



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



POTŘEBY VÁŽNĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce
Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče
Autor práce: **Kateřina Jenčíková**
Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejřimovská



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Jenčíková**
Osobní číslo: **P12000503**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**
Název tématu: **Potřeby vážně duševně nemocných**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Popsat metody práce s vážně duševně nemocnými a zjistit, jaké zdravotně-sociální potřeby mají vážně duševně nemocní při vstupu do služby a jaké po půl roce spolupráce s terénním týmem Fokus Mladá Boleslav, a zda se zjištěné potřeby daří naplňovat.

Požadavky: studium odborných zdrojů, formulace teoretických východisek, příprava výzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů, stanovení vhodných návrhů.

Metody: Strukturované interview, dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6644-7.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada. ISBN 80-247-6658-4.

PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V., 2009. Psychózy psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, J., a kol., 2003. Poruchy osobnosti. Praha: Portál. ISBN 80-7178-737-X.

PROBSTOVÁ, V., a kol., 2011. Péče o duševní zdraví, metody hodnocení, CAN Camberwellské hodnocení potřeb. 2. přeprac. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. ISBN 978-80-260-0138-6.

STUHLÍK, J., 2001. Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Fokus Books.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jitka Pejřimovská

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2015**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 25.5.2015

Podpis: 

Poděkování

Děkuji Mgr. Jitce Pejřimovské za obětavé, odborné vedení při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji týmu sociální rehabilitace Fokusu Mladá Boleslav za to, že jsem díky nim mohla odborně růst a naučit se mnoho věcí, a díky jejich poctivé práci jsem mohla dojít k výsledkům této bakalářské práce.

Anotace

Tato práce se věnuje potřebám vážně duševně nemocných. V teoretické části jsou popsány metody práce s vážně duševně nemocnými a služby pro duševně nemocné. Empirická část mapuje pomocí dotazníku CAN potřeby vážně duševně nemocných a zviditelňuje efektivitu poskytovaných služeb. CAN (Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb) byl vyvinut v londýnském Psychiatrickém institutu při King's College. CAN mapuje zdravotní a sociální potřeby závažně duševně nemocných a upozorňuje tak na oblasti, ve kterých může péče nebo terapie zásadně pomoci.

Bylo zjištěno, že systém služeb Fokusu Mladá Boleslav naplňuje potřeby vážně duševně nemocných, což ukazuje na efektivitu poskytovaných služeb.

Klíčová slova

Camberwellské hodnocení potřeb, case management, Fokus Mladá Boleslav, potřeba, psychiatrická rehabilitace, sociálně-rehabilitační programy, vážné duševní onemocnění.

Anotation

This work focuses on needs of severely mentally ill. In the theoretical section it describes the methods of working with people with severe mental illness and social services for the mentally ill. The empirical section surveys using CAN test needs severely mentally ill and visible effectiveness of the services provided. CAN Test (Camberwell Assessment of Need) which was developed by King's College London – Institute of Psychiatry. The CAN Test describes medical and social needs of mental patients and gives a notice about sphere in which the care or therapy can help.

It was found that the service Fokus Mladá Boleslav meets the needs of severely mentally ill, which indicates the efficiency of the services provided.

Keys word

Camberwell Assessment of Need, case management, Fokus Mladá Boleslav, need, psychiatric rehabilitation, social rehabilitation programs, severe mentally ill.

OBSAH

Seznam tabulek	9
Seznam použitých zkratk a symbolů	9
ÚVOD	10
1 VÁŽNÉ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	11
1.1 Klasifikace vážného duševního onemocnění.....	11
1.2 Vznik onemocnění.....	14
1.3 Průběh onemocnění	15
1.4 Léčba onemocnění.....	15
2 PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE.....	17
2.1 Proces psychiatrické rehabilitace.....	19
2.2 Oblasti působnosti psychiatrické rehabilitace.....	20
3 CASE MANAGMENT	22
3.1 Zásady a úkoly case managementu.....	22
3.2 Týmová práce	27
4 SLUŽBY PRO VÁŽNĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÉ	29
4.1 Fokus Mladá Boleslav	31
5 CAMBERWELLSKÉ HODNOCENÍ POTŘEB	35
5.1 Definice potřeb pro účely dotazníku.....	36
6 EMPIRICKÁ ČÁST	38
6.1 Výzkumný problém a výzkumný cíl.....	38
6.2 Výzkumné otázky	38
6.3 Výzkumný vzorek.....	39
6.4 Metody výzkumu	39
6.5 Hypotézy.....	41
6.6 Průběh výzkumu	43
6.7 Vyhodnocení hypotéz.....	43
6.8 Shrnutí dosažených výsledků a diskuze o dosažených výsledcích empirického šetření ..	52
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	66

Seznam tabulek

Tabulka 1.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „peníze“

Tabulka 2.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „denní činnost“

Tabulka 3.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“

Tabulka 4.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „informace o zdravotním stavu a léčbě“

Tabulka 5.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „psychické potíže“

Tabulka 6.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „přátele“ za půl roku spolupráce

Tabulka 7.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „denní činnosti“ při vstupu respondentů do služeb

Tabulka 8.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „denní činnosti“ po půlroční spolupráci s Fokusem MB

Tabulka 9.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“ při vstupu respondentů do služeb

Tabulka 10.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“ po půlroční spolupráci s Fokusem MB

Tabulka 11.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „peníze“ při vstupu respondentů do služeb

Tabulka 12.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „peníze“ po půlroční spolupráci s Fokusem MB

Tabulka 13.: Nejčastěji nenaplněné potřeby klientů při vstupu do služby.

Tabulka 14.: Nejčastěji nenaplněné potřeby po 6 měsíční spolupráce se službami Fokusu MB.

Tabulka 15.: Nejčastěji nenaplněné potřeby při vstupu do služeb Fokusu MB a po půlroční spolupráci s Fokusem Mladá Boleslav – srovnání

Seznam použitých zkratk a symbolů

CAN – Camberwellský dotazník hodnocení potřeb

CSR – Centrum sociální rehabilitace

Fokus MB – Fokus Mladá Boleslav

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce jsou Potřeby vážně duševně nemocných. Toto téma jsem si vybrala, protože již několik let pracuji jako sociální pracovník právě s lidmi s vážným duševním onemocněním. V současné době je problematika rehabilitace duševně nemocných velkým tématem díky připravované transformaci ústavní péče, kdy má být přesunuta péče o duševně nemocné z ústavů do komunit. Duševně nemocní lidé budou z pobytových zařízení odcházet se ztracenými dovednostmi a s velkou mírou potřeb, které bude nutné naplnit.

Bakalářská práce ve své teoretické části popisuje dvě základní metody práce s lidmi s duševním onemocněním, které se používají právě při práci s klienty v jejich přirozeném prostředí – metody psychiatrické rehabilitace a case managementu. Dále je v bakalářské práci věnován prostor službám, které jsou v současnosti lidem s duševním onemocněním poskytovány v rámci zákona o sociálních službách. Kvůli přiblížení dobré praxe je zde prezentován systém služeb jedné z předních organizací poskytující péči lidem s vážným duševním onemocněním – Fokusu Mladá Boleslav, z.s. (dále jen Fokus MB).

Cílem této bakalářské práce je kromě popsání metod a služeb pro duševně nemocné také zmapovat, jaké potřeby mají duševně nemocní při vstupu do psychiatrických služeb (konkrétně právě do služeb Fokusu MB), a jaké potřeby mají po půlroční spolupráci s Fokusem MB, a zda se původně zjištěné potřeby daří za půl roku spolupráce s Fokusem Mladá Boleslav naplnit, to znamená zviditelnit, jak a v čem jsou služby efektivní.

Použitou metodou výzkumu bylo hodnocení Camberwellského dotazníku pro hodnocení potřeb. Respondenti byli klienti s vážným duševním onemocněním, kteří jsou uživateli služeb Fokusu Mladá Boleslav. Výzkumný vzorek čítal 60 respondentů a hodnotilo se 60 dotazníků vyhodnocených při vstupu uživatele do služeb a 60 dotazníků stejných uživatelů vyhodnocených po půlroční spolupráci s Fokusem Mladá Boleslav. Celý výzkum je nakonec dokreslen krátkými situačními ilustracemi.

1 VÁŽNÉ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

V první řadě je potřeba definovat vážné duševní onemocnění, protože každé duševní onemocnění nelze zařazovat do termínu vážné duševní onemocnění. Vážné duševní onemocnění je definováno dobou trvání onemocnění a mírou narušení fungování v běžném životě. Jako první vážné duševní onemocnění definoval Mirella Ruggeri jako duševní onemocnění, které musí trvat déle než dva roky, na škále GAF je hodnoceno méně než 50 body, a důležitá je také diagnóza, kdy za vážné duševní onemocnění můžeme považovat psychózy, poruchy nálady včetně bipolárně afektivní poruchy a poruchy osobnosti. Škála GAF (anglicky Global assesment of function) je vyšetření celkového fungování. Je to škála, která bere v úvahu jak symptomy nemoci, tak sociální a praktické fungování klienta. Ukazatelem narušeného fungování klienta může být délka pobytu v psychiatrické nemocnici, četnost hospitalizací v psychiatrické nemocnici, spokojenost se životní úrovní, s úrovní bydlení, prací a dalšími. (Ruggery et. 2000, s. 149)

1.1 Klasifikace vážného duševního onemocnění

Pro osoby s vážným duševním onemocněním je typická velká zranitelnost, ať psychická, sociální, nebo třeba právní. Mají často nenaplněné zdravotně-sociální potřeby, které nejsou schopni sami pojmenovat. V jistých fázích nemoci si nemoc neuvědomují nebo nepřipouští, na ostatní lidi pomohou působit podivínsky, zvláště nebo extravagantně. Lidé s vážným duševním onemocněním potřebují velkou podporu ze strany sociálních služeb, rodiny i komunity. Často bývají negativně ovlivněni stigmatizací. (Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním 2011, s. 8)

Za vážná duševní onemocnění považujeme psychózy, poruchy nálady včetně bipolárně afektivní poruchy a některé poruchy osobnosti. Konkrétní nemoci jsou vyjmenovány v dokumentu Mezinárodní klasifikace nemocí, kde jsou duševní onemocnění v kategorii F – poruchy duševní a poruchy chování. Vážná duševní onemocnění jsou v kategoriích F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, dále kategorie F30 – F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady) a kategorie F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých.

Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Podle mezinárodní klasifikace nemocí „jsou schizofrenické poruchy obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběhu vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek, vkládání nebo odmítání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání a bludy ovládnutí, pasivita nebo ovlivňování, sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi, třeba ve třetí osobě, poruchy myšlení a negativní příznaky. (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 2013)“

Schizofrenie je hlavním představitelem psychóz a jednou z nejzávažnějších duševních poruch. Projevuje se narušeným myšlením, vnímáním, poruchou emotivity a osobnostní integrity. U nemocného se projevuje řada symptomů negativních, pozitivních, kognitivních a afektivních.

Pozitivními symptomy jsou halucinace – klamné vjemy, ať sluchové, zrakové nebo taktilní. Dalším pozitivním příznakem jsou bludy – nepravdivé přesvědčení, kterému duševně nemocný věří. Člověk se schizofrenií bývá vztahovačný, podezřívavý, není schopen adekvátně zpracovat běžné informace. Objevuje se ozvučování myšlenek, vkládání nebo odjímání myšlenek, vysílání myšlenek. Pozitivní symptomy nemoci se léčí farmakologicky, pokud má nemocný člověk správně nastavenou medikaci, kterou pravidelně užívá, může žít v podstatě bez pozitivních symptomů. (Vágnerová 2008, s. 337 - 339)

Negativní symptomy schizofrenie bývají často závažnějším a obtížněji řešeným problémem. Mezi negativní symptomy nemoci patří ztráta sociálních dovedností, nedostatek iniciativy, oslabená vůle, ztráta emotivity. Léčba těchto symptomů bývá běh na dlouhou trať. Negativní symptomy se dají zmírnit metodou psychiatrické rehabilitace, které se práce věnuje v další kapitole. Negativní symptomy můžeme zmírnit také vhodnou psychoterapií.

Afektivní poruchy

Mezi poruchy nálady patří deprese a mánie. Při střídání deprese a mánie hovoříme o Bipolárně afektivní poruše. Hlavním příznakem depresivní poruchy je velmi negativní nálada bez zjevné příčiny. Depresivní člověk je smutný, neschopný prožívat radost, bývá často unavený a bez energie, mívá zpomalené myšlení. Často se objevují úvahy o sebevraždě a o smrti.

Naopak u mánie je člověk velmi veselý a rozjařený, nabitý sebejistotou. Bývá roztržitý a vztahovačný, má sníženou sebekritičnost o sobě samém. Manický člověk nepotřebuje odpočinek, spánek, ani jídlo, bývá hovorný, nemívá sociální zábrany a nebrání se riskantnímu chování. (Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním 2011, s. 9 -11)

Poruchy osobnosti

„Porucha osobnosti je definována jako určitý, trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuální sociokulturní normy. Její součástí jsou nadměrně zvýrazněné některé vlastnosti osobnosti, odchylky v oblasti citového prožívání, uvažování i chování. (Vágnerová 2012, s. 513)“

Mezi hlavního představitele vážné duševní nemoci z kategorie poruch osobnosti patří hraniční emočně nestabilní porucha osobnosti. Člověk s hraniční emočně nestabilní poruchou osobnosti má kolísavé nálady, deprese, úzkosti. Nemocný člověk prožívá velké vnitřní napětí, chybí mu vědomé jasné ohraničení vlastní identity, pacient mívá narušené představy o sobě samém. Lidé s hraniční poruchou osobnosti se často ke svým problémům staví bezmocně a pomoc si vynucují od ostatních. Obyčejné životní problémy pro ně znamenají obrovskou krizi. Vztahy s druhými lidmi bývají složité, buď se jedná o vztahy velmi těsné a závislé, nebo chování k ostatním lidem bývá odtažitě a chladné. Lidé s poruchou osobnosti neumí udržet hranice, často selhávají v sociálních a pracovních vztazích. Časté jsou sebevražedné pokusy a sebepoškozování. (Praško a kol. 2005, s. 242 - 243)

Duální diagnózy

U vážných duševních onemocnění je důležité zmínit také duální diagnózy. Duální diagnóza je *„současný výskyt dvou poruch u jednoho člověka, přičemž jedna diagnóza*

je psychiatrické onemocnění a druhá diagnóza je návyková porucha (závislost). (Základy komunitní péče 2011, s. 13)“

Důvodem proč lidé s vážným duševním onemocněním užívají návykové látky je zmírnění symptomů nemoci – úzkosti, afektů anebo naopak zvyšování prožitků. Práce s lidmi s duální diagnózou patří mezi nejsložitější a klade vysoké nároky na poskytovatele sociálních služeb.

1.2 Vznik onemocnění

Základním představitelem vážného duševního onemocnění je schizofrenie. V této a v dalších dvou podkapitolách se bude bakalářská práce věnovat právě schizofrenii.

Přesný vznik onemocnění schizofrenie není i přes intenzivní výzkum zatím znám. Vznik schizofrenie je v současnosti prezentován jako společné působení několika faktorů, kterými jsou faktory vrozené a zděděné, vlivy prostředí, v němž nemocný žije, a události, které prožil. „*Vznik schizofrenie je v současné době popisován nejčastěji jako kombinace vzájemného působení biologických a sociálních faktorů, které spolu vytvářejí dispozici k vlastnímu onemocnění. Tato dispozice je tvořena nadměrnou citlivostí a zvýšenou zranitelností. O tom, zda člověk s takovou dispozicí onemocní schizofrenií, rozhoduje zejména to, zda a jak se dokáže vypořádat se zevními stresovými faktory, které mohou onemocnění nastartovat.*“ (Doubek, Praško, Herman, Hons 2008, s.16-17)

Samotný vznik schizofrenie je velmi složitý proces. Faktor, který má vliv na vznik schizofrenie je faktor biologický. Je prokázáno, že pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií, je asi 11% pravděpodobnost, že dítě onemocní také. Pokud jsou schizofrenií nemocní oba rodiče, zvyšuje se tato pravděpodobnost asi na 40%. Důležité je říct, že se nedědí schizofrenie sama, ale vloha k získání nemoci. Další faktor, který vznik schizofrenie ovlivňuje, je psychosociální faktor. Patří sem především emoční podmínky v základní rodině cca do 2 let věku dítěte a dále pak vztahy jedince v různých sociálních skupinách (třída, parta). (Jarolímek 2006, s. 11)

1.3 Průběh onemocnění

Onemocnění schizofrenie se začíná projevovat v období dospívání a rané dospělosti. U mužů se projevuje dříve než u žen. Počáteční projevy nemoci jsou nenápadné a mohou být zaměňovány s běžnými projevy puberty. Člověk bývá uzavřený, pasivní, straní se ostatním. Později se objeví již zřetelně zhoršené sociální fungování, člověk selhává ve škole, v zaměstnání. Objevují se příznaky jako hloubání nad nepodstatnými věcmi, zaujetí vírou nebo okultismem, zvláštní chování a oblékání, úzkost, neklid, nespavost, halucinace, bludy. Tyto obtíže eskalují a dochází ke vzniku první psychotické ataky – je to období, kdy se u člověka objevují pozitivní symptomy, halucinace nebo bludy. V období akutní psychózy může být člověk nebezpečný, a to především sobě, jen v ojedinělých případech bývá takový člověk nebezpečný ostatním. Pokud k takové situaci dojde, je nutná hospitalizace v psychiatrické nemocnici.

Psychotické onemocnění je tzv. fázovité. To znamená, že u jedné třetiny psychoticky nemocných se akutní fáze nemoci po první atace již neobjeví. U druhé třetiny nemocných se akutní psychotická fáze v průběhu života objevuje (relaps) a u poslední třetiny nemocných se schizofrenie dostane do chronického průběhu.

Každá ataka nemoci je pro nemocného i jeho okolí velikou zátěží. Čím častěji se ataky opakují, tím více dochází ke zhoršenému sociálnímu fungování, a k rozvoji negativních symptomů nemoci. Je důležité, snažit se nemoc odhalit v počáteční fázi, a věnovat zvláštní pozornost první atace. Čím dříve se nemoc odhalí, tím větší je šance, že se podaří zabránit důsledkům, které sebou schizofrenie přináší. Zvláštní pozornost je potřeba při léčbě nemoci je věnovat také rodině, na kterou jsou kladeny extrémně vysoké nároky. V rámci sociální rehabilitace se nabízí podpora rodiny v rámci psychoedukace či psychoterapie a poskytnutí poradenství. (Praško a kol. 2003, s. 18-21)

1.4 Léčba onemocnění

Není pochyb o tom, že při léčbě vážných duševních nemocí je podstatná léčba farmakologická. Léky, které se užívají při léčbě duševních nemocí, se nazývají antipsychotika nebo také neuroleptika. Farmakologická léčba je důležitá pro léčbu pozitivních symptomů nemoci (halucinací a bludů). V současné době máme k dispozici tzv. neuroleptika druhé generace (Zyprexa, Risperidal, Abilifi atd.). Tato farmaka

dokážou uspořádat myšlení člověka, nemocný se dokáže lépe soustředit, je zklidněný, lépe spí. Neuroleptika druhé generace nevyvolávají tolik vedlejších účinků jako neuroleptika generace první, především nezhoršují kognitivní funkce. (Jarolímek 2006, s. 16 - 18)

Důležitou součástí léčby schizofrenie je využívání psychosociálních přístupů, tyto přístupy kladně ovlivňují léčbu především negativních symptomů (ztráta sociálních dovedností). Při léčbě psychóz jsou využívány různé formy individuální, skupinové i rodinné terapie. Důležitá je rodinná i individuální psychoedukace. Stěžejní metoda, která se při léčbě psychóz využívá, je psychiatrická rehabilitace. Psychiatrické rehabilitaci se věnuje další kapitola bakalářské práce.

2 PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE

Psychiatrická rehabilitace je metoda práce s lidmi s vážným duševním onemocněním. Největší rozvoj této metody můžeme datovat do doby po první a druhé světové válce, kdy se pojetí pojmu rehabilitace rozvinulo ve vyspělých zemích jako postavení státu k osobám se zdravotním postižením. V Čechách se rozvoj psychiatrické rehabilitace dočkal až po roce 1989, kdy začaly vznikat první neziskové organizace zaměřené na poskytování služeb lidem s duševním onemocněním. (Pěč, Probstová 2009, s. 96)

Pojem psychiatrická rehabilitace pochází z latinského „habilitas“- schopnost a předpony „re“ označující znovu získání schopností. Přívlastek psychiatrická vymezuje cílovou skupinu, které se rehabilitace týká. *„Psychiatrická rehabilitace je pojem, který označuje celkový přístup zahrnující v sobě různé postupy a typy intervencí, které mají společné charakteristiky.* (Pěč, Probstová 2009, s. 94)“

„Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory. (Anthony a kol., 2002, str.101)“

Dle Matouška (2003, s. 172) je rehabilitace *„komplexní postup odstraňující nebo zmírňující následky postižení. Cílem je dosáhnout stavu, kdy postižený člověk může plně rozvíjet všechny své schopnosti a přiměřeně se společensky uplatnit.“*

Základní snahou rehabilitačního procesu je zvrátit veškeré negativní dopady, které přinesla psychiatrická nemoc (negativní i pozitivní symptomy nemoci), a vrátit klientovi plnou funkční kapacitu. (Taraba in Hosáková a kol. 2007, s. 135)

Psychiatrická rehabilitace má několik důležitých principů, které shrnuje a uvádí Anthony (2002). Základní intervence psychiatrické rehabilitace jsou zlepšení dovedností v oblasti bydlení, vzdělávání a zaměstnávání osob s psychiatrickým onemocněním. Psychiatrická rehabilitace by měla zlepšovat schopnosti a chování v přirozeném prostředí nemocného člověka. Přechodné zvýšení závislosti klienta na službě může vést k postupné nezávislosti, důležité je aktivní zapojení klienta do rehabilitačního procesu. Psychiatrická rehabilitace je eklektická metoda využívající

různých technik práce s klientem. V rámci psychiatrické rehabilitace jsou využívány sociálně-rehabilitační programy služeb.

Principy psychiatrické rehabilitace dle Taraby (in Hosáková a kol 2007, s. 135):

- V centru pozornosti stojí vždy klient a jeho potřeby.
- Psychiatrická rehabilitace začíná už během psychotické fáze a měla by být poskytována všemi složkami psychiatrické péče.
- Úspěšná psychiatrická rehabilitace může probíhat pouze při aktivní spolupráci klienta.
- Důležitá je orientace na zdravé a pozitivní stránky klienta.
- Pomoc a podpora klienta je orientovaná na jeho kompetence.
- Součástí psychiatrické rehabilitace je i farmakoterapeutická léčba, ovšem není dostatečnou a jedinou komponentou rehabilitace.
- Postupy a přístupy psychiatrické rehabilitace jsou orientovány na aktuální potřeby klienta.
- Naděje je nedílnou součástí rehabilitačního procesu.

Důležitým pojmem spojeným s psychiatrickou rehabilitací je pojem „recovery-úzdava“. Psychiatrická rehabilitace je metodou, která napomáhá vážně duševně nemocným v jejich procesu uzdravy (recovery). Rozdíl mezi úzdavou a rehabilitací je v tom, že rehabilitaci realizuje klient a profesionál, zatímco úzdava je převážně v režii klienta.

Anthony (in Pěč, Probstová 2009, s. 103-104) popisuje úzdavu jako „*hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností nebo rolí člověka. Jde o žití spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory omezením způsobeným nemocí. Úzdava zahrnuje vývoj nového smyslu a účelu života člověka.*“

Cílem údravy není úplné vymizení symptomatologie nemoci, ale spíše adaptování se na život s nemocí. Důležité je, aby nemocný člověk žil plnohodnotný život odpovídající

jeho představám i s přetrvávajícími příznaky nemoci. Úzdava je dlouhodobý a náročný proces, který může proběhnout s pomocí i bez pomoci profesionálů.

2.1 Proces psychiatrické rehabilitace

Proces psychiatrické rehabilitace je cyklický a skládá se ze tří základních fází – fáze diagnostická, plánování a intervenční fáze. Tyto fáze psychiatrické rehabilitace vycházejí z konceptu bostonské školy, který prezentuje autor W. Antony.

a) Diagnostická fáze

Na začátku diagnostické fáze procesu psychiatrické rehabilitace dochází k vyhodnocování připravenosti klienta k rehabilitaci. Pokud je vyhodnoceno, že klient není k rehabilitaci připraven, je nutné naplánovat intervence a podpory, které k připravenosti k rehabilitaci povedou (například za pomoci metody case managementu). Připravenost by se dala definovat jako motivace klienta ke změně, zapojení se do vytvořeného plánu, a v plánu kontinuálně pokračovat.

Během diagnostické fáze se vytváří vztah mezi klientem a rehabilitačním pracovníkem, důležité je vytvoření pracovní aliance. Klient si během diagnostické fáze stanovuje obecné cíle, kterých chce dosáhnout. S vytvářením cílů klientovi samozřejmě může pomoci i rehabilitační pracovník, který během diagnostické fáze šetří klientovi potřeby.

Šetření klientových potřeb je důležitým prvkem, který pomáhá k vytvoření efektivního rehabilitačního plánu. Šetření potřeb provádí rehabilitační pracovník (case manager, sociální pracovník) například za pomoci Camberwellského dotazníku hodnocení potřeb (dále jen CAN), tomuto dotazníku je dále věnována samostatná kapitola. (Pěč, Probstová 2009, s. 106-108)

b) Plánování

Po fázi diagnostické přichází na řadu plánování – vytváření rehabilitačního plánu. Rehabilitační plán vytváří klient za pomoci rehabilitačního pracovníka. Při vytváření

plánu je nutné se řídit přáním klienta, je to právě on, kdo by si měl vytyčovat cíle, kterých chce v rámci psychiatrické rehabilitace dosáhnout.

Rehabilitační plán obsahuje výběr konkrétních intervencí a postupů, které jsou nutné absolvovat, aby byl rehabilitační plán naplněn. Součástí plánu je také rozvoj zdrojů z okolí klienta (zapojení rodiny a komunity do rehabilitačního procesu). V plánu je jasně stanoveno, kdo je za jaké kroky a intervence zodpovědný, a kdo konkrétní kroky vykonává – zda klient, rehabilitační pracovník nebo oba společně. (Pěč, Probstová 2009, s. 108 - 109)

Rehabilitační plán je stvrzen podpisem klienta a rehabilitačního pracovníka.

c) Intervenční fáze

„Intervence psychiatrické rehabilitace znamenají jak rozvoj dovedností klienta, tak rozvoj zdrojů podpory klienta.“ (Pěč, Probstová 2009, s. 109)

Intervence popsané v rehabilitačním plánu mohou být zaměřeny na rozvoj nějakých dovedností v přirozeném prostředí klienta. Je důležité, již navazovat na některé klientovi dovednosti, a tyto dovednosti doplňovat a posilovat. Rehabilitační pracovník by měl klienta vždy motivovat, podporovat jeho silné stránky a klienta oceňovat. Rehabilitační pracovník také koordinuje a doporučuje již existující zdroje podpory klientovi, a z těchto zdrojů vybírá pro klienta zdroje nejvhodnější. Rehabilitační plány se po předem stanovené době vyhodnocují. Po vyhodnocení může dojít k vytvoření nového rehabilitačního plánu nebo k pokračování ve stávajícím rehabilitačním plánu. Díky tomu se proces psychiatrické rehabilitace stává cyklickým.

2.2 Oblasti působnosti psychiatrické rehabilitace

a) Pracovní rehabilitace – pro klienta má pracovní rehabilitace jasný význam. Jde o pomoc při výběru, získání a udržení si vhodného zaměstnání. Pro pracovníka to znamená připravit klienta s duševním onemocněním pro výkon zaměstnání, vyhledávání nebo vytváření vhodné pracovní aktivity nebo pracovního místa. V rámci některých služeb se pracovní rehabilitaci věnují pracovníci podporovaného zaměstnávání, které klienta připravují na pracovní režim, a snaží se najít vhodné pracovní místo, zpočátku třeba v chráněné dílně, později na volném pracovním trhu.

Služba poskytuje nejen podporu a pomoc klientovi, ale také vyjednávání se zaměstnavateli. Máme několik druhů pracovní rehabilitace, počátečním článkem je práce v chráněné dílně, kde má klient vytvořeny chráněné podmínky. Dále se může jednat o rehabilitaci v rámci podporovaného zaměstnávání, což znamená práce na volném pracovním trhu, ale za podpory například pracovního asistenta.

- b) Rehabilitace v oblasti bydlení – bydlení je jednou z nejzákladnějších lidských potřeb (dává pocit bezpečí a jistoty). Vážné duševní onemocnění významně narušuje samostatné fungování jedince i v oblasti bydlení. Cílem psychiatrické rehabilitace v oblasti bydlení, je umožnit lidem s vážným duševním onemocněním žít samostatně a nezávisle, a tím převzít zodpovědnost za svůj život. Dále je cílem rehabilitace klientovi zajistit takovou formu podpory, aby mohl získat nebo si udržet schopnosti potřebné k samostatnému bydlení. Je tedy důležité, aby měl klient dostatečný příjem, díky kterému dosáhne na samostatné bydlení, je důležité zabránění relapsů nemoci, udržovat dobré vztahy se sousedy, umět si obstarat stravu, žít v čistém a udržovaném prostředí. Sociální pracovník se snaží vytvářet klientovi takové prostředí, které bude klienta podporovat v procesu uzdravy. Službu, kterou můžeme v rámci rehabilitace v oblasti bydlení využít, je podpora v samostatném bydlení, kdy je většina služeb poskytována právě u klienta doma. Další službu, kterou může klient využít při rehabilitaci v oblasti bydlení, je chráněné bydlení. Chráněné bydlení je přechodná pobytová služba, jejímž cílem je, aby klient získal takové dovednosti, aby byl schopen samostatného nebo podporovaného bydlení.
- c) Rehabilitace v oblasti sociálních kontaktů a volného času – lidé s vážnou duševní nemocí většinou nemají mnoho sociálních kontaktů a to i díky tomu, že ztratili některé sociální dovednosti. Často bývají stydliví, mají nízké sebehodnocení, a to i v důsledku stigmatizace. V rámci psychiatrické rehabilitace se dá využít nácviku sociálních rolí, podpora při získávání sebedůvěry, zvládání stresu a podpora soběstačnosti a nezávislosti. Při podpoře v oblasti volného času a sociálních kontaktů lze využít nejen profesionálu, ale podporu lze hledat i u rodiny, přátel, kolegů, kteří mohou poskytnou nejen emocionální podporu. (Pěč, Probstová 2009, s. 115 – 129)

3 CASE MANAGEMENT

V české terminologii se termín case management dodnes nepodařilo ustálit, často bývá překládán jako případové vedení, nebo se o case managementu nemluví vůbec. Často se také spekuluje o tom, zda je case management metoda nebo nástroj sociální práce, ale pro potřeby této práce je case management vnímán jako metoda. Co je ovšem jasné, je fakt, že case management je velice efektivní při práci s dlouhodobě vážně duševně nemocnými. Většina terénních sociálních služeb, které jsou v současnosti vážně duševně nemocným poskytovány, pracuje právě metodou case managementu.

Důležitými prvky case managementu je přehled o potřebách a schopnostech klienta (i case management využívá různé nástroje na zjišťování potřeb klienta, jako je třeba dotazník hodnocení potřeb CAN). Dalším prvkem case managementu je plánování péče tzn. vytváření individuálních rehabilitačních plánů, jejich realizace a hodnocení za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí.

Case management přináší spoustu výhod nejen pro klienta, ale i pro pracovníka. Jedním z úkolů case managera je vyhledávat a aktivně kontaktovat klienty. Díky tomu se stávají služby pro duševně nemocné dostupnější, a to i pro klienty, kteří by byli z psychiatrické péče jinak vyloučeni. Case management také nabízí kontinuitu poskytovaných služeb, a to díky vzniklému vztahu mezi case managerem a klientem, díky čemuž je case manager schopen včas zachytit zhoršení nebo relaps nemoci, a začít hledat vhodná, efektivní řešení. Úkolem case managera je služby koordinovat, a to tak, aby byly schopny uspokojovat většinu potřeb klienta. Case manager je schopen klientovi nabídnout individuální přístup, který je schopen reagovat na aktuální klientovy potřeby. Výhodou case managementu je tady jeho flexibilita. (Stuchlík 2001, s. 9-11)

3.1 Zásady a úkoly case managementu

Case management se řídí několika základními praktickými zásadami. První zásadou je **zaměření se na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii**. Psychóza je sama o sobě velmi stigmatizující „nálepka“, ale neříká nic o individualitě klienta. Je důležité identifikovat a posilovat proto právě neporušené stránky nemocného člověka. Důležitý při práci je **vztah case managera a klienta**, který má významnější roli, než samotný plán intervencí. V jistých situacích může být vztah nesymetrický (například při

akutním průběhu psychózy), tedy case manager má „silnější“ roli než klient. Pokud však chceme, aby práce s klientem byla co nejefektivnější, je nutné, aby vztah mezi case managerem a klientem byl co nejvíce partnerský. Tím lze navázat na třetí zásadu, že **intervence jsou založeny na rozhodnutí klienta**. Je nutné brát v potaz klientovo přání a respektovat jeho volbu. Důležitou zásadou case managementu je **asertivita intervencí**, case manager aktivně vyhledává nové klienty a aktivně pracuje i s klienty, kteří službu odmítají. To, že se klient například nedostavuje na sjednané schůzky, není důvod k ukončení péče. Case manager věří, že **lidé s vážným duševním onemocněním se mohou měnit**, učit, zlepšovat, a je třeba je v tom podporovat. Poslední zásadou, kterou se case manager řídí, je **využívání nejen sociálních služeb, ale všech zdrojů**, které nabízí komunita, ve které klient žije. (Stuchlík 2001, s. 17)

Se zásadami case managementu souvisí i jeho úkoly. Case manager volí vhodné intervence v počáteční fázi spolupráce, kde se jedná především o budování vztahu. Dále jsou intervence zaměřeny na prostředí klienta (práce s rodinou, navazování spolupráce s jinými službami), intervence zaměřené na samotného klienta (farmakoterapie, trénink dovedností) a intervence zaměřeny směrem ke klientovi a k jeho prostředí společně (rodinná terapie, krizová intervence).

Obecné úkoly case managementu (Stuchlík 2001, s. 18 - 26):

Vznik a budování vztahu – klient často nevstupuje do systému služeb z vlastní iniciativy. Nezřídka bývá doporučen ambulantním psychiatrem, psychiatrickou nemocnicí nebo službu kontaktuje rodina, či blízké okolí klienta. Pozice case managera je tedy velmi složitá, musí navázat vztah s někým, kdo o to vlastně ani moc nestojí. K tomu, aby se podařilo vztah s klientem vybudovat, je důležité, aby se case manager na schůzku s klientem dobře připravil. Měl by si o klientovi zjistit co nejvíce informací, měl by zvolit správné prostředí, kde se schůzka uskuteční, a měl by přijít s něčím, co může klientovi nabídnout. Podstatné je respektovat klientovi zvláštnosti a bizarnosti. Case manager by se měl chovat jako skutečný člověk, který odněkud přišel, samozřejmostí je pozdravit, představit se (ovšem nikoli se představovat profesí, ale

spíše jménem), a říci důvod návštěvy nebo schůzky. Vůči klientovi je nutné projevit respekt, ten můžeme projevit tím, že aktivně nasloucháme tomu, co klient říká a nezpochybňujeme to ani přesto, že víme, že je to nemožné nebo nereálné. Účinné při navazování vztahu je také být v kontaktu s někým, koho již klient zná a komu věří. Takový člověk může podat spoustu důležitých informací o klientovi a může usnadnit například první kontakt s klientem. Case manager by měl být při kontaktování klienta vytrvalý. Důvěru klienta si lépe získáme, pokud jasně sdělujeme, co můžeme a nemůžeme nabídnout a poskytnout. Klientovi necháváme tolik samostatnosti, kolik je jen možné (zmocňování), musíme také klientovi dokázat, že jsme někdo, na koho se může za každých okolností spolehnout (například i v období akutní psychotické krize).

- a) Vyšetření – až se podaří získat si klientovu důvěru a vybudovat si vztah, mělo by přijít na řadu vyšetření. Klient identifikuje svoje vlastní potřeby. Do procesu šetření je efektivní zapojit i rodinu a osoby pro klienta blízké. Case manager má při vyšetření k dispozici různé nástroje. Jedním z nástrojů, který může při vyšetřování použít, je dotazník hodnocení potřeb CAN. Během vyšetření se zaměřujeme na zjišťování jak duševního, tak fyzického stavu, na sociální dovednosti klienta, na jeho schopnosti a životní styl, bydlení, finance a podporu okolí.
- b) Individuální plánování péče – výsledkem vyšetření by mělo být vytvoření individuálního rehabilitačního plánu. Plán je dynamicky se měnící záznam, kde se sledují potřeby klienta, poskytnuté intervence a hodnocení intervencí. Cíl si identifikuje klient, za pomoci case managera. Case manager je ten, kdo se orientuje v tom, jaké intervence jsou vhodné a možné a je to i ten, kdo zná všechny zdroje podpory k naplnění plánu.

Intervence zaměřené na prostředí (Stuchlík 2001, s. 27 - 33):

Vytváření vazeb - úkolem case managera při vytváření vazeb je napojit klienta do sítí, jež ho mohou podporovat. Jedná se o zapojení klienta do sítě služeb a institucí, které mohou klientovi poskytnout sociální, ale třeba i materiální pomoc. Jedná se například o získání sociálních dávek, na které má klient nárok.

- a) Zprostředkování - zprostředkování je zvláštní vytváření vazeb a znamená již nákup nebo spíše získání konkrétní služby pro klienta.
- b) Práce s neoficiálními pečovateli – case manager se neomezuje pouze na práci s klientem, ale pracuje i s rodinnými příslušníky a blízkým okolím klienta. Rodina klienta může sloužit jako zdroj informací a může zastávat svoji funkci i v rámci plnění individuálního rehabilitačního plánu. Důležitou roli hrají rodinní příslušníci v krizové intervenci, protože mohou jako první odhalit příznaky psychotického relapsu.
- c) Udržování a rozšiřování sociálních sítí – vážně duševně nemocní mívají velmi málo sociálních kontaktů. Úkolem case managera je podpořit klienta při získávání nových sociálních kontaktů a pomoc při udržování kontaktů stávajících. Pokud se jedná o konkrétní intervence, tak case manager může například klienta zapojit do svépomocné skupiny, nebo do služeb center sociální rehabilitace. Také může s klientem pracovat na posilování komunikačních dovedností, na získávání sebedůvěry.
- d) Vztahy s nemocnicemi - je důležité udržovat pozitivní vztahy s psychiatrickými nemocnicemi nebo s psychiatrickými odděleními nemocnic, protože case manager by měl být schopen pro klienta zařídit plánovanou, dobrovolnou hospitalizaci. Vztahy s nemocnicemi jsou podstatné také kvůli doporučení nových klientů do služeb pro duševně nemocné. Kladná komunikace s psychiatry pomáhá klientovi například při vyjednávání o změně medikace a je podstatnou součástí intervencí při prevenci relapsu.
- e) Vztahy s praktickými lékaři – v ČR nehrají při péči o duševně nemocné praktičtí lékaři tak významnou roli jako v zahraničí, nicméně dobrý vztah s obvodními lékaři může pomoci u léčby somatických onemocnění.
- f) Vztahy s dalšími službami – velkým úkolem case managera je zapojení klienta do dalších služeb (do centra sociální rehabilitace, do chráněných dílen, terapeutických komunit aj.). Další služby hrají významnou roli při naplňování potřeb klienta.

Intervence zaměřené na klienta:

- a) Trénink adaptačních dovedností – je činnost, která pomáhá klientovi při získávání sociálních dovedností. Cílem je naučit klienta řešit samostatně svoje problémy, zapojovat se do běžného života, umět zacházet s medikací, hospodařit s penězi, řešit problémy s rodinnými příslušníky aj.
- b) Individuální psychoterapie – pokud by chtěl case manager, do své práce vložit psychoterapii, musí mít potřebnou kvalifikaci – psychosociální výcvik. Case manager v roli sociálního pracovníka může pouze využít prvky psychoterapeutických přístupů.
- c) Medikamentózní terapie – v rámci medikamentózní terapie je role case managera v tom, že může klientovi pomoci při dodržování medikace – třeba kontrolou dodržování, pomoci při dávkování léků, vyjednávání s psychiatrem při změně medikace. Case manager je podstatný také v tom, že jenom monitoruje, zda je medikace užívána. (Stuchlík, 2001, s. 34-35)

Intervence zaměřené na interakci klienta s prostředím (Stuchlík 2001, s. 36-38):

Krizové intervence – jsou jedním z úkolů case managera. Navíc úkolem case managera je monitorování stavu klienta a včasný záchyt psychotické nebo sociální krize. Díky včasnému záchytu je možné na vzniklou krizi včas reagovat a navrhnout vhodné řešení. Úkolem case managera je také prevence krizí, což znamená společně s klientem odhalovat varovné příznaky počáteční krize.

- a) Rodinná terapie – pokud mluvíme o case managerovi, jako o sociálním pracovníkovi, tak ten může poskytovat rodinně především různé vzdělávací programy a jistou formu podpory.
- b) Monitorování – case manager v rámci monitorování získává informace od ostatních poskytovatelů služeb, od rodinných příslušníků, psychiatrů a samozřejmě od klienta. To umožňuje efektivní vytváření individuálních rehabilitačních plánů.

- c) Ukončení péče – klient má možnost ukončit spolupráci s case managerem, většinou ale k úplnému odpojení se od služeb nedochází a klient bývá alespoň v podvědomí case managera s tím, že se něj v případě potřeby může obrátit.

3.2 Týmová práce

Týmová práce je nejen základní složkou case managementu, ale i základním principem moderní psychiatrické péče. V současné době je trendem v péči o duševně nemocné vyváření v rámci služeb terénní multidisciplinární týmy, které pracují právě mimo jiné metodou case managementu. Členové takových týmů – case manažeři, pak mají kvalifikaci sociálního pracovníka, psychiatrické sestry, psychoterapeuta, ale i psychiatra nebo například adiktologa. Každá profese přináší do práce s vážně duševně nemocnými svoje specifika. Obecně platí, že na case managera jsou kladeny velké nároky jak na vzdělání, tak na osobnostní předpoklady. Většinou se dobře připraveným case managerem stávají sociální pracovníci. (Probstová in Matoušek 2005, s. 143)

Sociální pracovník je ten, kdo se orientuje v systému služeb, kdo se vyzná v sociálních dávkách. Sociální pracovník je schopen učit klienta sociálním dovednostem, pomáhá zlepšovat kompetence klienta v oblasti bydlení, trávení volného času, v pracovní oblasti. Sociální pracovník se dobře orientuje v dluhové problematice, která je v současnosti velkým tématem sociální práce. Poskytuje poradenství a snaží se pracovat s klientem v jeho přirozeném prostředí.

Co je v rámci case managementových týmů důležité, je zastupitelnost každého člena v týmu. V ideálním případě to funguje tak, že každý case manager zná každého klienta ve službě, a zná veškeré důležité informace o něm (jeho historii, jeho rehabilitační plán atd.). Díky tomu je schopen každý case manager pracovat s každým klientem v případě výpadku klíčového case managera, ale i v případě, že je péče o klienta tak náročná, že je nutné péči a pomoc rozdělit mezi více lidí. Aktuálně se v České republice začíná pracovat metodou Flexibilní komunitní péče, která vychází z case managementu, ale klade větší důraz na zastupitelnost v týmu. Tato metoda se věnuje hlavně klientům v krizi nebo velmi náročným či nespolutracujícími klientům. Každý case manager zná každého klienta, přenos informací je zajištěn každodenními poradami, na kterých se mluví právě o klientech, kteří jsou akutně v nějaké krizi. Jako pomůcka je zde používán

tzv. FACT board, což je tabule, do které se zaznamenává každý den aktuální informace o klientovi a také to, který case manager klienta který den navštíví. Tato metoda se do České republiky dostala z Holandska, kde se jeví jako velmi efektivní při práci s lidmi s vážným duševním onemocněním. V České republice se pomocí Flexibilní komunitní péče pokouší pracovat první týmy od roku 2014 (například Fokus Mladá Boleslav, Péče o duševní zdraví).

4 SLUŽBY PRO VÁŽNĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

Ve čtvrté kapitole jsou popsány služby pro duševně nemocné, které jsou v České republice poskytovány podle zákona o sociálních službách. V současné době funguje v České republice systém psychiatrické péče, který není dostatečný ani efektivní. Záměrem reformy psychiatrické péče je, aby péče o lidi s duševním onemocněním byla přesunuta z ústavů (psychiatrických nemocnic) do komunity, do přirozeného prostředí klienta. Péči o klienty v jejich přirozeném prostředí by měli zajistit mobilní týmy, které budou vznikat v rámci tzv. Center duševního zdraví. Členy těchto mobilních týmů by měli být sociální pracovník, psychiatrická sestra, psychiatr, psycholog. Tito odborníci by měli být schopni zajistit komplexní psychiatrickou péči v přirozeném prostředí klienta.

I dnes, před vznikem Center duševního zdraví, jsou v České republice poskytovány kvalitní služby pro duševně nemocné, a to většinou nestátními neziskovými organizacemi. Jako příklad dobře fungujících služeb mohu uvést organizace Fokus Mladá Boleslav, Fokus Vysočina, Péče o duševní zdraví, Green Doors, Eset help. Všechny tyto organizace mají potenciál se v budoucnu stát centry duševního zdraví.

Dle Valentové (in Mahrová, Venglářová a kol. 2008, s. 133) *„je optimální zajištění péče o klienty s psychotických onemocněním v rámci komunitního přístupu, ve kterém je nabídka služeb pestrá a vzájemně provázaná. Propojuje nejen sociální služby mezi sebou, ale i oblast sociální a zdravotní.“*

Jedním z problémů dnešní psychiatrické péče je oddělování zdravotnické a sociální stránky a i díky tomu dnes většina sociálních služeb není schopna pokrýt veškeré oblasti potřeb a péče o člověka s psychiatrickou nemocí. Služby, které jsou dnes v souladu se zákonem o sociálních službách poskytovány (Zákon 108/2006 Sb.), jsou následující:

Sociální rehabilitace - Cílem sociální rehabilitace je dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti klienta tím, že rozvíjíme jeho schopnosti, dovednosti, návyky, například nácvikem dovedností. Tato služba bývá poskytována formou terénních a ambulantních služeb a v centrech sociální rehabilitace.

Terapeutické komunity - Terapeutické komunity poskytují přechodné pobytové služby lidem s chronickým duševním onemocněním. Terapeutická komunita pro lidi s duševním onemocněním je například Terapeutická komunita Mýto (psychotická onemocnění), Terapeutická komunita Sejřek (duální diagnózy), Terapeutická komunita Kaleidoskop (poruchy osobnosti).

Služby následné péče - Služby následné péče jsou poskytovány lidem s chronickým duševním onemocněním, kteří absolvovali lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení. Služby mohou být poskytovány pobytovou i ambulantní formou.

Krizová pomoc - Krizová pomoc, která je poskytována lidem s duševním onemocněním, je především zaměřena na zvládnutí akutní psychotické krize.

Chráněné bydlení - Služba chráněného bydlení je poskytována lidem s psychiatrickým onemocněním, kteří potřebují pomoc při zvládnutí samostatného bydlení. Služba chráněného bydlení bývá většinou poskytována na přechodnou dobu. Během této doby jsou klienti v kontaktu s pracovníky chráněného bydlení (většinou sociální pracovníci nebo pracovníci v sociálních službách), s kterými řeší různé životní situace a nacvičují dovednosti nutné pro zvládnutí samostatného bydlení. (Valentová in Mahrová, Venglařová a kol. 2008., s. 131)

Domovy se zvláštním režimem - Domovy se zvláštním režimem je pobytová služba poskytující péči lidem s chronickou duševní nemocí, kteří mají sníženou soběstačnou a potřebují pravidelnou pomoc a péči od jiné osoby.

Denní a týdenní stacionáře - Služba poskytovaná nejen lidem s duševním onemocněním, kteří mají sníženou soběstačnost, a potřebují pomoc a podporu od jiné osoby.

Podpora samostatného bydlení - Podpora samostatného bydlení je terénní sociální služba, jejímž cílem je zvládnutí klientova bydlení v jeho přirozeném prostředí. Během

doby, kdy je služba poskytována, dochází ke klientovi domu asistenční služba, která učí klienta lépe fungovat v domácím prostředí. (Valentová in Mahrová, Venglařová a kol. 2008, s. 131)

Sociálně terapeutické dílny - Sociálně terapeutická dílna je ambulantní služba, která je poskytována lidem, kteří nejsou momentálně schopni se uplatnit na volném pracovním trhu. Cílem je nácvik pracovních dovedností a získávání pracovních návyků.

4.1 Fokus Mladá Boleslav

Jako příklad kvalitní psychiatrické péče představím nestátní neziskovou organizaci Fokus Mladá Boleslav, která poskytuje sociální služby lidem s vážným duševním onemocněním, a kde jsem 3 roky pracovala v týmu sociální rehabilitace na pracovní pozici case manager.

„Občanské sdružení Fokus Mladá Boleslav je nestátní nezisková organizace poskytující sociální služby dlouhodobě vážně duševně nemocným v regionech Mladoboleslavsko, Nymbursko, Kolínsko a Karlovarsko. Poskytované služby tvoří celek, který bývá označován jako komplexní psychiatrická rehabilitace. Cílem těchto služeb je zvýšení kvality života klientů, zvýšení jejich nezávislosti a snížení potřeby psychiatrické hospitalizace. Veškeré služby jsou poskytovány na základě dobrovolného rozhodnutí klienta.“ (www.fokus-mb.cz, 2015)

Jako komplexní psychiatrickou rehabilitaci je chápán fakt, že Fokus Mladá Boleslav je schopen, a může svým klientům poskytovat služby od propuštění z psychiatrické nemocnice, či po prodělání první ataky nemoci, až po zaintegrování se zpět do běžného života.

Tým sociální rehabilitace a program podpory v samostatném bydlení

Fokus Mladá Boleslav poskytuje komplexní psychiatrickou rehabilitaci a pracuje především metodou case managementu. K tomu, aby byl Fokus MB schopen takovou komplexní péči poskytnout, musí mít zaregistrováno několik typů sociálních služeb. Základní poskytovanou službou je sociální rehabilitace, v rámci této služby jsou poskytovány terénní a ambulantní služby. Terénní služby poskytuje tým sociální

rehabilitace, který se skládá z deseti case managerů (sociální pracovníci a zdravotní sestry). Case manager je pro klienta klíčová osoba, je to člověk, který nemocného pacienta kontaktuje jako první, nabídne mu služby Fokusu MB, a provází ho po celou dobu spolupráce. Case manager poskytuje svým klientům například tyto služby: mapování, individuální plánování, doprovod, krizovou intervenci, poradenství, lékový a finanční management, zprostředkování sociálního kontaktu. Další službu, kterou poskytuje tým sociální rehabilitace, je podpora v samostatném bydlení. Tato služba je poskytována v klientově přirozeném prostředí a cílem je, aby klient zvládnul samostatné bydlení.

Centrum sociální rehabilitace

Ambulantní službou sociální rehabilitace je Centrum sociální rehabilitace (dále jen CSR). CSR je v podstatě dílna, která vytváří bezpečný prostor k tomu, aby se vážně duševně nemocní klienti mohli seznámit s jinými lidmi, získali sociální kontakt, nabrali ztracené sebevědomí. CSR poskytuje stálý program, který slouží pro klienty, kteří mají do budoucna nastoupit do chráněné dílny, nebo se vrátit do pracovního procesu. V rámci tohoto programu se pět dní v týdnu, čtyři hodiny denně vytváří na dílně keramické výrobky, svíčky apod. Program má klientovi pomoci získat nebo udržet pracovní dovednosti. Psychiatrické onemocnění ovlivňuje vůli, je proto důležité nacvičovat si základní dovednost jako mít sílu ráno vstát, vydržet čtyři hodiny na stejném místě, se stejnými lidmi. Dále CSR poskytuje tzv. volnočasové aktivity, které mohou využívat v rámci terapií i klienti z psychiatrické nemocnice v Kosmonosech. Volnočasové aktivity mají za cíl zprostředkovat klientům sociální kontakt, pomáhají udržet psychickou pohodu, rozvíjí sociální dovednosti, učí klienty efektivně trávit volný čas. Klienti si zde mají možnost najít nové přátele. V rámci volnočasových aktivit chodí klienti hrát ping pong, plavat nebo si jen tak posedět a popovídat.

Chráněné bydlení

Další registrovanou službou Fokusu Mladá Boleslav je chráněné bydlení. *„Chráněné bydlení Fokus Mladá Boleslav poskytuje služby dlouhodobě duševně nemocným, kteří ztratili dovednosti potřebné k samostatnému bydlení. Služby jsou zaměřeny na klienty,*

kteří byli dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrické nemocnici (tzn. déle jak jeden rok) a během hospitalizace ztratili dovednosti, které jsou potřebné pro samostatné bydlení. Služba je současně zaměřena na klienty, kteří žijí u svých příbuzných (nejčastěji rodičů) a nemají možnost plně uplatnit, popř. se naučit dovednosti nutné k bydlení. (www.fokus-mb.cz, 2015)“ V současné době je k dispozici 16 lůžek v 12 bytech chráněného bydlení na dvou místech po Mladé Boleslavi.

Sociálně terapeutické dílny

Důležité v systému služeb poskytovaných klientům s duševním onemocněním jsou chráněné dílny. Klienti s psychiatrickým onemocněním mají sníženou pracovní schopnost, a díky tomu často dosahují na nějaký stupeň invalidního důchodu. Cílem služeb je vrátit klienty zpět do běžného života, a tedy i do života pracovního. Chráněné dílny mají klienta připravit pro práci na volném pracovním trhu. Jak jsem již zmínila, klienti, kteří jsou buď po dlouhodobé hospitalizaci, nebo prožili první ataku nemoci, ztratili spoustu sociálních a pracovních návyků běžných pro zdravé lidi. Chráněná dílna poskytuje bezpečné prostředí na to, tyto návyky opět získat, a po nějaké době být schopen se vrátit do pracovního procesu. Fokus Mladá Boleslav má v regionu Mladá Boleslav 5 chráněných dílen a to zahradnickou dílnu, knihařskou a šicí dílnu, kavárnu v areálu psychiatrické nemocnice v Kosmonosech, terapeutickou dílnu v Klášteře v Mnichově Hradišti a chráněnou dílnu ve Škoda auto.

Podporované zaměstnávání

Kvůli tomu, aby psychiatrická rehabilitace byla komplexní, a klient byl schopen se vrátit do běžného života, a to i do života pracovního, poskytuje Fokus Mladá Boleslav službu podporované zaměstnávání. „*Podporované zaměstnávání je služba určená lidem, kteří duševně onemocněli, a kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. K tomu, aby byli schopni získat a udržet si práci, někdy potřebují individuální, osobní a průběžně poskytovanou podporu před nástupem do práce i po něm. Podporované zaměstnávání vychází z individuálních potřeb uchazečů o práci. (www.fokus-mb.cz, 2015)“* Pracovnice podporovaného zaměstnávání pomáhají

klientům s hledáním zaměstnání, s vytvářením životopisů, komunikují se zaměstnavateli a v počátcích poskytují asistenci a podporu na pracovišti.

5 CAMBERWELLSKÉ HODNOCENÍ POTŘEB

V současné době se objevuje požadavek na to, aby zdravotní a sociální péče byla poskytována na základě potřeb duševně nemocných. Na úrovni společnosti jde především o snahu rozdělovat veřejné finanční prostředky tak, aby odpovídaly potřebám uživatelů zdravotně-sociální péče. (Kalvoda a kol. 2005, s. 76)

Camberwellské hodnocení potřeb (Camberwell Assessment of Need, dále jen CAN) je nástroj vytvořený k hodnocení zdravotně-sociálních potřeb vážně duševně nemocných. Dotazník CAN byl vytvořen v 90. letech 20. století odborníky z psychiatrického institutu při londýnském King's College. Do České Republiky se dotazník dostal v roce 2006, kdy vyšlo první vydání přeložené do českého jazyka. V roce 2011 došlo k doplnění a aktualizovanému vydání tohoto dotazníku. Na standardizaci tohoto nástroje a převedení do českých podmínek se podíleli Václava Probstová, Pavla Šelepová, Eva Dragomirecká, Hynek Kalvoda, Gabriela Sochorová a Ondřej Pěč za podpory Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Dotazník CAN mapuje zdravotně-sociální potřeby vážně duševně nemocných, tyto potřeby upozorňují na oblasti života, ve kterých jedinec selhává, a ve kterých může pomoci péče sociálních služeb. V dotazníku se šetří 22 oblastí života, ke kterým se vztahují zdravotně-sociální potřeby. Hodnotí se nenaplněné potřeby za poslední měsíc. Účelem šetření je zjistit, ve kterých oblastech života se klientovi dostává pomoci, a v kterých oblastech života potřebuje pomoc a podporu.

Hodnocené oblasti života v rámci dotazníku CAN jsou: bydlení, strava, péče o domácnost, péče o sebe, denní činnosti, tělesné zdraví, psychotické symptomy, informace o zdravotním stavu a léčbě, psychické potíže, ohrožuje sebe, ohrožuje ostatní, alkohol, drogy, přátelé, intimní vztahy, sexualita, péče o děti, základní vzdělání, doprava, peníze, finanční dávky.

Specifikem dotazníku CAN je to, že může být předkládán klientovi s vážným duševním onemocněním, ale skutečnosti o životě člověka ve smyslu zdravotně-sociálních potřeb může hodnotit i sociální pracovník nebo rodinný příslušník apod.

Výsledky získané z šetření dotazníkem CAN se mohou využít minimálně ve dvou oblastech:

- Na úrovni jedince: může být šetření využito pro měření úrovně potřeb a jejich změn v průběhu času. Šetření může být využíváno při vstupu nových klientů do služeb k určení oblastí, ve kterých potřebuje další podporu a pomoc.
- Pro audit a rozvoj jednotlivých služeb: díky dotazníku CAN je možné sledovat vliv intervencí na potřeby klientů dané služby. Takže může měřit efektivitu služeb na změnu klientových potřeb. (Probstová a kol. 2011, s. 19)

Výhody dotazníku CAN:

- Nezatěžující časová náročnost (zkušený pracovník má dotazník vyhodnocen asi za 30 minut),
- pracovník nepotřebuje systematický trénink na ovládání dotazníku (postačí práce s manuálem),
- výsledky získané dotazníkem jsou východiskem pro další pomoc a léčbu,
- dotazník je pomocný nástroj k sestavování individuálního rehabilitačního plánu, bývá používán v určitých časových intervalech a díky tomu se dá měřit efektivita práce jednotlivých služeb. (Probstová a kol. 2011, s. 14)

5.1 Definicí potřeb pro účely dotazníku

Kalvoda (2005, s. 78) uvádí, „že neexistuje jednotný názor na definici potřeb nebo na jejich měření.“ Hierarchii potřeb definoval americký psycholog Maslow, který vytvořil tzv. pyramidu potřeb, znázorňující lidské potřeby, jejichž základem je například potřeba jídla a jejichž vrcholem jsou potřeby lásky, bezpečí, uznání, seberealizace.

Slovník sociální práce definuje potřebu jako „*motiv k jednání. Neuspokojená potřeba vede k deprivaci, ke strádání. V kontextu sociální práce může být potřeba konstrukt, popisující něco, co pociťuje klient nebo definuje expert.*“ (Matoušek 2008, s. 147)

Brewin (in Probstová a kol. 2011, s. 10) definuje přítomnost potřeby, když úroveň fungování člověka klesá, nebo hrozí, že klesne pod určitou úroveň, a když je zde vyléčitelná nebo potenciálně vyléčitelná příčina.

Stevensen a Gabbayem (In Probstová a kol 2011, s. 10) dospěli k přesvědčení, že vhodná pracovní definice potřeby je „*schopnost mít nějaký užitek ze zdravotní péče.*“ Pro naše účely je nutné definici rozšířit i o péči sociální.

Nenaplněná potřeba v dotazníku CAN je oblast života, ve které potřebuje vážně duševně nemocný pomoc. Naplněná potřeba je naopak oblast života vážně duševně nemocného, ve které se mu již pomoci dostalo.

6 EMPIRICKÁ ČÁST

V teoretické části bakalářské práce jsou popsány metody práce s lidmi s vážným duševním onemocněním. K tomu, aby sociální pracovník pracující s lidmi s vážným duševním onemocněním mohl zvolit správnou metodu práce a správné a efektivní postupy rehabilitace, je nutné, aby klienta co nejvíce poznal, aby měl dostatečně zmapované oblasti života, v kterých klient selhává. Lidé s duševním onemocněním bývají často velmi uzavření, plaší, bez dostatku sebedůvěry a sebevědomí, se špatnými komunikačními dovednostmi. Záleží proto na schopnostech sociálního pracovníka, jak dokáže s klientem komunikovat a pracovat. K zefektivnění práce s lidmi s duševním onemocněním vznikl proto nástroj na hodnocení potřeb vážně duševně nemocných, Camberwellské hodnocení potřeb.

6.1 Výzkumný problém a výzkumný cíl

Výzkumným problémem, na který se zaměřuje tato práce, jsou otázky efektivních způsobů zdravotně-sociální podpory vážně duševně nemocných klientů. Bakalářská práce si dala za cíl zjistit, jaké zdravotně-sociální potřeby vážně duševně nemocných jedinců jsou nejčastěji nenaplněny při vstupu klientů do služeb Fokusu MB, a zhodnotit, zda se za půl roku spolupráce s Fokusem MB z původně nenaplněných potřeb stávají potřeby naplněné. To znamená zviditelnit, v čem je práce Fokusu Mladá Boleslav efektivní.

6.2 Výzkumné otázky

- Jaké zdravotně-sociální potřeby můžeme hodnotit jako nenaplněné při vstupu klientů do služeb Fokusu MB?
- Jaké zdravotně-sociální potřeby můžeme hodnotit jako naplněné po půlroční spolupráci klientů s Fokusem MB?
- Jaké konkrétní zdravotně-sociální potřeby se po půlroční spolupráci klientů s Fokusem MB daří naplnit?
- Bývají nenaplněné zdravotně-sociální potřeby při vstupu do služby Fokusu Mladá Boleslav u většiny klientů shodné?

6.3 Výzkumný vzorek

Jako respondenti byli vybráni klienti Fokusu MB s vážným duševním onemocněním psychotické hloubky ve věku od 18 let, obojího pohlaví. Výběr respondentů byl náhodný. Byla posuzována skupina o 60 respondentech šetřených pomocí dotazníku CAN při vstupu klientů do služeb Fokusu MB a 60 shodných klientů, kteří opětovně byli šetřeni pomocí dotazníku CAN po 6 měsíční spolupráci s Fokusem MB. Vybraní klienti se pro účely tohoto šetření stali respondenty.

6.4 Metody výzkumu

Od 90. let 20. století se rozvíjejí nové přístupy a metody práce s vážně duševně nemocnými. Mezi nově vzniklé metody patří právě dotazník CAN. Dotazník CAN je také hlavním nástrojem tohoto empirického šetření.

Dotazník CAN je používán ve službách Fokusu MB, jako nástroj hodnocení potřeb klientů. Dotazník hodnotí case manageri, a to každých 6 měsíců. Na základě vyhodnoceného dotazníku se vytváří rehabilitační plán, který sestavuje pracovník společně s klientem. Tento plán by měl být zaměřen na zkvalitnění oblasti života, která byla v dotazníku hodnocena jako nenaplněná potřeba. Case manager prochází s klientem jednotlivé oblasti života a jeho odpovědi si zaznamenává do formuláře. Case manager nejprve klientovi sdělí cíle tohoto šetření a oznámí, že otázky se zaměřují na období posledního měsíce.

Dotazníky pro účely tohoto šetření byly hodnoceny průběžně case managery Fokusu MB, včetně autorky práce, vždy při vstupu respondenta do služeb a následně za půl roku spolupráce s Fokusem MB. Autorka provedla analýzy spisové dokumentace a porovнала dotazníky při vstupu do služeb a po půlroční spolupráci s Fokusem MB. U části šetřeného vzorku 60 respondentů autorka provedla také interview a pozorování. Pro dokreslení výsledků šetření jsou v bakalářské práci uvedeny 3 situační ilustrace, které přibližují fungování rehabilitačních procesů v rámci služeb Fokusu MB, a potvrzují výsledky šetření.

Interview a pozorování

„Z metodologického hlediska označuje interview takový rozhovor, který je moderovaný, a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie. (Miovský 2006, s. 156)“
Důležitým znakem interview je, že ho nelze provádět bez pozorování. Tazatel by se měl snažit vytvořit co nejlepší podmínky pro dotazování a měl by si všimnout neverbálních projevů respondentů, to znamená, využívat při interview pozorování. (Miovský 2006, s. 156)

Pro účely tohoto šetření bylo použito strukturované interview. *„Strukturované interview je metoda, která stojí na pomezí mezi dotazníkovými metodami a interview. Strukturované interview má pevně stanovené schéma, které je pro tazatele závazné, a neumožňuje mu příliš velké změny a úpravy. (Miovský 2006, s. 162)“*

Pro každou oblast života jsou v dotazníku CAN připraveny otázky, na které se má hodnotitel respondenta zeptat.

Pro oblast „peníze“ jsou to otázky – Jak vycházíte s penězi? Jste schopen zaplatit své účty?

Pro oblast „denní činnosti“ jsou to otázky – Jak trávíte den? Máte dostatek činností?

Pro oblast „finanční dávky“ jsou to otázky – Dostáváte všechny peníze, na které máte nárok?

Pro oblast „informace o zdravotním stavu a léčbě“ jsou to otázky – Byly Vám poskytnuty srozumitelné informace o lécích, které užíváte, nebo o další léčbě? Byly pro Vás tyto informace užitečné?

Pro oblast „psychické potíže“ jsou to otázky – Byl jste v poslední době velmi skleslý nebo smutný? Cítil jste nadměrnou úzkost nebo strach?

Pro oblast „přátelé“ jsou to otázky – jste spokojený se svým společenským životem? Přál byste si mít více kontaktů s lidmi?

6.5 Hypotézy

Výzkumné otázky byly dále rozpracovány do hypotéz 1-9.

H1 Při vstupu do služeb Fokusu MB se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „peníze“, v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30% dotázaných, šetřené skupiny 60 respondentů.

Nenaplněná potřeba „peníze“ v dotazníku CAN znamená, že sledovaná skupina respondentů hodnotí svou finanční situaci jako neuspokojivou, a je tedy potřeba hledat další možnosti a zdroje ke zvýšení příjmů. Naplněná potřeba „peníze“ v dotazníku CAN znamená, že klient je spokojený se svými současnými příjmy.

H2 Při vstupu do služeb Fokusu MB se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „denní činnost“, v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30% dotázaných šetřené skupiny 60 respondentů.

Nenaplněná potřeba „denní činnost“ v dotazníku CAN znamená, že respondent neumí efektivně využít svůj volný čas. Naplněná potřeba „denní činnost“ v dotazníku CAN znamená, že jsou respondenti spokojeni s využíváním svého volného času.

H3 Při vstupu do služeb Fokusu MB se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“, v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30% dotázaných, šetřené skupiny 60 respondentů.

Nenaplněná potřeba „finanční dávky“ v dotazníku CAN znamená, že respondenti nevyužívají nebo neví o dostupných veřejných finančních dávkách, na které by měli nárok. Naplněná potřeba „finanční dávky“ v dotazníku CAN znamená, že respondenti využívají veškeré finanční dávky, na které má nárok.

H4 Při vstupu do služeb Fokusu MB se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „informace o zdravotním stavu a léčbě“, v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30% dotázaných, šetřené skupiny 60 respondentů.

Nenaplněná potřeba „informace o zdravotním stavu a léčbě“ znamená, že respondent nedostal nebo nepochopil informace o své nemoci a léčbě. Naplněná oblast „informace o zdravotním stavu a léčbě“ v dotazníku CAN znamená znalost a pochopení objektivních informací o svém duševním onemocnění.

H5 Po půlroční spolupráci s Fokusem MB, převažuje mezi nenaplněnými zdravotně-sociálními potřebami, v hodnocení dotazníku CAN, potřeba „psychické potíže“, a sice na hladině 30% odpovědí dotázaných osob šetřené skupiny 60 respondentů.

Nenaplněná potřeba „psychické potíže“ znamená v kontextu dotazníku CAN, že se respondenti cítí za poslední měsíc více smutní nebo skleslí a mívají strach nebo obavy. Naplněná potřeba „psychické potíže“ v dotazníku CAN znamená, že respondenti se cítí dobře a nepociťují na sobě žádné větší výkyvy nálad.

H6 Po půlroční spolupráci s Fokusem Mladá Boleslav budou respondenti sledované skupiny udávat mezi třemi prvými nenaplněnými zdravotně-sociálními potřebami potřebu „přátele“.

Nenaplněná potřeba „přátele“ znamená v dotazníku CAN, že respondenti nejsou spokojeni se svým společenským životem, a chtěli by více sociálních kontaktů. Naplněná potřeba „přátele“ znamená v dotazníku CAN, že respondenti jsou spokojeni se svým společenským životem a cítí, že mají dostatek přátel.

H7 Za půl roku spolupráce sledované skupiny 60 respondentů s Fokusem MB se daří postupně naplňovat zdravotně-sociální potřeba „denní činnost“.

H8 Za půl roku spolupráce sledované skupiny 60 respondentů s Fokusem MB se daří postupně naplňovat zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“.

H9 Za půl roku spolupráce sledované skupiny 60 respondentů s Fokusem MB se daří postupně naplňovat zdravotně-sociální potřeba „peníze“.

6.6 Průběh výzkumu

Výzkumná skupina o 60 respondentech byla šetřena dotazníkem CAN při vstupu do služeb Fokusu MB a po šesti měsících spolupráce s Fokusem MB. Výsledky šetření při vstupu respondentů do služeb a po půl roce spolupráce s Fokusem MB byly navzájem srovnány. Ke sběru dat byla použita elektronická databáze a spisová dokumentace týmu sociální rehabilitace Fokusu Mladá Boleslav.

Nejprve došlo k vyšetření dotazníku CAN, posléze se s klienty pracovalo metodami psychiatrické rehabilitace a case managementu, a na základě zkušeností byly stanoveny tyto hypotézy.

6.7 Vyhodnocení hypotéz

Vyhodnocení 1. hypotézy

1. hypotéza byla stanovena takto:

Při vstupu do služeb Fokusu MB se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „peníze“, v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30% dotázaných, šetřené skupiny 60 respondentů.¹

Výsledek šetření vztahující se k 1. hypotéze znázorňuje tabulka č. 1.

Tabulka 1.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „peníze“

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Peníze	27	45%
Přátelé	27	45%
Denní činnosti	27	45%
Psychotické symptomy	21	35%

¹ Lze tedy připomenout, že nenaplněná potřeba „peníze“ v dotazníku CAN znamená, že sledovaná skupina respondentů, hodnotí svou finanční situaci jako neuspokojivou, a je tedy potřeba hledat další možnosti a zdroje, jak si zvýšit příjmy. Naplněná potřeba „peníze“ v dotazníku CAN znamená, že respondenti jsou spokojeni se svými současnými příjmy.

Informace o zdravotním stavu a léčbě	21	35%
--------------------------------------	----	-----

Z tabulkových hodnot uvedených v procentech je patrné, že bylo dosaženo výsledku, kdy zdravotně-sociální potřeba „peníze“ je uvedena v šetřené skupině jako nenaplněná 45% dotazovaných respondentů.

Ověření hypotézy:

Lze konstatovat, že 1. hypotéza byla empirickým šetřením potvrzena.

Vyhodnocení 2. hypotézy

2. hypotéza byla stanovena takto:

Při vstupu do služeb Fokusu MB, se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „denní činnost“, v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30% dotázaných, šetřené skupiny 60 respondentů.²

Výsledek šetření vztahující se ke 2. hypotéze znázorňuje tabulka č. 2.

Tabulka 2.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „denní činnost“

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Peníze	27	45%
Přátelé	27	45%
Denní činnosti	27	45%
Psychotické symptomy	21	35%
Informace o zdravotním stavu a léčbě	21	35%

Z tabulkových hodnot uvedených v procentech je patrné, že bylo dosaženo výsledku, kdy zdravotně-sociální potřeba „denní činnost“ je uvedena v šetřené skupině jako nenaplněná 45% dotazovanými respondenty.

² Lze připomenout, že nenaplněná potřeba „denní činnost“ v dotazníku CAN znamená, že respondenti neumí efektivně využít svůj volný čas. Naplněná potřeba „denní činnost“ v dotazníku CAN znamená, že respondenti jsou spokojeni s využíváním svého volného času.

Ověření hypotézy:

Lze konstatovat, že 2. hypotéza byla empirickým šetřením potvrzena.

Vyhodnocení 3. hypotézy

3. hypotéza byla stanovena takto:

Při vstupu do služeb Fokusu MB se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“ v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30% dotázaných, šetřené skupiny 60 respondentů.³

Výsledek šetření vztahující se k 3. hypotéze znázorňuje tabulka č. 3.

Tabulka 3.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Peníze	27	45%
Přátelé	27	45%
Denní činnosti	27	45%
Psychotické symptomy	21	35%
Informace o zdravotním stavu a léčbě	21	35%

Z uvedených tabulkových hodnot je patrné, že se u respondentů při vstupu do služeb potřeba „finanční dávky“ neobjevila.

Ověření hypotézy:

Lze konstatovat, že 3. hypotéza nebyla empirickým šetřením potvrzena.

³ Lze připomenou, že nenaplněná potřeba „finanční dávky“ v dotazníku CAN znamená, že respondenti nevyužívají nebo neví o dostupných veřejných finančních dávkách, které by mohli využít. Naplněná potřeba „finanční dávky“ v dotazníku CAN znamená, že respondenti dostávají veškeré finanční dávky, na které má nárok.

Vyhodnocení 4. hypotézy

4. hypotéza byla stanovena takto:

Při vstupu do služeb Fokusu MB se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „informace o zdravotním stavu a léčbě“, v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30%, dotázaných šetřené skupiny 60 respondentů.⁴

Výsledek šetření vztahující se k 4. hypotéze znázorňuje tabulka č. 4.

Tabulka 4.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „informace o zdravotním stavu a léčbě“

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Peníze	27	45%
Přátelé	27	45%
Denní činnosti	27	45%
Psychotické symptomy	21	35%
Informace o zdravotním stavu a léčbě	21	35%

Z tabulkových hodnot uvedených v procentech je patrné, že bylo dosaženo výsledku, kdy zdravotně-sociální potřeba „informace o zdravotním stavu a léčbě“, je uvedena v šetřené skupině jako nenaplněná 35% dotazovanými respondenty.

Ověření hypotézy:

Lze konstatovat, že 4. hypotéza byla empirickým šetřením potvrzena.

⁴ Lze připomenout, že nenaplněná potřeba „informace o zdravotním stavu a léčbě“ znamená, že respondenti nedostali nebo nepochopili informace o své nemoci a léčbě. Naplněná oblast „informace o zdravotním stavu a léčbě“ v dotazníku CAN, znamená znalost a pochopení objektivních informací o svém duševním onemocnění.

Vyhodnocení 5. hypotézy

hypotéza byla stanovena takto:

Po půlroční spolupráci s Fokusem MB převažuje mezi nenaplněnými zdravotně-sociálními potřebami, v hodnocení dotazníku CAN, potřeba „psychické potíže“, a sice na hladině 30% odpovědí dotázaných osob šetřeného vzorku 60 respondentů.⁵

Výsledek šetření vztahující se k 5. hypotéze znázorňuje tabulka č. 5.

Tabulka 5.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „psychické potíže“

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Přátelé	15	25%
Základní vzdělání	12	20%
Peníze	12	20%
Finanční dávky	12	20%
Denní činnost	12	20%

Z uvedených tabulkových hodnot je patrné, že se u respondentů při vstupu do služeb potřeba „psychické potíže“ neobjevila. Respondenti neudávají oblast „psychické potíže“ ani při vstupu do služeb Fokusu MB, ani po 6. měsících spolupráce. Dle zkušeností však lze soudit, že se psychické problémy u klientů s duševním onemocněním objevují, a je tedy možné, že pouze tyto potíže nejsou klienty vnímány, což může být ovlivněno tím, že psychotické onemocnění negativně ovlivňuje emocionalitu a prožívání duševně nemocných.

Ověření hypotézy:

Lze konstatovat, že 5. hypotéza nebyla empirickým šetřením potvrzena.

⁵ Lze připomenout, že nenaplněná potřeba „psychické potíže“ znamená v kontextu dotazníku CAN, že se respondenti cítí za poslední měsíc, více smutní nebo skleslí a mívají strach nebo obavy. Naplněná potřeba „psychické potíže“ v dotazníku CAN znamená, že se respondenti cítí dobře a nepocítují na sobě žádné větší výkyvy nálad.

Vyhodnocení 6. hypotézy

6. hypotéza byla stanovena takto:

Po půlroční spolupráci s Fokusem MB budou respondenti sledované skupiny udávat mezi třemi prvými nenaplněnými zdravotně-sociálními potřebami potřebu „přátel“.⁶

Výsledek šetření vztahující se k 6. hypotéze znázorňuje tabulka č. 6.

Tabulka 6.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „přátel“ za půl roku spolupráce

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Přátelé	15	25%
Základní vzdělání	12	20%
Peníze	12	20%
Finanční dávky	12	20%
Denní činnost	12	20%

Z tabulkových hodnot uvedených v procentech je patrné, že bylo dosaženo výsledku, kdy zdravotně-sociální potřeba „přátel“ je uvedena v šetřené skupině jako nenaplněná po půlroční spolupráci s Fokusem MB 25% dotazovanými respondenty.

Mezi nenaplněnými zdravotně-sociálními potřebami byl sledován výsledek v oblasti „přátel“ při vstupu klienta do služeb Fokusu Mladá Boleslav a po půlroční spolupráci s poklesem o 25%.

Tento výsledek lze hodnotit jako výsledek kladný, protože respondenti nejen že si uvědomují potřebu sociálních kontaktů, ale také se s pomocí služeb Fokusu Mladá Boleslav daří tuto potřebu naplňovat.

Ověření hypotézy:

Lze konstatovat, že 6. hypotéza byla empirickým šetřením potvrzena.

⁶ Lze připomenout, že nenaplněná potřeba „přátel“ znamená v dotazníku CAN, že respondenti nejsou spokojeni se svým společenským životem, a chtěli by více sociálních kontaktů.

Vyhodnocení 7. hypotézy

7. hypotéza byla stanovena takto:

Po půlroční spolupráci sledované skupiny 60 respondentů s Fokusem MB se daří postupně naplňovat zdravotně-sociální potřeba „denní činnost“.

Výsledek šetření vztahující se k 7. hypotéze znázorňují tabulky č. 7. a 8.

Tabulka 7.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „denní činnosti“ při vstupu respondentů do služeb

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Peníze	27	45%
Přátelé	27	45%
Denní činnosti	27	45%
Psychotické symptomy	21	35%
Informace o zdravotním stavu a léčbě	21	35%

Tabulka 8.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „denní činnosti“ po půlroční spolupráci s Fokusem MB

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Přátelé	15	25%
Základní vzdělání	12	20%
Peníze	12	20%
Finanční dávky	12	20%
Denní činnost	12	20%

Hypotéza 7. ve svém vyhodnocení navazuje na výsledek dosažený v šetření hypotézy 2., viz str. 40.

Pokud po půlroční spolupráci respondentů s Fokusem MB se snížila hodnota potřeby „denní činnost“ o 25%, při hodnocení respondenty dotazníkem CAN, znamená to, že respondenti se stali aktivnější a samostatnější během svého každodenního programu a

svůj volný čas hodnotili jako využitý. Na zlepšení denních činností klientů se podílí zapojení do služeb Fokusu Mladá Boleslav, jakými jsou centrum sociální rehabilitace nebo chráněná dílna. V rámci psychiatrické rehabilitace také sociální pracovník s klientem vyhledává a aktivně navštěvuje různá společenská místa, díky čemuž se může denní činnost klientů naplňovat.

Ověření 7. hypotézy:

Hypotézu 7. lze hodnotit jako prokázanou a dílčím způsobem je potvrzena tak hypotéza 2.

Vyhodnocení 8. hypotézy:

8. hypotéza byla stanovena takto:

Za půl roku spolupráce sledované skupiny 60 respondentů s Fokusem MB se daří postupně naplňovat zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“:

Výsledek šetření vztahující se k 8. hypotéze znázorňují tabulky č. 9 a 10.

Tabulka 9.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“ při vstupu respondentů do služeb

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Peníze	27	45%
Přátelé	27	45%
Denní činnosti	27	45%
Psychotické symptomy	21	35%
Informace o zdravotním stavu a léčbě	21	35%

Tabulka 10.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“ po půlroční spolupráci s Fokusem MB

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Přátelé	15	25%
Základní vzdělání	12	20%

Peníze	12	20%
Finanční dávky	12	20%
Denní činnost	12	20%

V sledované oblasti dotazníku CAN „finanční dávky“ je zajímavé, že před vstupem do služeb Fokus Mladá Boleslav respondenti tuto položku neuvádějí. Znamená to zřejmě, že jejich smysl pro sociální realitu a jejich samostatnost při vstupu do služeb Fokusu MB nebyla v realitě tolik ukotvena, aby si uvědomovali možnost čerpání finančních dávek. Vztah k realitě se během spolupráce s Fokusem MB natolik ukotvil, že se po půl roce spolupráce s Fokusem Mladá Boleslav uvedlo oblast „finanční dávky“ jako nenaplněnou 20% respondentů. Vliv na zvýšené vnímání potřeby „finančních dávek“ má i fakt, že sociální pracovník klienta informuje o tom, na jaké sociální dávky má klient nárok. Proto i toto porovnání vztahující se k hypotéze 8, lze považovat za pozitivní výsledek.

Ověření 8. hypotézy:

I když se 8. hypotéza nepotvrdila, lze soudit na pozitivní rehabilitační vliv Fokusu MB.

Vyhodnocení 9. hypotézy:

9. hypotéza byla stanovena takto:

Za půl roku spolupráce sledované skupiny 60 respondentů s Fokusem MB se daří postupně naplňovat zdravotně-sociální potřeba „peníze“.

Výsledek šetření vztahující se k 9. hypotéze znázorňují tabulky č. 11 a č. 12.

Tabulka 11.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „peníze“ při vstupu respondentů do služeb

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Peníze	27	45%
Přátelé	27	45%
Denní činnosti	27	45%
Psychotické symptomy	21	35%

Informace o zdravotním stavu a léčbě	21	35%
--------------------------------------	----	-----

Tabulka 12.: Nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „peníze“ po půlroční spolupráci s Fokusem MB

Nenaplněná potřeba	Počet klientů	Procento klientů
Přátelé	15	25%
Základní vzdělání	12	20%
Peníze	12	20%
Finanční dávky	12	20%
Denní činnost	12	20%

Vyhodnocení hypotézy 9. navazuje na výsledek získaný ověřením hypotézy 1. str. 39. Pokud po půlroční spolupráci respondenta s Fokusem MB se snížila hodnota v oblasti nenaplněné potřeby „peníze“ o 25% při hodnocení respondenty v dotazníku CAN, znamená to, že zdravotně-sociální potřeba „peníze“ u osob sledované skupiny je postupně vlivem sociálně-rehabilitačních programů Fokusu MB naplňována. Na základě analýzy dokumentace bylo zjištěno, že na zlepšení finanční situace respondentů se podílelo zvýšení počtu čerpání invalidních důchodů a získání zaměstnání jak v chráněných dílnách, tak na volném pracovním trhu.

Ověření 9. hypotézy:

Lze konstatovat, že 9. hypotéza byla empirickým šetřením potvrzena.

6.8 Shrnutí dosažených výsledků a diskuze o dosažených výsledcích empirického šetření

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit, jaké zdravotně-sociální potřeby vážně duševně nemocných klientů jsou nejčastěji nenaplněny při vstupu respondentů do služeb Fokusu Mladá Boleslav, a zhodnotit, zda se za půl roku spolupráce s Fokusem

MB z původně nenaplněných potřeb stávají potřeby naplněné. To znamená, pokusit se zviditelnit v čem a jak je práce Fokusu MB efektivní.

Hypotézy, které byly potvrzeny:

H1 Při vstupu do služeb Fokusu MB se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „peníze“, v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30% dotázaných, šetřené skupiny 60 respondentů.

H2 Při vstupu do služeb Fokusu MB se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „denní činnost“, v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30% dotázaných, šetřené skupiny 60 respondentů.

H4 Při vstupu do služeb Fokusu MB se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „informace o zdravotním stavu a léčbě“, v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30% dotázaných, šetřené skupiny 60 respondentů.

H6 Po půlroční spolupráci s Fokusem MB budou respondenti sledované skupiny udávat mezi třemi prvými nenaplněnými zdravotně-sociálními potřebami potřebu „přátele“.

H7 Po půlroční spolupráci sledované skupiny 60 respondentů s Fokusem MB se daří postupně naplňovat zdravotně-sociální potřeba „denní činnost“.

H8 Za půl roku spolupráce sledované skupiny 60 respondentů s Fokusem MB se daří postupně naplňovat zdravotně-sociální potřeba „peníze“.

Hypotézy, které nebyly potvrzeny:

H3 Při vstupu do služeb Fokusu MB se pohybuje nenaplněná zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“ v hodnocení respondenty dle dotazníku CAN, na hladině nejméně 30% dotázaných, šetřené skupiny 60 respondentů.

H5 Po půlroční spolupráci s Fokusem MB převažuje mezi nenaplněnými zdravotně-sociálními potřebami, v hodnocení dotazníku CAN, potřeba „psychické potíže“, a sice na hladině 30% odpovědí dotázaných osob šetřeného vzorku 60 respondentů.

H8 Za půl roku spolupráce sledované skupiny 60 respondentů s Fokusem MB se daří postupně naplňovat zdravotně-sociální potřeba „finanční dávky“.

Konstatování dosažených výsledků

Bylo zjištěno, že nejčastěji nenaplněné potřeby při vstupu klienta do služeb Fokusu Mladá Boleslav jsou potřeby „peníze“(45%), „přátelé“(45%), „denní činnost“(45%), „psychotické symptomy“(35%) a „informace o zdravotním stavu“(35%) - viz. tabulka č. 13.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že po půlroční spolupráci klientů s Fokusem MB se podařilo naplnit potřebu „peníze“ s poklesem o 25%, potřebu „přátelé“ s poklesem o 25% a potřebu „denní činnost“ s poklesem o 20%. Dále se dařilo naplnit potřebu „informace o zdravotním stavu a léčbě“. Tato potřeba se po půlroční spolupráci s Fokusem MB neobjevila v hodnocení jako potřeba nenaplněná (viz. tabulka č. 14), což značí, že klienti dostali v rámci spolupráce s Fokusem MB dostatečné, srozumitelné informace o své nemoci a o svém zdravotním stavu, a že mají pocit, že tyto informace pochopili.

Potřeba „psychotické symptomy“ při vstupu do služeb byla nenaplněna u 35% respondentů. Po půl roce spolupráce již tato potřeba nebyla klienty hodnocena jako nenaplněná, což znamená, že klienti hodnotí svůj současný psychotický stav jako stabilizovaný a kompenzovaný a znamená to tedy, že služby Fokusu MB velmi pozitivně ovlivňují průběh psychotického onemocnění.

Dále bylo zjištěno, že za půl roku spolupráce s Fokusem MB, byla hodnocena jako nenaplněná potřeba „finanční dávky“ (i přesto, že při vstupu do služeb Fokusu MB, nebyla jako nenaplněná hodnocena). Toto tvrzení poukazuje na to, že klienti dostali informace o tom, že mají možnost čerpat některé finanční dávky, které dosud

nevyužívají. Znamená to tedy, že klienti se více zajímají o svoji sociální situaci a chtějí ji řešit, což lze hodnotit jako pozitivní výsledek.

Za zajímavý výsledek lze považovat, že klienti ani při vstupu do služeb Fokusu MB, ani po půlroční spolupráci nevedli jako nenaplněnou potřebu „psychické potíže“. Ze zkušeností lze však objektivně soudit, že se u klientů psychické potíže objevují. Je tedy zřejmé, že klienti své psychické potíže nevnímají nebo popírají. Vážné duševní onemocnění ovlivňuje emotivitu a prožívání jednotlivce, jeho stav k realitě, jeho afektivní i rozumovou složku.

Tabulky níže uvádí nejčastěji nenaplněné potřeby při vstupu do služeb Fokusu MB a nejčastěji nenaplněné potřeby po půlroční spolupráci s Fokusem MB.

Tabulka 13.: Nejčastěji nenaplněné potřeby klientů při vstupu do služby

Nenaplněná potřeba při vstupu do služeb	Počet klientů	Procento klientů
Peníze	27	45%
Přátelé	27	45%
Denní činnosti	27	45%
Psychotické symptomy	21	35%
Informace o zdravotním stavu a léčbě	21	35%

Tabulka 14.: Nejčastěji nenaplněné potřeby po 6 měsíční spolupráce se službami Fokusu MB

Nenaplněná potřeba po půlroční spolupráci	Počet klientů	Procento klientů
Přátelé	15	25%
Základní vzdělání	12	20%
Peníze	12	20%
Finanční dávky	12	20%

Denní činnost	12	20%
---------------	----	-----

Tabulka 15.: Nejčastěji nenaplněné potřeby při vstupu do služeb Fokusu MB a po půlroční spolupráci s Fokusem Mladá Boleslav – srovnání.

Nenaplněná potřeba při vstupu do služeb Fokusu MB	Nenaplněná potřeba po půlroční spolupráci s Fokusem MB
Přátelé 45%	Přátelé 25%
Peníze 45%	Základní vzdělání 20%
Denní činnost 45%	Denní činnost 20%
Psychotické symptomy 35%	Finanční dávky 20%
Informace o zdravotním stavu 35%	Peníze 20%

Rozvaha o dosažených výsledcích

Naplněná potřeba „přátelé“, dle dotazníku CAN, znamená (jak je již uvedeno výše), že klienti hodnotí, že mají dostatek sociálních kontaktů. Služby Fokusu MB tuto potřebu kvantitativně naplňují. Vliv na naplnění této potřeby má fakt, že klienti Fokusu MB vstupují do sociálně-rehabilitačních programů, kde se setkávají s ostatními klienty, s kterými navazují sociální vztahy. Dále může mít na naplnění této potřeby vliv už jen samotný fakt, že se klient v rámci rehabilitace setkává se svým case managerem, který se pro klienty často stává velmi blízkou a jistící osobou. Case manager také zprostředkovává nástup do sociálně-rehabilitačních programů a do jiných společenských aktivit. Klientovi aktivně nabízí možnosti, jak a kde si může najít nové přátele.

Naplněná oblast „peníze“, dle dotazníku CAN znamená, že klienti hodnotí, že mají dostatek financí. Do služeb Fokusu MB často vstupují klienti bez přiznaného invalidního důchodu, nezaměstnaní, bez jakýchkoliv finančních prostředků. Služby Fokusu MB tuto potřebu kvantitativně naplňují. Vliv na naplnění této potřeby má fakt, že case manager pomáhá při vyřízení žádosti o invalidní důchod, zprostředkovává zaměstnání v chráněných dílnách i na volném pracovním trhu, informuje o dalších možných zdrojích příjmů.

Naplněná oblast „denní činnosti“, dle dotazníku CAN znamená, že klienti hodnotí, že mají dostatečně naplněný svůj volný čas. Služby Fokusu MB tuto potřebu kvantitativně naplňují. Vliv na naplnění této potřeby má fakt, že case manager klientovi zprostředkuje nástup do služeb centra sociální rehabilitace, do chráněné dílny. Case manager, pomáhá s vytvářením denních programů, doprovází klienty na veřejná místa a realizuje a vytváří různé společenské akce a programy.

Potřeba „psychotické potíže“ uváděna respondenty při vstupu do služeb Fokusu MB znamená, že klienti začínají se službou spolupracovat mnohdy ještě v dekompenzovaném stavu, například při hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Za půlroku spolupráce s Fokusem MB se tato potřeba daří naplňovat vlivem sociálně-rehabilitačních programů, ale i ostatní lékařské zdravotní péči.

Naplněná oblast „informace o zdravotním stavu“, dle dotazníku CAN, znamená znalost objektivních informací o duševním onemocnění. Tato informovanost má vést k dodržování léčebného režimu, a tudíž v důsledku ke zlepšení zdravotního stavu klientů i jejich sociálního začlenění. Lze soudit, že zdravotně-sociální péče služeb Fokus Mladá Boleslav tuto oblast kvalitativně nasýtí, potřebu klienti po 6. měsících neudávají. Úkolem sociálního pracovníka v rámci psychiatrické rehabilitace je informovat klienta o jeho zdravotním stavu a edukovat ho v rámci například prevence relapsu, užívání medikace apod.

Potřeba „základní vzdělání“ hodnocena jako nenaplněná 20% respondentů po půlroční spolupráci s Fokusem MB znamená, že klienti si díky sociálně-rehabilitačním programům uvědomují, že samostatně neumí například vyplnit žádost o invalidní důchod nebo o žádost o nějakou dávku, že potřebují podporu při jednání s úřady.

Potřeba „finanční dávky“, hodnocena jako nenaplněná 20% respondentů po půlroční spolupráci s Fokusem MB znamená, že klienti jsou v rámci rehabilitačních programů více ukotvováni v realitě a jsou seznamováni s možnostmi, jak legitimně zvýšit své příjmy. Postupné ukotvování v realitě v rámci půlroční spolupráce s Fokus MB znamenala pro klienty teprve otevření znalostí o možnostech, jak legitimně zvýšit své příjmy ve smyslu finančních dávek. Klienti jsou case managerem vedeni k tomu, aby

finanční dávky využili, nebo aby si jejich využití uvědomovali. Proto potřeba finanční dávky byla teprve až po půl roce spolupráce s Fokusem MB klienty uvědomena a u části šetřeného vzorku (z 20 procent) byla tato potřeba hodnocena jako nenaplněna. Práce s klienty napomáhá jednak k uvědomování si, že mají nárok na finanční dávky, a jednak jejich využití. Tato skutečnost byla překvapující a hypotézy 3 a 8 zůstaly nepotvrzeny. Základem pro hypotézy 3 a 8 byl předpoklad, že klienti si již při vstupu do služeb Fokus MB uvědomují možnosti finančních dávek.

Situační ilustrace

Pro dokreslení složitosti života klientů s vážným duševním onemocněním a výsledkům empirického šetření jsou v bakalářské práci uvedeny 3 situační ilustrace, které přibližují funkci sociálně-rehabilitačních programů v rámci služeb Fokusu MB.

1. situační ilustrace

Muž 26 let, u kterého je diagnostikována paranoidní schizofrenie. Klient je kontaktován case managerem na doporučení ambulantního psychiatra. Při mapování a hodnocení potřeb je zjištěno, že klient je nyní zcela bez financí, nepobírá invalidní důchod ani jinou sociální dávku, je plně odkázán na finanční podporu rodičů, s kterými žije. Klient se zmiňuje o neúspěšných pracovních pokusech na volném pracovním trhu. Klientovi jsou představeny služby Fokusu MB, nabídnuta pomoc při žádání o invalidní důchod. Invalidní důchod je podmínkou pro vstup do chráněné dílny nebo na chráněné pracovní místo. Klient je case managerem provázen celým procesem žádání o invalidní důchod (lékařskými vyšetřeními, doprovody na úřad, vyplnění žádosti, doprovod k lékařské komisi). Po přiznání invalidního důchodu klient nastupuje do chráněné dílny, cílem pracovní rehabilitace je získání zaměstnání na volném pracovním trhu. Po půlroční spolupráci case manager opět hodnotí klientovi nenaplněné potřeby. Klient se díky účinné sociálně-rehabilitaci zajímá o další možnosti zvýšení si příjmů (například by si chtěl podat žádost o příspěvek na péči).

2. situační ilustrace

Žena 43let, u které je diagnostikována bipolárně afektivní porucha. Klientka je kontaktována, case managerem na doporučení psychiatrické nemocnice, kde byla po relapsu nemoci hospitalizována. Zakázka nemocnice je pomoci klientce s udržení denního režimu. Při hodnocení a mapování potřeb klientka uvádí, že se často nudí a nemá co dělat, navíc hodnotí, že není nikdo, s kým by svůj volný nenaplněný čas mohla trávit. Klient má díky nenaplněnému času přehozený denní režim, ve dne spí, v noci je vzhůru, pije kávu a kouří cigarety. Přehozený denní režim souvisí s nepravidelným dodržováním medikace. Klientka nastupuje do centra sociální rehabilitace, cílem je udržení denního rytmu (klientka ráno vstane, jde do centra, kde se věnuje sociálně-rehabilitačnímu programu, a je v kontaktu s dalšími lidmi). Case manager provází klientku celým procesem, klientku ráno budí, doprovodí ji do centra sociální rehabilitace, seznamuje klientku s programem, s ostatními klienty, vytváří s klientkou program na odpoledne. Case manager dále provádí lékový management, každé pondělí ráno společně dávkuje léky do lékovky, case manager kontroluje užívání medikace, vyjednává s psychiatrem o změně medikace, protože klientce se po večerních lécích ráno těžko vstává. Za půlroku spolupráce se opět hodnotí nenaplněné potřeby. Klientka uvádí, že vnímá nyní svůj volný čas jako naplněn, program v centru sociální rehabilitace ji baví. Navíc udává, že v centru si našla kamarády, s kterými se vidá i mimo sociálně-rehabilitační program.

3. situační ilustrace

Muž 35let, diagnostikovaná paranoidní schizofrenie. Klient je kontaktován, case managerem na doporučení rodiny. Při schůzkách klienta s case managerem je klient skleslý, nemluví, neusměje se. Klient odmítá veškeré nabízené služby, nechce se zapojovat do rehabilitačního procesu. Klient uvádí, že nic nemá cenu, nic se mu nechce. Při hodnocení nenaplněných potřeb, však klient jako nenaplněnou neuvádí potřebu „psychické potíže“, i přesto, že je zjevně depresivní. Neuvádění potřeby „psychické potíže“ může mít souvislost s tím, že paranoidní schizofrenie ovlivňuje prožívání, emocionalitu a myšlení. Navíc klient je zvyklý žít takovýto způsobem života již několik let. Nemá představu o tom, že by se mohl cítit lépe. Case manager klienta provází a

podporuje. Klientovi reflektuje jeho náladu a jeho pocity. Posléze je léčena deprese. Za půlroku spolupráce se opět hodnotí nenaplněné potřeby. Klient uvádí, že se již cítí po psychické stránce lépe, dokonce souhlasí, že s case managerem navštíví Centrum sociální rehabilitace.

Diskuse o výsledcích šetření

V krátké diskusi o výsledcích této bakalářské práce, jsou srovnány výsledky této bakalářské práce s výsledky Diplomové práce „Mapování potřeb duševně nemocných za pomoci dotazníku CAN – C“ autorky Terezy Kratochvílové. Tereza Kratochvílová hodnotila potřeby vážně duševně nemocných opět pomocí dotazníku CAN, ale v nemocničním prostředí, a to psychiatrického oddělení litoměřické nemocnice. Jako nejčastěji nenaplněné potřeby hodnotili v šetření Terezy Kratochvílové respondenti tyto potřeby: „psychické potíže“, „psychotické symptomy“, „intimní vztahy“, „informace o zdravotním stavu a léčbě“. Je patrné, že vážně duševně nemocní v nemocničním prostředí se nacházejí v jiné zdravotní a sociální situaci, než po propuštění v běžném sociálním prostředí. Proto se do popředí dostává problematika léčby – „psychické potíže“ a „psychotické symptomy“. Změna úrovně zdraví a sociální situace po ukončení hospitalizace a při případném nástupu do spolupráce s Fokusem MB znamená i změnu preferencí naplněných i nenaplněných zdravotně-sociálních potřeb. Proto v empirickém šetření této práce jsou výsledky ohledně naplněných a nenaplněných potřeb získané shodným postupem odlišné. Je zřejmé, že i tak vážně nemocný jedinec reaguje poměrně výrazně na změnu zdravotně-sociální situace. Pokud vážně nemocný reaguje takto citlivě na změnu ve svém životě, nepřímou je obhájen význam práce Fokusu MB. Podpora a doprovázení takovýchto osob má významný edukační vliv. Třetí nejčastěji nenaplněnou potřebou hospitalizovaných klientů jsou „intimní vztahy“. I zde je rozdíl oproti hodnocení respondenty v domácím prostředí, kde je intimní život lépe saturován. Protože intimní život znamená mezilidské sdílení, doprovázení a podpora duševně nemocného jistící osobou, je rozhodujícím jevem a skutečností pro jejich přiblížení se k duševnímu a sociálnímu zdraví. I zde je možné vnímat vliv nemocničního prostředí, které může vyvolat u jedinců s vážnou duševní nemocí často prožitky a pocity osamocení a odtržení od svých blízkých a od svého intimního soužití.

Nenaplněná potřeba „informace o zdravotním stavu a léčbě“ se objevuje jak u hospitalizovaných pacientů v diplomové práci Kratochvílové, tak v této bakalářské práci, a je tedy zřejmé, že klienti ve většině případů nedostatečně rozumí své nemoci a neznají možnosti léčby. Tato diskuze podtrhuje citlivost na vnější psychiatrickou podporu u vážně psychicky nemocných lidí.

ZÁVĚR

Mapování potřeb vážně duševně nemocných je nedílnou součástí úspěšné psychiatrické rehabilitace. Jak práce ukázala, hodnocení potřeb je důležitým nástrojem pro práci s touto cílovou skupinou, a to proto, aby mohl být sestaven vhodný rehabilitační plán a voleny vhodné intervence, které mají dosáhnout stanoveného cíle.

V teoretické části jsem za pomoci studia odborné literatury popsala, co je vážné duševní onemocnění, a věnovala jsem se popisu dvou základních metod práce s lidmi s duševním onemocněním – psychiatrické rehabilitaci a case managementu. Obě tyto metody vycházejí z kvalitního mapování potřeb klientů a i díky tomu se stávají efektivními. Dále jsem v teoretické části popsala služby pro duševně nemocné a jako reprezentativní příklad jsem uvedla systém služeb nestátní neziskové organizace Fokus Mladá Boleslav.

V praktické části jsem za pomoci dotazníkového šetření zviditelnila, že psychiatrické služby, konkrétně tedy služby Fokusu MB, jsou efektivní, a to díky tomu, že se daří již za půl roku spolupráce s Fokusem MB naplňovat původně nenaplněné potřeby klientů, a klienty více ukotvovat v realitě a zprostředkovávat jim objektivní pohled na danou záležitost. Znamená to tedy, že pokud služba pracuje metodami popsány v teoretické části (psychiatrická rehabilitace, case management) a využívá kvalitní pomocné nástroje (CAN), dosahuje poskytovaná péče pozitivních výsledků. Služby case managera se stávají efektivními, pokud si case manageri (sociální pracovníci) dovedou se svými klienty vytvořit kvalitní pracovní vztah a dovedou vytvořit atmosféru důvěry. Klienti pak dokáží otevřeně mluvit o svých pocitech a potížích a pozitivně reagují na doporučení a rady svých case managerů. Case manager v sociálních službách není pouze člověk, který doporučuje a radí, ale je to osoba, která se svým klientem prožívá jeho životní příběh, a snaží se mu pomoci a doprovázet ho ve všech oblastech života, ve kterých selhává, a i v těch v kterých nesehává. Pro ještě větší zefektivnění služeb by proto bylo přínosem, kdyby case manageri neměli pouze sociální vzdělání, ale byli proškolení i ve zdravotnické oblasti a v psychoterapeutických výcvicích se sebezkušeností, protože jak je zřejmé, u duševně nemocných klientů nelze oddělit

sociální složku od té zdravotní. Díky kvalitnějšímu vhladu do medicínské oblasti a těsnější spolupráce s psychiatry a psychology, by se efektivněji předcházelo relapsům nemoci a psychotickým atakám, a to v domácím prostředí. Nezanedbatelný by byl i efekt ekonomický a společenský.

Efektivita služeb spočívá v jejich způsobu práce, kdy služby jsou terénní, a většina intervencí se odehrává v prostředí, které je klientovi příjemné. Case manager je schopen klienta doprovázet všude, kde je potřeba, na úřady, do nemocnic, k ambulantním psychiatrům, ale i na návštěvu k rodině, nebo jako podpora v určitých fázích nemoci v zaměstnání. Znamená to tedy, že pokud ve službách nepracují zdravotně proškolení pracovníci, je důležité, aby přirozené prostředí klientů navštívili i odborní lékaři, zdravotní sestry a psychoterapeuti. Cílem takového přístupu by měl být vznik Center duševního zdraví, který je nyní v procesu, v rámci transformace ústavní péče.

Jedním významným doporučením této bakalářské práce je, aby se case manageri a obecně všichni odborníci pracující s lidmi s vážným duševním onemocněním snažili zapojovat klienty nejen do systému služeb, který, jak je popsán v bakalářské práci, je velmi efektivní, ale především do systému dané komunity. Nemělo by být cílem odborníků, aby klient perfektně obstával ve službách, ale aby dokázal žít běžný život, jako zdravý člověk. Znamenalo by to tedy, omezení služeb například chráněného bydlení a chráněných dílen a přesunutí těchto služeb do přirozeného prostředí klienta, třeba i za podpory odborníků (podporované bydlení a podporované zaměstnávání). Není chybou, když je nemocný člověk dlouhodobě podporován svým case managerem, ale je chybou, když dlouhodobě dobře prodlévá v psychiatrických službách a nepostupuje do běžného prostředí. Úkolem case managera je hledat zdroje podpory v klientově okolí. Místo chráněného zaměstnání, podpora na volném pracovním trhu, místo chráněného bydlení, podpora v samostatném bydlení, místo trávení volného času v centru sociální rehabilitace, pomoci klientovi realizovat svoje zájmy v komunitě.

V současné době je téma psychiatrické péče velkým tématem, a to také díky připravované transformaci ústavní péče. Odborníky v psychiatrické oblasti čeká mnoho změn a nezbyvá než doufat, že změny budou ještě více účinné a efektivní, a že se bude stále více dařit naplňovat potřeby vážně duševně nemocných.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANTHONY, W., 2002. *Psychiatric Rehabilitation*. Second Edition. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University.

DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., HONS, J., 2008. *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-156-1.

HOSÁKOVÁ, J., a kol., 2007. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7248-442-3.

JAROLÍMEK, M., 2006. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Baobab.

KALVODA, H., ŠELEPOVÁ, P., PROBSTOVÁ, V., 2005. Hodnocení potřeb duševně nemocných, Sociální práce 2/2005. Brno: AVSP.

KOLEKTIV AUTORŮ., 2011. *Základy komunitní péče pro osoby s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

KRATOCHVÍLOVÁ, T., 2010, *Mapování potřeb duševně nemocných za pomoci dotazníku CAN-C*, [Diplomová práce]. Filozofická fakulta UK, Katedra psychologie, Praha.

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

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

MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize, 2013. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. ISBN 978-80-904259-0-3.

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (eds.), 2009. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1.vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-353-3.

PRAŠKO, J., a kol., 2003. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-558-5.

PRAŠKO, J., a kol., 2005. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune. ISBN 80-239-5482-2.

PROBSTOVÁ, V., a kol., 2011. *CAN: Camberwellské hodnocení potřeb*. 2. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. ISBN 978-80-260-0138-6.

Služby pro klienty. [online], [vid. 23.3.2015]. Dostupné z www.fokus-mb.cz.

RUGGERI, M., et., 2000. *Definition and prevalence of severe and persistent mental illness*. *British Journal of psychiatry*.

STUHLÍK, J., 2001. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 2.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České Republiky. [online] 2006, [vid. 23.3.2015]. Dostupné z <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=62334&nr=108~2F2006&rpp=100#local-content>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I. Camberwellský dotazník hodnocení potřeb

PŘÍLOHA

Příloha P I. Camberwellský dotazník hodnocení potřeb

CAN-C/1

Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb – klinická verze kódovací tabulka

Jméno uživatele (pacienta) _____	Datum hodnocení _____ / _____ / _____
Jméno poskytovatele _____	Datum hodnocení _____ / _____ / _____

	Potřeba		Poskytnutá neformální pomoc		Poskytnutá formální pomoc		Požadovaná formální pomoc		Zaznamenán požadavek uživatele?	Opatření
	0,1,2,9		0,1,2,3,9		0,1,2,3,9		0,1,2,3,9		Ano	Datum kontroly
Hodnocení										
uživatel/poskytovatel	U	P	U	P	U	P	U	P	U	P
1. Bydlení										
2. Strava										
3. Péče o domácnost										
4. Péče o sebe										
5. Denní činnosti										
6. Tělesné zdraví										
7. Psychotické symptomy										
8. Informace o zdravotním stavu a léčbě										
9. Psychické potíže										
10. Ohrožuje sebe										
11. Ohrožuje ostatní										
12. Alkohol										
13. Drogy (psychoaktivní látky)										
14. Přátelé										
15. Intimní vztahy										
16. Sexualita										
17. Péče o děti										
18. Základní vzdělání										
19. Telefon										
20. Doprava										
21. Peníze										
22. Finanční dávky										
Počet naplněných potřeb (počet jedniček)										
Počet nenaplněných potřeb (počet dvojek)										
Celkový počet potřeb (počet jedniček a dvojek)										
Všechna pomoc poskytnutá a požadovaná (sečti skóre; 9 hodnot' jako 0)										