

POLICEJNÍ AKADEMIE ČESKÉ REPUBLIKY V PRAZE

Fakulta bezpečnostního managementu

Katedra společenských věd

Začlenění do společnosti osoby trpící úzkostně depresivní poruchou

Bakalářská práce

Inclusion in society of a person suffering from anxiety-depressive disorder

Bachelor thesis

VEDOUCÍ PRÁCE

Ing. PhDr. Viktor Červený Ph.D.

KONZULTANT PRÁCE

prof. PhDr. Mgr. Lenka Krámská, Ph.D.

AUTOR PRÁCE

Adéla Roučková

PRAHA

2024

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Začlenění do společnosti osoby trpící úzkostně depresivní poruchou“ vypracovala samostatně a s použitím uvedené literatury a pramenů.

V Praze., dne 12.3.2024

Adéla Roučková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce, Ing. PhDr. Viktorovi Červenému Ph.D., za jeho cenné rady a odborné vedení během celého výzkumného procesu. Mé poděkování také patří konzultantce bakalářské práce prof. PhDr. Mgr. Lence Krámské, Ph.D. Nakonec bych ráda vyjádřila upřímné díky všem pracovníkům a klientům Centra Kosatec za jejich otevřenost, spolupráci a ochotu podílet se na tomto výzkumu.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na proces začleňování jednotlivců trpících smíšenou úzkostně depresivní poruchou do společnosti. Teoretická část se detailně věnuje smíšené úzkostně depresivní poruše, vlivu duševního onemocnění a sociální rehabilitaci. Praktická část zkoumá strategie a metody začleňování v konkrétním zařízení. Cílem práce je poskytnout komplexní pohled na problematiku začleňování osob s úzkostně depresivní poruchou do společnosti a zhodnotit účinnost sociální rehabilitace.

KLÍČOVÁ SLOVA

smíšená úzkostně depresivní porucha; duševní onemocnění; začleňování do společnosti; sociální rehabilitace; stigma

ANNOTATION

This bachelor thesis focuses on the process of social inclusion of individuals suffering from mixed anxiety-depressive disorder. The theoretical part of the thesis deals in detail with mixed anxiety-depressive disorder, the impact of mental illness and social rehabilitation. The practical part explores strategies and methods of inclusion in a specific facility. The aim of the thesis is to provide a comprehensive view of the issue of inclusion of people with anxiety-depressive disorder into society and to evaluate the effectiveness of social rehabilitation.

KEYWORDS

mixed anxiety-depressive disorder; mental illness; social inclusion; social rehabilitation; stigma

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Smíšená úzkostně depresivní porucha	11
1.1 Epidemiologie.....	13
1.2 Etiopatogeneze	13
1.3 Klinický obraz	14
1.4 Diagnostika	15
1.4.1 Klasifikační systémy duševních poruch	15
1.4.2 Diferenciální diagnostika	16
1.5 Průběh.....	18
1.6 Léčba	19
1.6.1 Farmakoterapie	20
1.6.2 Kognitivně behaviorální terapie	20
1.6.2.1 Edukace o poruše a léčbě	21
1.6.2.2 Plánování činností	21
1.6.2.3 Dechová cvičení	22
1.6.2.4 Kognitivní rekonstrukce	22
1.6.2.5 Trénink komunikace	22
1.6.2.6 Expozice	23
1.6.2.7 Řešení problémů	23
1.6.2.8 Příprava na budoucnost	23
2. Vliv duševního onemocnění na člověka a jeho okolí.....	25
2.1 Negativní aspekty prožívání osob s duševním onemocněním a jejich okolí	25
2.2 Stigma	26
2.2.1 Stigma duševního zdraví	26
2.3 Dopad duševního onemocnění na rodinu a blízké	28
2.4 Doporučené chování rodiny a blízkých	29
2.5 Pracovní zařazení	30
3. Sociální rehabilitace	32

3.1	Sociální rehabilitace jako prvek ucelené rehabilitace	32
3.1.1	Oblasti ucelené rehabilitace	33
3.2	Poslání sociální rehabilitace.....	35
3.3	Obecné a konkrétní cíle sociální rehabilitace.....	35
3.3.1	Obecné cíle	35
3.3.2	Konkrétní cíle.....	37
3.4	Hlavní fáze průběhu služby sociální rehabilitace	38
3.4.1	Fáze vzájemné orientace a navazování vztahu	39
3.4.2	Fáze mapování potřeb.....	39
3.4.3	Fáze stanovení cílů	40
3.4.4	Fáze plánování	40
3.4.5	Fáze naplňování cíle	40
3.4.6	Fáze hodnocení	41
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	42
4.	Metodika praktické části	43
4.1	Cíle.....	43
4.2	Výběrový soubor	43
4.3	Profil vybraného zařízení – Centrum Kosatec.....	43
4.4	Použité vědecké metody zkoumání	44
5.	Terénní šetření	44
5.1	Strukturovaný rozhovor	45
5.1.1	Rozhovor se sociální pracovníci	45
5.1.2	Shrnutí strukturovaného rozhovoru	46
5.2	Dotazníkové šetření	46
5.2.1	Výstupy dotazníkového šetření	47
5.2.2	Shrnutí dotazníkového šetření.....	52
5.3	Výstup terénního šetření	53
5.4	Návrhy a doporučení	54
	ZÁVĚR.....	56
	SEZNAM LITERATURY	58
	SEZNAM PŘÍLOH	62

ÚVOD

Téma této bakalářské práce bylo vybráno zcela z osobních důvodů, plynoucích z mé hlubší znalosti lidí, kteří čelí výzvám duševních onemocnění. Zaměření na začleňování jednotlivců trpících smíšenou úzkostně depresivní poruchou vychází ze snahy nejen porozumět jejich situaci, ale také přispět k lepšímu procesu integrace těchto jednotlivců do společnosti.

Základním cílem této práce je systematicky prozkoumat a hlouběji analyzovat proces začleňování osob trpících úzkostně depresivní poruchou do společnosti, s důrazem na efektivitu sociální rehabilitace. První část práce se soustředí na detailní rozbor smíšené úzkostně depresivní poruchy. Epidemický výskyt, etiopatogeneze, klinický obraz, diagnostika a možná léčba budou podrobně rozebrány s cílem poskytnout komplexní pohled na tuto specifickou formu duševního onemocnění.

V následující kapitole se věnuji širšímu pohledu na problematiku duševního onemocnění a jejímu vlivu na postižené jednotlivce i jejich blízké okolí. Identifikuji negativní aspekty prožívání osob s duševním onemocněním a důkladně prozkoumám, jak stigma formuje jejich duševní zdraví. S nekompromisním pohledem budu analyzovat dopady na rodinu a blízké, s důrazem na doporučené chování v této náročné situaci. Tímto se snažím zprostředkovat hluboké porozumění komplexnímu vztahu mezi duševním onemocněním a jeho sociálními dopady.

Poslední část teoretického oddílu práce se bude věnovat obecným principům sociální rehabilitace jako klíčovému nástroji pro úspěšné začleňování do běžného života. Plánuji zkoumat různé strategie a metody sociální rehabilitace, které jsou zaměřeny na podporu a vytváření prostoru pro plnohodnotnou participaci ve společnosti.

V praktické části se přesunu do terénu, konkrétně do Centra Kosatec. Zde pomocí strukturovaného rozhovoru se sociální pracovníci, systematicky analyzují poskytované služby sociální rehabilitace, přičemž budu klást důraz na strategie a metody, které jsou zaměřeny na začleňování osob do společnosti. V rámci šetření budou také prostřednictvím dotazníku zkoumány názory klientů Centra Kosatec na poskytované služby a na jejich význam při začleňování se do

společnosti. Cílem je lépe porozumět potřebám klientů a identifikovat oblasti, ve kterých lze tyto služby optimalizovat.

Výstup této bakalářské práce bude zahrnovat komplexní pochopení problematiky začleňování osob s úzkostně depresivní poruchou do společnosti. Získané poznatky budou nejen přínosem pro lepší porozumění této oblasti, ale mohou rovněž posloužit k dalšímu zlepšení a rozvoji služeb v oblasti sociální rehabilitace. Věřím, že tato práce může přispět k vytvoření udržitelnějšího a inkluzivnějšího prostředí pro ty, kteří čelí duševnímu onemocnění, a také podnítit diskusi o dalších možných krocích a iniciativách v oblasti duševního zdraví.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Smíšená úzkostně depresivní porucha

Tato porucha je charakteristická mísením příznaků úzkosti s příznaky deprese. Příznaků úzkosti či deprese ale není toliko, aby se jednalo o diagnózu depresivní poruchy, nebo některé z úzkostných poruch.¹

Pojmem "deprese" a "úzkost" se označují klinicky relevantní poruchy, jejichž příznaky mohou způsobovat hluboké utrpení a mohou zasahovat do základních činností každodenního života. Klinický obraz smíšené úzkostně depresivní poruchy je charakterizován kombinací příznaků úzkosti a deprese, které jsou dostatečně závažné, aby ospravedlnily psychiatrickou diagnózu, přičemž ani jeden z nich není jednoznačně převažující a při samostatném posuzování nesplňují úplná diagnostická kritéria ani jednoho ze syndromů úzkosti (např. generalizovaná úzkostná porucha) nebo depresivní poruchy. Odhaduje se, že přibližně 85 % pacientů s depresí trpí i výraznými příznaky úzkosti a u 90 % pacientů s úzkostí se vyskytují příznaky deprese.²

- Příznaky deprese

Základním znakem je depresivní nálada, která se vyznačuje zármutkem, ztrátou zájmů, radosti a spontánních aktivit, trvající alespoň dva týdny. Dále je charakteristická absence energie, pesimistické myšlení (v některých případech až myšlenky na smrt), neradostnost, nespavost, nechut k jídlu a neklid. V případech hluboké deprese může nemocný až zanedbávat péči sám o sebe a zcela se izolovat.³

¹ VOBOŘILOVÁ, Věra a ČERVENÝ, Rudolf. *Úzkostné poruchy: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2023*. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, [2023]. ISBN 978-80-88280-44-6.

² MÖLLER, Hans-Jürgen, Borwin BANDELOW, Hans-Peter VOLZ, Utako BARNIKOL, Erich SEIFRITZ a Siegfried KASPER. *The relevance of 'mixed anxiety and depression' as a diagnostic category in clinical practice*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [online]. 2016, (266), 725-736 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0684-7>

³ OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Psyché. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.

- Příznaky úzkosti

Prožívání úzkosti lze charakterizovat jako subjektivně nepříjemný pocit vnitřního napětí, obav, nebo strachu bez reálné příčiny. Lze říct, že osoba trpící úzkostí má strach, ale neví, z jakého důvodu nebo čeho se přesně bojí.⁴

Příznaky úzkosti se liší, ale zpravidla se vyskytuje nervozita, třes, svalové napětí, nadměrné pocení, závratě, strach a obavy o sebe či blízké okolí.⁵

Smišená úzkostně depresivní porucha je dle klasifikace nemocí MKN -10 zařazena do kapitoly F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Konkrétně je označena kódem F41.2 a je zde definovaná následovně:

*„Jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese, ale žádný zřetelně nepřevažuje a žádný není vyjádřen natolik, aby opravňoval k diagnóze, pokud by byl hodnocen samostatně. Jsou-li úzkostné a depresivní příznaky natolik závažné, aby opravňovaly samostatné diagnózy, měly by být zaznamenány obě a této položky by nemělo být užito.“*⁶

Tuto nemoc často provází trvalá či opakující se dysforická nálada, obtíže s koncentrací, problémy se zaspáváním nebo udržením spánku, únava, podrážděnost, zvýšená ostražitost, sklon k plačtivosti, pesimistické myšlení, snížené sebevědomí a pocity méněcennosti. Vzhledem ke skutečnosti, že projevy deprese nejsou tak intenzivní, jak tomu bývá u depresivní poruchy, a symptomy úzkosti nejsou tak výrazné jako u úzkostných poruch, je toto onemocnění často podceňováno a léčeno nedostatečně.⁷

Přestože neexistuje mnoho studií věnujících se smíšenou úzkostně – depresivní poruchou, je zřejmé, že jedinci trpící tímto onemocněním jsou často pacienti

⁴ OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Psyché. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.

⁵ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10)*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha, 2023 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn#>

⁶ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10)*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha, 2023 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn#>

⁷ VOBOŘILOVÁ, Věra a ČERVENÝ, Rudolf. *Úzkostné poruchy: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2023*. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, [2023]. ISBN 978-80-88280-44-6.

v primární péči, nebo jim léčba vůbec není poskytnuta. Až padesát procent nemocných, kteří prošli ordinací praktického lékaře je nerozpoznaných, a i při rozpoznání nemoci ji lékaři často podhodnocují. Počet osob, kteří trpí nemocí, roste s věkem. Tato porucha má většinou chronický průběh a může vést až k dlouhodobé pracovní neschopnosti a invaliditě. U pacientů se též běžně objevují somatické potíže. S těmito problémy lékaři odesílají pacienty ke specialistům (např. kardiolog, neurolog), což vede k neúčinné léčbě a přetrvávajícím potížím. Stává se také, že je nemoc komplikována závislostmi, a to například na alkoholu, či benzodiazepinech (obzvláště u žen). Velmi často se můžeme setkat i s vysokým procentem pokusů o sebevraždu, což podtrhuje závažnost tohoto onemocnění.⁸

1.1 Epidemiologie

Z epidemiologického výzkumu vyplývá, že výskyt neurotických poruch v populaci je relativně vysoký. Zdravotnická ročenka České republiky z roku 2021 vykazuje, že z celkového počtu osob, kteří jsou duševně nemocní, trpí necelých 40 % neurotickými poruchami. V ambulantní péči bylo za rok 2021 celkem 263 546 osob. Z toho je 84 011 mužů, 179 535 žen a 50 226 nových případů. Z této statistiky je zřejmé, že ženy trpí neurotickými poruchami přibližně dvakrát častěji než muži. Paralelně s tím roste i počet lidí trpících úzkostně-depresivní poruchou.⁹

1.2 Etiopatogeneze

Příčina smíšené úzkostné a depresivní poruchy není přesně definována. Je ale známo několik faktorů, které mohou mít na nemoci významný podíl. Jedná se o kombinaci biologických, psychologických a environmentálních faktorů.

Biologické faktory mohou zahrnovat genetické predispozice či poruchy regulace neurotransmiterů. Neurotransmitery jsou chemické látky, které fungují jako „poslové“ a přenášejí signály z jedné nervové buňky do druhé. Nerovnováha neurotransmiterů může způsobit poruchy ve zpracování informací v mozku, což

⁸ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

⁹ *Zdravotnická ročenka České republiky 2021* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2022 [cit. 2024-02-07]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008435/zdroccz2021.pdf>

vede ke zvýšenému riziku úzkosti a deprese. Z psychologického hlediska mohou určité životní zkušenosti a události zvýšit náchylnost k propuknutí nemoci. Osoby, které si prošli traumatem, jako například zneužíváním, ztrátou či zanedbáváním, mohou mít větší pravděpodobnost, že se u nich porucha rozvine. Zvýšené riziko mají také lidé se sklony k negativnímu myšlení, perfekcionismu a obtížně zvládající zátěž. K rozvoji poruchy mohou také přispět faktory prostředí, jako jsou nedostatek sociální podpory, finanční problémy, vážné či chronické onemocnění a stres. V kontextu úzkostných poruch hraje roli i výchova, a to nejen formy zneužívání a zanedbávání dětí, ale také hyperprotektivní výchova. Hyperprotektivní přístup, charakterizovaný nadměrnou péčí a ochranou, může mít vliv na vývoj úzkostných poruch¹⁰

1.3 Klinický obraz

Symptomy smíšené úzkostně-depresivní poruchy se rozvíjejí postupně v průběhu několika týdnů až měsíců. Rychlejší rozvoj může nastat v situacích intenzivního stresu, kdy pacient prochází výrazným traumatickým zážitkem. Tyto symptomy zahrnují jak psychické, tak somatické projevy.

Mezi somatické příznaky se řadí například tlak na hrudi, nadměrné pocení, bolesti páteře, tlak za očima, tělesná vyčerpanost, bolesti hlavy, zhoršené vidění, palpitace, nevolnost, hyperventilace, pocit „knedlíku v krku“, slabost svalů, neklidný spánek, zažívací potíže, zvýšená či snížená chuť k jídlu, sucho v ústech. K psychickým příznakům řadíme strach, katastrofizace, podrážděnost, plačtivost, potíže související se soustředěním, dysforická nálada, pesimismus, nízké sebevědomí či pocity méněcennosti. Pacienti často popisují, že jsou bez nálady, nic jim nedělá radost, jsou unavení a vyčerpaní. Běžné jsou také obavy z budoucnosti a obavy týkající se každodenních životních situací. Někdy se objevují i lehké obsedantní příznaky jako například posedlost pořádkem v domácnosti, vedoucím k nadměrné čistotnosti, či zdravým vařením.¹¹

¹⁰ PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Učebnice. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.

¹¹ FERENČÁKOVÁ, Ľubica a KUJBYŠEVSKÁ, Katarína (2020). *Štandardné postupy: Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky [online], [2024-02-09]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standarty/24-3-2020/13_PS_Zmiesana_uzkostna_a_depresivna_porucha.pdf

1.4 Diagnostika

Diagnostika v psychiatrii je jednou z nejobtížnějších ze všech lékařských disciplín. Důvodem je mnohostrannost a rozmanitost klinických projevů psychiatrických poruch.¹²

Diagnostika smíšené úzkostně-depresivní poruchy se opírá o psychiatrické vyšetření anamnézy, zhodnocení klinického obrazu a psychopatologickou analýzu. K upřesnění problematiky lze použít dotazníky (Beckův dotazník deprese, Hamiltonova škála hodnocení deprese, Montgomeryho a Aspergova škála hodnocení deprese, Sheehanova škála neschopnosti ev. Dotazník životních událostí). Doplňujícím vyšetřením je psychologické vyšetření.¹³

Na diagnostice duševních onemocnění se také podílejí klasifikační systémy duševních poruch.

1.4.1 Klasifikační systémy duševních poruch

Mezi základní klasifikační systémy duševních poruch patří MKN, Mezinárodní klasifikace nemocí užívaná především v Evropě a DSM, Diagnostický a statistický manuál aplikovaný zejména v USA.¹⁴

Jak již bylo zmíněno, dle kritérií MKN-10 je smíšená úzkostná a depresivní porucha charakterizována současně s vyskytujícími příznaky úzkosti a deprese, které jsou dostatečně závažné, aby odůvodnily psychiatrickou diagnózu, ale ani jeden z nich není jasně dominantní.¹⁵

O platnosti a klinické užitečnosti úzkostně depresivní poruchy, jako diagnostické kategorie, se vedou diskuse. Do DSM-5, které bylo vydáno v roce 2013, nebyla

¹² DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

¹³ FERENČÁKOVÁ, Ľubica a KUJBYŠEVSKÁ, Katarína (2020). *Štandardné postupy: Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky [online], [2024-02-09]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/24-3-2020/13_PS_Zmiesana_uzkostna_a_depresivna_porucha.pdf

¹⁴ *Klasifikační systémy v psychiatrii* [online]. [cit. 2024-02-16]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Klasifikačn%C3%AD_systémy_v_psyche

¹⁵ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10)*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha, 2023 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn#>

zařazena, jelikož se ukázalo, že navrhovaná diagnostická kritéria nejsou dostatečně spolehlivá.

V článku, zabývajícím se významem „smíšené úzkosti a deprese“ jako diagnostické kategorie v klinické praxi, ospravedlňují její důležitost. Zařazení diagnostické kategorie smíšené úzkostně depresivní poruchy do klasifikačních systémů, může pomoci pacientům získat včasný přístup k vhodné léčbě. Úspěšná léčba přinejmenším zmírní jejich utrpení, i když by jinak příznaky po určité době neléčení samy ustoupily. Kromě toho existuje také poměrně vysoká šance, že včasná léčba zabrání zhoršení do závažnějšího stavu. Již z těchto zmíněných důvodů je patřičné se domnívat, že diagnostická kategorie smíšené úzkostně depresivní poruchy je opodstatněná.¹⁶

1.4.2 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnóza je návrh několika možných diagnóz na základě konkrétních příznaků. Jedná se tedy o navržení různých nemocí s podobnými příznaky.¹⁷

V rámci diferenciální diagnostiky se vyloučí organické příčiny příznaků. Patřičné je provést vyšetření k vyloučení anémie, poškození jater, chronického infekčního onemocnění, boreliózu, revmatického onemocnění, endokrinopatie, metabolického onemocnění nebo nádorového onemocnění.

Diferenciální diagnostiku lze rozdělit do několika skupin onemocnění. Jde o organické nemoci, úzkostné poruchy, psychotické poruchy, závislosti, následky po traumatu, nebo jiné psychiatrické poruchy¹⁸

Mezi nejčastější somatické onemocnění, které se projevují symptomatologií smíšené úzkostně depresivní poruchy se řadí:

¹⁶ MÖLLER, Hans-Jürgen, Borwin BANDELOW, Hans-Peter VOLZ, Utako BARNIKOL, Erich SEIFRITZ a Siegfried KASPER. *The relevance of 'mixed anxiety and depression' as a diagnostic category in clinical practice*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [online]. 2016, (266), 725-736 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0684-7>

¹⁷Národní zdravotnický informační portál. *diferenciální diagnóza* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

¹⁸ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

- Kardiovaskulární onemocnění (arytmie, srdeční selhání, koronární insuficience, prolaps mitrální chlopně, infarkt myokardu, stavy po kardiochirurgických operacích)
- Endokrinologická onemocnění (karcinoid, Cushingův syndrom, hypertyreóza, hypotyreóza, hypoparatyreóza, hypoglykémie, menopauza, feochromocytom, premenstruační syndrom)
- Respirační onemocnění (astma, chronická obstrukční plicní nemoc, hyperventilační syndrom, hypoxie)
- Neurologická onemocnění (epilepsie, cévní mozková příhoda, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, chronická bolest, bolesti hlavy, stavy po úrazech mozku, operacích a mozkových lézích, Huntingtonova choroba, vestibulární dysfunkce, Wilsonova choroba)
- Užívání léků včetně psychofarmak (anticholinergika, kyselina acetylsalicylová, kofein, steroidy, sympatomimetika, psychostimulancia)
- Abstinenční příznaky (alkohol, narkotika, sedativa, hypnotika).¹⁹

V rámci různých diferenciálně diagnostikovaných psychických poruch bychom měli myslet na úzkostné poruchy, jako je panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, agorafobie nebo sociální fobie. Příznaky úzkostně-depresivní poruchy však nedosahují takové závažnosti jako některé úzkostné poruchy.

Také psychotické poruchy, zejména v jejich počátečních stádiích, mohou být doprovázeny úzkostně-depresivními příznaky, proto je nutné hledat specifické psychotické příznaky, na které si pacienti nestěžují.

Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může rovněž přispět k vývoji úzkostně-depresivních symptomů, které se mohou objevit i jako součást abstinenčních syndromů.²⁰

U jedinců s vyšší zranitelností může traumatická událost vyvolat poruchu přizpůsobení, posttraumatickou stresovou poruchu, depresi nebo smíšenou

¹⁹ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

²⁰ FERENČÁKOVÁ, Ľubica a KUJBYŠEVSKÁ, Katarína (2020). *Štandardné postupy: Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky [online], [2024-02-09]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standarty/24-3-2020/13_PS_Zmiesana_uzkostna_a_depresivna_porucha.pdf

úzkostně-depresivní poruchu. Podobná situace se může objevit po ztrátě blízké osoby. Při diferenciální diagnostice je složité odlišit poruchu přizpůsobení od smíšené úzkostně-depresivní poruchy. Často je klíčovým faktorem průběh onemocnění – porucha přizpůsobení obvykle postupně odezní, zatímco smíšená úzkostně-depresivní porucha může přetrvávat po mnoho let.

V závěru i jiné duševní poruchy, jako je obsedantně-kompulzivní porucha, somatoformní poruchy, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, sexuální dysfunkce atd., mohou mít příznaky úzkosti nebo podrážděnosti. Přesto je diagnóza určena charakteristikou konkrétního onemocnění, které je závažnější. Není však neobvyklé, že úzkost a deprese s těmito poruchami koexistují.²¹

1.5 Průběh

Onemocnění úzkostně-depresivní poruchou může probíhat buď cyklicky, jak je tomu u rekurentní depresivní poruchy, nebo může mít proměnlivý průběh v čase, což platí zejména u generalizované úzkostné poruchy. Příznaky jsou však obvykle proměnlivé a spontánní remise je spíše vzácná.²² Léčba často není dostatečně efektivní, a bohužel, v některých případech jsou pacientům podávány benzodiazepiny, což lze považovat za vyloženě nesprávný přístup. Tyto léky mají dlouhodobě nízkou účinnost, a mohou vést k rozvoji závislosti, přičemž příznaky často přetrvávají. U nedostatečně léčených nebo chronických úzkostně-depresivních smíšených poruch je výrazně vyšší pravděpodobnost, že povedou k trvalé pracovní neschopnosti a invaliditě a její celkový dopad nemoci může být ještě závažnější než u těžké deprese. Často jsou vztahy postižených osob s partnery i jejich sociální sítě narušeny a izolovaní pacienti jsou opakovaně hospitalizováni v psychiatrických ústavech, které se běžně stávají jejich jediným sociálním zázemím. Vhodnou léčbou od počátku rozvoje onemocnění lze přitom

²¹ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

²² FERENČÁKOVÁ, Ľubica a KUJBYŠEVSKÁ, Katarína (2020). *Štandardné postupy: Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky [online], [2024-02-09]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standarty/24-3-2020/13_PS_Zmiesana_uzkostna_a_depresivna_porucha.pdf

tento frustrující vývoj změnit. Pokud je porucha včas odhalena a vhodně léčena, není léčba nijak zvlášť obtížná.²³

Pacienti trpící depresí s komorbidní úzkostnou poruchou mají menší podporu ve svém osobním a sociálním okolí, intenzivnější příznaky, větší pravděpodobnost chronického průběhu, menší odezvu na léčbu, vyšší riziko sebevražedného chování, dřívější nástup onemocnění, častější relapsy a sekundární závislost na alkoholu nebo drogách, ve srovnání s pacienty bez komorbidní deprese nebo úzkostné poruchy.²⁴

1.6 Léčba

Smíšená úzkostně depresivní porucha je diagnostická jednotka se zvláštním postavením. Je vymezena jako kódovatelná diagnóza v MKN – 10, avšak v americké klasifikaci DSM – 5 uvedena není. Vzhledem k faktu, že neexistuje shoda na jasných diagnostických kritériích, je z kontrolovaných studií jen málo informací o tom, jak tuto diagnostickou jednotku léčit. Přesto se jedná o běžně diagnostikovanou poruchu v ambulantní praxi. Kombinace úzkostných a depresivních syndromů má za následek subjektivní nepohodlí, často doprovázené tělesným diskomfortem, a proto je vhodným cílem léčby, a to i s důrazem na prevenci vzniku onemocnění. Významným faktorem je opakované hodnocení časového průběhu závažnosti symptomů a přizpůsobení léčby klinickému kontextu. Díky zařazení mezi úzkostné poruchy a příbuzností s generalizovanou úzkostnou poruchou, která se liší výraznějšími depresivními symptomy a méně výraznými somatickými symptomy úzkosti, umožňuje použití léčby odvozené z doporučených postupů pro generalizovanou úzkostnou poruchu.²⁵

²³ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

²⁴ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

²⁵ FERENČÁKOVÁ, Ľubica a KUJBYŠEVSKÁ, Katarína (2020). *Štandardné postupy: Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky [online], [2024-02-09]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standarty/24-3-2020/13_PS_Zmiesana_uzkostna_a_depresivna_porucha.pdf

1.6.1 Farmakoterapie

Farmakologická léčba u úzkostné depresivní poruchy sdílí společné charakteristiky s léčbou jiných úzkostných poruch. Doba kúry závisí na stavu pacienta. Hodnocení odpovědi nebo remise by mělo být provedeno po 8 až 12 týdnech. Délka udržovací terapie závisí na zhodnocení anamnézy a možné etiologie. V případě příčinné souvislosti se stresovými situacemi a adaptačními poruchami lze léčbu nějakou dobu po dosažení remise přerušit, v případě dlouhodobějšího průběhu by měla pokračovat nejméně šest měsíců.²⁶

V léčbě se uplatňují následující skupiny léčiv:

- antidepresiva,
- benzodiazepiny,
- pregabalin,
- buspiron,
- antihistaminika,
- antipsychotika 2. generace,
- antiepileptika,
- betablokátory.²⁷

1.6.2 Kognitivně behaviorální terapie

Kromě léčiv je další možností léčby smíšené úzkostné a depresivní poruchy kognitivně behaviorální terapie (KTB). V současné době však v této oblasti chybí dostatečný výzkum, což znemožňuje jasně určit, zda je účinnější farmakoterapie nebo KTB. Na základě klinických zkušeností se nicméně zdá, že optimálním přístupem je kombinace obou metod. Strategie léčby kognitivně-behaviorální terapie u smíšené úzkostně-depresivní poruchy se výrazně neodlišuje od standardního přístupu u KTB. Terapie je individuálně navržena s ohledem na

²⁶ FERENČÁKOVÁ, Ľubica a KUJBYŠEVSKÁ, Katarína (2020). *Štandardné postupy: Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky [online], [2024-02-09]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/24-3-2020/13_PS_Zmiesana_uzkostna_a_depresivna_porucha.pdf

²⁷ FERENČÁKOVÁ, Ľubica a KUJBYŠEVSKÁ, Katarína (2020). *Štandardné postupy: Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky [online], [2024-02-09]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/24-3-2020/13_PS_Zmiesana_uzkostna_a_depresivna_porucha.pdf

potřeby pacienta, jeho styl, spolupráci a schopnost řešit problémy, s respektem k jeho očekáváním. Než započne léčba, je vždy nezbytné zhodnotit vhodnost konkrétní formy KBT pro daného pacienta a zvážit, zda by mohla být vhodnější podpůrná léčba nebo farmakoterapie. Jestliže terapeut usoudí, že je pacient pro KTB vhodný, doporučí mu tuto formu léčby, objasní důvody a informuje ho o průběhu léčby.²⁸

Kognitivně behaviorální terapie při smíšené úzkostné a depresivní poruše využívá osvědčené metody, které jsou standardní při léčbě depresí i úzkostných poruch. Postup terapie je vymezen následovně:

- edukace o poruše a léčbě,
- plánování činností,
- dechová cvičení a relaxace,
- kognitivní rekonstrukce,
- trénink komunikace,
- expozice,
- řešení problémů,
- příprava na budoucnost.²⁹

1.6.2.1 Edukace o poruše a léčbě

Volba léčebné strategie je podmíněna individuálním charakterem příznaků a jejich závažností. Přesto je klíčové začít léčbu edukací o nemoci a její léčbě. Pacientům by měly být poskytnuty jednoduché, ale komplexní informace o tom, co se s nimi děje a jak bude léčba probíhat.³⁰

1.6.2.2 Plánování činností

Naplánování činností a plnění postupně náročnějších úkolů má pacienta co nejvíce zapojit do aktivit, které zlepšují jeho náladu. Cílem je zvýšit úroveň aktivit a maximalizovat radost a úspěch. Vykonávání určitých činností přispívá k většímu

²⁸ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

²⁹ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

³⁰ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

podílu příjemných chvil během dne, a tak pacienti mohou pociťovat i větší kontrolu nad svým životem.³¹

1.6.2.3 Dechová cvičení

Regulované dýchání může rychle a účinně zmírnit stres v situacích, kdy pacienti zažívají intenzivní úzkost, ať už s hyperventilací nebo bez ní, během záchvatu paniky. Jestliže se pacient a terapeut shodují, že hyperventilace při záchvatech úzkosti hraje určitou roli, pak je zklidnění dýchání jednou z neúčinnějších pomůcek v počátečních fázích léčby. Kromě toho je důležité zdůraznit, že dechové relaxace nejsou omezeny pouze na řešení hyperventilace, ale mohou být účinné i při dalších projevech úzkostných poruch. Tyto techniky přinášejí pacientům širokou škálu nástrojů pro zvládnání různých aspektů úzkostných stavů.³²

1.6.2.4 Kognitivní rekonstrukce

Jedná se o metodický proces změny myšlenek za pomoci charakteristických technik. Tím, že se pacient naučí rozpoznávat, vyhodnocovat, kontrolovat a upravovat automatické myšlenky související s úzkostí a depresí, se zvládnání poruchy zlepší.³³

1.6.2.5 Trénink komunikace

Pacienti s úzkostně-depresivními příznaky mají často rozsáhlé deficity v sociálních dovednostech, a proto vyžadují jejich systematický nácvik. Konkrétní prvky chování jsou demonstrovány a procvičovány ve scénách se zpětnou vazbou. Tato praxe pak postupně aplikuje naučené dovednosti do reálného života.³⁴

³¹ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

³² PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

³³ PRAŠKOVÁ, Hana a Ján PRAŠKO. *Psychoterapie úzkostných poruch*. Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů: Portál 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy [online], [cit. 09. 02. 2024]. Dostupné z: <https://portal.lf1.cuni.cz/clanek-755-psychoterapie-ukostnych-poruch>. ISSN 1803-6619.

³⁴ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

1.6.2.6 Expozice

Expozice znamená vystavení se obávanému podnětu. Jedná se buď o vnější (např. nákupní střediska, metro, skupinové rozhovory atd.), nebo vnitřní situace (např. tachykardie po cvičení), kterým se pacient vyhýbá. Veškeré vyhýbavé chování přispívá k udržení pacientova negativního přesvědčení. Z tohoto důvodu je nutné povzbuzovat pacienty k postavení se situacím, nebo zapojení se do činností, kterým se vyhýbají, a zjistili tak, zda se dostaví výsledek, kterého se obávají.³⁵

1.6.2.7 Řešení problémů

Řešení problémů představuje rámec, v němž se s pacientem řeší společně definované oblasti. Jedná se o celkovou strategii, pro výběr konkrétních postupů, na základě řešeného problému. Řešení problémů zahrnuje několik formálních kroků, které lze využít, ať se jedná o globální problémy člověka, léčbu pacienta, nebo řešení jeho osobních výzev. Mezi tyto problémy mohou patřit vztahové neshody, ztráta partnera, rodinná izolace, nedostačující sociální podpora, konflikty v rodině, neschopnost určení priorit, problémy v práci atd. Proces řešení problémů má běžné kroky, během kterých se definuje a konkretizuje problém, promyslí se a vybere nejlepší řešení. Dále jej uspořádá do konkrétního plánu kroků a dokončí řešení ve fázi, kdy je dosaženo stanoveného cíle.

Součástí řešení problémů je často komunikační trénink, jehož cílem je zlepšit sociální vztahy pacienta a zajistit co nejlepší sociální podporu.³⁶

1.6.2.8 Příprava na budoucnost

Na konci léčby se pozornost přesouvá od zmírnění příznaků k prevenci jejich opakování. Intervaly mezi jednotlivými sezeními se postupně prodlužují a snaží se předvídat, jaké potíže mohou v budoucnosti nastat (např. nezaměstnanost nebo rozchod s partnerem). Ačkoliv je nejisté, zda k takovým problémům skutečně dojde, přesto je vhodné s pacienty probrat, jak by se s nimi vyrovnali. Nakonec se

³⁵ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

³⁶ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

pacienti požádají o vyjmenování toho, co se již naučili, a vytvořili si plány na řešení budoucích problémů.³⁷

³⁷ PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.

2. Vliv duševního onemocnění na člověka a jeho okolí

Duševní onemocnění může hluboce ovlivnit různé oblasti života. Vliv onemocnění působí nejen na život nemocného, ale i na jeho okolí, zejména rodinu a blízké. Nejedná se pouze o utrpení, které plyne ze samotného onemocnění, ale i o další faktory, které s onemocněním souvisejí nepřímo. Může jít například o stigmatizující názor společnosti, změny sociálního statusu osoby, významný dopad na rodinné i jiné vztahy, nebo nemožnost zapojit se do pracovního procesu.³⁸

2.1 Negativní aspekty prožívání osob s duševním onemocněním a jejich okolí

Mezi negativními prožitky osob s duševním onemocněním lze identifikovat několik klíčových aspektů, včetně zranitelnosti, potřeb, interakcí s okolím a závislosti na pomoci druhých.

- Zranitelnost: Pocit zranitelnosti může vznikat zvláště ve fázi, kdy se osoba kvůli nemoci není schopná prosazovat či hájit svá práva.
- Potřeby: Potřeby osob s duševním onemocněním se od zdravého jedince liší a jsou často velmi vysoké. Tito lidé jsou obvykle nároční pacienti, zákazníci, rodinní příslušníci a občané. To může být do značné míry způsobeno jejich neschopností plně a jasně vyjádřit své potřeby.
- Interakce s okolím: Následkem nemoci mohou lidé s postižením interagovat se svým okolím zvláštním, nápadným nebo až obtížným a nepřijatelným způsobem. Často matou své okolí, protože někdy fungují dobře a samostatně a jindy naopak selhávají.
- Závislost na pomoci druhých: V některých stádiích duševního onemocnění si postižení nemusí svou nemoc uvědomovat a v důsledku se nestarají o své duševní a fyzické zdraví. Bez odpovídající podpory a léčby však nelze nemoc překonat. Také je ale třeba myslet na jejich pečovatele (příbuzní, rodiče), jelikož se po čase mohou cítit bezmocní, naštvaní a vyčerpaní. Mají

³⁸ PLECHÁČEK, Samuel. *Sociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním: ukončení služby a prevence závislosti na službě* [online]. Praha, 2018 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/105251/130248342.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.

navíc tendenci také trpět stejným stigmatem a izolací jako samotní nemocní.³⁹

2.2 Stigma

Stigma je označováno jako projev méněcennosti, který vede k odmítání stigmatizovaného ze strany ostatních. Stigmatizace může být způsobena viditelnými charakteristikami (např. fyzickými deformacemi) nebo neviditelnými podmínkami (např. příslušností k určité skupině). Odmítnutí je snahou vyhnout se stigmatizované osobě v různých situacích (bydlení, práce, volnočasové aktivity, partnerské vztahy). Stigmatizace různého původu může vést k různým stupňům odmítání v různých situacích.⁴⁰

Často používanou definicí stigmatu je definice amerického sociologa, antropologa a sociálního psychologa Ervina Goffmana. Ten popisoval stigma jako „atribut, který je hluboce diskreditující“. Takový atribut může být snadno rozpoznatelný, například barva pleti nebo velikost těla, nebo může být skrytý, ale přesto diskreditující, pokud je odhalen, například záznam v trestním rejstříku nebo boj s duševní nemocí. Musíme si však také uvědomit, že se nejedná o řeč atributů, ale vztahů. Vlastnost, která stigmatizuje jeden typ nositele, může potvrzovat obvyklost jiného.⁴¹

2.2.1 Stigma duševního zdraví

Tlak stigmatizace duševního zdraví může pocházet od rodiny, přátel, spolupracovníků a široké veřejnosti. Může bránit lidem žijícím s duševním onemocněním v tom, aby získali pomoc, začlenili se do společnosti a vedli spokojený a plnohodnotný život.

Stigma duševního zdraví může pocházet ze stereotypů, což jsou zjednodušené nebo zobecněné názory či představy o celých skupinách lidí, které jsou často

³⁹ PLECHÁČEK, Samuel. *Sociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním: ukončení služby a prevence závislosti na službě* [online]. Praha, 2018 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/105251/130248342.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.

⁴⁰ HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: Tis, 2004. ISBN 80-900130-7-4.

⁴¹ GOFFMAN, Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, New Jersey: Prentice Hall, 1963. ISBN 0-671-62244-7.

nepřesné, negativní a urážlivé. Umožňují člověku vynášet rychlé soudy o druhých na základě několika definujících charakteristik, které pak vztahuje na kohokoli z této skupiny.⁴²

Například lidé trpící depresí jsou často stereotypně označováni za líné, zatímco osoby trpící úzkostí někteří hodnotí jako zbabělé.

Mnoho lidí se bojí, že budou označeni za "blázny" jen proto, že vyhledali podporu terapeuta. Ačkoliv žádná z těchto charakteristik není platná, tak způsobuje bolest a brání lidem získat pomoc, kterou potřebují.⁴³

Stigma, předsudky a diskriminace lidí s duševním onemocněním jsou relativně nenápadné nebo velmi zřejmé. Ať už má však jakoukoli podobu nebo míru, ve většině případů v konečném důsledku poškozuje samotného pacienta, jeho blízké, a nakonec i celou společnost. Různé formy předsudků přispívají také ke strukturální diskriminaci, o čem svědčí například nedostatečné financování systému péče o duševní zdraví.⁴⁴

Medicinský časopis The Lancet vydal v roce 2022 v rámci Světového dne duševního zdraví obsáhlou studii zaměřenou na stigmatizaci a diskriminaci oblasti duševního zdraví. Takzvaná Lancet Commission v rámci zmíněné studie vydala přehled o doporučeních ke snížení stigmatizace. Tyto návrhy zní následovně:⁴⁵

- mezinárodní organizace a vlády by měly zavést a důsledně uplatňovat politiky ke snížení a odstranění stigmatizace a diskriminace,
- zaměstnavatelé mají povinnost podporovat účast osob s duševním onemocněním na trhu práce tím, že budou umožňovat plný přístup k pracovním příležitostem a poskytovat programy pro návrat do práce pro osoby s duševním onemocněním,

⁴² ZOPPI, Lois. *What is mental health stigma?* [online]. 2020 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/mental-health-stigma>

⁴³ ZOPPI, Lois. *What is mental health stigma?* [online]. 2020 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/mental-health-stigma>

⁴⁴ Národní ústav duševního zdraví. *Stigma je horší než samotné duševní onemocnění. Odborníci z celého světa vyzývají k účinné destigmatizaci.* [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni-odbornici-z-celeho-sveta-vyzyvaji-k-ucinne-destigmatizaci>

⁴⁵ Národní ústav duševního zdraví. *Stigma je horší než samotné duševní onemocnění. Odborníci z celého světa vyzývají k účinné destigmatizaci.* [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni-odbornici-z-celeho-sveta-vyzyvaji-k-ucinne-destigmatizaci>

- podpora rozvíjení odborné přípravy a kvalifikací zdravotnických a sociálních pracovníků,
- zahrnutí do školních osnov specializované přednášky pro žáky základních a středních škol, které by zvýšily povědomí mladší generace o duševních poruchách a významu péče o duševní zdraví,
- aktivní podpora zájmu o duševní zdraví,
- poskytování prostřednictvím médií pravdivé a na důkazech založené informace o duševním zdraví.⁴⁶

Na přípravě a realizaci těchto opatření by se měli podílet osoby se zkušenostmi s duševním onemocněním. Analýzy totiž potvrdily, že kontakt mezi lidmi se zkušeností s duševním onemocněním a bez ní, je nejúčinnějším způsobem, jak odbourat předsudky a diskriminaci.⁴⁷

2.3 Dopad duševního onemocnění na rodinu a blízké

Nedostatečné znalosti o duševních onemocněních vede ke špatnému pochopení jejich podstaty a následně k předsudkům nejen vůči pacientovi, ale i samotné nemoci a příbuzným pacienta. Například lidé, kteří nemají dostatečné vědomosti, nevědí, jak se nemoc projevuje, ji mohou popisovat různými způsoby. To může ovlivnit vztah mezi nemocným a jeho příbuznými. Blízcí pak často cítí vinu za onemocnění a snaží se toho pocitu zbavit. Neznalost nemoci, může také ovlivnit vnímání možností léčby a vést k pocitu beznaděje a bezmoci, protože nevědí, co mohou s nemocí dělat. Tyto pocity vedou k potřebě hledat věrohodná vysvětlení a následně i východisko.⁴⁸

Příznaky duševních poruch se běžně projevují nespecificky a subjektivně. Jedná se například o podrážděnost, vztahovačnost, únavu nebo fyzické problémy.

⁴⁶ Národní ústav duševního zdraví. *Stigma je horší než samotné duševní onemocnění. Odborníci z celého světa vyzývají k účinné destigmatizaci.* [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni-odbornici-z-celeho-sveta-vyzyvaji-k-ucinne-destigmatizaci>

⁴⁷Národní ústav duševního zdraví. *Stigma je horší než samotné duševní onemocnění. Odborníci z celého světa vyzývají k účinné destigmatizaci.* [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni-odbornici-z-celeho-sveta-vyzyvaji-k-ucinne-destigmatizaci>

⁴⁸ PLECHÁČEK, Samuel. *Sociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním: ukončení služby a prevence závislosti na službě* [online]. Praha, 2018 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/105251/130248342.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova

Z tohoto důvodu je společnost za normálních okolností nepovažuje za příznaky nemoci. Ačkoliv rodinní příslušníci vědí, že se osoba změnila a začala se chovat zvláště, nemusí vědět proč a často je ani nenapadne, spojovat toto chování s duševní nemocí. Běžné je také, že si rodina duševní onemocnění nepřipouští.

Pacienti trpící příznaky duševního onemocnění se těchto projevů často obávají a ztrácejí sebedůvěru a pohled na sebe i své okolí. V důsledku toho se uzavírají do sebe a odmítají jakýkoliv kontakt, kterému nerozumějí, nebo se ho bojí. Následkem je pak změna v rodinných vztazích a celková atmosféra v rodině, která se stává nesnesitelně napjatou až nepříjemnou.

Následné stvrzení diagnózy má vliv na členy rodiny ve formě zátěže, se kterou je třeba se vypořádat. Doprovodná krize spojená s diagnostikovanou duševní nemocí narušuje stávající rovnováhu v rodinném systému a také odhaluje nevyřešené a ukryté problémy. Proces řešení této situace bývá velmi obtížný, komplikovaný a dlouhodobý.⁴⁹

2.4 Doporučené chování rodiny a blízkých

Nejprve je třeba si uvědomit, že duševní onemocnění jsou stejná, jako jakákoliv jiná fyzická nemoc, například angína. Ve chvíli, kdy si uvědomíme, že se jedná o nemocného člověka, tak jeho změněné chování bude více pochopitelné. Je třeba se pokusit porozumět jeho jednání a přestat ho odsuzovat nebo označovat za někoho, kdo simuluje.

Důležité je nepopírat, že někdo blízký má duševní chorobu a neskrývat to z důvodu předsudků a studu před ostatními. Také je dobré mít na paměti, že čím dříve se začne s léčbou, tím větší je naděje na uzdravení. Proto je vhodné, se co nejdříve spojit se svým obvodním lékařem nebo psychiatrem.

Při podpoře pacienta je klíčové věřit jeho pocitům a být mu oporou. Vyhýbat bychom se měli radám typu „překonej to“ nebo „nedramatizuj“, které by nemocnému nedokázaly poskytnout skutečnou pomoc, spíše by ho mohly odrazit. Poradili bychom mu totiž přesně to, čeho není schopen. Nemocný se pak stáhne

⁴⁹ PLECHÁČEK, Samuel. *Sociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním: ukončení služby a prevence závislosti na službě* [online]. Praha, 2018 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/105251/130248342.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova

ještě víc do sebe a nebude nám důvěřovat. Proto bychom pacientovi nikdy neměli vymlouvat jeho příznaky a ani se o nich hádat. Překonání nemoci vyžaduje primárně pochopení a konstruktivní pomoc.⁵⁰

Současně je však nutné brát v úvahu, že existují situace, kdy pacienti mohou uvádět obtíže za účelem získání sekundárního zisku, zejména péče a pozornosti okolí. V těchto případech je nezbytné, aby odborník pečlivě posoudil, jak přistupovat k dané situaci a zvolil vhodný přístup.

2.5 Pracovní zařazení

Zaměstnání a práce je důležitá pro kvalitu života, a to jak pro „zdravé“ lidi, tak pro osoby trpící duševním onemocněním. Napomáhá zlepšit sebedůvěru člověka a jeho schopnost vyrovnat se s onemocněním. Práce a zaměstnání jsou důležité jako aktivita, možnost společenského styku a příležitost k začlenění se do společnosti.⁵¹

Nicméně duševní onemocnění je jedním z nejčastějších důvodů pro pracovní neschopnost. Často se objevují během produktivních let člověka, mohou být provázeny dlouhodobou hospitalizací a vést až k invaliditě nemocného. Duševní onemocnění se totiž často začnou projevovat v dospívání nebo brzké dospělosti. V tu dobu osoba ještě nemá ukončené studium, pevné pracovní návyky, vlastní finance a bydliště. Tyto skutečnosti mají za následek neúspěšný pokus o nástup nebo návrat do práce.⁵²

Existuje však mnoho programů pracovní rehabilitace, které pomáhají nemocnému, aby se prosadil na trhu práce. Jedná se například o pracovní rehabilitaci, chráněné dílny, tréninková pracovní místa, edukativní programy nebo přechodné zaměstnávání. Vše probíhá za podpory odborníků a nemocný

⁵⁰ HAUSNER, Milan. *Duševně nemocný mezi námi*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-068-82

⁵¹ *PARALELNÍ ŽIVOTY: Brožura pro zaměstnavatele* [online]. Praha: Art Movement, 2019 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: https://www.artmovement.cz/wp-content/uploads/2020/10/artmovement_P4-brozura-pro-zamestnavatele.pdf

⁵² PLECHÁČEK, Samuel. *Sociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním: ukončení služby a prevence závislosti na službě* [online]. Praha, 2018 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/105251/130248342.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.

postupně získává dovednosti a schopnosti potřebné k zapojení se do pracovního procesu.⁵³

⁵³ BERANOVÁ, Nela. *(Ne)možnost pracovního uplatnění* [online]. Fokus ČR, 2017 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf

3. Sociální rehabilitace

Jak už bylo zmíněno výše, duševní onemocnění může mít významný dopad na život člověka. Situace, které byly dříve běžně řešitelné, se kvůli nemoci stávají problematické. Aby se nemocní lidé mohli zapojit do běžného života, tak potřebují podporu.⁵⁴

Na zařazení do společnosti nejvíce přispívá blízké okolí pacienta. Rodina a přátelé v tomto procesu hrají velmi důležitou roli. Proces znovuzачlenění do společnosti osob bývá často obtížný. Proto je třeba využít také pomoci odborníků, institucí a organizací, které poskytují služby pomáhající s resocializací.

K tomuto účelu slouží služby sociální rehabilitace. Tyto služby jsou vhodnými a pravidelně využívanými službami, které pomáhají zmírnit následky nemoci a zlepšit sociální dovednosti.⁵⁵

V následující části práce popíšu základní principy sociální rehabilitace a její cíle se zaměřením na osoby trpící duševním onemocněním.

3.1 Sociální rehabilitace jako prvek ucelené rehabilitace

Definice ucelené rehabilitace je dle OSN „proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením, poškozeným úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou, aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života k dosažení vyšší úrovně nezávislosti.“⁵⁶

Sociální rehabilitace, často označovaná také jako psychosociální rehabilitace, je nedílnou součástí ucelené rehabilitace. Ucelenost v rehabilitaci představuje zejména včasnost, propojenost a komplexnost jednotlivých oblastí rehabilitace. Ucelená rehabilitace má za cíl co nejrychleji a nejkomplexněji začlenit osoby

⁵⁴ ZEMAN, Jiří. Představujeme sociální služby: Sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním. In: *Portál sociálních služeb* [online]. 2012 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://socialnisluzby.khk.cz/cz/zpravodaj/predstavujeme/predstavujeme-socialni-sluzby:-socialni-rehabilitace-pro-osoby-s-dusevnim-onemocnenim-55352/>

⁵⁵ PLECHÁČEK, Samuel. *Sociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním: ukončení služby a prevence závislosti na službě* [online]. Praha, 2018 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/105251/130248342.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.

⁵⁶ Manuál ucelené rehabilitace na území Prahy pro lidi po poškození mozku. *Ucelená péče*. [online]. 2011 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <http://manual.navraty.info/info>

s postižením do běžných společenských aktivit a úspěšného zařazení do pracovního procesu.⁵⁷

Takto komplexně popsanou rehabilitaci, lze považovat jako hlavní společenský cíl všech zdravotních a sociálních intervencí. V rámci duševního onemocnění je důležité, aby nemocní lidé žili v běžných životních podmínkách, plnili své obvyklé sociální a osobní role a fungovali co nejvíce nezávisle.⁵⁸

Pojmem sociální rehabilitace se rozumí proces, který zahrnuje konkrétní akce a programy zaměřené na zlepšení sociálních dovedností a postavení lidí s duševním onemocněním.⁵⁹ Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je sociální rehabilitace definovaná jako: „soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“⁶⁰

3.1.1 Oblasti ucelené rehabilitace

Jak již bylo výše zmíněno, ucelená rehabilitace zahrnuje opatření k zajištění a obnovení funkce, opatření kompenzující ztrátu, nebo opatření nedostatku, či omezení funkce.⁶¹ Jejím elementárním prvkem je minimalizace následků trvalé nebo dlouhodobé invalidity.⁶² Oblasti ucelené rehabilitace jsou:

a) Léčebná rehabilitace

Tato oblast rehabilitace zahrnuje souhrn včasné diagnostiky a terapeutických opatření, které jsou primárně zaměřené na dosažení optimálního fungování fyzických funkcí organismu. Rehabilitační léčbu podstupují pacienti s poruchou

⁵⁷ Manuál ucelené rehabilitace na území Prahy pro lidi po poškození mozku. *Ucelená péče*. [online]. 2011 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <http://manual.navraty.info/info>

⁵⁸ HEJZLAR, Petr. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, 10(5) [cit. 2024-02-09]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/07.pdf>

⁵⁹ HEJZLAR, Petr. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, 10(5) [cit. 2024-02-09]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/07.pdf>

⁶⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

⁶¹ Asociace ucelené rehabilitace. *Co je to "ucelená rehabilitace."* [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <http://www.aurcr.cz/ucelena-rehabilitace/co-to-je-ucelena-rehabilitace/>

⁶² Manuál ucelené rehabilitace na území Prahy pro lidi po poškození mozku. *Ucelená péče* [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <http://manual.navraty.info/info>

některého orgánu nebo pohybového aparátu, která má za následek sníženou aktivitu. Často ji poskytují zdravotnická zařízení, zejména při pobytu v nemocnici, ambulantně nebo v denním zařízení.⁶³

b) Pedagogická rehabilitace

Jde o proces, jehož cíl je umožnit lidem se zdravotním postižením dosáhnout co nejvyšší úrovně vzdělání, a tím podpořit jejich samostatnost a umožnit jim aktivně se zapojit do všech činností společenského života. Pedagogická rehabilitace má pomáhat lidem dosáhnout samostatného rozhodování, a tím i plnohodnotného zapojení do společenského a pracovního života.⁶⁴

c) Sociální rehabilitace

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, jedná se o soubor specifických činností, jejichž cílem je umožnit lidem se zdravotním postižením dosáhnout nezávislosti, samostatnosti a soběstačnosti, prostřednictvím rozvoje jejich schopností a dovedností, posilování jejich návyků a nácviku obecných činností nezbytných pro samostatný život. Tím se předchází riziku sociálního vyloučení. Tato oblast úzce souvisí s ostatními prvky ucelené rehabilitace, liší se však tím, že má dlouhodobý charakter, tedy proces, který trvá po celý život.⁶⁵

d) Pracovní rehabilitace

Jedná se o trvalou podporu poskytovanou osobám, které ztratily pracovní schopnost, s cílem najít a udržet si zaměstnání. Zahrnuje tedy nejen odborné vzdělávání a získávání kvalifikace (příslušných znalostí, dovedností a návyků), ale také znovuzískání pracovního potenciálu.⁶⁶ Pracovní rehabilitace podle zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti zahrnuje například profesní přípravu a kariérové poradenství, činnost zaměřenou na zprostředkování zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání.⁶⁷

⁶³ Manuál ucelené rehabilitace na území Prahy pro lidi po poškození mozku. *Ucelená péče*. [online]. 2011 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <http://manual.navraty.info/info>

⁶⁴ Manuál ucelené rehabilitace na území Prahy pro lidi po poškození mozku. *Ucelená péče*. [online]. 2011 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <http://manual.navraty.info/info>

⁶⁵ Manuál ucelené rehabilitace na území Prahy pro lidi po poškození mozku. *Ucelená péče*. [online]. 2011 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <http://manual.navraty.info/info>

⁶⁶ Manuál ucelené rehabilitace na území Prahy pro lidi po poškození mozku. *Ucelená péče*. [online]. 2011 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <http://manual.navraty.info/info>

⁶⁷ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

Součástí ucelené rehabilitace je i sociální terapie, která je společně se sociální rehabilitací, složkou rehabilitačního procesu pro pacienty s psychiatrickým či duševním onemocněním, nebo pacienty z jiných skupin sociálně znevýhodněných.

Socioterapie je interdisciplinární obor, který se zabývá především sociálními vztahy. Hlavním cílem socioterapie je pracovat s klienty na zlepšení kvality jejich života, zlepšení komunikace a změně sociálního začlenění.⁶⁸

3.2 Poslání sociální rehabilitace

Poslání úzce souvisí s definicí sociální rehabilitace, která je již zmíněná výše. Hlavní a nejdůležitější bod související s posláním rehabilitace je tedy sociální fungování člověka. Jinými slovy, aby byl schopný zařadit se do společnosti.

Sociální rehabilitace má pomáhat lidem s duševním onemocněním rozvíjet jejich dovednosti a vztahy s okolím tak, aby mohli spokojeně a samostatně žít ve svém vlastním prostředí s minimální odbornou podporou a také jim napomáhat, aby mohli aktivně trávit volný čas a nebyli izolováni nebo vyloučeni ze společnosti.⁶⁹

3.3 Obecné a konkrétní cíle sociální rehabilitace

3.3.1 Obecné cíle

Sociální rehabilitace funguje na více úrovních: klient, jeho prostředí a společnost. Těžiště péče se neustále přesouvá mezi těmito třemi úrovněmi. Chceme zákazníkům pomoci plnit jejich preferované sociální role, což znamená, že často musíme působit ve více prostředích nebo doménách najednou.⁷⁰

Dle Wilkena a Hollandera je rozvoj osobnosti možný ve čtyřech oblastech života. Každá z těchto oblastí v sobě zahrnuje individuální aktivity a interaktivní sociální aktivity.

⁶⁸ *Ucelená rehabilitace*. In: "PSYCHOSOMATIKA" [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://rehabilitace-psychoterapie.cz/rehabilitace/>

⁶⁹ STRÍBRNÁ, Veronika a Petr HEJZLAR. *Organizační směrnice č. 1/2009_b_R2015: Metodika služby sociální rehabilitace* [online]. 2015 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/840267-Metodika-sluzby-socialni-rehabilitace.html>

⁷⁰ WILKEN, Jean Pierre; HOLLANDER, Dirk. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Komunitní psychiatrie v praxi, [online]. 1999 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.detipatridomu.cz/respitnenihlidani/wp-content/uploads/2017/07/CM16-Psychosociáln%C3%AD-rehabilitace.pdf>

Autoři popisují životní domény následovně:

- Životní doména bydlení
Tato oblast zahrnuje aktivity spojené s bydlením a prostředím, ve kterém jedinec žije.
- Životní doména práce
Zaměřuje se na aktivity související se zaměstnáním.
- Životní doména učení se
Odkazuje na oblast vzdělávání a učení, zahrnující rozvoj dovedností a znalostí.
- Životní doména volného času
Tato oblast se zabývá aktivitami a zájmy, které jedinec vykonává ve svém volném čase.⁷¹

Kromě životních domén mají důležitou roli také tzv. osobní domény. Tyto oblasti podmiňují subjektivní pocit spokojenosti, který přichází plněním každodenních činností.

Osobní domény jsou:

1. Osobní doména osobní péče
Zahrnuje záměrné chování jedince směřující k udržení každodenního života, zdraví, osobního rozvoje a spokojenosti. Úroveň osobní péče závisí na schopnosti či neschopnosti jedince uspokojovat základní potřeby.
2. Osobní doména zdraví
Obsahuje jak fyzickou kondici, která je již zahrnuta v osobní doméně péče, tak i psychické zdraví. Pro osoby s duševním onemocněním může být udržení duševní rovnováhy výzvou.
3. Osobní doména účelu a smyslu
Představuje důležitý aspekt v lidském životě, zahrnující přítomnost cílů a smyslu. Bez něj může být život vnímán jako bezcílný a bezvýznamný. U pomáhajících pracovníků je důležité, aby tyto pocity neopomínali a zaměřili se na ně. Jen tak může být pomoc komplexní a účinná. S touto

⁷¹ WILKEN, Jean Pierre; HOLLANDER, Dirk. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Komunitní psychiatrie v praxi, [online]. 1999 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.detipatridomu.cz/respitnenihlidani/wp-content/uploads/2017/07/CM16-Psychosociální%20AD-rehabilitace.pdf>

doménou souvisí i osobní doména sociálních vztahů, tedy interakce s jinými lidmi, která je při vkládání smyslu a účelu do života podstatná.

4. Osobní doména sociálních vztahů

Tato oblast se zaměřuje na interakce s ostatními lidmi, což je klíčové pro vkládání smyslu a účelu do života.⁷²

Je třeba zmínit, že veškeré zmíněné domény (životní i osobní) jsou univerzální a platí pro každého. Mnoho pacientů s duševní poruchou vykazuje poruchy v jedné nebo více oblastech života a osobnosti. Analýzou těchto oblastí lze identifikovat klientova přání a potřeby. Obecným cílem sociální rehabilitace je tedy činnost, která směřuje k fungování pacienta na poli životních a osobních domén a také činnost omezující vliv bariér (např. předsudků, stigmat, mýtů), která zvýší příležitost pacientů se zapojit do společenského života.⁷³

3.3.2 Konkrétní cíle

Konkrétní cíle sociální rehabilitace vždy vycházejí z cílů obecných. Jejich formulace se však samozřejmě bude lišit podle jednotlivých poskytovatelů této sociální služby a potřeb a požadavků konkrétního klienta. V metodice služby sociální rehabilitace Péče o duševní zdraví jsou uvedeny následující konkrétní cíle: 16

a) Rozvíjet schopnosti a dovednosti pro samostatný život:

Tréninkem se klienti učí potřebné schopnosti a dovednosti, které jsou klíčové pro jejich nezávislý a samostatný život.

b) Poradit si s projevy nemoci a zvládat krizové situace:

Klienti se učí, jak se vyrovnat s projevy své nemoci, jak reagovat v krizových situacích a kdy hledat pomoc od svého okolí nebo profesionálů.

c) Dosáhnout osobních cílů v oblastech vztahů, práce, vzdělávání, volného času a bydlení:

⁷² WILKEN, Jean Pierre; HOLLANDER, Dirk. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Komunitní psychiatrie v praxi, [online]. 1999 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.detipatridomu.cz/respitnenihlidani/wp-content/uploads/2017/07/CM16-Psychosociáln%C3%AD-rehabilitace.pdf>

⁷³ WILKEN, Jean Pierre; HOLLANDER, Dirk. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Komunitní psychiatrie v praxi, [online]. 1999 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.detipatridomu.cz/respitnenihlidani/wp-content/uploads/2017/07/CM16-Psychosociáln%C3%AD-rehabilitace.pdf>

Sociální rehabilitace pomáhá klientům identifikovat a dosáhnout svých osobních cílů ve mnoha oblastech života.

d) Najít a udržet podporu od lidí v přirozeném okolí:

Klienti se učí navazovat a udržovat kontakty s lidmi v jejich přirozeném prostředí, kteří mohou sloužit jako podpora.

e) Vytvořit programy a prostředí pro trávení volného času:

Sociální rehabilitace podporuje klienty při vytváření programů a prostředí pro plnohodnotné využívání volného času.

f) Zprostředkovat možnosti trávení volného času a usnadnit jejich využívání:

Klientům jsou nabízeny veřejně dostupné příležitosti k trávení volného času.⁷⁴

Takové cíle jsou zaměřeny na celkový rozvoj klientů a podporu jejich úspěšné integrace do běžného života.

3.4 Hlavní fáze průběhu služby sociální rehabilitace

Metodika služby sociální rehabilitace vymezuje průběh služby následovně:

- a) fáze vzájemné orientace a navazování vztahu
- b) fáze mapování potřeb
- c) fáze stanovování cílů
- d) fáze plánování (zpracování rehabilitačního plánu)
- e) fáze realizace plánu (fáze intervencí)
- f) fáze hodnocení

Je třeba si uvědomit, že jednotlivé fáze služby se prolínají a uvedené dělení slouží jako základní systematický postup pro optimální průběh služby sociální rehabilitace.⁷⁵

⁷⁴ STŘÍBRNÁ, Veronika a Petr HEJZLAR. *Organizační směrnice č. 1/2009_b_R2015: Metodika služby sociální rehabilitace* [online]. 2015 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/840267-Metodika-sluzby-socialni-rehabilitace.html>

⁷⁵ STŘÍBRNÁ, Veronika a Petr HEJZLAR. *Organizační směrnice č. 1/2009_b_R2015: Metodika služby sociální rehabilitace* [online]. 2015 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/840267-Metodika-sluzby-socialni-rehabilitace.html>

3.4.1 Fáze vzájemné orientace a navazování vztahu

Požadovaným výsledkem této fáze je pracovní a partnerský vztah mezi pracovníky a klienty, kde každý má své místo a rozumí mu. Vzájemné porozumění a poznávání jsou důležitým pilířem spolupráce. Pokud spolupráce nefunguje, je to většinou proto, že pacienty dostatečně neznáme, nedůvěřují nám, nevíme, jak budou reagovat nebo kolik toho zvládnou. Budování vztahu a vzájemné poznávání je tedy velmi důležitá část a základní prvek pro další spolupráci. Důvěra v tomto vztahu hraje zásadní roli a je třeba dbát jak na její vytvoření, tak na její udržení. Pracovník má za úkol efektivně komunikovat s klientem, což vyžaduje schopnost porozumět kontextu a skrytým motivacím klientovy komunikace. Zároveň musí prezentovat svou komunikaci srozumitelně a pravidelně ověřovat, že klient správně chápe sdělení. Úspěšné zvládnutí této fáze je ovlivněno i prostředím, kde se seznamování odehrává. Mělo by být pro klienta maximálně bezpečné, a to jak z hlediska fyzického prostoru, tak přístupu pracovníků.⁷⁶

3.4.2 Fáze mapování potřeb

Nejprve je třeba si uvědomit, že vytváření vztahů a mapování je vzájemný proces. Cílem mapování potřeb je shromáždění relevantních informací, které se následně uspořádají do jasných a logicky propojených celků. Získané informace jsou potom využitelné v dalších fázích služby. Mapování poskytuje fakta pracovníkovi i klientovi. Pro účely přehledu se vytvářejí seznamy a grafy, které nejen usnadňují pracovníkovu práci, ale zároveň jsou důležité i pro klienta, který se v získaných informacích lépe vyzná. Během tohoto procesu se zaměřuje zejména na primární potřeby a požadavky klienta, jeho osobní kritéria, schopnosti, dovednosti, limity, zdroje podpory a také na případné problémy nebo ohrožení. Informace jsou získávány především prostřednictvím rozhovorů, dotazníků, pozorování nebo konzultací s jinými osobami.⁷⁷

⁷⁶ STŘÍBRNÁ, Veronika a Petr HEJZLAR. *Organizační směrnice č. 1/2009_b_R2015: Metodika služby sociální rehabilitace* [online]. 2015 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/840267-Metodika-sluzby-socialni-rehabilitace.html>

⁷⁷ STŘÍBRNÁ, Veronika a Petr HEJZLAR. *Organizační směrnice č. 1/2009_b_R2015: Metodika služby sociální rehabilitace* [online]. 2015 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/840267-Metodika-sluzby-socialni-rehabilitace.html>

3.4.3 Fáze stanovení cílů

Výsledkem této fáze je formulování cílů. Dělí se na hlavní (dlouhodobé), a dílčí (krátkodobé). Dlouhodobé cíle většinou souvisí s kvalitou života a je třeba, aby byly formulovány pozitivně a jednoduše. Na základě stanoveného hlavního cíle se identifikují překážky, které brání jejímu dosažení. Tyto překážky a jejich odstranění lze formulovat jako cíle dílčí. Jednotlivé krátkodobé cíle by měly být realistické, dosažitelné a srozumitelné.⁷⁸

3.4.4 Fáze plánování

Plán je popis toho, jak bude cíle dosaženo. Jedná se o rehabilitační plán, jehož účelem je dosažení rehabilitačních cílů. Plán by měl obsahovat všechny plánované intervence včetně úrovně podpory personálu. Aby se propojily fáze stanovení cílů a plánování, měly by být stanoveny kroky k dosažení dílčích cílů. Vhodné je začít s krokem, který lze provést v kratším časovém rámci (3-6 měsíců), což má zajistit uživatelův úspěch. Také je třeba předem dohodnout kritéria, podle kterých bude uznáno dosažení jednotlivých kroků a stanovit frekvenci kontroly plnění plánu.⁷⁹

3.4.5 Fáze naplňování cíle

Naplňování cíle spočívá v plnění plánovaných intervencí podle předchozí fáze. Nejdůležitější roli zde hraje motivace klienta. Zjistit, co klienta motivuje není snadné, avšak povzbuzení, chvála a ocenění fungují téměř vždy. Zejména při práci s lidmi trpící duševním onemocněním je třeba myslet na jejich zranitelnost, protože jakákoliv, ač pozitivní změna, může představovat zátěž a narušení psychické rovnováhy. Opět je tedy důležité věnovat pozornost velmi malým změnám a komunikovat tento pohled s klienty.⁸⁰

⁷⁸ STŘÍBRNÁ, Veronika a Petr HEJZLAR. *Organizační směrnice č. 1/2009_b_R2015: Metodika služby sociální rehabilitace* [online]. 2015 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/840267-Metodika-sluzby-socialni-rehabilitace.html>

⁷⁹ STŘÍBRNÁ, Veronika a Petr HEJZLAR. *Organizační směrnice č. 1/2009_b_R2015: Metodika služby sociální rehabilitace* [online]. 2015 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/840267-Metodika-sluzby-socialni-rehabilitace.html>

⁸⁰ STŘÍBRNÁ, Veronika a Petr HEJZLAR. *Organizační směrnice č. 1/2009_b_R2015: Metodika služby sociální rehabilitace* [online]. 2015 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/840267-Metodika-sluzby-socialni-rehabilitace.html>

3.4.6 Fáze hodnocení

Po dosažení cílů bude provedeno komplexní vyhodnocení, které se koná ve spolupráci s klientem. Toto hodnocení zahrnuje zhodnocení naplnění výsledků a průběhu celého procesu. Zaměřuje se především na to, co bylo úspěšné a co neúspěšné, jaký vliv mělo jednání pracovníka na motivaci klienta, a jak se změnila kvalita života klienta. I v případě nedosažení cílů je hodnocení důležité. Klient by měl pochopit, že jde o objektivní zobrazení událostí, a ne o hledání viny. Často totiž dochází k tzv. vedlejším pozitivním efektům. To znamená, že cíle sice dosáhnuto nebylo, ale neplánovaně se změnilo něco jiného. Pracovníci by také měli průběžně hodnotit vlastní spolupráci s klientem (co bylo příjemné/nepříjemné, co se mu dařilo/nedařilo), aby se chyby neopakovaly. Jedná se současně o nástroj profesního rozvoje.⁸¹

⁸¹ STŘÍBRNÁ, Veronika a Petr HEJZLAR. *Organizační směrnice č. 1/2009_b_R2015: Metodika služby sociální rehabilitace* [online]. 2015 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/840267-Metodika-sluzby-socialni-rehabilitace.html>

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Metodika praktické části

4.1 Cíle

Cílem praktické části této bakalářské práce je provést terénní šetření zaměřené na sociální rehabilitaci osob, s důrazem na hodnocení efektivity služeb poskytovaných Centrem Kosatec. V rámci šetření jsem provedla strukturovaný rozhovor a doplňující dotazníkové šetření. Detailně jsem zkoumala metody a aktivity sociální rehabilitace, včetně efektivity, která je hodnocena samotnými klienty. Zároveň jsem se věnovala procesu začleňování osob do společnosti.

V práci budu analyzovat rozhovor se sociálním pracovníkem a následně vyhodnotím odpovědi získané z dotazníku pro klienty.

Výsledkem bude komplexní pohled na poskytované služby sociální rehabilitace v praxi, zahrnující jejich celkovou účinnost.

4.2 Výběrový soubor

Pro potřeby terénního šetření jsem sestavila rozsáhlý výběrový soubor, který zahrnoval dvě klíčové skupiny respondentů: sociální pracovníci a klienty Centra Kosatec.

Sociální pracovnice, s níž jsem vedla strukturovaný rozhovor, zajišťuje hlubší vhled do pracovního prostředí a na poskytované služby. Její zkušenosti a znalosti obohacují šetření o perspektivu profesionála v oblasti sociální práce.

Klienti, kteří vyplnili dotazníky, představují druhou významnou skupinu. Jejich hlas byl zásadní pro pochopení individuálních zkušeností, potřeb a hodnocení služeb poskytovaných Centrem Kosatec.

4.3 Profil vybraného zařízení – Centrum Kosatec

Centrum Kosatec je zřízeno organizací Centrum Kosatec, z. s. Spolek sídlí, a většina jeho aktivit probíhá v moderním bezbariérovém Centru Kosatec, umístěném ve vnitrobloku na adrese Sladkovského ulice 2824 v Pardubicích. Toto centrum bylo slavnostně otevřeno v září 2011 a jeho název je odvozen od kosého půdorysu budovy.

Hlavním posláním spolku je primárně poskytovat pomoc lidem s hendikepou a aktivně přispívat k odstraňování překážek mezi světem lidí se zdravotními problémy a těmi bez nich.

V průběhu let se spolek stal jedním z nejvýznamnějších zaměstnavatelů osob s postižením v Pardubicích.

Centrum Kosatec je poskytovatelem dvou oficiálně registrovaných sociálních služeb, konkrétně Sociální rehabilitace a Osobní asistence.

4.4 Použité vědecké metody zkoumání

V rámci mé bakalářské práce jsem se opírala o důkladně navržený výzkumný postup, který kombinoval kvalitativní a kvantitativní metody zkoumání. Zmíněná kombinace metod mi umožnila získat souhrnný a hloubkový pohled na sociální rehabilitaci v Centru Kosatec.

Kvalitativní analýza byla provedena na základě rozhovoru se sociální pracovnící. Tato hloubková metoda poskytla detailní vhled do prostředí Centra Kosatec a umožňuje porozumět komplexním aspektům poskytovaných služeb. Pomocí rozhovoru jsem získala odborný pohled na sociální rehabilitaci.

Pro sběr kvantitativních dat jsem vytvořila strukturovaný dotazník, který byl distribuován mezi klienty Centra. Tento dotazník obsahoval různorodé otázky, které mapovaly jejich zkušenosti, hodnocení a potřeby ohledně sociální rehabilitace. Tímto způsobem jsem získala statisticky vyhodnocená data, která poskytla kvantitativní podporu mému výzkumu.

Analytický přístup byl celkově kombinovaný, kde jsem využívala statistické metody pro kvantitativní data a kvalitativní obsahovou analýzu pro rozhovor s pracovnící. Tato kombinace metod mi umožnila dosáhnout vyváženého a bohatého porozumění služeb sociální rehabilitace v Centru Kosatec z perspektivy klientů i profesionálů.

5. Terénní šetření

Při tvorbě otázek pro rozhovor v rámci mé bakalářské práce jsem postupovala s důrazem na promyšlený a systematický přístup. Otázky byly navrženy tak, aby podporovaly dosažení hlavních cílů výzkumu. Tyto cíle zahrnují detailní

prozkoumání metod a aktivit sociální rehabilitace, porozumění efektivity sociální rehabilitace, jejího vlivu na začleňování klientů do společnosti a hodnocení poskytovaných služeb.

Vzhledem ke kvalitativní povaze rozhovoru jsem kladla důraz na otevřené otázky, které umožňují detailní a osobní odpovědi respondentky.

V procesu tvorby otázek jsem také využila teoretickou část práce, kde jsou podrobně popsány koncepty sociální rehabilitace. To mi umožnilo propojit teorii s praktickými otázkami a zajistit, že mé dotazy reflektují klíčové aspekty této oblasti.

Při vytváření otázek pro dotazník jsem postupovala obdobným systematickým způsobem jako při tvorbě otázek pro rozhovor. Dotazníkové otázky byly formulovány tak, aby reflektovaly klíčové aspekty zkoumané problematiky. Pro zajímavý a ucelený výzkum jsem se zaměřila na otázky, které osvětlují klientovy perspektivy a vnímání sociální rehabilitace.

5.1 Strukturovaný rozhovor

Strukturovaný rozhovor provedený v rámci tohoto výzkumného šetření má za cíl hlouběji porozumět procesu sociální rehabilitace. Tato část terénního šetření byla koncipována ve spolupráci se sociální pracovníci, která poskytuje důležité informace a perspektivy v oblasti sociální práce a rehabilitace. Otázky se dotýkají klíčových aspektů, jako jsou cíle rehabilitace, poskytované služby, zapojení klientů, podpora zaměstnání a opatření na prevenci sociální izolace. Tyto otázky směřují k detailnímu zkoumání pracovních postupů, strategií a programů, které centrum využívá při začleňování jednotlivců do společnosti.

Rozhovor nám tedy umožňuje lépe porozumět praktickým aspektům poskytovaných služeb v Centru Kosatec.

5.1.1 Rozhovor se sociální pracovníci

Viz Příloha č. 1

5.1.2 Shrnutí strukturovaného rozhovoru

Rozhovor se sociální pracovníci v Centru Kosatec odhalil hluboký závazek organizace k posláním sociální rehabilitace a začleňování osob nejen s duševními poruchami do společnosti. Získané poznatky jsou významným prvkem pro pochopení fungování nejen této instituce, ale hlavně procesu sociální rehabilitace. Obdržené informace poskytují cenný rámec pro praktickou část bakalářské práce. Centrum Kosatec se nesoustředí pouze na poskytování služeb, ale aktivně pracuje na budování důstojnosti a sebeúcty svých klientů. Zaměřuje se na individualitu a každý klient je vnímán jako jedinečná bytost s vlastními potřebami a cíli.

Sociální pracovníci v Centru Kosatec nejen že identifikuje a řeší konkrétní sociální a pracovní výzvy svých klientů, ale také se snaží odstranit stigma spojené s duševními poruchami. Prostřednictvím stáží, zážitkových seminářů a společenských akcí zvyšují povědomí veřejnosti o této problematice a přispívají k budování tolerancí a porozumění.

Důraz na individuální plánování, pravidelné revize a spolupráce s rodinou ukazují na komplexní a personalizovaný přístup, který Centrum Kosatec přináší do oblasti sociální práce. Klienti jsou aktivně zahrnováni do rozhodovacího procesu, což podporuje jejich autonomii a samostatnost.

Důležitým prvkem je také budoucnost Centra Kosatec, která zahrnuje plány na rozšíření služeb v oblasti tréninkového bydlení. To dokládá snahu nejen pomáhat v krizových situacích, ale také systematicky připravovat klienty na samostatný život.

Lze tedy říci, že Centrum Kosatec nejen úspěšně naplňuje svůj hlavní cíl sociální rehabilitace, ale také představuje model, jak organizace může efektivně a s respektem pracovat s lidmi s hendikepem a podporovat jejich plnohodnotné začlenění do společnosti.

5.2 Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření, provedené v rámci terénního šetření, má za cíl porozumět zkušenostem a potřebám klientů Centra Kosatec v oblasti sociální rehabilitace a začleňování do společnosti.

Dotazník zahrnuje mnoho oblastí, jako například základní identifikaci respondentů, délku jejich klientství v centru, pravidelnosti využívání sociální rehabilitace a jejího vlivu na pracovní dovednosti. Dále se zaměřuje na osobní rozvoj klientů, včetně úrovně samostatnosti, sebedůvěry a jejich připravenosti na výzvy v životě. Dotazník též hodnotí vliv účasti v programech sociální rehabilitace na duševní zdraví respondentů a zároveň poskytuje prostor pro hodnocení prostředí a atmosféry v Centru Kosatec.

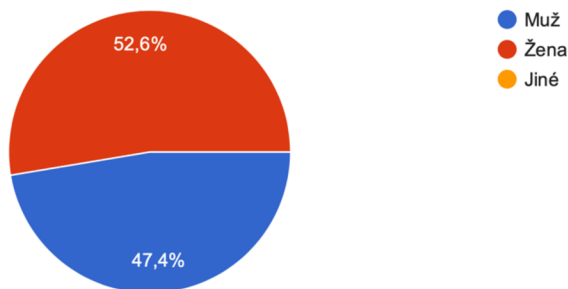
Analýza odpovědí na tento dotazník bude důležitou součástí výzkumu, pomáhající identifikovat silné stránky poskytovaných služeb a případné oblasti, které mohou vyžadovat další pozornost či inovace.

Dotazník vyplnilo 19 respondentů a jedná se o klienty Centra Kosatec.

5.2.1 Výstupy dotazníkového šetření

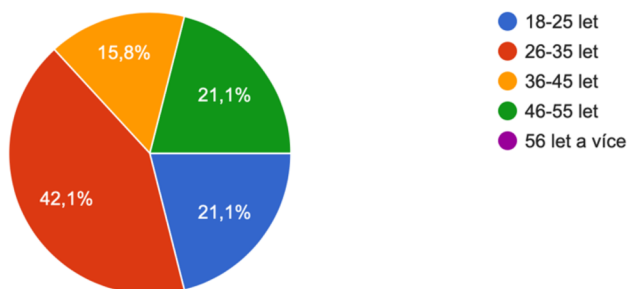
Otázka č. 1

- Pohlaví



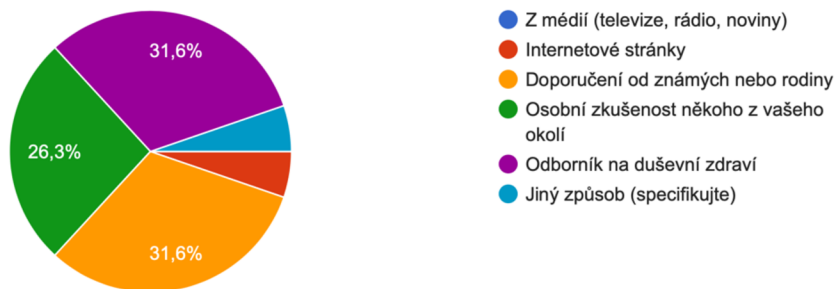
Otázka č. 2

- Věková skupina



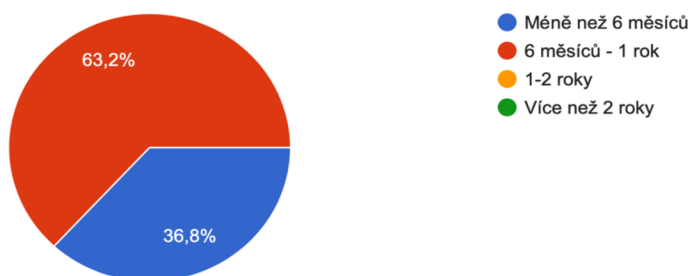
Otázka č. 3

- Jak jste se o Centru Kosatec poprvé dozvěděl/a?



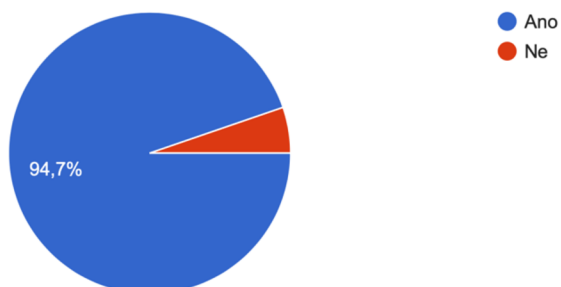
Otázka č. 4

- Jak dlouho jste klientem Centra Kosatec?



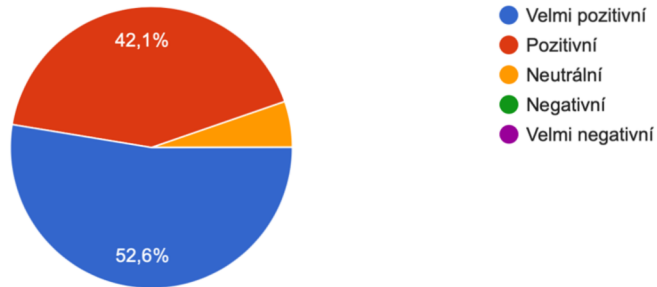
Otázka č. 5

- Využíváte služby sociální rehabilitace v Kosatci pravidelně?



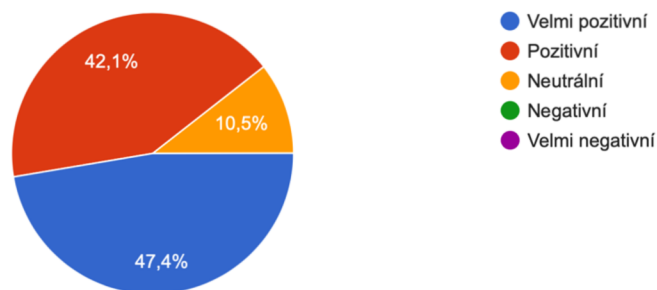
Otázka č. 6

- Jak hodnotíte nácviková místa poskytovaná v rámci sociální rehabilitace?



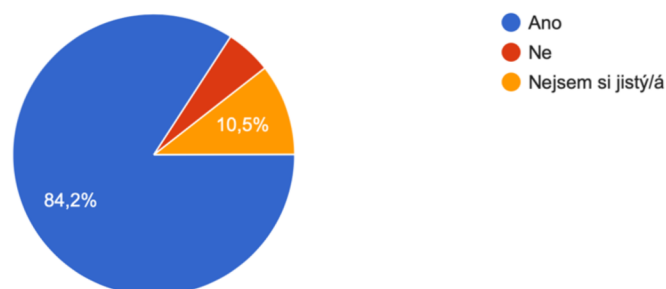
Otázka č. 7

- Jaký je Váš názor na různorodost nácvikových míst poskytovaných v Centru Kosatec?



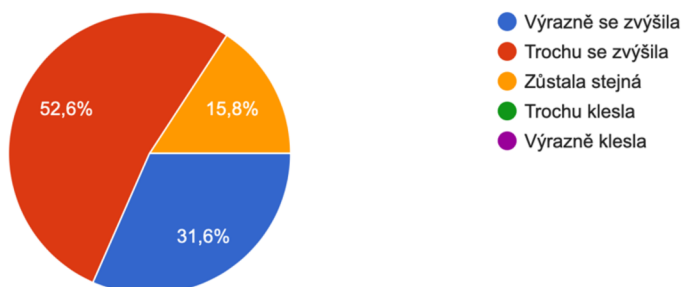
Otázka č. 8

- Cítíte, že služba sociální rehabilitace Vám pomáhá v rozvoji pracovních dovedností?



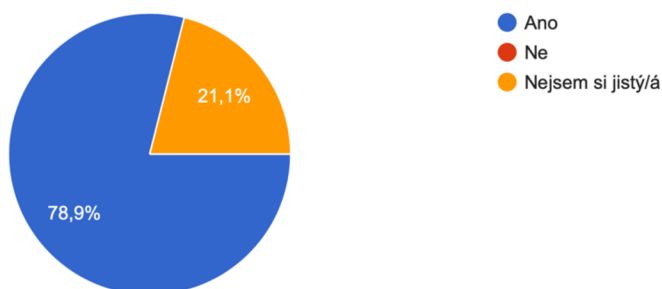
Otázka č. 9

- Jak se od začátku Vaší účasti v sociální rehabilitace zvýšila Vaše úroveň samostatnosti?



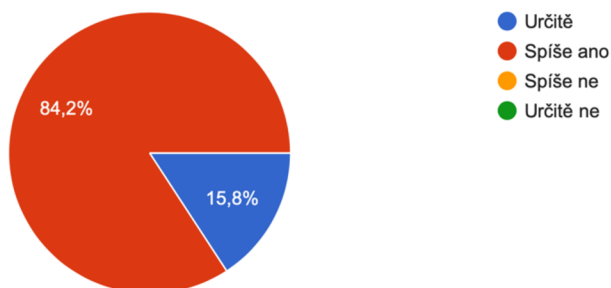
Otázka č. 10

- Máte pocit, že Vám služba pomohla v posílení sebedůvěry?



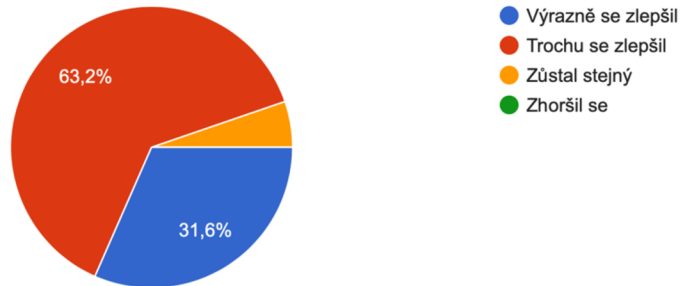
Otázka č. 11

- Cítíte se připraveni a motivováni pro postup v překonávání vlastních výzev a dosažení dalších cílů?



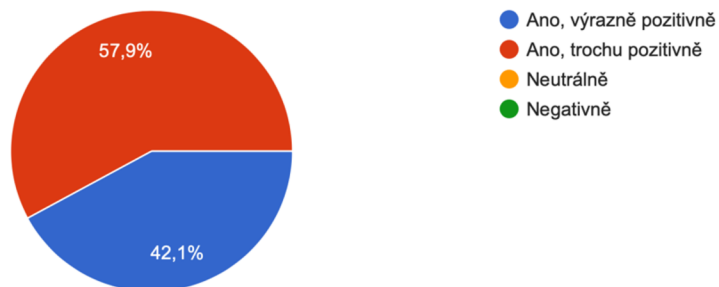
Otázka č. 12

- Jak hodnotíte svůj osobní rozvoj od doby, co jste se začali účastnit programů sociální rehabilitace?



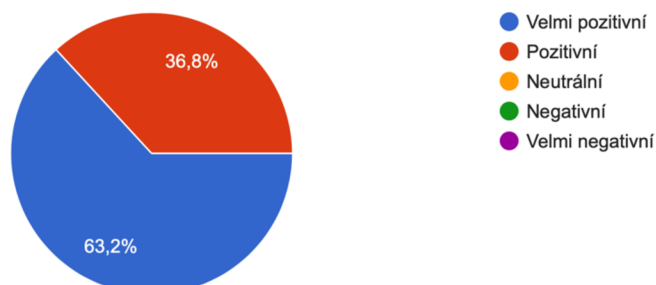
Otázka č. 13

- Máte pocit, že účast v programech sociální rehabilitace v Centru Kosatec pozitivně ovlivnila vaše duševní zdraví?



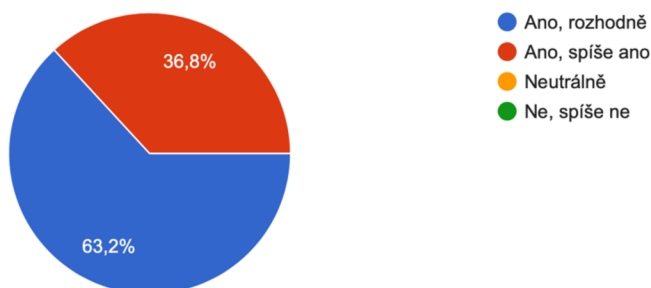
Otázka č. 14

- Jak hodnotíte prostředí a atmosféru v Centru Kosatec?



Otázka č. 15

- Doporučili byste Centrum Kosatec ostatním, kteří hledají podporu při sociální rehabilitaci a začleňování do společnosti?



5.2.2 Shrnutí dotazníkového šetření

V rámci praktické části bakalářské práce jsem provedla šetření zaměřené na zkušenosti a potřeby klientů Centra Kosatec, s důrazem na sociální rehabilitaci a začlenění jednotlivců do společnosti. Výsledky tohoto výzkumu poskytují hluboký vhled do realit klientů, kteří hledají podporu v procesu osobního a sociálního rozvoje.

Nejdříve zmíním demografické charakteristiky, které ukazují, že Centrum Kosatec oslovuje různorodou skupinu jednotlivců, a většina respondentů se pohybovala ve věkovém rozmezí 26–35 let. Lze tedy vyzorovat, že Centrum navštěvují osoby téměř v každém věku, ať se jedná o muže či ženy. Způsoby, jakými se klienti dozvěděli o centru, poukazují na význam osobních doporučení a doporučení odborníků na duševní zdraví, což svědčí o důvěryhodnosti a reputaci instituce.

Výsledky dále odhalují pozitivní vnímání nácvikových míst a různorodosti poskytovaných služeb. Klienti oceňují nejen kvalitu nácviku, ale i pestrost nabídky, což naznačuje flexibilitu a individualizaci přístupu. Zásadními body jsou také pozitivní vliv na pracovní dovednosti, zvýšení úrovně samostatnosti a posílení sebedůvěry.

Významným aspektem je též vliv na duševní zdraví, což potvrzuje, že sociální rehabilitace nejenom pracuje na praktických dovednostech, ale také pozitivně ovlivňuje celkový psychický stav klientů. Kladné hodnocení prostředí a atmosféry

v Centru Kosatec podtrhuje důležitost příjemného prostředí pro úspěšný průběh rehabilitace.

Centrum Kosatec tedy úspěšně naplňuje svůj účel, poskytujíc podporu a prostor pro rozvoj jednotlivců v procesu sociální rehabilitace. Klienti nejenom nacházejí potřebnou pomoc, ale také se zapojují do komunity, kde se cítí akceptováni a podporováni. Je tedy jasné, že Centrum Kosatec má zásadní roli v podpoře lidí v obtížných situacích na cestě k plnohodnotnému začlenění do společnosti.

5.3 Výstup terénního šetření

V rámci praktické části mé bakalářské práce jsem realizovala terénní šetření s hlavním zaměřením na sociální rehabilitaci jednotlivců trpících úzkostně depresivní poruchou. Šetření proběhlo v Centru Kosatec, které poskytuje služby sociální rehabilitace. Cílem bylo hloubkově prozkoumat metody a aktivity sociální rehabilitace, zhodnotit efektivitu poskytovaných služeb a porozumět procesu začleňování osob do společnosti.

Strukturovaný rozhovor se sociální pracovníci přinesl důležité poznatky o strategiích a metodách, které centrum využívá k dosažení cílů sociální rehabilitace. Otázky rozhovoru jsou pečlivě navrženy tak, aby reflektovaly specifika šetření, a odpovědi poskytly hluboký vhled do fungování centra.

Toto zařízení klade zvláštní důraz na individuální přístup, vycházející z potřeb každého klienta. Jedním z klíčových prvků této rehabilitační praxe je vypracování individuálních plánů rehabilitace. Tyto plány jsou vytvářeny ve spolupráci s klienty a zaměřují se na konkrétní cíle a kroky, které mají vést k dosažení pokroku ve zvládnání jejich duševních obtíží.

Aktivity zaměřené na aktivizaci klientů tvoří další významnou část sociální rehabilitace v Centru Kosatec. Zahrnují různorodé programy a terapeutické aktivity, jako jsou umělecké nebo tréninkové dílny, sportovní aktivity a psychosociální workshopy. Tyto aktivity nejen podporují rozvoj konkrétních dovedností klientů, ale také posilují jejich sociální interakce a přispívají k celkovému zlepšení jejich duševního stavu.

Skupinová podpora hraje v centru významnou roli. Klienti jsou integrováni do různých skupin, kde mohou sdílet své zkušenosti, poskytovat si vzájemnou

podporu a společně pracovat na svém duševním zdraví. Tato skupinová dynamika vytváří prostředí sounáležitosti a vzájemného respektu.

V neposlední řadě se Centrum Kosatec zaměřuje na podporu sociálního začleňování. Spolupracuje s lokálními komunitami a podniky, aby vytvořilo příležitosti pro klienty zapojit se do širší společnosti. Tato snaha o sociální integraci posiluje klienty nejen v rámci samotného rehabilitačního procesu, ale i po jeho skončení, podporujíc tak udržitelné změny a posilujíc jejich celkovou pohodu. Ze získaných informací vyplývá, že implementované metody sociální rehabilitace v Centru Kosatec reflektují současné trendy v oblasti péče o duševní zdraví a přispívají k efektivnímu a individuálnímu přístupu ke klientům.

Dotazníkové šetření mezi klienty Centra Kosatec poskytlo další pohled na problematiku sociální rehabilitace. Během dotazníkového šetření byla shromážděna cenná data, která ukazují perspektivy klientů Centra Kosatec ohledně poskytovaných sociálně rehabilitačních služeb. Respondenti poskytli bohatý soubor informací, který zahrnuje jejich vnímání efektivity poskytovaných služeb, spokojenost s průběhem rehabilitace a hodnocení specifických aspektů poskytované péče. Výsledky ukázaly, že většina dotazovaných klientů vnímá služby sociální rehabilitace jako pozitivní a účinné. Toto tvrzení podporují výstupy dotazníkového šetření, kde klienti potvrzují zlepšení v mnoha oblastech života jako například v rozvoji pracovních dovedností, samostatnosti a sebedůvěry.

Celkově mohu konstatovat, že kombinace kvalitativního rozhovoru a kvantitativního dotazníku vytvořila komplexní a pestrý obraz poskytovaných službách sociální rehabilitace v Centru Kosatec. Tato studie přispívá k hlubšímu porozumění procesu začleňování jednotlivců trpící duševním onemocněním do společnosti a hodnotí celkový vliv sociální rehabilitace na klienty.

5.4 Návrhy a doporučení

V úvodu těchto návrhů a doporučení bych ráda zdůraznila, že mé hodnocení postupů Centra Kosatec je velmi kladné. S ohledem na výsledky terénního šetření a hlubokého zkoumání poskytovaných služeb si Centrum Kosatec zaslouží uznání za svůj pozitivní dopad na klienty a za efektivní přístup k sociální rehabilitaci.

Následující návrhy a doporučení vycházejí z konkrétních výsledků terénního šetření a mají za cíl rozšířit a posílit dosah a účinnost podobných služeb nejen v rámci Centra Kosatec, ale i v celkovém kontextu péče o duševní zdraví.

Prvním návrhem je podpora a rozvoj komunitních center a zařízení, která se specializují na sociální rehabilitaci. Tato centra by měla být dostupná v různých částech měst a obcí, aby byly snadno přístupné pro klienty s mentálními výzvami. Dalším poznatkem je poskytování finanční podpory a grantů pro sociální zařízení. Získání dostatečných finančních prostředků může umožnit rozšíření nabídky služeb, zapojení kvalifikovaných odborníků a zajištění kvalitní péče pro co největší počet klientů.

Třetím důležitým doporučením je vytváření partnerských vztahů s místními komunitami, školami a firmami. Aktivní spolupráce s okolím může vytvořit inkluzivní prostředí, které podporuje začleňování jednotlivců s mentálními výzvami a umožňuje jim aktivní účast v běžném životě.

Čtvrté doporučení je posílení spolupráce s různými odborníky a institucemi. Partnerství s psychiatry, psychoterapeuty a dalšími odborníky může přinést multidisciplinární přístup k péči, který reflektuje komplexnost potřeb jednotlivců s úzkostně depresivní poruchou.

Závěrečným návrhem je aktivní podpora veřejného povědomí. Vytváření osvětových kampaní a akcí může přispět k odstranění stigma spojeného s duševními poruchami a vytvoření vědomé, podpůrné společnosti.

Celkově lze říci, že tyto obecné směry návrhů a doporučení mají potenciál posílit a zdokonalit poskytování sociální rehabilitace a začlenění jednotlivců s mentálními výzvami do společnosti.

ZÁVĚR

V závěrečné práci jsem se zaměřila na problematiku začleňování osob s úzkostně depresivní poruchou do společnosti, s důrazem na efektivitu sociální rehabilitace. V teoretické části práce jsem se nejdříve zaměřila na detailní charakteristiku smíšené úzkostně depresivní poruchy. Dále jsem analyzovala epidemiologii, etiopatogenezi, klinický obraz a diagnostiku této psychické poruchy. Věnovala jsme se také různým metodám léčby, zahrnujícím farmakoterapii a kognitivně behaviorální terapii.

Následně jsem v práci podrobně analyzovala vliv duševního onemocnění na postižené jedince a jejich okolí. Identifikovala negativní aspekty prožívání osob s duševním onemocněním, včetně zranitelnosti, specifických potřeb a závislosti na pomoci druhých. Důkladně se věnovala fenoménu stigmatizace duševního zdraví a jeho dopadu na postižené, zdůrazňujíc nezbytnost snahy o odstranění předsudků a zvýšení povědomí ve společnosti. Také jsem prozkoumala dopad duševního onemocnění na rodinu a blízké, zvýrazňujíc potřebu porozumění a podpory pro pacienty i jejich pečovatele.

V závěru teoretické části práce jsem kladla zvláštní důraz na problematiku sociální rehabilitace. Zaměřila jsem se na význam a principy sociální rehabilitace jako klíčového průvodce pro postižené jedince při návratu do běžného života. Prostřednictvím analýzy oblastí ucelené rehabilitace, specifických cílů a fází průběhu sociální rehabilitace byla zdůrazněna její nezastupitelná role v procesu zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. V této části práce bylo také reflektováno, jak sociální rehabilitace může překonávat negativní vlivy stigmatizace, podporovat pracovní zařazení a přispívat k celkovému blahobytu postižených jedinců.

V praktické části bakalářské práce, kterou jsem realizovala v Centru Kosatec, jsem provedla terénní šetření zaměřené na analýzu vlivu sociální rehabilitace na osoby s duševním onemocněním. Cílem bylo zhodnotit efektivitu poskytovaných služeb a zjistit, jak sociální rehabilitace přispívá ke zlepšení kvality života pacientů.

Metodika terénního šetření zahrnovala strukturovaný rozhovor se sociální pracovníci, dotazníkové šetření a analýzu výstupů terénního šetření. V rozhovoru jsem kladla důraz na pochopení konkrétních metod a aktivit sociální rehabilitace v rámci Centra Kosatec. Dotazníkové šetření poskytlo kvantitativní data a přispělo

k celkovému obrazu vlivu sociální rehabilitace na klienty a jejich začleňování do společnosti.

Výsledky terénního šetření naznačily pozitivní změny ve vnímání vlastního života a sociální interakce u klientů, kteří byli zapojeni do programů sociální rehabilitace. Závěrem lze konstatovat, že sociální rehabilitace hraje klíčovou roli ve zlepšování sociálních dovedností a celkového fungování jedinců s duševními onemocněními. Přispívá k jejich začlenění do společnosti, podporuje samostatnost a pomáhá jim dosáhnout a udržet optimální úroveň života.

Tato práce přináší nejen teoretický přehled o úzkostné depresivní poruše a sociální rehabilitaci, ale také konkrétní návody a doporučení pro praktickou aplikaci těchto principů.

Z mé perspektivy, odvozené z hloubkového průzkumu tématu v mé bakalářské práci, bych ráda svoji práci zakončila několika zjištěnými poznatky.

V dnešní době je stále mnoho duševních onemocnění skrytých za stigmatem a tabu, což brání otevřené komunikaci a vyhledávání potřebné pomoci. Nedostatek dostupných zařízení a odborníků v oblasti duševního zdraví zdůrazňuje naléhavou potřebu posílení této oblasti a zajištění snadné dostupnosti odborné péče pro všechny, kteří ji potřebují.

Důraz na péči o duševní zdraví by měl být považován za neodmyslitelnou součást celkového zdraví. V situacích, kdy se cítíme mentálně zatíženi, bychom měli aktivně vyhledávat podporu a odvážně se uchýlit k odborné pomoci.

V závěru není bezvýznamné podotknout, že vyšší úroveň tolerance a vzájemného porozumění ve společnosti může výrazně přispět k lépe integrovanému prostředí pro lidi trpící duševními poruchami. Vytvořme kulturu, kde je akceptováno, že každý čelí svým vlastním výzvám, a podporujme se vzájemně na cestě k lepšímu duševnímu zdraví a celkové pohodě.

SEZNAM LITERATURY

- [1] Asociace ucelené rehabilitace. *Co je to "ucelená rehabilitace."* [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <http://www.aurcr.cz/ucelena-rehabilitace/co-to-je-ucelena-rehabilitace/>
- [2] BERANOVÁ, Nela. *(Ne)možnost pracovního uplatnění* [online]. Fokus ČR, 2017 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf
- [3] DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
- [4] FERENČÁKOVÁ, Ľubica a KUJBYŠEVSKÁ, Katarína (2020). *Štandardné postupy: Zmiešaná úzkostná a depresívna porucha*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky [online], [2024-02-09]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/24-3-2020/13_PS_Zmiesana_uzkostna_a_depresivna_porucha.pdf
- [5] GOFFMAN, Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, New Jersey: Prentice Hall, 1963. ISBN 0-671-62244-7.
- [6] HAUSNER, Milan. *Duševně nemocný mezi námi*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1981. ISBN 08-068-82
- [7] HEJZLAR, Petr. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, 10(5) [cit. 2024-02-09]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/07.pdf>
- [8] HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Praha: Tigris, 2004. ISBN 80-900130-7-4.
- [9] *Klasifikační systémy v psychiatrii* [online]. [cit. 2024-02-16]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Klasifikačn%C3%AD_systémy_v_psychiatrii
- [10] Manuál ucelené rehabilitace na území Prahy pro lidi po poškození mozku. *Ucelená péče* [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <http://manual.navraty.info/info>

- [11] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10)*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha, 2023 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn#>
- [12] MÖLLER, Hans-Jürgen, Borwin BANDELOW, Hans-Peter VOLZ, Utako BARNIKOL, Erich SEIFRITZ a Siegfried KASPER. *The relevance of 'mixed anxiety and depression' as a diagnostic category in clinical practice*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [online]. 2016, (266), 725-736 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0684-7>
- [13] Národní zdravotnický informační portál. *diferenciální diagnóza* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.
- [14] Národní ústav duševního zdraví. *Stigma je horší než samotné duševní onemocnění. Odborníci z celého světa vyzývají k účinné destigmatizaci*. [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni-odbornici-z-celeho-sveta-vyzyvaji-k-ucinne-destigmatizaci>
- [15] OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Psyché. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2529-6.
- [16] PARALELNÍ ŽIVOTY. *Brožura pro zaměstnavatele* [online]. Praha: Art Movement, 2019 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: https://www.artmovement.cz/wp-content/uploads/2020/10/artmovement_P4-brozura-pro-zamestnavatele.pdf
- [17] PLECHÁČEK, Samuel. *Sociální rehabilitace u lidí s duševním onemocněním: ukončení služby a prevence závislosti na službě* [online]. Praha, 2018 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/105251/130248342.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.
- [18] PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Učebnice. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.

- [19] PRAŠKO, Ján. *Smíšená úzkostně depresivní porucha: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-86257-34-7.
- [20] PRAŠKOVÁ, Hana a Ján PRAŠKO. *Psychoterapie úzkostných poruch*. Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů: Portál 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy [online], [cit. 09. 02. 2024]. Dostupné z: <https://portal.lf1.cuni.cz/clanek-755-psychoterapie-ukostnych-poruch>. ISSN 1803-6619.
- [21] „PSYCHOSOMATIKA“. *Ucelená rehabilitace* [online]. [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://rehabilitace-psychoterapie.cz/rehabilitace/>
- [22] STRÍBRNÁ, Veronika a Petr HEJZLAR. *Organizační směrnice č. 1/2009_b_R2015: Metodika služby sociální rehabilitace* [online]. 2015 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/840267-Metodika-sluzby-socialni-rehabilitace.html>
- [23] VOBOŘILOVÁ, Věra a ČERVENÝ, Rudolf. *Úzkostné poruchy: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2023*. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, [2023]. ISBN 978-80-88280-44-6.
- [24] WILKEN, Jean Pierre; HOLLANDER, Dirk. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Komunitní psychiatrie v praxi, [online]. 1999 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.detipatridomu.cz/respitnenihlidani/wp-content/uploads/2017/07/CM16-Psychosociáln%C3%AD-rehabilitace.pdf>
- [25] *Zdravotnická ročenka České republiky 2021* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2022 [cit. 2024-02-07]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008435/zdrroccz2021.pdf>
- [26] ZEMAN, Jiří. Představujeme sociální služby: Sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním. In: *Portál sociálních služeb* [online]. 2012 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://socialnisluzby.khk.cz/cz/zpravodaj/predstavujeme/predstavujeme-socialni-sluzby:-socialni-rehabilitace-pro-osoby-s-dusevnim-onemocnenim-55352/>

- [27] ZOPPI, Lois. *What is mental health stigma?* [online]. 2020 [cit. 2024-02-09]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/mental-health-stigma>
- [28] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- [29] Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2024 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Seznam otázek strukturovaného rozhovoru

Příloha č. 2 – Dotazník

Příloha č. 1

1. Jaký je hlavní cíl a poslání Centra Kosatec ve vztahu k sociální rehabilitaci?

„Hlavním cílem v rámci sociální rehabilitace je pomoci našim klientům, kdy společně s nimi řešíme jejich nepříznivou sociální situaci, ať už se jedná o oblast pracovního zařazení, finančních problémů nebo poradenství, dále se jim snažíme pomáhat v oblasti bydlení, ale i zdravotního stavu formou domluvení návazných služeb.“

2. Jaké konkrétní metody a aktivity jsou součástí sociální rehabilitace v Centru Kosatec?

„Individuální poradenství, pracovní rehabilitace, trénink sociálních dovedností, bydlení, rekreační a zájmové aktivity, nebo podpora při návratu do školy či zaměstnání.“

3. Můžete stručně popsat nabízené služby?

„Máme 2 služby sociální rehabilitaci a osobní asistence, začleňování je možné v obou službách. Více se však využívá v sociální rehabilitaci. Jedná se o trénink a nácvik fungování v běžném životě. Lékař, služby, obchod, divadlo, kino, volné zájmové aktivity.“

4. Jakým způsobem jsou strukturovány a organizovány tréninkové aktivity na nácvikových místech, jako jsou tréninková dílna, kutilská dílna nebo výtvarná/keramická dílna?

„Každá dílna, ať už se jedná o tréninkovou, kutilskou nebo výtvarnou má svůj specifický program a rozvrh, podle kterého funguje. Klienti si zde osvojují základní dovednosti, při kterých na ně dohlíží a pomáhá jim vedoucí pracovník každé dílny.“

5. Mohli byste více vysvětlit, jak funguje nácvik pracovních dovedností a příprava na práci v tréninkových dílnách, např. kutilské dílně, kavárně nebo recepci?

„Každá ze zmíněných oblastí tréninku má svá specifika. Pokud se jedná o přípravu na práci v dílně, recepci nebo v kavárně, tak je nutností natrénovat pravidelnou docházku. Zjistit možnosti a délku, kterou je schopen klient odpracovat každý den. Zpočátku je mu vše vysvětleno a ukázáno a pak postupně si vše zkouší klient sám.“

6. Jaké specifické strategie nebo programy má Centrum Kosatec k podpoře začleňování osob s duševními poruchami do běžného pracovního a sociálního prostředí?

„Centrum Kosatec využívá inkluzi, protože zatím nenalezl vhodnější způsob začleňování osob s duševními poruchami do běžného pracovního a sociálního prostředí.“

7. Jakým způsobem Centrum Kosatec identifikuje individuální potřeby klientů s duševními poruchami a přizpůsobuje své služby?

„V centru Kosatci ke každému klientovi, ať už se jedná o osobu s duševním nebo jiným onemocněním, se přistupuje stejně. Aby se správně identifikovaly potřeby, je nutné provést rozhovor a na jeho základě se vytvoří individuální plán.“

8. Jakým způsobem zjišťujete individuální potřeby klientů, a jak se tyto informace promítají do poskytovaných služeb?

„Na základě rozhovoru s klientem se vytvoří individuální plán.“

9. Jak aktivně jsou klienti zahrnuti do rozhodovacího procesu týkajícího se jejich sociální rehabilitace a začleňování do pracovního života?

„Každý klient má právo rozhodovat o tom, jakým způsobem chce v oblasti sociální rehabilitace fungovat a na čem chce pracovat. Nevnučujeme klientovi naše přesvědčení a respektujeme právo klientovy volby.“

10. Jak aktivně pomáháte klientům při hledání a udržení zaměstnání na trhu práce?

„Jestliže si klient stanoví, že bude hledat vhodné zaměstnání, tak společně při schůzkách procházíme nabídky zaměstnání a vybíráme, které by byly pro klienta vhodné. Pokud nalezneme, tak klienta připravujeme na telefonické oslovení zaměstnavatele, popřípadě s ním trénujeme rozhovory a možné výběrové řízení. Pokud již klient zaměstnání má a jedná se o udržení zaměstnání, pravidelně konzultujeme s klientem, zda je vše v práci v pořádku, zda se něco nepříhodilo, a také jsme schopni, komunikovat se zaměstnavateli.“

11. Jsou nějaké specifické programy nebo aktivity zaměřené na pracovní integraci?

„Využíváme tréninkové dílny, než klienti nastoupí do zaměstnání a také spolupracujeme se zaměstnavateli, kteří zaměstnávají osoby znevýhodněné na trhu práce.“

12. Jak vytváříte prostředí, které podporuje akceptaci a porozumění v pracovním kolektivu pro klienty s duševními poruchami?

„Pro klienty, kteří trpí duševním onemocněním, je k dispozici pracovník sociální služby nebo osoba, která v případě potřeby klientovy pomůže.“

13. Jaké individuální terapeutické přístupy jsou k dispozici pro klienty, kteří vyžadují více osobní pozornosti?

„Individuální trénink a více času, který klient potřebuje.“

14. Probíhá spolupráce s odborníky a profesionály (psychiatry, psychologové) při podpoře začleňování?

„Ano v případě, že potřebuje klient odbornou pomoc, tak má možnost ve spolupráci se sociálním pracovníkem tuto odbornou pomoc domluvit.“

15. Jaký kladete důraz na podporu mentálního zdraví klientů v průběhu sociální rehabilitace?

„Pokud se nám zdá, že je potřeba v této oblasti větší podpory nebo zajištění určité péče, probereme to s klientem a po domluvě se snažíme zajistit například návaznou vhodnou službu.“

16. Poskytujete specifické aktivity nebo prostředky k posílení jejich psychické odolnosti a emocionální pohody?

„Ano, pokud je to možné, tak klienti trénují například situace, které nezvládají spolu s pracovníkem sociální služby nebo se sociálním pracovníkem.“

17. Jaká opatření máte k poskytování psychosociální podpory klientům v případě stresu nebo emočních obtíží v rámci pracovního prostředí?

„Pokud nastane taková situace, pomůžeme navázat spolupráci s dalšími službami jako je krizová intervence, individuální poradenství, podpora kolegů a také je tu možnost flexibility.“

18. Jakým způsobem se zabýváte otázkami duševního zdraví ve vztahu k pracovním nárokům?

„Je to velice důležité, aby bylo zachováno zdravé a udržitelné pracovní prostředí. Například posouzení pracovního prostředí, komunikace a podpora, prevence stresu.“

19. Jaké formy psychosociální podpory poskytuje Centrum Kosatec klientům s duševními poruchami?

„Podpora sociální integrace, hledání vhodného zaměstnání spojené se sociální pracovní rehabilitací, pomoc v oblasti bydlení.“

20. Jak se zaměřujete na posílení emocionální a sociální pohody klientů?

„Individuální podporou, skupinovou prací, posilování komunikačních dovedností, podpora sebeúcty a sebevědomí“

21. Jak se podílíte na budování a udržování mezilidských vztahů mezi klienty?

„Klienti se setkávají v rámci tréninku v dílnách nebo při práci, mají možnost společně sdílet podobné problémy nebo zážitky, což je pro ně přínosné.“

22. Jsou nějaké skupinové aktivity nebo terapeutické přístupy zaměřené na rozvoj sociálních dovedností?

„Ano v rámci tréninkové dílny klienti trénují i různé oblasti, ať už se jedná o komunikaci či pracovní postupy.“

23. Jak probíhá spolupráce mezi sociálními pracovníky a klienty v průběhu nácviku pracovních dovedností?

„Pokud je to vhodné, sociální pracovník může dohlédnout, zda nácvik probíhá tak, jak je domluveno v individuálním plánu.“

24. Jak se snažíte motivovat a podporovat klienty, zejména ty s duševními poruchami, při jejich cestě začleněním do společnosti?

„S klienty se jedná vždy v klidu a sociální pracovník se jim snaží vysvětlit důležitost a fungování ve společnosti. Motivací je i jakýkoli úspěch.“

25. Jak Centrum Kosatec podporuje klienty v dosahování větší samostatnosti a nezávislosti v každodenním životě?

„Jestliže klient není schopný si například sám řešit své osobní záležitosti, a považuje to za nutné, je v individuálním plánu zahrnut trénink těchto dovedností. Může se jednat například o trénink nakupování, telefonování nebo komunikace s jinými osobami.“

26. Existují nějaké konkrétní programy nebo aktivity zaměřené na rozvoj dovedností potřebných k samostatnému životu?

„Ano máme možnost tréninku samostatného bydlení.“

27. Existují společenské nebo komunitní akce, které klienty podporují v navazování sociálních kontaktů mimo centrum?

„Workshopy, stáže, zážitkové semináře.“

28. Máte nějaké programy nebo aktivity, které jsou zaměřeny na osvětu veřejnosti ohledně duševního zdraví?

„Například zaměstnávání těchto osob v kavárně Kosatec.“

29. Jakým způsobem hodnotíte úspěch sociální rehabilitace u klientů?

„Na začátku spolupráce s klientem se stanoví individuální plán, ve kterém jsou stanoveny cíle a postupné kroky, které k dosažení povedou. Každých 6 měsíců se provádí revize, při které je zhodnoceno, jestli se podařilo naplnit plán a jestli částečně nebo celý.“

30. Jaká je role rodin v procesu sociální rehabilitace a začleňování klientů?

„Pokud klient má rodinu, která se chce podílet na jeho začleňování, jsme rádi a využíváme tuto pomoc.“

31. Vidíte nějaké významné přínosy nebo výhody tohoto zapojení?

„Ano, pokud se rodina zapojí, je větší pravděpodobnost udržení tohoto začlenění.“

32. Jak předcházíte sociální izolaci klientů a jak se snažíte podporovat jejich zapojení do sociálního života?

„Tréninkem jejich dovedností a postupnému osamostatňování klienta ve společnosti například úřad, lékař, obchod atd.“

33. Jak Centrum Kosatec pracuje na prevenci recidivy nebo návratu klientů do sociální izolace po skončení programu sociální rehabilitace?

„Vhodným plněním cílů a předání klienta do návazných služeb, aby nedošlo k recidivě.“

34. Máte nějaké dlouhodobé sledování klientů po ukončení programu?

„Klienti nemají povinnost se nám hlásit, ale o většině klientů máme přehled. Někteří se k nám občas vrací a jiní se za námi alespoň občas zastaví, aby se nám třeba pochlubili, jak se jim daří.“

35. Jak spolupracujete s externími organizacemi nebo firmami na podporu začleňování klientů do pracovního prostředí mimo Centrum Kosatec?

„Určité subjekty vytipujeme a navážeme s nimi spolupráci“

36. Existují nějaké partnerské programy nebo dohody, které přispívají k úspěšnému začleňování klientů?

„Jedná se o spolupráci, kterou máme navázanou s dalšími subjekty, a kde jsou ochotní zaměstnávat naše klienty.“

37. Máte nějaké plány na budoucnost, jak zlepšit a rozšířit služby poskytované Centrem Kosatec?

„Ano, tréninkové bydlení, které bude dostupné přibližně v březnu roku 2024.“

38. Jak Centrum Kosatec přistupuje k problematice stigmatizace osob v pracovním a širším společenském kontextu?

„S každým klientem jednáme jako s jedinečnou bytostí a pracujeme individuálně.“

39. Existují nějaké strategie či programy, které se snaží snížit stigmatizaci?

„Ano, existují různé stáže či zážitkové semináře, které pořádáme. Tím se ostatní lidé dozví o tom, že když je někdo duševně nemocný nemusí být nutně hloupý nebo nešikovný. Tyto zážitkové semináře jsou velice oblíbené a přínosné.“

40. Jakým způsobem je váš personál školen v oblasti práce s klienty s duševními poruchami? Existují nějaké školení nebo informační aktivity pro pracovníky?

„Je to v rámci povinného vzdělání formou akreditovaných kurzů, nebo je možnost individuálního vzdělávání.“

41. Jak hodnotíte dosavadní úspěchy a výsledky Centra Kosatec v procesu začleňování klientů do společností?

„Vzhledem ke skutečnosti, že někteří klienti dostanou pracovní nabídku i v jiných společnostech nebo firmách, než je Kosatec, a dokážou si práci udržet, tedy soudím, že naše práce přináší výsledky a efektivitu.“

Příloha č. 2

Dotazník o zkušenostech a potřebách v Centru Kosatec

Děkuji, že jste si našli čas na vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí bakalářské práce. Studuji Policejní akademii v Praze a provádím šetření související se sociální rehabilitací a začleněním osob do společnosti. Dotazník je anonymní, což znamená, že nemusíte uvádět své jméno nebo jiné osobní údaje. Dotazník časově vychází cca na 5 minut.

1. Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena
- c) Jiné

2. Věková skupina:

- a) 18-25 let
- b) 26-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 56 let a více

3. Jak jste se o Centru Kosatec poprvé dozvěděl/a?

- a) Z médií (televize, rádio, noviny)
- b) Internetové stránky
- c) Doporučení od známých nebo rodiny
- d) Osobní zkušenost někoho z vašeho okolí
- e) Odborník na duševní zdraví
- f) Jiný způsob (specifikujte)

4. Jak dlouho jste klientem Centra Kosatec?

- a) Méně než 6 měsíců
- b) 6 měsíců - 1 rok
- c) 1-2 roky
- d) Více než 2 roky

5. Využíváte služby sociální rehabilitace v Kosatci pravidelně?

- a) Ano
- b) Ne

6. Jak hodnotíte nácviková místa poskytovaná v rámci sociální rehabilitace?

- a) Velmi pozitivní
- b) Pozitivní
- c) Neutrální
- d) Negativní
- e) Velmi negativní

7. Jaký je váš názor na různorodost nácvikových míst poskytovaných v Kosatci?

- a) Velmi pozitivní
- b) Pozitivní
- c) Neutrální
- d) Negativní
- e) Velmi negativní

8. Cítíte, že služba sociální rehabilitace vám pomáhá v rozvoji pracovních dovedností?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nejsem si jistý/á

9. Jak se od začátku vaší účasti v sociální rehabilitaci zvýšila vaše úroveň samostatnosti?

- a) Výrazně se zvýšila
- b) Trochu se zvýšila
- c) Zůstala stejná
- d) Trochu klesla
- e) Výrazně klesla

10. Máte pocit, že vám služba pomohla v posílení sebedůvěry?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nejsem si jistý/á

11. Cítíte se připraveni a motivováni pro postup v překonávání vlastních výzev a dosažení dalších cílů?

- a) Určitě
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne

12. Jak hodnotíte svůj osobní rozvoj od doby, co jste se začali účastnit programů sociální rehabilitace?

- a) Výrazně se zlepšil
- b) Trochu se zlepšil
- c) Zůstal stejný
- d) Zhoršil se

13. Máte pocit, že účast v programech sociální rehabilitace v Centru Kosatec pozitivně ovlivnila vaše duševní zdraví?

- a) Ano, výrazně pozitivně
- b) Ano, trochu pozitivně
- c) Neutrálně
- d) Negativně

14. Jak hodnotíte prostředí a atmosféru v Centru Kosatec?

- a) Velmi pozitivní
- b) Pozitivní
- c) Neutrální
- d) Negativní
- e) Velmi negativní

15. Doporučili byste Centrum Kosatec ostatním, kteří hledají podporu při sociální rehabilitaci a začleňování do společnosti?

- a) Ano, rozhodně
- b) Ano, spíše ano
- c) Neutrálně
- d) Ne, spíše ne