



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Sociální rehabilitace u osob s duševní poruchou v psychiatrické nemocnici

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Martina Veselá

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Sociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici u osob s duševní poruchou“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2017

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Lence Motlové za odborné vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji informantům a informantkám vybrané organizace za jejich účast ve výzkumu. A také bych touto cestou chtěla poděkovat mému zaměstnavateli a mým kolegyním za ochotu, vstřícnost a pomoc v průběhu mého výzkumu.

Sociální rehabilitace u osob s duševní poruchou v psychiatrické nemocnici

Abstrakt

Téma bakalářské práce je zaměřeno na sociální rehabilitaci v psychiatrické nemocnici u osob s duševní poruchou. Hlavním cílem práce je zjistit jakým způsobem je poskytována sociální rehabilitace u osob s duševní poruchou. Dílčím cílem je zmapovat limity a možnosti poskytování sociální rehabilitace v kontextu komplexní péče v psychiatrické nemocnici. Výzkum je realizován v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Realizace výzkumu začala v červnu 2016 a byl ukončen v červnu 2017.

Teoretickou část jsem zaměřila na popis teoretických informací o vývoji, průběhu metodách a formách poskytování Sociální rehabilitace. V praktické jsem se zabývala průběhem sociální rehabilitace v praxi. Do výzkumu jsem vybrala 5 žen a 5 mužů ve věku od 30 – 60 let s různým psychotickým onemocněním. Pacienty jsem vybírala účelovým kvótním výběrem. Pro praktickou část jsem zvolila kvalitativní výzkum. Při výzkumu jsem využila přístupu případové studie, který využívá anamnestického rozhovoru, pozorování, dotazování, individuální rozhovoru, obsahovou analýzu.

Výsledky svého výzkumu jsem zpracovala v 10 kazuistikách, ve kterých jsem sestavila anamnézy, individuální plány, tabulky sociálních dovedností. Po té bylo u pacientů provedeno závěrečné zhodnocení individuálního plánu, sociálních dovedností a kognitivní test. Dále jsem při realizaci výzkumu vytvořila diagramy, které znázorňují průběh Sociální rehabilitace a postup práce s pacientem. Poté jsem sestavila návrh Sociální rehabilitace po propuštění pacienta. Ke zjištění dílčího cíle jsem vytvořila SWOT analýzu Sociální rehabilitace.

Výzkumem bylo zjištěno, že sociální rehabilitace v PNB probíhá komplexním způsobem na základě spolupráce všech zdravotnických odborníků a pacienti jsou začleněni do mnoha terapeutických aktivit, které jsou vzájemně provázané. Dále z výzkumu vyplývá, že možnostmi Sociální rehabilitace je velká nabídka komplexních terapeutických aktivit, jednotnost, soudružnost zdravotnických pracovníků ve vztahu k pacientovi, snaha PNB zkvalitnit psychiatrickou péči. Limity sociální rehabilitace jsou dány: nespolupracujícím pacientem, nevyrovnanými zdravotnickými pracovníky, nesourodostí informací které jsou pacientovi předávány, málo finančních prostředků na aktivity sociální rehabilitace v psychiatrii. Výsledky výzkumu lze využít, k dalšímu zkvalitňování a rozšiřování aktivit sociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici.

Klíčová slova

schizofrenie; duševní porucha; sociální dovednosti, sociální rehabilitace; psychiatrická nemocnice; zdravotně-sociální péče; komunitní péče;

Social Rehabilitation of Persons with Mental Disorders in Psychiatric Hospital

Abstract

The topic of bachelor thesis is focused on social rehabilitation in psychiatric hospital for patients with mental disorder. The main goal of the thesis is to find out how social rehabilitation is provided on psychiatric patients. The partial goal is to analyze social rehabilitation limits and options in context of complex care. Research is carried out in Psychiatric Hospital Bohnice and its implementation started in June 2016 and was finished in June 2017.

The theoretical part is focused on description of theoretical information about development, course of methods and about forms of social rehabilitation. The practical part consists of process of social rehabilitation in practice. Five women and five men were selected for research, age 30 – 60 years with different psychotic disorder. The respondents were selected by a purposeful quota selection and qualitative research was selected for practical part. I used case study approach which uses the anamnesis interview, observation, questioning, individual interview and content analysis.

The results of the research were processed in ten case studies which contain anamnesis, individual plans and charts of social skills. Then, the individual plans and social skills were final evaluated and patients were evaluated by cognitive assessment. I made diagrams which show the process of social rehabilitation and interventions with patients. I also design a proposal of social rehabilitation after discharge. There is also SWOT analysis to determine the partial goal of the thesis.

Research has shown that social rehabilitation in Psychiatric Hospital Bohnice takes place in a comprehensive way based on cooperation of multidisciplinary team and patients are integrated into many therapeutic activities, which are linked. The research also has shown that possibilities of social rehabilitation are great offer of complex therapeutic activities, uniformity, and cohesion of health workers in relation to patients and effort of PNB to make psychiatric care better. Limits of social rehabilitation are: non-cooperating patients, unbalanced medical staff, disparity of information, little financial resources to activities of social rehabilitation in psychiatry.

The results of the research can be used for another improvement and expanding of activities of social rehabilitation in psychiatric hospital.

Keywords

schizophrenia, mental disorder, social skills, social rehabilitation, psychiatric hospital, health and social care, community care;

OBSAH

Úvod.....	10
1. Teoretická část.....	12
1.1 Sociální rehabilitace.....	12
1.1.1. Vývoj psychosociální rehabilitace	14
1.2 Organizace psychiatrické péče v ČR.....	15
1.3. Psychiatrická péče v ČR.....	18
1.3.1 Lůžková péče.....	18
1.3.2 Komunitní péče.....	19
1.3.3 Změny systému psychiatrické péče.....	20
1.4 Duševní zdraví a duševní porucha.....	21
1.5 Klasifikace duševních onemocnění.....	22
1.5.1 Vybraná duševní onemocnění.....	22
1.6 Sociální rehabilitace v psychiatrii	28
1.6.1 Psychosociální rehabilitace z praxe.....	29
1.6.2 Sociálněrehabilitační programy.....	31
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	35
2.1 Cíl práce.....	35
2.2 Výzkumné otázky.....	35
3. Metodika.....	35
3.1 Metody a techniky sběru dat.....	35
3.2 Výzkumný soubor.....	38
4. Realizace výzkumu.....	38
4.1 Harmonagramy aktivit oddělení 30.....	39
4.2 Struktura léčby v Psychiatrické nemocnici Bohnice.....	44
4.3 Průběh výzkumu.....	47
5. Výsledky.....	49
5.1 Kazuistiky	49
5.2 Návrh sociální rehabilitace.....	119
5.3 Shrnutí výsledků	124
6. Diskuze.....	126
6.1 Diskuze k hlavnímu cíli.....	127

6.2 Diskuze k výzkumným otázkám.....	128
7. Závěr	132
8. Seznam použité literatury.....	136
9. Přílohy.....	141
10. Seznam zkratek.....	150

ÚVOD

Pro člověka je první a nejdůležitější sociální skupinou rodina. V rodině začíná socializační proces dítěte. Dítě se v rodině učí všem sociálním návykům, pravidlům chování, přejímají vzorce chování od rodičů. Rodiče jsou povinni svému dítěti zajistit základní bio-psycho-sociální potřeby, do kterých patří: fyziologické potřeby, potřeba bezpečí jistoty, potřeba sounáležitosti, lásky, potřeba uznání, potřeba seberealizace. Většina lidí s duševní poruchou, neměli hezké dětství a prodělali mnoho traumat, měli špatné výchovné vzory a proces socializace, který v dětství proběhl nesprávným způsobem a základní lidské potřeby nebyly uspokojeny a naplněny. Tudíž lidé s duševní poruchou, nedokáží správně fungovat, mají nízkou odolnost vůči stresu a snížený frustrační práh a selhávají v sociálních dovednostech. V léčbě osob s duševním onemocněním je nutné, aby proces socializace, který v dětství proběhl nesprávným způsobem, proběhl znovu v rámci sociální rehabilitace.

Tématem mé bakalářské je sociální rehabilitace u osob s duševní poruchou v psychiatrické nemocnici. Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že 15 let pracuji s lidmi s duševní poruchou. Sociální rehabilitace je zaměřena na posilování osobních kompetencí, schopností a dovedností člověka, aby mohl využívat běžné společenské zdroje a fungovat v přirozeném prostředí, zejména v oblasti zaměstnání a v návaznosti pak i ve všech dalších oblastech kulturního a společenského života. Komplexní sociální rehabilitaci provádíme metodou podporovaného zaměstnávání, nácviku a podpory soběstačnosti. Jedná se o soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to na základě rozvoje jejich specifických schopností a dovedností, posilováním správných návyků a nácvikem výkonu běžných denních činností, sociálních a praktických dovedností nezbytných pro samostatný život s využitím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace je nedílnou součástí koordinované rehabilitace, která zahrnuje vzájemně provázaný proces léčebné, pracovní, sociální pedagogické a psychologické rehabilitace. Jehož hlavním cílem je minimalizovat důsledky postižení jedince. Základním faktorem úspěšné rehabilitace je plynulé, včasné a koordinované úsilí o co nejrychlejší a nejširší zapojení osob se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života.

V mé práci popisuji průběh sociální rehabilitace u osob s psychotickým onemocněním. Výzkum realizuji na Koedukovaném oddělení následné péče pro nemocné do 65 let – oddělení 30, na kterém probíhá sociální rehabilitace. Zaměřuji se na osoby s psychotickou poruchou ve věku od 30 do 60 let.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit jak probíhá sociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici u osob s duševní poruchou. Dílčím cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké jsou možnosti a limity sociální rehabilitace u pacientů a pacientek s duševní poruchou v kontextu komplexní péče v psychiatrické nemocnici.

V praktické části mé práce využiji kvalitativního výzkumu a přístupu případové studie, ve které popisuji 10 kazuistik zaměřených na osoby s různým psychotickým onemocněním. Dále se zaměřuji na komplexní průběh a limity a možnosti sociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici, které jsem zpracovala v kazuistikách, ve kterých jsem využila tabulek, diagramů a SWOT analýzy a naplnila cíle mé práce.

1. Teoretická část

1.1 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je součástí koordinované rehabilitace a je provázaná s dalšími složkami koordinované rehabilitace. Zaměřuje se na podporu fungování člověka s postižením v běžných životních situacích (Jankovský, 2006).

Dle zákona 108/2006 o sociálních službách §70 je sociální rehabilitace definována 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.

Formy poskytování Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je poskytována formou:

- a) terénních služeb
- b) ambulantních služeb
- c) pobytových služeb poskytovaných center sociálně rehabilitačních služeb, psychiatrických nemocnic

1) Sociální rehabilitace poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:

- a) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a další činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2) Sociální rehabilitace poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb, psychiatrických nemocnicích, obsahuje vedle základních činností, obsažených v bodě 1 tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- c) poskytnutí ubytování,

Ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., § 35 Sociální rehabilitace jsou uvedeny tyto základní činnosti:

Základní činnosti při poskytování sociální rehabilitace:

- 1) nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování:
 - a) nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů,
 - b) nácvik péče o domácnost, například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování,
 - c) nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti,
 - d) nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostoru,
 - e) nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, například vlastnoručního podpisu,
- 2) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
 - a) doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět,
 - b) nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky,
 - c) nácvik chování v různých společenských situacích,
 - d) nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi,
- 3) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:
 - a) upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
- 4) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
 - a) podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek,
 - b) informační servis a zprostředkovávání služeb,
- 5) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:
 - a) ubytování,
 - b) úklid,
 - c) praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,
- 6) poskytnutí stravy, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:
 - a) zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietní stravy, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,
 - b) pomoc při podávání jídla a pití,
- 7) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:

- c) pomoc při úkonech osobní hygieny,
- d) pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
- e) pomoc při použití WC.

Cílová skupina

Cílová skupina osob, kterým je určena služba sociální rehabilitace (§ 70), není zákonem jednoznačně definována. Z charakteru základních činností služby však lze vyvodit, že cílovou skupinu lidí představují zejména osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení (MPSV,2012).

1.1.1 Vývoj sociální rehabilitace

Rehabilitací v oblasti sociálních a pracovních funkcí se zabývá disciplína, která se nazývá psychiatrická rehabilitace popř. psychosociální rehabilitace (Kolář et al., 2012). Rozvoj moderní psychiatrické rehabilitace byl zaznamenán po druhé světové válce (Matoušek, 2010). V té době byly v USA a Velké Británii zavedeny poválečné státní programy pracovní rehabilitace zaměřené vedle tělesně handicapovaných rozšířeny i na duševně nemocné (Kolář et al., 2012).

Dalším mezníkem rozvoje psychiatrické rehabilitace byl objev psychofarmak v padesátých letech 20. století. Dále k rozvoji rehabilitace v psychiatrii přispělo v šedesátých letech boj za lidská práva a hnutí deinstitucionalizace (Matoušek, 2010).

Psychiatrická rehabilitace v ČR se zprvu nevyvíjela dle světového trendu. Do roku 1989 byla rehabilitace v psychiatrii vázána na nemocniční prostředí, v psychiatrických léčebnách/ nemocnicích se duševně nemocní aktivizovaly různými formami pracovní terapie v zahradě, terapeutických dílnách, na statku, aktivizačními programy, kognitivní trénink (Kolář et al., 2012). V osmdesátých letech 20. století se moderní psychiatrická rehabilitace stala integrální součástí zdravotního a sociálního systému. (Matoušek, 2010). Po roce 1989 začaly vznikat první nestátní neziskové organizace zaměřené na poskytování psychiatrické rehabilitace, které jako první začaly rozvíjet principy komunitní péče o duševní zdraví. A poté došlo k rozvoji komunitní péče a rozmachu svépomocných skupin (Kolář et al., 2012). Další rozvoj psychiatrické rehabilitace byl zaznamenán vznikem denních psychoterapeutických stacionářů a převážná většina z nich se věnuje péči o pacienty s vážným duševním onemocněním (Hejzlar, 2009).

Na rozdíl od jiných zemí denní stacionáře v ČR pracují na propojenosti psychoterapie a psychiatrické rehabilitaci.

V rehabilitaci pro praxi (Kolář et al., 2012) jsou uvedeny dva směry psychiatrické rehabilitace:

- 1) První směr psychiatrické rehabilitace byl zaveden „shora“ z britských a amerických vládních výnosů, které umožnily deinstitucionalizaci, podstatně se snížily počty lůžek v psychiatrických zařízeních a vznikla komunitní centra duševního zdraví s nimiž byla rehabilitace spojena. Do rehabilitace se zaváděly principy přístupnosti, komplexnosti a kontinuity služeb.
- 2) Druhý směr byl charakterizován rozvojem tzv. Klubových center, která zakládali lidé se zkušeností s psychiatrickou léčbou. V klubových centrech se vyvinuly některé rehabilitační programy, které se později uplatňovaly i mimo jejich rámec, např. přechodné zaměstnávání (transitional employment).

Podle místa vzniku se rozlišují tři hlavní směry sociální rehabilitace:

- 1) Bostonský směr

Hlavním představitelem je W. Anthony, který v tomto směru představuje vývojový model. Zdůraznil rozvoj schopností a význam učení. Pacient je dle tohoto směru chápán především jako žák. W. Anthony zavedl koncept připravenosti (readiness) k rehabilitaci (Anthony et al., 2002).

- 2) Loengelský směr

Hlavním představitelem tohoto směru je R. P. Liberman. V tomto modelu je podrobně rozpracován trénink sociálních dovedností, vypracována strategie na řešení problémů, monitorování symptomů, funkční vyšetření či vyšetření stresorů (Liberman, 1991).

- 3) Britský model je popisován G. Shepherdem a D. Bennethem. Tento model dává přednost pečlivě vytvořenému systému péče a úpravě prostředí, v němž psychicky nemocný žije. Bennett zdůrazňuje, že reakce a chování člověka v určité situaci závisí na charakteru prostředí. Dovednosti naučené v chráněném a podporovaném prostředí se automaticky nepřenesou do běžného, nechráněného prostředí (Watts et al, 1983).

1.2 Organizace psychiatrické péče v ČR

Způsob, kterým jsou organizovány zdravotní služby, významnou mírou ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb a tím spokojenost jejich uživatelů. Při posuzování vhodnosti organizace zdravotních služeb je nutné brát ohled na následující kritéria, která uvádí Tomáš, Marková (2014):

1) Dostupnost služeb – vyjadřuje překážky, které klient překonává při čerpání zdravotních služeb.

Druhy dostupnosti služeb:

a) *Geografická dostupnost* služeb je vyjádřena rozmístěním jednotlivých služeb v daném regionu.

b) *Časová dostupnost služeb* je charakterizována např. čekací dobou na vyšetření.

c) *Organizační dostupnost služeb* se vyjadřuje překážkami administrativního rázu a to ve vztahu k přístupu ke zdravotním službám (např. nutností doporučení praktického lékaře ke specializované péči).

d) *Sociokulturní dostupnost služeb* zahrnuje překážky kulturního a sociálního charakteru a důvodu těchto překážek se pacient hůře orientuje v systému zdravotních služeb např. komunikační problémy, úroveň vzdělání, etnická příslušnost. Služby Psychiatrické péče jsou České republice rozmístěny nerovnoměrně. V některých regionech je nedostatečně zastoupena síť psychiatrických ambulancí, které jsou nuceni přijmout velký počet pacientů, což protahuje čekací dobu na ošetření. V jiných regionech nejsou dostupná akutní lůžka psychiatrické péče nebo síť komunitních služeb ne tyto služby nejsou zřízeny. Výjimkou jsou velká města.

2) Kvalita poskytovaných služeb významně odráží ekonomickou situaci ČR a míru prostředků vynaložených na zdravotnictví a jeho jednotlivá odvětví. Do kvality poskytovaných služeb se promítá také, materiální, technologická a personální vybavenost zdravotnických zařízení, kvalita a stupeň vzdělání zdravotnických pracovníků. V oblasti psychiatrické péče v České republice dochází k dlouhodobému podfinancování. Na psychiatrickou péči v České republice je vynaloženo zhruba 2,9% z rozpočtu na zdravotní péči, ale průměr ve vyspělých evropských zemích dosahuje okolo 8% Strategie reformy psychiatrické péče (2013). Reforma psychiatrické péče 2013 vnáší do organizace systému péče změny jak ve zdravotních službách, tak i sociálních službách. Sociální pracovníci budou rovnocennými partnery zdravotnických

služeb, budou součástí týmové a koordinované práce v multidisciplinárním týmu. Budou se podílet na práci jak s klienty, tak s jejich rodinnými příslušníky v jejich běžném prostředí. Dojde ke zlepšení kvality poskytované péče a zvýší šance na lepší perspektivu do budoucna pro mnoho lidí s duševním onemocněním. Reforma psychiatrické péče (2013).

3) *Potřebné kompetence pracovníků při práci s lidmi s duševním onemocněním, V Časopise Sociální služby (2017) je uvedeno:*

- a) Znalost diagnózy, symptomů, kognitivního deficitu, léků a jejich vedlejších účinků, vztahu klienta k užívání léků,
- b) Protikrizové plánování včetně stanovování rizik,
- c) Schopnost plánovat – mapování, stanovování cílů, tvoření kroků, realizace
- d) Podpora self-managementu klienta
- e) Vytváření osobně profesionálního vztahu, porozumění hranicím ve vztahu, reflexi vztahu (i očima klienta)
- f) Práce s rodinou
- g) Znalost sociální sítě a atmosféry v rodině
- h) Práce s motivací
- i) Psychohygiena (využívání supervize, sebereflexe)
- j) Týmová spolupráce (Probstová, 2008)

4) *Výkonnost zdravotnického systému* je vyjádření, jaký rozsah péče, pro jak širokou populaci, v jaké struktuře a kvalitě je zdravotnický systém při daných výdajích je schopen péči zajistit. K posouzení výkonnosti systému slouží mnoho nástrojů, např. cost-effectiveness analysis (Tomáš, Marková, 2014).

5) *Rovnost* je velmi důležitým kritériem při posuzování organizace zdravotních služeb. Systém by měl zajišťovat rovnocenný přístup k léčbě a zdravotní péči pro všechny skupiny pacientů bez ohledu na jejich sociální postavení, etnickou příslušnost, platební schopnost. Osoby s duševním onemocněním jsou v tomto případě rizikovou skupinou, u které se mohou vyskytnout bariéry např. v přístupu ke zdravotním službám. Zdrojem nerovnosti péče může být i nerovnoměrné rozložení zdravotnických služeb (Reforma systému psychiatrické péče, 2013).

6) Sociální akceptabilita znamená vyjádření míry toho, jak odpovídá uspořádání zdravotnického systému potřebám a očekávání společnosti. Úkolem je zajistit, aby kvalitní péče byla dostupná a dostupná péče byla kvalitní (Tomáš, Marková 2014).

Organizace psychiatrické péče v České republice se nejvíce podobá některým zemím bývalého Sovětského svazu a zemím na Balkánském poloostrově. Charakterem těchto systémů je nízký podíl psychiatrie na celkové zdravotní výdaje, koncentrace péče v psychiatrických léčebnách a nedostatečné rozvinutí komunitní péče. Takto organizovaná psychiatrická péče se velmi odlišuje od moderních systémů péče v nejvyspělejších zemích Evropy (Winkler a kol., 2013).

1.3. Psychiatrická péče v ČR

V České republice je psychiatrická péče realizována prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě služeb. Základními prvky této sítě jsou ambulantní zařízení: klinicko-psychologické ambulance, psychiatrické ambulance a dále jsou to lůžková zařízení a to: psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, psychiatrické kliniky a v další řadě zařízení systému komunitní péče, která zajišťují přechod psychiatrie do oblasti sociálních služeb (Koncepce oboru psychiatrie, 2008).

Psychiatrické nemocnice

Hlavním úkolem psychiatrických nemocnic je dlouhodobé léčení a rehabilitace psychicky nemocných všech věkových skupin. Zároveň však plní i úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde dosud psychiatrická oddělení nejsou zřízena nebo kde nemají odpovídající lůžkovou kapacitu. V České republice je 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé a 3 psychiatrické nemocnice pro děti. V průměru se doba ošetřování pohybuje kolem 85 dní. Před 4 lety došlo ke změně názvu z Psychiatrických léčeben na Psychiatrické nemocnice. Tato změna proběhla z důvodu, že v rámci těchto psychiatrických zařízení není poskytována pouze následná péče, ale i péče akutní (Tomáš, Marková 2014).

1.3.1 Lůžková péče

Psychiatrická lůžková péče je dělena na akutní a následnou. Akutní psychiatrická péče by na základě Koncepce oboru psychiatrie měla být poskytována na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic. A další následná péče o osoby

s duševně nemocné v psychiatrických nemocnicích. V České republice je 80% psychiatrických lůžek v psychiatrických nemocnicích, pro nedostatek lůžek na psychiatrických odděleních. Proto je i velká část akutní péče realizována v psychiatrických nemocnicích (Marková, Venglářová, Babiková, 2006).

Lůžková péče dle typu

a) *Akutní lůžková péče* – tato je poskytována ihned po vzniku či psychiatrického onemocnění. Zařízení, která poskytují akutní psychiatrickou péči musí být schopna přijmout pacienta s jakoukoliv psychopatií z celého diagnostického spektra oboru psychiatrie a po té musí provést potřebná vyšetření. Správně diagnostikovat psychickou poruchu a také adekvátně léčit (Tomáš, Marková 2014). Cílem a úkolem akutní psychiatrické péče je včas zajistit komplexní diagnostiku, stanovení vyhovující léčby a dále je nutné zajistit odpovídající návaznou péči (Marková, Venglářová, Babiková, 2006). Navazující psychiatrická péče je závislá na zdravotním stavu pacienta může spočívat v zajištění ambulantní psychiatrické péče, dále v předání pacienta do péče komunitních týmů a chráněného bydlení nebo v zajištění překlada na lůžka následné péče (Tomáš, Marková 2014).

b) *Následná lůžková péče* – tato péče je určena pro duševně nemocné, u kterých byl dokončen diagnostický proces a stanoven individuální léčebný plán. Přítomné psychopatologické projevy neumožňují propuštění pacienta do domácího prostředí s podporou komunitních služeb nebo zařízení sociální péče (Marková, Venglářová, Babiková, 2006).

c) *Lůžková péče specializovaná* se specializuje na určitou diagnózu, věk či způsob léčby (např. léčba závislostí, léčba poruch příjmu potravy, léčba gerontopsychiatrických pacientů, psychoterapeuticky zaměřená léčba). Lůžka specializované psychiatrické péče mohou být jak akutní např. gerontopsychiatrické oddělení, tak následná (Raboch, Wenigová, 2012).

1.3.2 Komunitní péče

Komunitní péči lze charakterizovat jako soubor služeb, zařízení a programů, jehož cílem je pomoci osobám s duševním onemocněním žít ve svém přirozeném prostředí a pokud možno co nejvíce v podmínkách běžného života, a co nejspokojivějším způsobem pro daného člověka a tak, aby mohly být co nejvíce naplněny základní bio-

psycho-sociální potřeby člověka (Pilát, 2015). Komunitní péče je založena na úzkém propojení zdravotní a sociální péče. Do využívaných postupů komunitní péče je zahrnuta kromě léčby také i podpora sociálních rolí a dovedností zejména v oblasti bydlení, práce a sociálních kontaktů, a podpora rodinných vztahů, podpora vztahů s přáteli a dalšími lidmi (Raboch, Wenigová, 2012).

V knize Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi (Pilát, 2015) je uvedeno, že do těchto služeb jsou zahrnuty:

- 1) Služby na podporu bydlení a to komunitní bydlení, chráněné bydlení.
- 2) Služby na podporu práce a zaměstnání - podporované zaměstnávání, chráněné dílny.
- 3) Služby na podporu volného času a sociálních kontaktů
centra denních aktivit - denní stacionáře.
- 4) Případové vedení.
- 5) Poradenství a ostatní.

Tyto služby jsou rozmístěny hlavně ve větších městech. Bohužel v některých regionech je nabídka komunitních služeb velmi malá nebo tyto služby nejsou vůbec poskytovány (Raboch, Wenigová, 2012). Stávající síť komunitních služeb v ČR je nedostatečná. Obtíže činí také provázanost služeb mezi zdravotní a sociální oblastí a jejich vzájemná spolupráce (Tomáš, Marková 2014).

1.3.3 Změny systému psychiatrické péče

V Reformě psychiatrické péče (2013) je uvedeno, že ve třetím čtvrtletí roku 2012 bylo MZČR rozhodnuto, že stávající systém psychiatrické péče je nutné ho změnit a reformovat v souladu s evropskými trendy. Cílem této změny je vytvoření takového systému péče, který bude vstřícný a flexibilní k potřebám pacientů a jejich rodin. Tento systém psychiatrické péče by měl zahrnout všechny oblasti psychiatrické problematiky a pružně reagovat na různorodé situace, se kterými se pacienti denně potýkají. Velmi důležité je, aby systém byl nastaven tak, že v každém regionu bude zajištěna odpovídající nabídka zdravotních a sociálních služeb. Byla vypracována Strategie reformy psychiatrické péče, která byla 8. října 2013 schválena ministrem zdravotnictví České Republiky. Tato Strategie reformy psychiatrické péče (2013) popisuje průběh změn v systému psychiatrické péče. Tyto změny by měli být postaveny na čtyřech pilířích – psychiatrické ambulance, psychiatrická oddělení, psychiatrické nemocnice a centra duševního zdraví. Hlavním cílem plánované reformy je především posílit oblasti

komunitních služeb, zlepšení a zkvalitnění poskytované psychiatrické péče a její destigmatizace, posílení akutní péče v rámci psychiatrických oddělení a modernizace prostředí psychiatrických nemocnic.

1.4. Duševní zdraví a duševní porucha

Definice duševního zdraví

Podle Světové zdravotnické organizace (SZO) je psychické zdraví stavem duševní pohody (tzv. well-being), při které je jedinec schopný uvědomovat si a realizovat svoje jedinečné možnosti a schopnosti, vypořádat se s běžnými stresujícími situacemi, produktivně a úspěšně vykonávat činnost a práci, přičemž podle odborníků SZO duševní zdraví není pouze nepřítomnost duševní poruchy (Kuzníková et al., 2011).

Definice duševní poruchy

Duševní porucha (nebo také psychická porucha) je v širším pojetí označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti. Mezi duševní poruchy se řadí ty z poruch, které se prvotně týkají myšlení, prožívání nebo vztahů k ostatním lidem (Arnoldová, 2015).

Pro duševní poruchy a poruchy chování je charakteristické narušení myšlení, vnímání, změna nálady nebo chování, které nezapadá do obvyklých kulturních norem (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Vznik duševní poruchy se projevuje různými symptomy:

- a) Somatické příznaky - např. různé typy bolesti (hlavy, zad, kloubů, svalů, orgánů, břicha apod.), obtíže se spánkem a podobně (Vágnerová 2012).
- b) Poruchy emocí je to např. strach, pocity smutku, úzkost nebo naopak bujarost, která je silněji vyjádřená nebo neodpovídá situaci, nepřiměřená veselost (Svoboda, Čěšková, Kučerová, 2015).
- c) Poruchy myšlení a kognitivních funkcí - k těmto poruchám patří např. neschopnost jasného myšlení či uvažování, zhoršený úsudek, výskyt nepřiměřených až psychotických myšlenek, které se jedinci vtírají do mysli nemocného. Dále to jsou potíže s pamětí nebo pozorností apod. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

- d) Poruchy chování jsou to např. agresivní chování, pasivita, apatie, agitovanost, neschopnost vykonávat běžné denní činnosti, nadměrné užívání návykových látek (Vágnerová 2012).
- e) Poruchy vnímání, např. nejružnější formy zkresleného vnímání nebo halucinací, při kterých jedinec vidí nebo slyší věci, které ostatní nevnímají (Svoboda, Čěšková, Kučerová, 2015).

1.5. Klasifikace duševních onemocnění

- a) F00–F09: Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- b) F10–F19: Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- c) F20–F29: Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- d) F30–F39: Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- e) F40–F48: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- f) F50–F59: Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- g) F60–F69: Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- h) F70–F79: Mentální retardace
- i) F80–F89: Poruchy psychického vývoje
- j) F90–F98: Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (Probstová, Pěč, 2014).

1.5.1 Vybraná duševní onemocnění

F30–F39: Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Depresivní poruchu řadíme do afektivních poruch (poruchy nálady) tyto poruchy jsou dvojího typu:

- a) Unipolární typ

Do této skupiny depresí se řadí depresivní porucha a manická porucha.

- b) Bipolární typ

V této to skupině je zařazen bipolární depresivní porucha. Tato porucha se projevuje střídáním depresivních a manických epizod (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Příznakem deprese je pokles energie. Pacient ztrácí zájem o okolí. Při depresi dochází ke změně chuti k jídlu. Dostávají se poruchy spánku. Dochází ke ztrátě sebedůvěry a

sebeúcty. A objevují se poruchy v oblasti spánku. Dalším příznakem je změna psychomotorického tempa (Svoboda, Čěšková, Kučerová, 2015).

Bipolární porucha – nemoc se projevuje se periodicky se opakujícími, těžkými, výkyvy nálad, kdy se střídá dobrá až povznesená nálada s nervozitou, smutkem a zoufalstvím. Výkyvy nálad narušují chování a uvažování jedince. Onemocnění se rovněž projevuje změnami vitality, psychických funkcí a změnami ve fungování organismu, dochází ke změnám v myšlení a soustředění se, mění se taktéž styl verbálního projevu – řeč se stává velmi rychlou (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Zásady jednání a komunikace

S klientem mluvíme klidně a vyrovnaně srozumitelně. Volíme přístup dospělý x dospělý. Poskytneme dostatek času na rozhovor. Pracujeme s klientem ve vhodném a klidném prostředí, zajistíme soukromí Klientovi předáváme více informací a přesné informace. Více informací zmírňuje pocit úzkosti. Podporujeme klienta v rozhodování. Pozitivně reagujeme na jeho otázky. Klienta hodně chválím (Kelnerová, Matějková, 2014).

F20–F29: Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

- a) Schizofrenie – je nemoc, která se projevuje poškozeným vnímáním a myšlením. Duševně nemocný tudíž špatně chápe realitu a nedokáže odlišit skutečnost od iluze. Typickým projevem jsou imaginární vizuální a sluchové představy a vjemy (halucinace, bludy, nesouvislé myšlení), které nejsou skutečné a vedou jedince ke zvláštnímu, neobvyklému, nepatřičnému až neúměrnému chování. Dochází také k prudkým změnám nálad (deprese, úzkost, mánie) a citovému oploštění (Probstová, Pěč, 2014).
- b) Schizotypální porucha – připomíná schizofrenii, ale příznaky nejsou tolik vyjádřené, jsou kolísavé, porucha nemá jasný začátek, připomíná spíše poruchu osobnosti (Dušek, Večeřová - Procházková, 2015).
- c) Porucha s trvalými bludy – jsou přítomny pouze bludy bez jasných a trvalých halucinací, bez strukturálně narušeného myšlení (Svoboda, Čěšková, Kučerová, 2015).
- d) Akutní a přechodné psychotické poruchy – většinou náhle vzniklé psychotické stavy rozvíjející se do dvou týdnů, často v reakci na stres. Kromě nestálých

psychotických příznaků mohou zahrnovat i zmatenost. Nutné tuto poruchu odlišit od deliria. Schizoafektivní porucha – tato porucha zahrnuje současně se vyskytující příznaky poruch nálady (deprese, mánie) a psychotické příznaky (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

- e) Organické psychotické poruchy – ty jsou vyvolány poškozením mozku například ve stáří, ale také vlivem infekce, úrazem apod. řadíme je mezi organické poruchy (Svoboda, Čěšková, Kučerová, 2015).
- f) Psychotické příznaky se mohou také vyskytovat při intoxikaci návykovou látkou (např. LSD, pervitin apod.). Řadíme je mezi poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).
- g) Psychotická porucha může vzniknout jako následek dlouhodobého a intenzivního užívání alkoholu nebo jiných drog. Řadíme je mezi poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek Svoboda, Čěšková, Kučerová, 2015).
- f) Psychotické příznaky u poruch osobnosti. Např. u hraniční poruchy osobnosti se mohou občas vyskytnout psychotické příznaky v reakci na velký stres (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015).

Příznaky

Mezi příznaky psychotického onemocnění patří: narušené vnímání sebe narušení vnímání okolí, poruchy myšlení, psychomotorický neklid, sluchové zrakové, taktilní, čichové halucinace, bludná produkce, narušený obraz reality, z důsledku nedůvěry se nemocný stahuje do sebe, porucha vůle, emotivity (Venglářová, Mahrová, 2006).

Zásady komunikace a jednání

Volíme empatický postoj ke klientovi. Je důležité získat důvěru nemocného. Umožnit nemocnému sdělovat své potřeby a přání. Učíme navázat kontakt s ostatními a ponecháváme dostatek času a prostoru pro navázání vztahů. Klienta nepřesvědčujeme a nenaléháme na něj. Respektujeme zónu intimní zónu nemocného. Volíme nenucený spontánní kontakt s nemocným. Komunikujeme jednodušším způsobem, využíváme jednoduché pravdivé výroky (Kelnerová, Matějková, 2014).

F40–F48: Neurotické, stresové a somatiformní poruchy

Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

- a) Akutní stresová reakce,
- b) Posttraumatická stresová porucha

Neurózy

Onemocnění vzniká působením psychosociálních vlivů. Kontakt s realitou je vždy zachován, psychotické příznaky nejsou přítomny (bludy, halucinace, deliria). Neurózy se dělí na akutní a strukturální (sekundární).

- a) Akutní

Tyto neurózy jsou vyvolány psychickým traumatem (bolestným zraněním v duševní oblasti).

- b) Strukturální (sekundární)

Tyto neurózy jsou důsledkem dlouhodobých komplexních poruch v mezilidských vztazích. Neurotické projevy se pak stávají emoční výbavy pacienta.

(Mahrová, Venglářová et al., 2008, st. 79,80).

1) Příznaky neuróz jsou duševní a tělesné:

- a) Mezi duševní příznaky se řadí strach, úzkost, deprese, fobie, obsese, impulzivita, derealizace, depersonalizace, nesoustředěnost, podrážděnost apod.
- b) K tělesným příznakům patří: bolesti hlavy, dušnost, palpitace, bolesti na hrudi, závratě, tachykardie, parestézie, pocení, kolapsy, třes, napětí, zvracení, průjmy, poruchy spánku, dušnost (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Znaky v chování pacienta

Pacient má obavy je schoulený, odvrací zrak. Nejistý v řeči, má obavy, dává najevo pochyby, potřebuje ujistit, že jednal správně. Má strach vyjádřit svůj názor. Stále odkládá svá rozhodnutí. Potřebuje zvýšenou pozornost a péči ostatních (Venglářová, Mahrová, 2006).

Zásady komunikace a jednání

Zachováme klidný přístup typu dospělý k dospělému. Rozhovor by měl probíhat v klidném prostředí. Poskytujeme klientovi dostatek času na rozhovor. Volíme volnější tempo řeči. Předáváme pacientovi přesné informace. Podporujeme pacienta v rozhodování. Pozitivně reagujeme na reakce a dotazy pacienta. S pacientem mluvíme klidně a vyrovnaně (Kelnerová, Matějková 2014). Pacienta je nutné často

chválit. Projevujeme častý zájem o pacientův psychický stav. Dáváme klientovi najevo, že se nemusí ničeho bát. Důležité je mít s pacientem hodně trpělivosti. Dáváme pacientovi najevo, že jsme jeho oporou. Nezlehčujeme pacientovi potíže a naopak mu dáme najevo, že jeho obtíže, chápeme. Vcítíme se do situace klienta (Venglářová, Mahrová, 2006).

F60–F69: Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Do této skupiny duševních onemocnění řadíme poruchy, se které projevují nevyrovnanou a abnormální osobností jedince, jehož uvažování, myšlenky, emoce a chování, jsou velmi omezené, neměnné a výrazně se odchyľující od vnímání, myšlení a emocí druhých. Zařazení postiženého do společnosti je značně komplikované. Tito lidé obtížně navazují mezilidské vztahy (Kelnerová, Matějková 2014).

Narcistická porucha osobnosti

Příznaky

Pacient se více se věnuje péči svému zevnějšku. K ostatním se chová okázale nadřazeně. Rád předává rady, rád poslouchá sám sebe. Péči rodiny vnímá jako samozřejmou. Chybí mu empatie k potřebám ostatních. V konfliktech začne reagovat agresivně. Bojuje o své výsadní postavení, uvádí konexe. Běžnou péči vnímá jako urážlivou, potřebuje péči např. pana primáře (Kelnerová, Matějková 2014).

Zásady komunikace a jednání s pacientem s narcistickou poruchou osobnosti

S pacientem jednáme důstojně, na úrovni. Umožníme pacientovi získat pocit spolupráce. Pacientovi podáváme úplné informace, jednáme s ním jako s partnerem. Informujeme ho o dalších krocích léčby (Venglářová, Mahrová, 2006). Ponecháváme pacientovi možnost rozhodování. Dáme mu pocit, že je středem zájmu. Při konfliktu ho učíme, že se má omluvit. V případě, že se pacientovi nemůžeme ihned věnovat, dáme mu najevo, že o jeho přítomnosti víme (Kelnerová, Matějková 2014).

Histrionská porucha osobnosti

Příznaky

Rysem této poruchy je manipulativní chování. Pacient se chová teatrálně. Pacient potřebuje mít nadvládu nad ostatními. Má sklony k ponižování ostatních. Dalším znakem je vynucování si pozornosti a egocentrismus (Venglářová, Mahrová, 2006).

Zásady komunikace a jednání s pacientem s Histrionskou poruchou osobnosti

Neustále je nutné pacienta chválit za správné chování. Dále je velmi potřebné nastavit pevná pravidla a hranice. Je nutné přesně nastavit a vymezit co je přípustné a co ne. Rozhovor s pacientem vedeme v klidu a vyrovnaně. Klienta učíme úctou a respekt k ostatním. Je nutné, aby nemocný pochopil, že není dobré na někoho neustále tlačit a narušovat mu jeho hranice a snažit se měnit názor druhého (Kelnerová, Matějková 2014).

1.6 Sociální rehabilitace v psychiatrii

Pojem sociální rehabilitace v psychiatrii zahrnuje proces obsahující programy a nácvikové činnosti zlepšující sociální dovednosti a postavení duševně nemocných (Hejzlar, 2009).

Indikace pro sociální rehabilitaci

Sociálně rehabilitační programy jsou hlavně přínosné pro pacienty, kterým nemoc navozuje přetrvávající poškození, zhoršení schopností a dovedností a jimi podmíněný handicap pro výkon praktických a sociálních rolí (Hejzlar, 2009). V léčbě psychotických onemocnění je velmi důležitá sociální rehabilitace. Pro pacienty je přínosný nácvik technik asertivní komunikace, sociálně terapeutické dílny, podporované zaměstnávání, chráněné bydlení, trénink kognitivních funkcí a nácvik sociálních dovedností, nácvik komunikačních dovedností (Tomáš, Marková, 2014).

Principy sociální rehabilitace v psychiatrii (Kolář, 2012).

Základní intervence psychiatrické rehabilitace:

- a) Rozvoj pacientových dovedností
- b) Rozšíření zdrojů podpory okolí

Hlavními hodnotami rehabilitačního procesu jsou:

- a) Orientace na pacienta - je volen přístup orientovaný na klienta a vztah mezi pacientem a terapeutem
- b) Fungování pacienta – redukce symptomů
- c) Podpora – musí být ze strany pacienta chtěná a potřebná
- d) specifická prostředí

- e) Začlenění pacienta do rehabilitačního procesu, posléze začlenění do běžného života
- f) Práva pacienta
- g) Orientace na výsledek rehabilitačního procesu a potenciál pacienta (Kolář, 2012).

Proces psychiatrické rehabilitace podle Bostonské školy

- 1) Diagnostická fáze (Anthony, 2002)
 - a) Vyšetření připravenosti – při tom to vyšetření se zjišťují indikátory připravenosti – potřeba změny, rozhodnutí ke změně, sociální stažení – otevřenost, uvědomění si sebe sama, svého jednání chování, uvědomění si prostředí, ve kterém pacient žije a možnosti zlepšení jeho situace.
 - b) Určení obecné rehabilitačního cíle – nejprve si pacient zvolí tři základní cíle, kterých by chtěl dosáhnout, poté jsou voleny dílčí cíle, které vyplývají ze zvolených základních cílů.
 - c) Funkční vyšetření vyhodnocuje frekvenci používání kritických dovedností, popisuje pozorovatelné chování a okolnosti používání těchto dovedností. Poskytuje obraz silných a slabých stránek těchto dovedností.
 - d) Vyšetření zdrojů podpory okolí – poukazuje na potřebu vyvinout intervence k dosažení určitého cíle.
- 2) Plánování
 - a) Plán rozvoje dovedností
 - b) Plán rozvoje zdrojů okolí (zapojení rodiny, spolupracovníků)
- 3) Intervenční fáze
 - a) Přímý nácvik dovedností – rehabilitovaná osoba nemá příslušnou dovednost vytvořenou.
 - b) Programování dovedností – navázání již na vytvořenou dovednost
 - c) Koordinace zdrojů – navázání rehabilitované osoby na službu, která již existuje.
 - d) Modifikace zdrojů – adaptování existujícího služby, aby lépe splňovala potřeby rehabilitované osoby.

Proces psychosociální rehabilitace podle nizozemské školy STORM (Kolář, 2012).

Psychosociální rehabilitace je chápána jako ucelený elektický přístup, který obsahuje individuální potřeby a stejně tak i mezilidské vztahy. Tento přístup je koncipován jako komplexní a klade si za cíl zlepšit kvalitu života a zahrnout všechny úrovně fungování

jedince, jeho okolí a společnost. Základní složkou tohoto přístupu je holistické pojetí rehabilitace.

- a) Sociální spokojenost lze dosáhnout ve 4 doménách, ve kterých je možné rozvoj osobnosti: bydlení, práce, vzdělávání, volný čas,
- b) Osobní spokojenosti lze dosáhnout ve 4 podstatných aspektech života: péče, zdraví, smysl a účel, sociální vztahy.

Fáze procesu psychosociální rehabilitace

- a) Orientace a vzájemné poznávání
- b) Fáze šetření
- c) Fáze stanovení cíle
- d) Fáze plánování
- e) Fáze intervencí
- f) Fáze hodnocení a zpětná vazba.

1.6.1 Psychosociální rehabilitace z praxe

Projekt Komplexní centrum sociální rehabilitace Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovic

Fáze sociální rehabilitace v psychiatrii

1. Fáze diagnostická a motivační

Úkolem této fáze je klientovi správně diagnostikovat onemocnění a motivovat klienta ke komplexní rehabilitaci, a provést komplexní vstupní vyšetření, na kterém se bude podílet lékař, psycholog, ergoterapeut, sociální pracovní, zdravotní sestra.

2. Fáze Plánování

V této fázi je sestaven individuální komplexní rehabilitační plán léčby klienta.

3. Fáze rehabilitační

Ta to fáze je rozdělena do dalších tří další fází. A úkolem této fáze je samotná koordinovaná rehabilitace a resocializace klienta.

- a) První fáze komplexní rehabilitace - klient je přijat do psychiatrické nemocnice postupně se adaptuje na oddělení, na kterém je hospitalizován, začleňuje se do kolektivu pacientů, dodržuje pravidla a hranice stanovená oddělením, zapojuje se do veškerých aktivit na daném oddělení. Druhá fáze komplexní rehabilitace - klient bude adaptován na oddělení, na kterém bude hospitalizován. V této fázi

dochází k dalšímu začleňování klienta do širších aktivit mimo oddělení. Klient dochází na aktivity do areálu léčebny, dále se začleňuje do kolektivu lidí, tentokrát do širšího kolektivu klientů z jiných oddělení, učí se navazovat další vztahy a udržovat je, komunikovat, pracovat v různých dílnách zahradě atd.

- b) Třetí fáze komplexní rehabilitace – Klient začíná docházet na další aktivity vedoucí k sociálnímu začlenění klienta do společnosti. Klient se učí všedním denním činnostem a sociálním dovednostem. Viz aktivity uvedené v největším kruhu tabulky.

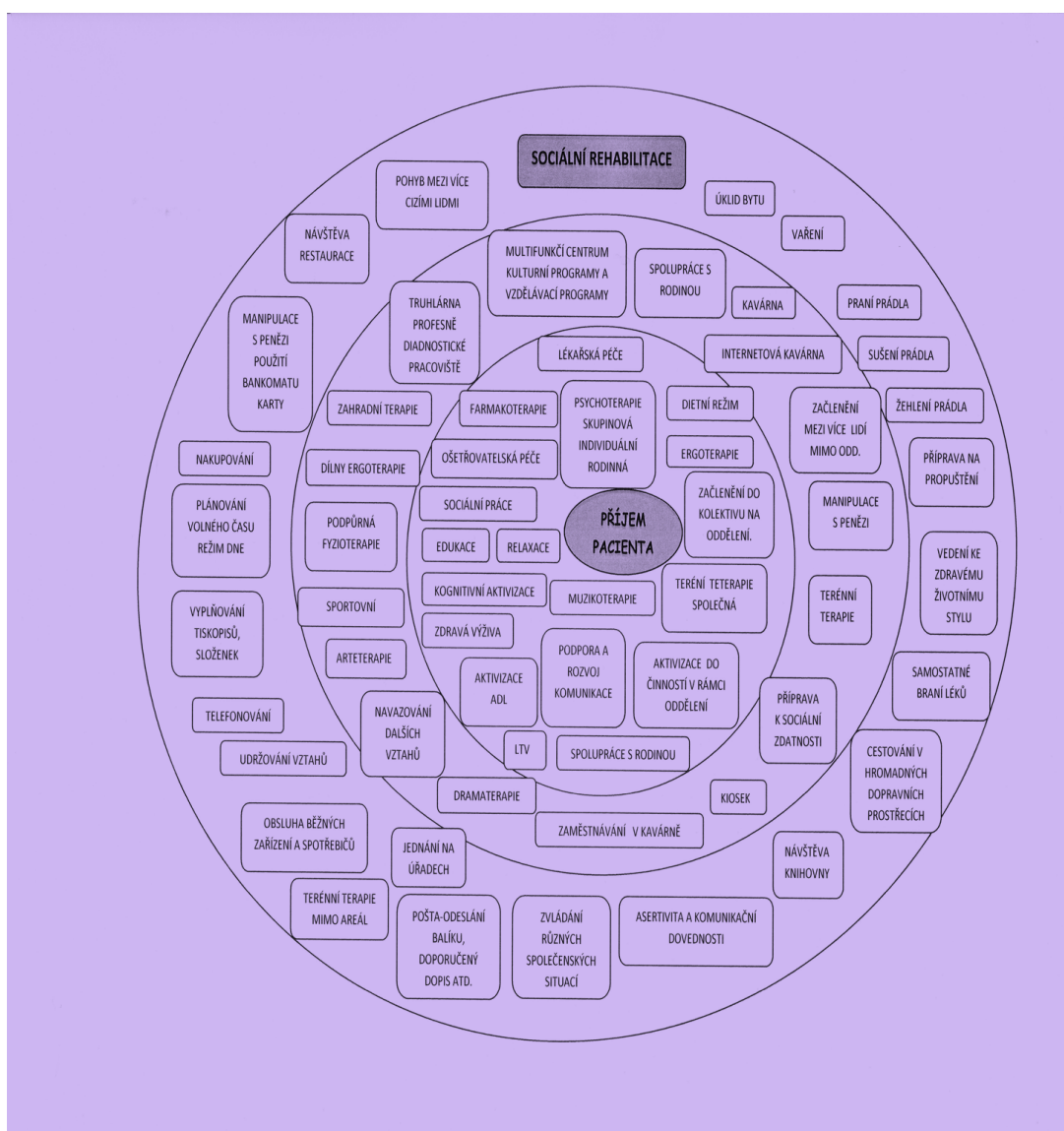
4. Fáze vyhodnocovací

Úkolem této fáze je zhodnotit průběh léčby, provést výstupní komplexní rehabilitační vyšetření, na kterém se bude podílet lékař, psycholog, ergoterapeut, sociální pracovník, zdravotní sestra

(Veselá, 2013).

V roce 2013 jsem v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice jsem sestavila návrh na komplexní sociální rehabilitaci. Návrh jsem sestavila na podobném principu fungování Sociální rehabilitace v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Viz obrázek níže.

Obrázek č. 1 Komplexní sociální rehabilitace PNHB: viz. příloha č.1.



Zdroj: vlastní návrh 2013

1.6.2 Sociálně rehabilitační programy

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je soustavná podpora poskytovaná osobám se změněnou pracovní schopností směřující k získání a udržení zaměstnání. Nejedná se tedy pouze o pracovní přípravu, získání kvalifikace (odpovídajících vědomostí, dovedností a návyků), ale i o obnovení pracovního potenciálu, ať již pro jeho původní zaměstnání nebo prostřednictvím rekvalifikace nalézt jiné vhodné uplatnění na trhu práce (Duková, Duka, Kohoutová, 2013). Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost

zaměřenou na volbu a změnu povolání, teoretickou a praktickou přípravu na zaměstnání, vytváření vhodných podmínek a pracovních příležitostí a zprostředkování nabídky zaměstnání (Pfeiffer et al., 2012).

a) Chráněná práce a pracovní rehabilitace v sociálně terapeutických dílnách v rámci psychiatrické nemocnice - dílny slouží jednak pro pracovní rehabilitaci, jednak pro dlouhodobou chráněnou práci. Pacienti si zde mohou obnovit a zlepšit pracovní dovednosti a návyky, začlenění do kolektivu lidí, rozvoj komunikace sociálního chování. Část klientů přichází do dílen s cílem připravit se na práci v běžných podmínkách (Venclík et al., 2015).

2) Sociální rehabilitace

Jejím úkolem je předcházet selhávání v sociálních dovednostech a sociálnímu vyloučení. Sociální rehabilitace se prolíná s ostatními složkami ucelené rehabilitace. Od ostatních složek se liší tím, že má permanentní charakter, čili je celoživotním procesem (Burešová, Jeřábková, 2012).

a) Centra sociální rehabilitace

Zde je nabízen denní program, včetně pracovní rehabilitace nabízejí centra sociální rehabilitace pro klienty, pro něž by chráněná práce v dílně byla zatím přílišnou zátěží (Hejzar, 2009).

b) Sociální rehabilitace v rámci psychiatrických nemocnic zahrnuje poradenství ohledně sociálních dávek, poradenství ohledně práce, bydlení, kulturních a zájmových aktivit, nácviky sociálních dovedností - podle aktuálních potřeb klientů zařazených do ostatních programů jsou tvořeny skupinové programy zaměřené na nácvik komunikačních dovedností a sociálních dovedností, vaření, hospodaření s financemi, denní režim, trávení volného času, motivační a edukační skupiny (Hejzar, 2009).

3) Léčebná rehabilitace

Tato rehabilitace se zabývá se obnovením původního stavu organismu nebo řeší problematiku poškození organismu mající závažný a chronický charakter. Může být poskytována jak formou ústavní, tak i ambulantní péče. Do léčebné rehabilitace vstupují pacienti, kteří mají poruchu určitého orgánu, či pohybového ústrojí vedoucí k následnému snížení aktivity Mezi složky léčebné rehabilitace patří: Fyzioterapie, Ergoterapie, Kinezioterapie Farmakoterapie, Hipoterapie, Logoterapie, Arteterapie, Muzikoterapie, Dramaterapie (Pfeiffer et al., 2012).

4) Psychologická rehabilitace

Cílem této rehabilitace je se zaměřit na vyrovnání se pacienta se svým duševním onemocněním, životní situací a životními traumaty.

Tato rehabilitace zahrnuje: skupinovou psychoterapii, individuální psychoterapii, rodinná psychoterapie (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

5) Pedagogická rehabilitace

Tato rehabilitace je celoživotním procesem, kdy je kladen důraz zejména na snahu o optimální rozvoj osob s postižením a jejich maximální integraci do společnosti. Prostředky pedagogické rehabilitace zajišťují proces, který má za cíl dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání lidí se zdravotním postižením, podpořit tak jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života. (Pfeiffer et al., 2012). Tato rehabilitace má pomoci člověku dosáhnout k samostatnému rozhodování a v důsledku toho i k plnohodnotnému společenskému a pracovnímu uplatnění. V rámci psychiatrických nemocnic z pedagogické rehabilitace využívá těchto programů: vzdělávací programy, kulturní programy, aktivizační programy, edukační programy. (Burešová, Jeřábková, 2012).

6) Denní stacionáře

Poskytují ambulantní strukturované celodenní programy pro osoby se zhoršenou soběstačností a cíleně kombinují výchovné a sociálně terapeutické činnosti (Mahrová, Venglářová et al., 2008).

7) Centra krizové intervence

Tato centra poskytují klientům a pacientům neodkladnou akutní psychiatrickou a psychologickou pomoc, v životních situacích, které již nejsou schopni sami zvládnout vlastními silami. Součástí centra bývá malý počet lůžek přibližně do 10 lůžek (Tomáš, Marková et al.).

8) Podporované bydlení

Jde o systematickou pomoc, podporu a trénink dovedností potřebných k samostatnému bydlení klientům buď v jejich vlastních bytech, nebo v garsoniéře, kterou na zkušební dobu 1 rok zapůjčuje město (Duková, Duka, Kohoutová 2013).

9) Chráněné bydlení

Program zejména pro klienty po dlouhodobých nebo opakovaných hospitalizacích. Během maximálně dvouletého pobytu v chráněném bydlení mají možnost obnovit si dovednosti potřebné pro samostatný život (Mahrová, Venglářová et al., 2008).

10) Rehabilitační pobyty

Sdružení každoročně pořádá několik pobytových akcí v ČR, většinou ve spolupráci s ostatními sdruženími Fokus, které umožňují setkávání klientů z různých regionů a výměnu zkušeností (Hejzlar, 2009).

11) Centra duševního zdraví

V Odborných podkladových materiálech ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (2014) je uvedeno:

- a) Centrum duševního zdraví je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou - akutní i specializovanou péčí. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity.
- b) Za tímto účelem Centrum duševního zdraví jednak vytváří potřebné programy, jednak zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče.
- c) Tým Centra duševního zdraví pracuje formou, case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným klientům ze spádové oblasti bez čekací doby.

12) Sociální a právní poradenství

Toto poradenství se zaměřuje nejen na sociální a právní poradenství v otázkách sociálních dávek, žádostí o přidělení bytu a podobně. Ale také zahrnuje též pomoc klientovi při jednání s institucemi či jeho zastupování a zprostředkování či zajištění praktické pomoci například při stěhování a podobně, doprovod k lékaři na úřady, (Hejzlar, 2009).

13) Case management

Je metoda, která se vyznačuje propojeností a vzájemnou znalostí činností jednotlivých subjektů zainteresovaných na řešení situace každého jednotlivého klienta. Je nezbytným předpokladem pro účinnou pomoc a umožňuje koordinaci a kooperaci všech subjektů, čímž přispívá ke zkvalitnění služeb poskytovaných klientovi a také současně tím, že je klient sám aktivně vtažen do řešení své situace a do procesu plánování služeb, o nichž sám rozhoduje, je zodpovědný za jejich realizaci, se posilují a znovu navrací jeho kompetence a aktivizují se jeho vlastní zdroje (Kuzníková et al 2011).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Hlavní cíl

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem je poskytována sociální rehabilitace u pacientů/pacientek s duševní poruchou v psychiatrické nemocnici.

Dílčí cíl

Dílčím cílem je zjistit, jaké jsou možnosti a limity sociální rehabilitace u pacientů/pacientek s duševní poruchou v kontextu komplexní péče v psychiatrické nemocnici.

2.2 Výzkumné otázky

HVO1: Jak probíhá sociální rehabilitace u pacientů/pacientek s duševní poruchou v psychiatrické nemocnici?

DVO1: Jaký je přínos sociální rehabilitace pro pacienty/ pacientky s duševní poruchou?

DVO2: Jaký využití psychosociální přístupu v sociální rehabilitaci?

DVO3: Jaké je využití přístupu orientovaný na klienta v sociální rehabilitaci?

DVO4: Jaké metody a techniky sociální rehabilitace jsou používány v psychiatrické nemocnici?

3. Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Pro praktickou část jsem zvolila kvalitativní výzkum, který vychází z interpretativních paradigmat a jeho základním cílem je porozumět sociální situaci, o které pak na základě výsledků provedené studie vytváříme teorii. Kvalitativní výzkum jsem zvolila z důvodu, že hlavním objektem výzkumu je člověk v každodenní situaci. Dalším důvodem je, že kvalitativní výzkum zkoumá danou problematiku interně do hloubky a přináší nám podrobné informace o zkoumaném vzorku. Při výzkumu jsem využila přístupu případové studie, který využívá kvalitativních metod a je schopen splnit základní cíle kvalitativního výzkumu. Není pouze nástrojem pro rozšiřování teorie disciplín, ale

může posloužit i jako nástroj pro edukaci praktických dovedností pro studenty i zkušené praktiky daného zdroje.

V obecné rovině případová studie zkoumá dva typy fenoménů:

1. První fenomén: nejčastěji vyskytující se obvyklý jev

např. v medicínském výzkumu: pacient s typickými příznaky schizofrenie adekvátně reagující na léčbu antipsychotiky.

Tento fenomén slouží hlavně k edukaci studentům, kteří se na obvyklých případech učí běžným postupům ve své praxi.

2. Druhý fenomén: zcela zvláštní jev, který se výrazně odlišuje od normálu

Např. pacient s neadekvátní reakcí na podávaný lék

Tento fenomén slouží těm, kteří v daných oborech vykonávají praxi, neboť upozorňuje na možné odchylky do standardních situací a minimalizuje tak možné chyby vzniklé z neznalosti takových odchylek.

Kazuistická případová studie je zcela obvyklou metodou v medicínských oborech lékařských i nelékařských. Dle Yina (Yin, 2009, str. 1) je dělení případové studie proces sice lineární, ale opakující se, který osciluje po celou dobu mezi základními fázemi: plánem, projektem, přípravou na sběr dat, sběrem dat, analýzou a publikací výsledků.

Případová studie se může provádět pomocí různých výzkumných metod (pozorováním, individuálními rozhovory, diskuzí v ohniskové skupině, obsahovou analýzou dokumentace, dotazníkovým šetřením atd. Jedná se o přístup holistický a celostní, který se snaží poznat konstruktivní složky případu a zachytit zkoumaný případ nebo několik případů v kontextu reálného života dospět k jeho hlubšímu porozumění.

Ve svém výzkumu jsem využila těchto metod případové studie:

- 1) Anamnestický rozhovor
- 2) Pozorování
- 3) Individuální rozhovory
- 4) Obsahovou analýzu dokumentů a zkušeností
- 5) Addenbrookský kognitivní test

Žaiková (2009) uvádí, že předem není nikdy jasné, zda a kolik dat budeme potřebovat a kolikrát se budeme muset vrátit zpět a sebrat nová data, která nám k důkladnému porozumění zkoumaného fenoménu chyběla. Také je možné vrstvit na sebe různé typy sběru dat - pozorování, rozhovor, i obsahovou analýzu. Důležité je získat taková data, která nám případ popíší v jeho celistvosti včetně všech kontextů. Případ můžeme

interpretovat jako celek nebo se zaměřujeme na jeho jednotlivé části, a to z hlediska předem vybraného teoretického rámce, který aplikujeme na případ. – cílem je identifikovat možné intervenující proměnné a jejich souvislosti. (Žaiková a kol. 2009, str. 266). Popis a interpretace by měla být komplexní a jedině tak bude případová studie hotova a sloužit jak k rozvoji teorie tak praxe (Olecká, Ivanová, 2010).

Typy případové studie podle R. K. Yin

- a) Deskriptivní případová studie. Cílem této studie je podat co nejkompexnější popis daného jevu. Proto se nejprve stanovuje seznam základních témat a aspektů, na které se výzkum zaměří.
- b) Exploratorní studie.
- c) Testovací případová studie.
- d) Explanatorní studie.

1. Typy případové studie podle R. E. Stakea

Podle Stakea případová studie definována jako úsilí o porozumění jedinečnému a komplexnímu sociálnímu objektu, který představuje systém s určitými sociálními hranicemi.

Uvádí tři typy případových studií:

- a) Instrumentální případová studie.
- b) Kolektivní případová studie.
- c) Intrinsitní případová studie.

Ve svém výzkumu jsem využila instrumentální případovou studii, ve které je nejprve vybrán jev, poté podrobně zkoumány případy, které tento jev reprezentují. Tato studie má za cíl porozumět teoretickým otázkám.

3.2 Výzkumný soubor

Do mé bakalářské práce na téma sociální rehabilitace bylo vybráno 5 žen a 5 mužů s psychotickým onemocněním, kognitivním deficitem, deficitem fungování v sociálních dovednostech a s délkou hospitalizace od 3 měsíců a déle. Pacienti jsou ve věku 30 – 60 let. Při výběru pacientů pacientek byla využita metoda účelového záměrného výběru. Pacientům a pacientkám byla odebrána anamnéza a proveden Addenbrookský kognitivní test a polostrukturovaný rozhovor na tabulky sociálních dovedností. Pacienti

jsou hospitalizováni na oddělení 30. Což je Koedukované oddělení následné péče pro nemocné do 65 let.

4. Realizace výzkumu

Výzkum je realizován na oddělení 30 Psychiatrické nemocnici Bohnice. Jedná se o otevřené koedukované oddělení, kam jsou přijímáni muži i ženy. Kapacita oddělení je 40 lůžek. Na tom tomto oddělení jsou hospitalizováni převážně pacienti s psychotickými onemocněními, ale i pacienti s depresivní stav, ale i pacienti s neurotickými obtížemi i osobnostními problémy. Většinou se jedná se o pacienty v tíživé životní situaci. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na pacienty s psychotickým onemocněním.

Pacienti hospitalizovaní na oddělení 30 většinou selhávají v sociálních situacích. Dostávají se do obtížné finanční situace, zadluží se, poté jim vznikají exekuce a následně přijdou o bydlení a dostanou se do situací, kdy si už neví rady. Velmi Často své problémy neřeší a vyhýbají se jim. Bohužel je stále častější, že mladší pacienti nemají odpracovaný potřebný počet let, z důvodu že dlouhodobě v reálném životě selhávají. Při invalidizaci se pak stanou invalidními důchodci bez nároku na výplatu důchodu a jsou odkázáni na sociální dávku, která je velmi nízká a na živobytí prostě nestačí. Někteří naši pacienti jsou lidé bez domova. Na ubytovnách se často neudrží a kapacita chráněných a komunitních zařízení je nízká. Sice jsou pro tyto pacienty chráněná a komunitní zařízení nejoptimálnějším řešením, ale samozřejmě nejsou pro všechny pacienty dostačující. Na oddělení 30 je snaha o poskytnutí režimové léčby. Na tom to oddělení je poskytováno více aktivit než na odděleních uzavřených. Oddělení 30 se snaží více zaměřovat nejen na psychofarmakologickou léčbu, ale i na psychoterapeutické vedení pacientů, jak na skupinovou terapii, tak i individuální psychoterapii či arteterapii, ergoterapii a hlavně sociální rehabilitaci. Pacienti na oddělení sou rozděleni do 5 skupin a to: žlutá, zelená, modrá, červená a oranžová.

4.1 Harmonogramy aktivit

Žlutá skupina

Zde jsou hospitalizovaní pacienti s psychotickým onemocněním a plánem propuštění do přirozeného rodinného prostředí.

Tabulka č.1 Harmonogram aktivit Koedukovaného oddělení 30

	RÁNO	ODPOLEDNE
PO	9:00 KOMUNITA	13:00 KOŠÍKAŘSKÁ DÍLNA
	10:30 ARTETERAPIE	
ÚT	9:00 KOMUNITA	13:00 RELAXACE
	10:00 VIZITA	
	10:00 CENTRÁLNÍ TERAPIE	
ST	9:00 KOMUNITA	13:00 CENTRÁLNÍ TERAPIE
	10:00 ÚKLID OSOBNÍCH VĚCÍ	
ČT	9:00 KOMUNITA	13:00 TERAPIE HROU (PAVILON 4)
	10:00 MUZIKOTERAPIE	
	11:00 LÉČEBNÝ TĚLOCVIK	
PÁ	9:00 KOMUNITA	13:00 ÚKLID OSOBNÍCH VĚCÍ
	10:00 PSYCHOTERAPEUTICKÁ SKUPINA	13:30 PACIENTSKÝ KLUB

Zdroj: (harmonogram koedukovaného oddělení 30). Upraveno autorkou

Zelená skupina

Zde jsou hospitalizovaní pacienti s psychotickým onemocněním a plánem propuštění do přirozeného rodinného prostředí.

Tabulka č.2 Harmonogram aktivit Koedukovaného oddělení 30

	RÁNO	ODPOLEDNE
PO	9:00 KOMUNITA	13:00 RELAXACE
	10:00 LÉČEBNÝ TĚLOCVIK	
	11:00 TÉMATICKÁ SKUPINA	13:30 PACIENCKÝ KLUB
ÚT	9:00 KOMUNITA	
	10:00 VIZITA	13:00 PSYCHOTERAPEUTICKÁ SKUPINA
	10:00 CENTRÁLNÍ TERAPIE	
ST	9:00 KOMUNITA	13.00 ÚKLID OSOBNÍCH VĚCÍ
	10:00 PSYCHOGYMNASTIKA (PAVILON 4)	13:30 REHABILITAČNÍ CHŮZE
ČT	9:00 KOMUNITA	13:30 NÁCVIK K OSAMOSTATNĚNÍ
	11:00 INTEGROVANÝ PROGRAM (PAVILON 4)	
PÁ	9:00 KOMUNITA	13:00 ARTETERAPIE
	10:00 ÚKLID OSOBNÍCH VĚCÍ	
	10:30 MUZIKOTERAPIE	

Zdroj: (harmonogram koedukovaného oddělení 30). Upraveno autorkou

Modrá skupina

Zde jsou hospitalizovaní pacienti s psychotickým onemocněním a s plánem propuštění do chráněného bydlení.

Tabulka č. 3 Harmonogram aktivit Koedukovaného oddělení 30

	RÁNO	ODPOLEDNE
PO	9:00 KOMUNITA	13.00 RELAXACE
	10:00 KOGNITIVNÍ AKTIVITY	13:30 PACIENTSKÝ KLUB
ÚT	9:00 KOMUNITA	13: 00 HUDEBNÍ AKTIVITY
	10:00 VIZITA	
	10:00 CENTRÁLNÍ TERAPIE	
ST	9:00 KOMUNITA	13:00 CENTRÁLNÍ TERAPIE
	10:00 ÚKLID OSOBNÍCH VĚCÍ	
ČT	9:00 KOMUNITA	13:00 PSYCHOTERAPEUTICKÁ SKUPINA
	10:00 MUZIKOTERAPIE	
	11:00 LÉČEBNÝ TĚLOCVIK	
PÁ	9:00 KOMUNITA	13:00 ÚKLID OSOBNICH VĚCÍ
	9:45 ARTETERAPIE	13:30 REHABILITAČNÍ CHŮZE

Zdroj: (harmonogram koedukovaného oddělení 30). Upraveno autorkou

Červená skupina

V té skupině jsou zařazeni pacienti s afektivní poruchou, neurotickou poruchou a poruchou osobnosti.

Tabulka č.4 Harmonogram aktivit Koedukovaného oddělení 30

	RÁNO	ODPOLEDNE
PO	9:00 KOMUNITA	
	10:00 PSYCHOTERAPEUTICKÁ SKUPINA	13:00 CENTRÁLNÍ TERAPIE VŠECHNY DÍLNY
ÚT	9:00 KOMUNITA	
	10:00 VIZITA / KOŠÍKÁŘSKÁ DÍLNA	13:00 RELAXACE
ST	9:00 KOMUNITA	
	10:00 ÚKLID OSOBNÍCH VĚCÍ	13:00 PACIENTSKÝ KLUB
	10:30 ARTETERAPIE	
ČT	9:00 KOMUNITA	13:00 CENTRÁLNÍ TERAPIE VŠECHNY DÍLNY
	10:00 PACIENTSKÝ KLUB	
PÁ	9:00 KOMUNITA	13:00 ÚKLID
	10:00 LÉČEBNÝ TĚLOCVIK	13:30 PACIENTSKÝ KLUB
	10:30 MUZIKOTERAPIE	

Zdroj: (harmonogram koedukovaného oddělení 30). Upraveno autorkou

Oranžová skupina

Zde jsou hospitalizovaní pacienti s duální diagnózou psychotickým onemocněním a plánem propuštění do přirozeného rodinného prostředí.

Tabulka č. 5 Harmonogram aktivit Koedukovaného oddělení 30

	RÁNO	ODPOLEDNE
PO	9:00 KOMUNITA	
	10:00 PAPÍRENSKÁ A KOŠÍKÁŘSKÁ DÍLNA (CKI)	13:00 ARTETERAPIE
ÚT	9:00 KOMUNITA	
	10:00 VIZITA CENTRÁLNÍ TERAPIE	13:00 HUDEBNÍ AKTIVITY
ST	9:00 KOMUNITA	
	10:00 ÚKLID OSOBNÍCH VĚCÍ	13:00 PRACOVNÍ TERAPIE /CT
ČT	9:00 KOMUNITA	13:00 RELAXACE
	10:00 MUZIKOTERAPIE	13:30 PACIENTSKÝ KLUB
PÁ	9:00 KOMUNITA	
	10:00 LÉČEBNÝ TĚLOCVIK	13:00 PSYCHOTERAPEUTICKÁ
	10:30 ÚKLID OSOBNÍCH VĚCÍ	SKUPINA

Zdroj: (harmonogram koedukovaného oddělení 30). Upraveno autorkou

sociální rehabilitaci a pacient je případně zařazen do cvičného bytu a navštěvuje např. Centrum duševního zdraví, Sociální firmu- prádelna.

4.2 Struktura léčby v Psychiatrické nemocnici Bohnice

AKUTNÍ PÉČE I.

Centrální příjem pacientů

Příjmové oddělení (pavilon 27- přízemí)

Oddělení pro léčbu afektivních poruch (pavilon 27- I. Patro)

AKUTNÍ PÉČE II.

Příjmové oddělení pro muže (pavilon 26)

AKUTNÍ PÉČE III.

Příjmové oddělení pro muže a ženy (pavilon 1)

Koedukovaný psychoterapeutický Denní stacionář III (pavilon 3)

Psychoterapeutické koedukované oddělení (pavilon 3)

AKUTNÍ PÉČE IV.

Všeobecné příjmové koedukované oddělení (pavilon 23)

ZÁVISLOSTI ŽENY

Příjmové oddělení pro ženy léčící se ze závislosti na návykových látkách (pavilon 8)

Oddělení následné režimové péče pro ženy léčící se ze závislosti na návykových látkách (pavilon 7)

Koedukované oddělení pro léčbu duálních diagnóz (pavilon 16)

ZÁVISLOSTI MUŽI

Příjmové oddělení pro muže léčící se ze závislosti na návykových látkách (pavilon 31)

Oddělení následné režimové péče pro muže léčící se ze závislosti na návykových látkách (pavilon 18)

Režimové oddělení následné péče pro nemocné trpící závislostí na návykových látkách (pavilon 35)

OCHRANNÉ LÉČBY

Režimové oddělení pro pacienty s nařízenou ochrannou léčbou sexuologickou (pavilon 5)

Příjmové oddělení pro pacienty s nařízenou ochrannou léčbou psychiatrickou, protialkoholní, protitoxikomanickou nebo kombinovanou (pavilon 17)

NÁSLEDNÁ PÉČE I.

Oddělení následné péče pro muže do 65 let (pavilon 20)

Oddělení následné péče pro muže a ženy do 65 let (pavilon 21)

Koedukované oddělení následné péče pro nemocné do 65 let (pavilon 30)

NÁSLEDNÁ PÉČE II.

Oddělení následné péče (pavilon 14)

Oddělení následné péče (pavilon 15)

Oddělení následné péče (pavilon 33)

NÁSLEDNÁ PÉČE III.

Resocializační oddělení pro muže do 65 let (pavilon 11)

Resocializační oddělení pro ženy do 65 let (pavilon 12)

Resocializační oddělení pro muže do 65 let (pavilon 13)

GERONTOPSYCHIATRIE AKUTNÍ PÉČE

Příjmové oddělení pro muže a ženy nad 65 let (pavilon 29)

Příjmové oddělení pro nemocné nad 65 let (pavilon 32)

GERONTOPSYCHIATRIE NÁSLEDNÁ PÉČE

Oddělení následné péče pro ženy nad 65 let (pavilon 9)

Oddělení následné péče pro pacienty a pacientky nad 65 let (pavilon 10)

Oddělení následné péče pro pacienty nad 65 let (pavilon 24)

ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PÉČE

Zdravotně-sociální péče pavilon (pavilon 34)

DĚTSKÉ ODDĚLENÍ

Příjmové oddělení pro chlapce a dívky (pavilon 28)

INTERNÍ ODDĚLENÍ

Interna (pavilon 22)

Léčebna dlouhodobě nemocných (pavilon 25)

KOMUNITNÍ PÉČE

Centrum krizové intervence (CKI)

Centrum duševního zdraví Praha 8 (CDZ 8)

Centrum terapeutických aktivit (CTA)

Centrum psychosociálních služeb (CPS)

Ambulance a denní stacionář

RENTGENOLOGIE

Radiologické oddělení (pavilon 6)

REHABILITACE

Centrum psychosomatické rehabilitace a fyzioterapie (pavilon 4)

Fyzioterapie

Ergoterapie

Kinezioterapie

Logoterapie

Hipoterapie

4.3 Průběh výzkumu

S každým pacientem jsem pracovala komplexním způsobem. Při první setkání proběhl anamnestický rozhovor, polostrukturovaný rozhovor na základě tabulky sociálních dovedností a dále byl proveden Addenbrowský kognitivní test.

Kognitivní test je komplexní test, který se zaměřuje na zjištění kognitivního deficitu. Zaměřuje se na tyto oblasti kognitivních funkcí pozornost a orientace, paměť slovní produkce, jazyk, zrakově prostorové schopnosti. Nejvyšší skóre testu je 100 bodů. Hranice pro zjištění kognitivního deficitu je 88 bodů. Test je složen z pěti částí a ještě součástí tohoto testu je test MMSE, který se využívá pro diagnostikování demence. Délka trvání testu je 20-30 minut. Test je nutné provádět v klidném a nerušeném prostředí z důvodu, že se pacient musí více soustředit. První část testu se využívá pro zjištění kognitivního deficitu pozornosti. Tato část má nejvyšší bodové ohodnocení 18 bodů. Druhá část testu se zaměřuje na zjištění kognitivního deficitu paměti. Nejvyšší bodové ohodnocení této části je 26 bodů. Třetí část testu je zaměřena na zjištění kognitivního deficitu slovní produkce pacient a nejvyšší bodové ohodnocení je 14 bodů. Čtvrtá část je zaměřena na zjištění kognitivního deficitu v oblasti Jazyka a nejvyšší bodové ohodnocení je 26 bodů. Poslední částí testu jsou zrakově-prostorové schopnosti. Nejvyšší bodové ohodnocení této části je 16 bodů. Kognitivní test je přiložen v příloze č. 3.

Poté jsem s pacienty pracovala individuálně i skupinově formou teoretických cvičení, formou praktického nácviku, edukačních a motivačních pohovorů. Při práci s pacienty jsem využila aktivní naslouchání dotazování, pozorování, rozhovor, individuální plánování, empatii, akceptování a respektování. V průběhu své práce jsem

v práci s pacienty využila socioterapeutických přístupů. Nejvíce jsem pro práci s pacienty využila přístupu orientovaného na klienta, protože přístup orientovaný na klienta je zaměřen na kongruenci, opravdovost, bezpodmínečnou pozitivní vazbu a empatii, aktivní naslouchání a autentické přátelství (Navrátil, 2001).

Dále jsem se snažila využít i jiné socioterapeutické přístupy např. kognitivně-behaviorální přístup a přístup orientovaný na úkoly. Při využití kognitivně-behaviorálního přístupu bylo velkou nevýhodou, že si pacient si neuvědomoval, že má nějaké obtíže a v průběhu terapie nespolupracují, proběhlo jen 5 sezení a terapie byla ukončena z důvodu nespolupráce pacienta.

Dále jsem aplikovala v práci s pacienty přístup orientovaný na úkoly, tento přístup se ukázal také jako méně vhodný, protože pacienti s psychotickým onemocněním hodně zapomínají a nejsou schopni plni zadané úkoly. Dalším nejvíce využitým přístupem byl psychosociální přístup, protože tento přístup je zaměřen na vztah pacienta a terapeuta a také se souběžně zaměřuje na řešení problémů v prostředí a posilování vnitřní rovnováhy intrapsychických sil. Základními prostředky jsou vedení klienta k jasnému vnímání externí reality a vedení ke vnímání vnitřní reality klienta (Navrátil, 2001).

Dále jsem práci s pacienty využila tyto základní postoje sociálního pracovníka

- 1) Individualizace - v práci s pacienty jsem uznávala vlastní jedinečné kvality pacientů a z toho vyplýval individuální a komplexní přístup k pacientům bez stereotypů a předsudků.
- 2) Nehodnotící postoj – v práci s pacienty jsem využila nemoralizování což je nepřipisování pacientům vinu za jejich opakované selhávání v sociálních dovednostech. Dále jsem při práci nehodnotila osobnost pacientů, ale pouze jsem hodnotila jejich jednání a chování a snažila jsem jí vysvětlit a objasnit z jakých situací v z dětství jejich chování a jednání pramení.
- 3) Zachovávání důvěrnosti vztahu – tento postoj jsem zvolila z důvodu získání pocitu bezpečí a jistoty.
- 4) Vstřícnost – tento postoj jsem zvolila z důvodu získání pocitu bezpečí, jistoty a sebedůvěry pacientů.
- 5) Přátelskost – jsem zvolila z důvodu získání pocitu důvěry.

- 6) Vyjadřování pocitů – uznávala a podporovala jsem potřebu pacientů volně vyjádřit své pocity, myšlenky jak negativní tak pozitivní.
- 7) Kontrolovaná emoční angažovanost – tento postoj jsem zvolila pro nastavení hranic v terapeutickém vztahu.
- 8) Sebeurčení – respektovala jsem právo pacientů a potřebu se svobodně rozhodovat a vybírat si mezi možnostmi.
- 9) Akceptace – snažila jsem se vnímat pacienty, takové jaké jsou, včetně jejich slabých a silných stránek, podporovala jsem vědomí pacientů, vnitřní důstojnost a jejich hodnoty a přání.
- 10) Opravdovost – mé chování bylo v souladu s mým prožíváním a díky tomu pacienti získali pocit důvěryhodného a kvalitního terapeutického vztahu.
- 11) Podporování pacientů – podporovala jsem klientku v její soběstačnosti, rozhodování
- 12) Diskrétnost – (důvěryhodnost sdělení) – v práci s pacienty jsem zachovávala důvěryhodnost informací o pacientech. Diskrétnost je nejen základní právem pacientů a etickým závazkem terapeuta, ale i základem efektivní práce s pacienty.
- 13) Empatie – snažila jsem se vcítit do pocitů a těžké situace pacientů, aby pacienti mohli lépe získat důvěru a bezpečí.

5. Výsledky

IFORMANT 1

Žena ve věku 36 let. V Psychiatrické nemocnici Bohnice hospitalizována poprvé. Do Psychiatrické nemocnice Bohnice přijata v březnu 2016. Před tím opakovaně hospitalizována na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, celkem 4 pobyty. Pacientka léčena od roku 2014. Dlouho byla sledována pro diagnózu porucha osobnosti s depresivně úzkostnou symptomatologií. Nyní od ledna 2016 již s dg. nediferencovaná schizofrenie. Pacientka opakovaně selhává v sociálních situacích. Nyní nově od roku 2016 invalidizována. V Psychiatrické nemocnici Bohnice byla hospitalizována na Koedukovaném oddělení následné péče pro nemocné do 65 let – oddělení 30. Po té byla v rámci tohoto oddělení umístěna do cvičného bytu a zařazena do modré skupiny s plánem propuštění do chráněného bydlení. Docházela na aktivity

do Centra psychosociálních služeb, Centra psychosomatické rehabilitace a Centra socioterapeutických aktivit - Chráněných socioterapeutických dílen. Před nástupem do chráněného bydlení klientka zlomila PHK v zápěstí. Byla vystavena těžké životní situaci, zhoršení zdravotního stavu své nevlastní matky a předpokládanému jejímu úmrtí. Pacientka v tomto období apatická, spavá, úzkostná, depresivní a s velkými obavami, pobyt v chráněném bydlení nezvládne a nelíbili se jí lidé a režim v chráněném bydlení, tak tento pobyt odmítla. Následkem toho byla přeložena na Resocializační oddělení pro ženy do 65 let (pavilon 12). Nyní Pacientka dochází do Centra Psychosociálních služeb dále do Centra terapeutických aktivit – do chráněných socioterapeutických dílen a do Centra psychosomatické rehabilitace Peer klub, Sociální firma – prádelna. V této sociální firmě si pacientka může přivydělat a pokračovat v práci i po propuštění do chráněného bydlení.

První kontakt s pacientkou

Nejprve jsme se s pacientkou vzájemně představily. Poté jsem pacientku seznámila s pravidly, náplní a zaměřením Sociální rehabilitace. Pacientka zpočátku tichá, úzkostná. Pochvíli se rozhovořila o svých obtížích, nechala jsem pacientku hovořit a dělala jsem si poznámky k sestavení anamnézy. V průběhu rozhovoru na mě klientka působila nervózně, ustrašeně. Chyběl jí vnitřní pocit bezpečí a jistoty a emoční stabilita a vysoká míra frustrační tolerance a odolnost vůči stresu. Proto opakovaně selhává ve zvládání sociálních situací.

Proveden test kognitivní funkcí ACE: Celkové skóre 100/73, Pozornost a orientace 18/14, Paměť 26/10, Slovní produkce 14/10, Jazyk 26/23, Zrakově prostorové schopnosti 16/16.

Ve fázi plánování byly u klientky pozorovány a zjištěny tyto obtíže.

Snížené sebevědomí, nervozita, depresivní a úzkostné prožívání, obtížné rozhodování, pesimismus a negativní vztah k sobě samé, odmítání sebe, nezaměstnanost – tudíž nižší finanční příjem, snížená frustrační tolerance, snížená odolnost vůči stresu, vnitřní neklid.

Poté byly společně s pacientkou stanoveny základní cíle, které podpoří cíle dílčí. A poté byly vybrány tři nejdůležitější dílčí cíle.

Základní cíle: kontakt se sociálním prostředím - začlenění se do kolektivu lidí, zvýšení sebevědomí, získání vnitřního pocitu bezpečí a jistoty.

Anamnéza

Osobní anamnéza:

Pacientka ve věku 36 let menší postavy, měří 150 cm a váží 65 kg. Pacientka má nyní diagnostikovanou nediferencovanou schizofrenii. Povahově je klientka spíše introvertní, individualistická a samotářská. Mezi její zájmy patří opalování, čtení, vyšívání, kreslení mandal.

- a) Mravní vlastnosti - pacientka odpovědná, svědomitá, pravdomluvná, skromná, tolerantní.
- b) Pracovní vlastnosti - v práci vždy pracovitá a spolehlivá, pilná, iniciativní.
- c) Vztah k lidem - pacientka si některými lidmi je schopna vytvořit kladný altruistický vztah po delším poznávání druhého člověka a získání jistoty a důvěry ve vztahu.
- c) Vytrvalost - v manuálních činnostech je vytrvalost pacientky velmi dobrá. Při činnostech emočně a psychicky náročných činnostech je u pacientky viditelná únava a nejistota. Tudíž v psychické zátěži je vytrvalost klientky slabší.
- d) odolnost vůči stresu - pacientka má snížený frustrační práh.
- e) kontrola a řízení temperamentových vlastností - pacientka bázlivá, nervózní. Dále má výrazné obavy a úzkosti. Pacientka obtížně nalézá důvěru k ostatním lidem. Náladu má pacientka posmutnělou.
- f) Sebehodnocení - pacientka má nízké sebevědomí, obtížně nalézá vlastní hodnotu a vytváří si pozitivní vztah k sobě samé. Pacientka zatím nedokáže nalézt pocit bezpečí a důvěry v sebe sama.

Rodinná anamnéza

Matka vlastní 56 let, léčena ambulantně pro schizofrenii, otec vlastní 56 let, řidič z povolání, je po operaci kolenního kloubu. Nevlastní matka 52 let, léčena pro nádorové onemocnění, aktuálně byla po transplantaci kostní dřeně, pro znovu vzplanutí nádorového onemocnění v říjnu 2016 zemřela. Pacientka má dva bratry. Martina o 3 roky mladšího a Roberta o 13 let staršího, který nyní žije v Anglii. Pacientka je svobodná, bezdětná, nyní bez přítele. Před 4 roky měla partnera, bydleli spolu rok ve společné domácnosti. Po roce společného soužití vztah skončil. Pacientka udává, že o tom nechce mluvit.

Pracovní anamnéza

Pacientka ukončila základní vzdělání v roce 1995. Poté se klientka vyučila servírkou. Vyučení ukončeno v roce 1998. Poté nemohla sehnat práci. Docházela na různé brigády. Uklízela v kancelářích, což jí velmi bavilo. Nyní přiznán ID stupně, který však klientka nemá vyplácen z důvodu nesplnění požadované doby odpracovaných let. Tudíž nyní pobírá hmotnou nouzi. Pacientka je hlášena na úřadu práce. Obor práce si zvolila uklízení, protože jí to baví.

Zdravotní anamnéza

Pacientka trpěla v dětství běžnými dětskými nemocemi, které proběhly bez větších komplikací. Dále pacientka prodělala průšnice a zápal plic. V mladším školním věku ji uštknul had. Dále prodělala autonehodu. Také klientka trpěla opakovanými záněty močových cest. Menarche pravidelné, prodělala zánět vaječníku. Dále v roce 2011 konizace děložního čípku. Pacientka je levák a byla snaha o přeučení a následně klientka začala koktat. Dále pacientka trpí na bolesti zad. Pacientka má skoliózu. Před 2 lety vyšetřena pro vertebrogení algický syndrom krční páteře, dále CT páteře, bez patologického nálezu CT mozku 3/2016: kortikální atrofie lehkého stupně, především bifrontálně a frontoparietálně oboustranně.

Sociální anamnéza

Pacientku v dětství v období 4 let, kdy docházela do mateřské školy, vychovávali prarodiče. Několikrát se v dětství stěhovala a také v dospělosti. V dospělosti bydlela v Černošicích na ubytovně. Předtím u biologické matky. Dále chvíli u otce a nevlastní matky. Poté taky s přítelem 1 rok. Sociální zázemí bylo nestabilní. Dluhy klientka nemá. Pobírá hmotnou nouzi jinak bez finančních prostředků.

Tabulka č. 6 Sociální dovednosti - Informantka 1: vstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacientka činnost zvládne s mírným strachem a úzkostí. Občas na některé své povinnosti zapomene a domluví si další schůzky.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacientka zvládne činnost bez obtíží.
Pravidelné brání léků	Pacientka zvládne brát léky bez obtíží.
Nakupování	Pacientka činnost zvládne pouze, když není v psychické zátěži a stresu. Při větší psychické zátěži a stresu selhává.
Hospodaření s penězi	Pacientka je v obtížné finanční situaci. Má hmotnou nouzi.
Orientace, pohyb ve městě	Pacientka zvládne bez obtíží.
Společenské kulturní akce	Návštěvu kulturních a společenských akcí pacientka zvládne bez obtíží.
Práce, postoupení pohovoru	Pacientka pracovala 18 hodin denně, nemá stanoveny hranice, udávala obavy z přijímacího pohovoru.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacientka úzkostná, bázlivá spíše samotářská. Pacientce dlouho trvá, než s někým naváže přátelský nebo partnerský vztah.
Návštěva lékaře	Pacientka na návštěvu lékaře občas zapomene.
Péče o domácnost	Pacientka činnost zvládne pouze, když není v psychické zátěži a stresu. Při větší psychické zátěži a stresu selhává.
Vaření, zdravé a pravidelné stravování, dodržování pitného režimu	Pacientka činnost zvládne pouze, když není v psychické zátěži a stresu. Při větší psychické zátěži a stresu selhává.
Přístup k vlastní osobě	Pacientka se nemá ráda, nevěří si, obtížně se rozhoduje, má obtíže vyjádřit svůj názor a projevit, že s někým nesouhlasí.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacientka činnost zvládne s mírnou úzkostí a strachem.

Zdroj: vlastní výzkum

Plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyť v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
 - a) Pravidelné propustky do rodinného prostředí a pravidelné návštěvy rodiny.
 - b) Centrum psychosociálních služeb.
- 2) Trénink v nácvikových skupinách, které se zaměřují na nácvik instrumentálních ADL
 - A) trénink komunikace - trénink asertivního chování a jednání

- B) tréninková kuchyňka - nácvik vaření, nakupování, organizace práce, mytí nádobí, úklidu, společné stolování.
- C) trénink všedních denních činností
 - a) poradna pro bydlení,
 - b) poradna pro práci,
- 3) Centrum sociálně terapeutických aktivit
Chráněné socioterapeutické dílny
 - a) papírenská dílna
 - b) textilní dílna
 - c) šperkařská dílna
- 4) Centrum psychosomatické rehabilitace
 - a) fyzioterapie – posílení a uvolnění zádových svalů, rekonvalescence po fraktuře pravého zápěstí - měkké techniky, vodoléčba, rozcvičení a uvolnění pravé horní končetiny
 - b) ergoterapie - kognitivní trénink a nácvik soběstačnosti, instrumentálních ADL
 - c) pohybová terapie – procházky v parku
- 5) Sociální firma – Prádelna u Mandelíků

Cíl sociální rehabilitace

- a) zvýšení sebevědomí
- b) získání pocitu bezpečí a jistoty
- c) uvědomění si vlastní hodnoty
- d) zlepšení kognitivních funkcí
- e) vytvoření si kladného vztahu k sobě i ostatním
- f) začlenění se do kolektivu lidí
- g) samostatnost v denních činnostech
- h) samostatné zvládnutí sociálních situací

Zhodnocení plánu sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyť v PNB na oddělení následné péče - resocializace
Pacientka se na resocializačním oddělení nyní zadaptovala.
- 2) Plánované pravidelné do rodinného prostředí a pravidelné návštěvy rodiny
Propustky pro klientku byly nyní náročné. Z důvodu těžké životní situace – úmrtí nevlastní matky. Klientka udávala, že s otcem třídili oblečení po mamince a bylo to pro klientku moc náročné. Pociťovala smutek, úzkosti a nejistotu.

3) Centrum psychosociálních služeb

Trénink v nácvikových skupinách, které se zaměřují na nácvik instrumentálních ADL.

- a) Trénink komunikace - trénink asertivního chování a jednání. Klientka lépe zvládá komunikaci. Je schopna si beze strachu říci co chce a jak to chce.
- b) Tréninková kuchyňka - nácvik vaření, nakupování, organizace práce, mytí nádobí, úklidu, společné stolování. Klientka umí velmi dobře vařit a tuto nácvikovou skupinu navštěvuje z důvodu, získání jistoty, že je schopna se bez obtíží postarat o celou domácnost. Po 14 denním nácviku je si klientka činnostmi jistější.
- c) Trénink všedních denních činností - klientka do této skupiny opět dochází pro získání pocitu jistoty, že všechny činnosti bez obtíží zvládne.
- d) Poradna pro bydlení.
- e) Poradna pro práci.
- f) Terapeutické pracoviště čajovna, po nácviku na tom to pracovišti, přejít k nácviku v restauraci.

4) Centrum sociálně terapeutických aktivit

Chráněné socioterapeutické dílny

Socioterapeutické dílny byly klientce indikovány z důvodu, získání pracovních návyků, začlenění do skupiny lidí, zvýšení sebevědomí, získání jistoty a bezpečí. Klientka terapeutické dílny navštěvuje velmi ráda, práce v dílnách ji moc baví. Už se tolik nebojí být mezi více lidmi. Do kolektivu se zpočátku bála zapojit, nyní už získala odvalu a jistotu. Pacientka navštěvuje tyto dílny:

- a) papírenská dílna,
- b) textilní dílna,
- c) šperkařská dílna,

5) Centrum psychosomatické rehabilitace

a) Fyzioterapie

Pacientka docházela na fyzioterapii nejprve z důvodu vertebrogeního algického syndromu. Pacientka neustále ve svalovém napětí. Dále pacientka udávala bolesti hlavy a krku. Při rehabilitaci nedošlo k relaxaci a uvolnění svalů. Tudíž přetrvávaly bolesti. Léčebná rehabilitace pomohla jen částečně. Poté na rehabilitaci

docházela z důvodu rekonvalescence po zlomenině zápěstí. Byla indikována vodoléčba a měkké techniky. Pacientce bolesti ustoupily jen mírně.

b) Ergoterapie

Nácvik soběstačnosti ve všedních denních činnostech, kognitivní trénink, nácvik zvládnání stresových situací, komunikace, nácvik plánování denního režimu orientace v mapě, vyhledávání vlakových autobusových spojení, poradenství v oblasti bydlení a práce - vyhledávání pracovních nabídek a chráněného bydlení na PC, rozvíčování PHK. U klientky došlo ke zlepšení kognitivních funkcí, lépe zvládá soběstačnost a udává mírnější bolesti PHK a ruku začíná více zatěžovat.

c) Pohybová terapie

Procházky po parku klientka se velmi ráda prochází. Pacientka udává, že jí procházka dělá dobře a vždy se hodně uvolní.

Cíl sociální rehabilitace

- a) Zvýšení sebevědomí – pacientka si začala důvěřovat a dokáže se správně rozhodnout.
- b) Získání pocitu bezpečí a jistoty – pacientka si je jistější a díky pocitu bezpečí a jistoty je schopna lépe zvládat stres a životní situace.
- c) Uvědomění si vlastní hodnoty – pacientka si uvědomila, že je plnohodnotný člověk.
- d) Zlepšení kognitivních funkcí – zpočátku si klientka pamatovala 5 slov, obtížně se soustředila a měla obtíže s logickým myšlením. Po nácviku se u klientky krátkodobá paměť zlepšila a pacientka si zapamatuje 35 slov. Logické myšlení mírně zlepšeno.
- e) Vytvoření si kladného vztahu k sobě i ostatním.
- f) Začlenění do kolektivu lidí - pacientka se více začleňuje do kolektivu lidí, navštěvuje dílny terapie, kde je více lidí a více s nimi navazuje kontakt. Dále dochází do Peer klubu, maluje a vybarvuje obrázky, pacientce byla uspořádána výstava a na které i přede všemi mluvila.
- g) Samostatnost v denních činnostech a samostatné zvládnání sociálních situací: pacientka si je v denních činnostech jistější tudíž dokáže samostatně fungovat.

Tabulka č. 7 Sociální dovednosti – Informantka 1: výstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacientka činnost zvládne s mírným strachem a úzkostí. Občas na některé své povinnosti zapomene a domluví si další schůzky.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacientka činnost zvládne bez obtíží.
Pravidelné brání léků	Pacientka činnost zvládne bez obtíží.
Nakupování	Pacientka si důvěřuje a činnost zvládne.
Hospodaření s penězi	Pacientka je v obtížné finanční situaci. Má hmotnou nouzi.
Orientace, pohyb ve městě	Pacientka činnost zvládne bez obtíží.
Společenské kulturní akce	Pacientka činnost zvládne bez obtíží.
Práce, postoupení pohovoru	Pacientka si začala důvěřovat a činnost zvládne.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacientka je schopna navazovat kontakt s ostatními lidmi, začlenit se do kolektivu lidí, mluvit před větší skupinou lidí.
Návštěva lékaře	Pacientka činnost zvládne bez obtíží
Péče o domácnost	Pacientka si důvěřuje a činnost zvládne.
Vaření, zdravé stravování a dodržování pitného režimu	Pacientka zvládne.
Přístup k vlastní osobě	Pacientka se má ráda, začala si důvěřovat a ví kde, jsou její hranice.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacientka činnost zvládne bez obtíží.

Zdroj Vlastní výzkum

Výstupní test kognitivní funkcí ACE: Celkové skóre 89/100, Pozornost a orientace 18/18 Paměť 18/26, Slovní produkce 13/14, Jazyk 24/26, Zrakově prostorové schopnosti 16/16

INFORMANT 2

Představení klientky

Pacientka ve věku 60 let s diagnózou paranoidní schizofrenie. Pacientka poprvé začala mít psychické obtíže v období rozvodu. Pacientka byla nejprve hospitalizována na oddělení 14 od června 2015 a poté byla přeložena na Koedukované oddělení následné péče pro nemocné do 65 let – oddělení 30. Nejprve 3 měsíce byla na lůžkové části oddělení 30 poté, byla zařazena do cvičného bytu, kde začala probíhat příprava na propuštění do chráněného bydlení.

První kontakt s klientkou

Nejprve jsme se s pacientkou vzájemně představily. Poté jsem pacientku seznámila s pravidly, náplní a zaměřením Sociální rehabilitace. Pacientka zpočátku měla skleslou náladu a působila bezradně. Pochvilí začala mluvit o svých obtížích, nechala jsem pacientku hovořit a dělala jsem si poznámky k sestavení anamnézy. Poté jsem s pacientkou provedla addenbrookský kognitivní test. V průběhu rozhovoru na mě pacientka působila nervózně, nejistě a bezradně. Pacientka obtížně nacházela vnitřní pocit bezpečí, jistoty, emoční stabilitu vlastní hodnotu. Pacientka má nízkou odolnost vůči stresu a nízkou míru frustrační tolerance. Proto opakovaně selhává ve zvládnání sociálních situací.

Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacientka ve věku 60 let menší postavy, měří 156 cm a váží 80 kg. Pacientka má nyní diagnostikovanou paranoidní schizofrenii. Povahově je klientka spíše introvertní, přátelská. Mezi její zájmy patří vaření, luštění osmisměrek, péče o vnoučata, procházky s přítelem.

- d) Mravní vlastnosti - pacientka svědomitá, odpovědná, pravdomluvná, skromná, tolerantní.
- e) Pracovní vlastnosti - v práci vždy pracovitá a spolehlivá, pilná, iniciativní.
- f) Vztah k lidem - pacientka je schopna vytvořit kladný altruistický
- d) Vytrvalost – pacientka méně vytrvalá, při činnosti hodně unavená.

- e) Odolnost vůči stresu - pacientka má snížený frustrační práh.
- f) Kontrola a řízení temperamentových vlastností - pacientka má strach a úzkosti, že se příznaky schizofrenie nezlepší. Dále má hlasy. Pacientka obtížně nalézá důvěru v sebe, proto jí činí obtíže zvládat životní situace. Pacientka vyčerpaná, nešťastná, bezradná. Náladu má pacientka pokleslou a posmutnělou.
- g) Sebehodnocení - pacientka má nízké sebevědomí, obtížně nalézá vlastní hodnotu a vytváří si pozitivní vztah k sobě samé. Pacientka zatím nedokáže nalézt pocit bezpečí a důvěry v sebe sama a začít věřit tomu, že se její zdravotní stav zlepší a bude moci být propuštěna do chráněného bydlení.

Zdravotní anamnéza

Pacientka v dětství proděla běžné dětské nemoci např. virózy, angíny, plané neštovice. Nemoci proběhli bez vážnějších komplikací. Pacientka porodila 2 zdravé děti syna a dceru. Oba porody proběhly fyziologicky a bez komplikací. Operace a úrazy pacientka neguje. Alergie pacientka neguje včetně polékových. Alkohol pacientka nepije, protože užívá léky, drogy nikdy nebrala. Pacientka celkem hodně kouří. Vykouří 1 krabičku za den, poté trpí na silný dráždivý kašel.

Rodinná anamnéza

Matka zemřela v 81 letech na pooperační komplikace po operaci kýly, v 06/2010. Pracovala jako uklízečka. Otec zemřel v 60 letech, zabil se v autě. Vyučil se zámečnickem, po té pracoval jako dělník. Pacientka má dva sourozence bratra a sestru. Bratr 47 let je vyučený zámečnickem. Léčí se s diagnózou diabetus melitus. Sestře je 63 let, po totální hysterektomii, nyní zdráva. Pacientka má dvě děti 2 děti syna a dceru. Dceři je 31 let a synovi 29 let. Oba jsou zdraví. Dcera má dvě děti syna 5 roky a dceru 8 let. Syn má dva syny 2, 4 roky. Pacientka rozvedená dcera do 18 let byla v péči pacientky a syn v péči otce. Psychiatrickou hereditu neguje.

Pracovní anamnéza

Pacientka ukončila základní vzdělání v roce 1964. Poté nastoupila do středního odborného učiliště. Začala studovat obor prodavačka, ale studium nedokončila. Invalidizována z psychiatrické indikace od roku 1993. Pacientka pobírá invalidní důchod 3. stupně. Dříve pracovala na Junově statku v Sedlci jako pokojská. Pacientka měla zkrácený úvazek a pracovala na 5 hodin denně.

Sociální anamnéza

Pacientka měla vztahy s rodiči dobré. Byla 4 roky vdaná, ale s manželem se rozvedla, protože pil, pacientce byl nevěrný a velmi často se hádali, párkrát pacientku uhodil. S bratem a sestrou se pacientka stýká. Oba pacientku navštěvují. A pacientka chodí k dceři a synovi na propustky. Dcera a syn pacientku také navštěvují. Pacientka hlídá dceři děti. Dluhy pacientka, žádné nemá.

Tabulka č. 8 Sociální dovednosti – Informantka 2: vstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacientka spíše pasivnější. Občas na některé své povinnosti zapomene a domluví si další schůzky.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacientka MHD využívá, v síti MHD se orientuje, když cestuje v dopravních prostředcích více lidí pociťuje mírnou úzkost.
Pravidelné brání léků	Pacientka na brání léků občas zapomíná.
Nakupování	Pacientka chodí nakupovat s přítelem. Činnost zvládne.
Hospodaření s penězi	Pacientka činnost zvládne.
Orientace, pohyb ve městě	Pacientka činnost zvládne s mírnými obtížemi.
Společenské kulturní akce	Pacientka zvládne s mírným strachem a úzkostí.
Práce, postoupení pohovoru	Pacientka zvládne s mírným strachem a úzkostí.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacientka se lidí obává, pociťuje úzkosti, obavy a nervozitu v kontaktu s lidmi.
Návštěva lékaře	Pacientka na návštěvu lékaře občas zapomíná.
Péče o domácnost	Pacientka udává, že domácí práce zvládne. Ve cvičném bytě pacientce dělá uklízení pokoje obtíže. Přes den v osobním volnu je pacientka pasivní často leží v posteli a spí. Pacientka rychle unavitelná a hodně vyčerpaná.
Vaření, zdravé stravování a dodržování pitného režimu.	Pacientka vaří ráda je zvyklá si připravovat jídlo, s přítelem si u něj na bytě vaří. Má obtíže se zdravou a pravidelnou stravou.
Přístup k vlastní osobě	Pacientka obtížně nachází kladný vztah k sobě. Pacientka si nevěří, podceňuje se, že není schopna dosáhnout zlepšení svého zdravotního stavu.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacientka se obává kontaktu s ostatními lidmi, při jednání s úředníky je nervózní a úzkostná. S vyplňováním formulářů má pacientka z důvodu nesoustředěnosti obtíže.

Zdroj: vlastní výzkum

Plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyt v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
- 2) Plánované pravidelné propustky do rodinného prostředí
- 3) Pobyt ve cvičném bytě u oddělení 30
- 4) Centrum psychosociálních služeb
Poradna pro bydlení - příprava na chráněné bydlení
Pracovní poradna
- 5) Bonna – Příprava na chráněné bydlení v Bonně - nácvik sociálních dovedností, vaření, úklid kuchyně, nakupování
- 6) Denní stacionář – motivační a edukační skupiny
- 7) Centrum sociálně terapeutických aktivit
Chráněné socioterapeutické dílny
 - a) Centrální terapie - Svíčkařská dílna
 - b) Centrální terapie - Textilní dílna
 - c) Centrální terapie - Keramická dílna
 - d) Centrální terapie - Papírenská dílna
- 8) Centrum psychosomatické rehabilitace
Ergoterapie
 - a) Individuální ergoterapie – kognitivní trénink - trénink orientace, zrakově-prostorových schopností, soustředěnosti, krátkodobé paměti, myšlení v souvislostech, logického myšlení, rozvoj slovní zásoby, zvládnutí stresových situací, zvýšení sebevědomí, nalezení vlastní hodnoty, získání pocitu bezpečí a jistoty.
Trénink sociálních dovedností - sestavení denního režimu, jídelníčku, nakreslení plánu bytu, sestavení nákupu, orientace v cenách, příprava na pohovor, vyhledávání telefonních čísel, práce s počítačem: vyhledávání bydlení, vyhledávání práce, vyhledávání vlakových, autobusových a MHD spojení, trénink plánování, rozhodování, orientace v mapě.
Léčebný tělocvik
Procházky
- 9) 1x týdně nácvik nakupování a vaření v rámci programu cvičného bytu.
- 10) Nácvik samostatného brání léků

Pacientka po propuštění nastoupí do Komunitní chráněného bydlení Bonna a pracovat bude v Sociální firmě Zahrada.

Cíl Sociální rehabilitace

- a) zvýšení sebevědomí
- b) získání pocitu bezpečí a jistoty
- c) uvědomění si vlastní hodnoty
- d) zlepšení kognitivních funkcí
- e) vytvoření si kladného vztahu k sobě i ostatním
- f) začlenění se do kolektivu lidí
- i) samostatnost v denních činnostech
- j) samostatné zvládnání sociálních situací

Zhodnocení plánu sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyť v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
Pacientka se na oddělení zadaptovala a začlenila se do kolektivu.
- 2) Plánované pravidelné propustky do rodinného prostředí
Pacientka pravidelně navštěvuje svou rodinu a hlídá vnoučata a syn a dcera pacientku pravidelně navštěvují.
- 3) Pobyť ve cvičném bytě u oddělení 30.
Pacientka začala lépe zvládat samostatný pobyt v bytě.
- 4) Centrum psychosociálních služeb
 - a) Poradna pro bydlení - příprava na chráněné bydlení, pacientka zařazena ve cvičném bytě – pacientka lépe zvládá sociální dovednosti.
 - b) Pracovní poradna – pacientka po propuštění nastoupí do sociální firmy zahrada v areálu psychiatrické nemocnice.
- 5) Centrum sociálně terapeutických aktivit
Chráněné socioterapeutické dílny
 - a) Centrální terapie - Svíčkařská dílna
 - b) Centrální terapie - Textilní dílna
 - c) Centrální terapie - Keramická dílna
 - d) Centrální terapie - Papírenská dílnaPacientka si jistější při začleňování do kolektivu lidí. Při návštěvách pracovních dílen terapie si upevnila pracovní návyky a povinnosti. Získala jistotu a našla vlastní hodnotu.

- 6) Centrum psychosomatické rehabilitace
 - a) Ergoterapie – pacientka je emočně stabilnější, má pozitivní náladu, je samostatnější, aktivnější a lépe zvládá sociální dovednosti, je schopna se dobře rozhodnout a lépe plánovat.
 - b) Léčebný tělocvik – pacientce se zlepšila tělesná kondice.
 - c) Procházky - pacientce se zlepšila tělesná kondice
- 7) Cvičná kuchyňka - 1x týdně nácvik nakupování a vaření, zdravého stravování v rámci programu cvičného bytu. Pacientka se aktivně do programu zapojila
- 8) Nácvik samostatného brání léků.

Pacientka po 3 měsících nácviku na léky nezapomíná a je schopna brát léky samostatně.
- 9) Bonna – Příprava na chráněné bydlení v Bonně - nácvik sociálních dovedností, vaření, úklid kuchyně, nakupování. Pacientka lépe zvládá své povinnosti a sociální dovednosti.

Pacientka po propuštění nastoupí do Komunitní chráněného bydlení Bonna a pracovat bude v Sociální firmě Zahrada.

Cíl Sociální rehabilitace:

- a) zvýšení sebevědomí – pacientka sebevědomější
- b) získání pocitu bezpečí a jistoty – pacientka našla pocit bezpečí a jistoty
- c) uvědomění si vlastní hodnoty – pacientka našla vlastní hodnotu
- d) zlepšení kognitivních funkcí – pacientka se v kognitivním testu nezlepšila
- e) vytvoření si kladného vztahu k sobě i ostatním – pacientka má k sobě i ostatním pozitivnější vztah
- f) začlenění se do kolektivu lidí – pacientce nedělá obtíže se začlenit do kolektivu lidí.
- g) samostatnost v sociálních dovednostech – pacientka samostatnější.
- h) samostatnost v denních činnostech - pacientka samostatnější.

Tabulka č. 9 Sociální dovednosti – Informantka 2 výstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacientka činnost zvládne s mírným strachem a úzkostí. Občas na některé své povinnosti zapomene a domluví si další schůzky.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacientka cestuje hromadnými dopravními prostředky beze strachu.
Pravidelné brání léků	Pacientka léky zvládne brát bez obtíží.
Nakupování	Pacientka vaří ráda, vaří společně s přítelem v jeho bytě.
Hospodaření s penězi	Pacientka hospodařit s penězi zvládne.
Orientace, pohyb ve městě	Pacientka si je v pohybu a orientaci ve městě jistější.
Společenské kulturní akce	Pacientka zvládá bez obtíží.
Práce, postoupení pohovoru	U pacientky přetrvává nervozita.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacientka se lépe začleňuje do kolektivu, lépe komunikuje s ostatními
Návštěva lékaře	Pacientka navštěvuje lékaře pravidelně.
Péče o domácnost	Pacientka péči o domácnost zvládá, při docházení do Bony kde probíhá nácvik vaření, nakupování, péče o domácnost, vaří pro 10 lidí.
Vaření, zdravé stravování, dodržování pitného režimu	Pacientka zvládne uvařit pro 10 lidí.
Přístup k vlastní osobě	Pacientka pozitivnější, začala si důvěřovat, v sociálních situacích si je jistější.
Návštěva úřadu, vyplňování formulářů, jednání s úředníky	Pacientka jistější, soustředěnější.

Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení kognitivního testu

Skóre kognitivního testu provedeném v dubnu 2017 75/100: pozornost a orientace skóre: 18/13, paměť skóre: 26/14, slovní produkce:14/11, jazyk 26/23, zrakové-prostorové schopnosti 16/14.

Kognitivní test ACE provedený při vstupním sezení v srpnu 2016 má skóre 77/100, Pozornost a orientace 18/13, Paměť 26/17, Slovní produkce 14/11, Jazyk 26/22, Zrakové-prostorové schopnosti/ 16/14.Pacientka se v oblasti kognitivních funkcí se nezlepšila skóre v dubnu 2017 je 100/75 a při vstupním vyšetření je 100/77.

INFORMAT 3

Představení klientky

Pacientka ve věku 53 let s diagnózou schizoafektivní porucha. Pacientka se nejprve léčila 10 let pro depresivní stavy. Opakovaně se léčila v psychiatrické nemocnici. Nyní má pacientka 17 léčení. Nejprve byla pacientka hospitalizována od roku 2012 na oddělení 12. Poté byla přeložena na Koedukované oddělení následné péče pro nemocné do 65 let (oddělení 30). Nejprve 3 měsíce byla na lůžkové části oddělení 30 poté, byla zařazena do cvičného bytu, kde začala probíhat příprava na propuštění do chráněného bydlení.

První kontakt s klientkou

Nejprve jsme se s pacientkou vzájemně představily. Poté jsem pacientku seznámila s pravidly, náplní a zaměřením Sociální rehabilitace. Pacientka zpočátku byla tichá, činilo jí obtíže mluvit nahlas a měla velké obtíže se slovní zásobou. Nejprve jsem s pacientkou udělala anamnestický rozhovor, dále jsem s pacientkou provedla addenbrooský kognitivní test a rozhovor ohledně zvládání sociálních situací a dovedností a na základě dotazníku sociálních dovedností. V průběhu rozhovoru na mě pacientka působila nervózně, nejistě. Pacientka obtížně nacházela vnitřní pocit bezpečí, jistoty, emoční stabilitu vlastní hodnotu. Pacientka má nízkou odolnost vůči stresu a nízkou míru frustrační tolerance. Proto opakovaně selhává ve zvládání sociálních situací.

Vstupní kognitivní test ACE má skóre 81/100, Pozornost a orientace 16/18, Paměť 16/26, Slovní produkce 10/14, Jazyk 23/26, Zrakové-prostorové schopnosti/ 16/16.

Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacientka ve věku 53 let menší postavy, měří 164 cm a váží 78 kg. Pacientka má nyní diagnostikovanu schizoafektivní poruchu. Povahově je pacientka spíše introvertní, přátelská, mezi její zájmy patří procházky, luštění osmisměrek.

- b) mravní vlastnosti - pacientka nesvědomitá, neodpovědná, pravdomluvná, skromná, tolerantní.
- c) pracovní vlastnosti - v práci je pacientka pracovitá a iniciativní.
- d) vztah k lidem - pacientka se navázání hlubšího vztah s ostatními lidmi bojí.
- e) vytrvalost – pacientka méně vytrvalá, při psychické zátěži hodně unavená.
- f) odolnost vůči stresu - pacientka má snížený frustrační práh a odolnost vůči stresu.
- g) kontrola a řízení temperamentových vlastností - pacientka nervózní, úzkostná, tichá, emočně nestabilní, nejistá. Pacientka obtížně nalézá důvěru v sebe a tudíž jí činí obtíže zvládat životní situace. Pacientka snadno unavitelná, nevytrvalá. Náladu má pacientka pokleslou a posmutnělou.
- h) sebehodnocení - pacientka má nízké sebevědomí, obtížně nalézá vlastní hodnotu a vytváří si pozitivní vztah k sobě samé. Pacientka zatím nedokáže nalézt pocit bezpečí a důvěry v sebe sama.

Rodinná anamnéza

Rodiče pacientka nemá, již zemřeli. Matka pracovala jako prodavačka v samoobsluze. Zemřela v 70 letech na cévní mozkovou příhodu. Otec pracoval jako dělník na stavbě. Zemřel v 75 letech na rakovinu žaludku. Bratrovi je 51 let a je zdravý. Je bezdětný, svobodný a bez partnerky. S širší rodinnou se pacientka nestýká.

Zdravotní anamnéza

V dětství pacientka prodělala běžné dětské nemoci, které proběhly bez závažnějších komplikací. Pacientka hospitalizována psychiatrické nemocnici poprvé. Před tím se pacientka 10 let se léčila ambulantně pro depresivní stavy, na které měla předepsán

Lexaurin. Operace ani úrazy pacientka neprodělala. Pacientka trpí na bolesti hlavy a krční a hrudní páteře.

Sociální anamnéza

Pacientka udává, že bydlela s bratrem v bytě 3 + 1. Pacientka svobodná, bezdětná. Vztahy s rodiči měla pacientka obtížné. Rodiče se často hádali a upřednostňovali bratra před pacientkou. Vztahy bratrem má pacientka dobré každých 14 dní pacientku navštěvuje. Přátelé pacientka nemá. Nyní je pacientka hospitalizována na pavilonu 30 v tréninkových bytech po té by měla jít do chráněného bydlení od Bony, ráda by si poté našla chráněné místo, třeba v prádelně. Dluhy pacientka nemá.

Pracovní anamnéza

Pacientka má základní vzdělání, které ukončila v 1976. Vystudovala střední odborné učiliště obor prodavačka, které úspěšně ukončila v roce 1979. Nejprve pacientka pracovala 3 roky v kanceláři jako administrativní pracovnice, poté až našla práci v oboru prodavačka. Pacientka pracovala na plný úvazek. Od roku 2005 pacientka invalidizována. Pacientka pobírá invalidní důchod III.

Tabulka č. 10 Sociální dovednosti - Informantka 3: vstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacientka činnost zvládne s mírným strachem a úzkostí. Občas na některé své povinnosti zapomene a domluví si další schůzky.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacientka se obává více lidí, činnost zvládne s mírným strachem a úzkostí.
Pravidelné brání léků	Pacientka na léky občas zapomíná.
Nakupování	Pacientka zvládne s mírnou úzkostí a strachem.
Hospodaření s penězi	Pacientka zvládne s mírnou úzkostí a strachem.
Orientace, pohyb ve městě	Pohyb ve městě plném lidí, jízda autem činí pacientce velké obtíže, pociťuje velký strach a úzkosti. Jízdu hromadnými dopravními prostředky se pacientka domnívá, že nezvládne. Hovor s neznámými lidmi na ulici chůze a orientace ve městě pacientka zvládne s mírnou úzkostí.
Společenské kulturní akce	Návštěvu koncertu pacientka nezvládne, pacientka pociťuje velký strach a úzkost při návštěvě divadla, účasti na večírku, v místnosti plné lidí. Při návštěvě kina pociťuje mírný strach a úzkost.
Postoupení pohovoru	Pacientka pociťuje velký strach a úzkost.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacientka pociťuje velký strach a úzkost z blízkosti druhého člověka, s někým se spřátelit, telefonování, komunikace s autoritou, asertivní komunikace. Dále udává, že nezvládne navázat kontakt mužem. Mírný strach pociťuje při podání ruky, zahájení hovoru, očním kontaktu a začlenění do kolektivu lidí.
Návštěva lékaře	Pacientka udává, že nezvládne návštěvu zubaře. Velký strach a úzkost pociťuje při návštěvě všeobecného lékaře např. preventivní prohlídka.
Péče o domácnost	Pacientka pociťuje mírný strach a úzkost při úklidu celé domácnosti, průběžném úklidu, luxování, vytírání, praní prádla, věšení prádla, žehlení.
Vaření, zdravé stravování, dodržování pitného režimu	Pacientka pociťuje velký strach a úzkost. Mírný strach a úzkost pacientka pociťuje při ohřívání jídla.
Přístup k vlastní osobě	Pacientka pociťuje velký strach při rozhodování a když má přiznat vlastní chybu, brát zodpovědnost za své chování. Menší strach a úzkost pociťuje, když má sobě odpustit, pochválit se, mluvit o sobě, mít ráda sama sebe.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacientka pociťuje velký strach a úzkosti z jednání s úředníky, vyplnění složenky, podacího lístku, příkazu k úhradě, žádosti o občanský průkaz, pas. Mírnější strach pociťuje z posílání balíku a hospodaření s penězi.

Zdroj: vlastní výzkum

Plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyt v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
- 2) Plánované pravidelné propustky do rodinného prostředí
- 3) Pobyt ve cvičném bytě u oddělení 30
- 4) Centrum psychosociálních služeb
- 5) Poradna pro bydlení - příprava na chráněné bydlení
- 6) Pracovní poradna
- 7) Centrum krizové intervence - motivační a edukační skupiny
- 8) Centrum sociálně terapeutických aktivit
- 9) Chráněné socioterapeutické dílny
 - a) Centrální terapie - Svíčkařská dílna
 - b) Centrální terapie - Textilní dílna
 - c) Centrální terapie - Keramická dílna
 - d) Centrální terapie - Papírenská dílna
 - e) Centrální terapie - Šperkařská dílna
- 10) Centrum psychosomatické rehabilitace
 - a) Ergoterapie
Individuální ergoterapie – trénink orientace, zrakově-prostorových schopností, kognitivní trénink, sestavení denního režimu, jídelníčku, nakreslení plánu bytu, sestavení nákupu, orientace v cenách, příprava na pohovor, vyhledávání telefonních čísel, práce s počítačem: vyhledávání bydlení, vyhledávání práce, vyhledávání vlakových, autobusových a MHD spojení, trénink plánování, rozhodování, koncentrace pozornosti, myšlení v souvislostech.
 - b) Fyzioterapie – měkké techniky
 - c) Léčebný tělocvik – posílení svalstva a zvýšení tělesné kondice
 - d) Procházky - zvýšení tělesné kondice
- 11) Cvičná kuchyňka - 1x týdně nácvik nakupování a vaření v rámci programu cvičného bytu.
- 12) Nácvik samostatného brání léků
- 13) V třetí fázi sociální rehabilitace pacientka začala navštěvovat Bonnu – Příprava na chráněné bydlení v Bonně – Pacientka docházela na komunitu, nácvik sociálních dovedností, vaření, úklid kuchyně, nakupování.

Pacientka po propuštění nastoupí do Komunitní chráněného bydlení Bonna a pracovat bude v Sociální firmě prádelna u Mandlíků.

Cíl sociální rehabilitace

- a) zvýšení sebevědomí
- b) získání pocitu bezpečí a jistoty
- c) uvědomění si vlastní hodnoty
- d) zlepšení kognitivních funkcí
- e) vytvoření si kladného vztahu k sobě i ostatním
- f) začlenění se do kolektivu lidí
- g) samostatnost v denních činnostech
- h) samostatné zvládnání sociálních situací

Zhodnocení plánu sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyt v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
- 2) Plánované pravidelné propustky do rodinného prostředí
Pacientka pravidelně dochází na propustky
- 3) Pobyt ve cvičném bytě u oddělení 30
Pacientka se ve cvičném bytě zadaptovala, je samostatnější.
- 4) Centrum psychosociálních služeb
Poradna pro bydlení – pacientka je začleněná na do přípravy na chráněné bydlení
Pracovní poradna – pacientka po propuštění nastoupí do sociální firmy Prádelna u Mandlíků.
- 5) Denní stacionář – motivační a edukační skupiny
Pacientka aktivnější, motivovanější.
- 6) Centrum sociálně terapeutických aktivit
Chráněné socioterapeutické dílny
Pacientka si upevnila pracovní návyky, lépe se začleňuje do kolektivu lidí, získala větší pocit bezpečí a jistoty.
- 7) Centrum psychosomatické rehabilitace
 - a) Ergoterapie - Pacientka vyrovnanější, komunikativnější, vytrvalejší. U pacientky došlo ke zlepšení krátkodobé paměti, více se soustředí a má

větší slovní zásobu. Lépe zvládá sociální dovednosti, více si důvěřuje, našla pocit bezpečí a jistoty.

- b) Fyzioterapie – pacientka docházela na rehabilitaci z důvodu bolesti zad, pacientka udává mírnější bolesti zad.
 - c) Léčebný tělocvik – pacientce se zlepšila tělesná kondice, posílil svalový aparát a zvýšila svalová síla.
 - d) Procházky – pacientce zlepšila tělesná kondice.
- 8) Cvičná kuchyňka - 1x týdně nácvik nakupování a vaření v rámci programu cvičného bytu. Pacientka si upevnila pravidla vaření, péče domácnost, nakupování.
- 9) Nácvik samostatného braní léků – pacientka už na užívání léků nezapomíná.
- 10) V třetí fázi sociální rehabilitace pacientka začala navštěvovat Bonnu – Příprava na chráněné bydlení v Bonně – Pacientka docházela na komunitu, nácvik sociálních dovedností, vaření, úklid kuchyně, nakupování.
- Pacientka lépe zvládá sociální dovednosti a péče domácnost, vaření, nakupování.

Pacientka po propuštění nastoupí do Komunitní chráněného bydlení Bonna a pracovat bude v Sociální firmě prádelna u Mandlíků.

Cíl Sociální rehabilitace

- 1) zvýšení sebevědomí - pacientka sebevědomější
- 2) získání pocitu bezpečí a jistoty – pacientka získala pocit bezpečí a jistoty
- 3) uvědomění si vlastní hodnoty – pacientka si uvědomuje svou hodnotu
- 4) zlepšení kognitivních funkcí – kognitivní funkce zlepšeny
- 5) vytvoření si kladného vztahu k sobě i ostatním – pacientka se začala mít ráda
- 6) začlenění se do kolektivu lidí – pacientka se snadněji začleňuje do kolektivu lidí
- 7) samostatnost v denních činnostech – pacientka samostatnější
- 8) samostatné zvládání sociálních situací pacientka lépe zvládá sociální situace.

Tabulka č. 11 Sociální dovednosti - Informantka 3: výstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacientka činnost zvládne s mírným strachem a úzkostí. Občas na některé své povinnosti zapomene a domluví si další schůzky.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacientka si více důvěřuje, činnost zvládne s mírným strachem a úzkostí.
Pravidelné brání léků	Pacientka léky bere pravidelně.
Nakupování	Pacientka je jistější, ale stále pociťuje mírný strach a úzkost.
Hospodaření s penězi	Pacientka si více důvěřuje, ale stále pociťuje mírný strach a úzkost.
Orientace, pohyb ve městě	Pacientka je jistější, činnost zvládne a mírným strachem a úzkostí.
Společenské kulturní akce	Pacientka je jistější, ale stále pociťuje mírný strach a úzkost.
Práce, postoupení pohovoru	Pacientka si více důvěřuje, ale stále pociťuje mírný strach a úzkost.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacientka je jistější, ale stále pociťuje mírný strach a úzkost.
Návštěva lékaře	Pacientka činnost zvládne a mírným strachem a úzkostí.
Péče o domácnost	Pacientka je jistější, ale stále pociťuje mírný strach a úzkost.
Vaření, zdravé stravování a dodržování pitného režimu	Pacientka si uvědomuje, že musí pravidelně jíst a dodržovat stravovací a pitný režim, upevnila si pravidla vaření a nakupování a činnost zvládne.
Přístup k vlastní osobě	Pacientka má k sobě pozitivnější vztah. Více si důvěřuje.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacientka činnost zvládne a mírným strachem a úzkostí.

Zdroj: vlastní výzkum

Výstupní Addenbrovský kognitivní test: Celkové skóre testu: 81/100, Pozornost 17/18, Paměť 13/26, Slovní produkce 11/14, Jazyk 24/26, Zrakově - prostorové schopnosti 16/16

IFORMANT 4

Pacientka ve věku 39 let s diagnózou porucha s bludy. Pacientka poprvé začala mít psychické obtíže v období rozvodu. Pacientka byla nejprve hospitalizována 3 měsíce na oddělení 26. a poté byla přeložena na Koedukované oddělení následné péče pro nemocné do 65 let – oddělení 30. Pacientka je zařazena v zelené skupině, která má plán léčby zaměřen na propuštění do přirozeného rodinného prostředí. Pacientka po stabilizaci obtíží, invalidizaci III stupně a zajištění bydlení bude propuštěna zpět ke své rodině.

První kontakt s klientkou

Nejprve jsme se s pacientkou vzájemně představily. Poté jsem pacientku seznámila s pravidly, náplní a zaměřením Sociální rehabilitace. Pacientka zpočátku měla posmutnělou, skleslou náladu, působila bezradně a nešťastně. S pacientkou jsem udělala anamnestický rozhovor. V průběhu rozhovoru pacientka udávala, že má konečný stav boreliózy a že brzo zemře. Prý tento pobyt má na dožití. Pochvíli začala mluvit o rozvodu a obtížích s manželem, které předcházely rozvodu. Nechala jsem pacientku hovořit a dělala jsem si poznámky k sestavení anamnézy. Poté jsem s pacientkou provedla addenbrooský kognitivní test a polo-strukturovaný rozhovor na základě sociálního dotazníku. Pacientka obtížně nacházela vnitřní pocit jistoty, bezpečí, vlastní hodnoty a emoční stabilitu. Odolnost vůči stresu a míra frustrační tolerance je u pacientky snižena. Proto opakovaně selhává ve zvládnutí sociálních situací.

Vstupní Addenbrooský kognitivní test: celkové skóre: 82/100, Pozornost 18/18, Paměť 18/26, Slovní produkce 13/14, Jazyk 23/26, Zrakově - prostorové schopnosti 10/16

Cíle pacientky: získání sebevědomí a jistoty

Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacientka ve věku 39 let menší postavy, měří 158 cm a váží 75 kg. Pacientka má nyní diagnostikovanou poruchu s bludy. Povahově je klientka spíše extrovertní, dominantní přátelská, mezi její zájmy patří vaření, péče o domácnost, procházky s přítelem, trávení volného času se svými dětmi.

- g) Mravní vlastnosti - pacientka odpovědná, skromná, tolerantní,
- h) Pracovní vlastnosti - v práci vždy pracovitá a iniciativní.
- i) Vztah k lidem - pacienta je schopna vytvořit kladný altruistický vztah.
- j) Vytrvalost – pacientka při činnosti nevytrvalá rychle unavená a nesoustředěná.
- k) Odolnost vůči stresu - pacientka má snížený frustrační práh.
- l) Kontrola a řízení temperamentových vlastností - pacientka trpí bludy. Pacientka obtížně nalézá důvěru v sebe, tudíž jí činí obtíže zvládat životní situace. Pacientka nešťastná, bezradná. Náladu má pacientka pokleslou a posmutnělou.
- m) Sebehodnocení - Pacientka má nízké sebevědomí, obtížně nalézá vlastní hodnotu a vytváří si pozitivní vztah k sobě samé. Pacientka zatím nedokáže nalézt pocit bezpečí a důvěry v sebe.

Rodinná anamnéza

Rodiče jsou zdraví. Matce je 65 let, pracovala jako kuchařka. Otcí je 68 let a pracoval jako zedník. Nyní pobírají starobní důchod. Pacientka má jednoho mladšího bratra, kterému je 36 let a jednoho staršího bratra, kterému je 41 let. Oba bratři jsou zdraví. Pacientka má 4 děti. Tři dospělé dcery 22, 20, 18 let, které jsou zdravé. Dále má pacientka 1 syna, kterému je 16 let a trpí epilepsií.

Zdravotní anamnéza

Pacientka v dětství prodělala běžné dětské nemoci, virózy, angíny, neštovice. Onemocnění proběhla bez vážnějších komplikací. Pacientka čtyřikrát rodila. Všechny porody byly fyziologické a bez komplikací. Před 7 lety pacientka prodělala lymfskou boreliózu. Dále trpí obtížemi s páteří a dochází na neurologii. Prodělala chlamydiovou infekci. Pacientka po gynekologickém zákroku podvázání vaječníku. Prodělala úraz levé dolní končetiny a opakované operační řešení tohoto úrazu.

Sociální anamnéza

Pacientka od roku 2011 rozvedená. Na začátku léčby bez partnera není aktuálně má partnera. Pacientka má 4 děti a to 3 dcery a 1 syna. Od roku 2009 bydlela i se 3 dcerami v bytě 3+1 společně se svými rodiči. Nejstarší dcera, se již v průběhu pobytu u prarodičů osamostatnila. Další dvě dcery, bydlí zatím u prarodičů. Nejmladší syn, je umístěn v dětském domově. Pacientka dluhy nemá.

Pracovní anamnéza

Pacientka má dosaženo základní vzdělání, které ukončila v roce 1992. Poté pracovala v pražské službě, kde dělala venkovní práce. Od února minulého roku nezaměstnaná. Pacientka je vedena na úřadě práce a 5 měsíců dostávala podporu v nezaměstnanosti. V průběhu léčby podána žádost o invalidní důchod III stupně.

Tabulka č.12 Sociální dovednosti – Informantka 4: vstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Subjektivně: Pacientka udává, že činnost zvládne. Objektivně: Pacientka činnost zvládne s mírnými obtížemi. Občas na některé své povinnosti zapomene a domluví si další schůzky.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacientka udává, že činnost zvládne.
Pravidelné brání léků	Pacientka činnost zvládne.
Nakupování	Pacientka v obchodě občas omdlí. Pociťuje velký strach a úzkost.
Hospodaření s penězi	Pacientka udává, činnost zvládá, nyní čeká na rozhodnutí o invalidním důchodě.
Orientace, pohyb ve městě	Pacientce dělá obtíže orientovat se v prostoru, v mapě.
Společenské kulturní akce	Pacientka činnost zvládne.
Práce, postoupení pohovoru	Pacientka nervózní.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacientka přátelská, komunikativní. Nedělá jí problém navázat kontakt s jinými lidmi.
Návštěva lékaře	Pacientka občas na návštěvu lékaře zapomene.
Péče o domácnost	Pacientka s mírnými obtížemi zvládne.
Přístup k vlastní osobě	Pacientka si nedůvěřuje, pociťuje nejistotu, vztah k sobě má negativní.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacientka s mírnými obtížemi činnost zvládne.

Zdroj: vlastní výzkum

Plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyť v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
- 2) Plánované pravidelné propustky do rodinného prostředí, návštěvy rodiny.
- 3) Pobyť ve cvičném bytě u oddělení 30
- 4) Centrum psychosociálních služeb
 - Integrační skupiny
 - Terapie hrou
- 5) Centrum sociálně terapeutických aktivit
 - Chráněné socioterapeutické dílny
 - a) Centrální terapie - Svíčkařská dílna
 - b) Centrální terapie - Textilní dílna
 - c) Centrální terapie - Keramická dílna
 - d) Centrální terapie - Papírenská dílna
 - e) Centrální terapie - Šperkařská dílna
- 6) Centrum psychosomatické rehabilitace
 - a) Ergoterapie
 - Individuální trénink - orientace, zrakově-prostorových schopností, kognitivní trénink, Práce s počítačem: vyhledávání bydlení, vyhledávání práce, vyhledávání vlakových, autobusových a MHD spojení, trénink plánování, rozhodování, koncentrace pozornosti, myšlení v souvislostech, logické myšlení.
 - Skupinový nácvik sociálních dovedností - zvládání stresových situací, zvládání příznaků nemoci, trénink komunikace, příprava na pohovor, psaní životopisu, vyplňování složenek, orientace v cenách, trénink hospodaření s penězi, vyhledávání vlakových spojení. Orientace v telefonním seznamu, orientace ve vlakovém a autobusovém jízdním řádu. Orientace v mapě, orientace ve městě, plánování trasy výletu.
 - Skupinový kognitivní trénink
 - b) Fyzioterapie
 - Měkké techniky a cvičení na uvolnění a posílení zádových svalů.
 - Léčebný tělocvik
 - c) Pohybová terapie

Procházky

- d) 1x měsíčně nácvik nakupování a vaření v rámci programu cvičného bytu.
- e) Nácvik samostatného braní léků

Cíl sociální rehabilitace

- a) zvýšení sebevědomí
- b) získání pocitu bezpečí a jistoty
- c) uvědomění si vlastní hodnoty
- d) zlepšení kognitivních funkcí
- e) vytvoření si kladného vztahu k sobě i ostatním
- f) začlenění se do kolektivu lidí
- g) samostatnost v denních činnostech
- h) samostatné zvládnání sociálních situací

Zhodnocení plánu sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyť v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
Pacientka se zadaptovala na oddělení.
- 2) Plánované pravidelné propustky do rodinného prostředí, návštěvy rodiny.
- 3) Centrum psychosociálních služeb
 - a) Integrovaní skupiny – nácvik komunikačních, sociálních a praktických dovedností, edukační a motivační skupiny.
 - b) Terapie hrou – aktivizace a motivace pacientky
Pacientka více motivovaná, aktivnější lépe zvládá sociální a praktické dovednosti.
- 4) Centrum sociálně terapeutických aktivit.
Chráněné socioterapeutické dílny. Pacientka si upevnila pracovní návyky a lépe se začleňuje do kolektivu lidí.
- 5) Centrum psychosomatické rehabilitace
 - a) Ergoterapie
Individuální trénink - orientace, zrakově-prostorových schopností, kognitivní trénink, práce s počítačem: vyhledávání bydlení, vyhledávání práce, vyhledávání

vlakových, autobusových a MHD spojení, trénink plánování, rozhodování, koncentrace pozornosti, myšlení v souvislostech.

Skupinový nácvik sociálních dovedností - zvládání stresových situací, zvládání příznaků nemoci, trénink komunikace, asertivity, příprava na pohovor, psaní životopisu, vyplňování složenek, orientace v cenách, zdravý životní styl, zdravá výživa, pravidla a zásady vaření, bezpečnost při práci, trénink hospodaření s penězi, vyhledávání vlakových spojení. Orientace v telefonním seznamu, orientace ve vlakovém a autobusovém jízdním řádu. Orientace v mapě, orientace ve městě, plánování trasy výletu.

Skupinový kognitivní trénink

b) Fyzioterapie

Měkké techniky a cvičení na uvolnění a posílení zádočných svalů - pacientce se zmírnily bolesti zad.

Léčebný tělocvik – pacientce se zlepšila tělesná kondice.

c) Pohybová terapie - pacientce se zlepšila tělesná kondice.

Procházky -

6) Program oddělení relaxace, arteterapie, muzikoterapie, rehabilitační chůze Nordic Walking, úklid osobních věcí, 1x měsíčně nácvik nakupování a vaření v rámci samostatného brání léků

Cíl sociální rehabilitace

- a) zvýšení sebevědomí – pacientka sebevědomější.
- b) získání pocitu bezpečí a jistoty – pacientka si je jistější.
- c) uvědomění si vlastní hodnoty – našla vlastní hodnotu.
- d) zlepšení kognitivních funkcí – kognitivní funkce pacientce zlepšily o 5 bodů.
- e) vytvoření si kladného vztahu k sobě – pacientka má pozitivnější vztah k sobě
- f) samostatnost v denních činnostech – pacientka samostatnější.
- g) samostatné zvládání sociálních situací – pacientka lépe zvládá sociální dovednosti.

Tabulka č. 13 Sociální dovednosti – Informantka 4: výstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacientka stále má představu, že kdy se jí nechce tak nemusí na aktivu a nemusí se jít ani omluvit.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacientka zvládne bez obtíží.
Pravidelné brání léků	Občas na léky zapomene.
Nakupování	Pacientka zvládne bez obtíží.
Hospodaření s penězi	Pacientka čeká na přiznání invalidního důchodu III stupně.
Orientace, pohyb ve městě	Pacientka nyní zvládne. Zrakově prostorové schopnosti zlepšeny.
Společenské kulturní akce	Pacientka zvládne bez obtíží.
Práce, postoupení pohovoru	Pacientka zvládne bez obtíží.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacientka zvládne bez obtíží.
Návštěva lékaře	Občas na návštěvu lékaře zapomene.
Péče o domácnost	Pacientka zvládne bez obtíží.
Vaření, zdravé stravování, dodržování pitného režimu	Pacientka činnost zvládne a uvědomuje si, že je nutné pravidelně jíst a pít.
Přístup k vlastní osobě	Pacientka má k sobě pozitivnější vztah k sobě.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacientka zvládne s mírnými obtížemi.

Zdroj: vlastní výzkum

Výstupní Addenbrovský kognitivní test provedený po 6 měsících od vstupního vyšetření. Celkové skóre testu: 87/100, Pozornost 18/18, Paměť 18/26, Slovní produkce 13/14, Jazyk 24/26, Zrakově - prostorové schopnosti 14/16

INFORMANT 5

Pacientka ve věku 38 let s diagnózou Paranoidní schizofrenie. Pacientka poprvé hospitalizována v dubnu 2016 a první hospitalizace byla ukončena v září a poté nastoupila další resocializační pobyt v Národním centru psychického zdraví v Klecanech. Pacientka udávala, že jí pobyt v Klecanech moc nepomohl a proto se znovu nechala v prosinci 2016 hospitalizovat v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Při první hospitalizaci byla pacientka nejprve hospitalizována měsíc na Všeobecném příjmovém oddělení 23. a poté byla přeložena na Koedukované oddělení následné péče

pro nemocné do 65 let – oddělení 30. Pacientka je zařazena při první hospitalizaci do žluté skupiny. Při druhé hospitalizaci byla pacientka hned hospitalizována na Redukované oddělení následné péče pro nemocné do 65 let – oddělení 30. a byla zařazena v zelené skupině, obě dvě skupiny mají plán léčby zaměřen na propuštění do přirozeného rodinného prostředí.

První kontakt s klientkou

Nejprve jsme se s pacientkou vzájemně představily. Poté jsem pacientku seznámila s pravidly, náplní a zaměřením Sociální rehabilitace. Pacientka klidná, milá, přátelská, ale měla posmutnělou náladu, působila bezradně a nešťastně. V průběhu rozhovoru, popisovala somatické obtíže, které ji trápí. S pacientkou jsem udělala anamnestický rozhovor. Pacientka odpovídala jednoduše a krátce. V průběhu rozhovoru jsem si dělala poznámky k sestavení anamnézy. Poté jsem s pacientkou provedla addenbrookský kognitivní test a polo-strukturovaný rozhovor na základě sociálního dotazníku. Pacientka obtížně nacházela vnitřní pocit jistoty, bezpečí, vlastní hodnoty a emoční stabilitu. Odolnost vůči stresu a míra frustrační tolerance je u pacientky snižena. Při druhé hospitalizaci pacientka komunikativní hned při prvním setkání začala mluvit o obtížích s maminkou bývalého přítele a nadměrném stresu, ve kterém pacientka žila,

Cíle pacientky: zlepšení soustředěnosti, aby byla schopna zvládnout sociální dovednosti.

Vstupní Addenbrovský kognitivní test: Celkové skóre testu: 81/100, Pozornost 18/18, Paměť 19/26, Slovní produkce 7/14, Jazyk 24/26, Zrakově - prostorové schopnosti 13/16

Anamnéza

Osobní anamnéza

V dětství pacientka prodělala běžné dětské nemoci např. virózy, angíny, neštovice. Epileptické záchvaty nejuje, závažné infekční onemocnění popírá, úrazy hlavy s bezvědomím nejuje, operace nejuje, zlomeniny nejuje. V minulosti léčena pro chlamydie, ATB v r. 2007. V lednu 2016 somatické obtíže- závratě, křeče v břiše, třes těla, nechutenství. Pacientka kouří příležitostně, alkohol nepije. Udává alergii na včelí bodnutí.

Druhá hospitalizace

Po propuštění z psychiatrické nemocnice Bohnice byla pacientka hospitalizovaná v národním centru duševního zdraví v Kleinech. Pacientka při druhém vstupním rozhovoru udávala, že jí pobyt v Kleinech nepomohl. Tak se znovu nechala hospitalizovat v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Nyní pacientka popisuje stavy nervozity.

Rodinná anamnéza

Matka pacientky zdráva, nyní ve starobním důchodu. Matce je 64 let a pracovala jako zdravotní setra. Otci je 66 let pracoval, jako řidič. Nyní je nestarobním důchodu a je zdrav. Pacientka má jednu mladší sestru, které je 37 let. Sestra pacientky se vyučila také prodavačkou.

Sociální anamnéza

Pacientka svobodná, bezdětná žije s rodiči. Pacientka udává, že vztahy s rodiči má pacientka dobré. Vztah s mladší setrou pacientka popisuje také jako kvalitní. Rodina bez dluhů a exekucí. Partnera pacientka nemá, prý jen pár známých. Pacientka bydlí v Praze v bytě 2kk s rodiči.

Druhá hospitalizace

Pacientka při vstupním rozhovoru začala více hovořit o problémech s maminkou bývalého partnera, od kterého se musela z důvodu velkých a častých konfliktů odstěhovat.

Pracovní anamnéza

Pacientka základní vzdělání ukončila v roce 1993. Poté byla přijata na střední odborné učiliště a vyučila se prodavačkou. Pacientka má priznaný invalidní důchod III stupně, ale pacientka nemá nárok na výplatu. Z důvodu neodpracovaných let. Pacientka nejprve nemohla sehnat práci, poté chodila na brigády, pak pracovala v chráněné dílně.

Tabulka č. 14 Sociální dovednosti – Informantka 5: vstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacientka činnost zvládne s mírným strachem a úzkostí. Občas na některé své povinnosti zapomene a domluví si další schůzky.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacientka se obává více lidí, činnost zvládne s mírným strachem a úzkostí.
Pravidelné brání léků	Pacientka zvládne bez obtíží.
Nakupování	Pacientka zvládne bez obtíží.
Hospodaření s penězi	Pacientka zvládne bez obtíží.
Orientace, pohyb ve městě	Pacientka pocítuje mírný strach a úzkost při pohybu veršě plném lidí, při jízdě hromadnými dopravními prostředky a hovoru s neznámými lidmi na ulici.
Společenské kulturní akce	Mírný strach a úzkost Pacientka pocítuje při návštěvě kina a v místnosti plné lidí např. na komunitě.
Práce, postoupení pohovoru	Pacientka pocítuje velký strach a úzkost při podstoupení pohovoru a pravidelné návštěvě zaměstnání.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Mírný strach a úzkost pocítuje pacientka, když má být blízkosti jiné osoby, spřátelit se s ostatními, navázat kontakt s mužem. Poprosit o pomoc, rozhodovat za jiné., komunikace s autoritou, mluvit před větší skupinou lidí.
Návštěva lékaře	Pacientka má velký strach a úzkost z návštěvy zubaře.
Péče o domácnost	Pacientka pocítuje mírný strach a úzkost z úklidu celé domácnosti, věšení a žehlení prádla pacientku nebaví.
Vaření	Pacientka pocítuje mírný strach a úzkost při vaření celého oběda.
Přístup k vlastní osobě	Pacientka nerada mluví sama o sobě pocítuje velký strach a úzkosti, dále pocítuje mírný strach a úzkosti pocítuje, když má pochválit sama sebe.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacientka pocítuje mírný strach a úzkosti při jednání s úředníky, při vyplňování příkazu k úhradě, posílání balíku, vyplňování žádosti o občanský průkaz pas.

Zdroj: vlastní výzkum

Plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyť v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
- 2) Plánované pravidelné propustky do rodinného prostředí, návštěvy rodiny.
- 3) Pobyť ve cvičném bytě u oddělení 30
- 4) Centrum psychosociálních služeb
 - a) Integrovační programy – edukační, motivační pohovory, nácvik sociálních interakcí, trénink komunikace, sociálních a praktických dovedností,
 - b) Terapie hrou – aktivizace, motivace pacientky
- 5) Centrum sociálně terapeutických aktivit
Chráněné socioterapeutické dílny
 - a) Centrální terapie – textilní dílna
 - b) Centrální terapie - papírenská dílna
 - c) Centrální terapie – svíčkařská dílna
- 6) Centrum psychosomatické rehabilitace
 - a) Ergoterapie
Individuální trénink – motivace, edukace, orientace, zrakově-prostorových schopností, kognitivní trénink, Práce s počítačem: vyhledávání práce, vyhledávání vlakových, autobusových a MHD spojení. Trénink kognitivních funkcí - trénink plánování, rozhodování, koncentrace pozornosti, myšlení v souvislostech.
Skupinový nácvik sociálních dovedností – motivace, edukace, zvládnutí stresových situací, zvládnutí příznaků nemoci, trénink komunikace, příprava na pohovor, psaní životopisu, vyplňování složenek, orientace v cenách, trénink hospodaření s penězi, vyhledávání vlakových spojení, orientace v telefonním seznamu, orientace ve vlakovém a autobusovém jízdním řádu. Kontakt se sociálním prostředím - orientace v mapě, orientace ve městě, plánování trasy výletu,
Skupinový kognitivní trénink
 - b) Fyzioterapie
Měkké techniky a cvičení na uvolnění a posílení zádových svalů.
Léčebný tělocvik
 - c) Pohybová terapie - procházky

7) Cvičná kuchyňka

Nejprve pacientka byla ve žluté skupině. Potom docházela, 1x měsíčně na nácvik nakupování a vaření v rámci oddělení 30.

8) Program cvičného bytu

Po té byla zařazena do zelené skupiny a cvičného bytu, tudíž docházela na program cvičného bytu 1x týdně nácvik nakupování a vaření, zdravá výživa, hospodaření s penězi, vyplňování složenek a formulářů, nácvik komunikace a asertivity. Tento program byl v rámci programu cvičného bytu.

Cíl sociální rehabilitace

- a) zvýšení sebevědomí
- a) získání pocitu bezpečí a jistoty
- b) uvědomění si vlastní hodnoty
- c) zlepšení kognitivních funkcí
- d) vytvoření si kladného vztahu k sobě i ostatním
- e) začlenění se do kolektivu lidí
- f) samostatnost v denních činnostech
- g) samostatné zvládnání sociálních situací

Zhodnocení plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyť v PNB na oddělení následné péče – resocializace. Pacientka se na oddělení zadaptovala.
- 2) Plánované pravidelné propustky do rodinného prostředí, návštěvy rodiny. Pacientka pravidelně chodí na propustky a vrací se zpět z propustky v pořádku.
- 3) Pobyť ve cvičném bytě u oddělení 30. Pacientka se ve cvičném bytě zadaptovala.
- 4) Centrum psychosociálních služeb
 - a) Integrované programy – edukační, motivační pohovory, nácvik sociálních interakcí, trénink komunikace, sociálních a praktických dovedností. Pacientka lépe komunikuje a zvládá praktické a sociální dovednosti.
 - b) Poradna pro práci pacientka do poradny pro práci dochází z důvodu
 - c) Terapie hrou - pacientka aktivnější, motivovanější.

5) Centrum sociálně terapeutických aktivit

Chráněné socioterapeutické dílny:

Pacientka si upevnila pracovní návyky.

6) Centrum psychosomatické rehabilitace

a) Ergoterapie

Individuální ergoterapie – pacientka se více soustředí, lépe zvládá sociální dovednosti a všední denní činnosti, více komunikuje, lépe se rozhoduje a plánuje. Pacientka sebevědomější, našla vnitřní pocit bezpečí a jistoty.

Skupinový nácvik sociálních dovedností – pacientka lépe začleňuje do kolektivu lidí, komunikuje, je samostatnější, lépe zvládá sociální a praktické dovednosti.

Skupinový kognitivní trénink – u pacientky došlo k posílení kognitivních funkcí.

b) Fyzioterapie

Měkké techniky a cvičení na uvolnění a posílení zádových svalů.

Léčebný tělocvik – u pacientky došlo k upevnění zvýšení tělesné hmotnosti, zlepšení nálady.

c) Pohybová terapie

Procházky - u pacientky došlo k upevnění zvýšení tělesné hmotnosti, zlepšení nálady.

7) Cvičná kuchyňka

Nejprve Když pacientka byla ve žluté skupině docházela 1x měsíčně na nácvik nakupování a vaření v rámci oddělení 30.

8) Program cvičného bytu

Pacientka si upevnila sociální a praktické dovednosti. Pacientka upevnila pravidla vaření nakupování a péče domácnost.

Cíl sociální rehabilitace:

a) zvýšení sebevědomí – pacientka sebevědomější

b) získání pocitu bezpečí a jistoty – získala pocit bezpečí a jistoty

c) uvědomění si vlastní hodnoty - pacientka našla vlastní hodnotu

- d) zlepšení kognitivních funkcí – pacientky došlo k posílení kognitivních funkcí.
- e) vytvoření si kladného vztahu k sobě i ostatním – pacientka je schopna si vytvořit.
- f) začlenění se do kolektivu lidí – lépe se začleňuje do kolektivu lidí.
- g) samostatnost v denních činnostech – pacientka samostatná.
- h) samostatné zvládání sociálních situací – pacientka samostatně zvládá sociální situace.

Tabulka č. 15 Sociální dovednosti- Informantka 5: výstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacientka činnost zvládne.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacientka činnost zvládne.
Pravidelné brání léků	Pacient zvládne léky brát pravidelně.
Nakupování	Pacientka zvládne bez obtíží.
Hospodaření s penězi	Pacientka zvládne bez obtíží.
Orientace, pohyb ve městě	Pacientka zvládne bez obtíží.
Společenské kulturní akce	Pacientka zvládne bez obtíží.
Práce, postoupení pohovoru	Pacientka zvládne s mírným strachem.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacientka zvládne bez obtíží.
Návštěva lékaře	Pacientka zvládne bez obtíží.
Péče o domácnost	Pacientka zvládne bez obtíží.
Vaření, pravidelné stravování, dodržování pitného režimu	Pacientka zvládne bez obtíží.
Přístup k vlastní osobě	Pacientka má k sobě pozitivnější vztah.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacientka zvládne bez obtíží.

Zdroj: Vlastní výzkum

Výstupní Addenbrovský kognitivní test: Celkové skóre testu: 80/100, Pozornost 18/18, Paměť 20/26, Slovní produkce 6/14, Jazyk 26/26, Zrakově - prostorové schopnosti 10/16

INFORMANT 6

Představení pacienta

Muž ve věku 38 let. Poprvé léčen na psychiatrii. Byl přivezen policii z důvodu, že se šel udat na policii, protože si myslel, že zavraždil holčičku. Tuto zprávu viděl ve zprávách, dostal obavy a úzkosti a začal se obviňovat, že ji zabil on. V psychiatrické nemocnici Bohnice byl nejprve hospitalizován měsíc na oddělení 26 a poté byl přeložen na Koedukovaném oddělení následné péče pro nemocné do 65 let – oddělení 30., kde probíhala další resocializace pacienta. Na tomto oddělení byl pacient zařazen do žluté skupiny, do které jsou zařazeni pacienti s psychotickým onemocněním a plánem propuštění domů.

První kontakt s pacientem

Nejdříve jsme se s pacientem vzájemně představily. Poté jsem pacienta seznámila s pravidly, náplní a zaměřením sociální rehabilitace. Pacient zpočátku nervózní, bázlivý a v napětí. Neuměl si představit, čeho se naše první setkání bude týkat. Vše jsem pacientovi postupně vysvětlila. Poté jsem s pacientem provedla anamnestický rozhovor, polostrukturovaný rozhovor na základě dotazníku sociálních dovedností a Addenbrovský kognitivní test.

Výsledek vstupního kognitivního testu ACE: skóre: 75/100 Pozornost a orientace 17/18, Paměť 11/26, Slovní produkce 10/14, Jazyk 25/26, zrakově prostorové schopnosti 12/26

Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacient ve věku 37 let měří 177 cm a váží 80 kg. Pacient má nyní diagnostikovanu. Pranooidní schizofrenii. Povahově je pacient spíše introvertní, individualistický a samotářský. Mezi její zájmy patří: četba, osmisměrky, přestavování domu.

- a) Mravní vlastnosti pacienta - svědomitý, odpovědný, skromný, tolerantní.
- b) Pracovní vlastnosti - v práci byl pacient vždy spolehlivý a pracovitý, pilný, iniciativní.

- c) Vztah k lidem - pacient nejistý obtížně si vytváří vztah s ostatními lidmi.
- d) Vytrvalost - v manuálních činnostech je vytrvalost pacienta velmi dobrá. Při činnostech emočně a psychicky náročných činností je u pacienta viditelná únava. Tudiž v psychické zátěži je vytrvalost pacienta slabší.
odolnost vůči stresu - pacient má snížený frustrační práh.
- e) Kontrola a řízení temperamentových vlastností - pacient nejistý, nervózní. Dále měl výrazné bludy, halucinace, obavy a úzkosti. Pacient obtížně nalézá důvěru k ostatním lidem. Náladu má pacient skleslou.
- f) Sebehodnocení - Pacient má nízké sebevědomí, obtížně nalézá vlastní hodnotu a vytváří si pozitivní vztah k sobě samému. Pacient zatím nedokáže nalézt pocit bezpečí a důvěry v sebe.

Zdravotní anamnéza

Pacient prodělal běžné dětské nemoci bez vážných komplikací. Dále v dětství utrpěl otřes mozku, byl odvezen na pohotovost. V roce 2000 utrpěl úraz pravého oka na stavbě. Poté podstoupil operaci v roce 2001. Stav po operaci oka se nezlepšil a pacient na pravé oko v podstatě nevidí. Dále pacient prodělal zánět slepého střeva a poté následně operaci slepého střeva. Pacient je dárcem krve. Od dětství trpí alergií na prach. Alkohol pacient nepije. Drogy nikdy neužíval. Bolestivost a třes pacient neguje. Taxe přesná bez patologického nálezu. Diadochokynéza: Pacient pohyb prováděl pomaleji, což svědčí o pomalejším psychomotorickém tempu.

Sociální anamnéza

Pacient svobodný, bezdětný. Měl partnerský vztah 2 roky, ale rozešli se. Sourozence pacient nemá. Přátelé pacient nemá. Dětství pacient neměl dobré, rodiče se často hádali. Otec hodně pil. Na pacienta byl přísný a zlý a průběhu dětství vůči pacientovi i brachiální agrese. Pacient 1 před hospitalizací koupil dům v Českém Brodě a nyní splácí hypotéku. Pacient bydlel nejdříve s rodiči poté s partnerkou v bytě v Praze. Před rokem koupil pacient dům, ale s partnerkou se rozešli, proto nyní bydlí pacient sám. Dům je při zemi 5 +1 se zahradou, sklepem a garáží, který se postupně snaží opravit. Obává se, že opravu domu nezvládne.

Pracovní anamnéza

Pacient základní vzdělání dokončil 1993. Poté v září roku 1993 na střední odborné učiliště, které navštěvoval tři roky a vyučil pokrývačem. V roce 1996 nastoupil do zaměstnání a pracoval u stavební firmy. V roce 2001 částečně invalidizován po úrazu

oka. Pacient pobíral invalidní důchod druhého stupně. Poté pracoval jako doplňovač zboží. V roce 2017 invalidizace III stupně, z důvodu duševního onemocnění.

Tabulka č. 16 Sociální dovednosti - Informant 6: vstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacient nezvládne režim dne naplánovat. Z plánování programu dne, dodržování režimu dne a organizace dne pacient pociťuje mírný strach a úzkost.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacient se obává více lidí, činnost zvládne s mírným strachem a úzkostí.
Pravidelné brání léků	Léky bere pravidelně. Snížení medikace z důvodu vedlejších účinků.
Nakupování	Činnost pacient zvládne. Větší nákup pacient zvládne, při nákupu v supermarketu pociťuje mírný strach a úzkost. Pacient chodí nakupovat, když jde z práce.
Hospodaření s penězi	Pacientovi činí obtíže, půjčuje si peníze od rodičů a poté si bere půjčky
Orientace, pohyb ve městě	Pacient zvládne smírným strachem a úzkostí.
Společenské kulturní akce	Pacient společenské a kulturní akce navštěvuje, ale pociťuje mírný strach a úzkost.
Práce, postoupení pohovoru	Pacient zvládne bez problémů.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacientovi dělá obtíže mluvit před větší skupinou lidí, pociťuje velkou úzkost a strach. Asertivní komunikace, zahájení hovoru, začlenění se do kolektivu lidí, prosba o pomoc, rozhodovat za jiné pacient tyto činnosti zvládne s mírným strachem a úzkostí.
Návštěva lékaře, brání léků	Snížení medikace z důvodu vedlejších účinků, činnost zvládne.
Péče o domácnost	Pacient neuklízí pouze jednou za měsíc. Z průběžného úklidu a úklidu pokoje má mírný strach a úzkost. Dále praní prádla a mytí nádobí zvládá s mírnými obtížemi.
Vaření, zdravé stravování, dodržování pitného režimu	Vaření - vždy si uvaří jídlo a dá si ho zmrazit do mrazáku na celý týden, pitný a stravovací režim moc nedodrжуje.
Přístup k vlastní osobě	Pacient má k sobě kladný vztah.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacientovi či mírné obtíže jednání s úředníky, vyplnění složenky, Vyplnění příkazu k úhradě, vyplnění žádosti o občanský průkaz, pas. Pacient nervózní a úzkostný.

Zdroj: vlastní výzkum

Plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyt v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
- 2) Plánované pravidelné propustky do rodinného prostředí
- 3) Centrum psychosociálních služeb
 - a) Terapie hrou (pavilon 4)
 - b) Pracovní poradna
- 4) Denní stacionář – motivační a edukační skupiny
- 5) Centrum sociálně terapeutických aktivit
- 6) Chráněné socioterapeutické dílny
 - a) Košíkářská dílna (CKI)
 - b) Centrální terapie - Svíčkařská dílna
 - c) Centrální terapie - Keramická dílna
 - d) Centrální terapie - Papírenská dílna
- 7) Centrum psychosomatické rehabilitace
 - a) Ergoterapie

Individuální ergoterapie – trénink instrumentálních ADL: denní režim, jídelníček, plánování volného času, práce s počítačem - vyhledávání vlakových, autobusových a MHD spojení, trénink plánování, hospodaření s penězi, orientace v cenách, sestavení měsíčního rozpočtu. Kognitivní trénink rozhodování, koncentrace pozornosti, myšlení v souvislostech, orientace v mapě, zrakově-prostorových schopností.

b) Fyzioterapie

Léčebný tělocvik

a) Procházky

- 8) Cvičná kuchyňka - 1x měsíčně trénink vaření a nakupování v nácvikové kuchyňce v prostorách oddělení 30.

Cíl sociální rehabilitace:

- 1) zvýšení sebevědomí
- 2) získání pocitu bezpečí a jistoty
- 3) uvědomění si vlastní hodnoty
- 4) zlepšení kognitivních funkcí
- 5) vytvoření si kladného vztahu k sobě i ostatním
- 6) začlenění se do kolektivu lidí

- 7) samostatnost v denních činnostech
- 8) samostatné zvládání sociálních situací
- 9) zvládání stresu
- 10) zvládání příznaků nemoci
- 11) zdravé a pravidelné stravování a pravidelný a dostatečný pitný režim
- 12) zdravé a pravidelné stravování a pravidelný a dostatečný pitný režim

Zhodnocení plánu sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyt v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
Pacient se zadaptoval na oddělení 30
- 2) Plánované pravidelné propustky do rodinného prostředí.
Pacient se z propustek vrací včas a v pořádku.
- 3) Centrum psychosociálních služeb
- 4) Terapie hrou (pavilon 4)
Pracovní poradna
- 5) Centrum krizové intervence - motivační a edukační skupiny
Pacient více rozumí své nemoci a je více aktivní.
- 6) Centrum sociálně terapeutických aktivit
Chráněné socioterapeutické dílny:
Pacient si upevnil pracovní návyky a lépe se začleňuje do kolektivu lidí. Při práci si je pacient jistější.
- 7) Centrum psychosomatické rehabilitace
Ergoterapii
Fyzioterapie
Léčebný tělocvik
Procházky
- 8) Cvičná kuchyňka - 1x měsíčně trénink vaření a nakupování v nácvikové kuchyňce v prostorách oddělení 30.

Cíl sociální rehabilitace:

- 1) zvýšení sebevědomí
- 2) získání pocitu bezpečí a jistoty – pacient si je jistější.
- 3) uvědomění si vlastní hodnoty – pacient stále udává, že je nešikovný.

- 4) zlepšení kognitivních funkcí – Dle kognitivního testu se kognitivní funkce pacienta zhoršily o 1 bod.
- 5) vytvoření si kladného vztahu k sobě i ostatním – pacient si uvědomuje, že v dětství se k němu rodiče nechovali správně a že na něho nebyli hodní, ale stále se mu nedaří přijmout to, je plnohodnotný člověk, který zvládne spoustu činností.
- 6) začlenění se do kolektivu lidí – Pacient se lépe začleňuje do kolektivu lidí, ale stále se mu obtížně mluví před větší skupinou lidí, protože je nervózní a nejistý.
- 7) samostatnost v denních činnostech – pacient samostatnější
- 8) samostatné zvládnání sociálních situací – pacient samostatnější
- 9) zvládnání stresu, zvýšení frustrační tolerance -
- 10) zvládnání příznaků nemoci
- 11) zdravé a pravidelné stravování a pravidelný a dostatečný pitný režim – pacient edukován k dodržování pravidelného stravování a pitného režimu a zdravé výživy.

Subjektivní zhodnocení průběhu sociální rehabilitace

Pacient se cítí lépe. Ale udává, že stále přetrvávají obavy a nejistota ze samostatného fungování a z přestavby domu. Stále má obavy z stavů pasivity, že opravu domu nezvládne. Těší se, až bude propuštěn domů. Pacient vnímá zlepšení, svého stavu, ale je si vědom, že je nutné nadále trénovat paměť a sociální dovednosti.

Objektivní zhodnocení průběhu sociální rehabilitace

Pacient vyrovnanější, klidnější, jistější. V sociálním dotazníku patrné zlepšení sociálních dovedností a všedních denních činností. Pacient edukován, že je nutné dodržovat pravidelný pitný a stravovací režim. Proveden test kognitivních funkcí: skóre: 74/100, Pozornost a orientace 17/18, Paměť 7/26, slovní produkce 13/14, Jazyk 25/26, Zrakově-prostorové schopnosti 12/26. Ke zlepšení kognitivních funkcí u pacienta nedošlo. V minulém vyšetření před třemi měsíci byl výsledek testu 75/100.

Tabulka č. 17 Sociální dovednosti - Informant 6: výstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacient nezvládne režim dne naplánovat. Z plánování programu dne, dodržování režimu dne a organizace dne pacient pociťuje mírný strach a úzkost.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacient se obává více lidí, činnost zvládne s mírným strachem a úzkostí.
Pravidelné brání léků	Léky bere pravidelně. Snížení medikace z důvodu vedlejších účinků.
Nakupování	Pacient zvládne s mírnými obtížemi. Pociťuje strach a úzkost, když musí udělat větší nákup.
Hospodaření s penězi	Pacientovi činní stále obtíže.
Orientace, pohyb ve městě	Pacient si je jistější zvládl, by se zeptat na cestu neznámého člověka a beze strachu, zvládne chůzi po městě nejsou lidi nebo je méně lidí.
Společenské kulturní akce	Pacient pociťuje úzkost v místnosti plné lidí.
Práce, postoupení pohovoru	Pacient pociťuje mírný strach a úzkost při podstoupení pohovoru, při návštěvě dílen terapie.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacient pociťuje mírný strach a úzkost při začlenění do kolektivu lidí, rozhodování za jiné, zahájení hovoru, komunikace s autoritou, asertivní komunikace, Velký strach pacient pociťuje při mluvení před větší skupinou lidí.
Návštěva lékaře	Pacientovi nečiní obtíže.
Péče o domácnost	Pacient pociťuje mírný strach a úzkost při úklidu celé domácnosti, průběžném úklidu.
Vaření, zdravé stravování, dodržování pitného režimu	Pacient si uvědomuje, že musí pravidelně zdravě jíst a pít, vařit pacient zvládne.
Přístup k vlastní osobě	Pacient pociťuje mírný strach a úzkost při hovoru o vlastní osobě.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacient pociťuje mírný strach při jednání s úředníky, vyplnění složenky, vyplnění podacího lístku, vyplnění příkazu k úhradě,

Zdroj: vlastní výzkum

INFORMANT 7

Představení pacienta

Muž ve věku 46 let. Poprvé léčen na psychiatrii. S diagnózou trvalá porucha s bludy. Pacient má udělenou ochranou léčku z důvodu vyhrožování úřední osobě. V psychiatrické nemocnici Bohnice byl nejprve hospitalizován půl roku na příjmovém oddělení 17 ochranné léčky a poté byl přeložen na Koedukovaném oddělení následné péče pro nemocné do 65 let – oddělení 30., kde probíhala další resocializace pacienta. Na tomto oddělení byl pacient zařazen do zelené skupiny, do které jsou zařazeni pacienti s psychotickým onemocněním a pláne propuštění domů.

První kontakt s pacientem

Nejdříve jsme se s pacientem vzájemně představily. Poté jsem pacienta seznámila s pravidly, náplní a zaměřením sociální rehabilitace. Pacient zpočátku v napětí, z důvodu že si neuměl představit čeho se naše první setkání bude týkat. Vše jsem pacientovi postupně vysvětlila. Poté jsem s pacientem provedla anamnestický rozhovor, polostrukturovaný rozhovor na základě tabulky sociálních dovedností a Addenbrookský kognitivní test. Pacient bez náhledu na onemocnění a obtíže s ním spojené.

Vstupní Addenbrookský kognitivní test : celkové skóre: 87/100, Orientace a pozornost: 18/18, Paměť 18/26, slovní produkce 11/14, Jazyk 26/26, Zrakově prostorové schopnosti 14/16.

Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacient ve věku 46 let měří 175 cm a váží 95 kg. Pacient má nyní diagnostikovanou Praroidní schizofrenii. Povahově je pacient spíše introvertní, individualistický a samotářský. Mezi jeho zájmy patří: sestavování modelů letadel.

- a) Mravní vlastnosti pacienta - nesvědomitý, neodpovědný, skromný, tolerantní.
- b) Pracovní vlastnosti - pacient pracovitý.
- c) Vztah k lidem - pacient nejistý obtížně si vytváří vztah s ostatními lidmi.
- d) Vytrvalost - v manuálních činnostech je vytrvalost pacienta velmi dobrá. Při činnostech emočně a psychicky náročných činnostech je u pacienta viditelná únava. Tudíž v psychické zátěži je vytrvalost pacienta slabší.
- e) Odolnost vůči stresu - pacient má snížený frustrační práh.

- f) Kontrola a řízení temperamentových vlastností - bez náhledu na svou situaci. Pacient obtížně nalézá důvěru k ostatním lidem. Náladu má pacient skleslou.
- g) Sebehodnocení - Pacient nadhodnocuje své schopnosti, dovednosti, sociální fungování.

Zdravotní anamnéza

Pacient údajně v dětství prodělal zápal plic. Dále běžné dětské nemoci, které proběhly bez závažnějších komplikací. Nyní je pacient léčen pro vředovou chorobu gastroduodena a je pacientovi nasazena patřičná medikace, Dále pacient údajně prodělal sepsi. úraz: amputace posledního článku prsteníku pravé ruky. Alergii pacient popírá. Alkohol pije příležitostně. Drogy pacient nikdy nebral a gambling pacient také popírá.

Sociální anamnéza

Pacient ženatý. Má tři syny ve věku 14, 13 a 11 let. Dle pacienta všichni žijí spolu v rodinném domě. Děti by měly nyní být u otce pacienta. Vztahy s manželkou a dětmi má pacient dobré. Vztahy s rodiči dle pacienta jsou také dobré a Bratrem se pacient nestýká. Dětství měl šťastné. Bydlí s rodinou v domě v Jablonci nad Nisou nyní se stěhuje do Prahy. Průběhu léčby se zjistilo, že pacient má dluh na sociálním a zdravotním pojištění 120 000 a nepokládá za nutné zdravotní a sociální pojištění hradit.

Pracovní anamnéza

Pacient vystudoval střední odborné učiliště, které bylo zakončeno závěrečnou zkouškou v oboru truhlář. Po té pacient vystudoval dvouletou nástavbu. Nyní pracuje soukromně jako truhlář. Pacient invalidizován v roce 2016 z psychiatrické indikace. Nyní pobírá invalidní důchod III stupně.

Ve fázi plánování byly u pacienta pozorovány a zjištěny tyto obtíže.

Pacient nemá náhled na své onemocnění a s tím spojené obtíže. Má sklony k nadhodnocování svých schopnosti, dovedností a sociálního fungování. Pacient má výraznější kognitivní deficitem v oblasti paměti a mírnější kognitivním deficitem v oblasti slovní produkce, zrakově prostorových schopností.

Poté byly společně s pacientem stanoveny základní cíle, které podpoří cíle dílčí.

Základní cíle: trénink asertivní komunikace, získání náhledu na onemocnění, zlepšení zacházení s finančními prostředky – orientace v cenách, povinnost platit zdravotní a sociální pojištění, složenky účty.

Tabulka č. 18 Sociální dovednosti – Informant 7: vstupní vyšetření

Tabulka č. 18 Sociální dovednosti - Informant 7: vstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacient udává, že činnost zvládne. V programu aktivit se orientuje.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacient udává, že činnost zvládne.
Pravidelné brání léků	Pacient udává, že činnost zvládne.
Nakupování	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně: Pacient má obtíže v orientaci v cenách.
Hospodaření s penězi	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně: Pacient má obtíže s orientací ve financích,
Orientace, pohyb ve městě	Pacient udává, že činnost zvládne.
Společenské kulturní akce	Pacient udává, že činnost zvládne.
Práce, postoupení pohovoru	Pacient udává, že činnost zvládne.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně: pacient agresivnější, vyhrožoval úředníkovi.
Návštěva lékaře	Pacient udává, že činnost zvládne. Na návštěvu lékaře nezapomíná.
Péče o domácnost	Pacient udává, že činnost zvládne.
Přístup k vlastní osobě	Pacient udává, že má k sobě pozitivní vztah.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně: Pacient má obtíže s komunikací na úřadech, vyplňováním formulářů a s uvědoměním si, že má povinnost platit účty, složenky, zdravotní a sociální pojištění.

Zdroj: vlastní výzkum

Plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyť v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
- 2) Centrum psychosociálních služeb
 - a) Terapie hrou (pavilon 4)
 - b) Integroční programy
 - c) Psychogymnastika
- 3) Centrum sociálně terapeutických aktivit
Chráněné socioterapeutické dílny

- a) Košíkářská dílna (CKI)
 - b) Centrální terapie - Svíčkařská dílna
 - c) Centrální terapie - Keramická dílna
 - d) Centrální terapie - Papírenská dílna
- 4) Centrum psychosomatické rehabilitace
- Ergoterapie
- Individuální ergoterapie – trénink instrumentálních ADL: práce s počítačem - vyhledávání vlakových, autobusových a MHD spojení, trénink plánování, hospodaření s penězi, orientace v cenách, sestavení měsíčního rozpočtu, kognitivní trénink rozhodování, koncentrace pozornosti, myšlení v souvislostech, orientace v mapě, zrakově-prostorových schopností.
- Skupinový nácvik sociálních dovedností – edukace, motivace, začlenění se do skupiny lidí, pozice ve skupině lidí, komunikace ve skupině lidí, asertivní komunikace, tolerance, empatie, spolupráce s ostatními členy skupiny, zvládání stresových situací, zvládání příznaků nemoci, příprava na pohovor, psaní životopisu, vyplňování složenek a formulářů, orientace v cenách, trénink hospodaření s penězi, vyhledávání vlakových spojení, orientace v telefonním seznamu, orientace ve vlakovém a autobusovém jízdním řádu. Kontakt se sociálním prostředím - orientace v mapě, orientace ve městě, plánování trasy výletu.
- Skupinový kognitivní trénink – trénink, pozornosti, krátkodobé paměti, dlouhodobé paměti, představivosti, slovní zásoby, logického myšlení, dlouhodobé paměti, exekutivních funkcí.
- Léčebný tělocvik – zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady,
- Procházky – zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady,
- Nordic Walking - zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady,
- 5) Cvičná kuchyňka - 1x měsíčně trénink vaření a nakupování v nácvikové kuchyňce v prostorách oddělení 30.

Cíl sociální rehabilitace

- 1) Vytvoření náhledu.
- 2) Zlepšení kognitivních funkcí.
- 3) Zlepšení komunikace.

- 4) Zlepšení orientace ve finančních záležitostech.
- 5) Zlepšení jednání na úřadech.
- 6) Přijetí zodpovědnosti.
- 7) Samostatné zvládnání sociálních situací.

Zhodnocení plánu sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyt v PNB na oddělení následné péče – resocializace. Pacient se zadaptoval na oddělení 30
- 2) Pravidelné propustky – kontakt se sociálním prostředím. Pacient se z propustek vrací včas a v pořádku.
- 3) Centrum psychosociálních služeb
 - a) Terapie hrou (pavilon 4) – pacient aktivnější, motivovanější, více komunikuje.
 - b) Integrované programy – pacient lépe zvládá sociální a praktické dovednosti.
- 4) Centrum sociálně terapeutických aktivit
Chráněné socioterapeutické dílny
Pacient si upevnil pracovní návyky a lépe se zasnuje do kolektivu lidí.
- 5) Centrum psychosomatické rehabilitace
 - a) Ergoterapie
Individuální ergoterapie – pacienti se zlepšili kognitivní funkce, zrakově prostorové schopnosti, lépe zvládá sociální a praktické dovednosti, více komunikuje.
Skupinový nácvik sociálních dovedností – pacient se lépe začleňuje do kolektivu lidí, pacienti se zlepšili kognitivní funkce, zrakově prostorové schopnosti, lépe zvládá sociální a praktické dovednosti, více komunikuje.
Skupinový kognitivní trénink – pacienta došlo ke zlepšení krátkodobé paměti, koncentrace pozornosti, rozvoj slovní zásoby, myšlení v souvislostech.
 - b) Fyzioterapie
Léčebný tělocvik – u pacienta došlo ke zvýšení tělesné kondice.
Pacient se po cvičení cítí lépe.
 - c) Pohybová terapie
Procházky – u pacienta došlo ke zvýšení tělesné kondice.

Pacient se cítí lépe.

Nordic Walking - u pacienta došlo ke zvýšení tělesné kondice.

Pacient se cítí lépe.

- 6) Cvičná kuchyňka - 1x měsíčně trénink vaření a nakupování, zdravé stravování v nácvikové kuchyňce v prostorách oddělení 30. Pacient si upevnil návyky pravidelného a zdravého stravování, pravidla vaření a péče o domácnost, hospodaření s penězi, nakupování.

Cíl sociální rehabilitace

- 1) Vytvoření náhledu – pacient si částečně vytvořil náhled na své onemocnění a povinnosti.
- 2) Zlepšení kognitivních funkcí – pacienta došlo ke zlepšení kognitivních funkcí.
- 3) Zlepšení komunikace – pacient více komunikuje, více se mu rozvinula slovní zásoba.
- 4) Zlepšení orientace ve finančních záležitostech – pacient si uvědomuje, že musí platit zdravotní a sociální pojištění lépe se orientuje v cenách.
- 5) Zlepšení jednání na úřadech – pacient komunikativnější, více asertivní. Přijetí zodpovědnosti – pacient zodpovědnější.
- 6) Samostatné zvládání sociálních situací – sociální situace začal lépe zvládat.

Tabulka č. 19 Sociální dovednosti – Informant 7: výstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacient udává, že činnost zvládne. Na domluvené schůzky nezapomíná, v programu aktivit se orientuje.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacient udává, že činnost zvládne bez obtíží.
Pravidelné brání léků	Pacient udává, že činnost zvládne. Na léky nezapomíná.
Nakupování	Pacient se více orientuje v cenách, lépe hospodaří s penězi.
Hospodaření s penězi	Pacient si uvědomuje, musí platit zdravotní a sociální pojištění, více se orientuje v cenách.
Orientace, pohyb ve městě	Pacient činnost zvládne bez obtíží.
Společenské kulturní akce	Pacient činnost zvládne bez obtíží.
Práce, postoupení pohovoru	Pacient činnost zvládne bez obtíží.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacient více komunikuje a je více asertivní.
Návštěva lékaře	Pacient činnost zvládne. Na preventivní prohlídky a návštěvy u lékaře nezapomíná.
Péče o domácnost	Pacient činnost zvládne.
Vaření, zdravé stravování, dodržování pitného režimu	Pacient činnost zvládne
Přístup k vlastní osobě	Pacient má k sobě vytvořen pozitivní vztah.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacient lépe komunikuje, při vyplňování formulářů je soustředěnější tudíž dělá méně chyb. Pacient si více uvědomuje, že musí plnit své povinnosti, že má povinnost platit účty, složenky, zdravotní a sociální pojištění.

Zdroj: vlastní výzkum

Výstupní Addenbrookský kognitivní test : celkové skóre: 93/100, Orientace a pozornost: 18/18, Paměť 22/26, slovní produkce 13/14, Jazyk 26/26, Zrakově prostorové schopnosti 14/16.

INFORMANT 8

Představení pacienta

Muž ve věku 42 let. Poprvé léčen na psychiatrii. V Psychiatrické nemocnici Bohnice byl nejprve hospitalizován měsíc na příjmovém oddělení 23 a poté byl přeložen na Koedukovaném oddělení následné péče pro nemocné do 65 let (oddělení 30). Na tomto oddělení byl pacient hospitalizován 3 měsíce a zde probíhala další resocializace pacienta. Na tomto oddělení byl pacient zařazen do žluté skupiny, do které jsou zařazeni pacienti s psychotickým onemocněním a plánem propuštění domů.

První kontakt s pacientem

Nejdříve jsme se s pacientem vzájemně představily. Poté jsem pacienta seznámila s pravidly, náplní a zaměřením sociální rehabilitace. U pacienta bylo patrné nepřiléhavé chování, stále se všemu smál, nepřiléhavé řeč, s psychotickým obsahem. Vše jsem pacientovi postupně vysvětlila. Poté jsem s pacientem provedla anamnestický rozhovor, dále jsem pomocí polostrukturovaného rozhovoru, na základě tabulky sociálních dovedností zjišťovala, jak pacient zvládá sociální dovednosti. Dále jsem pacientka vyšetřila Addenbrookským kognitivním testem.

Vstupní Addenbrookský kognitivní test : celkové skóre: 87/100, Orientace a pozornost: 18/18, Paměť 17/26, slovní produkce 11/14, Jazyk 26/26, Zrakově prostorové schopnosti 15/16.

Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacient ve věku 42 let měří 180 cm a váží 80 kg. Pacient má nyní diagnostikovanou Nediferencovanou schizofrenii. Povahově je pacient spíše extrovertní, přátelský, společenský. Mezi jeho zájmy patří: angličtina,

- a) Mravní vlastnosti pacienta - svědomitý, odpovědný, skromný, tolerantní.
- b) Pracovní vlastnosti - pacient pracovitý, cílevědomí, spolehlivý.
- c) Vztah k lidem - pacient bez obtíží vytváří vztah s ostatními lidmi.

- d) Vytrvalost – vytrvalost pacienta při činnosti je slabší zhruba 30 minut. Při přetížení a nadměrném stresu pacient selhává.
- e) Odolnost vůči stresu - pacient má snížený frustrační práh.
- f) Kontrola a řízení temperamentových vlastností - Pacientovo chování nepřiléhavé, myšlení rozbíhavé a nepřiléhavé k situaci. Stále se směje i v případech, že to neodpovídá situaci.
- g) Sebehodnocení - Pacient podceňuje své schopnosti, dovednosti.

Rodinná anamnéza

Otec údajně zdravý. Pacient se s ním nestýká, sestra údajně zdravá pacient se s ní také nestýká, matka a bratr také žádné obtíže neudávají. S širší rodinou se pacient nestýká. Psychiatrická heredita se v rodině nevyskytuje.

Zdravotní anamnéza

Pacient prodělal běžné dětské nemoci, které proběhly bez vážnějších komplikací. Poté prodělal odstranění nosních a krčních mandlí. Úrazy a operace pacient neguje. Alergií pacient netrpí. Alkohol z důvodu braní léku nepije. Pacient je nekuřák. Hraní automatu a braní drog pacient popírá.

Sociální anamnéza

Pacient udává, že vztahy v rodině má dobré, je svobodný bezdětný. Pacient žije sám v Liberci v bytě, ale přátele má. Partnerku pacient zatím nemá, ale přál by si nějakou nalézt. Z rodiny je v kontaktu s bratrem a matkou, s otcem a sestrou se nestýká. V průběhu rozhovoru mluví o nějakém konfliktu v rodině a popisuje, že se zachoval špatně. Při dotazu čeho se ten konflikt týká. Pacient udává, že o tom nemůže mluvit. Dluhy pacient nemá.

Pracovní anamnéza

Pacient základní vzdělání ukončil v roce 1990. Poté vystudoval střední odbornou školu strojní s maturitou. Střední vzdělání ukončeno v roce 1994. Po dokončení středního vzdělání pokračoval ve studiu na vysoké škole ČVUT. Vysokou školu nedokončil z důvodu psychických obtíží. Pacient invalidizován od roku 2003. Pobírá invalidní důchod 3. stupně.

Tabulka č. 20 Sociální dovednosti – Informant 8: vstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně: Pacient při přetížení a nadměrném stresu činnost zvládne s obtížemi.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pro pacienta je jízda hromadnými dopravními prostředky náročná. Pacientovi vadí více lidí. Obtížně se orientuje v síti MHD.
Pravidelné brání léků	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně. Pacient na léky občas zapomene.
Nakupování	Pacient udává, že činnost zvládne.
Hospodaření s penězi	Pacient udává, že činnost zvládne.
Orientace, pohyb ve městě	Pacient udává, že činnost zvládne.
Společenské kulturní akce	Pacient udává, že činnost zvládne.
Práce, postoupení pohovoru	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně: Pacient z důvodu poruchy myšlení a vnímání činnost zatím nezvládne.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně: Z důvodu poruchy myšlení a vnímání pacient obtížněji komunikuje a obtížněji se s ostatními domluví.
Návštěva lékaře	Pacient udává, že činnost zvládne.
Péče o domácnost	Pacient při prvním sezení udává, že činnost zvládne. Objektivně: v průběhu terapie zjištěno, že pacient při přetížení a nadměrném stresu činnost zvládne s obtížemi.
Vaření, zdravé stravování, dodržování pitného režimu	Pacient při prvním sezení udává, že činnost zvládne. Objektivně: v průběhu terapie pacient popisuje, že jí nepravidelně, spíše studené jídlo, rohlíky, salám. Ovoce zelení jí méně často. Vaří jen občas. Pitný režim nedodržuje. Pije méně.
Přístup k vlastní osobě	Pacient udává, že činnost zvládne. Pacient má negativní vztah k sobě. Udává, že nic neumí.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně: Pacient z důvodu poruchy myšlení a vnímání činnost zvládne s mírnými obtížemi.

Zdroj: vlastní výzkum

Plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyt v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
- 2) Centrum psychosociálních služeb
- 3) Terapie hrou (pavilon 4)

- 4) Motivační a edukační pohovory.
- 5) Centrum krizové intervence – edukační skupina
- 6) Centrum sociálně terapeutických aktivit

Chráněné socioterapeutické dílny

- a) Košíkářská dílna (CKI)
 - b) Centrální terapie - Keramická dílna
 - c) Centrální terapie - Papírenská dílna
 - d) Centrální terapie - Svíčkařská dílna
- 7) Centrum psychosomatické rehabilitace

a) Ergoterapie

Individuální ergoterapie – trénink instrumentálních ADL: práce s počítačem - vyhledávání vlakových, autobusových a MHD spojení, orientace v síti MHD. Hospodaření s penězi - sestavení měsíčního rozpočtu, orientace v cenách. Zdraví životní styl: pravidelné stravování, dodržování pravidelného a dostatečného pitného režimu, dostatek pohybu. Kognitivní trénink: rozhodování, koncentrace pozornosti, krátkodobé paměť, rozvoj slovní zásoby, orientace v seznamech, tabulkách, obsahu knihy, myšlení v souvislostech, orientace v mapě, zrakově-prostorových schopností.

Skupinový kognitivní trénink – trénink, pozornosti, krátkodobé paměti, dlouhodobé paměti, představivosti, slovní zásoby, logického myšlení, dlouhodobé paměti, exekutivních funkcí a skupinový teoretický trénink iADL.

b) Pohybová terapie

Individuální pohybová terapie - návštěva posilovny

Procházky – zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady,

c) Fyzioterapie

Léčebný tělocvik – zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady,

Nordic Walking - zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady,

8) Cvičná kuchyňka - 1x měsíčně trénink vaření a nakupování v nácvikové kuchyňce v prostorách oddělení 30.

9) Peer klub –aktivity volného času

10) Projekt spolu - hudební aktivity, kognitivní aktivity, dramatické aktivity, literární aktivity.

Cíl sociální rehabilitace

- 1) Zlepšení kognitivních funkcí.
- 2) Zlepšení komunikace a následné zlepšení jednání na úřadech a jednání s ostatními lidmi.
- 3) Zlepšení myšlení a chování.
- 4) Dodržování stravovacího a pitného režimu.
- 5) Zlepšení orientace ve finančních záležitostech.
- 6) Zlepšení orientace v síti MHD.
- 7) Zvládání nadměrného stresu a příznaků nemoci.

Zhodnocení plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyt v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
- 2) Centrum psychosociálních služeb
 - a) Terapie hrou (pavilon 4) – pacient aktivnější, vyrovnanější.
 - b) Motivační a edukační pohovory - pacient aktivnější, motivovanější, má větší přehled o svém onemocnění.
- 3) Centrum krizové intervence – edukační skupina - pacient aktivnější motivovanější, má větší přehled o svém onemocnění.
- 4) Centrum sociálně terapeutických aktivit.

Chráněné socioterapeutické dílny

Pacient si upevnil pracovní návyky.
- 5) Centrum psychosomatické rehabilitace
 - a) Ergoterapie

Individuální ergoterapie – pacient soustředěnější, lépe se orientuje v síti MHD, lépe se orientuje v tabulkách, seznamech a jízdních řádech. Dále lépe zvládá sociální a praktické dovednosti. Je schopen lépe naplánovat denní režim, také u pacienta došlo ke zlepšení rozhodování, lépe zvládá stresové a psychicky náročné situace. Řeč pacienta souvislejší a nyní přiléhavá a myšlení také. Uvědomuje si, že je nutné se pravidelně a zdravě stravovat a dodržovat pitný režim.

Skupinový kognitivní trénink – pacient se více soustředí, u pacienta došlo ke zlepšení paměti.

Individuální pohybová terapie - pacientovi se zlepšila tělesná kondice, posílily svalů, zlepšení nálady.

b) Fyzioterapie

Léčebný tělocvik – zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady.

Nordic Walking - Pacient si zvýšil tělesnou kondici.

- 6) Cvičná kuchyňka - Pacient si upevnil návyky stravování, postupy vaření a nakupování, úklid kuchyně.
- 7) Peer klub – Pacient vyplnil odpolední volný čas.
- 8) Projekt spolu - hudební aktivity, kognitivní aktivity, dramatické aktivity, literární aktivity. U pacienta došlo ke zlepšení kognitivních funkcí, lépe začleňuje do kolektivu.
- 9) Relaxace – pacient klidnější uvolněnější.
- 10) Procházky – Pacient si zvýšil tělesnou kondici.

Cíl sociální rehabilitace

- 1) Zlepšení kognitivních funkcí. Kognitivní funkce pacienta zlepšeny dle kognitivního testu o 5 bodů
- 2) Zlepšení komunikace a následné zlepšení jednání na úradech a jednání s ostatními lidmi.
- 3) Zlepšení myšlení a chování – myšlení i chování pacienta již odpovídá dané situaci.
- 4) Dodržování stravovacího a pitného režimu. Pacient se snaží dodržovat pitný a stravovací režim.
- 5) Zlepšení orientace ve finančních záležitostech. Zlepšení orientace v síti MHD – pacient se více orientuje v síti MHD
- 6) Zvládání nadměrného stresu a příznaků nemoci – pacientovi zvýšila frustrační tolerance.

Tabulka č. 21 Sociální dovednosti – Informant 8: výstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacient lépe zvládá stresové situace a už je schopen si denní režim naplánovat a dodržovat.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacient se více orientuje v síti MHD.
Pravidelné brání léků	Pacient zvládne léky brát samostatně.
Nakupování	Pacient činnost zvládne.
Hospodaření s penězi	Pacient činnost zvládne.
Orientace, pohyb ve městě	Pacient činnost zvládne.
Společenské kulturní akce	Pacient činnost zvládne.
Práce, postoupení pohovoru	Pacient lépe a souvisleji přemýšlí a vnímá realitu. Myšlení a chování pacienta je už přiléhavé. Pacient je schopen pohovor zvládnout.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacient udává, že činnost zvládne.
Návštěva lékaře	Pacient udává, že činnost zvládne.
Péče o domácnost	Činnost zvládne.
Vaření, zdravé stravování, dodržování pitného režimu	Pacient si uvědomuje, že musí pravidelně jíst a dodržovat pitný režim.
Přístup k vlastní osobě	Pacient si k sobě vytvořil pozitivnější vztah.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacient činnost zvládne.

Zdroj: vlastní výzkum

Výstupní Addenbrookský kognitivní test : celkové skóre: 92/100, Orientace a pozornost: 18/18, Paměť 20/26, slovní produkce 13/14, Jazyk 26/26, Zrakově prostorové schopnosti 15/16.

INFORMANT 9

Představení pacienta

Muž ve věku 45 let s diagnózou paranoidní schizofrenie. Pacient byl v psychiatrické nemocnici Bohnice hospitalizován od srpna 2014 na oddělení 26. A na tomto oddělení byl rok. Poté byl přeložen na Koedukovaném oddělení následné péče pro nemocné do 65 let (oddělení 30.), kde probíhala další resocializace pacienta. Na tomto oddělení byl pacient zařazen do modré skupiny, do které jsou zařazeni pacienti s plánem propuštění do chráněného bydlení. V březnu 2016 byl propuštěn do chráněného bydlení Ondřejov, kde se mu nelíbilo. V tomto chráněném bydlení vydržel 3 měsíce. U pacienta proběhla další psychotická ataka. Ošetřující lékařce sdělil, že ho sociální pracovník z chráněného bydlení chce ohrožovat. Mě poté sděloval, že si se spolubydlícím nerozuměl. Pacient popisoval, že spolubydlící chodí nahý po pokoji. Po té hospitalizován znovu na oddělení 23. v červnu 2016 doba hospitalizace 14 dní. Znovu přijat do psychiatrické nemocnice v srpnu 2016 na oddělení 21. a propuštěn říjnu 2016. A nyní probíhá u pacienta 10 léčení, pacient znovu hospitalizován v lednu 2017. Pacient je hospitalizován na oddělení 21.

První kontakt s pacientem

Nejdříve jsme se s pacientem vzájemně představily. Poté jsem pacienta seznámila s pravidly, náplní a zaměřením sociální rehabilitace. Pacient zpočátku v napětí, z důvodu že si neuměl představit, čeho se naše první setkání bude týkat. Vše jsem pacientovi postupně vysvětlila. Pacient se v průběhu prvního sezení nesoustředil a vytrvalost pacienta byla 30 minut. Poté jsem s pacientem provedla anamnestický rozhovor. V průběhu rozhovoru byl pacient unavený, nesoustředěný, tudíž polostrukturovaný rozhovor na základě tabulky sociálních dovedností a Addenbrookský kognitivní test jsem s pacientem provedla až při dalším setkání.

Vstupní Addenbrookský kognitivní test : celkové skóre: 87/100, Orientace a pozornost: 15/18, Paměť 26/26, slovní produkce 9/14, Jazyk 25/26, Zrakově prostorové schopnosti 12/16.

Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacient ve věku 45 let měří 185 cm a váží 95 kg. Pacient má nyní diagnostikovanu Praroidní schizofrenii. Povahově je pacient spíše introvertní, individualistický a samotářský. Mezi jeho zájmy patří: angličtina, oprava brýlí.

- a) Mravní vlastnosti pacienta - nesvědomitý, neodpovědný, skromný, tolerantní.
- b) Pracovní vlastnosti - pacient pracovitý.
- c) Vztah k lidem - pacient si snadno vytváří vztah s ostatními lidmi.
- d) Vytrvalost - vytrvalost pacienta je nízká 30 minut. Při činnostech emočně a psychicky náročných činností je rychle unavený. V psychické zátěži je vytrvalost pacienta slabší.
- e) Odolnost vůči stresu - pacient má snížený frustrační práh.
- f) Kontrola a řízení temperamentových vlastností - Pacient obtížně nalézá důvěru k ostatním lidem. Náladu má pacient skleslou, posmutnělou.
- g) Sebehodnocení - Pacient podceňuje své schopnosti, dovednosti, sociální fungování.

Rodinná anamnéza

Matka měla problémy s alkoholem. V roce 2004 zemřela na rakovinu slinivky. Otec je zdravý. Odešel od rodiny, když pacientovi byl asi 1 rok. Před 2 lety byl pacient za otcem, ale otec o něj nemá zájem. Jinak otec zdravý, s širší rodinnou se pacient nestýká. Pacient svobodný bezdětný. Sourozence pacient nemá a partnerku také nemá.

Zdravotní anamnéza

Pacient prodělal běžné dětské nemoci, které proběhly bez vážnějších komplikací. Operace: v dětství onemocnění tenkého střeva. V asi 25 letech odstranění polypů v nose. Fraktura prstů levé horní končetiny před 5 lety, poté sádrová fixace. Prodělal žloutenku typu A. Nyní se s ničím neléčí. Onemocnění Štítné žlázy, ledvin, kardiovaskulární onemocnění, diabetes melitus, neuroinfekce, tuberkulózu, epilepsie a bezvědomí, pacient neguje. Od poslední hospitalizace nestonal.

Pracovní anamnéza

Základní vzdělání ukončil v roce 1985. Dále studoval oční optiku, kterou dokončil v 1989. Pacient vystudoval obor ještě další obor podnikání zakončené maturitou. I tuto střední

školu úspěšně dokončil. V minulosti vlastnil optiku na Starém Městě, poté jí prodal a dal se na meditace. Od roku 2009 invalidizován a pobírá invalidní důchod III. stupně.

Tabulka č. 22. Sociální dovednosti Informant 9: vstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně: Pacient své obtíže řeší alkoholem.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacient jízdu hromadnými dopravními prostředky zvládne, v síti MHD se orientuje.
Pravidelné brání léků	Na léky občas zapomene.
Nakupování	Při nakupování pacient cítí nervozitu.
Hospodaření s penězi	Pacient zvládne s potížemi.
Orientace, pohyb ve městě	Pacient zvládne bez obtíží.
Společenské kulturní akce	Pacient zvládne bez obtíží.
Práce, postoupení pohovoru	Pacient pocítuje nervozitu.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacient pocítuje nervozitu.
Návštěva lékaře	Pacient na návštěvu lékaře občas zapomene.
Péče o domácnost	Pacient při prvním sezení udává, že činnost zvládne. Objektivně: v průběhu terapie zjištěno, že pacient při přetížení a nadměrném stresu řeší obtíže alkoholem a tudíž své povinnosti poté nezvládne.
Vaření, zdravé stravování, dodržování pitného režimu	Pacient při prvním sezení udává, že činnost zvládne. Objektivně: v průběhu terapie pacient popisuje, že jí nepravidelně, spíše studené jídlo, rohlíky, salám. Ovoce zeleninu jí méně často. Vaří jen občas. Pitný režim nedodrzuje. Pije méně.
Přístup k vlastní osobě	Pacient má k sobě negativní vztah. Pacient si nedůvěřuje.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacient při návštěv úřadu pocítuje nervozitu. Při vyplňování pacient nesoustředěný.

Zdroj: vlastní výzkum

Plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyt v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
- 2) Pravidelné propustky do sociálního prostředí.
- 3) Cvičný byt
- 4) Centrum psychosociálních služeb
 - a) Pracovní poradna
 - a) Poradna pro bydlení
 - b) Motivační a edukační pohovory
- 5) Centrum krizové intervence – edukační skupina
- 6) Centrum sociálně terapeutických aktivit
Chráněné socioterapeutické dílny
 - a) Centrální terapie - Keramická dílna
 - b) Centrální terapie - Papírenská dílna
 - c) Centrální terapie - Svíčkařská dílna
- 7) Centrum psychosomatické rehabilitace
Ergoterapie
Individuální ergoterapie – trénink instrumentálních ADL: práce s počítačem: vyhledávání vlakových, hledání nabídek bydlení, plánování dovolené, výletu. Hospodaření s penězi - sestavení měsíčního rozpočtu, orientace v cenách. Zdraví životní styl: pravidelné stravování, dodržování pravidelného a dostatečného pitného režimu, dostatek pohybu. Kognitivní trénink: rozhodování, koncentrace pozornosti, krátkodobé paměť, rozvoj slovní zásoby, orientace v seznamech, tabulkách, obsahu knihy, myšlení v souvislostech, orientace v mapě, zrakově-prostorových schopností.
Léčebný tělocvik – zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady,
Procházky – zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady,
Nordic Walking
- 8) Program cvičného bytu
Cvičná kuchyňka - 1x týdně trénink vaření a nakupování v nácvikové kuchyňce v prostorách oddělení 30.
- 9) Peer klub – aktivity volného času
- 10) Projekt spolu - hudební aktivity, kognitivní aktivity, dramatické aktivity, literární aktivity.

Cíl sociální rehabilitace

- 1) Zlepšení kognitivních funkcí.
- 2) Zlepšení komunikace a následné zlepšení jednání na úřadech a jednání s ostatními lidmi.
- 3) Dodržování stravovacího a pitného režimu.
- 4) Zlepšení organizace dne.
- 5) Zvládání nadměrného stresu a příznaků nemoci.

Zhodnocení plánu sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyt v PNB na oddělení následné péče – resocializace. Pacient se zadaptoval na oddělení 30 zadaptoval.
- 2) Pravidelné propustky do sociálního prostředí. Pacient pravidelně odchází na propustky a zpět se vrací v pořádku.
- 3) Cvičný byt. Pacient si pobytem ve cvičném bytě upevnil péči o domácnost.
- 4) Centrum psychosociálních služeb
 - a) Pracovní poradna
 - b) Poradna pro bydlení – pacient na kontaktován na Chráněné bydlení Ondřejov.
 - c) Motivační a edukační pohovory – pacient motivovanější, aktivnější, má větší přehled o své nemoci.
- 5) Centrum krizové intervence – edukační skupina
- 6) Centrum sociálně terapeutických aktivit
Chráněné socioterapeutické dílny – pacient si upevnil pracovní návyky.
- 7) Centrum psychosomatické rehabilitace
Ergoterapie - Individuální ergoterapie – pacient vytrvalejší, emočně stabilnější, neschopen si lépe naplánovat a zorganizovat činnost, U pacienta došlo ke zlepšení kognitivních funkcí.
Léčebný tělocvik – pacientovi se zvýšila tělesná kondice, posílily svaly, a zlepšila nálada.
Procházky – zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady,
Nordic Walking – pacientovi se zvýšila tělesná kondice a posílily svaly.

- 8) Program cvičného bytu - Cvičná kuchyňka - pacient si upevnil návyky zdravého a pravidelného stravování, pravidla vaření a chodu domácnosti.
- 9) Peer klub – pacient se lépe začleňuje do kolektivu lidí.
- 10) Projekt spolu – u pacienta došlo ke zlepšení kognitivních funkcí a dále pacient aktivnější.

Cíl sociální rehabilitace

- 1) Zlepšení kognitivních funkcí – pacienta došlo ke zlepšení kognitivních funkcí.
 - 2) Zlepšení komunikace a následné zlepšení jednání na úrazech a jednání s ostatními lidmi.
 - 3) Dodržování stravovacího a pitného režimu - pacient si uvědomuje, že
 - 4) Zlepšení organizace dne – pacient si začal uvědomovat, že alkoholem své obtíže řešit nemůže.
- 1) Zvládání nadměrného stresu a příznaků nemoci – pacient odolnější vůči stresu.

Tabulka č. 23 Sociální dovednosti – Informant 9: výstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacient si uvědomuje, že by neměl své obtíže řešit alkoholem.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Pacient jízdu hromadnými dopravními prostředky zvládne, v síti MHD se orientuje.
Pravidelné brání léků	Léky pacient bere pravidelně.
Nakupování	Pacient nakupování zvládne bez obtíží.
Hospodaření s penězi	Pacient se snaží s penězi hospodařit.
Orientace, pohyb ve městě	Pacient zvládne bez obtíží.
Společenské kulturní akce	Pacient zvládne bez obtíží.
Práce, postoupení pohovoru	Pacient zvládne bez obtíží.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacient pociťuje nervozitu.
Návštěva lékaře	Pacient k lékaři dochází pravidelně.
Péče o domácnost	Pacient zvládne bez obtíží.
Vaření, zdravé stravování, dodržování pitného režimu	Pacient si upevnil pravidla vaření a zdravého stravování.
Přístup k vlastní osobě	Pacient si k sobě vytvořil pozitivnější vztah.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacient zvládne bez obtíží.

Zdroj: vlastní výzkum

Výstupní Addenbrookský kognitivní test : celkové skóre: 95/100, Orientace a pozornost: 18/18, Paměť 26/26, slovní produkce 12/14, Jazyk 26/26, Zrakově prostorové schopnosti 13/16.

INFORMANT 10

Představení pacienta

Muž ve věku 31 let. S Duální diagnózou. Závislost na drogách a Hebefrenní schizofrenie. V psychiatrické nemocnici Bohnice byl nejprve hospitalizován na příjmovém oddělení závislostí 31, byl přeložen na oddělení režimové oddělení následné péče pro léčbu závislostí režim na tomto oddělení nezvládal, proto byl přeložen na oddělení 16 Duální diagnózy a poté byl přeložen na Koedukovaném oddělení následné péče pro nemocné do 65 let (oddělení 30). Zde probíhala další resocializace pacienta. Na tomto oddělení byl pacient zařazen do oranžové skupiny, do které jsou zařazeni pacienti s duální diagnózou. Pacient s hebefrenní schizofrenií, u něhož je patrná emoční porucha, porucha myšlení. A projevu pacienta patrné hebidní rysy chování.

První kontakt s pacientem

První dvě domluvené setkání s pacientem byly zrušeny, z důvodu, že pacient při prvním setkání si domluvil jinou aktivitu. Druhé domluvené setkání z důvodu, že pacient na terapii zapomněl se také nekonalo. Poté bylo domluveno třetí setkání a pacient chtěl setkání odložit z důvodu, že se mu na terapii nechce jít. Pacient poučen, že terapie už byla 2x zrušena, a proto je nyní nutné udělat vstupní vyšetření. Pacient se neochotně do terapie zapojil. Nejdříve jsme se s pacientem vzájemně představily. Poté jsem pacienta seznámila s pravidly, náplní a zaměřením sociální rehabilitace. Pacient nervózní, ambivalentní, uzavřený, negativistický, bázlivý a v napětí. Vše jsem pacientovi postupně vysvětlila. Poté jsem s pacientem provedla anamnestický rozhovor, polostrukturovaný rozhovor na základě dotazníku sociálních dovedností a Addenbrookský kognitivní test. V průběhu terapie pacient méně spolupracující, odmítavý a bez náhledu na své onemocnění a obtíže.

Vstupní kognitivní test ACE: Celkové skóre: 77/100 Pozornost a orientace 18/18, Paměť, 26/9, Slovní produkce 14/11, Jazyk 26/23, Zrakově- prostorové schopnosti 16/11

Anamnéza

Osobní anamnéza

Pacient ve věku 31 let měří 178 cm a váží 81 kg. Pacient má nyní diagnostikovanu Hebefrenní schizofrenii. Povahově je pacient introvertní, individualistický. Mezi jeho zájmy patří: četba, běh, procházky, dále se zajímá otisk knih.

- a) Mravní vlastnosti pacienta - nesvědomitý, neodpovědný, neskromný, netolerantní.
- b) Pracovní vlastnosti - v práci byl pacient občas nespolehlivý, spíše lenivý, vypočítavý.
- c) Vztah k lidem - pacient nejistý obtížně si vytváří vztah s autoritou.
- d) Vytrvalost – pracovní výkonnost pacienta nízká, vytrvalost slabá.
- e) odolnost vůči stresu - pacient má snížený frustrační práh.
- f) Kontrola a řízení temperamentových vlastností - pacient nejistý, nervózní, ambivalentní,
- g) Sebehodnocení - Pacient nejistý, nervózní, zatím nedokáže nalézt pocit bezpečí a důvěry v sebe. Z tohoto důvodu se brání slovním útokem.

Zdravotní anamnéza

Pacient prodělal operace nesestouplého varlete v 9 letech. V průběhu dětství běžné dětské nemoci, které proběhly bez komplikací. Dispenzarizován pro colitis ulcerosa, bez medikace, aktuálně neudává. Alergií pacient netrpí. Ani neudává, žádnou alergii na léky. Úrazy, hepatitidu, epilepsii a bezvědomí pacient neprodělal. Psychiatrická heredita v rodině negativní. Pacient kouří 20 cigaret denně. Alkohol pacient pije jen příležitostně. Drogy pacient bral. Neochotně přiznává, že bral THC a pervitin. Blíže o tom odmítá hovořit.

Rodinná anamnéza

Pacient je svobodný, bezdětný. Pacientovi rodiče jsou rozvedeni. Matce je 56 let a žije v Praze. Pracuje jako účetní. Žádným onemocněním netrpí. Otec žije v Prostějově, jemu 54 let a je aktuálně zdravý. Pracuje jako stavební inženýr. Pacient má jednu sestru, které je 33 let, aktuálně je zdráva. Sestra má dva syny ve věku 3 a 5 let. Pracuje jako zdravotní sestra.

Sociální anamnéza

Vztahy s rodiči nemá pacient dobré. S matkou mívá pacient časté konflikty. Otec se synem v kontaktu moc není. Pacient žil v Chráněném bydlení Bona, ale z důvodu

porušování pravidel vyloučen. Pacient by nyní chtěl bydlet u otce v bytě v Prostějově, ale otec syna do bytu nechce. Protože vždy vysadí léky a znovu začne brát drogy. Posléze se jeho psychický stav se zhorší. Otec je syna ochotný brát pouze na víkendové propustky. Pacient má jednu sestru. Vztah pacienta se sestrou je pouze formální. Setra měla přijet pro pacienta na propustku, ale bohužel pro něho nepřijela. Pacientovi se neomluvila a nedala mu jiný termín. Partnerky má pacient dvě a přijde mu to normální. Dluhy pacient nemá.

Pracovní anamnéza

Základní vzdělání ukončil v roce 2001. Po té vystudoval gymnázium, které ukončil v roce 2005. Po té začal studovat vysokou školu, kterou bohužel nedokončil z důvodu závislosti na drogách a začínajících psychických obtížích. Pacient invalidizován z psychiatrické indikace v roce 2011 a nyní pobírá invalidní důchod 3. stupně. Pacient zatím nemá omezenou svéprávnost.

Plán sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti

- 1) Pobyt v PNB na oddělení následné péče – resocializace.
- 2) Centrum psychosociálních služeb
 - 1) Terapie hrou (pavilon 4)
 - 2) Integroční programy
 - 3) Psychogymnastika

- 3) Centrum sociálně terapeutických aktivit

Chráněné socioterapeutické dílny

- a) Košíkářská dílna (CKI)
- b) Centrální terapie – knihařská, tiskařská dílna
- c) Centrální terapie - papírenská dílna
- d) Centrum psychosomatické rehabilitace

- 4) Ergoterapie

Individuální ergoterapie – kognitivní trénink- trénink koncentrace pozornosti, myšlení v souvislostech, trénink logického myšlení, orientace v mapě, zrakově-prostorových schopností. Návěst sociálních a praktických dovedností - sestavení jídelníčku, sestavení denního režimu, jednání s autoritou, určení hranic a pravidel.

5) Program Oranžové skupiny

Arteterapie

Hudební aktivity

Muzikoterapie

Relaxace

Úklid osobních věcí

Psychoterapie

Léčebný tělocvik – zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady,

Procházky – zvýšení tělesné kondice, posílení svalů, zlepšení nálady,

- 5) Cvičná kuchyňka - 1x měsíčně trénink vaření a nakupování v nácvikové kuchyňce v prostorách oddělení 30.

Cíl sociální rehabilitace

- 1) Vytvoření náhledu.
- 2) Zlepšení myšlení a vnímání.
- 3) Zlepšení kognitivních funkcí.
- 4) Zlepšení komunikace.
- 5) Zlepšení orientace ve finančních záležitostech.
- 6) Zlepšení jednání na úřadech.
- 7) Přijetí zodpovědnosti.
- 8) Samostatné zvládání sociálních situací.

Tabulka č. 23. Sociální dovednosti Informant 10: výstupní vyšetření

Sociální dovednosti	
Naplánování a dodržování režimu dne	Pacient udává, že naplánovat a dodržovat denní režim zvládne. Objektivně: režim dne pacient na oddělení porušuje, nedodržuje, na aktivity občas zapomíná, vymlouvá se na jinou aktivitu, aby nemusel jít na aktivitu, která se právě koná.
Transport hromadnými dopravními prostředky	Dopravu hromadnými dopravními prostředky pacient zvládne. V síti MHD se orientuje.
Pravidelné brání léků	Pacient nyní bere depotní injekce.
Nakupování	Pacient při nakupování pociťuje mírný strach a úzkost.
Hospodaření s penězi	Pacient udává, že hospodaření s penězi zvládne. Objektivně: Peníze utrácel za drogy.
Orientace, pohyb ve městě	Pacient udává, že činnost zvládne.
Společenské kulturní akce	Společenské a kulturní akce pacient navštěvuje bez obtíží.
Práce, postoupení pohovoru	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně: pacient nervózní, z důvodu poruchy myšlení a vnímání nemůže pohovor zvládnout.
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	Pacient nervózní, ambivalentní, chvílemi heboidní projev, obtížně komunikuje s autoritou. Když autorita určí pravidla a hranice, pacient je nerespektuje a jde si stěžovat k jiné autoritě.
Návštěva lékaře	Pacient udává, lékaře navštěvuje pravidelně.
Péče o domácnost	Pacient, že péči o domácnost zvládá. Objektivně: pacientovi úklid osobních věcí jde obtížně, věci nedává na své místo.
Přístup k vlastní osobě	Pacient nadhodnocuje své schopnosti a sociální dovednosti.
Návštěva úřadu, jednání s úředníky vyplňování formulářů	Pacient udává, že činnost zvládne. Objektivně: pacient má obtíže s vyplňování formulářů, z důvodu nesoustředěnosti. Pacient obtížně komunikuje, řeč chvílemi nepřiléhavá, ve strachu a úzkosti je verbálně útočný.

Zdroj: Vlastní výzkum

Zhodnocení sociální rehabilitace

Pacient v průběhu terapie nespolutracující, často měl heboidní projev, porušoval hranice a pravidla. Neměl náhled na své obtíže. Udával, že žádné problémy nemá. Terapie ukončena, výstupní vyšetření neprovedeno. Poté ještě měsíc hospitalizován na oddělení 30 a stále nedodržel pravidla a porušoval hranice a narušoval režim oddělení a nedocházel na dané aktivity, neuklízal své osobní věci. Po té byl přeložen na oddělení na uzavřené 20 a z tohoto oddělení byl po 3 měsících propuštěn do chráněného bydlení.

5.3 Návrh sociální rehabilitace v psychiatrii

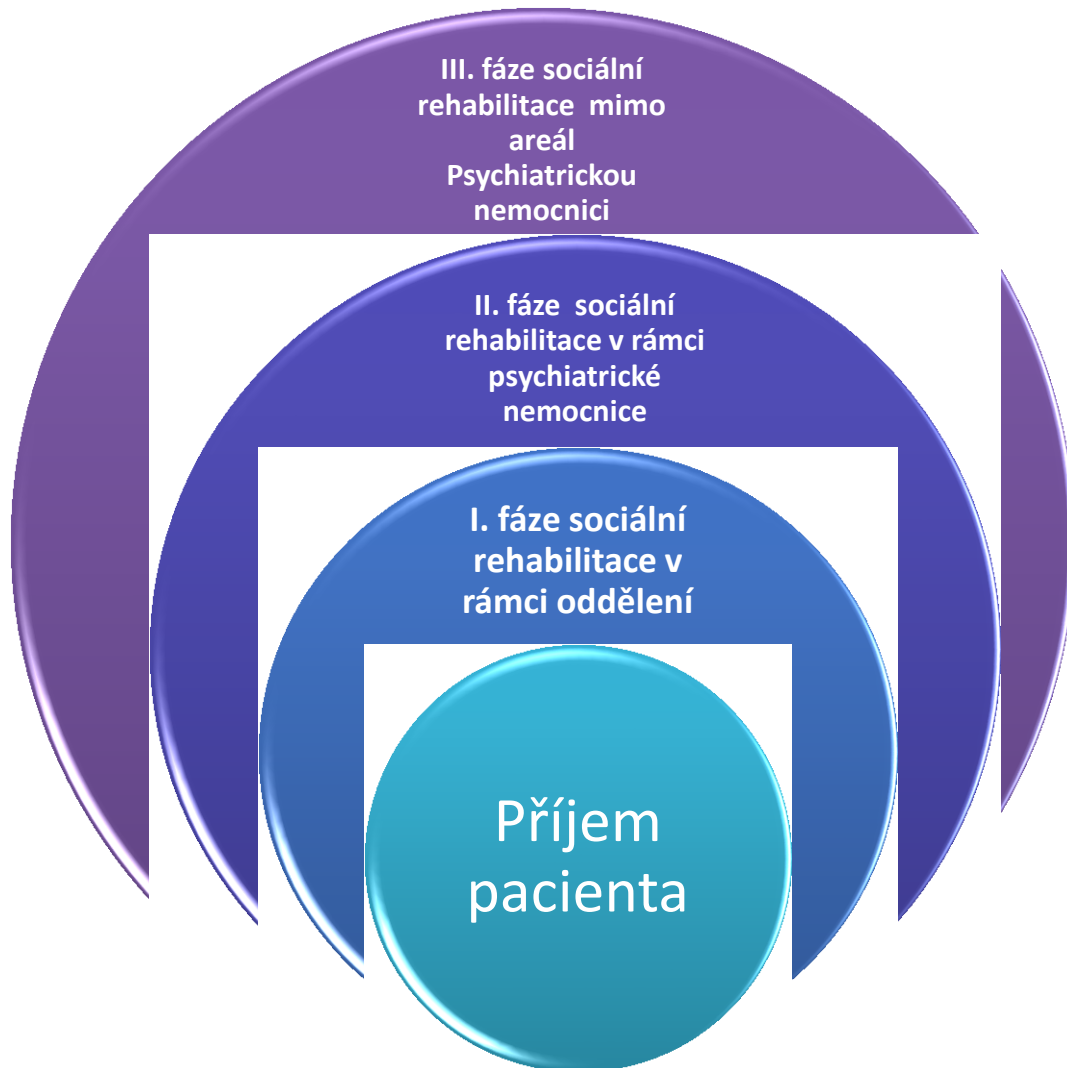
V průběhu svého výzkumu jsem sestavila návrh Sociální rehabilitace v psychiatrii, který se zaměřuje na Sociální rehabilitaci v psychiatrické léčebně. Dále znázorňuje i Sociální rehabilitaci u duševně nemocných po propuštění. Celý návrh jsem sestavila do diagramů.

- Příjem pacienta
- I fáze rehabilitace v rámci oddělení
- II fáze sociální rehabilitace v rámci psychiatrické nemocnice
- III fáze sociální rehabilitace mimo psychiatrickou nemocnici
- Individuální výběr následného centra sociální rehabilitace, centra duševního zdraví, chráněného bydlení, které bude pacientovi vyhovovat
- Na kontaktování pacienta na komunitní péči
- Propuštění pacienta
- Kontrola zdravotního stavu a sociálního fungování pacienta komunitní péčí
- Peněžní podpora od státu na základě povinné docházení do návazných center sociální rehabilitace
- Povinné a trvalé docházení do návazných center sociální rehabilitace, center duševního zdraví
- Pracovní začlenění
- Povinné docházení do chráněné práce

Postup sociální rehabilitace

Při práci s pacientem s duševním onemocněním je nutné, aby znovu proběhl socializační proces, protože v dětství proběhl nesprávným způsobem. A proto je nutné, aby sociální rehabilitace pacienta byla rozdělena do tří fází.

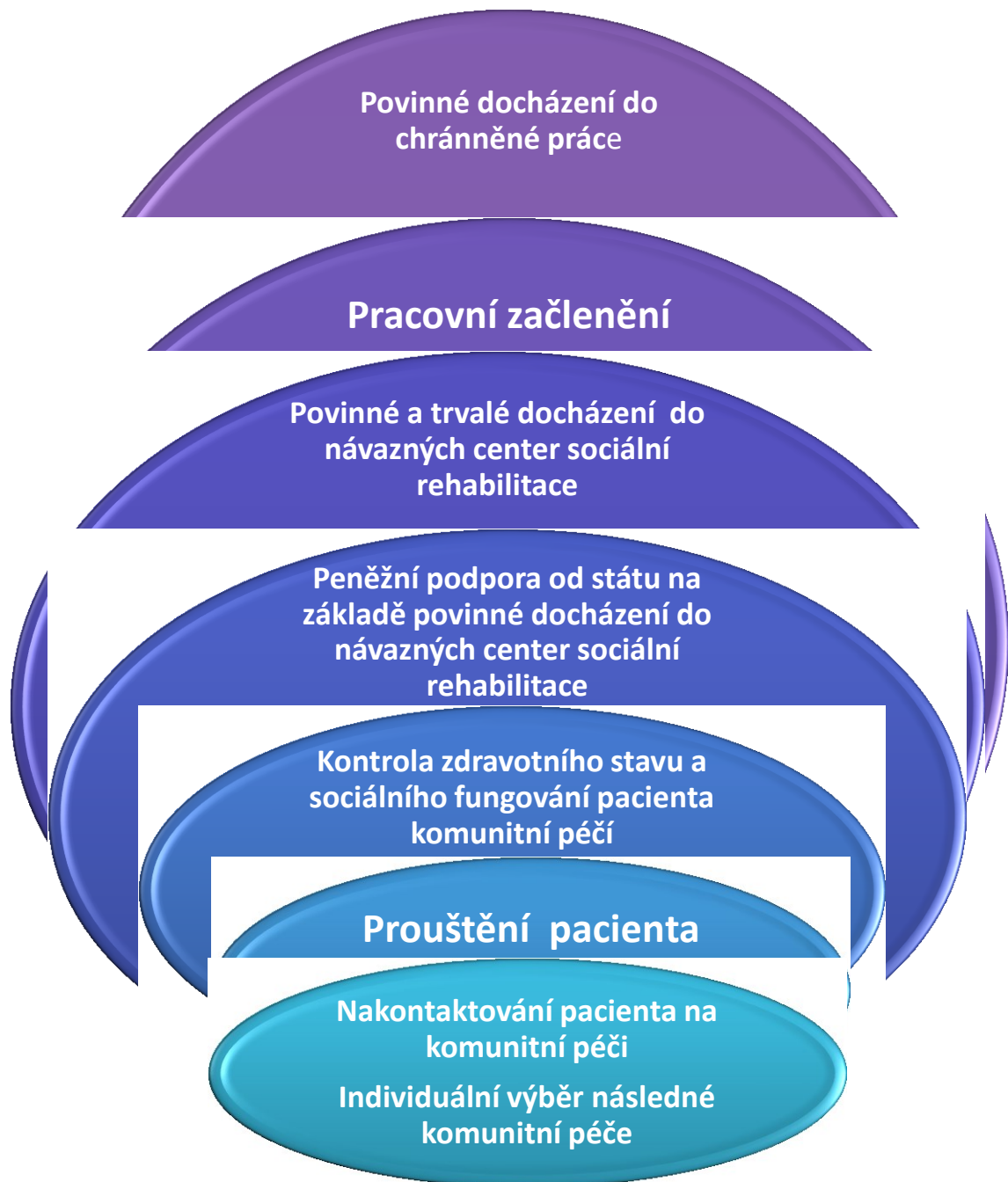
Diagram č. 1 Fáze Sociální rehabilitace



Zdroj: vlastní výzkum

Návrh sociální rehabilitace po propuštění pacienta

Diagram č. 2. Sociální rehabilitace po propuštění pacienta

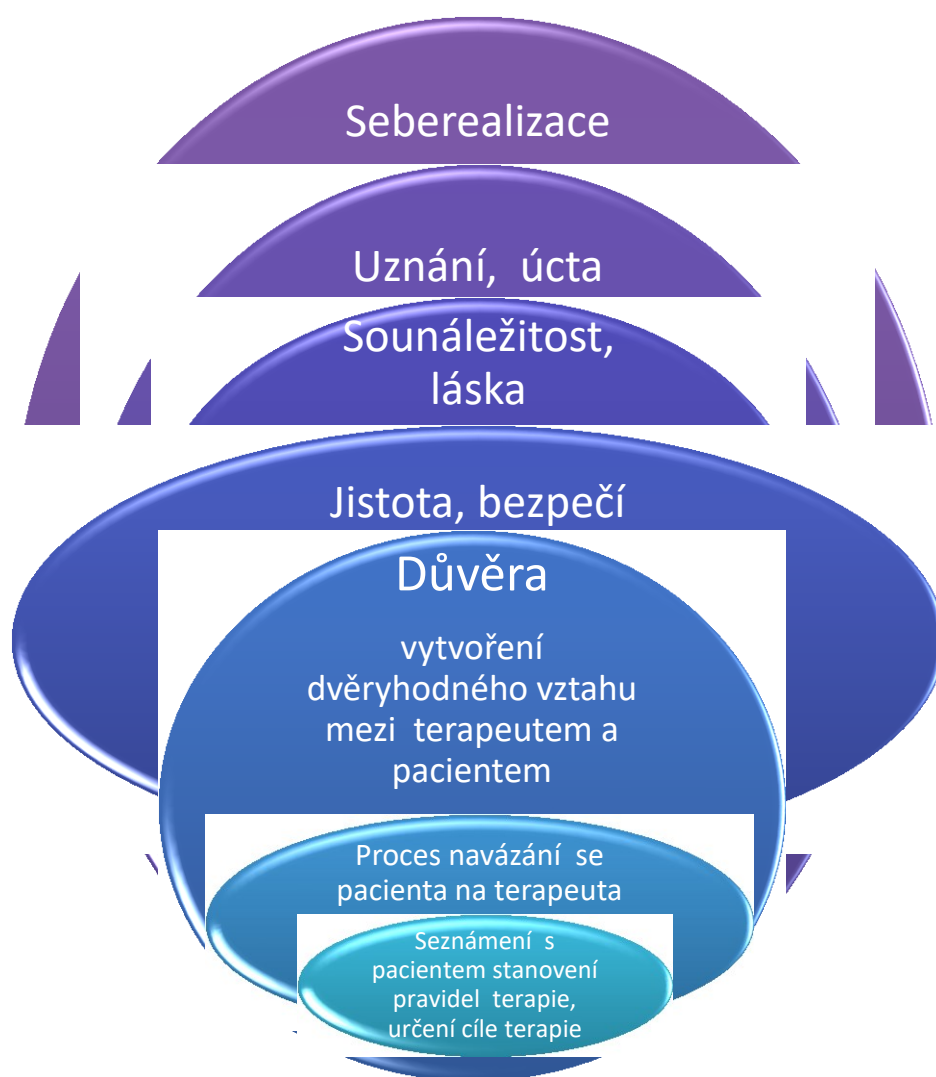


Zdroj: vlastní výzkum

Postup při práci s pacientem

Při práci s pacientem je nutné uspokojit deficit základních životních potřeb, které v dětství nebyly uspokojeny. Po té je pacient schopen najít jistotu, bezpečí, změnit své chování a zlepšit své fungování v sociálních dovednostech.

Diagram č. 3. Postup při práci s pacientem



:

Zdroj: vlastní výzkum

5.2 SWOT analýza sociální rehabilitace

K zjištění dílčího cíle jsem sestavila SWOT analýzu sociální rehabilitace na základě vlastních zkušeností

Obrázek 4: SWOT analýza sociální rehabilitace vlastní zkušenosti

Silné stránky sociální rehabilitace	Slabé stránky sociální rehabilitace
<ul style="list-style-type: none">• Provázanost a překrývání nácvikových aktivit• Komplexnost služeb• Dostupnost služeb• Jednotnost, soudružnost lékařských a nelékařských pracovníků ve vztahu k pacientovi.	<ul style="list-style-type: none">• Krátká doba hospitalizace• Z důvodu bezpečnosti nemožnost pořízení sporáku do cvičného bytu• Přísné hygienické předpisy• Dlouhá doba získání příspěvku na aktivity sociální rehabilitace
Příležitosti	Rizika
<ul style="list-style-type: none">• Vznik více center duševního zdraví - návazná péče o duševně nemocné v celé ČR.• Vznik více chráněných a podporovaných bydlení v celé ČR.• Vznik více chráněných, podporovaných zaměstnání v celé ČR.	<ul style="list-style-type: none">• Nevyrovnaný lékařský pracovník• Nevyrovnaný nelékařský zdravotnický pracovník• Nespolupracující pacient• Nedostatek návazné péče o duševně nemocné v celé ČR.

Zdroj: Vlastní výzkum

5.3 Shrnutí výsledků

Legenda k tabulce č. 26

IF 1-5 : Informatky , IF 6-10 Informanti

Hodnocení 1: pacient činnost zvládne bez obtíží

Hodnocení 2: pacient činnost zvládne s mírným strachem, úzkostí nebo smírnými obtížemi

Hodnocení 3: pacient činnost zvládne velkým strachem, úzkostí ne s velkými obtížemi.

Tabulka č. 25 Sociální dovednosti celkové zhodnocení

Sociální dovednosti celkové zhodnocení																				
	IF1		IF2		IF3		IF4		IF5		IF6		IF7		IF8		IF9		IF10	
Naplánování a dodržování režimu dne	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	1	1	2	1	3	2	3	-
Transport hromadnými dopravními prostředky	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	-
Pravidelné brání léků	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	-
Nakupování	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	-
Hospodaření s penězi	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	3	3	3	3	2	1	1	1	2	-
Orientace, pohyb ve městě	1	1	2	1	3	2	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	-
Společenské kulturní akce	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	-
Práce, postoupení pohovoru	2	1	2	2	3	2	2	1	3	2	2	2	1	1	3	2	2	1	1	-
Kontakt a jednání s ostatními lidmi	2	1	2	1	3	2	1	1	2	1	3	2	3	2	2	1	2	2	3	-
Návštěva lékaře	2	1	2	1	3	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	-
Péče o domácnost	2	1	3	1	2	2	2	1	2	1	3	2	1	1	2	1	2	1	2	-
Vaření dodržování pravidelného stravování a pitného režimu	2	1	2	1	3	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	-
Přístup k vlastní osobě	3	2	3	2	3	2	3	2	2/3	1	1	2	1	1	3	2	3	1	2	-
Jednání na úřadu	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	3	-

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 25 Shrnutí výsledků kognitivního testu ACE

	Pozornost, orientace	Paměť	Slovní produkce	Jazyk	Zrakově prostorové schopnosti	Celkové skóre
INFORMANTKA 1						
vstupní ACE	14/18	10/26	10/14	23/26	16/16	73/100
kontrolní ACE	18/18	18/26	13/14	24/26	16/16	89/100
INFORMANTKA 2						
vstupní ACE	13/18	17/26	11/14	22/26	14/16	77/100
kontrolní ACE	13/18	14/26	11/14	23/26	14/16	75/100
INFORMANTKA 3						
vstupní ACE	16/18	16/26	10/14	23/26	16/16	81/100
kontrolní ACE	17/18	13/26	11/14	24/26	16/16	81/100
INFORMANTKA 4						
vstupní ACE	18/18	18/26	13/14	23/26	10/16	82/100
kontrolní ACE	18/18	18/26	13/14	24/26	14/16	87/100
INFORMANTKA 5						
vstupní ACE	18/18	19/26	7/14	24/26	13/16	81/100
kontrolní ACE	18/18	20/26	6/14	26/26	10/16	80/100
INFORMANT 6						
vstupní ACE	17/18	11/26	10/14	25/26	12/16	75/100
kontrolní ACE	17/18	7/26	13/14	25/26	12/16	74/100
INFORMANT 7						
vstupní ACE	18/18	18/26	11/14	26/26	14/16	87/100
kontrolní ACE	18/18	22/26	13/14	26/26	14/16	93/100
INFORMANT 8						
vstupní ACE	18/18	17/26	11/14	26/26	15/16	87/100
kontrolní ACE	18/18	20/26	13/14	26/26	15/16	92/100
INFORMANT 9						
vstupní ACE	15/18	26/26	9/14	25/26	12/16	87/100
kontrolní ACE	18/18	26/26	12/14	26/26	13/16	95/100
INFORAMANT 10						
vstupní ACE	18/18	9/26	11/14	23/26	11/16	77/100
kontrolní ACE	-	-	-	-	-	-

Zdroj: Vlastní výzkum

- 1) Výsledek Kognitivní testu Informantky 2 se zhoršil o 2 body z důvodu nejistoty při propuštění i když se v některých oblastech kognitivních funkcí zlepšila a v jiných se naopak zhoršila.

- 2) Výsledek kognitivního testu Informantky 3: z důvodu nejistoty před propuštěním zůstal stejný, i když se v některých oblastech kognitivních funkcí se pacientka zlepšila a v jiných se naopak zhoršila.
- 3) Výsledek kognitivního testu Informantky 5: došlo ke zhoršení o 1 bod z důvodu nejistoty před propuštěními, i když se v některých oblastech kognitivních funkcí zlepšila a v jiných se naopak zhoršila.
- 4) Výsledek kognitivní test Informanta 6: se zhoršil o 1 body z důvodu nejistoty před propuštěním, i když se v některých oblastech kognitivních funkcí zlepšil a v jiných se naopak zhoršil.
- 5) Kognitivní test Informanta 10: nebyl proveden z důvodu ukončení terapie, v kratší době 3 měsíců. Kontrolní test kognitivních funkcí lze provést až po 3 měsících od vstupního vyšetření.

5. Diskuze

Tématem mé bakalářské práce je sociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici u osob s duševní chorobou. Zaměřuje se na průběh sociální rehabilitace u osob s psychotickým onemocněním na Koedukovaném oddělení následné péče na pavilonu 30. Psychiatrické nemocnice Bohnice.

V Psychiatrické nemocnici Bohnice se léčí celá škála duševních onemocnění. Hlavními skupinami psychiatrické péče jsou poruchy nálady, bipolární afektivní poruchy, schizofrenní poruchy, poruchy osobnosti a neurotické poruchy. Psychiatrická péče dospělým pacientům je poskytována v rámci osmi primariátů na osmnácti odděleních. Psychiatrická péče je v nemocnici rozdělena na akutní a následnou.

Akutní lůžková péče v psychiatrické nemocnici je nutná při akutním průběhu duševního onemocnění. Cílem léčby zaměřené „zotavení“, která je v psychiatrické nemocnici prosazována, není jen zaměření na odstranění symptomů nemoci a stabilizace zdravotního stavu pacienta, ale také vytvoření podmínek pro co nejuspokojivější samostatný život.

Proto je kladen důraz na psychiatrickou rehabilitaci a posilování kompetencí každého jednotlivce. Následná péče je určena pro pacienty k doléčení psychických stavů, které není možné zvládnout na akutním oddělení.

Během hospitalizace na některém z oddělení následné péče pokračují terapeutické aktivity, psychiatrická rehabilitace i příprava na každodenní fungování po návratu z nemocnice. Každému z uživatelů psychiatrické péče je nabídnuta pomoc s hledáním cesty k uspokojivému životu a k naplnění cílů, které si sám stanoví. K doléčení psychických stavů slouží následná péče, která se skládá z resocializace a sociální rehabilitace duševně nemocných. Během hospitalizace na některém z oddělení následné péče pokračují terapeutické aktivity, psychiatrická rehabilitace i příprava na každodenní fungování po návratu z nemocnice. Nyní psychiatrická péče v nemocnici prochází po mnoha stránkách proměnou. Ve vyspělých zemích už několik desetiletí, u nás v posledních letech v souvislosti s ohlášenou reformou systému psychiatrické péče. Dochází ke změně dřívějšího medicínského přístupu k lidem s duševním onemocněním a dále dochází ke změnám forem psychiatrické péče. S přibývajícím důrazem na hlavní cíl, kterým je spokojenější život psychicky nemocných lidí, se dostává do popředí psychiatrické péče sociální rehabilitace, resocializace pacientů a komunitní péče. Postupně by se mělo dojít, ke zlepšení podmínek lůžkové psychiatrické péče. Hlavním cílem Psychiatrické nemocnice Bohnice je každodenní úsilí zlepšování svých služeb a prosazování moderního přístupu k psychiatrické péči.

V mé bakalářské práci jsem se snažila zachytit komplexní průběh sociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. Sociální rehabilitace je v psychiatrické nemocnici Bohnice zajišťována komplexním způsobem. Na sociální rehabilitaci se podílí lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníce centra psychosociálních služeb, ergoterapeuti, terapeuti centra terapeutických aktivit, peer konzultanti.

Na oddělení 30 se pětikrát týdně koná porada týmu, na kterou dochází lékařky, staniční sestra, zdravotní sestry, arteterapeutka, sociální terapeutka. Jedenkrát týdně na poradu dochází ergoterapeutka a sociální pracovníce z centra psychosociálních služeb. Tým se snaží flexibilně a individuálně sestavovat plán sociální rehabilitace u daného pacienta.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit jak sociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici u osob s duševní poruchou. Dílčím cílem bakalářské práce je zjistit limity a možnosti sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti.

6.1 Diskuze k hlavnímu a dílčímu cíli

Myslím si, že se mi ve své bakalářské práci podařilo komplexně a detailně popsat průběh sociální rehabilitace. A zjistit možnosti a limity poskytování sociální rehabilitace v kontextu komplexnosti. Dále myslím si, že Psychiatrická nemocnice dobře propracovaný systém návazné komunitní péče v oblasti Praha. V dalších oblastech ČR si myslím, že tomu tak není. Zdravotně-sociální péče a poskytování Sociální rehabilitace probíhá provázaně a komplexně na základě soudružnosti a jednotnosti zdravotnických a sociální pracovníků. Myslím si, že možnostmi Sociální rehabilitace je velká nabídka komplexních terapeutických aktivit a provázanosti zdravotně sociální péče poskytované v psychiatrické nemocnici, jednotnost, soudružnost lékařských a nelékařských pracovníků ve vztahu k pacientovi, velká snaha psychiatrické nemocnice zkvalitnit zdravotně-sociální péči o duševně nemocné, rozšíření a zkvalitnění terapeutických aktivit. Limity sociální rehabilitace jsou dle mého názoru způsobeny nespolupracujícím pacientem, nevyrovnanými zdravotnickými pracovníky, nesourodostí informací které jsou pacientovi předávány zdravotnickým personálem, málo finančních prostředků na aktivity sociální rehabilitace v psychiatrii.

6.2 Diskuze k výzkumným otázkám

HVO1: Jak probíhá sociální rehabilitace u pacientů/pacientek s duševní poruchou v psychiatrické nemocnici?

V průběhu svého výzkumu jsem zjistila, že Sociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici probíhá komplexním způsobem. Sociální rehabilitace je rozdělena do tří fází. Nejprve je pacient přijat do psychiatrické nemocnice, po té je stabilizován jeho zdravotní stav. Dále je socializován v rámci oddělení, na kterém je hospitalizován. Pacient se učí navazovat a udržovat vztahy v rámci oddělení, učí se komunikovat s ostatními spolupacienty a ošetřovatelským personálem, dále se začleňuje do kolektivu lidí na oddělení, navštěvuje terapeutické aktivity v rámci oddělení. V této fázi se pacient učí základním sociálním návykům a základním návykům péče o sebe a prostředí svého pokoje. Poté sociální rehabilitace přechází do druhé fáze kdy pacient stabilizován a začíná docházet na aktivity mimo oddělení, začíná začleňovat do kolektivu pacientů z jiných oddělení, učí se navazovat a udržovat vztahy s ostatními pacienty z jiných oddělení, dále se prohlubuje nácvik komunikace jak se spolupacienty tak s terapeuty, upevňuje se pravidla chování, pracovní návyky, pravidla bezpečnosti práce, zásady

vaření, péče o domácnost, nakupování. Většinou je pacient přeložen na oddělení následné péče 30, kde v případě potřeby nácviku je pacient zařazen do cvičného bytu. Při realizaci výzkumu jsem zjistila, že sociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici Bohnice probíhá komplexním způsobem na základě spolupráce všech zdravotnických odborníků a pacienti jsou začleněni do mnoha terapeutických aktivit, které jsou vzájemně provázané. Síť návazných komunitních služeb v ČR je stále nedostatečná jak uvádí Strategie reformy psychiatrické péče (2013). Nejvíce je komunitní péče v oblasti psychiatrické péče rozšířená v oblasti Praha, ale v ostatních regionech je návazných center komunitní péče většinou málo nebo nejsou vybudována. Vzhledem k tomu, že psychiatrická nemocnice Bohnice spolupracuje s návaznými komunitními službami psychiatrické péče, tak pacienti v třetí fázi mohou navštěvovat návaznou službu komunitní péče a po té začnou docházet do těchto služeb a tím se vytvoří plynulý přechod do přirozeného prostředí. Nevýhodou je, že pacientovi třeba nevyhovuje skladba klientů v návazném centru nebo službě a pacient do komunitních služeb přestane docházet. Případně vysadí léky, zhorší se mu zdravotní stav a je znovu hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Z toho to důvodu si myslím, že když by byla docházka do center duševního zdraví, podmíněna výplatou invalidního důchodu, pacient by byl motivován centrum stabilně navštěvovat a docházelo by ke kontrole zdravotního stavu v rámci komunitní péči. A nedocházelo by k opakované hospitalizaci a nežádoucímu relapsu psychotického onemocnění.

DVO1: Jaký přínos má sociální rehabilitace pro pacienty/ pacientky s duševní poruchou?

Výzkumem bylo zjištěno, že přínosem sociální rehabilitace pro pacienty je znovu proběhnutí socializačního procesu, který v dětství proběhl nesprávným způsobem a tudíž pacient není schopen správného fungování v dospělosti. Z důvodu, že většina pacientů vyrostla z problémových, dysfunkčních, neúplných rodin nemají ukotveny sociální dovednosti a chování v sociálních situacích. V průběhu sociální rehabilitace si upevňují sociální a praktické dovednosti, pracovní návyky a sociální chování. V průběhu nácviků těchto dovedností získávají pocit bezpečí, jistoty a nalézají vlastní hodnotu, nácvikem zátěže dochází ke zvýšení frustračního prahu a pacient získá větší odolnost vůči stresu. Od terapeutů získávají pochvalu, uznání, ujištění, ale také mohou nalézt bezpečí. A poté je pacient lépe zvládat sociální situace.

DVO2: Jaký přínos má psychosociální přístup v sociální rehabilitaci?

Psychosociální přístup je pro práci s duševně nemocnými pacienty, jeden z nejvhodnějších psychosociálních přístupů, protože tento přístup se zaměřuje na vztah pacienta a terapeuta a také se zaměřuje se na souběžné řešení problémů v prostředí a posilování vnitřní rovnováhy intrapsychických sil. Základními prvky tohoto přístupu jsou prostředky vedení klienta k jasnému vnímání externí reality a vedení ke vnímání vnitřní reality klienta (Navrátil, 2001). Pacient díky tomuto přístupu získává vnitřní jistotu a bezpečí, lépe začne vnímat externí realitu. A poté je schopen začít aplikovat znovu ukotvené sociální dovednosti do svého života.

DVO3: Jaký má přínos přístup orientovaný na klienta v sociální rehabilitaci?

Dále jsem ve svém výzkumu zjistila odpověď na třetí dílčí výzkumnou otázku. Ve svém výzkumu jsem došla k názoru, že přínos přístupu orientovaného na klienta v sociální rehabilitaci je to, že je vhodný pro nalezení vlastní hodnoty. Z důvodu, že přístup orientovaný na klienta se zaměřuje na kongruenci, opravdovost, bezpodmínečnou pozitivní vazbu a empatii, aktivní naslouchání a autentické přátelství, jak popsal (Navrátil, 2001). Což na pacienty s duševní poruchou působí pozitivně a u pacientů dochází ke zvýšení sebevědomí a začnou si uvědomovat vlastní hodnotu a dojde ke zvýšení sebevědomí.

DVO4: Jaké metody a techniky sociální rehabilitace jsou používány v psychiatrické nemocnici?

V průběhu výzkumu jsem zjistila, že v Psychiatrické nemocnici Bohnice se uplatňují metody, které popisuje Jankovský (2006) ve své knize.

1) Reeducace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností)

U pacientů dochází k posilování a rozvoji praktických, sociálních komunikačních dovedností a kognitivních funkcí.

2) Kompenzace (náhrada postižené funkce jinou nepostiženou funkcí)

Pacienti jsou učeni kompenzačním mechanismům jak dané situace zvládnout.

Př. Když pacient zapomíná, musí si vše psát. Používat upomínky v mobilu, diář.

Př. Pacient je sám, nemá kam jít. Samostatně žít nezvládne, protože nedokáže fungovat v sociálních situacích při zvýšené psychické zátěži. Pacient je invalidizován a zařazen do přípravy na chráněné komunitní bydlení, kde je organizován režim dne a další denní aktivity a kolektiv dalších klientů.

Akceptace (přijetí života s prodělaným traumatem a následně postižením duševní poruchou).

Frey (1991) ve svých skriptech posuje že, metody sociální rehabilitace zahrnují způsoby záměrného uspořádání obsahu, prostředků i rehabilitační činnosti v souladu s principy, periodizací, organizací a řízením procesu sociální rehabilitace tak, aby vedly k naplnění cílů. Hlavně se využívají metody slova, názorné ukázky, rozvoje ideomotorických představ, techniky praktických cvičení, komplexní (multimediální) metody, analyticko-syntetické metody a metody zátěže. Další metody sociální rehabilitace, které se využívají, jsou soubory relaxačních a psychorehabilitačních postupů, metody sociálního nácviku, metody působení s pomocí prostředků umění, práce a metody hry. Myslím si, že ve svých skriptech autor spíše popisuje techniky sociální rehabilitace. Vzhledem, tomu že dle Jesenského (1995) se techniky sociální rehabilitace rozdělují takto: technika mluveného slova, techniky meditace, techniky pohybového rozvoje a orientace, techniky rehabilitačního působení umění, techniky rehabilitačního působení pracovními činnostmi, techniky relaxace, techniky rekreace a rekondice, technika povzbuzování, techniky situační hry a aplikace humoru, techniky soutěživosti, techniky represe (Jesenský, 1995).

V psychiatrické nemocnici Bohnice sociální rehabilitace probíhá skupinovým a individuálním nácvikem. Skupinový i individuální nácvik může probíhat teoretickými cvičeními, praktickou formou nácviku, názornou ukázkou, edukačními skupinami, motivačními a edukačními pohovory, sociální poradenství, využití technik zátěže. Dále se psychiatrické nemocnici Bohnice využívají všechny techniky popsané Jesenským (1995).

6. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice sociální rehabilitace u osob s duševní poruchou. Cílem výzkumu bylo zdůraznit význam komplexnosti Sociální rehabilitace, význam a přínos sociální rehabilitace pro duševně nemocného člověka.

V teoretické části jsem se zabývala vývojem sociální rehabilitace, organizací psychiatrické péče v ČR. Dále jsem popsala vybrané diagnostické okruhy duševních poruch a zaměřila se na hlavní téma sociální rehabilitace v psychiatrii.

V praktické části jsem se věnovala, výzkumu v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na průběh sociální rehabilitace u osob s psychotickou poruchou a na využití socioterapeutických přístupů, limity a možnosti sociální rehabilitace.

V průběhu výzkumu jsem zjistila, že sociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici Bohnice probíhá komplexním způsobem na základě spolupráce všech zdravotnických odborníků a pacienti jsou začleněni do mnoha terapeutických aktivit, které jsou vzájemně provázané. Síť návazných komunitních služeb v ČR je stále nedostatečná. Nejvíce je komunitní péče v oblasti psychiatrické péče rozšířená v oblasti Praha, ale v ostatních regionech je návazných center komunitní péče většinou málo nebo nejsou vybudována. Dále jsem zjistila, že je nutné s pacienty pracovat psychosociálním přístupem z důvodu, že tento přístup se zaměřuje na vztah pacienta a terapeuta. A pacient díky tomuto přístupu získává vnitřní jistotu a bezpečí.

Také je nutné tento přístup kombinovat s přístupem orientovaným na klienta, protože přístup orientovaný na klienta se zaměřuje na kongruenci, opravdovost, bezpodmínečnou pozitivní vazbu a empatii, aktivní naslouchání a autentické přátelství. Což na pacienty působí pozitivně, zvyšuje se jim sebevědomí a uvědomují si vlastní hodnotu.

Dále z výzkumu vyplynulo, že možnostmi Sociální rehabilitace jsou velká nabídka komplexních terapeutických aktivit a provázanosti zdravotně sociální péče poskytované v psychiatrické nemocnici, jednotnost soudružnost lékařských a nelékařských pracovníků ve vztahu k pacientovi, velká snaha psychiatrické nemocnice zkvalitnit zdravotně-sociální péči o duševně nemocné, rozšíření a zkvalitnění terapeutických aktivit. Limity sociální rehabilitace jsou dle mého názoru způsobeny nespolupracujícím pacientem, nevyrovnanými zdravotnickými pracovníky, nesourodostí informací které

jsou pacientovi předávány zdravotnickým personálem, málo finančních prostředků na aktivity sociální rehabilitace v psychiatrii.

Myslím, si že hlavní cíl i dílčí cíl bakalářské práce se mi podařilo zmapovat v kontextu komplexnosti a naplnit.

Výsledky výzkumu mohou být použity pro další zkvalitnění a rozšíření Sociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici.

8. Seznam použité literatury

ANTHONY, W.A., COHEN, M., FARKAS, M, GAGNE, C., 2002. *Psychiatric rehabilitation. 2 issue*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation. ISBN 978-1-878512-11-6.

ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče 1. díl, Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5147-4.

ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl, Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5148-1.

BUREŠOVÁ, D., JERÁBKOVÁ, V., 2012. *Koordinovaná rehabilitace*. [online]. Praha: VÚPSV, v.v.i. [cit. 2017-03-13]. ISBN 978-80-7416-102-5. Dostupné z: http://www.praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_344.pdf

Česká psychiatrická společnost. *Koncepce oboru psychiatrie*. 2008, pdf. [online]. [cit. 2017-

08-10]. Dostupné z

http://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf.

DUKOVÁ, I., DUKA, M., KOHOUTOVÁ, I., 2013. *Sociální politika*. Praha: Grada. ISBN978-80-247-3880-2.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.

HEJZLAR, P., 2009. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Kontakt*. 10(5). 230-226. ISSN 1213-0508.

FREY, P. 1991. *Člověk a handicap: k problematice zdravotního postižení z hlediska speciálních oborů a sociální rehabilitace*. Praha: Federace zdravotně postižených v ČSFR.

JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. vyd. 2. Praha: Triton. ISBN 80-7254-730-5.

- JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, ISBN 80-706-6941-1.
- KELNEROVÁ, J., MATĚJKOVÁ E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-274-5203-7.
- KOLÁŘ P. et al., 2012. *Rehabilitace v klinické praxi*, Praha: Galén, ISBN 978-80-7262657-1.
- KUZNÍKOVÁ, I. et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- LIBERMAN, R. P., 1991. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Camarillo California: Ucla School of Medicine, Psychiatric Rehabilitation Consultants., ISBN 0023706252.
- MAREŠ, J., 2015. Metodologická studie. *Kontakt*, 65(2), 142-113. ISSN 2336-2189.
- MARHOVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. et. al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 97-80-247-2138-5.
- MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1151-6.
- MATOUŠEK, O. et. al., 2010. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012. Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67) [online]. [cit. 2017-08-10]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/13929>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. částka 61. s. 27. 2012. pdf. [online]. [cit. 2017-08-10.]. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Reforma péče o duševní zdraví Strategie reformy psychiatrické péče, pdf., 2013. [online]. [cit. 2017-08-10.]. Dostupné z

- <https://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/3cba95de-e355-4225-8838-625ee0cf153c/Strategie-reformy-psych-pecce.pdf?ext=.pdf>
- OLECKÁ, I., Ivanová K., 2010. *Metodologie vědeckovýzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola. ISBN 978-80-87240-33-5.
- PFEIFER, J. a kol., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovic: ZSF JU. ISBN 978-80-7394-461-2.
- PILÁT, M., 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0932-4.
- PLEVELOVÁ, I. et. al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
- PROBSTOVÁ, V., 2008. Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání. *Kontakt*. 8 (1), 77-68. ISSN: 1213-6204
- PROBSTOVÁ, V., PÉČ, O., 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: Vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 987-80-262-0731-3.
- RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky a (zahraničí)* [online]. Praha: Česká psychiatrická společnost. [cit. 2017-08-10].
Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf
- STAKE, R. E., 1995. *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications. 173 s. ISBN 0-8039-5767-X.
- SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ H., 2015. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.
- TOMÁŠ, P., MARKOVÁ, E. et. al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 972-80-247-4236-6.
- VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

VENCLÍK, M. et. al. 2015. *Začleňování osob s duševním onemocněním schizofrenií do společenského a pracovního života*. Brno: Jihomoravský kraj. ISBN 978-80-905683-3-4.

VIERECKL, M., 2017. Reforma psychiatrické péče v ČR. *Kontakt*. 19 (1), 29-28.
ISSN 1803-7348

ŠUPA, J., 2017. Odras reformy psychiatrické péče v sociálních službách. *Kontakt*. 19 (1), 29. ISSN 1803-7348.

VACHKOVÁ, L., 2008. Sociálně rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Kontakt*. 9(3). 140-136. ISSN 1213-0508 .

VENCLÍK, M. et. al. 2015. *Začleňování osob s duševním onemocněním schizofrenií do společenského a pracovního života*. Brno: Jihomoravský kraj. ISBN 978-80-905683-3-4.

VESELÁ, M., 2013. *Nepublikovaný text*.

WATTS, F. N., BENNETT, D. H., 1983. *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. New York: Wiley. ISBN 04719001474.

WINKLER, P. a kol., 2013. *Reforma systému psychiatrické péče*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 978-80-87142-21-9.

ŽAIKOVÁ, K. et. al., 2009. *Ošetrovatel'stvo - teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta. ISBN: 80-8063-304-2.

YIN, R. K., 1994. *Case study research : design and methods*. Thousand Oaks : Sage Publications. 2. issue. 171 s. Applied social research methods series ; sv. 5. ISBN 0-8039-5663-0.

Seznam tabulek

Tabulka č.1 Harmonogram aktivit Koedukovaného oddělení 30

Tabulka č. 3 Harmonogram aktivit Koedukovaného oddělení 30

Tabulka č.4 Harmonogram aktivit Koedukovaného oddělení 30

Tabulka č. 5 Harmonogram aktivit Koedukovaného oddělení 30

Tabulka č. 6 Sociální dovednosti - Informantka 1: vstupní vyšetření

Tabulka č. 7 Sociální dovednosti – Informantka 1: výstupní vyšetření

Tabulka č. 8 Sociální dovednosti – Informantka 2: vstupní vyšetření

Tabulka č. 9 Sociální dovednosti – Informantka 2 výstupní vyšetření

Tabulka č. 10 Sociální dovednosti - Informantka 3: vstupní vyšetření

Tabulka č. 11 Sociální dovednosti - Informantka 3: výstupní vyšetření

Tabulka č.12 Sociální dovednosti – Informantka 4: vstupní vyšetření

Tabulka č. 13 Sociální dovednosti – Informantka 4: výstupní vyšetření

Tabulka č. 14 Sociální dovednosti – Informantka 5: vstupní vyšetření

Tabulka č. 15 Sociální dovednosti- Informantka 5: výstupní vyšetření

Tabulka č. 16 Sociální dovednosti - Informant 6: vstupní vyšetření

Tabulka č. 17 Sociální dovednosti - Informant 6: výstupní vyšetření

Tabulka č. 18 Sociální dovednosti – Informant 7: vstupní vyšetření

Tabulka č. 19 Sociální dovednosti – Informant 7: výstupní vyšetření

Tabulka č. 20 Sociální dovednosti – Informant 8: vstupní vyšetření

Tabulka č. 21 Sociální dovednosti – Informant 8: výstupní vyšetření

Tabulka č. 22. Sociální dovednosti Informant 9: vstupní vyšetření

Tabulka č. 23. Sociální dovednosti Informant 9: výstupní vyšetření

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Komplexní sociální rehabilitace PNHB

Obrázek č. 2. Komplexní sociální rehabilitace v PNB Bohnice

Obrázek č. 4: SWOT analýza sociální rehabilitace vlastní zkušenosti

Seznam diagramů

Diagram č. 1 Fáze Sociální rehabilitace

Diagram č. 2. Sociální rehabilitace po propuštění pacienta

Diagram č. 3. Postup při práci s pacientem

Příloha č. 3 Kognitivní test

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (revidovaná verze 2010)

Jméno a příjmení	<input type="text"/>	Administrátor	<input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>	Pracovní diagnóza	<input type="text"/>
Délka vzdělání (roky)	<input type="text"/>	Laterálníta	pravák <input type="checkbox"/> levák <input type="checkbox"/> ambidexter <input type="checkbox"/>
Dosažený stupeň vzdělání	<input type="text"/>	DATUM VYŠETŘENÍ	
		<input type="text"/>	

SUBSKÓRE			
Pozornost a orientace	úloha č. 1, 2, 3	/18	/18
Paměť	úloha č. 4, 5, 6, 17, 18	/26	/26
Slovní produkce	úloha č. 7a, 7b	/14	/14
Jazyk	úloha č. 8a, 8b, 9, 10a-c, 11, 12, 13	/26	/26
Zrakově-prostorové schopnosti	úloha č. 14a-c, 15, 16	/16	/16
CELKOVÉ SKÓRE			
		ACE-R	/100 /100
		MMSE	/30 /30

1. ORIENTACE			
<p>■ Zeptejte se pacienta:</p>			
1. Který je dnes den v týdnu?	<input type="text"/>	6. Ve kterém státě se nacházíme?	<input type="text"/>
2. Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>	7. Ve kterém jsme městě?	<input type="text"/>
3. Který je měsíc?	<input type="text"/>	8. Ve kterém jsme kraji nebo oblasti?	<input type="text"/>
4. Který je rok?	<input type="text"/>	9. Jak se jmenuje tato nemocnice / budova?	<input type="text"/>
5. Které je roční období?	<input type="text"/>	10. Na kterém poschodí se nacházíme?	<input type="text"/>
<p>■ U otázky č. 2 tolerujeme ± 2 dny v datumu. Otázku č. 5 hodnotíme následovně: jaro – březen, duben, květen; léto – červen, červenec, srpen; podzim – září, říjen, listopad a zima – prosinec, leden, únor. Nevyžadujeme tedy znalost přesných astronomických přechodů jednotlivých ročních období. U otázky č. 6 doporučujeme uznat odpověď Česká republika nebo Česko. U otázky č. 8 doporučujeme v případě testování v Praze uznat i Středočeský kraj. Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem.</p>		(Skóre 0–10)	(Skóre 0–10)
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE
2. PAMĚŤ - ZAPAMATOVÁNÍ			
<p>■ Řekněte pacientovi: „Můžeme si nyní vyzkoušet Vaši paměť? Řeknu Vám 3 slova. Pokuste se je po mně opakovat a zapamatovat si je. Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.“</p>			
lópata	<input type="text"/>	šátek	<input type="text"/>
		váza	<input type="text"/>
<p>■ Slova vyslovujte zřetelně a pomalu rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud si je pacient nevybaví, opakujte je nejvíce ještě 3x, než se je naučí. Jinak bude zkrácen výsledek položky vybavnost. Započítejte 1 bod za každé správně opakované slovo pouze při PRVNÍM opakování.</p>		(Skóre 0–3)	(Skóre 0–3)
		ACE	ACE
		MMSE	MMSE

ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST • První verze vydána Šarotí kognitivní neurologie v roce 2005 na podporu týmu Plzeň. V roce 2010 na podporu týmu Přerov vznikla druhá verze upravená doc. MUDr. Neleňem Bartolákem, Ph.D. a PhDr. Milanou Rásovou, Ph.D. v AD Centre, Praha.

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

■ Požádejte pacienta:
„Nyní odečítejte od čísla 100 opakovaně číslo 7, tedy sto minus sedm, minus sedm atd., dokud Vám neřeknu dost.“ (Skóre 0–5) (Skóre 0–5)

100 M | 93 R | 86 K | 79 O | 72 P | 65
 ACE ACE
 MMSE MMSE

■ Instrukci se snažte vysvětlovat tak dlouho, dokud ji dotyčný nepochopí. V průběhu odečítání již není možné opakovat instrukci. Zastavte odečítání, až osoba odečte 5x za sebou. Jestliže posuzovaný tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:
„Hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech. Nyní hláskujte slovo POKRM po jednotlivých písmenech pozpátku.“
Za každou správnou odpověď přidělime 1 bod. Pokud osoba udělá chybu a dále odečítá, hláskuje správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Maximum je 5 bodů. Např. MROKP = 3 body.

4. PAMĚŤ – VYBAVENÍ

■ Řekněte pacientovi:
„Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl/a před chvílí zapamatovat.“ (Skóre 0–3) (Skóre 0–3)

lopata šátek váza
Za každou správnou odpověď započtete 1 bod. Na pořadí slov nezáleží.
 ACE ACE
 MMSE MMSE

5. PAMĚŤ – ANTEROGRÁDNÍ PAMĚŤ

■ Řekněte pacientovi:
„Nyní Vám řeknu jméno s adresou. Teprve až skončím, zopakujete po mně všechny údaje. Takto to provedeme 3x, abyste měl(a) možnost se vše dobře naučit. Na konci testování se Vás na všechny údaje budu ptát.“ (Skóre 0–7) (Skóre 0–7)

■ Přečteme celé jméno s adresou a necháme pacienta všechny údaje zopakovat. Tímto způsobem provedeme celkově 3x.
Za každou správnou odpověď přidělime 1 bod. Do bodování započítáváme pouze třetí pokus.

	1. pokus	2. pokus	3. pokus
Martin Dvořák	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sadová třída 73	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Královice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Soběslav	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ACE ACE

6. PAMĚŤ – RETROGRÁDNÍ PAMĚŤ

■ Zeptejte se pacienta:
Kdo je současným předsedou vlády (premiérem)? (Skóre 0–4) (Skóre 0–4)
Kdo byl prvním prezidentem naší republiky po revoluci v roce 1989?
Kdo je současným prezidentem Spojených států amerických?
Který prezident Spojených států amerických byl zavražděn v roce 1963?

Za každou správnou odpověď přidělime 1 bod.
 ACE ACE

7. SLOVNÍ PRODUKCE – slova začínající písmenem „P“

7a Písmena

■ Řekněte pacientovi:
„Nyní Vám řeknu jedno písmeno z abecedy a Vaším úkolem bude vyjmenovat co nejvíce slov, která tímto písmenem začínají. Nesmí to však být jména osob ani měst, ani nesmíte vyjmenovávat slova se stejným slovním základem. Například od písmena „B“ mají stejný slovní základ slova: bydlet, bydlíme, bydliště, bydlí apod. Jste připraven(a)? Můžeme začít? Máte jednu minutu na to, abyste vyjmenoval(a) co nejvíce slov, která začínají na písmeno „P“. Ted!“

1	8	15	22
2	9	16	23
3	10	17	24
4	11	18	25
5	12	19	26
6	13	20	27
7	14	21	28

Počet slov Odpovídá skóre
 ACE ACE

(Skóre 0–7) (Skóre 0–7)

Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.

POZORNOST

PAMĚŤ

SLOVNÍ PRODUKCE

7. SLOVNÍ PRODUKCE - zvířata					SLOVNÍ PRODUKCE		
7b Zvířata				Počet slov		Odpovídá skóre	
■ Řekněte pacientovi: „Nyní je Vaším úkolem vyjmenovat co nejvíce zvířat, která znáte. Slova mohou začínat jakýmkoliv písmenem. Na tuto úlohu máte opět jednu minutu. Jste připraven/a? Můžeme začít? Ted!“				>21		7	
				17–21		6	
				14–16		5	
				11–13		4	
				9–10		3	
				7–8		2	
				5–6		1	
				<5		0	
1	9	17	25				
2	10	18	26				
3	11	19	27				
4	12	20	28				
5	13	21	29				
6	14	22	30	(Skóre 0–7)	(Skóre 0–7)		
7	15	23	31	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
8	16	24	32	ACE	ACE		
Počet SPRÁVNĚ vyjmenovaných slov převedeme na odpovídající skóre.							
8. JAZYK – POROZUMĚNÍ					JAZYK		
8a Ukažte pacientovi nápis „Zavřete oči“ (na Listu pro pacienta) a vyzvěte ho k vykonání příkazu. Instrukci neopakujte.				(Skóre 0–1)		(Skóre 0–1)	
■ „Pokud potřebujete brýle na čtení, tak si je nyní nasadte. Přečtete tento pokyn a proveďte ho.“				<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Započtete 1 bod pouze tehdy, pokud vyšetřovaný skutečně zavře oči.				ACE		ACE	
				<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				MMSE		MMSE	
8b Položte před pacienta list papíru a vyzvěte ho k následujícímu úkolu:				(Skóre 0–3)		(Skóre 0–3)	
■ „Nyní budete mít úkol, který si nejdříve vyslechnete a pak ho teprve budete provádět. Vezmete tento papír do pravé ruky, přeložíte ho oběma rukama na polovinu a položíte ho na zem.“				<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Za každou správně provedenou činnost započtete 1 bod.				ACE		ACE	
				<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				MMSE	MMSE		
9. JAZYK – PSANÍ					JAZYK		
■ Dejte vyšetřovanému tužku, List pro pacienta a vyzvěte ho k napsání věty.				(Skóre 0–1)		(Skóre 0–1)	
„Napište do tohoto volného prostoru listu jakoukoli jednoduchou větu, která Vás napadne a která dává smysl.“				<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Jeden bod započtete, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné a interpunkční chyby.				ACE		ACE	
				<input type="text"/>		<input type="text"/>	
				MMSE		MMSE	
10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ						JAZYK	
■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující slova.“				(Skóre 0–2)			(Skóre 0–2)
Slova vyslovujeme zřetelně a jednotlivě. Pacient vždy opakuje pouze jedno slovo, ne všechna dohromady.				<input type="text"/>			<input type="text"/>
10a chobotnice <input type="text"/> výstřednost <input type="text"/> nesrozumitelný <input type="text"/> statistik <input type="text"/>				ACE			ACE
Hodnotíme: 2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správně 1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správně 0 bodů, pokud jsou správně zopakována dvě a méně slov							
■ Požádejte pacienta: „Opakujte po mně následující věty.“				(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)		
10b „Prostě tak a ne jinak.“				<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započtete 1 bod.				ACE	ACE		
				<input type="text"/>	<input type="text"/>		
				MMSE	MMSE		
10c „Nahoře, vzadu a dole.“				(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)		
Přípustný je pouze 1 pokus. Za správnou odpověď započtete 1 bod.				<input type="text"/>	<input type="text"/>		
				ACE	ACE		

11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „**Pojmenujte předměty na obrázcích.**“

Místo prvních dvou obrázků (tužka a hodinky) na Listu pro pacienta doporučujeme pacientovi ukázat skutečné předměty. V následujícím textu jsou uvedeny názvy jednotlivých obrázků. Jiné názvy doporučujeme neuznávat.

1. Tužka nebo správný název ukazovaného předmětu.	<input type="checkbox"/>
2. Hodinky, náramkové hodinky	<input type="checkbox"/>
3. Klokan, klokanice, klokanice s mládětem	<input type="checkbox"/>
4. Tučňák, pinguin	<input type="checkbox"/>
5. Kotva	<input type="checkbox"/>
6. Velbloud, velbloudice, dromedár, jednohrbý velbloud	<input type="checkbox"/>
7. Harfa	<input type="checkbox"/>
8. Nosorožec	<input type="checkbox"/>
9. Sud, soudek, bečka	<input type="checkbox"/>
10. Královská koruna, koruna	<input type="checkbox"/>
11. Krokodýl, aligátor, ještěr, ještěrka	<input type="checkbox"/>
12. Harmonika, tahací harmonika, akordeon	<input type="checkbox"/>

Přidělíme 1 bod za každý správně pojmenovaný obrázek.

tužka + hodinky

(Skóre 0–2)	(Skóre 0–2)
<input type="checkbox"/> MMSE	<input type="checkbox"/> MMSE

všech 12 obrázků

(Skóre 0–12)	(Skóre 0–12)
<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> ACE

12. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- Použijte obrázky z Listu pro pacienta z úlohy č. 11 a zeptejte se pacienta:

- Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.
- Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.
- Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Antarktidou.
- Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.

U otázky dotazující se na souvislost s námořnictvím lze kromě kotvy uznat jako správné odpovědi i sud a harmonika.

Přidělíme 1 bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0–4)	(Skóre 0–4)
<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> ACE

13. JAZYK – ČTENÍ

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „**Nyní přečtete následující slova**“ (šit, litr, saze, těsto, výška).

Přidělíme 1 bod, pokud pacient přečte správně VŠECHNA slova.

(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> ACE

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

14a Překrývající se pětiúhelníky

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: „**Překreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.**“ Dejte vyšetřovanému tužku a vyzvěte ho k překreslení obrázku. Třes ani rotace nevadí.

Započítáte 1 bod, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a 2 překřížení.

Příklad:
Správné = skóre 1



Příklad: Špatně = skóre 0



(Skóre 0–1)	(Skóre 0–1)
<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> ACE
<input type="checkbox"/> MMSE	<input type="checkbox"/> MMSE

Úloha č. 14 pokračuje na další straně.

14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI (pokračování)

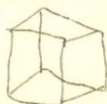
14b Kostka

■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:

„Nyní překreslete tento obrázek co nejpřesněji podle předlohy.“

U kostky by měly být rozpoznatelné všechny strany v adekvátních úhlech a vzájemných prostorových propojeních. Podle kvality provedení hodnotíme 0–2 body.

Příklad: Skóre 2



Příklad: Skóre 1



(Skóre 0–2)

ACE

(Skóre 0–2)

ACE

14c Hodiny

■ Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:

„Nakreslete hodiny, ciferník s číslicemi, a poté dokreslete ručičky, které ukazují 5 hodin 10 minut.“

Zvlášť přidělujeme body za provedení kruhu, rozmístění číslic na ciferníku a umístění ručiček. Podle kvality provedení hodnotíme 0–5 body.

Pravidla pro skórování hodin

Kruh

1 bod – za rozpoznatelné provedení kruhu

Číslice

2 body – pokud jsou napsány všechny číslice a současně jsou správně rozmístěny

1 bod – pokud ciferník zahrnuje všechny číslice, ale tyto jsou nekválně či chybně rozmístěny

Umístění ručiček

2 body – obě ručičky jsou správně umístěny, mají odlišnou délku („malá“ a „velká“ ručička) a směřují ke správným číslicím (můžete se pacienta zeptat a ujasnit si, která z ručiček je velká a která malá)

1 bod – pokud jsou ručičky správně nasměrovány k číslicím, ale mají špatnou délku

nebo 1 bod – pokud je jedna ručička nasměrována ke správným číslicím a má také správnou délku

nebo 1 bod – pokud je alespoň jedna ručička nasměrována ke správným číslicím

Příklady:

Kruh (1) | číslice správně rozmístěny po obou stranách ciferníku (2), obě ručičky správně umístěny (2).

Skóre 5

Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěny (2), jedna ručička umístěna správně (1).

Skóre 4

Kruh (1) | všechny číslice, ale nesprávně rozmístěny (1), obě ručičky umístěny správně (2).

Skóre 4

Kruh (1) | číslice v kruhu a správně rozmístěny (2), jedna ručička umístěna správně (1).

Skóre 4

Kruh (1) | číslice nejsou umístěny v kruhu, 2 x číslo 10 (0), ručičky správně umístěny (2).

Skóre 3

Kruh (1) | všechny číslice, avšak neumístěny (1) v kruhu, jedna ručička správně umístěna (1).

Skóre 3

Kruh (1) | všechny číslice, ale chybně rozmístěny (1), jedna ručička správně umístěna (1).

Skóre 3

Kruh (1) | všechny číslice jsou napsány, ale nejsou umístěny v kruhu (1).

Skóre 2

Kruh (1) | jedna ručička umístěna správně (1).

Skóre 2

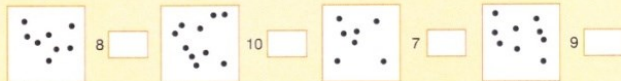
15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta:
„Spočítejte všechny tečky v daném obrázku bez toho, aniž byste si na ně ukazovali.“
Přidělíme 1 bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE


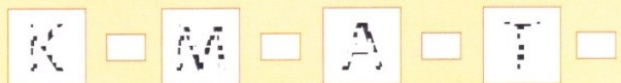
16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

- Použijte List pro pacienta a požádejte pacienta: **„Přečtěte následující písmena.“**
Přidělíme 1 bod za každé správně rozpoznané písmeno.

(Skóre 0–4)

ACE

(Skóre 0–4)

ACE


17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚTOVÝCH INFORMACÍ

- Řekněte pacientovi:
„Před chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat jméno s adresou. Zkuste mi nyní všechny údaje zopakovat.“
Přidělíme 1 bod za každou správně vybavenou položku.

(Skóre 0–7)

ACE

(Skóre 0–7)

ACE

Martin Dvořák
 Sadová třída 73
 Královice
 Soběslav

18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky. Pokud si pacient vybaví všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 body.

(Skóre 0–5)

ACE

(Skóre 0–5)

ACE

- Pacientovi řekněte:
„Dobře, nyní Vám budu trochu napovídat. Například, řeknu Vám tři jména a Vy z nich zkuste vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“
Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Královice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Soběslav	<input type="checkbox"/>	Vsetín	<input type="checkbox"/>	Tachov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

PAMĚŤ

List pro pacienta

8.

ZAVŘETE OČI

9.

11.

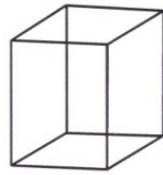
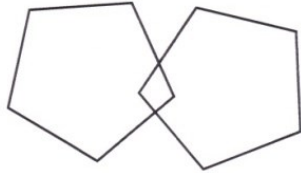


13.

šít litr saze těsto výška

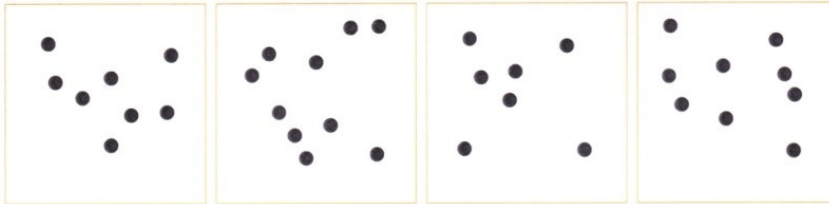
JAZYK

14.



Hodiny

15.



16.



10. Seznam zkratek

ACE – Addenbrowský kognitivní test.

PNB – Psychiatrická léčebna Bohnice

PNHB – Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice