšem uvědomit, že pomoci lidem opravdu účinně jde jen v případě, kdy oni sami o to stojí a projevíli snahu, tudíž dobrovolná účast na psychoterapii je klíčová pro využití jejího plného potenciálu.

Mimo jiné můžeme rozlišit dva **psychoterapeutické styly** – direktivní a nedirektivní. Při direktivním přístupu psychoterapeut dává jedinci přímé rady, přímo usměřuje jeho chování a postoje. V nedirektivním přístupu psychoterapeut jedince pouze navádí a nechává ho, aby si našel řešení problému sám, zaujímá neutrální postoj, který poskytuje větší prostor myšlenkám léčeného. Nejčastěji probíhá psychoterapie individuálně, kdy je psychoterapeut o samotě pouze s jedním jedincem, ale nejsou výjimkou psychoterapie skupinové, které jsou buď přirozené (rodina) nebo vytvořené uměle. Psychoterapeut pak nepracuje jen s jednotlivými jedinci, ale i se skupinovou dynamikou a s interakcemi jedinců v rámci skupiny (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 345).

Za zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie označuje Kratochvíl **terapeutické komunity (TK)**. TK neboli léčebné společenství je dle něj: „Způsob organizace léčebné instituce nebo oddělení, kdy se cíleně podporuje spoluúčast pacientů na řízení, na plánovaných společných aktivitách a na léčbě“ (Kratochvíl, 2006, s. 251). Personál tedy nestojí nad pacienty v mocenském postavení, ale jedná se o většinově demokratický systém, kdy se pacienti sami podílejí na řízení komunity (Kratochvíl, 2006, s. 251-252).

Dušek a Večeřová-Procházková o TK uvádí, že se jedná o „ucelený systém léčebně rehabilitační péče, pojímající jedince v bio-psycho-sociálním kontextu. Kromě medicínsky pojaté léčby (farmaka, biologické terapie) se velký důraz klade na psychoterapii a socioterapii (terapii prostředím a sociálními aktivitami, kulturními programy apod.)“ (2015, s. 371). V tomto systému se tedy prolíná více druhů terapií, aby se dosáhlo nejvyšší možné pomoci, kterou je personál pacientovi schopen poskytnout. Zároveň se pacient musí na chodu celého systému sám podílet, očekává se od něj aktivita, je také zodpovědný za svou léčbu. Celá komunita využívá vzájemné důvěry, upřímnosti a otevřenosti členů a tím psychoterapeuticky působí na každého jedince, který se zároveň soustředí na porozumění jednotlivých situací a vztahů (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 371).

Ať už jedinec navštěvuje terapii individuální nebo skupinovou, určit optimální univerzální časový úsek, po který by měl docházet k psychoterapeutovi a dosáhnout zlepšení problémů, nelze. Každý jedinec se potýká s rozdílnými obtížemi, každý má jinou osobnost, intenzita probíhajících schůzek je vždy rozdílná a tak u každého jedince trvá jinou dobu, než se dosáhne požadovaného cíle. Záleží také, jaký cíl si před sebe jedinec postaví – vyřešení momentálního problému bude trvat kratší dobu než dosáhnutí trvalé změny v chování a prožívání osobnosti (Kalina, 2013, s. 33).

Psychoterapii jako takovou můžeme obecně popsat, ovšem sama se ještě dělí na další konkrétní přístupy a zastánci každého přístupu prohlašují, že ten jejich je nejúčinnější. Jednotlivé přístupy se od sebe většinou snaží odlišit, ale přitom je spojuje jedna důležitá věc: všechny jsou více či méně účinné při pomoci pacientovi/klientovi. To znamená, že všechny druhy psychoterapie mají několik společných rysů. Tyto rysy popisují Prochaska a Norcross jakožto **společné faktory** a na první místo řadí pozitivní očekávání pacienta a terapeutický vztah, na druhé Hawthornský efekt. Znamená to, že

pokud jedinec od začátku dochází na psychoterapii s předpokladem, že bude efektivní a pomůže mu, většinou se tak stane. Zároveň průběh a účinnost psychoterapie ovlivňuje vztah, který se vytvoří mezi psychoterapeutem a pacientem. Tento autentický vztah s důvěrou, spoluprací a empatií různé teorie chápou buď jako důležitý předpoklad terapeutické práce, nebo jako proces vyvolávající změnu. Pojem Hawthornský efekt popisuje jev, kdy jedinec automaticky dokáže vylepšit své chování jen proto, že je mu věnována zvláštní pozornost – která mu v psychoterapii věnována je (Prochaska, Norcross, 1999, s. 18-20).

Jak už jsme zmínili výše, psychoterapie se dělí na jednotlivé teorie, které se od sebe odlišují, a je na psychoterapeutovi, aby zvolil ten přístup, který bude nejvíce vyhovovat danému klientovi/pacientovi. „Různé školy navrhly vlastní výklad mechanismů vzniku psychogenních poruch, vypracovaly vlastní metody a vytvořily většinou též svou vlastní terminologii (Kratochvíl, 2006, s. 19). Různí autoři podávají různý výčet škol – pro příklad: Dušek a Večeřová-Procházková (2015, s. 10) uvádějí šestnáct hlavních směrů a metod, Kratochvíl (2006, s. 19) rozděluje směry na deset hlavních, Prochaska a Norcross (1999, s. 5) mají v seznamu přibližně 13 různých škol. Pro účely této bakalářské práce se zaměříme a stručně popíšeme 5 vybraných směrů, na kterých se autoři shodují: psychoterapie hlubinná, dynamická, rogersovská, behaviorální a kognitivní. Pro větší přehlednost uvádíme číslovaný seznam, na který budeme níže v textu odkazovat:

- 1) Hlubinná psychoterapie
 - a. Psychoanalýza
 - b. Individuální psychologie
 - c. Analytická psychologie
- 2) Dynamická psychoterapie
- 3) Rogersovská psychoterapie
- 4) Behaviorální psychoterapie
- 5) Kognitivní psychoterapie
 - a. Kognitivní psychoterapie
 - b. Racionálně-emoční psychoterapie
 - c. Kognitivně-behaviorální psychoterapie

Ad 1) Hlubinnou psychoterapii tvoří ještě tři samostatné směry: psychoanalýza, individuální psychologie a analytická psychologie.

Ad 1a) Psychoanalýza, kterou vytvořil a specifikoval Sigmund Freud, se soustředí na tři různé složky psychiky, ze kterých nevědomí má největší vliv na lidské jednání. V tomto nevědomí mají původ také pudy člověka – pud destrukční a pud sexuální, které jsou významné z hlediska vzniku neuróz. V rámci psychoanalýzy vzniká teorie negenitální infantilní sexuality v raném dětství, ve které Freud popisuje vývoj libida. Ten se skládá z fáze orální, sadisticko-anální a falické. Pokud vývoj těchto fází neprobíhá tak, jak by měl, může docházet k perverzi nebo ke vzniku neuróz. Problém podle Freuda nastává v okamžiku, kdy se libido a pudy střetávají s normami společnosti a vědomí je musí potlačit zpět do nitra, což znovu napomáhá vzniku neuróz. Psychoneurózy tedy podle psychoanalýzy vznikají jako důsledek konfliktu z raného dětství či důsledek fixace libida (Kratochvíl, 2006, s. 20-25).

Ad 1b) Individuální psychologie, jejímž zakladatelem je Alfred Adler, je založena na tom, že každý jedinec má potřebu zařadit a prosadit se ve společnosti. Tam zákonitě dochází k tomu, že se jedinec srovnává s ostatními, což u něj vede ke komplexu méněcennosti. Neuróza se pak rozvíjí jako ochrana před vlastním prožíváním tohoto pocitu a jako výmluva, která má odůvodňovat, proč jedinec v určitých věcech selhává (Kratochvíl, 2006, s. 32-35).

Ad 1c) Zastánci analytické psychologie, jejímž představitelem byl Carl Gustav Jung, rozvinuli myšlenku Freudova nevědomí a tvrdili, že existuje i nějaké kolektivní nevědomí, které obsahuje zkušenosti celého lidstva. Velký význam Jung přikládal snům, pomocí kterých se podle něj na povrch snaží dostat myšlenky z nevědomí, tudíž ve snech hledal skryté symboly. Život jedince rozdělil na dvě poloviny – v první polovině je úkolem člověka socializace, zapojení do společnosti, ve druhé polovině života se máme pokoušet o individuaci, seberealizaci a sebeaktualizaci. Vývoj tedy provází jedince celý život a největší krize v životě jsou pak způsobeny především změnami ve středním věku života (Kratochvíl, 2006, s. 36-39).

Ad 2) Jako další směrem psychoterapie uvedeme **psychoterapii dynamickou**. Dynamická psychoterapie se zabývá sociálními faktory, které jedince ovlivňují a soustředí se především na jeho současné interpersonální vztahy a na problémy v nich. Tyto problémy ve vztazích mohou vyvolávat vznik nebo ovlivňovat průběh duševní

poruchy u jedince, ale jejich příčinou je sám jedinec, který je vyvolává svým maladaptivním chováním. Cílem této psychoterapie je, aby si pacient uvědomil svůj podíl na problémech v mezilidských vztazích a souvislost jeho nepřizpůsobivého chování se zážitky z minulosti, a tak se začal soustředit na nácvik nového interpersonálního jednání (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 353-355).

Ad 3) Pro rogersovskou psychoterapii se používá více označení, mimo jiné např. terapie zaměřená na člověka nebo terapie rozhovorem. Tato terapie je založena na empatickém, vstřícném a autentickém postoji psychoterapeuta, který klienta plně akceptuje a má vytvořit bezpečnou atmosféru pro jeho úplnou sebeexploraci. V této teorii také panuje přesvědčení, že každý jedinec je vrozeně dobrý a má přirozenou tendenci k sebeuskutečňování. Neurózy jsou způsobeny nízkým sebehodnocením, jelikož nastává konflikt mezi tím, jaký jedinec je a jaký by chtěl být (Kratochvíl, 2006, s. 53-56).

Ad 4) Behaviorální terapie se zakládá na studiu procesů učení a tvrdí, že poruchy chování jsou pouze naučenými reakcemi, které lze po naučení odpovídajících technik odstranit. Tato psychoterapie se soustředí jen na pozorovatelné chování, symptomy nemoci, které se snaží zkorigovat, ale už se nezabývá odstraněním příčin tohoto chování. Při léčení neuróz se tedy psychoterapeut s klientem soustředí jen na nácvik techniky, která přímo změní jednání jedince, nepokládá se za důležitou změna v myšlení a ani probíhající nevědomé procesy jako u hlubinných směrů (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 355-356).

Ad 5) Do kognitivní psychoterapie můžeme zařadit tři směry, z toho jeden nese přímo název kognitivní psychoterapie a dále se jedná o psychoterapii racionálně-emoční a kognitivně-behaviorální.

Ad 5a) Kognitivní psychoterapie, jejímž zakladatelem je A. Beck, předpokládá, že emoční poruchy jsou u jedince způsobeny jeho nesprávným myšlením. Pacient se tedy musí naučit rozlišovat svoji subjektivní interpretaci skutečnosti a objektivní skutečnost. Osobnosti jedince je utvořena ze schémat a to už v jeho nízkém věku a tyto často dysfunkční vzorce myšlení můžeme označit za kognitivní omyly. Terapeut má za úkol pomocí sokratovského dialogu dovést klienta k logickým a pravdivým závěrům (Kratochvíl, 2006, s. 70-71).

Ad 5b) V racionálně-emoční terapii se terapeut rovněž zaměřuje na klientovo logické myšlení a snaží se odstranit klientovu vrozenou tendenci myslet iracionálně. Terapeut je zde postaven do role odborníka, který se aktivně zapojuje do diskuze a dává klientovi domácí úkoly. Cílem této terapie je nabytí takového životního postoje, ve kterém klient bude klást minimální požadavky na svou osobu a bude se snažit o maximální toleranci k druhým (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 356).

Ad 5c) Spojením přístupů kognitivního a behaviorálního směru vznikla kognitivně-behaviorální psychoterapie, ve které se psychoterapeut snaží pomoci klientovi pochopit jeho iracionální myšlení a dysfunkční jednání. Toto myšlení a jednání má pak klient změnit za podpory behaviorálních úkolů, které od psychoterapeuta obdrží. Terapie je zaměřena na konkrétní současné problémy klienta, řeší se spíše pozorovatelné jevy, přičemž se předpokládá klientova aktivní spolupráce s psychoterapeutem. Cílem je, aby klient nabyl potřebné soběstačnosti a sám se naučil zvládat krizové situace (Kratochvíl, 2006, s. 72-74).

Obecně sociální léčba

„Cílem této terapie je ponechat pacienty v původním prostředí, naučit pacienty strukturovat čas, umožnit jim větší samostatnost, navázat a rozšířit sociální kontakty a podporovat jejich iniciativu“ (Kučerová, 2006, s. 79). Sociální terapie se snaží zabránit prohlubování sociální izolace, pomáhá pacientům zvýšit sebedůvěru a sebevědomí, osvojit si pracovní návyky a dovednosti, aby jim byl ulehčen návrat do pracovního procesu. Tento účel splňují např. chráněné dílny a denní docházková sanatoria. Dále existují socioterapeutické kluby, které taktéž usilují o zvýšení kvality života duševně postižených, a svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných, pomocí kterých se mohou pacienti a jejich rodiny sdružovat (Kučerová, 2006, s. 79).

Další autoři většinou obecně sociální terapii nezmiňují, pouze např. Dušek a Večeřová-Procházková mluví o tzv. sociálně-psychologické rehabilitaci, v rámci které zmiňují svépomocné tendence pacientů s požadavkem odstranit sociální izolaci (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 597).

3 Reforma péče o duševní zdraví

Poslední roky se v České republice začíná projevat snaha zdokonalit systém péče o pacienty s duševním onemocněním. Hledí se především na provázanost jednotlivých služeb, jejich efektivitu a dostupnost. Počátky Reformy péče o duševní zdraví nalezneme v roce 2013, kdy Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo dokument s názvem **Strategie reformy psychiatrické péče** (dále jen Strategie). Tato Strategie byla určena k realizaci během let 2014-2023 a za hlavní cíl si stanovila přeměnit stávající systém psychiatrické péče tak, aby se dosáhlo zlepšení kvality života jedinců s duševním onemocněním. V návaznosti na ni vznikl **Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030**, který Strategii doplňuje (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online). Na dalších stránkách se budeme těmito dokumenty zabývat a zaměříme se především na cíle Strategie, o jejichž splnění je od roku 2014 usilováno.

Strategie reformy psychiatrické péče vznikla především jako odezva na zjištění špatného stavu **systému psychiatrické péče** v České republice. V tomto systému nebyly po dlouho dobu provedeny žádné změny, stále byl založen na zastaralých psychiatrických léčebnách, neobjevovala se snaha o větší zapojení komunitní péče a mezi jednotlivými složkami péče o pacienty s duševním onemocněním chyběla potřebná provázanost (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Na tuto zastaralost systému upozorňovali autoři, kteří se v roce 2012 podíleli na mapování stavu psychiatrické péče. Uváděl, že důsledkem toho, že Česká republika nemá žádný vládní program péče o duševní zdraví, je: „nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity, nedostatek zařízení komunitní péče“ (Raboch, Wenigová a kol., 2012, online). Upozorňovali také na malou dostupnost psychiatrické péče, celkové podfinancování oboru a zpomalenost vývoje psychiatrie oproti srovnání s ostatními zeměmi Evropské unie. Tento pomalý vývoj nedostatečně odrážel stále narůstající počet jedinců s duševním onemocněním, kterým bylo nutno poskytnout potřebnou péči (Raboch, Wenigová a kol., 2012, online).

Do roku 2012 se většina psychiatrické péče soustředila do ambulancí, ve kterých nemohlo být dosaženo potřebné kvality péče kvůli velkému množství pacientů, které měl na starosti jeden psychiatr. Nejčastěji byla pozornost soustředěna na biologickou léčbu, přičemž se opomíjel stále populárnější bio-psycho-sociální pohled na jedince.

Psychiatrická lůžková zařízení byla nerovnoměrně rozmístěna v rámci krajů, takže dostupnost služeb byla pro určité jedince značně omezena. Navíc, jedna psychiatrická léčebna měla pokrýt pacienty z širšího okruhu území ČR, tudíž lůžka léčeben byla vždy zaplněna na maximum. Mnoho oddělení poskytujících akutní lůžkovou péči k tomuto účelu nebylo adekvátně přizpůsobeno ať z hlediska technického vybavení či personálu. Celkově byla psychiatrická péče v ČR zaměřena institucionálně, komunitní péče neměla v systému své řádné místo. Nebyl podporován vznik nových krizových center, terénních služeb a nízkoprahových center. Pokud se ukázalo větší rozvinutí komunitní péče, bylo to díky neziskovým organizacím, které se ale situovaly především ve větších městech. Mezi jednotlivými složkami komunitní péče neprobíhala potřebná spolupráce a péče o pacienta tak nemohla být efektivní (Raboch, Wenigová a kol., 2012, online).

Dle **konceptů evropských dokumentů** bylo především potřeba, aby se v psychiatrické péči začalo více využívat péče v přirozené komunitě pacienta a aby došlo k přeměně psychiatrických léčeben. Do popředí také měla vstoupit primární péče a úloha všeobecných nemocnic. To celkově mělo být zaštiťováno poskytnutím dostatečných financí tomuto segmentu zdravotnické péče. Strategie reformy psychiatrické péče byla tedy vytvořena jako určitý návod, jak těchto změn v péči o duševně nemocné v České republice dosáhnout a zlepšit tak úroveň kvality života těchto jedinců (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

3.1 Dílčí cíle Strategie reformy psychiatrické péče

Celý dokument je založen na principech zmíněných v **Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením**, kde se také uvádí, že každému jedinci by měla být poskytnuta co nejlepší možná péče v oblasti duševního zdraví. Soustředěnost hlavního cíle Strategie tedy spočívá ve **zlepšení kvality života jedinců s duševním onemocněním** pomocí naplňování jejich lidských práv (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek mluví o kvalitě života jako o širokém pojmu, do kterého lze zahrnout subjektivní i objektivní měřítka. Jejich Průzkum kvality života v Evropě se zaměřuje na subjektivní pocit pohody jedince, jeho životní standard a životní podmínky, materiální deprivaci, rovnováhu mezi osobním a pracovním životem, pečovatelské povinnosti a kvalitou

veřejných služeb i celé společnosti (Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek, 2016, online).

Tento hlavní cíl, zlepšit kvalitu života jedinců s duševním onemocněním, byl rozdělen do sedmi dílčích cílů, kterými se nyní budeme zabývat a které ovlivnili fungování metod komplexní péče o psychiatrické pacienty (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Cíl 1: Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.

Stanovením tohoto cíle reaguje Strategie na nedostatečnou dostupnost a provázanost služeb zdravotní a sociální péče. Mezi jednotlivá opatření patří zlepšení dostupnosti lůžkové péče, rozvoj sítě poskytovatelů psychiatrické péče i s návaznými službami a především vznik **Center duševního zdraví** (jejich popisu se budeme věnovat níže). Předpokladem pro zlepšení organizace psychiatrické péče a zároveň její zkvalitnění by mělo být zajištění dostatku finančních prostředků pro tuto oblast zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Cíl 2: Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.

Velkým problémem v životě jedince s duševním onemocněním je **stigmatizace**, se kterou se na veřejnosti setkávají a která ovlivňuje snadnost jejich začlenění do plnohodnotného společenského života i do pracovního procesu. Strategie reformy psychiatrické péče věří, že tuto stigmatizaci lze ovlivnit edukací laické i odborné veřejnosti pomocí vzdělávacích a osvětových programů, což povede ke zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Cíl 3: Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.

Tohoto cíle by se mělo dosáhnout zlepšením komunikace odborníků s uživateli péče a jejich rodinami. Provázáním zdravotní a sociální péče a edukací odborné veřejnosti se zvýší celková spokojenost duševně nemocných a jejich rodin (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Cíl 4: Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti.

Tento cíl zdůrazňuje, že kvalita života jedinců s duševním onemocněním bývá ovlivněna i tím, jak rychle jejich nemoc odhalí lékaři a jak rychle se o ně začne náležitě pečovat. Proto je potřeba vzdělávat ohledně psychiatrických onemocnění i lékaře z jiných oborů než z psychiatrie, aby i oni mohli lépe rozeznat příznaky duševní choroby a předat jedince do péče odborníka. Zároveň by včasnému odhalení nemoci mělo pomoci zavedení konsiliárních psychiatrických týmů do všeobecných nemocnic, které by působily na somatických odděleních a pomohly lékařům duševní onemocnění identifikovat (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Cíl 5: Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).

V této oblasti Strategie opět uvádí potřebnost provázanosti zdravotních a sociálních služeb, rozšíření sítě poskytovatelů psychiatrické péče a vznik Center duševního zdraví. Kvalita života duševně nemocných by těmito změnami měla být ovlivněna, jelikož jim umožní více se podílet na společenském životě a lépe se profesně uplatnit (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Cíl 6: Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.

Tento cíl předpokládá, že spoluprací mezi složkami státní správy a územní samosprávy by se zlepšila organizovanost zdravotních, sociálních a návazných služeb. Jejich provázanost a **meziresortní a multiprofesní přístup** by duševně nemocným zjednodušily přístup k sociálním službám, které po využití psychiatrické péče potřebují (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Cíl 7: Humanizovat psychiatrickou péči.

Poslední cíl si klade za úkol **deinstitucionalizaci**, jelikož péče o duševně nemocné v ČR se soustřeďuje především v psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic. V oblasti této lůžkové péče by mělo dojít ke zlepšení podmínek pomocí modernizace a kultivace prostředí. Zároveň by se měla zlepšit síť poskytování komunitních neboli extramurálních služeb a rozvíjet péče v rámci Center duševního

zdraví, aby se docílilo redukce lůžkových kapacit a byla tak umožněna co největší humanizace péče o psychiatrické pacienty (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

3.2 Jednotlivé pilíře Strategie reformy psychiatrické péče

Můžeme si povšimnout, že všechny dílčí cíle Strategie reformy psychiatrické péče zmíněné výše nějakým způsobem směřují ke zlepšení kvality péče poskytované jedincům s duševním onemocněním. Celkový systém poskytování psychiatrické péče v ČR se měl obměnit a zrenovovat, mělo dojít k restrukturalizaci služeb, čímž by se staly pro pacienty dostupnějšími a efektivnějšími. Stávající systém psychiatrické péče, který se skládal především z psychiatrických léčeben, psychiatrických oddělení nemocnic a ambulancí, měl být dle Reformy doplněn o **Centra duševního zdraví**, které měly péči přiblížit duševně nemocným. Tyto Centra duševního zdraví měly vzniknout jako první a pokud by se osvědčilo jejich efektivní fungování, přešlo by se ke změnám v síti stávajících psychiatrických léčeben. V následujícím textu se podíváme na tyto čtyři pilíře psychiatrické péče a uvedeme, které aspekty by se v nich měly změnit, aby se dosáhlo systému vyvážené péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Ambulantní péče

Základním pilířem psychiatrické péče by měly být psychiatrické ambulance, které pečují o velkou část jedinců s duševním onemocněním. Často jsou navázány na ambulance klinického psychologa a snaží se zajišťovat **celkovou koordinaci péče** o pacienta. Podle doporučení Strategie by se měla síť ambulancí rozšířit tak, aby byly dobře dostupné ve všech regionech ČR – a to jak síť psychiatrických ambulancí, tak i klinických psychologů (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Psychiatrické ambulance by měly začít více spolupracovat s praktickými lékaři, lůžkovými zařízeními i Centry duševního zdraví, aby se zajistila co nejlepší možná péče o pacienta a návaznost na sociální služby. Ke každému pacientovi by se mělo přistupovat více individuálně, čemuž by také mohlo napomoci přidání nelékařského personálu např. sociálního pracovníka či terapeuta. Nejvíce se u psychiatrických ambulancí zdůrazňuje potřeba **zvýšení kvality péče**, které se docílí, pokud jeden psychiatr nebude přehlcen velkým množstvím pacientů a bude tak moci

věnovat více času každému z nich (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Psychiatrická oddělení nemocnic

Psychiatrická oddělení nemocnic poskytují především **akutní lůžkovou péči**, ovšem jejich síť není dostatečně rozvinuta. Dle Reformy by tedy mělo dojít k rozvoji sítě těchto služeb a rozšíření počtu lůžek, aby byla umožněna léčba širšího spektra duševních poruch. Zároveň by se zde měl zlepšit stav technického vybavení a zvýšit počet kvalifikovaných pracovníků s cílem zajistit takové podmínky léčby pro duševně nemocné, jaké se dostávají somaticky nemocným. Celkový **standard poskytování lůžkové péče** v nemocnicích by se tak měl zvýšit (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Psychiatrická oddělení nemocnic by měla mít možnost vytvořit specializovaná oddělení, doléčovací stacionáře a specializované stanice pro zvláště nebezpečné. Duševně nemocným s potřebou návazné péče by mělo být zajištěno spojení s Centry duševního zdraví a dalšími sociálními službami (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Psychiatrické léčebny/nemocnice

Psychiatrické léčebny a nemocnice patří mezi lůžková zařízení, která poskytují **komplexní psychiatrickou péči**. Jejich pacientem může být i jedinec hospitalizovaný bez jeho souhlasu dle podmínek stanovených zákonem. Strategie ohledně tohoto pilíře navrhuje, že celkový počet lůžek by měl být snížen a objem lůžek pro akutní péči zredukován tak, aby se zaměřila pozornost více na **následnou péči s psychiatrickou rehabilitací**. Poskytované služby by měly být více diferencovány, přičemž ale každý jedinec by měl mít dobrou dostupnost služeb akutní péče a ve vybraných léčebnách by měl být umožněn rozvoj specializované péče a ochranného léčení. Stávajícím dlouhodobě hospitalizovaným pacientům by měla být poskytnuta přechodná dlouhodobá lůžková péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Stejně jako u psychiatrických oddělení nemocnic by se měl v léčebnách zajistit dostatečný počet kvalifikovaného a specializovaného personálu, aby bylo docíleno **zvýšení kvality péče**. Úměrné financování by mělo nejen pokrýt náklady na navýšení

počtů personálu, ale také na modernizaci prostorů a vybavení léčeben a nemocnic, aby byla pro psychiatrické pacienty zajištěna stejně kvalitní péče jako pro somaticky nemocné. U vybraných léčeben by měli být vybudovány denní stacionáře a Centra duševního zdraví, která by zajistila návaznost na další potřebnou péči a na adekvátní sociální služby (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Centra duševního zdraví (CDZ)

Centra duševního zdraví se dle Reformy péče o duševní zdraví mají stát novým důležitým pilířem psychiatrické péče, který má duševně nemocným péči přiblížit. Výhodou CDZ je, že jedinec nebude za účelem léčby vytrhnut ze svého sociálního prostředí, na které je zvyklý, ale bude v začleňování do společnosti podpořen. Mezi cíle vzniku Center patří tedy i co největší možná **společenská integrace jedince** a poté také jeho **klinické a sociální zotavení**. Bude se jednat o nízkoprahová zařízení, která budou poskytovat zdravotní a sociální služby především osobám s vážným psychickým onemocněním. Tato poskytovaná péče bude založena na **multidisciplinárním týmu**, aby bylo docíleno propojení a spolupráce poskytovaných psychiatrických, klinicko-psychologických a návazných sociálních služeb. Zároveň by tato spolupráce měla probíhat i vně této služby s jinými zařízeními a napojit se na komunikaci s praktickými lékaři (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016, online).

CDZ by se měla soustředit především na poskytování péče jedincům se **závažným duševním onemocněním** (SMI – Serious Mental Illness), přičemž jejich cílem by bylo reintegrovat je do běžného života či předcházet jejich hospitalizaci pomocí dlouhodobé péče. U jedinců s rizikem rozvoje SMI mohou CDZ zakročit včasnou intervencí, diagnostikou a započatím léčení. Na Centra se také mohou obrátit jedinci v krizových situacích trpící **akutními psychickými obtížemi**, kterým zařízení poskytne krátkodobou intervenci a obstará jim návaznost na další potřebnou péči (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016, online).

CDZ by měla primárně vznikat a fungovat samostatně v běžné zástavbě, ovšem nevyklučuje se jejich vznik při psychiatrických léčebnách, psychiatrických odděleních nemocnic či při psychiatrických ambulancích. Samostatné CDZ mohou být tvořeny buď jednou, nebo více organizacemi a jejich součástí by měly být zároveň **ambulantní služby psychiatra, služby klinického psychologa, ambulance veřejného zájmu pro**

jedince s nařízenou ambulantní ochrannou léčbou, **terénní tým** zaměřený na práci v přirozeném prostředí klienta, **krizové centrum** poskytující intervenci, **denní péče** konaná prostřednictvím denních stacionářů či denních center pomocí psychoterapií a kognitivní rehabilitace a **svépomocné programy** začleňující do péče o duševně nemocné jejich rodiny a samotné uživatele. Zapojování rodinných příslušníků a uživatelů péče do služeb CDZ by se mělo stát důležitým aspektem, pomocí kterého se klienti i rodiny stanou partnery poskytovatelů zdravotně-sociální péče. K těmto hlavním poskytovaným službám se ve vybraných CDZ mohou přidat mimo jiné služby **dětského krizového centra, adiktologický denní stacionář** nebo **stacionář pro poruchy příjmu potravy** (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Za účelem zprostředkování všech těchto výše zmíněných služeb by měl být v CDZ přítomen tzv. **komunitní tým**, který by se orientoval na celostní uzdravení pacienta dle bio-psycho-sociálního modelu. Do tohoto týmu by měl patřit **psychiatr**, který je hlavním poskytovatelem zdravotní péče a posuzuje rizikovost stavu klienta a stanovuje postup léčby. Dále **psychiatrická sestra**, která vyhodnocuje potřeby a soběstačnost klientů, monitoruje jejich psychický stav, napomáhá jim adaptovat se na nové životní situace a pomáhá klientům zachovat jejich fyzické, psychické a kognitivní funkce. Důležitou součástí je také **klinický psycholog**, který klientům poskytuje psychoterapie a poradenství a může se vyjadřovat k postupům léčby stanoveným psychiatrem. Posledním hlavním článkem CDZ by měl být **sociální pracovník** vzdělaný pro práci s duševně nemocnými, který má většinou roli klíčového pracovníka (case manager). Tento pracovník pracuje s celou komunitou, provádí sociální šetření, vyhodnocuje projevy onemocnění klienta a pomáhá mu řešit jeho problémy se sociálním zázemím i finanční potíže (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016, online).

Dále se také může jednat o **peer konzultanta**, který pomocí své osobní zkušenosti podporuje klienta v uzdravení a zároveň může poskytovat zbytku týmu zpětnou vazbu z pohledu uživatelů služeb. **Pracovní konzultant** se pak zabývá problematikou zaměstnávání osob s duševním onemocněním, kdy se snaží klientům najít práci na klasickém trhu práce nebo na trhu chráněném. Jeho úkolem je také pomoci klientům udržet si onu práci a pomáhat mu v adaptaci na dané pracovní prostředí. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016, online).

Poskytovaná péče v CDZ by měla být propojena s poradenstvím ohledně dalších dostupných sociálních služeb a multidisciplinární tým by měl spolupracovat s těmito dalšími organizacemi. V případě potřeby by pak neměl být problém zajistit plynulý přechod klienta CDZ do návazné sociální služby, čímž by se zajistila efektivní a kvalitní péče o jedince trpícího duševním onemocněním (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online).

Změny ve všech pilířích psychiatrické péče a zavedení nového pilíře směřují ke **zlepšení kvality péče** o psychiatrické pacienty. Komplexní péče o pacienta se má stát více provázaná, jednotlivé služby mezi sebou mají komunikovat a spolupracovat, aby se zajistila efektivní léčba duševně nemocného. Přístup k pacientům a klientům se má humanizovat, léčebny mají dostat novou podobu, aby se podpořili snahy o deinstitutionalizaci a modernizaci celého systému psychiatrické péče. Lékaři a pracovníci služeb mají více komunikovat s uživatelem a jeho rodinou, pomoci jim začlenit se do společenského i pracovního života a má být podpořena destigmatizace jedinců s duševním onemocněním. Jednotlivé aspekty péče mají být provázané, což by se mělo nejvíce promítnout v nově vzniklých Centrech duševního zdraví, které budou zajišťovat služby zdravotní i sociální i návazné (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online). Na některé tyto aspekty psychiatrické péče, které se měly od roku 2013 proměnit, se zaměříme v našem výzkumném šetření popsaném níže.

3.3 Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030

V průběhu let od prvních pokusů naplňovat cíle **Strategie reformy psychiatrické péče** bylo zjištěno několik nedostatků, které cíle dokumentu neumožňovaly efektivně plnit, a několik aspektů, na které by bylo potřeba více se zaměřit. Ministerstvo zdravotnictví České republiky především uvádí, že už nejde jen o kvalitu péče poskytovanou jedincům s duševním onemocněním, ale že by se pozornost měla také více zaměřit na prevenci a časnou intervenci pro udržení dobrého **duševního zdraví celé populace**. V odezvě na to tedy vznikl v roce 2020 **Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030** (dále jen NAPDZ), který Strategii reformy psychiatrické péče z roku 2013 doplňuje a upravuje metody komplexní péče o psychiatrické pacienty (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, online). V následujícím textu se krátce podíváme na jednotlivé cíle tohoto dokumentu a stručně je popíšeme.

Cíl 1: Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

Tento cíl si stanovuje za úkol vytvořit efektivní propojenost a řízení služeb zdravotně-sociální péče o duševní zdraví nejen na regionální úrovni, ale i u veřejné politiky s možností většího zapojení uživatelů péče. Síť služeb by měla být řízena především s ohledem na jejich kvalitu a mělo by být umožněno zapojení inovativních řešení v rámci poskytování komunitní zdravotní i sociální péče. Pacientům by měl být umožněn snadný a z hlediska jejich psychického stavu bezpečný přechod od institucionální péče do péče komunitní (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, online).

Cíl 2: Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.

Druhý bod NAPDZ usiluje o rychlejší rozvoj systému komunitní péče a více zdůrazňuje potřebu **destigmatizace** jedinců s duševním onemocněním. Dle tohoto cíle je také důležité soustředit pozornost na primární prevenci a časnou intervenci pro všechny věkové kategorie obyvatel a podpořit zdravé duševní zdraví u dětí pomocí zavedení efektivního systému psychologického poradenství ve školách. Finanční prostředky poskytované systému psychiatrické péče by měly být stále navyšovány a měla by se do procesu více zapojit aktivní politika zaměstnanosti z důvodu zabránění vzniku chudoby u duševně nemocných jedinců (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, online).

Cíl 3: Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.

Do hodnocení kvality péče poskytované jedincům s duševním onemocněním by mělo být zařazena míra dodržování lidských práv a v celém systému péče by měla být respektována individuální vůle jedince. Uživatelé služeb a jejich rodinní příslušníci by měli mít možnost zhodnotit kvalitu systému péče, aby se zajistil vznik systému, který potřeby uživatelů a jejich rodin bude reflektovat. Při diagnostice a léčbě nemoci se projevuje jako nutné brát ohled na specifika duševního zdraví žen, mužů a znevýhodněných skupin osob, aby byl zajištěn rovný přístup ke kvalitním službám (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, online).

Cíl 4: Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.

Pod tímto bodem se zdůrazňuje především potřeba další **deinstitucionalizace** psychiatrické péče, která by podpořila přechod od velkých psychiatrických léčeben a nemocnic k péči komunitní. V odděleních všeobecných nemocnic se budou rozšiřovat kapacity lůžek určených pro akutní psychiatrickou péči, aby se zvýšila dostupnost těchto služeb. Péči v komunitě by měly zajišťovat **multidisciplinární týmy** především prostřednictvím **Center duševního zdraví**, jejichž počet by měl být do roku 2030 navýšen a celkově se rovnat stu. V systému péče o duševní zdraví se bude usilovat o větší zapojení uživatelů a jejich rodinných příslušníků, svépomocných skupin a peer konzultantů, což povede ke vzniku větší základny přirozených zdrojů potřebných k zotavení pacienta (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, online).

Cíl 5: Budování systému péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.

Poslední cíl NAPDZ si klade za úkol zabezpečit **efektivní koordinaci péče** a to jak pro somaticky, tak pro psychicky nemocné. Měla by fungovat spolupráce potřebná k zajištění kvalitní péče pro duševně nemocné, pomocí které by jim bylo umožněno zotavit se a zapojit se do společnosti. Je zmíněna také potřeba zvýšit efektivitu a intenzitu péče o pacienty se soudem nařízeným ochranným léčením, což by se mělo promítnout do ústavní, ambulantní i komunitní péče. Všechny osoby se závažnějším duševním onemocněním by měly disponovat možností přebývat v pobytových sociálních službách nebo v chráněném a podporovaném bydlení, které by zajistily co největší možnou míru samostatnosti jedince s duševním onemocněním (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, online).

Jak si můžeme dle výše zmíněných cílů **Národní akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030** povšimnout, opravdu odkazuje a rozšiřuje opatření a požadavky na systém psychiatrické péče zmíněné ve **Strategii reformy psychiatrické péče z roku 2013**. Znovu zdůrazňuje potřebu zlepšit propojenost a spolupráci jednotlivých segmentů psychiatrické péče, aby byla zajištěna její co největší kvalita. Snaží se dostat péči o duševně nemocné na stejnou úroveň, na jaké je péče o somaticky nemocné. V dokumentu je zmíněna potřeba poskytnout dostupný systém péče pro všechny věkové

kategorie obyvatel s větším důrazem na duševní zdraví dětí. Pozornost je kladena především na další rozvoj multidisciplinárních týmů a dalších komunitních služeb, aby se dosáhlo deinstitucionalizace péče a její efektivity a kvality, kterou jedinci s duševním onemocněním potřebují (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020, online).

4 Výzkumné šetření

Tato kapitola bakalářské práce se bude věnovat samotnému výzkumnému šetření. V předchozích kapitolách jsme si přiblížili teoretické poznatky, které jsou nezbytné pro představení daného tématu. Nyní se zaměříme na to, jak se podařilo tuto teorii popisující metody komplexní péče promítnout do praxe.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se vznik **Strategie reformy psychiatrické péče**, o které píšeme ve třetí kapitole této bakalářské práce, promítl do praxe. V rámci šetření jsme se rozhodli neodkazovat na **Národní akční plán duševního zdraví 2020-2030**, který, ač se Strategií souvisí, byl vydán nedávno a očekáváme, že snaha o aplikaci těchto teoretických poznatků bude dlouhodobější proces, který se nyní v praxi ještě nestihl plně projevit. Naproti tomu byla Strategie reformy psychiatrické péče, která měla zajistit proměnu psychiatrického systému, sepsaná v roce 2013 Ministerstvem zdravotnictví České republiky, tudíž věříme, že už by v praxi měla být náležitě zohledněna. Nyní, o osm let od vydání Strategie, se budeme ptát zaměstnanců **CEDRu Pardubice o.p.s.**, jak nahlíží na způsob poskytování služeb komplexní péče psychiatrickým pacientům.

Tento cíl bakalářské práce jsme zformulovali do jedné hlavní výzkumné otázky (HVO):

Jak zaměstnanci CEDRu vnímají metody komplexní péče?

Pod tuto hlavní výzkumnou otázku jsme zařadili pět dílčích výzkumných otázek (DVO), které byly sestaveny s ohledem na dílčí cíle a pilíře Strategie. Každá DVO je dále rozpracována do tazatelských otázek (TO), které byly respondentům předneseny. K těmto tazatelským otázkám uvádíme ještě podotázky, které v případě potřeby sloužily k doptání se respondenta tak, aby jeho odpověď byla co nejpřesnější a nejobsáhlejší.

DVO I. Jakým způsobem funguje mezioborová spolupráce mezi CEDRem a ostatními institucemi/organizacemi?

TO 1. Za jakých okolností přicházejí klienti do vaší organizace?

- Ze své vlastní iniciativy, s doporučením odborníka, s přičiněním jejich rodiny?

TO2. Popište, jak funguje mezioborová spolupráce s dalšími odborníky mimo organizaci (pokud probíhá).

- S kolika odborníky většinou spolupracujete?
- S kterými odborníky spolupracujete?
- Probíhá tato spolupráce formální cestou, nebo neformálně?
- Jak vnímáte užitečnost této mezioborové spolupráce pro klienta?

DVO II. Co si zaměstnanci myslí o spolupráci mezi zaměstnanci uvnitř organizace?

TO 3. Co si myslíte o spolupráci s ostatními zaměstnanci v rámci organizace?

- Jak funguje?
- Probíhá tato spolupráce formální formou, či neformálně?
- Jak často s kolegy konzultujete situaci ohledně jednoho klienta?

TO 4. V čem vidíte užitečnost spolupráce zaměstnanců uvnitř CEDRu pro klienty?

- Jaký dopad by mělo na klienta, pokud byste nespolečně pracovali?

DVO III. Jak vnímají zaměstnanci užitečnost propojování služeb?

TO 5. Jak probíhá přizpůsobování poskytované služby potřebám a požadavkům klienta?

- Je na tyto potřeby a požadavky brán ohled?
- Jsou tyto požadavky zaznamenávány v dokumentaci?

TO 6. Jakým způsobem probíhá spolupráce s rodinou klienta?

- Dostáváte od rodiny klienta nějakou zpětnou vazbu?
- Jakým způsobem a jak často je vám tato zpětná vazba poskytnuta?
- Je tato zpětná vazba čistě formální, nebo i neformální?

DVO IV. Jak zaměstnanci vnímají kvalitu poskytovaných služeb?

TO 7. Jak se mohou Vaši klienti vyjádřit k poskytovaným službám?

- Probíhá nějaká evaluace služby z jejich strany?
- Jaké množství klientů dle Vašeho mínění pociťuje po využití vašich služeb zlepšení příznaků nemoci?

TO 8. Popište, jakým způsobem je z Vaší strany dodržována Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.

- Jak si myslíte, že je důležité dodržování této Úmluvy?

DVO V. Jaká je dostupnost služeb organizace?

TO 9. Popište, jak vnímáte dostupnost služeb pro potenciální klienty.

- Považujete vaše služby za dobře dostupné?
- Proč máte pocit, že jsou vaše služby dobře/špatně dostupné?

TO 10. Jakým způsobem vás zájemce o vaše služby může oslovit?

- Je lékařská zpráva podmínkou přijetí klienta do služby?

TO 11. Jak se snaží vaše organizace rozšířit povědomí o svých službách mezi veřejností?

- Jakým způsobem propagujete vaše služby mezi potenciální klienty?
- Myslíte si, že je tato propagace vašich služeb dostačující?

Pro větší přehlednost uvádíme níže tabulku, která znázorňuje návaznost dílčích výzkumných otázek na hlavní výzkumnou otázku a tazatelských otázek na dílčí návazné otázky.

Tab. č. 1 - Přehled výzkumných a tazatelských otázek

Hlavní výzkumná otázka (HVO)	Dílejší výzkumné otázky (DVO)	Tazatelské otázky (TO)
<p>Jak zaměstnanci CEDRu vnímají metody komplexní péče?</p>	<p>DVO I. Jakým způsobem funguje mezioborová spolupráce mezi CEDRem a ostatními institucemi/organizacemi?</p>	<p>TO 1. Za jakých okolností přicházejí klienti do vaší organizace?</p>
		<p>TO 2. Popište, jak funguje mezioborová spolupráce s dalšími odborníky mimo organizaci (pokud probíhá)</p>
		<p>TO 3. Jak vnímáte užitečnost této mezioborové spolupráce pro klienta?</p>
	<p>DVO II. Co si zaměstnanci myslí o spolupráci mezi zaměstnanci uvnitř organizace?</p>	<p>TO 4. Co si myslíte o spolupráci s ostatními zaměstnanci v rámci organizace?</p>
		<p>TO 5. V čem vidíte užitečnost spolupráce zaměstnanců uvnitř CEDRu pro klienty?</p>
	<p>DVO III. Jak vnímají zaměstnanci užitečnost propojování služeb?</p>	<p>TO 5. Jak probíhá přizpůsobování poskytované služby potřebám a požadavkům klienta?</p>
<p>TO 6. Jakým způsobem probíhá spolupráce s rodinou klienta?</p>		

Hlavní výzkumná otázka (HVO)	Dílčí výzkumné otázky (DVO)	Tazatelské otázky (TO)
	DVO IV. Jak zaměstnanci vnímají kvalitu poskytovaných služeb?	TO 7. Jak se mohou Vaši klienti vyjádřit k poskytovaným službám?
		TO 8. Popište, jakým způsobem je z Vaší strany dodržována Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.
	DVO V. Jaká je dostupnost služeb organizace?	TO 9. Popište, jak vnímáte dostupnost služeb pro potencionální klienty.
		TO 10. Jakým způsobem vás zájemce o vaše služby může oslovit?
		TO 11. Jak se snaží vaše organizace rozšířit povědomí o svých službách mezi veřejností?

4.2 Druh výzkumu a metoda sběru a analýzy dat

Jelikož naše výzkumné otázky zjišťují podrobný názor vybraných zaměstnanců na metody komplexní péče, byl zvolen **kvalitativní přístup** při sběru dat. Tento přístup používá pro popis, analýzu a interpretaci poskytnutých dat kvalitativní metody. Je zaměřen na výzkum v jednom přesně daném kontextu - v jednom času a místě, tudíž jakékoliv zobecnění je možné pouze v závislosti na tomto kontextu. Na zkoumaný jev je nahlíženo v rámci procesu rozvoje jevu a zároveň je brána v úvahu změna, kterou může vyvolat sám výzkumník, jelikož se v rámci výzkumu na těchto procesech určitým způsobem spolupodílí (Miovský, 2006, s. 17-18).

Za výhody kvalitativního výzkumu považuje Hendl jeho pružnost, se kterou se může lépe přizpůsobit daným podmínkám a situacím. Jelikož výzkum pracuje s omezeným množstvím respondentů, získá výzkumník podrobný a subjektivní vhled do daného fenoménu. S menším počtem respondentů se může výzkumník také zaměřit na jejich jednotlivé odpovědi, podrobně je prozkoumat a porovnat (Hendl, 2016, s. 48-49).

Jelikož jsme se zajímali o konkrétní názory zaměstnanců, data získaná kvantitativní metodou by nám neposkytla podrobné informace, které jsou pro zjištění odpovědi na naši hlavní výzkumnou otázku nezbytné.

Polostrukturované interview jsme zvolili jako metodu sběru dat. Cílem interview je zjistit, jak tázané osoby interpretují pozorované jevy kolem sebe. Polostrukturované interview je částečně připravené, výzkumník má připraveny tazatelské otázky, ovšem nemusí se této struktury pevně držet. Výzkumník může přizpůsobit pořadí a znění otázek dle vývoje obsahu interview a může se doptávat tak, aby docílil získání relevantních odpovědí (Gavora, 2010, s. 202).

Z odpovědí respondentů byly po poskytnutí jejich souhlasu vytvořeny audiozáznamy, které nám umožnily pozdější doslovnou transkripci dat. Miovský spatřuje výhodu audiozáznamu v autentičnosti a přesnosti, kterou pouhým záznamem poznámek tužkou na papír během samotného rozhovoru nemůžeme dosáhnout (Miovský, 2006, s. 197). Pro účely pozdější analýzy dat jsme provedli jejich přepis, jehož přesnost jsme poté ověřili opětovným poslechem audiozáznamu a porovnáním s již vytvořeným přepisem.

Jako metodu analýzy získaných dat jsme použili **kategorizaci kvalitativních dat** neboli kódování. Kódování je podle Hendla: „rozkrytí dat směrem k jejich interpretaci, konceptualizaci a nové integraci“ (Hendl, 2016, s. 251) Dále uvádí, že výzkumník při kódování prochází daty a lokalizuje jednotlivá témata, která mají vztah k výzkumným otázkám (Hendl, 2016, s. 251-252). Při dalším pohledu na tyto kategorie dochází k jejich propojování tam, kde je zřejmá souvislost a také k utváření obecnější kategorií a podkategorií. Závěrem by mělo být vytvoření několika ústředních kategorií, ve kterých se budou spojovat další podkategorie (Řiháček, Čermák, Hytych, 2013, 50).

4.3 Výzkumný vzorek

Ke stanovení skupiny respondentů jsme použili **metodu záměrného výběru**. Podle Miovského je tato metoda nejrozšířenější, co se týče kvalitativního přístupu k výzkumu. Záměrný neboli účelový výběr je založen na cíleném hledání respondentů, kteří splňují předem daná kritéria (Miovský, 2006, 135). U osob vybraných podle těchto kritérií bude zajištěno, že budou mít potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí, tudíž budou schopni podat o něm co nejpřesnější obraz (Gavora, 2010, 183).

Naše kritérium jsme stanovili takto: Musí se jednat o jedince, kteří pracují s psychiatrickými pacienty a mají náhled do komplexní péče o ně. Tyto podmínky splňovali zaměstnanci CEDRu Pardubice o.p.s. Tato organizace nás napadla jako první z důvodu naší předchozí pozitivní zkušenosti s tanními zaměstnanci a také z důvodu předchozí navázané spolupráce, tudíž pro nás nepředstavovalo problém oslovit tamější vedoucí sociální pracovníci s prosbou o její účast a o účast dalších zaměstnanců v našem výzkumném šetření.

Nyní považujeme za důležité stručně přiblížit činnost této organizace, a tak odůvodnit náš výběr. **CEDR Pardubice o.p.s.** (dále jen CEDR) je obecně prospěšná společnost, která v Pardubicích působí od roku 1994. Zaměřuje se především na poskytování ambulantních sociálních služeb psychiatrickým pacientům. Těmto jedincům nabízí sociálně terapeutické dílny, které se soustředí na rozvoj jejich pracovních a sociálních dovedností, a centrum denních aktivit, v rámci kterého mohou řešit své problémy a smysluplně zde trávit svůj volný čas. V rámci této organizace funguje i Centrum KOMPRES, které je určeno osobám se získaným poškozením mozku a nabízí jim komplexní rehabilitaci, a také zde vznikly tři chráněná pracoviště, kde jsou zaměstnány osoby se zdravotním postižením (CEDR Pardubice o.p.s., 2021, online).

Po oslovení vedoucí sociální pracovníce jsme získali kontakty dohromady na všech pět zaměstnanců, kteří v CEDRu působí a kteří nám všichni přislíbili další spolupráci. Náš výzkumný vzorek tedy tvořilo pět respondentů a všichni byli zaměstnanci CEDRu. Všichni respondenti byli zástupci ženského pohlaví. Z hlediska zachování anonymity nemůžeme sdělit jejich jména, vzdělání a ani vykonávanou pozici v organizaci. Pro lepší přehlednost je dále budeme označovat jako respondenty 1-5 (R1-R5). Pro zorientování přikládáme níže tabulku se základními údaji, které poskytnout můžeme.

Tab. č. 2 – Základní údaje o respondentech

Označení respondenta	Pohlaví	Délka praxe v CEDRu Pardubice o.p.s.	Délka celkové praxe v oblasti sociálních služeb
R1	Žena	19 let	19 let
R2	Žena	5 let	8 let
R3	Žena	2 roky	2 roky
R4	Žena	5 let	5 let
R5	Žena	1 rok	6 let

4.4 Průběh vlastního výzkumného šetření a etika výzkumu

Zaměstnance organizace jsme kontaktovali nejprve po e-mailu a po dalším příslibení spolupráce došlo k telefonickému kontaktu s každým z nich, abychom se domluvili na termínu uskutečnění našeho interview. Bohužel kvůli koronavirové krizi bylo problematické sejít se přímo v budovách CEDRu v Pardubicích, tudíž jsme navrhli bezpečnější možnost a to formou telefonického hovoru, s čímž všichni oslovení souhlasili. Abychom se pokusili vyrovnat nedostatky, které plynou z rozhovoru neuskutečněného osobně, poskytli jsme předem respondentům seznam tazatelských otázek (a informovaný souhlas s účastí na výzkumu), aby měli možnost alespoň se částečně připravit a my tak získali co nejpřesnější a co nejobsáhlejší odpovědi. Tento způsob respondentům výzkumu vyhovoval a máme dojem, že nás dovedl k lepším odpovědím, než kdybychom tak neučinili.

Všechny rozhovory proběhly v prosinci roku 2020. Respondent výzkumu byl kontaktován v předem domluveném čase a my se ujistili, zda je v klidném prostředí, které nebude narušovat průběh a plynulost interview. Dále jsme respondentovi znovu připomněli téma naší bakalářské práce a obeznámili jsme ho s hlavním cílem našeho výzkumného šetření.

Před počátkem samotného dotazování byla v rámci dodržení **etických pravidel na ochranu respondentů výzkumu** všem zúčastněným osobám příslibena anonymita,

tudíž v rámci této práce nezmiňujeme žádné údaje, které by mohly onu anonymitu narušit. V rámci dodržení anonymity respondentů také není možné uvedení celých doslovných přepisů rozhovorů, tudíž v rámci výsledků analýzy dat uvádíme jen úryvky z těchto interview. Dále jsme respondenty požádali o poskytnutí souhlasu s nahráváním rozhovoru s tím, že po transkripci a analýze dat budou všechny nahrávky odstraněny a nebudou poskytnuty žádné třetí osobě. Ohledně nahrávání nám všichni respondenti poskytli ústní souhlas. Jako poslední krok před zahájením dotazování jsme respondentům přečetli informovaný souhlas s účastí na výzkumu (viz. příloha A), který jim byl též poskytnut předem. Žádný ze zúčastněných neměl námitky proti údajům obsaženým v informovaném souhlasu a všichni nám tedy poskytli ústní souhlas.

Poté jsme mohli přistoupit k samotnému výzkumnému šetření. Respondentům jsme kladli předem připravené otázky a nechávali jim dost času na odpověď. Využili jsme možnost, kterou nabízí polostrukturované interview, a v případě nejasností jsme se doptávali a poprosili respondenta o konkrétnější odpověď. Po dokončení rozhovoru jsme respondentovi poděkovali za jeho nám věnovaný čas a za jeho obsáhlé odpovědi. Jak jsme již zmínili výše, po obdržení dat jsme přikročili k jejich transkripci, která nám umožnila dále analyzovat data.

4.5 Výsledky analýzy dat

Pomocí kategorizace neboli kódování nám z rozhovorů vyplynuly čtyři kategorie a patnáct podkategorií, kterými se nyní budeme zabývat. Pro lepší přehlednost jsme jejich seznam zpracovali do tabulky uvedené níže.

Tab. č. 3 – Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
I. Mezioborová spolupráce	Doporučení služby
	Spolupráce s psychiatry
	Spolupráce s jinými organizacemi

Kategorie	Podkategorie
II. Spolupráce uvnitř organizace	Fungování spolupráce zaměstnanců
	Užitečnost spolupráce pro klienta
	Čas věnovaný klientovi
III. Kvalita a užitečnost služeb	Dodržování práv klienta
	Přizpůsobení služby klientovi
	Efektivita služby
	Evaluační služby klientem
	Spolupráce s rodinou klienta
IV. Dostupnost služby	Oslovení služby a podmínky přijetí do služby
	Přístupnost do služby
	Propagace služby

I. Kategorie: Mezioborová spolupráce

První kategorií, která nám z analýzy vyplynula, je mezioborová spolupráce. Ukázalo se, že všichni zaměstnanci považují spolupráci s psychiatry a dalšími organizacemi či institucemi za důležitou a prospěšnou pro klienta. Spolupráce s psychiatry většinou neprobíhá tak, jak by si respondenti představovali a kladou to za vinu časové vytíženosti psychiatrů. Spolupráce s ostatními organizacemi je dle zaměstnanců CEDRu nastavena dobře, i když prostor pro zlepšení vidí. Potencionálním zájemcům jsou často služby CEDRu doporučeny psychiatrem či jinými organizacemi, ale nezářídka jedinci přichází i jen ze své vlastní iniciativy nebo s doporučením od rodiny či známých.

Podkategorie: Doporučení služby

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že část klientů poprvé přišla do organizace na doporučení odborníka. Všichni respondenti se shodují, že z odborníků je to nejčastěji

psychiatr, který doporučí klientovi nějaké organizace, které by mu mohly poskytnout následnou péči.

„Ve spoustě případů je to na doporučení psychiatra, který mu doporučí nějakou organizaci, kde by mohl následně mít nějakou péči ambulantní vlastně, jako je ta naše“ (R4).

Někdy šlo i o odborníka z jiné organizace (sociálního pracovníka), v jehož doprovodu klient do služby přišel, či o zaměstnance městského úřadu, který klientovi službu doporučil.

„Nebo potažmo s doporučením od jiné organizace, kam chodili“ (R4).

V rámci šetření se dále ukázalo, že ne vždy jsou služby CEDRu doporučeny potencionálním klientům jen odborníkem. Všichni respondenti se v odpovědi shodují na tom, že o jejich službách se klienti prvně dozvídají i z jiných zdrojů. Často si potřebné informace o službě také naleznou sami, nebo přichází na přání své rodiny. Tři respondenti uvedli, že není tak nezvyklé, aby klient přišel v doprovodu rodinného příslušníka, nebo aby byl první kontakt s klientem zprostředkován rodinou.

„A potom je to často tak, že si vlastně rodina přeje, aby klient někam docházel, takže nás taky můžou kontaktovat“ (R4).

Podle R1 si také klienti mezi sebou předávají informace o dobrých organizacích a povědomí rozšiřují i mezi své známé, a tak se i několikrát stalo, že jejich klient přivedl svého známého jako potencionálního zájemce o službu.

Podkategorie: Spolupráce s psychiatry

Všichni respondenti považují za důležité a přínosné pro klienta, pokud spolupracují s psychiatry, ale na podobě této spolupráce se příliš neshodují. Dva respondenti mají na spolupráci neutrální názor. Uvádí, že spolupráce s psychiatrem probíhá na základní úrovni, kdy zájemce o jejich službu nejprve potřebuje doporučení psychiatra, ve kterém si psychiatr může stanovit, zda má zájem dostávat od služby průběžné informace o klientovi. Dále je psychiatr uveden v informovaném souhlasu klienta a v případě potřeby může zaměstnanec psychiatra kontaktovat. O tom, jak ona spolupráce funguje, se tyto respondenti příliš nezmiňovali.

R5 vidí spolupráci s psychiatry více optimisticky, zdůrazňuje její důležitost a zmiňuje i častější kontakt s psychiatry než jen ten základní počáteční s tím, že tato spolupráce funguje celkem dobře.

„Tam vlastně řešíme třeba i nějaký změny léků. ... Vidíme hodně ty změny, který nastávají, nebo nějaký zhoršení stavu. Takže okamžitě můžem vlastně kontaktovat toho psychiatra“ (R5).

Další dva respondenti hodnotí komunikaci s psychiatry jako nedostačující s tím, že se nedaří příliš navázat. R4 dokonce nakonec uvádí, že ona spolupráce podle něj ani neprobíhá. Oba respondenti dávají za vinu nedostatek času psychiatra na pacienta s tím, že se s nimi občas užší spolupráci navázat pokusili, ale většinou byl psychiatr časově vytižen. Také uvádí, že ona spolupráce by pro klienta byla více užitečná, kdyby na něj lékař měl více času.

„Moc času nemají. Já sama jsem za ta léta aktivněji spolupracovala s jednou paní psychiatrickou a úplně jsem neměla dobrou zkušenost s tím, že na klienta neměla čas“ (R1).

Podkategorie: Spolupráce s jinými organizacemi

Ohledně spolupráce s jinými organizacemi všichni respondenti uvádí, že sice funguje, ale mohla by být ještě lépe nastavená a intenzivnější. Dva respondenti vidí základ této spolupráce v tom, že pokud klient nespadá do jejich cílové skupiny či pokud potřebuje jiný druh služby, můžou ho na jiné organizace odkázat.

„Odkazujem třeba i na jiný sociální služby, pokud je potřeba řešit nějaká oblast, kterou my tady třeba neřešíme. Nebo klient chce prostě vyhledat jinou službu“ (R3).

Ve všech případech záleží na klientovi, který využívá více služeb, jestli je chce provázat a jestli chce, aby mezi sebou byly jednotliví pracovníci navzájem v kontaktu. Pokud ano, nejsou neobvyklé trojstranné schůzky.

„Tedy mě, klienta a pracovníka z jiné služby, kde si vlastně můžeme vyjasnit, co klient v dané službě dělá, na čem pracuje, aby vlastně neprobíhalo nějaké dablování nebo tak“ (R2).

Stejný názor zastávají i tři další respondenti, kteří uvádí, že pokud klient využívá dvě služby, je praktické ujasnit si, co pracovník z každé služby s klientem řeší. R4 dodává, že často záleží na pracovníkovi z druhé služby, jak se ke spolupráci postaví, a dle toho se pak vzájemný kontakt vyvíjí.

R1 zmiňuje, že dříve spolupráce fungovala o něco lépe a má pocit, že vzniklá Centra duševního zdraví nemají o kontakt s jejich organizací přílišný zájem.

„Teď se mi zdá, že tam trošku zasahují ty Centra, co vznikají, co vlastně tady vzniklo. Tak ty teď se mi zdá, že na nás koukaj trochu před prsty, že mám pocit jakoby, že nás nepotřebujou“ (R1).

II. Spolupráce uvnitř organizace

Druhou kategorií jsme nazvali spolupráce uvnitř organizace. Všichni dotazovaní jsou s fungováním spolupráce mezi zaměstnanci spokojeni a dle jejich slov probíhá velice dobře. Zároveň mají dojem, že dobrá komunikace mezi zaměstnanci zajišťuje efektivní a komplexní službu klientovi. Podle jejich názorů se nedá přesně určit, jak často mezi sebou rozebírají situaci ohledně jednoho klienta. Shodují se na tom, že je to velice individuální a že záleží na akutnosti situace klienta, ve které se nachází.

Podkategorie: Fungování spolupráce zaměstnanců

Všichni respondenti jsou s nastavením spolupráce zaměstnanců uvnitř organizace spokojeni a mají dojem, že probíhá velice dobře. R5 uvádí, že tuto spolupráci považuje za nezbytnou k tomu, aby jednotlivé služby v rámci organizaci fungovaly propojeně a doplňovaly se a R4 říká, že takto dobře nastavená spolupráce jim dává možnost nahlédnout na problém z jiného úhlu pohledu.

R1 zmiňuje, že dříve probíhaly pravidelné porady, nyní kvůli časové vytíženosti jsou spíše dle potřeby. Na toto také odkazuje R4, podle kterého by bylo vhodné z hlediska oficiálních porad nastavit pravidelný režim, který by jim pomohl udržet větší organizovanost.

„Máme kazuistické porady, kdy probíráme klienty, ne vždycky se nám to jako z časových důvodů úplně daří“ (R4).

Respondenti oceňují, že mají mezi sebou nastavené informované souhlasy, což jim umožňuje probírat situaci prakticky kdykoliv a je to výhodné, především když je potřeba něco řešit akutněji. Všichni respondenti se také shodli, že spolupráce většinou probíhá právě touto neformální formou.

„Jo, máme vlastně mezi sebou všichni kvalifikovaný souhlas, pokavaď máme takhle společný klienty, takže tam vlastně jako permanentně pořád řešíme. Cokoliv je potřeba, sdělujem si navzájem, po tom dni třeba i prostě, jak to šlo...“ (R5).

Dva respondenti zastávají názor, že na oné dobré spolupráci se podílí také fakt, že celý tým je poměrně malý, a tudíž mají možnost setkávat se všichni prakticky každý den.

„Takže, my tým, že jsme i poměrně malý tým, tak máme tu výhodu, že se nám daří setkávat poměrně pravidelně“ (R2).

Podkategorie: Užitečnost spolupráce pro klienta

Všichni respondenti cítí, že míra jejich spolupráce klienta ovlivňuje, a proto pokládají za důležité, aby tato spolupráce probíhala dobře. Tři respondenti se shodují, že jejich vzájemná spolupráce a výměna informací činí službu pro klienta efektivnější a celistvější. Zaměstnanci mají možnost ujasnit si, na čem v jednotlivých službách klient pracuje, tudíž se snaží, aby se jednotlivé aktivity doplňovaly a aby s klientem pokryli spektrum všech dovedností, které jsou pro něj potřebné.

„Neměl by tu péči, jako nemělo by to ten komplexní přístup prostě. Jakože takhle si myslím, že to je jako že se snažíme pro toho člověka udělat přesně tu službu na míru“ (R5).

R4 zároveň zmiňuje přehlednost v tom smyslu, že si klient v rámci společných schůzek může ujasnit, který pracovník mu pomáhá s rozvojem jakých dovedností a na koho se se svými případnými problémy může obrátit. Tři respondenti uvádí, že výhoda v rámci spolupráce v organizaci je ta, že si mohou navzájem radit, takže často tímto způsobem odhalí nejlepší řešení pro klienta.

„Pak stačí trošku natuknout z jinýho pohledu a vám doteče, že aha, tohle jsem mohla udělat jinak, třeba mu to víc přinese“ (R1).

Sdělováním důležitých informací také zaměstnanci zajistí, že mají přehled o tom, v jaké stavu se momentálně klient nachází, a mohou k němu tedy rovnou příslušně přistupovat. R3 ze zpětné vazby od klientů ví, že především oceňují, že zaměstnanci si soukromé informace o nich mezi sebou předají a klient tak nemusí pro něj citlivé informace sdělovat vícekrát.

„Takže třeba tohle je fajn, že pokud už to řeknou jednomu člověku, tak to nemusí potom sdílet vlastně třeba se třemi lidmi, který s ním spolupracují“ (R3).

Podkategorie: Čas věnovaný klientovi

Z odpovědí všech respondentů vyplynulo, že nelze přesně říci, jak často s kolegy konzultují situaci ohledně jednoho klienta. R3 přiznává, že nemají určenou dobu, za minimálně jak dlouho by se měli o konkrétním klientovi znovu pobavit. Všichni se ale shodují, že záleží na aktuální potřebě klienta a na tom, zda je potřeba řešit nějaký konkrétní problém. Podle R5 záleží na jejich vlastním posouzení klientova stavu a na tom, jak situaci vnímají. Pokud to považují za nezbytné, řeší klientovu situaci ihned a intenzivně.

„Je to hodně na základě toho, jak ta situace je třeba akutní u toho klienta. Pak se může stát, že v jeden den toho klienta můžeme třeba probírat třikrát, protože je to potřeba vlastně se nějak jako poradit“ (R2).

V dalších odpovědích jsme u R4 a R1 zaznamenali rozpor. R4 má dojem, že situaci ohledně jednoho konkrétního klienta konzultují sice dle aktuální potřeby, ale i tak velice často. R1 nejprve poskytuje souhlasnou odpověď, když uvádí, že problémy konkrétního klienta mohou konzultovat i každý den, ale zároveň se podle něj může stát, že se o některém klientovi zmíní jen jednou za půl roku na poradě.

III. Kvalita a užitečnost služby

Všichni respondenti zdůrazňují, že v organizaci jsou dodržována práva osob se zdravotním postižením a dodržování všech práv pokládají za důležitý prvek jakékoliv mezilidské komunikace. V rámci možností služby jsou nabízené aktivity a programy co nejvíce přizpůsobovány požadavkům a přáním klienta, který má také svůj individuální plán, ke kterému je v průběhu služby přihlíženo. Dle většiny respondentů dokážou zaměstnanci klientovi pomoci zvládat příznaky nemoci a pomoci mu, aby se se svou

nemocí naučil žít. Klient má také možnost kdykoliv se k poskytované službě vyjádřit, nebo může využít nějakou z nabízených formálnějších záležitostí a podat stížnost. Dle slov respondentů se jim ne vždy daří zapojovat rodinu klienta do průběhu služby, což je ve většině případů dáno tím, že rodina o vzájemnou spolupráci nejeví zájem.

Podkategorie: Dodržování práv klienta

Dle všech respondentů je dodržování Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením důležité. Tři respondenti zmínili, že už při nástupu do služby klient podepisuje smlouvu, ve které jsou vytyčeny práva a povinnosti jak jeho, tak i zaměstnanců. Práva klienta jsou také vyvěšena na nástěnkách v prostorách organizace tak, aby k nim klienti měli vždy přístup a mohli se na ně kdykoliv odkázat. Respondenti shodně odpovídají, že práva klienta jsou respektována v průběhu služby a nejčastěji odkazují na respekt, rovnost, důstojnost, svobodu projevu a partnerství v rámci poskytování služby.

„Dodržujem standardy kvality sociálnych služieb, máme tady nějaký práva a povinnosti nás i klientů. Kodex, jo takže určité tadyto všechno, respekt a nějaká rovnost, důstojnost“ (R5).

Zároveň dle výpovědí dvou respondentů je klient o všech krocích zaměstnanců ohledně jeho osoby informován předem a má právo podílet se na veškerém rozhodování a intervencích, které se ho týkají. Názor třech respondentů je takový, že dodržování práv druhého člověka by se nemělo týkat jen osob se zdravotním postižením a že na lidská práva by mělo být více hleděno i mimo sociální služby v rámci kterékoliv mezilidské spolupráce.

„Myslím si, že je to určité důležité. Nejenom u osob se zdravotním postižením, ač ta Úmluva se jich týká, ale vlastně i v mezilidských vztazích celkově“ (R3).

Podkategorie: Přizpůsobení služby klientovi

Respondenti uvádí, že všechny služby organizace jsou poskytovány v souladu s přáními a požadavky klienta. Prvotní potřeby a požadavky klienta jsou zjišťovány při jeho vstupu do služby, a pokud je to v možnostech jednotlivých programů a aktivit, přizpůsobují se individuálně klientovi. Zároveň si klient sám stanovuje, kterých aktivit se chce účastnit a jak často a jeho další přání jsou brána v potaz. Dle R3 jsou tyto

potřeby a požadavky klienta tím nejdůležitějším, na co by při poskytování služby měly brát ohled.

„Pokud bude chtít dělat něco jiného, než je nabízený program, a bude to v našich možnostech to zařídit, ten program si třeba vymyslí, že ten program by chtěl fakt zkusit, nemáme problém se tomu přizpůsobit“ (R1).

Tři respondenti upozorňují na systém individuálního plánování, v rámci kterého jsou potřeby klienta neustále vyhodnocovány. Do tohoto individuálního plánu klienta se zaznamenávají i jeho aktuální potřeby a požadavky. Pokud se oddálí od původně stanoveného cíle, je cíl přeměněn tak, aby reflektoval klientovi aktuální potřeby a aby se v návaznosti na něj klientovi nabídly neadekvátnější aktivity a programy.

„Ale jinak jak jsem říkala, každý klient má vlastně svůj individuální plán, ve kterém můžu tohle všechno do toho zakomponovat. A hledat vlastně ty možnosti řešení“ (R5).

Dva respondenti zmiňují, že přizpůsobení jednotlivých programů je možné jen dle možností zaměstnanců a dané služby, a že přizpůsobit službu klientovi nelze, pokud nespadá do jejich cílové skupiny. R4 zároveň dodává, že při individuálních schůzkách se zohledňují potřeby klienta mnohem lépe než v programech skupinových, které ale v nabídce organizace převyšují.

Podkategorie: Efektivita služby

Respondenti mají dojem, že dokážou klientům pomoci dosáhnout změn v životě a pomoci jim, aby se naučili žít se svou nemocí. Jak R2 uvádí, příznaky nemoci můžou klienti pociťovat stejně, ale může se zlepšit způsob, jak se s nimi vyrovnávají a můžou se zmírnit dopady, které nemoc na klienta má.

Zároveň je často těžké posoudit, zda je služba opravdu efektivní. Například v rámci duševního onemocnění se stav jedince může častěji měnit a můžou se u něj střídát lepší a horší období, takže zaměstnanec může získat pocit, že služby klientovi v určitém období nepomáhají.

„Z pohledu toho, že jako mají smysluplně strávený volný čas, že dochází jinam, že vlastně musí jako kdyby odejít z nějaký ty své bubliny, kterou můžou mít tak nějak jako naučenou a musí změnit svůj životní rytmus – tak to si myslím, že těm to určitě pomáhá“ (R4).

R5 uvádí, že efektivitu služby zatím nemůže posoudit, protože v organizaci pracuje teprve krátkou dobu. Dle R1 je jejich služba efektivní přibližně pro 85% klientů, R3 má dojem, že zlepšení stavu pozoruje u 70%. Naproti tomu R4 uvádí, že se dle něj efektivita služby snižuje v případě, že klient do služby dochází dlouhodoběji. Ve většině případů si pak na službě vytvoří určitý druh závislosti, který mu neumožňuje plně se od služby osamostatnit a zvládat příznaky své nemoci sám.

Podkategorie: Evaluace služby klientem

Způsobů, kterými se může klient vyjádřit k poskytované službě, je dle respondentů několik. Dle R3 představuje určitý druh evaluace služby i to, že služba je dobrovolná a pokud by klient chtěl, může ji kdykoliv ukončit a to bez udání důvodu. V průběhu roku probíhají společné schůzky s klientem, na kterých se k poskytované službě může vyjádřit a zhodnotit ji. R1 ale podotýká, že tyto společné schůzky kvůli časové vytíženosti ne vždy probíhají.

Na konci každého roku probíhá hodnotící schůzka, která klientům umožňuje vyjádřit se, a klienti zde také obdrží dotazník na zhodnocení kvality služby a spokojenosti se službou za uplynulý rok. Dle názorů tří respondentů tento způsob zpětné vazby není úplně efektivní, jelikož od klientů nedostávají i negativní zpětnou vazbu, a tak se momentálně snaží vymyslet jiný nástroj, který by jim umožnil získat od klienta objektivní evaluaci služby.

„Takže teď se pereme právě my tady s tím, jak zlepšit tu zpětnou vazbu, aby byla objektivní. Abychom se dozvěděli to, co chceme a ne to, co mají naučený“ (R1).

Zároveň čtyři respondenti zmiňují schránku důvěry, kam je možno vhodit anonymně stížnost i jakékoliv další podněty ke službě. Mají také možnost podat stížnost přímo a to buď vedoucí sociální pracovníci, nebo řediteli celé organizace, a postup na podání stížnosti mají vyvěšen na nástěnkách v prostorách budovy. Dva respondenti upozorňují, že vyjádření klienta ke službě a zaměstnancům nemusí být omezeno pouze na oficiální záležitosti, ale podělit o svůj názor se mohou kdykoliv s kterýmkoliv zaměstnancem organizace.

„Můžou se vyjádřit v podstatě každé den, když se vidíme, protože hodnotíme třeba i ten den, co se podařilo, co se nepodařilo“ (R5).

Podkategorie: Spolupráce s rodinou klienta

Spolupráce s rodinou klienta se podle respondentů nedaří vždy tak, jak by si představovali. Uvádí, že klienta při nástupu do služby upozorňují, že pokud má s rodinou dobré vztahy, je vhodné je do služby zapojit. V první řadě vždy záleží na přání klienta, jestli on souhlasí s tím, že rodina bude zapojována a že bude uvedena v kvalifikovaném souhlasu. Jak zmiňují tři respondenti, občas se stává, že klient nechce, aby zaměstnanci rodinu kontaktovali. Za vinu to respondenti dávají náročným vztahům v rodině nebo studu klienta, kterému by bylo nepříjemné, kdyby se někdo dozvěděl, že službu tohoto druhu navštěvuje.

„Ale vnímáme, že tady ta oblast je důležitá a že to zapojení té rodiny je pro klienta určitě důležité z toho důvodu, že je fajn to pak přenést do toho přirozeného prostředí“ (R3).

R3 má také dojem, že ve velkém množství případů má rodina zájem o zapojení do služby od začátku, jelikož často klient nastupuje do služby na jejich popud a nezdíká ho na první schůzku i doprovázejí. Pokud klient se zapojením rodiny souhlasí, naskýtá se možnost organizovat společné schůzky, na kterých je přítomen jak klient, tak i jeho rodina. Když klient rodinu uvede do kvalifikovaného souhlasu, má rodina také právo nahlédnout do jeho dokumentace. Zároveň je pak přítomna možnost, že v případě potřeby může zaměstnanec se souhlasem klienta jeho rodinu kontaktovat.

Organizace pořádá přibližně dvakrát ročně veřejné akce a několikrát ročně společné výlety, na které je rodina klienta dle slov respondentů vždy cíleně zvána. Pokud chce být rodina s organizací aktivněji v kontaktu, tak dle R2 pak na tyto akce přichází a zajímají se, co se ve službě děje. Další respondent naopak uvádí, že málokdy se ale stane, že by se rodina aktivně zajímala a snažila se zapojit.

„Nemůžu říct, že se to daří, ale snažíme se. Snažíme se, pokavaď oni chtějí, nebo my cejtíme, že to je potřeba, tak určitě se jako snažíme tu rodinu zapojovat“ (R5).

Jeden respondent si zároveň není jistý, jak moc se vlastně zaměstnanci s rodinou snaží spolupracovat a jak moc jde této spolupráci naproti samotná organizace. Jako důkaz uvádí, že v rámci služby nejsou pořádány žádná pravidelná skupinová rodinná setkání. Dle odpovědí všech respondentů není také v organizaci nastaven formální způsob na získávání zpětné vazby a evaluace služby od rodiny klienta. Na průběžné

hodnocení služby z jejich pohledu se zaměstnanci ptají při vzájemných setkáních, nebo při oněch veřejných akcích, pokud tam tedy rodina klienta dorazí. Dle R1 tuto zpětnou vazbu dostávají ale minimálně.

„Snažíme se opravdu jednou – dvakrát ročně dělat nějaké veřejné akce, kam je cíleně zveme. Tak tam jsou ty příležitosti k tomu si tu zpětnou vazbu vyměnit“ (R2).

IV. Dostupnost služby

Respondenti mají dojem, že celkově je jejich služba poměrně dobře dostupná. Pokud jedinec spadá do jejich cílové skupiny, může je jakkoliv oslovit a oni mu i pomůžou získat doporučení od psychiatra, které je pro využívání služby potřeba. Zároveň jsou služby bezplatné a organizace sídlí ve středu města, kde je dobrá návaznost na dopravní spoje pro ty, kteří by dojížděli z okolí. Organizace se snaží propagovat své služby mimo jiné pomocí letáčků, webových stránek a účasti na osvětových akcích, ale většina respondentů má pocit, že tato propagace není dostačující k tomu, aby se o nich široká veřejnost a potenciální zájemce o službu mohl dozvědět.

Podkategorie: Oslovení služby a podmínky přijetí do služby

Respondenti uvádí několik způsobů, jak je může zájemce o službu oslovit. Preferují oslovení emailem nebo telefonicky a v rámci této komunikace pak dochází k domluvení termínu prvotní osobní schůzky.

Respondenti nevyklučují možnost, že zájemce o službu by mohl přijít bez objednání či bez předešlé domluvy v době, kdy je služba otevřena. V tomto případě nemohou zajistit, že budou mít čas se mu v tu chvíli věnovat, ale nikdy ho striktně neodmítnou a minimálně se s ním domluví na termínu řádné schůzky.

„Může se i stát, že může přijít třeba osobně, ale samozřejmě nemůžeme zajistit to, že v tu chvíli budeme mít kapacitu na to se mu věnovat. Takže buď ta kapacita je, tak samozřejmě ten prvokontakt uděláme i tak, nebo si zase domluvíme nějakou schůzku, kdy se potkáme“ (R3).

Dle dvou respondentů je pak na této prvotní schůzce klientovi organizace představena a klient obdrží veškeré nezbytné informace o službě. Zároveň mu jsou sděleny požadavky nutné pro nástup do služby. Dle výpovědí tří respondentů musí mít

zájemce o přijetí služby doporučení od psychiatra, aby se potvrdilo, že spadá do jejich cílové skupiny. R4 dodává, že podmínkou přijetí do služby také je, že klient nesmí být v akutní fázi závislosti.

Další dva respondenti upřesňují, že ono psychiatrické doporučení není striktní podmínkou ke vstupu do služby, jelikož klient v danou chvíli svého vlastního psychiatra ještě mít nemusí. V tomto případě mu po jeho nástupu do služby zaměstnanci kontakt s psychiatrem zprostředkovávají a psychiatrické doporučení je jim dodáno zpětně.

„Něméně je možné vlastně, že klient v tu chvíli nemusí mít psychiatra, když k nám nastupuje, ale my s ním vlastně pracujeme na tom, protože je to vlastně i součástí zlepšení toho třeba zdravotního psychického stavu, že je důležité spolupracovat s nějakým psychiatrem“ (R2).

Podkategorie: Přístupnost služby

Všichni respondenti mají dojem, že jsou jejich služby dobře přístupné. Nejčastěji respondenti odkazovali to, že služba je umístěna ve středu Pardubic, poblíž je zastávka MHD i parkoviště a vlakové nádraží, které umožňuje dojíždění jedinců, kteří jsou z jiných měst. Dva respondenti v této souvislosti zmiňují i jejich pobočku v Ústí nad Orlicí, kam by mohli dojíždět klienti, pro které je pobočka v Pardubicích příliš vzdálená od jejich místa bydliště. Dle R1 se i občas stává, že klientovi je nabídnuta jiná služba blíže jeho místu bydliště a on si stejně vybere jejich organizaci, i pokud to pro něj znamená dojíždění na větší vzdálenost.

„Co se týče nějaké jako dostupnosti vzdálenosti, tak jsme vlastně v centru v Pardubicích, takže to si myslím, že dostupné je taky. Zároveň máme i pobočku v Ústí nad Orlicí, takže nejsme jenom v Pardubicích“ (R4).

R4 upozorňuje, že z hlediska cenové dostupnosti je jejich služba dobře přístupná všem, jelikož je poskytována bezplatně. R1 podotýká, že občas klienti nemají finance na zaplacení výdajů za dojíždění, a tak nemohou dojíždět do služby tak často, jak by chtěli.

O přístupnosti služby z hlediska kapacity se zmínili dva respondenti s tím, že služba není úplně naplněna, a tak se ještě nestalo, že by klient musel být odmítnut

z tohoto důvodu. Zároveň tyto dva respondenti uvádí, že z jejich pohledu by jako jediné omezení dostupnosti služby mohlo být bráno zaměření na určitou cílovou skupinu.

„Pokud tam má člověk třeba nějaké těžší mentální postižení, to není naše cílová skupina. V tom případě jsme je museli odmítnout“ (R2).

Podkategorie: Propagace služby

Tři respondenti se domnívají, že propagace služby by mohla být lepší, aby se zajistilo, že se o službě dozví široká veřejnost a že pro potenciální klienty bude služba snadněji dostupná, protože o ní už budou mít povědomí. Zbývající dva respondenti si nejsou jisti, jestli je propagace jejich služeb dostačující k tomu, aby se o organizaci dozvěděla široká veřejnost.

„Já si myslím, že by v první řadě veřejnost měla víc vědět o duševních nemocích a neříkat: „Hele, on je blázen, hodte na něj síť.““ (R1).

Všichni respondenti zmiňují jako hlavní způsob propagace služeb webové a facebookové stránky a také letáčky, které umísťují do čekáren lékařů a do sociálních služeb. Také odkazují na osvětové akce, kterých se účastní a v rámci kterých mají umístěný stánek, přednášky či semináře pořádané pro veřejnost, dny otevřených dveří a jiné projekty.

„Zapojujem se do projektů, jako jsou třeba Týdny pro duševní zdraví, kdy vždycky si nějaká organizace připraví jako nějakou akci pro širokou veřejnost, kde bychom měli být víc vidět“ (R3).

4.6 Odpovědi na výzkumné otázky a shrnutí výzkumného šetření

Výše jsme popsali čtyři kategorie s jejich podkategoriemi, které nám vplynuly z analýzy dat. Nyní uvedeme, jaké nám vplynuly odpovědi na dílčí výzkumné otázky a dále se pokusíme o shrnutí našeho celého výzkumného šetření.

DVO I. Jakým způsobem funguje mezioborová spolupráce mezi CEDRem a ostatními institucemi/organizacemi?

Spolupráce s jinými organizacemi je podle zaměstnanců CEDRu sice nastavena poměrně dobře, ale prostor pro zlepšení za účelem zvýšení provázanosti a kvality služeb vidí. Základem této spolupráce je doporučení vhodnější služby pro klienta v jiné organizaci a domluva se zaměstnanci z organizace, do které klient též dochází.

Respondenti nejsou se spoluprací s psychiatry příliš spokojeni. Je hodnocena převážně negativně s tím, že většinou probíhá jen spolupráce základní, jejímž důležitým bodem je poskytnutí psychiatrického doporučení pro zájemce o službu. I když o další užší spolupráci zaměstnanci usilují, psychiatři jsou většinou časově vyčerpáni a na klienta si nenajdou čas. Pouze jeden respondent má na spolupráci s psychiatry kladný názor a uvádí, že kromě základní spolupráce s nimi později průběžně řeší i klientův stav.

Tyto výpovědi našich respondentů příliš neodpovídají šestému strategickému cíli Strategie reformy psychiatrické péče, který si kladl za úkol „Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb“, a strategickému doporučení pro ambulantní péči, podle kterého by měl mít psychiatr více časového fondu na jednoho pacienta (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013, online). Můžeme tedy říci, že v tomto ohledu nejsou doporučení Strategie příliš brána v potaz a že zatím nedošlo k reálnému zlepšení v těchto oblastech, které by mělo pozitivní dopad na kvalitu poskytovaných služeb klientovi.

DVO II. Co si zaměstnanci myslí o spolupráci mezi zaměstnanci uvnitř organizace?

Spolupráce uvnitř organizace probíhá dle slov respondentů velice dobře. Vyzdvihují především možnost mít mezi sebou informované souhlasy, které jim umožňují kdykoliv probírat klientův stav a řešit jeho situaci. V návaznosti na to zmiňují, že tolik nedodržují dříve nastavené pravidelné oficiální porady, ale většinu situací řeší dle potřeby a aktuálnosti. Zaměstnanci mají dojem, že jejich vzájemná dobře probíhající komunikace umožňuje poskytování komplexní služby, ve které může každý zaměstnanec s klientem vylepšovat jiné dovednosti, které se ale poté navzájem doplňují a poskytují klientovi potřebnou péči.

Strategie reformy psychiatrické péče odkazuje ve všech svých pilířích na potřebu úzké spolupráce mezi složkami péče a zaměstnanci CEDRu nám potvrdili, že dobře probíhající spolupráce uvnitř organizace je nezbytná pro efektivní poskytování služby. Přístup zaměstnanců organizace odpovídá doporučením zmíněným ve Strategii, avšak máme pocit, že tato dobře probíhající spolupráce zaměstnanců uvnitř organizace by fungovala tímto způsobem i nebýt tohoto dokumentu.

DVO III. Jak vnímají zaměstnanci užitečnost propojování služeb?

Dotazovaní jsou si vědomi toho, že spolupráce v rámci i vně služby je důležitá pro to, aby se klientovi zajistilo poskytnutí komplexní a efektivní péče. Z odpovědí je zřejmé, že na propojování služeb považují za nejužitečnější celistvost péče, která je tím zajištěna. V rámci spolupráce je pro ně důležité ujasnit si, na čem s klientem který zaměstnanec pracuje, aby se všechny služby doplňovaly. Tím se zabrání tomu, že některou aktivitu bude klient dělat opakovaně s více zaměstnanci a opomene se zvyšování jiné pro něj důležité dovednosti. Respondenti také zmiňují, že při propojování služeb je důležité udržení přehlednosti a srozumitelnosti pro klienta, aby věděl, v které situaci se na koho obrátit.

Na důležitost propojování jednotlivých služeb kvůli jejich zefektivnění upozorňuje Reforma psychiatrické péče napříč celým dokumentem a také zaměstnanci CEDRu uvedli, že propojení služeb je důležité pro poskytnutí komplexní a kvalitní péče pro jedince. Toto doporučení uvedené ve Strategii je tedy opodstatněné, jelikož jedinci působící v praxi vnímají důležitost propojení služeb jako klíčovou pro poskytnutí nejlepší možné péče pro klienta.

DVO IV. Jak zaměstnanci vnímají kvalitu poskytovaných služeb?

Podle zaměstnanců je služba efektivní a mají dojem, že většina klientů se po využití poskytovaných služeb naučí žít s příznaky své nemoci a naučí se její projevy lépe zvládat. Zároveň všichni respondenti uvádí, že všemi jsou dodržovány práva osob se zdravotním omezením, ke klientovi přistupují rovnocenně a jejich vzájemný vztah je založen na partnerství. Pokud se to týká klienta, nic není probíráno a rozhodováno bez něj a vše probíhá na základě jeho souhlasu a uvědomění. Pro poskytování kvalitní péče se zaměstnanci snaží spolupracovat jak s psychiatry a jinými organizacemi, tak i s rodinou klienta, ale ne vždy úspěšně. Zpětnou vazbu od klientů získávají převážně

pozitivní, ale nejsou si jisti, zda by se způsob získávání evaluace neměl změnit, aby byla více objektivní.

Zlepšení kvality péče je prvním dílčím cílem Strategie, na který je ale odkazováno i v průběhu celého dokumentu. Reforma usuzuje, že při zlepšení kvality péče dojde i k zlepšení kvality života jedinců s duševním onemocněním. Dle výpovědí respondentů se v CEDRu projevuje snaha poskytnout co nejkvalitnější péči, ale někdy naráží na překážky ze strany lékařů klientů či jejich rodin, které s organizací nechtějí spolupracovat. I tak mají zaměstnanci dojem, že jejich organizace poskytuje kvalitní služby, jelikož nadpoloviční většina jejich klientů se při využívání jejich služeb naučí zvládat příznaky své nemoci.

DVO V. Jaká je dostupnost služeb organizace?

Zaměstnanci považují dostupnost organizace za dobrou. Velice podle nich přispívá to, že služba je bezplatná a také to, že je umístěna ve středu města a spoje hromadné i meziměstské dopravy nejsou daleko. Zájemce o službu je může oslovit v podstatě kdykoliv a bývá odmítnut, jen když nespadá do jejich sílové skupiny, nebo v případě naplnění kapacity služby. Dle respondentů by se propagace služeb, která nyní probíhá především přes webové stránky, letáčky u lékařů a účast na osvětových akcích, mohla zlepšit, aby se docílilo rozšíření povědomosti o službě mezi potenciální klienty, kteří by v případě zájmu neměli velký problém je oslovit.

V cílech Strategie je zmíněna potřeba dobré dostupnosti služeb pro jedince, který by tyto služby mohl chtít vyhledat. Toto ustanovení následuje i CEDR, jelikož jeho zaměstnanci mají dojem, že jejich služby jsou dobře dostupné a vidí jen málo místa pro zlepšení.

Celkovým cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, jak zaměstnanci CEDRu nahlíží na metody komplexní péče, které by měly být ovlivněny vzniklou Strategií reformy psychiatrické péče. K dosažení tohoto cíle jsme použili kvalitativní šetření formou polostrukturovaného interview, které nám umožnilo získat podrobné odpovědi. Z rozhovorů jsme zjistili, že zaměstnanci považují jejich službu za efektivní a věří, že většině jejich klientů dokážou pomoc vyrovnat se s příznaky nemoci a lépe zvládat žití s nimi v rámci běžného života. Zároveň mají pocit, že jsou jejich služby

dobře dostupné a že potenciální klienti nemají problém se o službě dozvědět, zkontaktovat a navštěvovat ji.

Dále z výpovědí vyplynulo, že zaměstnanci pokládají za nejdůležitější, co se týče poskytnutí komplexní péče klientovi, spolupráci uvnitř organizace a také spolupráci s dalšími organizacemi a odborníky. Jsou si vědomi, že tato spolupráce má značný dopad i na klienta a ovlivňuje celkovou efektivitu, kvalitu a komplexnost poskytované služby. Spolupráci uvnitř CEDRu hodnotí kladně s tím, že klientovi jsou poskytovány ucelené a vzájemně se doplňující služby, které odpovídají jeho individuálním potřebám. Průběh kontaktu s dalšími organizacemi považují za zdárný, ale uvádí, že vždy by mohla komunikace probíhat intenzivněji. Zaměstnanci si uvědomují důležitost spolupráce s psychiatrem, ovšem podotýkají, že i přes jejich snahu lékaři na klienta nemají dostatek času a nejeví přílišný zájem o spojení s jejich organizací.

Z výsledků našeho šetření můžeme tedy vidět, že zaměstnanci CEDRu si jsou vědomi, jak velký dopad má způsob fungování služby na klienta a snaží se, aby byla jejich služba poskytována co nejefektivněji s důrazem na individuální přání a potřeby klienta. Dle výpovědí zaměstnanců se organizace snaží následovat doporučení zmíněná ve Strategii reformy psychiatrické péče - i když máme dojem, že organizace by fungovala stejně dobře, i pokud by žádný dokument nevznikl. Respondenti kladou důraz na stejné aspekty péče, jejichž důležitost vyzdvihuje i Strategie, ale působí to na nás, že se jedná spíše o jejich vlastní přesvědčení a osobní názory než o přímý vliv dokumentu.

Největší rozpor v poskytování péče CEDRem a uvedenými doporučeními dokumentu spatřujeme ve formě spolupráce s psychiatry. Dokument pokládá za důležité zlepšit propojenost všech služeb, zlepšit komunikaci lékařů s pacienty a s návaznými službami, ovšem podle výpovědí našich respondentů ke změně v tomto pilíři péče nedošlo. Komplexní poskytování péče mimo službu není zaměstnancům příliš umožněno právě kvůli velké časové vytíženosti psychiatrů, čímž poskytované služby nejsou tak efektivní, jak by mohly být. Můžeme si jen klást otázku, proč nebyl kladen větší důraz na splnění cílů v rámci tohoto hlavního pilíře psychiatrické péče, který očividně ovlivňuje způsob a kvalitu poskytování péče i v jiných službách.

Můžeme tedy vidět, že Reforma psychiatrické péče, která usiluje o zvýšení kvality života duševně nemocných jedinců především prostřednictvím zlepšení provázanosti jednotlivých aspektů péče, se v praxi z tohoto hlediska zatím příliš neprojevila, což je k podivu vzhledem k tomu, že od jejího vydání uběhlo osm let. Můžeme tedy jen doufat, že se více začne dbát na její aplikaci v co největším rozsahu, aby bylo umožněno navýšení kvality péče o duševně nemocné. Je nutné, aby byly realizovány kroky s přímým dopadem na kvalitu péče a pokud Strategie považuje za nejdůležitější zlepšit propojenost a provázanost všech služeb, měl by být tento cíl vystaven do popředí. Kvůli negativním zkušenostem respondentů z našeho výzkumu musíme apelovat především na zvýšení časové dotace psychiatrů v psychiatrických ambulancích na jednoho pacienta. Dle našeho názoru je nutno navýšit počet psychiatrů tak, aby bylo zajištěno, že žádný z nich by nebyl přehlcen množstvím pacientů. Poté by se lékaři mohli více věnovat každému pacientovi a věnovali by čas i spolupráci s návaznými službami.

Jak zdůrazňuje Strategie reformy psychiatrické péče, je nutné zvýšit provázanost jednotlivých služeb a tím navýšit jejich kvalitu a celkovou kvalitu života jedinců s duševním onemocněním. V dokumentu vyžadujícím změny bylo toto uvedeno před osmi lety a přitom stále můžeme spatřovat nemalé nedostatky v částech systému psychiatrické péče v České republice. Tato pomalá reakce celého systému na změny ovlivňuje kvalitu péče, kterou jedinec s duševním onemocněním dostává. I nyní je tedy potřeba znovu se zaměřit na jednotlivé aspekty péče a znovu zdůrazňovat jejich důležitost tak, aby bylo docíleno potřebného výsledku. Systém psychiatrické péče v České republice by měl podstoupit proměnu, kterou nebudeme spatřovat jen v dokumentech, ale i v každodenním životě.

Závěr

Tématem naší bakalářské práce se staly metody komplexní péče o psychiatrické pacienty. Naším záměrem bylo nahlédnout na péči poskytovanou psychiatrickým pacientům v České republice a zjistit, jak je systém této péče nastaven a proč je péče o duševně nemocné stále postavena do podřazené pozice vůči péči o tělesně nemocné.

V první kapitole jsme se věnovali přiblížení pojmu duševní nemoc a krátce popsali, jak se měnil pohled společnosti na osoby s duševním onemocněním. Z hlediska rozsáhlosti problematiky nebylo možné popsat všechny existující duševní onemocnění, tudíž jsme popsali čtyři vybrané, které jsme zvolili na základě rozhovoru se zaměstnanci organizace, v níž proběhlo naše výzkumné šetření. Čtyři námi popsané okruhy nemocí tedy představují ty diagnostiky, s kterými do CEDRu Pardubice o.p.s. klienti přicházejí nejčastěji.

Druhá kapitola se zaměřovala na systém poskytování psychiatrické péče v České republice. V rámci forem péče jsme uvedli péči stacionární, ambulantní a komplementární a mezi druhy léčby jsme zařadili léčbu biologickou, psychoterapeutickou a obecně sociální. Správné zvolení formy a druhu péče je pro pacienta velice důležité a ovlivňuje další průběh jeho nemoci. Zároveň je tím stanoveno, jak moc komplexní péče bude pacientovi poskytnuta.

Ve třetí kapitole jsme se již soustředili přímo na Reformu psychiatrické péče, jejímž hlavním cílem je zlepšit kvalitu života jedinců s duševním onemocněním především prostřednictvím většího propojení a návaznosti služeb. Popsali jsme jednotlivé cíle a pilíře prováděcího dokumentu Reformy, který byl vydán v roce 2013. Kapitolu jsme doplnili o stručné shrnutí cílů obsažených v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020-2030, který na Strategii reformy psychiatrické péče navazuje a snaží se vylepšit nedostatky, které byly u původní Reformy nalezeny.

V poslední kapitole jsme představili naše výzkumné šetření, které si kladlo za cíl zjistit, jak na metody komplexní péče nahlíží zaměstnanci CEDRu Pardubice o.p.s. CEDR je organizace poskytující služby psychiatrickým pacientům, tudíž jsme usoudili, že její zaměstnanci budou mít na komplexní péči náhled. Cíl našeho výzkumného šetření jsme přetvořili do hlavní výzkumné otázky, která zněla: Jak zaměstnanci CEDRu vnímají metody komplexní péče? Pod tuto hlavní otázku jsme zahrnuli pět

dílčích výzkumných otázek, které jsme zaměřili na spolupráci v rámci i vně organizace, užitečnost propojování služeb a kvalitu a dostupnost služby.

Šetření bylo realizováno kvalitativně formou polostrukturovaného rozhovoru s pěti respondenty. Po analýze dat jsme dospěli k názoru, že zaměstnanci této organizace považují komplexní péči za důležitý prvek při poskytování kvalitní a efektivní služby klientovi. Všichni zaměstnanci zmiňovali důležitost propojení jednotlivých služeb a jejich návaznost, pomocí které se klientovi zajišťuje celistvá péče. Zároveň vnímají, že jejich vzájemná spolupráce má na klienta dopad a ovlivňuje kvalitu poskytované služby. Zaměstnanci se proto snaží udržovat komunikaci s dalšími složkami péče, které se o klienta zajímají, a navzájem koordinovat své služby, což se jim příliš nedaří kvůli neochotě jiných institucí.

Tento závěr je v rozporu s poznatky z teoretické části naší práce, jelikož Strategie reformy psychiatrické péče dbá především na zlepšení provázanosti jednotlivých služeb za účelem poskytnutí kvalitní péče klientovi. Můžeme se tedy domnívat, že Reforma psychiatrické péče ještě nebyla plně aplikována do praxe a nebylo zcela podpořeno plnění v ní uvedených cílů a podpoření změn v jednotlivých pilířích. Považujeme za důležité, aby vznik Reformy psychiatrické péče ovlivnil způsob poskytování péče v České republice a aby se tak řádně promítl do reálného života psychiatrických pacientů.

Seznam použitých zdrojů

Tištěné zdroje

BOUČEK, Jaroslav. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0240-8.

ČERNOUŠEK, Michal. *Historie pojmu duševní zdraví a duševní nemoc: (studie k dějinám psychiatrického myšlení 3) : pro odborníky psychiatrických a psychologických pracovišť*. Praha: Novinář, 1990. Zprávy. ISBN 80-7013-047-4.

ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ Hana, SVOBODA, Mojmir, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

FOUCAULT, Michel. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin, 1997. Studie (Dauphin). ISBN 80-86019-30-6.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLÍNKOVÁ. BOUČEK, Jaroslav. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001, s. 39-43. ISBN 80-244-0240-8.

HOSÁK, Ladislav. HOSÁKOVÁ, Jiřina a kol. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, s. 151-152. ISBN 978-80-7248-442-3.

HRDLIČKA, Michal. RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s. 462-467. ISBN 8072621408.

CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc: sociologický a sociálně-psychologický pohled*. Praha: Avicenum, 1990. Thomayerova sbírka. ISBN 80-201-0050-4.

JANŮ, Luboš. HOSÁKOVÁ, Jiřina a kol. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, s. 116-126. ISBN 978-80-7248-442-3.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-20-5.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.

KUČEROVÁ, Eva. ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ Hana, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006, s. 79. ISBN 80-7367-154-9.

Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování : popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-44-1.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MRKVIČKA, Jiří. *Předpoklady psychoterapie*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví, region Pardubice, c2005. ISBN 80-239-5451-2.

PROCHASKA, James O. a John C. NORCROSS. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-766-4.

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie : diagnostika*. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1996. ISBN 80-85800-33-0.

ŠVESTKA, Jaromír. RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ et al. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s. 397-461. ISBN 8072621408.

Elektronické zdroje

CEDR Pardubice o.p.s [online]. 2021 [cit. 2021-03-19]. Dostupné z: <https://cedrops.cz/>

Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek, 2016. *Průzkum kvality života v Evropě v roce 2016: Shrnutí* [online]. Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek, 2016 [cit. 2021-03-04]. Dostupné z:

https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733cs1.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013. *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013 [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/strategie-reformy-psychiatricke-pece?typ=o>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016. *Základní principy péče poskytované v CDZ: (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016 [cit. 2021-03-04]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020 [cit. 2021-03-04]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

RABOCH, Jiří a Barbora WENIGOVÁ, ed, 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí): Odborná zpráva z projektu* [online]. Česká psychiatrická společnost o.s., 2012 [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/archiv-reforma/1031-mapovani-stavu-psychiatricke-pee-a-jejeho-smovani-v-souladu-se-strategickymi-dokumenty>

Přílohy

Příloha A: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci bakalářské práce Metody komplexní péče o psychiatrické pacienty z pohledu zaměstnanců CEDRu Pardubice o.p.s.

Žádám Vás o souhlas s účastí na výzkumném šetření, které proběhne formou rozhovoru, a žádám Vás o souhlas s audio nahráváním tohoto rozhovoru.

Prohlašuji, že informace získané rozhovorem poslouží pouze a jen pro účely vypracování mé bakalářské práce. V bakalářské práci bude zachována anonymita dotazované osoby, případné identifikující údaje nebudou v práci zmiňovány.

Udělením tohoto souhlasu souhlasíte se zveřejněním přepisu Vašich odpovědí v bakalářské práci.

Michaela Sadková

Já, uděluji souhlas s účastí ve výzkumném šetření výše zmíněné bakalářské práce.

V..... dne Podpis: