

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra sociologie a andragogiky



SOCIÁLNÍ PRÁCE V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ OPAVA

SOCIAL WORK IN PSYCHIATRIC HOSPITAL OPAVA

Bakalářská diplomová práce

Lucie Beinhauerová

Olomouc 2012

Vedoucí práce: PhDr. Pavel Kliment, Ph. D.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

V Bohučovicích dne 28. 3. 2012

.....
Lucie Beinhauerová

Chtěla bych poděkovat mému vedoucímu práce PhDr. Pavlu Klimentovi, Ph.D., za jeho rady a připomínky, které mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pacientům a zaměstnancům Psychiatrické léčebny v Opavě, za spolupráci při realizaci průzkumného šetření.

OBSAH

ÚVOD	6
1 Vymezení pojmů	8
1.1. Sociální práce.....	8
1.2 Typy klientů v sociální práci	9
1.2.1 Nedobrovolný klient.....	9
1.2.2 Depresivní klient	9
1.2.3 Manipulativní klient.....	10
1.2.4 Klient v odporu	10
1.2.5 Mlčící klient	11
1.2.6 Suicidální klient	12
1.2.7 Agresivním klient.....	12
1.3 Duševní zdraví a duševní porucha	13
1.4 Duševní poruchy	13
1.5 Kvalita	17
2 Sociální práce s duševně nemocnými	19
2.1 Komunikace s člověkem s duševním onemocněním	20
2.1.1 Komunikace s dítětem s duševním onemocněním	20
2.1.2 Komunikace se seniory s duševním onemocněním	21
2.1.3 Komunikace s mentálně postiženým.....	21
2.1.4 Komunikace s člověkem s psychotickým onemocněním.....	21
2.1.5 S uživatelem návykových látek.....	22
3 Sociální práce v Psychiatrické léčebně Opava	23
3.1 Charakteristika jednotlivých primariátů.....	23
3.2 Sociální práce v Psychiatrické léčebně Opava.....	25
4 Průzkum	30
4.1 Cíl projektu.....	30
4.2 Průzkumný soubor	30
4.3 Metoda získání dat a informací	30
4.4 Provedení průzkumu	31
4.5 Hypotézy	31
4.6 Operacionalizace	32

4.7 Výsledky dotazníku a jejich analýza.....	32
4.8 Hodnocení dosažených výsledků	47
4.9 Diskuse.....	49
4.10 Doporučení pro praxi	53
ZÁVĚR	54
Seznam použité literatury.....	55
Příloha č. 1.....	57
Anotace	58

ÚVOD

Téma zvolené bakalářské práce „Sociální práce v Psychiatrické léčebně Opava“ je do značné míry ovlivněné právě mým pracovištěm a to Psychiatrickou léčebnou v Opavě, kde pracuji jako sociální pracovnice. Sociální práce je velmi široký obor, který působí v různých odvětvích. Velmi specifické je postavení sociální práce v psychiatrii, kde má své nezastupitelné místo. A právě proto, že je mi tato problematika profesně nejbližší a zároveň velmi zajímavá, ale bohužel dosud ne příliš zmiňovaná, zvolila jsem si pro svou bakalářskou práci právě toto bezesporu zajímavé téma.

Opavská psychiatrická léčebna zajišťuje převážnou většinu ústavní lůžkové psychiatrické péče pro obyvatele Moravskoslezského kraje. Toto spádové území představuje 1, 3 mil. obyvatel, kapacita léčebny je 947 lůžek a ročně je k hospitalizaci přijato okolo 6 500 nemocných. Takto vysoká čísla představují rozhodně značnou odpovědnost za kvalitu poskytované péče, sociálních služeb nevyjímaje.

Sociální práce v Psychiatrické léčebně v Opavě je vedle péče lékařské a ošetrovatelské součástí celkové zdravotní péče poskytované jednotlivým pacientům. Pacienti trpící psychickou chorobou nebo poruchou mají mnoho sociálních problémů, které jim právě kvůli jejich chorobě vznikly a které nejsou schopni sami řešit. Tyto neřešené problémy pak mají tendenci se kumulovat. Vzhledem k tomu, že povaha sociálních problémů je velice úzce spjata právě se zdravotními problémy, tak sociální práci ve většině zdravotnických zařízeních vykonávají převážně zdravotně-sociální pracovníci.

V posledních letech je, plným právem, věnována velká pozornost kvalitě poskytované péče. Existují různé standardy a normy kvality. Kvalita péče je také pravidelně měřena. Bohužel dosud nebyla nikdy samostatně a odborně měřena kvalita poskytované péče pouze v oblasti sociální práce. Právě proto jsem se rozhodla zmapovat kvalitu poskytované péče v oblasti sociální práce v Psychiatrické léčebně v Opavě.

Cílem předkládané bakalářské práce je zhodnotit kvalitu poskytovaných sociálních služeb v Psychiatrické léčebně Opava z pohledu jejich uživatelů. Dílčím cílem je pak jasně definovat problémy a navrhnout postupy vedoucí ke zkvalitnění poskytovaných služeb.

První kapitolu věnuji základnímu pojmosloví v oblasti sociální práce, popíši typy klientů. Druhá kapitola je zaměřena na specifika práce s duševně nemocným klientem. Třetí kapitola pak přibližuje vlastní sociální práci v naší psychiatrické léčebně s ohledem na typy sociální práce s jednotlivými klienty podle diagnózy a také dle nejčastěji řešené problematiky na jednotlivých primariátech.

Stěžejní částí práce je část praktická, která je celá věnována kvalitě poskytovaných služeb v oblasti sociální práce. Kvalita je hodnocena pomocí průzkumného šetření dotazníkem vlastní konstrukce. Výsledky jsou jasně okomentovány a pro lepší přehlednost doplněny grafy a tabulkami. Za účelem zkvalitnění sociální práce v Psychiatrické léčebně v Opavě jsou výsledky shrnuty a přeformulovány do konkrétních doporučení pro praxi.

Svou bakalářskou prací bych chtěla přispět ke zkvalitnění sociální práce v Psychiatrické léčebně v Opavě. Věřím, že se moje práce stane přehledným shrnutím informací o sociální práci v psychiatrické léčebně, ale rovněž i návodem jiným zdravotnickým zařízením, jak zkvalitnit a zefektivnit sociální práci ve zdravotnických zařízeních.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

1. 1. Sociální práce

"Sociální práce se během 20. století stala společenskovední disciplínou i oblastí praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovny dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky."¹

Je možno tedy říct, že sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Cílem těchto služeb je přispět k vyřešení problému tam, kde je to možné, případně zmírnit nebo odstranit problémy, které lze změnit či vyřešit. A pokud se jedná o neřešitelný problém, pomoci klientovi se s ním vyrovnat.²

Existuje celá řada definic sociální práce. A už z jejich množství vyplývá, že není zcela jednoduché sociální práci jednoznačně vymezit. Její vývoj probíhal také v jednotlivých zemích odlišným způsobem, podle potřeb obyvatel, což je příčinou různého pohledu na její obsah.

Sociální práci v psychiatrické léčebně nejlépe vystihuje definice Marie Krakešové, která definuje sociální práci, jejíž podstata spočívá v tom, "že má přetvořit sociální klienty opět v lidi, žijící plným životem. Sociální práce ve své dokonalé formě má pečovat o změnu lidí společensky vadných, avšak mnohdy nemůže dosáhnout tohoto konečného cíle a musí se spokojit s tím, že odstraňuje bezprostřední závady, které jsou velmi naléhavé, avšak jejich odstraněním se trvalé nápravy nedocílí".³ Je možné tedy říci, že cílem sociální práce v psychiatrické léčebně je pomoci pacientům s

¹ Matoušek, O. a kol. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2001, s. 10.

² Srov. Řezníček, I. Metody sociální práce. Praha: Slon, 1997, s. 20.

³ Novotná, V., Schimmerlingová V. Sociální práce, její vývoj a metodické postupy. Praha: UK, 1992, s. 19.

řešením jejich nejakutnějších problémů. Pomoci vyřešit situaci, se kterou si sami nevědí rady, a poskytnout informace o dalším případném postupu v této věci po propuštění. Dále záleží jen na nich, jak s těmito informacemi naloží. V mnoha případech již není možný plnohodnotný návrat pacienta do společnosti, a u těchto pacientů je nutné pomoci jim se zajištěním toho nejdůležitějšího po propuštění, tedy ubytování a financí.

1.2 Typy klientů v sociální práci

Každý sociální pracovník, ať už pracující v zařízení sociálních služeb, zdravotnickém nebo v jiném zařízení se při své práci setkává s klienty kteří vykazují specifické rysy, a proto vyžadují zvláštní přístup. Erudovaný pracovník by měl být na takové chování ze strany klienta dostatečně připraven, a měl by vědět, jak se v jednotlivých situacích zachovat, jaký přístup využít, aby nedošlo ke zbytečným nepříjemnostem, a tím i narušení vztahu mezi pracovníkem a klientem. Aby byla spolupráce s klientem co nejefektivnější a aby mohlo být dosaženo cílů je nutné, aby sociální pracovník znal základní typy klientů.

1.2.1 Nedobrovolný klient

Jde nejčastěji o osobu, které byla spolupráce se zařízením, institucí nařízena. Zde je důležité využít svou autoritu a jednat věcně, jasně a otevřeně. Sociální pracovník by měl dát najevo, že o situaci ví a vysvětlit, jak bude postupovat k dosažení kýženého cíle. Důležité je také vymezit svou roli a míru odpovědnosti obou stran. Vysvětlit, co bude důsledkem špatné či žádné spolupráce. Při jednání by měl být sociální pracovník přímý, věcný a empatický. Měl by se snažit o probuzení motivace klienta ke spolupráci.⁴

V situacích, kdy se mnou odmítá pacient komunikovat, vysvětlím kdo jsem, jaké informace od něj potřebuji a proč. Sdělím mu, že za ním přijdu následující den, aby měl dostatek času na rozmyšlenou. Ve většině případů jsou mně informace sděleny.

1.2.2 Depresivní klient

Depresivní nálada se nejčastěji projevuje jako zármutek při ztrátě někoho nebo něčeho v našem životě pro nás důležitého. Je tedy běžnou součástí lidského prožívání. Člověk má v období smutku narušenou schopnost zvládat bezproblémově

⁴ Srov. Řezníček, I. Metody sociální práce. Praha: Slon, 1997, s. 41.

každodenní situace. Toto období smutku odezní za 2 - 4 měsíce bez pomoci odborníka. Pacientovi na začátku rozhovoru sdělím, že vím o jeho ztrátě, že je mi to líto, ale potřebovala bych s ním probrat pár otázek.

U deprese klinické, je potřebné vyšetření psychiatrem a pomoc odborníků. Některé symptomy nám mohou pomoci depresivní stav u klienta charakterizovat. Jedná se o změnu v oblasti tělesných znaků (bezcílné chození, kývání se, vyčerpanost), změny prožívání (smutek, strach, nepokoj), duševních funkcí (zpomalení myšlení, pokles koncentrace, výpadky paměti), somatické potíže (poruchy spánku a usínání, nechutenství) změna sociálních funkcí (přerušování sociálních kontaktů, zanedbávání zevnějšku, zhoršení výkonů sociálních rolí).

Depresivního klienta pozorně se zájmem vyslechneme, uděláme si tak přehled o všech jeho problémech, jejich délce trvání a závažnosti. Pokusíme se mu vysvětlit podstatu deprese a předat základní informace. Shrnutí to, co již pro odstranění problému udělal vyzdvihneme pozitiva a poskytneme mu informace o tom, v čem mu můžeme pomoci my.⁵

1.2.3 Manipulativní klient

Nemá zájem o faktickou spolupráci, snaží se o získání výhod navozením neformálního až familiérního vztahu. Klientovi jde o zkorumpování pracovníka a získání psychologické nadvlády. Je důležité hned od počátku stanovit pevné hranice a postupovat jasně a přímo. Klient musí vědět, co je od něj očekáváno a jak jsou stanovené sankce pro případ nespokojenosti. Pracovník nesmí podlehnout neformálnímu zájmu a postupovat vůči němu vždy důsledně a neoblomně.⁶

Při práci s pacienty s manipulujícími tendencemi, se mi osvědčilo trvat na předem domluveném postupu řešení a nedovolovat žádné, byť sebemenší, změny.

1.2.4 Klient v odporu

Odpor znamená obranu proti určité změně či intervenci, jedná se o obranné mechanismy klienta. Tři druhy odporu

- klient si problém nepřipouští,
- klient chce změnu, ale neví jak ji provést, nebo jej ohrožuje,

⁵ Srov. Gabura, J. Sociálně poradenstvo. Bratislava: Občianske združenie Socialna praca, 2005, s. 184-186.

⁶ Srov. Řezníček, I. Metody sociální práce. Praha: Slon, 1997, s. 41.

- klient problém chápe, ale nechce změnu.

Pokud přizná problém, hledá jeho příčinu ve vnějších faktorech, ne v sobě. Důležité je, nenutit klienta přiznat svou vinu, takové jednání by mohlo poškodit vzájemný vztah. Někdy pomůže mluvit s klientem přímo o jeho postoji, pojmenovat jej. Nebo použít paradoxní techniky, kdy mu vytvoříme pro odpor prostor a budeme jej povzbuzovat. Pokud se klient rozhodne s námi nespolupracovat, měli bychom být schopni mu nabídnout služby jiného pracovníka. Důležité je, umět přijmout tento fakt a akceptovat rozhodnutí klienta nespolupracovat.⁷

Jen velmi málo pacientů se mnou nespolupracuje při řešení svých problémů. Pokud se takto rozhodnou, respektuji to, vysvětlím jim možnosti řešení a nabídnu svou pomoc.

1.2.5 Mlčící klient

I mlčení je projev komunikace, může vyjadřovat úzkost, nejistotu, nedůvěru nebo odpor klienta. Ten potřebuje čas, aby se adaptoval na situaci, rozmyslel se, popřípadě sbírá odvalu k sdělení závažného tématu. Mlčení by nemělo trvat příliš dlouho, protože prohlubuje tenzi a snižuje možnost otevření rozhovoru. Můžeme jej přerušit tím, že začneme vyprávět o tom, jaké myšlenky nám probíhají hlavou, co cítíme. Je také možné, zeptat se klienta, jak tuto situaci prožívá on.

Na mlčícího pacienta jsem již dopředu upozorněna zdravotním personálem. Pokud ani se mnou nekomunikuje, snažím se zavést rozhovor na jakékoli neutrální téma. Ptám se například co měl k obědu, jak mu to chutnalo, vyjádřím svůj názor. Také je důležité ujistění, že informace nebudou zneužity, s toho mají někteří pacienti strach. Poté vyhodnotím, zda bude spolupráce možná, pokud ne, informuji jej o návštěvě následující den.

U málo mluvných klientů prodloužíme společenskou konverzaci na počátku rozhovoru. Pokud se nám přes veškerou snahu nepodaří získat potřebné informace, požádáme klienta o možnost pozvání někoho mu blízkého, který nám potřebné informace poskytne. V některých případech pomůže nabídnout jinou formu komunikace než verbální. Zadáme klientovi písemný úkol, tím získá dost prostoru k přemýšlení nad svým problémem. Pokud však nereaguje, musíme jej informovat o

⁷ Srov. Gabura, J., Pružinská, J. Poradenský proces. Praha: Slon, 1995, s. 81.

tom, že bez informací mu nemůžeme pomoci, a aby se rozhodl, co dál.⁸

1.2.6 Suicidální klient

Důležité je rozpoznat, o jaký typ suicida jde (bilanční, reakce na obtížnou životní situaci, volání o pomoc, manifestace smrti jejíž cílem je upozornit na sebe, stát v centru pozornosti).

Klienta v jeho projevu nepřerušujeme, poskytneme mu dostatek prostoru pro vypovídání. Akceptujeme jeho pocity, pokusíme se ho pochopit, neutěšujeme jej optimistickými slovy, neodsuzujeme. Motivujeme klienta k návštěvě odborníka, a ujistíme jej, že k nám může opět přijít.

Nezbytné je si uvědomit, že pracovník nepřebírá za klienta plnou odpovědnost.⁹ S takovýmto typem klienta jsem se osobně nesetkala, ale ze zkušenosti kolegyně vím, že nejdůležitější je dát klientovi možnost, ze všeho se vypovídat.

1.2.7 Agresivním klient

Agresivně se mohou projevit klienti, kteří jsou nejistí, křehcí, mají obavy z odmítnutí, ze změny, z neznáma, které pro ně představujeme i my jako sociální pracovníci.

V první fázi kritiky, hněvu, obviňování, nespokojenosti je důležité klienta vyslechnout, nechat ho vypovídat. Tato ventilace nespokojenosti mnohdy stačí k uklidnění. Není vhodné apelovat na rozumovou stránku, žádat logické vysvětlení, zdůvodnění, či uklidňovat.

Užitečné bývá využití technik asertivity. Můžeme pracovat s technikou gramofonové desky, kdy stále opakujeme náš požadavek, bez vysvětlování a omluv. Technika otevřených dveří nenaplnuje očekávání kritika, že se budeme bránit, hájit či přejdeme do protiagrese. Poradce kritiku částečně připustí, v tu chvíli přestane mít takovou váhu. Tato technika se mi při mé práci již několikrát osvědčila, pacient si uvědomí, že mu chci opravdu pomoci a nevystupuji z pozice nadřízeného.

Při použití techniky sebeotevření vyprávíme klientovi o pocitech, které právě prožíváme a jak na nás celá situace působí. Pokud se klient neuklidní, nezbývá nic

⁸ Srov. Gabura, J., Pružinská, J. Poradenský proces. Praha: Slon, 1995, s. 82.

⁹ Srov. Gabura, J. Sociálne poradenstvo. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2005, s. 186-187.

jiného, než rozhovor přerušit, a nechat čas na "vychladnutí". Vysvětlit, že není možné tímto způsobem dále pokračovat ve spolupráci, a doporučit, aby si našel někoho jiného. Toto může působit paradoxně a klient začíná spolupracovat.¹⁰

1.3 Duševní zdraví a duševní porucha

K diagnostice duševní poruchy, musíme znát diagnostická kritéria a normu psychického zdraví. Problematice určení jedince s duševní poruchou předchází diagnostický proces. Výsledkem je rozpoznání poruchy nebo abnormality.¹¹

"Na zdraví se nelze dívat jako na daný stav, ale jako na proces, který má svou dynamiku. Nevyvíjí se sám o sobě, ale vždy v určitém vztahu k prostředí. Organismus je vybaven určitým rozsahem přizpůsobivosti k prostředí a prostředí klade na organismus jistý rozsah nároků. Podobný problém je mezi normalitou a zdravím. Zdraví je zvláštní případ normálního, má svůj subjektivní a objektivní aspekt. Choroba je zvláštní případ abnormního, který se již kvalitativně liší od zdraví. Projevuje se příznaky v určitém seskupení a pořadí výskytu.

Když přizpůsobivost organismu převyšuje hranici nároků prostředí, jedinec se nachází ve stavu zdraví. Když rozsah nároků prostředí přesáhne hranici adaptability organismu, dojde k poruše rovnováhy a vzniká nemoc. Pojmeme pozitivní zdraví se rozumí stav, kdy je jedinec schopen se vyrovnat s nároky, které značně převyšují běžné požadavky. Podle toho, jak je jedinec schopen se vyrovnat s různými nároky prostředí, se hovoří o různých stupních zdraví."¹²

1.4 Duševní poruchy

Cílem psychiatrie je správné stanovení duševní poruchy a její následná léčba. Z hlediska struktury rozlišujeme mezi nemocí a úchylkou. V případě nemoci dochází ke kvalitativní změně ve vývoji osobnosti. Rozvíjí se přes jednotlivé etapy, vrcholí a posléze odeznívá. Ukončení nevede ke stejnému výsledku, někdy dochází k úplnému uzdravení, jindy nemoc zanechává následky.

¹⁰ Srov. Gabura, J., Pružinská, J. Poradenský proces. Praha: Slon, 1995, s. 86-87.

¹¹ Srov. Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010, s. 22.

¹² Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010, s. 22-23.

Z hlediska trvání rozlišujeme mezi krátkodobým a dlouhodobým trváním poruchy. Trvání není vždy stejné, jsou rozlišovány reakce velmi krátké, středně dlouhé a dlouhodobější formy. U některých duševních poruch můžeme v jejich dlouhodobém trvání sledovat jejich postupný vývoj a rozvoj.¹³

Následující dělení je dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, jak je uvedeno v Psychiatrii Malé a Pavlovského. Duševní nemoci tvoří samostatnou kapitolu této klasifikace. Jsou označeny kódy, které začínají písmenem F, za kterým následují dvě až čtyři čísla. Ty jsou běžně používány ve zdravotnické dokumentaci a slouží pro potřeby pojišťoven.¹⁴

Organicky podmíněné duševní poruchy

K této velké skupině duševních poruch, patří ty, které jsou projevem přímého nebo zprostředkovaného poškození CNS, nebo celkového somatického onemocnění, které mezi svými symptomy má i projevy psychopatologie. Zde patří zejména demence a jiné organické poruchy způsobené onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku.¹⁵

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Do této skupiny jsou řazeny poruchy, které jsou vyvolané požíváním psychoaktivních návykových látek. Vyvolávají závislost jak fyzickou tak psychickou. Fyzická závislost se projevuje při podstatném snížení nebo vysazení látky např. tělesnými příznaky, nejrůznějšími bolestmi, křečemi, epileptickými záchvaty. Závislost psychická se projevuje touhou znovu si navozovat příjemné stavy, jako je euforie, pocit zvýšené výkonnosti a sebevědomí, příjemné snění, neobvykle prožitky. Přetrvává většinou mnohem déle než fyzická.¹⁶

Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy

Etiologie vzniku choroby není zcela jasná, podílí se na ni pravděpodobně celá řada faktorů biologických, sociálních a psychologických. K základním příznakům

¹³ Srov. Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010, s. 178.

¹⁴ Srov. Malá, E., Pavlovský P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s. 43.

¹⁵ Srov. Radoch, J., Pavlovský, P., Janotová, D. Psychiatrie-minimum pro praxi. Praha: Triton, 2006, s. 33.

¹⁶ Srov. Radoch, J., Pavlovský, P., Janotová, D. Psychiatrie-minimum pro praxi. Praha: Triton, 2006, s. 54.

schizofrenie patří poruchy vnímání a myšlení. Při diagnostikování je vyžadováno, aby byl přítomen alespoň jeden z příznaků a trval déle než jeden měsíc. Například označování vlastních myšlenek, sluchové halucinace komentující chování, bludy kontrolování a ovlivňování, bludná přesvědčení. V případě, že není přítomen některý z předchozích příznaků, musí být přítomny alespoň dva z následujících příznaků: přetrvávající halucinace, formální poruchy myšlení, apatie, ochuzení řeči, nápadné změny v chování - ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost.¹⁷

Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Poruchy nálady jsou třetí nejčastější duševní poruchou, enormní jsou ekonomické důsledky tohoto onemocnění. Ve vyspělých státech světa představují deprese nejčastější důvod ztráty pracovní schopnosti. Řadíme zde zvláště mánie a deprese, bipolární afektivní poruchu a rekurentní depresivní poruchu.¹⁸

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Neurotické poruchy jsou funkčními poruchami adaptace jedince vůči prostředí či sobě samému. Tyto maladaptace souvisí s opakovaným výskytem stresujících životních událostí. Při jejich překonávání se může objevit konflikt, který navozuje úzkost. Ve vývoji poruch jsou také důležité temperamentové charakteristiky, charakterové vlastnosti a genetický základ osobnosti.¹⁹

Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Poruchy v této skupině potvrzují nosnost biopsychosociálního modelu nemoci. Každá porucha je tvořena biologickými, psychologickými a sociálními komponenty. Stejně, jako je každý jedinec složen z vnitřních systémů (buňky, orgány), je zároveň součástí vnějších systémů (rodina, komunita). Systémy na sebe vzájemně působí, ovlivňují se, čímž se spolupodílejí na vzniku specifické poruchy. Řadíme zde

¹⁷ Srov. Radoch, J., Pavlovský, P., Janotová, D. Psychiatrie-minimum pro praxi. Praha: Triton, 2006, s. 73-75.

¹⁸ Srov. Radoch, J., Pavlovský, P., Janotová, D. Psychiatrie-minimum pro praxi. Praha: Triton, 2006, s. 86.

¹⁹ Srov. Malá, E., Pavlovský P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s. 68.

poruchy příjmu potravy, poruchy spánku a poruchy v sexuální oblasti.²⁰

Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Jedná se o těžké narušení v charakterové oblasti a tendencích chování jedince. Některé rysy osobnosti jsou zvýrazněné, jiné potlačené nebo úplně chybí. Jedinci se dostávají často do konfliktů se svým okolím, jejich chování je nápadné podivínské obsahuje asociální nebo dokonce antisociální prvky.²¹

Mentální retardace

Jedná se o poškození intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti. Jedinec není schopen dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje vzhledem ke svému věku s vytvořením sociální závislosti. Podle závažnosti rozlišujeme mentální retardaci lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou.²²

Poruchy psychického vývoje

Jde o poruchy související s opožděným a nerovnoměrným biologickým zráním CNS. Jejich průběh je relativně stálý, poruchy ve svém důsledku vedou k opoždění vývoje. Genetické faktory hrají určitou roli u některých z nich.²³

Dětská psychiatrie

Velká část psychických poruch v dětství je způsobena nedozrálostí CNS a s věkem ustupují. Velký vliv zde má rodinné a školní prostředí. Dětský pacient nemusí zůstat psychiatrickým pacientem i v dospělosti. Některá citová traumata však mohou postihnout rozvoj citů a mezilidských vztahů na celý život.

Dětská psychiatrie zahrnuje poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí, které mají začátek obvykle v dětství a adolescenci. A dále duševní choroby které jsou blízké duševním chorobám dospělých.²⁴

²⁰ Srov. Malá, E., Pavlovský P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s. 75.

²¹ Srov. Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010, s. 271.

²² Srov. Malá, E., Pavlovský P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s. 85.

²³ Srov. Malá, E., Pavlovský P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, s. 88.

²⁴ Srov. Radoch, J., Pavlovský, P., Janotová, D. Psychiatrie-minimum pro praxi. Praha: Triton, 2006, s. 185.

1.5 Kvalita

O kvalitě poskytované péče se v poslední době hodně mluví. Je důležité si v první řadě uvědomit, že kvalita je filozofie, postoj, způsob myšlení a chování. A jako taková se proto nedá nařídit nebo vynutit, dá se pouze postupně budovat a zdokonalovat.²⁵

Definovat kvalitu zdravotní péče není jednoduché. Již v roce 1966 definovala Světová zdravotnická organizace kvalitu jako "souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe". Podle novější definice WHO je kvalita zdravotní péče definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje. Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako "takovou péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu".²⁶

Kvalita znamená více než zlepšení lékařské nebo ošetrovatelské péče. Jde o velice komplexní pojem, který má celou řadu dimenzí podle kterých se její kvalita hodnotí. Závisí na faktorech, jako jsou hodnoty, chování a postoje zaměstnanců. Na kvalitu se tedy lze dívat z různých úhlů, záleží na nás, z jaké strany se podíváme.²⁷

Pokud chceme zlepšovat kvalitu poskytovaných služeb, je důležitou složkou její měření. K měření kvality se používá dvou základních metodologických přístupů, a to studia jednotlivých případů a statistických postupů.²⁸

Spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnických služeb. Společně s posuzováním kvality podle daných ukazatelů je dnes standardně používaným měřítkem, podle kterého se kvalita péče posuzuje. Současná filosofie se opírá o přesvědčení, že léčebná péče by měla být především zaměřena na uspokojování potřeb pacientů. Uspokojení, nebo naopak nedostatečné uspokojení potřeb pacientů se projevuje v jejich vědomí jako subjektivně pocíťovaná spokojenost nebo nespokojenost. A to přímo s poskytovanou péčí jako takovou, nebo s některými jejími aspekty. Stejně jako míra celkové spokojenosti, tak spokojenost v

²⁵ Srov. Škrlovi, P. a M. Kreativní ošetrovatelský management. Praha: Advent-Orion, 2003, s. 22.

²⁶ Srov. Gladkij, I., Heger, L., Strnad, L. Kvalita zdravotní péče a metody jejich soustavného zlepšování. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, s. 12 - 13.

²⁷ Srov. Škrlovi, P. a M. Kreativní ošetrovatelský management. Praha: Advent-Orion, 2003, s. 19.

²⁸ Srov. Gladkij, I., Heger, L., Strnad, L. Kvalita zdravotní péče a metody jejich soustavného zlepšování. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, s. 24 - 25.

jednotlivých dílčích oblastech péče, jsou podstatnými a užitečnými informacemi o situaci v daném zdravotnickém zařízení. Výsledky spokojenosti pacientů jsou dobrou zpětnou vazbou jak pro ošetřující personál, tak pro management zdravotnického zařízení. Jsou využívány jako vhodný zdroj podnětů pro zlepšování kvality péče.²⁹

V rámci různých programů zajišťování a hodnocení kvality, jsou pacienti žádáni, aby kvalitu péče ohodnotili. Spokojenost pacientů s kvalitou poskytované péče je pravidelně monitorována a vyhodnocována, dnes již pravidelně ve všech zdravotnických zařízeních.³⁰

V Psychiatrické léčebně Opava je pomocí dotazníkového šetření dvakrát ročně sledována spokojenost pacientů s poskytovanou péčí všeobecně a spokojenost rodinných příslušníků. Jedenkrát ročně je také sledována spokojenost zaměstnanců s výkonem práce a podmínkami na pracovišti.

Představa kvality péče ve zdravotnických zařízeních je ovlivněna kulturou, hodnotami i sociálním prostředím, které v dané společnosti převládají. To, co může být u nás vnímáno jako nedostačující, nevyhovující, je v zemích třetího světa bráno jako standardní či dokonce nadstandardní péče.

Indikátory kvality v Psychiatrické léčebně Opava, které jsou pravidelně sledovány a vyhodnocovány, jsou:

- 1) zapojení léčebny do Národního sledování nežádoucích událostí BENCHMARKING, vyhodnocováno v rámci celé republiky jednou za čtvrt roku, výsledky jsou porovnávány v kategorii "velké léčebny",
- 2) statistika nově vzniklých dekubitů na 1000 lůžkodnů hospitalizace,
- 3) statistika pádů a zranění na 1000 lůžkodnů hospitalizace,
- 4) statistika použití omezovacích prostředků.

Kvalita poskytované péče je také ovlivňována mnoha faktory, patří zde např. hmotné a finanční zdroje, počty pracovníků, organizace práce, technologie, kvalifikační a osobností úroveň pracovníků.

²⁹ Srov. Bártlová, S., Hnilicová, H. Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2000, s. 61.

³⁰ Srov. Bártlová, S., Hnilicová, H. Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2000, s. 64.

2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S DUŠEVNĚ NEMOCNÝMI

Kvalifikovaná sociální práce má své nezastupitelné místo v multidisciplinárním týmu, v některých obtížných životních fázích je pro duševně nemocného nezastupitelná.

Většina pacientů potřebuje od sociálního pracovníka konkrétní pomoc či specifické intervence. Celkovou péči potřebují zvláště lidé, jejichž fungování je pro duševní nemoc omezeno ve více oblastech a po delší dobu, tedy dlouhodobě duševně nemocní.³¹

Sociální pracovník by měl umět získat potřebné informace o klientovi (odebrat zdravotně sociální anamnézu), společně vytvořit a realizovat plán intervencí, výsledky práce vyhodnotit. Také by měl vědět, jak práci s klientem ukončit. Umět využít svých schopností při navázání prvního kontaktu, vést rozhovor, empaticky naslouchat. Během práce s klientem umět pozorovat, důsledně vnímat jeho verbální i neverbální projevy. Vědět, jakým způsobem použít získané informace o klientovi, mít vyjasněné etické otázky týkající se jeho práce. Má přehled v systému sociálního zabezpečení, legislativě a sociální politice státu. Je informován o hodnotách různých společenských skupin a jejich odlišném životním stylu.³²

Důležité je poskytnout klientu dostatek informací a kontaktů v souvislosti s jeho aktuální situací v systému zdravotní a sociální péče. Patří zde informace o jeho finančních možnostech a postupech spojených s jeho stavem. Např. nemocenské dávky, otázka invalidního důchod - postup při jeho vyřizování, přezkoumání, jeho druhy a výše, zaměstnávání a rehabilitace duševně nemocného apod. Poskytne informace o možnostech následné péče, kontakty na zařízení a instituce, které poskytují pomoc či péči v konkrétních situacích (např. poskytovatelé sociálních služeb, rehabilitace, domácí péče, rekvalifikace, právní pomoc apod.)

Při své práci používá metody individuální a skupinové práce. U klientů s duševním onemocněním je účinné vycházet z úkolového přístupu a pojetí práce se specifickou skupinou.³³

Práce s lidmi s psychotickým onemocněním není jednoduchá, klade značné nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístupu. Pracovník se musí umět orientovat v

³¹ Srov. Matoušek, O. a kol. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005, s.133.

³² Srov. Matoušek, O. a kol. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005, s.137.

³³ Srov. Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 61-62.

základních psychopatologiích duševní nemoci a brát ji při jednání s klientem v úvahu. Nesmí být příliš úzkostný. V praxi se osvědčilo chovat se ke klientům důstojně, přirozeně, s respektem a zájmem. Jestliže klient vycítí, že o něj máme zájem, jeho názorům nasloucháme a vnímáme jeho prožívání, měl by být kontakt s ním bez problémový.

Je dobré vážit slova, počítat s možností, že je klient zvýšeně vztahovačný a to, čeho by si v běžné komunikaci jiný nevšiml. To může být vnímáno jako zdroj napětí a nedorozumění. Musíme také počítat s možností, že naše komunikace může být komplikována halucinacemi či jinými psychotickými příznaky.³⁴

2.1 Komunikace s člověkem s duševním onemocněním

V komunikaci se přizpůsobujeme duševním, intelektovým možnostem a projevům klienta. Používáme slovník, který je mu vlastní a kterému rozumí. Je nezbytné jednat jinak s klientem, který je stabilizovaný, adaptovaný a jinak s tím, který přichází v akutní atace.³⁵

2.1.1 Komunikace s dítětem s duševním onemocněním

Důležité je, získat o dítěti co nejvíce informací ještě před prvním rozhovorem. Komunikaci pak přizpůsobujeme nejen podle jeho potíží, ale také podle jeho zájmů, přání a situačních kontextů. Podstatné je navázat kontakt a získat důvěru, poté je možné teprve "něco řešit".

Velký význam v komunikaci má neverbální stránka projevu, např. oční kontakt, mimika, úsměv. U postoje k dítěti nezapomínáme na stejnou úroveň s dítětem, všímáme si také gest dítěte a komunikujeme s ním na stejné úrovni. Svou roli má také úprava prostředí, snažíme se, o co možná nejdůležitější a nejzávažnější úpravu.³⁶

³⁴ Srov. Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 126.

³⁵ Srov. Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 127.

³⁶ Srov. Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 104.

2.1.2 Komunikace se seniory s duševním onemocněním

Při práci se seniory je důležité, abychom si uvědomili jejich individuální rozdíly. Mluvit zřetelně a nahlas na seniora, který nemá komunikační obtíže je krok špatným směrem. Naopak nebrat ohled na špatně slyšícího seniora povede k nepochopení. Abychom si byli jistí, že nám senior rozumí, je dobré klást jednoduché otevřené otázky, a nechat mu dostatečný prostor na odpověď. U získávání informací je třeba pomocí dotazů ověřovat srozumitelnost sdělení.³⁷

2.1.3 Komunikace s mentálně postiženým

Chybu, kterou můžeme udělat nevědomě při rozhovoru s mentálně postiženým je, že se můžeme obracet na doprovod či zákonného zástupce klienta. Komunikace má jen jednu podstatnou věc, na kterou nesmíme zapomenout, a to, neustále se ujišťovat, že klient rozumí tomu, co říkáme. Pokud nerozumí, musíme mu skutečnost vysvětlit znovu a jednodušeji. Mít na paměti, že je důležité, abychom k těmto lidem přistupovali jako k rovnocenným partnerům.³⁸

2.1.4 Komunikace s člověkem s psychotickým onemocněním

Ze zkušenosti mohou říci, že projevy lidí s psychotickým onemocněním mohou být velmi různorodé. U některých klientů může být problematické navázání kontaktu, jiný klient nám nemusí důvěřovat, může být vztahovačný. Nebo naopak navazují kontakt až příliš ochotně, zahlcují nás nekončícím proudem slov, ve kterém je v mnoha případech problematické se zorientovat. V těchto případech je až nemožné získání potřebných informací. Neustálé odbíhání k nepodstatným věcem, nelogicky vypráví nebo má problém s odlišením podstatného od nepodstatného. Běžným problémem je fixace na věty či situace, které neustále opakuje. Pracovník se musí obrnit trpělivostí, a uvědomit si skutečnost, že klient komunikuje nejlépe, jak může. Pokud je klient pod vlivem svých nevyvratitelných bludů, platí, že mu je nevyvracíme, ale také jej v nich neutvrzujeme.

Je také potřeba počítat se skutečností, že lidé s psychotickým onemocněním mají

³⁷ Srov. Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 115.

³⁸ Srov. Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 124-125.

sníženou vůli k řešení různých životních situací.³⁹

2.1.5 S uživatelem návykových látek

K obecným zásadám platícím pro práci s uživatelem patří přistupovat k nim bez předsudků, být důsledný, umět rozpoznat a nepřipustit manipulativní chování, stanovit hranice, které musí být dodržovány oběma stranami. Důležitý je systém sankcí, kterými jsou pravidla chráněna.

Klienti mají problémy v mnoha oblastech života, proto je nutné se zaměřit na oblasti, ve kterých selhávají nejvíce. Ukázat jim cestu a podporovat je v samostatnosti. Příkladem je finanční deník, kde se klient učí hospodařit s finančními prostředky. Cílem je postupné samostatné hospodaření s penězi, placení závazků i šetření.⁴⁰

³⁹ Srov. Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 128.

⁴⁰ Srov. Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008, s. 140.

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ OPAVA

Třetí kapitola seznamuje se sociální práci v Psychiatrické léčebně. Příjem pacientů do léčebny je zajištěn přes žurnální čili příjmovou ambulanci. Zde je vyšetřen lékařem, který rozhodne, vzhledem k zdravotnímu stavu, na které příjmové oddělení příslušného primariátu bude odeslán.

3.1 Charakteristika jednotlivých primariátů

Celá léčebna je rozdělena na devět primariátů, na všech je poskytována komplexní péče nejen v oblasti psychiatrické, psychologické, ošetrovatelské, rehabilitační, ale také v oblasti sociální. Uvedené informace jsou čerpány z webových stránek léčebny www.plopava.cz.

Primariát A

Jedná se o 3 otevřené mužské oddělení pro komplexní léčbu neurotických poruch, lehkých a středně těžkých depresí, úzkostných poruch, poruch přizpůsobení, poruch osobnosti a lehčích psychotických poruch. Také zde pacienti vykonávají nařízenou ústavní psychiatrickou a sexuologickou léčbu. Významnou část léčby tvoří psychoterapie. V součinnosti s klientem a charakterem jeho postižení je zvolena vhodná forma psychoterapeutického přístupu, krizová intervence, krátkodobá individuální psychoterapie nebo skupinová psychoterapie. Vše doplněno volnočasovými aktivitami v rámci léčby.

Primariát B

Specializuje se na svých 3 otevřených odděleních na léčbu žen ve věku 18 - 65 let. S poruchami nálad, úzkostnými poruchami, poruchami osobnosti, závislosti na alkoholu, drogách či lécích a lehčí psychotická onemocnění. Terapie především farmakologická, důraz je kladen také na skupinovou a individuální psychoterapii a léčebný režim. Na odděleních funguje komunitní režim, pacientky se podílí na organizaci drobných prací na oddělení a jiných aktivitách.

Primariát C

Tento primariát je zaměřen na diagnostiku a léčbu především psychotických onemocnění mužů. Všechny ošetřující personál poskytuje odbornou péči, která spočívá v kombinaci farmakoterapie, psychoterapie a činnostní terapie. Má šest stanic, dvě příjmací, tři, které souží k doléčování, resocializaci a rehabilitaci

většinou chronicky nemocných, jedno oddělení kde se pokračuje v komplexní léčbě. Zajišťuje také stacionář, který mohou navštěvovat pacienti po propuštění 2x týdně.

Primariát D

Zde jsou léčeny alkoholové a nealkoholové závislosti. Závislost na alkoholu u mužů je léčena na 3 otevřených odděleních. Přes přijímací oddělení se pacienti dostávají buď na oddělení, kde je kladen důraz na psychoterapii nebo detašované pracoviště v Horních Holčovicích, kde převažuje terapie pracovní a rehabilitace. Se závislosti na nealkoholových drogách se léčí muži na 1 oddělení, kde je možný i detox. Ženy závislé na návykových látkách jsou léčeny společně na koedukovaném oddělení s patologickými hráči.

Primariát E

Dětské a dorostové oddělení tvoří 2 uzavřené stanice, na kterých jsou léčeny děti ve věku 6 - 18 let se všemi psychickými poruchami. Jde o psychotické poruchy, neurotické, emoční, školních dovedností, příjmu potravy až po poruchy sociálního přizpůsobení a vztahové. Výuka je zajištěna v celém rozsahu na základní škole při zdravotnickém zařízení. Důležitou součástí léčby je režimová terapie, která je důležitá hlavně pro děti se specifickými diagnózami, pro které jsou vytvořeny speciální režimy.

Primariát F

Gerontopsychiatrický primariát zajišťuje na 5 odděleních komplexní a diferencovanou péči pro pacienty s celým diagnostickým spektrem duševních poruch v seniu. Jedná se o nemocné ve věku 65 a více let, především s diagnózami: demence, afektivní poruchy, psychotické poruchy a ostatní. Na všech odděleních gerontopsychiatrického primariátu je zajišťována komplexní psychiatrická, somatická a ošetrovatelská péče. Rovněž je poskytována psychologická pomoc, kognitivní a pohybová rehabilitace a sociální servis.

Primariát G

Především léčba a diagnostika ženských psychóz, která probíhá na 5 stanicích. Přes 2 přijímací oddělení jsou pacientky po zlepšení psychického stavu dále překládány na oddělení s rozšířeným psychoterapeutickým programem a dále do otevřeného režimu. Ten je určen k doléčení akutních psychotických poruch a k léčbě nemocných s

chronickým průběhem psychotických poruch. Uzavřená stanice pro pacientky s chronickým psychotickým onemocněním.

Primariát H

Je zaměřený na léčbu, doléčování, rehabilitaci a resocializaci pacientů především s psychotickým onemocněním a psychotickou zkušeností. Je úsekem se třemi koedukovanými stanicemi, kde se provádí systematická psychoterapie psychóz nejdéle v celé republice, a to od r. 1962. Takzvaný "Opavský systém" stojí na hranici mezi intra a extramurální formě péče a vytváří velmi potřebnou osu mezi domovem - ústavem - návratem zpět.

Primariát I

Interní primariát je rozdělen na lůžkovou a ambulantně diagnostickou část. Provádí diagnostiku a léčbu základních interních nemocí, a to jak pro pacienty léčebny, tak i pro lidi z terénu.

3.2 Sociální práce v Psychiatrické léčebně Opava

V Psychiatrické léčebně pracuje 14 pracovníků sociálního úseku, z toho 2 zdravotně sociální pracovníce a 12 sociálních pracovníků. Jsou podřízeni primáři příslušného primariátu a vedoucí sociální pracovníci, která zároveň zajišťuje metodické vedení.

Náplň práce závisí na charakteru oddělení. Úplně jiná skladba pacientů je na akutním příjmovém oddělení, kde se odehrává prvotní kontakt s pacientem, a jiný na protialkoholním či resocializačním oddělení.

Každá pracovníce má na starosti přidělená oddělení, na každé ze svých oddělení dochází podle potřeby, minimálně jednou denně.

Podkapitola stručně přibližuje nejčastěji vykonávanou sociální práci podle charakteru problematiky pacienta.

S každým nově přijatým pacientem sociální pracovníce hovoří, během přijímacího pohovoru jsou zjištěny všechny potřebné údaje, se kterými je dále pracováno. Při své práci vychází s potřeb a přání pacienta.

Nejčastěji jsou řešeny tyto situace:

Sociální práce s pacientem v pracovním poměru, ochranné lhůtě

Pacient hospitalizovaný v psychiatrické léčebně musí mít vystaven na dobu hospitalizace doklad o dočasné pracovní neschopnosti (dále jen DPN). Sociální

pracovnice má na starosti úkony s DPN spojené. Zajišťuje, odesílání IV. dílu DPN a lístku na peníze, hlášení ošetřujícímu lékaři, pokud je potřeba zajišťuje dodatečné vystavení DPN, v případě nepotřebnosti stornování či doručení scházejících dílu. Také sleduje roční podpůrní dobu, a v případě potřeby je požádáno o prodloužení výplaty nemocenských dávek či invalidní důchod.

Sociální práce s pacientem v evidenci Úřadu práce (dále jen ÚP) pobírajícím dávky hmotné nouze nebo dávky hmotného zabezpečení v nezaměstnanosti

V případě evidence pacienta na ÚP je nutné při přijetí vystavit potvrzení o hospitalizaci a zaslat na příslušný úřad. Pokud mu jsou vypláceny dávky v hmotné nouzi či dávky hmotného zabezpečení v nezaměstnanosti, je na rozhodnutí pacienta, zda je bude chtít po dobu hospitalizace zasílat do léčebny. Tuto informaci uvede pacient na odesílané potvrzení. Při ukončení léčby je ÚP informován o celkové délce hospitalizace.

Sociální práce s pacientem pobírajícím dávky hmotné nouze

Pokud pacient pobírá dávky v hmotné nouzi, je i v tomto případě vystaveno a zasláno potvrzení o hospitalizaci na příslušný úřad. Pacient se vyjádří k tomu, zda chce dávky zasílat do léčebny, a požádá o zaslání potvrzení o pobírání dávek, aby mohl být osvobozen od placení regulačních poplatků. Na konci hospitalizace je odesláno potvrzení a pacient je poučen o nutnosti osobně navštívit příslušný úřad.

Sociální práce s pacientem bez pracovního poměru

Pacient není veden v evidenci úřadu práce. Byl sankčně vyřazen pro nespolupráci, evidence bude možná až po uplynutí doby. Nabídneme možnost vyřízení Příspěvků na živobytí. Pokud již doba uplynula, je na zvážení pacienta, zda se zaeviduje po propuštění, eventuálně bude administrativně propuštěn, a po zaevidování u příslušného úřadu bude znovu pokračovat v léčbě. V případech, kdy došlo k vyřazení pacienta před hospitalizací, je konzultována s lékařem a primářem oddělení možnost odvolání. Pokud lékaři doporučí, je podáno odvolání proti sankčnímu vyřazení s našim zdůvodněním, že pacient byl v době vyřazení pod vlivem duševní nemoci. Pacienta nezapomeneme upozornit na skutečnost, že pokud není v evidenci ÚP není zdravotně pojištěn.

Sociální práce s pacientem pobírajícím důchod

U poživatelů důchodu je zjištěno, jak je výplata důchodu zařízená. Pokud je zasílána na poštu, má pacient možnost nechat si důchod zasílat po dobu hospitalizace do léčebny. V případě, že je výplata zařízena jiným způsobem a pacient si jí přeje změnit, je mu v této věci porazeno. Pokud není v jeho silách si tuto změnu zajistit sám, či s pomocí rodiny, je záležitost vyřízena dle přání pacienta.

Sociální práce s pacientem omezeným, zbaveným způsobilosti k právním úkonům

V případě přijetí pacienta zbaveného, či omezeného způsobilosti k právním úkonům, je podstatné vědět, kdo je jeho opatrovníkem. Opatrovník musí podepsat všechny potřebné tiskopisy související s přijetím a pobytem pacienta v léčebně. Dokumenty jsou mu proto zasílány k podpisu, pokud tak již neučinil jako doprovod opatrovance při přijetí. Opatrovník je informován o všem, co se kolem jeho opatrovance děje. Součástí zdravotní dokumentace je také rozsudek o změně způsobilosti k právním úkonům a usnesení o ustanovení opatrovníka. Pokud jej opatrovník nedoručí, je vyžádáno u příslušného soudu.

Sociální práce s pacientem s nařízenou ochrannou léčbou

Jedná se o pacienta jehož hospitalizace je téměř ve všech případech nedobrovolná. Při přijetí pacienta s nařízenou ústavní ochrannou léčbou musí být nejdříve informován příslušný soud o jeho nástupu. Do počítačového programu s evidencí pacientů jsou vloženy všechny potřebné údaje. V průběhu léčby je nutné sledovat 2letou lhůtu, před jejím uplynutím musí být podán návrh na její zrušení či změnu na ambulantní. V případě, že ještě nesplnila svůj účel, musí být soud požádán o prodloužení. Při doručení jakéhokoli pravomocného usnesení o změně léčby, je nutné tyto údaje vložit do programu.

Pokud je přijat pacient s nařízenou léčbou ambulantní, je odesláno potvrzení o hospitalizaci psychiatroví, u kterého je léčba vykonávána.

Sociální práce s dětským, mladistvým pacientem

Sociální práce s dětmi a mladistvými je velice specifická. Pracovnice pacienty objednává k přijetí podle kapacity oddělení, vždy musí mít místo pro akutní příjmy. V den přijetí sepisuje s rodiči vstupní anamnézu, která obsahuje všechny důležité údaje pro následnou léčbu. Spolupracuje s mnoha institucemi, ať již při získávání

informací o dítěti, tak při informování o průběhu samotné hospitalizace. S pobytem dítěte v psychiatrické léčebně musí vždy souhlasit zákonný zástupce, a to i v případě, kdy má dítě uloženu ústavní výchovu.

Sociální práce s pacientem bez přístřeší

Již při přijetí nebo v průběhu hospitalizace je zjištěno, že pacienta nemáme kde propustit, nemá se kam vrátit. Nabídneme mu možnosti řešení této situace, a podle přání pacienta zajistíme vhodné ubytování v chráněném bydlení, azylovém domě, na ubytovně v terapeutické komunitě či zařízení poskytující sociální služby. Pokud se nám nepodaří zajistit vhodné ubytování, využijeme paragraf 27 odst. 6 zákona č. 48/1997, Sb. o veřejném zdravotním pojištění, a po předchozím upozornění úřadu obce s rozšířenou působností žádáme o součinnost k propuštění.

Sociální práce s pacientem bez dokladu

Ztrátu průkazu pojištěnce je pojištěnec povinen nahlásit do 8mi dnů, a to na každé pobočce pojišťovny či písemně. Je třeba doložit platný občanský průkaz či jeho kopii. Poté bude nový průkaz automaticky odeslán na adresu trvalého pobytu, či na jinou požadovanou adresu.

Duplikát rodného listu se žádá na spádové matrice v místě narození pacienta. Je vhodné předem příslušné oddělení telefonicky kontaktovat a záležitost domluvit, hlavně kvůli správnému poplatku 100,- Kč. Rodný list je poté zaslán na adresu dle požadavků pacienta, možno i do léčebny.

Žádost o nový občanský průkaz může být podána na kterémkoli magistrátu města, stejně tak jeho vyzvednutí je možné v rámci celé republiky.

K vyřízení je třeba mít doklad o ztrátě, který je možné také vyřídit kdekoli, a rodný list. V případě imobilních pacientů je třeba domluvit návštěvu pracovníků magistrátu přímo v léčebně, kterým je ale předem nutné dodat potřebné podklady. Pacient si musí zaplatit fotografa, který je schopen fotografií zaslat na ministerstvo vnitra datovou schránkou. Obdobný postup je u pacientů, kteří nejsou schopni podpisu.

Sociální práce s cizincem

Cizincem je občan, který nemá české občanství. Největší problém je s domluvou, v první řadě je využita pomoc spolupracovníků, dále piktogramů nakonec překladatele. U Všeobecné zdravotní pojišťovny je zjišťováno, zda je cizinec v naší republice

připojištěn. Pokud připojištěn není, a není zdravotně pojištěna ve své zemi, bude se jednat o samoplátce. O této skutečnosti informujeme administrátorku a právní oddělení. Právní oddělení připraví smlouvu, ve které je uvedeno jak dlouho byl v léčebně a jaké zdravotní úkony mu byly poskytnuty. Smlouvu podepíše a převezme v den propuštění.

U cizince zaměstnaného v zahraničí a nepřipojištěného u nás, je provedeno dodatečné připojištění, kdy pacient při propuštění převezme potvrzení o délce hospitalizace a proplacení je zpětně vyřízeno u jeho pojišťovny v zahraničí. Pokud se jej ale připojisti nepodaří, jde o samoplátce.

V případě jakýchkoli problémů je jednáno s příslušnou ambasádou, se kterou je v některých případech řešeno i propuštění a zajištění návratu do státu, kde má pacient trvalé bydliště.

Sociální práce s pacientem ve finanční tísní

Pracovnice nabídne pomoc s oslovením věřitelů, uznáním dluhu, připraví spolu s pacientem žádost o odklad splátek a splátkový kalendář, pokud pacient souhlasí jsou žádosti doplněny o potvrzení hospitalizace.

Pokud má pacient zájem o institut osobního bankrotu, jsou mu podány základní informace. V případě vážného zájmu mu je doporučeno, aby se obrátil na bezplatnou Poradnu při finanční tísní.

Sociální práce se zemřelým bez příbuzných

V případě pacienta, který zemře v léčebně a nemá žádné příbuzné, nebo o něj po celou dobu hospitalizace nejevila rodina žádný zájem. A není nikdo, kdo by vypravil zemřelému pohřeb, je odesílána žádost o pohřbení na Magistrát města Opava, ten pohřbení zajistí. K žádosti je přiložen občanský průkaz, průkaz pojištěnce a kopie listu o ohledání zemřelého. O skutečnosti, že pohřeb bude zajišťovat Magistrát je nutné informovat patologické oddělení.

4 PRŮZKUM

4.1 Cíl projektu

Hlavním cílem mého projektu je zjistit, jak jsou pacienti Psychiatrické léčebny v Opavě spokojeni s poskytovanou péčí. Zda jim stávající poskytované služby vyhovují, či by na nich něco zlepšili, změnili a pokud ano, co by to mělo být.

Práce by měla dále zjistit, jak jsou pacienti spokojeni s přístupem sociálních pracovníků, s jejich dosažitelností, jak pacienti hodnotí spolupráci se sociálními pracovníky jejich chování a vystupování. A zda jsou více spokojeni muži než ženy. Tento cíl jsem si zvolila proto, že problematika nebyla dosud probádána.

4.2 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor je tvořen stávajícími pacienty psychiatrické léčebny, kteří nejsou v akutním stádiu nemoci. Jsou hospitalizováni minimálně 10 dnů případně jsou před plánovaným ukončením celé léčby. Spodní věková hranice je 18 let a horní 65 let. Osloveni byli pacienti na otevřených nepřijímacích stanicích, kde je předpoklad lepší spolupráce, v rámci průzkumného šetření.

Průzkum nebyl prováděn na dětském primariátu, z důvodu nesplnění věkové hranice, a primariátu gerontologickém z důvodu převážného počtu pacientů trpících demencí. O tom, kteří pacienti jsou schopni zúčastnit se průzkumu, rozhodne ošetřující lékař oddělení. Půjde tedy o nereprezentativní kontrolovaný výběr.

Osloveno bylo celkem 203 respondentů, zpracováno bylo 171 vyhovujících dotazníků. Jde o 23% vzorek aktuálně hospitalizovaných pacientů. V průzkumu jsou stejnou mírou zastoupeni muži a ženy.

4.3 Metoda získání dat a informací

Jako metodu šetření jsem si zvolila dotazník, který je nástroj pro sběr dat a informací. Respondent má možnost si odpověď dostatečně rozmyslet a zaručuje respondentům anonymitu.

Dotazník vlastní konstrukce je tvořen otázkami, které jsem zvolila podle svého uvážení a v závislosti na stanovených hypotézách. Obsahuje jak otázky otevřené, tak uzavřené.

Před samotnou distribucí dotazníku byl proveden předvýzkum u 10 pacientů, se

kterými jsem osobně dotazník procházela a sledovala, zda jsou pro ně otázky srozumitelné. Na základě získaných informací byly některé otázky upraveny, bylo změněno škálování odpovědí, ze slovního na číselné, které je pro pacienty snáze pochopitelné.

4.4 Provedení průzkumu

Dotazník předá sociální pracovníce pacientovi, který prodělal alespoň 10 denní léčbu v PL. Pacienti jsou seznámeni s obsahem dotazníku a jsou jim poskytnuty instrukce k jeho vyplnění. V případě potřeby je vše zopakováno či individuálně vysvětleno. Vyplněné dotazníky mohou pacienti odevzdávat přímo pracovníci, či zvolenému zástupci na oddělení, který je hromadně předá. Pokud někdo chce dotazník osobně odevzdat pracovníci, je mu předána předepsaná obálka „pro sociální pracovníci“, ve které vyplněný dotazník odevzdá. A to buď přímo sociální pracovníci, nebo poučenému zdravotnímu personálu.

Samotné provedení dotazníkového průzkumu "Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí sociálními pracovníci" za účelem získání dat pro závěrečnou diplomovou práci, je schváleno ředitelem léčebny MUDr. Ivanem Drábkem a vedoucí sociálně zdravotních pracovníků Mgr. Lenkou Kuncovou.

Sběr dat proběhl na otevřených odděleních jednotlivých primariátu v měsících listopad a prosinec roku 2011.

4.5 Hypotézy

Na základě prostudované literatury a osobních zkušeností jsem stanovila následující hypotézy:

Hlavní

H H Předpokládám, že většina pacientů, bude s poskytovanou péčí spokojena.

Vedlejší

H 1 Předpokládám, že převážná většina pacientů bude spokojena s přístupem sociálních pracovníků.

H 2 Menšina pacientů, bude nespokojena s dosažitelností sociálních pracovníků.

H 3 Většina pacientů, bude hodnotit spolupráci se sociální pracovníci jako úspěšnou.

H 4 S chováním a vystupováním sociálních pracovníků bude spokojena většina

pacientů.

H 5 Celkově budou spokojeni více muži než ženy.

4.6 Operacionalizace

Hlavní hypotéza bude ověřena všemi otázkami, první hypotézu ověří otázky 1,2,3,4, H2 bude ověřena otázkami 5 a 6. Otázky 7,8,9,10 ověří hypotézu 3 a hypotéza 4 bude ověřena otázkami 11,12,13. Na poslední hypotézu odpoví otázka 14.

Vysvětlení pojmu:

- převážná většina - tímto pojmem rozumím více jak 75% dotazovaných ,
- většina - více než 50% všech dotazovaných,
- menšina - méně než 50% všech dotazovaných,
- přístup - přístupem bude rozuměn kontakt pracovníce s pacientem nejen při přijímacím pohovoru, představení se pracovníce a průběh rozhovoru,
- dosažitelnost- dosažitelností se rozumí přítomnost pracovníka na oddělení, kdy je k dispozici pro pacienty, kteří potřebují pomoci, a pokud zde není, zda pacienti vědí, na kterém oddělení jej mají hledat, kde má kancelář,
- spolupráce - společná práce pracovníce a pacienta směřující ke stanovenému cíli,
- úspěšnou spoluprací - je míněno, že došlo k dosažení stanoveného cíle - vyřešení problému, či alespoň jeho zmírnění,
- chováním a vystupováním se bude rozumět samotný projev pracovníce k pacientovi, přiměřený postoj, způsob komunikace, vedení rozhovoru,
- škála 1 - 5, známky 1 a 2 budou chápány jako úspěšné, známky 3,4 a 5 jako neúspěšné.

4.7 Výsledky dotazníku a jejich analýza

Na všech otevřených nepřijímacích stanicích jsem celkem rozdala 203 dotazníků, z tohoto počtu mi jich bylo vráceno 186, což odpovídá návratnosti 92%. Z tohoto počtu dotazníku jich muselo být vyřazeno 15 pro špatné nebo neúplné vyplnění odpovědí. Do kompletního zpracování bylo zařazeno 171 správně vyplněných dotazníku, které tvoří 100%.

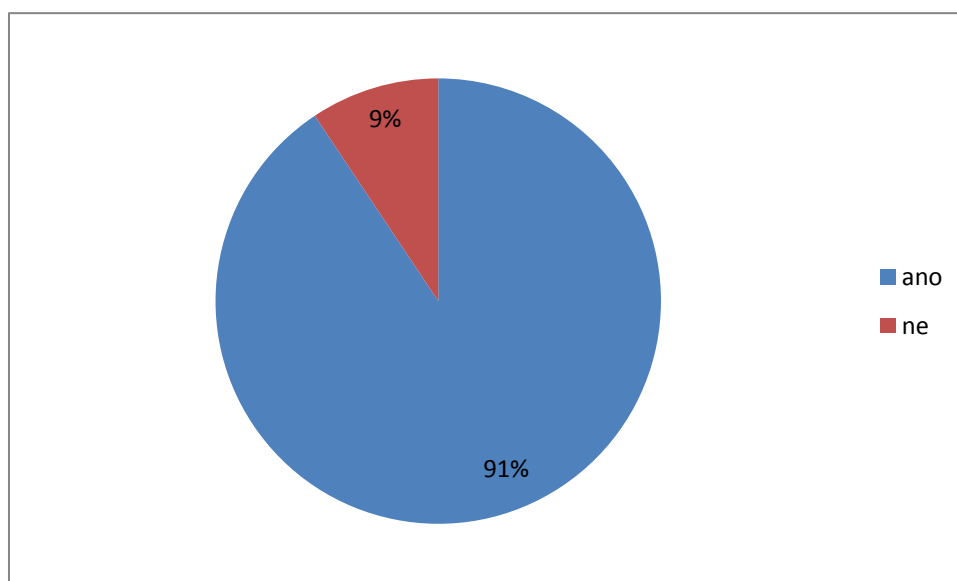
Všechny výsledky dotazníkového šetření jsou uvedeny v tabulkách pomocí absolutní četnosti a některé také pomocí četnosti relativní.

Tabulka č. 1: Při přijímacím pohovoru se sociální pracovnice představila.

Při přijímacím pohovoru se sociální pracovnice představila.	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	155	91
ne	16	9
celkem	171	100

V této položce převážná většina respondentů odpověděla ano 155 (91%), sociální pracovnice se nepředstavila 16 (9%) pacientům.

Graf č. 1: Představení sociální pracovnice při přijímacím pohovoru.

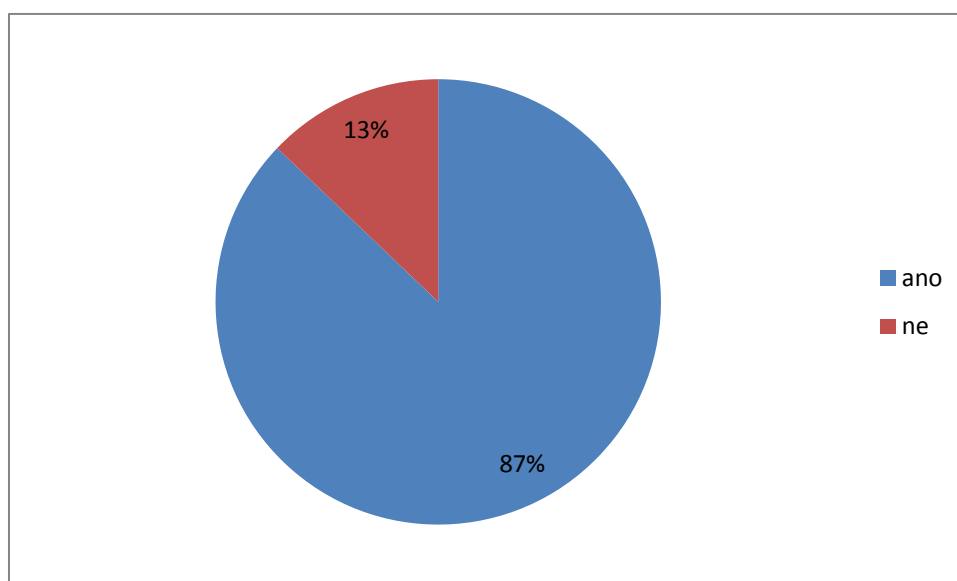


Tabulka č. 2: Měli pacienti na rozhovor se sociální pracovnící dostatek času.

Měli pacienti na rozhovor se sociální pracovnící dostatek času.	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	149	87
ne	22	13
celkem	171	100

Na otázku, zdali měl respondent se sociální pracovnící dostatek času na rozhovor, odpovědělo ano 149 (87%), ne 22 (13%) respondentů.

Graf č. 2: Měli pacienti na rozhovor se sociální pracovnící dostatek času.

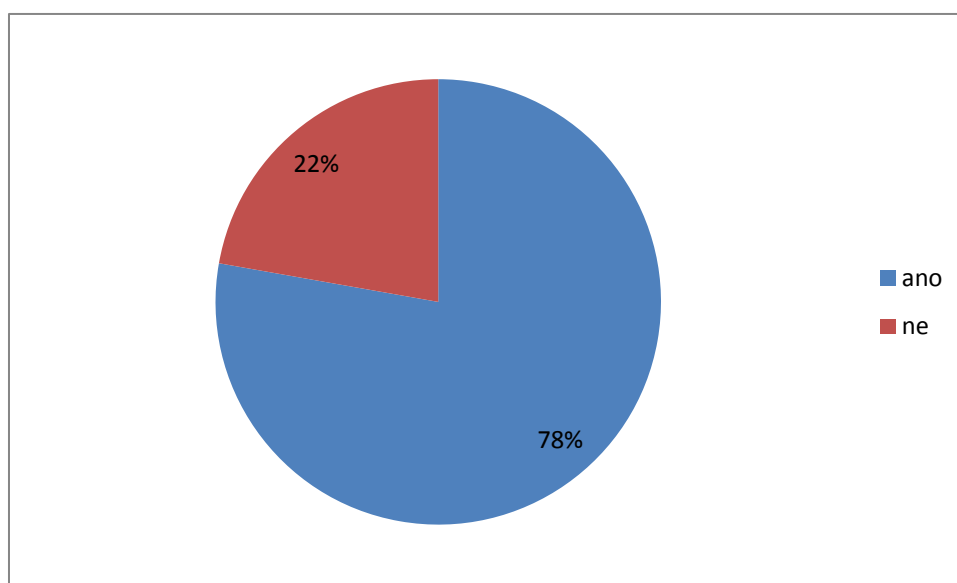


Tabulka č. 3: Respektování soukromí při rozhovoru se sociální pracovnící.

Respektování soukromí při rozhovoru se sociální pracovnící.	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	133	78
ne	38	22
celkem	171	100

Soukromí při rozhovoru bylo respektováno u 133 (78%) respondentů, opačný názor mělo 38 (22%) respondentů.

Graf č. 3: Respektování soukromí při rozhovoru se sociální pracovnící.

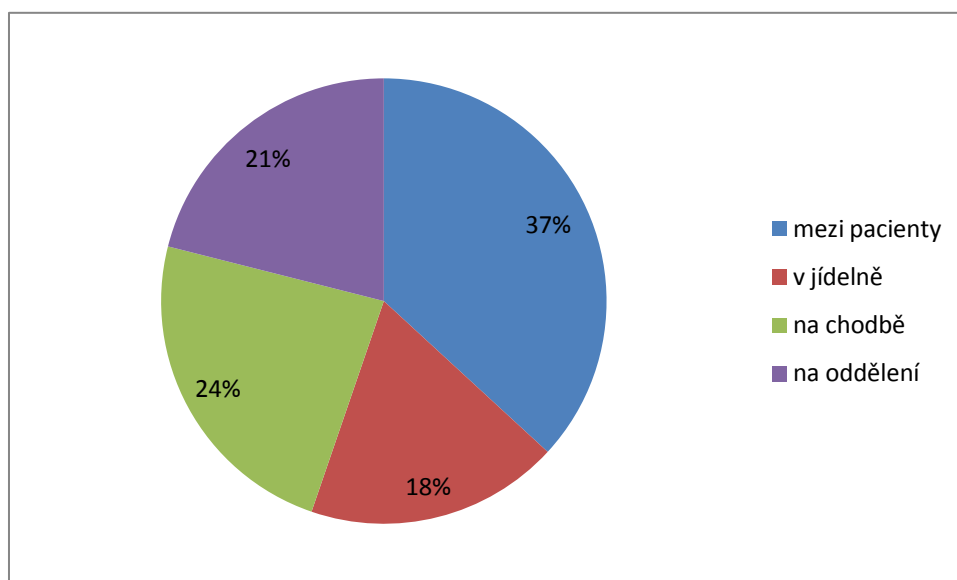


Tabulka č. 4: V čem nebylo soukromí podle pacientů respektováno.

V čem nebylo soukromí podle pacientů respektováno.	absolutní četnost (n) = 38	relativní četnost (%)
rozhovor probíhal mezi pacienty	14	37
rozhovor probíhal v jídelně	7	18
rozhovor probíhal na chodbě	9	24
rozhovor probíhal na oddělení	8	21
celkem	38	100

Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří na předchozí otázku odpověděli ne, tedy 38 (22%) respondentů. Rozhovor probíhající mezi pacienty uvedlo 14 (7,5%) oslovených, rozhovor probíhající v jídelně bylo uvedeno u 7 (4,5%) respondentů, rozhovor probíhající na chodbě vadil 8 (5%) dotázaným, a to, že rozhovor probíhal na oddělení odpovědělo 8 (5%) pacientů.

Graf č. 4: V čem nebylo soukromí podle pacientů respektováno.

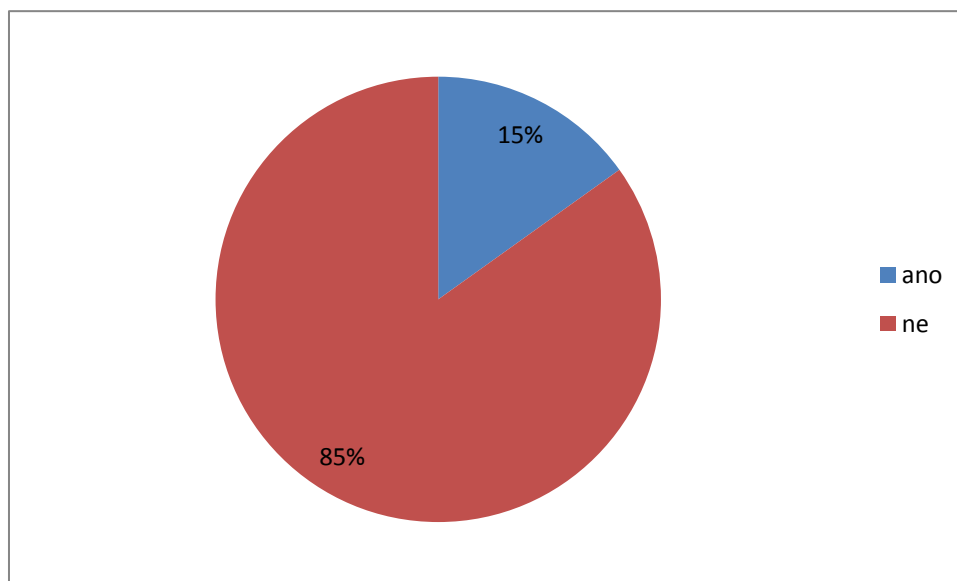


Tabulka č. 5: Bylo problematické kontaktování pracovníce na oddělení.

Bylo problematické kontaktování pracovníce na oddělení.	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	26	15
ne	146	85
celkem	171	100

Jen pro 26 (15%) respondentů bylo problematické kontaktovat sociální pracovníci na oddělení, 146 (85%) pacientů tento problém nemělo.

Graf č. 5: Bylo problematické kontaktování pracovníce na oddělení.

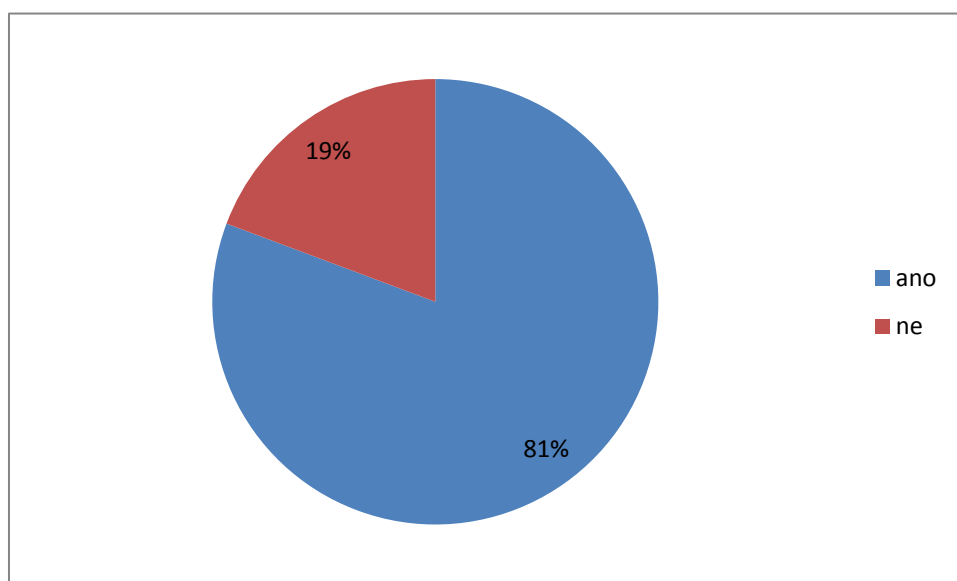


Tabulka č. 6: Informovanost o sídle pracovnice v případě potřeby.

Informovanost o sídle pracovnice v případě potřeby.	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	138	81
ne	33	19
celkem	171	100

Z celkového počtu respondentů 138 (81%) ví, kde má sociální pracovníci hledat v případě potřeby, kde má kancelář. Tuto informaci nemá 33 (19%) oslovených.

Graf č. 6: Informovanost o sídle pracovnice v případě potřeby.

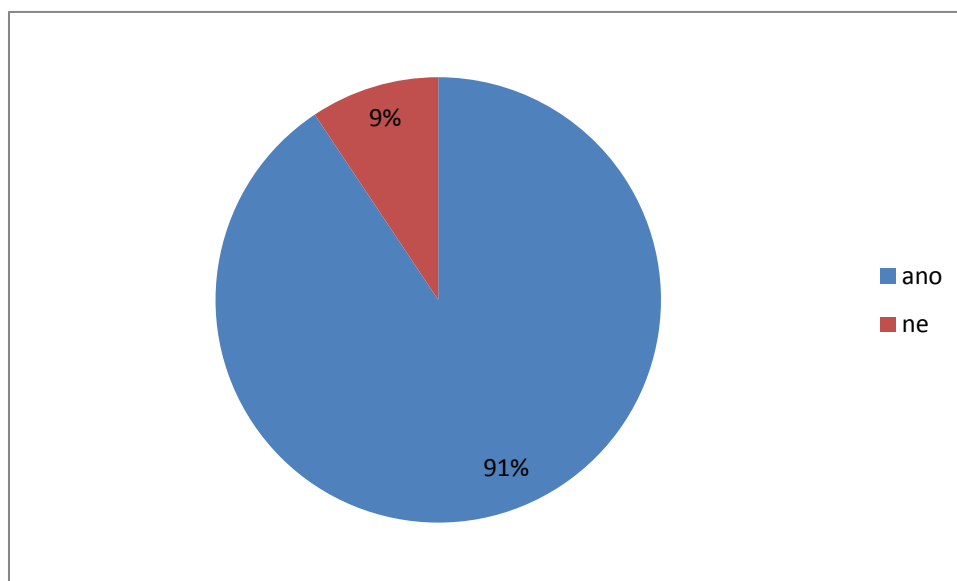


Tabulka č. 7: Řešení problému ihned po sdělení pracovníci.

Řešení problému ihned po sdělení pracovníci.	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	155	91
ne	16	9
celkem	171	100

Na otázku řešení problému ihned po sdělení pracovníci odpovědělo 155 (91%) respondentů ano, ne pouze 16 (9%).

Graf č. 7: Řešení problému ihned po sdělení pracovníci.

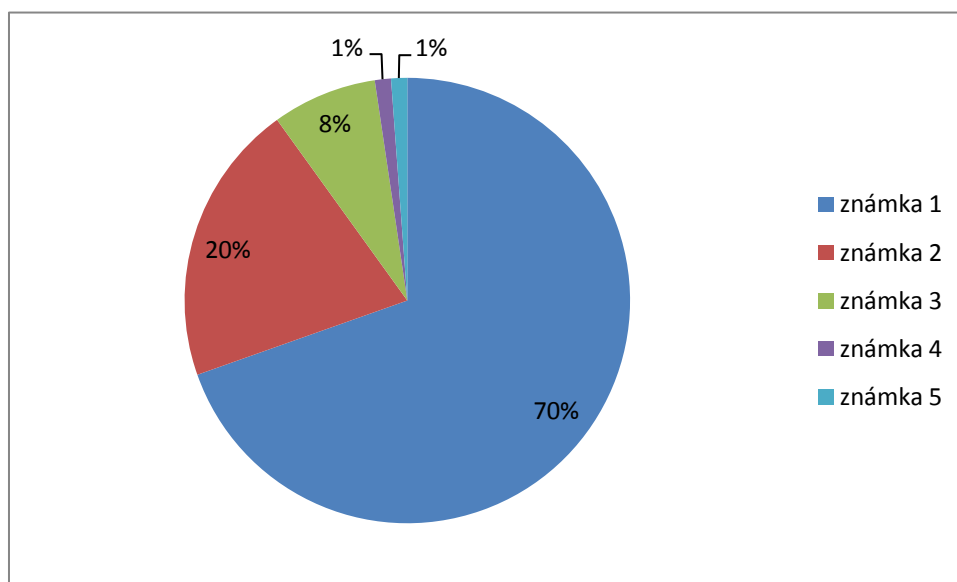


Tabulka č. 8: Ochota vyslechnout problém.

Ochota vyslechnout problém.	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
známka 1 (nejlepší)	119	70
známka 2	35	20
známka 3	13	8
známka 4	2	1
známka 5 (nejhorší)	2	1
celkem	171	100

Pracovnice byla ochotná vyslechnout problém ohodnocena známkou 1 (nejlepší) 119 (70%) respondenty, známkou 2 35 (20%), známkou 3 13 (8%), známky 4 a 5 byly hodnoceny shodně po 2 respondentech (1%).

Graf č. 8: Ochota vyslechnout problém.

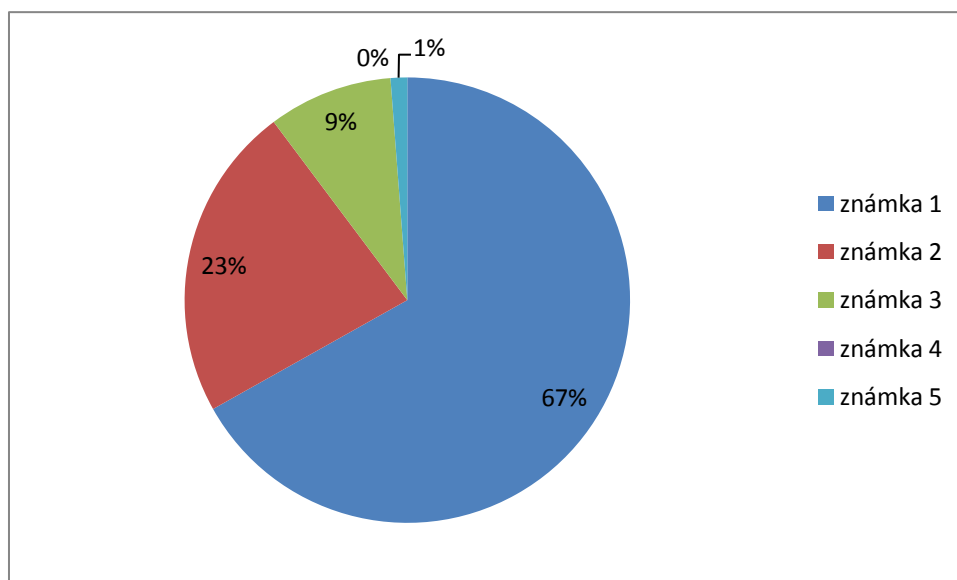


Tabulka č. 9: Srozumitelnost poskytovaných informací.

Srozumitelnost poskytovaných informací.	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
známka 1 (nejlepší)	111	67
známka 2	38	23
známka 3	15	9
známka 4	0	0
známka 5 (nejhorší)	2	1
celkem	171	100

Ze získaných výsledků vyplývá, že informace byly srozumitelně poskytnuty 111 (68%) respondentům, kteří ohodnotili známkou 1 (nejlepší). Známkou 2 hodnotilo 38 (22%), známkou 3 15 (9%), známkou 4 žádný dotazovaný, a známkou 5 (nejhorší) ohodnotili pouze 2 (1%) oslovení.

Graf č. 9: Srozumitelnost poskytovaných informací.

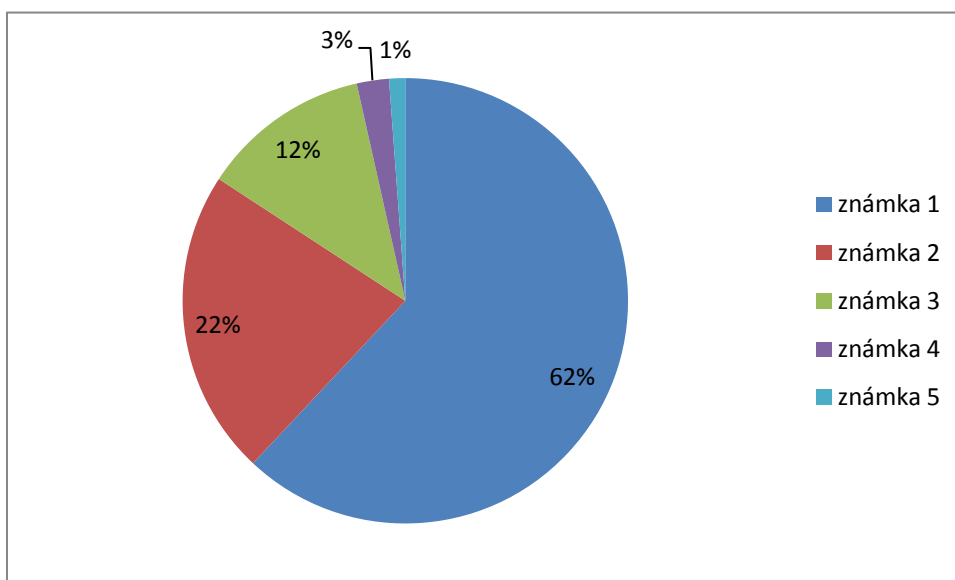


Tabulka č. 10: Úspěšnost sociální pracovnice při řešení problému.

Úspěšnost sociální pracovnice při řešení problému.	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
známka 1 (nejlepší)	106	62
známka 2	38	22
známka 3	21	12
známka 4	4	3
známka 5 (nejhorší)	2	1
celkem	171	100

Úspěšnost sociální pracovnice při řešení problému ohodnotilo známkou 1 (nejlepší) 106 (62%) respondentů, známku 2 přidělilo 38 (22%), 21 (12%) oslovených hodnotilo známkou 3, známku 4 dali 4 (2%) dotazovaní a 5 nejhorší známkou hodnotili úspěšnost jen 2 (1%) respondenti.

Graf č. 10: Úspěšnost sociální pracovnice při řešení problémů.

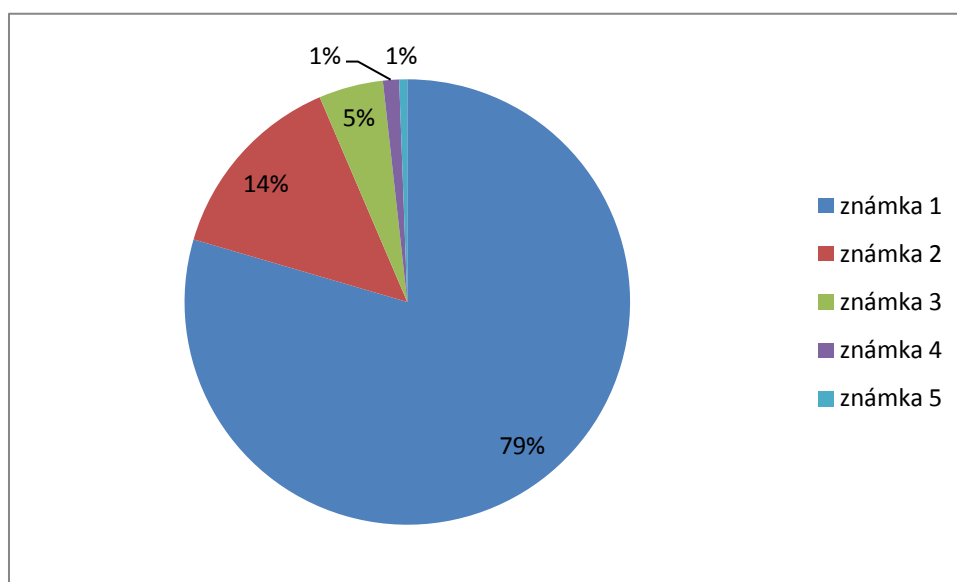


Tabulka č. 11: Vystupování a chování sociální pracovníce.

Vystupování a chování sociální pracovníce.	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
známka 1 (nejlepší)	136	79
známka 2	24	14
známka 3	8	5
známka 4	2	1
známka 5 (nejhorší)	1	1
celkem	171	100

Známkou 1 (nejlepší) hodnotilo vystupování a chování sociální pracovníce 136 (80%) respondentů, známku 2 přidělilo 24 (14%) dotázaných, 3 dalo 8 (5%), známkou 4 hodnotili 2 (1%) oslovení a známku 5 (nejhorší) dal pouze 1 (1%) respondent.

Graf č. 11: Vystupování a chování sociální pracovníce.



Tabulka č. 12: Pohlaví.

Pohlaví	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
muž	91	53
žena	80	47
celkem	171	100

Ve výzkumném souboru je mírná převaha mužů 91 (53%) nad ženami 80 (47%).

Tabulka č. 13: Chování, jednání vnímané pacienty jako negativní.

Chování, jednání vnímané jako negativní.	absolutní četnost (n) =7
nedostatek času	2
arogance	1
nesrozumitelnost	1
laxní přístup	1
rychlé jednání	2
celkem	7

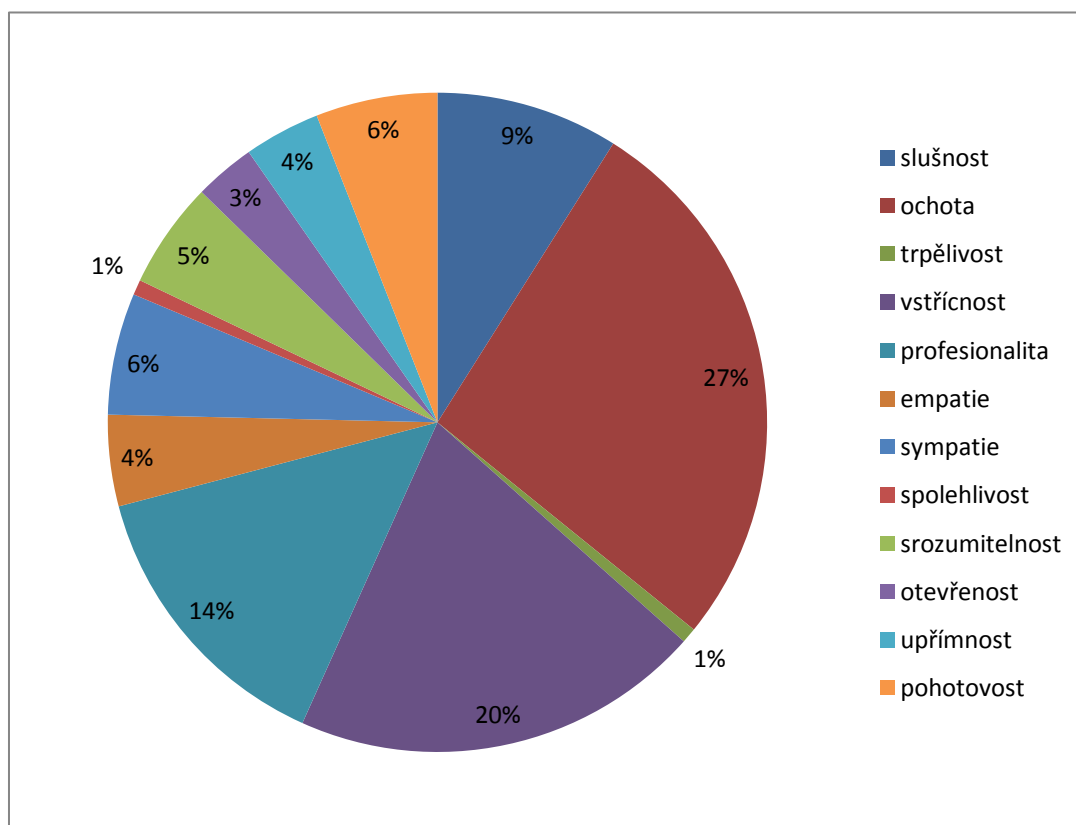
Negativní chování ze strany sociální pracovnice bylo vnímáno pouze u 7 (4,5%) respondentů, kteří vypsali to, co se jim nelíbilo, s čím nebyli spokojeni. Nedostatek času, arogance, nesrozumitelnost, laxní přístup, rychlé jednání.

Tabulka č. 14: Chování, jednání vnímané pacienty jako pozitivní.

Chování, jednání vnímané pacienty jako pozitivní.	absolutní četnost (n) =134
slušnost	12
ochota	36
trpělivost	1
vstřícnost	27
profesionalita	19
empatie	6
sympatie	8
spolehlivost	1
srozumitelnost	7
otevřenost	4
upřímnost	5
pohotovost	8
celkem	134

K pozitivní stránce chování a jednání se vyjádřilo 134 (78%) respondentů, nejčastěji byla hodnocena ochota 36 (21%), vstřícnost 27 (16%), profesionalita 19 (11%), slušnost 12 (7%), pohotovost 8 (5%). Dále viz tabulka a graf.

Graf č. 12: Chování, jednání vnímané pacienty jako pozitivní.



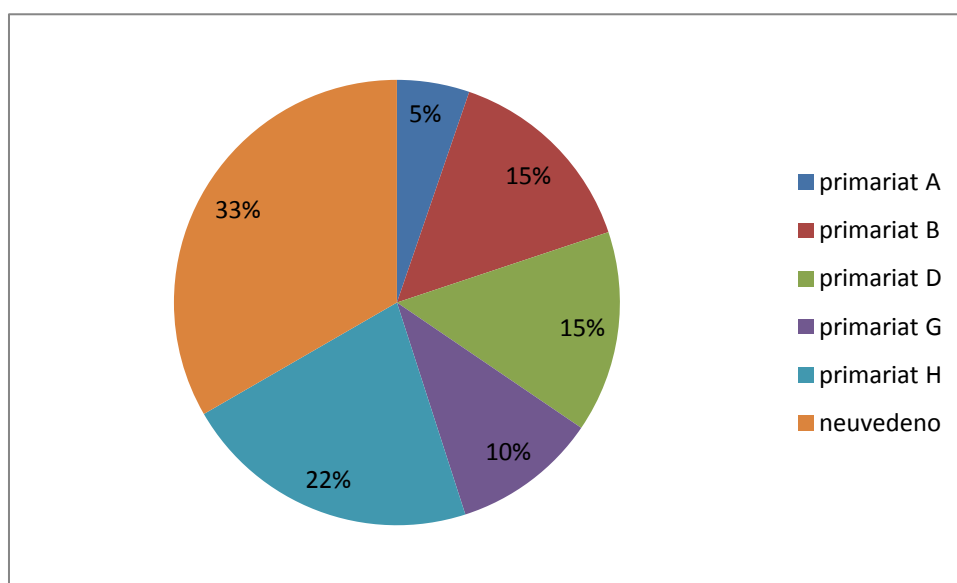
Tabulka č. 15: Primariát.

Primariát	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
A	9	5
B	25	15
D	25	15
G	18	10
H	37	22
neuveдено	57	33
celkem	171	100

Z celkového počtu respondentů nevedlo skutečnost ze kterého je primariátu 57 (33%) respondentů, z primariátu A se zúčastnilo 9 (5%) pacientů, z primariátu B 25 (15%) dotazovaných, z primariátu D 25 (15%) pacientů, primariát G je zastoupen 18 (11%) respondenty a nakonec primariát H s 37 (22%) oslovenými.

Nebyla potvrzena žádná souvislost mezi spokojeností pacientů a primariátem na kterém jsou pacienti hospitalizováni. Na žádném z primariátu nebyly zaznamenány výrazně horší výsledky než na ostatních, což je velice dobré zjištění. Dá se tedy předpokládat, že všechny pracovnice pracují stejně dobře.

Graf č. 13: Primariáty.



4.8 Hodnocení dosažených výsledků

Hlavní hypotéza zní: Předpokládám, že většina pacientů, bude s poskytovanou péčí spokojena.

Hypotéza byla potvrzena, všechny otázky ověřující hlavní hypotézu byly odpovězeny pozitivně, a poukázaly tak na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí.

První vedlejší hypotéza zní: Předpokládám, že převážná většina pacientů bude spokojena s přístupem sociálních pracovníků.

Hypotéza byla výsledky průzkumu potvrzena. Sociální pracovníci se na začátku přijímacího pohovoru představily 155 (91%) pacientům, na rozhovor mělo dostatek času 149 (87%) pacientů. Respektování soukromí při rozhovoru bylo akceptováno podle 133 (78%) respondentů. Opačný názor mělo 38 (22%) pacientů, těm se nelíbil probíhající rozhovor mezi pacienty 14 (7,5%), rozhovor probíhající v jídelně 7 (4,5%), rozhovor realizovaný na chodbě se nelíbil 8 (5%) respondentům a vedený na oddělení 8 (5%).

Druhá hypotéza zní: Menšina pacientů, bude nespokojena s dosažitelností sociálních pracovníků.

Také tato hypotéza byla výsledky průzkumu potvrzena. Jen 26 (15%) pacientů uvedlo, že bylo problematické kontaktovat sociální pracovníci na oddělení. Pokud by s ní chtěli pacienti mluvit mimo stanovenou dobu na oddělení, nevědělo 33 (19%) kde jí má hledat, kde má kancelář.

Třetí hypotéza zní: Většina pacientů, bude hodnotit spolupráci se sociální pracovníci jako úspěšnou.

Tvrzení této hypotézy se potvrdilo. Problém byl řešen ihned po sdělení pracovníci u 155 (91%) pacientů. 119 (70%) pacientů ohodnotilo ochotu vyslechnout problém známkou 1 (nejlepší), také známku 2 přidělilo 35 (20%) pacientů. Známky 3, 4, 5 vybralo pouze 7 (10%) dotazovaných. S těchto výsledků vyplývá, že pacienti jsou s ochotou sociálních pracovníků vyslechnout problém spokojeni. Srozumitelnost poskytovaných informací ohodnotilo známkou 1 (nejlepší) 111 (68%) pacientů a známkou 2 38 (22%) pacientů. Horší známky přidělilo pouze 17 (10%) respondentů. 106 (62%) pacientů hodnotilo známkou 1 (nejlepší) úspěšnost řešení jejich

problémů sociální pracovníci. Znamku 2 se rozhodlo dát 38 (22%) pacientů, známku 3 dalo 21 (12%) pacientů, u těch by se dalo jejich hodnocení posoudit jako nerozhodnost mezi úspěšným a neúspěšným řešením problému. Jen 6 (3%) dotazovaných nebylo spokojeno a hodnotilo známkami 4 a 5. Ze všech uvedených výsledků vyplývá, že pacienti hodnotí spolupráci jako úspěšnou.

Čtvrtá hypotéza zní: S chováním a vystupováním sociálních pracovníků bude spokojena většina pacientů.

I tato hypotéza byla průzkumem potvrzena. Vystupování a chování sociální pracovníce hodnotilo známkou 1 (nejlepší) 136 (80%) pacientů, známkou 2 hodnotilo 24 (14%) a známkou 3 8 (5%) respondentů. Znamky 4 a 5 přiděli pouze 3 (2%) pacienti. Z odpovědi na otevřené otázky vyplývá, že pacienti se více vyjadřovali k tomu, co se jim na chování a vystupování líbilo, s čím byli spokojeni 134 (78%). Nejvíce se jim líbila ochota, vstřícnost, profesionalita, slušnost a dále sympatie, srozumitelnost, pohotovost, empatie, upřímost, otevřenost, spolehlivost, trpělivost. Svou nespokojenost vyjádřilo pouze 7 (4%) pacientů, kteří se vyjádřili k negativnímu chování a jednání. Uvedli, že se jim nelíbil nedostatek času, arogance, laxní přístup, rychlé jednání a nesrozumitelnost.

Znění páté hypotézy: Celkově budou spokojeni více muži než ženy.

Také tato hypotéza byla průzkumem potvrzena. Sociální pracovníce se nepředstavila 16 (9%) pacientům, z toho 9 ženám a 7 mužům. Na rozhovor nemělo dostatek času z celkového počtu 22 (13%) respondentů, a to 13 žen a 9 mužů. S respektováním soukromí nebylo spokojeno 38 (22%) dotazovaných, 24 žen (8 s rozhovorem mezi pacienty, 7 v jídelně, 5 na oddělení a 4 na chodbě) a 14 mužů (6 s rozhovorem mezi pacienty, 4 na chodbě, 6 mezi pacienty, 1 v jídelně). Pro 26 (15%) pacientů bylo problematické kontaktovat sociální pracovníce na oddělení, a to pro 17 žen a 9 mužů. To, kde mají hledat pracovníce v případě potřeby neví 33 (19%) pacientů, 21 žen a 12 mužů. Problém nebyl řešen ihned po jeho sdělení se 16 (9%) pacienty, a to s 9 ženami a 7 muži. Z uvedených výsledků vyplývá, že muži jsou spokojenější více než ženy.

U škálových otázek byl proveden aritmetický průměr odpovědí žen a mužů. Výsledky ohledně ochoty vyslechnout problém - ženy 1,48 a muži 1,39. Srozumitelnost poskytovaných informací - ženy 1,51 a muži 1,38. Úspěšnost

pracovnice při řešení problému ženy 1,6 muži 1,57. Spokojenost s vystupováním a chováním ženy 1,36 a muži 1,23. Rozdíly v hodnotách mužů a žen nejsou příliš markantní, přesto jde vidět, že muži známkovali nižšími známkami než ženy, tedy byli více spokojeni.

4.9 Diskuse

Cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu poskytovaných sociálních služeb v Psychiatrické léčebně Opava z pohledu jejich uživatelů. Dílčím cílem bylo definování problémů a navrnutí postupu vedoucího ke zkvalitnění poskytovaných služeb.

Chtěla bych zmínit výsledky dotazníkového šetření, týkajícího se spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí všeobecně, v Psychiatrické léčebně Opava za rok 2011. Jedna z otázek je zaměřena na spokojenost s chováním, jednáním a vystupováním sociální pracovníce. Zcela spokojeno bylo 88,8 % pacientů, částečně 8,2%, vůbec není spokojeno 1, 2 % oslovených a na otázku neodpovědělo 1,8% pacientů. Tyto výsledky jsou obdobné tomu, co bylo zjištěno v mém průzkumu, většina pacientů je spokojená.

Při přijímacím pohovoru se sociální pracovníce představila 155 (91%) pacientům. Tento výsledek shledávám jako velice dobrý, pracovníce mohla vzhledem k situaci na oddělení na představení zapomenou, či u pacientů při opakovaných hospitalizacích toto brát jako samozřejmost.

Představení se pacientům bylo zmapováno prací M. Stratilová " Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů v akreditované nemocnici", kdy bylo zjištěno, že ošetřující lékař na chirurgickém pracovišti se představí 89,3% pacientům a na interním pracovišti 96% pacientům. Je patrné, že i přesto, že se nejedná o stejnou pracovní kategorii, ale v obou případech jde o pomáhající profesi ve zdravotnickém zařízení, bylo v této otázce dosaženo stejných výsledků.⁴¹

Na otázku, zda měli pacienti na rozhovor dostatek času odpovědělo 149 (87%) pacientů ano. V opačném případě se mohlo jednat ze strany sociální pracovníce o situační faktory např. rozhovor před odchodem domů či na jiné oddělení. Někteří

⁴¹ Stratilová, M. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů v akreditované nemocnici, 2011, str. 37.

pacienti si také chtějí "jen" povídat, což v některých případech není možné např. při zástupu.

Soukromí je respektováno při rozhovoru se sociální pracovníci podle 133 (78%) pacientů. Ostatní pacienti se domnívají, že jejich soukromí nebylo respektováno rozhovorem, který probíhal mezi pacienty 14 (7,5%), v jídelně 7 (4,5%), na chodbě 9 (5 %), na oddělení 8 (5%). Vždy záleží na každé pracovníci, kde je rozhovor veden, ale také možnostech přijímacích oddělení, na kterých je pohovor prováděn, protože jsou prostorově omezené. Některé pacienty není také vzhledem k jejich zdravotnímu stavu možno odvádět mimo pokoj, či oddělení. Proto je v některých případech velice těžké respektování soukromí, této skutečnosti jsou si pracovníci velice dobře vědomy.

Opět uvádím porovnání s otázkou M. Stratilové v její bakalářské práci "Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů v akreditované nemocnici" kdy respondenti hodnotili soukromí při rozhovoru s lékařem. Na chirurgického oddělení hodnotilo rozhovor v soukromí pouze 42, 7% pacientů a na interním oddělení 37,7% pacientů⁴².

Toto srovnání vychází jednoznačně pozitivně pro práci sociálních sester v Psychiatrické léčebně Opava.

Problematické kontaktovat sociální pracovníci na oddělení bylo pro 26 (15%) pacientů. Zde se s největší pravděpodobností jednalo podle mého názoru o pacienty, na jejichž oddělení nemá pracovníce kancelář, a jen zde dochází ve stanovenou dobu. V případě, že je kancelář pracovníce na jiném pavilonu, může být pro některé pacienty problematické ji najít. Zvláště pro ty, kteří jsou v Psychiatrické léčebně hospitalizováni poprvé, je problém se v rozsáhlém areálu orientovat.

33 (19%) pacientů neví, kde má sociální pracovníci hledat v případě potřeby. Jedním z důvodů, který jsem již uvedla může být neznalost areálu léčebny. I přes to, že je pacientům na společných vycházkách toto oddělení ukázáno. Někteří pacienti mohou mít také strach či obavy jít na jiné oddělení, a proto se nezajímají o tuto skutečnost. Jiní se mohou spoléhat na to, že jednou denně na oddělení pracovníci

⁴² Stratilová, M. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů v akreditované nemocnici, 2011, str.46.

dochází a svůj požadavek s ní proberou v tuto dobu. Pokud je řešen s pacientem vážnější problém, měla by jej pracovnice informovat o tom, kde jí pacient najde v případě potřeby.

Na otázku, zda byl problém řešen ihned po sdělení pracovníci, odpovědělo 155 (91%) pacientů ano. Tento výsledek vidím jako velice dobrý, je vidět, že pracovnice jsou pacientům nápomocny s jejich problémy hned na oddělení. Rozebírají s nim možnosti řešení, a výsledek je sdělen hned, jak je to možné. Ti, podle kterých nebyl problém řešen ihned, mohli tento dojem nabýt ze skutečnosti, kdy řešení jejich problému trvalo delší dobu, protože byl komplikovanější a oni neměli včas zpětnou vazbu. Nebo nebyl problém řešen podle jejich představ, případně nebylo řešení možné vůbec a pacientovi nebyla tato situace dostatečně vysvětlena.

Ochota vyslechnout problém byla ohodnocena nejlepší známkou 119 (70%) pacienty, známkou 2 ohodnotilo 35 (20%) pacientů. Dosažený výsledek považují za dobrý, většina pacientů je s ochotou vyslechnout problém u pacientů spokojena. Známkou 3 byla dána 13 (8%) pacienty, známkami 4 a 5 hodnotili pouze 4 (2%) pacienti.

V případě nespokojených pacientů se může jednat o ty, kteří žádají o rozhovor např. během vizit či pohovoru s jiným pacientem. Jsou odkázáni na pozdější dobu a tuto skutečnost mohou vnímat jako neochotu pracovnice.

Srozumitelnost poskytovaných informací hodnotilo známkou 1 nejlepší 111 (68%) pacientů, známkou 2 38 (22%), známkou 3 přidělilo 15 (9%) pacientů. Známkou 4 nevyužil žádný a známky 5 pouze 2 (1%) pacienti. Znamená to, že většina pacientů je spokojena se srozumitelností poskytovaných informací sociální pracovníci. Většina pacientů je spokojena, ti kteří jsou spokojeni méně (hodnotí známkou 3,4) mohli hůře pochopit sociální pracovníci při vysvětlování některých složitějších informací.

Úspěšnost sociální pracovnice při řešení problému bylo hodnoceno známkou 1 pouze u 106 (62%) pacientů. Známkou 2 a 3 přidělilo celkem 59 (34%) pacientů a nejhorší dvě známky jen 6 (3%) pacientů. I když většina pacientů hodnotí řešení problému sociální pracovníci jako úspěšné. Někteří pacienti však vzhledem k přiděleným

známkám 2 a 3 byli spokojeni méně. Tento výsledek by mohl být přisuzován skutečnosti, že nedošlo k úplnému vyřešení jejich problému, ale jen k "odstranění" nejakutnějšího problému. Některým se také nemusí líbit, že jsou do řešení problému zaangażováni, a není vyřízeno vše za ně, jak by si to přáli.

V práci E. Štefkové "Spokojenost s poskytovanou sociální službou na sociálním úseku Domova důchodců Červenka z pohledu samotných uživatelů", na otázku jak jsou uživatelé spokojeni s pomocí sociální pracovníce při vyřizování osobních záležitostí bylo 86% klientů maximálně spokojeno a 14% spíše spokojeno⁴³. Výsledky jsou srovnatelné u obou zařízení, i když Domov důchodců je poskytovatelem sociálních služeb.

Vystupování a chování sociální pracovníce hodnotilo známkou 1 136 (80%) pacientů, známkou 2 přidělilo 24 (14%) a známkou 3 pak 8 (5%) pacientů. Známkou 4 a 5 hodnotili pouze 3 (2%) pacienti. Tyto výsledky svědčí o velice dobrém hodnocení pracovníků v jejich vystupování a chování k pacientům. Zvláště pacienti s nějakou duševní poruchou jsou na projevy chování ke své osobě velice citliví.

Výsledek lze porovnat s otázkou M. Stratilové v její práci "Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů v akreditované nemocnici" kdy chování a přístup sester na chirurgickém oddělení hodnotilo známkou 1 88% pacientů, známkou 2 12%, ostatní možnosti nikdo neuvedl. Na interním oddělení hodnotilo známkou 1 94,7% , známkou 2 4% a známkou 3 pouze 1,3 % pacientů, ostatní možnosti také nebyly zaznamenány.⁴⁴

K otázce chování, jednání vnímaném pacienty jako negativní se nevyjádřilo mnoho pacientů. Tuto skutečnost považují za velice příznivou. Většina pacientů se vyjadřovala k pozitivnímu chování a jednání sociálních pracovníků. Viz graf č. 12 na straně 45.

Poslední otázka dotazníku nebyla povinná. 33% pacientů neuvedlo, na které stanici jsou hospitalizováni. K tomuto kroku je mohly vést obavy, pokud by uvedli svůj kritický názor, že bude následovat nějaká sankce. Po zpracování výsledku bylo

⁴³ Štefková, E. Spokojenost s poskytovanou sociální službou na sociálním úseku domova Důchodců Červenka s pohledu samotných uživatelů, 2011, str. 52.

⁴⁴ Stratilová, M. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů v akreditované nemocnici, 2011, str.54.

zjištěno, že výsledky primariátů se liší pouze minimálně, nebyly zaznamenány žádné velké rozdíly. To stejné platí o skupině pacientů, kteří neuvodili, ze kterého jsou oddělení, zde bylo pouze na otázku týkající se respektování soukromí při pohovoru zaznamenáno více negativních odpovědí.

4.10 Doporučení pro praxi

- Za největší problém považují nedostatek soukromí při přijímacím pohovoru. Navrhovala bych, aby pracovníci v případech, kdy je to možné, umožnili soukromí a intimitu při rozhovoru.
- K zvýšení srozumitelnosti podávaných informací pacientům, se pokusit zavést edukační skupiny pro schopné pacienty, kde by byli seznamováni s požadovanou problematikou.
- Vzhledem k tomu, že 15% pacientů uvedlo, že je problematické kontaktovat pracovníci na oddělení a 19% pacientů nevědělo, kde má kancelář, je nezbytné, aby každá sociální pracovníce při prvním kontaktu s pacientem všechny tyto informace uvedla, vysvětlila, případně si ověřila, zda jsou informace dobře pochopeny.
- K celkovému zkvalitnění a zefektivnění práce by pomohlo zavedení supervize v sociální práci v Psychiatrické léčebně Opava, která doposud chybí.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala "Sociální práci v Psychiatrické léčebně Opava". Cílem práce bylo zhodnotit kvalitu poskytovaných sociálních služeb v Psychiatrické léčebně Opava z pohledu jejich uživatelů.

Cíl práce byl splněn. Pomocí dotazníkového šetření byla zjišťována spokojenost pacientů s poskytovanou sociální práci. Průzkumu se zúčastnilo celkem 171 aktuálně hospitalizovaných pacientů, jednalo se o 23% vzorek. Hypotéza: Předpokládám, že většina pacientů, bude s poskytovanou péčí spokojena, byla potvrzena. Všechny otázky ověřující hypotézu byly odpovězeny pozitivně, a poukázaly tak na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí.

Nebyly zjištěny žádné závažné nedostatky v poskytované sociální práci. Výsledky byly okomentovány a pro přehlednost doplněny tabulkami a grafy. Je také doplněno konkrétní doporučení pro praxi tak, aby mohlo dojít ke zkvalitnění poskytované sociální práce.

V poslední době je právem kvalitě poskytované péče věnována značná pozornost také ze strany managementu léčebny. Výsledky práce budou managementu poskytnuty, aby přispěly k úspěšnému akreditačnímu šetření, které je plánováno na konec roku 2012.

Práce bude zpřístupněna studentům, vykonávajícím praktickou výuku na sociálním úseku léčebny, k vytvoření náhledu o dané problematice.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-311-2.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. Diagnostika a terapie duševních poruch. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

GABURA, J. Sociálne poradenstvo. 1. vyd. Bratislava: Občianske združenie Socialna praca, 2005. ISBN 80-89185-10-X.

GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. Poradenský proces. 1. vyd. Praha: Slon, 1995. ISBN 80-85850-10-9.

GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. Kvalita zdravotní péče a metody jejích soustavného zlepšování. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-272-8.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MATOUŠEK, O. a kol. Sociální práce v praxi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. a kol. Základy sociální práce. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.

NOVOTNÁ, V., SCHIMMERLINGOVÁ V. Sociální práce, její vývoj a metodické postupy. 1. vyd. Praha: UK, 1992. ISBN 80-7066-483-5.

RADOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. Psychiatrie - minimum pro praxi. 4.vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

ŘEZNÍČEK, I. Metody sociální práce. 1. vyd. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-00-1.

ŠKRLOVI, P. a M. Kreativní ošetrovatelský management. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

Diplomové bakalářské práce

STRATILOVÁ, M. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů v akreditované nemocnici, 2011, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta Zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství.

ŠTEFKOVÁ, E. Spokojenost s poskytovanou sociální službou na sociálním úseku domova Důchodců Červenka s pohledu samotných uživatelů, 2011, Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra sociologie a andragogiky.

Internetové zdroje

www.plopava.cz

Příloha č. 1 DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Beinhauerová a pracuji jako sociální pracovnice primariátu G. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky budou sloužit pro závěry mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní.

Vaši odpověď prosím zakroužkujte, známkuje jako ve škole, 1 nejlepší 5 nejhorší.

Děkuji.

1. Představila se Vám při přijímacím pohovoru sociální pracovnice?

ANO

NE

2. Měli jste na rozhovor dostatek času?

ANO

NE

3. Bylo při rozhovoru se sociální pracovnicí respektováno Vaše soukromí?

ANO

NE

4. Pokud NE, tak v čem.

.....

5. Pokud jste s ní potřebovali mluvit, bylo problematické ji na oddělení kontaktovat?

ANO

NE

6. Víte kde ji máte hledat v případě potřeby, kde má kancelář?

ANO

NE

7. Byl Váš problém řešen ihned po sdělení pracovnici?

ANO

NE

8. Jak byla ochotná vyslechnout Váš problém?

1

2

3

4

5

9. Jak hodnotíte srozumitelnost poskytnutých informací?

1

2

3

4

5

10. Na kolik byla podle Vás sociální pracovnice úspěšná při řešení Vašeho problému?

1

2

3

4

5

11. Ohodnot'te její vystupování a chování k Vám.

1

2

3

4

5

12. Co se Vám na je jim chování, jednání nelíbilo, s čím jste byl/a nespokojen/a?

.....

13. Co se Vám na je jim chování, jednání líbilo, s čím jste byl/a spokojen/a?

.....

14. Jste

muž

žena

15. Pokud chcete, uveďte stanici na které jste

hospitalizován/a.....

Anotace

Příjmení a jméno autora: Beinhauerová Lucie

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie a andragogiky, Filozofická fakulta

Název diplomové práce: Sociální práce v Psychiatrické léčebně Opava

Počet znaků: 73 000

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 14

Klíčová slova: psychiatrická léčebna, sociální práce, duševně nemocný, pacient, kvalita, průzkum.

Bakalářská práce popisuje Sociální práci v Psychiatrické léčebně Opava. První kapitoly se věnují samotné sociální práci a práci s duševně nemocným, typům klientů, duševnímu zdraví a dělení duševních poruch a také kvalitě. Po stručném seznámení se strukturou léčebny je popsána vlastní práce sociálních pracovníků v léčebně. Hlavním cílem bakalářské práce je zhodnotit kvalitu poskytovaných sociálních služeb v Psychiatrické léčebně Opava z pohledu jejich uživatelů. Kvalita byla zhodnocena pomocí dotazníkového průzkumu a získané výsledky spokojenosti poslouží ke zkvalitnění poskytované sociální práce.

Abstract

Bachelor thesis describes the work in the Social Psychiatric Hospital. The first chapters deal with the actual social work and work with the mentally ill, typology of clients, general mental health and mental disorders division, as well as quality of the care. After a brief introduction to the structure of the hospital is described the work of social workers in hospital. The main aim of this thesis is to evaluate the quality of social services in the Psychiatric Hospital in terms of their users. Quality was assessed using a questionnaire survey and the results obtained will serve to improve the care provided by social work.

Keywords

psychiatric hospital, social work, mentally ill, the patient, the quality, questionnaire survey