

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Péče o duševní zdraví

Bakalářská práce

Autor: Kristýna Paulíčková
Studijní program: B 7507 Sociální patologie a prevence
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.



Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Zadání bakalářské práce

Autor:	Kristýna Paulíčková
Studium:	P131235
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Název bakalářské práce:	Péče o duševní zdraví
Název bakalářské práce AJ:	Mental health care

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce mapuje stávající systém péče o duševní zdraví s akcentem na sociální psychiatrii. Teoretická část práce charakterizuje vývoj psychiatrie v České republice, klasifikaci onemocnění dle MKN-10, epidemiologii duševních onemocnění, úkoly Zdraví pro všechny v 21. století z pohledu duševních onemocnění a činnost Centra péče o duševní zdraví, systém psychiatrické péče v ČR. Empirická část práce hodnotí stávající systém péče o klienty v CEDR Pardubice o.p.s.. Výzkumná metoda kvalitativního šetření - polostrukturovaný rozhovor.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7. PRAŠKO, Ján a kol. Poruchy osobnosti. Vyd. 3. Praha: Portál, 2015. 359 s. ISBN 978-80-262-0900-3. RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie. Vyd. 3. Praha: Triton, 2003. 211 s. Edice Levou zadní; sv. 98. ISBN 80-7254-423-3.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální patologie a sociologie, Pedagogická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Jiří Kučírek, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	12.2.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Kristýna Paulíčková

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucímu práce panu PhDr. Stanislavu Pelcákovi, PhD. za jeho cenné rady, připomínky trpělivost při vedení práce. Také bych ráda poděkovala všem, kteří se podíleli na mém výzkumu.

Anotace

PAULÍČKOVÁ, Kristýna. *Péče o duševní zdraví*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzita Hradec Králové, 2017. 71s.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat stávající systém péče o lidi s duševním onemocněním v České republice. Teoretická část práce se zabývá stručným vývojem psychiatrické péče, popisuje jeden ze základních klasifikačních systémů nemocí užívaný v České republice a popisuje epidemiologii duševních poruch. Dále se zabývá programem Zdraví pro všechny v 21. století se zaměřením na zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. V práci je také popsán systém psychiatrické péče v České republice, na který navazuje reforma psychiatrické péče.

Empirická část obsahuje analýzu rozhovorů s pracovníky organizace CEDR Pardubice o.p.s., která pomáhá lidem s duševním onemocněním. Jako výzkumná metoda bylo použito kvalitativního šetření ve formě polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: duševní onemocnění, duševní porucha, MKN-10, deprese, ZDRAVÍ 21, psychiatrická péče, komunitní péče

Anotation

PAULÍČKOVÁ, Kristýna. *Mental health care*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2017. 71p. Bachelor Thesis.

The aim of my bachelor thesis is to map existing system of people with mental disease in Czech Republic. The theoretical part of the thesis is concerning development of psychiatric care, describing one of the fundamental systems of classification used in Czech Republic, and is describing epidemiology of mental disorders. It is concerning program Health for everyone in 21. century with specialization on improving mental health of population. In the thesis is also described system of psychiatric care in Czech Republic, which is followed by reform of psychiatric care.

The empiric part includes analysis of interviews with workers of organization CEDR c.s.o. Pardubice, which helps people with mental disease. As exploratory method was used qualitative method in form of semi-structured interview.

Key words: mental disease, mental disorder, MKN-10, depression, HEALTH 21, psychiatric care, community care

Obsah

Úvod.....	9
1 Současná psychiatrie	12
1.1 Definice psychiatrie	12
1.2 Vývoj psychiatrie jako vědy	12
1.2.1. Vývoj psychiatrie na českém území.....	14
1.3 Sociální psychiatrie	15
1.4 Konziliární psychiatrie	16
2 Klasifikační systémy duševních poruch.....	18
2.1 Přehled kategorií Mezinárodní klasifikace nemocí.....	19
2.2 Epidemiologie duševních poruch.....	20
2.2.1 Epidemiologie duševních poruch v České republice	21
2.2.2 Výzkum deprese v České společnosti.....	25
3. Program Zdraví pro všechny v 21. století.....	27
3.1 Zlepšení duševního zdraví	28
4. Systém psychiatrické péče	31
4.1 Organizace psychiatrické péče v České republice	31
4.2 Psychiatrická reforma	34
4.2.1 Centra duševního zdraví.....	37
5. Výzkum hodnocení stávajícího systému péče o duševně nemocné v CEDR o.p.s Pardubice	41
5.1 Cíl výzkumu.....	41
5.2 Výzkumné otázky	41
5.3 Výzkumné prostředí a výzkumný soubor	42
5.3 Výzkumná metoda	43

5.4 Sběr dat	44
5.4 Kvalitativní analýza dat	45
5.5 Shrnutí výzkumné části.....	60
Závěr	62
Seznam použité literatury a zdrojů.....	64
Seznam tabulek	68
Seznam grafů.....	69
Seznam schémat	70
Seznam příloh	71

Úvod

Každý z nás zná pocity beznaděje, smutku, strachu, úzkosti nebo odcizení od reality. Většinu z nás však stačí spánek, opora blízké osoby, dlouhá koupel nebo cvičení, a za nedlouho se cítí opět v pohodě. Problém však nastává, když tyto pocity přetrvávají, zasahují do života, zneschopňují jedince pracovat a vést normální život. Poté se zdraví mění v nemoc, která může vést až k nejzazšímu řešení - sebevraždě.

Od nepaměti jsou duševně nemocní stavěni na okraj společnosti, pronásledováni, zatracováni, interpretováni jako šílenci. Díky osvíceným lékařům a myslitelům se však podařilo toto myšlení změnit a zavést adekvátní péči. Dnes můžeme říci, že lidem se zraněním duše jsou poskytována mnohá řešení, jak je vyléčit.

V současné společnosti je dlouhodobě stoupající tendence výskytu duševních onemocnění, dá se říci téměř alarmující. Přesto je péče o duševní zdraví podceňovaná a hledí se na ní úkosem. Často se setkává s velkým stigmatem, a i se proto lidé s psychickými problémy zdráhají vyhledat pomoc.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala ze svých osobních zkušeností a pohnutek. Zajímalo mne, jak vypadá současný systém péče o duševně nemocné a jestli je dostačující. Dále jsem chtěla zjistit, jak česká společnost přistupuje k možnostem řešení otázky péče o duševní zdraví. V teoretické části práce uvádí do problematiky psychiatrie, jako hlavního činitele v léčbě duševních onemocnění. V návaznosti popisuje klasifikační systém nemocí dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize se zaměřením na duševní poruchy. V kapitole o epidemiologii duševních poruch zjišťuje jaká je prevalence jednotlivých duševních poruch v českých ambulantních a lůžkových psychiatrických zařízeních. Jelikož se objevují tendence ke zlepšení duševního zdraví obyvatelstva, dostupnosti péče a prevence duševních onemocnění, práce charakterizuje i program Zdraví pro všechny 21. století, který vznikl z podnětu Světové zdravotnické organizace. Česká republika zaostává za jinými zeměmi Evropské unie v kvalitě psychiatrické péče, a tak shledávám tento program, konkrétně dílčí cíl č. 6 „Zlepšení duševního zdraví“, jako

klíčový. Následně práce shrnuje systém psychiatrické péče v České republice, popisuje jeho jednotlivé oblasti. Teoretickou část doplňují informace o reformě psychiatrické péče, která si klade za cíl zlepšit kvalitu poskytované péče, zdůrazňuje komplexní péči a projevuje tendence k destigmatizaci společnosti vzhledem k duševně nemocným.

Výzkumná část je zaměřená na hodnocení poskytovaných služeb jednoho ze subjektů ambulantní péče o duševně nemocné. Využívá k tomu metodu kvalitativní, konkrétně polostrukturovaný rozhovor, jehož prostřednictvím zkoumá nároky kladené na pracovníka v přímé péči, provázanost služeb, ---- a stigmatizaci duševně nemocných pacientů.

„Se zlomenou nohou nebo s vyměněným kyčelním kloubem se každý rád někde pochlubí. Ne tak se schizofrenií.“ (Höschl, 2004, s. 148)

1 Současná psychiatrie

Tato kapitola slouží jako úvod do problematiky psychiatrie jako činitele v péči o duševní zdraví, jejího vývoje a popisuje další odvětví psychiatrie, které souvisí s tématy v této práci.

1.1 Definice psychiatrie

Samotný pojem psychiatrie je odvozen z řeckých slov *psyché* (duše, psychika) a *iátreia* (lékařství). (Orel, Facová, 2016, str. 17)

Psychiatrie je lékařskou vědou, zabývající se příčinami, diagnózou, léčbou a prevencí **duševních poruch**. Ty se mohou vyskytovat v každém věku a projevují se různými změnami psychických funkcí, verbálního a nonverbálního chování a jejich rozmanitými kombinacemi. Vznikají na podkladě poruch biologických funkcí, stejně jako pod vlivem nepříznivých psychologických nebo sociokulturních faktorů a jejich vzájemného působení. (Zvolský a Mečř, 2006, str. 5) Psychiatrie je tedy oborem multidisciplinárním, neboť v sobě nese a pracuje s poznatky z biologie, neurologie i sociologie. Psychiatrie je také ve velmi úzkém vztahu s psychologií. Jak uvádějí Zvolský a Mečř (2006, s. 5) „*Projevy psychických abnormalit a poruch není možno hodnotit bez znalostí „normálních“ projevů lidského chování, které studuje a popisuje psychologie jako věda, zkoumající mentální procesy a chování u člověka v normě.*“

Dále se psychiatrie dělí na obecnou a speciální. **Obecná psychiatrie** se věnuje základním oblastem lidské psychiky a jejích poruch. Zabývá se otázkami vědomí, vnímání, emocí, myšlení, pozornosti, paměti, inteligence, pudů a instinktů, vůle a jednání a samotnou osobností jako takovou. **Speciální psychiatrie** se zaměřuje na konkrétní diagnostické jednotky. (Orel, 2016, s. 21-22)

1.2 Vývoj psychiatrie jako vědy

Název psychiatrie je poměrně nový a obsah tohoto pojmu úzce souvisí s vývojem názorů na duševní poruchy a způsobů jak je léčit. (Radimský, 1997, s. 6) Jako věda se tedy psychiatrie konstituovala poměrně pozdě (jako univerzitní obor

začala být přenášena až v 19. století), ale psychiatrická onemocnění byly mezi prvními nemocemi, které byly jednotlivě rozpoznány a popsány; popis deprese se objevuje již v Erberově papyru, lékařském dokumentu z doby kolem roku 1900 před Kristem. (Zvolský a Mečír, 2006, s. 5) Významný představitel lékařství ve starověkém Řecku Hippokrates (460-370 př. n. l.) poukazoval na vlivy vnějšího a vnitřního prostředí člověk. (Hanuš, 1997, s. 9) Dále považoval mozek za sídlo duševní činnosti včetně prožívání radosti a smutku, a popsal melancholii a mánii, kterou vnímal jako stav neklidu, vzrušenosti a vznětlivosti. (Hanuš, 1997, str. 10) Galén, poslední z velkých lékařů antiky tvrdil, že duševní onemocnění mohou být způsobena přímým působením mozku a předpokládal, že sídlo duše je neoddělitelné od nervových center. (Zvolský a Mečír, 2006, s. 6)

Ve středověku bylo upouštěno od humánních přístupů, jelikož psychické poruchy byly považovány za výplod d'ábla. Tomu také odpovídal způsob nakládání s nemocnými. Společnost byla „ochraňována“ vězněním, mučením nebo upalováním pro čarodějnictví. (Radimský, 1997, s. 7) Jak ale Radimský uvádí, v raném středověku už také vznikají první tzv. hospitaly v křesťanských kláštorech, které později následovaly i neklášterní azyly, první z nich v Londýně v roce 1403. „I ve špitálech však duševně nemocní byli převážně v klecích a poutech a „léčba“ se prováděla dávidly, projímadly, pouštěním žilou, ale i šoky: házením do vody, případně topením v ní, střelením z kanónu za nic netušícím nemocným apod.“ popisuje léčení ve středověku Radimský. (1997, str. 7)

V 19. století je radikální změna v psychiatrii je formálně spojována se jménem Philippa Pinela (1745-1826), francouzský reformátor, který zaváděl léčebný režim a léčbu prací. Omezovací a donucovací prostředky u neklidných nemocných sice zůstávají, ale mění se, například okovy se nahrazují koženými pouty, dále se rozvíjí farmakoterapie v rámci uklidňujících a uspávacích prostředků, vytváří se systematika duševních poruch. Psychiatrie se stále více zařazuje mezi lékařské vědy. (Radimský, 1997, s. 7-8)

Ve 20. století psychiatrie zažívá rychlý rozvoj. Budují se moderně pojatá zařízení, vyvíjí se především biologická léčba. Mimo jiné se objevuje se spánková léčba, v léčbě depresí se užívají opiáty, v roce 1937 se objevuje elektrokonvulze a

v letech 1957-1958 se používají prvá antidepresiva. (Radimský, 1997, str. 8-9) Významný krok v psychiatrické léčbě v podobě psychoterapie znamenala psychoanalýza Sigmunda Freuda (1856- 1939). Z dalších směrů, ze kterých se v psychoterapii dodnes čerpá. Radimský (1997, str. 9) uvádí dynamickou psychoterapii, rogersovskou psychoterapii, pavlovskou psychoterapii, behaviorální psychoterapii, antropologickou psychoterapii, tvarovou psychoterapii, a další techniky jako hypnóza, autogenní trénink a skupinová terapie. „Ruku v ruce s terapeutickými úspěchy i neúspěchy pochopitelně rostl zájem o příčiny duševních nemocí,“ podotýká Praško (Praško a kol., 2003, s. 9.)

Po 2. světové válce se psychiatrie odděluje od neurologie, ústavní léčba ustupuje léčbě ambulantní, využívá se biologické léčby společně s psychoterapií, což vše spolu s psychiatrickou rehabilitací umožňuje zkracování léčby a znovu navrácení nemocných do společnosti. Při takto rychlém vědeckém vývoji se naplňuje idea humanismu v psychiatrii a v péči o duševně nemocné. (Radimský, 1997, str. 9-10) Je patrné, že ve dvacátém století slavila psychiatrie značné úspěchy, nevyhnula se však i skandálům a eticky nepřijatelným praktikám, jejichž stín na ní leží dodnes. Jednalo se například o sterilizace duševně nemocných žen nebo zkoušení návykových látek na lidech bez jejich vědomí. (Praško a kol., 2003, s. 10)

Ve 21. století je však psychiatrie už považována za moderní lékařský obor. Léky jsou sice účinné, bohužel však jejich působení stále doprovází řada nežádoucích účinků. Nezastupitelnou roli v uzdravení pacienta hraje psychoterapie. (Praško a kol., 2003, s 10) Praško k tomuto dodává (Praško, 2003, s.11) „Jak již bylo zmíněno, v poznání duševních nemocí a jejich léčbě nastal nepochybně za poslední léta zcela zásadní pokrok. To však bohužel neplatí pro názory veřejnosti na duševně nemocné. (...) A tak i „osvícený“ depresivní pacient pacient si dnes raši nechá vystavit neschopenku na lupénku, již také trpí, než na depresi. Pro veřejnost jsou stále nemoci duše tabu.“

1.2.1. Vývoj psychiatrie na českém území

Jak říká Hanuš (1997, s. 12): „Česká psychiatrie sledovala důstojně vývoj psychiatrie světové.“ Roku 1458 byl založen ve Znojmě první azyl pro duševně

nemocné ve Znojmě, dále byli duševně nemocní léčeni v klášterních špitálech, z nichž první vznikl již roku 929 – klášter U Panny Marie před Týnem. V roce 1620 byla založena nemocnice řádu Milosrdných bratří, kde se později léčil i národní buditel a vědec Josef Dobrovský na přelomu 18. a 19. století. Jeho ošetřujícím lékařem byl první český psychiatr Jan Theobald Held (1770-1851). Byl to významný lékař, později i děkan lékařské fakulty a rektor Karlovy univerzity. (Hanuš, 1997, s. 12-13)

První ústav pro duševně nemocné byl založen v Praze v roce 1790. (Hanuš, 1997, s. 12) Byla to separátní budova Všeobecné nemocnice, tzv. „Tollhaus“ neboli blázinec. Od roku 1821 se zde vyučovalo „chorobomyslnictví“ (Zvolský a Mečír, 2006, s. 8-9) Roku 1844 byl postaven Nový dům, dnes budova psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Byla to moderní budova postavená pro účely psychiatrie a oddělení byla uzavřená nebo otevřená nebo oddělení pro klidné a neklidné pacienty. (Hanuš, 1997, s. 13).

Kolem roku 1900 i později vzniká v Čechách a na Moravě soustava psychiatrických léčeben, Zvolský a Mečír (2006, s. 9) uvádějí např.: Praha-Bohnice, Kroměříž, Havlíčkův Brod, Jihlava, Horní Beřkovice.

V Čechách tak vznikají jak univerzitní kliniky, tak psychiatrické léčebny, kde byla pěstována a podporována výzkumná činnost. V roce 1961 byl založen Výzkumný ústav psychiatrický, vedený profesorem Hanzlíčkem, který pod sebou soustředil mnohé pracovníky s významným vědeckým potenciálem; jejichž práce vedla k rychlému mezinárodnímu uznání. Po roce 1989 je přejmenováno na Psychiatrické centrum Praha, vedené profesorem C. Höschlem. (Zvolský a Mečír, 2006, str. 10)

1.3 Sociální psychiatrie

V návaznosti na sledování vývoje psychiatrie a snahy humanizovat přístup k pacientům, je třeba zmínit pojem **sociální psychiatrie**, který se objevuje na přelomu 19. a 20. století.

Höschl v díle Psychiatrie udává, že tento obor vzniká v souvislosti se zjištěním užitečnosti a nutnosti účasti sociálních pracovníků v péči o jedince trpící duševní poruchou. Později pojem nabyl širšího významu, kdy byl kladen důraz na účast sociálních faktorů při vzniku, průběhu, léčení a rehabilitaci duševních poruch a snaha aplikovat poznatky hlavně ze sociálních věd v běžné klinické praxi. Závěry, které sociální psychiatrie vyvodila, se týkaly zejména změn v ústavní péči; oddělení se stávala více otevřenými, měnila se atmosféra lůžkového zařízení ku prospěchu pacientů a začal se klást důraz na mimoústavní péči. (Höschl, Libinger, Švestka, 2004, str. 230-231)

Pojem sociální psychiatrie můžeme dnes chápat jako souhrnný pojem pro ty aktivity, které se podílejí na řešení společenské situace nemocných či na programech duševního zdraví. Cílem sociální psychiatrie je pochopení skutečnosti, že nelze pohled na duševní poruchy a nemoci zbavovat sociálních hledisek, ale naopak je potřeba mít na mysli, že léčení nemocných a jejich návrat do života se neuskutečňuje jen v prostoru zdravotnického zařízení. (Panoušek a Hanuš, 1997, str. 169-171) Odraz tohoto pojmu lze spatřovat ve všech oblastech snahy zlepšit proces uzdravování a znovu zařazování do života pacientů nejen prostřednictvím psychiatrických a nemocničních zařízení. Díky sociální psychiatrii tedy dnes můžeme zařazovat do péče o duševně nemocné i sociální práci a péči.

1.4 Konziliární psychiatrie

Další uvedenou psychiatrickou disciplínou je konziliární psychiatrie, která se snaží o celostní pojetí pacienta a interdisciplinární přístup. Je propojením psychiatrie se somatickou medicínou a využívá se jak v ambulantní, tak v nemocniční péči. (Herman, Praško, Seifertová, 2007) V díle Konziliární psychiatrie tito autoři uvádějí, že zatímco dříve se konziliární psychiatr angažoval spíše jako odborník na zvládnutí neklidu a zmatenosti u somatických pacientů, dnes je jeho úloha významnější. „Měl by být obeznámen s celým spektrem psychických a fyziologických reakcí na stres, spojených s pobytem v nemocnici, s často nepříjemnými a invazivními vyšetřeními, se zážitkem tělesné nemoci ohrožující nejen pacientův život.“ (Herman, Praško, Seifertová, 2007, s. 2)

Konzultace konziliárního psychiatra je vyžadována obvykle v situacích, kdy dojde k maladaptivní reakci na onemocnění. Ta se projevuje například úzkostí, depresí, bezmocí, pocitem viny, pocitem ztráty kontroly aj. Může nastat i negativní reakce na osobnost lékaře nebo chování lékařského personálu. Úkolem konziliáře je tedy porozumět reakci pacienta na nemoc léčbu, a také tomu, jak na pacienta reaguje lékař, a jaký je celý kontext, ve kterém se léčba nemoci odehrává. (Herman, Praško, Seifertová, 2007) Toto odvětví psychiatrie stojí jako spojovací bod mezi pacientem a lékařem, a zaujímá významné místo v interdisciplinární péči o pacienta.

2 Klasifikační systémy duševních poruch

V psychiatrii jako v moderní lékařské vědě při práci s pacientem potřebujeme určit **diagnózu**, jako vstupní pomůcku při volbě postupu léčby pacienta. Diagnóza se stanoví **nozologií**. Je to metodologie sloužící k určení diagnózy nemoci a jejích příčin na základě symptomů, znaků a syndromů poruch a nemocí. (Höschl, Libinger, Švestka, 2004, str. 230-231) Jak uvádí Orel (2016, str. 131), diagnóza je stanovena na základě rozboru jednotlivých symptomů a syndromů. Nedílnou součástí klinické praxe jsou tedy **klasifikační a diagnostické systémy**. Ty jsou vždy určitým zobecněním a vymezením možností patologie. Absorbují nové poznatky vědy a postupně se vyvíjejí a zpřesňují. Nutno podotknout, dle Rahna a Mahnkopfové (2000, s. 90), že v dějinách psychiatrie byl ke klasifikování zaznamenáván určitý odpor, zejména z důvodu, aby se zabránilo stigmatizování pacienta „značkováním“ psychiatrickými diagnózami. Je pravdou, že určité psychiatrické pojmy jsou skutečně přejímány do běžné řeči a získávají určitý stigmatizující charakter; například nepochopitelně rozporuplné jednání je okamžitě pojmenováno jako „schizofrenní.“ Proto si uveďme důvody, proč je diagnostika v moderní psychiatrii užitek, jako je možnost identifikace případu, spolehlivé prověření prognózy nebo metodika při vzdělávání ošetřujícího personálu. V neposlední řadě může být diagnóza prospěšná i pro pacienta. (Rahn, Mahnkopf, 2000, str. 90) I když jsou tedy soudobé klasifikační systémy kritizovány, je třeba mít na paměti, že jsou vždy zjednodušením a pro orientaci v problematice podstatné. (Orel, 2016, str. 132)

V současné době jsou vytvořeny dva hlavní klasifikační manuály. V Evropě je od roku 1992 jako oficiální klasifikace používána **10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)**. V Severní Americe, ve většině zemí Jižní Ameriky, v Austrálii a na Novém Zélandu se používá **5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DSM-5)**. Oba tyto systémy jsou výsledkem komplexní mezinárodní spolupráce odborníků lékařských i nelékařských oborů a disciplín. (Orel, 2016, s. 131-132) Jednota a shoda v tomto oboru je však v současné době stále pouze na obzoru; obě tyto stěžejní opory psychiatrie i jejich historické aspekty by bylo tedy možné

porovnávat, což je však poměrně obsáhlé a pro účely této práce se budeme dále zabývat pouze **MKN-10**.

2.1 Přehled kategorií Mezinárodní klasifikace nemocí

Duševní poruchy a poruchy chování jsou v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen **MKN-10**) zařazeny pod kapitolu pátou. Označení Fxy (např. F00) je kódovým označením příslušné kategorie. V rámci dané kategorie jsou dále specifitější jednotky označeny čtvrtým znakem. (Orel, 2016, s. 132) Dále je u všech kategorií přiřazen klinický popis, diagnostická vodítka, vylučující kritéria a diagnostické úvahy. (Raboch, Zvolský, 2005, s. 140)

Tabulka č.1: Poruchy duševní a poruchy chování

V. PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ (F00–F99)

F00–F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10–F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20–F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30–F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40–F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50–F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60–F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70–F79	Mentální retardace
F80–F89	Poruchy psychického vývoje
F90–F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní porucha

Zdroj: [MKN-10, 2014, online]

2.2 Epidemiologie duševních poruch

Pro vědecké, publikační ale i lékařské účely potřebujeme znát, jaké nemoci se, nejen v naší společnosti, vyskytují a v jaké míře. To nám umožňuje a zprostředkovává právě věda zvaná epidemiologie. Podle Rahna a Mahnkopfové (2000, str. 23) je epidemiologie zkoumání výskytu určité nemoci v čase a prostoru a zkoumání faktorů, které tento výskyt ovlivňují. Zde také uvádějí příklady, kdy epidemiologické studie duševních onemocnění napomáhají:

- 1) plánování psychiatrické péče (v jakém rozsahu je potřebná psychiatrická péče a jak dalece je tato potřeba naplňována)
- 2) přezkoumání klinické intervence (jaké intervenční proměnné jsou účinné v průběhu duševního onemocnění a při jeho vyústění)
- 3) hledání příčin a rizikových faktorů (jakým způsobem můžeme ovlivnit tyto příčiny a faktory preventivními opatřeními)

V epidemiologickém zkoumání se setkáváme s určitými základními pojmy. Janout a Bouček (Epidemiologie a psychiatrie, 2007, online) poskytují tento výčet:

populace – základní soubor, který je vymezen určitou charakteristikou (věk, pohlaví, geografické území apod.)

výběr (vzorek) – část základního souboru, obvykle část celé populace

incidence – poměr počtu nových onemocnění vzhledem ke sledované populaci za definující období, dovoluje zachytit nárůst nebo pokles v čase i rychlost vzniku nemoci

prevalence – poměr počtu všech existujících onemocnění vymezené populace

frekvence – výskyt určitého jevu, pravděpodobnost jeho vzniku a jeho dynamika a změny v čase.

Mahr a Mahnkopfová (2000, str. 23) tento výčet ještě rozšiřují o tyto pojmy:

mobidita – pravděpodobnost, se kterou se onemocnění vyskytne u jedné osoby během života

mortalita – úmrtnost na určité onemocnění

Psychiatrie se však od ostatních lékařských oborů liší povahou zkoumaných nemocí, proto v psychiatrické epidemiologii najdeme četná úskalí. Uvedme některá z nich. Janout a Bouček (Epidemiologie a psychiatrie, 2007, online) například uvádějí jako nevýhodu chybějící kvalifikovatelné parametry. „Snaha o kvalifikovaný odhad počtu osob s duševními poruchami naráží především na stanovení hranic normality, tedy vymezení toho, kdy se jedinec již považuje „psychiatrický případ,“ anebo se jeho potíže hodnotí jako běžné, subklinické“ Jiným problémem je existence tzv. nepodchycené nemoci, kdy osoby splňující definici psychiatrické poruchy nevyhledají žádnou péči, a dále nemoci sice podchycené, ale nedeklarované, kdy osoby vyhledají péči pro své psychické potíže, ale u jiných lékařů než psychiatrů.“ Dále také v psychiatrii chybí tzv. hraniční bod, kterým lze odlišit nemocný stav od normálního, a psychiatrické diagnózy nelze definovat tak jasně jako jiné somatické nemoci, neboť není k dispozici fyziologický parametr, který můžeme změřit. (Janout a Bouček, Epidemiologie a psychiatrie, 2007, online)

2.2.1 Epidemiologie duševních poruch v České republice

Duševní onemocnění zastupují velkou část onemocnění vyskytujících se v globální společnosti. Národní ústav duševního zdraví uvedl, dle Barocha (2016, online) „Alarmující je zejména jejich příspěvek v ukazateli celkových počet let s onemocněním, kde mezi prvními dvaceti nejzávažnějšími diagnózami nalezneme sedm psychiatrických.“

Jak bylo naznačeno v předchozí kapitole, problémem péče o lidi s duševním onemocněním je v naší společnosti zejména společenský přístup k těmto problémům. Lidé často nevyhledávají pomoc, protože se bojí reakce okolí, nepřipouštějí si, že by mohli duševní poruchou trpět a nechávají své problémy zajít daleko nebo si nejsou jisti kam se pro pomoc obrátit. Uvedme si zde údaje

vztahující se k dvěma pilířům psychiatrické péče: ambulantní psychiatrické péči a lůžkové psychiatrické péči. Pro čerpání těchto údajů jsem zvolila statistiku psychiatrické péče pro rok 2015, kterou vyhodnotil **Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky**. (ÚZIS, 2016, online)

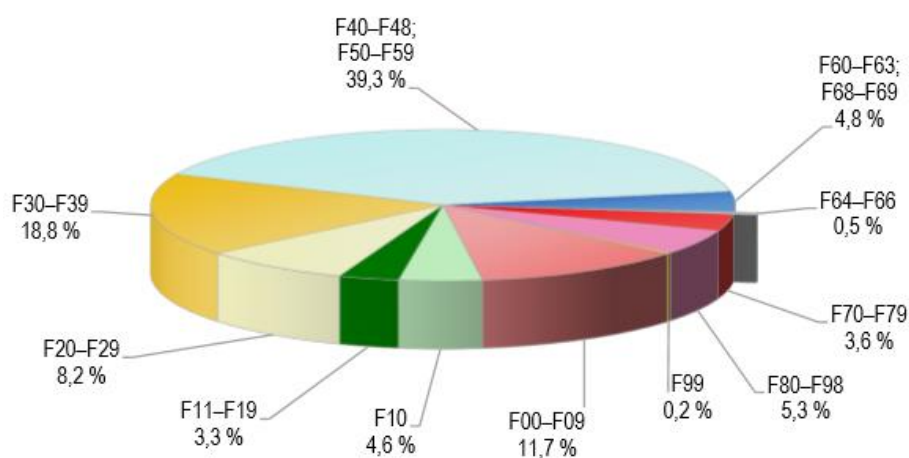
Ambulantní psychiatrická péče

Pracovišť v české republice s ambulantní psychiatrickou péčí však existuje mnoho, i když stále ne dostatek. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále jen ÚZIS) uvádí, že v roce 2015 bylo v České republice registrováno celkem 1 137 ambulantních oddělení a pracovišť psychiatrie. Zde bylo v uvedeném roce ošetřeno 650 566 pacientů. Oproti roku 2013 je to nárůst o celkových 8%. Na 10 000 obyvatel v ČR tak připadá 617, 1 pacientů léčených v psychiatrických zařízeních.

Nejčastější diagnózy, podle zprávy ÚZIS stejně jako v předchozích letech neurotické poruchy (40% z celkového počtu léčených pacientů) a afektivní poruchy (18%). Další časté poruchy uvádějí poruchy vyvolané návykovými látkami a schizofrenie, kde se jejich výskyt pohybuje kolem 8%.

Psychiatrickou péči vyhledávají častěji ženy než muži. Dlouhodobě tvoří ženy celkový počet pacientů i vyšetřovaných přibližně 60%. Zde si dovoluji doslova ocitovat informace udávané k diagnózám žen a mužů v České republice podrobněji se ambulantní psychiatrické péči „Z porovnání počtu pacientů v jednotlivých skupinách psychiatrických diagnóz je zřejmé, že se ženy častěji potýkají s afektivními, neurotickými a organickými duševními poruchami, na kterých se podílejí od 64% do 68% z celkového počtu pacientů, a schizofrenií (téměř 53%). Největší podíl žen byl u diagnózy F50 (poruchy příjmu potravy), ve které tvořily 88% z léčených pacientů pro tuto diagnózu. Muži jsou výrazně častěji ošetřováni v souvislosti se sexuálními poruchami/deviacemi, s poruchami vyvolanými alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami a s vývojovými poruchami v dětství a adolescenci.“ Významný podíl měli muži také u diagnózy patologické hráčství (86% z 1 457 pacientů) a sexuální dysfunkce (téměř 71% z 8 891 pacientů).

Graf č 1: Struktura léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz



Zdroj: [ÚZIS, 2016, online]

Lůžková psychiatrická péče

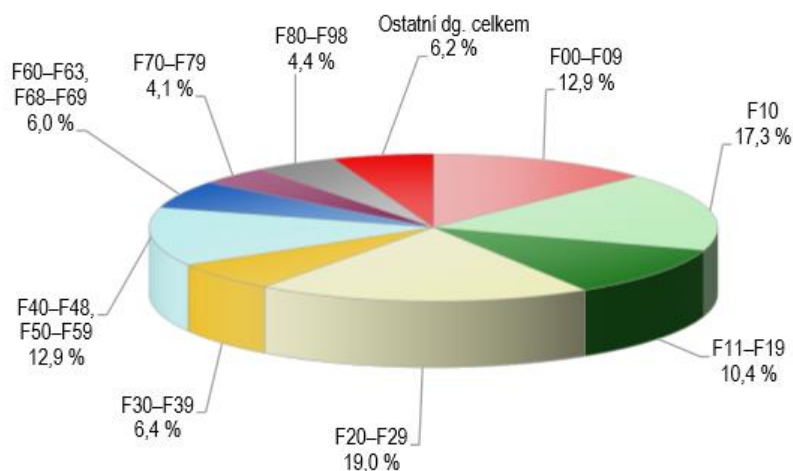
V České republice se k roku 2015 nacházelo 30 psychiatrických oddělení nemocnic, 18 psychiatrických léčeben a 3 psychiatrické léčebny pro děti. Celkový počet hospitalizací v tomto roce v lůžkových zařízeních byl 60 106. Nejčastěji byli pacienti hospitalizováni pro poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (více než čtvrtina z celkového počtu hospitalizací), dále schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (necelá pětina z celkového počtu).

„Muži byli nejčastěji hospitalizováni s poruchami vyvolanými psychoaktivními látkami (třetina z celkového počtu hospitalizací...) a z důvodu léčby schizofrenie, poruch schizotypálních a poruch s bludy (cca pětina všech hospitalizovaných mužů ...)“ Ženy byly nejčastěji hospitalizovány z důvodů neurotických poruch, poruch schizotypální a poruch s bludy a léčby poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek. Každá z těchto diagnóz zaujímala přibližně pětinu z celkového počtu hospitalizovaných žen.

Průměrná ošetrovací doba v psychiatrických lůžkových zařízeních byla 58,4 dne, což je zvýšení oproti předchozímu roku 0,9 dne. Důležitým údajem z pohledu

následné péče jsou údaje o nutnosti další ambulantní psychiatrické péče po propuštění. Ve 49% pacientů byla nutná **trvalá ambulantní péče**, ve 29% **dočasná**. Při trvalé péči šlo o pacienty s diagnózou schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, celkem v 66% z celkového počtu hospitalizací pro tuto diagnózu. Další **ústavní péče** byla nutná v 8% a pouze 5% propuštěných pacientů nepotřebovalo žádnou další péči.

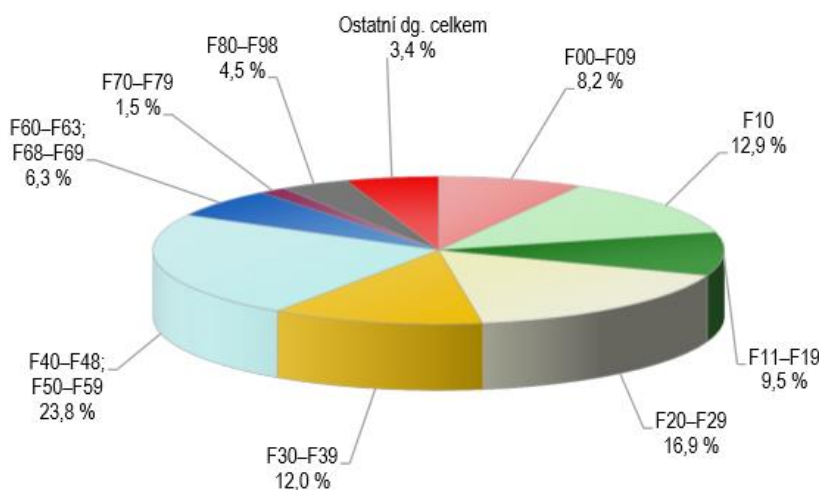
Graf č. 2: Struktura hospitalizací v psychiatrických léčebnách podle skupin psychiatrických diagnóz



Zdroj: [ÚZIS, 2016, online]

Pokud porovnáme tyto údaje s následujícím grafem, vidíme, že výskyt diagnóz se nijak výrazně neliší, kromě diagnóz F40-F48 (Neurotické, stresové a somatoformní poruchy) a F50-F59 (Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory), kdy je četnost téměř dvakrát vyšší než v psychiatrických léčebnách.

Graf č. 3: Struktura hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic podle skupin psychiatrických diagnóz



Zdroj: [ÚZIS, 2016, online]

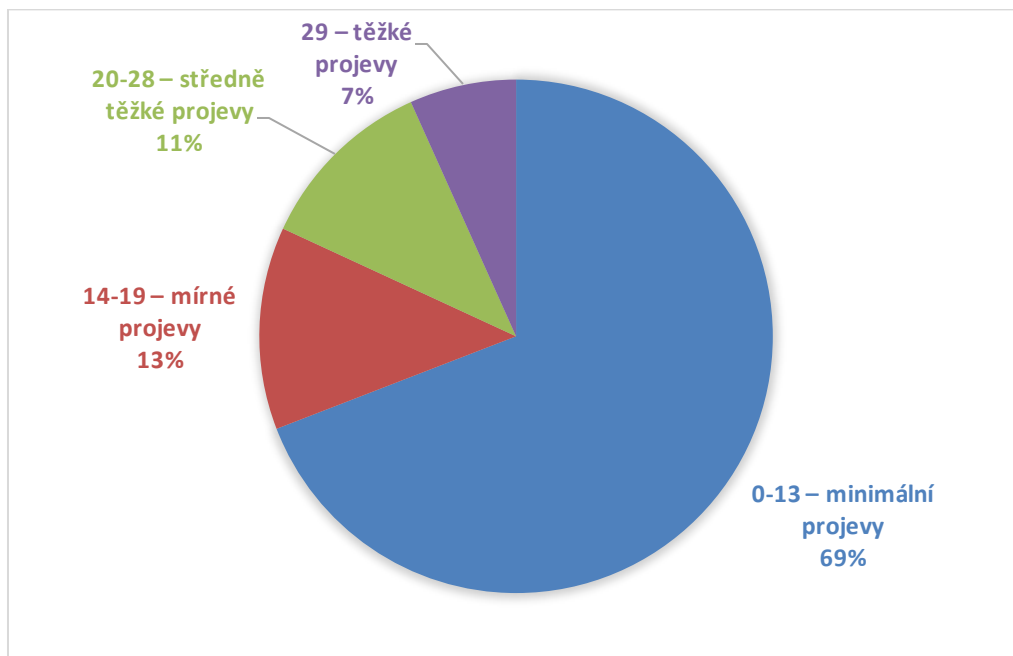
2.2.2 Výzkum deprese v České společnosti

V roce 2014 byl ve spolupráci Psychiatrické kliniky 1. LK UK a VFN v Praze a agentury STEM/MARK proveden výzkum na téma „Stres, deprese a životní styl v České republice.“ Výzkumu se zúčastnilo více než tisíc pracujících z celé České republiky. Hlavními řešiteli byl přednosta uvedené kliniky Jiří Raboch a klinický psycholog Radek Ptáček. Výsledky tohoto prvního takto zaměřeného výzkumu v ČR byly značně alarmující, jelikož se ukázalo, že projevy deprese, stresu a syndromu vyhoření jsou v české populaci poměrně časté. (Stres, deprese a životní styl v ČR, 2015, online)

V předešlé podkapitole byla uvedena epidemiologie výskytu diagnóz duševních poruch, podle jak se vyskytují v lékařských zařízeních. Deprese, zařadí se mezi Afektivní poruchy a poruchy nálady (kategorie F30 – F39). V ambulantních zařízeních toho onemocnění představuje 18, 8%, v psychiatrických léčebnách 6,4% a na psychiatrických oddělení nemocnic se vyskytuje ve 12%. (ÚZIS, 2016, online) Výsledky výzkumu Rabocha a Ptáčka (2015, s. 7-9) představují obecný výskyt deprese mezi obyvateli České republiky. Představuje je následující graf, kde jsou příznaky deprese řazeny do 4. kategorií podle stupně závažnosti projevů. Z grafu

vyčteme, že 24% populace vykazuje projevy mírné až středně těžké projevy a závažné projevy se vyskytují u 7% populace.

Graf č.4 Intenzita depresivních příznaků



Zdroj: [Ptáček, Raboch, 2015, s. 7]

Nejčastější výskyt je u osob mezi 35-44 roky. Řešenou otázkou bylo také zvažování sebevraždy. „V poslední době mělo myšlenky na sebevraždu (více žen než mužů) 9 % dotázaných, a 1 % obou pohlaví uvedlo, že o sebevraždě vážně uvažuje.“ Zajímavý výsledek byl v oblasti provázanosti stresu a deprese. Osoby se středními a těžkými projevy deprese častěji volí k řešení svých potíží léky, alkohol nebo práci. Osoby s nižšími projevy deprese více věnují volnočasovým aktivitám.

Z výsledků tohoto výzkumu je patrné, že deprese je v české populaci poměrně častý a ohrožující jev.

Z uvedených dat v této kapitole vyplývá, že duševní nemoci patří v České republice k rozšířeným zdravotním problémům. V následující kapitole je uvedeno, jak se k otázce zlepšení kvality duševního zdraví staví Světová zdravotnická organizace, a jaké kroky z toho vyplývají pro Českou republiku.

3. Program Zdraví pro všechny v 21. století

Zdraví je jedním ze základních lidských zprav a jeho zlepšování hlavním cílem sociálního a hospodářského vývoje. Právě takto je zdraví popisováno v deklaraci, na které se dohodly členské státy **Světové zdravotnické organizace (WHO)** v květnu 1998 na 51. světovém zdravotnickém shromáždění a kterou deklarovala i Česká republika. Tato deklarace formulovala základní politické principy péče o zdraví v nejšířších společenských souvislostech a byla přijata, aby zdůraznila a podpořila program Světové zdravotnické organizace **Zdraví pro všechny v 21. století**. Cíle tohoto programu jsou následující: ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život, snížení výskytu nemocí a úrazů a také snížit rozdíly ve zdravotním stavu uvnitř států a mezi státy Evropy. (MZČR, 2002, online)

Zdraví pro všechny v 21. století (dále jen ZDRAVÍ 21) je podnětem a návodem k řešení v jednotlivých členských státech Světové zdravotnické organizace, řešení otázek péče o zdraví a k vlastním cestám, jak dosáhnout 21 cílů programu. Cíle vesměs nejsou stanoveny v absolutních ukazatelích, ale koncipovány jako zlepšení současných národních úrovní; jsou tak stejně náročné pro státy s různou úrovní zdraví obyvatelstva. (MZČR, 2002, online) Na základě těchto ustanovení byl v České republice vytvořen dokument Ministerstvem zdravotnictví a zveřejněn v roce 2002. Je to významná změna i v koordinaci **péče o duševní zdraví** v České republice a důležitým odrazovým bodem pro následnou reformu psychiatrie, která je popsána v další kapitole.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky v dokumentu Zdraví 21 (2002, online) uvádí dle Světové zdravotnické organizace deset hlavních příčin nemocnosti, mezi kterými najdeme i depresi. Tato organizace ve studii se Světovou bankou a Harvardskou univerzitou v 90. letech dokonce prokázala, že neuropsychiatrické choroby přinášejí především v rozvinutých zemích největší ztráty pracovní schopnosti. V roce 2001 ve své výroční zprávě také uvedla, že duševní zdraví bylo příliš dlouho zanedbáváno. (in Raboch, 2001, online) Díky tomu tak je ukázáno, že otázka duševního zdraví do čela světového zájmu právem neodmyslitelně patří.

3.1 Zlepšení duševního zdraví

Za pozornost zcela jistě stojí všechny body ZDRAVÍ 21, já se však zaměřím pouze na ten úzce související s tématem této práce. Tím je šestý cíl tohoto programu nazvaný právě **Zlepšení duševního zdraví**. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2002, online) pod záštitou tohoto cíle konkrétně uvádí „*Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb.*“

V oblasti péče o duševní zdraví tak má být věnována pozornost snižováním stigmatu spojeného s duševním onemocněním, prevenci a podpoře duševního zdraví, primární péči a péče ve velkých psychiatrických zařízeních má být nahrazena vyváženou kombinací psychiatrické nemocniční péče a služeb poskytovaných v rámci komunity, tedy **komunitní péči**. (MZČR, 2002, online)

Vláda si stanovila dva dílčí cíle, kterých chce dosáhnout postupně do roku 2020. Prvním cíl stanovuje: „*Podstatně omezit výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se se stresujícími životními důsledky.*“ K současnému stavu (tj. v roce 2002) se uvádí, že proměna, která se v posledních deseti letech provádí, nemá jasnou koncepci, koordinaci a financování. Informovanost veřejnosti o problematice duševního zdraví je nedostatečná, často navíc stigmatizující, primární péče jen málo propojená s oblastí péče o duševní zdraví. Uspořádání lůžkové psychiatrické péče a kvalita péče je nevyhovující. A nakonec, přesto, že se objevují komunitní zařízení a služby, jako jsou krizová centra, denní stacionáře, chráněné dílny a podobně, otázka kompetencí a spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním resortem je značně nedořešená. (MZČR, 2002, online) Z těchto udávaných problémů můžeme vidět, že uspořádání systému péče o duševní zdraví je značně nedokonalé a psychiatrická sféra není ve společnosti dobře uvedena a nejvíce se to dotýká samotných pacientů.

Druhý cíl programu je „*Snížit počet sebevražd alespoň o jednu třetinu.*“ Otázka sebevraždnosti se týká nejen pacientů, ale i ovlivňuje a nezřídka stigmatizuje jejich okolí a je to čin, který je často nejkrajnějším řešením důsledků duševní nemoci. Koutek a Kocourková (2007, str. 11) popisují sebevražedný čin

následovně „*Jde o tragický výkřik zoufalství, který vyvolává pocit viny, smutku a beznaděje.*“

Český statistický úřad k roku 2014 udává (ČSÚ, 2015, online), že sebevraždy tvořili celých 26% úmrtí na vnější příčiny. Častěji se pak pro ukončení života sebevraždou rozhodují muži než ženy. Vágnerová (2014, s. 446) dodává „*Poměr dokonaných sebevražd mužů a žen je od roku 1970 až do současnosti téměř stejný, pohybuje se v rozmezí 3:1.*“ Mluví také o nedokonaných sebevraždách, tedy sebevražedném pokusu, který nebyl dokončen. V tomto případě však nastává poměrně vysoké riziko opakování tohoto jednání – 25%. (Vágnerová, 2014)

Úkoly, které si Ministerstvo zdravotnictví stanovuje (viz tabulka 1) jsou podle mého názoru velice důležité a pokud dojde ke všem jejich naplnění, bude to rozhodně krok správným směrem v řešení této situace v naší zemi.

Pro přehlednost, čeho chce vláda České republiky dosáhnout v péči o duševně nemocné, jsem vytvořila následující přehled vyjmenovávající dílčí úkoly, které si klade a aktivity k jejich plnění.

Tabulka 1: Dílčí úkoly a aktivity k jejich plnění

Podstatně omezit výskyt nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch a posílit schopnost vyrovnávat se se stresujícími životními okamžiky.	Snížit počet sebevražd na třetinu
Aktivity ke splnění dílčího cíle	
Vytvořit program komplexního řešení péče o duševní zdraví včetně transformace stávající péče	Systematické školení lékařů primární péče v rozpoznávání a léčení deprese, nebezpečí sebevraždy a kultivace vztahu lékař – pacient
Zajistit racionální využívání stávajících finančních zdrojů tak, aby systém péče o duševně nemocné byl motivován k transformaci a zajištění regulérního financování nově zaváděných služeb	Zlepšení a zvýšení efektivity psychiatrických služeb rozšířením sítě krizových center, linek důvěry a psychiatrických oddělení nemocnic, vybudování sítě proti alkoholním poraden (AT) a zlepšení dostupnosti inovativních psychofarmak
V rámci systému zvyšování kvality péče vytvořit standardy diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv	Snížení stigma psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace
Transformace systému přesunem většiny akutní psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, domácí péče a systému krizových center	Opětné zavedení evidence sebevražedných pokusů
Zkvalitnění a restrukturalizace lůžek následné péče v psychiatrických léčebnách celkovou humanizací psychiatrických léčeben, zvýšení kapacit a kvality sociorehabilitačních programů	-
Zvýšit zapojení služeb komunitní a primární péče do prevence a do péče o duševní zdraví /včetně duševně nemocných/	-
Začlenit nové přístupy a formy péče o duševně nemocné do pregraduálních, postgraduálních a kontinuálních systémů vzdělávání a dle potřeby vytvářet nové programy pro odpovídající poskytovatele péče	-

Zdroj: [MZČR, 2002, online]

Tyto informace a body byly navrženy již v roce 2002, jejich naplňování však probíhalo postupně a stále ještě probíhá. Podíváme-li se konkrétně na aktivitu 6.1.1. můžeme spatřovat jako výsledek i ve formě Strategie reformy psychiatrické péče z roku 2013, na kterou se zaměřím v následující kapitole 6.2.

4. Systém psychiatrické péče

V následující kapitole se zaměřím na popis konkrétních činností subjektů činných v péči o duševně nemocné, zejména s akcentem na komunitní péči. Zmíním se také o psychiatrické reformě, která by měla zajišťovat majoritní zapojení sociální péče, a popisu Center duševního zdraví, kde se spojuje práce jak lékařských odborníků, tak pracovníků ze sociální sféry.

4.1 Organizace psychiatrické péče v České republice

Počáteční zachycení pacienta a stanovení diagnózy probíhá v České republice ve třech oblastech, a to:

- a) ambulantní péče
- b) lůžková péče
- c) komunitní péče

a) Ambulantní péče

V podkapitole 3.2.1 jsem se již věnovala statistickým údajům, nyní se zaměřím na konkrétní činnost ambulantních pracovišť. Jedná se o základní složku psychiatrické péče, která zajišťuje péči pro většinu psychiatrických klientů. Mezi úkoly ambulantní péče patří prvotní diagnostika, léčba, rehabilitace, posuzování a prevence duševních poruch. (Praško, 2007, s. 184)

Dnes psychiatrické ambulance existují jako soukromé nebo státní složky a jsou také součástí psychiatrických oddělení nemocnic a psychiatrických zařízení. Znamenají poskytnutí okamžité péče pacientovy s duševními problémy a komplexní služby pro pacienty s chronickými psychiatrickými obtížemi.

b) Lůžková péče

Lůžková psychiatrická pracoviště jsou součástí psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrické kliniky v rámci fakultních nemocnic nebo mluvíme o psychiatrických léčebnách. Je zde poskytována akutní a následná péče, léčba psychických poruch a onemocnění, terapie, rehabilitace, probíhají zde různé

socioterapeutické a aktivizační programy. Největším poskytovatelem lůžkové péče je v současnosti Psychiatrická léčebna v Praze 8 – Bohnicích, je zde k dispozici 1428 lůžek. (Lůžková psychiatrická péče, 2010, online) Ostatní statistické informace jsou poskytnuty v kapitole 3.2.1. Právě tato oblast psychiatrické péče je předmětem debat v odborné sféře a dokumenty reformující tuto oblast se zaměřují především na **deinstitucionalizaci** psychiatrie. Také Praško (2003, s. 182) toto stanovisko podporuje „Počet velkých psychiatrických léčeben by v dlouhodobé perspektivě měl být značně zredukován.“

c) Komunitní péče

Komunitní péče je v rozvíjena od druhé poloviny 20.století v řadě vyspělých zemí, taktéž i v České republice a souvisí právě se snahou deinstitucionalizace, jak jsem již naznačila v přechozím odstavci. Jedná se o redukci a částečnou přeměnu psychiatrických léčeben v komunitní služby. Pěč konkrétně na stránkách České psychiatrické společnosti uvádí „Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby.“ (Pěč, online)

Do postupů komunitní péče patří mimo léčbu i podpora sociálních rolí v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů, podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou nejsou pouze pacienti s duševní poruchou, ale i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. (Pěč, online) Abychom měli ucelenou představu, čeho chce komunitní péče dosáhnout, je třeba zahrnout **principy této péče**, kterými jsou: mobilita služeb, propojenost služeb, péče ve vlastním prostředí pacientů, orientace na lidská práva a potřeby pacienta. (Pěč, online)

Následovně je uvedena charakteristiku komunitních zařízení, neboli dle Praška (2003) zařízení intermediární péče.

Krizová psychiatrická centra

Jedná se o neodkladnou, bezbariérovou psychiatrickou péči, prováděnou formou krizové intervence, dále zde řadíme neodkladné psychiatrické vyšetření,

krátkodobé systematické individuální, rodinné a skupinové psychoterapie, farmakoterapie a také krátkodobé pobyty na lůžku. Je zde poskytována nepřetržitá péče, 24 hodin, 7 dní v týdnu. (Pěč, online)

Praško (2003, s.182) zmiňuje, že krizová centra snižují počet nezbytných psychiatrických hospitalizací, čímž omezují konzumaci zdravotnických služeb včetně hospitalizace.

Mobilní krizové týmy

Jedná se o odborný tým zahrnující psychiatra, klinického psychologa a psychiatrickou sestru. Poskytují krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření a farmakoterapii přímo v místě rozvoje krizové situace. V současné době tuto činnost například poskytují v zařízení Fokus Praha, pouze však v omezenou dobu během týdne. (Pěč, online)

Denní stacionáře

Tato zařízení slouží pro denní léčbu psychiatrických pacientů, kde základním prvkem péče je psychoterapeutický program. Ten se obvykle kombinuje s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací. (Pěč, online) Služba je určena pacientům, kteří vyžadují intenzivnější ambulantní léčbu, ne však hospitalizaci. Stacionáře mohou být zahrnuty v rámci zdravotnického nebo nezdravotnického zařízení poskytující psychosociálně rehabilitační služby. (Praško, 2003, s. 182)

Centrum denních aktivit

Praško (2003, s. 182-183) popisuje centra denních aktivit následovně. „Tato zařízení poskytují celodenní strukturované i nestrukturované programy se zaměřením na podporu sociálního zázemí pacientů, v oblasti nácviku každodenních praktických a pracovních dovedností. Podporují aktivní zapojení pacientů i do vlastního vedení zařízení.

Chráněné bydlení

K tomu, aby byl nemocný připraven na samostatný a soběstačný způsob života slouží chráněné bydlení. Zajišťuje také dlouhodobý pobyt mimo lůžkové zařízení. Pokud má klient jakýkoliv problém související se samostatným životem má možnost se obrátit na určeného profesionála. (Praško, 2003, s. 183)

Služby na podporu práce a zaměstnávání

Praško (2003, s. 183) popisuje, jakými typy zařízení jsou tyto služby poskytovány. Uvádí také, že cílem těchto služeb je udržovat, obnovovat a zlepšovat pracovní dovednosti a sociální vztahy, které jsou s prací spojeny. Klientovi je umožněno zlepšit svoji výkonnost, zvýšit sebedůvěru a v neposlední řadě lze dosáhnout zlepšení zdravotního stavu. Tyto služby jsou poskytovány různými typy služeb. Může se jednat o rehabilitační a chráněnou dílnu, kdy na klienta nejsou kladeny vysoké nároky a pracují v malém kolektivu 5 -15 osob.

Dalším typem zařízení jsou přechodná zaměstnávání, kam jsou klienti zařazováni na časově omezenou dobu. Jedná se o vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách za dlouhodobé podpory sociálních pracovníků nebo sociálních terapeutů.

Na pracovní místa bez časového omezení jsou osoby s duševní poruchou zařazováni v rámci podporovaných zaměstnání.

4.2 Psychiatrická reforma

Jak již bylo zmiňováno dříve, globální zdravotnická společnost již druhé poloviny 20.století vnímá psychiatrickou péči jako nedostatečnou a nevyhovující. I u nás se proto v minulosti začalo usilovat o změnu a zlepšení v tomto směru, například pomocí programu Zdraví 21, kterému byla věnována předchozí kapitola. Nyní je třeba se zmínit o zatím nejnovější výrazné změně prostřednictvím takzvané reformy péče o duševní zdraví.

V říjnu 2013 Ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo **Strategii reformy psychiatrické péče**. Tento dokument je v následujícím textu použit jako stěžejní zdroj informací. Patronem a schvalovatelem reformy se stal v té době ministr zdravotnictví Martin Holcát. Zde si dovoluji ocitovat jeho slova z úvodu Strategie (2013, s. 8) „Jakýkoliv unáhlený či razantní zásah do takto citlivé zdravotnické politiky může být k celkovému neprospěchu věci. Na druhou stranu jsem si vědom jistého deficitu, který je v celkovém porovnání české psychiatrické péče s ostatními rozvinutými státy zřejmý, tudíž je korektní konstatovat, že česká psychiatrická péče si oprávněně žádá změn.“

Mezi **konkrétní problémy**, se zde uvádí institucionální systém psychiatrické péče, který má těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických zařízeních, jejichž dostupnost často není optimální. Dále v České republice chybí služby v přirozeném prostředí pacienta a je zde nízká míra koordinace jednotlivých složek péče. Od 90. let 20. století česká psychiatrie nezaznamenala žádné zásadní systémové změny a potýká se s dlouhodobou podfinancováním, což má reforma za úkol změnit, konkrétně v období roku 2014 do roku 2023. (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013)

Z těchto předpokladů vychází **záměr** celé reformy, kterým je naplňovat lidská práva duševně nemocných v nejširším možném výkladu. **Cílem** by potom mělo být zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním.

Specifické cíle následně obecně vysvětlují, čeho by mělo být dosaženo v následujících letech (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013)

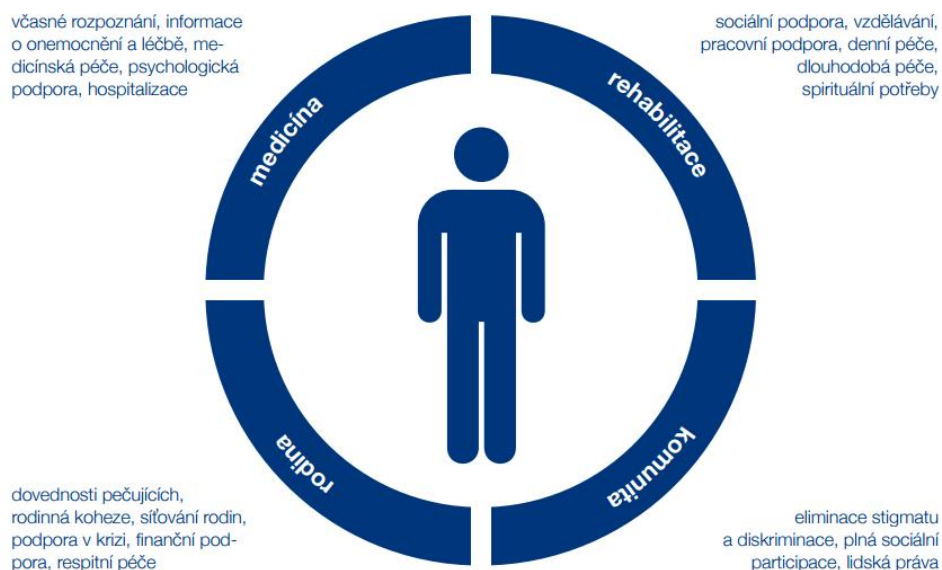
- 1) Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- 2) Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- 3) Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou péčí.
- 4) Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
- 5) Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.)
- 6) Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- 7) Humanizovat psychiatrickou péči.

Z těchto cílů můžeme konkrétně vyčíst snahu o zlepšení v mnoha směrech týkající se problematiky péče o duševně nemocné. Vidíme, že opravdu není zaměřena pouze na zdravotnickou péči psychiatrů, ale na odlehčení jejich práci a podnikání vstřícných kroků směrem k pacientovi. Bere v potaz důležitost sociálního

okolí pacienta jako nedílnou součást léčby a rehabilitace. Je znát, jak moc si je odborná společnost vědoma stigmatizace nejen lidí s duševními problémy, ale i pracovníků v této sféře. Podle mého názoru je tato reforma správným krokem nasměřovat péči o duševní zdraví pryč z okrajového postavení ve společnosti, které si nezaslouží, a je nebezpečné ji podceňovat.

Na závěr bych ještě připojila schéma z dokumentu vydaného Psychiatrických centrem Praha (dnes Národní ústav duševního zdraví) nazvaným Reforma systému psychiatrické péče – mezinárodní politika, zkušenost a doporučení (2013, online). Jedná se o schéma, které ukazuje potřeby lidí s duševním onemocněním, které je přebráno od Světové zdravotnické organizace.

Schéma 1: Potřeby lidí s duševním onemocněním



Zdroj: [WHO, 2001 in Reforma psychiatrické péče – mezinárodní politika, zkušenost a doporučení, 2013, s. 19]

Zde vidíme, že i pro samotného pacienta je důležitá nejen lékařská péče, ale na stejné úrovni jsou pro ně i podpora okolí, pochopení v komunitě a propracovaný systém rehabilitace. Z mého pohledu toto reforma v základních bodech splňuje.

4.2.1 Centra duševního zdraví

Strategie reformy psychiatrické péče má za cíl zlepšit kvalitu duševně nemocných v naší společnosti, jak bylo uvedeno v předchozí podkapitole. Uskutečnění změn a dosažení stanovených cílů probíhá prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytující péči napříč celou společností. Strategie se opírá o **čtyři základní pilíře**: psychiatrické léčebny, ambulance, psychiatrická oddělení nemocnic a centra duševního zdraví. (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013)

V této podkapitole se blíže zaměřím právě na Centra duševního zdraví, jelikož jejich zavedení vnímám jako vítanou možnost uplatnění v péči o duševně nemocné nejen zdravotnický personál, ale i pracovníky z oblasti sociální.

Definice Center duševního zdraví podle Strategie reformy psychiatrické péče (2013, s. 41) je následující: „Centra duševního zdraví jsou nízkoprahovým pilířem pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Tímto pilířem se rozšiřuje systém péče v ČR a přibližuje ji tak blíže duševně nemocných. Poskytuje individualizovanou péči zejména vážně duševně nemocným, koordinuje dostupné služby s ohledem na potřeby klientů v jejich přirozeném prostředí.“

Centra duševního zdraví slouží jako mezičlánek mezi primární a lůžkovou psychiatrickou péčí. Funkcí je především prevence hospitalizací, případně zkracování doby hospitalizace, a napomáhání k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Těchto cílů dosahuje tvorbou potřebných programů a zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče, kde také spolupracuje s dalšími potřebnými subjekty a službami. Může se jednat jak o služby specializované, tak o služby určené běžné populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj. (Základní principy péče poskytované CZD, 2017) Jedná se tedy o péči komplexní a služby pacientovi dobře dostupné.

Cílovou skupinou jsou klienti/pacienti se závažným duševním onemocněním, přičemž se jedná o pacienty trpící schizofrenním onemocněním (F2), afektivními poruchami (F3), obsedantně kompulzivními poruchami (F42) a specifickými poruchami osobnosti (F6); onemocnění trvá déle než dva roky a jsou u

nich narušené určité funkce. Centra však do své péče zahrnují i osoby s potřebou včasné intervence, tzn. osoby u kterých hrozí rozvoj závažného duševního onemocnění. Také poskytují intervenci lidem v krizových situacích a akutními psychickými obtížemi nevyžadující hospitalizaci. (Základní principy péče poskytované CZD, 2017) Tuto činnost Center bych ráda zdůraznila, jelikož je to dle mého názoru často opomíjený problém. Lidé, kteří se dostanou do krizové situace a objeví se u nich psychické potíže, nebo se s nimi potýkají již delší dobu, mají často zábrany se svěřit rovnou do rukou psychiatra či psychologa z mnoha důvodů, které již byli v této práci zmiňovány. Proto vnímám tuto instituci jako dobrý odrazový můstek a důležitou součást systému péče o duševní zdraví.

Základem úspěšnosti Center duševního zdraví je **multidisciplinarita**. Probíhá zde totiž spolupráce všech nezbytných základních profesí v péči o duševně nemocné. Jedná se o psychiatry, klinické psychology, všeobecné sestry nebo psychiatrické sestry, sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. (Základní principy péče poskytované CZD, 2017)

V Centrech duševního zdraví se však můžeme setkat s dalšími dvěma pozicemi, jejichž činnost je v sociálním sektoru podle mého názoru velice zajímavá. Prvním z nich je tzv. **pracovní konzultant**, který se zabývá otázkou zaměstnávání a pracuje pomocí metody IPS (individual placement and support), v České republice označované jako podporované zaměstnávání formou IPS. Jejich posláním je pomocí této metody co nejrychleji pomoci získat či udržet klientovi práci buď na normálním trhu, nebo chráněném trhu práce. Další pracovník se nazývá **peer konzultant**. Jedná se o osoby, které mají osobní zkušenost s duševním onemocněním a jsou pro práci týmu klíčové. Dávají zpětnou vazbu z pohledu uživatele služeb a jsou specificky zapojováni do práce s klienty. Mohou využít svou osobní zkušenost v podpoře pacienta na cestě k uzdravení a často jsou i jediní, komu se podaří navázat s klientem bezpečný vztah. (Základní principy péče poskytované CZD, 2017) Tuto pozici vidím jako velice přínosnou, protože kontakt s někým, kdo se v podobné situaci už ocitl, může být pro člověka trpící jakoukoliv nemocí silnou podporou a skvělým příkladem, že je vždy šance na uzdravení.

Na závěr této podkapitoly doplním informace o Centrech duševního zdraví výčtem služeb, které jsou zde poskytovány. Dle Základních principů péče poskytovaných v CDZ (2017, s. 21), které vycházejí ze Strategie reformy psychiatrické péče, jsou služby poskytované multidisciplinárním týmem následující:

- Služby terénního týmu
- Služby denní péče
- Služby krizové
- Služby klinického psychologa
- Služby psychoterapeutické
- Podpora svépomocných činností

V krátkosti se zmíním o konkrétních náplních jednotlivých služeb, pro lepší představu práce Center duševního zdraví.

Služby terénního týmu

Hlavní cíl této služby je poskytovat služby v přirozeném prostředí klienta. Jedná se o přímou práci s klientem, ale i o práci s okolím klienta (rodina, sousedi, úřady apod.). Působí zde všichni pracovníci týmu, jednotlivě nebo s dalším členem. (Základní principy péče poskytované CZD, 2017)

Služby denní péče

Tyto služby jsou orientované na podporu pacientů se závažným psychickým onemocněním, sociální rehabilitaci, zdravotní a sociální poradenství, podporu zaměstnávání a reedukaci. Jedná se také o aktivity podporující nácvik praktických dovedností. (Základní principy péče poskytované CZD, 2017)

Služby krizové

Tyto služby mají za cíl podpořit zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizaci. Zásah probíhá zejména v prostředí pacienta, někdy také v místě Centra. Krize je identifikována na základě předchozího monitorování pracovníkem nebo pracovníky, upozorněním osoby z okolí pacienta nebo i pacientem samotným. Vytvoří se krizový plán pacienta, pacient je přeřazen do kategorie „krizová

intervence“ a jeho situace je v týmu diskutována 3-5x do týdne. Po skončení krize je z této kategorie opět vyřazen. (Základní principy péče poskytované CZD, 2017)

Služby psychiatrické

Jsou to zdravotní služby poskytované zdravotnickým personálem. Psychiatr má na starosti preventivní intervenci, diagnostiku, terapii pacienta a pracuje s rodinou či osobami z pacientova prostředí. Střední zdravotnický personál (všeobecná/psychiatrická sestra) poskytují psychiatrickou rehabilitaci, podpůrné terapeutické činnosti, ošetrovatelská péče v prostředí klienta/pacienta apod. (Základní principy péče poskytované CZD, 2017)

Služby klinického psychologa

Služby klinického psychologa představuje především diagnostika, dále se spolupodílí na vytváření terapeutického plánu a je k dispozici ostatním členům týmu pro konzultace a supervize. (Základní principy péče poskytované CZD, 2017)

Služby psychoterapeutické

Systematické psychoterapeutické služby jsou poskytovány psychiatrem nebo klinickým psychologem s úplnou psychoterapeutickou kvalifikací. (Základní principy péče poskytované CZD, 2017)

Podpora svépomocných činností

Jsou to takové služby, které podporují pacienta/klienta, aby pokračoval v činnostech svépomocí. Jedná se o podpůrné programy pro samotné klienty, ale i rodinu, možná je i spolupráce s peer konzultanty. (Základní principy péče poskytované CZD, 2017)

5. Výzkum hodnocení stávajícího systému péče o duševně nemocné v CEDR o.p.s Pardubice

Výzkumná část práce navazuje na teoretické poznatky. K výzkumu jsem si vybrala zařízení CEDR o.p.s Pardubice, které je jednou z ambulantních služeb poskytující péči o duševně nemocné. Jedná se o kvalitativní šetření hodnotící systém péče o klienty. Otázky týkající se vychází z teoretických konceptů, které zdůrazňují komplexní péči o psychiatrické pacienty, provázanost služeb a nutnost sociální rehabilitace a znovuzačleňování lidí s duševním onemocněním do společnosti, což obnáší i destigmatizaci a prevenci duševních onemocnění.

Práce je zaměřená na konkrétní zkušenosti pracovníků tohoto zařízení a zhodnocení služeb, které jsou pacientům poskytovány v přímé péči.

5.1 Cíl výzkumu

Péče poskytovaná psychiatrickým pacientům je široký pojem a obsahuje mnoho aspektů, na které je třeba pohlížet a které zde hrají roli. Hlavním klíčem ke kvalitní péči shledávám pracovníka, který je v každodenním kontaktu s klientem. Dalším rozhodujícím kritériem je, nakolik funguje spolupráce mezi jednotlivými organizacemi, zdravotnickými zařízeními, ale i rodinou a okolí klienta tak, aby byla péče komplexní. Z teorie také vyplývá, že v péči o duševně nemocné hraje velkou roli individuální práce s klientem. Na závěr sem podle mého názoru patří i stigmatizace duševních poruch, jelikož toho téma není ve společnosti přijímáno pozitivně, což ovlivňuje samotné pacienty a jejich motivovanost služby vyhledávat. Na základě těchto obecných kritérií je stanoven výzkumný cíl, kterým je zhodnotit stávající systém péče o klienty v CEDR o.p.s Pardubice.

5.2 Výzkumné otázky

Na základě těchto obecných kritérií, ze kterých vyplývá výzkumný cíl práce jsem si stanovila hlavní výzkumnou otázku: „Odpovídá stávající systém péče potřebám klientů?“

V návaznosti na hlavní výzkumnou otázku jsou stanoveny následující dílčí výzkumné otázky:

- Jaké činnosti zahrnuje péče o psychiatrické pacienty?
- Co ovlivňuje výkon přímé péče?
- Funguje v systému péče o duševní zdraví spolupráce?
- Setkávají se klienti se stigmatem duševních nemocí?

5.3 Výzkumné prostředí a výzkumný soubor

Pro účely výzkumné části jsem nejdříve oslovila zařízení Péče o duševní zdraví v Náchodě, které je jedním z poskytovatelů komunitní péče o duševně nemocné v Královéhradeckém kraji a zaměřuje se převážně na terénní práci s klienty. Z přislíbené spolupráce nakonec sešlo, takže jsem byla nucena vybrat k výzkumnému šetření jinou organizaci. Na doporučení jsem oslovila organizaci CEDR o.p.s Pardubice, kde jsem se setkala se vřelým přístupem vedoucí sociální rehabilitace a následně i dalších členů týmu.

Výzkum se tedy odehrával v zázemí organizace, kterou považuji za potřebné zde více přiblížit. CEDR je obecně prospěšná společnost, která poskytuje sociální služby lidem s duševním onemocněním již od roku 1994 a od roku 2000 i v Ústí nad Orlicí. „Posláním organizace je pomáhat lidem s duševním onemocněním, zlepšovat jejich životní podmínky tak, aby žili spokojeně v prostředí, které si sami zvolí a vytvářet pracovní místa pro osoby obtížně zaměstnatelné. Cílem poskytovaných služeb je dosažení maximální samostatnosti klienta s co nejmenší mírou nutné podpory.“ (Výroční zpráva CEDR o.p.s Pardubice za rok 2015, s. 4)

CEDR je poskytovatelem dvou registrovaných sociálních služeb, a to sociálně terapeutických dílen a sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Sociálně terapeutické dílny pomáhají dlouhodobě duševně nemocným lépe zvládnout své sociální nebo pracovní problémy. Sociálně aktivizační služby nabízí lidem s duševním onemocněním možnost aktivně trávit volný čas. Pokud chce být uživatel více v kontaktu s jinými lidmi nebo trávit čas podle svých potřeb a představ, může využít sociálního poradenství, zájmových aktivit a socioterapeutických služeb. Dále zařízení disponuje několika chráněnými pracovišti. (Výroční zpráva CEDR o.p.s Pardubice za rok 2015)

Ke kvalitativnímu šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů jsem měla k dispozici čtyři pracovníky z přímé péče, tři ženy a jednoho muže. Aby bylo dosaženo kvality šetření, mezi respondenty dva zástupci sociálních pracovníků, dále vedoucí sociální rehabilitace a pracovní asistentka. Každý pracovník plní v rámci své pozice jiné pracovní povinnosti, avšak přímá práce s klienty je vždy spojitelným bodem. Lze tedy porovnávat názory, hodnocení, zkušenosti pracovníků a představy o stávajícím systému poskytované péče v CEDR o.p.s Pardubice (dále jen „CEDR“) z různých pohledů, v souvislosti s vykonávanou pozicí.

Pro identifikaci dotazovaných pracovníků se odkazují na jejich pracovní pozici. V interpretaci rozhovorů jsou uváděni následovně.

- Sociální pracovnice
- Sociální pracovník
- Vedoucí rehabilitace
- Pracovní asistentka

5.3 Výzkumná metoda

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda za použití polostrukturovaného rozhovoru.

Kvalitativní výzkumem se rozumí proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo mezilidského problému. Výsledkem je komplexní obraz, který se vytváří na základě pevně daných výzkumných otázek, které se v průběhu výzkumu doplňují a dotvářejí. (Hendl, 2005, s. 50)

U polostrukturovaného rozhovoru neboli polostrukturovaného interview, jak jej nazývá Miovský (2006, s. 159), vytváříme schéma otázek. To obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníka ptát. Je možné zaměřovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme tak, aby byla dosažena maximální výtěžnost interview. Výhodou polostrukturovaného interview je možnost pokládat doplňující otázky. Tím můžeme dosáhnout vyšší přesnosti a výtěžnosti než při klasickém plně

strukturovaném interview, jelikož si můžeme ověřit, že jsme danou věc správně pochopili a následně interpretovali. (Miovský, 2006, s. 159-160)

5.4 Sběr dat

Rozhovory probíhaly v prostorách organizace CEDR o.p.s Pardubice, kde byl vyhrazen prostor ve společenské místnosti. Všechny rozhovory se odehrály během jednoho dne, každý z nich trval přibližně 40 minut. Dotazování byli vybráni předem na dohodě s vedoucí rehabilitace, tak aby rozhovor nezasahoval do jejich pracovních činností, a zároveň tak, aby byli ve výzkumu zapojeni pracovníci s různou pracovní náplní. Nejdříve jsem jednotlivě tázané pracovníky neformálně uvedla do tématu bakalářské práce a okruhů, kterých se bude týkat následující rozhovor. Požádala jsem je o možnost hlasového nahrávání. Po dohodě s vedoucí rehabilitace v této práci nejsou uváděna jména pracovníků a data jsou prezentovány anonymně. Okruh otázek byl následující:

Na jaké pozici pracujete?

Jak dlouho zde pracujete?

Jaká je Vaše kvalifikace?

Co je náplní vaší práce?

Co vás vedlo k práci v této organizaci? Jaká je Vaše motivace tuto práci vykonávat?

Jak vypadá Vaše další vzdělávání?

Co nejvíc funguje ze systému Vaší propagace?

Je o Vaše služby v Pardubicích zájem?

Napadá Vás něco, co v Cedru chybí?

Máte k dispozici informace o klientovi?

Přináší práce s touto cílovou skupinou nějaká rizika? Máte nějaký krizový výcvik nebo zavedené postupy?

Co nejvíc funguje ve Vaší spolupráci s jinými organizacemi?

Spolupracujete s rodinou a okolím klienta? Poskytujete jim také nějaké služby?

Zapojujete do svých činností dobrovolníky? Jak hodnotíte jejich přínos?

Jak vnímáte stigmatizaci duševně nemocných? Dotýká se stigmatizace i Vás?

Jak hodnotíte systém psychiatrické péče v České republice?

5.4 Kvalitativní analýza dat

Konečná fáze spočívala v analýze dat, získané prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly nahrávány a následně doslovně přepisovány. Text je ponechán v původním znění, kromě vynechávání tzv. slovní vaty za účelem větší plynulosti rozhovoru. Celé přepisy se nachází v přílohách práce.

Hendl (2006, s. 223) o analýze kvalitativních výzkumů říká „Při kvalitativní analýze a interpretaci jde o systematické nenumerné organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality a vztahy.“

Jako formu analýzy jsem zvolila kódování. Kódování dle Miovského (2006, s 219-220) spočívá v přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu. To zajišťuje, aby práce s těmito částmi byla rychlejší a snadnější. Prostřednictvím kódů je možné snadno pracovat s většími významovými celky. Pomocí této metody jsem byla schopna v datech určit a spojovat celky tak, aby vznikly určité kategorie. Podle těch jsem došla k následujícím závěrům.

Kategorie: Činnosti pracovníka

Činnost pracovníků je v sociální péči o klienta klíčová. Uvádí klienta do fungování organizace a poskytovaných aktivit. Náplň práce se přizpůsobuje potřebám klientů, kteří do CEDRu denně docházejí.

Mým úkolem je sem přijímat nové klienty, kteří sem jdou buď sami od sebe, nebo na doporučení psychiatra. (Sociální pracovníce)

Konkrétní náplní je prostřednictvím aktivizačních služeb pomáhat s organizováním volného času a zprostředkovat uživatelům kontakt se společenských prostředím. (Sociální pracovník)

Náplň je víst sociálně-terapeutickou dílnu tvořivou, starat se o klienty, co se týče jejich rehabilitačních plánů, účastnit se porad, supervizí, akcí prodejních, prezentačních. (Pracovní asistentka)

Zde se liší práce uvedených pracovníků od vedoucí rehabilitace, která pracuje osobně s klienty, ale větší část její práce se týká činností zaštiťující pracovníky z přímé péče, aktivní spolupráci s jinými organizacemi, administrativní úkony, propagace služeb a zároveň zastupuje funkci metodika.

Náplní práce je koordinace poskytovaných sociálních služeb, to znamená zajišťování kvality služeb, dále tam patří i práce s pracovníky, kteří jsou v přímý péči, tedy sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách pro Pardubice a Ústí nad orlicí. Pak je tam vytváření metodik, aktualizace metodik a práce s metodologickými postupy, psaní žádostí o dotace, ty textové části, pak vyúčtování dotací, spíš zprávy o realizaci projektů, který tam jsou, potom vytváření vzdělávacích plánů, péče o pracovníky, intervize, zajišťování supervizí, zároveň i sociální, individuální práci s klienty, což je menší míře, ne tak jako ostatní kolegové a kolegyně, spolupráce s jinými neziskovými organizacemi. Spíš ta koordinace spolupráce, účast na různých pracovních skupinách, co se týče komunitního plánování pracovní skupiny pro pracovní rehabilitaci, asociace komunitních služeb, tam toho je víc, v takových těch mezioborových organizacích, který jsou důležitý pro tu spolupráci.

A pak věci jako výroční zprávy, propagace služeb, protože nemáme třeba nějakého PR-istu, někoho, kdo se o to stará, zpracování letáků, kontrolu naplňování standardů sociálních služeb. (Vedoucí rehabilitace)

Úkolem pracovníků je profesionální pomocí napomáhat klientům zvyšovat úspěšnost znovuzačlenění do svého běžného prostředí. Výsledek se odvíjí od potřeb klientů. Pro některé znamená úspěch pravidelně se setkávat s jinými lidmi a nezůstávat stále doma, někteří mají za cíl obnovit pracovní a sociální návyky.

A přicházejí sem buďto s tím, že se chtějí vrátit zpátky do pracovního procesu, nebo chtějí jenom zaktivizovat, potřebují někam docházet, potřebují kontakt s lidmi.

Protože vlastně ti lidé s duševním onemocněním často zůstanou doma a pak se jim těžko začíná, tak my se vlastně snažíme o to, že tím, že sem budou docházet, tak se potkali třeba s lidmi, kteří jsou na tom podobně, mají za sebou podobné osudy, abysme jim dopomáhali znovu získávat ty sociální a pracovní návyky, aby se mohli vrátit do práce a do běžného života. (Sociální pracovnice)

Každý má jinej cíl a spíš je úspěch, že se mu podaří to, za čím tam jde. U tý sasky je úspěch to, že pravidelně chodí, najde si tady přátele, má rozšířený sociální kontakty, stabilizuje si zdravotní stav a cítí se tady dobře. U espedéčka a u dílen je úspěch, pokud se ten klient chce vrátit do práce, projde tou pracovní terapií a podaří se mu najít práci, to je ten individuální úspěch. (Vedoucí rehabilitace)

Konkrétně tady u tý skupiny, takže pro mě to znamená vymejšlet takový aktivitu, který by je vytáhli z těch domů, z těch bytů, aby sem přišli, aby se setkali s lidmi, kteří jsou na tom podobně a zároveň získali náhled, že v tom nejsou sami. Můžou se jeden na druhého obrátit, vzdělávat se navzájem, protože jsou tady lidi, kteří s tou nemocí jsou už třeba dvacet let, už na to mají náhled, vědí, co jim pomáhá a ty nový lidi, zasažený nemocí čerstvě od nich mohou získávat ty informace a vidět svoji nemoc v lepším světle, než se jim zdá. Že to není konec života. A zároveň ta služba, kterou mám na starosti jim brání v té sociální izolaci, protože přeci jenom přijdou o zaměstnání, mají malý důchody, nemůžou žít jako předtím a my jim tady zprostředkováváme ty volný časový aktivity a zároveň i vzdělávací aktivity. (Sociální pracovník)

Tak my tu máme sociálně-terapeutický dílny a centrum pro volnej čas, jakoby dvě služby. Ale v obou je, si myslím, nejdůležitější je pro ně někam vyjít je kontakt s těma lidma, třeba si jen popovídat, ale máme výjimky, co jsou rádi, že vůbec přijdou. (Pracovní asistentka)

Činnosti pracovníků tak pokrývají celé spektrum sociálních služeb tak, aby byly co nejefektivnější a klienti si mohli vybrat z různých činností, které by vedly k sociální rehabilitaci a podpoření jejich dovedností.

Mají tady muzikoterapii, psychoterapeutickou skupinu, dramaterapii, jsou tady počítačový kurzy, jsou tady něco jako jazykový kurzy, co vedou dobrovolníci, takže mají u nás možnost i takovýho nácviku, kterej by jim měl pomoc a usnadnit vrátit se do zaměstnání. (Sociální pracovník)

Kategorie: Faktory ovlivňující pracovní činnost respondentů

Faktorů, které ovlivňují přímou práci s klienty je mnoho. V této kategorii jsou analyzované výsledky rozděleny do dalších jednotlivých celků.

Motivace

Motivace pracovníka je jedním z důležitých aspektů k vykonávání tohoto povolání. Odvíjí se od osobního přístupu k problematice duševních onemocnění. Většinu respondentů tato cílová skupina zajímala ještě před nastoupením do CEDRu nebo se pohybovali v prostředí poskytování sociální péče.

(...) i vlastně moje diplomka byla na téma zaměstnávání lidí s duševním onemocněním, takže mě vždycky vlastně lákaly buďto duševně nemocní lidé anebo děti. A tak nějak jsem začala u těch duševně nemocných, že to jakoby vyšlo a je to zaměřeno pracovní na to, čemu já jsem se věnovala už v době toho studia a už mě to zajímalo. (Sociální pracovnice)

Mě už ta cílovka zajímala během studií, i jsem si to dal do bakalářky, psal jen na téma Pracovní uplatnění pro lidi s duševním onemocněním v Pardubicích, takže tak jsem si vybral cílovku, se kterou chci pracovat. Dřív jsem pracoval ve zdravotnictví a tady jsem se pak účastnil výběrového řízení. Takže já CEDR a PDZ sleduju už delší dobu a tady mi to sedlo i jako služba samotná. (Sociální pracovník)

Nebyla jsem konkrétně motivovaná pracovat s touto cílovou skupinou, ale dostala jsem nabídku spolupráce a využila jsem toho, a jsem tady doted'. Spiš jsem postupem času zjišťovala, že to je moje parketa, že tu práci mám ráda nebo že ta práce s tou cílovou skupinou je strašně zajímavá, a že to vede i k nějakýmu mému rozvoji. To tak je v té oblasti duševního zdraví, první abysme pochopili sami sebe... (Vedoucí rehabilitace)

Často se objevoval jako motivační činitel nestereotypní charakter této práce.

Je to strašně zajímavá práce, na jednu stranu psychicky náročná, ale prostě zároveň mě to na tom motivuje. Každý ten člověk je jinej, ta práce není stereotypní, jak už jsem říkala, ten člověk přichází pokaždý s něčím jiným, řešíme něco jiného, takže se nikdy nedostanete do stereotypu A ta spolupráce s těmahle lidma je fajnová, je to výborná cílová skupina, už jenom z toho důvodu, že ty lidi sem dochází sami od sebe, takže je to zase taková výhoda oproti jiný práci, kdy v terénu vyhledáváte lidi, co jsou nemotivovaní, hůř se s nima pracuje. (Sociální pracovnice)

Mě to baví z toho důvodu, že každý den je jinej, že to není rutina furt dokola. Vidím posun lidí některých, některých ba naopak pády, ale těch je naštěstí míň, anebo když spadnou tak se je snažíme dostat zase nahoru. A jakoby určitá volnost. Ale i to že člověk může vymejšlet sám a víc se angažovat, než kdekoli jinde. Že musíte trošku přemejšlet, trošku máte volnosti, máte každý den jinej, není to pokaždý to stejný A lidi jsou fajn a každý to jejich zlepšení mě osobně žene dál. (Pracovní asistentka)

Já dělám nejlepší práci, kterou jsem v životě dělal, takže já nejdu do práce, já se jdu bavit. Takže pro mě to má úplně jinej rozměr, kterej doposud nebyl poznanej. (Sociální pracovník)

Vzdělání

Patříčné vzdělání v sociální sféře a doplňující vzdělání je základní složkou sociální péče a souvisejících činností.

Já mám vystudovanou pardubickou univerzitu, obor Resocializační pedagogika a prakticky hned po škole jsem začala pracovat tady. (Sociální pracovnice)

Měla jsem sociálně právní nastavbu, tenkrát to byl dvouletý obor, takže pak až při zaměstnání jsem si dodělávala vejšku, sociální práci, bakalářský obor. (Vedoucí rehabilitace)

Univerzita Hradec Králové, obor Sociální práce. (Sociální pracovník)

Já mám jenom rekvalifikační kurz, já mám jenom ekonomku, ale papíry mě nikdy nebavili a chtěla jsem dělat s lidma a tohle se mi naskytlo více méně přes rodinu, v azyláku dělal švagrův otec a říkal, že tu někoho sháněj, a tak jsem šla normálně na výběrko, s tím, že bejvalej ředitel mi řekl, že když bude někdo se zdravotním omezením, tak dají přednost jemu, ale nebyl nikdo. A tak zjistila jsem, že si mi to docela líbí. (Pracovní asistentka)

Doplňující vzdělání se odvíjí od standardů Ministerstva práce a sociálních věcí. Každý z pracovníků musí splnit 24 hodin akreditovaného vzdělání za rok. V závislosti na finančních grantech lze také absolvovat jakékoliv doplňující vzdělání vztahující se k problematice psychiatrické péče.

Musíme splnit nějakých 24 hodin, ale můžeme i víc. Záleží, jak jsou peníze, jaký zrovna běží projekt, ale pokud je to možný tak se pořád vzděláváme, třeba nějaké stáže v jiných organizacích, aby člověk zase načerpal jiný zkušenosti, takže opravdu tohohle je hodně. (Sociální pracovnice)

Jako pro vedoucího služby to není daný, ale tím, že jsem registrovaná jako sociální pracovník, tak musím splňovat vzdělávání akreditované ministerstvem práce a sociálních věcí 24 hodin za rok, ale třeba si vybírám kurzy, to je spíš potom na organizaci, jestli mě to zaplatí, protože když to není akreditovaný nebo je to mimo tu práci s klientem nebo se to netýká tý služby, tak si nějaké vzdělání prostě vyhledám. Ted'ka půjdu třeba na kurz koučinku.. I když je to zaměřené spíš na tu práci vedení lidí, ta možnost tam je. Ale vždycky je to z pohledu financí, jestli na to ta organizace má, protože to musí hradit z jiných zdrojů než dotací. Není tam takový prostor jako pro pracovníky v přímé péči. (Vedoucí rehabilitace)

Máme interní vzdělávání a pak ještě garantovaný vzdělávání mimo organizaci, takže jsme vysíláni na školení, které souvisí s naší prací, třeba individuálního plánování, krizový intervence, je tam toho víc. Záleží taky na rozpočtu. Tady si člověk může říct cokoliv, což pro mě je taky nepoznaný, protože předtím jsem dělal ve zdravotnictví, a to je jak armáda. Tady můžu přijít s jakýmkoliv přáním, třeba se nevyplní, ale nemusím se bát ho říct a jsou tady otevřený, jak ředitel nebo vedoucí rehabilitace. Je tady dobrý klima, můžu za nima přijít s čímkoliv. (Sociální pracovník)

Každý rok 24 hodin a více, povinných. A myslím si, že žádný už nový nejsou, že se točej dokola. Ale letos jedu na nějaký recovery a na to se těším. A loni jsme zavedli kognitivní rehabilitace, což bylo taky něco nového. Ale jo, možnosti máme, kolik chceme. (Pracovní asistentka)

Nejen však odborným vzděláním a dalším povinným vzděláváním jsou pracovníci připraveni na práci s touto cílovou skupinou. Při nástupu do organizace procházíme úvodem do psychiatrického minima. Takže se dozvídáme o té cílové skupině, abysme byli připraveni na to, jak pracovat s tím klientem, jak reagovat v určitých situacích. Tím, že je tady jakoby směs diagnóz, každý potřebuje jiný přístup. (Sociální pracovník)

Rizika

Skupina duševně nemocných je často společností představována jako nebezpečná. V CEDRu nejsou ze zásady přijímáni pacienti, kteří by se vyznačovali fyzickou agresivitou, slovní je tam ovšem běžná. Často to vychází i z charakteristiky dané duševní poruchy. Pro pracovníky v přímé péči o duševně nemocné klienty však bývá práce riziková spíše psychická náročnost. K předcházení osobním problémům jim pomáhá supervize či intervize.

Zatím si myslím, že jsem docela odolná. Tak určitě je to psychicky náročný, člověk si to nosí domů, dost často ty klienti nemaj hranice, takže narušujou vaše osobní volno, že ten klient volá i večer nebo tak. Většinou vědí, že to má být opravdu ve chvíli, kdy je něco nutný, nicméně jsou klienti, kteří trpí i obsedantně kompulzivní poruchou, takže vám to zavolat musejí, i když je to nějaká kravina.. Nestává se mi to nijak často, stane se mi to s konkrétním klientem, tak to pak řešíme, aby to bylo přijatelný jak pro mě, tak pro něj, přece jenom nemůžu být s klientem 24 hodin denně

Jinak co se týče třeba agresivity, tak jsem se setkala se slovní agresivitou. Nikdy taky nevíte k čemu může dojít, může dojít i k nějaký fyzický agresí, já sem se s tím zatím nesečkala, ta slovní je víceméně běžná, kór ty poruchy osobnosti, tak ty to maj víceméně v diagnóze, takže tam už je to spíš o tom se s nima naučit pracovat, vědět co v tu chvíli udělat a ono to je za chvíli v pohodě.

Co se týče tý psychický zátěže, tak kdykoliv si můžu zažádat o intervizi s vedoucí, kdykoliv o supervizi z jiný organizace, tohle máme hlídaný.

(Sociální pracovnice)

Většinou to vnímám, že ty rizika jsou spíš na straně těch klientů, že si ublíží spíš sobě než někomu druhému. Pokud je tam navázán nějaký vztah a důvěra, tak si myslím, že ty rizika jsou menší, samozřejmě se může stát že přijde klient ne v úplně dobrým stavu, neužívá léky, ale z toho důvodu děláme u těch klientů, co nemají stabilní stav krizové plány, abysme mohli třeba vzájemně rozpoznat ty příznaky před zhoršením nemoci. Samozřejmě všude jsou rizika, každý člověk je individuum, nevíte co čekat od druhého, je lepší nevědět někdy úplně všechno. Nestalo se mi ještě, že bych měla vyloženě strach z kontaktu z lidí s duševním onemocněním, který znám.

*Je to tím, že i oni sem docházejí, maj nějaký stabilní režim, pokud se něco děje, tak my s tím, hned pracujem, kontatujem psychiatra, doprovodíme ho k psychiatrovi, aby mu zvýšil medikaci, pokud se zrovna necejtí dobře, nebo jsou tam nějaké stav zhoršené **(Vedoucí rehabilitace)***

Ke zvládnutí rizikových situací mají pracovníci k dispozici metodiku, kde je uveden postup, jak se zachovat v případě ohrožující situace.

Máme zavedený postup v metodice, ale stejně nikdy nevíte, co se může stát. Takže člověk je na to připravenej, jako by na to měl být připravenej kdekoliv jinde.

*Když je problematickej klient tak vím, že bych s ním měla sedět u dvěří, aby někdo byl v okolí, i tohle třeba máme v metodice, takže to základní proškolení tam je. **(Sociální pracovnice)***

*Já mám kurz krizové intervence a máme v metodice postup v případě krize, takže pracovníci by měli vědět, jak postupovat případě krize. **(Vedoucí rehabilitace)***

*Metodiku máme, názory na to máme různé.... Ted' jsme třeba prošli nějakou sebeobranou, kam jsme teda vzali i klienty. Ale díky bohu kromě asi dvou klientů, za těch 16 roků, těch agresivních fyzicky nemáme. My je nepřijímáme, když vykazují známky agresivity, ale stát se může cokoli kdykoli. **(Pracovní asistentka)***

Nakonec lze říci, že nebezpečí hrozí spíše ze strany klientů k sobě samým, než vůči pracovníkům.

Myslím si, že za tu dobu co tady jsem, tak to vnímám, že to stigma tady pořád je. Já to vnímám, i když mi v rodině říkají „A nejsou nebezpeční? A nebojíš se, nemůžou ti něco udělat?“ A já říkám, že ne za celou tu dobu, za těch 16 let sem nezažila situaci, kdy by někdo někoho napadl nebo nějak fyzicky zaútočil. Většinou to vnímám, že ty rizika jsou spíš na straně těch klientů, že si ublíží spíš sobě než někomu druhému. (Vedoucí rehabilitace)

Kategorie: Kvalita spolupráce v péči o klienta

Systém psychiatrické péče by měl být komplexní a provázaný. Z uvedených dokumentů v teoretické části, jako je Zdraví 21 nebo Strategie reformy psychiatrické péče, vychází, že úspěšnost léčby psychiatrického pacienta závisí nejen na lékařských zařízeních, ale i na dostatečné nabídce komunitních služeb. Pracovníci CEDRu uvádějí jako nejdůležitější spolupráci právě s ošetřujícími psychiatry klientů.

Za prvé vyžadujeme doporučení psychiatra, abysme viděli, jestli spadá do naší cílové skupiny, protože s některýma lidma, kteří mají jiné psychické onemocnění tak nepracujeme, protože do té klasifikace nemocí spadá více chorob než třeba psychózy. My se zaměřujeme hodně na ty psychózy, pracujeme i s lidmi s poruchou osobnosti, ale nepracujeme s lidmi s autismem, což tam taky spadá, mentální postižení tam taky je... Z toho důvodu potřebujeme to doporučení, ale myslím si, že je důležité vědět pro toho pracovníka jaké onemocnění má, aby věděl jak k němu přistupovat, jak se projevuje ta nemoc a tak (...) (Vedoucí rehabilitace)

Největší spolupráce je s těmi psychiatry, kteří znají naše služby, a my jim pomáháme, aby se ten člověk dal víc do kupy. (Sociální pracovník)

Je super když spolupracují. protože v tu chvíli ten klient je na tom úplně jinak, ta spolupráce je úplně jiná. Stejně jako my nemůžeme pracovat bez toho, aby jim dal psychiatr prášky, tak oni nemůžou pracovat bez toho, aby měli tu návaznou službu, tedy nás. Musí to být propojený. (Sociální pracovnice)

Ne vždy je však spolupráce s ošetřujícími lékaři ideální nebo bezproblémová.

Na všech pozicích se setkáte s různými lidmi, někteří jsou chváleni, někteří naopak nejsou, a to i od klientů slyším, že na někoho si stěžují na někoho ne, takže

mám i vytipovaný psychiatry, se kterými se mi dobře spolupracuje...(Vedoucí rehabilitace)

(...) měla jsem jednu problémovou klientku, a diskutovala jsem s paní psychiatrickou, tak mě více méně mi dala najevo, že ona je ten odborník, už pak nevnímala to, že toho člověka vidí jednou za čtrnáct dní, ale já ho vidím každé den, a když jsem jí řekla, že si něco udělá, tak mi tvrdila, ať si dojde na injekci. Já jsem jí tvrdila, že to nezvládne v tý atace. Nakonec jsem jí volala záchranku a policajty, protože se mi předávkovala támhle u nádraží. (Pracovní asistentka)

Daším aspektem spolupráce se ukazuje prostupnost informací s jinými organizacemi. Každé zařízení poskytuje jiné služby, takže je důležité rozpoznat, co je k naplnění individuálních potřeb klientů nejvhodnější.

(...) když mě sem člověk přijde a vím, že spadá někam jinam, tak ho posílám do jiné organizace, takže i tak nám sem chodí klienti, (...) (Sociální pracovníce)

A spolupráce s jinými organizacemi funguje na úrovni toho, že si předáváme informace o službách a pokud tam je nějaký zájemce tak nás kontaktují nebo se vzájemně kontaktujem. (Vedoucí rehabilitace)

Tak my jako pracovní asistenti spolupracujeme se spolupracujícíma organizacema, tam si myslím, že to funguje dobře. Jsou třeba i hodnotící schůzky vedení, když se něco nepovede. (Pracovní asistentka)

Úroveň spolupráce však každý hodnotí jinak. *Já s jinýma organizacema nepřijdu moc do styku. Navštěvujeme jiný organizace, který ale mají jiný zaměření, třeba na lidi s mentálním hendikepem nebo s tělesným hendikepem a ta provázanost je tam malá. Psal jsem třeba do Péče o duševní zdraví My si zasíláme vzájemně informační letáky, co se bude ten měsíc u nás dít, a psal sem jim, jestli si třeba nechtějí někdy přijet k nám si zaházet šipky nebo pin-pong a... žádná odpověď, tak nevím. Asi každý si jede spíš to svoje. Tak mi to zatím přijde. (Sociální pracovník)*

Také zájem rodiny byl označován jako přínosné, zálež ovšem pouze na přání klienta. Rodina je hodnocena jako důležitý činitel. Pokud zájem ze strany klienta nebo rodiny je, pracovníci se zapojení nebrání.

Spolupráce s rodinou, rodina je důležitá, tam někdy rodina nechce, někdy nechce klient, ale záleží s čím ten člověk tady je. (Sociální pracovníce)

Pokud si to klient přeje. Někteří nechtějí, aby se do spolupráce zapojila rodina, někdy je to potřebný rodinu oslovit po souhlasu klienta. Já si myslím, že to je důležitý. Ta spolupráce s rodinou je důležitá z toho důvodu, že některé věci, který se učí tady, tak je potřeba zvládat i v běžném životě a může tam nastat právě překážka v té rodině. (Vedoucí rehabilitace)

Můžou s náma navštěvovat různé kulturní, sportovní akce. Někdy ty rodinní příslušníci doprovázejí ty naše uživatele a někdy to i vyžadujeme, když by ten uživatel vyžadoval zvýšenou péči a už by se mu ji nemohlo dostat od sociálního pracovníka, tak třeba požádáme, jestli by nemohla jít maminka s tou jednou naší uživatelkou a v pohodě. Nebo si ji dojde vyzvednout, přivede ji a tak. Takže spolupráce tam je důležitá. (Sociální pracovník)

Tak snad kromě jedné rodiny, když je potřeba si domluvit schůzku, tak přijedou a snažej se. Většinou rodiče, nebo rodič jeden nebo druhý. (Pracovní asistentka)

Začíná fungovat spolupráce i s opatrovníky, když klienti mají zbavení svéprávnosti, tak ta spolupráce by měla fungovat. Pokud jsou klienti v jiných službách, tak by ta spolupráce měla fungovat, aby ta pomoc klientovi byla efektivní. (Vedoucí rehabilitace)

V CEDRu se aktivně zapojují dobrovolníci do vedení sociálně aktivizačních činností, jsou tedy velice důležití pro zajištění komplexní péče. Často totiž nejsou finance a prostředky na dalšího pracovníka, díky dobrovolníkům však lze činnosti realizovat.

Já mám na právě na starosti dobrovolníky, který nám přihrává KONEP a teď jich tady máme 5, někdy 7, a díky nim můžeme provozovat aktivity, který bysme si jinak nemohli dovolit. Choděj na vzdělávání v počítačích dobrovolníci, chodí dobrovolník na pohybové aktivity s prvky jógy, a teď mám ještě dobrovolníka, kterej dochází na ty volnočasové aktivity, kterej nám pomáhá s organizací, přípravou, průběhem. Když jdeme někam do terénu s našima uživatelema tak tam je jako doprovod, tím pádem nám šetří dalšího našeho zaměstnance, kterýho bych si musel

vzít s sebou. Protože já když jdu ven, tak můžu mít maximálně 6 uživatelů, a když nás je víc, tak už si musím vzít sociální pracovníci nebo asistentku a tím pádem, když jde s náma a je tam po ruce, tak... Jsou pro nás hodně důležití ti dobrovolníci. **(Sociální pracovník)**

Dobrovolnictví je pro nás dost důležitý v rámci té druhé služby, kde nám pomáhají zajišťovat aktivity v rámci toho programu a přínosný je jak pro klienty tak dobrovolníky, i to setkávání s tou cílovou skupinou. **(Vedoucí rehabilitace)**

(..) já si myslím, že není dobrovolník jako dobrovolník. A ty správný dobrovolníci, když maj zájem tak jsou dobrý. **(Pracovní asistentka)**

CEDR spolupracuje také se školami a univerzitami, mimo jiné i Univerzitou Hradec Králové, a poskytuje jim možnost zapojit se do činnosti zařízení prostřednictvím praxe. Přínos samotnému zařízení však není vždy zaručen, jako je tomu u dobrovolnictví.

Druhou věc, to jsou praxe, který mám na starosti já. Někdy je to ohromnej přínos jak pro nás, tak pro klienty, přijdou třeba i lidi, kteří něco uměj, něco jim předaj, ale někdy je to o tom, že si to tady odseděj a je to víceméně k ničemu. **(Sociální pracovnice)**

Když to jsou studenti, kteří se snaží zapojit, nebo naopak nesnaží, tak ty pracovníci se je snaží postrčit ke komunikaci s klientem, což je pak dobrý, když ten má v plánu, že chce rozvíjet komunikaci, tak to využijou, že může v rámci toho komunikovat i s někým jiným než s tím pracovníkem, nebo zapojí toho studenta ke klientovi, který hůř komunikuje a je to tedy přínosem i pro toho klienta. **(Vedoucí rehabilitace)**

Kategorie: Péče o klienta

Více než v jiných oblastech sociální péče je v péči o duševně nemocné klienty důležitý individuální přístup. *Je to strašně individuální práce, každý ten klient je jinej, každé přichází s něčím jiným a pořád mě něco překvapuje, že neustále řeším jiný a jiný věci.* **(Sociální pracovnice)**

Důvodem je zejména široké pojetí této skupiny; spadá sem mnoho diagnóz. Přesto jeden klient není srovnatelný s jiným i přes shodnost diagnózy. Záleží také na

závažnosti nemoci. Jedním z kritérií pro přijetí pacienta mezi klienty CEDRu je doporučení od ošetřujícího psychiatra. Pracovník tak může posoudit, zda pacienta do služby zařadit či nikoliv.

Spíš mi to slouží, abych se přesvědčila, že spadá do naší cílové skupiny, nicméně já s diagnózou nepracuju, pracuje se s tou individualitou člověka.. Je pro mě to první, když vím, že má poruchu osobnosti nebo je to úraz mozku nebo je to schizofrenie, vím, že ten přístup bude jinej, něco vám to dá, ale nedá se pracovat s diagnózou. (Sociální pracovnice)

Hlavně je důležitý, spolupráce s tím klientem a poznávání jeho, takže s tou diagnózou už se potom ani nepracuje. Spíš jde o to, že ten pracovník zná toho klienta, ví, jak se projevuje a může s ním dál pracovat. (Vedoucí rehabilitace)

Individuální práce s klientem a navázání vztahu byly uvedeny i jako preventivní prostředek možných rizik.

Pokud je tam navázán nějaký vztah a důvěra, tak si myslím, že ty rizika jsou menší, samozřejmě se může stát že přijde klient ne v úplně dobrém stavu, neužívá léky, ale z toho důvodu děláme u těch klientů, co nemají stabilní stav krizové plány, abysme mohli třeba vzájemně rozpoznat ty příznaky před zhoršením nemoci. (Vedoucí rehabilitace)

Aby byla zajištěna kvalitní a efektivní spolupráce pracovníka s klientem, každá ze dvou poskytovaných služeb má omezenou kapacitu.

My máme kapacitu na dílny 23 klientů, tedy okamžitou kapacitu 23 míst a v průměru taky, ale ne všichni chodí každý den, ale v průměru takových 17, 18 klientů, 15-18 denně v dílnách, je to různý. Občas klientů vypadnou i třeba z důvodu jejich duševního stavu. Co se týče té druhé služby tak tam máme kapacitu tak 12 klientů na jednu, teď máme kolem 30 klientů, ale je to tak, že ti klienti co chodí na jednu, tak chodí i a ty estéděčka, takže ne vždy, ale někteří využívají třeba obě služby. V průměru v tuhle chvíli možná k 50 klientům.. (Vedoucí rehabilitace)

Už i tak jich je hodně, takže s někým se nevidám tak často, že se snážím věnovat klientům, kteří jsou v akutnější fázi pomoci nebo práci na sobě, a s tím, když

někdo tu péči tolik nepotřebuje, ale využívá naše aktivity, tak se s ním vídám míň. Ale těch 30 je strop. (Sociální pracovník)

Už to tak teď nemáme, ale dřív měli jsme 3 stupně. Přijímací dílnu, kde se dva, tři měsíce rozkoukali a pak mohli jít do jedné dílny, do druhé dílny, a když to s nima prošli, tak na podporu zaměstnávání, někam kam už by šli pracovat. To znamená, že jsme to pak udělali tak, že teď můžou nastoupit do všech dílen, úplně jsme zrušili stupně.. A vlastně v tu dobu, tím že jsem je brala tak jak si myslím, že jsem kolem nich nechodila po špičkách, tak mi začali chodit daleko častěji, na daleko delší dobu než na tom druhém stupni, kde už měli bejt víc připravený. Takže my jsme přestali vidět ten rozdíl. (Pracovní asistentka)

Je tedy vidět, že přístup ke klientům v CEDRu je zaměřený nejvíce na individualitu klienta, jeho osobní potřeby a jako efektivní je hodnocen dobře navázaný vztah mezi pracovníkem a klientem.

Kategorie: Stigmatizace duševně nemocných

Stigmatizující postoj společnosti je důvod, proč lidé s psychickými problémy nevyhledávají pomoc, což může vést až k sebevraždě. Ti, kteří pomoc vyhledají, že za ni často stydí a nechtějí, aby o jejich nemoci kdokoliv věděl. Obávají se, aby nebyli označováni za blázny nebo očekávají, že budou čelit posměchu a nepochopení svého okolí.

Úplně ne v každodenním životě, ale setkáváme se s tím pořád. Prostě to duševní onemocnění je stigmatizovaný a než se z toho společnost vykope, tak to bude ještě poměrně dlouho trvat.

Ty lidi se pak taky stydí přijít mezi ty ostatní, takže jsme rádi, když na nějaký prezentační akce s náma někdo z nich jede a chce o tom mluvit, nemluvě o tom, že média zájem nemaj. (Sociální pracovnice)

Nečekal bych to, že dělají ve všeobecný pojišťovně, a padne takováhle otázka. Ale u některých to čekám, že vůbec nechápou, že někdo může bejt vůbec duševně nemocnej: „co to je... simulanti.. proč nejde ven, proč má strach z lidí“ Nechápu, že pro někoho je problém opustit byt, dojít do supermarketu.. No hrozný. (Sociální pracovník)

Organizace zabývající se duševním zdravím se snaží negativní vnímání lidí s duševním onemocněním měnit, jde to však velice pomalu.

Každodenně se s tím nepotýkáme, ale v tý společnosti to stigma prostě je, z důvodu už dlouhodobého a bude dlouho to trvat.. to stigma nevyumizí a bude dlouho trvat než se pomocí nějakých kampaní destigmatizačních něco změní.

Snažíme se dělat, ne pravidelně., ale v rámci třeba Týdnu pro duševní zdraví destigmatizační kampaně různě s organizacema, měli jsme velký destigmatizační projekt od norských fondů, kde byli přednášky pro veřejnost a různě..

(Vedoucí rehabilitace)

My se snažíme za naší organizaci jezdit po školách, dělat prezentace, pokud tu možnost dostanem, tak se snažíme ukázat, že ten člověk s duševním onemocněním není nebezpečný, není agresivní a vůbec to není o tom, co říkají média, ale je to ještě běh na dlouhou trať. (Sociální pracovnice)

Jako velkou překážka v destigmatizaci jsou uváděna média, jaký obraz o této skupině podávají.

Naši klienti to vnímají celkem citlivě, když je nějaká kauza v televizi nebo v novinách, je to vyložene, že jsou házený do jednoho pytle a přitom někteří mají běžně rodiny, akorát mají svoje potíže, takže oni to vnímají docela citlivě a občas se stává, že někteří nejsou úplně ztotožněni s tou nemocí nebo se ještě nemířili, že tu nemoc mají z důvodu toho stigmatu. (Vedoucí rehabilitace)

Vnímaj to opravdu všichni, i ty klienti. Když vidím, že přišla nějaká zpráva, že schizofrenik támhle zavraždil toho a toho, tak těm lidem nedojde, že nejde o tu schizofrenii, ale že jde o toho člověka. Ale média tam zvýrazněj schizofrenii a ty lidi od nás to pak tady odnáší. Taký

navíc když se tady půjdete podívat, tak na polovině lidí ani nepoznáte, že to duševní onemocnění maj, jenom jsou prostě náchylnější ke stresu (Sociální pracovnice)

Můj názor je, že celkově tadyta skupina těch lidí je upozaděna někam ... Frčeť seniroři, vozičkáři, ale na ty duševně nemocný se úplně zapomnělo. Ještě víc se teda zapomíná na ty autisty.. Ale to podvědomí ve společnosti je hodně zkreslený. Řeknete

schizofrenik a první co je napadne - vrah. Nesmysly. V roce 2015 bylo v Český republice 250 vražd, nebo dokonce 300 myslím, a jenom jednu spáchal člověk, kterej měl tuhle diagnózu. (Sociální pracovník)

Nakonec k tomu, že duševní nemoci nejsou respektovány, může vést i skutečnost, že disabilitu duševně nemocného člověka často na venek nelze poznat.

A zároveň ta nemoc není vidět nijak na venek. Třeba vozičkáře poznáte, slepýho taky poznáte, ale když má duševní nemoc, tak... Ta stigmatizace je velká vůči ní a osvěta na veřejnosti je furt malá. A setkávám se s tím, že oni se za to stydí, a když vidím venku, jak by na to lidi reagovali, tak se jim nedivím. (Sociální pracovník)

A pak mě obecně rozčiluje to, že duševní nemoc není vidět, tak mě hrozně rozčiluje, že všichni kecaj akorát po tom, když duševně nemocnej člověk někoho zabije nebo něco udělá... To maj všichni co říct.. (Pracovní asistentka)

5.5 Shrnutí výzkumné části

Výzkumné část pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjišťuje, jak hodnotí stávající systém péče o klienty v CEDR o.p.s Pardubice konkrétní pracovníci v přímé péči. Ambulantní péče poskytovaná zařízením je rozdělena do dvou hlavních služeb – sociálně aktivizační služby a sociálně terapeutické dílny. Na základě toho byli vybráni pracovníci z jednotlivých služeb, aby byl zajištěn co nejvíce komplexní pohled na danou problematiku.

Z rozhovorů vyplývá, že činnosti péči o duševně nemocné zahrnují veškerou pomoc, která umožňuje klientům v znovuzačlenění do svého přirozeného prostředí. Efektivnost služeb závisí na kompetentnosti pracovníka a vyvíjí se od individuálních potřeb klientů. Jednotlivá práce dotazovaných závisí na konkrétní cílové skupině a je přizpůsobovaná tak, aby bylo dosaženo cílů sociální rehabilitace, znovuzískání a podpoření sociálních dovedností.

Výkon profese je ovlivňován mnoha faktory. Každý z pracovníků má potřebné vzdělání a znalosti, které odpovídají potřebám klientů. Dle standardů Ministerstva práce a sociálních věcí je navíc každoročně doplňováno a ukotvováno.

Navíc každý z pracovníků vnímá pozitivní přístup vedení zařízení, pokud má zájem se vzdělávat nad rámec. Motivace k výkonu této práce se liší, v zásadě dotazované pracovníky spojuje zájem o cílovou skupinu a problematiku duševního zdraví. Díky individuálnímu přístupu mají také možnost pozorovat jednotlivé úspěchy svých klientů, což jim poskytuje další motivaci pomáhat duševně nemocným. Posledním uváděným faktorem, ovlivňující výkon přímé péče jsou rizika s ní spojená. Pracovníci se shodují, že rizikové situace u této cílové skupiny mohou nastat, v zásadě se to však často nestává, a pokud ano, jsou na to připraveni pomocí zavedených metodik. Jelikož do zařízení nejsou přijímáni klienti s agresivním chováním, nestává se, že by se setkali s ohrožujícím chováním. Pokud vznikne konflikt, pomáhá jim znalost klienta a jeho chování, takže k řešení přistupují individuálně.

Důležitou součástí systému péče o klienty je spolupráce a provázanost jednotlivých služeb. Nejzásadnější pro získávání klientů je psychiatrické doporučení, dále potom spolupráce s jinými organizacemi poskytující pomoc duševně nemocným. Tato spolupráce také zajišťuje komplexní systém péče o klienty, kde hraje také důležitou roli rodina a dobrovolníci působící v zařízení.

Z odpovědí vychází, jak již bylo naznačeno, že péče o klienta je velmi individualizovaná, což je pracovníky hodnoceno jako důležitá součást každé poskytované služby klientům. Je vidět, že nezáleží na tom, s jakou diagnózou klient do zařízení přichází, ale jak k němu pracovník přistupuje na základě jeho potřeb. V obecném pojetí však péče o psychiatrické pacienty; hodnocena pozitivně není a pracovníci zaznamenávají výrazné změny, přesto, že uvedené

Bohužel překážkou ve výkonu sociální péče je značná stigmatizace duševně nemocných. Přes snahy samotných pracovníků se v této problematice nedějí významné změny, a to i přesto, že destigmatizace společnosti je zahrnuta i ve významných dokumentech zaměřených na zlepšení péče o duševní zdraví. Stigmatizující pohled negativně ovlivňuje kvalitu života duševně nemocných a bude zřejmě ještě dlouho trvat, než se změní názor na nemoci, které se ve společnosti vyskytují čím dál častěji.

Závěr

Duševní onemocnění se může zasáhnout každého z nás. Může zasahovat do každodenního života, ovlivňovat okolí nemocného a v poslední řadě může vést až k sebevraždě. Lidé s tímto onemocněním jsou vystaveni nepochopením společnosti a často jsou odstavováni na její okraj. Neslavná historie péče o psychiatrické pacienty se dodnes promítá do mínění lidí, kteří se s duševní nemocí nikdy nesetkali a dají na mediální obraz, který nebývá nijak příznivý. Péče o duševní zdraví se tak právem stává předmětem debat odborné společnosti, která se snaží podnikat kroky k její destigmatizaci.

Systém péče v České republice je nedostačující, nedostatečně financovaný a často nekvalitní. Je potřeba pacientům poskytnout odbornou péči v jejich přirozeném prostředí za účelem deinstitucionalizace psychiatrické péče. Nejedná se však pouze o zlepšení provázanosti a kvality péče o psychiatrické pacienty, ale i o prevenci duševních onemocnění. Veřejnost by měla být lépe informovaná a také samotní pacienti by měli vědět o možnostech v poskytované léčbě.

V současné době funguje v České republice síť komunitních služeb, která by se měla v následujících letech stále rozvíjet. Jedním z nich jsou ambulantní zařízení poskytující sociálně rehabilitační péči klientům. Z této skutečnosti vychází cíl práce, kterým bylo zhodnotit stávající systém péče o klienty v CEDR o.p.s. Pardubice. Ke zjištění tohoto cíle bylo použito kvalitativního šetření, konkrétně polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky v přímé péči. Vzhledem k širokému pojetí pojmu systém péče byly stanoveny výzkumné otázky zaměřeny činnosti zahrnující péči o psychiatrické pracovníky, faktory ovlivňující výkon přímé péče, dále zhodnocení spolupráce v systému péče o duševní zdraví. do okruhu výzkumných otázek byla zahrnuta i stigmatizace. Teoretická část práce zahrnuje klíčové oblasti v problematice péče o duševní zdraví. Je zde popsána současná psychiatrie, jako základní poskytovatel péče. Pro zorientování v pojmech zahrnující duševní poruchy jsou je vysvětleny podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize. V práci je také zahrnuta epidemiologie duševních nemocí zejména v psychiatrických zařízeních. Pro potřeby celkového pohledu této problematiky je zde popsán charakter programu Světové zdravotnické organizace, ze kterých

vyplývají závazné úkoly pro Českou republiku v oblasti zlepšení duševního zdraví. Z těchto principů vychází i reforma psychiatrické péče, která je popsána v navazující kapitole. Obsah této vychází z potřeby rozsáhlejších informací pro výzkumnou část; popisuje organizaci systému psychiatrické péče, do níž patří i vybrané zařízení jakou součástí komunitních služeb.

Ideální stav péče o duševní zdraví je v České republice poměrně v nedohlednu. I přes pozitivní tendence ze strany společnosti je zapotřebí velkého úsilí k výrazné změně. Vývoj se může zdát pomalý a nedostatečný, existují však organizace, kterým kvalita života duševně nemocných není lhostejná a kteří se v nepřiměřeně ohodnocené práci každý den zasazují o zlepšení situace v České republice.

Seznam použité literatury a zdrojů

BAROCH, Pavel. Lidem s duševní poruchou nově pomůže unikátní mapa. In: *Týden.cz* ©2006-2017 [online]. 10.10.2016. [cit. 2017-7-4]. Dostupné z: http://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/psychologie/lidem-s-dusevni-chorobou-nove-pomuze-unikatni-mapa_401145.html.

BOUČEK, Jaroslav, JANOUT, Vladimír. Epidemiologie a psychiatrie. *Psychiatrie pro praxi* In: *Psychiatrie pro praxi* ©2001-2017 [online]. Olomouc: Solen. 2007(1) 45s. [cit. 2017-18-3]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/05.pdf>.

CSÉMY, Ladislav, JANOUŠKOVÁ, Miroslava, KREJNÍKOVÁ, Linda, ŠPANIEL, Petr a WINKLER, Petr. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. [online] Psychiatrické centrum Praha, 2013. 69 s. [cit. 2017-04-8] ISBN 978-80-87142-21-9 Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pecce.pdf.

HANUŠ, Herbert a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolínium, 1997. 182 s. ISBN 80-7184-382-2.

HERMAN, Erik, ed., PRAŠKO, Ján, ed. a SEIFERTOVÁ, Dagmar, ed. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2007. 604 s. ISBN 978-80-903708-9-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HÖSCHL, Cyril, ed., LIBIGER, Jan, ed. a ŠVESTKA, Jaromír, ed. *Psychiatrie*. 2., dopl. a opr. vyd. Praha: Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.

JANÍČEK, Jeroným. *Cyrl Höschl: kde bydlí lidské duše*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 173 s., [8] s. obr. příl. Rozhovory. ISBN 80-7178-954-2.

KOUTEK, Jiří a KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. 127 s. ISBN 978-80-7367-349-9.

MKN-10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. [online]. 2014 [cit. 2017-15-3]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. 338 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-5516-8.

PĚČ, Ondřej. Komunitní péče. In: *Psychiatrie* © 2017 [online] [cit. 2017-15-4] Dostupné z: <http://ceskapsychiatrie.cz/index.php/archiv-reforma/200-komunitni-pee>.

PTÁČEK, Radek a RABOCH, Jiří. *Stres, deprese a životní styl v České republice, podrobnější informace o studii*. Tiskový materiál. Vyd. 30.4.2015. 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. 11 s.

RABOCH, JIŘÍ a ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.

RADIMSKÝ, Marek a kol. *Psychiatrie I*. Vyd. 3., přepracované. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 176 s. ISBN 80-7013-218-3.

RAHN, Ewald a MAHNKOPFOVÁ, Angela. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2000. 466 s. Psyché. ISBN 80-7169-964-0.

Reforma péče o duševní zdraví. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Verze 1.0., 8.11.2013 Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2013. [online] [cit. 2017-2-4] Dokument dostupný z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/>.

Reforma péče o duševní zdraví. *Základní principy péče poskytované v CDZ*. Verze 1.1., 6.2.2017 Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2017. [online] [cit. 2017-3-4] Dokument dostupný z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2016/12/19/zakladni-principy-pece-poskytovane-v-cdz/>.

Sebevraždy. In: *Český statistický úřad*. [online] 21.12.2015 [cit. 2017-10-4] Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj.

Stres, deprese a životní styl v ČR. In: *Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta*. © 2006 - 2017 [online]. [cit. 2017-10-4] Dostupné z: <https://www.lfl.cuni.cz/stres-deprese-a-zivotni-styl-v-cr-lf1>.

ÚZIS. *Psychiatrická péče 2015*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 2016. Edice: Zdravotnická statistika. 124 s. ISBN 978-80-7472-151-9 Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/node/7576>.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

Zdraví pro všechny v 21. století. In: *MZČR* © 2010. [online] 3.2.2002. [cit. 2017-10-4]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html.

ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd., 2. dotisk. Praha: Karolinum, 2006. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Poruchy duševní a poruchy chování.....	19
--	----

Seznam grafů

Graf č 1: Struktura léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz.....	23
Graf č 2: Struktura hospitalizací v psychiatrických léčebnách podle skupin psychiatrických diagnóz.....	24
Graf č. 3: Struktura hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic podle skupin psychiatrických diagnóz.....	25
Graf č.4 Intenzita depresivních příznaků.....	26

Seznam schémat

Schéma 1: Potřeby lidí s duševním onemocněním	36
---	----

Seznam příloh

Příloha A: Rozhovor se sociální pracovnící

Příloha B: Rozhovor s vedoucí rehabilitace

Příloha C. Rozhovor se sociálním pracovníkem

Příloha D: Rozhovor s pracovní asistentkou

